

Berufliche Rehabilitation: Fakten - Analysen - Entwicklungstendenzen; Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben; Zwischenbericht

Schattat, Bettina; Dony, Elke; Gruber, Stefan; Jasim, Alaa; Rauch, Angela; Schmelzer, Paul; Schneider, Andreas; Titze, Nancy; Thomsen, Ulrich; Zapfel, Stefan; Zimmermann, Ralf; Sommer, Jörn; Gericke, Thomas; Frank, Wilma; Matthes, Stephanie; Ekert, Stefan; Thomsen, Stephan L.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zwischenbericht / interim report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schattat, B., Dony, E., Gruber, S., Jasim, A., Rauch, A., Schmelzer, P., ... Thomsen, S. L. (2012). *Berufliche Rehabilitation: Fakten - Analysen - Entwicklungstendenzen; Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben; Zwischenbericht*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB427). Nürnberg: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB); Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Fak. für Humanwissenschaften, Institut für Erziehungswissenschaft, Lehrstuhl für Soziale und Berufliche Rehabilitation; Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. -NIW-; InterVal GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-47834-2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Berufliche Rehabilitation

Fakten | Analysen | Entwicklungstendenzen

F 427

Evaluation von Leistungen
zur Teilhabe behinderter
Menschen am Arbeitsleben

– Zwischenbericht –

Vorwort

Die Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Zwischenergebnisse

Die Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben in den Bereichen der Arbeitsförderung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind eine bedeutende Komponente der Arbeitsmarktpolitik. Dies wird bei einem Blick auf die Teilnehmerzahlen und die Kosten dieser Leistungen deutlich: Im Jahr 2011 hat die Bundesagentur für Arbeit für 66.215 Personen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgestellt. Im Rechtskreis SGB III wurden 2011 über 2,34 Mrd. € und im Rechtskreis SGB II über 120 Mio. € (ohne zKT) für diese Leistungen verausgabt. Das entspricht über 21 % der aktiven Leistungen im Jahr 2011. Anders als für viele andere Leistungen der Arbeitsmarktpolitik liegen für sie bislang jedoch nur sehr wenige empirische Erkenntnisse hinsichtlich Umsetzung und Wirksamkeit vor. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) möchte diese Forschungslücke verkleinern und Ansatzpunkte für die Optimierung der praktischen Umsetzung und die Fortentwicklung des rechtlichen Rahmens dieser Leistungen ermitteln. Ziel ist auch, belastbare Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz zu gewinnen, um die Chancen von Menschen mit Behinderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weiter zu verbessern.

Auf Grundlage einer 2009 veröffentlichten Vorstudie¹ initiierte das BMAS die *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben*. Mit diesem Evaluationsvorhaben wird ein gutes Stück Neuland der Arbeitsmarkt- und Rehabilitationsforschung betreten. Große methodische Herausforderungen, eine fehlende Datenbasis und hohe datenschutzrechtliche Anforderungen haben Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitsmarkt- und Rehabilitationsforschung bisher davon abgehalten, sich dieses Themas vertieft anzunehmen. Insofern waren und sind einige methodische Unsicherheiten zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist die Evaluation längerfristig angelegt und folgt einem modularen Konzept.

Angesichts der Notwendigkeit, mit öffentlichen Mitteln sparsam und wirtschaftlich umzugehen, bleibt das Evaluationsprojekt auf die Teilhabeleistungen des SGB III und SGB II begrenzt. Dem Leitbild einer lernenden Arbeitsmarktpolitik folgend soll zunächst die berufliche Rehabilitation durch die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der Grundsicherung als ein wichtiges Feld der Arbeitsmarktpolitik überprüft werden. Die

¹ Schröder, H., P. Knerr, M. Wagner (2009): Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht 392, Berlin.

Erfahrungen mit der Evaluation und ihre Ergebnisse werden sicher auch für die berufliche Rehabilitation anderer Rehabilitationsträger von Nutzen sein und Impulse für die weitere Erforschung der beruflichen Rehabilitation geben.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales legt bei der Umsetzung des Evaluationsvorhabens großen Wert auf die Einhaltung hoher wissenschaftlicher Standards. Da mit Daten zum Gesundheitszustand und zu behinderungsbedingten Einschränkungen gearbeitet werden muss, ist zudem ein besonders sensibles Vorgehen und eine enge Abstimmung mit Datenschützern wichtig. Auch die Anforderungen an eine Kooperation verschiedener Stellen sind hoch. Für die Umsetzung des Vorhabens müssen mehrere Auftragnehmer sehr eng und kontinuierlich zusammenarbeiten. Besonders wichtig ist die Unterstützung der Evaluation durch die verschiedenen Akteure im Feld der beruflichen Rehabilitation. Dies sind in besonderem Maße die Bundesagentur für Arbeit, die Leistungserbringer, die Arbeitgeber, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie einschlägig tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Im Sinne einer konstruktiv-kritischen Begleitung haben diese Gruppen ihr spezifisches Know-How im Rahmen des eigens eingerichteten Projektbeirats² zur Evaluation der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben eingebracht. Allen Beteiligten im Beirat gilt an dieser Stelle mein besonderer Dank.

Bislang wurden drei Forschungsmodule durchgeführt. Deren Ergebnisse werden mit dem hier vorliegenden Bericht veröffentlicht.

Eine *Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben* widmete sich dem Aufbau der Datengrundlage. Sie wurde durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit umgesetzt. Das IAB beurteilte die Eignung der Daten für weitere Untersuchungsschritte und führte erste deskriptive Analysen mit dem Datenmaterial durch. Die Ergebnisse der Basisstudie enthält Teil A dieses Berichts.

Die Umsetzungspraxis im Bereich der beruflichen Rehabilitation sollte in einer mehrteiligen Implementationsstudie aufgearbeitet werden. Zunächst wurde eine *Implementationsstudie 1 zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben* durch die INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Lehrstuhl für soziale und berufliche Rehabilitation der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, vertreten durch Prof. Dr. Thomas Gericke, durchgeführt. Sie leuchtet den Prozess der beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Akteure in den Agenturen für Arbeit und

² Eine Liste der Mitglieder des Projektbeirat ist Seite 4 des Berichts zu entnehmen.

Grundsicherungsstellen aus. Grundlage sind Fallstudien sowie eine standardisierte Befragung bei diesen Akteuren. Die Ergebnisse bieten einerseits einen bisher einmaligen Einblick in die Umsetzungsprozesse beruflicher Rehabilitation. Andererseits liefern sie auch einen wertvollen Beitrag für die anderen Teilprojekte der Evaluation. Die Ergebnisse sind in Teil B zusammengefasst.

Ergänzend wurde Professor Dr. Stephan L. Thomsen, Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung (NIW), Leibniz Universität Hannover mit der *Beratung zu wirkungsanalytischen Ansätzen für die Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben* beauftragt. Er begleitete die Teilprojekte Implementationsstudie 1 und Basisstudie. Zudem traf er auf Grundlage der Ergebnisse von Implementationsstudie 1 und der Basisstudie Aussagen, ob und unter welchen Bedingungen Wirkungsanalysen aus seiner Sicht realisierbar sind. Die Ergebnisse sind in einer Stellungnahme zusammengeführt, die dem Teil C dieses Bericht zu entnehmen ist.

Erste Schritte der Evaluation sind nun getan. Welche weiteren Untersuchungsschritte gegangen werden, ist im Lichte der Erkenntnisse noch zu entscheiden. Die bisherigen Ergebnisse bedeuten bereits einen deutlichen Erkenntnisfortschritt, denn sie gewähren erstmalig einen Einblick in die Leistungserbringung der Teilhabeleistungen des SGB III und des SGB II.



Bettina Schattat

Leiterin der Unterabteilung IIa „Arbeitsmarktpolitik, Arbeitslosenversicherung“ im Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Vorsitzende des Projektbeirats zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Mitglieder des Projektbeirats
zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Michael Breitsameter

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) e.V.

Torsten Einstmann

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Dr. Hans-Günter Haaf

Deutsche Rentenversicherung Bund

Doris Habekost

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Markus Hertrich

Die Deutschen Berufsförderungswerke e.V. Arbeitsgemeinschaft

Prof. em. Dr. Reinhard Hujer

Goethe-Universität Frankfurt am Main

Johannes Jakob

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand

Prof. Dr. Thomas Kohlmann

Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Prof. Dr. Michael Lechner

Schweizerisches Institut für Empirische Wirtschaftsforschung (SEW), Universität St. Gallen

Thekla Schlör

Bundesagentur für Arbeit

Christina Ramb

BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Bettina Schattat

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Marcus Schian

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

Dr. Bernhard Schimpl-Neimanns

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Prof. Dr. Will Spijkers

Institut für Psychologie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Vertreterin/Vertreter

CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag

Vertreterin/Vertreter

FDP-Bundestagsfraktion

Teil A

Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

ZUSAMMENFASSENDE BERICHT

ELKE DONY
STEFAN GRUBER
ALAA JASIM
ANGELA RAUCH
PAUL SCHMELZER
ANDREAS SCHNEIDER
NANCY TITZE
ULRICH THOMSEN
DR. STEPHAN ZAPFEL
RALF ZIMMERMANN



Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“

Zusammenfassender Bericht

Elke Dony
Stefan Gruber
Alaa Jasim
Angela Rauch
Paul Schmelzer
Andreas Schneider
Nancy Titze
Ulrich Thomsen
Dr. Stefan Zapfel
Ralf Zimmermann

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung.....	13
II.	Datengrundlagen.....	19
1.	Einleitung.....	19
2.	Herkunft der Daten.....	19
2.1.	Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem (VerBIS).....	20
2.2.	Computerunterstützte Sachbearbeitung Windows NT (coSachNT).....	23
3.	Datenbestände und Datenaufbau.....	25
3.1.	Rehabilitations-Historik (RehaHIST).....	25
3.1.1.	Aufbau und Erschließung.....	25
3.1.2.	Ausfiltern von gelöschten Fällen (Reha_loesch).....	28
3.2.	Erschließung Maßnahmequellen für den Reha-Prozessdatensatz.....	29
3.2.1.	Vorhandene und neu zu erschließende Maßnahmequellen.....	29
3.2.2.	Anreicherung mit maßnahmebezogenen Merkmalen.....	33
3.2.3.	Anreicherung mit teilnehmerbezogenen Merkmalen.....	33
3.3.	Integrierte Erwerbsbiographien.....	34
3.3.1.	Beschreibung der Integrierten Erwerbsbiographien.....	34
3.3.2.	Zusammenspielung der Daten.....	35
3.4.	Jugendlichendaten.....	38
3.5.	Zusammenfassender Überblick über den Datenbestand.....	41
4.	Datenqualität.....	43
4.1.	Rehabilitations-Historik (RehaHIST).....	43
4.2.	Integrierte Erwerbsbiographien.....	45
4.3.	Reha-Prozessdatensatz.....	45
5.	Möglichkeiten und Grenzen der prozessproduzierten Daten.....	46
III.	Theoretische Rahmung und Analysen zu Teilnehmerstruktur und Verlauf der beruflichen Rehabilitation.....	48
1.	Theoretische Rahmung.....	48
1.1.	Behinderung und Teilhabe im wissenschaftlichen Diskurs.....	48
1.2.	Exklusions- und Inklusionsmuster.....	51
1.3.	Mehr-Ebenen-Modell beruflicher Rehabilitation.....	52
2.	Soziodemographische Merkmale der Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit.....	57
3.	Dauer des beruflichen Rehabilitationsverfahrens.....	63
3.1.	Ersteingliederung.....	64
3.2.	Wiedereingliederung.....	66
4.	Status der Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Anerkennung.....	69
4.1.	Ersteingliederung.....	69
4.2.	Wiedereingliederung.....	71

4.2.1.	Exkurs: Erwerbskarrieren vor der beruflichen Rehabilitation.....	72
5.	Maßnahmen während der beruflichen Rehabilitation.....	73
5.1.	Ersteingliederung.....	77
5.1.1.	Exkurs: Profillage.....	81
5.2.	Wiedereingliederung.....	84
5.2.1.	Exkurs: Profillage.....	88
6.	Selektionsprozesse beim Zugang in Maßnahmen.....	89
6.1.	Ersteingliederung.....	90
6.2.	Wiedereingliederung.....	94
7.	Sequenzmuster von Maßnahmevergaben.....	97
7.1.	Ersteingliederung.....	98
7.2.	Wiedereingliederung.....	103
8.	Verbleib nach der beruflichen Rehabilitation.....	106
8.1.	Ersteingliederung.....	107
8.2.	Wiedereingliederung.....	108
9.	Unterstützte Beschäftigung.....	110
10.	Zusammenfassung.....	113
IV.	Machbarkeitsstudie Daten des Ärztlichen Dienst.....	115
1.	Daten des Ärztlichen Dienstes.....	115
2.	Einschaltung des psychologischen Dienstes.....	120
V.	Konzept für eine weiterführende Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	122
1.	Einleitung.....	122
2.	Anerkannte Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit: Eine selektive Population.....	123
3.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	124
4.	Evaluationsmethoden und -voraussetzungen.....	126
4.1.	Matching-Ansätze.....	126
4.2.	Instrumentvariablen.....	127
4.3.	Verweildauermodelle.....	129
4.4.	Exkurs: Evaluation von Maßnahmeketten.....	129
5.	Erfassung zusätzlicher (Gesundheits-)Merkmale. Daten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit.....	132
6.	Befragung von Rehabilitanden.....	135
7.	Forschungsfragen.....	139
7.1.	Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung.....	139
7.1.1.	Evaluation von berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB).....	140
7.1.2.	Evaluation von Ausbildungsmaßnahmen.....	144
7.1.3.	Evaluation der Maßnahmekette „Vorbereitende Maßnahme - Ausbildung“.....	147
7.2.	Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung.....	149
7.2.1.	Evaluation von vorbereitenden Maßnahmen (TM/MAG/MAT).....	149

7.2.2.	Evaluation von Weiterbildungsmaßnahmen (allgemein und rehabilitationsspezifisch).....	151
7.2.3.	Evaluation der Maßnahmekette „Vorbereitende Maßnahme – Weiterbildungsmaßnahme“	153
8.	Resümee und Zeitplan	155
VI.	Zusammenfassung.....	159
Anhang	166
Literaturverzeichnis:	242

Tabellenverzeichnis (Text)

Tabelle 1: rehabilitationsspezifische Maßnahmegruppen	24
Tabelle 2: Maßnahmearten aus der Datenquelle MTH.....	30
Tabelle 3: Zeitliche Ablösung der IT-Erfassungssysteme	31
Tabelle 4: Maßnahmearten mit Zugängen bis 2008	32
Tabelle 5: Quellen der IEB.....	35
Tabelle 6: Datenversionen mit Charakteristika	37
Tabelle 7: Zugangsfallzahlen Reha-IEB.....	45
Tabelle 8: Abweichung der Zugangsfallzahlen Reha-IEB gegenüber BA-Statistik	46
Tabelle 9: Statusanerkennung als beruflicher Rehabilitand; nach Erst- und Wiedereingliederungen; 2007-2009; Gesamtzahlen und Zeilenprozent	58
Tabelle 10: Rehabilitanden nach Altersgruppen; 2006 bis 2010; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	60
Tabelle 11: Rehabilitanden nach Art des Schulabschlusses; 2006 bis 2010; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	61
Tabelle 12: Laufende und bereits beendete Fälle; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	65
Tabelle 13: Laufende und bereits beendete Fälle; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	67
Tabelle 14: Maßnahmearten nach differenzierter Kategorie; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	79
Tabelle 15: Verteilung der Profillagen in den häufigsten Maßnahmearten für das Jahr 2009; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	84
Tabelle 16: Maßnahmearten nach differenzierter Kategorie; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	86
Tabelle 17: Verteilung der Profillagen in den häufigsten Maßnahmearten für das Jahr 2009; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent	88

Abbildungsverzeichnis (Text)

Abbildung 1: VerBIS-Reha-Seite	21
Abbildung 2: VerBIS-Lebenslauf I	22
Abbildung 3: VerBIS-Lebenslauf II	22
Abbildung 4: VerBIS-Kundendaten mit Angaben zur Berufsberatung	23
Abbildung 5: Maßnahmespektrum aus coSachNT	24
Abbildung 6: Fiktives Beispielkonto aus dem Reha-Datentopf	27
Abbildung 7: Ergänzung eines Beispiels einer fiktiven Erwerbskarriere	36
Abbildung 8: VerBIS-Lebenslauf, Seite „Schulbildung“	40
Abbildung 9: Datenbestände im Reha-Prozessdatensatz	41
Abbildung 10: systemtheoretische Mehr-Ebenen-Struktur beruflicher Rehabilitation	53
Abbildung 11: Einflussfaktoren beruflicher Rehabilitation	54
Abbildung 12: Verteilung der Maßnahmen nach Überblickskategorien; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Prozent	78
Abbildung 13: Verteilung der Maßnahmen nach Überblickskategorien; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Prozent	85
Abbildung 14: Übergang in die erste Maßnahme; Ersteingliederung	94
Abbildung 15: Übergang in die erste Maßnahme; Wiedereingliederung	97
Abbildung 16: Beispielhafte Maßnahmesequenz (1)	98
Abbildung 17: Beispielhafte Maßnahmesequenz (2)	98
Abbildung 18: Maßnahmesequenzmuster - Beendete Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung	101
Abbildung 19: Maßnahmesequenzmuster - Laufende Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung	102
Abbildung 20: Maßnahmesequenzmuster - Beendete Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung	104
Abbildung 21: Maßnahmesequenzmuster - Laufende Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung	105
Abbildung 22: Übersichtsmatrix; Vorschläge zur Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung	157
Abbildung 23: Übersichtsmatrix; Vorschläge zur Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung	158

Tabellenverzeichnis (Anhang)

Tabelle A 1: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Geschlecht; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; 2006 bis 2010; in Spaltenprozent.....	167
Tabelle A 2: Anteile der Rehabilitanden nach Bundesländern; 2006 bis 2010; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	168
Tabelle A 3: Verteilung von Rehabilitanden in Erst- und Wiedereingliederung innerhalb der Bundesländer; 2006 bis 2010; in Zeilenprozent.....	169
Tabelle A 4: Rehabilitanden in Erst- und Wiedereingliederung nach SGB-III Regionaltypus (gruppiert); 2006 bis 2010; in Zeilenprozent.....	169
Tabelle A 5: Anteile an der Art der Behinderung nach Bundesland; häufigste Behinderungsart der Ersteingliederung; 2007 bis 2009; in Zeilenprozent.....	170
Tabelle A 6: Anteile an der Art der Behinderung nach Bundesland; häufigste Behinderungsart der Wiedereingliederung; 2007 bis 2009; in Zeilenprozent.....	171
Tabelle A 7: Vorherige Schulart nach den häufigsten Behinderungsarten der Ersteingliederung; nach Jahr der Anerkennung; Spaltenprozent.....	172
Tabelle A 8: Vorherige Schulart nach Schulabschluss; Ersteingliederung; Zugangskohorte 2009; Zeilenprozent.....	173
Tabelle A 9: Vorherige Schulart nach den häufigsten Maßnahmearten der Ersteingliederung; Zugangskohorte 2009; Spaltenprozent.....	173
Tabelle A 10: Dauer der Rehabilitation bei laufenden und beendeten Fällen; nach dem Jahr der Statusanerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	174
Tabelle A 11: Maßnahmeanzahl pro Rehabilitationsfall bei beendeten Rehabilitationsfällen; nach dem Jahr der Statusanerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	174
Tabelle A 12: Maßnahmeanzahl pro Rehabilitationsfall bei laufenden Rehabilitationsfällen; nach dem Jahr der Statusanerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	175
Tabelle A 13: Alter nach Rehabilitationsdauer bei beendeten Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent.....	175
Tabelle A 14: Alter nach Rehabilitationsdauer bei laufenden Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent.....	176
Tabelle A 15: Art der Behinderung nach Rehabilitationsdauer bei beendeten Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent.....	177
Tabelle A 16: Art der Behinderung nach Rehabilitationsdauer bei laufenden Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent.....	178
Tabelle A 17: Durchschnittliche Maßnahmedauer bei beendeten und laufenden Rehabilitationsfällen; Ersteingliederung; über alle Jahre; in Tagen.....	179
Tabelle A 18: Art der Behinderung nach Maßnahmeanzahl bei bereits beendete langen (über zwei Jahre) Rehafällen; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	180
Tabelle A 19: Art der Behinderung nach Maßnahmeanzahl bei laufenden langen (über zwei Jahre) Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	180
Tabelle A 20: Dauer der Rehabilitation bei laufenden und beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	181
Tabelle A 21: Zahl der Maßnahme nach Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	181
Tabelle A 22: Zahl der Maßnahme nach Dauer der Rehabilitation bei laufenden Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	182
Tabelle A 23: Rehabilitanden nach Geschlecht und Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	182
Tabelle A 24: Rehabilitanden nach Alter und Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	183
Tabelle A 25: Rehabilitanden nach Alter und Dauer der Rehabilitation bei laufenden Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	183

Tabelle A 26: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	184
Tabelle A 27: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Dauer der Rehabilitation bei laufenden Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	184
Tabelle A 28: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Zahl der Maßnahmen bei beendeten langen (über zwei Jahre) Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; Spaltenprozent.....	185
Tabelle A 29: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Maßnahmeanzahl bei noch laufenden langen (über zwei Jahre) Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	185
Tabelle A 30: Durchschnittliche Maßnahmedauer bei beendeten und laufenden Rehabilitationsfällen; Wiedereingliederung; über alle Jahre; in Tagen.....	186
Tabelle A 31: Status der Rehabilitanden bei der Anerkennung als Rehabilitand; nach häufigster Art der Behinderung; Ersteingliederung; Jahr der Anerkennung 2009; in Spaltenprozent.....	187
Tabelle A 32: Statusanerkennung während einer laufenden Maßnahme; nach Art der Maßnahme; Ersteingliederung; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; in Spaltenprozent.....	188
Tabelle A 33: Status der Rehabilitanden bei der Anerkennung als Rehabilitand; nach Art der Behinderung; Wiedereingliederung; 2009; in Spaltenprozent.....	189
Tabelle A 34: Statusanerkennung während einer laufenden Maßnahme; nach Art der Maßnahme; Wiedereingliederung; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; in Spaltenprozent.....	189
Tabelle A 35: Berufliche Erfahrung (gesamt, Vollzeit und Teilzeit), Maßnahmeerfahrung und berufliche Tätigkeit vor Reha-Beginn nach Geschlecht; Wiedereingliederung.....	190
Tabelle A 36: Berufliche Erfahrung (gesamt, Vollzeit und Teilzeit), Maßnahmeerfahrung und berufliche Tätigkeit vor Reha-Beginn nach Behinderungsart; Wiedereingliederung.....	190
Tabelle A 37: Förderkategorien nach hochaggregierten Maßnahmenkategorien; Ersteingliederung; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; in Spaltenprozent.....	191
Tabelle A 38: Förderkategorien nach hochaggregierten Maßnahmenkategorien; Wiedereingliederung; 2006 bis 2009; in Spaltenprozent.....	192
Tabelle A 39: Maßnahmeart nach Geschlecht; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	193
Tabelle A 40: Maßnahmeart nach Rechtskreisen; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	194
Tabelle A 41: Maßnahmeart nach Behinderungsart; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	195
Tabelle A 42: Maßnahmearten; 2007 bis 2009; nach Jahr der Vergabe; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	196
Tabelle A 43: Maßnahmeart nach Geschlecht; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent;.....	202
Tabelle A 44: Maßnahmeart nach Rechtskreisen; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	203
Tabelle A 45: Maßnahmeart nach Behinderung; Kohorte 2007; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	204
Tabelle A 46: Maßnahmearten; 2007 bis 2009; nach Jahr der Vergabe; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	207
Tabelle A 47: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Zeilenprozent.....	213
Tabelle A 48: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Zeilenprozent.....	213
Tabelle A 49: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt in den SGB III-Regionaltypen; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Zeilenprozent.....	214
Tabelle A 50: Multivariate Ergebnisse zu Selektionen beim Zugang zu Maßnahmen; Ersteingliederung.....	215
Tabelle A 51: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	216
Tabelle A 52: Rehabilitanden nach Geschlecht und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Zeilenprozent.....	216

Tabelle A 53: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Zeilenprozent.....	216
Tabelle A 54: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt in den SGB III-Regionaltypen; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Zeilenprozent	217
Tabelle A 55: Multivariate Ergebnisse zu Selektionen beim Zugang zu Maßnahmen; Wiedereingliederung.	218
Tabelle A 56: Maßnahmen pro Person; Ersteingliederung; in Spaltenprozent	219
Tabelle A 57: Ausmaß der Maßnahmeüberschneidungen; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	219
Tabelle A 58: Sequenzen (nur Maßnahmen); Ersteingliederung (oben = beendet; unten = laufend)	220
Tabelle A 59: Maßnahmen pro Person; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent	221
Tabelle A 60: Ausmaß der Maßnahmeüberlappung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent.....	221
Tabelle A 61: Sequenzen (nur Maßnahmen); Wiedereingliederung (oben = beendet; unten = laufend)	222
Tabelle A 62: Rehabilitanden nach dem Endegrund und Art der Behinderung; Jahr der Anerkennung 2007; Ersteingliederung; in Spaltenprozent.....	223
Tabelle A 63: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; Ersteingliederung	224
Tabelle A 64: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; nach Art der Behinderung: Lernbehinderung; Ersteingliederung	227
Tabelle A 65: Endegrund nach Art der Behinderung; Jahr der Anerkennung 2007; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent	230
Tabelle A 66: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; Wiedereingliederung.....	231
Tabelle A 67: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; nach Art der Behinderung: Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates; Wiedereingliederung	234
Tabelle A 68: Zuordnung der Einzelmaßnahmen zu Kategorien	237

Abbildungsverzeichnis (Anhang)

Abbildung A 1: Rehabilitationsspezifische BvB nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Ersteingliederung.....	197
Abbildung A 2: Allgemeine BvB nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2007; Ersteingliederung	198
Abbildung A 3: Allgemeine BvB nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2009; Ersteingliederung	199
Abbildung A 4: Rehabilitationsspezifische Ausbildungen nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Ersteingliederung	200
Abbildung A 5: Ausbildung der Benachteiligtenförderung (BNF) nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Ersteingliederung.....	201
Abbildung A 6: TM/MAG/MAT nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Wiedereingliederung	208
Abbildung A 7: Allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2007; Wiedereingliederung	209
Abbildung A 8: Allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2009; Wiedereingliederung	210
Abbildung A 9: Rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2007; Wiedereingliederung.....	211
Abbildung A 10: Rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2009; Wiedereingliederung.....	212

Abkürzungsverzeichnis

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
ABMK	Klassische Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen
AfL	Arbeit für Langzeitarbeitslose
AGH	Arbeitsgelegenheiten
AMU	Ausbildungsmarktumfeld
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASU	Arbeitsuchenden-Historik
ATT	Average Treatment Effect on the Treated
AUW	Aus- und Weiterbildung
ÄD	Ärztlicher Dienst
BA	Bundesagentur für Arbeit
BB	Maßnahmen der Berufsberatung
BBW	Berufsbildungswerk
BEH	Betriebliche Einstellungshilfen
BeH	Beschäftigtenhistorik
BerEB	Berufseinstiegsbegleitung
BFW	Berufsförderungswerk
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMI	Body-Mass-Index
BNF	Benachteiligtenförderung
BSI	Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung
BvB	allgemeine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
BVG	Bundesversorgungsgesetz
coSachAMP	computergestützte Sachbearbeitung Arbeitsmarktpolitische Instrumente
coSachAV	computergestützte Sachbearbeitung Arbeitsvermittlung
coSachBB	computergestützte Sachbearbeitung Berufsberatung
coSachNT	computergestützte Sachbearbeitung Windows NT
DID	Difference-in-Difference
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DWH	DataWarehouse
EGZ	Eingliederungszuschuss
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESG	Einstiegsgeld
EXG	Existenzgründungszuschuss
FbW	Förderung beruflicher Weiterbildung
FDZ	Forschungsdatenzentrum
FF	Freie Förderung
fL	flankierende Leistung
FuU	Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IEB	Integrierte Erwerbsbiographie
IFD	Integrationsfachdienst
IPW	Inverse probability weighting
irM	individuelle Reha-Maßnahmen
isM	individuelle sonstige Maßnahmen
ITM	IT- und Informationsmanagement
IV	Instrumentvariable
JG	Jugendsofortprogramm
JP	Jump Plus
LATE	Local Average Treatment Effekt
LeH	Leistungsempfängerhistorik
LGH	Leistungshistorik Grundsicherung
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MAG	Maßnahmen bei einem Arbeitgeber
MAT	Maßnahmen bei einem Träger
MOBI	Mobilitätshilfen
MTH	Maßnahmeteilnehnehistorik
MTH-BB	Maßnahmeteilnehnehistorik - Berufsberatung
PSA	Personal-Service-Agentur
RAW	Reha Aus- und Weiterbildung
Reha-EF	Reha-Einzelförderung
RehaHIST	Rehabilitations-Historik
SAM	Strukturanpassungsmaßnahme
SB	schwerbehinderte Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
ST	Statistik der Bundesagentur für Arbeit (ehemals nummeriert nach Themengebieten)
STADA	Statistische Datenbank der Bundesagentur für Arbeit
SWL	Sonstige weitere Leistungen
TM	Trainingsmaßnahmen
UB	Unterstützte Beschäftigung
UN	United Nations
VerBIS	Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem
WHO	World Health Organization
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
XASU	Arbeitsuchendenhistorik aus XSozial
XLHG	Leistungshistorik Grundsicherung aus XSozial
zkT	zugelassener kommunaler Träger
4 PM	4-Phasen-Modell

I. Einleitung

Die berufliche Rehabilitation ist ein sozialpolitisches Instrument, das behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Teilhabe am Erwerbsleben ermöglichen und sichern soll.¹ Dazu steht ein breites Spektrum an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Verfügung.

Die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung² am Leben in der Gesellschaft ist eine zentrale arbeitsmarkt- und sozialpolitische Aufgabe. Grundlegende Prinzipien dieser Teilhabe sind im Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ kodifiziert. Mit seiner Einführung am 01.07.2001 wurde der Fokus auf Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen gesetzt (Welti 2005).

Dabei gelten Menschen als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher eine Partizipation am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§ 2 Abs.1 SGB IX).

Einer der wichtigsten Aspekte gesellschaftlicher Partizipation ist die Integration in die Erwerbsarbeit. Diese ist nicht nur für Menschen mit Behinderungen eine wichtige Voraussetzung dafür, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Neben dem Gelderwerb als Grundlage eines selbstständigen Lebensunterhaltes und den mit Erwerbsbeteiligung verbundenen Zugangschancen zu sozialen Sicherungssystemen beinhaltet Erwerbsarbeit weitere Aspekte, die von Jahoda als die latenten Funktionen von Erwerbsarbeit bezeichnet werden (Jahoda 1982). Dazu gehören soziale Kontakte außerhalb des engeren sozialen Netzes, aber auch die Verfolgung gemeinsamer Ziele und eine feste Zeitstruktur. Aus arbeitssoziologischer Perspektive hinzuzufügen sind konkrete Sinnerfahrung und soziale Anerkennung, sozialer Status und Berufsprestige (vgl. Überblick bei Biewen 2006). All diese Funktionen sind nur schwer durch andere gesellschaftliche Angebote zu ersetzen und vor allem nicht in der Art, wie es durch Teilhabe an der Erwerbsarbeit der Fall ist.

Dies entspricht auch der Zielsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die am 26.03.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getreten ist. Dabei hat sich Deutschland verpflichtet, „die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern“ (Art. 4 UN-Behindertenrechtskonvention). Die Bundesregierung setzt einen Schwerpunkt auf die inklusive Arbeitswelt: „Eine inklusive Arbeitswelt zu entwickeln, ist Kernanliegen der Bundesregierung. Arbeit zu haben, bedeutet persönliche Unabhängigkeit und Selbstbestätigung. Sie ist fundamental für die Selbstverwirklichung der meisten Menschen in unserer Arbeitsgesellschaft“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011b:15). Dazu gehört auch die berufliche Rehabilitation, die im Handlungsfeld 3.1 *Arbeit und Beschäftigung* des „Nationalen Aktionsplans“ der Bun-

¹ Die Autoren bedanken sich bei Julia Würth, Rajiv Althaus und Ramona Rappe für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichtes, sowie bei Sonja Fehr, Markus Promberger, Gesine Stephan und Brigitte Schels für hilfreiche Anregungen.

² Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur noch von Menschen mit Behinderung gesprochen, auch wenn hierzu noch diejenigen Personen zählen, die von einer Behinderung bedroht sind.

desrepublik Deutschland enthalten ist und Initiativen und Instrumente wie *RehaFutur*, *Betriebliches Eingliederungsmanagement*, *Initiative Inklusion* beinhaltet (ders.).

Auch das Sozialgesetzbuch IX setzt hier einen Schwerpunkt. Es formuliert das Ziel, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen (wieder-)herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer zu sichern (§ 1 und § 4 SGB IX). Dazu erhalten Betroffene alle Leistungen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Erreichung dieses Ziels erforderlich sind. Diese Leistungen sollen entsprechend den individuellen Neigungen und Fähigkeiten eingesetzt werden und zielen auf eine ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung ab.

Berufliche Rehabilitation ist dabei der Weg, auf dem die Beschäftigungsfähigkeit erstmals (wieder-)hergestellt wird. Hierbei verbinden sich zwei wesentliche Elemente: Eine dauerhafte Sicherung der Erwerbsarbeit sowie eine Förderung entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten des Rehabilitanden. Angestrebt wird die selbstbestimmte und eigenverantwortliche Partizipation behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Die dafür notwendigen Hilfen sollen unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden. Die Hilfe soll individuell auf die konkrete Bedarfssituation des Einzelfalls zugeschnitten sein.

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind unterschiedliche Träger mit unterschiedlichen Leistungsgesetzen zuständig:³ Träger beruflicher Rehabilitation sind neben der Bundesagentur für Arbeit (BA) u.a. die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Dabei erfolgt die Erbringung der Leistungen bei den einzelnen Trägern auf Basis ihrer jeweils gültigen Leistungsgesetze. Im Fall der BA ist dies das Sozialgesetzbuch III „Arbeitsförderung“ in Verbindung mit dem SGB IX. Für die Träger der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) sind die Leistungen beruflicher Rehabilitation über den § 16 Abs. 1 SGB II in Verbindung mit dem SGB III geregelt.

Die Träger sind für folgende Zielgruppen zuständig: Die Deutsche Rentenversicherung ist in der Regel zuständig für die berufliche Rehabilitation, wenn es sich um Erwerbstätige handelt, die mindestens 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder wenn im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine berufliche Rehabilitation zur Eingliederung zusätzlich erforderlich ist. Sie weist für das Jahr 2008 für 121.068 Personen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus (Deutsche Rentenversicherung 2010).

Die Gesetzliche Unfallversicherung erbringt die Leistungen, sofern die Einschränkung oder der Schaden Folge eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist. Sie weist für das Jahr 2009 21.833 abgeschlossene Reha-Fälle aus, für die Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht wurden (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2011).

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 2 und 3 SGB IX). Sie „ist zuständiger Rehabilitationsträger für die berufliche Rehabilitation, sofern hierfür kein anderer Rehabilitationsträger zu-

³ Leistungen der beruflichen Rehabilitation werden in Deutschland von verschiedenen Trägern erbracht. Dies geht auf ein historisch gewachsenes System der Risikoordnung zurück, in dem derjenige Träger für die Leistung aufkommt, der das Risiko des Scheiterns trägt. Auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der anderen Rehabilitationsträger wird in dem vorliegenden Bericht nicht eingegangen.

ständig ist. Die Bundesagentur für Arbeit ist auch für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch II durch die Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) oder zugelassenen kommunalen Träger (zkT) erhalten zuständiger Rehabilitationsträger für die berufliche Rehabilitation, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist“ (Bundesagentur für Arbeit 2010: 8).

In Konsequenz dieser Aufteilung finden sich unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden⁴ der BA bspw. kaum Personen höheren Alters, da diese zumeist in den Betreuungskreis der Deutschen Rentenversicherung fallen. Zudem führt dies dazu, dass sich die Anteile an Personen in Erst- und Wiedereingliederung deutlich unterscheiden. So wurden im Jahr 2009 rd. 48.000 Personen im Bereich der Ersteingliederung anerkannt, bei der Wiedereingliederung war dies weniger als die Hälfte (rd. 22.000). Dies heißt aber auch, dass eine Evaluation von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die auf Basis von Daten der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt wird, nur einen Ausschnitt aus der Bandbreite der beruflichen Rehabilitation abdecken kann.

Nicht bei jedem Menschen mit Behinderung, ob arbeitslos oder erwerbstätig, ist eine Notwendigkeit für eine berufliche Rehabilitation gegeben. Vielmehr wird für den Einzelnen die „Fördernotwendigkeit“ individuell und unter Berücksichtigung der Einzelfallumstände betrachtet (Dietrich 2003). Dieser individuelle Handlungsbedarf wird im Fall der BA und der SGB II-Träger mit den in § 19 SGB III definierten eingeschränkten Teilhabechancen am Erwerbsleben bestimmt und beurteilt. Nach dieser Prüfung erfolgt gegebenenfalls die Anerkennung als beruflicher Rehabilitand. Dabei führt die BA auch die Statusanerkennung für Arbeitslosengeld-II-Empfänger durch, da sie auch Träger beruflicher Rehabilitation für diejenigen Personen ist, die sich im Rechtskreis SGB II befinden, soweit die Zuständigkeit nicht bei einem anderen Rehabilitationsträger liegt. Das Reha-Verfahren wird dabei in drei Bereiche aufgeteilt, die Prozessverantwortung, die bei der BA liegt, die Integrationsverantwortung bei den Trägern der Grundsicherung sowie die zwischen BA und Trägern der Grundsicherung geteilte Leistungsverantwortung (Bundesagentur für Arbeit 2006).⁵

Aus verwaltungstechnischen Gründen wird bei der Förderung beruflicher Rehabilitation im Rahmen der BA zwischen Erst- und Wiedereingliederung unterschieden. In der Ersteingliederung finden sich junge behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen. Ziel ist eine erfolgreiche berufliche Erstintegration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Berufliche Wiedereingliederung erwachsener Menschen zielt meist auf eine berufliche Um- oder Neuorientierung, aber auch auf den Erhalt eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durch geeignete Maßnahmen.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Zuordnung zu den Bereichen Erst- und Wiedereingliederung nicht ausschließlich über die Festlegung einer Altersgrenze erfolgt, sondern zudem über die Dauer bisheriger Beschäftigungsperioden und erreichter Bildungsabschlüsse, die der Phase vor der beruflichen Rehabilitation vorgeschaltet sind. So kann eine Person auch der Ersteingliederung zugeordnet werden, wenn sie insgesamt weniger als drei Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt war oder über (noch) keine abgeschlossene berufliche Ausbildung verfügt. Erfüllt eine Person

⁴ Zur besseren Lesbarkeit wird in vorliegendem Bericht auf eine gendersensible Schreibweise, d.h. die Nennung der jeweils männlichen und weiblichen Form, weitestgehend verzichtet.

⁵ Leistungsverpflichtung der BA besteht u.a. bei Maßnahmen von Berufsvorbereitung und Ausbildung, im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen sowie bei rehaspezifischen Hilfen (zur geteilten Leistungsverantwortung vgl. Bundesagentur für Arbeit 2006).

diese Voraussetzungen nicht, ist allerdings älter als 25 Jahre, wird sie der Wiedereingliederung zugeteilt. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die für überwiegend jugendliche Rehabilitanden ausgesetzten Maßnahmen der Ersteingliederung nicht den Bedürfnissen von Personen über 25 Jahren entsprechen. Allerdings zeigen Erfahrungen aus der Praxis beruflicher Rehabilitation, dass eine altersunabhängige Zuteilung, die ausschließlich auf einer Zuteilung nach der Erwerbstätigkeitsdauer basiert, gelegentlich ebenfalls praktiziert wird.

Die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation angebotenen Leistungen zur Teilhabe differenzieren sich in allgemeine und besondere Leistungen. Nach dem Grundsatz „so allgemein wie möglich, so spezifisch wie nötig“, werden Leistungen zur Teilhabe im Rahmen von allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen angeboten, die auch nichtbehinderten Teilnehmern zur Verfügung stehen. Die besonderen Leistungen sind dagegen auf behindertenspezifische Besonderheiten ausgerichtet und werden erbracht, „soweit nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann“ (§ 98 SGB III). Die Unterschiede im Förderbedarf machen die seit 2008 in der Förderstatistik der BA explizit benannten drei Förderkategorien deutlich (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005).

Förderkategorie I: Die individuelle Bedarfssituation kann mit den allgemeinen (Regel-)Leistungen des SGB III abgedeckt werden.

Förderkategorie II: Die individuelle Bedarfssituation erfordert die Teilnahme an einer rehabilitationspezifisch ausgestalteten Maßnahme.

Förderkategorie III: Wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges ist die Teilnahme an Maßnahmen in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation unerlässlich.

Die Unterstützung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen findet mit erheblichem finanziellen Einsatz statt: Allein die BA als größter Träger beruflicher Rehabilitation hat im Jahr 2010 aus dem Budget des SGB III für die Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben (Reha/SB) 2,5 Mrd. € erbracht (Bundesagentur für Arbeit 2011a). Die Ausgaben im Bereich SGB II (zugelassene kommunale Träger ausgenommen) für Rehabilitationsleistungen lagen 2010 bei 166 Mio. € (ders.).

Über den arbeitsmarktintegrativen Erfolg dieser Teilhabeleistungen ist wenig bekannt. Denn bisher gab es weder Übergangs-, Verbleibs- noch Wirkungsanalysen zu diesen Instrumenten. Um erstmals repräsentative Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz der Teilhabeleistungen zu gewinnen und weiterführende Forschungsarbeiten zu ermöglichen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eine Evaluation der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben des SGB III und SGB II initiiert. Diese ist Teil des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. In diesem Rahmen wurde das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung beauftragt, eine Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben durchzuführen. Ziel der Basisstudie ist der Aufbau und die Pflege eines Prozessdatensatzes von Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit (BA), die Klärung, ob die für eine Wirkungsanalyse notwendigen Daten verfügbar gemacht werden können

sowie die Prüfung, ob für die Beantwortung der jeweiligen wirkungsanalytischen Fragestellungen in ausreichendem Maße Teilnehmer- und Kontrollgruppen vorhanden sind.⁶

Der hier vorgelegte zusammenfassende Bericht umfasst folgende Teile:

Teil II beschreibt den Aufbau des neu entstandenen prozessproduzierten Datensatzes zur beruflichen Rehabilitation. Da bisher im Bereich der beruflichen Rehabilitation in der Bundesagentur für Arbeit keine längsschnittbasierten Forschungsdaten vorhanden waren, war eine zentrale und aufwendige Projektaufgabe die Recherche, die Aufbereitung und Integration und die Qualitätssicherung dieses Datenbestandes. Daher werden in diesem Berichtsteil zunächst die Datenquellen und wesentliche Punkte der Datenaufbereitung vorgestellt und damit zentrale Stationen dieses Forschungsdatengeneseprozesses nachgezeichnet. Damit soll dem Leser ein erster Eindruck der Möglichkeiten aber auch der Grenzen dieser prozessproduzierten administrativen Daten vermittelt werden. Auf dieses empirische Fundament bauen dann die folgenden Kapitel auf, die erste Einblicke in diese zum jetzigen Zeitpunkt einmalige Datenbasis geben.

Teil III bettet zunächst mittels theoretischer Rahmung die berufliche Rehabilitation in den gesellschaftlichen Gesamtkontext ein und nimmt im Besonderen auf den Teilhabebegriff Bezug (Kapitel III/1). Darauf aufbauend werden systemtheoretische Einflussfaktoren dargestellt, die im Kontext beruflicher Rehabilitation wirken. Kapitel III/2 beschreibt anhand deskriptiver Analysen die Strukturen und Zusammensetzungen des Personenkreises, der eine berufliche Rehabilitation bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchläuft. Kapitel III/3 widmet sich der Dauer des Rehabilitationsverfahrens. So weisen die Daten eine Reihe von offenen, d.h. noch laufenden Fällen der beruflichen Rehabilitation auf, und zwar unabhängig vom Zeitpunkt der Anerkennung als Rehabilitand.

Im Mittelpunkt von Kapitel III/4 stehen Analysen zu der Frage, ob die Anerkennung des Status als Rehabilitand während einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme erfolgt, nach dem Schulabschluss oder einer Erwerbstätigkeit. Diese Zugangswege haben möglicherweise Einfluss auf die spätere Integration und werden daher näher betrachtet. Welche Maßnahmen im Rahmen beruflicher Rehabilitation angeboten werden, ob sich in Erst- und Wiedereingliederung bspw. geschlechtsspezifische oder behinderungsspezifische Unterschiede zeigen, wird in Kapitel III/5 erörtert.

Nicht alle Rehabilitanden nehmen im Laufe der beruflichen Rehabilitation, also zwischen dem Zeitpunkt der Anerkennung und dem Ende der Rehabilitation, an einer Maßnahme teil. Mögliche Selektionsprozesse beim Zugang zu Maßnahmen beruflicher Rehabilitation werden in Kapitel III/6 diskutiert. Die Identifizierung von Maßnahmeketten und ihre Quantifizierung sind für weitere Untersuchungen entscheidend. Zeigen sich typische Maßnahmeketten, oder gibt es Überschneidungen bei der Maßnahmevergabe? Analysen hierzu finden sich in Kapitel III/7, gefolgt von einem ersten deskriptiven Einblick in den Verbleib nach Ende der Rehabilitation in Kapitel III/8. Kapitel III/9 widmet sich einem neu eingeführten Instrument, der „Unterstützten Beschäftigung“. Teil III endet mit einer kurzen Zusammenfassung (Kapitel III/10).

Im Projektkontext war zudem die Möglichkeit einer Zuspiegelung von Daten des Ärztlichen Dienstes (ÄD) zu prüfen. Dies erfolgte im Rahmen einer Machbarkeitsstudie „Daten des Ärztlichen Dienstes“.

⁶ Bei einem vom BMAS und IAB organisierten Workshop wurden Analysen aus den Prozessdaten sowie erste Ergebnisse der parallel laufenden Implementationsstudie durch INTERVAL vorgestellt und mit den Teilnehmern diskutiert.

Im Zentrum stand die Frage, ob die Daten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit dem Prozessdatenpanel beruflicher Rehabilitanden hinzu gespielt werden können. Dies beinhaltet sowohl Fragen zur Datenqualität, zur Art der Datenhaltung, deskriptive Analysen, aber auch die Prüfung datenschutzrechtlicher Aspekte. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Teil IV. Integriert in diesen Teil ist ebenfalls ein Exkurs zu den Daten des Psychologischen Dienstes der BA.

In Teil V werden Vorschläge für eine erste weiterführende Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgelegt. Nach einer kurzen Einleitung (Kapitel V/1) werden nochmals kurz die Rehabilitanden bei der BA (Kapitel V/2), die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel V/3) sowie einige Evaluationsmethoden und -voraussetzungen (Kapitel V/4) diskutiert. In den Kapiteln V/5 und V/6 finden sich Überlegungen zur Erfassung zusätzlicher (Gesundheits-)Merkmale aus den Daten des Ärztlichen Dienstes der BA und zu einer möglichen Befragung von Rehabilitanden. In Kapitel V/7 werden mögliche Forschungsfragen, getrennt nach Erst- und Wiedereingliederung, diskutiert. Teil V endet mit einem Resümee / Zeitplan (Kapitel V/8).

Der hier vorgelegte Bericht „Basisstudie Reha-Prozessdatenpanel“ endet mit einer Zusammenfassung in Teil VI.

II. Datengrundlagen

1. Einleitung

Der folgende Teil beschreibt die Erstellung und die Bestandteile des Reha-Prozessdatensatzes, mit dem die dargestellten Analysen durchgeführt wurden. Der Reha-Prozessdatensatz wurde aus den Geschäftsdaten der Bundesagentur für Arbeit erstellt. Die Datengenese erfolgte in einem komplexen und aufwendigen Prozess, der sich aus der Auswahl der Datenquellen, deren Aufbereitung bzw. Bereinigung und schließlich dem Zusammenspielen der einzelnen Quellen zusammensetzte. Insbesondere die Datenauswahl stellte sich als außerordentlich recherchieintensiv dar, da die Prozessdatenbasis der BA überaus vielschichtig ist und die vorliegende Dokumentation teilweise wenig über die Eignung der Daten zu Forschungszwecken aussagt. Große Aufmerksamkeit kam dabei Datenschutzaspekten zu.

Der in diesem Prozess entstandene Datensatz kann in seiner Art als einzigartig bezeichnet werden, einerseits weil die enthaltenen Daten erstmalig für die Forschung erschlossen wurden, und andererseits weil er die Möglichkeit bietet, ganze Erwerbsbiografien lückenlos und einschließlich der Zeiten in beruflicher Rehabilitation zu verfolgen.

2. Herkunft der Daten

In den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern⁷ finden unterschiedliche IT-Erfassungssysteme Anwendung (z.B. das Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem VerBIS), die dazu dienen, Kundendaten aufzunehmen und zu verwalten. Hierfür werden die unterschiedlichsten Kundeninformationen in Erfassungsmasken eingetragen, die mit Klappmenüs, Textfeldern etc. ausgestattet sind. Die Erfassungssysteme dienen den Beratern und Vermittlern als zentrale Informationsquellen und ermöglichen es, Kundendaten direkt und zentral aufzurufen.

Ein ausgewählter Ausschnitt aus den Informationen unterschiedlicher Erfassungssysteme wird von der Statistik der Bundesagentur für Arbeit in einer zentralen Datenbasis gesammelt und anschließend in verschiedenen Datenschichten aufbereitet und schrittweise weiterverarbeitet. Die Informationen werden dann in unterschiedlichen Datentöpfen abgelegt, die die Datenquellen für Statistiken, das Controlling der Bundesagentur für Arbeit und die Forschung bilden. Zu den aus diesen

⁷ Während der Laufzeit des Projekts 2010 – 2011 waren die Träger im SGB II entweder als *Arbeitsgemeinschaft* (ARGE), als *Träger in getrennter Aufgabenwahrnehmung* (gAw) oder als *zugelassener kommunaler Träger* (zkT) organisiert. Mit der zum 1.1.2012 erfolgenden Neuaufstellung der Trägerorganisation existieren noch die beiden Organisationsformen *gemeinsame Einrichtung* (gE) und *zugelassener kommunaler Träger* (zkT). Die überwiegende Anzahl der ARGE und gAw gingen in die *gemeinsame Einrichtung* über, aber auch die Anzahl der *zugelassenen kommunalen Träger* wurde größer, sodass einige ARGE n bzw. gAw zu den *zugelassenen kommunalen Trägern* wechselten. Die betreuenden Grundsicherungsstellen werden sowohl bei den gE als auch bei den zkT nun einheitlich als Jobcenter bezeichnet. Da der vorliegende zusammenfassende Bericht die Arbeit während der Projektphase beschreibt, wird hier auf die vor dem 1.1.2012 gültigen Bezeichnungen rekurriert.

Datentöpfen bereits im IAB erschlossenen Forschungsdatensätzen zählen unter anderem die Leistungsempfängerhistorik (LeH), welche die Biografie des Leistungsempfangers im SGB III abbildet, oder die Arbeitsuchenden-Historik (ASU), die die Zeiten von gemeldeter Arbeitssuche enthält. Die Daten der genannten Datentöpfe bzw. die unterschiedlichen Forschungsdatenquellen (LeH, ASU etc.) bilden dann die Grundlage für den IAB-Reha-Prozessdatensatz.

Die Datenbasis, die zur Beantwortung der Forschungsfragen aufgebaut wurde, speist sich demnach aus diesen Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit. Für Informationen spezifisch zu Rehabilitanden stehen zwei Datenquellen zur Verfügung, einerseits das IT-Erfassungssystem VerBIS und andererseits das IT-Erfassungssystem Computerunterstützte Sachbearbeitung Windows NT (coSachNT). Beide Systeme decken unterschiedliche Teile des Verwaltungsprozesses ab und generieren daher Informationen, die einander ergänzen: Die Erfassung eines Kunden als Rehabilitand einschließlich der rehabilitationsrelevanten Informationen wie z. B. der Behinderungsart erfolgt über VerBIS, während die Durchführung der beruflichen Rehabilitation mittels der Zuweisung des Kunden zu Maßnahmen über coSachNT dokumentiert wird. Zusammen mit weiteren Informationen aus administrativen Daten wird aus diesem Datenkern heraus ein Bild der Erwerbsbiographie der betreffenden Rehabilitanden generiert.

Allerdings nutzen Jobcenter in der Trägerschaft von zugelassenen kommunalen Trägern (zKT) andere IT-Erfassungssysteme. Die Informationen der zKT zum Rehabilitationsprozess sind im Hinblick auf ihre Eignung zu Forschungszwecken noch nicht analysiert und getestet. Hinzu kommt, dass besonders an Anfang und Ende des Rehabilitationsprozesses eine Abstimmung zwischen Arbeitsagenturen und zKT erforderlich ist, die je nach Standort unterschiedlich erfolgreich abläuft. Das Erkennen eines Rehabilitationsbedarfs muss im Jobcenter des zKT erfolgen, die Abklärung und Anerkennung wiederum in der korrespondierenden Agentur für Arbeit. Diese Anerkennung wird daher auch im IT-Erfassungssystem der Agentur vermerkt, der weitere Verlauf des Rehabilitationsprozesses verläuft wiederum unter der Regie des zKT, sodass hier zwei institutionelle Sprünge stattfinden und die administrativen Daten über verschiedene IT-Systeme streuen. Dies beeinflusst die Qualität z. B. der Angaben zum Rehabilitationszeitraum. Daher wurden Daten zu Rehabilitanden in der Betreuung von zKT beim Aufbau der Datenbasis ausgeschlossen (siehe auch Kapitel II/3.5).

Im Folgenden werden die Datenquellen VerBIS und coSachNT näher beschrieben.

2.1. Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem (VerBIS)

Das Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem (VerBIS) ist eines der Erfassungssysteme, welches in Jobcentern und Arbeitsagenturen Anwendung findet. Für unterschiedliche administrative Zwecke stehen jeweils unterschiedliche (Eingabe-)Seiten zur Verfügung. Diese Seiten dienen dazu, unterschiedliche und für den jeweiligen Beratungs- oder Vermittlungsprozess relevante Merkmale des Kunden abzubilden. So können auf der Seite *Stammdaten* vom Berater bzw. Vermittler allgemeine Personenmerkmale wie Geburtsdatum, Familienstand etc. eingesehen werden, auf der Seite *Reha* werden Angaben zur Behinderungsart, Grad der Behinderung etc. gemacht. Informationen zur Schul- oder Berufsausbildung werden im Rahmen des Beratungs- und Vermittlungsprozesses unter *Lebenslauf* erfasst. Hier finden sich auch Angaben zum Beginn- und Endedatum

der Ausbildung, Schulinformationen, Berufskennziffer der Berufsausbildung und Grund der Abmeldung. Berufsberatung kann auf der Seite *Kundendaten* erfasst werden. Auf allen VerBIS-Seiten sind in Teilen Freitextangaben möglich (die nicht in die zentrale Datenbasis übernommen werden), andere Angaben müssen durch Klappmenüs ausgewählt werden. Einige Beispiele einer fiktiven Testperson finden sich in den folgenden Abbildungen (siehe Abbildungen 1 bis 4).

Abbildung 1: VerBIS-Reha-Seite

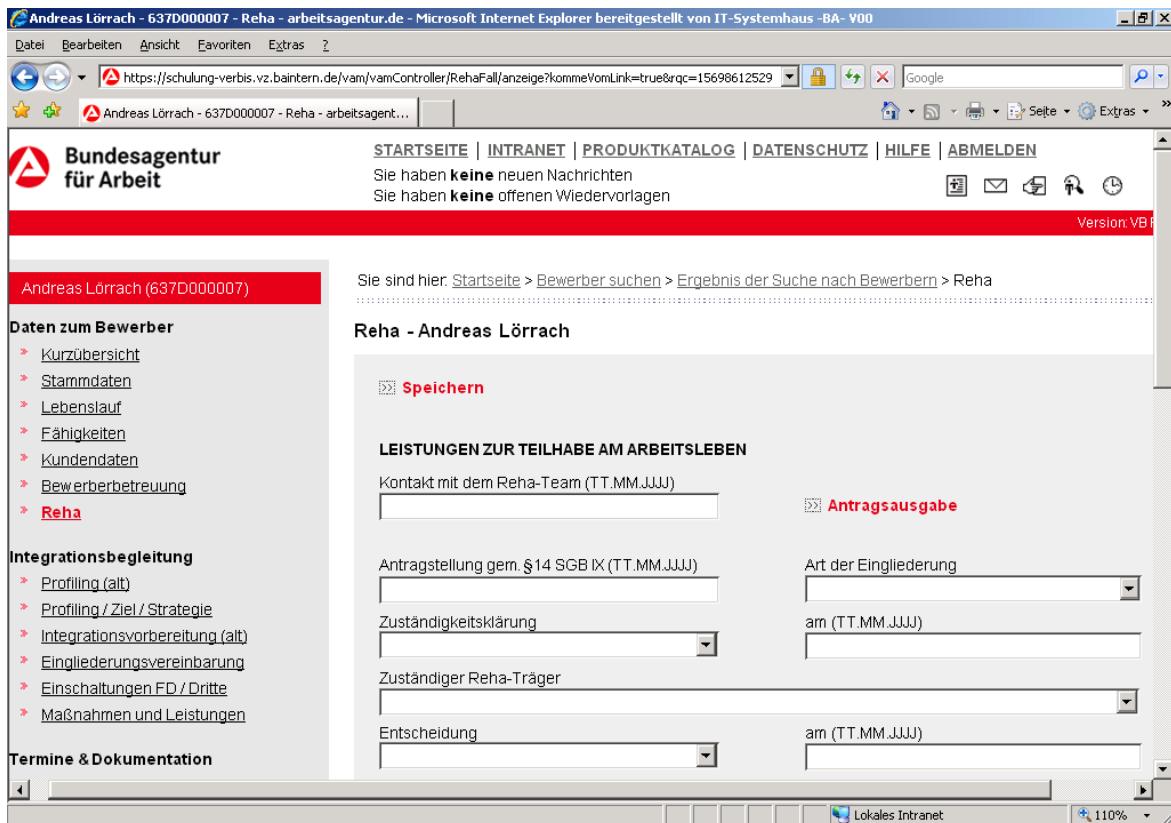


Abbildung 2: VerBIS-Lebenslauf I

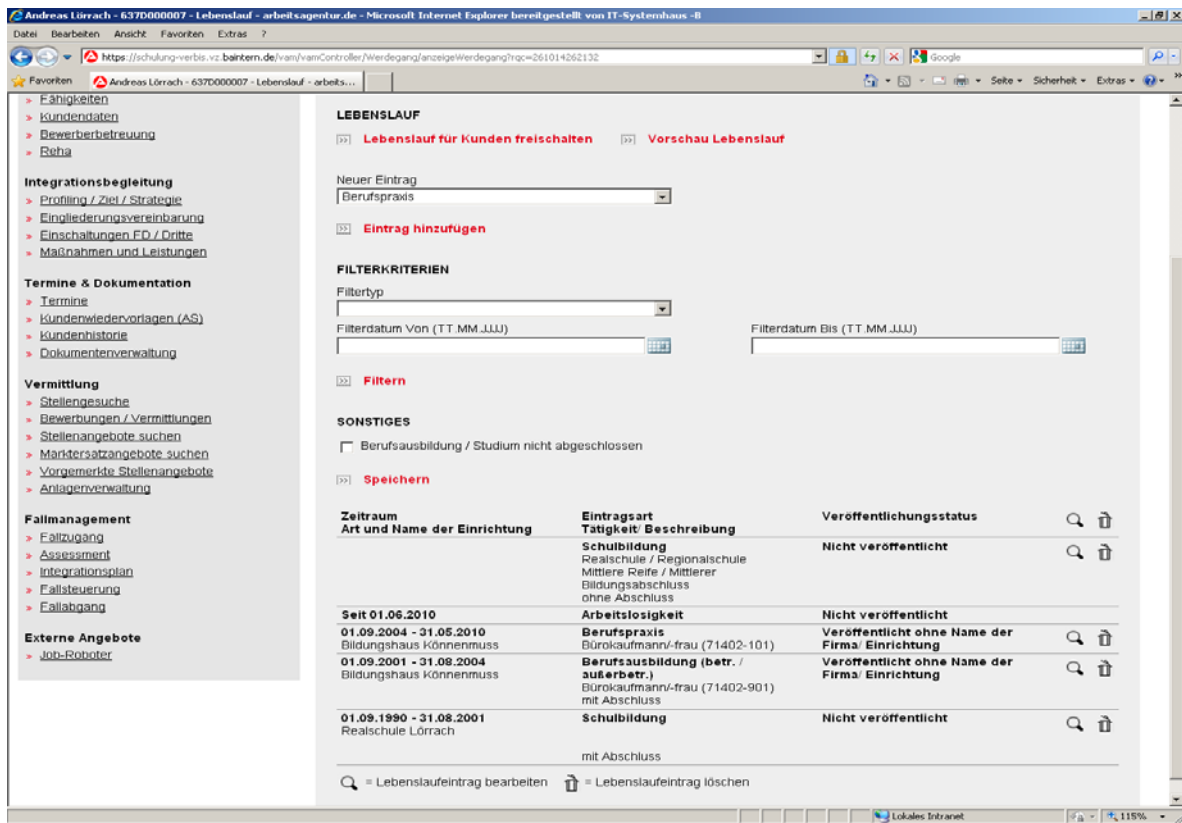


Abbildung 3: VerBIS-Lebenslauf II

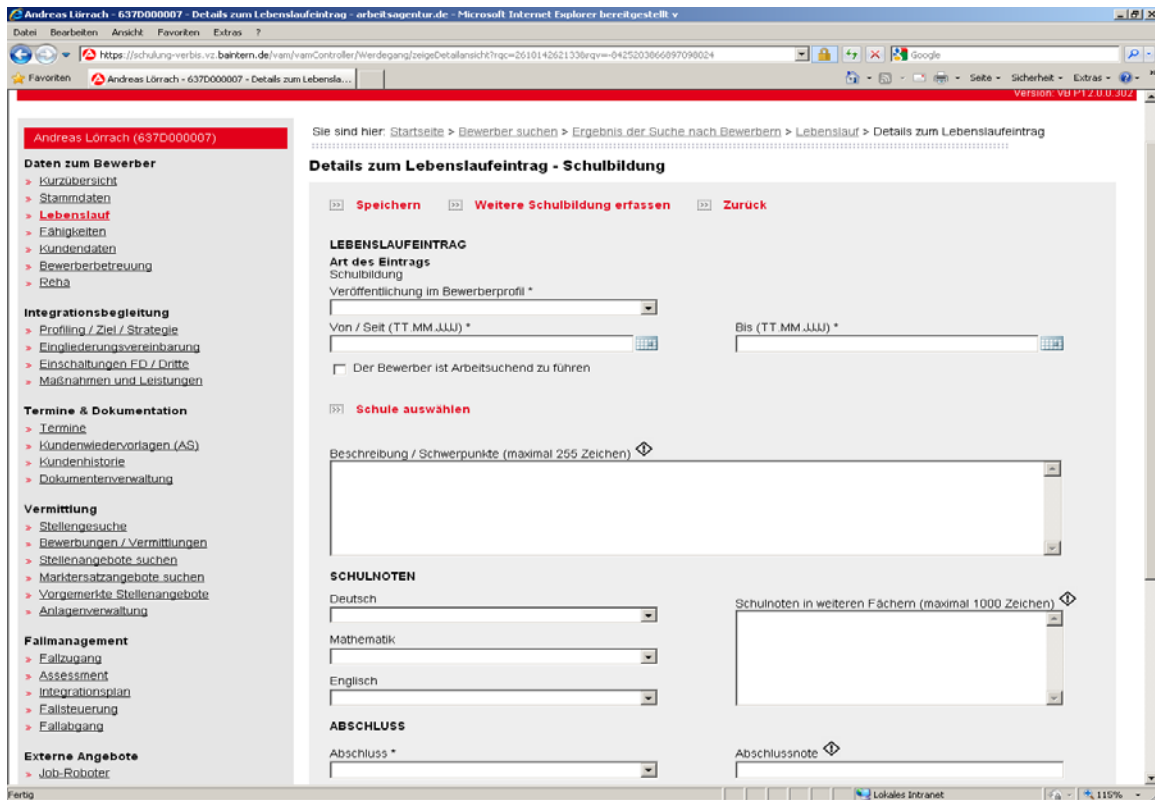
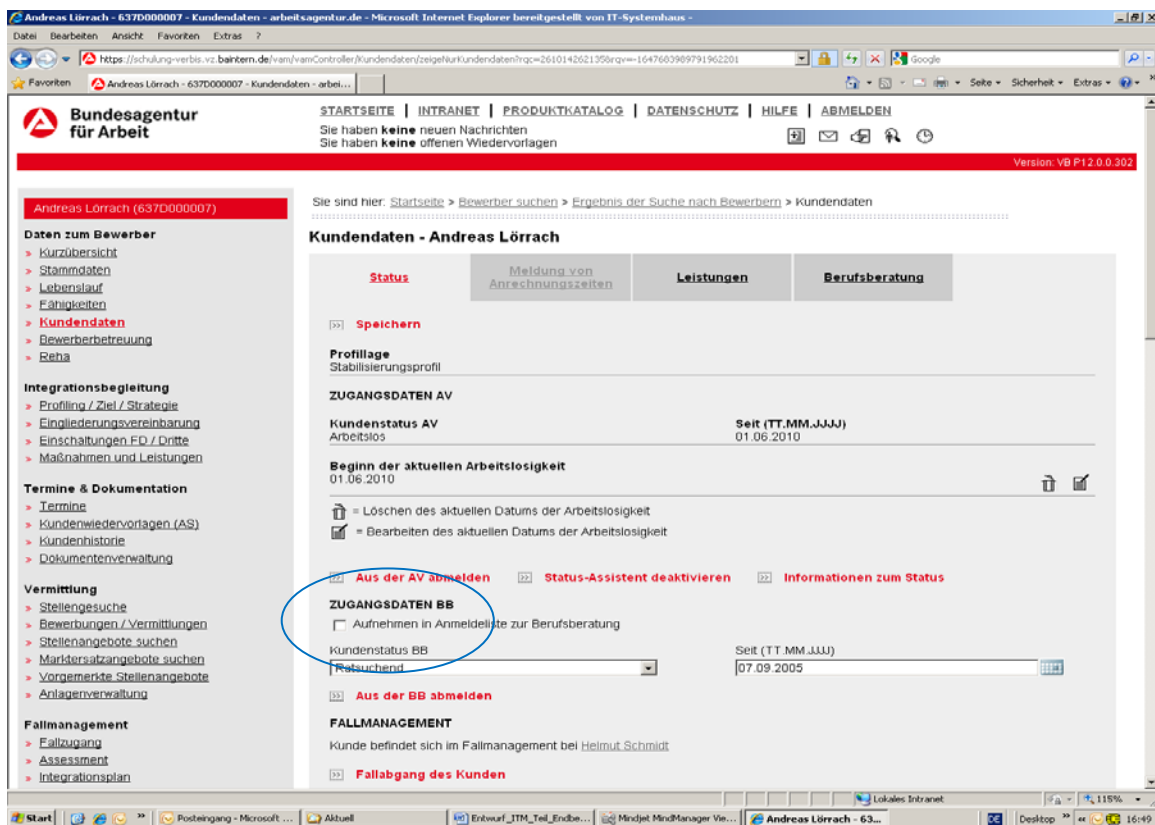


Abbildung 4: VerBIS-Kundendaten mit Angaben zur Berufsberatung

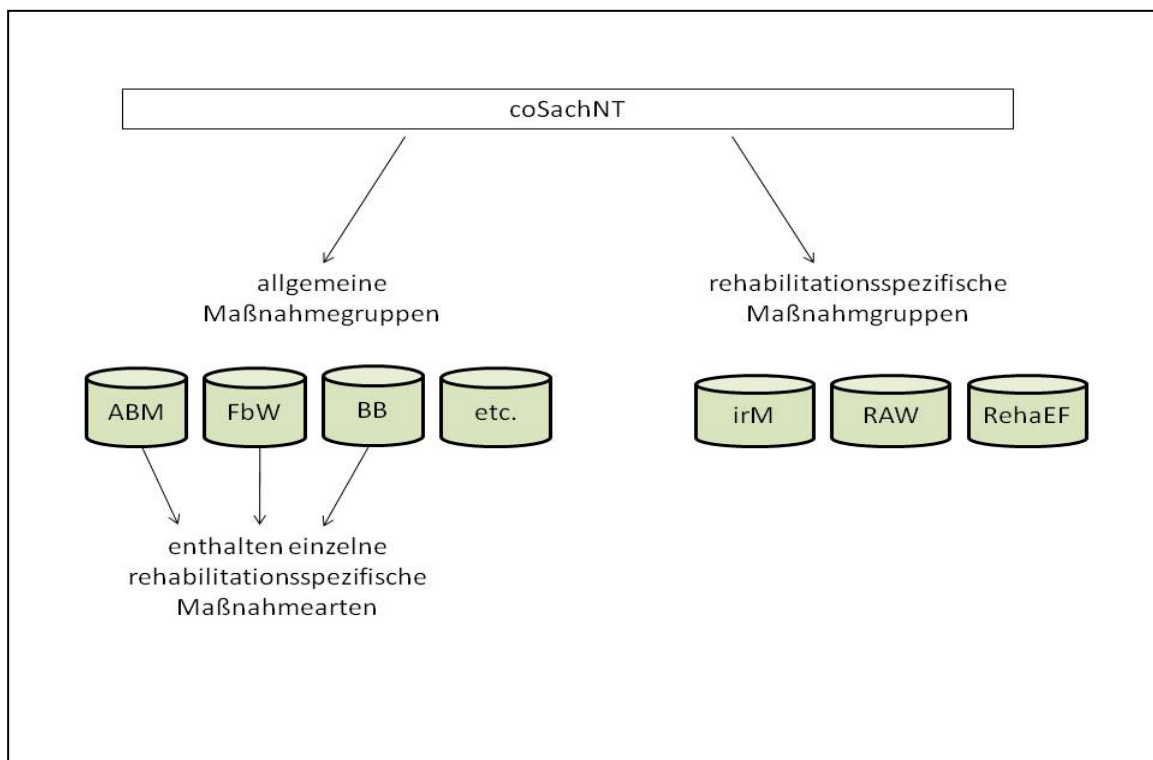


Vor der Einführung von VerBIS Mitte 2006 wurden Rehabilitandendaten im IT-Erfassungssystem „compas“ erfasst. Da die beiden IT-Systeme VerBIS und compas in Umfang und Struktur stark voneinander abweichen, kann daraus keine einheitliche Datenbasis mit guter Datenqualität aufgebaut werden. Daher wurde auf Daten aus compas verzichtet, und es wurden nur Rehabilitanden betrachtet, deren Anerkennung nach Einführung von VerBIS stattgefunden hat. Damit werden im Reha-Prozessdatensatz Rehabilitanden mit Anerkennungen als Rehabilitand ab dem 1.6.2006 berücksichtigt.

2.2. Computerunterstützte Sachbearbeitung Windows NT (coSachNT)

Neben VerBIS ist auch das Erfassungssystem coSachNT von Wichtigkeit für den generierten Reha-Prozessdatensatz. Das System dient der Verwaltung von Teilnahmen an verschiedenen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Abbildung 5). Die Maßnahmen sind in dem Erfassungssystem nach allgemeinen und rehaspezifischen Maßnahmen differenziert.

Abbildung 5: Maßnahmespektrum aus coSachNT



* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Der Katalog allgemeiner Maßnahmen ist größtenteils in den bisher erschlossenen Forschungsdaten des IAB enthalten, rehabilitationsspezifische Maßnahmegruppen hingegen nicht. Tabelle 1 zeigt die Gruppen an rehabilitationsspezifischen Maßnahmen.

Tabelle 1: rehabilitationsspezifische Maßnahmegruppen

RAW	Reha Aus- und Weiterbildung (z.B. Betriebliche Berufsausbildung mit Reha-Förderung)
irM	Individuelle rehaspezifische Maßnahmen (z.B. Fernunterrichtsmaßnahme)
RehaEF	Reha Einzelförderung (z.B. technische Arbeitshilfen)

* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Im Katalog der allgemeinen Maßnahmen sind allerdings teilweise auch rehabilitationsspezifische Maßnahmenarten (z.B. rehabilitationsspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen) zu finden. Rehabilitationsspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen unterscheiden sich insoweit von allgemeinen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen, als dass sie speziell auf die Bedürfnisse behinderter junger Menschen ausgelegt sind und für sie zugeschnittene Inhalte behandeln. Diese rehabilitationsspezifischen Maßnahmen liegen zwar standardmäßig im IAB vor, werden aber aus Datenschutzgründen nicht für allgemeine Forschungsprojekte zur Verfügung ge-

stellt. Damit mussten auch diese für das Projekt erschlossen werden. Im Folgenden werden die im Reha-Prozessdatensatz integrierten Datenbestände mit ihrem Aufbau beschrieben.

3. Datenbestände und Datenaufbau

Der Reha-Prozessdatensatz wurde, wie beschrieben, zum Teil aus bereits vorhandenen Datenbeständen des IAB aufgebaut, zum Teil mussten aber auch Daten neu erschlossen werden. Insbesondere die zentralen Angaben zu Rehabilitanden wurden im IAB bisher nicht verwendet und wurden daher im Projektrahmen erschlossen und aufbereitet. Auch bei den Daten zu jungen Menschen in Berufsberatung wurde so vorgegangen.

Um die so gewonnenen Daten um Informationen aus der Erwerbsbiografie der Rehabilitanden zu ergänzen, wurden die Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) als ein bereits bewährtes Standarddatenprodukt des IAB verwendet (Kapitel II/3.3.1). In den IEB sind bereits viele der Maßnahmen, die den Rehabilitanden zugewiesen werden, enthalten. Diejenigen Maßnahmen, die ausschließlich für Reha-Fälle bestimmt sind, werden in den IEB jedoch nicht ausgewiesen und wurden daher neu erschlossen. Der aus der Datenerschließung resultierende Datensatz speist sich damit aus vielen verschiedenen Datenquellen, die miteinander verknüpft wurden.

In den folgenden Kapiteln werden die Bestandteile des Reha-Prozessdatensatzes einzeln beschrieben.

3.1. Rehabilitations-Historik (RehaHIST)

3.1.1. Aufbau und Erschließung

Die in Kapitel II/2 als Datenquellen genannten Datentöpfe werden von der Statistik der Bundesagentur für Arbeit in einem DataWarehouse (DWH) gehalten. In diesem Data Warehouse der Statistik der BA existiert ein Datentopf, der sogenannte „historisierte“ Informationen⁸ zu Rehabilitationsfällen enthält. Dieser Datentopf bildet die Grundlage der Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zur beruflichen Rehabilitation. Aus diesem Datentopf, nachfolgend als Reha-Datentopf bezeichnet, werden ausschließlich Datensätze betrachtet, die ein „Datum der Anerkennung als Reha-Fall“ aufweisen, das ab dem 01.06.2006 vorliegt. Denn ab Mitte 2006 war die Erfassung von Rehabilitandendaten im IT-Erfassungssystem compas vollständig umgestellt auf die Erfassung in VerBIS.

Der Reha-Datentopf wird maßgeblich aus den Eintragungen der VerBIS-Reha-Seite gespeist und enthält ausgewählte Merkmale, die einen Rehabilitationsfall beschreiben, z.B.

- Reha-Fall-Identifikator

⁸ Bei historisierten Informationen handelt es sich um Informationen, die durch die Dokumentation des jeweiligen Gültigkeitszeitraums historisch abgelegt werden und damit sehr flexibel auswertbar sind (Data Warehouse-Konzept). Über dieses Prinzip ist dann bekannt, wann eine Information gültig war und wann sie durch eine neue Information korrigiert wurde. Für ein Beispiel siehe Abbildung 6.

- Datum der Anerkennung als Reha-Fall
- Datum der Beendigung eines Reha-Falles
- Grund der Beendigung eines Reha-Falles
- Erst-/Wiedereingliederung
- Behinderungsart
- Behinderungsgrund

Der Datentopf besteht pro Rehabilitationsfall aus einer oder mehreren Datenzeilen (Abbildung 6). Eine Datenzeile (ein Satz) des Reha-Datentopfes entsteht vereinfacht gesagt durch das Abspeichern einer Änderung im Erfassungssystem VerBIS, das den Beratern/Vermittlern der Arbeitsagenturen oder gemeinsamen Einrichtungen zur Verfügung steht. Durch das Anlegen eines Rehabilitationsfalls im Erfassungssystem erfolgt die Erstellung einer ersten Datenzeile. Wenn im Zeitverlauf weitere Informationen zum Rehabilitationsfall dazu kommen (z.B. die Angabe des Grades der Behinderung), dann wird ein Rehabilitationsfall durch weitere Datenzeilen mit den dann neuen Informationen ergänzt (Abbildung 6). Jeder Datenzeile eines Rehabilitationsfalls in dem Datentopf wird dabei ein eigener Gültigkeitszeitraum zugewiesen (Anfang und Ende der Gültigkeit einer Information in der jeweiligen Datenzeile).

Abgesehen davon, dass mehrere Datenzeilen zu einem Rehabilitationsfall angelegt werden können, kann eine Person auch mehrere Rehabilitationsfälle zu unterschiedlichen Zeiten aufweisen. Deswegen liegen in den Daten mehr Rehabilitationsfälle als Personen vor.

Der logische und datentechnische Aufbau ist historisch gewachsen. Er beruht ursprünglich auf den Strukturen des inzwischen abgeschalteten Erfassungssystems „compas“, dem Vorgängererfassungssystem von VerBIS. Eine Dokumentation dieses logischen Aufbaus ist nur lückenhaft vorhanden. Die Logik kann letztendlich nur aus der Analyse der bestehenden Programmierskripte rekonstruiert werden („reverseengineering“). Um die Logik der Datengenese nachvollziehen zu können, ist die Rekonstruktion der Programmierskripte der früheren Erfassungssysteme schwierig aber unumgänglich, denn es ist wichtig nachzuvollziehen, aus welchen Quellen die Informationen stammen. Bspw. werden dem aus dem Reha-Datentopf aufzubauenden Datensatz einige (Personen-)Merkmale hinzugefügt, die nicht notwendigerweise aus der VerBIS-Reha-Seite stammen, sondern von anderen VerBIS-Seiten oder sogar aus anderen Systemen übernommen werden. Deshalb mussten Bedingungen und Regeln definiert werden, mit welchen Tabellen des DWH der Datensatz verknüpft wird, um z.B. Personenmerkmale (Geschlecht, Geburtstag, etc.) eines Rehabilitanden zu erfahren.

Der erste Projektschritt bestand darin, die Daten des Reha-Datentopfs forschungsadäquat aufzubereiten. Zu diesem Zweck wurden zunächst Hintergrundinformationen in den BA-Dokumentationsplattformen sowie bei den einschlägigen Informationsträgern der Reha-Statistik der Bundesagentur für Arbeit und der IT-Abteilung gesammelt. Auf Basis dieser Informationen wurde ein Aufbereitungskonzept erarbeitet und in einem Prototyp umgesetzt.

Der Datenbestand ist, wie alle aus dem DWH generierten Datensätze, einerseits dadurch gekennzeichnet, dass ein kontinuierlicher Zufluss an Daten im Zeitverlauf existiert. Zum anderen unterlie-

gen auch die Merkmale gewissen Veränderungen (Vergrößerung bzw. Erweiterung der Ausprägungen etc.).

Daher wurde zunächst eine Datendokumentation erstellt. Dann wurden mittels ausführlicher Datentestung und –prüfung die Datenqualität und –integrität überprüft und abgeklärt, ob der Datensatz den Anforderungen an das Analysepotential eines Forschungsdatensatzes zu beruflicher Rehabilitation gerecht wurde.

Im Folgenden sind die zentralen Aufbereitungsschritte bei der Erstellung der sogenannten Rehabilitations-Historik (RehaHIST) beschrieben.

Auswahl eines Satzes aus der Rehabilitations-Historik

Im Reha-Datentopf finden sich, wie oben beschrieben, rehabilitationsspezifische Informationen zu einer Person, und zwar für den Zeitraum, in dem eine Person bei der BA als Rehabilitand geführt wurde. Das „Konto“ eines Rehabilitanden wird daher durch das Anerkennungsdatum und das Beendigungsdatum in der RehaHIST zeitlich verortet. Da sich im Zeitverlauf Änderungen ergeben können bzw. das Endedatum noch nicht feststeht, sind, wie oben beschrieben, pro Rehabilitationsfall mehrere Zeilen vorhanden.

Sie entstehen aber auch aus anderen Gründen, z.B. wenn die Ausprägung bestimmter Merkmale nach Beendigung des Falles wechselt (z. B. durch Korrekturen). Grundsätzlich wird für die Forschungsdaten die neueste Information ausgewählt, also jene, die zum jetzigen Zeitpunkt aktuell und gültig ist. Dieses Vorgehen entspricht dem Standardvorgehen im IAB.

In Abbildung 6 ist die Datensatzauswahl exemplarisch verdeutlicht. Aus allen Sätzen eines Rehabilitationsfalles im Reha-Datentopf (ab 01.06.2006) wird für Forschungszwecke nur ein Satz ausgewählt (grau markiert), und zwar der neueste, identifiziert über das aktuellste Gültigkeitsdatum (hier der 11.12.2009). Es ist deshalb sinnvoll, diesen auszuwählen, da er die aktuellsten Informationen zu einem Reha-Fall enthält. Ältere Historiensätze enthalten ältere Informationen, die ggf. zum aktuellen Zeitpunkt schon obsolet sind, und werden darum nicht betrachtet.

Abbildung 6: Fiktives Beispielkonto aus dem Reha-Datentopf

Fall-ID	Trägerschaft	Dienststelle	Endegrund	Zielberuf	Behinderungsgrad	Behinderungsart	Entscheidungsdatum	Enddatum	Beginndatum Gültigkeit	Enddatum Gültigkeit
415	2	910167	9997	9997	4	8	22.08.2006	.	18.08.2006	14.06.2007
415	2	910167	9997	9997	1	8	22.08.2006	.	15.06.2007	14.08.2007
415	2	910167	10	9997	1	8	22.08.2006	21.08.2007	15.08.2007	14.09.2009
415	1	10134	10	9997	1	8	22.08.2006	21.08.2007	15.09.2009	14.10.2009
415	2	910167	10	9997	1	8	22.08.2006	21.08.2007	15.10.2009	10.12.2009
415	2	910167	10	9997	1	9999	22.08.2006	21.08.2007	11.12.2009	.

* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Personenmerkmale

Der Reha-Datentopf selbst enthält keine soziodemografischen Angaben zur Person, z. B. kein Geschlecht, kein Geburtsdatum etc. Diese müssen den Rehabilitationsinformationen zugespielt werden. Zeitunabhängige Merkmale (z.B. Geschlecht, Geburtsdatum etc.) werden dem Reha-Fall aus den Personeninformationen des Rehabilitanden zugespielt. Für zeitabhängige Merkmale (z. B. Schulausbildung) gibt es im IAB die Regel, dass sie zum Beginn einer Periode zugespielt werden, hier zum Beginn einer Reha-Periode. Damit ist die entsprechende Information für diesen Zeitraum bestimmt.

3.1.2. Ausfiltern von gelöschten Fällen (Reha_loesch)

Beim Laden der Rehabilitandendaten aus VerBIS wird im DWH ein Datentopf gefüllt, der dem Wortlaut nach Angaben zu „Löschungen“ enthält (Reha_loesch). Solche „Löschungen“ bedeuten jedoch nicht notwendigerweise, dass kein Rehabilitationsfall stattgefunden hat. Konsequenterweise sind alle Fälle, die in der Reha_loesch enthalten sind, auch im Reha-Datentopf enthalten. In der Reha_loesch wird lediglich festgehalten, welcher Reha-Fall zu welchem Zeitpunkt „gelöscht“ wurde. Weitere Informationen sind nicht enthalten. Es stellt sich hier die Frage, ob es gelöschte Fälle gibt, die für Forschungszwecke nicht doch verwendet werden sollten.

„Löschungen“ bzw. Einträge in der Reha_loesch entstehen bei der Nutzung von VerBIS durch zwei verschiedene Ursachen:

1. Bei einem bestehenden Kunden, für den schon ein Rehabilitationsfall angelegt ist (unabhängig davon, ob dieser bereits beendet ist oder nicht), wird ein weiterer Rehabilitationsfall in der Erfassungsmaske angelegt. Dadurch wird der erste Rehabilitationsfall aus der Erfassungsmaske gelöscht und in VerBIS archiviert. Damit einhergehend erfolgt ein Eintrag in die Reha_loesch.
2. Die Angaben in VerBIS zu einem bestehenden Reha-Fall werden vom Bearbeiter händisch entfernt und der Fall wird gespeichert.

Die für eine Löschung ausschlaggebenden Ursachen (1. oder 2.) sind aber weder im Reha-Datentopf noch in der Reha_loesch dokumentiert.

Klar ist jedoch, dass ein Eintrag in der Reha_loesch nicht zwingend bedeutet, dass der Fall nicht forschungsrelevant ist. Die reine Archivierung eines Falles darf ihn bspw. nicht aus dem Forschungsdatensatz ausschließen. Fraglich ist also, welche Fälle als gelöscht im Sinne von „nicht stattgefunden“ einzuschätzen sind. Unabhängig von den ursächlichen Löschenzenarien (1. und 2.) scheinen solche Fälle einschlägig zu sein, die kein Reha-Ende-Datum aufweisen.

Sie wurden auf jeden Fall in Arbeitsagenturen gelöscht wie unter 1. oder 2. beschrieben und waren zum Löschezitpunkt nicht mit einem Endedatum versehen und damit beendet. Man kann also annehmen, dass ein nicht beendeter Fall aus dem Grund gelöscht wird, dass der Reha-Fall tatsächlich nicht existiert. Wenn also ein Rehabilitationsfall in der Reha_loesch eingetragen ist und kein Reha-

Enddatum aufweist, dann wird er bei der Erstellung des Prozessdatensatzes ausgefiltert. Dies betrifft in der aktuellen Version 3 des Panels ca. 1.300 Reha-Fälle und entspricht ca. 0,5 Prozent aller Reha-Fälle.

Bei diesen Fällen ist außerdem nicht zu erwarten, dass noch ein Reha-Ende-Datum eingetragen wird. Sie würden Analysen von Rehabilitationsdauern also nach oben verzerren. Indem diese Fälle nicht für Forschungszwecke verwendet werden, wird auch das Problem verzerrter Rehabilitationslaufzeiten verringert.

3.2. Erschließung Maßnahmequellen für den Reha-Prozessdatensatz

3.2.1. Vorhandene und neu zu erschließende Maßnahmequellen

Neben den beschriebenen Datenquellen, die sich aus VerBIS speisen und deren Informationen für die Forschung neu erschlossen werden mussten, existieren noch weitere für das Projekt relevante Datenquellen, die zum Teil aus anderen IT-Erfassungssystemen wie z.B. coSachNT stammen. Diese Datenbestände liegen teilweise bereits als Forschungsdaten vor, teilweise müssen sie noch entsprechend aufbereitet werden.

In den bereits als IAB-ITM-Standarddatenprodukte vorhandenen Maßnahmeteilnehmergehistoriken (MTH) findet sich ein breiter, aber nicht vollständiger Katalog an Maßnahmeteilnahmen. Dieser speist sich aus dem IT-Erfassungssystem coSach. Wenn neue Maßnahmearten im Erfassungssystem hinzukommen, werden diese sukzessive im IAB erschlossen, so dass die Zahl der als Datenprodukte verfügbaren Maßnahmen schrittweise wächst. Tabelle 2 zeigt das momentan vorhandene Maßnahme-Spektrum:

Die in den MTH enthaltenen Maßnahmen werden in die IEB (siehe auch Kapitel II/3.3.1) übernommen. Ausgeschlossen werden jedoch die ca. 100 rehabilitationsspezifischen Maßnahmearten, die in den allgemeinen Maßnahmen sozusagen „versteckt“ sind. Diese „versteckten“ Maßnahmen dürfen aus Datenschutzgründen nicht in das Standardprodukt IEB aufgenommen werden. Sie werden über einen Filter bei der Erstellung der IEB gelöscht. Für die Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“ wurden die Abläufe der IEB-Erstellung dergestalt modifiziert, dass eine Integration der rehabilitationsspezifischen Maßnahmearten möglich ist, so dass der Reha-Prozessdatensatz auch diese Maßnahmearten enthält.⁹

⁹ Aus Datenschutzgründen sind die Daten z. Zt. nur für das Projektteam verfügbar.

Tabelle 2: Maßnahmearten aus der Datenquelle MTH

ABM	Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (wie ABM/SAM u. a., aber nicht einmalige Leistungen wie beispielsweise MOBI-Fahrtkosten)
ABMK	Klassische Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und ähnliche Maßnahmen wie SAM, BSI etc. (Nachfolge-MTH von ABM)
AfL/JP	Arbeit für Langzeitarbeitslose / Jump Plus
AGH	Arbeitsgelegenheiten
BB	Maßnahmen der Berufsberatung gemäß § 61 SGBIII (Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen und Förderung der beruflichen Bildung Benachteiligter (ST 76); Berufliche Eingliederung Behinderter (ST 37))
BEH	Betriebliche Einstellungshilfen
BerEB	Berufseinstiegsbegleitung
BNF	Benachteiligtenförderung
BvB	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
ESF	Maßnahmen des ESF-BA-Programmes (ohne die Leistungsart Sozialpädagogische Betreuung)
ESG	Einstiegsgeld nach § 29 SGB II
EXG	Existenzgründungszuschuss, Gründungszuschuss und Übergangsgeld (Nachfolge-MTH von ABM)
FbW	Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, Trainingsmaßnahmen (TM) und Deutschlehrgänge (DSL)
FF	Freie Förderung
FF2	Freie Förderung nach §16f SGB II
fL	Daten zu flankierenden Leistungen nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 - 4 SGB II (dazu gehören z. B. Suchtberatung, psychosoziale Betreuung und Schuldnerberatung).
isM	Individuelle sonstige Maßnahmen
JG	Jugendsofortprogramm
Kern	Noch nicht vollständig erschlossene Maßnahmen, die über den coSach-Kern gemeldet werden
P37	Beauftragung Dritter mit der Vermittlung nach § 37 SGB III
P46	Aktivierung und berufliche Eingliederung nach §46 SGBIII
PSA	Personal-Service-Agenturen
SWL	Sonstige weitere Leistungen nach § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB II

Rehabilitationsspezifische Maßnahmeteilnahmen wurden im Zeitverlauf in unterschiedlichen IT-Erfassungssystemen erfasst. Allerdings erfolgte die Ablösung der Systeme nicht glatt zu einem bestimmten Zeitpunkt. Vielmehr liefen die IT-Programme zeitweise auch parallel (Tabelle 3).

Tabelle 3: Zeitliche Ablösung der IT-Erfassungssysteme

ca. 2000-ca. 2009	coSachBB (computerunterstützte Sachbearbeitung Berufsberatung)
seit 2006	coSachAV (computerunterstützte Sachbearbeitung Arbeitsvermittlung)
seit 12/2008	coSachAMP (computerunterstützte Sachbearbeitung Arbeitsmarktpolitische Instrumente – „coSach-Kern“)

* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Diese Änderungen in der Datenerfassung und -verwaltung wirken sich auf die Qualität und die Verfügbarkeit der Daten aus. Bspw. werden aufgrund der Systemwechsel identische Maßnahmeteilnahmen in identischen Zeiträumen in unterschiedlichen DWH-Datentöpfen gespeichert, so dass Regeln definiert werden mussten, für welche Zeiträume welcher Datentopf verwendet werden soll. Ebenso kommt es vor, dass Zugänge in Maßnahmen nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt in einem Datentopf vorkommen, danach aber in einem anderen Datentopf. In diesem Fall muss definiert werden, wie die Datentöpfe sinnvoll verknüpft werden können, um den gesamten Zeitraum einheitlich abbilden zu können. Dementsprechend prägten die Auswirkungen der Systemwechsel den Arbeitsaufwand der Erschließungsarbeit rehaspezifischer Maßnahmen.

In den IAB-Datenbeständen waren bisher nur „Altdaten“ aus coSachBB erschlossen und im Maßnahmeteilnahmen-Standardprodukt MTH BB abgelegt. „Neudaten“ aus coSachAV und coSachAMP lagen hingegen noch in keinem Produkt vor und wurden im Rahmen des Projekts erstmalig erschlossen. Manche Maßnahmearten zählen bereits seit einiger Zeit nicht mehr zum aktuellen Maßnahmekatalog der BA. Sie kommen dementsprechend nur in den „Altdaten“ MTH-BB vor, was zur Folge hat, dass „Altdaten“ und „Neudaten“ kombiniert werden müssen, um eine historische Gesamtschau zu erhalten.

Maßnahmeteilnahmen werden im DWH der Statistik in separaten Datentöpfen gehalten, die verschiedene Maßnahmegruppen enthalten.

Maßnahmegruppen, die ausschließlich rehaspezifische Maßnahmen beinhalten, sind:

- Reha Aus- und Weiterbildung (AUW, auch RAW genannt),
- individuelle Reha-Maßnahmen (irM) und
- Reha-Einzelförderung (Reha-EF)

Darüber hinaus gibt es die Maßnahmegruppen

- Betriebliche Einstellungshilfen (BEH),

- Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) und
- individuelle sonstige Maßnahmen (isM),

in denen neben rehaspezifischen Maßnahmearten auch allgemeine Maßnahmen verbucht werden, und die Maßnahmegruppe

- Benachteiligtenförderung (BNF),

die einen Sonderstatus einnimmt, da sie zwar keine rehaspezifischen Maßnahmen enthält, aber Maßnahmen, die sich ausschließlich an sozial Benachteiligte richten.

Alle oben genannten Maßnahmegruppen mit Ausnahme der Reha-Einzelförderung wurden im Projekt „Reha-Prozessdatenpanel“ erstmalig erschlossen. Im Hinblick auf die Reha-Einzelförderung hat sich gezeigt, dass neuere Maßnahmeteilnahmen ab 2009 noch nicht im Datenbestand des DWH enthalten sind. Reha-EF-„Neudaten“ sind damit zum aktuellen Zeitpunkt nicht in den Reha-Prozessdatensatz integriert. Maßnahmeteilnahmen der Reha-Einzelförderung bis 2008 sind hingegen im Standardprodukt MTH-BB vorhanden und in den Reha-Prozessdatensatz integriert.

Es handelt sich dabei um folgende Maßnahmearten, für die lediglich Zugänge bis ca. 2008 abgebildet werden können (Tabelle 4):

Tabelle 4: Maßnahmearten mit Zugängen bis 2008

Hilfsmittel
Technische Arbeitshilfen
sonstige Hilfen (Darlehen)
Arbeitsassistenz (Erstattung an die Integrationsämter)
Kraftfahrzeughilfe (Zuschuss)
Wohnkosten (Zuschuss)
sonstige Hilfen (Zuschuss)
Leistungen anderer Reha-Träger

* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Für alle weiteren Maßnahmegruppen (AuW, irM, BNF, BEH, BvB, isM) konnten Altdaten und Neudaten erfolgreich verknüpft werden, so dass sie über den gesamten Zeitraum des Reha-Prozessdatensatzes ausgewiesen werden können.

3.2.2. Anreicherung mit maßnahmebezogenen Merkmalen

Maßnahmen während des Rehabilitationsprozesses werden von der Bundesagentur für Arbeit anhand von zwei Merkmalen näher beschrieben:

- Lernort und
- Förderkategorie

Die Reha-Förderstatistik der Bundesagentur für Arbeit weist diese Merkmale grundsätzlich in Kombination aus, also die Angabe der Förderkategorie bei gleichzeitiger Angabe des Lernorts.

Dem Reha-Prozessdatensatz kann allerdings nur die Förderkategorie einer Maßnahmeteilnahme zugespielt werden, nicht aber die Informationen zum Lernort. Denn im DWH der Statistik der BA wird die Information „Lernort“ nicht in den Datentöpfen zu Maßnahmeteilnahmen gespeichert, sondern in den übergeordneten Datentöpfen zu spezifischen Maßnahmeinformationen. Datentöpfe zu diesen Maßnahmeinformationen sind für rehaspezifische Maßnahmearten bisher nicht standardmäßig erschlossen. Die dafür notwendigen Erschließungsarbeiten können im laufenden Projektrahmen nicht geleistet werden. Daher wurde für die zu diesem Zeitpunkt erstellte Datenversion eine gröbere Version der Förderkategorie entwickelt, die auf eine Differenzierung nach Lernort verzichtet¹⁰. Diese Version der Förderkategorie ist im Reha-Prozessdatensatz für den gesamten Zeitraum enthalten und umfasst folgende Ausprägungen:

- Förderkategorie 1 (individuelle Bedarfssituation kann mit den allgemeinen Leistungen des SGB III abgedeckt werden)
- Förderkategorie 2 (individuelle Bedarfssituation erfordert die Teilnahme an einer rehaspezifischen Maßnahme)
- Förderkategorie 3 (wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges ist die Teilnahme in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation unerlässlich)

3.2.3. Anreicherung mit teilnehmerbezogenen Merkmalen

Zum Zwecke der Arbeitsvermittlung charakterisiert die Bundesagentur für Arbeit die Arbeitssuchenden – also auch die Maßnahmeteilnehmer – nach bestimmten Kriterien und teilt sie in Gruppen auf. Das Ergebnis wird in VerBIS festgehalten. Für Evaluationsvorhaben sind diese Charakterisierungen interessant, da sie Hinweise auf die Einschätzung des Handlungsbedarfs geben, den die Vermittler sehen. Aus diesem Grund wurden sie dem Reha-Prozessdatensatz für die im Folgenden beschriebenen Zeiträume zugespielt. Es handelt sich um folgende drei Merkmale:

- Die „Betreuungsstufen“ dienen im SGB II-Bereich der Einstufung der Kunden im Hinblick auf ihre Arbeitsmarktnähe. Im Rahmen der Einführung des rechtskreisübergreifenden "4-Phasen-Modells der Integrationsarbeit" wurden sie Mitte 2009 durch die „Profillagen“ abgelöst.

¹⁰ Wird in einem weiteren Schritt der Lernort hinzugespielt, kann die Erstellung des Merkmals durch die oben beschriebene Verknüpfung erfolgen.

- Die „Kundengruppe“ enthält die Einschätzung der der Vermittler, welche Integrationschancen die SGB III-Kunden auf dem Arbeitsmarkt haben. Diese Unterscheidung berücksichtigt die Handlungsbedarfe mit Blick auf die individuellen Integrationshemmnisse. Ende 2009 wurden sie durch die „Profillagen“ abgelöst.
- Die „Profillage“ ist Ergebnis des 2009 eingeführten übergreifenden Profilings sowohl im SGB II- als auch im SGB III-Bereich. Das Profiling dient der Erstellung eines Kundenprofils, d. h. einer Auflistung der arbeitsmarktrelevanten Fähigkeiten, Erfahrungen und Interessen, so dass die Verortung des Kunden auf dem Arbeitsmarkt erleichtert wird. Gegen Ende des Profilings wird daraus zusammenfassend eine Profillage festgestellt. Die Profillage ist bereits ab 2006 in den BA-Daten enthalten, da sie für den Zeitraum vor ihrer Einführung 2009 zurückgemappt worden ist.

3.3. Integrierte Erwerbsbiographien

Der wichtigste Bestandteil des Reha-Prozessdatensatzes neben den RehaHIST-Daten und den Maßnahmeteilnahmen sind die Integrierten Erwerbsbiographien, ein Standardprodukt des IAB.

3.3.1. Beschreibung der Integrierten Erwerbsbiographien

Die Integrierten Erwerbsbiographien stellen ein Standard-Datenprodukt des IAB dar und sind auch über das Forschungsdatenzentrum (FDZ) als Scientific Use File für Forscher nutzbar. Die IEB enthalten die Informationen aus Datensätzen zu Beschäftigung, Leistungsempfang – SGB III und SGB II –, Arbeitslosen- und Arbeitssuchendenzeiten sowie Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Tabelle 5). Erwerbsverläufe können mithilfe dieser Datensätze zu Forschungszwecken rekonstruiert werden. Von Interesse sind dabei auswertungsrelevante Merkmale zur Person (wie Geburtsdatum, Geschlecht, Ausbildung, Wohnort) und quellenspezifische Merkmale (wie Arbeitsort, Wirtschaftszweig, Maßnahmeart). Diese Daten werden im IAB über verschiedene Identifikatoren zu Personenkonten verknüpft.

Tabelle 5: Quellen der IEB

BeH	Beschäftigtenhistorik
LeH	Leistungsempfängerhistorik
MTH	Maßnahmeteilnahmehistorik
ASU	Arbeitsuchendehistorik
XASU	Arbeitsuchendehistorik aus XSozial
LHG	Leistungshistorik Grundsicherung
XLHG	Leistungshistorik Grundsicherung aus XSozial

* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Die Beschäftigtenhistorik, die einen Teil der Erwerbsdaten innerhalb der IEB ausmacht, wird durch sämtliche Beschäftigungsmeldungen zur Sozialversicherung aller Betriebe in Deutschland erstellt und umfasst damit Personen, die sozialversicherungspflichtig bzw. geringfügig beschäftigt sind. Im IEB-Datensatz liegen somit keinerlei Informationen bspw. zu Beamten oder selbstständigen Personen vor.

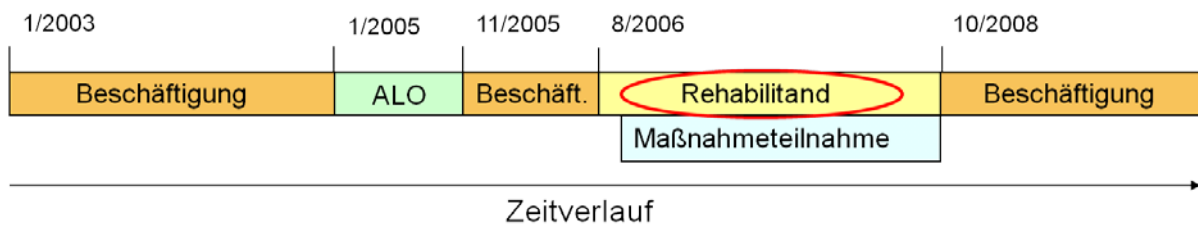
3.3.2. Zusammenspielung der Daten

Integration der RehaHIST in die IEB (Reha-Prozessdatensatz)

Zur Erstellung des Reha-Prozessdatensatzes werden Personen, die in der aufbereiteten RehaHIST als Rehabilitationsfälle enthalten sind, in den IEB mit weiteren Biografie-Bausteinen zusammengeführt. Die Rehabilitationsinformationen werden dabei als eigene Quelle in die IEB eingespielt.

Durch die Zuspiegelung der Daten aus der Reha-Historik wird die IEB ergänzt durch Informationen zu rehabilitationsspezifischen Merkmalen wie der Unterscheidung Erst-/Wiedereingliederung, behinderungsspezifische Merkmale (Art, Grad und Grund der Behinderung), Beginn und Ende des Rehabilitationsstatus sowie Abgangsgründe aus Rehabilitation. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die Erwerbsbiografie einer Person durch den bis dato „blinden Fleck“ während der beruflichen Rehabilitation zu ergänzen, wie nachfolgende Abbildung 7 verdeutlicht.

Abbildung 7: Ergänzung eines Beispiels einer fiktiven Erwerbskarriere



* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Ohne die Information „Rehabilitand“ wüsste man von dieser Person nicht, dass es sich hier um einen Rehabilitanden handelt. In der Erwerbsbiographie wäre zwar eine kurze Lücke zwischen Ende der zweiten Beschäftigung und Beginn der Maßnahmeteilnahme, dies muss aber nicht zwingend auf eine fehlende Rehabilitationsinformation hinweisen. Man fände hier eine nicht ungewöhnliche Erwerbsbiographie, die nicht erkennen lässt, dass es sich bei der Person um einen Rehabilitationsfall handelt. Erst durch die Ergänzung der bisher schon vorhandenen Daten um die Reha-Informationen wird dies sichtbar. Deswegen stellt die RehaHIST ein für die Reha-Prozessdatenbasis zentrales Produkt dar.

Aktualisierung des Reha-Prozessdatensatzes

In den einzelnen Quellen der IEB gibt es keinen einheitlichen Personenidentifikator. Darum stellt sich bei der Zusammenführung der verschiedenen IEB-Quellen die zentrale Frage, welche Informationen zu einer Person gehören. Mithilfe einer sehr komplexen Schlüsseltable wird dieses Problem BA-weit gelöst. Diese wird monatlich aktualisiert und auch bei der IEB-Erstellung eingesetzt.

Das Standardprodukt IEB wird aber nur ein Mal pro Jahr erstellt - die dazu verwendete Schlüsseltable bezieht sich dementsprechend auf genau einen zugehörigen Datenstand. Wenn über die regulären Quellen des Standardprodukts IEB hinaus weitere Quellen in die IEB aufgenommen werden sollen, dann empfiehlt es sich, diese Quellen mit dem entsprechenden Datenstand der Schlüsseltable zu verwenden, denn nur dann ist ein maximal hoher Anteil an Personenidentifikationen zu erwarten.

Für die Integration von Rehabilitationsdaten bedeutet dies, dass während der Projektphase zwar mehrere unterjährige Aktualisierungen erfolgt sind. Falls das Projekt des Reha-Prozessdatenpanel weitergeführt wird, sollte jedoch eine jährliche Aktualisierung analog der IEB erfolgen.

Im Projektzeitraum wurden sieben Versionen des Reha-Prozessdatensatzes mit folgenden Basis-Charakteristiken erstellt (Tabelle 6):

Tabelle 6: Datenversionen mit Charakteristika

Daten- version RehaPro	mit IEB-Version	Neuerungen	Zugänge in Reha bis	Anzahl Reha-Fälle	Anzahl Personen	Erstell- datum
V2.0	IEB V.8	Quellen BNF, BEH, BvB, IsM	10/2010	287.802	274.709	25.01.2011
V2.1	Prototyp IEB V.9	Quellen Bereb, §46, aktueller Rand BeH	10/2010	299.135	285.834	02.02.2011
V3.0	IEB V.9	Quelle irM Merkmale Kundengrup- pe, Profillage, Betreu- ungsstufe, Förderkate- gorie Reha-Lösch berücksich- tigt	10/2010	297.628	284.835	14.03.2011
V3.1	IEB V.9.00.01 (Korrekturversi- on)	Merkmal Behinderungs- grad Zusatzmerkmale zur Behinderungsart überar- beitet	10/2010	297.627	284.835	27.05.2011
V4.0	IEB V.9.00.01 (Korrekturversi- on)	Quellen BB-Jugendliche und Schulbildung	10/2010	297.628	284.835	25.08.2011
V4.1	Prototyp IEB V.9.1	aktueller Rand BeH, MTH und RehaHIST Merkmal Quelle überar- beitet	07/2011	341.150	323.055	04.10.2011

* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

3.4. Jugendlichendaten

Die Jugendlichendaten wurden gegen Projektende erschlossen und in den Reha-Prozessdatensatz integriert. Dabei wurde auf zwei verschiedene Datenquellen der BA-Statistik zugegriffen: Die Ausbildungsstellenmarktstatistik der BA (BB-Statistik) und die Historik des VerBIS-Lebenslaufs.

Die BB-Statistik enthält Daten zu Ausbildungsuchenden. Dabei handelt es sich um BA-Kunden, die auf der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsplatz vorsprechen, entweder weil sie Beratung dazu wünschen, welche Berufsausbildung für sie sinnvoll sein könnte, oder weil sie einen konkreten Ausbildungsplatz suchen und von sich aus nicht finden. Daher wird die BB-Statistik statt mit ihrem traditionellen Namen „Berufsberatungsstatistik“ oft auch als Ausbildungsstellenmarktstatistik bezeichnet. „Die Ausbildungsstellenmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) beinhaltet die einzigen monatlich von März bis September verfügbaren Informationen über Angebot und Nachfrage am Ausbildungsstellenmarkt. [...] Die Inanspruchnahme der Dienste der Berufsberatung und der Ausbildungsvermittlung durch Arbeitgeber und jungen Menschen ist freiwillig und die darauf basierende Statistik kann somit nur einen Ausschnitt der gesamten Abläufe am Ausbildungsmarkt abbilden.“ (Bundesagentur für Arbeit 2011a) Die BB-Daten wurden früher über das Erfassungssystem compas erfasst und werden aktuell über VerBIS eingegeben.

Die BB-Statistik ist für den Reha-Prozessdatensatz bedeutsam, weil mit ihren Daten eine Lücke in der Biografie der Rehabilitanden gefüllt werden kann. Bei den Ersteingliederungsfällen, die ja in der Regel noch nicht erwerbstätig und meist auch noch nicht arbeitssuchend gemeldet waren, ist nur wenig über ihre Biographie vor Anerkennung als Rehabilitand bekannt. Die BB-Daten enthalten Informationen hierzu und werden daher den Ersteingliederungsfällen zugespielt. Bei den Wiedereingliederungsfällen ist dies jedoch nicht sinnvoll, da für diese Fälle schon eine Erwerbsbiografie vorliegt und sie als Personen mit Berufserfahrung in der Regel nicht ausbildungssuchend sind.

Dabei muss innerhalb der BB-Statistik zwischen Personen unterschieden werden, die Beratung zum Thema Ausbildung wünschen, und solchen, die tatsächlich auf einen Ausbildungsplatz vermittelt werden möchten. Während zu reinen Beratungskunden kaum Informationen in VerBIS festgehalten werden, werden die konkret Ausbildungsplatzsuchenden – die sog. Bewerber – ausführlich erfasst. Die hier in VerBIS gespeicherten Informationen werden für die Ausbildungsstellenmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit genutzt. „In der Ausbildungsstellenmarktstatistik zählt jede Person als Bewerber bzw. Bewerberin, die sich im Laufe eines Beratungsjahres (jeweils 1. Oktober bis 30. September des Folgejahres) mindestens einmal zur Vermittlung auf eine Berufsausbildungsstelle bei einer Agentur für Arbeit oder einem Träger der Grundsicherung gemeldet hat.“ (ebd.)

Ein Unterschied der BB-Daten zu den übrigen Quellen des Reha-Prozessdatensatzes liegt in ihrem starken Stichtagsbezug: „Jede Person wird nur einmal [pro Berichtsjahr] gezählt, auch wenn jemand unterjährig als Bewerber abgegangen und wieder zugegangen sein sollte. Wer einmal im Laufe des Berichtsjahres Bewerber war, bleibt allerdings als Bewerber bis zum Berichtsjahresende erfasst, auch wenn der Vermittlungsauftrag längst beendet wurde. Ziel ist es, zum Berichtsjahresende ermitteln zu können, wie viele Personen im Laufe des Beratungsjahres eine Ausbildung gesucht haben und mit welchem Ergebnis die Suche abgeschlossen wurde. Zum 30.9. eines Jahres wird dann die „Bilanz“ über den Verbleib aller Bewerber gezogen.“ (ebd.)

Daher ist es nicht möglich, aus den BB-Daten echt historisierte Informationen abzuleiten. Es können lediglich Aussagen darüber getroffen werden, welcher Stand am 30.09. eines jeden Jahres vorlag. Die in den Reha-Prozessdatensatz übernommenen Datenzeilen tragen daher jeweils das gleiche Beginn- wie Enddatum, und zwar den 30.09. eines Jahres.

Folgende Informationen werden aus der Ausbildungsstellenmarktstatistik übernommen:

- Schulart und Schulabschluss der Bewerber
- Schulentlassungsjahr
- gewünschter Ausbildungsberuf
- Verbleib zum Stichtag (in Grob- und Feindifferenzierung)
- Jahr des Ausbildungsbeginns

Um den Reha-Prozessdatensatz mit weiteren Details zum Schulbesuch der Rehabilitanden anzureichern, wurden zusätzlich Daten aus dem in VerBIS abgetragenen Lebenslauf aufgenommen. Die Historik des VerBIS-Lebenslaufs wurde auf Datenzeilen untersucht, die sich auf Ersteingliederungsfälle aus dem Reha-Prozessdatensatz beziehen. Wenn es sich um Lebenslaufeinträge des Typs „Schulbildung“ handelte, wurden sie dem Reha-Prozessdatensatz zugespielt. Abbildung 8 zeigt die VerBIS-Maske, über die die entsprechenden Eingaben in den Lebenslauf vorgenommen werden (vgl. auch Kapitel II/2.1).

Der Vorteil dieser Daten gegenüber den Daten der BB-Statistik liegt darin, dass im Lebenslauf biografische Stationen der Kunden episodisch aufgeführt werden, also mit genauen Angaben zu Zeitpunkten und Zeitdauern. In den übernommenen Datenzeilen sind Angaben zu Beginn- und Enddatum enthalten, die die Zeit des jeweiligen Schulbesuchs exakt und stichtagsunabhängig eingrenzen.

Eine weitere Stärke der Lebenslaufdaten besteht darin, dass sie für wesentlich mehr Ersteingliederungsfälle vorliegen als die Daten der BB-Statistik, denn ein Lebenslauf wird in VerBIS für jeden Bewerber angelegt, Angaben zur Ausbildungssuche jedoch nur für Ausbildungsplatzbewerber. Ist also für einen Rehabilitanden z. B. keine Schulart in den BB-Daten vorhanden, kann sie trotzdem über den Lebenslauf vorliegen. Die über die zentralen Aspekte hinausgehenden Informationen wie z. B. die Fachrichtung sind hingegen in den Lebenslaufdaten nur selten enthalten, weil sie in VerBIS nur bei Bedarf eingetragen werden. Weiterhin dürfen sie aus Datenschutzgründen nur sehr eingeschränkt genutzt werden.

Abbildung 8: VerBIS-Lebenslauf, Seite „Schulbildung“

Folgende Informationen werden aus der Historik des VerBIS-Lebenslaufs übernommen:

- Schulart und Schulabschluss der Bewerber
- Fachrichtung der Schule

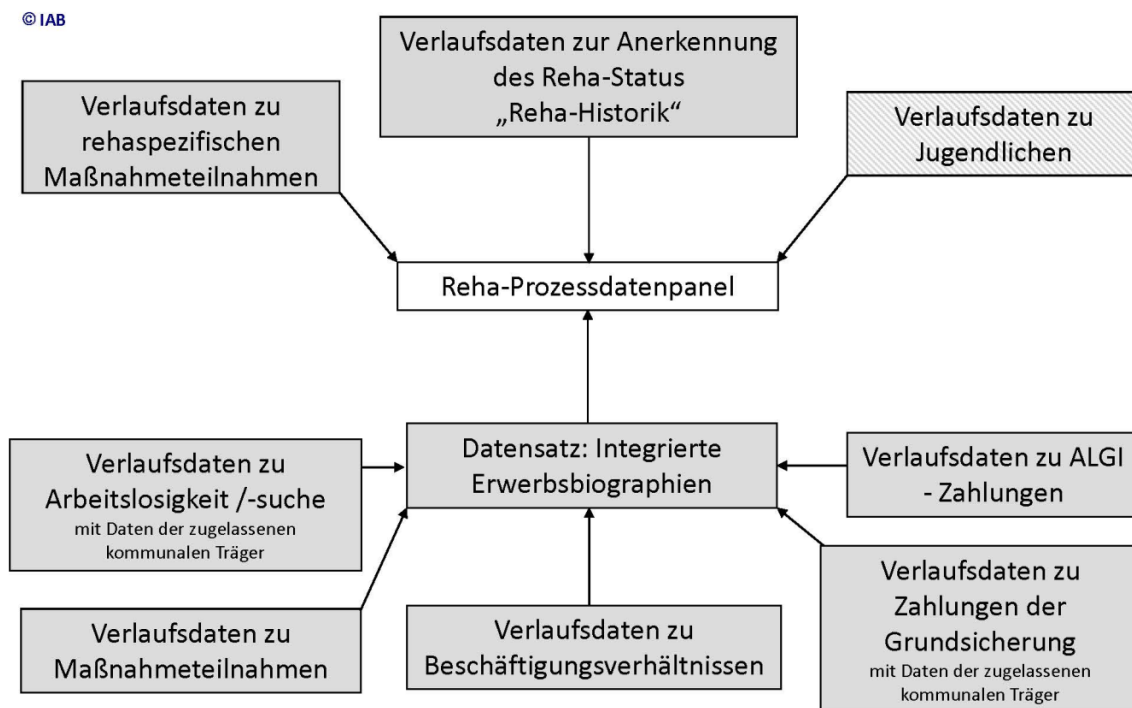
Auswertungen haben gezeigt, dass insbesondere die Merkmale Schulart und Schulabschluss als sehr hilfreiche Merkmale anzusehen sind. Für fast jeden Rehabilitanden kann nun ein Schulabschluss identifiziert werden. Mit dem Merkmal der Schulart kann zudem beobachtet werden, von welcher Schule die Rehabilitanden kommen. Dies ist besonders für die Identifikation der verschiedenen Wege in berufliche Rehabilitation interessant, aber auch dafür, ob hier bereits Unterschiede im Verlauf während der Rehabilitation festgestellt werden können.

Für die Fachrichtung liegt ein zu geringer Füllgrad vor, als dass dieses Merkmal für nähere Betrachtungen hinsichtlich der Population der Ersteingliederung hilfreich sein könnte.

3.5. Zusammenfassender Überblick über den Datenbestand

Abbildung 9 gibt einen Überblick über die oben beschriebenen und dem Reha-Prozessdatensatz zugrundeliegenden Datenquellen. Die Hauptaufgabe der ersten Projektphase bestand darin, die Reha-Historik forschungsadäquat aufzubereiten und diese anschließend mit den Daten der Integrierten Erwerbsbiographien (IEB) zu verknüpfen. Die IEB speist sich aus unterschiedlichen Datentöpfen und enthält Informationen zu Beschäftigungszeiten, Leistungsempfangszeiten, Arbeitslosen- und Arbeitsuchendenzeiten sowie Maßnahmeteilnahmen. Die Hauptaufgabe der zweiten Projektphase bestand in der Erschließung der Jugendlichenaten und neuer Maßnahmekquellen.

Abbildung 9: Datenbestände im Reha-Prozessdatensatz



* Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Etwaige Zeiten des Arbeitslosengeld-II-Bezugs in der Betreuung durch zugelassene kommunale Träger sind in den Erwerbsbiographien enthalten. Grundsätzlich besteht jedoch die Schwierigkeit, dass die operativen Daten zur beruflichen Rehabilitation in Regie der zugelassenen kommunalen Träger bei der Bundesagentur für Arbeit in mehreren unterschiedlichen Datentöpfen vorliegen und diese nur teilweise in die IEB integriert sind. Rehabilitationsspezifische Maßnahmedaten der zugelassenen kommunalen Träger werden im Gegensatz zu Leistungsbezugszeiten dem Reha-

Prozessdatensatz zur Zeit nicht hinzugespielt.¹¹ Prinzipiell laufen die Verwaltungsprozesse in den Jobcentern der gemeinsamen Einrichtungen (früher ARGEn) und der zugelassenen kommunalen Träger identisch ab. Allerdings nutzen die Jobcenter der gemeinsamen Einrichtungen die gleichen IT-Verfahren wie die Arbeitsagenturen, während die zugelassenen kommunalen Träger wie in Kapitel II/2 kurz beschrieben eigene Verfahren haben.

Wird – sowohl bei der gemeinsamen Einrichtung als auch beim zugelassenen kommunalen Träger – vermutet, dass es sich bei dem Kunden um einen beruflichen Rehabilitanden handeln könnte, erfolgt ein institutioneller Übergang zur Arbeitsagentur. Dort wird nach Überprüfung die Anerkennung als Rehabilitand durchgeführt. Diese Anerkennung wird im IT-System der Arbeitsagentur auch dokumentiert. Nach der Anerkennung erfolgt ein weiterer institutioneller Wechsel zurück zum zugelassenen kommunalen Träger, der für die Durchführung der beruflichen Rehabilitation zuständig ist. Da die jeweiligen Ansprechpartner unterschiedliche IT-Verfahren nutzen, zeigt dieser Ablauf, dass hier die administrativen Datenspuren des Reha-Falles zwischen Anerkennung im IT-System VerBIS und Umsetzung im IT-System des jeweiligen zugelassenen kommunalen Trägers auseinanderfallen.

Datenlieferungen der administrativen Daten der zugelassenen kommunalen Träger erfolgen über den Datenaustauschstandard XSozial-BA-SGB2. In diesem Standard sind die Sachverhalte und Informationen genau beschrieben, die monatlich von den zugelassenen kommunalen Trägern an die Bundesagentur für Arbeit übermittelt werden. Zeiten von beruflicher Rehabilitation mit Anerkennungs- und Abschlusszeitpunkt sind nicht Bestandteile des Datenaustauschstandards. Aus Gesprächen mit Reha-Beratern und Vermittlern vor Ort ließ sich zwar entnehmen, dass Agenturen und Kommunen je nach Einzelfall intensiv über die Ausgestaltung der Rehabilitation einschließlich entsprechender Maßnahmen kommunizieren. Der Inhalt dieses Austauschs scheint jedoch in den zentralen Systemen der BA nicht auf. Erst wenn der zKT meldet, dass der Reha-Fall abgeschlossen ist, nimmt die Agentur wieder eine Eintragung in VerBIS vor. Die Verfügbarkeit der Information zum Abschluss eines Reha-Falles ist damit von der Beziehung zwischen zugelassenem kommunalen Träger und korrespondierender Arbeitsagentur abhängig. Hier zeigen Ergebnisse aus der Implementationsstudie 1, dass die institutionelle Zusammenarbeit zwar oft reibungslos und konstruktiv funktioniert, bei einem Teil der Träger aber auch weniger produktiv verläuft. Gerade im letzteren Fall kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass der Abschluss eines Reha-Falles genau verfolgt werden kann. Der genaue Verlauf solcher Fälle ist also oft nicht nachvollziehbar.

Von den zugelassenen kommunalen Trägern wird gemeldet, ob ein Teilnehmer an einer Maßnahme der aktiven Arbeitsmarktpolitik ein anerkannter Reha-Fall ist oder nicht. In Modul 13 (Förderleistungen / Maßnahmen) des XSozial-BA-Standards existiert ein Feld, welches als „ja“ gekennzeichnet ist, wenn es sich bei dem Maßnahmeteilnehmer um einen beruflichen Rehabilitanden handelt. Die Qualität dieser Information wurde für die Forschung bisher noch nicht untersucht.

Daher wurden bei der Auswertung Rehabilitanden in der Betreuung von zugelassenen kommunalen Trägern im Reha-Prozessdatensatz nicht berücksichtigt. Nichtsdestoweniger sind durch die

¹¹ Es werden von den zugelassenen kommunalen Trägern Informationen zu Maßnahmen von Rehabilitanden an die BA übermittelt. Diese Informationen spiegeln aber nicht das in der BA vorhandene Informationsspektrum wider und sind als Forschungsdaten noch nicht validiert und erschlossen.

Integration der IEB andere Zeiten der Betreuung durch zkt in der Erwerbsbiografie der Rehabilitanden (als Arbeitssuchende bzw. Leistungsempfänger) enthalten.

4. Datenqualität

Zur Qualitätssicherung ist eine Datenprüfung unabdingbar. Gerade bei noch nicht für die Forschung erschlossenen Datenquellen ist, wie weiter oben beschrieben, zunächst eine intensive Datengeneseforschung und -dokumentation unabdingbar. Weiterhin wurden nach Fertigstellung erster Prototypen Abgleiche mit weiteren Datenquellen mit ähnlichem Inhalt, wie z.B. die entsprechenden Statistiken der BA durchgeführt. Auch Vergleiche zwischen unterschiedlichen Versionen des Datensatzes sind notwendig, um die Datenqualität und -plausibilität zu sichern. Ein dritter Ansatz zur Qualitätssicherung befasst sich mit dem Abgleich zwischen Beginn der Datenaufbereitung vor Ort im Erfassungssystem und Ende im Forschungsdatensatz. Hier wurden Auffälligkeiten im Forschungsdatensatz mit Praktikern vor Ort diskutiert und geklärt.

Im Folgenden werden einige Ergebnisse exemplarisch dargestellt.

4.1. Rehabilitations-Historik (RehaHIST)

Einschaltung von weiteren Diensten der BA

In VerBIS wird vermerkt, welche weiteren Dienste der BA im Laufe des Kundenkontaktes eingeschaltet wurden:

- Ärztlicher Dienst
- Psychologischer Dienst
- Technischer Dienst

Die Informationen über die Beauftragung dieser Dienste wären aus Forschungssicht wichtig, um eine Vergleichbarkeit bzw. Unterscheidbarkeit von Rehabilitanden bzw. eine adäquate Modellierung des Ablaufs des Rehabilitationsprozesses zu ermöglichen. Allerdings werden sie nicht ins Data Warehouse der BA (DWH) geladen, sondern lediglich operativ, d.h. vor Ort in den Arbeitsagenturen, im Erfassungssystem vermerkt und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern berücksichtigt. Eine Nutzung im Rahmen des Projekts ist zur Zeit nicht möglich. Zu einer möglichen Nutzung der Daten des Ärztlichen Dienstes siehe auch den Bericht der Machbarkeitsstudie zu den Daten des Ärztlichen Dienstes.

Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen

Werden die Dauern bzw. die Enddaten eines Rehabilitationsfalles betrachtet, lässt sich u.a. feststellen, dass es einen geringen Anteil an Rehabilitationsfällen mit sehr kurzer Dauer (Datenstand Juli

2011: 2,1 Prozent aller Fälle haben eine Dauer von unter zwei Wochen) gibt. Eine einzelne Begründung dafür gibt es nicht, sondern es dürften mehrere Sachverhalte eine Rolle spielen:¹²

- eine Person lehnt ein bereits bewilligtes Rehabilitationsangebot ab oder
- das Angebot wird zwischenzeitlich als unnötig eingestuft und der Fall wird geschlossen oder
- es wird keine längere Maßnahme, sondern eine Sachmittelleistung als Reha-Leistung erbracht (z. B. wirbelsäulengerechter Bürostuhl) und der Fall kurz darauf geschlossen.

Grundsätzlich gilt bzgl. der Beendigung einer beruflichen Rehabilitation, dass diese dann als erfolgreich abgeschlossen gilt, wenn sich die Integration in Erwerbstätigkeit als stabil erwiesen hat. Diese Stabilität wird dadurch gemessen, dass eine Erwerbstätigkeit mindestens sechs Monate andauert. Erst dann kann der Fall geschlossen werden.

Dazu ein Beispiel in Bezug auf das Endedatum eines Reha-Falles:

Ein Rehabilitand nimmt zum 01.01.2009 eine Stelle auf. Wenn diese Person nach dem 30.06.2009 noch in der gleichen Stelle beschäftigt ist, dann gilt die Rehabilitation als beendet - als Endedatum sollte der 01.01.2009 eingetragen werden.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass teilweise auch ein Endedatum gesetzt wird, das der gesetzlichen Frist entspricht. In obigem Beispiel würde also anstatt der rückwirkenden Eintragung des offiziellen Endes der Rehabilitation zum 01.01.2009 der 30.06.2009 eingetragen werden.

Es ist also denkbar, dass von Agentur zu Agentur die Eintragungsweise für das Endedatum der Rehabilitation unterschiedlich gehandhabt wird. Welche Agenturen auf welche Weise ein Endedatum setzen, kann allerdings nicht nachvollzogen werden. Dementsprechend kann dies dazu führen, dass die Dauer eines Rehabilitationsfalls für den Zeitraum von 6 Monaten überschätzt wird, sollten sich viele Agenturen nicht an eine rückwirkende Eintragungsweise des Endedatums halten und eine Eintragung vornehmen, die der gesetzlichen Frist entspricht.

Endegrund

Mit dem Merkmal Endegrund wird erfasst, aus welchen Gründen die Rehabilitanden die berufliche Rehabilitation beenden (Einmündung in eine Erwerbstätigkeit, Übergang in eine Werkstatt für behinderte Menschen, Abbruch der Rehabilitation aufgrund von fehlender Mitwirkung etc.). Bei den Auswertungen muss allerdings folgendes beachtet werden:

Im IT-Erfassungssystem VerBIS wurde zum 20.03.2008 das Spektrum an Endegründen für die berufliche Rehabilitation geändert. Die Endegründe, die vor dem 20.03.2008 zur Verfügung standen, wurden im Reha-Datentopf rückwirkend auf die neuen Endegründe umgeschlüsselt (siehe auch Benutzerhandbuch RehaPro, Abschnitt „Endegrund Reha“). Neue Endegründe, die vor der Version P81 nicht verfügbar waren, sind dementsprechend in den Zeitreihen bei Reha-Fällen, die vor dem 20.03.2008 enden, nicht zu beobachten. Es gibt also einen zeitlichen Bruch in der inhaltlichen Interpretation der Endegründe. Bspw. kann der Endegrund „Rücknahme Reha-Antrag“ erst mit VerBIS

¹² Der Sachverhalt wurde während mehrerer Hospitationen der Projektmitarbeiter in Agenturen und Gemeinsame Einrichtungen sowie der mit Projektmitarbeiterin Fr. Dony (ehem. Reha-Beraterin) diskutiert sowie recherchiert.

P81 explizit angegeben werden, vor VerBIS P81 war er in anderen Endegründen „versteckt“ und kann somit nicht einzeln ausgegeben werden. Die Tatsache, dass ein Rehabilitationsantrag zurückgenommen wurde, wird demnach erst bei Fällen sichtbar, die nach dem 20.03.2008 beendet wurden.

4.2. Integrierte Erwerbsbiographien

Fehlende Personengruppen der Beschäftigtenhistorik

Die Beschäftigtenhistorik (BeH) wird, wie in Kapitel II/3.3.1 beschrieben, aus den Beschäftigungsmeldungen zur Sozialversicherung aller Betriebe in Deutschland erstellt. Diese Beschäftigungsmeldungen weisen u.a. eine Differenzierung nach Personengruppen aus. Für die Reha-Prozessdatenbasis sind dabei einige Personengruppen von besonderem Interesse, etwa Personen in Werkstätten für behinderte Menschen.

Diese Personengruppe und einige weitere werden bisher aber momentan von der Statistik der Bundesagentur für Arbeit bei der regulären Datenaufbereitung nicht berücksichtigt. Da die BeH auf dieser basiert, kann auch im Rahmen der BeH-Erstellung nicht auf diese Personengruppen zugegriffen werden. Damit stehen sie zurzeit auch nicht für den Reha-Prozessdatensatz zur Verfügung. Im Rahmen eines mittelfristigen und umfassenden Re-Designs der Beschäftigtenstatistik plant die BA jedoch, alle Personengruppen auswertbar zu machen. Sie werden dann auch regulär in BeH und IEB aufgenommen und würden damit auch für den Reha-Prozessdatensatz zur Verfügung stehen. Dies wird aber voraussichtlich nicht vor 2013 der Fall sein.

4.3. Reha-Prozessdatensatz

Abgleich mit Daten der BA-Statistik

Die aktuellste Version des Reha-Prozessdatensatzes (Reha-IEB) umfasst Zugänge in Rehabilitation vom 01.06.2006 bis 15.07.2011. Damit ergeben sich folgende Fallzahlen an Zugängen (2006 und 2011 nicht vollständig; Tabelle 7):

Tabelle 7: Zugangsfallzahlen Reha-IEB

		2006	2007	2008	2009	2010	ab 2011	Gesamt
Ersteingliederung	N	21.811	45.758	46.675	49.153	44.499	23.427	231.323
	Spalten-%	65,09	68,03	67,72	68,31	67,53	69,70	
Wiedereingliederung	N	11.696	21.503	22.250	22.798	21.393	10.185	109.825
	Spalten-%	34,91	31,97	32,28	31,69	32,47	30,30	
Gesamt	N	33.507	67.261	68.925	71.951	65.892	33.612	341.148

* Quelle: Reha-Prozessdatensatz; eigene Berechnungen des IAB

Insgesamt werden zum Ladestand Juli 2011 im Reha-Prozessdatensatz 341.148 Rehabilitationsfälle gezählt. Die RehaHIST hingegen enthält zu diesem Zeitpunkt mehr Rehabilitationsfälle (348.239). Die Differenz von ca. 7.000 Fällen kann aufgrund fehlender Umschlüsselungsmöglichkeiten der Personenidentifikatoren zur Zeit nicht in die IEB integriert werden. Diese Differenz kommt dadurch zustande, dass die für die Reha-IEB genutzten IEB-Daten nur bis Oktober 2010 reichten, während die RehaHIST noch neun Monate aktuellere Daten enthält. Personen, die während dieser neun Monate in der RehaHIST und den weiteren Daten der BA erstmals erfasst wurden, können in der für die Reha-IEB genutzten IEB nicht vorhanden sein. Aus diesem Grund fehlen die Umschlüsselungsmöglichkeiten der Personenidentifikatoren. Dieses Problem löst sich für diese Personen mit der nächsten Version der IEB, in der dann der Datenrand entsprechend aktueller ist.

Eine Datenprüfung, die die Validität der Reha-Daten mit den offiziellen Statistiken der BA zum Inhalt hatte, zeigt nur geringe und plausible Abweichungen (Tabelle 8):

Tabelle 8: Abweichung der Zugangsfallzahlen Reha-IEB gegenüber BA-Statistik

		2007	2008	2009	2010
Reha-IEB	N	67.261	68.925	71.951	65.892
BA-Statistik	N	68.413	69.018	72.888	67.181
Abweichung	%	2	0	1	2

* Quelle: Reha-Prozessdatensatz; eigene Berechnungen des IAB

Ein Vergleich in den Jahren 2006 und 2011 ist wenig sinnvoll, da in diesen Jahren im Reha-Prozessdatensatz nur Zugänge für jeweils ein halbes Jahr berücksichtigt werden. Für die Jahre 2007 bis 2009 sind die Differenzen nur minimal. Die Abweichungen resultieren daraus, dass in der IEB-Reha die Zugänge über das jeweilige gemeldete Entscheidungs- bzw. Endedatum des aktuellsten Satzes berechnet werden. Die Statistik berechnet diese Kennzahlen immer mit dreimonatiger Wartezeit. Dieses Vorgehen kann mit dem Forschungsdatenprodukt der Reha-IEB nicht nachgebildet werden, so dass gewisse Differenzen bestehen bleiben.

5. Möglichkeiten und Grenzen der prozessproduzierten Daten

Bei den Daten des Reha-Prozessdatensatzes handelt es sich – wie generell bei den Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit – um Informationen, die ihren Ursprung in der operativen Arbeit von Arbeitsvermittlern und Beratern haben. Es handelt sich dabei um Längsschnittdaten, die eine Voll- erfassung der Zielpopulation beinhalten. Vorteile dieser Datenstruktur sind unter anderem, dass es im Gegensatz zu Befragungsdaten keine Antwortverweigerungen gibt und dass in den Längs- schnittinformationen individuelle Erinnerungslücken keine Ursache für mögliche Verzerrungen darstellen. Die Prozessdaten sind allerdings auch mit gewissen Restriktionen behaftet. Zum ersten werden in die operativen Erfassungssysteme der BA nur Informationen übernommen, die für den

administrativen Prozess der Vermittlung und (Wieder)Eingliederung in den Arbeitsmarkt notwendig sind. Zum zweiten wird aus dieser Datenmenge nur ein Teil in die zentrale Datenbasis, das DataWarehouse (DWH), der Statistik der BA übertragen. Hier werden nur Informationen übernommen, die für Zwecke der statistischen Berichterstattung oder der Forschung notwendig sind und deren Nutzung sich durch eben diese Zwecke datenschutzrechtlich begründen lässt. So werden z.B. Freitextfelder der IT-Erfassungssysteme nicht in die zentrale Datenbasis aufgenommen, da sie nicht für die statistische Berichterstattung nutzbar sind.

Hierzu zählen z. B. die Meldung des Kunden mit dem Wunsch zur Beratung, das daraufhin erfolgte Einladungsschreiben, die Äußerung des Berufswunsches durch den Kunden, die Prüfung der berufsbezogenen Vermittlungsmöglichkeiten durch den Berater, die Meldung des Ausbildungsbetriebes zu fehlenden körperlichen Voraussetzungen etc. Diese Faktoren können den Prozessverlauf beeinflussen und damit Auswirkungen auf eine Integration in das Erwerbsleben haben, ohne dass die Möglichkeit besteht, diese bei statistischen Analysen auf Basis der vorliegenden Prozessdaten zu modellieren.

Auf das hier beschriebene Datenfundament bauen die nun folgenden Berichtsteile auf. Sie beleuchten mögliche Forschungsfragen und liefern erste deskriptive Einblicke in die Daten.

III. Theoretische Rahmung und Analysen zu Teilnehmerstruktur und Verlauf der beruflichen Rehabilitation

1. Theoretische Rahmung

1.1. Behinderung und Teilhabe im wissenschaftlichen Diskurs

Ein wissenschaftlicher Diskurs zu beruflicher Rehabilitation ist eng verbunden mit der Definition des Behinderungsbegriffs. Je nach politischen Affinitäten und wissenschaftlicher Disziplin werden unterschiedliche Aspekte betont.

Artikel 1 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) definiert Behinderung folgendermaßen: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“.

Die WHO legt mit der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) eine Klassifikation vor, die eine Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der dadurch verursachten sozialen Beeinträchtigungen und der relevanten Umweltfaktoren beinhaltet. Das spezifische Paradigma der Klassifikation wird in den Teilklassifikationen Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und (gesellschaftliche) Partizipation sowie personenbezogene Faktoren operationalisiert. Hierbei sind nicht mehr die Defizite einer Person maßgeblich, sondern die für die betreffende Person relevanten Fähigkeiten und die soziale Partizipation. Behinderung ist ein dauerhafter Schaden (impairment), der die Fähigkeiten und Aktivitäten des Betroffenen funktional beeinträchtigt (disability) und eine soziale Beeinträchtigung (handicap) zur Folge hat, welche sich in persönlichen, familialen und gesellschaftlichen Konsequenzen äußert (Bundesagentur für Arbeit 2006).

Neben politischen Definitionen von Behinderung begreifen und erfassen die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen und Forschungsbereiche den Behinderungsbegriff in unterschiedlicher Weise. So begreift das biologisch-medizinische bzw. personenorientierte Modell Behinderung als ein individuelles Attribut. Integrative Maßnahmen beschränken sich dabei zumeist auf die Heilung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Radoschewski und Bellach 1999). Im Gegensatz dazu wird im sozialen Modell die soziale Umwelt einer Person als entscheidendes Kriterium einer Behinderung erachtet. Behinderung entsteht in diesem Sinne aufgrund gesellschaftlicher Beeinträchtigungen (Leuze 2011). Beide Sichtweisen bilden wegen ihrer jeweiligen Fokussierung auf individuell-biologische bzw. soziale Faktoren nur Teilaspekte des Behinderungsbegriffs ab.

Die interaktionistische Perspektive vereint die individuellen mit kollektiven Aspekten. Behinderung wird hierbei als ein Phänomen sozialer Interdependenzen bezüglich individueller und sozialer Faktoren verstanden. Darüber hinaus wird Behinderung nicht als Zustand, sondern als dynamischer Prozess begriffen, da sowohl die gesundheitliche Beeinträchtigung selbst, als auch die eine Person umgebende soziale Umwelt ständigen Veränderungsprozessen unterliegen und sich gegenseitig

beeinflussen. Im Kontext von Behinderung und Arbeit müssten daher individuelle, umweltspezifische und interagierende Faktoren berücksichtigt werden (Stanley 2005).

Haber und Smith (1971) vereinen in ihren Ausführungen zum Behinderungsbegriff die unterschiedlichen Aspekte der bislang dargestellten Definitionen. Sie akzentuieren drei konstitutive Merkmale des Behinderungsbegriffs und verstehen Behinderung als (1) eine persönliche Eigenschaft sowie (2) eine auf Umwelt- und Kontextfaktoren beruhende soziale Situation, welche (3) die Wechselwirkung von Gesundheit und gesellschaftlicher Partizipation beschreibt. Die Stellung eines Menschen mit Behinderung wird qua Zuschreibungsprozess durch eine behinderungsspezifische Rolle normiert, die von geringeren Teilhabechancen gekennzeichnet ist. Eberwein (1995) spricht in diesem Zusammenhang vom „Etikettierung-Ressourcen-Dilemma“: Das Vorliegen einer Behinderung verleiht zwar infolge von sozialstaatlichen Kompensations- und Fürsorgebestrebungen Schutz und Hilfe, zugleich setzt es aber eine mit Exklusionstendenzen verbundene Stigmatisierung voraus. Es kann infolgedessen zu einem Spannungsverhältnis zwischen den individuellen Teilhabeansprüchen und den gesellschaftlichen bzw. arbeitsmarktspezifischen Anforderungen an das Individuum kommen.

In der Arbeitsmarktforschung werden Menschen mit Behinderungen ebenso wie Ältere, Langzeitarbeitslose, Frauen und Benachteiligte zu den Problemgruppen des Arbeitsmarktes gezählt. In Arbeiten zur sozialen Ungleichheit und zu sozialen Problemen werden sie gerne als soziale Randgruppe bezeichnet (Hradil und Schiener 2001; Vaskavics 1989). Der Begriff der „sozialen Randgruppe“ (Fürstenberg 1965) steht in engem Zusammenhang mit Theorien abweichenden Verhaltens und Stigmatisierungsansätzen. Abweichendes Verhalten bezeichnet ein Verhalten, das den gesellschaftlichen Normen nicht entspricht und daher von Sanktionen bedroht ist. Das heißt nicht, dass Menschen mit Behinderungen ein Verhalten zeigen, das im engeren Sinne als „abweichend“ zu bezeichnen wäre, sondern Behinderung wird definiert als eine Abweichung von der „Normalität“.

Die systemtheoretische Perspektive, die den theoretischen Rahmen dieses Berichts bildet, setzt Behinderung in Beziehung zu den ausdifferenzierten Teilbereichen der Gesellschaft (Wirtschaftssystem, Rechtssystem, etc.). Behinderung kann demzufolge als ein Merkmal interpretiert werden, das eine Störung zwischen der personalen Ebene und den gesellschaftlichen Teilbereichen zur Folge haben kann, was die Exklusion aus bestimmten gesellschaftlichen Teilbereichen wahrscheinlicher macht. Dabei wird einerseits die Exklusion aus den Funktionssystemen, andererseits die gleichzeitige Alternativinklusion in bestimmte, darauf spezialisierte, soziale Institutionen bzw. Organisationen¹³ in den Blick genommen (Bleidick 1999).

Die Orientierung an der systemtheoretischen Perspektive ermöglicht es, die formalen und informellen Prozesse der beruflichen Rehabilitation und deren Einflussfaktoren zu strukturieren sowie die Exklusion bestimmter Personengruppen aus gesellschaftlichen Teilsystemen zu erklären und zu verorten. Sie zeigt zugleich, unter welchen Bedingungen bestimmte Exklusionsmechanismen individuelle und kollektive Problemlagen verursachen können. Das Gegensatzpaar Inklusion/Exklusion eignet sich für eine systematische Beschreibung und Analyse von kritischen Soziallagen, Marginalisierungsphänomenen und Ausgrenzungsprozessen in der Gegenwartsgesellschaft.

¹³ Die Begriffe Institution und Organisation werden in folgenden Ausführungen synonym verwendet.

Eng verknüpft mit dem Begriffspaar Inklusion/Exklusion ist der Begriff der Teilhabe, der im Forschungsfeld der Sozial- und Wohlfahrtsstaatanalyse in jüngerer Zeit an Bedeutung gewonnen hat. So hat er sich im Feld der Analyse sozialer Ungleichheit etabliert, wo Teilhabedefizite als mögliche Konsequenzen sich verschärfender Verteilungsungleichgewichte gedeutet werden (Bude 2008; Castel 2000; 2005). Häufig wird Teilhabe als Komplementärbegriff zum Konzept individueller Verantwortlichkeit verwendet, das im Zuge des Aktivierungsparadigmas maßgeblich für die Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik geworden ist.

Das SGB IX greift diesen Begriff schon in seinem Namen „Rehabilitation und Teilhabe“ auf und hat die generelle Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in und mit der Gesellschaft zum Ziel. Soziale Teilhabechancen beinhalten auch die Teilhabe am Erwerbsleben. Diese regelt für die große Mehrzahl aller Menschen den Zugang zu Geld, das wiederum die Partizipation in anderen Feldern ermöglicht. Doch Menschen arbeiten nicht wegen des Geldes allein. Arbeit berührt auch weitere Dimensionen von Teilhabe: Kommunikation und Vergemeinschaftung, sinnhaftes Tätigsein, Anerkennung und soziale Integration durch Mitwirkung am Wirtschaftsleben. Erwerbslosigkeit hingegen als eingeschränkte Erwerbsteilhabe, kann Beschränkungen in anderen Lebensbereichen nach sich ziehen, etwa was Versorgung, aber auch Anerkennung und soziale Integration im persönlichen Umfeld betrifft.

Menschen mit Behinderung weisen zumeist geringere Teilhabechancen in den gesellschaftlichen Bereichen Bildung und Beschäftigung auf als nicht behinderte Menschen (Hradil und Schiener 2001). Sie verlassen die Schule ohne einen allgemeinen Schulabschluss doppelt so häufig wie Nichtbehinderte Personen (sechs Prozent gegenüber drei Prozent). Im Regelfall haben sie zudem niedrigere Abschlüsse: Jeder sechste hat einen Hauptschulabschluss im Vergleich zu 42 Prozent der Nichtbehinderten. Dementsprechend ist der Anteil an Personen mit Abitur bei der behinderten Bevölkerung mit neun Prozent wesentlich geringer als bei der nichtbehinderten Bevölkerung mit 20 Prozent (Pfaff 2007b).

Zudem scheint ihre Einkommenssituation schlechter zu sein. Über der Hälfte der behinderten Menschen in Deutschland steht ein relativ niedriges monatliches Einkommen von 700-1.000 Euro zur Verfügung, wohingegen nur 34 Prozent der nichtbehinderten Personen dieser Einkommensschicht zugeordnet werden (Pfaff 2007a). In Bezug auf ein höheres Einkommen sind die Unterschiede zwischen behinderten Menschen und Nichtbehinderten nicht sonderlich groß. Ein Einkommen von 2.300 Euro und mehr können behinderte Personen in sieben Prozent der Fälle vorweisen, Nichtbehinderte zu acht Prozent (ders.).

Wesentlich ist dabei, in welcher Form sich das Einkommen zusammensetzt. Die Haupteinkommensquelle behinderter Menschen besteht mit 63 Prozent wesentlich häufiger im Erhalt einer Rente oder Pension, was nur zu 18 Prozent bei nichtbehinderten Personen der Fall ist (Pfaff 2007b). Dies lässt sich teilweise durch das höhere Durchschnittsalter erklären. So ist fast die Hälfte aller behinderten Menschen 65 Jahre oder älter (Pfaff 2007b). Ein gewisser Prozentsatz behinderter Menschen bezieht jedoch schon im erwerbsfähigen Alter Renten (Altersgruppe 25-65 Jahre: 19 Prozent). Betrachtet man die Anteile der Rentenempfänger innerhalb der Gruppe der Nichtbehinderten im Vergleich, so fällt der Anteil wesentlich geringer aus (25-45 Jahre: 17 Prozent Behinderte bzw. 0,3 Prozent Nichtbehinderte mit Rente/Pension; 45-65 Jahre: 46 Prozent bzw. 13 Prozent; Pfaff 2007a). Zudem besteht für Menschen mit Behinderung im Vergleich zur restlichen Bevölke-

rung ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden (Hradil und Schiener 2001). Die genannten Faktoren (niedriger Bildungsabschluss, erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko, höherer Anteil im Erhalt von Rente/Pension; Altersstruktur) schlagen sich in einer insgesamt niedrigeren Erwerbsbeteiligung nieder.

Im Vergleich zu nichtbehinderten Menschen ist zudem die Erwerbsquote von Menschen mit Behinderung deutlich geringer (76 Prozent zu 50 Prozent; (Pfaff 2007b)). Nach gegenwärtigem Kenntnisstand sind Menschen mit Behinderung eher überproportional in niedrigeren Bildungs- und Einkommensschichten repräsentiert. Dies kann unter Umständen zu einer geringeren Teilhabequalität und Marginalisierungstendenzen führen, auf die mit Hilfe sozialer Sicherungssysteme im Rahmen rechtlicher Bestimmungen reagiert wird. Ein Teil dieses Systems ist die berufliche Rehabilitation. Sie stellt ein Gefüge sozialpolitischer Instrumente dar, um die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben zu verbessern und greift im Zuge dessen in beide genannten gesellschaftlichen Teilbereiche – Bildung und Arbeitsmärkte – ein, in denen behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen eher ungünstig situiert sind.

1.2. Exklusions- und Inklusionsmuster

In Zeiten des ökonomischen, politischen und demographischen Wandels wachsen die Risiken, aus den Teilbereichen der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Denn trotz der Wachstumspotentiale im Bereich der Wirtschaft sind viele Menschen in Zukunft nicht mehr über die Erwerbsarbeit in die Gesellschaft inkludiert (aufgrund von Rationalisierungs- und Technologisierungsprozessen etc.), was zum Ausschluss aus weiteren Gesellschaftsbereichen führen kann. Die Inklusions- und Exklusionsregeln der Gesellschaftsbereiche sollen deswegen im Weiteren näher erläutert werden.

Inklusion¹⁴ und Exklusion in modernen Gesellschaften werden durch Organisationen vollzogen. Beispiele für Organisationen sind Unternehmen als Konkretisierung des Wirtschaftssystems bzw. des Arbeitsmarktes und Schulen als Institutionen des Bildungssystems. Mit dem Gegensatzpaar Inklusion/Exklusion lassen sich gesellschaftliche Teilnahmebedingungen und -chancen, damit zugleich Teilnahmebegrenzungen und soziale Ausschlüsse von Individuen mit einer Behinderung beschreiben. Die Inklusionsregeln stehen in engem Zusammenhang mit der vorherrschenden Form der gesellschaftlichen Differenzierung. In vorindustriellen Gesellschaften entstand Inklusion/Exklusion primär durch die Zugehörigkeit zu einem der Teilsysteme (z.B. Segment, Stand) oder durch die Zugehörigkeit zu einer Schicht oder einem Stand (Bauer, Feudalherr). Mit dem Übergang zur industriellen Gesellschaften wird Inklusion vor allem durch die Partizipation an verschiedenen Teilsystemen hergestellt (also etwa dem Wirtschaftssystem, Erziehungssystem, politischen System, Gesundheitssystem, Rechtssystem etc.).

Die Partizipation in verschiedenen Teilsystemen einer Gesellschaft kann dabei sowohl gleichzeitig als auch sequentiell erfolgen. Letzteres gilt insbesondere für das gesellschaftstypische Institutionensystem des Lebenslaufs (Kohli): Von der Kindheit über das Bildungssystem bis hin zur

¹⁴ Der Begriff der Inklusion, wie er in vorliegendem Bericht verwendet wird, meint die Beseitigung von Barrieren, die einer vollen gesellschaftlichen Teilhabe entgegenstehen. Inklusion in die unterschiedlichen gesellschaftlichen Teilbereiche ist gleichsam als Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation zu verstehen.

Erwerbsarbeit im ökonomischen System, löst eine Teilhabeform die andere ab. Ob frühere exkludierende Lebensereignisse zum weiteren Ausschluss aus anderen gesellschaftlichen Bereichen führen, hängt weitgehend auch vom Grad der Institutionalisierung dieser Bereiche und deren Interdependenzen ab. Mangelhafte oder fehlende Inklusionsleistungen durch die gesellschaftlichen Systembereiche am Anfang des Lebenslaufs führen zu Exklusionskarrieren in dominoartiger Kausalverketzung.

Das Resultat kann eine plurale Inklusions-/Exklusionsordnung sein, die nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Bildung, Wohn- und Arbeitsort, Region oder Gesundheitszustand variiert. Vor allem zwischen Bildungs- und Erwerbssystem sind solche Zusammenhänge typisch. So greifen schulische Auswahlprozesse und spätere Erwerbskarrieren ineinander. Gerade eine Behinderung kann unter bestimmten Umständen zum Ausschluss aus den allgemein- und berufsbildenden Institutionen sowie dem Erwerbssystem führen.

Da die Inklusionsleistungen von den behinderten Menschen oft nicht allein im Rahmen des privaten Lebenszusammenhanges erbracht werden können, reagiert die moderne Gesellschaft auf die Exklusionsprobleme mit der Bildung von Organisationen, die an die jeweiligen sozialen Systemen angebunden sind. Dabei werden allgemeine Normen in Bezug auf den Umgang mit exklusionsbedrohten Menschen an die sozialen Systeme herangetragen. Über das politische System übernimmt die Gesellschaft gewissermaßen die Verantwortung für ihre eigenen Strukturen und erzeugt innerhalb des Rechtssystems eine meist schriftlich fixierte normative Ordnung (Ucar und Gschiegl 2010).

1.3. Mehr-Ebenen-Modell beruflicher Rehabilitation

Der Prozess der beruflichen Rehabilitation und seine Einflussfaktoren lassen sich in einem Mehr-Ebenen-Modell differenziert nach Makro-, Meso- und Mikroebene strukturieren und mithilfe eines Stufenmodells beschreiben. Die auf der Makro-Ebene angesiedelten Bereiche der Gesellschaft beeinflussen unterschiedliche Stadien des Rehabilitationsablaufs in differierender Intensität. Das politische System konstituiert die konkrete Gestalt des Rechtssystems, welches seinerseits sämtliche Stufen des Rehabilitationsverlaufs regulativ begleitet. Das Gesundheitssystem konzentriert sich in erster Linie auf die Wiederherstellung des alterstypisch als *normal* definierten Gesundheitszustandes. Devianzen (Krankheiten, Behinderungen) sollen beseitigt werden. Die Bildungs- und Verwaltungssysteme richten sich im Rehabilitationskontext primär auf die erstmalige oder erneute Herstellung der Arbeitsfähigkeit, während das Wirtschaftssystem die Zielwerte für eine stabile Eingliederung in den Arbeitsmarkt festlegt.

Den verschiedenen Systemen auf der Makroebene folgen auf Rehabilitation spezialisierte Institutionen auf der Mesoebene, etwa Integrationsunternehmen, die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung, gemeinsame Einrichtungen¹⁵ und zugelassene kommunale Träger¹⁶,

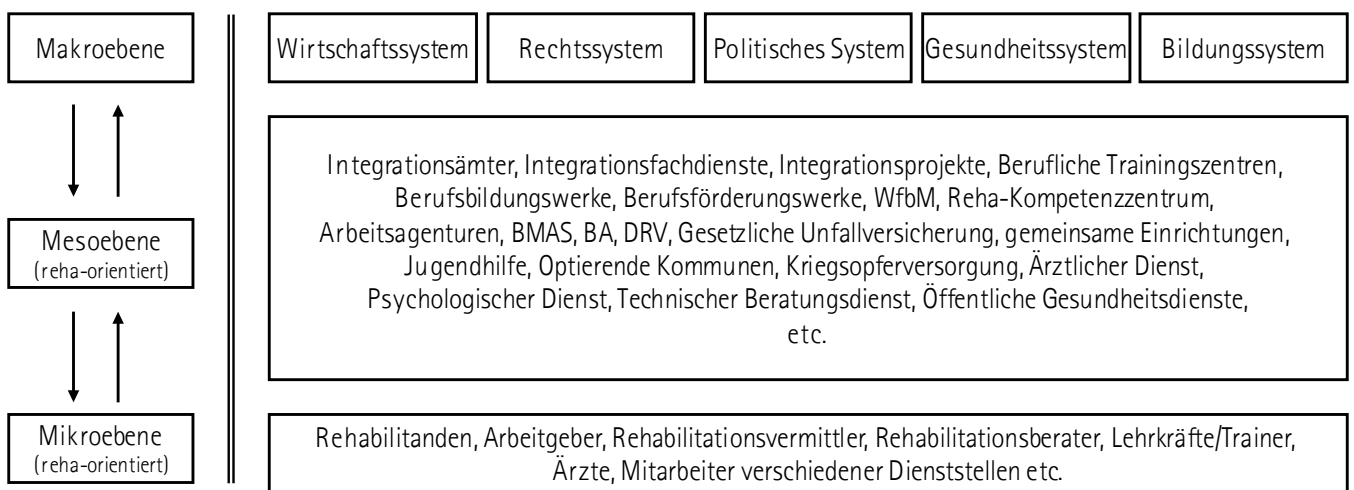
¹⁵ Gemeinsame Einrichtungen (gE) werden aus Arbeitsagenturen und kommunalen Trägern gebildet. Sie haben die Aufgabe, Empfänger des Arbeitslosengeldes II zu betreuen.

¹⁶ Zudem betreuen zugelassene kommunale Träger (zKT) Arbeitslosengeld II Empfänger ohne Beteiligung der Agenturen (Schubert et al. 2007).

Werkstätten für behinderte Menschen etc. (Abbildung 10). Die Mesoebene setzt die Vorgaben der Makroebene um und fügt eigene Vorgaben oder Handlungsempfehlungen hinzu. Auf der Mikroebene müssen die handelnden Vermittler und Berater die auf der Makroebene produzierten Handlungsimperative ebenso umsetzen oder zumindest berücksichtigen wie die Anweisungen der Mesoebene.

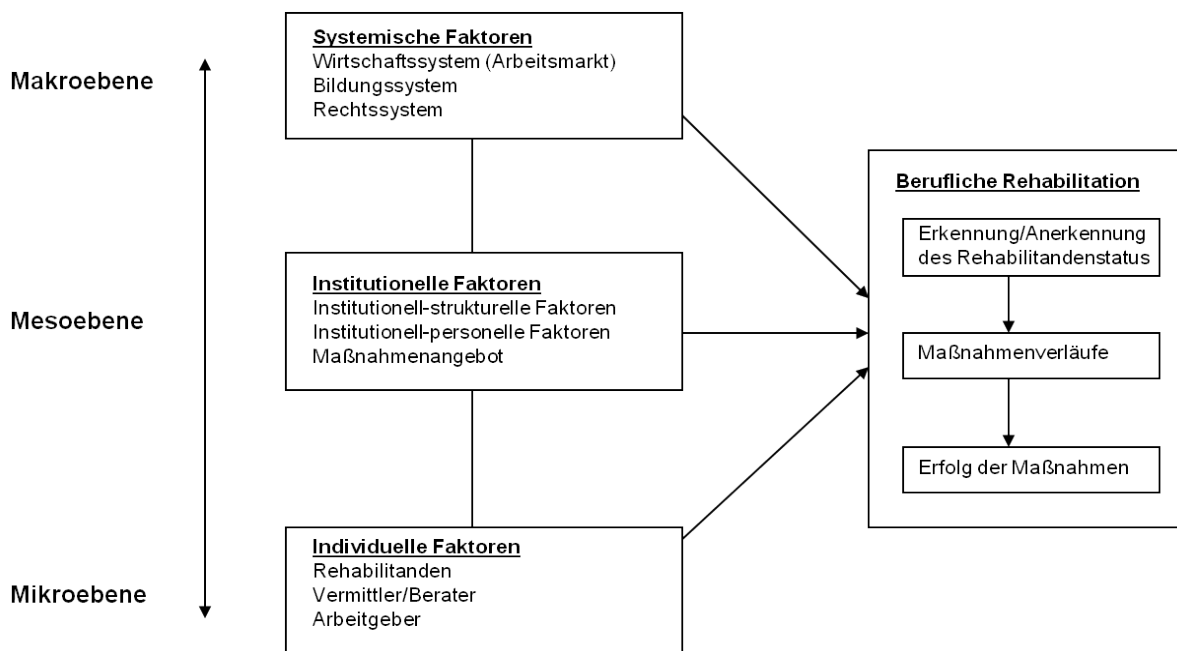
Der organisatorische Verlauf einer beruflichen Rehabilitation, von der Erkennung und Anerkennung des Rehabilitationsstatus, über die Teilnahme an Maßnahmen bis zur Integration in den Arbeitsmarkt, kann in Analogie zu dieser Mehrebenenstruktur als systemische Faktoren der Makroebene, institutionelle Faktoren der Mesoebene und individuelle Faktoren der Mikroebene beschrieben werden (Abbildung 11).

Abbildung 10: systemtheoretische Mehr-Ebenen-Struktur beruflicher Rehabilitation



*Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Abbildung 11: Einflussfaktoren beruflicher Rehabilitation



*Quelle: Eigene Darstellung des IAB

Systemische Einflussfaktoren

Auf der Makro-Ebene sind dabei die gesellschaftlichen Funktionssysteme angesiedelt. Im Folgenden wird das Hauptaugenmerk auf die drei Teilsysteme gelegt, die in der beruflichen Rehabilitation eine zentrale Rolle spielen: Wirtschaft, Bildung und Recht.

Das Wirtschaftssystem regelt seine Teilhabemechanismen nicht nur über finanzielle Ressourcen, sondern auch über die durch den Arbeitsmarkt vermittelten Anforderungen an die individuelle Leistungsfähigkeit. Gerade Menschen, die in ihrer physischen, psychischen oder geistigen Gesundheit eingeschränkt sind, können den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes oftmals nur schwer gerecht werden, weshalb sie oftmals auf Tätigkeitsgebiete mit vergleichsweise geringem Anforderungsprofil angewiesen sind (Hradil und Schiener 2001).

Die durch den Arbeitsmarkt generierten Ansprüche an die Arbeitnehmer unterliegen dabei ständigen Wandlungsprozessen. Die Globalisierung der Wirtschaftsströme durch zunehmende internationale Vernetzung führt dazu, dass immer mehr Wirtschaftsbereiche – auch der nationale und regionale Arbeitsmarkt – einem internationalem Wettbewerb ausgesetzt sind. In Hochlohnländern wie Deutschland kommt es dadurch zur Verlagerung von „einfachen“ Arbeitsplätzen in Regionen mit niedrigerem Lohnniveau und, damit einhergehend, zu höheren Qualifikationsanforderungen an die hiesigen Arbeitnehmer (Rowthorn und Ramaswamy 1999). Auch der technische Fortschritt und die Rationalisierung in den Bereichen der industriellen Fertigung, zunehmend aber auch bei Dienstleis-

tungs- und Verwaltungstätigkeiten, führen zum Abbau von Arbeitsplätzen mit einfacher Qualifikationsstruktur, da menschliche Arbeit durch die kostengünstigeren Faktoren Kapital und Technologie ersetzt wird (Willke 1998).

Zudem ist ein sektoraler Strukturwandel mit einem Bedeutungsverlust des primären und sekundären Sektors gegenüber dem Dienstleistungssektor ein die Anforderungsstruktur des Arbeitsmarktes beeinflussender Prozess (Fourastié 1954; Schmid et al. 2004). Die wachsende Bedeutung der individuellen Kompetenzen sowie ein Trend hin zu Berufen mit gestiegenen fachlich-inhaltlichen Qualifikations- und sozialen Kompetenzanforderungen sind die Folgen dieser Entwicklungen. Gerade für Menschen mit Behinderung wächst die Gefahr, sich durch die voranschreitenden Wandlungsprozesse mit noch stärkeren Exklusionstendenzen konfrontiert zu sehen.

Auch das Bildungssystem spielt eine wichtige Rolle. Die schulische Bildung gehört in Deutschland zum Kompetenzbereich der Länder, weshalb auch die Förderung behinderter Schülerinnen und Schüler bundesweit unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Länderübergreifend kann festgestellt werden, dass in Deutschland behinderte Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter überwiegend in sonderpädagogischen Fördereinrichtungen unterrichtet werden, statt im allgemeinen Schulsystem integriert zu werden. So wurden im Jahr 2006 von den insgesamt 484.300 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf 408.100 (rund 84 Prozent) in Förderschulen unterrichtet (Ellger-Rüttgardt et al. 2009). Der Besuch einer Förderschule ermöglicht zwar eine spezifische Betreuung, vermindert aber die Chancen auf einen Schulabschluss, der die Erreichung einer vorteilhaften Stellung am Arbeitsmarkt wahrscheinlich werden lässt. In bestimmten Bundesländern ist für Jugendliche mit den Förderschwerpunkten¹⁷ geistige Entwicklung und Lernen ein qualifizierter Abschluss per se nicht vorgesehen (Ellger-Rüttgardt et al. 2009).

Das politische System und das Rechtssystem versuchen, die Benachteiligungen auszugleichen, indem Teilhabechancen auch durch politisch generierte Rechtsansprüche verteilt werden (Bartelheimer 2004). Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes formuliert ausdrücklich, dass das Vorliegen einer Behinderung nicht zu systematischen Benachteiligungen führen darf. Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation regelt das Rechtssystem die Zuständigkeit sowie den Handlungsspielraum der ausführenden Institutionen und setzt fest, welche Leistungen und Maßnahmen einem Menschen mit Rehabilitationsbedarf zustehen.

Dabei erweist sich die berufliche Rehabilitation als ein vergleichsweise komplexes Feld der rechtlichen Rahmung. Ihre Regelungen sind in SGB II, SGB III, SGB VI, SGB VII, SGB VIII, SGB IX, SGB XII und Bundesversorgungsgesetz (BVG) enthalten. Das explizite Ziel des SGB IX ist es, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen (wieder-)herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern (§1 und §4 SGB IX). Hierzu sollen sie alle Leistungen erhalten, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Erreichung dieses Ziels erforderlich sind. Um bildungsspezifischen Ungleichheiten entgegenzuwirken, ist in den Schulgesetzen der Länder die Möglichkeit eines integrativen Unterrichts festgehalten, „(...) in vielen Fällen besteht sogar eine ausdrücklich formulierte Präferenz für einen integrativen Unterricht (...)“ (Ellger-Rüttgardt et al.

¹⁷ Es können folgende neun Förderschwerpunkte unterschieden werden: Lernen, Sehen, Hören, Sprache, körperliche und motorische Entwicklung, geistige Entwicklung, emotionale und soziale Entwicklung, Kranke und Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung (Lohmar und Eckhardt 2009).

2009: S. 37), wie er in Artikel 24 der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung gefordert wird.

Institutionelle Einflussfaktoren

In der beruflichen Rehabilitation trägt die vermittelnde Institution (Grundsicherungsstelle oder Arbeitsagentur) eine entscheidende Rolle für den Prozessablauf, denn in ihr werden die Rahmenbedingungen der Makroebene mit den individuellen Merkmalen der Rehabilitanden auf der Mikroebene zu einem konkreten Prozess verknüpft, wobei die Vermittlerinnen und Vermittler/Beraterinnen und Berater¹⁸ als Repräsentanten der jeweiligen Institution fungieren. Neben den vermittelnden Institutionen nehmen auch die Maßnahmeträger einen wichtigen Platz im institutionellen Gefüge der beruflichen Rehabilitation ein. Im Folgenden wird zwischen institutionell-strukturellen und institutionell-personalen Faktoren sowie dem regionalen Maßnahmeangebot unterschieden.

Institutionell-strukturelle Faktoren bezeichnen insbesondere behördliche Vorgaben wie Handlungsanweisungen oder Handlungsprogramme, die bestimmte Vorgaben oder Strukturen des Handelns schaffen. Das regionale Maßnahmeangebot erweist sich ebenfalls als institutionell bedeutende Determinante des Rehabilitationsprozesses. Bestimmte Maßnahmestrukturen sind in größeren Ballungsgebieten häufiger vertreten als in ländlichen Gegenden (Schubert et al. 2007). Gerade für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen könnte eine größere räumliche Distanz zu den für sie notwendigen Maßnahmen bzw. eine Nicht-Inanspruchnahme von internatsähnlichen Unterbringungen (aus welchen Gründen auch immer) eine besonders schwerwiegende Hürde darstellen.

Institutionell-personale Faktoren beziehen sich auf Kennzeichen im Hinblick auf das Personal innerhalb der Institutionen. Zum einen ergaben sich mit den strukturellen Veränderungen durch die Einführung des SGB II große personelle Umstrukturierungen des bestehenden Mitarbeiterstabes beim Übergang in Arbeitsgemeinschaften (ARGE), Agenturen und optierenden Kommunen, zum anderen wurden auch oft befristete Arbeitsverträge vergeben, was zu erhöhter Personalfluktuations führt. Dies ist eine Tendenz, die gerade hinsichtlich der spezifischen Betreuungs- und Beratungserfordernisse von gesundheitlich beeinträchtigten Personen als problematisch einzustufen ist (Schubert et al. 2007). Des Weiteren kann dies zu einer, zumindest zeitweisen Deprofessionalisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen, was bspw. die Wechselwirkung mit anderen Institutionen beeinflussen kann (Wynne und McAnaney 2010). Die Implementationsstudie 1 zeigt dabei allerdings, dass Reha-Berater zum Teil schon lange als solche eingesetzt sind. Im Reha-Bereich scheint die Personalfluktuations im Speziellen nicht sonderlich hoch zu sein (Sommer et al. 2011).

Auf der institutionellen Ebene im Bereich des Rehabilitationsträgers BA spielen zudem die Fachdienste eine wichtige Rolle im Prozess der beruflichen Rehabilitation. Der Ärztliche Dienst ist neben dem Psychologischen Dienst und dem Technischen Beratungsdienst einer von drei rehabilitationsrelevanten internen Fachdiensten der BA, die in Fragen der beruflichen Rehabilitation herangezogen und unterstützend im Vermittlungs- und Beratungsprozess involviert sein können. Alle Dienste können von den Vermittlern beauftragt werden, mit beratenden Leistungen bei gesundheitlichen

¹⁸ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur noch von Vermittlern und Beratern gesprochen, auch wenn damit Frauen und Männer gemeint sind.

Einschränkungen von Kunden zum Erhalt des Arbeitsplatzes beizutragen oder Klärungshilfen zu bieten. Der Ärztliche und der Psychologische Dienst konzentrieren sich auf Maßnahmen, die sich auf die Arbeitsmarktvorbereitung oder auf die Sicherung eines bestehenden Arbeitsplatzes richten. Demgegenüber befasst sich der Technische Beratungsdienst mit der materiellen Beschaffenheit – also der Ausstattung – eines bestimmten Arbeitsplatzes.

Individuelle Einflussfaktoren

Im Prozess der beruflichen Rehabilitation interagieren Rehabilitanden mit Vertretern der verschiedenen Institutionen. Auf der Stufe der Erkennung/Anerkennung und Maßnahmevergabe sind dies vor allem die Vermittler und Berater. Bei der Integration in den Arbeitsmarkt spielen vor allem die Akteure der Integrationsfachdienste und die Arbeitgeber eine wichtige Rolle.

Die Vermittler und Berater der jeweils zuständigen Institution treffen in Abstimmung mit den systemischen Rahmenbedingungen, den institutionellen Vorgaben sowie den individuellen Attributen des Rehabilitanden die Entscheidung über die Anerkennung des Rehabilitationsstatus sowie über die Art und den Verlauf der durchzuführenden Maßnahmen. Trotz der Vorgaben auf der institutionellen Ebene finden Vermittler und Berater gewisse Handlungsspielräume vor. Ihnen kommt daher eine Art Gatekeeper-Funktion für die verschiedenen Prozessstufen zu. Im Zuge der von der Bundesregierung geplanten Ausweitung der Ermessensleistungen gegenüber den Pflichtleistungen im SGB II- und SGB III-Bereich werden sich diese Handlungsspielräume zusätzlich ausdehnen (Deutscher Bundestag 2010). Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben findet jedoch keine Umwandlung in Ermessensleistungen statt.

2. Soziodemographische Merkmale der Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit¹⁹

Der folgende deskriptive Überblick beschreibt die Strukturen und Zusammensetzungen des Personenkreises, der eine berufliche Rehabilitation bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchläuft.

Sowohl für die Erst- als auch für die Wiedereingliederung lässt sich in den letzten Jahren ein leichter Anstieg der Eintritte in berufliche Rehabilitation erkennen (Tabelle 9). Die Förderung junger behinderter Menschen steht im Rahmen beruflicher Rehabilitation bei der Bundesagentur für Arbeit im Vordergrund. Dies zeigt sich an dem weitaus größeren Anteil der Ersteingliederung gegenüber der Wiedereingliederung. Ein Grund hierfür ist bspw., dass für Personen, die mindestens 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, im Falle einer beruflichen Rehabilitation die Deutsche Rentenversicherung der zuständige Rehabilitationsträger ist.

¹⁹ Die diesem Bericht zugrundeliegende Datensatzversion umfasst Rehabilitanden, die zwischen 01. Juni 2006 und Oktober 2010 als beruflicher Rehabilitand anerkannt wurden. Dies sind 284.835 Personen. Da eine Person auch mehr als einmal eine solche Anerkennung erhalten kann, finden sich insgesamt 297.628 Rehabilitationsfälle. Das heißt, für etwa vier Prozent liegen pro Person mehr als eine Anerkennung als Rehabilitand vor. Da die Jahre 2006 und 2010 nicht vollständig erfasst sind (der hier verwendete Datenrand ist Oktober 2010), ist eine Interpretation diesbezüglicher Auszählungen schwierig. In den Tabellen sind diese Jahre deshalb mit einer Schraffierung unterlegt. Analysen zu Rehabilitationsfällen bei den zugelassenen kommunalen Träger (zkt) erfolgen in diesem Bericht nicht.

Tabelle 9: Statusanerkennung als beruflicher Rehabilitand; nach Erst- und Wiedereingliederungen; 2007-2009; Gesamtzahlen und Zeilenprozent

	Ersteingliederung	Wiedereingliederung	Gesamt
2007	42.825	20.090	62.915
	68	32	
2008	43.801	20.843	64.644
	68	32	
2009	46.439	21.480	67.919
	68	32	
N	190.758	89.149	279.907

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Bei allen Rehabilitationsträgern nehmen an der beruflichen Rehabilitation mehr Männer als Frauen teil (Wuppinger und Rauch 2010). Im Rahmen der Ersteingliederung wurden im Jahre 2007 62 Prozent männliche und 38 Prozent weibliche Rehabilitanden anerkannt. Im Zeitverlauf ist zu sehen, dass der Anteil der Männer in der Ersteingliederung leicht absinkt und 2009 bei 60 Prozent liegt (Tabelle A 1 im Anhang).

Bei Personen in Wiedereingliederung liegt im Jahr 2007 der Anteil von Männern bei 57 Prozent und bei Frauen sind es 43 Prozent (Tabelle A 1 im Anhang). Im Zeitverlauf steigt der Anteil der männlichen Rehabilitanden bis zum Jahr 2009 leicht auf 59 Prozent an. Alleine auf Basis der Prozessdaten kann auf diese geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten innerhalb der beruflichen Rehabilitation nur aufmerksam gemacht werden. Begründungen können diese nicht liefern. Im Rahmen von wirkungsanalytischen Berechnungen sollte diese Verteilung allerdings Berücksichtigung finden.

Gesundheitliche Einschränkungen bzw. vorliegende Behinderungen sind das zentrale Merkmal beruflicher Rehabilitanden. Je nach Art der Einschränkung können unterschiedliche Fähigkeiten und Kompetenzen im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen stärker gefördert werden, die Rehabilitanden bedürfen aber teilweise zusätzlicher Unterstützung. Hinsichtlich der Art der Behinderung unterscheiden sich Personen in Erst- und Wiedereingliederung signifikant.

Über die Hälfte der Personen in Ersteingliederung ist von einer Lernbehinderung betroffen. Knapp jeder sechste hat eine psychische oder eine geistige Behinderung. Die Anteilswerte bleiben über die Eintrittsjahre relativ konstant. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nicht (Tabelle A 1 im Anhang). Dabei ist zu beachten, dass eine Person auch zwei oder mehr Behinderungen aufweisen kann. Mehrfachbehinderungen sind in den Daten allerdings nicht zu identifizieren. Daher wird im Weiteren davon ausgegangen, dass die jeweils ausgewiesene Behinderungsart die „Hauptbehinderungsart“ darstellt.

Personen in der Wiedereingliederung haben zu großen Teilen eine Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates (circa 40 Prozent), zu einem knappen Drittel eine psychische Behinderung und zu etwa 13 Prozent eine organische Behinderung. Im Vergleich zur Ersteingliederung sind Per-

sonen mit einer psychischen Behinderung mehr als doppelt so häufig in der Wiedereingliederung zu finden (Tabelle A1 im Anhang).

Auch in der Wiedereingliederung verteilen sich die Anteile von Männern und Frauen relativ ähnlich auf die unterschiedlichen Behinderungsarten. Lediglich bei Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychischen Behinderungen lassen sich geschlechtliche Unterschiede feststellen. Dabei ist der Anteil an Männer bei Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates höher, während sich ein höherer Anteil von Frauen bei psychischen Behinderungen zeigt. Letzteres korrespondiert mit Analysen aus der Schwerbehindertenstatistik (Pfaff 2007b). Dass Männer häufiger körperlich erkranken als Frauen, mag durch die unterschiedliche Berufswahl erklärt werden können, da Männer eher körperlich belastende Berufe wählen (Kastl 2010).

Die Verteilung der lernbehinderten jungen Menschen unterscheidet sich je nach Bundesland. In der Ersteingliederung finden sich dabei besonders in Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich hohe Anteile an jungen Menschen mit einer Lernbehinderung über alle Zugangskohorten hinweg. Für Brandenburg ist dies nur für 2007 der Fall. Überaus geringe Anteile zeigt hier dagegen Berlin, aber zum Teil auch Bremen. Berlin weist dafür einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Personen mit einer psychischen Behinderung auf (Tabelle A 5 im Anhang).

In der Wiedereingliederung zeigen sich in den Bundesländern Brandenburg, Bremen und Hamburg Auffälligkeiten, was die Verteilung der Behinderungsart anbelangt. Hamburg weist dabei überdurchschnittlich hohe Anteile an psychisch behinderten Menschen auf, geringe dagegen bei Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates und bei organischen Behinderungen. In Bremen finden sich viele Rehabilitanden mit psychischer Behinderung, in Brandenburg dagegen wenige (Tabelle A6 im Anhang).

Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Ersteingliederung ist v.a. durch den Umfang an beruflicher Erfahrung determiniert. War ein potentieller Rehabilitand demnach insgesamt weniger als drei Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt bzw. verfügt noch über keine abgeschlossene Berufsausbildung, sollte er der Ersteingliederung zugeordnet werden. In manchen Agenturen wird allerdings ein rein altersabhängiges Vorgehen praktiziert, das alle Rehabilitanden, die die 25-Jahres-Grenze unterschreiten, zur Ersteingliederung zählt. Dies liegt darin begründet, dass die vergebenen Maßnahmen innerhalb der Ersteingliederung eher für die Bedarfe von jungen Rehabilitanden unter 25 Jahren konzipiert sind. Konsequenterweise liegt daher der Anteil der unter 25-Jährigen bei der Ersteingliederung bei 95 bis 96 Prozent (Tabelle 10). Über die Jahre lässt sich ein leichter Anstieg des durchschnittlichen Alters feststellen.²⁰

²⁰ Da in der Ersteingliederung über 96 Prozent der Rehabilitanden unter 25 Jahre alt ist, wurde auf eine weitere Differenzierung der Altersgruppe 25 Jahre und älter verzichtet.

Tabelle 10: Rehabilitanden nach Altersgruppen; 2006 bis 2010; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Altersgruppen in Prozent	Ersteingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
Unter 25 Jahre	96	96	95	95	95
25 Jahre und älter	4	4	5	5	5
Durchschnittliches Alter	18,5	18,6	18,9	19,1	19,2
N	20.224	42.825	43.801	46.439	37.469
Altersgruppen in Prozent	Wiedereingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
Unter 25 Jahre	23	19	18	20	19
25 Jahre bis 34 Jahre	51	52	53	55	57
35 Jahre bis 44 Jahre	20	21	20	18	17
45 Jahre und älter	7	8	8	7	7
Durchschnittliches Alter	30,8	31,4	31,4	31,0	31,0
N	10.813	20.090	20.843	21.480	15.923

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

In der Wiedereingliederung sind über die Hälfte der Rehabilitanden zwischen 25 und 34 Jahre alt (Tabelle 10). Rehabilitanden höheren Alters sind selten, da diese oft in die Zuständigkeit der Rentenversicherung fallen. Es sind aber auch knapp 20 Prozent zu finden, die das 25. Lebensjahr bei Rehabilitationseintritt noch nicht überschritten haben. Bei diesen Personen liegt demnach bereits eine längere Erwerbsbiografie bzw. eine abgeschlossene Berufsausbildung vor.

Bildungsspezifika zeigen sich im Rahmen der Ersteingliederung. Im Jahr 2007 verließen 35 Prozent der Rehabilitanden die Hauptschule ohne Abschluss, allerdings mit stark sinkender Tendenz. Die gegenläufige Tendenz zeigt sich beim Hauptschulabschluss, dessen Anteil im Zeitverlauf steigt. Ein Teil dieser Tendenz ist allerdings ein Ergebnis von Veränderungen in der Erhebung der Daten. Die Einführung des IT-Verfahrens Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem (VerBIS) Mitte 2006 führte bei einigen Merkmalen zu Datenqualitätsproblemen, die erst schrittweise in den Folgejahren behoben wurden. Der Schulabschluss ist hiervon betroffen, sodass Informationen zum Schulabschluss nach Einführung von VerBIS schrittweise besser gefüllt wurden. Ähnliches wie beim Hauptschulabschluss zeigt sich beim Sonderschulabschluss. In der Zugangskohorte 2007 schließt noch knapp ein Fünftel eine Sonderschule ab, für Kohorte 2009 sind es bereits fast 30 Prozent. Abitur bzw. die Fachhochschulreife haben die wenigsten Rehabilitanden (jeweils ein Prozent; Tabelle 11).

Tabelle 11: Rehabilitanden nach Art des Schulabschlusses; 2006 bis 2010; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Schulabschluss in Prozent	Ersteingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
Kein (Haupt-)schulabschluss	40	35	27	22	20
Schulabschluss der Förderschule	13	19	26	28	30
Hauptschulabschluss	32	31	32	35	35
Qualifizierter Hauptschulabschluss	1	1	2	3	3
Mittlere Reife	10	8	8	8	9
Fachhochschulreife/Fachabitur	1	1	1	1	1
Abitur/Hochschulreife	1	1	1	1	1
Keine Angabe	3	3	2	1	1
N	20.324	43.083	44.075	46.667	37.890

Schulabschluss in Prozent	Wiedereingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
Kein (Haupt-)schulabschluss	7	7	7	6	6
Hauptschulabschluss	38	36	35	35	33
Mittlere Reife	32	32	33	34	35
Fachhochschulreife/Fachabitur	7	7	7	7	8
Abitur/Hochschulreife	11	11	12	13	13
Keine Angabe	5	6	6	5	5
N	10.885	20.280	20.999	21.598	16.044

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Bei Personen in Wiedereingliederung dominiert der Hauptschulabschluss bzw. die Mittlere Reife zu jeweils rund einem Drittel (Tabelle 11). Aber auch die Anteile höherer Abschlüsse sind wesentlich größer als in der Ersteingliederung. Der Anteil der Personen, die 2007 anerkannt wurden, und die Hochschulreife besitzen, liegt bei 11 Prozent und steigt bis 2009 auf 13 Prozent leicht an. Der Anteil derjenigen mit Hauptschulabschluss wird gegenüber denen mit Mittlerer Reife bzw. (Fach-)Hochschulreife etwas geringer. Personen ohne Angaben zum Bildungsgrad sind lediglich in fünf bis sechs Prozent der Fälle zu beobachten. Ähnliches gilt für Personen ohne (Hauptschul-)Abschluss. Insgesamt ist das Bildungsniveau der Rehabilitanden in Wiedereingliederung höher als bei der Ersteingliederung. Dies erklärt sich dadurch, dass Personen in Wiedereingliederung im Normalfall schon eine abgeschlossene Ausbildung und eine Erwerbs- und Bildungsbiographie aufweisen. Weiterhin ist der Anteil von Personen mit Lernbehinderung, welche einen höheren Schulabschluss eher hemmt, bei Personen in Wiedereingliederung deutlich geringer.

Die Verteilung von Rehabilitanden über die einzelnen Bundesländer hinweg entspricht den jeweiligen Anteilen an der Bevölkerung (Tabelle A 2 im Anhang). So wohnt der höchste Anteil der Rehabilitanden im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen, gefolgt von Bayern und Baden-Württemberg. Allerdings findet sich ein pro Bundesland unterschiedliches Verhältnis von Erst- zu Wiedereingliederung. In eher strukturschwachen Regionen wie Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern stehen sich in der Zugangskohorte 2007 80 Prozent der Personen in Ersteingliederung und 20 Prozent in Wiedereingliederung gegenüber (Tabelle A 3 im Anhang). Im Gegensatz dazu zeigt sich für die Kohorte 2007 ein relativ ausgeglichener Anteil von Personen in Erst- und

Wiedereingliederung in Bundesländern wie Bayern, Bremen oder Hamburg. Wird zudem nach den SGB III-Regionaltypen differenziert, die unterschiedliche Strukturregionen Deutschlands auf Agenturebene (SGB III) ausweisen, lässt sich die Verteilung von Erst- und Wiedereingliederung über die unterschiedlichen Strukturregionen noch unmittelbarer abbilden (Dauth et al. 2008). Dieses Merkmal ordnet die Agenturbezirke Deutschlands anhand verschiedener Kriterien hinsichtlich der Strukturstärke und kann somit angeben, ob sich eine Agentur in einem Bereich Deutschlands befindet, der mit einer eher schlechten Arbeitsmarktlage ausgestattet ist (Tabelle A 4 im Anhang). Hierbei lässt sich erkennen, dass der Anteil der Wiedereingliederung im Vergleich zum Anteil der Erstein-gliederung in strukturstarken Gegenden höher ausfällt als in strukturschwachen. So werden 2007 60 Prozent in Erstein-gliederung in strukturstarken Gegenden gefördert und 40 Prozent in Wieder-eingliederung. In strukturschwachen Gebieten sind es 68 Prozent Personen in Erstein-gliederung und ein knappes Drittel innerhalb der Wiedereingliederung.

Eine Erklärung für die unterschiedlichen Anteile an Personen der Erstein-gliederung in einigen Bun-desländern kann in der Schulsituation begründet sein. In Mecklenburg-Vorpommern werden bspw. knapp 80 Prozent aller Jugendlichen mit Förderbedarf innerhalb einer Förderschule unterrichtet, in Brandenburg sind es 72 Prozent (Klemm 2009). In Hamburg liegt der Anteil bei 85 Prozent und in Bayern bei 88 Prozent. In Bremen werden allerdings bereits 45 Prozent integrativ beschult.

Unter der Annahme, dass die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsberatern und Förderschulen enger ausgestaltet ist als bei anderen Schulformen, wäre in Bremen ein wesentlich niedrigerer An-teil an Personen der Erstein-gliederung zu erwarten. Dies kann aber alleine durch die deskriptiven Auswertungen nicht validiert werden. Die Übergänge in Berufsausbildung fallen in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg wesentlich geringer aus als in Bremen, Bayern oder Hamburg, was allerdings wieder mit der Strukturschwäche bzw. dem ungünstigeren Ausbildungsmarktverhältnis-sen in den beiden erstgenannten Bundesländern zusammenhängt (Heineck et al. 2011).

Des Weiteren zeigt Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich die höchste Quote in Bezug auf Schulabgänger ohne Abschluss. Von 2007 bis 2009 ist hier sogar ein Anstieg um knapp zwei Prozentpunkte zu verzeichnen (Feist und Bahrke 2011). Mecklenburg-Vorpommern nimmt in diesem „Ranking“ den letzten Platz ein, Brandenburg den 12. Platz. Dagegen schneiden Bayern und Bremen wesentlich besser ab (Rang drei und vier). Höhere Zahlen bei Schulabgängern ohne Ab-schluss, kombiniert mit einer schlechten Ausbildungsmarktlage könnten vermehrt Anerkennungen als Rehabilitand nach sich ziehen.

Gleichzeitig zeigt sich ein höherer Anteil an Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Lern-behinderung unter Rehabilitanden in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu Bayern, Bremen und Hamburg. In Brandenburg liegt der Anteil lernbehinderter Rehabilitanden der Erstein-gliederung insgesamt allerdings geringer als in Bayern und Hamburg (Tabellen A 5 und A 6 im Anhang). Der Zusammenhang zwischen hohem Anteil an lernbehinderten jungen Menschen und erhöhtem Anteil an Personen der Erstein-gliederung im Vergleich zur Wiedereingliederung könnte demnach für Mecklenburg-Vorpommern gelten, trifft allerdings nicht auf Brandenburg zu.

Über die Hälfte der Rehabilitanden in Ersteingliederung hat direkt vor der Rehabilitation eine Sonderschule bzw. Förderschule besucht (2009: 52 Prozent), etwa 10 Prozent eine Hauptschule. Geschlechtsspezifische Unterschiede (ohne Tabelle) zeigen sich dabei nicht, aber behinderungsspezifische. Junge Menschen mit einer Lernbehinderung kommen knapp zur Hälfte direkt von der Sonderschule in berufliche Rehabilitation (2009: 48 Prozent). Kommen Rehabilitanden von der Sonderschule, schließen sie diese knapp zur Hälfte mit einem Sonderschulabschluss ab, 17 Prozent erhalten einen Hauptschulabschluss, ein gutes Fünftel verlässt die Schule ohne Abschluss. Junge Menschen aus der Hauptschule haben zu 78 Prozent einen Hauptschulabschluss, 13 Prozent dagegen nicht (Tabellen A 7 und A 8 im Anhang).

Dabei ist auch der Schulbesuch in Teilen abhängig von der Art der Behinderung: Psychisch behinderte Menschen kommen zu etwa einem Viertel aus einer Sonderschule, zu einem knappen Fünftel aus der Hauptschule.²¹ Im Vergleich dazu liegt dieser Anteil bei lernbehinderten jungen Menschen im Zugangsjahr 2009 nur bei 13 Prozent. Es ist demnach denkbar, dass wesentlich mehr junge Menschen mit einer psychischen Behinderung aus der Sonderschule in die Rehabilitation übergehen. Ähnlich wie bei jungen Rehabilitanden mit einer psychischen Behinderung, kommen junge Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates am häufigsten von einer Sonderschule, aber auch zu ähnlichen Anteilen von einer Realschule oder einer höheren Schule. Geistig behinderte junge Menschen kommen zu weit über 90 Prozent von einer Sonderschule (Tabelle A 7 im Anhang). Eine integrative Beschulung scheint bei dieser Personengruppe nur selten möglich.

Kommen Rehabilitanden direkt von einer Sonderschule in Rehabilitation erhalten sie häufiger als Personen aus anderen Schularten Maßnahmen im Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Dies steht mit der Tatsache im Zusammenhang, dass 90 Prozent aller geistig behinderten jungen Menschen, die eine Anerkennung als Rehabilitand erhalten haben, eine Sonderschule bzw. Förderschule besucht haben. Sonderschüler erhalten häufig rehaspezifische oder allgemeine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB). Zu 37 Prozent besuchen sie eine rehaspezifische Berufsausbildung. Waren Rehabilitanden zuvor auf einer Hauptschule, so wird zu etwa 37 bzw. 46 Prozent eine Berufsausbildung oder BvB vergeben. Wurde zunächst eine Berufsvorbereitung o.ä. besucht, erhalten 32 Prozent während der Rehabilitation eine rehaspezifische Berufsausbildung und 27 Prozent eine BvB. Viele junge Rehabilitanden münden demnach nicht direkt nach dem Berufsvorbereitungsjahr in eine Berufsausbildung ein, sondern erhalten noch eine weitere Berufsvorbereitung (Tabelle A 9 im Anhang).

3. Dauer des beruflichen Rehabilitationsverfahrens

Die Dauer einer beruflichen Rehabilitation – von Statusanerkennung bis Abschluss (Abmeldung aus VerBIS) – kann variieren und ist abhängig von unterschiedlichsten Einflussgrößen. Dies können die Art der Behinderung, die Art der vergebenen Maßnahmen oder andere Umstände sein, die die Rehabilitationsdauer in die Länge ziehen bzw. verkürzen. Es finden sich somit Fälle, die schnell abge-

²¹ Bei der Zugangskohorte 2009 kann allerdings nur knapp der Hälfte aller psychisch kranken Ersteingliederungsfälle eine vorherige Schulart zugeordnet werden (bei Berechnungen nicht berücksichtigt).

geschlossen sind und Fälle, die über Jahre andauern. Ob sich hier Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zeigen, wird im folgenden Kapitel betrachtet.²² Dabei werden mögliche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten betrachtet, bspw. das Alter, Geschlecht oder die Art der Behinderung. Solche relativen Ähnlichkeiten könnten als Basis für die Konstruktion von Kontrastgruppen dienen. Dabei ist zu beachten, dass bei noch laufenden Fällen weitere Maßnahmeteilnahmen möglich sind, was einen Vergleich dieser mit bereits beendeten Fällen schwierig macht. Die Berechnungen zeigen dahingehend eine Momentaufnahme noch laufender Fälle. Mit der Hinzunahme unterschiedlicher Rehabilitationsdauern innerhalb der Beobachtungsgruppen soll eine gewisse Vergleichbarkeit hergestellt werden. Demnach werden nur Zahlen zwischen noch laufenden und bereits beendeten Rehabilitationsfällen verglichen, bei denen ähnliche Laufzeiten vorliegen. Zudem wird die Anzahl der Maßnahmen pro Fall berücksichtigt.

Basis der Berechnungen ist das jeweilige Jahr der Statusanerkennung (=Zugangskohorte). Die Länge des Rehabilitationsverfahrens, von der Statusanerkennung bis zur Beendigung (Abmeldung aus VerBIS) wird in drei Kategorien unterteilt: unter einem Jahr, ein bis zwei Jahre und länger als zwei Jahre. Das Augenmerk liegt vor allem auf den Zugangskohorten 2007 und 2008, da bis Oktober 2010 eine relativ lange Zeitspanne abgebildet werden kann.²³ Je früher die Anerkennung erfolgt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Rehabilitationsverfahren in dieser Zeitspanne beendet ist.²⁴ Da sich deutliche Unterschiede zwischen Erst- und Wiedereingliederung finden, werden diese getrennt betrachtet.

3.1. Ersteingliederung

Der Anteil bereits beendeter Rehabilitationsverfahren sinkt zwischen den Eintrittskohorten (Tabelle 12). Damit finden sich für die Zugangskohorte 2007 immerhin 44 Prozent noch laufender Rehabilitationsfälle, für das Jahr 2009 noch 72 Prozent. Bei der Ersteingliederung steht die Berufsausbildung im Mittelpunkt, die bis zu drei Jahre dauern kann. Daher finden sich konsequenterweise viele Fälle, in denen die Rehabilitation noch nicht abgeschlossen ist.

Sowohl bei beendeten als auch bei noch laufenden Fällen finden sich Unterschiede in den Laufzeiten. Bereits beendete Fälle dauern dabei nur etwa halb so lang wie noch laufende Fälle der jeweiligen Zugangskohorte (Tabelle A 10 im Anhang). Dass die durchschnittliche Laufzeit mit steigender Zugangskohorte sinkt, hängt hier mit dem unterschiedlichen Anteil bereits beendeter Fälle pro Kohorte und der Rechtszensierung zusammen. Ein direkter Vergleich der Zugangskohorten hinsichtlich der Dauer ist aus diesem Grunde nicht sinnvoll.

²² Die Berechnungen schließen erneut Rehabilitationsfälle aus, die in der Zuständigkeit der zugelassenen kommunalen Träger (zKT) stehen.

²³Die Jahre 2006 und 2010 sind nicht komplett erfasst und wurden aus diesem Grunde durch Schraffierungen in den Tabellen gekennzeichnet.

²⁴Die Berechnungen beziehen sich auf Rehabilitationsfälle, auch wenn im Text teilweise von Personen gesprochen wird.

Tabelle 12: Laufende und bereits beendete Fälle; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Status Reha in Prozent	Ersteingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
Beendet	67	56	38	28	8
Noch laufend	33	44	62	72	92
N	20.224	42.825	43.801	46.439	37.469

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Noch laufende Rehabilitationsfälle der jeweiligen Eintrittskohorte weisen wesentlich häufiger mehrere Maßnahmenteilnahmen auf als beendete Rehabilitationsfälle (Tabellen A 11 und A 12 im Anhang). Haben die Rehabilitanden, die im Jahr 2007 anerkannt wurden und deren Rehabilitation noch nicht beendet ist, im Durchschnitt 2,3 Maßnahmen, sind es bei beendeten Rehabilitationsfällen im Durchschnitt 1,5 Maßnahmen.

Eine mögliche Vergleichsgruppe bei wirkungsanalytischen Betrachtungen können Personen sein, die keine Maßnahmen erhalten haben. Dass diese Gruppe aber eher kurze Rehabilitationszeiten aufweist, ist nur bedingt zu bestätigen (Tabellen A 11 und A 12 im Anhang). Denn hier finden sich auch verhältnismäßig lange Laufzeiten (mehr als zwei Jahre, Kohorte 2007: sieben Prozent; Kohorte 2008 zu 10 Prozent) (Tabelle A 11 im Anhang).

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen laufenden und beendeten Fällen zeigen sich nicht (ohne Tabelle). Allerdings sind in offenen Rehabilitationsfällen mit langer Laufzeit etwas jüngere Personen zu finden als bei beendeten Fällen mit ebenfalls langer Laufzeit. Vermutlich spiegelt sich hier ein altersbezogener Unterschied in der Reife und somit im Integrationsgrad wider (Tabellen A 13 und A 14 im Anhang).

Überlegungen, dass die Dauer des Rehabilitationsprozesses von der Art der Behinderung abhängig ist, lassen sich anhand der Prozessdaten vermuten, aber nicht valide bestätigen. Als Beispiel sollten hier junge Menschen mit einer Lernbehinderung herausgegriffen werden. Werden schon beendete Fälle betrachtet, so zeigt sich, dass ihr Anteil sinkt, je länger die Rehabilitation andauert (unter einem Jahr, Kohorte 2007: 63 Prozent; über zwei Jahre: 36 Prozent; Tabelle A 15 im Anhang). Im Hinblick auf bereits beendete Rehabilitationsfälle lassen sich somit junge Menschen mit einer Lernbehinderung tendenziell eher in kurzen Rehabilitationsfällen finden. Bei noch laufenden Rehabilitationsverfahren dagegen ist dies umgekehrt. Je länger die Rehabilitationsdauer, desto höher der Anteil an jungen Menschen mit einer Lernbehinderung (Tabelle A 16 im Anhang).

Damit finden sich bei lernbehinderten jungen Menschen zwei unterschiedliche Gruppen, die eine unterschiedlich lange Förderungsdauer aufweisen. Die eine Gruppe wird vergleichsweise schnell integriert, die andere Gruppe benötigt im Vergleich zu Rehabilitanden mit anderen Behinderungsarten deutlich länger.

Da im Bereich der beruflichen Rehabilitation die unterschiedlichsten Maßnahmen²⁵ vergeben werden, unterscheiden sich deren Dauern (Tabelle A 17 im Anhang).²⁶ Aber dies gilt auch, werden schon beendete und noch laufende Rehabilitationsverfahren betrachtet. Bei fast allen Maßnahmekategorien, bis auf allgemeine arbeitsmarktpolitische beschäftigungsschaffende Zuschüsse und beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA, liegt die durchschnittliche Laufzeit der Maßnahmen bei noch nicht beendeten Fällen höher. Noch laufende Fälle weisen dabei eine deutlich erhöhte Durchschnittsdauer auf bei rehaspezifischen Ausbildungsmaßnahmen, BNF Berufsausbildungsmaßnahmen, bei Weiterbildung Reha und bei Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung im Gegensatz zu bereits beendeten Fällen. Besagte Diskrepanzen können entweder durch ein zu hoch angesetztes geplantes Ende der Maßnahme erklärt werden oder durch eine tatsächlich notwendige höhere Förderdauer bei Personen in noch laufenden Rehabilitationsfällen.

Werden Rehabilitationsfälle, die länger als zwei Jahre andauern, nach der Behinderungsart und der Zahl der vergebenen Maßnahmen differenziert, zeigt sich, dass besonders geistig behinderten Menschen, sowohl in noch laufenden als auch in bereits beendeten Verfahren die höchsten Anteile bei einer oder keiner Maßnahme aufweisen. Jugendliche mit einer Lernbehinderung hingegen erhalten im Rahmen bereits beendeter Fälle eher zwei oder mehr Maßnahmen. Bei noch laufenden Fällen zeigt sich eine ähnliche Tendenz, allerdings weniger ausgeprägt. Hier finden sich die höchsten Anteile lernbehinderter Ersteingliederungsfälle bei zwei Maßnahmen pro Fall (2007 laufende lange Fälle mit zwei Maßnahmen: 75 Prozent Lernbehinderte; 2008: 72 Prozent) (Tabellen A 18 und A 19 im Anhang).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich ungleiche Aktivierungsintensitäten innerhalb der beiden Gruppen zeigen. So sind in noch laufenden Fällen im Schnitt mehr Maßnahmen zu finden als in bereits beendeten Verfahren, was auf eine andere Klientel mit möglichen Defiziten in unterschiedlichen Bereichen hinweist. Auch die Dauer einiger Maßnahmen liegt weit über der durchschnittlichen Maßnahmedauer bei bereits beendeten Maßnahmen. Hier könnte es sich tatsächlich um Personen handeln, die für die gleiche Maßnahme mehr Zeit benötigen und sich demnach im Förderbedarf unterscheiden. Eine durchgängige Systematik für alle Behinderungsarten findet sich nicht. Für die Ersteingliederung gilt, dass vorliegende Unterschiede zwischen laufenden und bereits beendeten Rehabilitationsfällen im Rahmen wirkungsanalytischer Verfahren Beachtung finden müssen, da besagte Diskrepanzen grundlegende Bereiche betreffen.

3.2. Wiedereingliederung

Analog zur Ersteingliederung wird für die Wiedereingliederung ein Vergleich zwischen Personengruppen in bereits beendeten und noch laufenden Fällen durchgeführt. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen noch laufenden und bereits abgeschlossenen Rehabilitationsfällen bezüglich der Maßnahmenintensität während der Rehabilitation. Bei steigenden Zugangszahlen über die Jah-

²⁵ Die hierbei zugrunde liegende Kategorisierung der Einzelmaßnahmen wird in Kapitel 5 erläutert.

²⁶ In der Zukunft (nach dem Datenrand) endende Maßnahmen wurden bei den Berechnungen nicht auf das (statistische) Rehabilitationsende zurückgesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass dieses zukünftige Enddatum dem geplanten Ende der Maßnahme entspricht.

re 2007 bis 2009 hinweg, sinkt der Anteil bereits beendeter Rehabilitationsverfahren wiederum mit den ansteigenden Zugangsjahren (Tabelle 13).

Tabelle 13: Laufende und bereits beendete Fälle; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Status Reha in Prozent	Wiedereingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
Beendet	84	76	58	42	20
Noch laufend	16	24	42	58	80
N	10.813	20.090	20.843	21.480	15.923

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Im Vergleich zur Ersteingliederung ist der Anteil abgeschlossener Rehabilitationsverfahren höher, was mit insgesamt kürzeren Rehabilitationsdauern einhergeht (Tabellen A 20 im Anhang). Ebenso zeigt sich eine kürzere, aber etwas maßnahmenintensivere Rehabilitation. Zudem sind wesentlich häufiger Fälle ohne Maßnahmenteilnahme zu beobachten. So finden sich bei noch laufenden Fällen wesentlich höhere Durchschnittswerte²⁷ für die Anzahl vergebener Maßnahmen während der Rehabilitation (Tabellen A 21 und A 22 im Anhang).

Lassen sich, wie bei der Ersteingliederung bereits untersucht, noch weitere Unterschiede zwischen Rehabilitanden finden, die entweder lang oder kurz rehabilitiert werden bzw. sich in noch laufenden Verfahren befinden oder ihre Rehabilitation bereits abschließen konnten? Wiederum zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Tabelle A 23 im Anhang), dagegen aber altersspezifische. Die Vermutung, dass eher ältere und dadurch eventuell schwieriger zu integrierende Personen in laufenden als in bereits beendeten langandauernden Fällen zu finden sind, lässt sich aber nicht bestätigen: Unter den laufenden Rehabilitationsfällen finden sich eher jüngere Personen. Das Durchschnittsalter für die beiden Kohorten 2007 und 2008 liegt bei beendeten sehr langen Fällen bei circa 32 Jahren und bei noch laufenden Rehabilitationsfällen dergleichen Länge bei etwa 30 Jahren (Tabellen A 24 und A 25 im Anhang). Es ist allerdings anzunehmen, dass in dieser Altersgruppe eine Diskrepanz von zwei Jahren eher seltener tatsächliche Auswirkungen auf die Integrationsmöglichkeiten hat.

Analog zur Ersteingliederung zeigen sich ähnliche Auffälligkeiten bezüglich der Behinderungsart zwischen noch laufenden und bereits abgeschlossenen Fällen. Hier betrifft es allerdings nicht Personen mit einer Lernbehinderung, sondern Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates: Es zeigt sich bei den bereits beendeten Fällen, dass Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates relativ schnell rehabilitiert werden - ihr Anteil sinkt mit steigender Rehabilitationsdauer (Tabellen A 26 und A 27 im Anhang).

²⁷ Die Durchschnittswerte bei den beendeten Fällen gelten jeweils für die entsprechende Dauer bei den noch laufenden Fällen, so dass eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen ermöglicht wird.

Vermutlich werden bei diesen kurzen, beendeten Fällen mit Personen, die von einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates betroffen sind, mehrheitlich kurzfristige, einmalige Maßnahmen wie das Bereitstellen eines behindertengerechten Arbeitsplatzes vergeben. Erste Deskriptionen nach Art der Maßnahme bestätigen dies. So erhalten über die Zugangsjahre hinweg 44 bis 51 Prozent der Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates innerhalb kurzer beendeter Rehabilitationsphasen der Wiedereingliederung Maßnahmen der Kategorie sonstige kurzfristige Zuschüsse (ohne Tabelle). Allerdings verbleibt auch ein beachtlicher Teil der Personen mit Behinderung des Stütz- oder Bewegungsapparates noch in der Rehabilitation (Tabellen A 26 und A 27 im Anhang). Es lassen sich demnach mindestens zwei Untergruppen unter den Personen mit einer derartigen körperlichen Behinderung finden. Diejenigen, die relativ schnell integriert sein dürften und diejenigen, die noch nach langer Rehabilitationsdauer nicht erfolgreich integriert werden können. Differenziertere Informationen zum gesundheitlichen Zustand der Rehabilitanden, die allerdings in den Daten nicht vorliegen, könnten hier Aufschluss über die vorliegenden Unterschiede geben.

Betrachtet man nun die Anzahl der vergebenen Maßnahmen während einer Rehabilitationsdauer von über zwei Jahren, fällt auf, dass bei einer Anzahl von über drei Maßnahmen besonders Personen mit einer organischen Behinderung oder einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates zu finden sind. Bei diesen beiden Behinderungsarten steigt der Anteil mit der Zahl der Maßnahmen pro Rehabilitationsfall. Dies lässt sich bei bereits beendeten Fällen feststellen. So zeigt sich für 2007 bei Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates ein Anteil von 44 Prozent, für Personen mit einer organischen Behinderung ein Anteil von 16 Prozent bei drei oder mehr Maßnahmen. Eine Maßnahme durchlaufen dabei jeweils nur 24 Prozent bzw. neun Prozent (Tabelle A 28 und A 29 im Anhang). Zudem sinkt der Anteil von Personen mit einer psychischen Behinderung mit dem Ansteigen der Maßnahmenanzahl bei beendeten Fällen, bei noch laufenden Fällen steigt er tendenziell an. Bei Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates verhält es sich dabei gegenläufig.

Analog zur Ersteingliederung zeigen sich Unterschiede bei der durchschnittlichen Dauer von Maßnahmen zwischen noch laufenden Fällen und bereits beendeten (Tabelle A 30 im Anhang). Bis auf allgemeine arbeitsmarktpolitische Beschäftigungsschaffende Zuschüsse und Beschäftigungsschaffenden Zuschüsse LTA weisen noch laufende Rehabilitationsverfahren durchweg längere Laufzeiten auf. Besondere Unterschiede sind bei der allgemeinen Weiterbildung zu finden. Die Diskrepanz liegt hier bei etwa 140 Tagen.

Längere Laufzeiten bei noch andauernden Fällen könnten zum einen darin begründet sein, dass das geplante Ende einer Maßnahme bei noch laufenden Verfahren nicht der Realität entspricht und so die geplante Dauer einer Maßnahme überschätzt wird. Zum anderen könnten die Gründe für eine weitaus längere Maßnahmedauer im erhöhten Förderbedarf der Rehabilitanden in noch laufenden Fällen liegen. Letzteres würde erneut auf unbeobachtete Heterogenitäten innerhalb der Gruppe der Rehabilitanden hinweisen.

Insgesamt zeigt sich, dass auch im Bereich der Wiedereingliederung zwischen noch andauernden und bereits beendeten Rehabilitationsfällen Unterschiede zu beobachten sind. So wird innerhalb noch laufender Rehabilitationsverfahren im Schnitt eine Maßnahme mehr vergeben als bei bereits beendeten Fällen. Zudem lassen sich für einige Maßnahmekategorien Unterschiede in der durch-

schnittlichen Laufzeit zeigen. Aber es lassen sich keine grundsätzlichen Systematiken hinsichtlich der Art der Behinderung formulieren. Diese Unterschiede sind wahrscheinlich auf den jeweiligen Gesundheitszustand zurückzuführen, können aber anhand der Behinderungsart allein nicht abgebildet werden. Dies wäre bei (Wirkungs-)Analysen zu berücksichtigen.

4. Status der Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Anerkennung

Mit den Prozessdaten können die Selektionsprozesse nicht abgebildet werden, die bei einer (möglichen) Anerkennung als beruflicher Rehabilitand eine Rolle spielen. Dies betrifft vor allem die Fragen, ob ein Vermittler einen möglichen Bedarf an beruflicher Rehabilitation erkennt oder ob während dem der Anerkennung vorgeschalteten Prozess (inklusive medizinischer Abklärung) eine Ablehnung oder ein Abbruch des Verfahrens erfolgt. Dies kann von ärztlicher Seite, seitens der Vermittler oder auch der potentiellen Rehabilitanden erfolgen. Was aber abgebildet werden kann, ist der Status, den der Rehabilitand zum Zeitpunkt der Anerkennung hat. Erfolgt die Statusanerkennung während einer laufenden Maßnahme, kommen die Rehabilitanden direkt aus der Schule oder waren sie vorher erwerbstätig? Diese Zugangswege haben möglicherweise auch Einfluss auf die spätere Integration und werden daher im Folgenden näher betrachtet.²⁸

4.1. Ersteingliederung

Ziel der Ersteingliederung ist eine erfolgreiche berufliche Erstintegration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Folglich kommt nur ein geringer Teil der jungen Menschen direkt aus einer Beschäftigung in die berufliche Rehabilitation (sechs Prozent; Zugangskohorte 2009; Tabelle A 31 im Anhang). Ein knappes Drittel wird direkt nach der Absolvierung einer Sonder-/Förderschule als Rehabilitand anerkannt, die gleiche Zahl der jungen Menschen ist bereits bei Statusanerkennung im Arbeitslosengeld-II-Bezug.²⁹ Im Zeitverlauf betrachtet, steigt dabei der Anteil der Anerkennungen aus einem Sonderschulbesuch heraus, der gegenläufige Trend zeigt sich bei der Statusanerkennung aus einem bereits bestehenden Arbeitslosengeld-II-Bezug. Damit scheint sich ein Trend zu einer immer frühzeitigeren Erkennung zu zeigen.

Eine Statusanerkennung kann aber auch erfolgen, wenn die jungen Personen bereits an einer Maßnahme der BA teilnehmen. Dies ist bei etwa 12 Prozent der Fall. In diesen Fällen wird ein etwaiger Rehabilitationsbedarf eventuell erst durch die Teilnahme an der jeweiligen Maßnahme erkannt. Gerade für die Erwerbskarrieren von jungen Menschen, deren Rehabilitationsbedarf nicht bereits

²⁸ Dabei ist folgendes zu beachten: In vielen Fällen liegen Parallelitäten vor (z.B. Beschäftigung plus Arbeitslosengeld-II-Bezug usw.). Um eine gewisse Eindeutigkeit der Zugänge zu erhalten, erfolgte eine Hierarchisierung. Bspw. wird hierbei eine Maßnahmeteilnahme vor einer Beschäftigung oder eine Beschäftigung vor einem Arbeitslosengeldbezug vorgezogen (Hierarchie entspricht der Anordnung innerhalb der zugehörigen Tabellen). Finden sich keine arbeitsmarktspezifischen Zustände, wird (falls vorhanden), die Information des letzten Schulbesuchs als Zugangszustand verwendet.

²⁹ Fälle ohne Angaben zum vorherigen Zustand liegen im Rahmen der Ersteingliederung zu etwa einem Viertel vor. Diese sind in den Tabellen nicht verzeichnet. Die Angaben sollten allerdings unter Bezugnahme darauf betrachtet werden.

während der Schulzeit aufgefallen ist, kann diese Art des Zugangs entscheidend sein, denn damit erhalten auch sie die Chance auf eine notwendige Förderung. Es kann hierbei auch der Fall sein, dass Vermittler einen möglichen Rehabilitationsbedarf bzw. eine Möglichkeit der Integration auch ohne Statusanerkennung ganz bewusst im Rahmen einer Maßnahme abklären lassen.

Es zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede im Zugang zur Rehabilitation nach Geschlecht. Allerdings lassen sich unterschiedliche Wege in Rehabilitation nach der Art der Behinderung feststellen (Tabelle A 31 im Anhang). So kommen junge Menschen mit einer psychischen Behinderung am häufigsten aus einem Arbeitslosengeld-II-Bezug in berufliche Rehabilitation, nur neun Prozent werden hingegen aus der Sonderschule heraus anerkannt. Junge Menschen mit einer geistigen Behinderung dagegen kommen zu über 60 Prozent aus einer Sonder- bzw. Förderschule, eine Anerkennung während der Teilnahme an einer Maßnahme oder aus einem Arbeitslosengeld-II-Bezug ist in geringerem Maße zu beobachten. Junge Menschen mit einer Lernbehinderung erhalten zu 31 Prozent vor der Anerkennung Arbeitslosengeld II, zu einem Viertel werden sie aus der Sonderschule heraus anerkannt.

Werden die Zugänge aus einer Maßnahme heraus differenziert betrachtet, zeigt sich, dass sich etwa die Hälfte der jungen Menschen zum Zeitpunkt der Anerkennung in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB) oder in anderen vorbereitenden Maßnahmen (bspw. Durchführung eines Computer- oder Sprachkurses) befindet (Tabelle A 32 im Anhang). Allerdings nimmt die Anerkennung während einer BvB mit den Zugangskohorten ab, während der Anteil sonstiger vorbereitender Maßnahmen ansteigt. Dies könnte in einer Änderung im verwaltungspolitischen Handeln begründet sein, beispielsweise ausgelöst durch das im Jahr 2004 eingeführte Fachkonzept zu BvB der BA (Plicht 2010). Knapp jeder Sechste kommt aus Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante³⁰ (und ein kleiner Teil aus ABM). Diese Arbeitsgelegenheiten können dabei der Vorbereitung auf eine BvB dienen, sie finden also nicht unbedingt in Form einer klassischen AGH statt. Sie haben die Funktion, die Jugendlichen mittels sozialpädagogischer Grundbetreuung soweit zu stabilisieren, dass daraufhin die Teilnahme an einer BvB möglich ist.

Bei Statusanerkennung aus einer Maßnahme heraus zeigt sich eine Tendenz regionaler Disparitäten: Hamburg beispielsweise weist hohe Zugangszahlen aus einem Arbeitslosengeld-II-Bezug und aus einem Berufsvorbereitungsjahr auf, niedrigere Anteile beim Zugang aus anderen Maßnahmen und Sonderschulen (ohne Tabelle). In Hamburg besuchen dabei Kinder mit einer Behinderung zu 85 Prozent eine Sonderschule (Klemm 2009). Aufgrund des hohen Anteils von behinderten Kindern aus Sonderschulen wäre also für Hamburg ein hoher Anteil von Rehabilitanden aus Sonderschulen zu erwarten. Hamburg weist allerdings den zweithöchsten Anteil fehlender Werte beim Merkmal Schularart auf. Es ist anzunehmen, dass dadurch diese Auffälligkeiten entstehen und eigentlich mehr junge Menschen aus einer Sonderschule in Rehabilitation übergehen, diese Information aber nicht eingetragen wurde. Nachzuprüfen ist das allerdings nicht. Ähnliches gilt für Berlin, welches den höchsten Anteil fehlender Information bei der Schularart zeigt. In Berlin lassen sich ebenfalls besonders niedrige Zugänge aus einer Sonderschule feststellen, aber auch höhere Zugänge aus einem Arbeitslosengeld-II-Bezug im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt. Das Merkmal Schularart ist für Bayern am besten gefüllt. In Bayern sind hohe Zugangszahlen nach einem Sonderschulbesuch zu verzeichnen, dagegen nur niedrige Zahlen aus einem Arbeitslosengeld-II-Bezug. Dies rührt einer-

³⁰ Im allgemeinen Sprachgebrauch als 1-Euro-Jobs bezeichnet.

seits daher, dass Informationen zur Schulart häufiger vorliegen. Andererseits dürfte der geringe Zugang aus Arbeitslosengeld-II-Bezug mit der Strukturstärke des Bundeslandes assoziiert sein. Unterschiede, die auf der Strukturstärke der jeweiligen Region beruhen, zeigen sich insbesondere im Rahmen eines vorherigen Arbeitslosengeld-II-Bezugs, der überdurchschnittlich häufig in ost-deutschen Bundesländern zum Tragen kommt. Auch im Hinblick auf die Region scheinen sich somit unterschiedliche Zugangswege beobachten zu lassen.

4.2. Wiedereingliederung

Einen ersten Aufschluss über Zugangswege im Rahmen der Wiedereingliederung gibt der Zustand im Erwerbsstatus, den die Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Statusanerkennung aufweisen. Personen der Wiedereingliederung kommen zum überwiegenden Teil aus einer Beschäftigung (Zugangskohorte 2009: 27 Prozent) oder aus einem vorherigen Arbeitslosengeldbezug (2009: 28 Prozent) in die berufliche Rehabilitation (Tabelle A 33 im Anhang).³¹ Gleiches gilt für einen vorherigen Arbeitslosengeld-II-Bezug (2009: 24 Prozent). Dieser sinkt im Zeitverlauf, während die Anerkennung bei Erhalt von Arbeitslosengeld steigt. Im Gegensatz zur Ersteingliederung werden Rehabilitanden der Wiedereingliederung nur in sechs Prozent aller Fälle während einer Maßnahme anerkannt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Zugang zu Rehabilitation liegen auch im Rahmen der Wiedereingliederung nur geringfügig vor. Allerdings lassen sich wiederum unterschiedliche Wege nach Art der Behinderung feststellen. Psychisch behinderte Menschen sind vor einer beruflichen Rehabilitation eher arbeitslos und kommen selten aus einer Beschäftigung (Tabelle A 33 im Anhang). Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates hingegen zeigen überdurchschnittlich häufig Zugänge aus vorherigen Beschäftigungsverhältnissen, seltener aus einem Bezug von Arbeitslosengeld. Zu vermuten ist, dass der zuvor ausgeführte Beruf aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausgeführt werden kann, sodass Anpassungen im Arbeitsumfeld bzw. eine Umschulung nötig werden.

Auch wenn die Statusanerkennung während der Teilnahme an einer Maßnahme nur einen kleinen Teil der Rehabilitanden betrifft, kann sie Hinweise auf institutionelle Handlungspraktiken bei der Erkennung von Rehabilitationsbedarfen liefern. Dies kann zwar nicht ausschließlich mittels der administrativen Daten der BA untersucht werden, doch insbesondere in Ergänzung zu den Ergebnissen der Implementationsstudie liegt darin Erkenntnispotenzial. Wiederum gilt, dass Zugänge während einer Maßnahme dahingehend interpretiert werden können, dass ein etwaiger Rehabilitationsbedarf erst beim Verlauf einer Maßnahme und eventuell sogar erst durch die Teilnahme an der jeweiligen Maßnahme erkannt worden ist.

Arbeitsgelegenheiten (AGH) (2009: 28 Prozent), Trainingsmaßnahmen (TM) bzw. Maßnahmen bei einem Träger (MAT) oder Arbeitgeber (MAG) (2009: 17 Prozent) und finanzielle Zuschüsse für Men-

³¹ Eine Hierarchisierung der Zugangswege wurde analog zur Ersteingliederung vorgenommen. In der Wiedereingliederung liegen in den meisten Fällen Angaben zu vorherigen arbeitsmarktrelevanten Zuständen vor. Fehlende Angaben finden sich hier zu sieben bis 12 Prozent. Die Anteile fehlender Angaben steigen mit der Zugangskohorte.

schen mit einer Schwerbehinderung (2009: 15 Prozent) sind dabei die häufigsten Maßnahmen (Tabelle A 34 im Anhang). Insbesondere die Anerkennung während einer TM/MAG/MAT steigt über die Jahre an. Nach AGH stellen Maßnahmen der unspezifischen Kategorie „Sonstiges“ den zweithäufigsten Zugangsweg dar. Eine genaue Betrachtung der Einzelmaßnahmen zeigt hier, dass es sich vor allem um die Beauftragung Dritter mit der Vermittlung oder um sonstige weitere Leistungen (SWL) handelt.

4.2.1. Exkurs: Erwerbskarrieren vor der beruflichen Rehabilitation

Die berufliche Wiedereingliederung erwachsener Menschen zielt meist auf eine berufliche Um- oder Neuorientierung, aber auch auf den Erhalt eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durch geeignete Maßnahmen. Der Erwerbsverlauf vor der beruflichen Rehabilitation kann bspw. Einfluss auf die Maßnahmen haben, die die Personen erhalten, aber auch auf die weitere Integration nach Ende der Rehabilitation. Daher wird im Folgenden ein kurzer deskriptiver Blick darauf geworfen.³²

Dabei lässt sich feststellen, dass Frauen und Männer gleiche Erwerbserfahrungen aufweisen (Tabelle A 35 im Anhang).³³ Eher typische geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich, wird nach Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung unterschieden. Letztere kommt bei Frauen doppelt so häufig vor wie bei Männern. Bei Männern dominiert dagegen die Vollzeitbeschäftigung, bei Frauen fällt der Anteil etwas niedriger aus. Bezogen auf unterschiedliche Berufsgruppen (nach Klassifikation von Blossfeld 1985), zeigen sich auch hier die erwarteten Unterschiede: Männer sind vor allem in qualifizierten manuellen Berufsgruppen gegenüber Frauen deutlich überpräsentiert. Aber auch in einfachen manuellen Berufen ist ihr Anteil deutlich höher. Frauen sind vor allem in einfachen kaufmännischen Verwaltungsberufen tätig, gefolgt von qualifizierenden Diensten und qualifizierten kaufmännischen und Verwaltungsberufen (Tabelle A 35 im Anhang). Männer erhalten allerdings im Schnitt auch mehr Maßnahmen (2,1 zu 1,6 Maßnahmen bei Frauen) bevor sie als Rehabilitanden anerkannt werden. Welche Gründe dahinter stehen, kann mittels der Daten allerdings nicht beantwortet werden.

Aber auch die Art der Behinderung spielt bei der bisherigen Erwerbserfahrung eine Rolle. Menschen mit Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates haben die längste Erwerbserfahrung, gefolgt von Personen mit organischen und psychischen Behinderungen (Tabelle A 36 im Anhang). Gleiches gilt, wird nach Vollzeit und Teilzeit unterschieden. Erstere ist bei Menschen mit Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates am häufigsten, wiederum gefolgt von Personen mit organischen und psychischen Behinderungen (Tabelle A 36 im Anhang). Bei Teilzeit fallen die Unterschiede deutlich geringer aus und liegen jeweils knapp unter 400 Tagen. Zudem fällt auf, dass Menschen mit psychischer Behinderung vor allem Erwerbserfahrungen in den sog. Semiprofessionen haben.³⁴ Menschen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates oder mit organischer Behinderung haben vor allem in qualifizierten manuellen Berufen gearbeitet.

³² Die Berufserfahrung und Arbeitslosigkeitserfahrung wurden tagesgenau bis zum Tag der Anerkennung als Rehabilitand kumuliert.

³³ In Tagen gezählt beläuft sich die Berufserfahrung auf ungefähr 2400 Tage bzw. rund sechseinhalb Jahre.

³⁴ Medien-, geisteswissenschaftliche, künstlerische Berufe, Gesundheitsdienstberufe, Sozial- u. Erziehungsberufe und Seelsorger.

Rehabilitanden mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates erhalten auch anteilmäßig am seltensten Maßnahmen vor der Anerkennung. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass diese im Vergleich zu Personen mit anderen Arten der Behinderung den besten Arbeitsmarktbezug aufweisen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die im Erwerbsleben eher typischen geschlechtsspezifischen Unterschiede bezogen auf Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigkeit auch bei den Rehabilitanden widerspiegeln. Zudem zeigen sich behinderungsspezifische Unterschiede bei der bisherigen Erwerbserfahrung. Menschen mit Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates scheinen vor der beruflichen Rehabilitation etwas stabiler integriert als andere Behinderungsgruppen. Ob sich dies bei der Integration nach Ende der beruflichen Rehabilitation widerspiegelt, müssen zukünftige Analysen zeigen.

5. Maßnahmen während der beruflichen Rehabilitation

Welche Maßnahmen werden im Rahmen beruflicher Rehabilitation³⁵ angeboten? Wie sehr unterscheiden sich Erst- und Wiedereingliederung, Männer und Frauen oder zeigen sich behindertenspezifische Unterschiede bei der Maßnahmevergabe? Um diese Fragen beantworten zu können, muss in einem ersten Schritt eine Kategorisierung der Maßnahmen vorgenommen werden. Denn die Bandbreite der von der Bundesagentur für Arbeit angebotenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen ist groß.

Wie in vielen ähnlichen Evaluationsstudien, in denen lokal oder nach Problemlagen stark differente, vielfältige Interventionen oder Maßnahmen untersucht werden, muss eine sinnvolle Reduktion vorgenommen werden, damit eine analytisch handhabbare Kategorisierung entsteht (Bernhard et al. 2008). Dies kann durch verschiedene induktive oder deduktive Verfahren geschehen – üblicherweise sind dies Typenbildung oder Klassifikation bzw. Kategorisierung. Die zentrale Herausforderung bei einer Kategorisierung besteht darin, die Vielfalt an Einzelmaßnahmen zu reduzieren, indem ähnliche Maßnahmen zu einer Maßnahmenkategorie bzw. -gruppe zusammengefasst werden. Die Maßnahmekategorisierung ist dabei als dynamisches Konzept zu begreifen, das in Abhängigkeit von Fragestellung und Konzeption bei späteren Analysen modifiziert werden kann.³⁶

³⁵ Die Integrierte Erwerbsbiographie (IEB) weist in diesem Kontext über 600 Einzelmaßnahmen aus. Um Erwerbsbiographien historisch abbilden zu können, sind hierbei nicht nur aktuelle, sondern auch ausgelaufene Maßnahmen berücksichtigt. Diese hohe Anzahl an Einzelmaßnahmen ist auf die statistische Erfassungslogik zurückzuführen, anhand der die Maßnahmen möglichst detailliert ausgewiesen werden können. Trainingsmaßnahmen beispielsweise, die zum 1. Januar 2009 von Maßnahmen bei einem Arbeitgeber und Maßnahmen bei einem Träger abgelöst wurden, konnten bis dahin als Auftragsmaßnahme, als freie Maßnahme oder als betriebliche Maßnahme stattfinden. Zudem wird in der IEB bis zu einem gewissen Grad nach Maßnahmeninhalten differenziert. So wurden z.B. betriebliche Trainingsmaßnahmen zum Zweck der Eignungsfeststellung separat von betrieblichen Trainingsmaßnahmen mit dem Ziel der Vermittlung von Kenntnissen erfasst.

³⁶ Die Kategorisierung kann daher jederzeit verändert bzw. aufgehoben werden.

Im Fall der beruflichen Rehabilitation kommt hinzu, dass neben den arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, die für jeden Kunden zur Verfügung stehen, noch besondere Leistungen nur für Rehabilitanden bereitgestellt werden. Dabei sind bestimmte gesetzliche Regelungen ausschlaggebend. Diese werden im Folgenden kurz angeschnitten, denn auf ihnen basiert bspw. die Förderlogik, sie sind aber auch für die Frage nach der Wirkung beruflicher Rehabilitation bedeutsam:

Die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation angebotenen Leistungen differenzieren sich in allgemeine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Nach dem Grundsatz „so allgemein wie möglich, so spezifisch wie nötig“ wird versucht, die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben zunächst mit allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zu ermöglichen (§ 98 (2) SGB III). Diese stehen auch nichtbehinderten Menschen zur Verfügung. Sie beinhalten vermittlungsunterstützende Leistungen sowie Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, zur Förderung der Berufsausbildung und zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§ 100 SGB III). In diesen allgemeinen Leistungen zur Teilhabe sind allerdings bestimmte arbeitsmarktpolitische Maßnahmen wie Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM), Arbeitsgelegenheiten (AGH) und beschäftigungsschaffende Zuschüsse nicht enthalten. Diese werden im Folgenden zur besseren Unterscheidung als allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen bezeichnet.

Kann die Teilhabe nicht durch allgemeine Leistungen zur Teilhabe erreicht werden, sind besondere Leistungen anzuwenden, die auf behinderten-spezifische Bedarfe ausgerichtet sind. Diese umfassen das Übergangsgeld nach den §§ 160 bis 162 SGB III, Ausbildungsgeld (wenn ein Übergangsgeld nicht erbracht werden kann) sowie die Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme. Die Unterschiede im Förderbedarf machen die seit 2008 in der Förderstatistik der BA explizit benannten drei Förderkategorien deutlich (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005). In Förderkategorie I kann die individuelle Bedarfssituation mit den allgemeinen (Regel-)Leistungen des SGB III abgedeckt werden. Die individuelle Bedarfssituation in Förderkategorie II erfordert die Teilnahme an einer besonderen Maßnahme. Bei Förderkategorie III ist wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges die Teilnahme in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation unerlässlich.

Für einen ersten Überblick wird eine hochaggregierte Maßnahmegruppierung erstellt, die fünf unterschiedliche Ausprägungen beinhaltet. Sie dient dazu, einen Überblick über die oben beschriebenen rechtlichen Förderlogiken zu illustrieren und die Frage zu beantworten, inwieweit Rehabilitanden in allgemeinen oder mit besonderen Leistungen gefördert werden: allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen³⁷ und allgemeine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben³⁸, besondere (rehabilitationsspezifische) Leistungen³⁹, Leistungen für Menschen mit Schwerbehinderung sowie Maßnahmen im Rahmen der Benachteiligtenförderung. Die Gruppierung beruht neben dieser Unterscheidung auch auf den unterschiedlichen Förderbedarfen der Teilnehmer.

³⁷ Häufigste Einzelmaßnahme: Ersteingliederung und Wiedereingliederung: AGH in Mehraufwandsvariante mit Qualifizierung

³⁸ Häufigste Einzelmaßnahme: Ersteingliederung: BvB allgemein nach § 61 SGB III; Wiedereingliederung: Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG)

³⁹ Häufigste Einzelmaßnahme: Ersteingliederung: Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich WfbM; Wiedereingliederung: Aus- und Weiterbildung (AuW) – Eignungsabklärung / Berufsfindung preisverhandelt

Denn neben der an der gesetzlichen Definition orientierten Unterscheidung sind Leistungen der Benachteiligtenförderung (BNF) als eigene Kategorie zu erachten.⁴⁰ Hier finden sich Rehabilitanden, eine Statusanerkennung als Rehabilitand ist allerdings nicht Voraussetzung für die Teilnahme. Gemäß § 245 SGB III zählen zur Zielgruppe lernbeeinträchtigte und sozial benachteiligte Jugendliche, die ohne die Förderung eine Berufsausbildung nicht beginnen oder erfolgreich beenden können oder nach Beendigung der Berufsausbildung ein Arbeitsverhältnis nicht begründen oder festigen können. Behinderte Menschen, die weder auf die Hilfen einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation noch auf anderweitige rehabilitationsspezifische Hilfen angewiesen sind, können im Rahmen der BNF gefördert werden, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen.

Zudem steht für Menschen mit einer Schwerbehinderung ein Katalog an zusätzlichen Leistungen zur Verfügung, der über den Rahmen der besonderen Maßnahmen für Menschen mit Behinderung hinausgeht.⁴¹ Auch hier gilt, dass die Anerkennung als Rehabilitand keine Teilnahmevoraussetzung darstellt.

Die Zuordnung der Einzelmaßnahmen ist in Tabelle A 68 des Anhangs dargestellt. Im Weiteren erfolgt eine differenzierte Darstellung der Maßnahmen, die die unterschiedlichen Zielrichtungen abbildet:

- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und Arbeitsgelegenheiten⁴² (AGH) werden zusammengefasst.
- Als beschäftigungsschaffende Zuschüsse werden alle Leistungen verstanden, die einen finanziellen Zuschuss zum Erhalt oder zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beinhalten. Auch Gründungszuschüsse für selbstständige Tätigkeiten sind hierin enthalten.
- Maßnahmen zur Förderung einer beruflichen Ausbildung sind unter der Kategorie „Ausbildung“ subsumiert.
- In der Kategorie „Weiterbildung“ sind ausschließlich Maßnahmen zusammengefasst, die eine berufliche Weiterbildung zum Ziel haben.
- Die eher kurzfristigen Trainingsmaßnahmen sind im Zuge der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente ab dem Jahr 2009 ausgelaufen. Ab diesem Zeitpunkt wurden sie von Maßnahmen bei einem Träger (MAT) bzw. Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG) abgelöst. Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG) sollen Vermittlungshemmnisse identifizieren und beseitigen sowie die Eignung für die Besetzung von Arbeitsplätzen feststellen. Sie dürfen eine Dauer von vier Wochen dabei nicht überschreiten (Bundesagentur für Arbeit 2008). Maßnahmen bei einem Träger (MAT) haben das Ziel, dem Arbeitnehmer entsprechend seines individuellen Förderbedarfs kurzfristig gezielte berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, um eine zeitnahe Eingliederung zu ermöglichen (Bundesagentur für Arbeit 2011b).

⁴⁰ Häufigste Einzelmaßnahme: Ersteingliederung: Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen nach § 241 Abs. 2 SGB III - integrativ; Wiedereingliederung: Nicht vorhanden

⁴¹ Häufigste Einzelmaßnahme: Ersteingliederung: Ausbildungszuschuss für Schwerbehinderte; Wiedereingliederung: Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte

⁴² AGH sowohl mit Mehraufwandsentschädigung als auch in der Entgeltvariante.

- Unter berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB) sind Qualifizierungsleistungen zusammengefasst, die das Ziel haben, Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Zugang zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu ermöglichen.
- Alle weiteren Maßnahmen, die der qualifizierenden Vorbereitung oder der Eignungsfeststellung dienen, jedoch nicht als BvB gekennzeichnet sind, sind unter der Kategorie „Sonstige Vorbereitungsmaßnahmen“ zusammengefasst.
- Leistungen, die durch IFD erbracht werden, leiten sich aus § 109 SGB IX ab und sollen die Arbeitsmarktintegration behinderter Menschen unterstützen.
- Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist in § 4 SGB IX geregelt. Sie ist eine Einrichtung für beeinträchtigte Personen, die nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden können.
- Mobilitätshilfen werden zusammen mit sonstigen kurzfristigen Zuschüssen wie beispielsweise dem Zuschuss zu technischen Arbeitshilfen oder zu Wohnkosten einer gemeinsamen Kategorie zugeordnet.
- BNF Maßnahmen, die nach beruflichen Ausbildungen und begleitenden Hilfen unterschieden werden, bilden eine eigene Kategorie
- Maßnahmen für schwerbehinderte Menschen (SB) sind ebenfalls in einer eigenen Kategorie aufgeführt.
- In der Kategorie „Sonstige“ sind sehr unterschiedliche Maßnahmentearten enthalten. Das Spektrum reicht von der Beauftragung von Personal-Service-Agenturen (PSA) über Leistungen, die aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) finanziert werden, bis hin zu flankierenden Leistungen nach SGB II wie beispielsweise Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen oder Schuldnerberatung.⁴³

Dabei ist bei den folgenden Analysen zu beachten, dass bestimmte Maßnahmen der beruflichen Erstausbildung (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, Maßnahmen der BNF und Ausbildungsmaßnahmen) bei Rehabilitanden der Wiedereingliederung keine eigene Kategorie darstellen. Sie sind inhaltlich speziell auf Jugendliche und junge Erwachsene ausgerichtet und werden hier nur äußerst selten vergeben.

Exkurs: Förderkategorien

Bevor im Folgenden die Maßnahmen während der beruflichen Rehabilitation beschrieben werden, soll dem vorgeschaltet die Logik der Förderkategorien erläutert werden, die von der Reha-Fachabteilung der Bundesagentur für Arbeit erstellt wird. Sie werden nicht direkt von Beratern und Vermittlern in VerBIS eingegeben, sondern durch eine Zuordnungstabelle der einzelnen Maßnahmen gebildet. Der überwiegende Teil der allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen hat hierbei keine Angabe, da keine Förderkategorie zugewiesen ist. Um einen besseren Überblick zu ermöglichen, wurde in Tabelle A 37 und Tabelle A 38 im Anhang die Verteilung zwischen der För-

⁴³ Aufgrund der hohen Heterogenität der Maßnahmen innerhalb der Kategorie wären wirkungsanalytische Aussagen hierzu wenig sinnvoll.

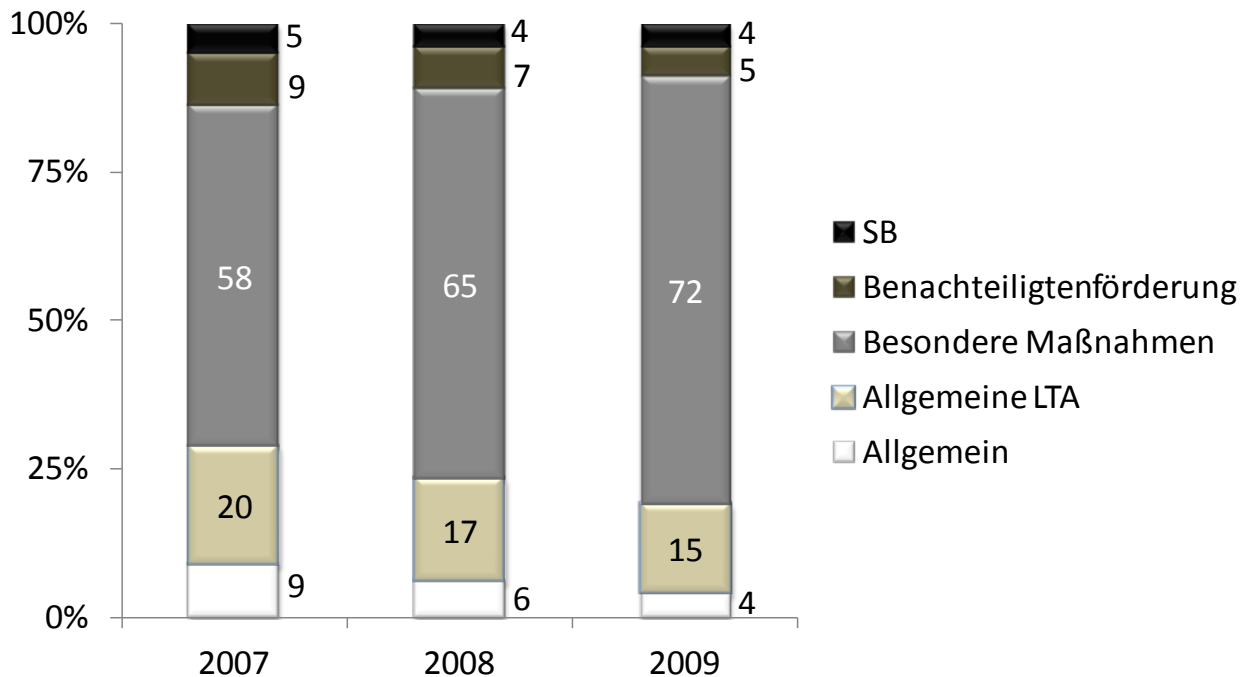
derkategorie und der hochaggregierten Maßnahmekategorie für Erst- und Wiedereingliederung abgebildet.

In Anbetracht der oberen Ausführungen ist es wenig erstaunlich, dass allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen in der Erst- und Wiedereingliederung selten eine Förderkategorie zugeordnet wird (nur in Förderkategorie 1 mit sechs Prozent / Ersteingliederung). Allgemeine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind mit 76 Prozent in der Förderkategorie 1 in der Ersteingliederung und mit 38 Prozent in der Wiedereingliederung zu finden. Rehabilitationsspezifische Maßnahmen sind hauptsächlich in den Förderkategorien 2 und 3 zu finden. Maßnahmen der Benachteiligtenförderung sind zum größten Teil der Förderkategorie 1 zugeordnet. Maßnahmen für Menschen mit einer Schwerbehinderung sind keiner Förderkategorie zugewiesen.

5.1. Ersteingliederung

Erhalten Rehabilitanden im Bereich der Ersteingliederung besondere Leistungen zur Teilhabe, also rehabilitationsspezifische Maßnahmen? Oder werden sie eher durch allgemeine Leistungen gefördert? Ein erster Überblick zeigt, dass es sich bei der Mehrzahl um rehabilitationsspezifische (besondere) Leistungen zur Teilhabe handelt (Abbildung 12). Diese Zuweisung verstärkt sich im zeitlichen Verlauf. Sind bei den Rehabilitanden, die im Jahr 2007 anerkannt wurden, rund 58 Prozent der Kategorie besondere Maßnahmen zuzuordnen, so sind es für diejenigen des Jahres 2009 bereits 72 Prozent. Die zweitgrößte Maßnahmenart stellen allgemeine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) dar. Ihr Anteil sinkt jedoch deutlich im Beobachtungszeitraum von 20 Prozent auf 15 Prozent. Maßnahmen im Rahmen der Benachteiligtenförderung stellen die drittgrößte Gruppe dar, verlieren über die Zeit jedoch anteilig an Bedeutung. Allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen stellen einen Anteil zwischen neun und vier Prozent und Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung (SB) machen nur zwischen vier und fünf Prozent aller Maßnahmen aus.

Abbildung 12: Verteilung der Maßnahmen nach Überblickskategorien; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Prozent



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Welche Maßnahmen erhalten Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit während der beruflichen Rehabilitation genau? Zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht, Behinderungsart, Region? Verändert sich die Vergabe- bzw. Teilnahmehäufigkeit bestimmter Maßnahmentearten im zeitlichen Verlauf? Im Folgenden werden anhand deskriptiver Analysen zu Maßnahmentearten erste Antworten auf diese Fragen gegeben.⁴⁴ Ziel der beruflichen Rehabilitation ist die erste Integration in den Arbeitsmarkt. Dies spiegelt sich in der Maßnahmevergabe wieder. Die Zugangskohorten 2007 und 2008 nehmen am häufigsten an rehabilitationsspezifischen Ausbildungsmaßnahmen teil, gefolgt von rehabilitationsspezifischen BvB, dann allgemeinen BvB sowie dem Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM; Tabelle 14). Letztere steigen im Zeitverlauf leicht an. Ebenfalls ansteigend, wenn auch in größerem Umfang, sind rehabilitationsspezifische BvB. Diese stellen zugleich den größten Anteil bei den Zugängen des Jahres 2009. Sonstige rehabilitationsspezifische Vorbereitungsmaßnahmen machen einen Anteil von fünf bis sieben Prozent aus, die Berufsausbildung im Rahmen der Benachteiligtenförderung vier bis fünf Prozent. Arbeitsgelegenheiten sinken leicht im Zeitverlauf und machen zwischen vier und zwei Prozent der Maßnahmen aus.⁴⁵

⁴⁴ Aussagen zu zeitlichen Entwicklungen besitzen aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Daten (Datenrand Oktober 2010) nur eingeschränkte Gültigkeit und sind daher lediglich als Hinweise für zeitliche Tendenzen zu erachten. Die Ausführungen beschränken sich auf die weitestgehend vergleichbaren Kohorten 2007 – 2009.

⁴⁵ Dabei ist zu beachten, dass ein Blick auf die Gesamtzahlen der Maßnahmeteilnahmen über die Jahre eine sinkende Tendenz der Maßnahmeteilnahmen suggeriert. Dies dürfte jedoch direkt mit dem zeitlichen Daten-

Tabelle 14: Maßnahmentypen nach differenzierter Kategorie; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmentyp nach Kohorten	Ersteingliederung		
	2007	2008	2009
ABM/AGH	4	3	2
allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	2	1	0
beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0
Ausbildung rehaspezifisch	22	23	22
Weiterbildung allgemein	0	0	0
Weiterbildung rehaspezifisch	2	2	3
TM, MAG, MAT	5	3	2
BvB allgemein	14	14	13
BvB rehaspezifisch	17	20	24
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	1	1	1
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	5	6	7
IFD	1	0	0
WfbM	11	13	15
kurzfristige Zuschüsse LTA	1	1	0
kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	1	0
BNF Berufsausbildung	5	4	4
BNF begleitende Hilfen	4	3	2
Maßnahmen für Menschen mit SB	5	4	4
Sonstige Maßnahmen	2	1	0
N	69.949	66.283	59.578

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Dabei nehmen Rehabilitanden in unterschiedlichem Ausmaß an Maßnahmen teil. Von den Rehabilitanden, die im Jahr 2007 anerkannt wurden, durchläuft rund jeder Achte keine Maßnahme (Tabelle A 47 im Anhang). Von denjenigen mit Maßnahmeteilnahme nimmt über alle Kohorten knapp die Hälfte an genau einer Maßnahme teil, 34 Prozent der jungen Rehabilitanden nehmen an zwei und 11 Prozent an drei Maßnahmen teil (Tabelle A 56 im Anhang). Mehr als drei Maßnahmeteilnahmen sind nur selten der Fall.

Analog dem Verhältnis von Frauen und Männern beim Zugang in Rehabilitation ist dieses bei der Maßnahmeteilnahme ebenfalls rund 60 zu 40 (Tabelle A 39 im Anhang). Auch innerhalb der einzelnen Maßnahmengruppen finden sich kaum Hinweise auf substanzielle Unterschiede. Lediglich bei rehaspezifischen BvB und beim Eingangsverfahren bzw. dem Berufsbildungsbereich einer WfbM ist der Anteil bei weiblichen Rehabilitanden geringfügig größer.

rand (Rechtszensurierung) zusammenhängen. Ein größerer Beobachtungszeitraum würde diesbezüglich valide Aussagen ermöglichen.

Differenziert nach den Rechtskreisen SGB III und SGB II findet sich die überwiegende Mehrzahl der Maßnahmen im SGB III-Bereich (Tabelle A 40 im Anhang).⁴⁶ Da die BA zum Großteil für die Maßnahmen der Ersteingliederung zuständig ist, ist dies logische Konsequenz. Häufigste Maßnahmeart in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit sind rehabilitationsspezifische Ausbildungsmaßnahmen, gefolgt von rehabilitationsspezifischen BvB, dem Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer WfbM und allgemeinen BvB. Im Rechtskreis SGB II stellen mit Ausnahme der Kohorte 2009 ABM/AGH die häufigste Maßnahmeart dar. Daneben spielen allgemeine und rehabilitationsspezifische BvB, rehabilitationsspezifische Ausbildungen sowie TM/MAG/MAT eine wichtige Rolle.

Werden die Maßnahmeteilnahmen nach der Art der Behinderung betrachtet, ist zunächst auffällig, dass mit einem Anteil von 90 Prozent Personen mit geistigen Behinderungen nahezu ausschließlich an Eingangsverfahren bzw. am Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) teilnehmen (Tabelle A 41 im Anhang). Dies deutet auf schwierige Integrationschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hin. Ein Viertel der Menschen mit psychischen Behinderungen nimmt an rehabilitationsspezifischen BvB teil. Darüber hinaus spielen mit über 20 Prozent rehabilitationsspezifische Ausbildungen eine bedeutende Rolle, gefolgt von sonstigen rehabilitationsspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen. Mit steigender Tendenz nehmen sie auch am Eingangsverfahren bzw. dem Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen teil. Junge Menschen mit einer Lernbehinderung erhalten überwiegend allgemeine und rehabilitationsspezifische BvB sowie rehabilitationsspezifische Ausbildungen. Auch bei Berufsausbildungen im Rahmen der Benachteiligtenförderung nehmen sie überproportional häufig teil.

Eine weitere Frage ist, ob sich bei der Teilnahme bzw. der Vergabe von Maßnahmen auch regionale Unterschiede zeigen. Da die regionale Variation in der Vergabehäufigkeit eine Möglichkeit darstellt, um Wirkungsanalysen mithilfe eines Instrumentvariablenansatzes durchzuführen, wird im Folgenden die regionale Verteilung der häufigsten Maßnahmearten betrachtet, die als wirkungsanalytisch relevant erachtet werden. In der Ersteingliederung zählen hierzu allgemeine und rehabilitationsspezifische BvB, rehabilitationsspezifische Ausbildungsmaßnahmen sowie Berufsausbildungen im Zuge einer Benachteiligtenförderung. Auf die Darstellung der übrigen Maßnahmearten wird verzichtet. Dabei ist zu beachten, dass hier die Betrachtungsweise geändert wird. Wurden bisher Zugangskohorten betrachtet, erfolgen nun Auswertungen, die auf Basis der Maßnahmevergabe pro Jahr basieren, unabhängig davon, wann die jungen Menschen die Statusanerkennung erhalten haben. Um zeitliche Entwicklungen der regionalen Vergabepaxis möglichst unabhängig von Kohortenspezifika abzubilden, beziehen sich Jahresangaben bei den Regionalverteilungen dementsprechend nicht auf Zugangskohorten, sondern auf das Vergabejahr der Maßnahme.

Rehabilitationsspezifische BvB haben jahresübergreifend bundesweit einen durchschnittlichen Anteil von rund 22 Prozent an allen Maßnahmen (Tabelle A 42 im Anhang). Auf Agenturbezirksebene zeigt sich ein äußerst heterogenes Bild hinsichtlich der Maßnahmevergabe (Abbildungen A 1 bis A

⁴⁶ Hier wird zwischen SGB III-Institutionen, sprich der Bundesagentur für Arbeit (BA), und den SGB II-Institutionen unterschieden. Unter SGB II-Institutionen sind gemeinsame Einrichtungen und Institutionen mit getrennter Aufgabenwahrnehmung zusammengefasst. Zugelassene kommunale Träger (zKT) sind nicht in den Berechnungen enthalten.

5 im Anhang). Es gibt sowohl Agenturbezirke, in denen die Maßnahmeart anteilig wesentlich seltener, als auch Bezirke, in denen sie deutlich häufiger als im Gesamtdurchschnitt vergeben wird. Ein noch heterogeneres Bild zeigt sich bei allgemeinen BvB. Da ihr bundesweiter Anteil an allen vergebenen Maßnahmen nicht konstant ist, sondern zwischen 2007 und 2009 von 20 auf 11 Prozent gesunken ist (Tabelle A 42 im Anhang), wird die Regionalverteilung nicht jahresübergreifend sondern getrennt für die Vergabefahre 2007 und 2009 abgebildet. Ein Vergleich der beiden Jahre zeigt, dass vor allem in nord-östlichen Agenturbezirken starke Veränderungen stattgefunden haben. Insgesamt hat sich die regionale Verteilung im Zeitverlauf zwar homogenisiert, wobei auch 2009 noch zahlreiche benachbarte Bezirke mit ähnlichen Arbeitsmarktbedingungen jedoch unterschiedlichen Anteilen allgemeiner BvB zu finden sind. Vergleicht man die regionalen Muster von allgemeinen mit rehabilitationsspezifischen BvB, zeigt sich hier möglicherweise eine Substitution der beiden Maßnahmearten.

Rehabilitationsspezifische Ausbildungen haben über die Agenturbezirke hinweg einen Anteil von rund 21 Prozent und weisen im Vergleich zu berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen eine homogenere Regionalverteilung auf. Bei BNF-Ausbildungen, die bundesweit einen Anteil von rund vier Prozent ausmachen, gibt es kaum regionale Variationen. Es zeigen sich dabei in wenigen Bundesländern leichte Hinweise auf eine Substituierung dieser beiden Arten von Ausbildungsmaßnahmen, wobei der Anteil rehabilitationsspezifischer Ausbildungen dort verhältnismäßig gering scheint, wo Berufsausbildungen im Rahmen der Benachteiligtenförderung (BNF) überproportional häufiger vergeben werden. Diese Analysen auf Basis regionaler Vergaben können allerdings nur einen ersten Einblick bieten und müssten zur Validierung der Ergebnisse noch differenzierter durchgeführt werden.

5.1.1. Exkurs: Profillage

Neben der Behinderungsart gibt auch die Profillage Aufschluss darüber, wie groß der Handlungsbedarf bei einer Person ist, um das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. Zunächst wird im Folgenden der fachliche Hintergrund des Merkmals erläutert.

Sobald ein berufliches Ziel während der Rehabilitationsberatung erarbeitet wurde und der Kunde zur Realisierung dieses Ziels die Unterstützung durch den Reha-Träger BA benötigt, erfolgt der weitergehende Integrationsprozess in der Systematik des seit 2009 eingeführten 4-Phasen-Modells (4 PM). Dabei handelt es sich um ein arbeitnehmerorientiertes Integrationskonzept, das ursprünglich aus dem Vermittlungsprozess stammt, für den Rehabilitationsbereich jedoch angepasst wurde. Das in VerBIS eingetragene Merkmal Profillage beschreibt die erste Phase im 4-Phasen-Modell und beinhaltet die Integrationsfähigkeit des Rehabilitanden.

In der ersten Phase wird hierbei ein Profiling durchgeführt, welches sich an den Stärken und Schwächen des zu Vermittelnden, aber auch an den spezifischen Arbeitsmarktbedingungen (Kontextprofil), orientiert. Daraus resultiert das Merkmal Profillage. Je nach Integrationsgrad werden im Rahmen der zweiten Phase Zielvereinbarungen festgelegt. In der dritten Phase werden Strategien ausgewählt, um die Ziele zu erreichen. Die vierte Phase stellt zuletzt die Umsetzungsphase dar. Die Ziele sollen hier möglichst nachhaltig umgesetzt werden. Das Merkmal Profillage identifiziert sie-

ben verschiedene Arten von Kunden mit jeweils unterschiedlichem Aktivierungsbedarf (Bundesagentur für Arbeit 2011b):

- **Marktprofil** – Aufgrund hoher Motivation, geringen Vermittlungshemmnissen und guter Qualifikationen wird eine zügige Integration unter Einbezug der Ressourcen des Bewerbers erwartet. Die Kunden benötigen nur wenig bis gar keine Unterstützung bei der Integration.
- **Aktivierungsprofil** – Bei dieser Art von Kunde ist es notwendig, seine Motivation zu aktivieren. Eine schnelle Integration wird aber auch hier erwartet.
- **Förderprofil** – Diesen Kunden fehlt es an der Qualifikation, der Leistungsfähigkeit oder es liegen Handlungsbedarfe in den die Person betreffenden Rahmenbedingungen vor. Die erwartete Zeit bis zur Integration liegt bei bis zu 12 Monaten.
- **Entwicklungsprofil** – Wie auch bei den Kunden mit Förderprofil liegen beim Entwicklungsprofil ähnliche Handlungsbedarfe in den bereits erwähnten Bereichen vor. Die Zeit bis zur Integration wird hier allerdings für über 12 Monate angesetzt. Zudem liegen Mängel in mindestens einer weiteren Zieldimension vor (z. B. Motivation). Kunden mit Förderprofil oder Entwicklungsprofil gehören zu den Beratungskunden. Eine starke Förderung wie bei den folgenden Betreuungskunden ist hier nicht vonnöten.
- **Stabilisierungsprofil** – Bei Stabilisierungskunden müssen Verbesserungen in der Leistungsfähigkeit stattfinden, allerdings sind auch mindestens zwei weitere Schlüsseldimensionen von Mängeln betroffen (Qualifikation / Motivation / Rahmenbedingungen). Eine Integrationszeit von unter einem Jahr wird erwartet.
- **Unterstützungsprofil** – Bei Kunden mit Unterstützungsprofil wird eine Zeitspanne von mindestens 12 Monaten für eine erfolgreiche Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt angesetzt. Diese Art von Kunde benötigt Hilfe bezüglich bestimmter Rahmenbedingungen. Diesbezüglich wird ein Umfeldprofil erstellt, das helfen soll, diese Hemmnisse, wie beispielsweise eingeschränkte örtliche Mobilität oder Schwierigkeiten im Hinblick auf die familiäre Situation, zu beseitigen. Zudem lassen sich Handlungsbedarfe für mindestens zwei weitere Förderbereiche finden (Qualifikation / Leistungsfähigkeit / Motivation). Sowohl die Kunden mit Unterstützungs- als auch mit Stabilisierungsprofil bedürfen einer starken Förderung, da beide Mängel in verschiedenen Bereichen vorweisen. Sie gehören somit zu den Betreuungskunden.
- **Werkstatt für behinderte Menschen** – Die Kundengruppe WfbM wird speziell für den Reha-Bereich vergeben, ist aber im Merkmal *Profillagen* nicht enthalten. Hier werden keine Förderkategorien vergeben. Eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt ist bei dieser Gruppe eher unwahrscheinlich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zu den Kunden mit erhöhter Aktivierungsintensität Personen mit Stabilisierungs- und Unterstützungsprofil gehören, da diese Gruppen in vielen verschiedenen Bereichen Verbesserungsnotwendigkeiten aufweisen. Eine verlängerte Integrationszeit von über 12 Monaten wird hierbei besonders den Kunden mit Unterstützungsprofil zugesprochen. Letzteres gilt auch für die Kunden mit Entwicklungsprofil, die sich allerdings dahingehend von der

Gruppe der Personen mit Unterstützungsprofil unterscheiden, dass sie in weniger Bereichen Unterstützung benötigen.

Zu den leichter zu integrierenden Personen gehören vor allem Markt- und Aktivierungskunden. Eine geringere Integrationsspanne von unter 12 Monaten wird bei den Kunden mit Förder- und Stabilisierungsprofil erwartet.

Das Merkmal der Profillage bündelt Informationen über Stärken, Schwächen, Informationen zum Umfeld, aber auch motivationale Hintergründe eines Rehabilitanden. Im Zuge dessen bietet es Integrationsprognosen und zeigt Handlungsbedarfe auf. Es könnte daher den Umfang unbeobachteter Information reduzieren und somit als eine wichtige Kontrollvariable im Hinblick auf wirkungsanalytische Verfahren dienen. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass dieses Merkmal nicht nur für Rehabilitanden gefüllt ist, sondern im gesamten Vermittlungsprozess der BA Anwendung findet, sodass es auch im Vergleich mit Nicht-Rehabilitanden verwendet werden könnte. Anzumerken bleibt allerdings, dass das Merkmal der Profillage erst im Jahr 2009 eingeführt wurde. Es lassen sich deshalb keine Aussagen über vorherige Jahre treffen.

Wie in Tabelle 15 ersichtlich, sind Teilnehmer an Ausbildungsmaßnahmen zu über drei Vierteln dem Förderprofil zuzuordnen. Mit jeweils 62 bzw. 67 Prozent haben die Teilnehmer an einer Berufsausbildung der Benachteiligtenförderung (BNF) und an Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung (SB) überwiegend ein Förderprofil. WfbM-Maßnahmen hingegen werden fast ausschließlich an Rehabilitanden mit Entwicklungsprofil vergeben. Bei rehabilitationsspezifischen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB rehaspezifisch) und sonstigen rehabilitationsspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen (VB) finden sich sowohl Personen mit Förder- als auch mit Entwicklungsprofil. Personen mit Marktprofil sind nicht in den Daten vorhanden. Weiterhin spielen Aktivierungs-, Stabilisierungs- und Unterstützungsprofile eine untergeordnete Rolle.

Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation gelten besondere Richtlinien, was die Vergabe von Förderprofilen betrifft. Fokus liegt hier in der Vergabe von Maßnahmen des Förder- und Entwicklungsprofils. Aufgrund multipler Handlungsbedarfe bei der Klientel der Rehabilitanden wird die Vergabe von Stabilisierungsprofilen oder Unterstützungsprofilen zunächst nicht in Betracht gezogen. Die Rehabilitanden sollen zunächst an den Arbeitsmarkt herangeführt werden, ein behinderungsbedingter Unterstützungsbedarf wird als zunächst nachrangig angesehen. Ebenfalls selten finden sich Markt- und Aktivierungsprofil, welche nur in Ausnahmefällen vergeben werden (Bundesagentur für Arbeit 2011b). Die Umsetzung dieser Richtlinien ist in den Daten wiederzufinden.

Tabelle 15: Verteilung der Profillagen in den häufigsten Maßnahmearten für das Jahr 2009; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Profillage	Ersteingliederung 2009					
	Ausbildung rehasp.	BvB rehasp.	VB	WfbM rehasp.	BNF Berufsaus bildung	SB
Noch nicht festgelegt	3	4	8	7	2	12
Marktprofil	0	0	0	0	0	0
Aktivierungsprofil	0	0	0	0	0	1
Förderprofil	78	39	44	1	62	67
Entwicklungsprofil	8	42	29	84	10	10
Stabilisierungsprofil	1	2	2	0	1	0
Unterstützungsprofil	1	3	5	1	1	0
Zuordnung nicht möglich	6	8	9	5	16	8
Integriert, aber hilfebedürftig	2	2	2	0	8	2
Total	13.275	14.129	4.307	9.101	2.092	2.319

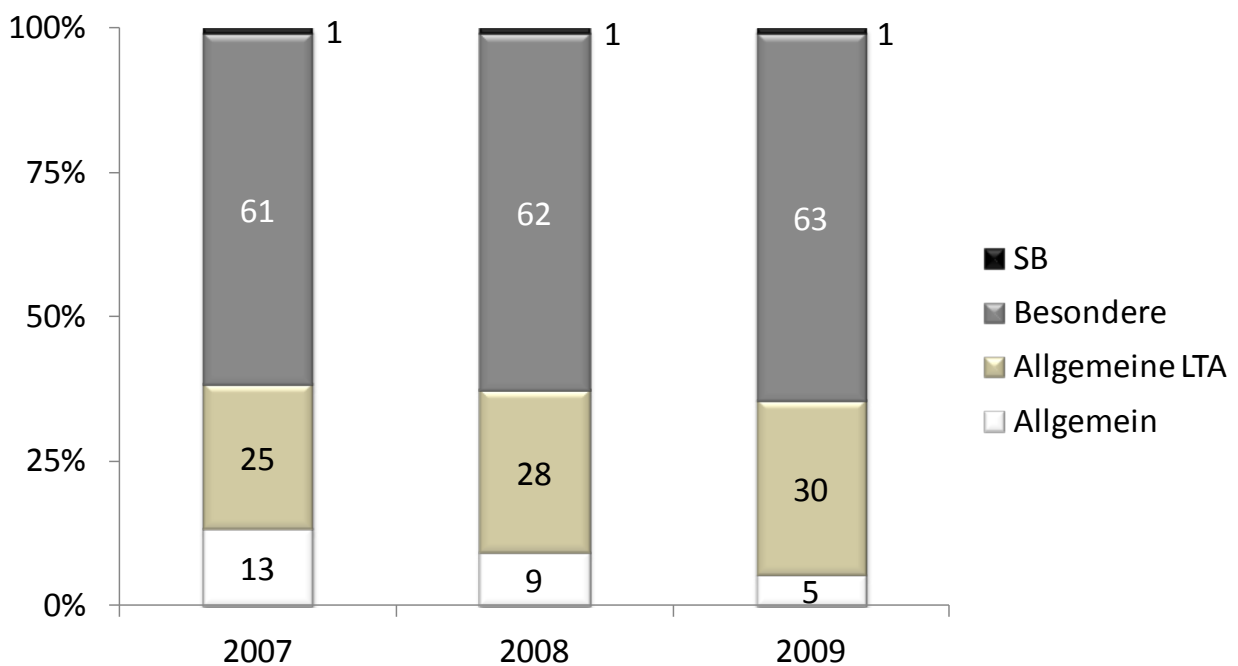
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

5.2. Wiedereingliederung

Welche Maßnahmen erhalten Rehabilitanden im Bereich der Wiedereingliederung? Eher besondere Leistungen zur Teilhabe, also rehabilitationsspezifische Maßnahmen? Oder werden sie eher durch allgemeine Leistungen gefördert? Wiederum zeigt ein erster Überblick, dass die größte Maßnahmengruppe analog zur Ersteingliederung besondere bzw. rehabilitationsspezifische Maßnahmen sind (Abbildung 13). Sie stellen in den einzelnen Zugangskohorten zwischen 61 und 63 Prozent aller vergebenen Maßnahmen. Die zweitgrößte Maßnahmekategorie, allgemeine Leistungen zur Teilhabe (LTA), zeigt eine leicht steigende Tendenz. Machen sie in Kohorte 2007 noch 25 Prozent aller Maßnahmen aus, so sind es bei Zugängen 2009 30 Prozent. Im Gegensatz hierzu sinkt der Anteil allgemeiner arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen im Zeitverlauf von 13 auf fünf Prozent. Leistungen für Menschen mit Schwerbehinderung (SB) spielen im Bereich der Wiedereingliederung mit nur einem Prozent keine quantitativ bedeutende Rolle.⁴⁷

⁴⁷ Dabei ist zu beachten, dass ein Blick auf die Gesamtzahlen der Maßnahmeteilnahmen (Tabelle 8) über die Jahre eine sinkende Tendenz der Maßnahmeteilnahmen suggeriert. Dies dürfte jedoch direkt mit dem zeitlichen Datenrand (Rechtszensierung) zusammenhängen. Ein größerer Beobachtungszeitraum würde diesbezüglich validere Aussagen ermöglichen.

Abbildung 13: Verteilung der Maßnahmen nach Überblickskategorien; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Prozent



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Werden die Maßnahmen differenziert betrachtet zeigt sich, dass rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen die häufigste Maßnahmeart der Zugangskohorte 2007 sind. Ihr Anteil sinkt im Zeitverlauf aber auf 20 Prozent in Kohorte 2009 (Tabelle 16). Ein gegensätzliches Bild zeigt sich bei allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen. Ihr Anteil steigt im Zeitverlauf von acht Prozent auf 22 Prozent. Eine stark steigende Tendenz zeigen Maßnahmen der Kategorie „Sonstige Vorbereitung rehabilitationsspezifisch“. Sie sind bei der Zugangskohorte 2009 mit einem Anteil von 27 Prozent sogar die häufigste Maßnahmengruppe. Die Kategorie TM/MAG/MAT ist eine weitere quantitativ bedeutende Kategorie mit Anteilen zwischen 14 und acht Prozent. Ihr Anteil nimmt im Zeitverlauf jedoch deutlich ab, das Eingangsverfahren bzw. der Berufsbildungsbereich einer WfbM steigt hingegen an.

Tabelle 16: Maßnahmearten nach differenzierter Kategorie; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart nach Kohorten	Wiedereingliederung		
	2007	2008	2009
ABM/AGH	5	4	2
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungs-schaffende Zuschüsse	4	3	2
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0
Weiterbildung allgemein	8	16	22
Weiterbildung rehaspezifisch	28	23	20
TM/MAG/MAT	14	10	8
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	19	23	27
IFD	1	1	1
WfbM	6	9	10
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	3	2	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	4	5	4
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	1	1
Sonstige Maßnahmen	6	4	2
N	29.989	28.231	24.006

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Deutlich mehr Rehabilitanden als im Bereich der Ersteingliederung nehmen an keiner Maßnahme teil, ihr Anteil ist doppelt so hoch (Tabelle A 51 im Anhang). Von denjenigen, die an Maßnahmen teilnehmen, nimmt über alle Kohorten die Hälfte an einer Maßnahme, ein Anteil von 34 Prozent an zwei und 11 Prozent an drei Maßnahmen teil (Tabelle A 59 im Anhang). Immerhin noch sieben Prozent der Teilnehmer weisen mehr als drei Maßnahmeteilnahmen auf.

Wiederum entspricht das Geschlechterverhältnis von rund 60 zu 40 dem generellen Verhältnis bei Zugängen in berufliche Wiedereingliederung und stellt damit kein Spezifikum der Maßnahmeteilnahme dar (Tabelle A 43 im Anhang). Auch die Teilnahme an den unterschiedlichen Maßnahmearten zeigt kaum Unterschiede. Lediglich an sonstigen rehabilitationsspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen scheinen Frauen etwas seltener teilzunehmen, wohingegen rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen und kurzfristige rehabilitationsspezifische Zuschüsse einen geringfügig größeren Anteil in der Gruppe der weiblichen Rehabilitanden ausmachen.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Verteilung der Maßnahmen nach Rechtskreisen (Tabelle A 44 im Anhang). Maßnahmen, die in Kostenträgerschaft der BA stattfinden, sind in der Zugangskohorte 2007 zu 29 Prozent der Kategorie rehabilitationsspezifischer Weiterbildungen zuzuordnen. In den Kohorten 2008 und 2009 sinkt der Anteil rehabilitationsspezifischer Weiterbildungen im SGB III-Bereich deutlich auf 21 Prozent in Kohorte 2008 bzw. 17 Prozent in Kohorte 2009. Eine über die Kohorten steigende Tendenz im SGB III-Bereich zeigen sonstige rehabilitationsspezifische Vorbereitungsmaßnahmen mit Anteilen zwischen 20 und 29 Prozent. Weitere wichtige Maßnahmearten des

SGB III-Bereichs sind neben stark ansteigenden allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen auch die Kategorie TM/MAG/MAT sowie kurzfristige rehaspezifische Zuschüsse und zunehmend auch das Eingangsverfahren bzw. der Berufsbildungsbereich einer WfbM mit einem Anteil von 15 Prozent in Kohorte 2009.

Im Rechtskreis SGB II machen rehabilitationsspezifische Weiterbildungen einen Anteil von 27 Prozent in allen drei Kohorten aus. Allgemeine Weiterbildungen weisen eine steigende Tendenz von neun Prozent in Kohorte 2007 auf 21 Prozent in Kohorte 2009 auf. Auch die Anteile sonstiger rehaspezifischer Vorbereitungsmaßnahmen steigen über die Zugangskohorten von 18 auf 24 Prozent. TM/MAG/MAT sind die viertgrößte Kategorie im SGB II-Bereich, gefolgt von ABM/AGH. Beide Kategorien verlieren aber im Zeitverlauf an Bedeutung. Wiederum stellt sich die Frage, ob sich die Anteile der Rehabilitanden in den Maßnahmekategorien hinsichtlich der einzelnen Behinderungsarten unterscheiden (Tabelle A 45 im Anhang). Ein Vergleich zeigt, dass Personen mit psychischen Behinderungen überproportional häufig an rehabilitationsspezifischen Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen. Auffällig ist, dass bei Personen mit psychischen Behinderungen das Eingangsverfahren bzw. der Berufsbildungsbereich einer WfbM nach sonstigen rehabilitationsspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen die dritthäufigste Maßnahmekategorie stellt. Bei Personen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates und Rehabilitanden mit organischen Behinderungen haben WfbM-Maßnahmen hingegen keine große Bedeutung. Rehabilitationsspezifische und allgemeine Weiterbildungen, TM/MAG/MAT und sonstige rehabilitationsspezifische Vorbereitungsmaßnahmen sind hier die wichtigsten Maßnahmekategorien. Geistig behinderte Personen nehmen auch in der Wiedereingliederung mit rund 85 Prozent zu einem überwiegenden Anteil an WfbM-Maßnahmen teil.

Analog zur Ersteingliederung wird im Folgenden die regionale Verteilung der inhaltlich relevantesten Maßnahmearten betrachtet (Tabelle A 46 und Abbildungen A 6 bis A 10 im Anhang). Dies sind TM/MAG/MAT sowie allgemeine und rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen. Auf die Darstellung der übrigen Maßnahmearten wird verzichtet. Wiederum gilt, dass die Analysen auf Vergabejahren (nicht Zugangskohorten) basieren.

Die Kategorie der Trainingsmaßnahmen (TM), Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG) und bei einem Träger (MAT) wird im bundesweiten Mittel zu rund 11 Prozent vergeben. In der Mehrzahl der Bezirke entspricht der Anteil in etwa dem Bundesdurchschnitt. Regionale Variation der Anteile auf Ebene der Agenturbezirke scheint kaum vorhanden zu sein. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen allerdings nur für das Vergabejahr 2007. Hier lassen sich nur einige geringe regionale Abweichungen beobachten, 2009 hingegen ist die regionale Verteilung deutlich heterogener. Eine durchweg heterogene Verteilung liegt bei rehabilitationsspezifischen Weiterbildungen sowohl für das Jahr 2007 als auch für 2009 vor, wo sich benachbarte Agenturbezirke, die trotz ähnlicher Arbeitsmarktbedingungen eine entgegengesetzte Abweichung vom Mittelwert zeigen. Analog zur Ersteingliederung gilt auch hier, dass diese Analysen nur eine erste Tendenz der Vergabe aufzeigen können.

5.2.1. Exkurs: Profillage

Das Merkmal Profillage gibt auch für den Bereich der Wiedereingliederung Aufschluss über den Integrationsgrad der Rehabilitanden sowie über bestehende Handlungsbedarfe.⁴⁸ Der fachliche Hintergrund wurde bereits oben erläutert, daher soll hier nur kurz auf die häufigsten Maßnahmentearten innerhalb der Wiedereingliederung eingegangen werden (Tabelle 17). Bei Weiterbildungsmaßnahmen (allgemein und rehabilitationsspezifisch), allgemeinen arbeitsmarktpolitischen beschäftigungsschaffenden Zuschüssen und Sonstigen rehabilitationsspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen hat die Mehrzahl der Teilnehmer ein Förderprofil. In WfbM-Maßnahmen weisen die Teilnehmer überwiegend ein Entwicklungsprofil auf. Arbeitsgelegenheiten bzw. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen werden zur Hälfte an Personen mit Entwicklungsprofil vergeben, zu einem Viertel an Rehabilitanden mit Förderprofil. Maßnahmenteilnehmer mit Markt-, Aktivierungs-, Stabilisierungs- oder Unterstützungsprofil sind wie in der Ersteingliederung bei allen Maßnahmentearten äußerst selten.

Tabelle 17: Verteilung der Profillagen in den häufigsten Maßnahmentearten für das Jahr 2009; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Profillage	Wiedereingliederung 2009					
	ABM/AGH	allg. arbeitsmarktpolitische beschäftigungsschaffende Zuschüsse	Weiterbildung allg.	Weiterbildung rehasp.	Sonstige Vorbereitungs maßnahmen rehasp.	WfbM rehasp.
Noch nicht festgelegt	1	17	4	3	4	8
Marktprofil	1	1	1	0	0	0
Aktivierungsprofil	1	1	1	0	1	0
Förderprofil	26	45	74	65	59	1
Entwicklungsprofil	51	9	11	18	19	80
Stabilisierungsprofil	4	1	1	2	2	1
Unterstützungsprofil	6	0	1	3	3	4
Zuordnung nicht möglich	7	4	5	7	9	6
Integriert, aber hilfebedürftig	5	22	3	2	3	0
Total	578	508	5.187	4.736	6.562	2.506

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

⁴⁸ Die Profillage kann sich als wichtiges Merkmal für die Verringerung unbeobachteter Heterogenitäten erweisen und somit als Kontrollvariable im Rahmen wirkungsanalytischer Verfahren dienen.

6. Selektionsprozesse beim Zugang in Maßnahmen

Das Spektrum der von den Vermittlern vermerkten Abgangsinformationen reicht von vorzeitiger Integration in den Arbeitsmarkt bis zu fehlender Mitwirkung. So ist möglich, dass eine Person kurz nach der Statusanerkennung eine Beschäftigung aufnimmt oder das vorherige Beschäftigungsverhältnis fortführt, ohne zusätzliche Maßnahmen zu benötigen (Dornette und Rauch 2009). Weiterhin können eine ablehnende Haltung gegenüber stationären Maßnahmen sowie v.a. in der Ersteingliederung motivationale Gründe dazu führen, dass Rehabilitanden nicht zu einer Teilnahme bereit sind. In der Wiedereingliederung kommt hinzu, dass bei längerfristigen Umschulungen oder Weiterbildungsmaßnahmen die Teilnahme aus finanziellen Gründen abgelehnt wird, wenn die Maßnahme die Anspruchszeit auf Arbeitslosengeld I überdauern und somit Arbeitslosengeld-II-Bezug folgen würde.

Welche Faktoren sind es, die einen Einfluss darauf haben, dass manche Rehabilitanden an keiner, andere wiederum an mehreren Maßnahmen im Verlauf der beruflichen Rehabilitation teilnehmen?⁴⁹ Daneben ist auch die Frage interessant, welche Merkmale einen Einfluss auf die Maßnahmeart haben, an der ein Rehabilitand teilnimmt. Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen haben u.a. Hinweise darauf geliefert, dass die Behinderungsart ein wichtiges Merkmal ist. So münden Menschen mit einer geistigen Behinderung überwiegend in eine Werkstatt für behinderte Menschen ein. Finden sich derartige Hinweise aus den deskriptiven Analysen auch in multivariaten Modellen wieder?⁵⁰ Im Fokus stehen hierbei die Maßnahmekategorien, die inhaltlich als eine homogene Gruppe erachtet werden können und die in Erst- bzw. Wiedereingliederung jeweils am häufigsten vergeben und daher auch vor dem Hintergrund der Wirkungsanalysen als relevant erachtet werden.

Die Untersuchung von Zuweisungsprozessen in Maßnahmen ist ein wichtiger Schritt auch im Hinblick auf (Wirkungs-)Analysen. Denn bestimmte Merkmale wie das Bildungsniveau, die Behinderungsart oder die regionale Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation haben einen Einfluss auf die Zugangschancen und sind damit bei der Konzeption zu berücksichtigen. Im Folgenden geben Deskriptionen einen Überblick über die Gruppe der Rehabilitanden ohne Maßnahmeteilnahme. Hierbei werden verschiedene Merkmale jeweils nach Fällen mit und ohne Maßnahmeteilnahme kontrastiert, um zu überprüfen, ob sich bereits auf deskriptiver Ebene gewisse Ungleichheitsmuster beim Zugang zu Maßnahmen erkennen lassen. Im Anschluss werden die Ergebnisse der multivariaten Analysen präsentiert und u.a. hinsichtlich der deskriptiven Ergebnisse diskutiert. Da der Erfolg der beruflichen Rehabilitation auch davon abhängen kann, wie schnell Personen in eine Maßnahme

⁴⁹ Um diese Frage der generellen Teilnahmewahrscheinlichkeit an Maßnahmen zu beantworten, werden im Folgenden getrennt für Erst- und Wiedereingliederung die Ergebnisse einer binären logistischen Regression dargestellt. Die Koeffizienten geben die Stärke und Richtung des Einflusses unterschiedlicher unabhängiger Variablen für die dichotome abhängige Variable der Maßnahmeteilnahme wieder (1 = Maßnahmeteilnahme, 0 = keine Maßnahmeteilnahme). Rehabilitanden, die an keinerlei Maßnahme teilgenommen haben, stellen hierbei die Referenzgruppe dar.

⁵⁰ Diese Frage wird, getrennt für die Erst- und Wiedereingliederung, anhand multinomialer logistischer Regressionen erörtert, welche Betrachtungen für eine kategoriale abhängige Variable mit mehr als zwei Ausprägungen ermöglichen.

gelangen, wird im letzten Abschnitt jeweils die Dauer zwischen der Anerkennung und dem Beginn der ersten Maßnahme betrachtet.⁵¹

6.1. Ersteingliederung

Rehabilitanden ohne Maßnahmen

Vergleiche zwischen noch laufenden und bereits beendeten Rehabilitationsfällen (Kapitel III/3) haben kontraintuitive Ergebnisse hervorgebracht. Obwohl eher bei noch laufenden Fällen zu erwarten, findet sich auch bei bereits beendeten Fällen ein Anteil an Rehabilitanden ohne Maßnahmeteilnahme. Es wäre zu erwarten, dass Rehabilitanden, die keinerlei Maßnahmeteilnahme aufweisen und bereits das Rehabilitationsverfahren beendet haben, eher kurze Rehabilitationszeiten zeigen. Dies kann allerdings nicht bestätigt werden. Zwar ist der Anteil bei einer Rehabilitationsdauer von unter einem Jahr zwischen 32 Prozent in 2009 und 61 Prozent in 2008, es finden sich aber auch verhältnismäßig lange Laufzeiten (Tabelle A 11 im Anhang).

Bei noch laufenden Rehabilitationsfällen fällt der Anteil der Rehabilitanden ohne Maßnahmen mit zwei Prozent in 2007 und neun Prozent in 2009 hingegen wesentlich geringer aus. Da bei noch laufenden Fällen nur in wenigen Fällen keine Maßnahmeteilnahme vorliegt, wird im Hinblick auf deskriptive Auswertungen auf eine Differenzierung zwischen noch laufenden und bereits beendeten Rehabilitationsfällen verzichtet.

Im Bereich der beruflichen Ersteingliederung ist der Anteil der Rehabilitanden ohne Maßnahmen mit durchschnittlich 12 Prozent relativ gering (Tabelle A 47 im Anhang). Dies kann damit begründet werden, dass die meisten jungen Menschen weder über eine Berufsausbildung noch über Berufserfahrung verfügen. Maßnahmen sind im Bereich der Ersteingliederung grundlegend notwendig, damit die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ihre erste berufliche Qualifikation erlangen können – eine wichtige Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Integration auf dem Arbeitsmarkt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich nicht finden, aber behindertenspezifische Unterschiede (Tabelle A 48 im Anhang). Fast alle Rehabilitanden mit einer Lernbehinderung erhalten Maßnahmen. Bei einer geistigen Behinderung steigt über die Eintrittskohorten hinweg die Wahrscheinlichkeit einer Maßnahmeteilnahme, denn im Zeitverlauf sinkt der Anteil an Nicht-Teilnehmern von 21 auf sieben Prozent. Dennoch haben geistig behinderte Menschen zusammen mit psychisch behinderten Personen und Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates jahresübergreifend die höchsten Anteile an Nicht-Teilnehmern. Warum dies so ist, kann allerdings alleine durch die Prozessdaten nicht beantwortet werden.

Auch die Maßnahmevergabe hinsichtlich regionaler Arbeitsmärkte zeigt, wie auch bei anderen Studien (Dauth et al. 2008), interessante Ergebnisse. Rehabilitanden aus ostdeutschen Bezirken mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen erhalten tendenziell eher Maßnahmen als diejenigen, die in

⁵¹Um mit dem Datenrand (Oktober 2010) zusammenhängende Verzerrungen hinsichtlich der (Nicht)Teilnahme an Maßnahmen zu vermeiden, wird die Eintrittskohorte 2010 aus den folgenden Analysen ausgeschlossen.

städtisch geprägten Bezirken mit einer ähnlich hohen Arbeitslosigkeit leben (Tabelle A 49 im Anhang). Bei den restlichen Bezirken lassen sich keine deutlichen Unterschiede erkennen.

Werden Reha-Berater nach Gründen gefragt, warum bei manchen Rehabilitanden ein Jahr nach Reha-Anerkennung noch keine Maßnahme begonnen hat, sagt die Hälfte der Agenturen, dass dies bei ihnen im Untersuchungszeitraum nicht vorgekommen wäre (hier und im Folgenden: Ergebnisse der Implementationsstudie 1: (Sommer et al. 2011)). Wenn doch, werden die Gründe hierfür eher bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gesehen, die (aus individuellen Gründen) mehr Zeit für die Entscheidung benötigen. Aber auch das einfache „Warten“ auf eine Maßnahme oder das Fehlen passender Maßnahmen von denen eine nennenswerte Förderwirkung zu erwarten wäre, wird angesprochen. Die dabei betroffenen Rehabilitanden sind eher diejenigen, die größere Eingliederungsprobleme aufweisen.

Teilnahmewahrscheinlichkeiten

Um mögliche Selektionsprozesse beim Zugang zu Maßnahmen zu untersuchen, werden zwei unterschiedliche multivariate Regressionsmodelle genutzt. Die logistische Regression in Modell 1 schätzt den Einfluss unterschiedlicher Merkmale wie Geschlecht, Alter, Behinderungsart etc. auf die generelle Wahrscheinlichkeit, an einer Maßnahme teilzunehmen. Hierbei wird nicht zwischen den einzelnen Maßnahmenteilnahmen differenziert. Die Referenzgruppe der Personen ohne Maßnahmeteilnahme wird mit der Gruppe der Maßnahmeteilnehmer verglichen. Modell 2 hingegen differenziert nach unterschiedlichen Maßnahmekategorien. Es stellt den Einfluss der gleichen unabhängigen Merkmale auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit für relevante Maßnahmenteilnahmen dar. In der Ersteingliederung zählen hierzu allgemeine und rehaspezifische BvB, rehabilitationsspezifische Ausbildungen, Berufsausbildungen im Rahmen der Benachteiligtenförderung sowie die Maßnahmekette 'vorbereitende Maßnahme plus Berufsausbildung' (Tabelle A 50 im Anhang).⁵²

Die Kohortenvariablen drücken aus, in welchem Jahr die Rehabilitationsanerkennung stattgefunden hat. In den multivariaten Modellen werden Zugänge des Jahres 2006 (Referenz- bzw. Vergleichsgruppe) mit den Zugangskohorten 2007, 2008 und 2009 verglichen. Zunächst wird durch die Ergebnisse ersichtlich, dass das Jahr, in dem eine Person als Rehabilitand anerkannt wird, einen signifikanten Einfluss auf die Teilnahmechance hat. Modell 1 zeigt, dass alle Zugangskohorten nach 2006 eine größere Wahrscheinlichkeit auf die Teilnahme an einer Maßnahme haben. Dieses Muster zeigt sich auch für rehabilitationsspezifische Ausbildungen, allgemeine BvB und die Maßnahmekette „vorbereitende Maßnahme plus Berufsausbildung“ in Modell 2. Bei BNF-Ausbildungen ist die Teilnahmewahrscheinlichkeit in Kohorte 2007 am größten. Die Chance, an rehabilitationsspezifischen BvB teilzunehmen, ist für alle Zugangskohorten nach 2006 deutlich

⁵² In Tabelle A 50 sind die Koeffizienten der beiden Regressionsmodelle abgetragen. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass die jeweilige Merkmalsausprägung die Teilnahmewahrscheinlichkeit im Vergleich zur Referenzkategorie (ref.) verringert. Ein positives Vorzeichen weist hingegen darauf hin, dass die Teilnahmewahrscheinlichkeit erhöht wird. Die Sternchen hinter den Koeffizienten geben an, ob der Einfluss der jeweiligen Ausprägung signifikant ist, wobei drei Sternchen hohe Signifikanz und nur ein Sternchen geringe Signifikanz bedeuten. Liegt keine Signifikanz vor, kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Zusammenhang zufällig zustande gekommen ist.

größer. Zwischen den Kohorten 2007 und 2008 zeigt sich nochmals ein Anstieg der Wahrscheinlichkeit, die auch in Kohorte 2009 nicht zurückgeht.

Es lässt sich zunächst feststellen, dass die Behinderungsart ein entscheidendes Merkmal darstellt, sowohl für die generellen Zugangschancen für Maßnahmen als auch für die Art der Maßnahme, an der ein Rehabilitand teilnimmt. Im Vergleich zu Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates (Referenzkategorie: ref.) haben mit Ausnahme der Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen alle weiteren Behinderungsarten eine deutlich höhere generelle Teilnahmewahrscheinlichkeit. Wie die deskriptiven Analysen gezeigt haben, münden Personen mit einer geistigen Einschränkung überwiegend in eine Werkstatt für behinderte Menschen, was in Modell 2 bestätigt wird. Jugendliche mit einer Lernbehinderung zeigen in Modell 2 für alle relevanten Maßnahmentearten eine größere Teilnahmewahrscheinlichkeit.

Wie sich in den deskriptiven Analysen bereits angedeutet hat, haben in Modell 1 Männer eine größere Chance auf eine Maßnahmeteilnahme als Frauen. In Modell 2 zeigt sich nur für rehabilitationsspezifische Ausbildungen und die Maßnahmekette 'vorbereitende Maßnahme plus Berufsausbildung' eine höhere Teilnahmechance für Männer. Auch die deutsche Staatsangehörigkeit erhöht die Teilnahmewahrscheinlichkeit in beiden Modellen. Ein Alter von über 20 Jahren verringert die Chance auf generelle Teilnahme (Modell 1). Modell 2 zeigt, dass dies auch für allgemeine und rehabilitationsspezifische BvB sowie die Maßnahmekette gilt. Für Ausbildungen im Zuge einer Benachteiligtenförderung erhöhen sich hingegen die Teilnahmechancen für über 20-Jährige.

Auch ein erfolgreich absolvierter Schulbesuch verbessert die generellen Teilnahmechancen. Der Besuch einer Förderschule zeigt hierbei den größten Effekt. In Modell 2 können die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass ein höheres Bildungsniveau die Teilnahmewahrscheinlichkeit für allgemeine und besondere BvB, rehabilitationsspezifische und BNF-Ausbildungen sowie die Maßnahmekette erhöht. Einzige Ausnahme stellt die Gruppe der Rehabilitanden mit Fachhochschulreife und Abitur dar, deren Chance bei allgemeinen und rehaspezifischen BvB signifikant geringer ist. Diese Gruppe erhält eher eine rehaspezifische Berufsausbildung oder die für die Erstengliederung typische Maßnahmekette bestehend aus vorbereitender Maßnahme und Berufsausbildung.

Neben soziodemographischen Merkmalen hat auch die Wohnregion der Rehabilitanden einen starken Einfluss. In Analogie zur Typisierung von Arbeitsmarktregionen durch das IAB (Dauth et al. 2008), können die einzelnen Agenturbezirke auch hinsichtlich der Ausbildungsmärkte nach vergleichbaren Typen kontrastiert werden (Heineck et al. 2011). Es lassen sich folgende Typen unterscheiden:

Typ I: Bezirke im Osten mit hoher Arbeitslosigkeit und sehr niedrigem Schulabgängeranteil

Typ Ia: ländliche Bezirke mit ungünstigem Ausbildungsmarktumfeld (AMU)

Typ Ib: ländliche Bezirke mit großbetrieblicher Umgebung

Typ Ic: städtische Bezirke mit hohem Tertiarisierungsgrad

Typ II: Bezirke mit höherer Arbeitslosigkeit und höherem Schulabgängeranteil

Typ IIa: ländliche Bezirke mit hohem Tertiarisierungsgrad, ohne großbetriebliche Umgebung

Typ IIb: großstädtische Bezirke mit günstigem AMU und großbetrieblicher Umgebung

Typ III: Städtische Bezirke mit günstigem AMU und niedrigem Schulabgängeranteil
Typ IIIa: großstädtische Bezirke mit mittlerer Arbeitslosigkeit, ohne großbetriebliche Umgebung
Typ IIIb: städtische Bezirke mit niedriger Arbeitslosigkeit und großbetrieblicher Umgebung
Typ IIIc: großstädtische Bezirke mit hoher Arbeitslosigkeit und großbetrieblicher Umgebung
Typ IV: Bezirke mit niedriger Arbeitslosigkeit und hohem Schulabgängeranteil
Typ IVa: städtische Bezirke mit durchschnittlichem AMU und großbetrieblicher Umgebung
Typ IVb: eher ländliche Bezirke mit durchschnittlichem AMU
Typ IVc: ländliche Bezirke mit ungünstigem AMU
Typ IVd: ländliche Bezirke mit ungünstigem AMU und großbetrieblicher Umgebung

Im Vergleich zu Bezirken des Typ Ia mit dem schlechtesten Ausbildungsmarktumfeld zeigen die Ergebnisse der multivariaten Analysen, dass in beiden Modellen alle Regionaltypen geringere Teilnahmechancen aufweisen. Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation scheinen somit gerade dort, wo die Jugendlichen selbstständig keinen Ausbildungsplatz finden, besonders wichtig zu sein.

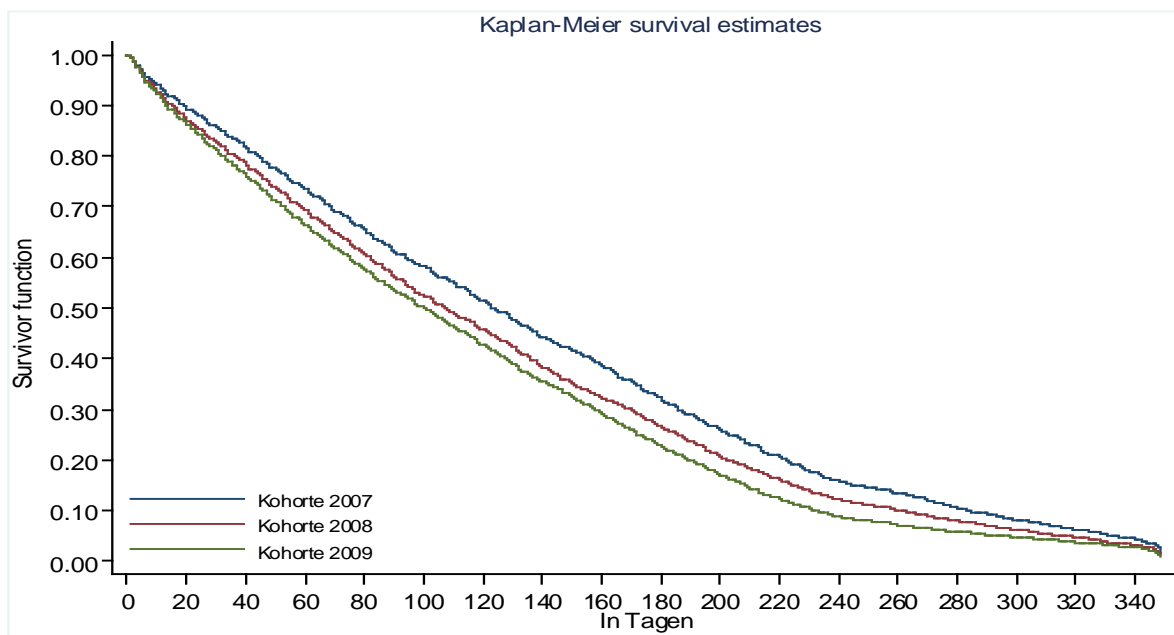
Dauer bis zur Aufnahme der ersten Maßnahme

Integrationsaussichten in den Arbeitsmarkt hängen möglicherweise nicht nur davon ab, ob eine Person an einer Maßnahme teilnimmt und an welcher Maßnahme sie teilnimmt, sondern auch davon, wie schnell eine Maßnahme vermittelt wird (Fitzenberger et al. 2006; Sianesi 2008). Allerdings kann der Beginn einer Maßnahme auch von anderen Faktoren abhängen. Schulische oder berufliche Berufsausbildungen beginnen zumeist im September eines Jahres. Fällt die Reha-Anerkennung bspw. auf das Schuljahresende (im Mai/Juni des jeweiligen Jahres) oder auf das Ende des Kalenderjahres, sind Wartezeiten die logische Folge.

Zur Berechnung der Dauer bis zur ersten Maßnahmeteilnahme wird anhand des Kaplan-Meier Verfahrens die Überlebenswahrscheinlichkeit ausgewiesen. Diese gibt an, wie wahrscheinlich es ist, dass bei einer Person ein bestimmtes Ereignis innerhalb eines Zeitintervalls noch nicht eingetreten ist. Die Graphik zeigt die Wahrscheinlichkeit, im Ausgangszustand (=keine Maßnahme) zu bleiben, bevor man an der ersten Maßnahme teilnimmt (Abbildung 14). Die Y-Achse zeigt den jeweiligen Anteil der Eintrittskohorte, die X-Achse die Dauer bis zur ersten Maßnahme. Die Dauer bis zum Eintritt in die erste Maßnahme wird nach drei verschiedenen Eintrittskohorten differenziert: 2007, 2008 und 2009. Das Diagramm ist folgendermaßen zu interpretieren: 100 Tage nach der Anerkennung als Rehabilitand sind noch 60 Prozent der Eintrittskohorte 2007 ohne Maßnahme, während 40 Prozent bereits mit der ersten Maßnahme begonnen haben.

Üblicherweise wird bei dieser Darstellungsform der Median (50 Prozent-Marke) interpretiert. Es zeigt sich danach, dass rund die Hälfte aller Rehabilitanden erst nach 120 Tagen an der ersten Maßnahme teilnimmt. Über die Eintrittskohorten steigt die Wahrscheinlichkeit, früher in die erste Maßnahme zu wechseln: Während in der Eintrittskohorte 2007 der Median (50 Prozent haben noch keine Maßnahme) bei 130 Tagen liegt, beträgt der Median der Eintrittskohorte 2009 100 Tage.

Abbildung 14: Übergang in die erste Maßnahme; Ersteingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

6.2. Wiedereingliederung

Rehabilitanden ohne Maßnahme

Im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung (Tabelle A 51 im Anhang) ist der Anteil der Rehabilitanden, die keine Maßnahme durchlaufen haben, mit 30 Prozent mehr als doppelt so hoch als bei der Ersteingliederung. Dieser Unterschied kann dadurch zustande kommen, dass erwerbstätige Rehabilitanden durch die Teilnahme an Maßnahmen einen Verdienstausfall erleiden würden oder den Verlust der Arbeitsstelle, und daher Maßnahmen ablehnen (Dornette und Rauch 2009). Eine weitere Erklärung könnte sein, dass Menschen einen ihrer Behinderung adäquaten Job bereits gefunden haben, ohne dass sie auf die Maßnahmen angewiesen sind. Denn Rehabilitanden in der Wiedereingliederung verfügen in höherem Maße als Jugendliche über Berufserfahrung und Netzwerke und können somit eigenständig für ihren beruflichen Werdegang sorgen. Rückmeldungen aus der Vermittlungspraxis verweisen auch auf Menschen mit psychischen Problemen, die keine Maßnahmen aufnehmen können oder wollen. Der letzte Punkt lässt sich durch die Prozessdaten aber nicht belegen.

Wird nach laufenden und bereits beendeten Reha-Fällen unterschieden, zeigt sich, dass fast alle (92 Prozent) der noch laufenden Reha-Fälle zumindest eine Maßnahme erhalten haben. Bei den bereits beendeten Reha-Fällen ist es nur etwas über die Hälfte (Kapitel III/3).

In Bezug auf das Geschlecht kann aus theoretischer Perspektive argumentiert werden, dass laut dem male-bread-winner Modell Frauen eher auf Maßnahmen verzichten. Denn es fehlt oft an Einrichtungen mit Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Mutter-Kind-Unterbringungen und an Teilzeitan-

geboten (Degener 1994; Michel und Häußler-Sczepan 2001). Frauen erhalten tatsächlich seltener Maßnahmen als Männer, der Unterschied fällt aber gering aus (Tabelle A 52 im Anhang).

Wiederum finden sich auch behindertenspezifische Unterschiede: Die Förderung der Rehabilitanden mit einer Lernbehinderung, psychischer und neurologischer Behinderung ist am höchsten und deren Förderung ist im Zeitverlauf gestiegen (Tabelle A 53 im Anhang).

Wird die Maßnahmenvergabe in Bezug zu den regionalen Arbeitsmärkten gesetzt (Dauth et al. 2008), zeigt sich, dass Maßnahmen verstärkt vergeben werden, wenn Rehabilitanden in Bezirken mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen (in Ostdeutschland) wohnhaft sind (Tabelle A 54 im Anhang). Dies könnte daraufhin deuten, dass in strukturschwachen Gebieten die Chancen auf die Reintegration in den Arbeitsmarkt ohne Maßnahmen eher gering einzuschätzen ist.

Teilnahmewahrscheinlichkeiten

Mit multivariaten Analysen sollen wiederum die oben getroffenen deskriptiven Aussagen dahingehend überprüft werden, ob in Bezug auf den Zugang zu Maßnahmen und unter der Berücksichtigung einer Vielzahl relevanter Merkmale signifikante Selektionsprozesse festzustellen sind (Tabelle A 55 im Anhang).⁵³ Die Referenzgruppe für jede Maßnahme besteht aus solchen Personen, die an keiner Maßnahme während der Rehabilitation teilgenommen haben. Analog zur Ersteingliederung sind in Modell 1 alle Maßnahmen zusammengefasst. Hier wird der Einfluss der Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit geschätzt, überhaupt an einer Maßnahme teilzunehmen. In Modell 2 wird hingegen die Teilnahmewahrscheinlichkeit für die drei inhaltlich relevantesten Maßnahmearten dargestellt: allgemeine und rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen und vorbereitende allgemeine Maßnahmen (TM/MAG/MAT). Außerdem wurde auch die am häufigsten vorkommende Maßnahmekette (vorbereitende Maßnahme plus Weiterbildung) berücksichtigt.

Wie Modell 1 zu entnehmen ist, hat das Jahr, in dem die Anerkennung stattfand, einen deutlichen Einfluss auf die generelle Wahrscheinlichkeit, an einer Maßnahme teilzunehmen. Die Chancen, eine allgemeine Weiterbildungsmaßnahme oder eine Maßnahmekette (vorbereitende Maßnahme plus Weiterbildung) zu erhalten, sind im Vergleich zu Zugangskohorte 2006 (ref.) gestiegen (Modell 2). Bei rehabilitationsspezifischen Weiterbildungsmaßnahmen hingegen ist ein negativer Trend zu beobachten (Modell 2). Diese Ergebnisse bestätigen somit die deskriptiven Statistiken. Dies gilt auch für Geschlechtsspezifika: Unter der Kontrolle der Behinderungsart (und anderer Merkmale) haben Frauen generell eine geringere bzw. Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Maßnahme teilzunehmen (Modell 1).

Weiter ist interessant, dass im Vergleich zu Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates Personen mit anderen Behinderungsarten eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, an einer Maßnahme teilzunehmen (Modell 1). Es fällt auf, dass Menschen mit geistiger sowie

⁵³ Tabelle A 55 liest sich wie die entsprechende Tabelle A 50 zur Ersteingliederung. Sie zeigt die Koeffizienten der beiden Regressionsmodelle. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass die jeweilige Merkmalsausprägung die Teilnahmewahrscheinlichkeit im Vergleich zur aufgeführten Referenzkategorie (ref.) verringert. Ein positives Vorzeichen heißt hingegen, dass die Teilnahmewahrscheinlichkeit erhöht wird. Die Sternchen hinter den Koeffizienten geben an, ob der Einfluss der jeweiligen Ausprägung signifikant ist, wobei drei Sternchen hohe Signifikanz und nur ein Sternchen geringe Signifikanz bedeuten. Liegt keine Signifikanz vor, kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Zusammenhang zufällig zustande gekommen ist.

Hör- und Sehbehinderungen seltener Weiterbildungsmaßnahmen erhalten als Menschen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates. Für geistig behinderte Menschen und sehbehinderte Menschen wird auch für die Kategorie TM/MAG/MAT eine geringere Teilnahmewahrscheinlichkeit ersichtlich. Personen mit einer dementsprechenden Behinderung erhalten somit eher andere Maßnahmenteilnahmen als die hier im Modell gezeigten.

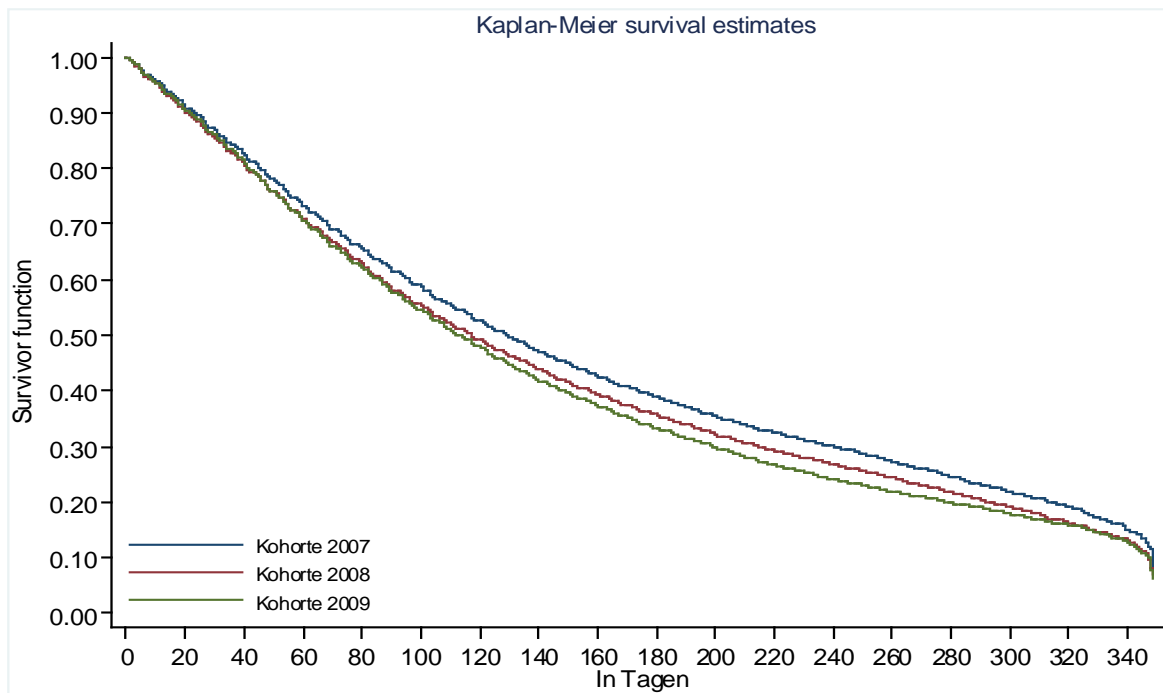
Hinsichtlich der Behinderungsart fällt weiterhin auf, dass im Vergleich zu Rehabilitanden mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates Personen mit anderen Behinderungsarten (außer bei einer organischen Behinderung) signifikant seltener allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen erhalten (Modell 2). Zu vermuten ist, dass Menschen mit Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates gute Integrationsaussichten haben, weshalb allgemeine Maßnahmen als ‚ausreichend‘ angesehen werden. Diese Aussage lässt sich bekräftigen, werden Personen mit organischen oder psychischen Behinderungen sowie mit einer Lernbehinderung betrachtet. Diese haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine rehabilitationsspezifische Maßnahme zu erhalten als Menschen mit Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates. Hier scheint sich ein größerer Förderungsbedarf niederzuschlagen.

Auch altersspezifische Effekte zeigen sich: Ältere Personen erhalten generell seltener eine Maßnahme (Modell 1). Die Schulbildung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle beim Zugang zu Maßnahmen. Je höher der Schulabschluss, desto höher sind die Chancen auf eine Maßnahmeteilnahme gegenüber Personen ohne Schulabschluss (Modell 1). Im Unterschied zur Ersteingliederung lassen sich bezüglich der unterschiedlichen Arbeitsmarktregionen in der Wiedereingliederung keine eindeutigen Muster erkennen (Modell 1; Basis: SGB III Typisierung von Arbeitsmarktregionen 2006).

Dauer bis zur Aufnahme der ersten Maßnahme

Integrationsaussichten in den Arbeitsmarkt könnten auch davon abhängen, wie schnell eine Person in eine Maßnahme vermittelt wird. Zur Berechnung, wie lange es von der Anerkennung als Rehabilitand bis zur Aufnahme der ersten Maßnahme dauert, wird wiederum das Kaplan-Meier Verfahren angewandt und als Überlebenswahrscheinlichkeit ausgewiesen. Diese Wahrscheinlichkeit gibt an, dass bei einer Person ein bestimmtes Ereignis innerhalb eines Zeitintervalls noch nicht eingetreten ist. Die Graphik zeigt die Überlebenswahrscheinlichkeit im Ausgangszustand (=keine Maßnahme) zu bleiben, bevor man die erste Maßnahme aufnimmt (Abbildung 15). Es zeigt sich, dass die Hälfte der Rehabilitanden (Median) nach 110 bis 130 Tagen (Kohorte 2009 bzw. Kohorte 2007) die erste Maßnahme erhält. Der Median hat somit einen ähnlichen Wert wie bei der Ersteingliederung (Abbildung 14: 100 bis 130 Tage).

Abbildung 15: Übergang in die erste Maßnahme; Wiedereingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

7. Sequenzmuster von Maßnahmevergaben

Die Identifizierung von Maßnahmeketten und ihre Quantifizierung sind für weitere Untersuchungen entscheidend. Zeigen sich typische Maßnahmeketten, oder gibt es Überschneidungen bei der Maßnahmevergabe? Beide Fragestellungen sind für die Konzeption von Wirkungsanalysen wichtig. Sollte sich etwa herausstellen, dass es bestimmte Maßnahmeketten gibt, dann ist zu überlegen, diese als eine Entität zu begreifen (Kapitel V/4.4). Sollten Maßnahmeüberschneidungen (wenn gleichzeitig zwei oder mehrere Maßnahmen vergeben werden) hohe Anteile aufweisen, dann muss dies bei weiteren Analysen berücksichtigt werden. Die Sequenzmusteranalyse ist eine fallbasierte Analysestrategie, deren Fokus auf der Betrachtung von Gesamtverläufen liegt. Eine Sequenz setzt sich dabei aus einer Aneinanderreihung von bestimmten Merkmalen oder Zuständen, hier Maßnahmekategorien, zusammen. Zum Vergleich von verschiedenen Maßnahmeverläufen wird die gesamte Folge der Zustände einer Person mit allen anderen verglichen. Die folgenden Sequenzmusteranalysen betrachten typische Maßnahmeverläufe bzw. -kombinationen getrennt nach Erst- und Wiedereingliederung. Es soll hier im Speziellen untersucht werden, ob im Bereich der beruflichen Rehabilitation typische Vergabestrategien der Agenturen zu finden sind oder ob es aufgrund der großen Heterogenität der Rehabilitanden keine weit verbreiteten Maßnahmemuster gibt.

7.1. Ersteingliederung

Vorbemerkung

In der folgenden Sequenzmusteranalyse stehen Maßnahmeketten im Vordergrund. Deshalb erfolgt eine Fokussierung auf Maßnahmen, wobei andere Zustände wie Erwerbslosigkeit oder Beschäftigung ausgeblendet werden. Die zeitlichen Lücken zwischen den Maßnahmen werden geschlossen. Es wird zwischen noch laufenden und bereits beendeten Reha-Fällen unterschieden.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurden die Maßnahmen inhaltlich auf nur fünf Ausprägungen aggregiert: Vorbereitende Maßnahmen, qualifizierte Maßnahmen, finanzielle Hilfen, ABM/AGH und Sonstige. Die Kategorie der vorbereitenden Maßnahmen beinhaltet dabei zu 73 Prozent berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, zu 13 Prozent sonstige vorbereitende Maßnahmen, zu acht Prozent TM, MAG und MAT und zu sechs Prozent BNF begleitende Hilfen. Unter qualifizierenden Maßnahmen werden zu 77 Prozent Ausbildungsmaßnahmen, zu 15 Prozent BNF Berufsausbildungsmaßnahmen und zu neun Prozent Weiterbildungsmaßnahmen subsummiert. Unter der Kategorie der finanziellen Hilfen finden sich sowohl beschäftigungsschaffende Zuschüsse als auch Mobilitätshilfen (MOBI) und sonstige kurzfristige Zuschüsse. Zuletzt besteht die Restkategorie aus Maßnahmen des IFD, WfbM, SB und sonstigen Maßnahmen.

Würde nicht eine Kategorisierung mit nur fünf Ausprägungen, sondern eine differenziertere den Analysen zugrunde gelegt, würde sich mit jeder weiteren Kategorie die Anzahl der Maßnahmesequenzen potenzieren. Dies würde eine nicht mehr handhabbare Vielzahl von Sequenzmustern ergeben. Gleiche Elemente einer Sequenz werden als eine Einheit betrachtet und zusammengefasst.⁵⁴ Beispielsweise wird eine Maßnahmenssequenz, die eigentlich fünf Maßnahmen M1 M1 M2 M2 M3 beinhaltet (Abbildung 16), zu einer Kette von drei Maßnahmen M1 M2 M3 zusammengefasst (Abbildung 17).

Abbildung 16: Beispielhafte Maßnahmesequenz (1)



Abbildung 17: Beispielhafte Maßnahmesequenz (2)



Dies hat den Nachteil, dass nicht identifizierbar ist, wie häufig eine ähnliche Maßnahmenkategorie innerhalb einer Hauptkategorie vorkommt. So kann im Beispiel die Hauptkategorie qualifizierende Maßnahme M2 aus zwei nacheinander folgenden Maßnahmen bestehen (Weiterbildung zur Auffrischung der beruflichen Kenntnisse und eine Umschulung folgen aufeinander, gehören aber zur gleichen Kategorie der qualifizierenden Maßnahmen). Um dies näher zu untersuchen, wurden deskriptive Statistiken erstellt.

⁵⁴ In der Sequenzanalyse verwendete Einstellung: Option SO (same order)

Zusätzlich ist zu beachten, dass Maßnahmen parallel vorkommen können, jedoch zu einem bestimmten Zeitpunkt nur jeweils eine Maßnahme berücksichtigt werden kann. Daher wurde eine Hierarchie der Maßnahmenteilen erstellt.⁵⁵ Bei zeitlichen Überschneidungen von Maßnahmen wurde jeweils nur die hierarchisch „wichtigste“ Maßnahme beibehalten. Um einen Überblick über die Parallelität von Maßnahmen zu gewinnen, wurden deskriptive Statistiken erstellt.

Definition des Samples

Viele Rehabilitanden befinden sich zum aktuellen Datenrand noch in der beruflichen Rehabilitation. Die deskriptiven Auszählungen zeigen jedoch, dass beträchtliche Unterschiede bezüglich der Anzahl der Maßnahmen zwischen beendeten und laufenden Rehabilitationsfällen bestehen (Kapitel III/3).⁵⁶ So haben im Jahre 2006 über die Hälfte der Personen in Ersteingliederung mit laufenden Rehabilitationsfällen mehr als zwei Maßnahmen durchlaufen, während bei beendeten Fällen dieser Wert nur bei 21 Prozent liegt. Noch laufende Rehabilitationsfälle weisen eine höhere Anzahl an Maßnahmeteilnahmen auf, da sie zu einem großen Teil aus sehr langen Rehabilitationsfällen bestehen. Es könnte sich bei lang andauernden Rehabilitationsfällen mit vielen verschiedenen Maßnahmeteilnahmen also um eher „schwierig“ zu integrierende Rehabilitanden handeln. Aufgrund dieser Diskrepanz werden die Sequenzmuster für beendete und laufende Rehabilitationsfälle getrennt betrachtet.

Anzahl der Maßnahmen und parallele Maßnahmen

48 Prozent der Teilnehmer weisen eine Maßnahmeteilnahme auf, 34 Prozent zwei, 11 Prozent drei und die restlichen sieben Prozent besuchen mehr als drei Maßnahmen (Tabelle A 56 im Anhang). Wie der Tabelle A 57 im Anhang zu entnehmen ist, gibt es aber kaum Maßnahmen, die Überschneidungen aufweisen.

Interpretation

Die Maßnahmen entsprechen folgenden Sequenzen: 1 = Vorbereitende Maßnahmen, 2 = Qualifizierende Maßnahmen, 4 = Finanzielle Hilfen, 5 = ABM/AGH, 6 = Restliche Maßnahmen.

Dabei decken die Sequenzmuster 1, 2 und 6 fast 70 Prozent aller Muster ab. Muster, die zunächst eine vorbereitende und dann eine qualifizierende Maßnahme anzeigen, werden seltener vergeben (bei acht bis 11 Prozent in den ersten beiden Kohorten).

Beginnend mit den beendeten Rehabilitationsfällen (Abbildung 18 und Tabelle A 58 im Anhang) dominieren die Einzelmaßnahmen über alle Kohorten hinweg. Die Maßnahmekette „vorbereitende und qualifizierende Maßnahmen“ hat nur einen Anteil von 12 Prozent. Im Eintrittsjahr 2006 weisen 34 Prozent der Rehabilitationsfälle der Ersteingliederung ausschließlich vorbereitende Maßnahmen während der Rehabilitation auf, gefolgt von 15 Prozent Fällen, die Restmaßnahmen besuchen.⁵⁷ Diese Kohorte repräsentiert am ehesten den Maßnahmenverlauf, da sich „nur“ ein Drittel der Per-

⁵⁵ Hierarchisierung: Qualifizierende Maßnahmen, vorbereitende Maßnahmen, finanzielle Hilfen, ABM/AGH und Restmaßnahmen. Wenn sich etwa eine qualifizierende Maßnahme mit finanziellen Hilfen überschneidet, wird die qualifizierende Maßnahme priorisiert.

⁵⁶ Vier Prozent der Personen in Rehabilitation weisen zwei oder mehr Reha-Fälle auf.

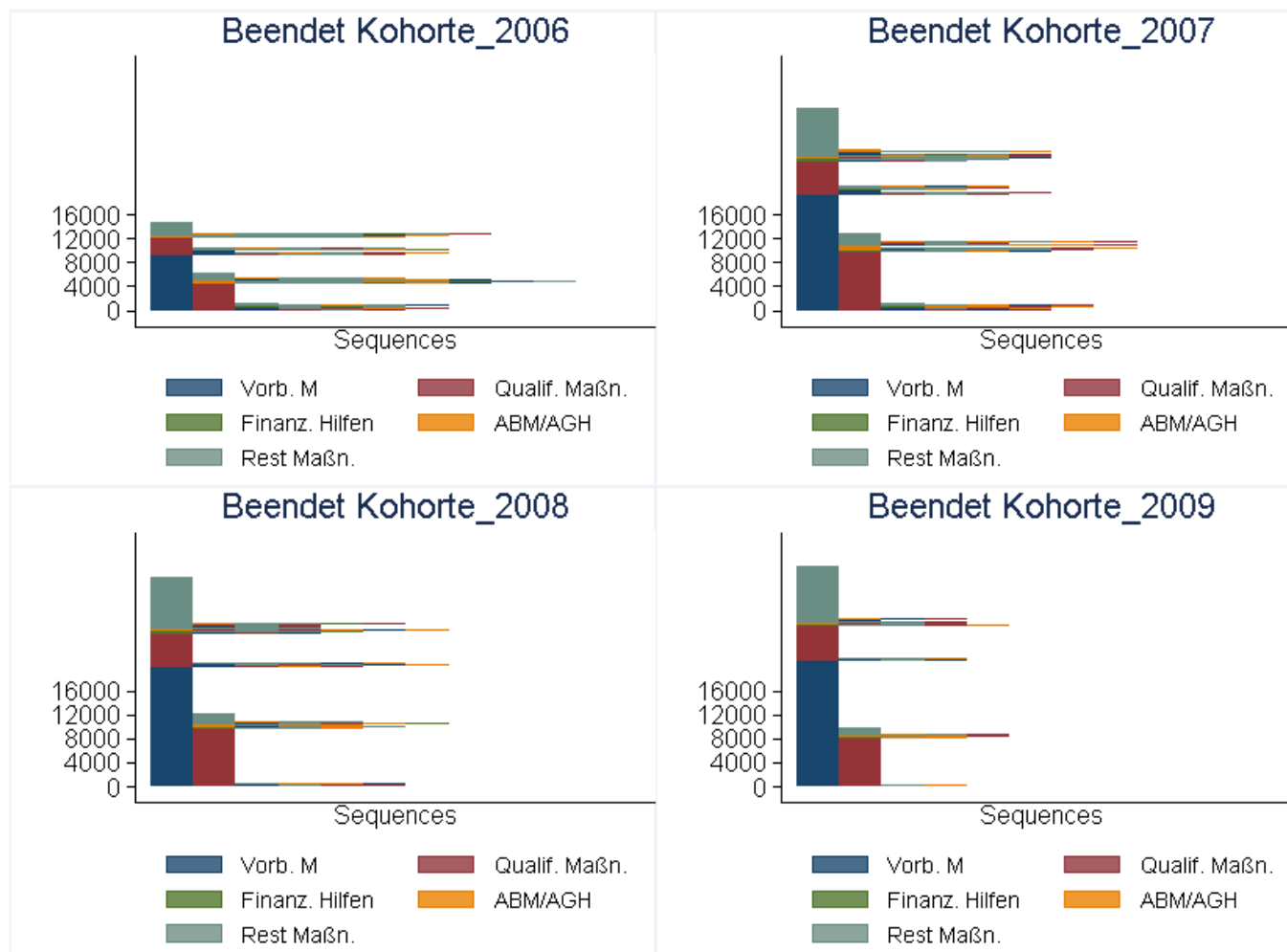
⁵⁷Die meisten davon gehören zu Maßnahmen der WfbM.

sonen in einer noch laufenden Rehabilitation befindet und davon auszugehen ist, dass bereits die Mehrheit der Rehabilitanden die Hauptmaßnahmen (qualifizierend) angetreten hat.

Bei noch laufenden Rehabilitationsfällen dominiert in allen Eintrittskohorten mit großem Abstand das Muster „vorbereitende und qualifizierende Maßnahme“ (Abbildung 19 und Tabelle A 58 im Anhang).

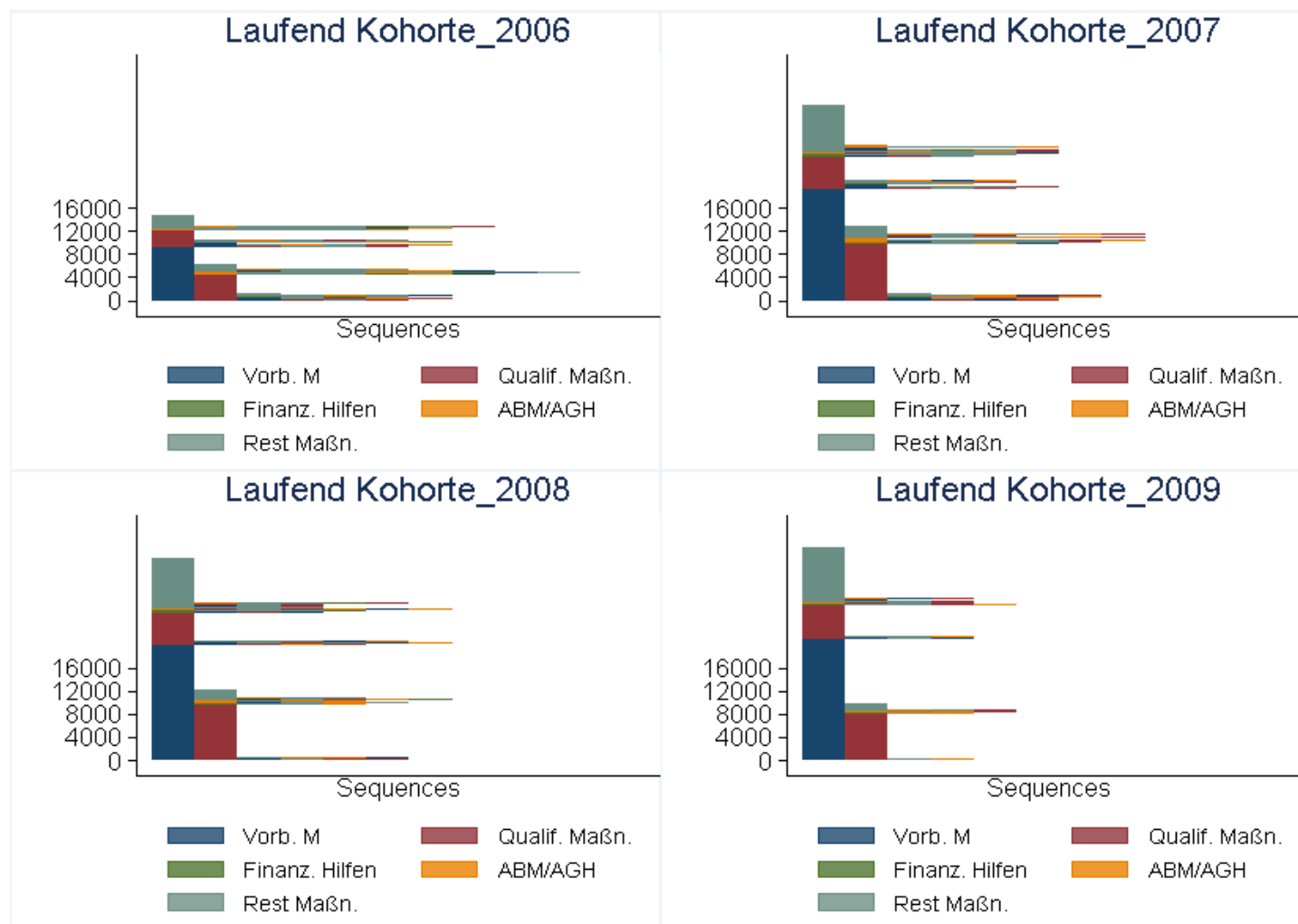
Aus dem Vergleich zwischen laufenden und beendeten Fällen geht hervor, dass bei Personen mit andauernden Rehabilitationsverfahren offensichtlich ein Bedarf an mehreren Maßnahmen gegeben ist, während bei den bereits beendeten Verfahren Einzelmaßnahmen ausreichen. Damit bestätigen sich die Ergebnisse aus Kapitel III/3. Bei Überlegungen hinsichtlich der Bildung von Kontrollgruppen muss diesem Umstand Rechnung getragen werden.

Abbildung 18: Maßnahmesequenzmuster - Beendete Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung 19: Maßnahmesequenzmuster - Laufende Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

7.2. Wiedereingliederung

Vorbemerkung

Das methodische Vorgehen und die Definition des Sample wurde schon bei der Ersteingliederung vorgestellt. Daher wird hier darauf verzichtet. Vor der Interpretation der Maßnahmeketten werden wiederum wesentliche deskriptive Statistiken vorgestellt.

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurden die Maßnahmen wiederum auf nur fünf Ausprägungen aggregiert: Vorbereitende Maßnahmen, Weiterbildungsmaßnahmen, finanzielle Hilfen, Sonstige Maßnahmen und ABM/AGH. Die Kategorie „vorbereitenden Maßnahmen“ beinhaltet dabei TM/MAG/MAT (33 Prozent) und „sonstige vorbereitenden Maßnahmen“ (65 Prozent). Die qualifizierenden Maßnahmen umfassen alle Weiterbildungsmaßnahmen. Zu finanziellen Hilfen zählen Beschäftigungsschaffende Zuschüsse (50 Prozent) und MOBI/sonstige kurzfristige Zuschüsse. Die Restkategorie besteht aus Maßnahmen des IFD, der WfbM, der SB und der sonstigen Maßnahmen.

Wiederum wurde aufgrund der Tatsache, dass Maßnahmen parallel vorkommen können, eine Hierarchie von Maßnahmen gebildet.⁵⁸ Um einen Überblick über die parallelen Maßnahmen zu gewinnen, wurden ebenfalls deskriptive Statistiken erstellt.

Anzahl der Maßnahmen und parallele Maßnahmen

Rehabilitanden in Wiedereingliederung besuchen zur Hälfte nur eine Maßnahme, 34 Prozent zwei Maßnahmen, 11 Prozent drei Maßnahmen, und nur sieben Prozent haben mehr als drei Maßnahmen erhalten (Abbildung 20 und Tabelle A 59 im Anhang). Wiederum gibt es relativ wenige Maßnahmen, die zeitliche Überschneidungen aufweisen (Abbildung 21 und Tabelle A 60 im Anhang).

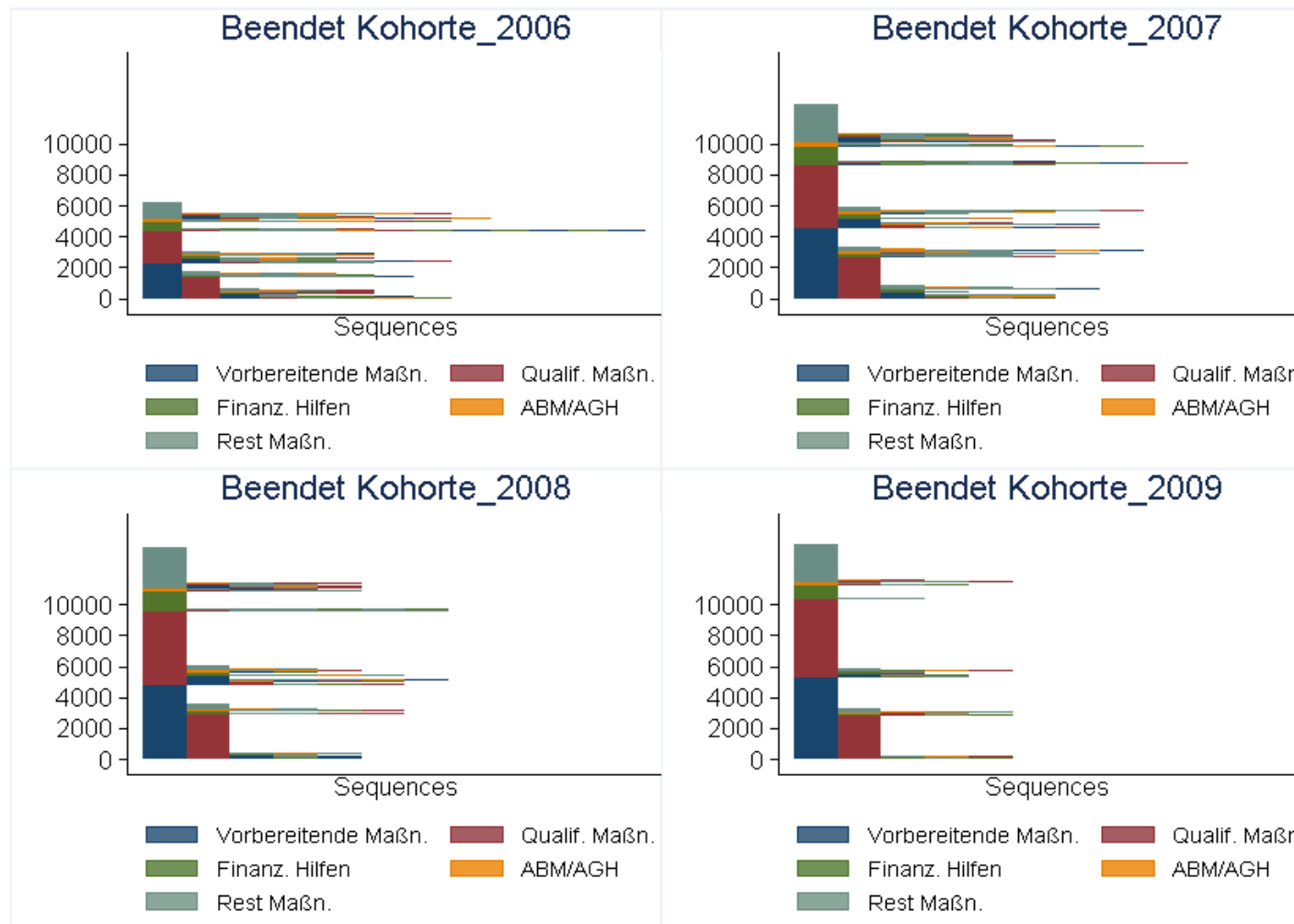
Interpretation

Die Maßnahmen entsprechen folgenden Sequenzen: 1 = Vorbereitende Maßnahmen, 2 = Qualifizierende Maßnahmen, 4 = Finanzielle Hilfen, 5 = ABM/AGH, 6 = Restliche Maßnahmen. Ähnlich wie bei der Ersteingliederung dominieren bei beendeten Rehabilitationsfällen die Sequenzmuster mit Einzelmaßnahmen (Abbildung 20). Der Hauptunterschied zur Ersteingliederung besteht jedoch darin, dass vorbereitende Maßnahmen wesentlich seltener vorkommen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Rehabilitanden der Wiedereingliederung bereits über Berufserfahrung verfügen und deswegen seltener Maßnahmen benötigen, die auf eine Ausbildung oder Weiterbildung vorbereiten sollen.

Sequenzen mit ausschließlich qualifizierenden Maßnahmen machen den größten Anteil aus. Dieser beläuft sich auf 26 Prozent in der 2006-er Kohorte und auf ungefähr 23 Prozent in den folgenden Eintrittskohorten. Die zweitgrößte Maßnahmesequenz bilden finanzielle Hilfen, die hauptsächlich auf die Integration in den Arbeitsmarkt abzielen. Ähnlich der Ersteingliederung dominiert bei laufenden Fällen der Wiedereingliederung das Sequenzmuster „vorbereitende und qualifizierende Maßnahmen“ (um 20 Prozent in der Kohorte 2006; Abbildung 21).

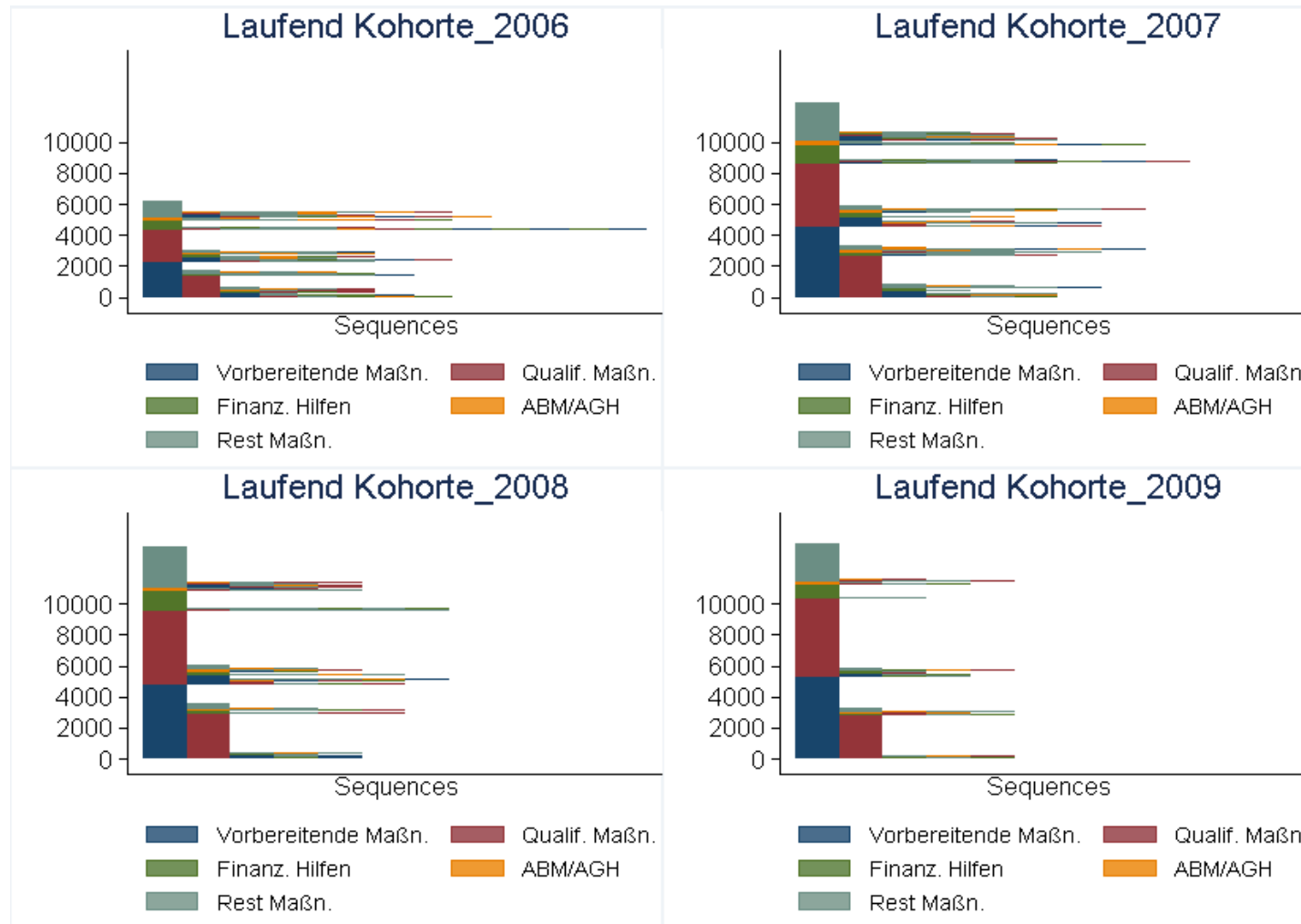
⁵⁸ Hierarchisierung: qualifizierende Maßnahmen, vorbereitende Maßnahmen, finanzielle Hilfen, ABM/AGH und Restmaßnahmen. Bei sich überschneidenden Maßnahmen wird somit pro Reha-Fall immer die in der Hierarchie oberste Maßnahme betrachtet.

Abbildung 20: Maßnahmesequenzmuster - Beendete Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung 21: Maßnahmesequenzmuster - Laufende Reha-Fälle; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

8. Verbleib nach der beruflichen Rehabilitation

Was kommt nach der beruflichen Rehabilitation für die Absolventen? Und wie hoch ist der Anteil derjenigen, die direkt danach in eine Beschäftigung übergehen? Ist eine berufliche Rehabilitation abgeschlossen, werden dabei vom Rehabilitationsberater oder -vermittler die Endegründe im Erfassungssystem vermerkt. Diese geben darüber Auskunft, in welchen Status ein Rehabilitand wechselt. Dabei ist Folgendes zu beachten: Oft wird der Reha-Fall erst dann als beendet angesehen und mit Endegrund „Beschäftigung“ in VerBIS eingetragen, wenn ein Rehabilitand ein Beschäftigungsverhältnis aufnimmt und dieses nach sechs Monaten noch besteht. Besteht dieses Beschäftigungsverhältnis nach sechs Monaten nicht mehr, gilt der Rehabilitationsfall als noch nicht integriert bzw. noch laufend und dementsprechend wäre kein Endegrund vermerkt.

Weitere Abgangsgründe, die zum Stichtag (und nicht sechs Monate später) eingetragen werden, sind bspw. ein Übertritt in den Rentenbezug, das Auftreten längerer Krankheit oder der Übergang in medizinische Rehabilitation. Einige Rehabilitanden gehen auch in den Arbeitsbereich einer WfbM über. Diese Personen können mithilfe der vorliegenden Daten nicht weiterverfolgt werden. Des Weiteren wird im Endegrund vermerkt, ob eine Person einen Antrag zur Anerkennung als Rehabilitand zurücknimmt, oder wegen „fehlender Mitwirkung“ oder „fehlender Integrationsaussichten“ ausscheidet. Unter „fehlender Mitwirkung“ wird in der Regel ein mehrmaliges Nicht-Nachkommen gewisser terminlicher Absprachen (z.B. Termin mit dem Vermittler wird mehrfach nicht eingehalten) verstanden. Beim Endegrund „Fehlende Integrationsaussichten“ wurde aus Sicht der Berater oder Vermittler alles getan, um eine Integration möglich zu machen. Sämtliche Maßnahmen wurden allerdings nicht erfolgreich absolviert, sodass keinerlei Integration stattfinden konnte.

Für diese Analysen wurden folgende Bedingungen zugrunde gelegt: Sie beziehen sich nur auf bereits beendete Fälle. Personen, die in eine Werkstatt für behinderte Menschen übergegangen sind, wurden ausgeschlossen, da keine weiteren Informationen über ihren Verbleib vorliegen. Einbezogen wurden zudem nur die Fälle, die vor Juni 2010 beendet waren.⁵⁹ Zudem war eine Hierarchisierung der Zustände notwendig, da bestimmte Zustände parallel auftreten können (z.B. Beschäftigung + Beschäftigungszuschuss): Beschäftigung vor Maßnahme, Maßnahme vor Arbeitslosengeldbezug, Arbeitslosengeldbezug vor Arbeitslosengeld-II-Bezug, Arbeitslosengeld-II-Bezug vor sonstigen Zuständen (z.B. Krankheit)⁶⁰. Für die folgenden Analysen wurde eine aktuellere Datenbasis (Datenrand Juli 2011) aufbereitet.⁶¹ Um möglichst viele Rehabilitanden in die Analysen einzuschließen, beziehen sich die deskriptiven Auswertungen ausschließlich auf die Zugangskohorte 2007.

⁵⁹ Dies steht im Zusammenhang mit den Beschäftigungsmeldungen, die nur bis Ende 2010 in den Daten enthalten sind. Die sechs Monate Differenz zu diesem Datenrand der Beschäftigungsmeldungen sind in der Nachhaltigkeitsdefinition der Integration durch die berufliche Rehabilitation der BA begründet.

⁶⁰ Hierarchie gemäß der Anordnung in den Tabellen zum weiteren Verbleib.

⁶¹ Dadurch verringert sich der Anteil noch laufender Fälle deutlich. Bei der hier betrachteten Zugangskohorte 2007 ist somit nur noch ein Anteil von 32 Prozent nicht beendet.

8.1. Ersteingliederung

In der Ersteingliederung geht etwa ein Zehntel der jungen Menschen nach der Rehabilitation ein Beschäftigungsverhältnis ein (Tabelle A 62 im Anhang). Am häufigsten liegt dabei eine unbefristete Erwerbstätigkeit vor. Ein gutes Viertel geht in den Arbeitsbereich einer WfbM über, ein Drittel verlässt die Rehabilitation aufgrund fehlender Integrationsaussichten oder fehlender Mitwirkung. Sonstige Gründe, die nicht weiter spezifiziert werden können, liegen etwa zu einem Viertel vor. Das Aufnehmen einer selbstständigen Tätigkeit oder der Übergang in Rente finden sich innerhalb der Ersteingliederung nur bei einzelnen Fällen.

Auch hier zeigen sich behindertenspezifische Unterschiede: Körperlich behinderte sowie sinnesbehinderte Jugendliche⁶² zeigen dabei die höchsten Anteile an Beschäftigung nach der Rehabilitation. Geistig behinderte Menschen werden zu über 80 Prozent in einer WfbM aufgenommen. Besonders junge Menschen mit einer Lernbehinderung verlassen die Rehabilitation häufiger aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten (Tabelle A 62 im Anhang).

Neben dem direkten Übergang aus der Rehabilitation in einen bestimmten Status stellt sich des Weiteren die Frage, wie der längerfristige Verbleib der Rehabilitanden aussieht? Ist die aufgenommene Beschäftigung stabil? Welcher Art ist diese Beschäftigung? Wird sie in Teilzeit oder Vollzeit ausgeführt? In welcher Branche arbeiten die Rehabilitanden dabei (Berufsgruppen nach Blossfeld 1985)⁶³? Dazu wird im Folgenden der Status zu unterschiedlichen Zeitpunkten betrachtet:⁶⁴ sechs Monate und 12 Monate nach Ende der Rehabilitation.⁶⁵

Ein großer Teil der jungen Menschen verlässt, wie beschrieben, die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung, aufgrund fehlender Integrationsaussichten oder durch die Rücknahme des Reha-Antrags. Es zeigt sich, dass zwar die Hälfte davon sechs Monate nach Reha-Ende Bezieher von Arbeitslosengeld-II sind, jeder Vierte jedoch steht in einem Beschäftigungsverhältnis. Hier handelt es sich zu etwa 60 Prozent um einfache (manuelle) Dienste bzw. Berufe. Über die Hälfte der Beschäftigten geht einer Beschäftigung in Vollzeit nach. Etwas weniger als die Hälfte führt diese Beschäftigung im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit aus, knapp 40 Prozent als geringfügig entlohnte Beschäftigung. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation sind anteilig etwas mehr junge Rehabilitanden in Beschäftigung, 54 Prozent erhalten Arbeitslosengeld-II. Sie sind am häufigsten in einfachen (manuellen) Diensten oder Berufen bzw. in einfachen kaufmännischen Tätigkeiten beschäftigt. Über die Hälfte führt die Tätigkeit in Vollzeit aus. Zu jeweils etwa 40 Prozent liegt eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bzw. eine geringfügig entlohnte Tätigkeit vor. Unterschiede nach Geschlecht lassen sich dahingehend finden, dass Frauen etwas häufiger nach Reha-Ende einen Arbeitslosengeld-II-Bezug aufweisen, dass sie wesentlich häufiger in einfa-

⁶² Seh- und Hörbehinderung, organische Behinderung und Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates.

⁶³ Die Klassifikation nach Blossfeld kategorisiert Berufe in 12 Berufsgruppen: Agrarberufe, Einfache manuelle Berufe, Qualifizierte manuelle Berufe, Techniker, Ingenieure, Einfache Dienste, Qualifizierte Dienste, Semiprofessionen, Professionen, Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe, Qualifizierte kaufmännische Verwaltungsberufe, Manager.

⁶⁴ Keine Zeitraumbetrachtung.

⁶⁵ Die Rehabilitanden der Ersteingliederung können dabei zu zwei Drittel sechs Monate und zu 57 Prozent ein Jahr nach Reha-Ende nachverfolgt werden.

chen kaufmännischen Tätigkeiten zu finden sind als in einfachen manuellen Beschäftigungen, sowie eher in Teilzeit und in geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnissen arbeiten (Tabelle A 63 und A 64 im Anhang).

Gehen die Jugendlichen nach Reha-Ende in eine Beschäftigung über, sind acht von zehn auch sechs Monate weiterhin erwerbstätig, nach einem Jahr sind es noch 70 Prozent. Die nach der Rehabilitation aufgenommene Beschäftigung kann also als durchaus nachhaltig angesehen werden, wobei hier aber nicht die Frage beantwortet werden kann, ob es sich um die gleiche Beschäftigung handelt oder nicht. Sie arbeiten dabei zumeist in einfachen bzw. qualifizierten manuellen Berufen und einfachen Diensten, zum Großteil in Vollzeit (Tabellen A 63 und A 64 im Anhang).

Analoge Betrachtungen, die sich ausschließlich auf lernbehinderte junge Menschen beziehen, zeigen keine großen Abweichungen zur Gesamtverteilung. Sie sind seltener in qualifizierten kaufmännischen Berufen zu finden und eher in einfachen kaufmännischen Berufsfeldern. Dies gilt im Besonderen für Frauen (Tabellen A 63 und A 64 im Anhang).

Psychisch behinderte Jugendliche, die häufig aufgrund von fehlender Mitwirkung/fehlender Integrationsaussichten bzw. aufgrund der Rücknahme des Reha-Antrages die Rehabilitation beenden, gehen nach sechs Monaten nur zu etwa einem Fünftel in Beschäftigung über. Dies gilt vor allem für Männer. Mühen junge Menschen nach der Rehabilitation in unbefristete oder befristete Beschäftigungsverhältnisse, zeigt sich, dass diejenigen mit einer psychischen Behinderung seltener manuelle Berufe ausführen als vermehrt qualifizierte kaufmännische Tätigkeiten (Tabellen A 63 und A 64 im Anhang).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, ist ein Rehabilitand erfolgreich integriert, scheint dies auch von Bestand zu sein. Allerdings zeigt sich auch, dass wenn eine Rehabilitation nicht erfolgreich abgeschlossen wird (v.a. aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten), der Großteil der jungen Menschen nach Reha-Ende Arbeitslosengeld-II bezieht. Dies gilt insbesondere bei Frauen. Vorliegende Analysen sind lediglich auf Basis deskriptiver Betrachtungen entstanden und auch als solche zu interpretieren. Es findet sich hier also nur ein erster vorläufiger Einblick in die weitere Integration nach Ende der Rehabilitation. Um valide Aussagen zu treffen, bedarf es einer größeren Zahl beendeter Verfahren und damit eines längeren Beobachtungszeitraumes als des zurzeit in den Daten vorhandenen.

8.2. Wiedereingliederung

Auch für erwachsene Menschen in Wiedereingliederung stellt sich die Frage, wie es nach Ende der Rehabilitation weitergeht. Auffällig ist zunächst, dass deutlich mehr Personen als im Bereich der Ersteingliederung in Beschäftigung übergehen (40 Prozent; Tabelle A 65 im Anhang). Zu etwa einem Fünftel liegt dabei ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis vor. Nur ein geringer Teil wird selbstständig und ein Zehntel wechselt in den Arbeitsbereich einer WfbM. Jeder Siebte beendet die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten. Die Rücknahme eines Reha-Antrags (zwei Prozent) oder ein Übergang in Rentenbezug (ein Prozent) kommt nur selten vor.

Eine wichtige Rolle beim Übergang spielt die Art der Behinderung: Menschen mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen⁶⁶ zeigen die höchsten Anteile beim Übergang in Beschäftigung (über 50 Prozent). Geistig behinderte Menschen sind nach Ende der Reha zu knapp zwei Dritteln in einer WfbM tätig. Personen mit einer psychischen Behinderung oder einer Lernbehinderung nehmen zu etwa einem Fünftel eine Beschäftigung auf oder münden in eine WfbM ein (21 bzw. 31 Prozent). Aber auch 10 Prozent der Personen mit einer psychischen Behinderung bzw. 16 Prozent mit einer Lernbehinderung verlassen die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung (Tabellen A 65 im Anhang). Die besten Integrationschancen scheinen demnach Personen zu haben, die von einer körperlichen oder Sinnesbehinderung betroffen sind.

Neben dem direkten Übergang aus der Rehabilitation stellt sich auch die Frage, wie der längerfristige Verbleib der Rehabilitanden aussieht? Dazu werden wiederum die Zeitpunkte sechs Monate und ein Jahr nach Reha-Ende betrachtet.⁶⁷ Auch in der Wiedereingliederung verlässt ein nicht unerheblicher Anteil die berufliche Rehabilitation aufgrund fehlender Integrationsaussichten, fehlender Mitwirkung bzw. durch Rücknahme des Reha-Antrags. Zwar findet sich die Hälfte davon nach sechs Monaten im Arbeitslosengeld-II Bezug. Aber immerhin fast jeder vierte geht einer Beschäftigung nach. Dies sind zumeist einfache (manuelle) Tätigkeiten, einfache bzw. kaufmännische Berufe oder qualifizierte manuelle Berufe. Allerdings arbeitet davon nur etwas über die Hälfte in Vollzeit. 12 Monate später zeigt sich ein ähnliches Bild: Frauen arbeiten häufiger in einfachen bzw. qualifizierten kaufmännischen Berufen, aber auch häufiger in Semiprofessionen (z.B. als Sozialarbeiter oder Krankenschwester), häufiger in Teilzeit und geringfügig entlohnten Beschäftigungen (Tabellen A 66 und A 67 im Anhang). An dieser Stelle sei allerdings erwähnt, dass anhand der Daten nicht festgestellt werden kann, ob diese Beschäftigungen tatsächlich behinderungsadäquat sind.

Wesentlich häufiger als in der Ersteingliederung gehen Personen der Wiedereingliederung nach Ende der Rehabilitation in eine Beschäftigung über. Auch nach sechs bzw. 12 Monaten ist ein Großteil weiterhin erwerbstätig. Die Tätigkeiten reichen dabei von einfachen (manuellen) bzw. kaufmännischen Diensten/Berufen bis hin zu qualifizierten manuellen bzw. kaufmännischen Berufen oder Semiprofessionen. Drei von vier der Beschäftigungen sind in Vollzeit. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nur bedingt: Männer arbeiten häufiger in einfachen bzw. qualifizierten manuellen Berufen oder Diensten, Frauen häufiger in einfachen bzw. qualifizierten kaufmännischen Berufen und Teilzeitbeschäftigungen (Tabellen A 66 und A 67 im Anhang).

Es bestätigt sich, dass Rehabilitanden mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates höhere Chancen auf Beschäftigung nach der Rehabilitation haben als Personen mit einer psychischen Behinderung. Sie verlassen häufiger die Rehabilitation mit einer Beschäftigung und sind häufiger auch nach sechs und zwölf Monaten erwerbstätig (über 90 Prozent). Dies gilt insbesondere dann, wenn sie zu ihrem ursprünglichen Arbeitgeber zurückgekehrt sind. Psychisch behinderte Menschen weisen nach sechs und 12 Monaten nur noch zu zwei Dritteln eine Beschäftigung auf.⁶⁸ Sie arbeiten häufiger in Semiprofessionen und weniger in qualifizierten kaufmännischen Berufen, in Teilzeit und geringfügiger Beschäftigung (Tabellen A 66 und A 67 im Anhang).

⁶⁶ Seh-, Hörbehinderung, Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates und organische Behinderung.

⁶⁷ In der Wiedereingliederung lassen sich Rehabilitationsfälle nach sechs Monaten zu 76 Prozent, nach 12 Monaten zu 65 Prozent über die Rehabilitation hinaus nachverfolgen.

⁶⁸ Geschlechtsspezifische Auswertungen werden aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht vorgenommen.

Wenn sie die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung/Integrationsaussichten bzw. durch die Rücknahme des Reha-Antrags beenden, ist nach sechs bzw. 12 Monaten lediglich ein Viertel beschäftigt, über die Hälfte bezieht Arbeitslosengeld-II. Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates und den gleichen Endegründen sind nach sechs bzw. 12 Monaten zur Hälfte in Beschäftigung. Nach Branchen unterscheiden sich Personen der beiden Behinderungsarten nur geringfügig. Sie arbeiten zum überwiegenden Teil in einfachen (manuellen) Berufen/Diensten bzw. in einfachen kaufmännischen Berufen. Psychisch behinderte Menschen sind wiederum häufiger in Teilzeit tätig und dabei seltener in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (Tabellen A 66 und A 67 im Anhang).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass innerhalb der Wiedereingliederung ein Großteil die Rehabilitation mit der Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses abschließt. Diese Beschäftigung nach Reha-Ende besteht in den meisten Fällen auch noch nach einem halben bzw. einem Jahr. Sie kann also als nachhaltig angesehen werden. Auch wenn die Rehabilitation nicht erfolgreich beendet wurde, weisen sechs Monate später 40 Prozent eine Beschäftigung auf. Insgesamt scheinen Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates bessere Integrationschancen zu haben als psychisch behinderte Menschen. Die Integration gestaltet sich hier zudem nachhaltiger. Und wie auch bei der Ersteingliederung gilt, dass diese Analysen nur einen ersten vorläufigen Einblick in die weitere Integration nach Ende der Rehabilitation geben können. Um valide Aussagen zu treffen, bedarf es einer größeren Zahl beendeter Verfahren und damit eines längeren Beobachtungszeitraumes als derjenige, der derzeit in den Daten vorhanden ist.

9. Unterstützte Beschäftigung

Neben den bereits etablierten Maßnahmen, die berufliche Rehabilitanden erhalten können, soll im Folgenden kurz ein relativ neues Instrument zur Unterstützung der Eingliederung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorgestellt werden. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob eine Evaluation dieser Maßnahmen möglich und sinnvoll ist.

Im Jahr 2008 wurde das Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung (UB) verabschiedet (Bundesministerium der Justiz 2008). Die Ursprungsidee der Unterstützten Beschäftigung wurde „Ende der 1970er/ Anfang der 1980er Jahre in den USA entwickelt, um die berufliche Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu unterstützen, die ansonsten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als ‚nicht vermittelbar‘ galten. Im Laufe der Zeit weiteten sich die unterstützten Zielgruppen auf Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen und sozialen Benachteiligungen aus“ (Doose 2006).

Unterstützte Beschäftigung zielt somit auf einen besonderen Personenkreis ab. Für diesen kann mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben alleine keine Integration ins Erwerbsleben erfolgen. Eine Eingliederung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung erscheint der einzige Weg einer Integration. Um dennoch eine Eingliederung in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu ermöglichen und zu unterstützen, wurde UB als integratives Förderinstrument implementiert. Das grundlegende Konzept kann mit dem Grundsatz „erst platzieren, dann qualifizieren“ beschrieben werden und soll behinderten Menschen, die für eine Aus- oder Weiterbildung nicht in Betracht kommen, durch Unterstützung eines Trägers eine dauerhafte berufliche Eingliederung auf

dem allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnen (Bundesagentur für Arbeit 2009). Sie ist allerdings nachrangig zu berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen oder Berufsausbildung.

Unterstützte Beschäftigung umfasst sowohl individuelle betriebliche Qualifizierung als auch – bei Bedarf – Berufsbegleitung. Kernelemente sind (Bundesministerium für Arbeit und Soziales):

1. Individuelle betriebliche Qualifizierung: Diese findet in Betrieben statt. Der Geförderte ist in dieser Zeit sozialversichert und wird von einem Jobcoach unterstützt und begleitet. Sie kann bis zu zwei Jahren dauern (in Ausnahmefällen bis drei Jahre).
2. Berufsbegleitung: Wenn eine weitergehende Unterstützung des (erreichten) sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses notwendig ist, erfolgt eine Berufsbegleitung. Diese ist nicht zeitlich beschränkt und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des Geförderten.

Die Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung werden dabei vom zuständigen Rehabilitationsträger (Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge) erbracht, soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind (§ 38a Abs. 2 SGB IX). Die Leistungsträger der Berufsbegleitung "können nach § 38a Abs. 3 SGB IX das zuständige Integrationsamt, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sein" (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010).

Der Ablauf einer UB ist abhängig von den individuellen Bedürfnissen des Geförderten. Dabei sind die Leistungsinhalte der individuellen betrieblichen Qualifizierung folgendermaßen definiert:

Nach der Feststellung des Unterstützungsbedarfs sowie der vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten begleitet ein Jobcoach den Geförderten. Bei Jugendlichen sollte dies idealerweise schon am Ende der Schulzeit erfolgen. Mittels Qualifizierungsplätzen wird dann ein möglicher Arbeitsplatz in einer passenden Branche gesucht, auf dem eine gründliche Einarbeitung erfolgen soll.

Die Akquise geeigneter Qualifizierungsplätze, eine Arbeitsplatzanalyse bezogen auf die konkreten Arbeitsbedingungen sowie der kontinuierliche Kontakt zum Arbeitgeber obliegen dem Maßnahmeträger bzw. dem Jobcoach. Dabei kann der Jobcoach den Geförderten auch (stundenweise) während der Qualifizierungsphase am Arbeitsplatz begleiten.

Die Einarbeitung soll zum einen Maßnahmen beinhalten, die der Entwicklung der Persönlichkeit dienen. Zum anderen soll sie berufsbezogene und berufsübergreifende Inhalte und Qualifikationen vermitteln. Idealtypisch soll dies in zwei Phasen ablaufen, einer Einstiegs- und einer Qualifizierungsphase, die dann von einer dritten Phase, der Stabilisierung, abgeschlossen werden. Diese dient der „Festigung im betrieblichen Alltag zur Realisierung einer dauerhaften Beschäftigung“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010: 10). Dabei begleitet ein Jobcoach den Geförderten bei Bedarf auch noch dann, wenn ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zustande gekommen ist. Diese Berufsbegleitung soll das bestehende Arbeitsverhältnis dauerhaft sichern (ders.).

Zudem nimmt der Jobcoach Kontakt zu einem möglicherweise vorhandenen Unterstützungsnetzwerk (gesetzlich bestellter Betreuer, Therapeut) auf, verbunden mit einer permanenten Rückkopplung während der UB.

Erfahrungen aus der Praxis (Vermittlungsfachkräfte, Maßnahmeträger) zeigen die vielfältigen Facetten der Unterstützung seitens des Jobcoachs:

- Begleitung des Geförderten von seinem Zuhause bis in die Arbeit („wie fahre ich Straßenbahn“, „wohin muss ich gehen“, „Arbeitsplanung im häuslichen Umfeld“, „Erstellung geregelter Tagesabläufe und klare Aufgabenfelder“).
- Begleitung durch den Jobcoach direkt am Arbeitsplatz (z.B. „wie gehe ich mit Kollegen/Vorgesetzten um“, „Selbstwahrnehmung vs. Fremdwahrnehmung“ „Vermittlung der notwendigen Kenntnisse und Arbeitsinhalte“)

Daraus folgt, dass eine fachliche Qualifizierung alleine keine Garantie zur Integration bietet. Es sind spezielle ressourcenorientierte Hilfen erforderlich, da oft die Selbstwahrnehmung der Betroffenen ausschließlich die durch die Erkrankung bedingten Defizite hervorhebt und Handlungsmöglichkeiten ausblendet. Oft ist es so, dass auch Einschränkungen der sozialen Kompetenzen vorhanden sind. Diese beinhalten Alltagsregelungen, Haushaltsorganisation oder die Kontrolle der finanziellen Situation. Nicht in jedem Fall ist ein Unterstützungsnetzwerk vorhanden. Hier muss dann der Jobcoach aktiv werden. Integration ist oft nur möglich im Verbund mit einer ganzheitlichen Stabilisierung.

Die Bundesagentur für Arbeit hat dieses Förderinstrument im Jahr 2009 als erster Träger der beruflichen Rehabilitation eingeführt. Im Jahresdurchschnitt 2010⁶⁹ wurden 2.023 Personen mit Unterstützter Beschäftigung gefördert, darunter 1.770 im Rechtskreis SGB III (Bundesagentur für Arbeit 2011a). Der Großteil wird im Rahmen der Ersteingliederung gefördert, 18 Prozent im Bereich der Wiedereingliederung.

Der Aufgabenbereich der BA beschränkt sich auf die individuelle betriebliche Qualifizierung. Diese findet man damit in den Prozessdaten wieder. Eine mögliche anschließende Berufsbegleitung fällt in die Zuständigkeit eines anderen Trägers. Dies sind in der Regel die Integrationsämter. Da die Geförderten sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, lässt sich zwar der weitere Erwerbsverlauf mittels der Beschäftigtenstatistik nachvollziehen. Da aber eine zusätzliche Förderung der Berufsbegleitung nicht verzeichnet ist, können Aussagen über die Art der weiteren Integration nicht getroffen werden, da hier nicht zwischen gefördert und ungefördert unterschieden werden kann. Zudem sind aus den Prozessdaten die sehr unterschiedlichen, einzelfallbezogenen Inhalte der Unterstützten Beschäftigung sowie die in der Persönlichkeit des einzelnen Geförderten liegenden unterschiedlichen Voraussetzungen nicht abzulesen. Daher dürften quantitative Analysen nicht zielführend sein. Ob eine qualitative Studie geeignet ist, zum Erkenntnisinteresse bezüglich der Integration am Arbeitsleben beizutragen, wäre zu diskutieren.

⁶⁹ Im Jahresdurchschnitt 2009 waren es 571 Personen. Da die Förderung im gleichen Jahr erst begann, sind diese Werte nicht aussagekräftig.

10. Zusammenfassung

Die deskriptiven Auswertungen des neuen Datensatzes zur beruflichen Rehabilitation zeichnen ein heterogenes Bild. Dies betrifft sowohl die Rehabilitanden selbst als auch die von ihnen besuchten Maßnahmen. Während Rehabilitanden der Wiedereingliederung über eine Berufsausbildung und Berufserfahrung verfügen, stehen Rehabilitanden der Ersteingliederung vorwiegend auf der Stufe des Übergangs von der Schule in das Ausbildungs- bzw. Erwerbssystem. Wesentliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern finden sich nicht, jedoch zeigt sich, dass Jugendliche und junge Erwachsene in der Ersteingliederung vor allem eine Lernbehinderung aufweisen, während bei Personen in der Wiedereingliederung vor allem Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychische Behinderungen im Vordergrund stehen.

Neben den Maßnahmen, die die allgemeine Arbeitsmarktpolitik bietet, stehen beruflichen Rehabilitanden zudem sog. besondere (rehabilitationsspezifische) Leistungen zur Verfügung. Die Mehrzahl der jungen Menschen in Ersteingliederung nimmt an rehabilitationsspezifischen Ausbildungsmaßnahmen teil, gefolgt von rehabilitationsspezifischen und allgemeinen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen sowie dem Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen. Dabei zeigen sich behindertenspezifische Unterschiede. So dominiert bei den vergebenen Maßnahmen beispielsweise bei Personen mit geistiger Behinderung das Eingangsverfahren bzw. der Berufsbildungsbereich Werkstätten für behinderte Menschen. Junge Menschen mit einer Lernbehinderung finden sich überwiegend in allgemeinen und rehabilitationsspezifischen BvB sowie rehabilitationsspezifischen Ausbildungen. Zudem nimmt nicht jede Person in Ersteingliederung an einer Maßnahme teil, etwa ein Achtel der Fälle weist keine Maßnahmeteilnahme auf, während alle anderen eine oder häufig auch mehrere Maßnahmen erhalten.

Ein Blick auf die Maßnahmen, die Personen in Wiedereingliederung erhalten, zeigt zunächst ein der Ersteingliederung ähnliches Bild. Auch hier dominieren rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen, ihr Anteil sinkt im Zeitverlauf aber deutlich. Ein genau gegenläufiges Bild zeigt sich bei allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen, ihr Anteil steigt im Zeitverlauf. Dabei besuchen Personen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates und Rehabilitanden mit organischen Behinderungen eher rehabilitationsspezifische und allgemeine Weiterbildungen, TM/MAG/MAT und sonstige rehabilitationsspezifische Vorbereitungsmaßnahmen. Im Unterschied zur Ersteingliederung liegt hier der Anteil von Personen ohne eine einzige Maßnahmeteilnahme bei etwa einem Drittel, ein weiteres Drittel nimmt an genau einer Maßnahme teil, alle anderen an mehreren.

Multivariate Modelle zu Zugangswahrscheinlichkeiten in Maßnahmen zeigen bei Jugendlichen bspw., dass die Art der Behinderung einen Einfluss sowohl für die generellen Zugangschancen in Maßnahmen als auch auf die Art der Maßnahme hat. So haben Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates eine geringere Teilnahmewahrscheinlichkeit für Maßnahmen im Vergleich zu Personen, die von anderen Behinderungsarten betroffen sind (Ausnahmen finden sich nur bei Jugendlichen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung). Weitere Einflussfaktoren sind bei den Ersteingliederungsfällen die Schulbildung, die Wohnregion differenziert nach den Clustern der Ausbildungsmärkte und teilweise auch das Geschlecht. Etwa die Hälfte der Personen beginnt 120 Tage nach der Anerkennung als Rehabilitand die erste Maßnahme. Dies hat sich allerdings im Laufe der letzten Jahre verändert, die Wahrscheinlichkeit steigt im Zeitverlauf an, schneller in die erste Maßnahme zu wechseln.

Dies gilt auch für Personen in Wiedereingliederung. Wiederum beeinflusst die Behinderungsart zum einen die Wahrscheinlichkeit, überhaupt an einer Maßnahme teilzunehmen, zum anderen aber auch die Art der Maßnahme. So haben bspw. Personen mit geistiger Behinderung bei allen dargestellten Maßnahmearten eine deutlich geringere Teilnahmewahrscheinlichkeit als Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates; würde das Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer WfbM dargestellt sein, so wäre ihre Wahrscheinlichkeit auf eine Teilnahme hingegen deutlich höher. Analog zu den Ergebnissen der Ersteingliederung spielt auch bei der Wiedereingliederung die Schulbildung, das Geschlecht, das Alter und teilweise die Region des Wohnortes in der Verteilung nach SGB III-Regionaltypen eine Rolle. Ein eindeutiges Muster lässt sich allerdings hinsichtlich der regionalen Arbeitsmarktstruktur nicht finden.

Die typische Maßnahmekette im Bereich der Ersteingliederung ist dabei eine vorbereitende Maßnahme in Kombination mit einer Ausbildungsmaßnahme. In der Wiedereingliederung ist das typische Muster eine vorbereitende Maßnahme kombiniert mit einer Weiterbildungsmaßnahme.

In der Ersteingliederung geht etwa ein Zehntel der jungen Menschen nach Ende der Rehabilitation in ein Beschäftigungsverhältnis über, ein gutes Viertel in den Arbeitsbereich einer WfbM und ein Drittel verlässt die Rehabilitation aufgrund fehlender Integrationsaussichten oder fehlender Mitwirkung. Die Abgangsarten variieren nach der Art der Behinderung: Besonders junge Menschen mit einer Lernbehinderung verlassen die Rehabilitation häufiger aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten, Menschen mit einer geistigen Behinderung treten zu über 80 Prozent in eine WfbM ein. Von dem Großteil der jungen Menschen, die die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung, aufgrund fehlender Integrationsaussichten oder durch die Rücknahme des Reha-Antrags verlässt, steht sechs Monate nach Ende der Rehabilitation jeder Vierte in einem Beschäftigungsverhältnis. Diese sind ebenso wie die direkt nach der beruflichen Rehabilitation aufgenommenen Beschäftigten in einem zwölf-Monatsbetrachtungszeitraum stabil.

In der Wiedereingliederung zeigt sich ein anderes Bild: Vier von zehn beenden ihre Rehabilitation mit einem Übergang in Beschäftigung, nur jeder Siebte beendet die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten. Auch hier unterscheiden sich die Gründe der Beendigung der Rehabilitation deutlich nach den Behinderungsarten. So zeigen Menschen mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen mit über 50 Prozent die höchsten Anteile beim Übergang in Beschäftigung. Geistig behinderte Menschen sind nach Ende der Reha zu knapp zwei Dritteln in einer WfbM tätig. Bei Personen, die direkt in Beschäftigung abgehen, ist diese bei einem Großteil auch über einen Jahreszeitraum betrachtet stabil. Wird als Endgrund fehlende Mitwirkung/fehlende Integrationsaussichten oder Rücknahme des Reha-Antrags angegeben, sind nach sechs Monaten knapp 40 Prozent in Beschäftigung. Insgesamt scheinen Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates gute Integrationschancen aufzuweisen, die auch nachhaltig scheinen.

IV. Machbarkeitsstudie Daten des Ärztlichen Dienst

1. Daten des Ärztlichen Dienstes

Im Projektkontext war zudem die Möglichkeit einer Zuspiegelung von Daten des Ärztlichen Dienstes (ÄD) zu prüfen. Dies erfolgte im Rahmen einer Machbarkeitsstudie „Daten des Ärztlichen Dienstes“. Im Zentrum stand die Frage, ob die Daten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit dem Prozessdatenpanel beruflicher Rehabilitanden hinzugespielt werden können. Dies beinhaltet sowohl Fragen zur Datenqualität, zur Art der Datenhaltung, deskriptive Analysen, aber auch die Prüfung datenschutzrechtlicher Aspekte.⁷⁰

Zu prüfen war, ob die dem ÄD vorliegenden Informationen einer Anreicherung des Merkmalskannons über die einzelnen Personen dienen können und damit dazu beitragen, wirkungsanalytische Optionen (z.B. Reduzierung unbeobachteter Heterogenität) zu erweitern. So könnte bspw. die Bildung von Vergleichsgruppen begünstigt werden, die methodische Grundvoraussetzung für Analysen zur Maßnahmezuzuweisung und Wirksamkeit von Maßnahmen sind.

Die Daten des Ärztlichen Dienstes entstehen, wie alle Prozessdaten, im Verwaltungshandeln und werden vor Ort gespeichert. Sie konzentrieren sich zumeist auf administrative Belange. Damit verbunden sind bestimmte Kennzeichnungen und Erfassungsvorgaben. Dies hat sowohl methodische als auch inhaltliche Konsequenzen für die Beantwortung von Forschungsfragen.

In einem ersten Schritt wurden in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst der Zentrale der BA daher die in den Datenprodukten vorhandenen Variablen und Ausprägungen gesichtet. Basierend auf theoretischen Überlegungen, die sich vor allem mit der Rolle des Ärztlichen Dienstes im Rahmen beruflicher Rehabilitation beschäftigt, sowie den wenigen Studien zur beruflichen Rehabilitation wurden in einem weiteren Schritt die Variablen ausgewählt, die inhaltlich und methodisch für die Konstruktion von Vergleichsgruppen nützlich sein können.

Daraufhin stellte der Ärztliche Dienst der Zentrale dem IAB die gewünschten Daten zur Verfügung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgten hier unterschiedlichste Einschränkungen. So wurden keine Individualdaten zur Verfügung gestellt, sondern mehrdimensionale Tabellen, bei denen jeweils Felder mit Zellen- und Zeilenbesetzungen kleiner zehn bzw. elf entfernt wurden. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nicht repräsentativ.

Zusätzlich ist Folgendes zu berücksichtigen: Medizinische Diagnosen können nicht nur vom ÄD, sondern auch Dritten oder von Öffentlichen Gesundheitsdiensten gestellt werden. Medizinische Diagnosen dieser Stellen werden aber nicht in den Daten des ÄD erfasst. Diese Stellen werden im SGB II-Bereich jedoch bisweilen zur Klärung des Gesundheitszustandes herangezogen. Weiterhin befinden sich in den Daten vor allem Personen in beruflicher Wiedereingliederung (ca. zwei Drittel). Ersteingliederungsfälle werden vermutlich zumeist (aufgrund eines hohen Anteils an lernbehinderten Jugendlichen) über den Psychologischen Dienst der Bundesagentur für Arbeit begutachtet. Mit dem Ärztlichen Dienst haben sie meist nur Kontakt, wenn zugleich ein körperliches Leiden vorliegt.

⁷⁰ Die Autoren bedanken sich herzlich bei den Kollegen des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit, namentlich bei Dr. Albert Berg, Dr. Klaus Jurgovsky und Silko Dzikowski für die umfassende und tatkräftige Unterstützung, ohne die die Erstellung dieses Berichts nicht möglich gewesen wäre.

Dennoch hat sich bei den Analysen gezeigt, dass eine Zuspiegung bestimmter Variablen aus den Daten des Ärztlichen Dienstes zum IAB-Prozessdatenpanel für die Evaluation beruflicher Rehabilitation wichtig wäre. Dies gilt vor allem für Analysen am Anfang des Rehabilitationsprozesses, d.h. für Fragen der Zugangssteuerung zum Rehabilitationsstatus und zu Maßnahmen, aber beispielsweise auch für die Bildung von Vergleichsgruppen sowie für Fragen nach den Wirkungen einzelner Rehabilitationsmaßnahmen abhängig von der jeweiligen gesundheitlichen Einschränkung.

Zu diesen Merkmalen gehört die verantwortliche Stelle, die den ÄD heranzieht, um den Rehabilitationsstatus festzustellen. Es existieren keine fehlenden Angaben, die zu Verzerrungen der Untersuchungsergebnisse führen könnten. Durch die Kenntnis der initiiierenden Stelle ist es möglich zu identifizieren, welche Abteilungen und Institutionen einen potentiellen Rehabilitationsbedarf in Betracht ziehen und den ÄD mit einer sozial- und arbeitsmedizinisch begründeten Klärung beauftragen. In Verbindung mit dem Einladungsgrund trägt die Variable entscheidend dazu bei, die Wege beruflicher Rehabilitation nachzuzeichnen. Dabei spielt die Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Abteilungen und Institutionen eine wichtige Rolle, denn der Kontakt zu erkrankten oder behinderten Personen dürfte unterschiedlich häufig gegeben sein. Dies könnte auf der anderen Seite dazu führen, dass Rehabilitationsbedarfe (etwa in den Leistungsabteilungen) in manchen Stellen seltener in Erwägung gezogen oder erkannt werden, weil z.B. die Erfahrung im Umgang mit dieser Klientel weniger ausgeprägt ist.

Hier müssen allerdings zusätzliche differenziertere Analysen sowohl hinsichtlich der Erst- und Wiedereingliederung als auch der Rechtskreise SGB II und SGB III durchgeführt werden. Weil sich die Krankheitsbilder von jüngeren und älteren Menschen (und damit tendenziell zwischen Erst- und Wiedereingliederung) voneinander unterscheiden, könnte die jeweils divergierende Sichtbarkeit von gesundheitlichen Schädigungen (wie psychischen Erkrankungen) die Erkennung eines Bedarfs erschweren. Differenzen zwischen dem SGB II- und SGB III-Bereich sind denkbar, wenn der Erfahrungshorizont mit beruflicher Rehabilitation nach den beiden Rechtskreisen unterschiedlich weit gefasst ist. Dies könnte für die Anerkennung als Rehabilitand ein zentraler Faktor sein.

Der Einladungsgrund gibt an, welches Anliegen der auftraggebenden Stellen nach einer sozial- und arbeitsmedizinischen Abklärung verlangt. So wird hier etwa unterschieden, ob die Verfügbarkeit für die Vermittlung geprüft werden soll oder die Eignung für eine Rehabilitationsmaßnahme. Die beiden genannten Gründe spielen dabei mit einem Anteil von über 85 Prozent die Hauptrolle. Hier treffen also rechtliche Vorgaben und Regelungen der Arbeitsverwaltung (einschließlich der damit einhergehenden Sanktionen) mit dem Einsatz medizinischer Fachkompetenz zusammen. Über einen Vergleich von Einladungsgründen im Falle mehrerer Kontaktaufnahmen eines Kunden mit dem ÄD können die verschiedenen Wege beschrieben werden, die diesen in die berufliche Rehabilitation führen. Möglicherweise wird nicht schon vor der ersten Einladung ein Rehabilitationsbedarf vermutet, obwohl ein solcher vorliegen könnte. Dem ÄD ist es aber möglich, hierfür wesentliche Impulse zu setzen, auch wenn die initiiierende Stelle sich z.B. zunächst für die Verfügbarkeit eines Kunden im Rahmen einer Arbeitsvermittlung interessiert. Die Kenntnis der Variable lässt es außerdem zu, Aussagen darüber zu treffen, mit welcher Häufigkeit sich ein Verdacht auf einen Rehabilitationsbedarf nach Einschaltung durch die Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes bestätigt.

Die Kenntnis des Einladungsgrundes würde es ermöglichen, die Gruppe der Rehabilitanden differenzierter zu betrachten, um ihre heterogene Zusammensetzung analytisch handhaben zu können. Dadurch könnten im Weiteren Vergleichsgruppen gebildet werden. Differenzierungen zwischen

Erst- und Wiedereingliederung sind hier ebenfalls aus den schon zuvor genannten Gründen empfehlenswert.

Da eine bestimmte Dauer der bisherigen Krankheitsgeschichte Voraussetzung für den Umfang der Dokumentation gesundheitlicher Schädigungen ist und sie aller Wahrscheinlichkeit nach mit steigendem Alter zunimmt, ist anzunehmen, dass externe Unterlagen eher in der beruflichen Wiedereingliederung als in der Ersteingliederung Verwendung finden. Wie bereits weiter oben skizziert stehen diese aber in den Daten des ÄD nicht zur Verfügung.

Ob die Art der Begutachtung (nach Aktenlage, Untersuchung u.a.) sowie die Anzahl der berücksichtigten Unterlagen für die Forschung notwendig sind, bleibt zu diskutieren. Zwar sind prinzipiell Informationen zur Art der Begutachtung immer inhaltlich gefüllt, allerdings kann beispielsweise nicht alleine aus den Daten des Ärztlichen Dienstes darauf geschlossen werden, für welche Fallkonstellation von Rehabilitanden, wie viele Unterlagen im Allgemeinen vorliegen. Dazu wären differenzierte Informationen auch über die Krankheitsgeschichte des Einzelnen nötig. Diese Informationen stehen jedoch nicht zur Verfügung.

Die medizinischen Diagnosen erstellt der Ärztliche Dienst anhand der ICD-Klassifikation.⁷¹ Zur Präzisierung der Einschränkungsort werden der sogenannte „Erst- und Zweitschaden“ unter Verwendung von ICD-Codes erfasst. Die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) ist eine international gebräuchliche Form der Klassifizierung von Krankheiten (und Todesursachen). Sie bildet ein staatenübergreifendes Fundament für den Vergleich von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Erkrankungen werden in den Untersuchungen mit entsprechenden Codes versehen und in grenzüberschreitend vergleichbarer Weise gespeichert.

Die Klassifikation wird regelmäßig überarbeitet und erneuert (World Health Organization 2010). Die Analyse von Änderungen im Zeitverlauf wird dabei komplexer, weil Inhalte und Aussagen, die sich hinter den Codes verbergen, nicht konstant bleiben. Dieser Sachverhalt muss bei Längsschnittuntersuchungen berücksichtigt werden, da die Dateninterpretation entsprechend angepasst werden muss.

ICD-Erst- und Zweitdiagnosen ließen sich für die Untersuchung darüber heranziehen, welche Erkrankungskategorien vornehmlich zur Anerkennung von Rehabilitanden führen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es für die beabsichtigten Zwecke ausreichend, das Merkmal (ICD-Diagnose) in der obersten 20-teiligen Codierung nach Krankheitskapiteln zu übernehmen. Die vom ÄD zur Verfügung gestellten tabellarischen Übersichten zum Füllgrad der ICD-Erst- und Zweitdiagnose zeigen, dass die Erstdiagnose bei den Fällen des ÄD überwiegend gefüllt ist und auch eine Zweitdiagnose in mehr als der Hälfte der Fälle vorhanden ist. Dabei ist zu beachten, dass laut Aussage des ÄD in den Daten auch nur die Zweitdiagnose ohne Erstdiagnose gefüllt werden kann. Damit ist davon auszugehen, dass für die vom ÄD begutachteten Fälle immer eine Information zur Diagnose vorhanden sein sollte.

Wie dargestellt, nutzt der ÄD die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), um Diagnosen für die von ihnen untersuchten Personen zu vergeben.

⁷¹ Das Analysepotential ist begrenzter, als es bei einer Nutzung der ICF-Klassifikation der Fall wäre, die soziale Implikationen gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Dokumentation integriert. Die ICF ist vom Ärztlichen Dienst allerdings nicht implementiert.

Sie ist allerdings nicht das einzige Klassifikationsschema für Morbidität und Mortalität. Als eine leistungsfähigere Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) eingeführt, die Analysen der Wirkung von beruflicher Rehabilitation eher unterstützen, weil sie die Situation potentieller Rehabilitanden und deren Kompetenzentwicklung mehrdimensional (bio-psychisch-sozial) abbildet (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2009). Die ICF ermöglicht im Gegensatz zur ICD nicht nur die länderübergreifende Vergleichbarkeit von Morbidität und Mortalität, sondern erleichtert auch die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand Gesundheit und den dazugehörigen Kontexten (Schliehe 2006).

In der medizinischen Forschung geht es nicht nur darum, Krankheiten wiederzugeben, sondern Funktionsbeschränkungen, die aus Krankheiten resultieren, zu erfassen. Dazu gehören Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, psychische und Verhaltensschädigungen, die selbstständige Alltagsbewältigung und Haushaltsführung, soziale Kontaktpflege und außerhäusliche Aktivitäten (Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System 2009). Die ICF leistet eine Bedarfsbeschreibung abhängig von der Lebenslage, der persönlichen Disposition, Ressourcen und Perspektiven. Es ist ihr dadurch möglich, einen Beitrag für die Profilbildung zugunsten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu bieten. Derzeit werden Versuche unternommen, die Anzahl von ICF-Kategorien zu verringern, um ihre Nutzung zu erleichtern (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2009).

Die ICF wird teilweise vom Ärztlichen Dienst genutzt, ist aber nicht in den Regelverfahren implementiert. Sie wird, wo sie zur Anwendung kommt, lediglich handschriftlich festgehalten und teilweise nachträglich jedoch nicht systematisch elektronisch durch Scanarbeiten verfügbar. Eine Implementation in das Regelverfahren ist derzeit nicht geplant. Die Nutzung der ICF für Forschungszwecke setzt aber eine möglichst umfassende und flächendeckende elektronische Erfassung voraus. Unter den gegenwärtigen Bedingungen ist daher keine sinnvolle Zuspiehlung zu den Datenbeständen des IAB möglich. Für das Forschungsprojekt könnten im Falle einer Datenzuspiehlung nur die ICD-Diagnosen herangezogen werden. Aufgrund der geringeren Informationsdichte der ICD ist es zwar möglich, den Krankheitstypus in Bezug auf andere Kenntnisse, etwa dem Rehabilitationsstatus oder die Maßnahmeteilnahmen, zu analysieren. Richtwerte im Sinne von Bedarfsmaßstäben, die die ICF bereithalten würde, können nicht herangezogen werden.

Die Verteilung der Krankheitstypen in Deutschland ist im Zeitverlauf dynamisch, es ist eine steigende Bedeutung psychischer Krankheiten zu erkennen. Analysen der ÄD-Daten zeigen, dass jede dritte Erstdiagnose psychische und Verhaltensstörungen diagnostiziert, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Damit decken diese beiden Krankheitsarten zwei Drittel der Erstdiagnosen ab. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich hier in den letzten 10 Jahren – und damit in doch relativ kurzer Zeit – eine Veränderung der Krankheitsbilder zeigt. Denn im Jahr 2001 war die häufigste Erstdiagnose mit 42 Prozent noch eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Hollereder 2002). Damit ging ihr Anteil deutlich zurück. Hingegen stieg der Anteil an den psychischen und Verhaltensstörungen, der im Jahr 2001 noch bei 25 Prozent lag (ders.). Beide Typen sind acht Jahre später schon gleich häufig vertreten.

Dies dürfte im Zeitverlauf eine gravierende Rolle bei der beruflichen Rehabilitation spielen. Zum einen hat es Auswirkungen auf die Auswahl der Maßnahmen, zum anderen dürfte eine medizinische Stabilisierung und damit die Chancen auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben anders

verlaufen als bei körperlichen Erkrankungen. Das gleiche gilt für eine zunehmende Multimorbidität, die sich im Zeitverlauf auch in den Daten zeigen dürfte (ICD-Erst- und Zweitdiagnose). Diese Informationen sind allerdings hilfreich, um die Wirkungen der Maßnahmen oder die Art und Dauer der Wiedereingliederung beurteilen zu können. Zu bedenken ist dabei, dass Menschen mit psychischen Beschwerden weniger mit dem ÄD als mit dem Psychologischen Dienst in Kontakt geraten. Sollten in einer bestimmten Forschungsfragestellung eher psychische Probleme im Vordergrund stehen, sind die Daten des ÄD für die Beantwortung vermutlich weniger geeignet.

Die ICD-Erst- und Zweitdiagnosen beinhalten lediglich die (allgemeinen) Arten einer Erkrankung. Ob sie vom ÄD als dauerhaft eingeschätzt werden, kann einem anderen Merkmal – dem gutachterlichen Resultat – entnommen werden. Mit Hilfe der beiden Variablen könnte untersucht werden, welche Krankheiten und deren Kombinationen die Rehabilitationsanerkennung (in Verbindung mit den IAB-Datenprodukten) begünstigen und wie sie sich auf die Rehabilitationsdauern, Maßnahmeteilnahmen, den Rehabilitationserfolg und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Behinderung auswirken. In diesem Zusammenhang ist auch zu untersuchen, ob es zu regionalen Häufungen von Erkrankungen und Rehabilitationsbedarfen kommt. Im Hinblick auf einen Rehabilitationserfolg müssten außerdem regionale Charakteristika der Arbeitsmarktsituation einbezogen werden.

Erst- und Zweitdiagnosen würden eine differenziertere Betrachtung der Rehabilitandengruppe und damit eine mögliche Vergleichsgruppenbildung erlauben. Ungünstig wirkt sich allerdings die Verwendung der ICD statt der ICF aus, die weitreichendere Analyseoptionen bereithalten würde.

Das Merkmal Aktion liefert Informationen über einen vorzeitigen Fallabbruch (z.B. Mängel im Antrag, fehlende Mitwirkung), der zu einem definitiven Ausschluss von der Zuweisung zum Rehabilitationsstatus führt. Die „Aktion“ enthält die Ausprägung der Internatsfähigkeitsbescheinigung, die die Aufnahme in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke ermöglicht. Als Information ist sie aber lückenhaft, weil hier Bescheinigungen eingetragen werden, die extern ausgestellt und vom Ärztlichen Dienst finanziert wurden. Eingetragen wird darüber hinaus die Art des Gutachtens, mit deren Hilfe Krankheiten und Behinderungen erfasst werden. Die Verwendung des Merkmals ermöglicht ebenfalls die Bildung von Vergleichsgruppen.

Interessant für Analysen ist auch das medizinische Resultat des Ärztlichen Dienstes. Es enthält Informationen zur Belastbarkeit der Personen, zu vorliegenden Tätigkeitsbeeinträchtigungen und damit zur Einschränkung für die Teilhabe am Arbeitsleben. Es beinhaltet auch Empfehlungen für einen Tätigkeitswechsel, die Rehabilitationsrelevanz besitzen. Der Ärztliche Dienst speichert in dieser Variable, ob eine Person vorübergehend arbeitsunfähig (weniger als sechs Monate) oder zeitlich begrenzt belastbar ist. Die Variable könnte ebenfalls der Bildung von Vergleichsgruppen dienen. Hier ist allerdings zu beachten, dass in ca. einem Sechstel der Fälle keine inhaltlich interpretierbare Information vorliegt.

Bei allen bisher genannten Informationen des ÄD ist allerdings zu beachten, dass es sich bei ihnen um medizinische Daten handelt. Medizinische Daten sind durch einen besonderen rechtlichen Schutz gekennzeichnet. Eine datenschutzrechtliche Klärung hat ergeben, dass die Daten des Ärztlichen Dienstes nur dann den Datenprodukten des IAB hinzu gespielt werden dürfen, wenn vorab eine schriftliche Einwilligung des Kunden (als eine Art Schweigepflichtentbindung) erfolgt.

Fraglich ist, wie hoch die Zustimmungssanteile im Falle einer Anfrage ausfallen würden und in welchem Ausmaß eine Selbstselektion zum Tragen käme. Grundsätzlich besteht hierbei die Gefahr von

Datenverzerrungen, die zu Repräsentativitätsmängeln führen könnten. Folgeprobleme würden sich in der Folge für Wirkungsanalysen ergeben, indem scheinbar festgestellte Kausalitäten zu Artefakten werden. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die Zustimmung der Betroffenen entweder positiv oder negativ mit der Rehabilitationsanerkennung oder dem Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen korrelieren würde.

Eine Einholung der Einwilligung zur Bereitstellung der Daten von jedem Kunden des ÄD ist unter Wahrung sozialwissenschaftlicher Grundprinzipien extrem schwierig. Ziel des Forschungsprojektes ist es, die Wirkung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung zu untersuchen. Es ist anzunehmen, dass verschiedene Krankheiten zu unterschiedlichen Selektionen (z.B. hinsichtlich der Teilnahme an bestimmten Maßnahmen) führen. Spezifische Selektionen durch Über- oder Untererfassung von Krankheiten können zu erheblichen Fehlurteilen führen, die wiederum falsche Ergebnisse produzieren. Es muss ein möglichst verzerrungsfreies Spiegelbild der interessierenden Population abgebildet werden. Diese zentrale methodische Bedingung kann aber nur erfüllt werden, wenn das Problem der nicht kontrollierbaren Selbstselektion umgangen oder möglichst vermieden wird. Bei einer Einholung der Erlaubnis zur Datenbereitstellung findet aber ein Auswahlsschritt statt, bei dem von einer solchen starken Selbstselektion der Befragten auszugehen ist. Dieser Schritt verlangt ein hohes Maß an Aktivität und Grundinteresse von Seiten der potentiellen Befragten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Beschäftigung mit dem Anliegen und die Rücksendung der Antwort einen Aufwand erfordern, den nur Personen eingehen, die stark motiviert sind und ein (bewusstes) Interesse an Forschung und Ergebnissen in diesem Themengebiet haben. Auch zeigt sich bei Befragungen, die Gesundheit zum Thema haben, dass gesundheitlich leicht beeinträchtigte Personen und von chronischen Krankheiten betroffene Personen eher bereit sind teilzunehmen (Lademann und Kolip 2005). Die Teilnahmebereitschaft sehr kranker Personen ist hingegen weniger stark ausgeprägt (Jones et al. 2006). Im Ergebnis dürfte es sich bei der so „rekrutierten“ Stichprobe an Kunden bereits um eine systematisch verzerrte Auswahl aus der Grundgesamtheit handeln.

Hier müsste eine Pilotstudie zur Testung dieses Verfahrens erfolgen, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Studie als gültig anzusehen sind.

2. Einschaltung des psychologischen Dienstes

Das Verfahren der Einschaltung des psychologischen Dienstes entspricht demjenigen beim Ärztlichen Dienst. Der zuständige Reha-Berater schaltet den Psychologischen Dienst (PD) über das Programm VerBIS ein, allerdings in Verbindung mit einem weiteren Programm, Delta-NT. Daraus ergeben sich dann für den PD die Fragestellung des Beraters sowie ein sehr begrenzter Zugriff auf die Niederschriften des Beraters. Eventuell sendet der zuständige Berater schon vorhandene Unterlagen zu, beispielsweise Berichte der Schulen, evtl. Träger, medizinische Unterlagen. Sollte dem PD – vorwiegend bei Erwachsenen – auffallen, dass ggf. ärztl./psychiatrische/psychologische Unterlagen über den Kunden vorliegen müssten, dann bittet der PD den Kunden per Schweigepflichtentbindung darum, die entsprechenden Unterlagen/Gutachten anfordern zu dürfen.

Die Berater erhalten die Gutachten in elektronischer Form über Delta-NT, und zwar in Aufsatzform. Dabei geht der Psychologe zunächst auf die Ausgangssituation ein und greift nochmals die Fragestellung auf. Dann spiegelt er im Gutachten seine Verhaltensbeobachtungen des Probanden wider

und kommt zu den Befunden, die in der psychologischen Untersuchung ermittelt worden sind. Aufgrund dessen kommt er dann im Endteil seines Gutachtens zu einer Schlussfolgerung mit Empfehlungen. Der Berater muss dann mit dem Kunden gemeinsam auf Grundlage des Psychologischen Gutachtens entscheiden, wie das weitere Vorgehen aussehen soll. Einträge in VerBIS durch den PD erfolgen nicht. Die Daten gehen direkt über Delta-NT ausschließlich an den PD der Zentrale, allerdings nur für rein interne Auswertungen.

Da auch die Daten des PD medizinische Daten sind, finden sich hier die gleichen Datenschutzbestimmungen und -restriktionen wie bei den Daten des Ärztlichen Dienstes.

V. Konzept für eine weiterführende Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1. Einleitung

Um detaillierte Erkenntnisse über den arbeitsmarktintegrativen Erfolg der Leistungen zur Teilhabe zu gewinnen, müssen den im Rahmen dieser Basisstudie erstmals erstellten deskriptiven Betrachtungen differenziertere Analysen folgen. In dem folgenden Konzept wird ein Vorschlag für eine erste weiterführende Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgelegt.

Im Mittelpunkt steht die Frage der Integration in den Arbeitsmarkt nach Ende der beruflichen Rehabilitation. Gehen die Rehabilitanden in stabile Erwerbskarrieren über, zeigen sich diskontinuierliche Verläufe im Wechsel von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit oder müssen die Rehabilitanden aufgrund ihres Gesundheitszustandes das Erwerbssystem verlassen? Bei jungen Menschen im Bereich der Ersteingliederung kommt die Frage hinzu, ob durch berufsvorbereitende Maßnahmen die Chancen auf Berufsausbildung (betrieblich oder außerbetrieblich) verbessert werden. Fragestellungen, die hier im Einzelnen im Mittelpunkt stehen sollten, werden in Kapitel V/7 aufgegriffen.

Dabei ist ein wichtiger Aspekt zu beachten: Gerade für Menschen mit Behinderung stellen auch die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit sowie verbesserte gesellschaftliche Partizipationschancen wichtige Erfolgskriterien einer beruflichen Rehabilitation dar. Derartige Fragen können mit den Prozessdaten alleine nicht beantwortet werden, sie erschließen sich nur über Befragungen. Ein Vorschlag hierzu findet sich in Kapitel V/6. Eine derartige Befragung dient aber auch dem Zweck, zusätzliche Gesundheitsinformationen zu generieren. Zwar findet sich die Art der Behinderung in den Prozessdaten, allerdings lediglich in Form von neun hoch aggregierten Kategorien. Aber zur Beurteilung der Wirkung von Maßnahmen werden v.a. bestimmte subjektive aber auch objektive Gesundheitsinformationen benötigt, die in den Daten fehlen. Eine weitere Möglichkeit der Anreicherung der Prozessdaten mit Gesundheitsinformationen wäre eine Hinzuspielung von Daten, die beim Ärztlichen Dienst der BA vorliegen. Dies wird in Kapitel V/5 diskutiert.

Ohne detailliertere Kenntnis von Informationen zum Gesundheitszustand können Analysen der Leistungen zur Teilhabe nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden. Denn quantitative Evaluationsstudien haben methodische Anforderungen, die an statistische Modelle generell und wirkungsanalytisch im Besonderen zu stellen sind. Diese Anforderungen sowie ihre Anwendbarkeit für die Evaluation beruflicher Rehabilitation werden in Kapitel V/4 diskutiert.

Zunächst werden in Kapitel V/2 und V/3 nochmals kurz die Population der beruflichen Rehabilitanden und die Maßnahmen, die sie durchlaufen, beschrieben. Denn die Rehabilitanden der BA stellen eine selektive Gruppe an Personen dar; gleichzeitig finden sich aber eine große Heterogenität unter den Teilnehmern sowie eine große Bandbreite an Maßnahmen. So gibt es neben den allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, die allen Arbeitslosen zur Verfügung stehen, weitere besondere Leistungen speziell für Rehabilitanden. All dies muss bei der Durchführung von Analysen Berücksichtigung finden.

2. Anerkannte Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit: Eine selektive Population

Die anerkannten Rehabilitanden der BA stellen auf zwei Arten eine selektive Population dar. Zum einen ist die BA nicht alleiniger Träger beruflicher Rehabilitation. Wie bereits in der Einleitung ausgeführt, sind die zwei nächstgrößten Träger die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Unfallversicherung, die für unterschiedliche Zielgruppen zuständig sind. In Konsequenz dessen finden sich unter den Rehabilitanden der BA bspw. kaum Personen höheren Alters, da diese zu meist in den Betreuungskreis der Deutschen Rentenversicherung fallen. Zudem führt dies dazu, dass sich die Anteile an Personen in Erst- und Wiedereingliederung deutlich unterscheiden. So wurden im Jahr 2009 rd. 48.000 Personen im Bereich der Ersteinliederung anerkannt, bei der Wiedereingliederung war dies weniger als die Hälfte (rd. 22.000).

Zum anderen kann mittels der Prozessdaten nicht abgebildet werden, welche Personen trotz eines eingereichten Antrags bei der BA nicht als Rehabilitand anerkannt werden bzw. bei wem das Anerkennungsverfahren nicht eingeleitet wird. Die Evaluierung der zu Erfolgen oder Misserfolgen wesentlich beitragenden Prozess- und Handlungsebene als „Black box“ des Vermittlungsprozesses (Baethge-Kinsky et al. 2007) dient dazu, diese Prozesse abzubilden. Denn Einfluss hat vor allem die Prozess- und Handlungsebene in den jeweiligen Agenturen und Jobcentern. Hier wird die „Zusammensetzung“ der Untersuchungspopulation entscheidend beeinflusst. Ein Beispiel für derartige Selektionen könnte sein, dass in strukturstarken Regionen auch Menschen mit Behinderung leichter den Zugang zum Arbeitsmarkt finden. Vermittler könnten deshalb antizipieren, dass ein Eingliederungserfolg auch ohne eine berufliche Rehabilitation gelingen kann und das Verfahren daher gar nicht einleiten.

Hier gibt die „Implementationsstudie 1“ Hinweise zu den lokalen Handlungspraxen (Sommer et al. 2011): Sie hat gezeigt, dass über zwei Drittel der befragten Reha-Berater schätzen, dass im Bereich der Ersteinliederung „alle potentiellen Rehabilitanden hinreichend früh für die Statusabklärung zu den Reha-Beratern gelangen“ (Frage aus dem Fragebogen von INTERVAL: der größere Teil / fast alle“; Formulierung gekürzt). Für die Wiedereingliederung im Rahmen des SGB III schätzt dies knapp jeder sechste so ein, für die Wiedereingliederung im Regelkreis SGB II nur ein knappes Drittel der Befragten. Bei der Frage nach einer vollständigen Identifizierung der potentiellen Rehabilitanden im Bereich des SGB III geben mehr als acht von zehn Reha-Teamleitungen an, dass dies (eher) zutrifft. Für den Bereich des SGB II schätzen die gleichen Befragten dies auf unter 40 Prozent ein. Gleichzeitig geben fast acht von zehn Befragten an, dass sie den Bewerbern gleiche Chancen zur Anerkennung geben, auch wenn eine potentielle Verbesserung der Integration durch die Leistungen zur Teilhabe gering ist. Zudem sagen neun von zehn Befragten, die Anerkennung erfolgt „dem Grunde nach“.

Konsequenz dieser beiden „Vorselektionen“ ist, dass Analysen zu den Rehabilitanden der BA immer nur einen Ausschnitt aus der Landschaft der beruflichen Rehabilitation darstellen können.⁷² Aber auch die Personen, die bei der BA als Rehabilitand anerkannt werden, unterscheiden sich signifikant. Die deskriptiven Analysen im Rahmen der Basisstudie haben nochmals deutlich gezeigt, dass es sich bei beruflichen Rehabilitanden der Erst- und der Wiedereingliederung um eine äußerst he-

⁷² Für den Bereich der Wiedereingliederung wären daher analoge Analysen von Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung und der Unfallversicherung hilfreich.

terogene Personengruppe handelt. Zunächst unterscheiden sich – erwartbar – die Biographien beider Personengruppen vor der beruflichen Rehabilitation. Während Rehabilitanden der Wiedereingliederung über eine Berufsausbildung und Berufserfahrung verfügen, stehen Rehabilitanden der Ersteingliederung vorwiegend auf der Stufe des Übergangs von der Schule in das Ausbildungs- bzw. Erwerbssystem. Personen in Ersteingliederung sind jünger (im Schnitt 19 vs. 31 Jahre) und weisen durchschnittlich ein niedrigeres schulisches Bildungsniveau auf als jene in Wiedereingliederung. Über die Hälfte der jugendlichen Rehabilitanden besuchte vor Antritt der Rehabilitation eine Sonder- oder Förderschule. Etwa ein Sechstel absolvierte zuvor ein Berufsvorbereitungsjahr.

Auch in der Art der gesundheitlichen Einschränkung lassen sich Unterschiede feststellen. Die deutlich häufigsten Behinderungsarten in der beruflichen Ersteingliederung sind Lernbehinderungen (59 Prozent im Jahr 2007), gefolgt von geistigen (16 Prozent) und psychischen Behinderungen (12 Prozent). Bei Personen in Wiedereingliederung dominieren hingegen Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates (40 Prozent) sowie psychische Behinderungen (31 Prozent). Überdies ist der Anteil der Ersteingliederungsfälle an allen Rehabilitanden in ostdeutschen Regionen mit vergleichsweise schlechten Ausbildungs- und Arbeitsmarktbedingungen überproportional hoch. Differenzierte Informationen zum Gesundheitszustand fehlen in den Prozessdaten (eine vertiefende Diskussion findet sich in Kapitel V/5).

3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Neben allen allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, die jedem Arbeitslosen zur Verfügung stehen, finden sich besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die bei entsprechender Bedarfssituation des Rehabilitanden eine Pflichtleistung darstellen. Sie können ausschließlich von Rehabilitanden in Anspruch genommen werden. Die besonderen Leistungen sind anstelle der allgemeinen Leistungen zu erbringen, wenn Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme unerlässlich machen (§ 102 SGB III).⁷³

Das heißt, der Kanon an Maßnahmen ist im Bereich beruflicher Rehabilitation deutlich breiter als in anderen Bereichen der Arbeitsförderung. Auch hier unterscheiden sich Erst- und Wiedereingliederungsfälle: In der Ersteingliederung finden hauptsächlich berufsvorbereitende Bildungs-⁷⁴ und Ausbildungsmaßnahmen⁷⁵ statt, aber auch das Eingangsverfahren bzw. der Berufsbildungsbereich einer WfbM. Im Bereich der Wiedereingliederung zählen zu den häufigsten Maßnahmegruppen allgemeine und rehaspezifische Weiterbildungsmaßnahmen, gefolgt von rehaspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen, dem Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer WfbM sowie Trainingsmaßnahmen (TM), Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG) und einem Träger (MAT).

Auf deskriptiver Ebene sind bereits deutliche Unterschiede zwischen den häufigsten Maßnahmegruppen auszumachen. Die durchschnittliche Maßnahmedauer⁷⁶ im Bereich der Erst-

⁷³ Für den Einkauf der (preisverhandelten) Maßnahmen in Berufsbildungswerken (BBW) + Berufsförderungswerken (BFW) sind die regionalen Einkaufszentren zuständig.

⁷⁴ Sowohl als allgemeine als auch als rehabilitationsspezifische Maßnahmen.

⁷⁵ Meist rehabilitationsspezifisch, jedoch auch zu einem gewissen Anteil im Rahmen der Benachteiligtenförderung.

⁷⁶ Bei der Berechnung der durchschnittlichen Dauer wurden ausschließlich Maßnahmen berücksichtigt, die bereits beendet sind und nicht abgebrochen wurden.

eingliederung reicht von rund zehn Monaten bei allgemeinen BvB bis zu dreieinhalb Jahren bei rehaspezifischen Ausbildungen. Während an Ausbildungsmaßnahmen der Benachteiligtenförderung und an allgemeinen BvB nahezu ausschließlich Personen mit einer Lernbehinderung teilnehmen, finden sich in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) zu zwei Dritteln Personen mit einer geistigen Behinderung. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen der multivariaten Analysen zu Selektivitäten beim Zugang zu Maßnahmen, die hinsichtlich der Teilnahme an WfbM-Maßnahmen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für Menschen mit einer geistigen Behinderung ausweisen. Insgesamt ist der Anteil an männlichen Rehabilitanden höher, dies zeigt sich auch innerhalb der einzelnen Maßnahmekategorien. Auf regionaler Ebene erweist sich vor allem die Berufsausbildung im Rahmen der Benachteiligtenförderung als eine Maßnahmeart, die besonders häufig in den ostdeutschen Bundesländern vergeben wird.

Analog zur Ersteingliederung weisen auch in der Wiedereingliederung die Maßnahmegruppen deutlich unterschiedliche Dauern auf. Während die Kategorie TM/MAG/MAT eine durchschnittliche Dauer von 35 Tagen hat, dauern rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen im Durchschnitt mehr als 500 Tage. In Weiterbildungsmaßnahmen bspw. sind Rehabilitanden mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates und organischen Behinderungen überproportional häufig vertreten. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich in allen Maßnahmekategorien gleichermaßen. Männer sind dabei anteilig weitaus mehr vertreten als Frauen. Auf regionaler Ebene zeigt sich, dass allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen seltener in ostdeutschen Agenturbezirken vergeben werden. Auch im Rahmen der Wiedereingliederung haben ältere und weibliche Personen eine geringere Teilnahmechance sowohl für allgemeine als auch für besondere Maßnahmen, wobei abermals die Teilnahmewahrscheinlichkeit für WfbM durch zunehmendes Alter erhöht wird. Auch die regionale Arbeitsmarktsituation ist ein entscheidender Faktor, der die Teilnahme an Maßnahmen beeinflusst. Hinsichtlich des Bildungsniveaus finden sich in der Wiedereingliederung Hinweise für sog. „Creaming-Effekte“ in der Interaktion zwischen Beratern/Vermittlern und den Rehabilitanden: Je höher das Bildungsniveau, desto größer sind die generellen Zugangschancen in Maßnahmen. Dies gilt besonders für Weiterbildungsmaßnahmen aber auch für Vorbereitungsmaßnahmen und Arbeitsgelegenheiten. Konsistente Ausnahme bilden abermals die WfbM, für welche die Teilnahmewahrscheinlichkeit erwartbar mit höherem Bildungsniveau sinkt.

Die Untersuchung von Zuweisungsprozessen in Maßnahmen ist ein bedeutender Schritt für Wirkungsanalysen. Wird bei ihrer Konzeption vernachlässigt, dass bestimmte Kriterien (beispielsweise das Bildungsniveau oder die Behinderungsart) unterschiedliche Zugangschancen in Maßnahmen mit sich bringen, so zeigen die Ergebnisse ein verzerrtes Bild der Realität. Denn diese Einflussfaktoren des Maßnahmezugangs dürften sich auch auf den Eingliederungserfolg der Rehabilitanden auswirken. Die skizzierten Merkmale sind in guter Datenqualität vorhanden; sie könnten Ansatzpunkte für die Hypothesenbildung im Rahmen von Wirkungsanalysen bilden – sofern sich für letztere ein ausreichend belastbarer methodischer Zugang finden lässt. Neben diesen klassischen soziodemographischen Variablen ist davon auszugehen, dass auch die bisherige Bildungs- und Beschäftigungsbiographie sowie wiederum die Krankheitsgeschichte bzw. der Gesundheitszustand der Rehabilitanden ebenso wie ihre beruflichen Interessen und Wünsche, ihre Eigeninitiative und Motivation oder ihre sozialen Netzwerke einen Einfluss auf die unterschiedlichen Prozessstufen haben (Schröder et al. 2009).

Zusammengenommen heißt dies, dass zwar eine Reihe relevanter Merkmale (wie Bildung, Art der Behinderung, Informationen zu Maßnahmen, Übergängen u.a.) in den Prozessdaten abgebildet sind. Es gibt jedoch auch unbeobachtete Merkmale, die für Verlauf und Erfolg der beruflichen Rehabilitation bedeutend sind. Besonders entscheidend sind hier gesundheitliche Merkmale, die nicht in den Daten enthalten sind und über Befragungen oder aus den Daten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit gewonnen werden müssten (Kapitel V/ 5 und V/6).

4. Evaluationsmethoden und -voraussetzungen

4.1. Matching-Ansätze

Zur Durchführung der Evaluation beruflicher Rehabilitation können unterschiedlichste Analyseverfahren verwendet werden. Es steht eine stetig wachsende Anzahl von statistischen Verfahren zur Verfügung, die die Wirkung von Maßnahmen analysieren können, ohne ein rein experimentelles Design zugrunde zu legen.⁷⁷

Bei Matchingverfahren gilt es, für Maßnahmeteilnehmer solche Nicht-Teilnehmer zu finden, die sich bezüglich wichtiger Eigenschaften unmittelbar vor dem Teilnahmezeitpunkt nicht von den Teilnehmern unterscheiden. Das heißt, es wird ein statistischer Zwilling gesucht, der sich von dem Teilnehmer im Wesentlichen nur dadurch unterscheidet, dass er nicht an der Maßnahme teilnimmt. Im nächsten Schritt wird die Differenz zwischen den Teilnehmern und ihren statistischen Zwillingen für die verschiedenen Zeitpunkte während oder/und nach der Maßnahme evaluiert. Das wohl vorherrschende Verfahren, das zur Evaluation von Maßnahmen angewandt wird, ist das Propensity-Score-Matching.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass von der Annahme ausgegangen wird, dass die Selektion in die Maßnahme (Teilnahme ja oder nein) nur anhand beobachtbarer Merkmale erfolgt und dadurch kontrolliert werden kann. Wird diese Annahme verletzt, dann wird die Ergebnisvariable verzerrt. Unterschiedlichste Studien, u.a. im Zusammenhang mit der Hartz-Evaluation, haben gezeigt, dass neben Merkmalen, die in den Prozessdaten vorliegen, auch individuelle Merkmale der Betroffenen, die in einer Befragung erhoben wurden Einfluss auf Maßnahmeteilnahmen haben (WZB und Infas 2006).

Auch bei der Evaluierung der beruflichen Rehabilitation dürften zwei Faktoren dazu führen, dass diese Annahme nicht validiert werden kann: Zum einen findet bereits bei der Anerkennung als Rehabilitand eine Vorselektion statt. Zum anderen bilden die Prozessdaten zwar die Art der Behinderung ab, allerdings in einer sehr hohen Aggregationsstufe. Die Validität des Matching Ansatzes hängt aber vor allem davon ab, ob die Information zum Gesundheitszustand der Individuen, sowie andere personen- und kontextbezogene Daten ausreichend sind, um die Zuweisungsprozesse zu den Maßnahmen adäquat modellieren zu können. Da Gesundheitsmerkmale nur in beschränktem Umfang vorliegen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese, aber auch weitere unbeobachteten Merkmale (z.B. Motivation, Interessen, soziale Netzwerke) sowohl die Zuweisungsprozesse zu den Maßnahmen steuern als auch einen Einfluss auf die Ergebnisvariable haben. Sollte bspw. eine

⁷⁷ Experimentelle Designs werden hier nicht weiter verfolgt.

Person aufgrund eines besseren gesundheitlichen Zustands eher eine Maßnahme erhalten, kann davon ausgegangen werden, dass diese Person auch bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt hat. Somit würde der Effekt der Maßnahme überschätzt. Da zurzeit die Gesundheitsmerkmale sowie die Auswirkung der gesundheitlichen Einschränkung auf eine mögliche Erwerbstätigkeit wie auch andere mögliche Einflussfaktoren jedoch im Reha-Prozessdatensatz nur eingeschränkt bzw. gar nicht vorliegen, ist dieser Ansatz - ausschließlich auf den Prozessdaten basierend - wenig geeignet, um Nettoeffekte von Maßnahmen evaluieren zu können. Mithilfe einer zusätzlichen Erhebung (Kapitel V/6) dieser Informationen könnten u.U. vergleichbare Kontrollgruppen gefunden, genauere Gesundheitsinformationen und weitere relevante Merkmale erhoben werden, so dass der Einfluss unbeobachteter Größen auf Teilnehmerauswahl und Maßnahmeerfolg so weit ausgeschlossen werden kann, dass auch dieser Ansatz bei bestimmten Fragestellungen (Kapitel V/7) angewandt werden kann.

Eine Erweiterung des Matching Ansatzes ist das Difference-in-Difference Design (DID), ein Vorher-Nachher-Vergleich. So kann die Eingliederung von Personen untersucht werden, die während der Rehabilitation Maßnahmen besucht haben und in Relation zu denjenigen gesetzt werden, die keine Maßnahmen durchlaufen haben. Dabei wird angenommen, dass relevante unbeobachtete Merkmale der Personen vor und nach der Maßnahmeteilnahme konstant bleiben.⁷⁸

Dadurch können zeitkonstante Trends unbeobachteter Merkmale ausgeschlossen werden. Ein Beispiel: Unter der Annahme, dass die Auswirkung einer gesundheitlichen Einschränkung auf die Erwerbstätigkeit zwar unbeobachtet ist, aber über die Rehabilitationsphase zeitkonstant bleibt, liefert der DID Schätzer konsistente Schätzergebnisse. Wie bereits erwähnt, sind Gesundheitsmerkmale jedoch nur beschränkt verfügbar. Legt man die Annahme zugrunde, dass die Art der Behinderung sich über die Zeit selten ändert, kann man (neben anderen Merkmalen) die Vergleichsgruppen (z.B. Nicht-Teilnehmer) auch auf die Art der Behinderung konditionieren bzw. matchen.

Dies ist allerdings zu diskutieren. Für eine Person mit einer Lernbehinderung oder mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates kann diese Annahme durchaus plausibel sein. Für andere Behinderungsarten dürfte sie nicht greifen. Bspw. könnte sich der gesundheitliche Zustand von Personen mit einer psychischen oder organischen Behinderung während der Rehabilitationsphase stark wandeln und die Ergebnisvariable in unterschiedlicher Richtung beeinflussen. Diese Annahme kann aber nur durch eine Befragung von Rehabilitanden verifiziert werden. Zudem dürfte dieses Design nur im Bereich der Wiedereingliederung greifen. Auch hier würden Zusatzvariablen aus einer Befragung die Anwendbarkeit ausweiten.

4.2. Instrumentvariablen

Wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass unbeobachtete Merkmale die Selektionsprozesse steuern und einen Einfluss auf die Ergebnisvariable haben, kann das Selektionsproblem möglicherweise unter Verwendung von Instrumentvariablen (IV) gelöst werden.

⁷⁸ D.h., die Differenz bei der abhängigen Variable (z.B. berufliche Integration auf dem Arbeitsmarkt) wird in der Vor- und Nachrehabilitationsphase von Maßnahmeteilnehmern mit der korrespondierenden Differenz von Nicht-Teilnehmern verglichen.

Die grundlegende Idee ist dabei, eine Instrumentvariable zu finden, die mit dem Förderzugang möglichst hoch korreliert, aber den Fördererfolg⁷⁹ nicht weiter beeinflusst. Schließlich muss gesichert sein, dass Arbeitslose auf eine Änderung des Instruments in die gleiche Richtung reagieren. Das heißt, eine Instrumentvariable muss 1) die Teilnahme an einer Maßnahme erklären, darf aber 2) keinen direkten Einfluss auf die Ergebnisvariable (z.B. Beschäftigung) haben.⁸⁰ Ein Instrument ist dabei bspw. die (bedingte) regionale Förderintensität. Damit muss die Vergabestrategie von Agenturen berücksichtigt werden, um mögliche Zusammenhänge aufzudecken. Erste Analysen hierzu haben ergeben, dass sich keine Muster zeigen, die auf einen Zusammenhang zwischen der Intensitätsverteilung von bestimmten Maßnahmen und der Arbeitsmarktlage hindeuten würden.

Zu berücksichtigen ist, dass bei einem anerkannten Reha-Bedarf die Agenturen „verpflichtet“ sind, Maßnahmen zu vergeben. Selbst wenn in Agentur A bestimmte Maßnahmen intensiver angeboten werden als in Agentur B, ist damit zu rechnen, dass in Agentur B andere Maßnahmen vergeben werden. Deskriptive Analysen auf regionaler Ebene weisen darauf hin, dass bestimmte Maßnahmentearten tatsächlich in substitutiver Beziehung stehen. So zeigte sich beispielsweise, dass in Agenturbezirken, in denen allgemeine BvB relativ selten vergeben werden, rehaspezifische BvB überproportional häufig stattfinden. Dies gilt es bei der Konstruktion einer Instrumentvariable und bei Aussagen zu Maßnahmewirkungen zu beachten.

Boockmann et al. (2009) bspw. nutzen bei der Evaluation von Sanktionen die regionale Variation der Sanktionen als Instrumentvariable, um deren Erfolg bzw. Wirkung zu schätzen. Übertragen auf die berufliche Rehabilitation könnte ähnlich wie in dieser Studie die regionale Variation in der Intensität der Maßnahmevergabe als Instrumentvariable genutzt werden. Werden bspw. bestimmte Maßnahmen in einem Agenturbezirk häufiger vergeben als in anderen Agenturbezirken, würde damit eine Person „zufällig“ an einer bestimmten Maßnahme teilnehmen. Die Analysen im Rahmen der Basisstudie liefern deutliche Hinweise darauf, dass die Vergabeintensität der wirkungsanalytisch relevanten Maßnahmentearten regional meist stark variiert. Eine weitere Möglichkeit zur Bildung einer IV stellt das regionale Angebot an Bildungsträgern dar. Hierbei kann die Entfernung zwischen Wohnort der Rehabilitanden und Standort der Bildungsträger als mögliche Instrumentvariable fungieren. Damit ist auch dieser Ansatz, sind die oben genannten Bedingungen erfüllt und u.U. mittels Informationen aus einer Befragung ergänzt, für bestimmte Fragestellungen nutzbar.

⁷⁹ Bzw. den Störterm bei der Schätzung des Fördererfolgs. Die Bedingung 1) lässt sich empirisch überprüfen, wenn man den Einfluss einer Instrumentvariable auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit schätzt. Für empirische Analysen besteht jedoch die größte Herausforderung darin, anhand der Überlegungen zu bestätigen, dass die Instrumentvariable keinen direkten Effekt auf die Ergebnisvariable hat (Bedingung 2).

⁸⁰ Beim Local Average Treatment Effekt (LATE) Schätzer müssen zudem die Individuen auf eine Instrumentvariable entweder positiv (compliers) oder negativ (defiers) in die gleiche Richtung reagieren (monotonicity assumption), d.h. es darf nicht geschehen, dass einige Individuen mit einer Nichtteilnahme auf einen positiven Anreiz (Instrument) reagieren, oder umgekehrt. Da sich die Teilnahmewahrscheinlichkeit durch den Einfluss der Instrumentvariable nicht notwendigerweise bei allen Personen verändert, lassen sich nur Aussagen bezüglich der Personen treffen, auf die die Instrumentvariable „einwirkt“. Es gibt etwa Personen, die unter keinen Umständen an einer Maßnahme teilnehmen und somit ‚immun‘ gegen die Instrumentvariable sind („nevertakers“). Etwa wenn man in einer zufällig ausgewählten Region hohe Anreize zur Maßnahmeteilnahme schafft, eine Teilnahme an dieser Maßnahme von einigen Personen aber dennoch abgelehnt wird.

4.3. Verweildauermodelle

Eine Alternative zu genannten Verfahren sind bspw. Verweildauer- oder Ereignisanalysen. Sie verwenden Längsschnittinformationen, d.h. sie berechnen die Übergangswahrscheinlichkeit in Zielzustände unter der Berücksichtigung von der Zeit, die bis dahin in einem Ausgangszustand bereits verbracht wurde. Dabei wird bspw. der Frage nachgegangen, wie lange Personen in einem Anfangszustand verbleiben bis ein Wechsel in den Zielzustand eintritt und von welchen Merkmalen ein Übergang in einen anderen Status abhängt (z.B. Übergang in Beschäftigung abhängig von individuellen Merkmalen wie Gesundheitszustand, Geschlecht, Region). Durch dieses Verfahren können die Übergangsraten (Hazardraten) bis zu einem bestimmten Ereignis zwischen zwei oder mehr Gruppen verglichen werden, um den Einfluss von prognostischen Merkmalen zu vergleichen.

So kann etwa die Beendigung von Rehabilitationsverfahren als Anfangszustand dienen, woraufhin die zeitabhängigen Übergangsraten in eine Beschäftigung analysiert werden. Dabei kann nicht nur die durchschnittliche Dauer bis zur ersten Beschäftigung berechnet werden, sondern auch, welche Gruppen am schnellsten den Zielzustand (Beschäftigung) erreichen. Etwa finden Menschen einer bestimmten Behinderungsgruppe schneller eine Beschäftigung als Menschen einer anderen Behinderungsgruppe, oder der Übergang in Beschäftigung dauert bei Männern länger als bei Frauen. Der Einfluss von Maßnahmen kann ebenfalls untersucht werden, z.B. gelingt Personen, die allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen besucht haben, schneller ein Übergang in Beschäftigung als denjenigen, die eine rehabilitationsspezifische Maßnahme beendet haben.

Aussagen über den reinen Nettoeffekt einer Maßnahme können dabei aber nicht getroffen werden, solange nicht ausgeschlossen werden kann, dass unbeobachtete Merkmale die Teilnahmewahrscheinlichkeit steuern. Dennoch können diese Analysen zum Erkenntnisgewinn beitragen, vor allem hinsichtlich der Übergänge nach Ende der beruflichen Rehabilitation. Dies gilt vor allem dann, wenn die Prozessdaten mit weiteren Gesundheitsinformationen und anderen Merkmalen, die beispielsweise aus einer Befragung von Rehabilitanden gewonnen werden, verknüpft werden können, die die unbeobachtete Heterogenität reduzieren.⁸¹

4.4. Exkurs: Evaluation von Maßnahmeketten

Die Evaluation einzelner Arbeitsmarktinstrumente mit Hilfe von wirkungsanalytischen Verfahren ist im Bereich der Arbeitsmarktforschung durchaus üblich. Hierbei handelt es sich aber meist um die Evaluation einzelner Maßnahmen. In der Realität der Arbeitsmarktintegration soll allerdings häufig der Einsatz mehrerer (logisch) aufeinanderfolgender Maßnahmen eine Integration ermöglichen. Finden sich solche typischen Maßnahmesequenzen, ist es sinnvoll, diese Abfolgen als eine Kombination zu behandeln und auch als solche zu evaluieren. Da sich für die berufliche Rehabilitation zwei typische Maßnahmeketten finden (vorbereitende Maßnahme + Ausbildung und vorbereitende

⁸¹ Da es die unterschiedlichsten Verweildauermethoden gibt, wird hier nur überblicksartig auf die Funktion dieser Modelle eingegangen. Kausale Maßnahmewirkungen können bspw. mit dem „Timing-of-Events-Ansatz“ evaluiert werden. Hier steht ebenfalls die zeitliche Dynamik, mit der ein bestimmtes Ereignis eintritt, im Fokus. Eine Bedingung ist dabei allerdings, dass z.B. Maßnahmen zu einem zufälligen Zeitpunkt beginnen und eine Person keinen Erfolg aufgrund der zu vergebenden Maßnahmen antizipiert und deswegen die Stellensuche einstellen darf.

Maßnahme + Weiterbildung), wird im Folgenden kurz auf die Besonderheiten, die bei einer Evaluation von Maßnahmeketten zu beachten sind, eingegangen.

Die Evaluation einer Maßnahmekette stellt eine besondere Herausforderung dar, da bei Inanspruchnahme mehrerer Maßnahmen spezifische Selektionsproblematiken zum Tragen kommen. So ist davon auszugehen, dass durch die bereits erfolgte Teilnahme an einer ersten Maßnahme bestimmte Verhaltensänderungen beim Rehabilitanden, aber auch beim Berater auftreten. Diese Verhaltensänderungen wirken auf die Auswahl der zweiten Maßnahme und beeinflussen dadurch die Ergebnisvariable.

Dabei ist zu bedenken, dass beim Besuch einer Maßnahme Selektionen auftreten, die mit üblichen statischen Kausalmodellen, wie etwa mit dem Roy-Rubin-Modell (Roy 1951; Rubin 1974), kontrolliert werden können. Folgt auf eine Maßnahme allerdings eine weitere, entstehen weitere Selektionsmechanismen, die mit statischen Verfahren nur schwerlich zu bewältigen sind. Diese Selektionsproblematiken sind derart, dass sich durch die Teilnahme an einer ersten Maßnahme die Informationen über die zu untersuchende Population verändern. So kann die erste Maßnahmeteilnahme dazu führen, dass sich Motivation und Herangehensweise an eine persönliche Situation, wie die Arbeitslosigkeit, verändern, sodass sich das Verhalten hinsichtlich der Wahl der zweiten Maßnahme auf bestimmte Weise wandelt (gesteigerte Motivation, veränderte berufliche Vorstellungen etc.). Die Teilnahme an der ersten Maßnahme bedingt die Teilnahme an der zweiten Maßnahme, es lassen sich intermediäre Effekte vorfinden (Dengler und Hohmeyer 2010).

Diesem Selektionsproblem kann auf unterschiedliche Weise begegnet werden. Die meisten Evaluationsstudien umgehen das Problem, indem sie den Effekt schätzen, der durch die erste Maßnahme verursacht wird. Der Einfluss, den die folgende Maßnahme aufweist, wird auf die erste Maßnahme übertragen. Wenn man davon ausgeht, dass Maßnahmesequenzen nur in Kombination vergeben werden und somit von vornherein in ihrer Abfolge festgelegt sind, kann angenommen werden, dass keine Selektionen stattfinden. Eine bestimmte Maßnahmeabfolge wird als Entität angesehen (Dengler und Hohmeyer 2010).

Eine Studie von Jaenichen und Stephan (2007) schätzt den ATT (*Average Treatment Effect on the Treated*) von gezielten Eingliederungszuschüssen (EGZ) bei schwer vermittelbaren Personen (Langzeitarbeitslose und Menschen mit einer Behinderung), die zuvor arbeitslos waren, mithilfe des *propensity score matchings*. Es finden sich drei verschiedene Szenarien mit unterschiedlich ausgestalteten Kontrollgruppendesigns. Im ersten Szenario wird untersucht, welchen Effekt die Teilnahme an einem gezielten EGZ gegenüber der Arbeitslosigkeit ohne solch eine Teilnahme hat. Im zweiten Szenario stehen sich die Effekte gegenüber, die eine subventionierte Beschäftigung im Gegensatz zu einer regulären Beschäftigung aufweist. Der dritte Effekt bezieht sich auf das Vorhandensein von Maßnahmeketten. Hier wird die Kombination aus betrieblicher Trainingsmaßnahme und EGZ mit der bloßen Teilnahme an einer betrieblichen Trainingsmaßnahme hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration verglichen. Neben den drei Effekten werden zwei abhängige Variablen unterschieden – einmal die Aufnahme einer unsubventionierten Beschäftigung und zweitens der Zustand der Nicht-Arbeitslosigkeit (fehlende Arbeitslosigkeitsmeldung und fehlende Maßnahmeteilnahme) (Jaenichen und Stephan 2007).

Der Fokus einer Studie von Lechner und Wiehler (2007) liegt auf der Betrachtung multipler Maßnahmeteilnahme, aber auch darauf, zu welchem Zeitpunkt die Teilnahme stattfindet. Im Rah-

men eines dynamischen Modells, das IPW (*inverse probability weighting*) Schätzer verwendet, sollen Maßnahmesequenzen evaluiert werden, die an österreichische Arbeitslosengeldempfänger vergeben werden. Die Untersuchung betrachtet dabei Personen, die zwischen 2000 und 2002 zum ersten Mal arbeitslos werden und die zuvor einer Beschäftigung nachgegangen sind, welche eine Mindestdauer von zwei Monaten umfasste. Unter systematischem Gebrauch von zeitlich variierenden Kontrollvariablen, welche die Maßnahmeteilnahme beeinflussen können, sollen Effekte geschätzt werden, die durch die Teilnahme an einer weiteren Maßnahme zustande kommen. Die Autoren vermuten, dass eine einfache Kontrolle der Selektionsmechanismen bei der ersten Maßnahmeteilnahme nicht ausreichend ist, da es denkbar ist, dass die Teilnahme an einer ersten Maßnahme die Teilnahme an einer zweiten Maßnahme bedingt. Mithilfe des IPW-Schätzers kann diese Kontrolle erweitert werden. Der Gedanke hinter dem IPW-Schätzer liegt in Folgendem begründet. Wenn alle Faktoren beobachtet werden können, die die Zuordnung von Personen zu einer ersten Maßnahme und zu einer zweiten Maßnahme beeinflussen, lässt sich der mögliche Effekt für Personen bestimmen, die nicht an dieser bestimmten Kette teilgenommen haben. Sensibilitätschecks zeigen hier, dass sich der geschätzte Effekt für einige Sequenzen stark verändert, wird das Problem der dynamischen Selektion außer Acht gelassen (Lechner und Wiehler 2007).

Lalive et al. (2000) bestimmen den Effekt von Arbeitsmarktprogrammen hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit mithilfe einer wirkungsanalytischen multivariaten Verweildaueranalyse. Durch die Verwendung eines Verweildauermodells können Dauer und Zeitpunkt der Maßnahme berücksichtigt werden. Um obige Selektionsproblematik einzufangen und Einsperreffekten Rechnung zu tragen, werden Treatmenteffekte während und nach der ersten Maßnahme geschätzt. Desweiteren wird zwischen einem Basismodell, welches annimmt, dass es keinen Unterschied zwischen den Untersuchungspopulationen gibt, und einem erweiterten Modell unterschieden, das die Korrelation unbeobachteter Heterogenitäten zulässt. Bei letzterem wird demnach angenommen, dass sich Treatment- und Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Beschäftigungssuchverhaltens unterscheiden. Es werden dabei drei Übergangsraten berücksichtigt: 1. Arbeitslosigkeit – Erwerbstätigkeit; 2. Arbeitslosigkeit – Trainingsmaßnahme, 3. Arbeitslosigkeit – Beschäftigungsprogramm. In einem letzten Schritt werden im Rahmen von Sensitivitätsanalysen Effekte bei der Teilnahme an einer zweiten Maßnahme untersucht und mit den vorherigen Ergebnissen verglichen. Hier liegt keine Evaluation einer bestimmten Maßnahmekette vor. Vielmehr geht es in diesem Teil der Studie darum, ob sich die Effekte durch Hinzunahme einer weiteren Maßnahme hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration unterscheiden. Da hier nur geringe Unterschiede zu finden sind, halten es die Forscher für ausreichend, den Effekt der ersten Maßnahme zu berücksichtigen (Lalive et al. 2000).

Exemplarisch weisen die gerade dargestellten Studien die häufigsten drei Möglichkeiten aus, wie mit dynamischen Selektionsproblemen bei multipler Maßnahmeteilnahme umzugehen ist. Im Folgenden soll nun die Durchführbarkeit angesprochener Methoden in Bezug auf die Evaluation dieser Maßnahmekette in der beruflichen Rehabilitation diskutiert werden. Welche Methodik kann nicht oder nur unter Hinzunahme weiterer Daten verwendet werden und welche wird als praktikabel erachtet?

Das Matchingverfahren, angewandt von Jaenichen (2007), ist sowohl für die Gesamtevaluation als auch für die Bestimmung von Selektionsmechanismen nur schwer auf die vorliegende Datenbasis anzuwenden, da viele unbeobachtete Heterogenitäten vorliegen, die einen Vergleich zwischen Rehabilitanden hinsichtlich der Teilnahme an Maßnahmen erschweren. Um eine Evaluation einer

Maßnahmekette auf Basis statistischer Zwillinge doch anwenden zu können, ist die Durchführung einer zusätzlichen Befragung von Rehabilitanden notwendig, wodurch das Ausmaß unbeobachteter Heterogenität reduziert werden könnte. Eine Lösung des Selektionsproblems analog Lechner und Wiehler (2007) stellt sich als sehr datenintensiv dar. Auch hier wären weitere Merkmale (Kapitel V/5) notwendig, die nicht in den Prozessdaten vorliegen. Eine Durchführbarkeit ist hier also ebenfalls nur sehr beschränkt gegeben. Die Anwendung eines wirkungsanalytischen Verweildauermodells wie bei Lalive et al. (2000) ist deshalb nicht durchführbar, da anzunehmen ist, dass Rehabilitanden schon früh über geplante Maßnahmeteilnahmen informiert sind, wodurch ihr Suchverhalten beeinflusst wird. Trifft diese Annahme auch auf die Vergabe der typischen Maßnahmekette zu, würde das wiederum für die Behandlung dieser Kette als Entität, als zusammenhängendes Ganzes, sprechen. Dies würde unterstellen, dass es zu keinerlei Selektion zwischen der Beendigung der ersten und dem Beginn der zweiten Maßnahme kommt.

5. Erfassung zusätzlicher (Gesundheits-)Merkmale. Daten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit

Eine entscheidende Frage für die Durchführung von Wirkungsanalysen ist, wie mit Heterogenitäten in der Untersuchungspopulation umgegangen wird. Die grundlegende Problematik besteht darin, dass sowohl beobachtete als auch unbeobachtete Unterschiede zwischen den Teilnehmern Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben können, wobei gerade jene Einflussfaktoren als problematisch zu erachten sind, die anhand der Prozessdaten nicht kontrolliert werden können. Dabei ist das relevanteste Merkmal für Verlauf und Erfolg der beruflichen Rehabilitation der Gesundheitszustand bzw. die gesundheitliche Einschränkung. Wie die Befunde einer 2004 durchgeführten Studie zu Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen zeigen, hängt der Eingliederungserfolg wesentlich auch von Merkmalen der Behinderung ab (Schröder und Steinwede 2004). Die Heterogenität, die sich aus der jeweiligen Krankheitsgeschichte und der behinderungsspezifischen Einschränkung ergibt, kann mit den Prozessdaten nur anhand der „Art der Behinderung“ abgebildet werden.

Das Gesundheitsmerkmal ist in neun Kategorien differenziert: psychische Behinderung, neurologische Behinderung, Lernbehinderung, geistige Behinderung, Sehbehinderung, Hörbehinderung, Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates, organische Behinderung und sonstige Behinderung. Diese sagen aber nichts über die Auswirkungen der Einschränkung aus, bspw. ob eine Person mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates im Rollstuhl sitzt oder andere körperliche Einschränkungen hat. Diese Auswirkungen können aber Einfluss sowohl auf die Wahl der Berufsausbildung (bei jungen Menschen) als auch auf die Auswahl der Weiterbildungsmaßnahme bei Erwachsenen haben. Auch geistige und vor allem psychische Behinderungen können unterschiedlich ausgeprägt sein und dementsprechend den Verlauf der Rehabilitation sowie die Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlicher Weise beeinflussen.

Zwar zeigt das Merkmal „Art der Behinderung“ bereits für die Teilnahmewahrscheinlichkeit an Maßnahmen starke Erklärungskraft. Dennoch ist die Erklärungskraft nicht ausreichend. Denn zum einen fehlen Angaben zur Multimorbidität, da VerBIS⁸² lediglich die Möglichkeit einer Einzelangabe

⁸² VerBIS ist das Erfassungssystem der Bundesagentur für Arbeit.

zur Behinderungsart bereithält. Liegen mehrere Behinderungen vor, obliegt es den Beratern/Vermittlern, die für die eingeschränkte Teilhabe im Erwerbsleben entscheidende Behinderungsart zu bestimmen. Inwiefern die Information bei Veränderungen im Verlauf der Rehabilitation korrigiert wird – beispielsweise wenn zunächst eine körperliche Behinderung überwiegt, zunehmend jedoch psychische Einschränkungen dominant werden – bleibt fraglich. Ebenso fehlen Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand, der sich im Zeitverlauf ändern kann, sowie Informationen zu Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkung auf eine Erwerbstätigkeit.

Auch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, die sich in zahlreichen gesundheitssoziologischen und ökonomischen Studien als bedeutende verhaltensrelevante Variable und guter Prädiktor für eine Integration in das Erwerbsleben erwiesen hat (Jungbauer-Gans 2002), ist nicht in den Daten enthalten. Dadurch kann ein entscheidender Aspekt der Teilnehmerheterogenität nicht kontrolliert werden.

Der Grad der Behinderung, der in den Prozessdaten verfügbar ist, ist das Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund des Gesundheitszustandes. Er entspricht nicht dem Grad der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. So kann ein blinder Mensch ebenso wie eine Person mit einer geistigen Behinderung einen Grad der Behinderung von 100 haben. Ihre Integrationsmöglichkeiten in Beschäftigung unterscheiden sich aber deutlich. Der Grad der Behinderung ist daher ebenfalls kein valider Prädiktor. Die fehlenden Gesundheitsinformationen können (in unterschiedlicher Intensität) aus zwei Datenquellen generiert werden, den Daten des Ärztlichen Dienstes (ÄD) der BA sowie aus einer Befragung. Ersteres wird im Folgenden diskutiert.

Zur Abklärung eines möglichen Status als beruflicher Rehabilitand wird der Ärztliche Dienst oder der Psychologische Dienst der BA eingeschaltet. In den Daten des Ärztlichen Dienstes der BA finden sich daher u.a. medizinische Diagnosen von Rehabilitanden (siehe hierzu Kapitel IV). Diese Diagnosen erstellt der Ärztliche Dienst anhand der ICD-Klassifikation.⁸³ Zur Präzisierung der Einschränkungsgart werden der sogenannte „Erst- und Zweitschaden“ unter Verwendung von ICD-Codes erfasst. Die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) ist eine international gebräuchliche Form der Klassifizierung von Krankheiten (und Todesursachen). Sie bildet ein staatenübergreifendes Fundament für den Vergleich von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Erkrankungen werden in den Untersuchungen mit entsprechenden Codes versehen und in grenzüberschreitend vergleichbarer Weise gespeichert. Dabei werden sowohl Erst- als auch Zweitdiagnosen erfasst.

Damit können nicht nur differenzierte individuelle Gesundheitscharakteristika abgebildet werden, sondern auch eine mögliche Multimorbidität. Analysen mittels der obersten 20-teiligen Codierung nach Krankheitskapiteln der ICD haben gezeigt, dass im Zeitverlauf eine steigende Bedeutung psychischer Krankheiten zu erkennen ist. Jede dritte Erstdiagnose fällt unter psychische und Verhaltensstörungen, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Da-

⁸³ Der Ärztliche Dienst stellte für eine Machbarkeitsstudie dem IAB Daten für diese Auswertungen zur Verfügung. Allerdings wurde aus Datenschutzgründen kein Individualdatensatz zur Verfügung gestellt, sondern mehrdimensionale Tabellen, bei denen jeweils Felder mit Zellen- und Zeilenbesetzungen kleiner zehn bzw. elf entfernt wurden. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nicht repräsentativ. Die Machbarkeitsstudie umfasste keine Daten des Psychologischen Dienstes.

mit decken diese beiden Krankheitsgruppen zwei Drittel der Erstdiagnosen ab. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich hier in den letzten 10 Jahren – und damit in doch relativ kurzer Zeit – eine Veränderung der Krankheitsbilder zeigt. Im Jahr 2001 war die häufigste Erstdiagnose mit 42 Prozent noch eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Hollederer 2002). Ihr Anteil ging deutlich zurück. Hingegen stieg der Anteil an den psychischen und Verhaltensstörungen, der im Jahr 2001 noch bei 25 Prozent lag (ders.). Beide Typen sind acht Jahre später schon gleich häufig vertreten.

Dies dürfte im Zeitverlauf und im Kohortenvergleich eine gravierende Rolle bei der beruflichen Rehabilitation spielen. Zum einen hat es Auswirkungen auf die Auswahl der Maßnahmen, zum anderen dürfte eine medizinische Stabilisierung und damit die Chancen auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bei psychischen oder Verhaltensstörungen anders verlaufen als bei körperlichen Erkrankungen. Das gleiche gilt für eine zunehmende Multimorbidität, die sich im Zeitverlauf auch in den Daten zeigen dürfte (ICD-Erst- und Zweitdiagnose). Ohne diese Informationen sind die Wirkungen der Maßnahmen, die Art und Dauer der Wiedereingliederung kaum beurteilbar. Zu bedenken ist dabei aber zweierlei: Zum einen befinden sich in den Daten vor allem Personen in beruflicher Wiedereingliederung (ca. zwei Drittel). Ersteingliederungsfälle werden vermutlich zumeist (aufgrund eines hohen Anteils an lernbehinderten Jugendlichen) über den Psychologischen Dienst der Bundesagentur für Arbeit begutachtet. Mit dem Ärztlichen Dienst haben sie meist nur Kontakt, wenn zugleich ein körperliches Leiden vorliegt. Zum anderen werden medizinische Diagnosen, die von dritter Seite gestellt werden sowie jene von öffentlichen Gesundheitsdiensten nicht erfasst. Im SGB II-Bereich werden diese Stellen zur Klärung des Gesundheitszustandes jedoch bisweilen herangezogen. Erst- und Zweitdiagnosen erlauben eine differenziertere Betrachtung der Rehabilitationsgruppe und damit eine mögliche Vergleichsgruppenbildung.

Die ICD-Erst- und Zweitdiagnosen beinhalten lediglich die (allgemeinen) Arten einer Erkrankung. Ob sie vom Ärztlichen Dienst als dauerhaft eingeschätzt werden, kann einem anderen Merkmal – dem gutachterlichen Resultat – entnommen werden. Mit Hilfe der beiden Variablen kann (in Verbindung mit den IAB-Datenprodukten) untersucht werden, welche Krankheiten und deren Kombinationen die Rehabilitationsanerkennung begünstigen und wie sie sich auf die Rehabilitationsdauern, Maßnahmeteilnahmen, den Rehabilitationserfolg und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Behinderung auswirken. In diesem Zusammenhang ist auch zu untersuchen, ob es zu regionalen Häufungen von Erkrankungen und Rehabilitationsbedarfen kommt. Im Hinblick auf einen Rehabilitationserfolg müssten außerdem regionale Charakteristika der Arbeitsmarktsituation einbezogen werden.

Insgesamt zeigt sich bei den Analysen, dass eine Zuspiegelung bestimmter Variablen aus den Daten des Ärztlichen Dienstes zum IAB-Prozessdatensatz für die Evaluation beruflicher Rehabilitation förderlich wäre. Dies gilt vor allem für Analysen, die sich auf den Anfang des Rehabilitationsprozesses beziehen, d.h. für Fragen der Zugangssteuerung zum Rehabilitationsstatus und zu Maßnahmen, aber beispielsweise auch für die Bildung von Vergleichsgruppen sowie für Fragen nach den Wirkungen einzelner Rehabilitationsmaßnahmen in Abhängigkeit von der jeweiligen gesundheitlichen Einschränkung.

Neben den schon erwähnten Merkmalen gehört dazu auch die verantwortliche Stelle, die den ÄD heranzieht, um den Rehabilitationsstatus festzustellen. Durch die Kenntnis der initiierenden Stelle ist es möglich zu identifizieren, welche Abteilungen und Institutionen einen potentiellen Rehabili-

tationsbedarf in Betracht ziehen und den ÄD mit einer sozial- und arbeitsmedizinisch begründeten Klärung beauftragen. In Verbindung mit dem Einladungsgrund trägt die Variable entscheidend dazu bei, die Wege beruflicher Rehabilitation nachzuzeichnen. Dabei spielt die Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Abteilungen und Institutionen eine wichtige Rolle, denn diese dürften jeweils unterschiedlich häufig Kontakt zu erkrankten oder behinderten Personen haben. Dies könnte auf der anderen Seite dazu führen, dass Rehabilitationsbedarfe in manchen Stellen seltener in Erwägung gezogen oder erkannt werden, weil z.B. die Erfahrung im Umgang mit dieser Klientel weniger ausgeprägt ist.

Allerdings gibt es eine wichtige Einschränkung: Medizinische Daten sind durch einen besonderen rechtlichen Schutz gekennzeichnet. Eine datenschutzrechtliche Klärung hat ergeben, dass die Daten des Ärztlichen Dienstes nur dann den Datenprodukten des IAB hinzu gespielt werden dürfen, wenn vorab eine schriftliche Einwilligung des BA-Kunden (als eine Art Schweigepflichtentbindung) erfolgt. Fraglich ist, wie hoch die Zustimmungssanteile im Falle einer Anfrage ausfallen würden und in welchem Ausmaß eine Selbstselektion zum Tragen käme. Grundsätzlich besteht hierbei die Gefahr von Datenverzerrungen, die zu Repräsentativitätsmängeln führen könnten. Daraus würden sich Folgeprobleme für Wirkungsanalysen ergeben, so dass scheinbar festgestellte Kausalitäten in Wirklichkeit Artefakte sein könnten. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die Zustimmung der Betroffenen entweder positiv oder negativ mit der Rehabilitationsanerkennung oder dem Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen korrelieren würde.

Bei einer Einholung der Erlaubnis zur Datenbereitstellung findet ein Auswahlsschritt statt, bei dem von einer starken Selbstselektion der Befragten auszugehen ist. Dieser Schritt verlangt ein hohes Maß an Aktivität und Grundinteresse von Seiten der potentiellen Befragten. Die Beschäftigung mit dem Anliegen und die Rücksendung der Antwort erfordern einen Aufwand, den nur Personen eingehen, die stark motiviert sind und ein (bewusstes) Interesse an Forschung und Ergebnissen in diesem Themengebiet haben. Auch zeigt sich bei Befragungen, die Gesundheit zum Thema haben, dass gesundheitlich leicht beeinträchtigte Personen und von chronischen Krankheiten betroffene Personen eher bereit sind teilzunehmen (Lademann und Kolip 2005). Die Teilnahmebereitschaft sehr kranker Personen ist hingegen weniger stark ausgeprägt (Jones et al. 2006). Spezifische Selektionen durch Über- oder Untererfassung von Krankheiten können zu erheblichen Fehlurteilen führen, die wiederum falsche Ergebnisse produzieren. Es muss ein möglichst verzerrungsfreies Spiegelbild der interessierenden Population abgebildet werden. Diese zentrale methodische Bedingung kann aber nur erfüllt werden, wenn das Problem der nicht kontrollierbaren Selbstselektion umgangen oder möglichst vermieden wird. Hier müsste eine Pilotstudie zur Testung dieses Verfahrens erfolgen, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Studie als gültig anzusehen sind. Diese könnte beispielsweise in Verknüpfung mit einer Befragung von Rehabilitanden durchgeführt werden.

6. Befragung von Rehabilitanden

Neben den Daten des Ärztlichen Dienstes kann auch eine Befragung von Rehabilitanden die in den Prozessdaten fehlenden Gesundheitsinformationen sowie Informationen zu weiteren Einflussfaktoren generieren. Werden die Daten der Befragung dann für (Wirkungs-)Analysen den Prozessdaten

hinzu gespielt⁸⁴, können unbeobachtete Heterogenitäten reduziert sowie andere Faktoren identifiziert werden, die zum Erfolg der beruflichen Rehabilitation beitragen und damit valide Ergebnisse liefern. Zudem können dadurch mögliche Kontrollgruppen, geeignete weitere Instrumentvariablen identifiziert sowie weitere wirkungsanalytische Ansätze verfolgt werden.

Der Fokus einer Befragung sollte auf lebensweltliche Zusammenhänge und Ressourcen der Rehabilitanden (Familie, Netzwerke, aber auch Suchstrategien/Reservationslohn u.a.), subjektiven Einschätzungen von Berufserfahrungen, der subjektiven Einschätzung von Maßnahmeerfolg sowie auf zusätzlichen Informationen zum Gesundheitszustand liegen. Das Fragespektrum sollte, bezogen auf letzteren Punkt, objektive Gesundheitsindikatoren erfassen, wie sie z.B. in vielen epidemiologischen Studien eingesetzt werden: Der *hand-grip-strength-test (Handgreifkrafttest)*; *waist-hip-ratio (Verhältnis Taillen-Hüftumfang)* oder der *Body-Mass-Index (BMI)*. Zudem sollten subjektive Gesundheitsindikatoren erfasst werden. Hier kann ebenfalls auf Modelle aus der epidemiologischen Forschung bzw. aus der Forschung zu mentaler Gesundheit zurückgegriffen werden: Beispiele sind der *Work Ability Index*, das *Patient Health Questionnaire*, der *Satisfaction with Life Scale*, das *Copenhagen Psychological Questionnaire* oder der *SF12*.⁸⁵ Diese dienen dazu, die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit, mentale Gesundheit und Funktionsfähigkeit zu erfassen. Die Befragung sollte auch beinhalten, ob die Behinderung sich im Zeitverlauf ändert bzw. ob sich die Auswirkungen der Behinderung auf die Erwerbstätigkeit ändern. Bleiben für Beschäftigungen relevante Merkmale zeitkonstant, können für bestimmte Fragestellungen wirkungsanalytische Verfahren angewandt werden (Kapitel V/4).

Neben fehlenden Informationen zum Gesundheitszustand der Rehabilitanden sind weitere Einflussfaktoren denkbar, die auf Basis der Prozessdaten unbeobachtet bleiben. So kann davon ausgegangen werden, dass die Motivation einer Person eine bedeutende Rolle für den Maßnahmeverlauf und -erfolg im Rahmen der beruflichen Rehabilitation spielt. Auch das individuelle Suchverhalten nach Beendigung einer Maßnahme kann die Integrationschancen in positiver oder negativer Weise beeinflussen. Gleiches gilt für die sozioökonomische Lage, die Unterstützung durch soziale Netzwerke und andere Teilhabedimensionen. Diese potenziell relevanten Wirkfaktoren sollten ebenfalls abgefragt werden.

Wie in Kapitel V/3 bereits beschrieben, ist auch die Untersuchung von Zuweisungsprozessen in Maßnahmen ein bedeutender Schritt für Wirkungsanalysen. Wird bei ihrer Konzeption vernachlässigt, dass bestimmte Kriterien (beispielsweise das Bildungsniveau oder die Behinderungsart) unterschiedliche Zugangschancen in Maßnahmen mit sich bringen, so zeigen die Ergebnisse ein verzerrtes Bild der Realität. Denn diese Einflussfaktoren des Maßnahmezugangs dürften sich auch auf den Eingliederungserfolg der Rehabilitanden auswirken. Diese skizzierten Merkmale sind in guter Datenqualität in den Prozessdaten vorhanden; sie könnten Ansatzpunkte für die Hypothesenbildung im Rahmen von Wirkungsanalysen bilden – sofern sich für letztere ein ausreichend belastbarer methodischer Zugang finden lässt.

⁸⁴ Dies kann nur mit Zustimmung der Befragten geschehen.

⁸⁵ Der SF 12 stellt die Kurzform des SF 36 Health Survey dar. Dieser Fragebogen misst die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten anhand von 12 anstatt 36 Items über verschiedene Krankheitsformen hinweg (Radoschewski/Bellach 1999).

Zusammengenommen heißt dies, dass zwar einige relevante Merkmale in den Prozessdaten abgebildet sind. Es gibt jedoch auch unbeobachtete Merkmale, die für Verlauf und Erfolg der beruflichen Rehabilitation bedeutend sind und über eine Befragung gewonnen werden müssten.

Zudem sollten die Befragten, neben der Zuspiegelung der Befragungsdaten zu den Prozessdaten, um eine Zuspieldatenbestimmung bestimmter Daten des Ärztlichen Dienstes gebeten werden. Damit kann zum einen die in Kapitel V/5 diskutierte mögliche Selbstselektion (gesundheitlich wenig Beeinträchtigte, gesundheitlich stark Beeinträchtigte) bei der Bereitschaft zur Zuspiegelung analysiert werden. Zum anderen ermöglicht dies die Anreicherung der Prozess- und Befragungsdaten mit dem Ziel der Klärung, ob es für bestimmte Fragestellungen ausreichend ist, nur die Daten des Ärztlichen Dienstes hinzu zu spielen. Dies kann bspw. der Fall sein, wenn sich die Art der Behinderung und ihre Auswirkungen im Zeitverlauf nicht ändern. Sind diese Ergebnisse positiv, kann in Konsequenz dessen bspw. überlegt werden, Rehabilitanden jeweils bei der Anerkennung um eine Zuspieldatenbestimmung der Daten des Ärztlichen Dienstes zu bitten. Dabei sind allerdings weitreichende datenschutzrechtliche Belange zu beachten, die im Vorfeld mit dem Datenschutz geklärt werden müssen.

Welche Rehabilitanden / Maßnahmeteilnehmer befragt werden sollen, ist abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse. Bezieht sich dieses nur auf die Wirkung bestimmter Maßnahmen, z.B. Ausbildungsmaßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung oder besondere Leistungen nach § 103 SGB III, könnten nur Teilnehmer dieser Maßnahmen in die Befragung einbezogen werden. Da Rehabilitanden eine sehr heterogene Gruppe darstellen (siehe Kapitel III/2) und Vergleichsgruppen v.a. unter Rehabilitanden in anderen Maßnahmen zu finden sind, sollte angedacht werden, eine Stichprobe aller Rehabilitanden,⁸⁶ die in einem bestimmten Jahr eine Anerkennung als beruflicher Rehabilitand erhalten haben, zu befragen.⁸⁷ So kann bspw. im Jahr 2013 eine Befragung derjenigen Rehabilitanden in Ersteingliederung durchgeführt werden, die in den Jahren 2007 oder 2008 die Anerkennung als Rehabilitand erhalten haben und zum Befragungszeitpunkt die Rehabilitation zum Großteil beendet haben.⁸⁸

Ergänzend dazu könnte eine durch das BMAS schon angedachte qualitative Implementationsstudie Rehabilitanden zu Beginn (oder im laufenden Prozess) der Rehabilitation durchgeführt werden.⁸⁹ Eine solche qualitative Explorationsstudie mittels offener narrativer Interviews von Rehabilitanden kann Einsichten in die ausbildungs- und arbeitsmarktrelevanten Wahrnehmungs- und Handlungsmuster sowie Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung bieten, die alleine durch eine standardisierte Befragung nicht erhoben werden können. Ebenso kann der Prozesscharakter von Krankheit und Rehabilitation mit seinen stabilisierenden und destabilisierenden Entwicklungen erschlossen und typisiert werden. Ziel einer derartigen Studie sollte u.a. sein, Bedingungen einer besseren

⁸⁶ Zudem würden dadurch auch Rehabilitanden erreicht, die keine Maßnahme erhalten haben.

⁸⁷ Dabei ist bei Forschungsfragen im Rahmen der Wiedereingliederung zu überlegen, Rehabilitanden der anderen Träger mit einzubeziehen, da eine Evaluation von LTA, die ausschließlich auf Basis von Daten der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt wird, nur einen Ausschnitt aus der Bandbreite der beruflichen Rehabilitation abdecken kann. Zudem finden sich in bestimmten Maßnahmen Teilnehmer der unterschiedlichen Träger. Dies würde die Bandbreite der Analysen erhöhen.

⁸⁸ Zum Datenrand Oktober 2010 sind es 56 Prozent der Zugangskohorte 2007, die ihr Rehabilitationsverfahren bereits beendet haben.

⁸⁹ Ein anderer prospektiver Ansatz wäre, eine quantitative Befragung von Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Anerkennung durchzuführen, und dann mit zwei bis drei weiteren Befragungswellen während und nach der beruflichen Rehabilitation zu begleiten. Dieser Ansatz wird im Folgenden aber nicht weiter ausgeführt.

Erreichbarkeit der Zielgruppe durch erwerbsintegrative Maßnahmen herauszufinden, aber auch tiefergehende Erkenntnisse über Wirkmechanismen von Krankheit und beruflicher Rehabilitation zu gewinnen. Ob dabei nur bestimmte Personengruppen (bspw. mit einer bestimmten Art der Behinderung oder Teilnehmer an bestimmten Maßnahmen) im Fokus stehen sollten, kann nach Auswertung der ersten Befragungsergebnisse bestimmt werden.

Ausgenommen werden von einer Befragung sollten Personen mit geistiger Behinderung. Zwar beläuft sich der Anteil in der Ersteingliederung auf 16 Prozent bzw. in der Wiedereingliederung auf sechs Prozent. Dennoch sollte dies aus zwei Gründen geschehen. Zum einen stellt eine Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung hohe Anforderungen sowohl an das Befragungsinstrument selbst als auch an die Interviewer. Die deskriptiven Analysen haben zum anderen gezeigt, dass diese Rehabilitanden zum Großteil in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und damit in einen eigenen, geförderten Arbeitsmarkt übergehen. Damit ist hier ein spezielles Forschungsdesign nur für diese Zielgruppe nötig, das unabhängig von der Evaluation der Leistungen zur Teilhabe durchgeführt werden müsste.

Für Rehabilitanden in Ersteingliederung und Wiedereingliederung sind sowohl unterschiedliche Stichprobengrößen als auch unterschiedliche Befragungsinhalte notwendig. Letztere sollten bei jungen Erwachsenen bspw. einen stärkeren Fokus auf die Schulbildung setzen als bei Erwachsenen, bei denen der bisherige Erwerbsverlauf eine prägendere Rolle spielen dürfte. Die einzelnen Stichprobengrößen sind dabei zu diskutieren.⁹⁰ Für den Bereich der Ersteingliederung kann (mit einem Zugang pro Jahr von rd. 48.000 Personen) ein Netto an Befragungsteilnehmern von min. 8.000 angedacht werden. Im Bereich der Wiedereingliederung (mit einem Zugang pro Jahr von rd. 22.000 Personen) ist zu überlegen, einen Stichprobenumfang von Netto min. 5.000 Personen zu erreichen.⁹¹

Anzudenken ist ebenfalls eine zweite Befragungswelle nach ein bis zwei Jahren, die vor allem die möglichen Veränderungen des Gesundheitszustandes im Fokus hat. Wird als Ziehungsbasis der „Anerkennungsjahrgang“ 2008 zu Grunde gelegt, kann eine erste Befragung der Rehabilitanden im Jahr 2013 erfolgen. Damit kann der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Anerkennung zwar nur retrospektiv erhoben werden. Allerdings kann die Integration ins Erwerbsleben, d.h. der Erfolg / die Wirkung der beruflichen Rehabilitation zeitnah verfolgt werden. Eine weitere Variante wäre, im Jahr 2013 eine Befragung von Rehabilitanden durchzuführen, die im Jahr 2012 anerkannt wurden. Damit kann der aktuelle Gesundheitszustand zu Beginn der Rehabilitation erhoben werden und bei Durchführung einer zweiten Welle nachgehalten werden. Allerdings führt dies dazu, dass die Integration ins Erwerbsleben, d.h. der Erfolg/die Wirkung der beruflichen Rehabilitation frühestens 2015/2016 evaluiert werden kann, da die Maßnahmen zum einen erst durchlaufen werden müssen

⁹⁰ Dabei ist zu bedenken, dass bestimmte Evaluationsmethoden (wie IV-Schätzer) großer Fallzahlen bedürfen. Inwieweit Imputationsverfahren hier unterstützend wirken, ist zu diskutieren.

⁹¹ Stichprobenschichtung nach Alter, Geschlecht und Art der Behinderung. Wird die Befragung als Panel angelegt (mit bspw. zwei Wellen), muss eine möglicherweise hohe Panelmortalität berücksichtigt werden. Als Panelmortalität bezeichnet man, dass bei Wiederholungsbefragungen ein gewisser Anteil der Teilnehmer z.B. aufgrund von Krankheit, Umzug oder fehlender Motivation aus der Paneluntersuchung ausscheidet. Weiterhin muss der Nettostichprobenumfang so groß sein, dass für evtl. zu evaluierende Maßnahmen wenigstens bei den wichtigsten Maßnahmentearten eine ausreichend große Teilnehmerzahl antwortet. Ist dies gegeben, können die Befragungsinformationen ggf. über Imputationsverfahren bei den anderen Maßnahmeteilnehmern ergänzt werden.

und zum anderen die Prozessdaten aufgrund der Rechtszensurierung der Daten (hierzu siehe Teil III des „Zusammenfassenden Berichtes“) im Jahr 2016 nur Informationen bis zum Jahr 2015 enthalten. Eine Entscheidung hierüber ist abhängig von einer Priorisierung der Fragestellungen, die in einem ersten Schritt evaluiert werden sollen.

Die Befragung sollte mittels persönlicher Interviews erfolgen, die v.a. durch die Abfrage der objektiven Gesundheitsindikatoren notwendig ist. So müsste z.B. der *hand-grip-strength-test* mit einem speziellen Gerät durchgeführt werden. Dies hat zudem den Vorteil, dass sämtliche Einwilligungserklärungen zur Zuspiegelung der Daten von den Befragten unterschrieben werden können (und diese „nicht nur“ mündlich erfolgen). Dies dürfte aus datenschutzrechtlicher Sicht wesentlich sein, da es sich vor allem bei der Zustimmung zur Zuspiegelung der Daten des Ärztlichen Dienstes im übertragenen Sinne um eine „Schweigepflichtentbindung“ handelt.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass bei einer Befragung von Rehabilitanden besondere datenschutzrechtliche Belange zu beachten und abzuklären sind.

7. Forschungsfragen

Im Mittelpunkt der Überlegungen für eine erste weiterführende Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben steht die Frage der Integration in den Arbeitsmarkt nach Ende der beruflichen Rehabilitation: Wie sieht der (weitere) Erwerbsverlauf aus, folgen stabile Erwerbskarrieren oder zeigen sich diskontinuierliche Verläufe im Wechsel von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit? Welche Maßnahmen bieten welche Integrationschancen? Die zu bearbeitenden Forschungsfragen werden im Folgenden, getrennt nach Erst- und Wiedereingliederung, dargelegt.

7.1. Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung

Das oberste Ziel im Rahmen der Ersteingliederung ist es, den Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Einstieg auf dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dabei finden zum einen berufsvorbereitende Maßnahmen statt (allgemeine und rehabilitationsspezifische BvB: Anteil Zugangskohorte 2009: 37 Prozent; circa 22.000 Maßnahmen). Zum anderen (oder nachfolgend) erfolgt eine Ausbildungsmaßnahme (Anteil Zugangskohorte 2009: 26 Prozent; circa 15.500 Maßnahmen). Diese können als rehabilitationsspezifische Maßnahme betrieblich oder außerbetrieblich sein oder im Rahmen einer Benachteiligtenförderung stattfinden. Des Weiteren findet sich in der Ersteingliederung häufig auch das Eingangsverfahren in eine Werkstatt für behinderte Menschen (Anteil Zugangskohorte 2009: 15 Prozent; circa 9.000 Maßnahmen).

Das folgende Kapitel beinhaltet Vorschläge für die Evaluation einzelner Rehabilitationsmaßnahmen der Ersteingliederung. Aufgrund der großen Heterogenität an Maßnahmen wird es als sinnvoll erachtet, die Evaluation für die jeweils anteilsstärksten Maßnahmekategorien durchzuführen. Kapitel V/7.1.1 legt dabei den Fokus auf BvB, Kapitel V/7.1.2 beschäftigt sich mit der konzeptuellen Evaluation von Ausbildungsmaßnahmen. Zuletzt findet sich in Kapitel V/7.1.3. ein Vorschlag, die Kombination aus einer vorbereitenden Maßnahme (beispielsweise einer BvB) und einer darauf folgenden Ausbildungsmaßnahme zu evaluieren. Bei der Durchführung einer Sequenzmusteranalyse der

Maßnahmeteilnahmen von Rehabilitanden zeigte sich, dass es sich dabei um die einzig typische Maßnahmekombination handelt, die während der Rehabilitation Anwendung findet.

Die Evaluation von WfbM-Maßnahmen wird nicht weiter verfolgt, da mit dem Übergang in eine WfbM keine weiteren Informationen in den Daten vorliegen. Zudem zielen WfbM-Maßnahmen nicht in erster Linie auf eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt. Da andere Maßnahmekategorien nur einen geringen Anteil an allen Maßnahmen ausmachen, können auch diese bei einer ersten (wirkungs-) analytischen Evaluation der Leistungen zur Teilhabe ausgenommen werden (Anteile jeweils für die Zugangskohorte 2009: Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung: vier Prozent; Benachteiligtenförderung (begleitende Hilfen): zwei Prozent; Zuschüsse (kurzfristig oder beschäftigungsschaffend; jew. allgemein und rehabilitationsspezifisch): unter einem Prozent; Integrationsfachdienst: unter einem Prozent; Weiterbildung: drei Prozent; Arbeitsgelegenheiten: zwei Prozent; TM/MAG/MAT: zwei Prozent). Bei den sonstigen rehabilitationsspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen (sieben Prozent) sind sehr unterschiedliche Maßnahmetypen enthalten (von Berufsfindung bis Reha-Vorbereitungslehrgang), so dass auch hier eine Evaluation als nicht zielführend erachtet wird. Weiterhin ist anzumerken, dass bestimmte Maßnahmen an Personen mit bestimmten Behinderungsarten eher selten vergeben werden. Je nach Fragestellung ist daher zu überlegen, diese Personen bei den jeweiligen Analysen auszuschließen. Mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede müssen hingegen bei allen Analysen berücksichtigt werden.

7.1.1. Evaluation von berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB)

Beschreibung der Maßnahme

Insbesondere für leistungsschwächere Jugendliche kann sich ein nahtloser Übergang von der Schule in eine Berufsausbildung als schwierig erweisen. Junge Menschen, die unabhängig von der erreichten Schulbildung und nach Erfüllung ihrer allgemeinen Schulpflicht ohne Erstausbildung sind und in der Regel das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können an einer berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB) teilnehmen, um ihre Chancen auf einen Ausbildungsplatz zu verbessern.

Zielgruppe von BvB sind diejenigen, die noch nicht über die erforderliche Ausbildungsreife⁹² oder Berufseignung⁹³ verfügen oder denen die Aufnahme einer Ausbildung wegen fehlender Übereinstimmung zwischen den Anforderungen dem persönlichen Bewerberprofil nicht gelungen ist und deren Ausbildungs- und Arbeitsmarktchancen durch die Teilnahme erhöht werden sollen. Darunter fallen auch junge Menschen, die lernbeeinträchtigt und/oder sozial benachteiligt sind. Im Rahmen einer BvB erhalten sie Qualifizierungsangebote, Unterstützung bei der Berufsfindung und Ausbil-

⁹² Ausbildungsreife: Eine Person kann als ausbildungsreif bezeichnet werden, wenn sie die allgemeinen Merkmale der Bildungs- und Arbeitsfähigkeit erfüllt und die Mindestvoraussetzungen für den Einstieg in die berufliche Ausbildung mitbringt. Von den spezifischen Anforderungen einzelner Berufe wird dabei abgesehen.

⁹³ Berufseignung: Eine Person kann für einen Ausbildungsberuf, eine berufliche Tätigkeit oder Position als geeignet bezeichnet werden, wenn sie über die Merkmale verfügt, die Voraussetzung für die jeweils geforderte berufliche Leistungshöhe sind, und der (Ausbildungs-)Beruf, die berufliche Tätigkeit oder Position die Merkmale aufweist, die Voraussetzung für die berufliche Zufriedenheit der Person sind.

derungssuche bis hin zur Möglichkeit, den Hauptschulabschluss nachzuholen. Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, die Ende 2004 im Rahmen eines Fachkonzepts umgestaltet wurden und mit der Neuausrichtung der Arbeitsmarktinstrumente 2009 weitere Veränderungen erfahren haben, zeichnen sich insbesondere durch große Praxisnähe aus. Integraler Bestandteil sind Praktika in Betrieben, um so über den sogenannten Klebeeffekt eine Integration in betriebliche Berufsausbildung zu erreichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Betriebe eher geneigt sind Personen einzustellen, die bereits eine Praktikumsphase in deren Betrieb absolviert haben.

Das Fachkonzept BvB sieht unterschiedliche, individuell abzustimmende Qualifizierungsebenen vor. Die Qualifizierungsebenen stellen zeitlich und inhaltlich individuell (unter Berücksichtigung der jeweiligen max. Förderdauer)⁹⁴ zu durchlaufende Qualifizierungsabschnitte mit flexiblen Übergängen zwischen den Ebenen dar. Ausgangspunkt ist in der Regel eine Kompetenzfeststellung im Rahmen der sog. Eignungsanalyse. Danach können sich entweder die Grundstufe oder aber auch sofort die Praktikumsphase, die sog. Übergangsqualifizierung, anschließen. In die Grundstufe münden Teilnehmer ein, die (noch) nicht ausbildungsreif sind, noch keine Berufswahlentscheidung getroffen haben oder denen für den angestrebten Beruf (noch) die erforderliche Eignung fehlt. Ebenso münden alle jungen Menschen ein, die die BvB mit dem Ziel der Arbeitsaufnahme begonnen haben. Ziel der Grundstufe ist die Herausbildung und Festigung erforderlicher persönlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Motivation der Teilnehmenden zur Aufnahme einer Berufsausbildung oder Arbeit. Kernelement der Grundstufe ist die Berufsorientierung und Berufswahl aufbauend auf den Erkenntnissen der Eignungsanalyse. Zur individuellen Verbesserung von beruflichen Grundfertigkeiten, die auf eine Berufsausbildung oder Arbeitsstelle vorbereiten, kann die Förderstufe angeschlossen werden. Die Übergangsqualifizierung richtet sich an junge Menschen, die eine abgesicherte Berufswahlentscheidung getroffen haben und auch die grundsätzliche Eignung für den angestrebten Beruf sowie die Ausbildungsreife besitzen, aber denen die Aufnahme einer Berufsausbildung und/oder Beschäftigung wegen fehlender Übereinstimmung zwischen den Anforderungen des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes und den persönlichen Bewerberprofil (noch) nicht gelungen ist (BA-Fachkonzept für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen). In Form von betrieblichen Praktika, ggf. begleitet durch ein Bewerbertraining, findet hier praxisbezogene Qualifizierung statt (Plicht 2010). Junge Menschen, die bereits zu Beginn der BvB die Voraussetzungen erfüllen, können unmittelbar in die Übergangsqualifizierung einmünden. Ebenso ist ein Übergang direkt aus der Eignungsfeststellung, Grundstufe oder verkürzten Förderstufe möglich. Die Aufnahme einer Berufsausbildung oder Arbeit ist aus jeder Stufe möglich. Die unterschiedlichen Stufen sind in den Prozessdaten aber nicht identifizierbar.

Bisherige Forschung

Bisher existieren keine Studien, die Maßnahmen zur Berufsvorbereitung wirkungsanalytisch evaluieren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011a). Das grundlegende Problem bestand und besteht darin, dass es sowohl inhaltlich als auch aufgrund der Datenlage besonders schwierig ist, für die meist sehr junge Teilnehmergruppe eine geeignete Kontrollgruppe zu finden. Weder lassen sich Nicht-Teilnehmer identifizieren, die im Sinne eines statistischen Zwillings mit den Teilnehmern

⁹⁴ max. Höchstdauern: Grundstufe (einschließlich der Eignungsanalyse): sechs Monate; Förderstufe: drei bis fünf Monate; Übergangsqualifizierung: neun Monate (Plicht 2010), Abweichungen sind in begründeten Fällen möglich.

in wesentlichen Merkmalen übereinstimmen, noch schienen bis dato relationale Aussagen über die Wirkung von BvB im Vergleich zu anderen ähnlichen vorbereitenden Maßnahmen möglich (Dietrich 2008).

Nur wenige Studien analysieren die Übergänge und den Verbleib von jungen Menschen nach einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme. Eine Verbleibsstudie des IAB zum Übergang der BvB-Kohorte 2006/2007 zeigt, dass mit 37 Prozent ein erheblicher Anteil der jungen Menschen im Anschluss an eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme zunächst arbeitslos ist (Dietrich 2008). Mit 47 Prozent geht nahezu die Hälfte aller BvB-Absolventen in eine Berufsausbildung über. Die Ausbildungsverhältnisse sind meist entweder betrieblich gefördert (25 Prozent) oder in außerbetrieblichen Einrichtungen angesiedelt (17 Prozent). Nur fünf Prozent der Absolventen von BvB werden betrieblich ohne staatliche Förderung ausgebildet. Ein direkter Übergang in Erwerbstätigkeit ist mit einem Anteil von rund fünf Prozent ähnlich selten wie der Übergang in nicht-geförderte Ausbildung (Dietrich 2008).

Multivariate Analysen hinsichtlich des Übergangs von einer BvB in eine darauf folgende Berufsausbildung zeigen, dass die Abschlussnoten einen signifikanten Einfluss haben. Auch die Zeitspanne zwischen Schulabschluss und Beginn der BvB erweist sich als Einflussfaktor der Übergangsquote. Liegt ein niedriges Bildungsniveau oder Arbeitslosigkeit aufseiten des Vaters vor, so verringert sich die Wahrscheinlichkeit auf einen Übergang in (außer)betriebliche Berufsausbildung um 40 Prozent, das Risiko auf einen Übergang in Arbeitslosigkeit erhöht sich (Plicht 2010). Zudem zeigte sich, dass Teilnehmer mit einer langen Praktikumsdauer von über 15 Wochen eine erhöhte Übergangswahrscheinlichkeit haben, was als Hinweis für etwaige Klebeeffekte interpretiert werden kann. Jugendliche, die eine Maßnahme aus motivationalen Gründen oder aufgrund von Fehlverhalten abgebrochen haben, weisen hingegen eine verringerte Chance auf einen Übergang in betriebliche Berufsausbildung auf (Plicht 2010). Sie resümiert unter anderem, dass Bildungsträger die Betreuung von jungen Menschen mit Behinderung innerhalb der heterogenen Teilnehmergruppe als besonders schwierig ansehen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist in der zu geringen Ausstattung mit Fachpersonal zu sehen.

Mögliche Forschungsfragen

- Wie gestaltet sich der Erwerbs- oder Ausbildungsverlauf (Differenzierung nach Übergang in betriebliche, schulische und außerbetriebliche bzw. rehaspezifische Berufsausbildung) der Rehabilitanden nach Beendigung einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme? Und ist dies abhängig von der Art der Behinderung?
- Ist eine nachfolgende Arbeitslosigkeitsperiode zu verzeichnen und wie lange dauert diese an?
- Ist der Übergang in ein Ausbildungs- bzw. Beschäftigungsverhältnis direkt im Anschluss an eine BvB-Maßnahme dauerhaft und behinderungsadäquat?
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Übergänge und des Verbleibs zwischen allgemeinen und rehaspezifischen BvB? Unterscheiden sich diesbezüglich behinderte und nichtbehinderte Teilnehmer an allgemeinen BvB?

- Wie unterscheiden sich Abbrecher von BvB von denjenigen mit erfolgreicher Teilnahme im weiteren Ausbildungs- oder Erwerbsverlauf?
- Zeigen sich regionalspezifische Aspekte bei der Vergabe der Maßnahmen und haben diese einen Einfluss auf die Erwerbsintegration?

Methoden

Hauptziel der BvB ist die Vorbereitung auf eine Berufsausbildung. Entsprechend ist im Unterschied zu anderen Maßnahmen, nicht nur der Übergang in Beschäftigung, sondern vorrangig der Übergang in Berufsausbildung bzw. Ausbildungsmaßnahmen als Erfolg zu werten. In einem ersten Schritt können mittels multivariater Analysen, wie sie von Dietrich und Plicht (2009) durchgeführt wurden, Erkenntnisse zu den Einflussfaktoren des Übergangs in andere Maßnahmen und des Verbleibs nach Ende der Maßnahme gewonnen werden. Die Analysen können bspw. sowohl für allgemeine als auch für rehaspezifische BvB mithilfe von Verweildauermodelle erfolgen. Diese ermöglichen eine dynamische Betrachtung beim Übergang in die unterschiedlichen Zielzustände und erlauben die Übergangswahrscheinlichkeiten anhand von Hazardraten zu schätzen. Dadurch können zwar keine wirkungsanalytischen Aussagen getroffen werden, dennoch birgt diese Herangehensweise Erkenntnispotential im Hinblick auf den Vergleich der Effekte unterschiedlicher Maßnahmen und Maßnahmekombinationen.

Da an allgemeinen BvB sowohl Rehabilitanden als auch nichtbehinderte junge Menschen teilnehmen, besteht zudem die Möglichkeit, die Übergänge der beiden Personengruppen nach Ende der Maßnahme zu vergleichen. Die Dauer berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen kann zwar stark variieren, meist liegt sie jedoch unter einem Jahr. Daher kann mit den Übergangs- und Verweildaueranalysen für die ersten vollständigen Zugangskohorten der Jahre 2007 und 2008 bereits zeitnah in 2013 begonnen werden. Die Analysen können in einem ersten Schritt mittels der Prozessdaten durchgeführt werden. Da in den Prozessdaten viele hier relevante Merkmale nicht abgebildet werden (wie die inhaltlich unterschiedlichen individuellen Abschnitte von BvB, die jeweiligen Übergangsqualifikationen, motivationale Fragen etc.), sollte analog dem Vorgehen von Dietrich und Plicht (2009) eine Befragung von Rehabilitanden (siehe auch Kapitel V/6) erfolgen.

In einem zweiten Schritt wäre u.U. ein Instrumentvariablenansatz⁹⁵ möglich. Dabei wäre die Vergabehäufigkeit auf Agenturebene die interessierende Variable. Sowohl allgemeine als auch rehaspezifische BvB weisen eine hohe regionale Variation hinsichtlich ihrer Vergabehäufigkeit auf. Während in manchen Agenturbezirken allgemeine BvB sehr häufig vergeben werden, spielen sie in anderen Bezirken nur eine untergeordnete Rolle. Dabei ist allerdings zu beachten, dass sich in vielen Agenturbezirken ein Substitutionseffekt feststellen lässt: In Regionen, in denen allgemeine BvB überdurchschnittlich häufig vergeben werden, werden rehaspezifische BvB unterdurchschnittlich häufig vergeben - und umgekehrt. Eine wesentliche Bedingung für eine Instrumentvariable ist, dass sie den Zugang in eine Maßnahme, nicht jedoch die späteren Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt beeinflusst. Daher ist es notwendig, die regionale Arbeitsmarktsituation bei der Konzeption der Instrumentvariable zu berücksichtigen. Multivariate Analysen haben gezeigt, dass un-

⁹⁵ unter Verwendung eines LATE-Schätzers.

terschiedliche Regionen einen Einfluss auf die Vergabeintensität von Maßnahmen haben. Diese Unterschiede folgen aber keinem bestimmten Muster.⁹⁶

Im Idealfall kann ein Instrumentvariablenansatz in einem ersten Schritt ausschließlich anhand der Prozessdaten durchgeführt werden. Um unbeobachtete Heterogenitäten vor allem den Bereich der gesundheitlichen Einschränkungen betreffend auszuschließen und die Ergebnisse zu validieren, müssen in einem zweiten Schritt Informationen einer Befragung (siehe auch Kapitel V/6) hinzugespielt werden. Die Anwendung mehrerer analytischer Herangehensweisen gewährleistet dabei eine zusätzliche Kontrolle der Analyseergebnisse.

7.1.2. Evaluation von Ausbildungsmaßnahmen

Beschreibung der Maßnahme

In Deutschland wird der Förderung der beruflichen Erstausbildung große Bedeutung beigemessen. Um möglichst allen jungen Menschen den Abschluss einer Berufsausbildung zu ermöglichen, gewährt die Bundesagentur für Arbeit ausbildungsbegleitende Hilfen und unterstützt die Berufsausbildung in Betrieben und in außerbetrieblichen Einrichtungen. Berufliche Ausbildungen von Rehabilitanden können entweder als rehaspezifische Maßnahme oder im Rahmen der Benachteiligtenförderung (BNF) stattfinden. Die Benachteiligtenförderung ist ein Jugendlichen zur Verfügung stehendes Instrument, mit dem fehlende betriebliche Ausbildungsplätze ersetzt werden sollen und das neben gesundheitlichen Einschränkungen v.a. Benachteiligungen im sozialen Umfeld der Teilnehmer fokussiert (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005).

Die Förderung der Berufsausbildung stellt nach berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen die am zweit häufigsten vergebene Maßnahmeart im Rahmen der Ersteingliederung dar. Insgesamt haben die Zugangskohorten 2007 bis 2009 an ca. 52.000 Ausbildungsmaßnahmen teilgenommen. Berufsausbildungen im Rahmen der Benachteiligtenförderung summieren sich auf rund 8.500. Mit einer Anzahl von ca. 44.000 finden Ausbildungen meist als rehaspezifische Maßnahmen statt.

Auf deskriptiver Ebene zeigt sich, dass sowohl an rehabilitationsspezifischen als auch an BNF-Ausbildungen mehr männliche Rehabilitanden teilnehmen als weibliche. Die Anteile entsprechen dabei denen in der gesamten Ersteingliederungspopulation und stellen damit kein Spezifikum der Ausbildungsmaßnahmen dar. Zudem ist bei Berufsausbildungen der Benachteiligtenförderung der Anteil an Personen mit einer Lernbehinderung überproportional hoch. Auch bei rehaspezifischen Ausbildungen scheinen Personen mit einer Lernbehinderung die Hauptzielgruppe zu sein.

⁹⁶ Als abhängige Variable wurde dabei die Instrumentvariable (Intensitätsvergabe auf der Agenturebene) eingespielt und als unabhängige Variablen die Arbeitsmarktsituation verschiedener Agenturen (plus weitere Kontrollvariablen wie Geschlecht, Bildung, etc.). Im Weiteren wurde auch die erste Annahme des LATE Schätzers überprüft. Dieser muss die Teilnahme an einer Maßnahme erklären können. Als abhängige Variable wurde dabei die Teilnahmewahrscheinlichkeit für eine Maßnahme und als unabhängige Variable die Instrumentvariable eingespielt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Instrumentvariable einen starken Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, an einer BvB teilzunehmen.

Bisherige Forschung

Im Gegensatz zu anderen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik fehlen in Deutschland bis heute Untersuchungen über die Wirkung von Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Erstausbildung. Grund hierfür ist, dass bis dato für Teilnehmer dieser Programme keine geeigneten Kontrollgruppen gefunden werden konnten, um die Wirkung mittels eines Matching-Ansatzes zu analysieren. Alternative Wege der Durchführung von Wirkungsanalysen sind bislang nicht beschrritten worden.

Deskriptive Analysen zum Übergang nach einer außerbetrieblichen Berufsausbildung finden sich in der IAB-Begleitforschung zum Jugendsofortprogramm JUMP, das mit dem Ziel des Abbaus der Jugendarbeitslosigkeit zum 1. Januar 1999 in Kraft trat und bis Ende 2003 fortwährte (Dietrich 2003). Die Förderung der jungen Menschen bezog sich zunächst auf das erste Ausbildungsjahr in außerbetrieblicher Berufsausbildung, die gegebenenfalls bis zum Berufsabschluss fortgesetzt wird. Ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war es jedoch, die außerbetriebliche Berufsausbildung frühzeitig in ein betriebliches Ausbildungsverhältnis zu überführen. Im Untersuchungszeitraum der Begleitforschung sind von Januar 1999 bis Dezember 2002 insgesamt rund 37.000 Jugendliche in Maßnahmen der außerbetrieblichen Berufsausbildung im Rahmen des Jugendsofortprogramms eingetreten (ders.). Auch für die erste Eintrittskohorte des Jahres 1999 ließ sich aufgrund des geringen Beobachtungszeitraumes und fehlender Informationen über den Status nach Beendigung der Maßnahme kein abschließendes Bild hinsichtlich der Übergänge zeichnen. Dennoch zeigten sich erste Tendenzen zum Verbleib nach der Berufsausbildung. Etwa 40 Prozent der geförderten jungen Menschen sind in betriebliche Berufsausbildung oder reguläre Beschäftigung übergetreten. Weitere 10 Prozent fanden den Zugang zu weiteren Maßnahmen. Rund 22 Prozent gingen in Arbeitslosigkeit über und für 28 Prozent wurden mehrheitlich arbeitsmarktneutrale Zielzustände erfasst wie Krankheit, Mutterschaft, Wehr- und Zivildienst usw. Unterschiede, die sich zwischen alten und neuen Bundesländern zeigten, spiegeln nach Ansicht des Autors die jeweilige Arbeitsmarktsituation wieder, mit deutlich höherem Zugang in Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern und günstigerem Zugang in betriebliche Ausbildung in den alten Bundesländern (ders.).

Mögliche Forschungsfragen

- Wie gestaltet sich der Erwerbsverlauf der jungen Rehabilitanden nach Beendigung einer Ausbildung im Rahmen der Ersteingliederung? Und ist dies abhängig von der Art der Behinderung?
- Unterscheidet sich der Eingliederungserfolg einer betrieblichen Ausbildung im Rahmen der Ersteingliederung von dem einer außerbetrieblichen Ausbildung? Und spielt hier die räumliche Nähe von Wohnort und außerbetrieblicher Einrichtung eine Rolle?
- Unterscheiden sich die Übergänge behinderter und nichtbehinderter Teilnehmer an Ausbildungsmaßnahmen im Rahmen der Benachteiligtenförderung?
- Wie unterscheiden sich Abbrecher von Ausbildungsmaßnahmen von denjenigen mit erfolgreicher Teilnahme im weiteren Erwerbsverlauf?
- Ist die aufgenommene Beschäftigung dauerhaft und behinderungsadäquat?

- Unterscheidet sich der Eingliederungserfolg einer rehaspezifischen Ausbildung von dem einer Berufsausbildung im Rahmen der Benachteiligtenförderung?
- Zeigen sich regionalspezifische Aspekte bei der Vergabe der Maßnahmen und haben diese einen Einfluss auf die Erwerbsintegration?

Methoden

In einem ersten Schritt können deskriptive Übergangsanalysen analog der Begleitforschung zum JUMP-Programm mittels der Prozessdaten der BA für die jeweiligen Fragestellungen erfolgen. Survivorfunktionen können zudem Aufschluss über Verweildauern in einem Zielzustand geben. Die Durchführung von Ereignisanalysen, die eine dynamische Betrachtung beim Übergang in Beschäftigung ermöglichen und anhand derer die Übergangswahrscheinlichkeiten mit Hazardraten geschätzt werden, verspricht weitere große Erkenntnisgewinne.

Zusätzlich könnten zwei Instrumentvariablen (IV) in Betracht kommen: So stellt wiederum die regionale Variation bei der Vergabe von Ausbildungsmaßnahmen ein mögliches Instrument dar. Es zeigt sich, dass sowohl rehaspezifische Ausbildungsmaßnahmen als auch BNF-Ausbildungen in den Agenturbezirken sehr unterschiedlich häufig vergeben werden, wenngleich die regionale Variation geringer ausfällt als bei berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen. Eine wichtige Bedingung für die Bildung einer Instrumentvariable ist aber, dass sie den Zugang in eine Maßnahme, nicht jedoch die späteren Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt beeinflusst.⁹⁷

Eine weitere mögliche Instrumentvariable, zumindest für außerbetriebliche Ausbildungsmaßnahmen, ergibt sich durch die regionale Verteilung der Maßnahmeträger. Hierbei könnte die räumliche Distanz zwischen dem Wohnort der Rehabilitanden und dem Standort des nächstgelegenen Maßnahmeträgers als Basis für die Konstruktion der Instrumentvariable dienen. Da davon auszugehen ist, dass die räumliche Distanz einen Einfluss auf den Zugang zu außerbetrieblichen Ausbildungsmaßnahmen hat und gleichzeitig angenommen wird, dass die Entfernung zwischen Wohnort der Rehabilitanden und Standort des Maßnahmeträgers keinen direkten Einfluss auf den Integrationserfolg der Rehabilitanden hat, wäre eine wichtige Bedingung für die Bildung einer Instrumentvariablen erfüllt. Damit stünde eine weitere Alternative für die Durchführung einer Wirkungsanalyse zur Verfügung.⁹⁸

Dabei ist der mögliche Beobachtungszeitraum zu beachten, da Maßnahmen zur beruflichen Erstausbildung eine Dauer von bis zu drei Jahren aufweisen können. Werden Vorbereitungsmaßnahmen und/oder nachgeschaltete Eingliederungsmaßnahmen durchlaufen, verlängert sich die Gesamtdauer der beruflichen Rehabilitation. Dies führt dazu, dass selbst bei der Zugangskohorte des Jahres 2007 deskriptive Übergangsanalysen zum jetzigen Zeitpunkt lediglich erste Tendenzen aufzeigen können. Solide Analysen sind frühestens ab dem ersten Halbjahr 2013 möglich, wenn auch die Daten aus der Beschäftigtenmeldung für das Jahr 2011 vorliegen, Übergangsratenmodelle bzw.

⁹⁷ Nach erster Überprüfung hat diese Instrumentvariable einen starken Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, an der Maßnahme teilzunehmen. Multivariate Modelle haben ebenfalls gezeigt, dass die Vergabeintensität dieser Maßnahme unabhängig von der Arbeitsmarktsituation erfolgt.

⁹⁸ Wird dem Prozessdatensatz der „Lernort“ hinzugespielt und ist das Merkmal valide in den Daten enthalten, ist der Instrumentvariablenansatz unter Verwendung eines LATE-Schätzers eine vielversprechende Methode.

der Instrumentvariablenansatz ebenfalls ab dem Jahr 2013. Im Idealfall können die beiden möglichen Instrumentvariablen ausschließlich anhand der Prozessdaten gebildet werden. Es gilt jedoch auch hier, dass sich im Verlauf der Konkretisierung des Ansatzes zusätzliche Informationsdefizite zeigen können, die durch eine Befragung der Rehabilitanden ergänzt werden können (siehe auch Kapitel V/6).

7.1.3. Evaluation der Maßnahmekette „Vorbereitende Maßnahme – Ausbildung“

Beschreibung der Maßnahmekette

Im Rahmen beruflicher Rehabilitation werden verschiedenste Maßnahmen mit unterschiedlicher Ausrichtung und in unterschiedlicher Kombination vergeben.⁹⁹ Deskriptive Analysen haben gezeigt, dass eine Maßnahmeabfolge hervorsticht – die Kombination aus einer vorbereitenden Maßnahme mit einer darauf folgenden Ausbildungsmaßnahme. Diese Kombination ist im Bereich der Erstein-gliederung für die Zugangskohorte 2009 in etwa 17 Prozent (ca. 8.600 mal) aller vergebenen Maßnahmen zu finden. Es zeigt sich dabei eine steigende Häufigkeit über die Zugangsjahre.

Um Sequenzen mithilfe einer Sequenzmusteranalyse identifizieren zu können, ist es nötig, hoch aggregierte Kategorien zu verwenden, da ansonsten keine klar abgrenzbaren Muster zu finden sind. Dies hat aber unter Umständen eine geringere Transparenz hinsichtlich der konkreten Maßnahmen zur Folge. Im hier betrachteten Beispiel heißt dies, dass es sich bei den vorbereitenden Maßnahmen vor allem um berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (85 Prozent) handelt, welche zu 55 Prozent rehabilitationsspezifisch sind. Innerhalb der Maßnahmekette ist der vorbereitenden Maßnahme in den meisten Fällen (82 Prozent) eine rehabilitationsspezifische Ausbildung nachgeschaltet, zu 13 Prozent lässt sich danach eine außerbetriebliche Berufsausbildung im Rahmen der Benachteiligtenförderung finden.

Es ist wahrscheinlich, dass die Kombination aus einer vorbereitenden Maßnahme, die grundlagenstärkend bzw. berufsfindend wirken soll, und einer qualifizierenden Maßnahme, die darauf ausgelegt ist, berufsspezifisches Wissen zu vermitteln, von Anfang an vom Rehabilitationsberater festgelegt wird und als Integrationsstrategie fungiert. Es erscheint logisch, dass zunächst Grundlagen und vor allem Ausbildungsreife vorhanden sein müssen, welche dann in einem zweiten Schritt dazu verwendet werden, eine berufliche Spezialisierung zu ermöglichen.

Die deskriptiven Analysen deuten darauf hin, dass in dieser Maßnahmekombination eine bestimmte Gruppe an Rehabilitanden zu finden ist: Zwar entspricht die geschlechtsspezifische Verteilung bei diesem Sequenzmuster in etwa der Gesamtverteilung. Gleiches gilt für die Verteilung nach Bundesländern. Allerdings zeigt sich, dass sich hier überdurchschnittlich häufig Personen mit einer Lernbehinderung finden, Personen mit einer geistigen Behinderung finden sich hier nicht. Bei letzteren stehen andere Maßnahmen im Vordergrund (Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich WfbM). Es wird als sinnvoll erachtet, Evaluationen der Maßnahmekette nur auf Rehabilitanden zu beschränken, die eine Lernbehinderung oder eine psychische Behinderung aufweisen. Regionale Betrachtungen zeigen nur in geringem Maße unterschiedliche Muster, in den meisten Agenturen

⁹⁹ Ob hier ein Timing-of-events Ansatz durchführbar wäre, müssen weitere Analysen klären.

ist die Vergabe durchschnittlich. Bisherige Forschungsansätze zur Evaluation von Maßnahmeketten finden sich in Kapitel V/4.4, daher wird hier auf eine Wiederholung verzichtet.

Mögliche Forschungsfragen

- Welche Merkmale beeinflussen den Übergang in Erwerbstätigkeit bzw. wirken der Integration entgegen?
- Wie gestaltet sich der Erwerbsverlauf nach Ende der Rehabilitation? Sind „perforierte“ Erwerbsbiografien vorhanden? Ist die aufgenommene Beschäftigung dauerhaft und behinderungsadäquat?
- Wie unterscheiden sich die Erwerbsverläufe im Vergleich zu anderen Maßnahmen(-kombinationen)?
- Wie unterschiedlich sind die folgenden Erwerbsverläufe von Rehabilitanden, die nach Abschluss einer vorbereitenden Maßnahme eine Ausbildung im Rahmen der BNF oder eine rehabilitationsspezifische Ausbildung erhalten?
- Zeigen sich regionalspezifische Aspekte bei der Vergabe der Maßnahmen und haben diese einen Einfluss auf die Erwerbsintegration?

Methoden

Unter der Annahme, dass die typische Maßnahmekette als Entität angesehen wird, bietet sich eine Evaluation mithilfe eines Übergangsratenmodells für einige der oben genannten Fragestellungen an. Dabei können Vergleiche mit anderen häufigen Maßnahmeverläufen durchgeführt werden, so dass Erwerbstätigkeitsübergänge direkt gegenübergestellt werden können. Dies gilt bspw. für Personen, die lediglich mit einer Berufsausbildung gefördert werden, ohne davor eine vorbereitende Maßnahme zu erhalten. Mit den Übergangsratenmodellen können Anhaltspunkte für mögliche Wirkungen von Maßnahmen dargestellt werden.

Da für Untersuchungen nach einem Übergangsratenmodell ein langer Beobachtungszeitraum nötig ist, ist es sinnvoll, den Beginn für die Analysen im Jahr 2014 anzusetzen. Da aber auch hier gilt, dass in den Prozessdaten bestimmte Einflussgrößen (Gesundheitsdaten, nähere Informationen zur weiteren Beschäftigung etc.) nicht enthalten sind, wird wiederum eine zusätzliche Befragung von Rehabilitanden (siehe auch Kapitel V/6) für nötig gehalten.

Eine Evaluation im Rahmen einer Instrumentvariablenanalyse wäre prinzipiell auch im Hinblick auf das typische Sequenzmuster denkbar. Wenn man diese Maßnahmekette als Entität begreift, dann unterscheiden sich die Vorgehensschritte nicht von Analysen der Einzelmaßnahmen. Als Instrumentvariable würde dabei die Vergabeintensität oder die jeweilige Entfernung zum Maßnahmeträger infrage kommen. Dabei wird unterstellt, dass die Entfernung zum Maßnahmeträger einen Einfluss auf die Teilnahme an außerbetrieblichen Berufsausbildungen bzw. rehaspezifischen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen hat. Diese Annahme muss allerdings erst im Rahmen von multivariaten Analysen überprüft werden. Relationale wirkungsanalytische Aussagen könnten mithilfe dessen untersucht werden.

7.2. Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung

Das folgende Kapitel beinhaltet Vorschläge für die Evaluation einzelner Rehabilitationsmaßnahmen der Wiedereingliederung. Aufgrund der großen Heterogenität an Maßnahmen wird es als sinnvoll erachtet, die Evaluation für die jeweils anteilsstärksten Maßnahmekategorien durchzuführen: Allgemeine und rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen (Anteil an allen Maßnahmen in der Zugangskohorte 2009 jeweils: 22 (ca. 5.300 Maßnahmen) bzw. 20 Prozent (ca. 4.800 Maßnahmen); Kapitel V/7.2.2.) sowie TM/MAG/MAT (acht Prozent bzw. ca. 1.900 Maßnahmen; Kapitel V/7.2.1.). Zudem sollte die Maßnahmekombination vorbereitende Maßnahme mit darauf folgender Weiterbildungsmaßnahme evaluiert werden (Kohorte 2009: Anteil 14 Prozent entspricht einem Auftreten des Musters in 2.900 Fällen; Kapitel V/7.2.3.). Bei der Durchführung einer Sequenzmusteranalyse der Maßnahmeteilnahmen von Rehabilitanden zeigte sich, dass es sich dabei um die einzig typische Maßnahmekombination handelt, die während der Rehabilitation Anwendung findet.

Aufgrund der geringen Anzahl von Rehabilitanden wird wiederum vorgeschlagen von einer Evaluierung folgender Maßnahmekategorien abzusehen: Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen/Arbeitsgelegenheiten (Anteile jeweils für Zugangskohorte 2009: zwei Prozent); Zuschüsse (kurzfristig, beschäftigungsschaffend; jeweils allgemein und rehabilitationsspezifische: sechs Prozent); Maßnahmen für schwerbehinderte Menschen (ein Prozent); Integrationsfachdienst (ein Prozent). Der Anteil der rehaspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen liegt zwar bei 19 bis 27 Prozent, die Zusammensetzung dieser Kategorie ist jedoch sehr heterogen und wird daher ebenfalls im Weiteren nicht berücksichtigt.¹⁰⁰ Ähnliches gilt für Maßnahmen im Bereich der Werkstatt für behinderte Menschen (2009: 10 Prozent), da mit dem Übergang in eine WfbM keine weiteren Informationen in den Daten vorliegen und somit die weitere Erwerbsbiographie nicht berücksichtigt werden kann. Wiederum gilt, dass bei gewissen Maßnahmen Personen mit bestimmten Behinderungsarten nur mit geringen Anteilen vertreten sind. Je nach Erkenntnisinteresse könnten diese bei den Analysen nicht berücksichtigt werden. Geschlechtsspezifische Besonderheiten hingegen müssen berücksichtigt werden.

7.2.1. Evaluation von vorbereitenden Maßnahmen (TM/MAG/MAT)

Beschreibung der Maßnahmen

Trainingsmaßnahmen (TM) sollen Teilnehmern z.B. durch Qualifizierung oder Bewerbungstraining den Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt ermöglichen. Im Bewerbungstraining werden meist in wenigen Tagen Fähigkeiten rund um den Bewerbungsprozess vermittelt. TM-Qualifizierungsmaßnahmen dauern bis zu acht Wochen. Sehr oft ist hier noch eine Eignungsfeststellung vorgeschaltet. Kombiniert dauern diese Maßnahmen bis zu zwölf Wochen. In den Daten können die einzelnen Elemente allerdings nur zum Teil identifiziert werden.

TM, die es seit 1998 gibt, sind im SGB III durch die § 48 bis 52 abgedeckt. Sie werden seit 2005 sowohl an Arbeitslosengeld-Empfänger als auch an Arbeitslosengeld-II-Empfänger vergeben. TM laufen jedoch im Zuge der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente seit dem Jahr

¹⁰⁰ Dazu gehören etwa Maßnahmen wie Reha-Vorbereitungslehrgang, Fernunterrichtsmaßnahme, Eignungsabklärung/Berufsfindung.

2009 aus. Ab diesem Zeitpunkt werden sie von Maßnahmen bei einem Träger (MAT) bzw. von Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG) abgelöst. Letztere sollen Vermittlungshemmnisse identifizieren und beseitigen sowie die Eignung für die Besetzung von Arbeitsplätzen feststellen. Sie dürfen eine Dauer von vier Wochen dabei nicht überschreiten (Bundesagentur für Arbeit 2008). Maßnahmen bei einem Träger (MAT) haben das Ziel, dem Arbeitnehmer entsprechend seines individuellen Förderbedarfs kurzfristig gezielt berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, um eine zeitnahe Eingliederung zu ermöglichen (Bundesagentur für Arbeit 2011b).

Der Anteil von allgemeinen vorbereitenden Maßnahmen (TM/MAG/MAT) ist über die Eintrittskohorten leicht gesunken (von 14 Prozent in 2007 auf acht Prozent in 2009). Wirkungsanalysen sollen sich nur auf solche Behinderungsgruppen beschränken, die in diesen Maßnahmen in ausreichender Fallzahl vertreten sind: psychische und organische Behinderungen und Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Bisherige Forschung

Die Wirkung von Eignungsfeststellungs- und Trainingsmaßnahmen ist weniger erforscht als bei Weiterbildungsmaßnahmen. Bisherige Ergebnisse belegen beinahe durchweg positive Effekte (Bernhard et al. 2008). Studien differenzieren nicht zwischen den einzelnen Varianten von Trainingsmaßnahmen. Biewen et al. (2007) finden positive Effekte hinsichtlich des Wiedereinstiegs in Beschäftigung insbesondere für Männer in Westdeutschland sowie für Frauen mit mindestens viermonatiger Arbeitslosigkeitsdauer. Im Vergleich zu Förderung beruflicher Weiterbildung (FbW) zeigen die Autoren, dass TM ähnlich effektiv sind. Hujer/Zeiss (2006) ermitteln mithilfe eines ereignisanalytischen Ansatzes, dass eine Teilnahme an einer TM die Übergangswahrscheinlichkeit in Beschäftigung im Vergleich zu Arbeitslosen, die an keiner Maßnahme teilgenommen haben, um 48 Prozent erhöht. Wunsch/Lechner (2008) können unter Verwendung von Matching Ansätzen nur für Trainingsmaßnahmen teilweise eine positive Eingliederungswirkung nachweisen.

Ammermüller et al. (2006) differenzieren bei TM zwischen betrieblichen und außerbetrieblichen Maßnahmen. Dabei finden die Autoren heraus, dass sich nur für betriebliche Maßnahmen und insbesondere für Männer positive Effekte einstellen. Wolff und Jozwiak (2007) untersuchen die Wirksamkeit von betrieblichen und nicht-betrieblichen Maßnahmen nur für den Rechtskreis SGB II. Für beide Maßnahmevarianten zeigen die Autoren positive Wirkungen auf reguläre Beschäftigung, wobei betriebliche Trainingsmaßnahmen eine erheblich bessere Wirkung entfalten.

Mögliche Forschungsfragen

- Wie gestaltet sich der Erwerbs- oder Weiterbildungsverlauf der Rehabilitanden nach Beendigung einer vorbereitenden Maßnahme? Und ist dies abhängig von der Art der Behinderung?
- Ist eine nachfolgende Arbeitslosigkeitsperiode zu verzeichnen und wie lange dauert diese an? Ist der Übergang in Erwerbstätigkeit direkt im Anschluss dauerhaft?

- Wie unterscheiden sich Abbrecher von vorbereitenden Maßnahmen von denjenigen mit erfolgreicher Teilnahme im weiteren Erwerbsverlauf?
- Ist der Übergang in eine Weiterbildungsmaßnahme im Anschluss an eine vorbereitende Maßnahme abhängig von der gesundheitlichen Beeinträchtigung?
- Ist die aufgenommene Beschäftigung dauerhaft und behinderungsadäquat?
- Zeigen sich regionalspezifische Aspekte bei der Vergabe der Maßnahmen und haben diese einen Einfluss auf die Erwerbsintegration?

Methoden

Die Forschungsfragen können in weiten Teilen mittels Ereignisanalysen, bei denen die Übergänge bzw. die Integration in den Arbeitsmarkt über die Eintrittskohorten evaluiert werden, erfolgen. Basis der Analysen sind die Prozessdaten, die Analysen können im Jahr 2012 beginnen.¹⁰¹ Aber auch hier gilt wiederum, dass eine Befragung (siehe auch Kapitel V/6) von Rehabilitanden zur Gewinnung von u.a. Gesundheitsinformationen erforderlich ist. Zudem kann die Wirkung von allgemeinen vorbereitenden Maßnahmen mittels eines Instrumentvariablenansatz überprüft werden. Es haben zwar unterschiedliche Regionen einen Einfluss auf die Vergabeintensität von Maßnahmen, die Unterschiede folgen aber keinem bestimmten Muster.¹⁰²

7.2.2. Evaluation von Weiterbildungsmaßnahmen (allgemein und reha- ilitationsspezifisch)

Beschreibung der Maßnahmen

Weiterbildungsmaßnahmen haben zum Ziel, neue Qualifikationen zu vermitteln oder die bestehenden Qualifikationen zu erweitern. Umschulungen sind dabei eher selten, aber werden nötig, wenn der gelernte Beruf aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung nicht weiter ausgeübt werden kann. Es ist auffällig, dass der Anteil von allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen von acht Prozent für die Zugangskohorte 2007 auf 22 Prozent 2009 zugenommen hat. Dieser Anstieg ging zulasten von reha-
ilitationsspezifischen Weiterbildungsmaßnahmen, deren Anteil von 28 Prozent in Zugangskohorte 2007 auf 20 Prozent in Kohorte 2009 gesunken ist. Da reha-
ilitationsspezifische und allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen bei bestimmten Behinderungsarten kaum vorkommen, sollen sich die Wirkungsanalysen nur auf Personen mit den häufigsten Behinderungsarten in diesem Bereich beschränken. So sind die Anteile von Menschen mit neurologischer und geistiger Behinderung, Lernbehinderung, Sehbehinderung und Hörbehinderung in allgemeinen bzw. rehaspezifischen Weiterbildungen relativ gering.

¹⁰¹ In einem weiteren Schritt könnte ein Difference-In-Difference Ansatz durchgeführt werden. Die Voraussetzungen dazu finden sich in Kapitel 4.

¹⁰² Eine Überprüfung der ersten Annahme des LATE Schätzers zeigt, dass die Instrumentvariable einen starken Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, an einer vorbereitenden Maßnahme teilzunehmen.

Bisherige Forschung

Studien, die wirkungsanalytisch den Erfolg von allgemeinen oder rehabilitationsspezifischen Weiterbildungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung untersucht haben, finden sich bisher nicht. Es liegt jedoch eine Vielzahl von Studien vor, die Effekte von diesen Maßnahmen auf die Integration von Arbeitslosen untersuchen (für eine detaillierte Einführung siehe Bernhard et al. 2008).

Bei der Evaluation von Weiterbildungsmaßnahmen wird dem Einbindungseffekt (lock-in effect) eine besondere Bedeutung zugesprochen. Dieser tritt auf, wenn eine Person während der Teilnahme an einer Maßnahme die Suchintensität nach einem neuen Arbeitsplatz reduziert. Studien zur langfristigen Wirkung von „Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen“ (FuU) belegen positive Effekte bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, vor allem wenn sie mit einem anerkannten Abschluss enden (Fitzenberger et al. 2006; Fitzenberger und Völter 2007).

Die im Rahmen der Hartz-Evaluation durchgeführten Analysen zur FbW belegen ebenfalls positive Effekte bei der Integration in ungeforderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Die Studie von Biewen (2006) zeigt, dass sich durch die Qualifikationserweiterung oder durch Übungsfirmen höhere Beschäftigungsraten im Gegensatz zu Nicht-Teilnehmern einstellen. Eine weitere Studie von Biewen et. al (2007) kommt zu dem Schluss, dass Weiterbildungsmaßnahmen von kurzer und mittlerer Dauer positive Effekte zeigen. Positive Effekte von FbW belegt auch die Studie von Kruppe (2006).

Mögliche Forschungsfragen

- Wie gestaltet sich der Erwerbsverlauf der Rehabilitanden nach Beendigung der Weiterbildungsmaßnahmen? Und ist dies abhängig von der Art der Behinderung?
- Unterscheidet sich der Eingliederungserfolg der Teilnehmer an allgemeinen und rehabilitationsspezifischen Maßnahmen?
- Wie unterscheiden sich Abbrecher von Weiterbildungsmaßnahmen von denjenigen mit erfolgreicher Teilnahme im weiteren Erwerbsverlauf?
- Unterscheidet sich der Erwerbsverlauf von Rehabilitanden in allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen von nichtbehinderten Teilnehmern in diesen Maßnahmen?
- Unterscheidet sich der Eingliederungserfolg einer in einem Betrieb durchgeführten Maßnahme von der einer außerbetrieblichen Maßnahme?
- Ist die aufgenommene Beschäftigung dauerhaft und behinderungsadäquat?
- Zeigen sich regionalspezifische Aspekte bei der Vergabe der Maßnahmen und haben diese einen Einfluss auf die Erwerbsintegration?

Methoden

Im ersten Schritt sollen Analysen zur relativen Wirkung von allgemeinen und rehabilitationsspezifischen Maßnahmen der Weiterbildung erfolgen. Analog zur Evaluation von Nettoeffekten (Vergleich zwischen Personen mit und ohne Maßnahmen) zielt ein Kontrollgruppenvergleich bei relati-

ven Wirkungseffekten auf solche Personen ab, die vergleichbar sind, aber mit unterschiedlichen Leistungen gefördert werden. In den letzten Jahren hat eine Verschiebung von rehaspezifischen hin zu allgemeinen Maßnahmen der Weiterbildung stattgefunden. Geht man davon aus, dass sich die Struktur bzw. der Gesundheitszustand von Rehabilitanden generell nicht deutlich geändert hat, kann hier eine vergabepolitische Entscheidung dahinterstehen. Daher sollen mithilfe von ereignisanalytischen Modellen die Übergänge bzw. die Integration in den Arbeitsmarkt über die Eintrittskohorten evaluiert werden. Basis der Analysen sind die Prozessdaten, die Analysen können im Jahr 2012 beginnen. Für die Analyse der Fragestellung der unterschiedlichen Wirkung von betrieblichen und außerbetrieblichen Maßnahmen gilt, ähnlich wie bei Ausbildungsmaßnahmen, dass das Merkmal „Lernort“¹⁰³ den Daten des Reha-Prozessdatensatzes zugespield werden muss.

In einem weiteren Schritt könnte ein Instrumentvariablenansatz für allgemeine und rehaspezifische Maßnahmen durchgeführt werden. Die Intensität bei der Vergabe von rehaspezifischen bzw. allgemeinen Weiterbildungsmaßnahmen auf Agenturebene kann dabei als Instrument verwendet werden.¹⁰⁴ Auch das Merkmal „Maßnahmeträger in der Nähe des Wohnorts“ kann für die Analyse von Wirkungen rehaspezifischer nicht-betrieblicher Weiterbildungsmaßnahmen ein geeignetes Instrument darstellen.¹⁰⁵ Allerdings hängt, analog der Ersteingliederung, eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt nicht alleine von der Teilnahme an einer Maßnahme ab. Auch hier spielen motivationale Faktoren, das soziale Netzwerk, die Art der Stellensuche, aber natürlich auch die Gesundheit des Einzelnen sowie die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf eine mögliche Erwerbstätigkeit eine tragende Rolle. Um wirkungsanalytische Aussagen treffen zu können, muss daher eine Befragung von Rehabilitanden erfolgen (siehe auch Kapitel V/6). Die Analysen könnten Ende des Jahres 2012 beginnen.

7.2.3. Evaluation der Maßnahmekette „Vorbereitende Maßnahme – Weiterbildungsmaßnahme“

Ähnlich zur Ersteingliederung findet sich auch innerhalb der Wiedereingliederung ein typisches Maßnahmemuster – die Kombination aus einer vorbereitenden Maßnahme und einer darauf folgenden Weiterbildung. Wie bereits erwähnt, müssen hinsichtlich der Evaluation von Sequenzmustern bestimmte Selektionsmechanismen, welche durch die Teilnahme an mehreren Maßnahmen zustande kommen, beachtet werden. Dies gilt sowohl für die Erst- als auch für die Wiedereingliederung.

¹⁰³ Der Lernort hat die Ausprägungen: Betrieb, BBW, BFW, Einrichtung Kategorie II, vergleichbare Einrichtung, WfbM, Sonstiges.

¹⁰⁴ Eine Überprüfung der ersten Annahme des LATE Schätzers (LATE muss die Teilnahme an einer Maßnahme erklären) zeigt, dass die Instrumentvariable einen starken Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, an einer Maßnahme teilzunehmen.

¹⁰⁵ Erste multivariate Analysen (logistische Regressionen) haben auch hier gezeigt, dass diese Instrumentvariable einen starken Einfluss auf die Teilnahme an einer rehaspezifischen Weiterbildungsmaßnahme hat und somit als ein valides Instrument für das Verfahren genutzt werden kann.

Analog zur Ersteingliederung soll nun zunächst für die Wiedereingliederung eine Charakterisierung des typischen Sequenzmusters erfolgen, um Untersuchungsbereiche und Vergabestrukturen aufzuzeigen.

Beschreibung der Maßnahmekette

In der Wiedereingliederung lässt sich ein starker Anstieg in der Vergabe der Maßnahmekette „vorbereitende Maßnahme - Weiterbildung“ beobachten. Liegt der Anteil in der Zugangskohorte 2007 noch bei lediglich acht Prozent (ca. 2.100), steigt er bis 2009 auf 14 Prozent an (ca. 2.900). Aufgrund hoher Anteile noch laufender Rehabilitationsverfahren ist eine weitere Steigerung im Laufe der Zeit wahrscheinlich.

Die Kategorien vorbereitend und qualifizierend sind aufgrund der Anwendung einer Sequenzmusteranalyse bewusst hoch aggregiert gehalten. Konkret wird in der Wiedereingliederung im Rahmen des typischen Sequenzmusters meist eine sonstige rehaspezifische Vorbereitungsmaßnahme (Reha Vorbereitungslehrgang/Eignungsabklärung/Berufsfindung) mit einer rehaspezifischen Weiterbildung gekoppelt. Zunächst werden demnach Grundkenntnisse aufgefrischt oder es findet eine Berufsfindung/Eignungsabklärung statt, um dann in einem zweiten Schritt eine Weiterbildung bzw. eine Umschulung durchzuführen, die an die gesundheitlichen Bedürfnisse des Rehabilitanden angepasst ist.

Die Verteilung nach Geschlecht entspricht innerhalb der Wiedereingliederung der Gesamtverteilung und ist demnach nicht auffällig hinsichtlich bestimmter Selektivitäten. Regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich nicht feststellen. Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme der Maßnahmekette bei Rehabilitanden mit bestimmten Behinderungsarten finden sich keine großen Diskrepanzen zur Gesamtverteilung. So lassen sich etwas weniger psychisch behinderte Rehabilitanden unter den Empfängern des Musters beobachten, dagegen mehr mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates und einer organischen Behinderung. Wie auch in der Ersteingliederung erhalten geistig behinderte Rehabilitanden andere Maßnahme(-kombinationen).¹⁰⁶

In der Wiedereingliederung finden sich nur geringfügig überdurchschnittliche oder unterdurchschnittliche Vergabepaxen hinsichtlich unterschiedlicher Agenturen in Deutschland. Zudem scheint sich die höhere Vergabe von Maßnahmen innerhalb der Wiedereingliederung besonders auf den Osten Deutschlands zu konzentrieren, was auf eine Nicht-Zufälligkeit der Vergabe hinweist.

Da bereits in Kapitel V/4.4 auf entsprechende Studien eingegangen wurde, die Selektionsprobleme bei der Evaluation von Maßnahmekombinationen berücksichtigen, wird an dieser Stelle auf weitere Erläuterungen verzichtet. Wiederum soll die Abfolge vorbereitende Maßnahme plus nachfolgende Weiterbildung als Entität angesehen werden.

Mögliche Forschungsfragen

- Welche Merkmale beeinflussen den Übergang in Erwerbstätigkeit bzw. wirken der Integration entgegen?

¹⁰⁶Zu überlegen ist, hier Personen in die Analysen einzubeziehen, die eine Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates oder eine organische Behinderung aufweisen.

- Ist die aufgenommene Beschäftigung dauerhaft und behinderungsadäquat?
- Wie unterscheiden sich Rehabilitanden, die eine allgemeine Weiterbildungsmaßnahme in Kombination mit einer vorbereitenden Maßnahme aufweisen von denjenigen, die eine rehaspezifische Weiterbildungsmaßnahme in gleicher Kombination absolviert haben?
- Gibt es Unterschiede im späteren Erwerbsverlauf beim Besuch einer betrieblichen Weiterbildungsmaßnahme im Gegensatz zum Besuch einer außerbetrieblichen Weiterbildung?

Methoden

Für die Auswahl geeigneter Evaluationsverfahren für die typische Maßnahmekette gelten im Grunde die gleichen Faktoren analog zur Ersteingliederung, da auch hier das Problem unbeobachteter Heterogenitäten existiert. Verweildauermodelle geben Aufschluss über den anteiligen Verbleib in Beschäftigung nach abgeschlossener Rehabilitation, über die Dauer bis zur Integration, über ihre Nachhaltigkeit und darüber, welche Merkmale eine erfolgreiche Rehabilitation begünstigen. Um die Ergebnisse zu interpretieren, wird eine Gegenüberstellung mit anderen häufig auftretenden Maßnahmeverläufen befürwortet. Hier können andere Integrationsstrategien, aber auch andere Rehabilitationsbedürfnisse hinter der Vergabe stehen, die nicht anhand der Daten allein abgebildet werden können. Ein Vergleich von betrieblichen und außerbetrieblichen Maßnahmen innerhalb dieser Kombination hängt erneut von der Zuspiegelung bzw. der Validität des Merkmals Lernort ab. Eine Durchführung der Verweildaueranalysen wäre für das Jahr 2012 anzusetzen. DID Matching Ansätze wären unter Umständen bei Fragestellungen denkbar, bei denen Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates im Mittelpunkt stehen, wenn von einer Konstanz des Behinderungszustandes ausgegangen werden kann (siehe Kapitel IV/4). Dies muss aber durch eine Befragung von Rehabilitanden verifiziert werden (siehe auch Kapitel V/6).

8. Resümee und Zeitplan

Teil IV dieses Berichts zeigt eine mögliche Richtung auf, um die am häufigsten angewandten Maßnahmen im Rahmen beruflicher Rehabilitation zu evaluieren. Der Umfang der jeweiligen Maßnahme in den Daten, einzelne Personenmerkmale der an der Maßnahme Beteiligten und mögliche Herangehensweisen an die Evaluation inklusive deren zeitlicher Rahmen sind in den Abbildungen 22 und 23 für die Erst- und Wiedereingliederung zusammengefasst. Desweiteren sind Informationen gelistet, die in den Prozessdaten fehlen und welche die Durchführung weiterer Evaluationsdesigns ermöglichen würden, um die Gültigkeit der Ergebnisse durch Anwendung unterschiedlicher methodischer Perspektiven zu überprüfen und zu untermauern.

Die deskriptiven Analysen zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die mit dem neu erstellten prozessproduzierten Datensatz durchgeführt wurden, haben ein komplexes Fördersystem aufgezeigt. Verglichen mit dem Spektrum an Maßnahmen, das die allgemeine Arbeitsmarktpolitik bietet, ist das der beruflichen Rehabilitation deutlich größer. Zudem ist hier eine besondere Personengruppe vertreten, Menschen mit Behinderung. Wie die Befunde einer 2004 durchgeführten Studie

zu Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen zeigen, hängt der Eingliederungserfolg wesentlich auch von Merkmalen der Behinderung ab (Schröder und Steinwede 2004).

Die Heterogenität, die sich aus der Krankheitsgeschichte und dem Grad der behinderungsspezifischen Einschränkung ergibt, kann mit den Prozessdaten nur anhand der „Art der Behinderung“ abgebildet werden. Diese sagen aber nichts über die Auswirkungen der Einschränkung aus, bspw. ob eine Person mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates im Rollstuhl sitzt oder andere körperliche Einschränkungen hat. Die Auswirkungen können aber Einfluss sowohl auf die Wahl der Berufsausbildung (bei jungen Menschen) als auch auf die Auswahl der Weiterbildungsmaßnahme bei Erwachsenen haben. Auch geistige und vor allem psychische Behinderungen können unterschiedlich ausgeprägt sein und dementsprechend den Verlauf der Rehabilitation sowie die Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlicher Weise beeinflussen.

In den Prozessdaten sind auch keine Informationen über weitere Merkmale (wie soziale Netzwerke oder motivationale Faktoren) vorhanden, die Einfluss sowohl auf die Teilnahme einer Maßnahme als auch die Integration nach Ende der beruflichen Rehabilitation haben. Die grundlegende Problematik besteht somit darin, dass sowohl beobachtete als auch unbeobachtete Unterschiede zwischen den Teilnehmern Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben können, wobei gerade jene Einflussfaktoren als problematisch zu erachten sind, die anhand der Prozessdaten nicht kontrolliert werden können. Diese Wissenslücken können aber durch eine Befragung aufgefüllt werden.

Dennoch sind in den Prozessdaten der BA eine Vielzahl relevanter Merkmale (wie Bildung, Art der Behinderung, Informationen zu Maßnahmen, Übergängen u.a.) abgebildet, deren Analysen alleine schon Erkenntnisgewinn beisteuern. So sind erste Übergangs- und Ereignisanalysen im Bereich der Wiedereingliederung bereits im Jahr 2012 machbar, für den Bereich der Ersteingliederung ab Mitte 2014. Diese würden auch dazu dienen, eine Priorisierung des in seiner Gänze sehr umfangreichen Forschungsfeldes vorzunehmen. Hilfreich wäre dabei, wenn die Daten des Ärztlichen Dienstes, die großen Erkenntnisgewinn versprechen, der Forschung zur Verfügung stünden. Dieser letzte Punkt weist aber auf eine Hürde hin. Es sind umfangreiche datenschutzrechtliche Belange zu beachten, die vorab zu klären sind.

Zudem könnte das Vorhaben Pilotcharakter haben, denn neben der BA sind auch andere Institutionen wie die Deutsche Rentenversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Träger der Leistungen zur Teilhabe. Zwar haben diese einen Auftrag zur Integration bei unterschiedlichen Zielgruppen. Sie alle spielen aber für den Bereich der beruflichen Wiedereingliederung¹⁰⁷ erwachsener Menschen eine bedeutende Rolle und tragen dazu bei, die Teilhabe – und damit die Inklusion – von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.

¹⁰⁷ Für die berufliche Ersteingliederung ist v.a. die BA zuständig.

Abbildung 22: Übersichtsmatrix; Vorschläge zur Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung

Häufigste Maßnahmen	BvB	Ausbildung	Maßnahmekette "vorbereitende Maßnahme plus Ausbildung"
Anteil an allen Maßnahmen (Zugangskohorte 2009)	37	26	17
N= (Zugangskohorte 2009)	22.000	15.500	8.600
Häufigste Art der Behinderung (Zugangskohorte 2009)	Lernbehinderung (79 Prozent)	Lernbehinderung (80 Prozent)	Lernbehinderung (69 Prozent)
mögliche Evaluationsmethoden	Verweildauermodelle / Instrumentvariablen (z.B. Vergabehäufigkeit auf Agenturebene)	Verweildauermodelle / Instrumentvariablen (z.B. Vergabehäufigkeit auf Agenturebene; Entfernung Wohnort - Maßnahmeort)	Verweildauermodelle / Instrumentvariablen (z.B. Vergabehäufigkeit auf Agenturebene; Entfernung Wohnort - Maßnahmeort)
möglicher Beginn der Analysen	2013	2013	2014
betrachtete Zugangskohorte	2007 (2008)	2007 (2008)	2007 (2008)
Mögliche Inhalte einer Befragung (Befragung im Jahr 2013)	Gesundheitsinformationen (objektiv und subjektiv); Einschränkungen hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit; Multimorbidität; Netzwerke; Berufsausbildung; motivationale Aspekte hinsichtlich Maßnahmeteilnahme und Erwerbstätigkeit; subjektive Einschätzung zum Erfolg der Maßnahme; Art der Stellensuche; aktuelle Beschäftigung u.a.m.		

Abbildung 23: Übersichtsmatrix; Vorschläge zur Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung

Häufigste Maßnahmen	TM/MAG/MAT	Weiterbildung	Maßnahmekette vorbereitende Maßnahme plus Weiterbildung
Anteil an allen Maßnahmen (Zugangskohorte 2009)	8	41	14
N= (Zugangskohorte 2009)	2.000	10.000	2.900
Häufigste Art der Behinderung (Zugangskohorte 2009)	Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates (47 Prozent); Psychische Behinderung (22 Prozent)	Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates (42 Prozent); Psychische Behinderung (31 Prozent)	Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates (44 Prozent); Psychische Behinderung (28 Prozent)
mögliche Evaluationsmethoden	Verweildauermodelle / Instrumentvariablen (z.B. Vergabehäufigkeit auf Agenturebene)	Verweildauermodelle / Instrumentvariablen (z.B. Vergabehäufigkeit auf Agenturebene; Entfernung Wohnort - Maßnahmeort)	Verweildauermodelle / u.U. DID
möglicher Beginn der Analysen	2012	2012	2012
betrachtete Zugangskohorte	2007 (2008)	2007 (2008)	2007 (2008)
Mögliche Inhalte einer Befragung (Befragung im Jahr 2013)	Gesundheitsinformationen (objektiv und subjektiv); Einschränkungen hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit; Multimorbidität; Netzwerke; Berufsausbildung; motivationale Aspekte hinsichtlich Maßnahmeteilnahme und Erwerbstätigkeit; subjektive Einschätzung zum Erfolg der Maßnahme; Art der Stellensuche; aktuelle Beschäftigung, Konstanz der gesundheitlichen Einschränkung u.a.m.		

VI. Zusammenfassung

Ein wissenschaftlicher Diskurs zu beruflicher Rehabilitation ist eng verbunden mit der Definition des Behinderungsbegriffs. Je nach wissenschaftlicher Disziplin gibt es verschiedene Definitionen, in denen unterschiedliche Aspekte betont werden. Dabei erfassen die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen und Forschungsbereiche den Behinderungsbegriff in unterschiedlicher Weise. Die systemtheoretische Perspektive, die den theoretischen Rahmen dieses Berichts bildet, setzt Behinderung in Beziehung zu den ausdifferenzierten Teilbereichen der Gesellschaft (Wirtschaftssystem, Rechtssystem, etc.). Behinderung kann demzufolge als ein Merkmal interpretiert werden, das eine Störung zwischen der personalen Ebene und den gesellschaftlichen Teilbereichen zur Folge haben kann, was die Exklusion aus betreffenden Teilbereichen wahrscheinlicher macht. Dabei wird einerseits die Exklusion aus den Funktionssystemen, andererseits die gleichzeitige Alternativinklusion in bestimmte, darauf spezialisierte soziale Institutionen bzw. Organisationen in den Blick genommen (Bleidick 1999). Im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation werden unterschiedliche gesellschaftliche Teilbereiche wie das Wirtschafts-, Bildungs- oder Rechtssystem auf unterschiedliche Weise angesprochen. Mittels arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen soll dabei die Inklusion von Menschen mit Behinderung in das Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.

Eng verknüpft mit dem Begriffspaar Inklusion/Exklusion ist der Begriff der Teilhabe, der im Forschungsfeld der Sozial- und Wohlfahrtsstaatanalyse in jüngerer Zeit an Bedeutung gewonnen hat. So hat er sich im Feld der Analyse sozialer Ungleichheit etabliert, wo Teilhabedefizite als mögliche Konsequenzen sich verschärfender Verteilungsungleichgewichte gedeutet werden (Bude 2008; Castel 2000; Castel 2005). Häufig wird Teilhabe als Komplementärbegriff zum Konzept individueller Verantwortlichkeit verwendet, das im Zuge des Aktivierungsparadigmas maßgeblich für die Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik geworden ist.

Damit stellt die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft eine zentrale sozialpolitische Aufgabe dar. Einer der wichtigsten Aspekte gesellschaftlicher Partizipation ist die Integration in die Erwerbsarbeit. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der beruflichen Rehabilitation dienen dabei zur (Wieder-)Herstellung der Beschäftigungsfähigkeit des Einzelnen und damit der Ermöglichung dieser Teilhabe.

Dies entspricht auch der Zielsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die am 26.03.2009 in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft getreten ist. Dabei ist „eine inklusive Arbeitswelt zu entwickeln, (...) Kernanliegen der Bundesregierung. Arbeit zu haben, bedeutet persönliche Unabhängigkeit und Selbstbestätigung. Sie ist fundamental für die Selbstverwirklichung der meisten Menschen in unserer Arbeitsgesellschaft“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011b: 15). Dazu gehört auch die berufliche Rehabilitation, die im Handlungsfeld 3.1 *Arbeit und Beschäftigung* des „Nationalen Aktionsplans“ enthalten ist und Initiativen und Instrumente wie *RehaFutur*, *Betriebliches Eingliederungsmanagement*, *Initiative Inklusion* beinhaltet (ders.). Teil dieses Handlungsfeldes ist auch das Projekt „Basisstudie Reha-Prozessdatenpanel“, mit der das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) beauftragt wurde. Ziel war der Aufbau und die Pflege eines Prozessdatenpanels von Rehabilitanden der BA, die Klärung, ob die für eine Wirkungsanalyse notwendigen Daten verfügbar gemacht werden können sowie die Prüfung, ob für die Beantwortung der jeweiligen wirkungsanalytischen Fragestellungen in ausreichendem Maße Teilnehmer und Kontrollgruppen vorhanden sind. Im Projektkontext war zu-

dem die Möglichkeit einer Zuspiegelung von Daten des Ärztlichen Dienstes (ÄD) zu prüfen. Dies erfolgte im Rahmen einer Machbarkeitsstudie „Daten des Ärztlichen Dienstes“.

Der neu aufgebaute Datensatz beinhaltet Personen deren Anerkennung als Rehabilitand durch die Bundesagentur für Arbeit ab Juni 2006 erfolgte. Damit finden sich in der Datenbasis berufliche Rehabilitanden sowohl aus dem Bereich der Erst- als auch der Wiedereingliederung. Es wird hier neben dem Rechtskreis SGB III auch die Grundsicherung im Rechtskreis SGB II, allerdings ohne die Daten der zugelassenen kommunalen Träger abgedeckt. Neben Informationen zur Anerkennung der Rehabilitation sind noch persönliche Merkmale und mit den Maßnahmeteilnahmen noch Angaben zum weiteren Verlauf des Rehabilitationsprozesses enthalten.

Die deskriptiven Analysen zeichnen ein heterogenes Bild, sowohl die Rehabilitanden selbst betreffend als auch die von ihnen besuchten Maßnahmen. Während Rehabilitanden der Wiedereingliederung über eine Berufsausbildung und Berufserfahrung verfügen, stehen Rehabilitanden der Ersteingliederung vorwiegend auf der Stufe des Übergangs von der Schule in das Ausbildungs- bzw. Erwerbssystem. Zwar nehmen insgesamt mehr Männer als Frauen an beruflicher Rehabilitation teil (ein bekanntes wenngleich unerforschtes Phänomen, das sich bei allen Leistungsträgern beruflicher Rehabilitation zeigt). Bildungsbiographische Unterschiede zwischen Frauen und Männern finden sich aber nicht, Unterschiede nach Art der Behinderung hingegen schon: Jugendliche und junge Erwachsene in der Ersteingliederung weisen vor allem eine Lernbehinderung auf, während bei Personen in der Wiedereingliederung vor allem Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychische Behinderungen dominant sind.

Aufgrund der institutionellen Zuweisungslogik sind Personen in Ersteingliederung mit durchschnittlich 19 Jahren deutlich jünger als Rehabilitanden in Wiedereingliederung, die im Durchschnitt 31 Jahre alt sind. Die Dauer einer beruflichen Rehabilitation, von der Statusanerkennung bis zum Abschluss, variiert von unter einem Jahr bis zu mehr als drei Jahren und ist abhängig von unterschiedlichsten Einflussgrößen. Die Art der Behinderung, die vergebenen Maßnahmen aber wohl auch andere Merkmale, die nicht in Prozessdaten erfasst werden, beeinflussen die Dauer einer Rehabilitation. Dabei sind Fälle im Bereich der Wiedereingliederung tendenziell kürzer. Dies resultiert daraus, dass bei der Ersteingliederung eine Ausbildung im Mittelpunkt steht, die bis zu drei Jahre dauern kann. Systematische Unterschiede nach Geschlecht oder Art der Behinderung finden sich nicht. So zeigt sich z.B. bei lernbehinderten Personen eine Gruppe mit schnellem Abschluss der Rehabilitationsphase, aber auch eine Gruppe, deren Rehabilitationsverfahren lange andauert.

Mit den vorliegenden Prozessdaten ist auch keine umfassende Betrachtung der Selektionsmechanismen möglich, die sich vor der Rehabilitationsanerkennung vollzogen haben. Allerdings können aus den Daten die vorherigen Erwerbsbiographien (soweit vorhanden) abgebildet werden. Im Falle der Ersteingliederung zeigen sich vor allem zwei Wege: zum einen ein Zugang direkt aus einer Sonder-/Förderschule, zum anderen aus dem Arbeitslosengeld-II-Bezug. Immerhin 12 Prozent nehmen vor der Statusanerkennung an einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme der BA teil. Für etwa jeden vierten jungen Menschen liegen allerdings keine erwerbsbiografischen Informationen vor.

Wiederum zeigen sich hinsichtlich der Zugangswege keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, wohl aber nach der Behinderungsart. So kommen bspw. junge Menschen mit einer geistigen Behinderung zu über 60 Prozent aus einer Sonder- bzw. Förderschule, eine Anerkennung während der

Teilnahme an einer Maßnahme oder aus einem Arbeitslosengeld-II-Bezug ist nur in geringerem Maße zu beobachten. In den besuchten Maßnahmen spiegelt sich zudem die Förderlogik wider: Die vorherrschenden Maßnahmen, an denen die jungen Erwachsenen bei Reha-Anerkennung teilnehmen, sind berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen sowie sonstige vorbereitende Maßnahmen und Arbeitsgelegenheiten.

Im Falle der Wiedereingliederung sieht das Bild anders aus. Aufgrund der hier im Fokus stehenden Personengruppe liegt es nahe, dass knapp 30 Prozent vor der Anerkennung beschäftigt waren. Ein fast identischer Anteil kommt aus dem Arbeitslosengeld-I-Bezug. Ein weiteres knappes Viertel bezog direkt vor der Reha-Anerkennung Arbeitslosengeld II. Im Unterschied zu Personen in Erstein-gliederung werden lediglich sechs Prozent der Reha-Fälle während einer Maßnahmeteilnahme anerkannt. Analog zur Erstein-gliederung zeigt sich ein identisches Bild: Es finden sich keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht, unterscheidet man nach Behinderungsart zeigen sich deutliche Differenzen. Während psychisch behinderte Menschen vor einer beruflichen Rehabilitation eher arbeitslos sind, kommen Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates eher aus einer Erwerbstätigkeit in die berufliche Rehabilitation.

Wird die Erwerbskarriere vor Beginn der beruflichen Rehabilitation genauer betrachtet, zeigen sich erwartungsgemäß geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen waren häufiger in Teilzeit beschäftigt, während Männer eher Vollzeit arbeiteten. Auch bei den Berufsfeldern zeigt sich ein typisches Bild: Männer sind vor allem in qualifizierten manuellen Berufsgruppen gegenüber Frauen deutlich überpräsentiert. Aber auch in einfachen manuellen Berufen ist ihr Anteil wesentlich höher. Frauen sind vor allem in einfachen kaufmännischen Verwaltungsberufen tätig, gefolgt von qualifizierenden Diensten und qualifizierten kaufmännischen und Verwaltungsberufen. Zudem haben Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates die längste Erwerbserfahrung im Vergleich zu Personen mit anderen Behinderungsarten. Sie arbeiteten dabei auch am häufigsten in qualifizierten manuellen Berufen in Vollzeit.

Ein Blick auf die Maßnahmen zeigt das komplexe Fördersystem auf. Verglichen mit dem schon großen Spektrum an Maßnahmen, die die allgemeine Arbeitsmarktpolitik bietet, ist das der beruflichen Rehabilitation deutlich größer, da für sie zudem sog. besondere (rehabilitationsspezifische) Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Die Mehrzahl der jungen Menschen nimmt an solchen rehabilitationsspezifischen Ausbildungsmaßnahmen teil, gefolgt von rehabilitationsspezifischen und allgemeinen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen sowie dem Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass jede Person in Erstein-gliederung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation an einer Maßnahme teilnimmt. Etwa ein Achtel der Fälle weist keine Maßnahmeteilnahme auf, während alle anderen eine oder häufig auch mehrere Maßnahmen erhalten. Dabei zeigen sich behinderungsspezifische Unterschiede. So dominiert bei den vergebenen Maßnahmen bei Personen mit geistiger Behinderung das Eingangsverfahren bzw. der Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen. Auf der anderen Seite erhalten junge Menschen mit einer Lernbehinderung überwiegend allgemeine und rehabilitationsspezifische BvB sowie rehabilitationsspezifische Ausbildungen. Ein Blick auf die Maßnahmen, die Personen in Wiedereingliederung erhalten, zeigt sich zunächst ein der Erstein-gliederung ähnliches Bild. Auch hier dominieren erst einmal rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen, ihr Anteil sinkt im Zeitverlauf aber deutlich. Ein genau gegenläufiges Bild zeigt sich bei allgemeinen Weiterbil-

ungsmaßnahmen, ihr Anteil steigt im Zeitverlauf. Im Unterschied zur Ersteingliederung liegt hier der Anteil an Personen ohne eine einzige Maßnahmeteilnahme bei etwa einem Drittel. Ein weiteres Drittel nimmt an genau einer Maßnahme teil, alle anderen an mehreren. Differenziert nach dem Rechtskreis SGB II und SGB III zeigen sich Unterschiede, ebenso bei den unterschiedlichen Behinderungsarten. Dabei sind vor allem für Personen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates und Rehabilitanden mit organischen Behinderungen rehabilitationspezifische und allgemeine Weiterbildungen, TM/MAG/MAT und sonstige rehabilitationspezifische Vorbereitungsmaßnahmen die wichtigsten Maßnahmekategorien.

Multivariate Modelle zu Zugangswahrscheinlichkeiten in Maßnahmen zeigen bei Jugendlichen bspw., dass die Art der Behinderung einen Einfluss sowohl für die generellen Zugangschancen in Maßnahmen hat als auch für die Art der Maßnahme, an der ein Rehabilitand teilnimmt. So haben Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates eine generell hohe Teilnahmewahrscheinlichkeit. Weitere Einflussfaktoren sind bei den Ersteingliederungsfällen die Schulbildung, die Wohnregion differenziert nach den Clustern der Ausbildungsmärkte und für bestimmte Maßnahmen auch das Geschlecht.

Etwa die Hälfte der Personen beginnt 120 Tage nach der Anerkennung als Rehabilitand die erste Maßnahme. Dies hat sich allerdings im Laufe der letzten Jahre verändert, die Wahrscheinlichkeit steigt im Zeitverlauf an, schneller in die erste Maßnahme zu wechseln. Dies gilt auch für Personen in Wiedereingliederung. Zudem beeinflusst auch in der Wiedereingliederung die Behinderungsart zum einen die Wahrscheinlichkeit, überhaupt an einer Maßnahme teilzunehmen, zum anderen aber auch die Art der Maßnahme. So haben Personen mit geistiger Behinderung sowohl bei Vorbereitungs- als auch bei Weiterbildungsmaßnahmen eine deutlich geringere Teilnahmewahrscheinlichkeit als Personen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Bei Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer WfbM wäre ihre Wahrscheinlichkeit auf eine Teilnahme sicherlich am höchsten. Analog den Ergebnissen bei der Ersteingliederung spielt auch bei der Wiedereingliederung die Schulbildung, das Alter, das Geschlecht und teilweise die Region des Wohnortes in der Verteilung nach SGB III-Regionaltypen eine Rolle.

Neben dem Zugang in Maßnahmen ist die Identifizierung von Maßnahmeabfolgen bzw. Maßnahmeketten sowie deren Quantifizierung ein wichtiger Gesichtspunkt. Hintergrund hierfür ist, dass in der Praxis häufig Maßnahmen hintereinander vergeben werden, die dann als Förderkette aufeinander aufbauen. Es stellt sich die Frage, ob im Bereich der beruflichen Rehabilitation typische Vergabestrategien der Agenturen zu finden sind oder ob aufgrund der großen Heterogenität der Rehabilitanden nur selten weit verbreitete Maßnahmemuster Anwendung finden. Die typische Maßnahmekette im Bereich der Ersteingliederung ist dabei eine vorbereitende Maßnahme in Kombination mit einer Ausbildungsmaßnahme. In der Wiedereingliederung ist das typische Muster eine vorbereitende Maßnahme kombiniert mit einer Weiterbildung.

Ist die berufliche Rehabilitation beendet, vermerken die Vermittler den sog. „Endgrund“, d.h. den Status, in den ein Rehabilitand wechselt: In der Ersteingliederung geht etwa ein Zehntel der jungen Menschen nach der Rehabilitation in ein Beschäftigungsverhältnis über. Ein gutes Viertel geht in den Arbeitsbereich einer WfbM über, ein Drittel verlässt die Rehabilitation aufgrund fehlender Integrationsaussichten oder fehlender Mitwirkung. Sonstige Gründe, die nicht weiter spezifiziert werden können, liegen etwa zu einem Viertel vor. Die Abgangsarten variieren hier deutlich, wird die Art der Behinderung berücksichtigt. Besonders junge Menschen mit einer Lernbehinderung verlas-

sen die Rehabilitation häufiger aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten. Menschen mit einer geistigen Behinderung wechseln zu über 80 Prozent in eine WfbM. Von dem Großteil der jungen Menschen, die die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung, aufgrund fehlender Integrationsaussichten oder durch die Rücknahme des Reha-Antrags verlässt, steht sechs Monate nach Ende der Rehabilitation jeder Vierte in einem Beschäftigungsverhältnis. Diese, ebenso wie die direkt nach der beruflichen Rehabilitation aufgenommenen Beschäftigten, sind in einem Betrachtungszeitraum von 12 Monaten stabil.

Bei Personen in der Wiedereingliederung zeigt sich ein deutlich unterschiedlicheres Bild. Vier von zehn beenden ihre Rehabilitation mit einem Übergang in Beschäftigung. Nur jeder Siebte beendet die Rehabilitation aufgrund fehlender Mitwirkung oder fehlender Integrationsaussichten. Auch hier unterscheiden sich die Gründe der Beendigung der Rehabilitation deutlich nach den Behinderungsarten. So zeigen Menschen mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen mit über 50 Prozent die höchsten Anteile beim Übergang in Beschäftigung. Geistig behinderte Menschen sind nach Ende der Rehabilitation zu knapp zwei Dritteln in einer WfbM tätig. Bei Personen, die direkt in Beschäftigung abgehen, ist diese bei einem Großteil auch über einen Jahreszeitraum betrachtet stabil. Wird als Endgrund fehlende Mitwirkung/fehlende Integrationsaussichten oder Rücknahme des Reha-Antrags angegeben, sind nach sechs Monaten knapp 40 Prozent in Beschäftigung. Insgesamt scheinen Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates gute Integrationschancen aufzuweisen, die auch nachhaltig scheinen.

Auch die Befunde einer 2004 durchgeführten Studie zu Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen zeigen, dass ein Eingliederungserfolg wesentlich auch von Merkmalen der Behinderung abhängt (Schröder und Steinwede 2004).

Die Heterogenität, die sich aus der Krankheitsgeschichte und dem Grad der behinderungsspezifischen Einschränkung ergibt, kann mit den Prozessdaten nur anhand der „Art der Behinderung“ abgebildet werden. Diese sagt aber nichts über die Auswirkungen der Einschränkung aus, bspw. ob eine Person mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates im Rollstuhl sitzt oder andere körperliche Einschränkungen hat. Diese Auswirkungen können aber Einfluss sowohl auf die Wahl der Berufsausbildung (bei jungen Menschen) als auch auf die Auswahl der Weiterbildungsmaßnahme bei Erwachsenen haben. Auch geistige und vor allem psychische Behinderungen können unterschiedlich ausgeprägt sein und dementsprechend den Verlauf der Rehabilitation sowie die Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlicher Weise beeinflussen.

Daneben sind in den Prozessdaten auch keine Informationen über weitere Merkmale (wie soziale Netzwerke oder motivationale Faktoren) vorhanden, die Einfluss sowohl auf die Teilnahme an einer Maßnahme als auch die Integration nach Ende der beruflichen Rehabilitation haben. Die grundlegende Problematik besteht somit darin, dass sowohl beobachtete als auch unbeobachtete Unterschiede zwischen den Teilnehmern Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben können, wobei gerade jene Einflussfaktoren als problematisch zu erachten sind, die anhand der Prozessdaten nicht kontrolliert werden können. Die fehlenden Gesundheitsinformationen können (in unterschiedlicher Intensität) aus zwei Datenquellen generiert werden, den Daten des Ärztlichen Dienstes (ÄD) der BA sowie aus einer Befragung:

Zur Abklärung eines möglichen Status als beruflicher Rehabilitand wird der Ärztliche Dienst oder der Psychologische Dienst der BA eingeschaltet. In den Daten des Ärztlichen Dienstes der BA finden

sich daher u.a. medizinische Diagnosen von Rehabilitanden. Diese Diagnosen erstellt der Ärztliche Dienst anhand der ICD-Klassifikation. Zur Präzisierung der Einschränkungsort werden der sogenannte „Erst- und Zweitschaden“ unter Verwendung von ICD-Codes erfasst. Damit können nicht nur differenzierte individuelle Gesundheitscharakteristika abgebildet werden, sondern auch eine mögliche Multimorbidität. Analysen mittels der obersten 20-teiligen Codierung nach Krankheitskapiteln der ICD haben gezeigt, dass im Zeitverlauf eine steigende Bedeutung psychischer Krankheiten aufscheint. Jede dritte Erstdiagnose fällt inzwischen unter psychische und Verhaltensstörungen, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Im Jahr 2001 war die häufigste Erstdiagnose mit 42 Prozent noch eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Hollederer 2002).

Dies dürfte im Zeitverlauf und im Kohortenvergleich eine gravierende Rolle bei der beruflichen Rehabilitation spielen. Zum einen hat es Auswirkungen auf die Auswahl der Maßnahmen, zum anderen dürfte eine medizinische Stabilisierung und damit die Chancen auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bei psychischen oder Verhaltensstörungen anders verlaufen als bei körperlichen Erkrankungen. Das gleiche gilt für eine zunehmende Multimorbidität, die sich im Zeitverlauf auch in den Daten zeigen dürfte (ICD-Erst- und Zweitdiagnose).

Ein weiteres Merkmal ist die *verantwortliche Stelle*, die den ÄD heranzieht, um den Rehabilitationsstatus festzustellen. Durch die Kenntnis der initiierenden Stelle ist es möglich zu identifizieren, welche Abteilungen und Institutionen einen potentiellen Rehabilitationsbedarf in Betracht ziehen und den ÄD mit einer sozial- und arbeitsmedizinisch begründeten Klärung beauftragen. In Verbindung mit dem Merkmal *Einladungsgrund* trägt die Variable entscheidend dazu bei, die Wege beruflicher Rehabilitation nachzuzeichnen. Dabei spielt die Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Abteilungen und Institutionen eine wichtige Rolle, denn diese dürften jeweils unterschiedlich häufig Kontakt zu erkrankten oder behinderten Personen haben. Dies könnte auf der anderen Seite dazu führen, dass Rehabilitationsbedarfe in manchen Stellen seltener in Erwägung gezogen oder erkannt werden, weil z.B. die Erfahrung im Umgang mit behinderungsbedingten Einschränkungen beim Ausüben einer Erwerbstätigkeit weniger ausgeprägt ist.

Insgesamt zeigt sich bei den Analysen, dass eine Zuspiegelung bestimmter Variablen aus den Daten des Ärztlichen Dienstes zum IAB-Prozessdatensatz für die Evaluation beruflicher Rehabilitation förderlich wäre. Dies gilt vor allem für Analysen, die sich auf den Anfang des Rehabilitationsprozesses beziehen, d.h. für Fragen der Zugangssteuerung zum Rehabilitationsstatus und zu Maßnahmen, aber beispielsweise auch für die Bildung von Vergleichsgruppen sowie für Fragen nach den Wirkungen einzelner Rehabilitationsmaßnahmen in Abhängigkeit von der jeweiligen gesundheitlichen Einschränkung. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass sich in den Daten des ÄD vor allem Personen in beruflicher Wiedereingliederung (ca. zwei Drittel der Personen in Wiedereingliederung insgesamt) wiederfinden. Ersteingliederungsfälle werden vermutlich zumeist (aufgrund eines hohen Anteils an lernbehinderten Jugendlichen) über den Psychologischen Dienst der Bundesagentur für Arbeit begutachtet. Mit dem Ärztlichen Dienst haben sie meist nur Kontakt, wenn zugleich ein körperliches Leiden vorliegt.

Medizinische Daten sind vor allem durch einen besonderen rechtlichen Schutz gekennzeichnet. Eine datenschutzrechtliche Klärung hat ergeben, dass die Daten des Ärztlichen Dienstes nur dann den Datenprodukten des IAB hinzu gespielt werden dürfen, wenn vorab eine schriftliche Einwilligung des BA-Kunden (als eine Art Schweigepflichtentbindung) erfolgt. Hier müsste eine Pilotstudie

zur Testung dieses Verfahrens erfolgen, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Studie als gültig anzusehen sind. Diese könnte beispielsweise in Verknüpfung mit einer Befragung von Rehabilitanden durchgeführt werden.

Neben den Daten des Ärztlichen Dienstes kann auch eine Befragung von Rehabilitanden die in den Prozessdaten fehlenden Gesundheitsinformationen sowie Informationen zu weiteren Einflussfaktoren generieren. Werden die Daten der Befragung dann für (Wirkungs-)Analysen den Prozessdaten hinzu gespielt, können unbeobachtete Heterogenitäten reduziert sowie andere Faktoren identifiziert werden, die zum Erfolg der beruflichen Rehabilitation beitragen. Im Mittelpunkt der Überlegungen für eine erste weiterführende Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (getrennt nach Erst- und Wiedereingliederung) steht die Frage der Integration in den Arbeitsmarkt nach Ende der beruflichen Rehabilitation: Wie sieht der (weitere) Erwerbsverlauf aus, folgen stabile Erwerbskarrieren oder zeigen sich diskontinuierliche Verläufe im Wechsel von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit?

Dabei könnten im Bereich der Ersteingliederung berufsvorbereitende Maßnahmen und die Berufsausbildung im Vordergrund stehen sowie die Maßnahmekette „vorbereitende Maßnahme und Ausbildung“. Für die Wiedereingliederung können Weiterbildungsmaßnahmen, TM/MAG/MAT und die Maßnahmekette „vorbereitende Maßnahme und Weiterbildung“ fokussiert werden.

Erste (deskriptive) Übergangs- und Ereignisanalysen im Bereich der Wiedereingliederung sind schon mittels der Prozessdaten im Jahr 2012 machbar, für die Ersteingliederung ab Mitte/Ende 2014. Diese würden auch dazu dienen, eine Priorisierung des in seiner Gänze sehr umfangreichen Forschungsfeldes vorzunehmen.

Das Vorhaben könnte zudem Pilotcharakter haben, denn neben der BA sind auch andere Institutionen wie die Deutsche Rentenversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Träger der Leistungen zur Teilhabe. Zwar haben diese einen Auftrag zur Integration bei unterschiedlichen Zielgruppen. Sie alle spielen aber für den Bereich der beruflichen Wiedereingliederung erwachsener Menschen eine bedeutende Rolle und tragen dazu bei, die Teilhabe, und damit die Inklusion von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen und den Gedanken der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen.

Anhang

Tabelle A 1: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Geschlecht; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; 2006 bis 2010; in Spaltenprozent

Behinderungsart nach Geschlecht in Prozent	Ersteingliederung														
	2006			2007			2008			2009			2010		
	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt
Psychisch	14	14	14	12	12	12	14	14	14	15	14	15	14	15	15
Neurologisch	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Lernbehinderung	59	57	58	59	57	59	58	57	58	58	57	58	57	57	57
Geistig	12	14	13	15	17	16	15	15	15	15	16	16	16	17	16
Sehbehinderung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hörbehinderung	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
Organisch	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
Sonstige Behinderung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Verhältnis Männer-Frauen	62	38		62	38		61	39		60	40		61	39	
N	12.636	7.588	20.224	26.574	16.249	42.823	26.602	17.199	43.801	28.030	18.409	46.439	22.750	14.719	37.469

Behinderungsart nach Geschlecht in Prozent	Wiedereingliederung														
	2006			2007			2008			2009			2010		
	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt
Psychisch	28	36	31	29	35	31	29	35	32	27	36	31	27	35	31
Neurologisch	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4
Lernbehinderung	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Geistig	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
Sehbehinderung	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3
Hörbehinderung	1	2	2	1	2	2	1	3	2	1	2	2	1	3	2
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	44	35	40	44	36	40	44	35	40	45	36	42	45	38	42
Organisch	13	12	12	13	13	13	13	13	13	12	13	12	10	10	10
Sonstige Behinderung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4
Verhältnis Männer-Frauen	59	41		57	43		57	43		59	41		58	42	
N	6.357	4.456	10.813	11.518	8.572	20.090	11.981	8.862	20.843	12.654	8.826	21.480	9.239	6.684	15.923

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 2: Anteile der Rehabilitanden nach Bundesländern; 2006 bis 2010; Ersteingliederung und Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Bundesländer in Prozent	Ersteingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
West	70	72	75	76	76
Schleswig-Holstein	4	4	4	4	4
Hamburg	2	2	2	2	2
Niedersachsen	9	8	8	9	8
Bremen	1	1	1	1	1
Nordrhein-Westfalen	20	22	22	23	23
Hessen	6	6	6	5	6
Rheinland-Pfalz	4	5	5	5	5
Baden-Württemberg	11	11	12	12	12
Bayern	13	13	14	14	14
Saarland	1	1	1	1	1
Ost	30	28	25	24	24
Berlin	5	4	4	4	4
Brandenburg	5	4	4	3	3
Mecklenburg-Vorpommern	3	5	3	3	3
Sachsen	8	7	6	6	6
Sachsen-Anhalt	4	4	4	4	4
Thüringen	4	4	3	3	3
N	20.224	42.825	43.801	46.439	37.469
Bundesländer in Prozent	Wiedereingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2010
West	80	80	80	79	77
Schleswig-Holstein	3	3	3	4	3
Hamburg	3	3	3	2	3
Niedersachsen	8	8	8	8	7
Bremen	1	1	1	1	1
Nordrhein-Westfalen	26	26	23	23	22
Hessen	5	5	5	6	7
Rheinland-Pfalz	4	5	5	5	5
Baden-Württemberg	12	12	13	13	11
Bayern	16	17	17	17	16
Saarland	1	1	2	1	2
Ost	20	20	20	21	23
Berlin	5	5	5	6	6
Brandenburg	2	2	3	3	3
Mecklenburg-Vorpommern	3	2	3	3	3
Sachsen	5	5	5	5	5
Sachsen-Anhalt	2	2	3	3	3
Thüringen	2	3	2	2	2
N	10.813	20.090	20.843	21.480	15.923

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 3: Verteilung von Rehabilitanden in Erst- und Wiedereingliederung innerhalb der Bundesländer; 2006 bis 2010; in Zeilenprozent

Bundesländer in Prozent	2006		2007		2008		2009		2010	
	EE	WE	EE	WE	EE	WE	EE	WE	EE	WE
West	62	39	66	34	67	33	68	32	70	30
Schleswig-Holstein	72	28	74	26	73	27	72	28	74	26
Hamburg	54	46	59	41	56	44	65	35	64	36
Niedersachsen	67	33	69	31	70	30	70	30	72	28
Bremen	61	39	57	43	58	42	65	35	70	30
Nordrhein-Westfalen	59	41	65	35	67	33	69	31	71	29
Hessen	69	31	70	30	69	31	66	34	68	32
Rheinland-Pfalz	63	37	68	32	68	32	70	30	73	27
Baden-Württemberg	63	37	67	33	66	34	67	33	72	28
Bayern	60	40	61	39	63	37	64	36	66	34
Saarland	56	44	69	31	64	36	68	32	64	36
Ost	73	27	75	25	72	28	71	29	71	29
Berlin	65	35	64	36	64	36	62	38	62	38
Brandenburg	80	20	81	19	74	26	72	28	73	27
Mecklenburg-Vorpommern	71	30	80	20	73	27	70	30	68	32
Sachsen	74	26	75	25	74	26	74	26	74	26
Sachsen-Anhalt	76	24	79	21	75	25	77	23	75	25
Thüringen	74	26	75	25	73	27	73	27	76	24
N	20.217	10.805	42.818	20.084	43.796	20.837	46.426	21.473	37.463	15.917
		31.022		62.902		64.633		67.899		53.380

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 4: Rehabilitanden in Erst- und Wiedereingliederung nach SGB-III Regionaltypus (gruppiert); 2006 bis 2010; in Zeilenprozent

Regionaltypus gruppiert in Zeilenprozent	2006		2007		2008		2009		2010	
	EE	WE	EE	WE	EE	WE	EE	WE	EE	WE
Schlechte Arbeitsmarktbedingungen	67	33	68	32	66	34	65	35	62	38
Mittlere Arbeitsmarktbedingungen	59	41	65	35	66	34	61	39	55	45
Gute Arbeitsmarktbedingungen	58	42	60	40	60	40	58	42	51	49
N	17.144	10.535	35.562	19.763	35.305	20.533	34.192	21.165	19.098	14.482
		27.679		55.325		55.838		55.357		33.580

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 5: Anteile an der Art der Behinderung nach Bundesland; häufigste Behinderungsart der Ersteingliederung; 2007 bis 2009; in Zeilenprozent

Ersteingliederung	2007			2008			2009		
	psychisch	Lernbehinderung	geistig	psychisch	Lernbehinderung	geistig	psychisch	Lernbehinderung	geistig
Schleswig-Holstein	13	59	18	17	60	13	16	62	14
Hamburg	12	61	15	20	56	16	18	57	13
Niedersachsen	14	51	20	15	52	18	15	52	19
Bremen	18	51	16	17	58	14	17	49	15
Nordrhein-Westfalen	12	58	19	13	58	17	13	57	18
Hessen	13	58	15	17	54	15	16	54	17
Rheinland-Pfalz	16	57	13	16	59	11	16	59	12
Baden-Württemberg	13	61	14	13	62	13	15	62	12
Bayern	12	60	14	13	61	13	15	59	14
Saarland	10	59	15	10	60	12	11	62	12
Berlin	22	50	12	25	44	10	26	46	12
Brandenburg	9	63	17	14	55	20	15	56	18
Mecklenburg-Vorpommern	7	69	15	10	67	13	10	67	14
Sachsen	8	59	13	10	60	13	12	58	16
Sachsen-Anhalt	9	62	20	8	59	24	11	59	20
Thüringen	14	57	13	15	55	15	17	57	14
Total	12	59	16	14	58	15	15	58	16
N	5.265	25.093	6.809	6.136	25.340	6.573	6.814	26.721	7.271

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 6: Anteile an der Art der Behinderung nach Bundesland; häufigste Behinderungsart der Wiedereingliederung; 2007 bis 2009; in Zeilenprozent

Wiedereingliederung	2007			2008			2009		
	psychisch	Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates	organisch	psychisch	Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates	organisch	psychisch	Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates	organisch
Schleswig-Holstein	41	32	13	39	33	11	38	35	12
Hamburg	50	23	5	49	22	7	52	25	7
Niedersachsen	29	41	13	30	42	11	30	43	12
Bremen	43	32	9	45	34	8	51	25	8
Nordrhein-Westfalen	39	36	11	37	37	11	39	37	10
Hessen	31	40	13	32	41	11	27	46	12
Rheinland-Pfalz	30	40	13	29	40	16	29	41	12
Baden-Württemberg	28	43	12	30	42	11	29	43	12
Bayern	25	48	13	24	46	14	22	50	14
Saarland	32	36	15	35	32	14	25	40	16
Berlin	37	35	13	40	33	13	36	35	14
Brandenburg	19	50	16	22	46	16	21	47	17
Mecklenburg-Vorpommern	20	41	20	26	41	18	28	40	17
Sachsen	18	47	17	23	43	16	22	46	13
Sachsen-Anhalt	25	40	16	26	41	13	28	38	17
Thüringen	27	40	17	27	38	19	23	47	16
Total	31	40	13	32	40	13	31	42	12
N	6.262	8.116	2.572	6.566	8.309	2.632	6.598	8.966	2.657

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 7: Vorherige Schulart nach den häufigsten Behinderungsarten der Ersteingliederung; nach Jahr der Anerkennung; Spaltenprozent

Vorherige Schulart	2007				2008				2009			
	Behinderung des Stütz- und Lernbehin		Bewegungsap parates geistig		Behinderung des Stütz- und Lernbehin		Bewegungsap parates geistig		Behinderung des Stütz- und Lernbehin		Bewegungsap parates geistig	
	psychisch	derung	parates	geistig	psychisch	derung	parates	geistig	psychisch	derung	parates	geistig
Sonderschule	28	55	27	94	27	52	27	96	24	48	26	95
Hauptschulen	20	9	16	1	18	9	15	0	18	8	16	0
Realschulen und höher	20	4	34	1	22	3	29	0	23	4	26	1
Berufsfachschulen o.ä.	11	4	11	0	12	4	14	0	13	5	15	0
Berufsvorbereitung u.ä.	14	26	9	2	15	28	12	2	16	32	12	3
Sonstige	6	3	3	2	6	3	4	1	7	3	4	1
N	1.485	16.014	861	1.796	2.496	19.622	1.085	4.615	3.605	23.224	1.293	5.959
Keine Angabe	72	37	55	51	60	23	43	37	47	13	31	26

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 8: Vorherige Schulart nach Schulabschluss; Ersteingliederung; Zugangskohorte 2009; Zeilenprozent

Vorherige Schulart	Art des Schulabschlusses				
	Kein Abschluss	Sonderschulabschluss	Hauptschulabschluss	Realschule/Fachhochschulreife	Abitur und höher
Sonderschule	22	60	17	2	0
Hauptschulen	13	2	78	6	0
Realschulen und höher	9	3	32	48	8
Berufsfachschulen o.ä.	6	4	48	40	2
Berufsvorbereitung u.ä.	14	16	68	2	0
Sonstige	22	11	55	12	1
N	10.205	13.276	17.490	4.515	674
	46.160				

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 9: Vorherige Schulart nach den häufigsten Maßnahmearten der Ersteingliederung; Zugangskohorte 2009; Spaltenprozent

Vorherige Schulart	Häufigste Maßnahmearten der Ersteingliederung					
	Ausbildung	BvB	Sonstige vorbereitende Maßnahmen	WfbM	BNF Berufsausbildung	SB
Sonderschule	37	46	36	90	38	42
Hauptschulen	11	10	13	1	10	11
Realschulen und höher	9	7	15	1	8	11
Berufsfachschulen u.ä.	8	6	11	1	5	9
Berufsvorbereitung u.ä.	32	27	20	5	34	24
Sonstiges	3	4	5	2	5	3
N	11.152	19.032	3.303	6.737	1.732	2.178

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 10: Dauer der Rehabilitation bei laufenden und beendeten Fällen; nach dem Jahr der Statusanerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Ersteingliederung in Prozent	Beendete Fälle					Noch laufende Fälle				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Rehadauer < 1 Jahr	27	30	48	76	100	0	0	0	9	100
Rehadauer 1-2 Jahre	19	23	37	24	0	0	0	10	91	0
Rehadauer > 2 Jahre	54	47	15	0	0	100	100	90	0	0
Durchschnittl. Rehadauer in Tagen	736,9	631,8	410,7	247,0	100,0	1499,4	1224,0	862,2	497,0	143,6
N	13.572	24.167	16.714	13.082	3.100	6.652	18.658	27.087	33.357	34.369

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 11: Maßnahmeanzahl pro Rehabilitationsfall bei beendeten Rehabilitationsfällen; nach dem Jahr der Statusanerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Ersteingliederung											
	2006			2007			2008			2009		2010
	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	> 2 Jahre	< 1 Jahr
Keine Maßnahme	44	21	24	49	18	7	61	32	10	32	9	55
1 Maßnahme	46	44	31	41	45	59	28	31	44	54	62	38
2 Maßnahmen	8	24	22	8	25	19	7	19	20	11	21	6
3 oder mehr Maßnahmen	2	11	23	2	11	15	3	18	26	2	8	1
Durchschnittl. Maßnahmeanzahl	1,6			1,5			1,5			1,0		0,5
N	3.645	2.549	7.378	7.268	5.497	11.402	7.126	3.302	4.885	10.008	3.007	3.100
	13.572			24.167			15.313			13.015		3.100

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 12: Maßnahmeanzahl pro Rehabilitationsfall bei laufenden Rehabilitationsfällen; nach dem Jahr der Statusanerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Laufende Fälle in Prozent	Ersteingliederung						
	2006	2007	2008		2009		2010
	> 2 Jahre	> 2 Jahre	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr
Keine Maßnahme	2	2	3	2	9	3	16
1 Maßnahme	12	21	39	38	56	49	69
2 Maßnahmen	38	44	39	38	28	37	13
3 oder mehr Maßnahmen	48	33	19	21	7	10	2
Durchschnittl. Maßnahmeanzahl	2,8	2,3	1,9		1,6		1,0
N	6.652	18.658	2.707	24.380	3.123	30.234	34.369
	6.652	18.658	27.087		33.357		34.369

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 13: Alter nach Rehabilitationsdauer bei beendeten Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Ersteingliederung											
	2006			2007			2008			2009		2010
	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	< 1 Jahr	
Unter 25 Jahre	94	95	95	94	95	95	93	95	91	93	95	91
25 Jahre bis unter 50 Jahre	6	5	5	6	5	5	7	5	8	7	5	8
50 Jahre und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Durchschnittl. Alter	19,0			19,3			19,1			19,4		19,8
N	3.645	2.549	7.378	7.268	5.497	11.402	8.006	6.245	2.463	10.005	3.077	3.100
	13.572			24.167			16.714			13.082		3.100

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 14: Alter nach Rehabilitationsdauer bei laufenden Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent

Laufende Fälle in Prozent	Ersteingliederung						
	2006 > 2 Jahre	2007 > 2 Jahre	2008 1-2 Jahre > 2 Jahre		2009 < 1 Jahr 1-2 Jahre		2010 < 1 Jahr
Unter 25 Jahre	98	98	93	97	92	96	95
25 Jahre bis unter 50 Jahre	2	2	7	3	8	4	5
50 Jahre und älter	0	0	0	0	0	0	0
Durchschnittl. Alter	17,8	18,0	18,7		19,0		19,1
N	6.652	18.658	2.707	24.380	3.123	30.234	34.369
	6.652	18.658	27.087		33.357		34.369

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 15: Art der Behinderung nach Rehabilitationsdauer bei beendeten Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Ersteingliederung											
	2006			2007			2008			2009		2010
	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr
Psychisch	17	17	13	16	15	10	19	17	15	18	15	19
Neurologisch	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Lernbehinderung	63	66	46	63	67	36	61	65	47	63	70	58
Geistig	8	7	28	9	7	44	8	7	29	8	7	8
Sehbehinderung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hörbehinderung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	5	4	4	5	3	3	5	3	3	5	3	6
Organisch	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2
Sonstige Behinderung	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
N	3.645	2.549	7.378	7.268	5.497	11.402	8.006	6.245	2.463	10.005	3.077	3.100
			13.572			24.167			16.714		13.082	3.100

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 16: Art der Behinderung nach Rehabilitationsdauer bei laufenden Ersteingliederungsfällen; nach Jahr der Statusanerkennung; in Spaltenprozent

Laufende Fälle in Prozent	Ersteingliederung						
	2006	2007	2008		2009		2010
	> 2 Jahre	> 2 Jahre	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr
Psychisch	13	11	19	11	22	13	14
Neurologisch	4	3	4	3	4	2	2
Lernbehinderung	65	68	45	57	44	56	57
Geistig	2	4	16	18	17	19	17
Sehbehinderung	2	1	2	1	2	1	1
Hörbehinderung	2	2	3	2	2	2	2
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	7	5	7	4	5	4	4
Organisch	5	4	3	3	3	3	2
Sonstige Behinderung	1	1	1	1	1	1	1
N	6.652	18.658	2.707	24.380	3.123	30.234	34.369
	6.652	18.658		27.087		33.357	34.369

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 17: Durchschnittliche Maßnahmedauer bei beendeten und laufenden Rehabilitationsfällen; Ersteingliederung; über alle Jahre; in Tagen

Ersteingliederung		Beendet	Laufend
ABM/AGH	Ø Dauer	100	110
allg. arbeitsmarktpolitische beschäftigungsschaffende Zuschüsse	Ø Dauer	218	187
beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	Ø Dauer	287	195
Ausbildung, rehasp.	Ø Dauer	431	953
Weiterbildung allg.	Ø Dauer	172	233
Weiterbildung rehasp.	Ø Dauer	203	459
TM/MAG/MAT	Ø Dauer	35	47
BvB allg.	Ø Dauer	192	284
BvB rehasp.	Ø Dauer	191	291
sonstige allg. arbeitsmarktpolitische Vorbereitungsmaßnahmen	Ø Dauer	182	234
Sonstige vorbereitende LTA	Ø Dauer	40	46
IFD rehasp.	Ø Dauer	162	176
WfbM rehasp.	Ø Dauer	706	768
kurzfristige Zuschüsse allg.	Ø Dauer	0	0
kurzfristige Zuschüsse rehasp.	Ø Dauer	0	3
BNF Berufsausbildung	Ø Dauer	434	920
BNF begleitende Hilfen	Ø Dauer	239	373
Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung	Ø Dauer	522	901
Sonstige LTA	Ø Dauer	121	137
N		74.579	187.666

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 18: Art der Behinderung nach Maßnahmeanzahl bei bereits beendeten langen (über zwei Jahre) Rehafällen; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Behinderungsart nach Maßnahmeanzahl in Prozent	Beendete lange Fälle - Ersteingliederung											
	2006				2007				2008			
	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +
Psychisch	13	13	13	14	15	8	12	14	23	16	11	15
Neurologisch	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	1
Lernbehinderung	12	38	70	68	19	18	70	72	41	27	69	72
Geistig	65	37	2	1	54	65	7	2	27	49	8	2
Sehbehinderung	1	1	1	2	1	1	1	2	0	1	1	1
Hörbehinderung	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	1
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	4	4	6	5	5	2	4	3	2	2	3	5
Organisch	2	3	4	4	3	1	3	3	4	1	3	2
Sonstige Behinderung	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
N	1.746	2.297	1.659	1.676	792	6.677	2.215	1.718	119	1.253	665	426
				7.378				11.402				2.463

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 19: Art der Behinderung nach Maßnahmeanzahl bei laufenden langen (über zwei Jahre) Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Behinderungsart nach Maßnahmeanzahl in Prozent	Laufende lange Fälle - Ersteingliederung											
	2006				2007				2008			
	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +
Psychisch	18	11	10	15	14	7	9	16	15	8	11	16
Neurologisch	5	3	3	4	3	3	3	4	5	2	2	4
Lernbehinderung	38	60	72	63	41	61	75	65	38	40	72	65
Geistig	19	5	1	1	23	14	1	1	27	41	4	1
Sehbehinderung	2	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1
Hörbehinderung	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	7	8	6	7	9	6	5	6	7	4	4	5
Organisch	7	6	4	5	4	4	4	4	4	2	3	4
Sonstige Behinderung	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
N	162	774	2.554	3.162	372	3.936	8.228	6.122	550	9.303	9.355	5.172
				6.652				18.658				24.380

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 20: Dauer der Rehabilitation bei laufenden und beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Wiedereingliederung in Prozent	Beendete Fälle					Laufende Fälle				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Rehadauer < 1 Jahr	42	47	61	86	100	0	0	0	23	100
Rehadauer 1-2 Jahre	19	22	30	14	0	0	0	24	77	0
Rehadauer > 2 Jahre	39	32	9	0	0	100	100	76	0	0
Durchschnittl. Rehadauer in Tagen	574,9	491,0	329,2	189,6	79,3	1482,8	1186,4	823,2	462,3	136,3
N	9.105	15.313	12.044	8.920	3.177	1.708	4.777	8.799	12.560	12.746

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 21: Zahl der Maßnahme nach Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Wiedereingliederung											
	2006			2007			2008			2009		2010
	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	< 1 Jahr	
Keine Maßnahme	63	37	20	61	32	10	59	22	10	60	22	82
1 Maßnahme	26	29	29	28	31	44	32	39	51	32	45	15
2 Maßnahmen	7	18	19	7	19	20	7	23	18	6	23	2
3 oder mehr Maßnahmen	3	16	33	3	18	26	2	16	20	2	11	0
Durchschnittl. Maßnahmeanzahl			2,0			1,9			1,5		0,6	0,2
N	3.840	1.689	3.576	7.126	3.302	4.885	7.350	3.580	1.114	7.676	1.224	3.177
			9.105			15.313			12.044		8.900	3.177

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 22: Zahl der Maßnahme nach Dauer der Rehabilitation bei laufenden Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Laufende Fälle in Prozent	Wiedereingliederung						
	2006 > 2 Jahre	2007 > 2 Jahre	2008 1-2 Jahre > 2 Jahre		2009 < 1 Jahr 1-2 Jahre		2010 < 1 Jahr
Keine Maßnahme	11	7	7	6	17	9	48
1 Maßnahme	13	17	39	32	49	45	41
2 Maßnahmen	16	22	28	26	23	26	10
3 oder mehr Maßnahmen	61	55	27	36	11	21	2
Durchschnittl. Maßnahmeanzahl	3,2	2,8	2,1		1,6		0,7
N	1.708	4.777	2.131	6.668	2.898	9.662	12.748
	1.708	4.777	8.799		12.560		12.748

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 23: Rehabilitanden nach Geschlecht und Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Wiedereingliederung											
	2006 < 1 Jahr 1-2 Jahre > 2 Jahre			2007 < 1 Jahr 1-2 Jahre > 2 Jahre			2008 < 1 Jahr 1-2 Jahre > 2 Jahre			2009 < 1 Jahr 1-2 Jahre		2010 < 1 Jahr
Männer	58	57	60	56	57	58	55	58	57	57	56	55
Frauen	42	43	40	44	43	42	45	42	43	43	44	45
N	3.840	1.689	3.576	7.126	3.302	4.885	7.350	3.580	1.114	7.676	1.244	3.177
			9.105			15.313			12.044		8.920	3.177

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 24: Rehabilitanden nach Alter und Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Wiedereingliederung											
	2006			2007			2008			2009		2010
	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr
Unter 25 Jahre	22	22	23	18	17	20	16	16	13	17	18	17
25 Jahre bis unter 34 Jahre	49	49	51	51	51	50	53	52	49	55	54	56
35 Jahre bis unter 44 Jahre	22	21	19	22	23	21	22	22	24	20	19	20
45 Jahre und älter	7	8	7	9	9	10	9	9	14	8	9	8
Durchschnittl. Alter	30,6			31,8			32,4			31,6		31,6
N	3.840	1.689	3.576	7.126	3.302	4.885	7.350	3.580	1.114	7.676	1.244	3.177
	9.105			15.313			12.044			8.920		3.177

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 25: Rehabilitanden nach Alter und Dauer der Rehabilitation bei laufenden Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Laufende Fälle in Prozent	Wiedereingliederung								
	2006		2007		2008		2009		2010
	> 2 Jahre	> 2 Jahre	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr	< 1 Jahr	
Unter 25 Jahre	23	22	23	21	22	21	19		
25 Jahre bis unter 34 Jahre	55	56	53	56	55	56	57		
35 Jahre bis unter 44 Jahre	17	18	18	17	16	16	17		
45 Jahre und älter	5	5	7	6	7	7	7		
Durchschnittl. Alter	29,9	30,1	30,4		30,6		30,8		
N	1.708	4.777	2.131	6.668	2.898	9.662	12.746		
	1.708	4.777	8.799		12.560		12.746		

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 26: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Dauer der Rehabilitation bei beendeten Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Beendete Fälle in Prozent	Wiedereingliederung											
	2006			2007			2008			2009		2010
	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr
Psychisch	24	37	36	25	36	38	24	37	46	24	35	19
Neurologisch	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	3
Lernbehinderung	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	1
Geistig	3	2	6	3	2	7	3	2	9	2	2	2
Sehbehinderung	4	2	2	4	3	2	5	3	2	3	3	4
Hörbehinderung	3	1	1	3	2	1	3	2	1	3	1	4
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	46	37	36	46	38	32	46	36	24	49	36	54
Organisch	12	12	12	12	11	12	12	12	8	11	14	8
Sonstige Behinderung	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	4
N	3.840	1.689	3.576	7.126	3.302	4.885	7.350	3.580	1.114	7.676	1.244	3.177
			9.105			15.313			12.044		8.920	3.177

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 27: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Dauer der Rehabilitation bei laufenden Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Laufende Fälle in Prozent	Wiedereingliederung						
	2006	2007	2008		2009		2010
	> 2 Jahre	> 2 Jahre	1-2 Jahre	> 2 Jahre	< 1 Jahr	1-2 Jahre	< 1 Jahr
Psychisch	32	31	35	33	35	34	34
Neurologisch	4	5	4	4	4	4	5
Lernbehinderung	3	2	2	2	2	2	2
Geistig	1	1	5	3	3	3	3
Sehbehinderung	4	3	2	3	3	2	2
Hörbehinderung	2	1	1	1	1	1	1
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	40	42	36	39	39	38	39
Organisch	14	15	14	14	12	13	11
Sonstige Behinderung	2	1	1	1	2	1	4
N	1.708	4.777	2.131	6.668	2.898	9.662	12.746
	1.708	4.777		8.799		12.560	12.746

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 28: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Zahl der Maßnahmen bei beendeten langen (über zwei Jahre) Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; Spaltenprozent

Behinderungsart nach Maßnahmeanzahl in Prozent	Beendete lange Fälle - Wiedereingliederung											
	2006				2007				2008			
	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +
Psychisch	51	38	30	29	49	44	32	29	43	51	47	34
Neurologisch	4	4	3	5	5	4	5	5	7	4	4	7
Lernbehinderung	4	3	2	2	2	3	3	2	5	3	5	2
Geistig	16	7	1	0	6	13	2	0	4	15	4	0
Sehbehinderung	2	1	2	2	2	1	2	2	3	1	2	4
Hörbehinderung	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	16	35	44	44	25	24	41	44	24	18	27	36
Organisch	5	11	15	15	10	9	14	16	9	6	7	13
Sonstige Behinderung	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	2
N	699	1.026	674	1.177	468	2.163	998	1.256	116	571	203	224
				3.576				4.885				1.114

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 29: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Maßnahmeanzahl bei noch laufenden langen (über zwei Jahre) Fällen; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Behinderungsart nach Maßnahmeanzahl in Prozent	Laufende lange Fälle - Wiedereingliederung											
	2006				2007				2008			
	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +	0	1	2	3 +
Psychisch	20	28	27	36	25	26	27	34	28	33	31	35
Neurologisch	4	4	3	4	4	5	4	5	6	4	4	5
Lernbehinderung	3	2	4	3	2	1	2	2	2	2	2	2
Geistig	3	1	1	0	4	2	0	0	2	7	2	0
Sehbehinderung	3	3	2	5	2	2	2	3	4	2	2	4
Hörbehinderung	3	1	1	1	2	1	1	1	3	0	1	1
Beh. d. Stütz- u. Beweg.apparates	48	45	44	36	45	44	46	39	38	38	42	38
Organisch	14	16	15	14	15	16	16	15	15	12	16	15
Sonstige Behinderung	2	0	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1
N	181	225	268	1.034	321	809	1.031	2.616	372	2.121	1.760	2.415
				1.708				4.777				6.668

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 30: Durchschnittliche Maßnahmedauer bei beendeten und laufenden Rehabilitationsfällen; Wiedereingliederung; über alle Jahre; in Tagen

Wiedereingliederung		Beendet	Laufend
ABM/AGH	Ø Dauer	124	133
allg. arbeitsmarktpolitische			
beschäftigungsschaffende Zuschüsse	Ø Dauer	227	168
beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	Ø Dauer	348	272
Weiterbildung allg.	Ø Dauer	228	469
Weiterbildung rehasp.	Ø Dauer	314	474
TM/MAG/MAT	Ø Dauer	29	39
sonstige allg. arbeitsmarktpolitische			
Vorbereitungsmaßnahmen	Ø Dauer	129	147
Sonstige vorbereitende LTA	Ø Dauer	43	57
IFD rehasp.	Ø Dauer	138	166
WfbM rehasp.	Ø Dauer	649	738
kurzfristige Zuschüsse allg.	Ø Dauer	0	0
kurzfristige Zuschüsse rehasp.	Ø Dauer	0	0
Maßnahmen für Menschen mit			
Schwerbehinderung	Ø Dauer	468	579
Sonstige LTA	Ø Dauer	86	125
N		42.834	63.852

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 31: Status der Rehabilitanden bei der Anerkennung als Rehabilitand; nach häufigster Art der Behinderung; Ersteingliederung; Jahr der Anerkennung 2009; in Spaltenprozent

Ersteingliederung	2009			
	Gesamt	psychische Behinderung	Lernbehinderung	geistige Behinderung
Maßnahmen	12	16	15	2
Beschäftigung	6	8	6	1
Arbeitslosengeld	2	4	1	0
Arbeitslosengeld II	28	33	31	18
Sonstige Zustände	9	17	6	16
Sonderschule	28	9	24	61
Hauptschule	3	4	3	0
Realschule und höher	1	5	4	0
BVJ/BGJ/Ausb.vor.Jahr	5	3	11	1
N	35.148	4.043	21.091	5.812

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 32: Statusanerkennung während einer laufenden Maßnahme; nach Art der Maßnahme; Ersteingliederung; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; in Spaltenprozent

Ersteingliederung			
Art der Zugangsmaßnahme	2007	2008	2009
ABM/AGH	16	17	18
beschäftigungsschaffende Zuschüsse	2	2	4
Ausbildung	4	3	2
Weiterbildung	1	1	1
TM/MAG/MAT	2	2	4
BvB	44	34	31
Vorbereitungsmaßnahmen	1	2	2
Sonstige vorbereitende Maßnahmen	5	11	20
IFD rehasp.	0	0	0
WfbM rehasp.	2	4	3
BNF Berufsausbildung	6	5	5
BNF begleitende Hilfen	2	3	2
Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung	5	5	5
Sonstige LTA	11	13	5
N	3.212	3.874	4.411

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 33: Status der Rehabilitanden bei der Anerkennung als Rehabilitand; nach Art der Behinderung; Wiedereingliederung; 2009; in Spaltenprozent

Zugangsweg in Reha	Wiedereingliederung 2009				
	Gesamt	psychische Behinderung	neurologische Behinderung	Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates	organische behinderung
Maßnahmen	6	6	8	4	5
Beschäftigung	27	11	26	39	27
Arbeitslosengeld	28	19	26	34	42
Arbeitslosengeld II	24	38	23	15	18
Sonstige	15	24	17	9	9
N	18.938	5.606	829	8.105	2.484

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 34: Statusanerkennung während einer laufenden Maßnahme; nach Art der Maßnahme; Wiedereingliederung; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; in Spaltenprozent

Wiedereingliederung			
Art der Zugangsmaßnahme	2007	2008	2009
ABM/AGH	28	28	28
allg. arbeitsmarktpolitische beschäftigungsschaffende Zuschüsse	7	6	7
Weiterbildung	11	10	8
TM/MAG/MAT	9	10	17
Sonstige vorbereitende Maßnahmen	0	0	1
IFD rehasp.	1	1	0
WfbM rehasp.	1	4	4
Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung	17	15	15
Sonstige LTA	25	26	19
N	1.263	1.285	1.134

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 35: Berufliche Erfahrung (gesamt, Vollzeit und Teilzeit), Maßnahmeerfahrung und berufliche Tätigkeit vor Reha-Beginn nach Geschlecht; Wiedereingliederung

	Job Erfahrung															
	gesamt	Teilzeit	Vollzeit	Maßnahmen n Person	Agrarberufen	Einfache, manuelle	einfache Dienste	einfache kaufmännische	Ingenieure	Manager	Professionen	Qualifizierte Dienste	Qualifizierte	Qualifizierte, manuelle	Semiprofessionen	Techniker
weiblich (42%)	2.402	562	1.840	2	60	139	367	290	23	23	24	350	373	184	389	46
männlich (57%)	2.355	240	2.115	2	75	423	313	98	16	16	16	52	194	891	63	43
Total (100%)	2.375	375	2.000	2	69	303	336	179	19	19	19	177	269	594	200	44

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 36: Berufliche Erfahrung (gesamt, Vollzeit und Teilzeit), Maßnahmeerfahrung und berufliche Tätigkeit vor Reha-Beginn nach Behinderungsart; Wiedereingliederung

	Job Erfahrung															
	gesamt	Teilzeit	Vollzeit	Maßnahmen n Person	Agrarberufen	Einfache, manuelle	einfache Dienste	einfache kaufmännische	Ingenieure	Manager	Professionen	Qualifizierte Dienste	Qualifizierte	Qualifizierte, manuelle	Semiprofessionen	Techniker
psychisch (31%)	1.982	377	1.605	2	53	211	301	183	12	15	19	162	252	313	264	36
Beh. des Stütz- u. Bewegungsapparates (41%)	2.804	400	2.404	2	73	388	370	195	30	26	21	174	336	818	198	50
organisch (12%)	2.440	341	2.099	2	83	314	345	165	11	8	9	294	118	780	136	44
Sonstige Behinderung (1%)	2.275	316	1.959	2	67	332	315	136	15	12	7,2	205	193	665	131	45
neurologisch (4%)	2.292	362	1.929	2	57	264	312	188	27	20	23	151	308	536	197	44
Lernbehinderung (2%)	1.410	237	1.173	4	135	244	304	75	2	1	0	50	40	278	22	3
geistig (2%)	1.186	267	919	2	120	228	343	47	1	0,4	0	23	30	166	22	4
Sehbehinderung (2%)	2.142	400	1.742	2	37	198	268	216	19	39	49	152	468	341	153	43
Hörbehinderung (1%)	2.578	413	2.164	2	50	270	258	109	52	29	64	166	460	503	270	173
Total (100%)	2.375	376	1.999	2	68	302	335	179	20	19	20	177	271	593	201	44

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 37: Förderkategorien nach hochaggregierten Maßnahmenkategorien; Ersteingliederung; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; in Spaltenprozent

Ersteingliederung						
Förderkategorien	Allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen	Allgemeine Leistungen zur Teilhabe	Rehabilitationsspezifische Maßnahmen	Benachteiligtenförderung (BNF)	Maßnahmen für Schwerbehinderte (SB)	Total
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
fehlende Werte	94	24	5	2	100	19
Förderkategorie 1	6	76	0	98	0	22
Förderkategorie 2	0	0	33	0	0	21
Förderkategorie 3	0	0	42	0	0	26
Keine Förderkategorie	0	0	20	0	0	12
Total	100	100	100	100	100	100
N	16.624	42.260	145.039	16.949	10.106	230.978

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 38: Förderkategorien nach hochaggregierten Maßnahmenkategorien; Wiedereingliederung; 2006 bis 2009; in Spaltenprozent

Wiedereingliederung						
Förderkategorien	Allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen	Allgemeine Leistungen zur Teilhabe	Rehabilitationsspezifische Maßnahmen	Benachteiligtenförderung (BNF)	Maßnahmen für Schwerbehinderte (SB)	Total
	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %	Col %
fehlende Werte	100	62	20	9	100	41
Förderkategorie 1	0	38	0	91	0	11
Förderkategorie 2	0	0	21	0	0	13
Förderkategorie 3	0	0	45	0	0	28
Keine Förderkategorie	0	0	13	0	0	8
Total	100	100	100	100	100	100
N	10.260	26.681	60.140	149	1.141	98.371

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 39: Maßnahmeart nach Geschlecht; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart	Ersteingliederung					
	2007		2008		2009	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
ABM/AGH	4	4	3	3	2	2
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	2	1	1	1	1	0
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0
Ausbildung rehaspezifisch	22	22	23	23	22	22
Weiterbildung allgemein	0	0	0	0	0	0
Weiterbildung rehaspezifisch	2	2	2	2	3	3
TM, MAG, MAT	5	5	3	3	2	2
BvB allgemein	14	14	13	14	12	13
BvB rehaspezifisch	17	18	20	20	23	24
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	1	1	1	1	1	1
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	5	5	7	6	7	7
IFD	1	1	0	0	0	0
WfbM	10	12	12	13	15	16
Kurzfristige Zuschüsse LTA	1	1	1	1	0	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	1	1	1	0	0
BNF Berufsausbildung	5	5	4	4	3	4
BNF begleitende Hilfen	5	3	3	2	2	1
Maßnahmen für Menschen mit SB	5	4	5	4	4	3
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Maßnahmen	2	2	1	1	0	0
N	44.119	22.825	40.843	25.440	36.421	23.157
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	66	34	62	38	61	39

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 40: Maßnahmeart nach Rechtskreisen; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart	Ersteingliederung					
	2007		2008		2009	
	SGB III	SGB II	SGB III	SGB II	SGB III	SGB II
ABM/AGH	0	19	0	17	0	15
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	2	2	1	2	0	1
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0
Ausbildung rehaspezifisch	25	13	25	13	24	13
Weiterbildung allgemein	0	0	0	0	0	0
Weiterbildung rehaspezifisch	2	3	2	3	3	4
TM, MAG, MAT	3	10	1	10	1	9
BvB allgemein	14	14	13	14	12	13
BvB rehaspezifisch	19	10	22	13	24	22
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	1	1	1	1	1	1
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	5	4	7	5	8	6
IFD	1	0	0	0	0	0
WfbM	13	3	14	5	18	1
Kurzfristige Zuschüsse LTA	1	1	1	1	0	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	1	0	1	0	0	0
BNF Berufsausbildung	4	8	3	8	3	9
BNF begleitende Hilfen	5	1	3	1	2	1
Maßnahmen für Menschen mit SB	5	3	5	3	4	4
Sonstige Maßnahmen	0	7	0	4	0	2
N	54.449	15.498	53.897	12.385	50.016	9.562
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	78	22	81	19	84	16

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 41: Maßnahmeart nach Behinderungsart; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart	Ersteingliederung								
	2007			2008			2009		
	psychisch	lernbehindert	geistig	psychisch	lernbehindert	geistig	psychisch	lernbehindert	geistig
ABM/AGH	5	5	1	4	4	1	3	3	0
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungs-schaffende Zuschüsse	1	2	0	1	1	0	0	1	0
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausbildung rehaspezifisch	22	24	0	22	26	0	21	27	0
Weiterbildung allgemein	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Weiterbildung rehaspezifisch	6	1	0	7	1	1	7	1	3
TM, MAG, MAT	4	5	1	3	3	0	2	2	0
BvB allgemein	3	20	1	3	20	1	3	19	0
BvB rehaspezifisch	25	18	2	25	22	3	28	27	2
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	14	2	1	16	3	2	17	4	3
IFD	0	1	0	0	0	0	0	0	0
WfbM	9	2	91	12	2	89	14	2	90
Kurzfristige Zuschüsse LTA	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BNF Berufsausbildung	2	7	0	2	5	0	1	5	0
BNF begleitende Hilfen	1	5	0	1	4	0	1	3	0
Maßnahmen für Menschen mit SB	3	4	1	3	4	1	2	4	1
Sonstige Maßnahmen	2	2	0	1	1	0	0	0	0
N	8.748	45.389	5.817	9.296	41.206	6.426	9.175	35.690	7.246

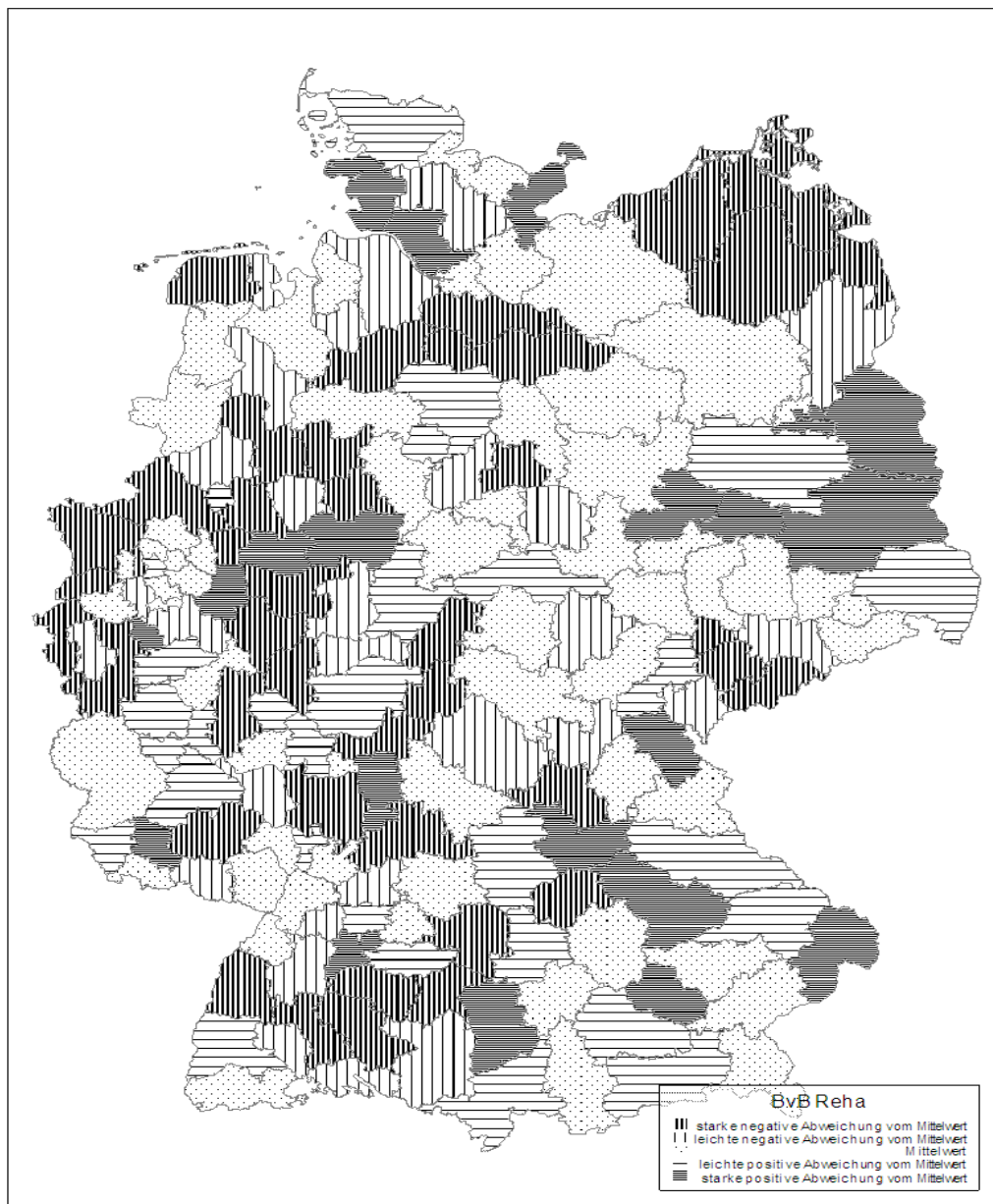
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 42: Maßnahmearten; 2007 bis 2009; nach Jahr der Vergabe; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart nach Vergabejahr	Ersteingliederung		
	2007	2008	2009
ABM/AGH	2	3	4
allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungs-schaffende Zuschüsse	0	1	1
beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0
Ausbildung rehaspezifisch	19	22	22
Weiterbildung allgemein	0	0	0
Weiterbildung rehaspezifisch	1	1	3
TM, MAG, MAT	1	2	4
BvB allgemein	20	15	11
BvB rehaspezifisch	24	20	20
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	1	1	1
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	5	6	7
IFD	0	0	0
WfbM	13	12	14
kurzfristige Zuschüsse LTA	1	1	0
kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	1	1
BNF Berufsausbildung	5	4	3
BNF begleitende Hilfen	2	3	4
Maßnahmen für Menschen mit SB	4	5	4
Sonstige Maßnahmen	2	2	1
N	45.861	64.458	76.614

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

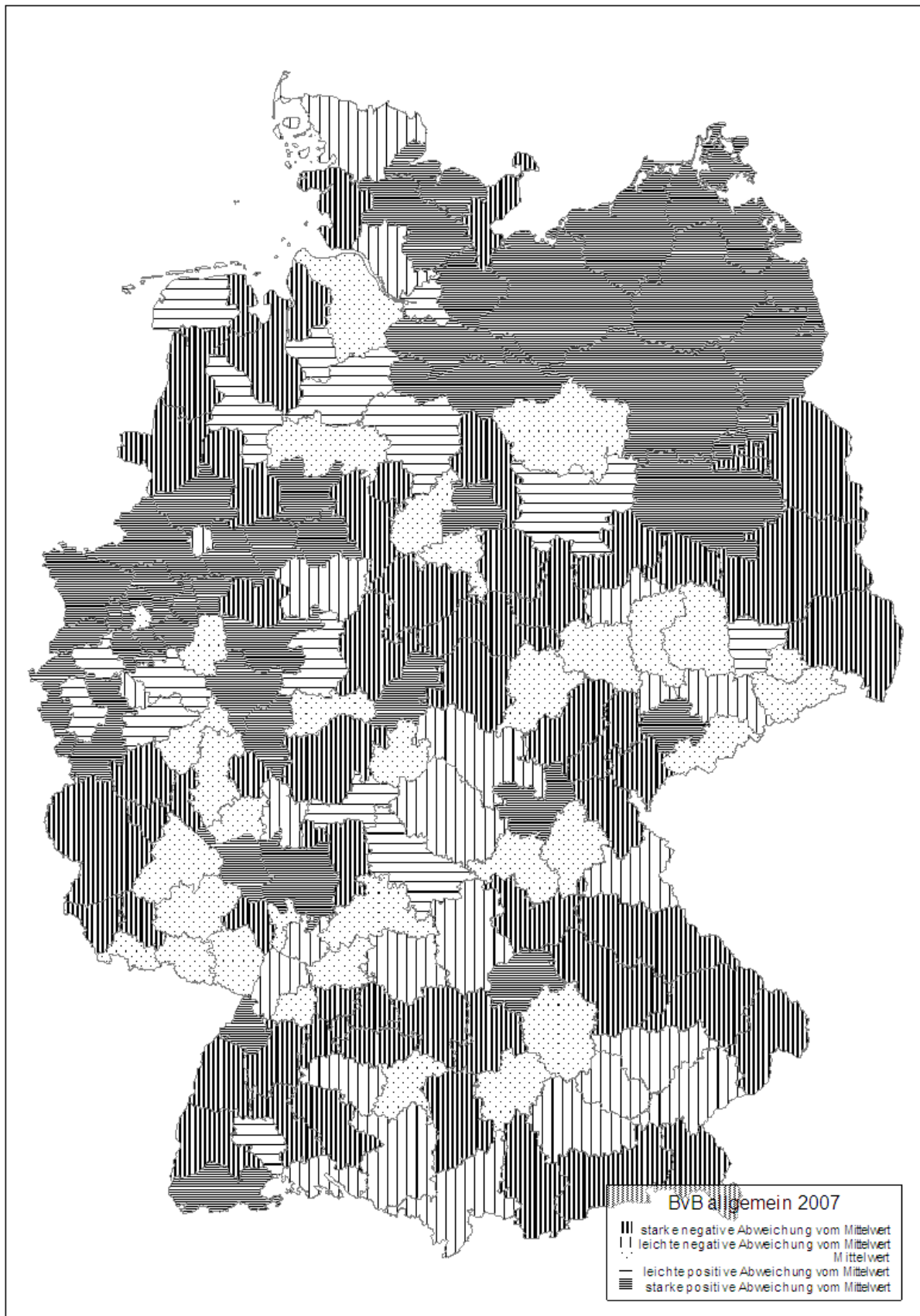
Abbildung A 1: Rehabilitationsspezifische BvB nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Ersteingliederung¹⁰⁸



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

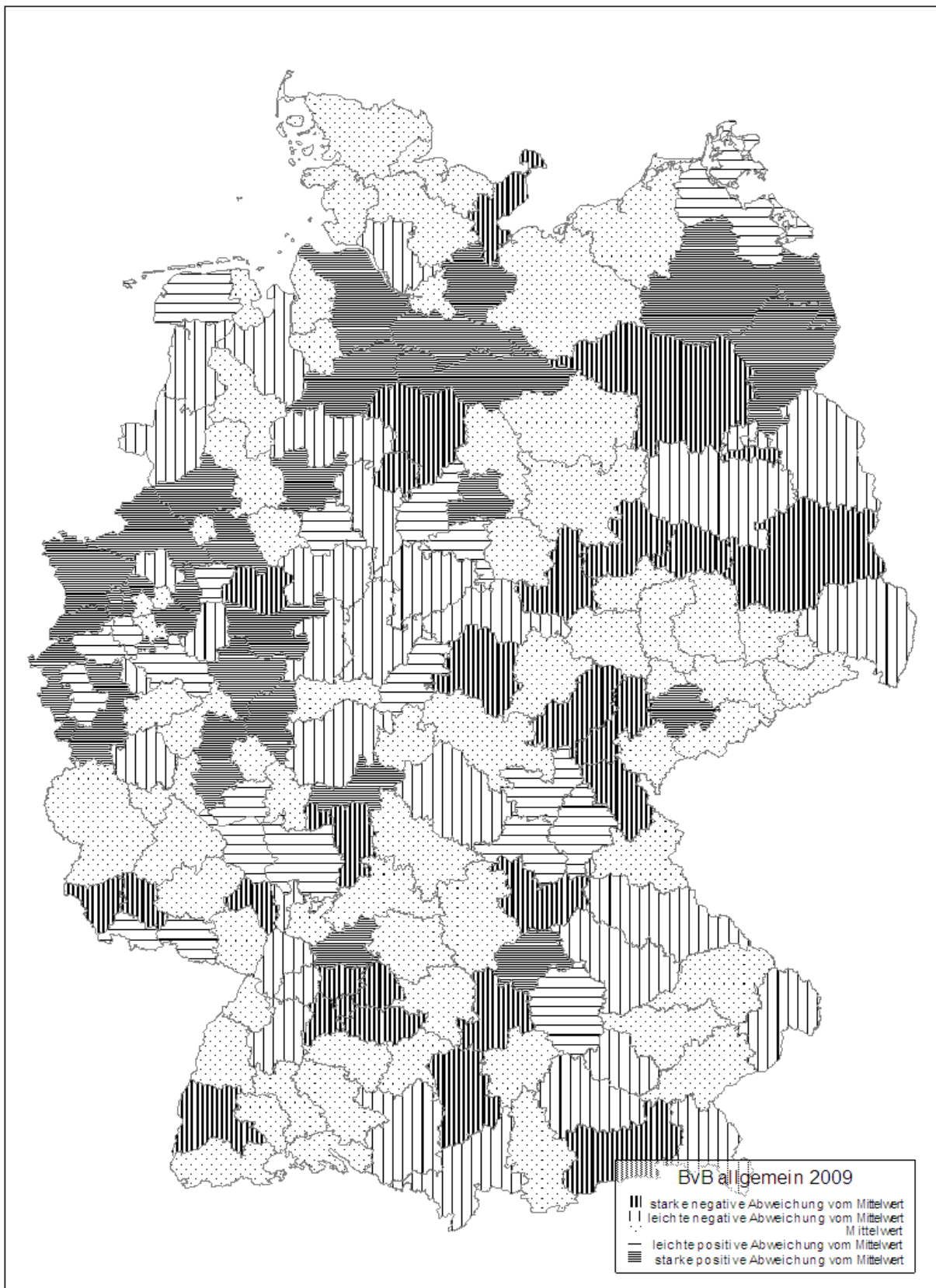
¹⁰⁸Basis für die Kontrastierung der Agenturbezirke ist der durchschnittliche bundesweite Anteil der jeweiligen Maßnahmekategorie. Intensiv längsgestreifte Agenturbezirke charakterisiert ein Maßnahmeanteil, der mindestens zehn Prozentpunkte unter dem bundesweiten Anteil rangiert. Ebenso mit Längsstreifen schraffiert, jedoch mit größeren Abständen zwischen den Streifen, sind Bezirke, die eine Abweichung von fünf bis zehn Prozentpunkten unterhalb des bundesweiten Mittelwertes kennzeichnen. Agenturbezirke mit einer Abweichung von fünf bis zehn Prozentpunkten oberhalb der Gesamtverteilung sind durch Querstreifen mit großen Abständen unterlegt und mit engmaschigen Querstreifen solche Bezirke, die eine Abweichungen von über zehn Prozentpunkten aufweisen. In gepunkteten Bezirken entspricht der Anteil der jeweiligen Maßnahmeart in etwa dem bundesweiten Mittelwert.

Abbildung A 2: Allgemeine BvB nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2007; Ersteingliederung



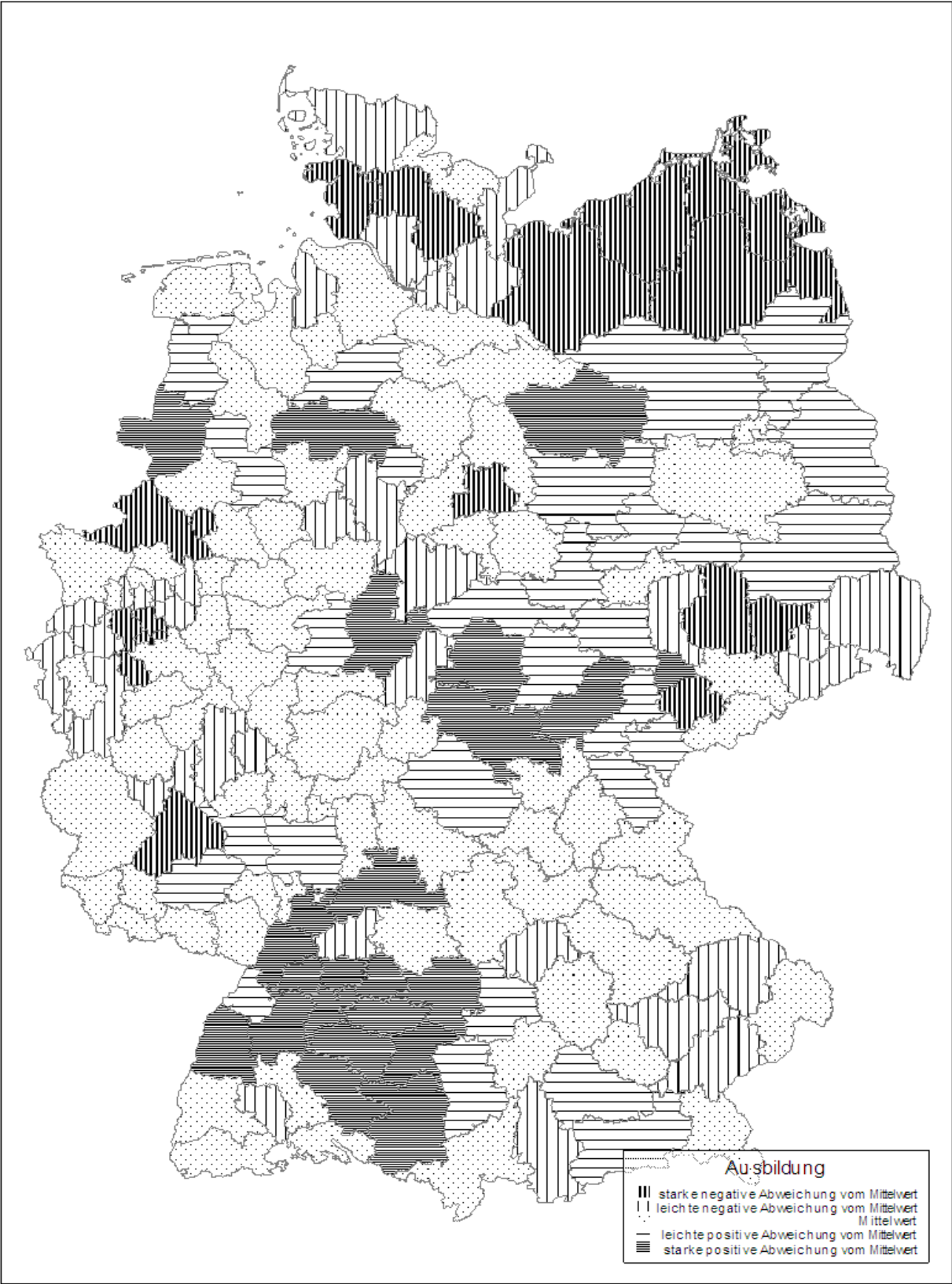
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung A 3: Allgemeine BvB nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2009; Ersteingliederung



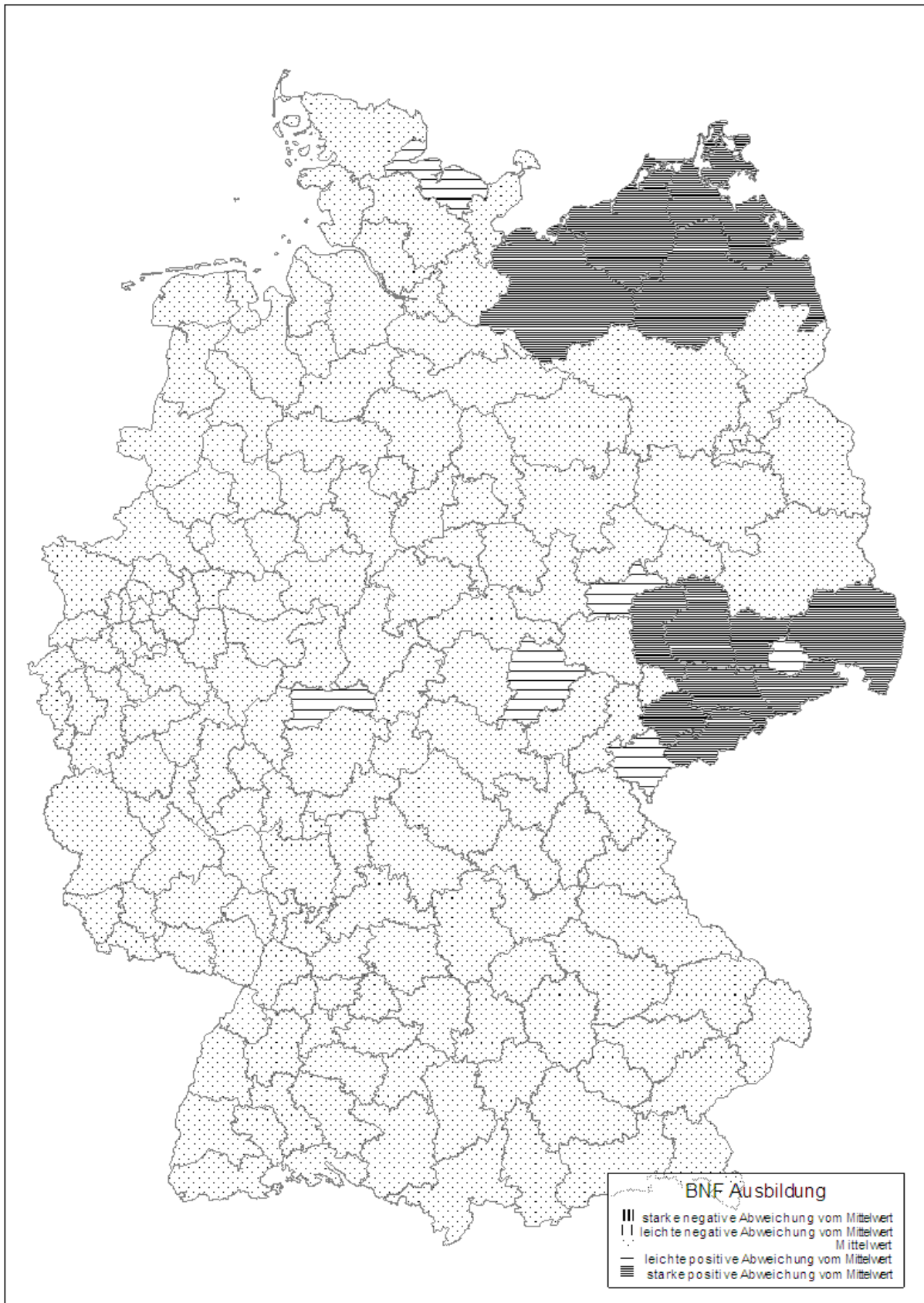
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung A 4: Rehabilitationsspezifische Ausbildungen nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Ersteingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung A 5: Ausbildung der Benachteiligtenförderung (BNF) nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Ersteingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 43: Maßnahmeart nach Geschlecht; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent;

Maßnahmeart	Wiedereingliederung					
	2007		2008		2009	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
ABM/AGH	5	5	4	4	2	2
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungs-schaffende Zuschüsse	4	4	3	3	2	2
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0
Weiterbildung allgemein	8	7	16	16	21	22
Weiterbildung rehaspezifisch	28	28	23	24	19	21
TM/MAG/MAT	14	14	10	10	9	8
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	20	18	24	21	29	25
IFD	1	2	1	2	1	1
WfbM	6	6	9	9	10	11
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	3	3	2	2	0	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	3	5	4	6	3	5
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	1	1	1	1	1
Sonstige Maßnahmen	6	6	3	3	2	3
N	17.769	12.220	16.623	11.608	14.769	9.237
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	59	41	59	41	62	38

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 44: Maßnahmeart nach Rechtskreisen; 2007 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart	Wiedereingliederung					
	2007		2008		2009	
	SGB III	SGB II	SGB III	SGB II	SGB III	SGB II
ABM/AGH	0	12	0	10	0	8
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	3	4	3	0	2	3
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	1	0	0	0	1	0
Weiterbildung allgemein	7	9	16	15	22	21
Weiterbildung rehaspezifisch	29	27	21	27	17	27
TM/MAG/MAT	13	16	8	13	7	12
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	20	18	24	20	29	24
IFD	2	1	2	1	1	0
WfbM	9	2	12	3	15	1
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	4	1	3	0	0	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	7	0	7	0	5	0
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	1	1	1	1	1
Sonstige Maßnahmen	4	8	2	5	1	3
N	16.929	13.035	17.853	10.374	16.612	7.394
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	56	44	63	37	69	31

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 45: Maßnahmeart nach Behinderung; Kohorte 2007; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent¹⁰⁹

Maßnahmeart	Wiedereingliederung; Kohorte 2007							
	psych.	neurolog.	lernbeh.	geistig	sehbeh.	hörbeh.	BdSB	organisch
ABM/AGH	7	5	17	3	3	2	4	5
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	3	4	4	1	3	3	5	4
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0	0	0
Weiterbildung allgemein	5	7	4	0	4	4	10	10
Weiterbildung rehaspezifisch	31	25	14	2	22	18	28	30
TM/MAG/MAT	12	13	14	2	7	18	15	17
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	20	22	8	1	29	10	19	20
IFD	1	1	4	1	1	5	1	1
WfbM	12	6	16	85	1	1	0	1
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	2	3	1	2	3	3	3	4
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	6	0	1	15	16	7	1
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	2	3	1	5	13	1	1
Sonstige Maßnahmen	5	6	14	1	5	5	5	6
N	9.492	1.368	616	395	927	433	12.211	4.217
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	32	5	2	1	3	1	41	14

*B.d.S.B. meint Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

¹⁰⁹ Fälle unter 100 hier und im Folgenden anonymisiert

Fortsetzung von Tabelle A 45: Maßnahmeart nach Behinderung; Kohorte 2008; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart	Wiedereingliederung; Kohorte 2008							
	psych.	neurolog.	lernbeh.	geistig	sehbeh.	hörbeh.	BdSB	organisch
ABM/AGH	5	3	9	2	4	4	3	4
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	3	3	4	0	3	3	4	3
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0	0	0
Weiterbildung allgemein	9	13	8	0	7	6	22	22
Weiterbildung rehaspezifisch	30	22	11	2	16	17	20	22
TM/MAG/MAT	7	7	13	1	7	12	12	13
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	23	27	12	5	32	11	22	25
IFD	1	2	4	0	2	8	1	2
WfbM	17	7	20	85	2	2	1	1
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	1	3	2	1	2	2	2	2
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	8	0	0	16	17	9	1
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	2	2	1	4	11	1	1
Sonstige Maßnahmen	3	3	13	2	6	5	3	3
N	9.448	1.234	646	559	896	407	10.924	3.813
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	34	4	2	2	3	1	39	14

*B.d.S.B. meint Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Fortsetzung von Tabelle A 45: Maßnahmeart nach Behinderung; Kohorte 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart	Wiedereingliederung; Kohorte 2009							
	psych.	neurol.	lernbeh.	geistig	sehbeh.	hörbeh.	BdSB	organisch
ABM/AGH	3	2	9	1	1	0	2	2
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungsschaffende Zuschüsse	2	2	6	0	1	4	3	2
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0	0	0	0	1	0
Weiterbildung allgemein	11	14	7	0	10	11	32	31
Weiterbildung rehaspezifisch	21	18	19	4	15	19	16	18
TM/MAG/MAT	5	9	8	2	4	10	10	11
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	28	33	16	7	48	22	26	29
IFD	1	1	2	0	1	3	1	1
WfbM	21	10	20	84	1	2	1	1
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	0	6	0	0	10	17	7	1
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	2	3	1	5	9	1	1
Sonstige Maßnahmen	2	2	11	0	3	3	1	2
N	7.959	1.125	598	561	698	254	9.348	3.185
Gesamtverhältnis (Zeilenprozent)	34	5	3	2	3	1	39	13

*B.d.S.B. meint Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates

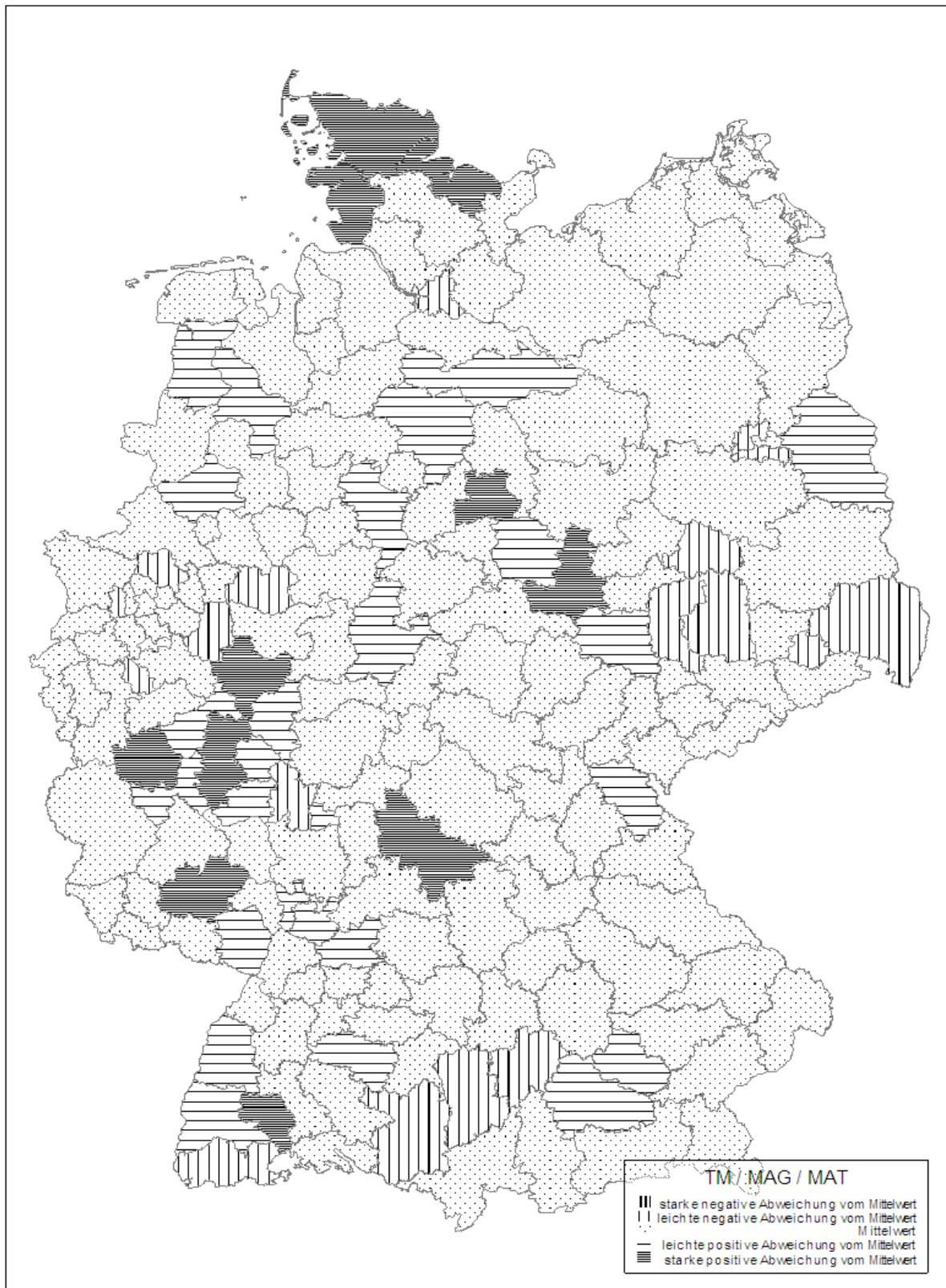
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 46: Maßnahmearten; 2007 bis 2009; nach Jahr der Vergabe; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmeart nach Vergabejahr	Wiedereingliederung		
	2007	2008	2009
ABM/AGH	3	4	4
Allg. arbeitsmarktpol. beschäftigungs-schaffende Zuschüsse	1	2	4
Beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA	0	0	0
Weiterbildung allgemein	4	11	19
Weiterbildung rehaspezifisch	32	27	19
TM/MAG/MAT	13	10	10
Sonstige allg. arbeitsmarktpol. Vorbereitung	0	0	0
Sonstige Vorbereitung rehaspezifisch	23	22	23
IFD	1	1	1
WfbM	6	7	10
Kurzfristige Zuschüsse allgemein	3	4	0
Kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch	5	5	4
Maßnahmen für Menschen mit SB	1	1	1
Sonstige Maßnahmen	6	6	3
N	19.724	27.070	31.113

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

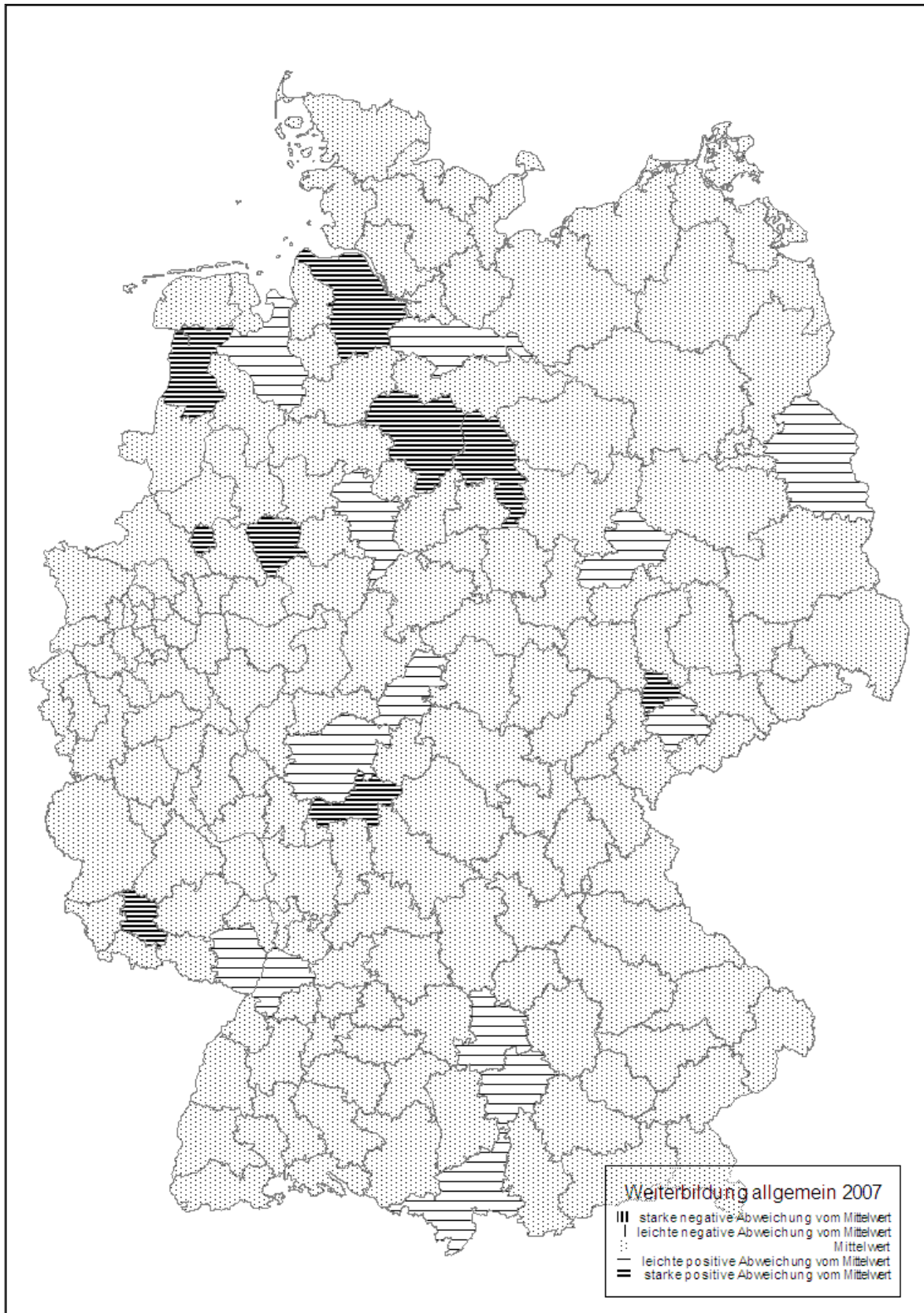
Abbildung A 6: TM/MAG/MAT nach Agenturbezirken; gesamter Beobachtungszeitraum; Wiedereingliederung¹¹⁰



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

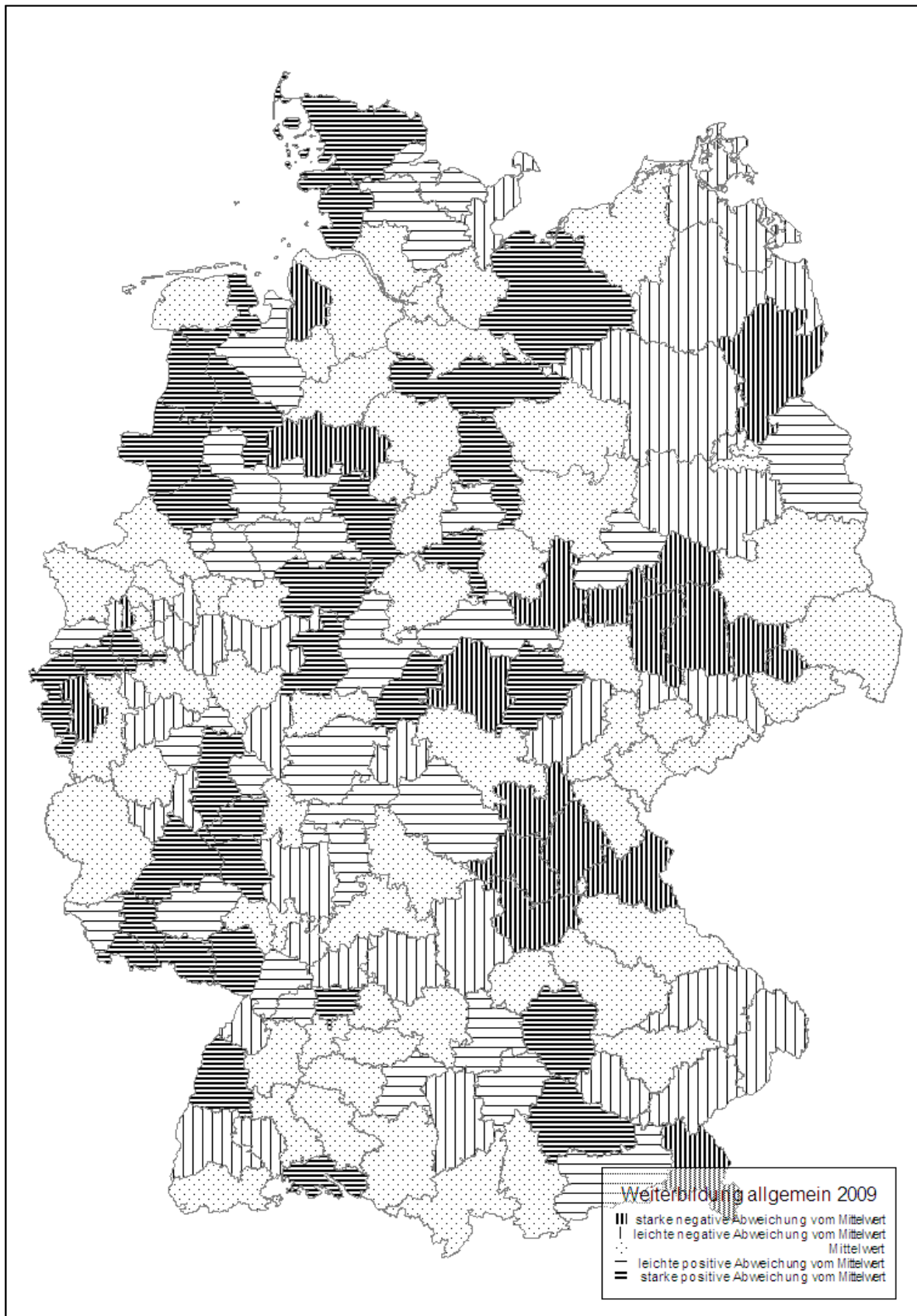
¹¹⁰ Siehe Fußnote zu Abbildung A 1

Abbildung A 7: Allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2007; Wiedereingliederung



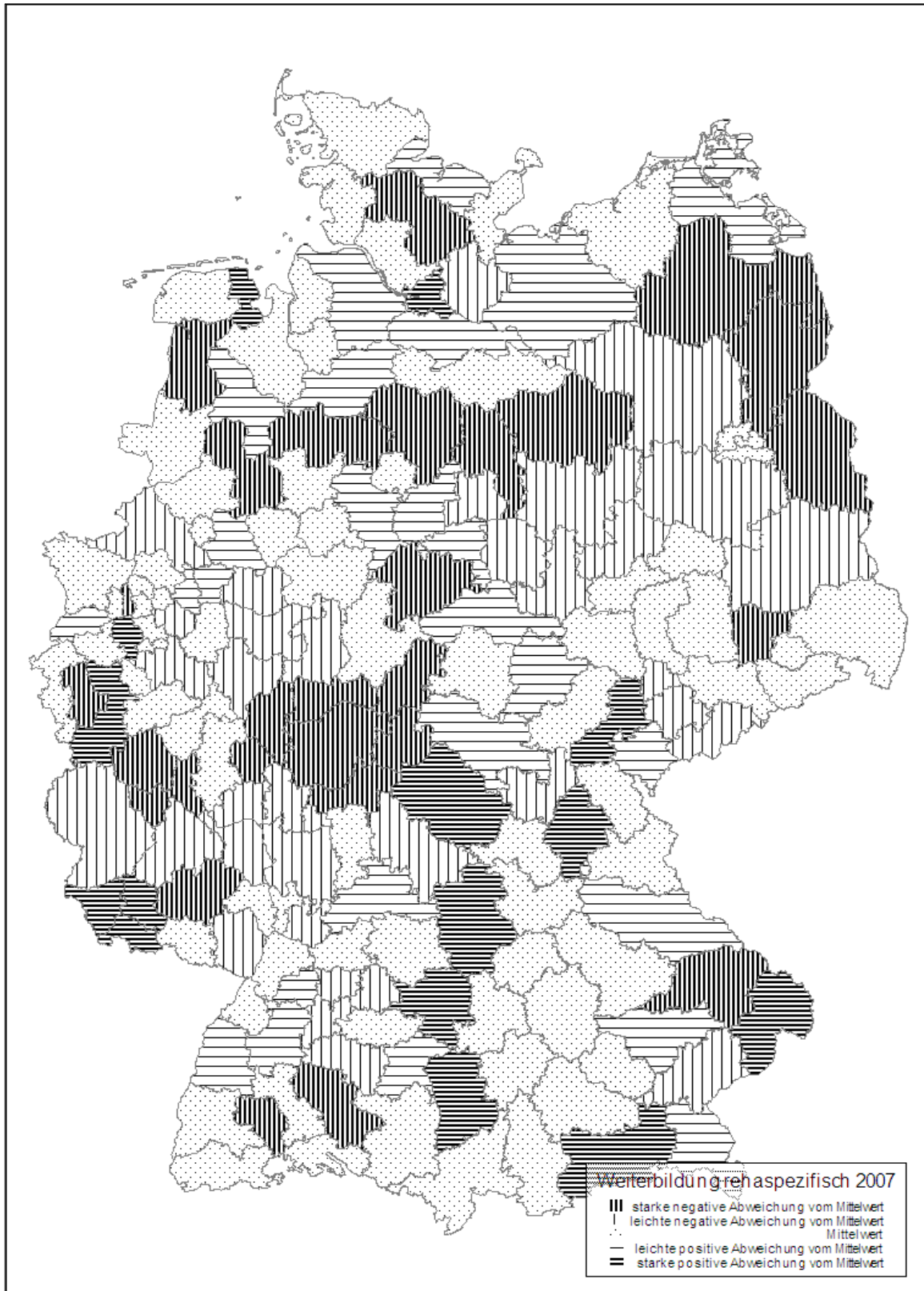
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung A 8: Allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2009; Wiedereingliederung



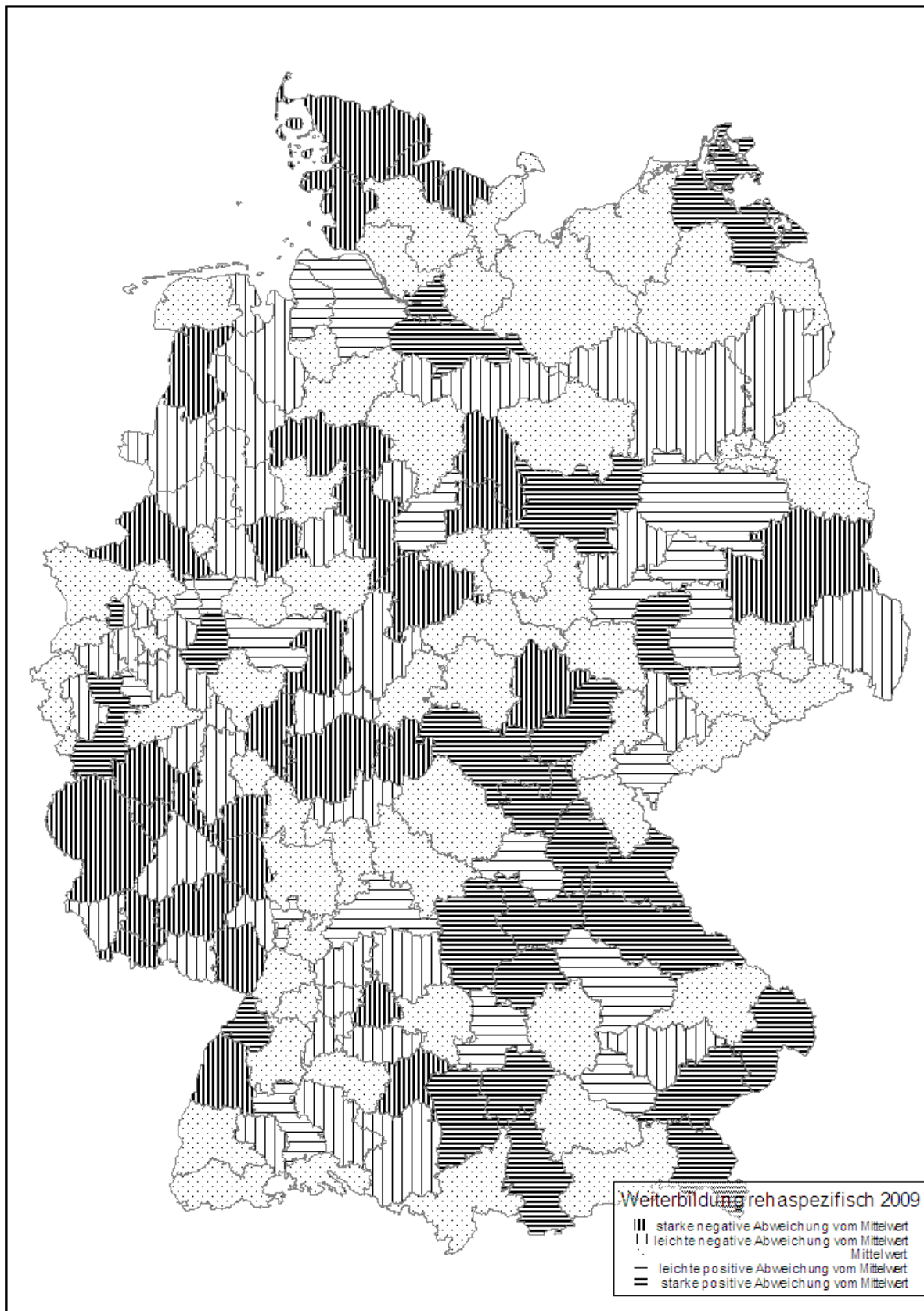
*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung A 9: Rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabejahr 2007; Wiedereingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Abbildung A 10: Rehabilitationsspezifische Weiterbildungsmaßnahmen nach Agenturbezirken; Vergabebjahr 2009; Wiedereingliederung



*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 47: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Zeilenprozent

Nur Maßnahmen in Spaltenprozent	Ersteingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2006-2009
Keine Maßnahme	20	13	11	10	12
Maßnahme erhalten	80	87	90	90	88
N	20.100	42.600	43.670	46.321	152.918

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 48: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Zeilenprozent

Ersteingliederung Behinderungsart in Zeilenprozent	Maßnahme erhalten									
	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Psychisch	76	24	80	20	84	16	87	13	83	17
Neurologisch	79	22	86	14	89	11	89	11	87	13
Lernbehinderung	90	10	91	9	92	9	91	9	91	9
Geistig	40	60	79	21	88	12	93	7	82	18
Sehbehinderung	83	17	85	15	89	11	83	17	85	15
Hörbehinderung	86	14	91	9	91	9	86	14	89	11
Beh. des Stütz- u. Bewegungsapparates	81	19	84	16	85	15	82	18	83	17
Organisch	85	16	86	14	87	13	86	14	86	14
Sonstige Behinderung	86	14	90	10	92	8	92	8	91	10
Total	80	20	87	13	90	11	90	10	88	12
N	16.149	3.951	37.046	5.554	39.063	4.607	41.727	4.594	134.142	18.776
		20.100		42.600		43.670		46.321		152.918

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 49: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt in den SGB III-Regionaltypen; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung; in Zeilenprozent

Ersteingliederung Region in Zeilenprozent	Maßnahme erhalten									
	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bezirke in Ostdeutschland mit schlechtesten Arbeitsmarktbedingungen	91	9	94	6	93	7	93	7	93	7
Bezirke in Ostdeutschland mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen	89	11	93	7	93	7	94	6	93	7
Bezirke i. d. R. in Ostdeutschland mit hoher Arbeitslosigkeit, z.T. Grenzlage zum Westen	92	8	95	6	93	7	93	7	93	7
Großstädtisch geprägte Bezirke mit hoher Arbeitslosigkeit	82	18	83	17	87	13	86	14	85	15
Vorwiegend großstädtisch geprägte Bezirke mit mäßig hoher Arbeitslosigkeit	76	24	83	17	85	15	85	15	84	17
Bezirke mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit, aber mäßiger Dynamik	83	17	88	12	90	10	93	7	89	11
Bezirke mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit	81	19	88	12	91	9	90	10	89	11
Bezirke mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und wenig Dynamik	84	16	90	10	91	9	90	10	90	10
Zentren mit günstiger Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik	84	16	90	10	91	9	90	10	90	10
Ländliche Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage und hoher saisonbedingter	86	14	92	8	91	9	91	9	91	9
Mittelstandsstrukturierte Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage	85	15	90	10	91	9	91	9	90	10
Bezirke mit günstigster Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik	87	13	92	8	94	6	93	7	92	8
Unbekannt	54	46	73	27	83	17	88	12	80	20
Total	80	20	87	13	90	11	90	10	88	12
N	16.149	3.951	37.046	5.554	39.063	4.607	41.727	4.594	134.142	18.776
		20.100		42.600		43.670		46.321		152.918

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 50: Multivariate Ergebnisse zu Selektionen beim Zugang zu Maßnahmen; Ersteingliederung

	Modell 1		Modell 2			
	Maßnahmeteilnahme ja/nein	Ausbildung rehasp.	BvB allg.	BvB rehasp.	BNF Berufsausbildung	Maßnahmekette
<i>Eintrittskohorten (ref. = 2006)</i>						
Kohorte_2007	0.36 ***	0.31 ***	0.37 ***	0.43 ***	0.35 ***	0.47 ***
Kohorte_2008	0.40 ***	0.41 ***	0.47 ***	0.75 ***	0.28 ***	0.57 ***
Kohorte_2009	0.13 ***	0.20 ***	0.32 ***	0.80 ***	0.08	0.21 ***
<i>Behinderungsarten (ref. = Bewegung und Stützapparat)</i>						
psychisch	0.01	-0.25 ***	-0.31 ***	0.82 ***	-0.25 *	0.20 ***
neurologisch	0.25 ***	0.24 **	0.00	0.55 ***	0.30 *	0.42 ***
Lernbehinderung	0.56 ***	0.92 ***	1.37 ***	0.73 ***	1.62 ***	0.52 ***
geistig	-0.14 ***	-4.60 ***	-2.53 ***	-1.92 ***	-4.65 ***	-3.37 ***
Sehbehinderung	0.24 **	0.15	-0.75 ***	0.69 ***	-0.13	0.28 **
Hörbehinderung	0.47 ***	0.81 ***	-0.70 ***	0.77 ***	-0.30	0.44 ***
organisch	0.17 **	0.46 ***	0.35 ***	0.34 ***	0.41 **	0.22 ***
Sonstige Behinderung	0.46 ***	0.60 ***	0.20	0.75 ***	0.22	0.61 ***
Männer	0.10 ***	0.10 ***	-0.02	0.00	0.04	0.07 ***
Deutsch	0.39 ***	0.48 ***	0.07 *	0.21 ***	0.53 ***	0.44 ***
<i>Alter (ref. = unter 18)</i>						
Alter_18_19	0.09 ***	0.34 ***	-0.00	-0.15 ***	0.50 ***	-0.10 ***
Alter_20_plus	-0.22 ***	0.04	-0.94 ***	-1.00 ***	0.42 ***	-0.74 ***
<i>Schulabschluss (ref. = kein Schulabschluss)</i>						
Förderschulbesuch	0.60 ***	0.47 ***	0.49 ***	0.61 ***	0.19 **	0.87 ***
Hauptschulabschluss	0.49 ***	1.02 ***	0.24 ***	0.15 ***	1.18 ***	0.61 ***
Mittlere Reife	0.48 ***	0.99 ***	0.20 ***	0.03	0.75 ***	0.72 ***
Fachhochschulreife/Abitur	0.44 ***	0.68 ***	-0.47 ***	-0.15 *	-0.26	0.72 ***
Keine Angabe	-1.35 ***	-2.21 ***	-1.89 ***	-2.13 ***	-0.64 ***	-1.54 ***
<i>Arbeitsmarktbezirke (ref. = ländliche Bezirke mit ungünstigem Ausbildungsmarktumfeld (AMU))</i>						
Typ Ib: ländliche Bezirke mit großbetrieblicher Umgebung	-0.30 ***	-0.41 ***	-0.51 ***	0.10	-0.65 ***	-0.08
Typ Ic: städtische Bezirke mit hohem Tertiarisierungsgrad	-0.08	-0.53 ***	0.16 **	-0.22 ***	0.35 ***	-0.13 *
Typ IIa: ländliche Bezirke mit hohem Tertiarisierungsgrad, ohne großbetriebliche Umgebung	-0.48 ***	-1.30 ***	-0.54 ***	-0.13 *	-1.69 ***	-0.76 ***
Typ IIb: großstädtische Bezirke mit günstigem AMU und großbetrieblicher Umgebung	-0.70 ***	-1.15 ***	0.17 ***	-0.76 ***	-2.88 ***	-1.05 ***
Typ IIIa: großstädtische Bezirke mit mittlerer Arbeitslosigkeit, ohne großbetriebliche Umgebung	-0.60 ***	-0.72 ***	-0.65 ***	-0.16 ***	-2.54 ***	-0.53 ***
Typ IIIb: städtische Bezirke mit niedriger Arbeitslosigkeit und großbetrieblicher Umgebung	-0.29 ***	-0.40 ***	-0.13 *	-0.00	-1.84 ***	-0.26 ***
Typ IIIc: großstädtische Bezirke mit hoher Arbeitslosigkeit und großbetrieblicher Umgebung	-0.75 ***	-1.32 ***	-0.35 ***	-0.08 *	-3.14 ***	-0.82 ***
Typ IVa: städtische Bezirke mit durchschnittlichem AMU und großbetrieblicher Umgebung	-0.39 ***	-0.14 **	-0.26 ***	-0.34 ***	-2.16 ***	-0.46 ***
Typ IVb: eher ländliche Bezirke mit durchschnittlichem AMU	-0.44 ***	-0.65 ***	-0.13 **	-0.38 ***	-2.44 ***	-0.57 ***
Typ IVc: ländliche Bezirke mit ungünstigem AMU	-0.29 ***	-0.50 ***	-0.29 ***	-0.24 ***	-1.98 ***	-0.47 ***
Typ IVd: ländliche Bezirke mit ungünstigem AMU und großbetrieblicher Umgebung	-0.41 ***	-0.52 ***	-0.42 ***	-0.55 ***	-2.64 ***	-0.70 ***
Konstante	1.50 ***	-1.19 ***	-0.77 ***	-0.48 ***	-2.40 ***	-0.14 *
Anzahl der Beobachtungen	231601	231601				
Adjusted R square						
LL	-66875.49	-354135.41				

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 51: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Nur Maßnahmen in Spaltenprozent	Wiedereingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2006-2009
Keine Maßnahme	36	31	27	29	30
Maßnahme erhalten	64	69	73	71	70
N	10.787	20.068	20.820	21.466	73.186

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 52: Rehabilitanden nach Geschlecht und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Zeilenprozent

Wiedereingliederung Geschlecht in Zeilenprozent	Maßnahme erhalten									
	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Männlich	65	35	71	29	74	26	73	27	71	29
Weiblich	62	38	67	33	71	29	69	31	68	32
Total	64	36	69	31	73	27	71	29	70	30
N	6.870	3.917	13.883	6.185	15.107	5.713	15.232	6.234	51.117	22.069
		10.787		20.068		20.820		21.466		73.186

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 53: Rehabilitanden nach Art der Behinderung und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Zeilenprozent

Wiedereingliederung Behinderungsart in Zeilenprozent	Maßnahme erhalten									
	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Psychisch	62	38	69	31	76	24	78	22	73	27
Neurologisch	62	38	71	30	73	27	71	29	70	30
Lernbehinderung	68	32	74	26	77	23	82	18	76	24
Geistig	30	70	58	42	73	27	83	17	65	35
Sehbehinderung	68	32	71	29	70	30	69	31	70	30
Hörbehinderung	62	38	70	30	62	38	55	45	62	38
Beh. des Stütz- u. Bewegungsapparates	67	34	69	31	70	30	65	35	68	32
Organisch	68	32	71	29	73	27	71	29	71	29
Sonstige Behinderung	65	35	70	30	66	34	72	28	69	31
Total	64	36	69	31	73	27	71	29	70	30
N	6.870	3.917	13.883	6.185	15.107	5.713	15.232	6.234	51.117	22.069
		10.787		20.068		20.820		21.466		73.186

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 54: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt in den SGB III-Regionaltypen; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung; in Zeilenprozent

Wiedereingliederung Region in Zeilenprozent	Maßnahme erhalten									
	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bezirke in Ostdeutschland mit schlechtesten Arbeitsmarktbedingungen	70	30	71	29	75	25	72	28	72	28
Bezirke in Ostdeutschland mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen	71	30	75	25	79	21	75	25	76	24
Bezirke i. d. R. in Ostdeutschland mit hoher Arbeitslosigkeit, z.T. Grenzlage zum Westen	76	24	79	21	81	19	78	22	79	21
Großstädtisch geprägte Bezirke mit hoher Arbeitslosigkeit	66	34	68	33	70	30	74	26	70	30
Vorwiegend großstädtisch geprägte Bezirke mit mäßig hoher Arbeitslosigkeit	61	39	68	33	72	28	73	27	69	31
Bezirke mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit, aber mäßiger Dynamik	62	38	67	33	71	29	68	33	68	33
Bezirke mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit	61	39	68	32	73	27	71	29	69	31
Bezirke mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und wenig Dynamik	64	36	70	30	72	28	68	32	69	31
Zentren mit günstiger Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik	67	33	73	27	77	24	76	25	74	26
Ländliche Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage und hoher saisonbedingter Dynamik	67	33	70	30	71	29	69	31	70	30
Mittelstandsstrukturierte Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage	61	39	66	34	69	31	67	33	67	34
Bezirke mit günstigster Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik	68	32	72	28	76	24	75	25	73	27
Unbekannt	16	85	23	77	34	66	38	62	28	72
Total	64	36	69	31	73	27	71	29	70	30
N	6.870	3.917	13.883	6.185	15.107	5.713	15.232	6.234	51.117	22.069
		10.787		20.068		20.820		21.466		73.186

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 55: Multivariate Ergebnisse zu Selektionen beim Zugang zu Maßnahmen; Wiedereingliederung

	<i>Modell 1</i>		<i>Modell 2</i>							
	Maßnahmeteilnahme ja/nein		WB allgemein		WB Reha		TM MAG MAT		Maßnahmekette	
<i>Eintrittskohorten (ref. = 2006)</i>										
Kohorte_2007	0,18	***	0,58	***	0,06		-0,05		0,26	***
Kohorte_2008	0,11	***	1,21	***	-0,33	***	-0,37	***	0,27	***
Kohorte_2009	-0,38	***	0,99	***	-1,06	***	-0,91	***	-0,26	***
<i>Behinderungsarten (ref. = Bewegung und Stützapparat)</i>										
psychisch	0,26	***	-0,67	***	0,71	***	-0,10	*	0,11	***
neurologisch	0,14	***	-0,45	***	-0,01		-0,01		0,04	
Lernbehinderung	0,61	***	-0,38	**	0,50	***	0,61	***	-0,45	***
geistig	0,18	**	-4,09	***	-1,51	***	-1,38	***	-2,27	***
Sehbehinderung	0,23	***	-0,85	***	-0,20	*	-0,33	***	0,02	
Hörbehinderung	-0,09		-1,40	***	-0,33	***	0,06		-0,74	***
organisch	0,09	**	0,07		0,14	***	0,22	***	0,17	***
Sonstige Behinderung	0,04		-0,06		-0,00		0,18		-0,04	
Männer	0,17	***	0,11	***	0,14	***	0,21	***	0,26	***
Deutsch	0,17	***	0,20	***	0,26	***	0,01		0,17	***
<i>Alter (ref. = unter 28)</i>										
Alter_28_33	-0,29	***	-0,41	***	-0,34	***	-0,49	***	-0,41	***
Alter_34_plus	-0,54	***	-0,77	***	-0,66	***	-0,76	***	-1,02	***
<i>Schulabschluss (ref. = kein Schulabschluss)</i>										
Hauptschulabschluss	0,58	***	1,08	***	0,89	***	0,65	***	1,33	***
Mittlere Reife	0,73	***	1,54	***	1,09	***	0,78	***	1,58	***
Fachhochschulreife/Abitur/Hochschulreife	0,74	***	1,48	***	1,22	***	0,72	***	1,62	***
fehlende Werte	-0,89	***	-1,56	***	-1,51	***	-3,00	***	-1,70	***
<i>Arbeitsmarktbezirke (ref. = Bezirke in Ostdeutschland mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen)</i>										
Bezirke i. d. R. in Ostdeutschland mit hoher Arbeitslosigkeit, z.T. Grenzlage zum Westen	0,24	***	0,20	**	0,44	***	0,08		0,30	***
Großstädtisch geprägte Bezirke mit hoher Arbeitslosigkeit	-0,24	***	-0,04		-0,28	***	-0,56	***	-0,24	***
Vorwiegend großstädtisch geprägte Bezirke mit mäßig hoher Arbeitslosigkeit	-0,14	***	0,07		0,31	***	-0,17	*	-0,17	**
Bezirke mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit, aber mäßiger Dynamik	-0,20	***	0,25	***	-0,13	*	0,06		-0,34	***
Bezirke mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit	-0,11	**	0,41	***	-0,09		-0,10		-0,32	***
Bezirke mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit und wenig Dynamik	-0,13	***	0,32	***	0,00		0,12		-0,43	***
Zentren mit günstiger Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik	0,21	***	0,80	***	0,28	***	0,42	***	0,22	***
Ländliche Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage und hoher saisonbedingter Dynamik	-0,15	**	-0,10		0,35	***	-0,17		-0,18	*
Mittelstandsstrukturierte Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage	-0,24	***	0,10		-0,26	***	0,06		-0,51	***
Bezirke mit günstigster Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik	0,09	*	0,26	***	0,54	***	0,27	***	-0,15	**
fehlende Werte	-0,85		-0,41		0,35		-14,29	***	-14,21	***
<i>Erwerbskarriere</i>										
Berufserfahrung	0,00	***	0,00	***	0,00	***	0,00	***	0,00	***
Arbeitslosigkeits Erfahrung	0,00	***	0,00	***	0,00	***	0,00	***	0,00	***
Berufserfahrung sq	-0,00		-0,00	***	-0,00	***	-0,00	*	-0,00	***
Arbeitslosigkeits Erfahrung sq	-0,00	***	-0,00	***	-0,00	***	-0,00	***	-0,00	***
Konstante	0,60	***	-3,23	***	-1,89	***	-1,43	***	-2,20	***
Anzahl der Beobachtungen	117724		117724							
Adjusted R square										
LL	-57398,44		-203310,							

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Tabelle A 56: Maßnahmen pro Person; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmen pro Person	N	Col%
1	64.907	48
2	44.951	34
3	15260	11
4	5623	4
5	2069	2
6	772	1
7	329	0
8	110	0
9	61	0
10	28	0
N	134,142	100

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 57: Ausmaß der Maßnahmeüberschneidungen; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

Überlappungen	Col %
1	99,2
2	0,8
Total	100
N	245,45

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 58: Sequenzen (nur Maßnahmen); Ersteingliederung (oben = beendet; unten = laufend)¹¹¹

Sequenz		2006			Sequenz		2007			Sequenz		2008			Sequenz		2009		
N	SM	Freq,	Perc,	Cum,	N	SM	Freq,	Perc,	Cum,	N	SM	Freq,	Perc,	Cum,	N	SM	Freq,	Perc,	Cum,
1	1	2.902	34,32	34,32	1	6	5.647	33,32	33,32	1	1	5.645	52,16	52,16	1	1	5.120	64,40	64,40
2	6	1.256	14,86	49,18	2	1	5.517	32,55	65,88	2	6	1.676	15,49	67,64	2	6	1.092	13,74	78,14
3	2	1.103	13,05	62,22	3	12	1.509	8,90	74,78	3	2	971	8,97	76,61	3	2	684	8,60	86,74
4	12	1.009	11,93	74,16	4	2	1.430	8,44	83,22	4	12	795	7,35	83,96	4	4	254	3,19	89,94
5	16	286	3,38	77,54	5	16	395	2,33	85,55	5	4	275	2,54	86,50	5	12	215	2,70	92,64
6	4	269	3,18	80,72	6	4	350	2,07	87,61	6	16	227	2,10	88,60	6	16	98	1,23	93,87
7	24	183	2,16	82,89	7	14	320	1,89	89,50	7	14	219	2,02	90,62	7	5	81	1,02	94,89
8	14	155	1,83	84,72	8	15	202	1,19	90,69	8	15	162	1,50	92,12	8	51	58	0,73	95,62
9	15	112	1,32	86,04	9	5	126	0,74	91,44	9	5	114	1,05	93,17	9	15	54	0,68	96,30
10	124	86	1,02	87,06	10	41	103	0,61	92,05	10	41	65	0,60	93,77	10	61	38	0,48	96,78
...
255	656	1	0,01	100	250	6565	1	0,01	100	142	6565	1	0,01	100	72	656	1	0,01	100
Total		8.455	100		Total		16.947	100		Total		10.823	100		Total		7.950	100	
Sequenz		2006			Sequenz		2007			Sequenz		2008			Sequenz		2009		
N	SM	Freq,	Perc,	Cum,	N	SM	Freq,	Perc,	Cum,	N	SM	Freq,	Perc,	Cum,	N	SM	Freq,	Perc,	Cum,
1	12	2.456	41,83	41,83	1	12	7.070	42,73	42,73	1	12	8.025	33,68	33,68	1	12	7.419	25,99	25,99
2	2	632	10,76	52,59	2	2	2.822	17,06	59,78	2	6	5.526	23,19	56,88	2	6	7.372	25,83	51,82
3	1	249	4,24	56,83	3	6	814	4,92	64,70	3	2	3.954	16,60	73,47	3	1	5.504	19,28	71,11
4	124	245	4,17	61,00	4	1	778	4,70	69,41	4	1	1.696	7,12	80,59	4	2	4.431	15,52	86,63
5	16	181	3,08	64,08	5	16	645	3,90	73,30	5	16	762	3,20	83,79	5	4	1.033	3,62	90,25
6	24	176	3,00	67,08	6	4	497	3,00	76,31	6	14	647	2,72	86,51	6	14	567	1,99	92,24
7	14	165	2,81	69,89	7	24	437	2,64	78,95	7	4	644	2,70	89,21	7	16	493	1,73	93,96
8	4	162	2,76	72,65	8	14	436	2,64	81,58	8	41	382	1,60	90,81	8	41	318	1,11	95,08
9	126	129	2,20	74,85	9	41	299	1,81	83,39	9	141	188	0,79	91,60	9	15	161	0,56	95,64
10	26	125	2,13	76,98	10	26	243	1,47	84,86	10	15	148	0,62	92,22	10	61	92	0,32	95,96
...
326	6562	1	0,02	100	369	654	1	0,01	100	241	6565	1,00	0	123	6565	1	0,00	100	
Total		5.872	100		Total		16.546	100		Total		23.825	100		Total		28.542	100	

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

¹¹¹ Diese Tabelle zeigt verschiedene SM (Sequenzmuster), also eine Abfolge von Maßnahmekategorien (1 bis 6) von Rehabilitanden der Ersteingliederung. Pro Jahr der Anerkennung werden die häufigsten zehn Sequenzmuster anteilig und in ihrer Häufigkeit dargestellt. Die Zahlen in der Spalte SM stehen dabei für folgende Maßnahmekategorien: 1 = Vorbereitende, 2 = Qualifizierende, 4 = Finanzielle Hilfen, 5 = ABM/AGH, 6 = Restliche Maßnahmen. Folgen zwei Kategorien aufeinander, handelt es sich um eine Maßnahmekette. Die obige Tabelle zeigt dabei bereits beendete Fälle, die untere noch laufende Rehabilitationsverfahren. Lesebeispiel: Kohorte 2007 in der obigen Tabelle zeigt als häufigstes Sequenzmuster die 6 „restliche Maßnahmen“, welche eine Häufigkeit von 5.647 Maßnahmen aufweist, mit einem Anteil von einem Drittel. Auf Platz drei befindet sich das Sequenzmuster 12 „vorbereitende Maßnahme plus qualifizierende Maßnahme“ mit einer Häufigkeit von 1.509 und einem Anteil von 8,9 Prozent an allen vorhandenen Sequenzmustern der Kohorte 2007.

Tabelle A 59: Maßnahmen pro Person; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Maßnahmen pro Person	N	Col%
1	3.269	49
2	2.265	34
3	753	11
4	303	5
5	97	1
6	36	1
7	14	0
8	4	0
9	1	0
10	2	0
N	6.744	

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 60: Ausmaß der Maßnahmeüberlappung; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

Überlappungen	Col %
1	99,2
2	0,8
Total	100
N	99,549

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 61: Sequenzen (nur Maßnahmen); Wiedereingliederung (oben = beendet; unten = laufend)¹¹²

Sequenz 2006					Sequenz 2007					Sequenz 2008					Sequenz 2009				
N	SM	Freq.	Perc.	Cum.	N	SM	Freq.	Perc.	Cum.	N	SM	Freq.	Perc.	Cum.	N	SM	Freq.	Perc.	Cum.
1	2	1.221	25,84	25,84	1	2	1.992	23,74	23,74	1	2	1.314	22,35	22,35	1	4	1.024	30,14	30,14
2	4	546	11,56	37,40	2	6	1.541	18,36	42,10	2	4	1.303	22,16	44,51	2	2	718	21,14	51,28
3	6	521	11,03	48,42	3	4	1.144	13,63	55,73	3	6	997	16,96	61,47	3	1	592	17,43	68,71
4	12	492	10,41	58,84	4	1	756	9,01	64,74	4	1	743	12,64	74,11	4	6	589	17,34	86,05
5	1	420	8,89	67,72	5	12	694	8,27	73,01	5	12	323	5,49	79,61	5	12	120	3,53	89,58
6	24	200	4,23	71,96	6	24	389	4,64	77,65	6	24	284	4,83	84,44	6	24	93	2,74	92,32
7	124	144	3,05	75,01	7	124	143	1,70	79,35	7	14	88	1,50	85,93	7	14	39	1,15	93,46
8	5	86	1,82	76,83	8	5	137	1,63	80,98	8	3	78	1,33	87,26	8	5	29	0,85	94,32
9	26	57	1,21	78,03	9	3	114	1,36	82,34	9	5	73	1,24	88,50	9	42	28	0,82	95,14
10	62	54	1,14	79,17	10	14	90	1,07	83,41	10	124	43	0,73	89,23	10	16	19	0,56	95,70
...
258	652	1	0,02	100	261	656	1	0,01	100	138	654	1	0,02	100	55	6412	1	0,03	100
Total		4.725	100		Total		8.392	100		Total		5.879	100		Total		3.397	100	

Sequenz 2006					Sequenz 2007					Sequenz 2008					Sequenz 2009				
N	SM	Freq.	Perc.	Cum.	N	SM	Freq.	Perc.	Cum.	N	SM	Freq.	Perc.	Cum.	N	SM	Freq.	Perc.	Cum.
1	12	260	18,57	18,57	1	12	1.031	25,19	25,19	1	2	2.269	29,44	29,44	1	2	3.784	36,26	36,26
2	2	182	13,00	31,57	2	2	815	19,91	45,10	2	12	1.999	25,94	55,38	2	12	2.177	20,86	57,12
3	124	74	5,29	36,86	3	6	183	4,47	49,57	3	6	1.173	15,22	70,60	3	6	1.831	17,55	74,66
4	6	64	4,57	41,43	4	124	180	4,40	53,97	4	24	231	3,00	73,60	4	1	821	7,87	82,53
5	24	57	4,07	45,50	5	24	170	4,15	58,12	5	1	198	2,57	76,16	5	4	347	3,33	85,86
6	1	44	3,14	48,64	6	1	118	2,88	61,01	6	42	137	1,78	77,94	6	42	238	2,28	88,14
7	126	38	2,71	51,36	7	26	102	2,49	63,50	7	4	132	1,71	79,65	7	24	167	1,60	89,74
8	26	37	2,64	54,00	8	4	90	2,20	65,70	8	26	129	1,67	81,33	8	26	97	0,93	90,67
9	4	30	2,14	56,14	9	212	78	1,91	67,60	9	212	100	1,30	82,63	9	5	92	0,88	91,55
10	212	27	1,93	58,07	10	126	75	1,83	69,44	10	124	92	1,19	83,82	10	62	67	0,64	92,19
...
252	6565	1	0,07	100	313	6562	1	0,02	100	238	656	1	0,01	100	119	646	1	0,01	100
Total		1.400	100		Total		4.093	100		Total		7.707	100		Total		10.436	100	

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

¹¹² Es gelten die gleichen Anmerkungen wie bei vorheriger Fußnote zu Tabelle A 58. Der einzige Unterschied besteht darin, dass hier Sequenzmuster der Wiedereingliederung dargestellt werden.

Tabelle A 62: Rehabilitanden nach dem Endegrund und Art der Behinderung; Jahr der Anerkennung 2007; Ersteingliederung; in Spaltenprozent

2007: Endegrund beendeter Rehafälle	Ersteingliederung									Gesamt 2007	
	psych.	neuro.	Lernbeh.	geistig	Sehbeh.	Hörbeh.	Bew.app.	organisch	Sonstige Beh.		
Beibehaltung Arbeits-/Ausbildungsverhältnis	2	6	3	0	10	8	10	7	5	3	624
Einmündung in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	3	5	7	2	5	8	5	6	9	5	1.090
Einmündung in ein befristetes Arbeitsverhältnis	2	1	3	1	2	3	5	4	4	2	548
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Aufnahme in den Arbeitsbereich einer WfbM	16	36	3	81	21	14	15	7	22	27	5.924
Medizinische Reha	10	4	2	1	2	3	3	6	5	3	636
Krankheit	7	4	1	1	1	3	3	5	3	2	500
Rente	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Rücknahme Reha-Antrag	2	2	3	0	0	2	2	2	2	2	420
Fehlende Mitwirkung	21	13	39	5	15	24	21	22	21	26	5.696
Fehlende Integrationsaussichten	6	4	10	2	7	10	4	6	3	7	1.508
Sonstige Gründe	31	26	28	8	36	25	30	33	26	23	5.129
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	22.117

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 63: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; Ersteingliederung¹¹³

Gesamt	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verhält nis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhält nis	Einmündung in befr. Arbeitsverhält nis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankh eit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlend e Mitw/ Integrauss.	Sonstige Gründe
Zeilen - %	4	7	3	*	7	*	47	32
N	624	1.090	548	*	1.136	*	7.624	5.129
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	73	82	78	*	12	20	25	26
Maßnahmen	0	1	1	*	10	40	3	3
ALG	2	4	6	*	6	0	6	2
ALG II	12	10	11	*	54	40	51	46
Sonstige	12	4	5	*	18	0	15	23
N	511	897	466	*	571	*	5.320	3.091
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	-	*	*	*	1	1
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	9	2	4	*	*	*	4	6
Agrarberufe	3	7	4	*	*	*	4	4
Einfach. manuelle Berufe	13	28	21	*	*	*	30	20
Qualifizierte. manuelle Berufe	25	15	14	*	*	*	12	18
Techniker	1	1	1	*	*	*	0	0
Ingenieure	0	0	0	*	*	*	0	0
Einfache Dienste	15	25	28	*	*	*	29	25
Qualifizierte Dienste	5	3	4	*	*	*	3	6
Semiprofessionen	4	1	4	*	*	*	2	5
Professionen	1	0	0	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	9	11	10	*	*	*	13	10
Quali. kaufmännische u. Verwaltungsberufe	14	7	9	*	*	*	3	5
Manager	1	0	0	*	*	*	0	0
N	374	732	362	*	*	*	1.314	809
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	90	72	69	*	40	*	53	61
Teilzeit	10	28	31	*	60	*	47	39
N	374	732	362	*	65	*	1.308	804
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	73	6	17	*	*	*	18	37
Praktikanten	1	0	1	*	*	*	1	2
geringfügig entlohnt	7	11	11	*	*	*	37	33
Mitarbeit. Familienangehörige in der Landwirtschaft	0	0	0	*	*	*	0	0
Unständig Beschäftigte geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	2	*	0	0
N	374	732	362	*	*	*	1.314	809
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	74	71	71	*	15	*	28	29
Maßnahmen	1	3	2	*	6	*	2	2
ALG	2	8	7	*	3	*	2	1
ALG II	12	11	13	*	58	*	54	47
Sonstige	11	6	8	*	18	*	14	20
N	441	691	361	*	433	*	4.552	2.731
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	7	3	4	*	*	*	4	6
Agrarberufe	3	7	5	*	*	*	3	5
Einfach. manuelle Berufe	14	27	24	*	*	*	27	18
Qualifizierte. manuelle Berufe	25	15	14	*	*	*	13	18
Techniker	2	1	2	*	*	*	0	0
Ingenieure	0	0	0	*	*	*	0	0
Einfache Dienste	14	25	25	*	*	*	31	25
Qualifizierte Dienste	5	3	3	*	*	*	3	6
Semiprofessionen	5	1	4	*	*	*	2	4
Professionen	1	0	0	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	10	12	10	*	*	*	13	11
Qualifi. kaufmännische u. Verwaltungsberufe	13	6	8	*	*	*	3	5
Manager	1	0	0	*	*	*	0	0
N	325	494	255	*	*	*	1.286	805
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	87	71	68	*	*	*	56	65
Teilzeit	13	29	32	*	*	*	44	35
N	325	494	255	*	*	*	1.283	802
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	22	78	66	*	*	*	42	29
Praktikanten	68	9	19	*	*	*	21	41
Werkstudenten	1	0	1	*	*	*	1	1
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
Mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	9	13	14	*	*	*	36	29
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	325	494	255	*	*	*	1.286	805

¹¹³ Fälle unter 100 hier und im Folgenden anonymisiert

Männer	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verhält nis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhält nis	Einmündung in befr. Arbeitsverhält nis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankh eit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlend e Mitw./ Integrauss.	Sonstige Gründe
Zeilen - %	4	8	4	*	6	*	50	28
N	393	751	363	*	613	*	4.932	2.796
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Maßnahmen	75	82	77	*	11	*	26	33
Beschäftigung	0	1	1	*	10	*	3	2
ALG	2	3	7	*	7	*	6	2
ALG II	12	10	10	*	53	*	49	38
Sonstige	11	4	5	*	19	*	16	25
N	332	626	317	*	290	*	3.389	1.586
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	1	1
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	9	2	5	*	*	*	4	6
Agrarberufe	4	8	6	*	*	*	5	5
Einfach. manuelle Berufe	17	35	30	*	*	*	37	25
Qualifizierte. manuelle Berufe	35	16	16	*	*	*	15	22
Techniker	1	1	2	*	*	*	0	1
Ingenieure	0	0	0	*	*	*	0	0
Einfache Dienste	16	23	30	**	*	*	27	24
Qualifizierte Dienste	1	2	0	*	*	*	2	2
Semiprofessionen	1	1	2	*	*	*	1	3
Professionen	1	0	0	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	3	6	5	*	*	*	6	7
Quali. kaufmännische u. Verwaltungsberufe	12	6	7	*	*	*	2	4
Manager	0	0	0	*	*	*	0	0
N	249	516	243	*	*	*	888	516
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	92	80	74	*	*	*	58	66
Teilzeit	8	20	26	*	*	*	42	34
N	249	516	243	*	*	*	883	511
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	19	84	71	*	*	*	47	28
Praktikanten	75	6	15	*	*	*	18	40
geringfügig entlohnt	0	0	1	*	*	*	1	2
Mitarbeit. Familienangehörige in der Landwirtschaft	5	9	13	*	*	*	34	30
Unständig Beschäftigte geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	249	516	243	*	*	*	888	516
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	75	71	71	38	13	*	30	36
Maßnahmen	1	3	2	*	6	*	2	2
ALG	3	9	6	*	1	*	2	1
ALG II	12	11	13	*	61	*	52	40
Sonstige	8	6	8	*	19	*	15	22
N	290	487	247	*	211	*	2.919	1.431
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	1
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	8	4	5	*	*	*	4	6
Agrarberufe	4	8	7	*	*	*	4	6
Einfach. manuelle Berufe	18	32	32	*	*	*	34	23
Qualifizierte. manuelle Berufe	35	16	14	*	*	*	16	24
Techniker	1	1	3	*	*	*	0	0
Ingenieure	0	1	0	*	*	*	0	0
Einfache Dienste	14	24	25	*	*	*	28	25
Qualifizierte Dienste	2	2	1	*	*	*	1	3
Semiprofessionen	1	0	2	*	*	*	1	2
Professionen	1	0	0	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	4	6	4	*	*	*	7	6
Qualifi. kaufmännische u. Verwaltungsberufe	11	6	7	*	*	*	3	4
Manager	*	*	*	*	*	*	*	*
N	218	348	175	*	*	*	874	510
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	90	81	73	*	*	60	68	70
Teilzeit	10	19	27	*	*	40	32	30
N	218	348	175	*	*	872	507	2.151
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	22	79	69	*	*	*	45	31
Praktikanten	70	8	16	*	*	*	21	42
Werkstudenten	1	1	2	*	*	*	0	1
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
Mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	7	12	13	*	*	*	33	26
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	218	348	175	225	*	*	874	510

Frauen	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verhält nis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhält nis	Einmündung in befr. Arbeitsverhält nis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankh eit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlend e Mitw./ Integrauss.	Sonstige Gründe
Zellen - %	4	5	3	*	8	*	43	37
N	231	339	185	*	523	*	2.692	2.333
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Maßnahmen	0	1	1	*	10	*	3	4
Beschäftigung	70	80	80	*	12	*	22	19
ALG	3	5	3	*	6	*	6	2
ALG II	13	9	11	*	56	*	54	54
Sonstige	15	5	4	*	16	*	15	21
N	179	271	149	*	281	*	1.931	1.505
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	3	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	9	2	2	*	3	*	4	7
Agrarberufe	2	3	1	*	0	*	2	2
Einfach. manuelle Berufe	4	12	3	*	18	*	15	12
Qualifizierte. manuelle Berufe	6	12	12	*	9	*	6	9
Techniker	1	0	1	*	0	*	1	0
Ingenieure	0	0	0	*	0	*	0	0
Einfache Dienste	13	29	24	*	30	*	33	26
Qualifizierte Dienste	14	6	11	*	6	*	4	12
Semiprofessionen	11	3	9	*	3	*	4	9
Professionen	0	0	1	*	0	*	0	0
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	21	24	22	*	21	*	26	15
Quali. kaufmännische u. Verwaltungsberufe	18	8	15	*	6	*	4	7
Manager	1	0	0	*	0	*	0	0
N	125	216	119	*	*	*	426	293
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	84	53	57	*	27	*	43	53
Teilzeit	16	47	43	*	73	*	57	47
N	125	216	119	*	*	*	425	293
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	18	79	70	*	30	*	38	25
Praktikanten	70	6	21	*	12	*	17	32
geringfügig entlohnt	1	0	2	*	0	*	2	3
Mitarbeit. Familienangehörige in der Landwirtschaft	11	14	8	*	55	*	43	39
Unständig Beschäftigte	-	-	-	*	*	*	*	*
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	3	*	0	0
N	125	216	119	*	*	*	426	293
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	71	72	70	*	16	*	25	23
Maßnahmen	1	2	2	*	6	*	2	2
ALG	1	7	8	*	4	*	1	1
ALG II	12	13	13	*	56	*	59	55
Sonstige	15	7	7	*	18	*	12	19
N	151	204	114	*	222	*	1.633	1.300
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	*	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	7	2	*	*	*	*	3	7
Agrarberufe	2	3	*	*	*	*	1	3
Einfach. manuelle Berufe	5	15	*	*	*	*	12	8
Qualifizierte. manuelle Berufe	4	13	*	*	*	*	7	8
Techniker	2	1	*	*	*	*	0	0
Ingenieure	-	-	*	*	*	*	-	-
Einfache Dienste	15	26	*	*	*	*	35	25
Qualifizierte Dienste	11	4	*	*	*	*	7	12
Semiprofessionen	11	3	*	*	*	*	4	8
Professionen	0	0	*	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	24	25	*	*	*	*	25	20
Qualifi. kaufmännische u. Verwaltungsberufe	18	7	*	*	*	*	5	8
Manager	2	0	*	*	*	*	0	0
N	107	146	*	*	*	*	412	295
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	82	47	*	*	*	*	46	59
Teilzeit	18	53	*	*	*	*	54	41
N	107	146	*	*	*	*	411	295
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	21	75	*	*	*	*	36	25
Praktikanten	65	9	*	*	*	*	20	40
geringfügig entlohnt	0	0	*	*	*	*	2	2
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	13	16	*	*	*	*	41	33
N	107	146	*	*	*	*	412	295

Tabelle A 64: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; nach Art der Behinderung: Lernbehinderung; Ersteingliederung¹¹⁴

Gesamt	Endgrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verhält nis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhält nis	Einmündung in befr. Arbeitsverhält nis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankh eit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlend e Mitw./ Integrauss.	Sonstige Gründe
Zeilen - %	4	7	3	*	7	*	47	32
N	624	1.090	548	*	1.136	*	7.624	5.129
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	73	82	78	*	12	20	25	26
Maßnahmen	0	1	1	*	10	40	3	3
ALG	2	4	6	*	6	0	6	2
ALG II	12	10	11	*	54	40	51	46
Sonstige	12	4	5	*	18	0	15	23
N	511	897	466	*	571	*	5.320	3.091
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche				*	*	*	1	1
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	-	*	*	*	1	1
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	9	2	4	*	*	*	4	6
Agrarberufe	3	7	4	*	*	*	4	4
Einfach. manuelle Berufe	13	28	21	*	*	*	30	20
Qualifizierte. manuelle Berufe	25	15	14	*	*	*	12	18
Techniker	1	1	1	*	*	*	0	0
Ingenieure	0	0	0	*	*	*	0	0
Einfache Dienste	15	25	28	*	*	*	29	25
Qualifizierte Dienste	5	3	4	*	*	*	3	6
Semiprofessionen	4	1	4	*	*	*	2	5
Professionen	1	0	0	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische	9	11	10	*	*	*	13	10
Verwaltungsberufe				*	*	*		
Quali. kaufmännische u.	14	7	9	*	*	*	3	5
Verwaltungsberufe				*	*	*		
Manager	1	0	0	*	*	*	0	0
N	374	732	362	*	*	*	1.314	809
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	90	72	69	*	40	*	53	61
Teilzeit	10	28	31	*	60	*	47	39
N	374	732	362	*	65	*	1.308	804
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	19	83	70	*	*	*	44	27
Praktikanten	73	6	17	*	*	*	18	37
geringfügig entlohnt	1	0	1	*	*	*	1	2
Mitarbeit. Familienangehörige in der	7	11	11	*	*	*	37	33
Landwirtschaft	0	0	0	*	*	*	0	0
Unständig Beschäftigte	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit	0	0	0	*	2	*	0	0
Haushaltsscheckverfahren				*	*	*		
N	374	732	362	*	*	*	1.314	809
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	74	71	71	*	15	*	28	29
Maßnahmen	1	3	2	*	6	*	2	2
ALG	2	8	7	*	3	*	2	1
ALG II	12	11	13	*	58	*	54	47
Sonstige	11	6	8	*	18	*	14	20
N	441	691	361	*	433	*	4.552	2.731
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche				*	*	*	0	0
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	7	3	4	*	*	*	4	6
Agrarberufe	3	7	5	*	*	*	3	5
Einfach. manuelle Berufe	14	27	24	*	*	*	27	18
Qualifizierte. manuelle Berufe	25	15	14	*	*	*	13	18
Techniker	2	1	2	*	*	*	0	0
Ingenieure	0	0	0	*	*	*	0	0
Einfache Dienste	14	25	25	*	*	*	31	25
Qualifizierte Dienste	5	3	3	*	*	*	3	6
Semiprofessionen	5	1	4	*	*	*	2	4
Professionen	1	0	0	*	*	*	0	0
Einfache kaufmännische	10	12	10	*	*	*	13	11
Verwaltungsberufe				*	*	*		
Qualifi. kaufmännische u.	13	6	8	*	*	*	3	5
Verwaltungsberufe				*	*	*		
Manager	1	0	0	*	*	*	0	0
N	325	494	255	*	*	*	1.286	805
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	87	71	68	*	*	*	56	65
Teilzeit	13	29	32	*	*	*	44	35
N	325	494	255	*	*	*	1.283	802
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	22	78	66	*	*	*	42	29
Praktikanten	68	9	19	*	*	*	21	41
Werkstudenten	1	0	1	*	*	*	1	1
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
Mitarbeitende Familienangehörige in der	9	13	14	*	*	*	36	29
Landwirtschaft	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit	0	0	0	*	*	*	0	0
Haushaltsscheckverfahren				*	*	*		
N	325	494	255	*	*	*	1.286	805

¹¹⁴ Fälle unter 100 hier und im Folgenden anonymisiert

Männer	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verhältnis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhältnis	Einmündung in befr. Arbeitsverhältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankheit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlende Mitw./ Integrauss	Sonstige Gründe
Zeilen - %	4	8	4	*	3	*	56	25
N	245	552	248	*	183	*	3.759	1.682
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	75	81	75	*	15	*	28	35
Maßnahmen	0	1	1	*	7	*	2	2
ALG	2	4	7	*	10	*	6	2
ALG II	13	10	13	*	48	*	49	37
Sonstige	9	4	5	*	20	*	15	24
N	209	469	216	*	107	*	2.705	1.113
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	-	1	1
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	4	2	6	*	*	-	3	5
Agrarberufe	6	9	6	*	*	-	6	6
Einfache manuelle Berufe	18	38	35	*	*	-	38	29
Qualifizierte manuelle Berufe	41	18	17	*	*	-	14	24
Techniker	1	0	0	*	*	-	0	0
Ingenieure	0	0	0	*	*	-	0	0
Einfache Dienste	20	24	28	*	*	-	27	23
Qualifizierte Dienste	0	1	1	*	*	-	1	2
Semiprofessionen	1	0	1	*	*	-	1	2
Professionen	-	-	-	*	*	-	-	-
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	4	5	4	*	*	-	7	6
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	4	2	2	*	*	-	2	2
Manager	0	0	0	*	*	-	0	0
N	157	382	161	*	*	-	752	386
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	92	78	76	*	*	-	58	68
Teilzeit	8	22	24	*	*	-	42	32
N	157	382	161	*	*	-	748	383
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	18	84	69	*	*	-	49	30
Praktikanten	76	5	14	*	*	-	17	41
geringfügig entlohnt	0	0	1	*	*	-	1	1
mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	5	11	16	*	*	-	33	28
Unständig Beschäftigte	1	1	0	*	*	-	0	0
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	-	0	0
N	157	382	161	*	*	-	752	386
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	78	68	67	*	*	*	31	38
Maßnahmen	1	3	2	*	*	*	1	1
ALG	2	10	6	*	*	*	2	1
ALG II	12	13	15	*	*	*	51	38
Sonstige	6	7	10	*	*	*	15	21
N	176	367	164	*	*	*	2.343	1.012
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	-	0	1
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	4	3	6	*	*	-	4	5
Agrarberufe	5	9	7	*	*	-	4	7
Einfache manuelle Berufe	21	35	38	*	*	-	35	26
Qualifizierte manuelle Berufe	40	17	17	*	*	-	17	25
Techniker	1	0	0	*	*	-	0	0
Ingenieure	0	0	0	*	*	-	0	0
Einfache Dienste	18	25	22	*	*	-	29	25
Qualifizierte Dienste	1	2	1	*	*	-	1	3
Semiprofessionen	2	0	1	*	*	-	0	1
Professionen	-	-	-	*	*	-	-	-
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	6	6	3	*	*	-	7	6
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	3	2	5	*	*	-	2	1
Manager	-	-	-	-	-	-	-	-
N	138	251	110	*	*	-	728	381
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	88	81	74	*	*	-	60	70
Teilzeit	12	19	26	*	*	-	40	30
N	138	251	110	*	*	-	726	378
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	22	80	65	*	*	-	47	33
Praktikanten	68	7	15	*	*	-	19	43
geringfügig entlohnt	1	1	2	*	*	-	0	0
mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	8	12	18	*	*	-	34	23
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	1	0	0	*	*	-	0	0
N	138	251	110	*	*	-	728	381

Frauen	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.ver hältnis	Einmündung in unbefr. Arbeitsver hältnis	Einmündung in bef. Arbeitsver hältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinisc he Reha/Kran kheit	Rente	Rücknah me Reha- Antr./Fehl ende Mitw./ Integrauss .	Sonstige Gründe
Zellen - %	3	5	3	*	4	*	49	34
N	127	223	127	*	186	*	2.047	1.422
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	67	79	76	*	13	*	22	19
Maßnahmen	0	1	2	*	7	*	2	2
ALG	3	3	3	*	6	*	6	2
ALG II	19	13	14	*	58	*	55	57
Sonstige	11	5	5	*	16	*	15	21
N	100	184	101	*	113	*	1.528	1.031
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	**	0	*	-	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	**	2	*	-	*	*	4	8
Agrarberufe	**	3	*	-	*	*	2	3
Einfache manuelle Berufe	**	15	*	-	*	*	15	15
Qualifizierte manuelle Berufe	**	10	*	-	*	*	6	9
Techniker	**	0	*	-	*	*	1	0
Ingenieure	**	1	*	-	*	*	0	0
Einfache Dienste	**	31	*	-	*	*	37	29
Qualifizierte Dienste	**	3	*	-	*	*	4	10
Semiprofessionen	**	3	*	-	*	*	3	8
Professionen	**	-	*	-	*	*	-	-
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	**	27	*	-	*	*	25	16
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	**	5	*	-	*	*	2	3
Manager	-	-	-	-	-	-	-	-
N	**	146	*	-	*	*	333	192
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	**	50	*	-	*	*	43	52
Teilzeit	**	50	*	-	*	*	57	48
N	**	146	*	-	*	*	332	192
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	**	77	*	-	*	*	38	24
Praktikanten	**	7	*	-	*	*	17	32
geringfügig entlohnt	**	0	*	-	*	*	2	3
mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	**	16	*	-	*	*	44	41
Unständig Beschäftigte	**	*	*	-	*	*	*	*
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	**	0	*	-	*	*	0	1
N	**	146	*	-	*	*	333	192
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	**	70	*	*	*	*	25	23
Maßnahmen	**	1	*	*	*	*	1	2
ALG	**	6	*	*	*	*	2	1
ALG II	**	17	*	*	*	*	60	58
Sonstige	**	7	*	*	*	*	13	17
N	**	138	*	*	*	*	1.295	889
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	**	*	*	*	*	*	1	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	**	*	*	*	*	*	3	7
Agrarberufe	**	*	*	*	*	*	1	3
Einfache manuelle Berufe	**	*	*	*	*	*	13	9
Qualifizierte manuelle Berufe	**	*	*	*	*	*	7	9
Techniker	**	*	*	*	*	*	0	0
Ingenieure	**	*	*	*	*	*	-	-
Einfache Dienste	**	*	*	*	*	*	36	27
Qualifizierte Dienste	**	*	*	*	*	*	7	12
Semiprofessionen	**	*	*	*	*	*	3	7
Professionen	**	*	*	*	*	*	-	-
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	**	*	*	*	*	*	24	22
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	**	*	*	*	*	*	4	3
Manager	-	-	-	-	-	-	0	0
N	**	*	*	*	*	*	324	202
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	**	*	*	*	*	*	46	57
Teilzeit	**	*	*	*	*	*	54	43
N	**	*	*	*	*	*	323	202
Sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	**	*	*	*	*	*	35	26
Praktikanten	**	*	*	*	*	*	19	37
geringfügig entlohnt	**	*	*	*	*	*	2	2
mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	**	*	*	*	*	*	42	36
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	**	*	*	*	*	*	1	0
N	**	*	*	*	*	*	324	202

Tabelle A 65: Endegrund nach Art der Behinderung; Jahr der Anerkennung 2007; Wiedereingliederung; in Spaltenprozent

2007: Endegrund beendeter Rehafälle	Wiedereingliederung									Gesamt 2007	
	psych.	neurolog.	Lernbeh.	geistig	Sehbeh.	Hörbeh.	Beh. des Stütz- u. Bew.app.	Sonstige organisch	Sonstige Beh.		
Beibehaltung Arbeits-/Ausbildungsverhältnis	2	15	2	1	25	35	21	10	12	13	1.781
Einmündung in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	12	20	14	4	21	25	26	28	20	20	2.872
Einmündung in ein befristetes Arbeitsverhältnis	5	8	6	1	10	10	7	11	4	7	955
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit	1	1	0	0	2	1	3	2	2	2	258
Aufnahme in den Arbeitsbereich einer WfbM	21	11	31	63	2	1	1	1	10	11	1.514
Medizinische Reha	5	1	1	0	1	1	1	3	3	3	394
Krankheit	7	3	1	2	2	1	2	2	4	4	510
Rente	2	3	0	1	1	1	1	1	2	1	178
Rücknahme Reha-Antrag	2	2	2	1	3	0	2	3	2	2	324
Fehlende Mitwirkung	10	7	16	11	6	2	8	10	12	9	1.291
Fehlende Integrationsaussichten	6	6	8	2	5	2	5	6	5	5	750
Sonstige Gründe	27	23	18	15	21	20	22	24	22	23	3.292
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	14.119

*Quelle: Reha-Prozessdatenpanel, eigene Berechnungen des IAB

Tabelle A 66: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; Wiedereingliederung¹¹⁵

Gesamt	Endgrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verhältnis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhältnis	Einmündung in befr. Arbeitsverhältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankheit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlende Mitw./	Sonstige Gründe
Zeilen - %	14	23	8	2	7	1	19	26
N	1.781	2.872	955	258	904	178	2.365	3.292
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	92	90	86	28	10	*	39	44
Maßnahmen	0	1	0	13	4	*	3	2
ALG	3	3	5	5	5	*	2	5
ALG II	3	5	6	46	69	*	48	40
Sonstige	2	2	3	9	11	*	8	9
N	1.578	2.601	893	105	553	*	1.663	2.127
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige, Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige, ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	1	2
Agrarberufe	1	2	1	*	*	*	4	2
Einfach. manuelle Berufe	8	11	15	*	*	*	19	11
Qualifizierte. manuelle Berufe	10	13	8	*	*	*	10	9
Techniker	4	5	3	*	*	*	1	3
Ingenieure	3	1	1	*	*	*	1	1
Einfache Dienste	9	20	19	*	*	*	28	20
Qualifizierte Dienste	5	5	5	*	*	*	5	6
Semiprofessionen	10	7	11	*	*	*	7	11
Professionen	2	1	2	*	*	*	0	2
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	6	11	12	*	*	*	14	10
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	37	21	21	*	*	*	9	21
Manager	3	2	1	*	*	*	0	2
N	1.454	2.331	768	*	*	*	645	931
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	78	77	72	*	*	*	55	59
Teilzeit	22	23	28	*	*	*	45	41
N	1.454	2.330	768	*	*	*	645	928
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	3	1	5	*	*	*	2	6
Praktikanten	0	0	1	*	*	*	0	1
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	7	9	6	*	*	*	33	25
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	1	1
N	1.454	2.331	768	*	*	*	645	931
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	92	84	82	*	14	*	44	47
Maßnahmen	0	1	1	*	3	*	2	1
ALG	3	6	7	*	5	*	3	4
ALG II	3	7	7	*	67	*	44	39
Sonstige	2	2	3	*	10	*	8	9
N	1.482	2.023	713	*	442	*	1.371	1.967
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige, Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige, ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	1	2
Agrarberufe	1	2	1	*	*	*	2	1
Einfach. manuelle Berufe	8	12	16	*	*	*	19	10
Qualifizierte. manuelle Berufe	10	13	8	*	*	*	11	9
Techniker	4	3	2	*	*	*	1	3
Ingenieure	3	1	1	*	*	*	1	1
Einfache Dienste	9	24	22	*	*	*	33	22
Qualifizierte Dienste	5	5	6	*	*	*	4	6
Semiprofessionen	11	7	11	*	*	*	7	11
Professionen	3	1	2	*	*	*	1	1
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	6	12	12	*	*	*	13	11
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	37	17	16	*	*	*	7	20
Manager	3	1	1	*	*	*	0	2
N	1.359	1.699	582	*	*	*	599	922
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	77	75	69	*	*	*	55	59
Teilzeit	23	25	31	*	*	*	45	41
N	1.359	1.698	582	*	*	*	599	919
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	3	1	6	*	*	*	2	6
Beschäftigte in Altersteilzeit	0	0	0	*	*	*	0	0
Praktikanten	0	0	0	*	*	*	0	0
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	7	10	8	*	*	*	31	26
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	2	1
N	1.359	1.699	582	*	*	*	599	922

¹¹⁵ Fälle unter 100 hier und im Folgenden anonymisiert

Männer	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits- /Ausb.verh hältnis	Einmündun g in unbefr. Arbeitsverh hältnis	Einmündun g in befr. Arbeitsverh hältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinisch e Reha/Krank heit	Rente	Rücknahme Reha- Antr./Fehlen de Mitw:!	Sonstige Gründe
Zeilen - %	13	25	8	3	7	*	20	23
N	922	1.776	559	181	491	*	1.416	1.615
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	92	89	85	*	7	*	38	43
Maßnahmen	0	0	0	*	3	*	3	2
ALG	2	3	4	*	5	*	2	6
ALG II	4	6	7	*	74	*	48	39
Sonstige	2	1	4	*	10	*	8	10
N	826	1.634	528	*	287	*	1.016	1.009
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige. Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige. ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	2	*	*	*	2	3
Agrarberufe	1	3	2	*	*	*	5	2
Einfach. manuelle Berufe	13	16	22	*	*	*	24	17
Qualifizierte. manuelle Berufe	16	18	10	*	*	*	15	15
Techniker	6	6	4	*	*	*	2	4
Ingenieure	5	1	1	*	*	*	1	2
Einfache Dienste	10	25	23	*	*	*	28	21
Qualifizierte Dienste	2	2	4	*	*	*	3	3
Semiprofessionen	4	3	6	*	*	*	4	4
Professionen	3	1	1	*	*	*	0	2
Einfache kaufmännische	5	8	8	*	*	*	9	8
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u.	31	17	16	*	*	*	7	18
Verwaltungsberufe								
Manager	3	1	0	*	*	*	0	2
N	758	1.457	450	*	*	*	390	438
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	87	85	82	60	40	0	68	70
Teilzeit	13	15	18	40	60	100	32	30
N	758	1.456	450	*	*	*	390	437
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	4	1	5	*	*	*	3	6
Praktikanten	0	0	1	*	*	*	0	0
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	6	7	4	*	*	*	25	22
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	758	1.457	450	*	*	*	390	438
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	91	83	80	*	14	*	43	46
Maßnahmen	1	1	2	*	3	*	2	1
ALG	2	7	6	*	5	*	3	4
ALG II	4	7	8	*	71	*	45	39
Sonstige	2	2	3	*	9	*	7	10
N	775	1.284	424	*	222	*	846	937
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige. Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige. ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	2	2
Agrarberufe	1	3	1	*	*	*	2	2
Einfach. manuelle Berufe	13	17	23	*	*	*	24	16
Qualifizierte. manuelle Berufe	17	18	11	*	*	*	16	15
Techniker	6	4	3	*	*	*	1	5
Ingenieure	5	1	1	*	*	*	1	2
Einfache Dienste	11	28	27	*	*	*	32	22
Qualifizierte Dienste	2	3	5	*	*	*	2	3
Semiprofessionen	5	3	5	*	*	*	4	4
Professionen	3	1	1	*	*	*	0	1
Einfache kaufmännische	5	8	8	*	*	*	9	8
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u.	30	13	13	*	*	*	5	17
Verwaltungsberufe								
Manager	4	1	1	*	*	*	0	2
N	707	1.071	341	*	*	*	366	433
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	88	84	82	*	*	*	66	71
Teilzeit	12	16	18	*	*	*	34	29
N	707	1.070	341	*	*	*	366	432
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	4	1	7	*	*	*	3	6
Beschäftigte in Altersteilzeit	0	0	0	*	*	*	0	0
Praktikanten	0	0	0	*	*	*	0	0
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	6	7	6	*	*	*	26	22
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	707	1.071	341	*	*	*	366	433

Frauen	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits-/Ausb.verhältnis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhältnis	Einmündung in befr. Arbeitsverhältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankheit	Rente	Rücknahme Reha-Antr./Fehlende Mitw.!	Sonstige Gründe
Zeilen - %	15	20	7	*	7	*	17	30
N	859	1.096	396	*	413	*	949	1.677
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	93	90	87	*	14	*	39	44
Maßnahmen	1	1	0	*	5	*	3	2
ALG	3	3	6	*	5	*	2	5
ALG II	2	4	5	*	64	*	47	41
Sonstige	2	2	2	*	13	*	9	8
N	752	967	365	*	266	*	647	1.118
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige. Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige. ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	0	*	*	*	1	2
Agrarberufe	0	1	0	*	*	*	2	1
Einfach. manuelle Berufe	3	4	5	*	*	*	11	5
Qualifizierte. manuelle Berufe	3	4	5	*	*	*	4	4
Techniker	3	3	2	*	*	*	0	1
Ingenieure	1	0	1	*	*	*	1	1
Einfache Dienste	7	14	13	*	*	*	27	19
Qualifizierte Dienste	8	10	8	*	*	*	8	10
Semiprofessionen	16	14	19	*	*	*	13	17
Professionen	2	1	2	*	*	*	1	1
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	8	17	17	*	*	*	21	12
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	45	29	26	*	*	*	11	24
Manager	3	2	2	*	*	*	0	2
N	696	874	318	*	*	*	255	493
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	68	64	56	*	*	*	35	49
Teilzeit	32	36	44	*	*	*	65	51
N	696	874	318	*	*	*	255	491
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	89	87	87	*	*	*	51	64
Praktikanten	2	1	4	*	*	*	2	6
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	1
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	9	11	9	*	*	*	44	28
N	0	0	0	*	*	*	3	1
N	696	874	318	*	*	*	255	493
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	92	85	83	*	15	*	44	47
Maßnahmen	0	2	0	*	3	*	1	1
ALG	3	5	8	*	5	*	2	4
ALG II	2	6	7	*	64	*	43	39
Sonstige	2	2	2	*	12	*	9	8
N	707	739	289	*	220	*	525	1.030
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige. Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige. ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	1	2
Agrarberufe	0	1	0	*	*	*	1	1
Einfach. manuelle Berufe	2	4	7	*	*	*	10	4
Qualifizierte. manuelle Berufe	3	5	5	*	*	*	3	3
Techniker	2	3	1	*	*	*	0	1
Ingenieure	1	0	1	*	*	*	1	1
Einfache Dienste	7	16	15	*	*	*	33	21
Qualifizierte Dienste	8	10	8	*	*	*	7	9
Semiprofessionen	17	15	20	*	*	*	12	17
Professionen	3	1	2	*	*	*	1	1
Einfache kaufmännische Verwaltungsberufe	8	17	18	*	*	*	19	13
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	45	24	20	*	*	*	10	23
Manager	3	2	1	*	*	*	0	2
N	652	628	241	*	*	*	233	489
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	66	59	52	*	*	*	39	48
Teilzeit	34	41	48	*	*	*	61	52
N	652	628	241	*	*	*	233	487
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	89	85	84	*	*	*	55	62
Beschäftigte in Altersteilzeit	2	2	5	*	*	*	2	6
Praktikanten	0	0	0	*	*	*	0	0
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	9	13	11	*	*	*	39	30
Mit Haushaltsscheckverfahren gemeldete geringfügig entlohnte Beschäftigte	0	0	0	*	*	*	5	1
N	652	628	241	*	*	*	233	489

Tabelle A 67: Verbleib nach Ende der Rehabilitation; Jahr der Anerkennung 2007; Gesamt und nach Geschlecht; nach Art der Behinderung: Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates; Wiedereingliederung¹¹⁶

Gesamt	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits-/Ausb.verhältnisse	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhältnis	Einmündung in bef. Arbeitsverhältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankheit	Rente	Rücknahme Reha-Antr./Fehlende Mitw./Integrauss.	Sonstige Gründe
Zellen - %	21	26	7	3	3	-	16	22
N	1.197	1.486	399	165	193	-	911	1.243
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	94	91	87	-	16	-	50	59
Maßnahmen	0	0	0	-	2	-	1	1
ALG	2	3	4	-	7	-	2	5
ALG II	2	5	5	-	69	-	40	28
Sonstige	1	1	4	-	6	-	7	7
N	1.075	1.352	365	-	129	-	701	883
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche				*	*	*		
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	1	1
Agrarberufe	0	2	1	*	*	*	5	2
Einfach. manuelle Berufe	8	13	15	*	*	*	20	10
Qualifizierte. manuelle Berufe	10	14	8	*	*	*	12	8
Techniker	4	5	5	*	*	*	2	4
Ingenieure	4	1	2	*	*	*	2	2
Einfache Dienste	9	23	19	*	*	*	25	19
Qualifizierte Dienste	3	4	4	*	*	*	4	5
Semiprofessionen	9	6	10	*	*	*	7	10
Professionen	2	0	2	*	*	*	0	2
Einfache kaufmännische	6	9	11	*	*	*	14	8
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	41	20	21	*	*	*	8	27
Manager	3	1	1	*	*	*	1	3
N	1.015	1.224	318	*	*	*	349	524
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	81	79	75	*	*	*	61	66
Teilzeit	19	21	25	*	*	*	39	34
N	1.015	1.223	318	*	*	*	349	523
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	90	90	87	*	*	*	69	75
Praktikanten	3	1	5	*	*	*	2	5
Werkstudenten	0	0	1	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	7	9	7	*	*	*	28	19
	0	0	0	*	*	*	1	1
N	1.015	1.224	318	*	*	*	349	524
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	94	86	83	-	16	-	55	62
Maßnahmen	0	1	0	-	3	-	0	1
ALG	3	5	7	-	9	-	3	4
ALG II	2	6	6	-	64	-	37	27
Sonstige	1	1	3	-	8	-	5	6
N	1.019	1.016	286	-	110	-	589	844
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche				*	*	*		
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	2	2
Agrarberufe	0	1	1	*	*	*	2	1
Einfache manuelle Berufe	8	15	19	*	*	*	19	10
Qualifizierte manuelle Berufe	10	15	9	*	*	*	14	8
Techniker	4	3	3	*	*	*	1	4
Ingenieure	4	1	1	*	*	*	2	2
Einfache Dienste	9	28	23	*	*	*	31	20
Qualifizierte Dienste	4	4	5	*	*	*	5	4
Semiprofessionen	9	7	9	*	*	*	6	10
Professionen	2	1	2	*	*	*	1	1
Einfache kaufmännische	6	8	11	*	*	*	12	9
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	40	15	16	*	*	*	5	26
Manager	3	1	1	*	*	*	1	2
N	961	872	237	*	*	*	325	522
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	80	77	72	*	*	*	60	65
Teilzeit	20	23	28	*	*	*	40	35
N	961	871	237	*	*	*	325	521
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	91	88	86	*	*	*	71	72
Praktikanten	2	1	5	*	*	*	2	5
Werkstudenten	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	7	11	9	*	*	*	26	21
	0	0	0	*	*	*	2	1
N	961	872	237	*	*	*	325	522

¹¹⁶ Fälle unter 100 hier und im Folgenden anonymisiert

Männer	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits-/Ausb.verhältnis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhältnis	Einmündung in befr. Arbeitsverhältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankheit	Rente	Rücknahme Reha-Antr./Fehlende Mitw./Integrauss.	Sonstige Gründe
Zeilen - %	19	31	7	4	3	*	18	18
N	642	1.035	253	122	108	*	607	596
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	93	89	86	*	*	*	48	60
Maßnahmen	0	0	0	*	*	*	1	1
ALG	2	3	3	*	*	*	2	6
ALG II	3	6	6	*	*	*	40	26
Sonstige	1	1	4	*	*	*	8	7
N	584	953	235	*	*	*	477	416
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige Status z.B. Behinderte	*	*	*	*	*	*	*	*
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	2	*	*	*	1	2
Agrarberufe	1	2	2	*	*	*	6	2
Einfach. manuelle Berufe	13	17	22	*	*	*	27	18
Qualifizierte. manuelle Berufe	18	18	11	*	*	*	17	14
Techniker	5	7	6	*	*	*	3	6
Ingenieure	6	1	1	*	*	*	2	3
Einfache Dienste	11	26	22	*	*	*	25	20
Qualifizierte Dienste	1	2	1	*	*	*	4	1
Semiprofessionen	4	2	6	*	*	*	2	3
Professionen	3	0	0	*	*	*	0	2
Einfache kaufmännische	6	7	8	*	*	*	7	6
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	30	16	16	*	*	*	7	21
Manager	3	1	1	*	*	*	0	2
N	545	850	202	*	*	*	230	249
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	89	87	82	*	*	*	73	78
Teilzeit	11	13	18	*	*	*	27	22
N	545	849	202	*	*	*	230	249
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	4	1	4	*	*	*	2	5
Praktikanten	0	0	1	*	*	*	0	0
Werkstudent	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	5	7	5	*	*	*	23	17
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	545	850	202	*	*	*	230	249
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	93	85	83	*	*	*	54	62
Maßnahmen	0	1	1	*	*	*	0	1
ALG	2	6	6	*	*	*	3	4
ALG II	3	7	7	*	*	*	38	27
Sonstige	1	2	4	*	*	*	5	6
N	552	721	181	*	*	*	401	404
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	1	1	1	*	*	*	2	2
Agrarberufe	0	1	1	*	*	*	3	2
Einfache manuelle Berufe	13	19	25	*	*	*	25	18
Qualifizierte manuelle Berufe	18	19	13	*	*	*	19	15
Techniker	5	4	3	*	*	*	1	7
Ingenieure	6	1	1	*	*	*	2	3
Einfache Dienste	11	33	28	*	*	*	31	21
Qualifizierte Dienste	1	2	3	*	*	*	4	1
Semiprofessionen	4	2	4	*	*	*	2	3
Professionen	3	0	1	*	*	*	0	1
Einfache kaufmännische	5	6	8	*	*	*	8	6
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	30	12	12	*	*	*	2	20
Manager	4	0	1	*	*	*	0	2
N	515	614	151	*	*	*	215	251
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	90	86	81	*	*	*	69	76
Teilzeit	10	14	19	*	*	*	31	24
N	515	613	151	*	*	*	215	251
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	3	1	4	*	*	*	2	6
Praktikanten	0	0	0	*	*	*	0	0
Werkstudenten	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	6	9	7	*	*	*	24	17
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	0	0	0	*	*	*	0	0
N	515	614	151	*	*	*	215	251

Frauen	Endegrund							
	Beibehaltung Arbeits-/Ausb.verhältnis	Einmündung in unbefr. Arbeitsverhältnis	Einmündung in befr. Arbeitsverhältnis	Aufnahme einer selbstst. Tätigkeit	Medizinische Reha/Krankheit	Rente	Rücknahme Reha-Antr./Fehlende Mitw./Integrauss.	Sonstige Gründe
Zeilen - %	25	20	6	*	*	*	14	29
N	555	451	146	*	*	*	304	647
Status 6 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	96	94	89	*	*	*	53	59
Maßnahmen	0	1	0	*	*	*	1	1
ALG	2	3	6	*	*	*	3	3
ALG II	1	2	2	*	*	*	38	31
Sonstige	1	1	2	*	*	*	5	6
N	491	399	130	+	*	*	224	467
Bei Beschäftigung 6 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstige Status z.B. Behinderte	0	0	0	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	0	1	0	*	*	*	0	1
Agrarberufe	0	2	0	*	*	*	3	1
Einfach. manuelle Berufe	3	5	3	*	*	*	8	4
Qualifizierte. manuelle Berufe	2	4	3	*	*	*	4	2
Techniker	3	2	3	*	*	*	0	1
Ingenieure	1	1	3	*	*	*	2	1
Einfache Dienste	7	15	15	*	*	*	25	17
Qualifizierte Dienste	6	10	9	*	*	*	5	8
Semiprofessionen	14	15	16	*	*	*	16	16
Professionen	2	1	3	*	*	*	1	2
Einfache kaufmännische	6	15	15	*	*	*	26	11
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	53	28	28	*	*	*	10	33
Manager	2	2	2	*	*	*	1	3
N	470	374	116	*	*	*	119	275
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	71	61	61	*	*	*	39	55
Teilzeit	29	39	39	*	*	*	61	45
N	470	374	116	*	*	*	119	274
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	90	85	84	*	*	*	57	72
Praktikanten	1	0	5	*	*	*	2	4
Werkstudenten	0	0	1	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	0	0	0	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	8	14	10	*	*	*	39	21
N	0	0	0	*	*	*	3	1
N	470	374	116	*	*	*	119	275
Status 12 Monate nach Reha-Ende								
Beschäftigung	96	87	82	*	*	*	59	62
Maßnahmen	0	3	0	*	*	*	0	0
ALG	3	4	10	*	*	*	3	4
ALG II	0	4	5	*	*	*	34	28
Sonstige	1	1	3	*	*	*	5	6
N	467	295	105	*	*	*	188	440
Bei Beschäftigung 12 Monate nach Reha								
Branche								
Sonstiger Status z.B. Behinderte	0	0	*	*	*	*	0	0
Sonstige ohne Angabe z.B. Praktikanten	0	1	*	*	*	*	0	1
Agrarberufe	0	1	*	*	*	*	1	0
Einfache manuelle Berufe	2	5	*	*	*	*	9	3
Qualifizierte manuelle Berufe	1	5	*	*	*	*	4	2
Techniker	3	2	*	*	*	*	0	1
Ingenieure	2	1	*	*	*	*	2	1
Einfache Dienste	7	17	*	*	*	*	30	19
Qualifizierte Dienste	6	9	*	*	*	*	6	8
Semiprofessionen	15	19	*	*	*	*	14	17
Professionen	2	1	*	*	*	*	2	1
Einfache kaufmännische	7	14	*	*	*	*	21	12
Verwaltungsberufe								
Qualifizierte kaufmännische u. Verwaltungsberufe	52	24	*	*	*	*	11	32
Manager	2	2	*	*	*	*	1	3
N	446	258	*	*	*	*	110	271
Art der Beschäftigung								
Vollzeit	69	56	*	*	*	*	44	54
Teilzeit	31	44	*	*	*	*	56	46
N	446	258	*	*	*	*	110	270
sozialversicherungspflichtig								
Auszubildende	90	84	*	*	*	*	65	69
Praktikanten	1	1	*	*	*	*	1	4
Werkstudenten	0	0	*	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt	0	0	*	*	*	*	0	0
geringfügig entlohnt mit Haushaltsscheckverfahren	8	15	*	*	*	*	30	25
N	0	0	*	*	*	*	5	1
N	446	258	*	*	*	*	110	271

Tabelle A 68: Zuordnung der Einzelmaßnahmen zu Kategorien¹¹⁷

Name der Einzelmaßnahme	Kategorien	
	I	II
ABM Gf Bau-, Industrie- und Freizeitgeländeerschließung sowie Hochbau	0	10
ABM Gf Soziale Dienste	0	10
ABM Gf Sonstige	0	10
ABM vF (ABM verstärkte Förderung) Landwirtschaft/Garten-/Landschaftsgartenbau	0	10
ABM vF Forstwirtschaft	0	10
ABM vF Verkehrswesen	0	10
ABM vF Bau-, Industrie- und Freizeitgeländeerschließung sowie Hochbau	0	10
ABM vF Büro und Verwaltung	0	10
ABM vF Soziale Dienste	0	10
ABM vF Sonstige	0	10
ABM vF Naturkatastrophen	0	10
AGH (Arbeitsgelegenheiten) Entgeltvariante	0	10
AGH Mehraufwandsvariante	0	10
AGH Mehraufwandsvariante mit Qualifizierung (ab 2006)	0	10
AGH Mehraufwandsvariante ohne Qualifizierung (ab 2006)	0	10
EGZ für Arbeitnehmer mit Vermittlungshemmnissen §218(1) SGB III	0	20
EGZ für behinderte Menschen §218(2) SGB III	0	20
EGZ für nichtbehinderte Arbeitnehmer über 50 Jahre §421f SGB III	0	20
EGZ für behinderte Arbeitnehmer über 50 Jahre	0	20
EGZ für jüngere Arbeitnehmer § 421p SGB III	0	20
EZN Eingliederungszuschuss bei Neugründung	0	20
EZV (Einstellungszuschuss bei Vertretung) allgemein	0	20
EZV Entleiherzuschuss	0	20
AEZ (Arbeitsentgeltzuschuss bei der beruflichen Weiterb. Beschäftigter) nach §235c SGB III	0	20
EXGZ Existenzgründungszuschuss	0	20
QZ Qualifizierungszuschuss für jüngere Arbeitnehmer	0	20
BEZ (Beschäftigungszuschuss) Gesundheit und Pflege	0	20
BEZ Kinderbetreuung und Jugendhilfe	0	20
BEZ Beratungsdienste	0	20
BEZ Umweltschutz	0	20
BEZ Infrastrukturverbesserung	0	20
BEZ Erziehung und Bildung	0	20
BEZ Tätigkeiten außerhalb öffentlich geförderter Beschäftigung	0	20
FF Existenzgründungshilfe	0	20
ESG bei abhängiger sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit	0	20
ESG bei selbständiger Erwerbstätigkeit	0	20
Übergangshilfen § 241 (3) SGB III - Einzel	0	20
Übergangshilfen § 241 (3) SGB III - Gruppe	0	20
Aktivierungshilfen § 241 Abs. 3a SGB III	0	20

¹¹⁷ Die Nummerierung in Spalte I bezieht sich auf die hochaggregierte, gesetzliche Unterscheidung: 0 = allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, 1 = allgemeine Leistungen zur Teilhabe, 2 = rehaspezifische Maßnahmen, 3 = Benachteiligtenförderung (nur für Ersteingliederung relevant), 4 = Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung.

In Spalte II bezeichnen die Nummern folgende differenziertere Maßnahmengruppen: 10 = ABM/AGH, 20 = allgemeine arbeitsmarktpolitische beschäftigungsschaffende Zuschüsse, 21 = beschäftigungsschaffende Zuschüsse LTA, 32 = Ausbildung rehaspezifisch, 41 = Weiterbildung allgemein, 42 = Weiterbildung rehaspezifisch, 51 = TM/MAG/MAT, 61 = BvB allgemein, 62 = BvB rehaspezifisch, 70 = sonstige allgemeine arbeitsmarktpolitische Vorbereitungsmaßnahmen, 71 = sonstige vorbereitende LTA, 72 = sonstige Vorbereitungsmaßnahmen rehaspezifisch, 82 = Integrationsfachdienst (IFD) rehaspezifisch, 92 = Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) rehaspezifisch, 100 = allgemeine arbeitsmarktpolitische kurzfristige Zuschüsse, 101 = kurzfristige Zuschüsse LTA, 102 = kurzfristige Zuschüsse rehaspezifisch, 113 = BNF Berufsausbildung, 123 = BNF begleitende Hilfen, 134 = Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung, 140 = Sonstige allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen

Name der Einzelmaßnahme	Kategorien	
	I	II
Ausbildungsbonus	0	20
BB Probebeschäftigung §238 SGB III - EGZ	0	20
irM PB Probebeschäftigung § 238 SGB III aus coSachNT	0	20
BB EQJ-Handwerk - Sonderprogramm Einstiegsqualifizierung Jugendlicher	0	70
BB EQJ-Industrie - Sonderprogramm Einstiegsqualifizierung Jugendlicher	0	70
BB EQJ-Sonstige - Sonderprogramm Einstiegsqualifizierung Jugendlicher	0	70
BB Einstiegsqualifizierung in Industrie und Handel	0	70
BB Einstiegsqualifizierung im Handwerk	0	70
BB Einstiegsqualifizierung in den Freien Berufen	0	70
BB Einstiegsqualifizierung bei öffentlichen Arbeitgebern	0	70
BB Einstiegsqualifizierung in sonstigem Bereich	0	70
ESF ED Deutschsprachlehrgang/Sprachkompetenz	0	70
ESF EC Coaching	0	70
BB Eignungsfeststellung §49(1) SGB III - Beratung §33 bis §34 SGB III	0	70
BB Berufsorientierung §33 SGB III - Beratung §33 bis §34 SGB III	0	70
Berufsorientierung § 33 S. 3-5 SGB III	0	70
Berufsorientierung § 33 Satz 3 - 5 i.V.m. § 421q SGB III	0	70
BerEB	0	70
FF Förderungen der Teilnahme an einer Maßnahme zur sozialen Stabilisierung	0	70
FF Förderung der regionalen Mobilität	0	140
BB Zuschuss Arbeitshilfen nach §237 SGB III	0	140
PSA (Personalserviceagenturen) ohne berufsfachliche Spezialisierung	0	140
PSA vorrangig Technische Berufe (Doku-Systematik B60 - B63)	0	140
PSA für Pflanzenbauer,Tierzüchter,../Fertigungs/techn. Berufe/Dienstleistungsb.	0	140
EM (Beauftragung von Trägern mit Eingliederungsmaßnahmen)	0	140
EM Eingliederungsmaßnahme Integrationsfortschritt (§421i)	0	140
FF betriebliche Eingliederung	0	140
FF berufliche Ausbildung	0	140
FF unterstützende Einzelfallhilfen mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung	0	140
FF Förderung der Teilnahme an einem Beschäftigungs- Qualifizierungs- bzw. Betreuungsprojekt	0	140
FF SGB II Maßnahme b. Träger Vergabeverfahren	0	140
FF SGB II Projektförderung	0	140
FF SGB II Maßnahme im Einzelfall	0	140
Unbekannte Bildungs- oder Trainingsmaßnahme	0	140
ESF EQT Qualifizierung während Transfer-Kug	0	140
ESF EQK Qualifizierung während Kug/Saison-Kug	0	140
sAMP Wettbewerb Gute Arbeit für Alleinerziehende	0	140
§37 (Beauftragung Dritter) 01 Beauftragung mit der gesamten Vermittlung	0	140
§37 02 Beauftragung mit Teilaufgaben der Vermittlung	0	140
§37 04 Beauftragung mit ganzheitlicher Integration n. §37 i.V.m. §48 SGBIII	0	140
fL (flankierende Leistungen nach SGB II) Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder	0	140
fL Häusliche Pflege von Angehörigen	0	140
fL Schuldnerberatung	0	140
fL Psychosoziale Betreuung	0	140
fL Suchtberatung	0	140
SWL (sonstige weitere Leistungen nach SGB II) betriebliche Eingliederung	0	140
SWL berufliche Ausbildung	0	140
SWL Existenzgründungshilfe	0	140
SWL unterstützende Einzelfallhilfe	0	140
SWL Erwerb von beruflichen Kenntnissen und Fertigkeiten	0	140
SWL Förderung der regionalen Mobilität	0	140
SWL zusätzlicher betreuerischer Aufwand bei Teilnahme an Maßnahmen	0	140
SWL Vermittlung in Saisonbeschäftigung	0	140
BB Sonstige Einrichtung (Teilvermittlung) - Vermittlung durch Dritte §37 SGB III	0	140
BB Sonstige Einrichtung (Komplettvermittlung) - Vermittlung durch Dritte §37 SGB III	0	140
ÜG Überbrückungsgeld	1	21
GZ Gründungszuschuss	1	21
FbW Nachholen Abschlussprüfung	1	41
FbW berufsbez.-übergr. WBild.	1	41
FbW Gruppenmaßnahme mit Abschluss in anerkannten Ausbildungsberuf	1	41

Name der Einzelmaßnahme	Kategorien	
	I	II
FbW betriebliche Einzelmaßnahme mit Abschluss in anerkanntem Ausbildungsberuf	1	41
FbW berufl. Aufstiegsweiterbildung	1	41
FbW sonst. Übungseinrichtung	1	41
FbW Übungsfirma	1	41
FbW TZ-Bildungsmaßnahme mit ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahme)	1	41
FbW Wbild. mit zertifizierter Teilqualifikation	1	41
FbW Übungswerkstatt	1	41
ESF BW berufsbez.-übergr. WBild. 2	1	41
ESF BW Gruppenmaßnahme mit Abschluss in anerkannten Ausbildungsberuf	1	41
ESF BE betriebliche Einzelmaßnahme mit Abschluss in anerkanntem Ausbildungsberuf	1	41
FbW berufliche Weiterbildung mit Abschluss	1	41
FbW sonstige berufliche Weiterbildung	1	41
TM Auftragsmaßnahme als Maßnahmekombination	1	51
TM Auftragsmaßnahme als Eignungsfeststellung	1	51
TM Auftragsmaßnahme als Vermittlung von Kenntnissen	1	51
TM Auftragsmaßnahme Überprüfung der Verfügbarkeit	1	51
TM Auftragsmaßnahme Bewerbungstraining	1	51
TM Auftragsmaßnahme Existenzgründung	1	51
TM Freie Maßnahme als Maßnahmekombination	1	51
TM Freie Maßnahme als Eignungsfeststellung	1	51
TM Freie Maßnahme als Vermittlung von Kenntnissen	1	51
TM Freie Maßnahme als Bewerbungstraining	1	51
TM Freie Maßnahme als Existenzgründung	1	51
TM Betriebliche Maßnahmekombination	1	51
TM Betriebliche Maßnahme der Eignungsfeststellung	1	51
TM Betriebliche Maßnahme als Vermittlung von Kenntnissen	1	51
TM Betriebliche Maßnahme als Überprüfung der Verfügbarkeit	1	51
ESF TM (Trainingsmaßnahme) Maßnahmekombination	1	51
ESF TM Maßnahmen der Eignungsfeststellung	1	51
ESF TM Unbekannt	1	51
TM zur Eignungsfeststellung	1	51
TM Vermittlung von Kenntnissen	1	51
TM Maßnahmekombination	1	51
TM Überprüfung der Verfügbarkeit	1	51
TM Bewerbungstraining	1	51
TM Existenzgründung	1	51
MAG Maßnahmen bei einem Arbeitgeber	1	51
MAT HAA Module Bewerbung/B Akad/O&A	1	51
MAT HAA Bewerbercenter	1	51
MAT HAA indiv. Maßnahme- SGB III ohne Zuw.korridor	1	51
MAT HAA indiv. Maßnahme- SGB III mit Zuw.korridor	1	51
MAT HAA indiv. Maßnahme- SGB II mit Zuw.korridor	1	51
MAT HAA indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT FVB Feststell., Trainings-, Erprobungscenter	1	51
MAT FVB Eignungsfeststell., Kenntnisvermittl. (modular)	1	51
MAT FVB Einzelmaßnahme bei Träger	1	51
MAT FVB indiv. Maßnahme- SGB III ohne Zuw.korridor	1	51
MAT FVB indiv. Maßnahme- SGB II mit Zuw.korridor	1	51
MAT FVB indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT VSB Vermittlung in betriebl. Ausbildung	1	51
MAT VSB Intensivbetr. m. Anwesenheitspfl.-SGBIII	1	51
MAT VSB indiv. Maßnahme- SGB III ohne Zuw.korridor	1	51
MAT VSB indiv. Maßnahme- SGB III mit Zuw.korridor	1	51
MAT VSB indiv. Maßnahme- SGB II mit Zuw.korridor	1	51
MAT VSB indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT HST Module für Existenzgründer	1	51
MAT HST indiv. Maßnahme- SGB III ohne Zuw.korridor	1	51
MAT HST indiv. Maßnahme- SGB II mit Zuw.korridor	1	51
MAT HST indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT MK GANZIL-SGB III	1	51

Name der Einzelmaßnahme	Kategorien	
	I	II
MAT MK GANZIL-Übertritt SGB III/SGB II	1	51
MAT MK GANZIL-Job to Job-SGB III	1	51
MAT MK GANZIL-Neukundenaktivierung-SGB II	1	51
MAT MK Maßnahmekombination-alles-SGB II	1	51
MAT VSB indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT HST Module für Existenzgründer	1	51
MAT HST indiv. Maßnahme- SGB III ohne Zuw.korridor	1	51
MAT HST indiv. Maßnahme- SGB II mit Zuw.korridor	1	51
MAT HST indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT MK GANZIL-Übertritt SGB III/SGB II	1	51
MAT MK GANZIL-Job to Job-SGB III	1	51
MAT MK GANZIL-Neukundenaktivierung-SGB II	1	51
MAT MK Maßnahmekombination-alles-SGB II	1	51
MAT MK Aktivcenter-SGB II	1	51
MAT MK indiv. Maßnahme- SGB III ohne Zuw.korridor	1	51
MAT MK indiv. Maßnahme- SGB III mit Zuw.korridor	1	51
MAT MK indiv. Maßnahme- SGB II mit Zuw.korridor	1	51
MAT MK indiv. Maßnahme- SGB II ohne Zuw.korridor	1	51
MAT MK GANZIL-SGB III	1	51
MAG AfJ Aktivierungshilfen für Jüngere	1	51
BB BvB (Ber.vorb. Bild.maßn.) und ABM - Ber.vorb. Bildungsmaßnahmen (ohne bes. Reha-Maßn.)	1	61
BB Ber.vorb. Bildungsmaßn. (allgemein) - Ber.vorb. Bildungsmaßnahmen (ohne bes. Reha-Maßn.)	1	61
BB AQJ nach §61 Abs.4 SGB III - Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (ohne bes. Reha-Maßn.)	1	61
BvB - allg. §61 SGB III	1	61
BvB Nachholen des Hauptschulabschlusses §61(2) SGBIII	1	61
BB (Ber.vorb. Bildungsmaßn.) Bewerbungskosten - UBV (Unterstützung der Beratung und Vermittlung) Ver-	1	101
BB Zuschuss Reisekosten - UBV	1	101
BB Zuschuss Ausrüstungsbeihilfen - MOBI	1	101
BB Zuschuss Fahrkostenbeihilfe - MOBI	1	101
BB Zuschuss Trennungskostenbeihilfe - MOBI	1	101
BB Zuschuss Reisekostenbeihilfe - MOBI	1	101
BB Zuschuss Umzugskostenbeihilfe - MOBI	1	101
AuW (Aus- und Weiterbildung) Betriebl. Ber.ausb. mit Reha-Förderung §102(1)Nr.1b SGB III - EG	2	32
AuW Ausbildung (nicht in BüE) - Sonstige Rehamaßnahmen	2	32
AuW Ausbildung nach § 48 BBiG / § 42 HwO - Sonstige Rehamaßnahmen	2	32
AuW Fachhochschul- / Hochschulausbildung - Weitere	2	32
AuW Berufsausbildung mit Reha-Förderung §102(1) Nr. 1b SGBIII - kooperative Form	2	32
AuW Berufsausbildung mit Reha-Förderung §102(1) Nr. 1b SGBIII - integrative Form	2	32
AuW Reha Ausbildung (integrativ, preisverhandelt)	2	32
AuW Reha Ausbildung (kooperativ, preisverhandelt)	2	32
AuW Reha Ausbildung (integrativ, Vergabe)	2	32
AuW Reha Ausbildung (kooperativ, Vergabe)	2	32
AuW Schulische Ausbildung	2	32
AuW Schulische Ausbildung (Reha) - Sonstige Rehamaßnahmen	2	32
AuW Weiterbildung ohne Abschluss (preisverhandelt)	2	42
AuW Weiterbildung ohne Abschluss (Vergabe)	2	42
AuW Weiterbildungsmaßnahme mit Schulungsziel - Sonstige Rehamaßnahmen	2	42
AuW Weiterbildungsmaßnahme ohne Schulungsziel - Sonstige Rehamaßnahmen	2	42
AuW Weiterbildung mit Abschluss (preisverhandelt)	2	42
AuW Weiterbildung mit Abschluss (Vergabe)	2	42
AuW Reha Unterstützte Beschäftigung - individuelle betriebliche Qualifizierung	2	42
AuW Berufliche Reintegration psychisch Kranker	2	42
BB Fernunterrichtsmaßnahme - Sonstige Rehamaßnahmen aus CoSachBB	2	42
irM Fernunterrichtsmaßnahme_preisverhandelt aus CoSachNT	2	42
irM Fernunterrichtsmaßnahme_Vergabe aus CoSachNT	2	42
BB Förderlehrgang F1 - rehaspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	2	62
BB Förderlehrgang F2 - rehaspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	2	62
BvB Berufsvorb. Bildungsmaßn. (rehaspezifisch) - rehaspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßn.	2	62
AuW Arbeitserprobung A - rehaspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	2	62
BB Blindentechnische und vergleichbare spezielle Grundausb. B - rehaspez. berufsvorb. Bildungsmaßn.	2	62

Name der Einzelmaßnahme	Kategorien	
	I	II
BvB (rehaspezifisch-Vergabe) §102(1) Nr.1b, § 61 SGB III	2	62
BvB (rehaspezifisch-Preisverhandelt) §102(1) Nr.1a, § 61 SGB III	2	62
AuW Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL) - Sonstige Rehamaßnahmen	2	72
AuW Vorbereitungsmaßnahme für Weiterbildung - Sonstige Rehamaßnahmen	2	72
AuW Eignungsabklärung §33(4) SGB IX - rehaspezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	2	72
AuW Reha Vorbereitungslehrgang (preisverhandelt)	2	72
AuW Eignungsabklärung/Berufsfindung (preisverhandelt)	2	72
AuW Weiterbildungsvorbereitungsmaßnahme (preisverhandelt)	2	72
AuW Reha Vorbereitungslehrgang (Vergabe)	2	72
AuW Eignungsabklärung/Berufsfindung (Vergabe)	2	72
AuW Weiterbildungsvorbereitungsmaßnahme (Vergabe)	2	72
AuW Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen	2	72
BB Trainingsmaßnahme - Sonstige Rehamaßnahmen	2	72
irM behinderungsbedingt erforderliche Grundausbildung_preisverhandelt aus CoSachNT	2	72
irM behinderungsbedingt erforderliche Grundausbildung_Vergabe aus CoSachNT	2	72
BB Integrationsfachdienst aus coSachBB	2	82
irM Integrationsfachdienst-Reha aus coSachNT	2	82
BB Eingangsverf. u. Arbeitstrainingsb. in d. Werkst. f. Beh. T - rehaspez. berufsvorb. Bildungsmaßn.	2	92
irM Eingangsverf. u. Berufsbildungsbereich Werkstatt für behinderte Menschen	2	92
BB Zuschuss Übergangshilfe - MOBI	2	102
BB Zuschuss Kraftfahrzeughilfe (Darlehen)	2	102
BB Zuschuss Hilfsmittel	2	102
BB Zuschuss Technische Arbeitshilfen	2	102
BB Zuschuss sonstige Hilfen (Darlehen)	2	102
BB Zuschuss Arbeitsassistentz (Erstattung an die Integrationsämter)	2	102
BB Zuschuss Kraftfahrzeughilfe	2	102
BB Zuschuss Wohnkosten	2	102
BB Zuschuss sonstige Hilfen	2	102
BB BüE (Berufsausbildung in überbetrieblichen Einrichtungen) überbetrieblich - Benachteiligtenförderung	3	113
BNF Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen - integrativ - Benachteiligtenförderung	3	113
BNF Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen - kooperativ - Benachteiligtenförderung	3	113
BNF Berufsausb. in außerbetrieblichen Einrichtungen §241 Abs. 2 SGB III - integrativ	3	113
BNF Berufsausb. in außerbetrieblichen Einrichtungen §241 Abs. 2 SGB III	3	113
isM Aktivierungshilfen n. § 241 Abs. 3a SGB III - Benachteiligtenförderung	3	123
BNF (Benachteiligtenförderung) Sozialpädagogische Betreuung nach § 421m SGB III	3	123
BB Übergangshilfen (nach Abschluß einer Ausb. mit BüE,abH,Reha-Maßn.) - Benachteiligtenförderung	3	123
BB abH (ausbildungsbegleitende Hilfen) - Benachteiligtenförderung	3	123
BNF Soz. Päd. Begl. Und Ausb. Mgm. § 241a SGB III	3	123
BNF ausb. Begl. Hilfen gem. § 241 Abs. 1	3	123
BB EGZ-SB § 219 SGB III (unbefristete Arbeitsverhältnisse) - EGZ	4	134
BB EGZ-SB § 219 SGB III (befristete Arbeitsverhältnisse) - EGZ	4	134
BB AZ-SB §235a (1) SGB III - EGZ	4	134
BB EGZ im Anschluß §235a(3) SGB III (unbefristete Arbeitsverh.) - EGZ	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte - für bes. betr. schwerbehinderte Menschen	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte - für bes. betr. schwerbehinderte Menschen	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte - für bes. betr. schwerbehinderte Menschen	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte - für AN über 50 Jahre §421f SGB III	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte - für AN über 55 Jahre §421f SGB III	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte - Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung Schwerbeh.	4	134
BEH Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte i. Anschluss an Aus- oder Weiterbild. Schwerbehind.	4	134
BEH Ausbildungszuschüsse für Schwerbehinderte	4	134

Literaturverzeichnis:

Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System (2009). Coordination and Integration – Health Care in an Aging Society. Bonn: Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System.

Baethge-Kinsky, V. et al. (2007). Fallbearbeitung nach SGB II - Beobachtungen aus dem Inneren der 'black box' (Processing case studies according to SGB II (Social Security Code II) - observations from inside the 'black box'), WSI Mitteilungen Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung Jg. 60 (H. 2): S. 70-77.

Bartelheimer, P. (2004). Teilhabe, Gefährdung und Ausgrenzung als Leitbegriffe der Sozialberichterstattung, Mitteilungen. Soziologisches Forschungsinstitut, Göttingen (32): S. 47-62.

Bernhard, S. et al. (2008). Aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und ihre Wirkung. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg: IAB.

Biewen, M. et al. (2007). Which program for whom? : evidence on the comparative effectiveness of public sponsored training programs in Germany (Welches Programm für wen? : Erkenntnisse über die Effizienz öffentlich geförderter Trainingsmaßnahmen in Deutschland). Bonn:

Biewen, M., Fitzenberger, B. Osikominu, A. Völter, R., Waller, M. (2006). Beschäftigungseffekte ausgewählter Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme, Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung, 39 365-390.

Bleidick, U. (1999). Behinderung als pädagogische Aufgabe : Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart: Kohlhammer.

Blossfeld, H.-P. (1985). Bildungsexpansion und Berufschancen. Empirische Analysen zur Lage der Berufsanfänger in der Bundesrepublik. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Boockmann, B. et al. (2009). Intensifying the Use of Benefit Sanctions: An Effective Tool to Shorten Welfare Receipt and Speed Up Transitions to Employment?, IZA Discussion Paper No. 4580

Bude, H. (2008). Die Arbeitslosigkeitsforschung und der Begriff der sozialen Exklusion, Mittelweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung 17 (2): 8-10.

Bundesagentur für Arbeit (2006). Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben. <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Beruf-Qualifizierung/Publikation/HEGA-08-2006-AI-05-Anlage2.pdf>.

Bundesagentur für Arbeit (2008). HEGA vom 20.12.2008. Vermittlungsunterstützende Leistungen. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung gemäß §46 SGB III hier: Maßnahmen bei einem Arbeitgeber (MAG) §46 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB III. <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A04-Vermittlung/A042-Vermittlung/Publikation/pdf/GA-MAG.pdf>. (29.04.2011)

Bundesagentur für Arbeit (2009). HEGA 01/09-04-Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung. http://www.arbeitsagentur.de/nn_165870/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Beruf-Qualifizierung/Dokument/HEGA-01-2009-VA-Unterstuetzte-Beschaeftigung.html (04.04.2011)

Bundesagentur für Arbeit (2010). Merkblatt 12. Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/Veroeffentlichungen/Merkblatt-Sammlung/MB-12-Foerderung-Teilhabe-Arbeitsleben-AN.pdf> (09.02.2012)

Bundesagentur für Arbeit (2011a). <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Startseite/Startseite-Nav.html>
(08.04.2011)

Bundesagentur für Arbeit (2011b). Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A04-Vermittlung/Publikation/HEGA-02-2010-Vier-Phasen-Modell-Anlage-1.pdf>. (27.04.2011)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010). Gemeinsame Empfehlung nach § 38a Abs. 6 SGB IX „Unterstützte Beschäftigung“. http://www.bar-frankfurt.de/upload/BARGeEmUnterstBesch_web_1771.pdf. (21.04.2011)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales Unterstützte Beschäftigung. Neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt für behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf. <http://www.bmas.de/portal/31556/a389unterstuetztebeschaeftigung.html>. (08.04.2011)

Bundesministerium der Justiz (2008). Bundesgesetzblatt 2008. Berlin: Bundesministerium der Justiz.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011a). Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Leistungssteigerung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente. Begründung. <http://www.lag-arbeit-hessen.net/index.php?id=440>. (29.04.2011)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011b). Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile (28.12.2011)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005). *Berufliche Qualifizierung Jugendlicher mit besonderem Förderbedarf– Benachteiligtenförderung*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Castel, R. (2000). *Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit*. Konstanz: Univ.-Verl. Konstanz

Castel, R. (2005). *Die Stärkung des Sozialen : Leben im neuen Wohlfahrtsstaat*. Hamburg: Hamburger Edition.

Dauth, W. et al. (2008). *Vergleichstypen 2008 – Neufassung der SGB III Typisierung in IAB Forschungsbericht 8/2008*. Nürnberg: IAB.

Degener, T. (1994). *Behinderte Frauen im Recht der beruflichen Rehabilitation: Rechtsgutachten zur Frage der Diskriminierung behinderter Frauen im beruflichen Rehabilitationsverhältnis* Kassel: IAB.

Dengler, K. und Hohmeyer, K. (2010). *Maßnahmesequenzen im SGB II. : Eine deskriptive Analyse*. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg: IAB.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011). *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand*. http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=25575. (05.12.2011)

Deutsche Rentenversicherung (2010). *Reha Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/89894/publicationFile/23524/rehabericht_2010.pdf (10.12.2011)

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2009). *Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation*. http://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung_2009_03_31.pdf. (31.03.2009)

Deutscher Bundestag (2010). *Kleine Anfrage - 16 Mrd. Euro Kürzung bei der Arbeitsförderung*. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/025/1702563.pdf>.

Dietrich, H. (2003). *Förderung auf hohem Niveau: Das Jugendsofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit - 1999 bis 2002* IAB-Werkstattbericht 09/2003

Dietrich, H. (2008). *Theoretische Überlegungen und empirische Befunde zu berufsvorbereitenden Bildungsangeboten der BA*. In: Münk, D. (Hrsg.). *Labyrinth Übergangssystem. Forschungserträge und Entwicklungsperspektiven der Benachteiligtenförderung zwischen Schule, Ausbildung, Arbeit und Beruf*. Bonn: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Dietrich, H. und Plicht, H. (2009). Beratungsunterlage Ausschuß II: „Übergänge von der Ausbildungsvorbereitung in Ausbildung“. Nürnberg: IAB.

Doose, S. (2006). Unterstützte Beschäftigung. Berufliche Integration auf lange Sicht. Berlin: Verlag Bundesvereinigung Lebenshilfe f. Menschen mit geistiger Behinderung.

Dornette, J. und Rauch, A. (2009). Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung Nürnberg: IAB.

Eberwein, H. (1995). Zur Kritik des sonderpädagogischen Paradigmas und des Behinderungsbegriffs, Zeitschrift für Heilpädagogik 46 (10): 468-476.

Ellger-Rüttgardt, S. et al. (2009). Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Forschungsbericht FB393. Bonn: Deutsche Akademie für Rehabilitation.

Feist, M. und Bahrke, M. (2011). www.bundeslaenderranking.de.

Fitzenberger, B. et al. (2006). Get training or wait?: long-run employment effects of training programs for the unemployed in West Germany. Bonn: IAB.

Fitzenberger, B. und Völter, R. (2007). Long-run effects of training programs for the unemployed in East Germany (Langfristige Auswirkungen von Qualifizierungsprogrammen für Arbeitslose in Ostdeutschland). Bonn: ZEW.

Fourastié, J. (1954). Die grosse Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts. Köln: Bund.

Fürstenberg, F. (1965). Randgruppen in der modernen Gesellschaft, Soziale Welt Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis 1 H. 3 S. 236-245.

Haber, L. D. und Smith, R. T. (1971). Disability and Deviance: Normative Adaptations of Role Behavior, American Sociological Review 36 (1): 87-97.

Heineck, G. et al. (2011). Typisierung regionaler Ausbildungsmärkte. IAB-Kurzbericht. Nürnberg: IAB.

Holleder, A. (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 3 411-428.

Hradil, S. und Schiener, J. (2001). Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.

Hujer, R. T., S.; Zeiss, C. (2006). *The effects of short-term training measures on the individual unemployment in Eastern Germany*, *Allgemeines Statistisches Archiv* 90 299-322.

Jaenichen, U. und Stephan, G. (2007). *The effectiveness of targeted wage subsidies for hard-to-place workers*. Nürnberg: IAB.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment : a social-psychological analysis*. Cambridge Univ. Press.

Jones, M. K. et al. (2006). *Disability, gender, and the British labour market*, *Oxford Economic Papers* 58 407-449.

Jungbauer-Gans, M. (2002). *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Kastl, J. M. (2010). *Einführung in die Soziologie der Behinderung*. Wiesbaden: VS

Klemm, K. (2009). *Sonderweg Förderschulen: Hoher Einsatz, wenig Perspektiven. Eine Studie zu den Ausgaben und zur Wirksamkeit von Förderschulen in Deutschland*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Kruppe, T. (2006). *Die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik : welche Rolle spielt die Weiterbildung (noch)?* In: Loebe, H. and Severing, E. (Hrsg.). *Weiterbildung auf dem Prüfstand : mehr Innovation und Integration durch neue Wege der Qualifizierung*. Bielefeld: Bertelsmann.

Lademann, J. und Kolip, P. (2005). *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Gesundheitsberichterstattung*. Berlin: Robert Koch Institut.

Lalive, R. et al. (2000). *The Impact of Active Labor Market Programs and Benefit Entitlement Rules on the Duration of Unemployment*. Discussion Paper Series. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit.

Lechner, M. und Wiehler, S. (2007). *Does the order and timing of active labor market programs matter?* Bonn: IZA.

Leuze, K. L.-M. W. S., Heike (2011). *The German National Educational Panel Study. A Wealth of Potential for Research in School-to-Work Transitions, Longitudinal and Life Course Studies* 2 (3): 346-355.

Lohmar, B. und Eckhardt, T. (2009). *Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa*. Bonn: KMK.

Michel, M. und Häußler-Sczepan, M. (2001). *Frauen mit Behinderung*. In: Bundesministerium für Familie, S., *Frauen und Jugend* (Hrsg.). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.

Pfaff, H. (2007a). *Behinderung und Einkommen* In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Pfaff, H. (2007b). *Lebenslagen der behinderten Menschen* In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Ergebnis des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Plicht, H. (2010). *Das neue Fachkonzept berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen der BA in der Praxis * Ergebnisse aus der Begleitforschung BvB*. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg: IAB.

Radoschewski, M. und Bellach, B.-M. (1999). *Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey : Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene, Das Gesundheitswesen ; Jg. 61, 1999, Sonderh. 2, S. 191-199*

Rowthorn, R. und Ramaswamy, R. (1999). *Growth, trade, and deindustrialization*, *International Monetary Fund Staff Papers* 46 (1): 18-41.

Roy, A. D. (1951). *Some Thoughts on The Distribution of Earnings*, *Oxford Economic Papers* 2 (3): 135-145.

Rubin, D. B. (1974). *Causal Effects To Treatments In Randomised And Nonrandomised Studies*, *Journal of Educational Psychology* 5 (66): 688-701.

Schliehe, F. (2006). *Das Klassifikationssystem der ICF : eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften*, *Die Rehabilitation* 45 (5): 258-271.

Schmid, G. et al. (2004). *Arbeitsmarktpolitik und Strukturwandel: Empirische Analysen*. Nürnberg: IAB.

Schröder, H. et al. (2009). *Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben*. Bonn: infas.

Schröder, H. und Steinwede, J. (2004). *Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen*. Nürnberg: IAB.

Schubert, M. et al. (2007). *Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II : eine qualitative Implementationsstudie*. In: Dornette, J. and Rauch, A. (Hrsg.). *Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II*. Nürnberg: IAB.

Sianesi, B. (2008). *Differential effects of active labour market programs for the unemployed*, *Labour economics* 15 (3): 370-399.

Sommer, J. et al. (2011). *Abschlussbericht Implementationsstudie 1 (internes Dokument)*.

Stanley, K. (2005). *The missing million: the challenges of employing more disabled people*. In: Roulstone, A. and Barnes, C. (Hrsg.). *Working futures? Disabled people, policy and social inclusion*. Bristol: The Policy Press.

Ucakar, K. und Gschiegl, S. (2010). *Das politische System Österreichs und die EU*

Vaskavics, L. A. (1989). *Subkulturen - ein überholtes analytisches Konzept?* Frankfurt a. M.: Campus

Welti, F. (2005). *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat : Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Willke, G. (1998). *Die Zukunft unserer Arbeit*. Hannover: Campus.

Wolff J. und Jozwiak, E. (2007). *Does short-term training activate means-tested unemployment benefit recipients in Germany?*, *IAB Discussion Paper 29/2007*

World Health Organization (2010). *International Classification of Diseases*
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Wunsch, C. und Lechner, M. (2008). *What did all the money do? : on the general ineffectiveness of recent West German labour market programmes (Was hat all das Geld bewirkt? : über die allgemeine Ineffizienz der aktuellen Arbeitsmarktprogramme in Westdeutschland)*, *Kyklos international review for social sciences* Vol. 61 (No. 1): S. 134-174.

Wuppinger, J. und Rauch, A. (2010). *Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation * Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitslosigkeitsrisiko*. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg: IAB.

Wynne, R. und McAnaney, D. (2010). *Active inclusion of young people with disabilities or health problems*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

WZB und Infas (2006). *Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission Modul 1a: Neuausrichtung der Vermittlungsprozesse*. Berlin: WZB and Infas.

ZEW et al. (2006). Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission : Arbeitspaket 1, Wirksamkeit der Instrumente ; Modul 1d, Eingliederungszuschüsse und Entgeltsicherung ; Endbericht durch den Forschungsverbund (Evaluation of the measures for implementing the Hartz Commission's proposals : Work package 1: effectiveness of the instruments, Module 1d: integration subsidies and pay protection; final report by the research network). Mannheim: ZEW, IAB, IAT.

Teil B

Implementationsstudie 1 zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

ZUSAMMENFASSENDE BERICHT

STEFAN EKERT
WILMA FRANK
PROF. DR. THOMAS GERICKE
STEPHANIE MATTHES
DR. JÖRN SOMMER

Zusammenfassender Bericht

„Implementationsstudie 1“
zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe
behinderter Menschen am Arbeitsleben

Berlin, 2. Januar 2012

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
Referat II a 1 – Grundsatzfragen der Arbeitsmarktpolitik
Wilhelmstr. 49
10117 Berlin

Auftragnehmer
INTERVAL GmbH
Habersaathstr. 58
10115 Berlin
www.interval-berlin.de

in Kooperation mit
Lehrstuhl für soziale und berufliche Rehabilitation
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Zschokkestr. 32
39104 Magdeburg

Projektleitung:
Dr. Jörn Sommer (INTERVAL)

Projektmitarbeit:
Prof. Dr. Thomas Gericke (Otto-von-Guericke-Universität)
Dipl.-Soz. Wilma Frank (INTERVAL)
M. A. Stephanie Matthes (Otto-von-Guericke-Universität)
Dipl.-Volksw. Stefan Ekert (INTERVAL)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	VII
1 Einleitung.....	1
2 Eckpunkte des Untersuchungsdesigns.....	2
2.1 Aufgabenstellung der Implementationsstudie 1	2
2.2 Überblick über das Vorgehen der Implementationsstudie 1	3
3 Institutionelle, rechtliche und lokale Rahmenbedingungen	6
3.1 Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – ein Überblick über Ziele, Strukturen und Prozesse.....	6
3.2 Organisation der Reha-Bereiche, Ergebnisse aus 15 Fallstudien	15
3.3 Ergebnisse der E-Mail-Befragungen zu Organisation und Rahmenbedingungen der Reha-Prozesse	19
4 Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	25
4.1 Untersuchungsgegenstand	25
4.2 Querauswertungen der Fallstudien	26
4.2.1 Ersteingliederung.....	26
4.2.2 Wiedereingliederung.....	28
4.2.3 Zwischenfazit aus den Fallstudien.....	32
4.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen zum Zugang.....	33
5 Anerkennung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.....	36
5.1 Untersuchungsgegenstand	36
5.2 Querauswertungen der Fallstudien	37
5.2.1 Entscheidungsgrundlage und zeitliche Gliederung.....	37
5.2.2 Kriterien der Anerkennung.....	38
5.2.3 Ablehnung von Reha-Anfragen	40
5.2.4 Zeitlicher Verlauf der Anerkennung	41
5.2.5 Anerkennung bei Fremdkostenträgern	43
5.2.6 Zwischenfazit aus den Fallstudien.....	43
5.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen zu Zugang und Anerkennung	44
6 Rolle der Fachdienste.....	47
6.1 Untersuchungsgegenstand	47
6.2 Querauswertungen der Fallstudien	49
6.2.1 Relevanz der Empfehlung der Ärztlichen und Psychologischen Gutachten...	49
6.2.2 Formen und Anzahl der Begutachtung	50
6.2.3 Probleme rund um die Begutachtung	51
6.2.4 Datenaustausch und Codierung	54
6.2.5 Zwischenfazit aus den Fallstudien.....	54
6.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen.....	55
7 Beratungskonzepte und Empowerment	57
7.1 Untersuchungsgegenstand	57
7.2 Querauswertungen der Fallstudien	62
7.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen.....	66
8 Auswahl von Maßnahmen.....	67
8.1 Untersuchungsgegenstand	67

8.2	Querauswertungen der Fallstudien	69
8.2.1	Zielsetzungen	69
8.2.2	Eignungsdiagnostik und Strategiefindung	70
8.2.3	Entscheidungsgrundlagen	71
8.2.4	Zeitlicher Verlauf und Maßnahmenketten	77
8.2.5	Akzeptanz der Maßnahmen.....	78
8.2.6	Maßnahmenauswahl für Kundinnen und Kunden des SGB II	79
8.2.7	Zwischenfazit aus den Fallstudien	80
8.3	Ergebnisse standardisierter Befragungen	81
9	Absolventenmanagement	93
9.1	Untersuchungsgegenstand	93
9.2	Querauswertungen der Fallstudien	94
9.2.1	Akteure im Absolventenmanagement.....	94
9.2.2	Verantwortlichkeiten im SGB III	94
9.2.3	Aufgabenwahrnehmung im Rechtskreis SGB II	95
9.2.4	Varianz im Rahmen des Absolventenmanagements.....	95
9.2.5	Zwischenfazit aus den Fallstudien	97
9.3	Ergebnisse standardisierter Befragungen	97
10	Zeitlicher Umfang des Reha-Prozesses.....	98
10.1	Untersuchungsgegenstand	98
10.2	Querauswertungen der Fallstudien	99
10.2.1	Einflussfaktoren auf die Dauer des Reha-Prozesses	99
10.2.2	Zwischenfazit aus den Fallstudien.....	103
10.3	Ergebnisse standardisierter Befragungen	103
11	Gender	107
11.1	Untersuchungsgegenstand	107
11.2	Querauswertungen der Fallstudien	108
11.2.1	Akzeptanz und Motivation.....	110
11.2.2	Zwischenfazit aus den Fallstudien.....	110
11.3	Ergebnisse standardisierter Befragungen	111
12	Typenbildung von Agenturen.....	113
13	Zur Frage möglicher Wirkungsanalysen	118
14	Anlagen.....	127
14.1	Ausführungen zu Methoden	127
14.2	Ergänzende Tabellen	136
14.3	Berufliche Rehabilitation aus Sicht Betroffener	153
14.4	Erhebungsinstrumente	156
14.4.1	Leitfäden in Grundsicherungsstellen	157
14.4.2	Leitfäden in Arbeitsagenturen.....	158
14.4.3	Standardisierte Befragung der Reha-Teamleitungen	160
14.4.4	Standardisierte Befragung der Reha-Beratungen	164
14.4.5	Standardisierte Befragung der Geschäftsführenden der Grundsicherungsstellen	171
14.5	Zeitlicher Ablauf der Implementationsstudie	175
14.6	Liste durchgeführter Interviews	176
14.7	Literatur	180

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Ablaufschema.....	10
Abbildung 2	Organisation in Agenturen	15
Abbildung 3	Organisation in Grundsicherungsstellen	17
Abbildung 4	Stellenwert der Rehabilitation	22
Abbildung 5	Rahmenbedingungen der Agenturen	24
Abbildung 6	Identifizierung potenzieller Reha-Fälle	34
Abbildung 7	Identifizierung potenzieller Reha-Fälle in Grundsicherungsstellen	35
Abbildung 8	Anerkennung von Reha-Bedarfen.....	45
Abbildung 9	Einbindung des Ärztlichen und Psychologischen Dienstes.....	56
Abbildung 10	Maßnahmeauswahl in Agenturen	81
Abbildung 11	Maßnahmeauswahl in Grundsicherungsstellen	82
Abbildung 12	Auswahl von Maßnahmen mit geringeren Förderwirkungen.....	86
Abbildung 13	Mittel der Agentur je anerkannter Reha-Fall	87
Abbildung 14	Einfluss finanzieller Fragen auf die Auswahl von Maßnahmen.....	89
Abbildung 15	Qualitätsmanagement der Reha-Teams	92
Abbildung 16	Gründe für Reha-Fälle ohne Maßnahmen	106
Abbildung 17	Geschlechtsspezifische Unterschiede im Reha-Prozess.....	111
Abbildung 18	Datenstruktur.....	133

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	LTA differenziert nach Erst- und Wiedereingliederung	13
Tabelle 2	Prinzipien und Kriterien der Rehabilitation	14
Tabelle 3	Zusammensetzung der Reha-Teams	19
Tabelle 4	Anerkennung eines exemplarischen Falls	46
Tabelle 5	Vergleich von Beratungskonzepten	62
Tabelle 6	Typen von Reha-Beraterinnen und -Beratern	63
Tabelle 7	Umgang mit fehlender Mitwirkung	66
Tabelle 8	Zusammenhänge zur Variable „Agenturmittel pro anerkannte Fälle“	88
Tabelle 9	Entscheidungsprämissen von Reha-Beratungsfachkräften	90
Tabelle 10	Dauer des Reha-Prozesses	104
Tabelle 11	Information der Rehabilitanden/-innen über den Maßnahmebeginn	105
Tabelle 12	Agenturtypen bzgl. finanzieller Aspekte (Typenbildung 1)	114
Tabelle 13	Agenturtypen 1 – Anerkennungs- und Maßnahmestruktur	115
Tabelle 14	Agenturtypen hinsichtlich der Struktur der Rehabilitanden/-innen (Typenbildung 2)	116

Tabellen im Anhang

Tabelle A 1	Schichtung der Stichprobe	128
Tabelle A 2	Rücklauf von mehreren Reha-Beratungsfachkräften je Agentur	132
Tabelle A 3	Rücklauf nach Art der Agenturbezirke	132
Tabelle A 4	Rücklauf der Grundsicherungsstellen.....	133
Tabelle A 5	Spezialisierung der Beratungsfachkräfte auf Eingliederungsarten	136
Tabelle A 6	Personalkapazität von Reha-Beratungsfachkräften	136
Tabelle A 7	Zusammenhang von Personalkapazität und Reha-Struktur.....	136
Tabelle A 8	Erfahrungen und Abschlüsse der Reha-Beratungsfachkräfte	137
Tabelle A 9	Zusammenhang von Stellenwert der Rehabilitation und Fokussierung auf Pflichtleistungen	137
Tabelle A 10	Stellenwert der Rehabilitation in der Grundsicherungsstelle	137
Tabelle A 11	Zusammenarbeit innerhalb der Agentur	138
Tabelle A 12	Zusammenarbeit mit der Agentur (Angaben Grundsicherungsstelle)	138
Tabelle A 13	Bewertung des lokalen Angebots	138
Tabelle A 14	Lokale Rahmenbedingungen der Grundsicherungsstellen.....	139
Tabelle A 15	Eigeninitiative bei der Klärung von Reha-Fällen.....	139
Tabelle A 16	Schulung von Mitarbeitenden in Grundsicherungsstellen	140
Tabelle A 17	Zusammenarbeit mit Grundsicherungsstellen (Angaben Reha-Team)	140
Tabelle A 18	Einleitung der Reha-Bedarfs-Prüfung in Grundsicherungsstellen	141
Tabelle A 19	Kommunikation mit ärztlichem und psychologischem Dienst.....	141
Tabelle A 20	Motivationsförderung als Aufgabe der Reha-Beratung	141
Tabelle A 21	Ausgangssituation von zufällig ausgewählten Reha-Fällen	142
Tabelle A 22	Maßnahmen von zufällig ausgewählten Reha-Fällen.....	143
Tabelle A 23	Zusammenhang von Eingliederungschancen und Wahl der Maßnahme..	144
Tabelle A 24	Regression für Variable: Agenturmittel pro anerkannte Fälle (Modell 1)...	144
Tabelle A 25	Regression für Variable: Agenturmittel pro anerkannte Fälle (Modell 2)...	145
Tabelle A 26	Entscheidungsprämissen unterschiedlicher Akteure im Vergleich	146
Tabelle A 27	Einbeziehung unterschiedlicher Akteure ins Absolventenmanagement....	146
Tabelle A 28	Dauer zwischen Antragstellung und Maßnahmebeginn	147
Tabelle A 29	Bivariate Zusammenhänge zur Struktur ausgewählter Maßnahmen	149
Tabelle A 30	Maßnahmen, zu denen Eintrittszahlen vorliegen	150
Tabelle A 31	Agenturtypen (Variante 1) – Beschreibung unterschiedlicher Merkmale ..	151
Tabelle A 32	Agenturtypisierung (Variante 3, Schwerpunkt auf Struktur Reha-Fälle)....	152
Tabelle A 33	Zeitlicher Ablauf der Implementationsstudie.....	175
Tabelle A 34	Liste der durchgeführten Interviews	179

Abkürzungsverzeichnis / Statistische Sonderzeichen

abH	Ausbildungsbegleitende Hilfen
aDfA	abgeschlossene Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit
ÄD	Ärztlicher Dienst
AGH	Arbeitsgelegenheiten
AG-S	Arbeitgeber-Service
AUW	Aus- und Weiterbildung
BA	Bundesagentur für Arbeit
BaE	Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen
BB	Berufsberatung
BEH	Betriebliche Einstellungshilfen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BvB	berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
coMed-AS	frühere Fachanwendung für den ärztlichen Dienst
EGZ	Eingliederungszuschuss
eLb	erwerbsfähiger Leistungsberechtigter
FbW	Förderung beruflicher Weiterbildung
GdB	Grad der Behinderung
HEGA	Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Funktioning, Disability and Health
IFD	Integrationsfachdienst
IFLAS	Initiative zur Flankierung des Strukturwandels
irM	individuelle rehaspezifische Maßnahme
k. A.	keine Angabe
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MAG	Maßnahmen bei einem Arbeitgeber
pAp	persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner
PD	Psychologischer Dienst
RD	Regionaldirektion
RehaB	Reha-Beraterin / Reha-Berater
Reha-Pro	Durch IAB (Basisstudie) generierter Datensatz individ. Reha-Prozessdaten
SLA	Service-Level-Agreement
SU	Steuerung und Unterstützung
TrEffeR	Treatment Effects and Prediction
U25	Beratung für Personen unter 25 Jahren
VerBIS	Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
4 PM	4-Phasen-Modells der Integrationsarbeit
σ	Standardabweichung
\emptyset	Durchschnitt

Zusammenfassung

Die Implementationsstudie 1 zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (LTA) wurde von der INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Lehrstuhl für soziale und berufliche Rehabilitation an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durchgeführt. Umgesetzt wurde sie mittels 15 regionaler Fallstudien in Kombination mit einer breiter angelegten E-Mail-Befragung. Neben einer Beschreibung der **organisatorischen Strukturen in den Agenturen und Grundsicherungsstellen** liefert die Studie Ergebnisse zur Umsetzung des Reha-Prozesses sowie zur Möglichkeit späterer Wirkungsanalysen.

Die identifizierte **Zugangspraxis** zur Reha-Beratung entspricht im Wesentlichen den Leitlinien der Bundesagentur für Arbeit (BA). In der Ersteingliederung erfolgt der Zugang i. d. R. problemlos über die Berufsorientierung in den Förderschulen. In der Wiedereingliederung variiert die Qualität der Identifikation und beeinflusst somit die Zugangschancen. Der **Anerkennungsprozess** zeigt eine erhebliche Varianz. Während ein Teil der Reha-Beratungsfachkräfte ausschließlich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Vordergrund stellt, bezieht ein anderer Teil die Motivation und Integrationswahrscheinlichkeit der Kundinnen und Kunden als explizite Entscheidungskriterien mit ein. Ein Teil der Agenturen verzichtet auf eine Anerkennung, wenn eine Förderung mit allgemeinen Leistungen hinreichend erscheint.

Für alle Vermittlungsfachkräfte sowie Reha-Beratungsfachkräfte dienen die Gutachten der **Fachdienste** der Entscheidungsfindung, insbesondere in unklaren Fällen. Insgesamt sind die befragten Akteure mit der Form und dem Ergebnis ihrer Zusammenarbeit zufrieden; nur hinsichtlich der gestellten oder beantworteten Zielfragen wünschen sich beide Seiten mehr Präzision, was insbesondere für Fachkräfte mit wenig Erfahrung von Bedeutung ist.

In Hinblick auf das 4-Phasen-Modell wurde herausgearbeitet, dass es aufgrund seiner partiellen Überschneidung mit dem **Konzept Empowerment** die Möglichkeit bietet, dass Elemente dieses Konzeptes in das Handeln der Reha-Beratungen einfließen. Dies geschieht jedoch in Grenzen und das Verständnis der eigenen Rolle als Beratende schwankt zwischen den Beratungsfachkräften sehr.

Bei der **Strategie- und Maßnahmenplanung** werden die geschäftspolitischen Zielsetzungen und Kennziffern prozessbegleitend von den Beratungsfachkräften berücksichtigt und geben der Summe der individuell begründbaren Einzelentscheidungen damit eine Richtung. Wenn auch von allen Reha-Beratungen betont wurde, dass keine notwendige LTA am Geld scheitert, wirkt sich finanzieller Druck jedoch über verschiedene Wege, z. B. die Maßnahmenplanung, auf die resultierende Maßnahmenstruktur aus. Nach Einschätzung der Reha-Beratungen wählen sie bis auf wenige Ausnahmen die Maßnahmen mit den größten Förderwirkungen aus. Es gibt jedoch Grund zur Annahme, dass unterschiedliche Reha-

Beratungen bei einem gleichen Fall zu verschiedenen Einschätzungen über die Maßnahmen mit den größten Förderwirkungen kommen, da der Entscheidungsprozess nicht vollständig durch trennscharfe Kriterien determiniert ist.

Beim **Absolventenmanagement** unterscheiden sich die Agenturen nicht nur hinsichtlich ihres Engagements insgesamt, sondern auch dahingehend, inwieweit auf Personen mit guten Integrationschancen fokussiert wird. Als mögliches Problem erscheint es, dass die Reha-Beratung trotz ihrer allgemeinen Einbindung ins Absolventenmanagement i. d. R. kein Feedback über die Nachhaltigkeit vermitteltler Beschäftigungen (über sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme hinaus) erhält.

Keine wesentlichen Unterschiede zeigten die Fallstudien in Hinblick auf **geschlechtsspezifische Differenzierungen** der Prozesse. Einheitlich wird der Ansatz der BA verfolgt, ausgehend vom primären behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf die Behinderten nicht durch eine zielgruppenspezifische, sondern eine personenorientierte Ausrichtung individuell zu unterstützen.

Die **Dauer der Reha-Prozesse** variiert von Agentur zu Agentur deutlich. Zu einem Teil können hier unterschiedliche Strategien ursächlich sein. Zu berücksichtigen ist jedoch insbesondere, dass die im Datensystem erfassten Zeiten die realen Prozesse nicht immer abbilden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn erst nach einem weitgehendem Abschluss der inhaltlichen Planungen formell ein Antrag ausgegeben und deshalb anschließend sofort eine Anerkennung nach § 19 SGB III und Maßnahmenauswahl stattfinden kann.

Die Daten der E-Mail-Befragung wurden genutzt, um auf unterschiedlichem Weg **Typen von Agenturen** zu bilden. Vergleiche einzelner Typen liefern einen Hinweis darauf, dass die Struktur der Maßnahmen auch von Prämissen, Strategien und Orientierungen abhängen kann. Die Bandbreite unterschiedlicher, für den Reha-Prozess relevanter Merkmale und ihrer Varianz lässt sich anhand von Agenturtypen jedoch nur begrenzt abbilden.

Nach den Ergebnissen der Implementationsstudie 1 erscheint es weiterhin **lohnenswert, Wirkungsanalysen** in Bezug auf LTA zu versuchen, zumindest wenn die Zielvariable nicht auf eine Beschäftigung sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme verkürzt wird. Die Implementationsstudie 1 kann nicht abschließend bewerten, welche der von ihr untersuchten Sachverhalte letztlich als Instrumentenvariable genutzt werden können, jedoch liefern die identifizierten Zusammenhänge entsprechende Hinweise.

1 Einleitung

Behinderte Menschen haben ein Recht auf selbstbestimmte und umfassende Teilhabe. Artikel 3 des Grundgesetzes bestimmt, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Hieraus leitet sich nicht nur Gleichbehandlung ab, sondern auch die Förderung von Chancengleichheit als eine Voraussetzung für Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Dieses Recht beinhaltet auch die Teilhabe am Arbeitsleben.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich ein komplexes Instrumentarium der Förderung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Deren Teilhabe am Arbeitsmarkt liegt auch im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Interesse, denn auf die berufliche Integration leistungswilliger und leistungsfähiger Menschen in Erwerbstätigkeit darf nicht verzichtet werden. Während die Wirksamkeit vieler Instrumente der Arbeitsförderung im Allgemeinen systematisch untersucht wurde, sind vergleichbare Forschungen zu den Wirkungen spezieller Instrumente für behinderte Menschen oder zu behindertenspezifischen Instrumenten selten und weisen größere Lücken auf.¹

Daher hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zwei erste Module einer Gesamtevaluation in Auftrag gegeben, zu denen neben der „Basisstudie: Das Reha-Prozessdatenpanel“ auch die „Implementationsstudie 1“ zählt. Die INTERVAL GmbH hat die Implementationsstudie 1 seit dem 1. Oktober 2010 in Kooperation mit dem Lehrstuhl für soziale und berufliche Rehabilitation an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg durchgeführt und legt hiermit ihren zusammenfassenden Bericht vor.

¹ Vgl. Schröder / Knerr / Wagner (2009), S. 28ff.

2 Eckpunkte des Untersuchungsdesigns

2.1 Aufgabenstellung der Implementationsstudie 1

Die Aufgabenstellung der Implementationsstudie 1 ist im Kontext der geplanten Gesamtevaluation zu sehen. In Anlehnung an eine Vorstudie für die Evaluation von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)² plante das BMAS die Gesamtevaluation in zwei Stufen und mehreren Modulen. Die erste, bis Ende 2011 weitgehend abgeschlossene Stufe umfasst die zwei Module der „Basisstudie“³ und „Implementationsstudie 1“, die zweite Stufe, ab 2012, die drei Module der „Verlängerungsoption Basisstudie“, der „Implementationsstudie 2“ und der „Wirkungsanalysen“. Auf Basis der Ergebnisse beider Module der ersten Stufe (Basisstudie und Implementationsstudie 1) soll entschieden werden, ob auch die zweite Stufe der Evaluation realisiert werden kann.

Im Kontext dieser Gesamtevaluation war es Aufgabe, der Implementationsstudie 1 folgende Leistungen zu erbringen:

1. Generierung von inhaltlichen Ergebnissen zum Prozess der LTA im Rechtskreis SGB III und SGB II. Diese Leistung bildet einen Schwerpunkt der Studie.⁴
2. Qualitative Unterfütterung von deskriptiven Ergebnissen der Basisstudie: Während die Basisstudie z. B. typische Verläufe oder Cluster von Maßnahmenketten aus deskriptiven statistischen Analysen des Reha-Prozessdatenpanels bestimmte, waren die inhaltlichen Zusammenhänge und ggf. Förderlogiken hinter solchen Maßnahmenketten qualitativ herauszuarbeiten.
3. Unterstützung der Basisstudie bei der Beantwortung der Fragen, ob Kontrollgruppen für die Wirkungsanalysen konstruiert werden können und ggf. welche methodischen Alternativen für die Wirkungsanalysen bestehen. Mit den Beteiligten wurde dazu frühzeitig im Forschungsverlauf abgestimmt, dass in diesem Zusammenhang insbesondere nach Instrumentenvariablen gesucht werden sollte.
4. Bildung von Hypothesen für die ggf. späteren Wirkungsanalysen zur Vorbereitung der Effektivitäts- und Effizienzanalyse sowie Beiträge zur Interpretation der ggf. späteren Wirkungsergebnisse. Verschiedene Ergebnisse der Implementationsstudie 1 können Hinweise darauf geben, ob einer kausalen Interpretation statistischer Zusammenhänge qualitative Ergebnisse entgegenstehen.

Vorgabe für diese Implementationsstudie 1 war, diesen Prozess der beruflichen Rehabilitation aus der Perspektive von Agenturen für Arbeit und Grundsicherungsstellen auszu-leuchten. Dies impliziert erstens, dass auf der Perspektive der Kundinnen und Kunden

² Schröder / Knerr / Wagner (2009)

³ Vgl. IAB (2011)

⁴ Falls später keine Wirkungsanalysen durchgeführt werden sollten, haben diese deskriptiven Ergebnisse auch einen eigenständigen Erkenntniswert.

kein Schwerpunkt liegen sollte.⁵ Zweitens wurden in Hinblick auf die Umsetzung der Maßnahmen auch die Inhalte und Qualität der Maßnahmen nicht direkt ermittelt, sondern nur ihre Wahrnehmung durch die entscheidenden Akteure in den Agenturen für Arbeit und den Stellen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.⁶

2.2 Überblick über das Vorgehen der Implementationsstudie 1

Umgesetzt wurde die Implementationsstudie 1 sowohl mittels regionaler Fallstudien in 15 Agenturbezirken auf der Basis von leitfadengestützten Interviews, als auch über eine breiter angelegte halbstandardisierte E-Mail-Befragung unterschiedlicher Akteure in Agenturen und Grundsicherungsstellen. Die Querauswertung der ersten zehn Fallstudien bildete dabei die qualitative Basis für die inhaltliche Feinkonzeption der E-Mail-Befragung. Diese erhob die Verteilungen unterschiedlicher Merkmalsausprägungen über eine größere Zahl von Agenturbezirken und generierte dabei sowohl einen Überblick über die institutionellen Strukturen und Prozesse als auch über die Varianz in den Entscheidungen im Ablauf des Reha-Prozesses. Daraus konnten dann Schlussfolgerungen zur Realisierbarkeit von Wirkungsanalysen abgeleitet werden.

In eine Fallstudie, deren Region durch den Agenturbezirk abgegrenzt war, wurden jeweils die Agentur für Arbeit und ein bis zwei zugehörige Grundsicherungsstellen einbezogen.⁷ Die Ziehung der Agenturbezirke erfolgte so, dass ihr Set eine Zahl zuvor festgelegter Kriterien erfüllte, z. B. hinsichtlich der Verteilung nach SGB-III-Typen, der Zahl der Anerkennungen oder der Eingliederungsquoten (vgl. Anlage 14.1). Dabei war Ziel der Stichprobenbildung eine möglichst große Vielfalt, nicht die repräsentative Abbildung der Grundgesamtheit. Innerhalb einer Fallstudie wurden Interviews mit durchschnittlich elf Personen geführt, darunter jeweils Leitungen der Reha-Teams, mehrere Reha-Beraterinnen und -Berater, Reha-Vermittlerinnen und -Vermittler, ärztliche und psychologische Dienste, Geschäftsführungen der Grundsicherungsstellen, persönliche Ansprechpartnerinnen und -Ansprechpartner sowie andere (vgl. Anlage 14.6). Die Interviews wurden leitfadengestützt als problemzentrierte Interviews nach Witzel durchgeführt⁸ und für ggf. zukünftige Forschungszwecke akustisch aufgezeichnet und transkribiert. Die Pseudonymisierung ihrer Dokumentation ist den Befragten zugesichert, so dass im Rahmen dieser Studie auch die Nennung der ausgewählten Agenturbezirke unterbleibt. Die ersten zehn Fallstudien wurden zwischen Dezember 2010 und Mai 2011 vorbereitet und durchgeführt. Die letzten fünf Fallstudien erfolgten im September und Oktober 2011.

⁵ Somit wurden lediglich 15 Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedlicher Agenturbezirke durchgeführt, um diese Forschungsperspektive partiell zu erweitern (vgl. Anlage 14.3).

⁶ Hierzu zählen Fragen, inwieweit sie die Qualität kennen, wie sie sie bewerten und wie eigene Qualitätskriterien und Abschätzungen in die Entscheidungsprozesse einfließen.

⁷ Wenn im Agenturbezirk eine Optionskommune lag, wurde sowohl ein Jobcenter als gemeinsame Einrichtung als auch das Jobcenter der Optionskommune in die Fallstudie einbezogen.

⁸ D. h. die „Kommunikationsstrategien zielen zum einen auf die Darstellung der subjektiven Problemsicht. Zum anderen werden die angeregten Narrationen durch Dialoge ergänzt, die Resultat ideenreicher und leitfadengestützter Nachfragen sind.“ Witzel (2000).

Die E-Mail-Befragung wurde im August und September 2011 (Feldphase) durchgeführt. Die Brutto-Stichprobe umfasste zum einen 100 Agenturen für Arbeit. Diese wurde geschichtet nach den SGB-III-Vergleichstypen,⁹ wobei die Größe jeder Schicht entsprechend ihrer Größe innerhalb der Grundgesamtheit gewählt wurde und innerhalb der Schichten eine Zufallsziehung erfolgte. Zum anderen wurden alle zugelassenen kommunalen Träger der Grundsicherung einbezogen, sowie i. d. R. Jobcenter als gemeinsame Einrichtung in den ausgewählten Agenturbezirken, in denen nicht bereits eine Optionskommune befragt wurde (vgl. Anlage 14.1). In den Grundsicherungsstellen wurden die Geschäftsführungen befragt. Innerhalb jeder Agentur wurden sowohl die Leitungen der Reha-Teams befragt als auch bis zu fünf Reha-Beraterinnen und -Berater. Die Verteilung der E-Mail-Fragebögen erfolgte über die Geschäftsführungen der Agenturen und Grundsicherungsstellen, wobei Begleitschreiben der Bundesagentur für Arbeit, des BMAS und der kommunalen Spitzenverbände beigelegt wurden.

Die Interviewleitfäden wie auch die halbstandardisierten Interviews bildeten den gesamten Prozess von der Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bis hin zum Absolventinnen- und Absolventenmanagement ab und bezogen sich auf den Untersuchungszeitraum Juli 2010 bis Juni 2011. Darüber hinaus machten die Reha-Beraterinnen und -Berater zu vier zufällig von ihnen ausgewählten anonymisierten Fällen und den jeweils ausgewählten Maßnahmen Angaben (vgl. Anlage 14.4).

Ergänzend wurden verschiedene Sekundärdaten im Rahmen der Implementationsstudie 1 genutzt, darunter Daten der BA-Statistik (Datenzentrum, Service-Haus) und des im Rahmen der Basisstudie generierten Datensatzes RehaPro.¹⁰ Die Sekundärdaten wurden genutzt, um auf dieser Basis die regionalen Fallstudien auszuwählen und um sie integriert mit den Daten der E-Mail-Befragung auszuwerten.

Da die Stichproben der regionalen Fallstudien und der E-Mail-Befragung aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielstellung mit anderen Verfahren gezogen wurden, liegen nicht zu allen Fallstudien auch die entsprechenden halbstandardisierten Daten vor. In Einzelfällen lässt sich jedoch durch diese Gegenüberstellung feststellen, dass einige problematische Sachverhalte in den Interviews der Fallstudien deutlicher angesprochen wurden, als es aus den Ergebnissen der E-Mail-Befragung sichtbar wird. Auch ergaben die fünfzehn ergänzenden Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, dass einige von ihnen ihren Reha-Prozess sehr kritisch wahrnahmen – ohne dass diese Daten jedoch repräsentativ wären. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass der Ansatz dieser Studie, die Erhebung und Beschreibung der Reha-Prozesse überwiegend aus der Perspektive der Mitarbeitenden der Agenturen und Grundsicherungsstellen durchzuführen, einen methodi-

⁹ Zugrunde gelegt wurden die vom IAB 2008 entwickelte, mehrdimensionale Regionalklassifikation der Arbeitsagenturen, die sogenannten „Vergleichstypen“. Vgl. Dauth / Hirschenauer / Rüb / (2008)

¹⁰ Bei dem Datensatz RehaPro handelt es sich um ein Prozessdatenpanel, das in einer empirischen Längsschnittanalyse auf der Basis der Daten der BA den Prozess der beruflichen Rehabilitation für die Erst- und Wiedereingliederung abbildet. Vgl. IAB (2011)

schen Bias besitzt. Möglicherweise führt dieser Bias dazu, dass die problematischeren Aspekte weniger deutlich hervortreten als die vorbildlich gelösten.¹¹

Die pseudonymisierten Daten der regionalen Fallstudien sowie die meisten¹² Daten der E-Mail-Befragung stehen im Rahmen einer möglichen zukünftigen Gesamtevaluation von LTA (ausschließlich) den beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur weiteren Nutzung zur Verfügung. Die Daten der E-Mail-Befragung können dabei einzelnen Agenturen und Grundsicherungsstellen zugeordnet werden. Weitere Details zur Umsetzung der Studie, methodische Ausführungen und eine Aufschlüsselung des Rücklaufs und Feldverlaufs sind dem Anhang zu entnehmen (vgl. Abschnitt 14.1).

¹¹ Das BMAS beabsichtigt, die Perspektive der Kundinnen und Kunden der Agentur für Arbeit, der Maßnahmeträger und der Betriebe in den weiteren Modulen der Gesamtevaluation stärker einzubeziehen.

¹² Ausgenommen sind hiervon aus datenschutzgründen die Angaben von Reha-Beraterinnen und -Beratern zu den vier zufällig von ihnen gezogenen anonymisierten Reha-Fällen.

3 Institutionelle, rechtliche und lokale Rahmenbedingungen

3.1 Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – ein Überblick über Ziele, Strukturen und Prozesse

„Berufliche Rehabilitation ist ein wichtiges Element eines modernen Sozialstaates. Sie aktiviert Menschen mit Behinderungen. Sie gibt ihnen Chancen zur dauerhaften Teilhabe an Arbeit und Gesellschaft.“¹³

Spätestens mit der Verabschiedung der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ durch die 54. Vollversammlung der WHO im Mai 2001 sind das veränderte gesellschaftliche Verständnis von Behinderung und die veränderte Sicht auf Menschen mit Behinderung dokumentiert.¹⁴ An die Stelle eines bis dahin vorherrschenden, stark medizinisch geprägten und an Defiziten orientierten Behinderungsbegriffs setzten die Mitgliedsländer der WHO ein ganzheitliches Verständnis. Dieses berücksichtigt, dass die positiven und negativen Seiten von Körperfunktionen und -strukturen und die aus Schädigungen dieser Funktionen erwachsenden Beeinträchtigungen der Teilhabe (Partizipation).. Hervorhebenswert und kennzeichnend für das neue Verständnis von Behinderung ist die Berücksichtigung von Umweltfaktoren und den persönlichen Faktoren eines Menschen. Behinderung wird damit zu einem interaktiven Phänomen von Gesellschaft und Individuum.

Insbesondere in den modernen Industriestaaten hat dieses Verständnis von Behinderung gesetzliche Regelungen nach sich gezogen, die darauf gerichtet sind, Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. In der Bundesrepublik Deutschland sichert das Grundgesetz, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf, und dass behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen das Recht haben, am Arbeitsleben teilzuhaben wie andere Bürger auch (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG). Das 2001 verabschiedete Neunte Buch Sozialgesetzbuch zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ leitet aus allgemeinen Grundsätzen zur Teilhabe (§§ 1 und 4 SGB IX) als Zielstellung für die Leistungen zur Teilhabe ab, Menschen mit Behinderungen, unabhängig von der Ursache der Behinderung, Erwerbsarbeit „entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern ...“ (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

Im Sinne des SGB IX gelten Menschen als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 gelten als schwerbehindert und haben

¹³ BMAS (2009): S. 70

¹⁴ WHO (2001)

besondere Rechte und Anspruch auf gesondert geregelte Leistungen. Das ist auch deshalb bedeutsam, weil diese Regelungen auch auf Menschen übertragen werden können, deren Grad der Behinderung wenigstens 30 beträgt und wenn diese „... infolge der Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen)“ (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Die Art und die Schwere der Behinderung und die sich daraus ergebende Einschränkung der Teilhabe haben über den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf Einfluss auf die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Formaler Ausgangspunkt ist dabei die Anerkennung der Behinderung nach dem jeweiligen Buch des Sozialgesetzbuches. Im vorliegenden Kontext der „Implementationsstudie I zur Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ist das vorrangig das SGB III, welches den Begriff „Behinderung“ ausdrücklich über eingeschränkte Teilhabechancen am Arbeitsleben definiert. In diesem Sinn operationalisiert das SGB III Behinderung bzw. Menschen mit Behinderung vor allem mit Blick auf Unterstützung ihrer Teilhabechancen am Arbeitsleben (vgl. Textbox 1).

§ 19 SGB III - Behinderte Menschen

(1) Behindert im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzunehmen oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen.

(2) Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen drohen“ (§ 19 SGB III).

Textbox 1

Der Gesetzgeber macht im Kontext des SGB III deutlich, dass es nicht um die Feststellung einer Behinderung, sondern um die Feststellung eines behinderungsbedingten Handlungsbedarfes zur Sicherung bzw. Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben geht.

Vor allem mit Blick auf die konkreten regionalen Arbeitsmarktbedingungen kann das bedeuten, dass das Vorhandensein einer körperlichen, seelischen, geistigen Behinderung oder einer Lernbeeinträchtigung an Standorten mit unterschiedlichen Arbeitsmarktstrukturen auch zu unterschiedlichen Beurteilungen des behinderungsbedingten Handlungsbedarfes führen kann bzw. die Behinderung in den Zugangschancen zum Arbeitsleben nach Paragraph 19 SGB III unterschiedlich beurteilt wird. Dieser Aspekt ist zentral, wenn es um die Evaluation der LTA geht.

Die BA mit ihren Agenturen für Arbeit übernimmt LTA nach dem SGB III, soweit hierfür kein anderer Träger verantwortlich ist. Mit dem im Gesetz zur Fortentwicklung der Grundversicherung für Arbeitsuchende wird klargestellt, dass die BA auch für behinderte, erwerbsfähige leistungsberechtigte Personen nach dem SGB II Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des SGB IX ist, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Damit ist sichergestellt, dass die Fachkompetenz der BA als Rehabilitationsträger auch für erwerbsfähige behinderte Leistungsberechtigte verfügbar ist. Die Rehabilitationsträgerschaft der BA und der übrigen Rehabilitationsträger im Bereich des SGB II hat auch zur Folge, dass die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger die damit verbundenen, gesetzlichen Aufgaben nach dem SGB IX wahrnehmen. Dazu gehört auch die Klärung der Zuständigkeiten und des Rehabilitationsbedarfes.

Die Ansiedlung der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben im Schnittpunkt verschiedener Rechtskreise verlangt von den jeweiligen Rechtsträgern ein hohes Maß an Abstimmung und Koordination. „Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt.“¹⁵ Die praktische Gestaltung dieser Kooperation stellt eine besondere Herausforderung dar, die insbesondere durch die Aufbau- und Entwicklungsprozesse in den Einrichtungen des SGB II geprägt ist oder wenigstens geprägt war. Die vorliegende Studie gibt an verschiedenen Stellen Hinweise darauf, dass die Kooperation zwischen den Jobcentern und Agenturen für Arbeit Einfluss auf die Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, deren Anerkennung nach § 19 SGB III und die Gestaltung der Zuweisungsprozesse bei LTA ausübt (vgl. Abschnitt 4 und 5).

Die BA hat 2011 auch deshalb das „Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Rehabilitation“ erarbeitet, weil die Betreuung der betroffenen Personengruppe¹⁶ an der Schnittstelle der Rechtskreise SGB II und SGB III in der Praxis vielfältige Probleme aufwirft und daher ein rechtskreisübergreifendes Konzept erforderte, welches die Schnittstellen zum 4-Phasen-Modell der Beratung im Reha-Bereich definiert.¹⁷ Damit wurde die inhaltliche und methodische Grundlage für eine einheitliche Beratung, nicht nur in den unterschiedlichen Rechtskreisen, sondern auch zwischen den einzelnen Beratungsfachkräften, geschaffen. Für die Reha-Bereiche der Agenturen für Arbeit gab es bereits vergleichbare Beratungskonzepte, trotzdem konnten in der vorliegenden Implementationsstudie I sehr unterschiedliche Beratungstypen ermittelt werden (vgl. Abschnitt 7.2).

Die für die LTA zuständigen Rehabilitationsträger sind vor allem die BA sowie die Deutsche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopfer-

¹⁵ Vgl. § 10 Abs. 1 SGB IX

¹⁶ Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist in den Rechtskreisen SGB II und SGB III zuständig für die Berufsberatung, Berufsorientierung, Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung Jugendlicher und junger Erwachsener sowie für die Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.

¹⁷ Vgl. BA (2011a)

entschädigung, Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie Träger der Sozialhilfe (§ 6 SGB IX). Bei Prüfung der Zuständigkeit und der Erbringung von LTA agiert jeder der zuständigen Reha-Träger nach seinen gesetzlichen Vorschriften. Die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung als Reha-Träger ergibt sich z. B. aus mindestens 15 Jahren sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit, die Zuständigkeit der Gesetzlichen Unfallversicherung ist u. a. gegeben, wenn die Behinderung infolge eines Unfalls entstanden ist.

Dem Auftrag der vorliegenden Studie zur Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend, soll vor allem das Handeln der BA als Reha-Träger erörtert werden. In der Wahrnehmung ihrer Zuständigkeiten obliegt den Agenturen für Arbeit u. a.

- die Ausgabe bzw. Entgegennahme des Reha-Antrags, incl. der Weiterleitung an andere Reha-Träger,
- die Entscheidung nach § 19 SGB III einschließlich notwendiger Einschaltung der Fachdienste,
- die Erarbeitung eines Eingliederungsvorschlages mit dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung der Wunsch- und Wahlrechte nach § 9 SGB IX (einschließlich Beratung über Reha-Bedarf und -möglichkeiten),
- ggf. die schriftliche Unterrichtung der Grundsicherungsstellen über den festgestellten Reha-Bedarf und die Übersendung des Eingliederungsvorschlages,
- ggf. weitere Abstimmungen und der
- Abschluss des Reha-Verfahrens (Buchung VerBIS).¹⁸

Ohne in die ordnungspolitischen Zuständigkeiten der BA und der Grundsicherungsstellen einzugreifen, können die Grundsicherungsstellen den Agenturen für Arbeit im Rahmen einer Vereinbarung Aufgaben übertragen, die diese dann personell umsetzen, während die Leistungsverantwortung bei der jeweiligen Grundsicherungsstelle verbleibt. So kann eine Agentur für Arbeit z. B. die Aufgabe der Ausbildungsstellenvermittlung übernehmen, die Leistungsverantwortung bleibt in diesem Beispiel davon unberührt. Grundsätzlich richtet sich die Leistungsverantwortung danach, welche Maßnahmen gewählt werden.

Die Gestaltung eines Anerkennungsverfahrens mit anschließender Maßnahmenzuweisung in Kooperation mit einer Grundsicherungsstelle ist in Abbildung 1 dargestellt.

¹⁸ Vgl. BA (2006a)

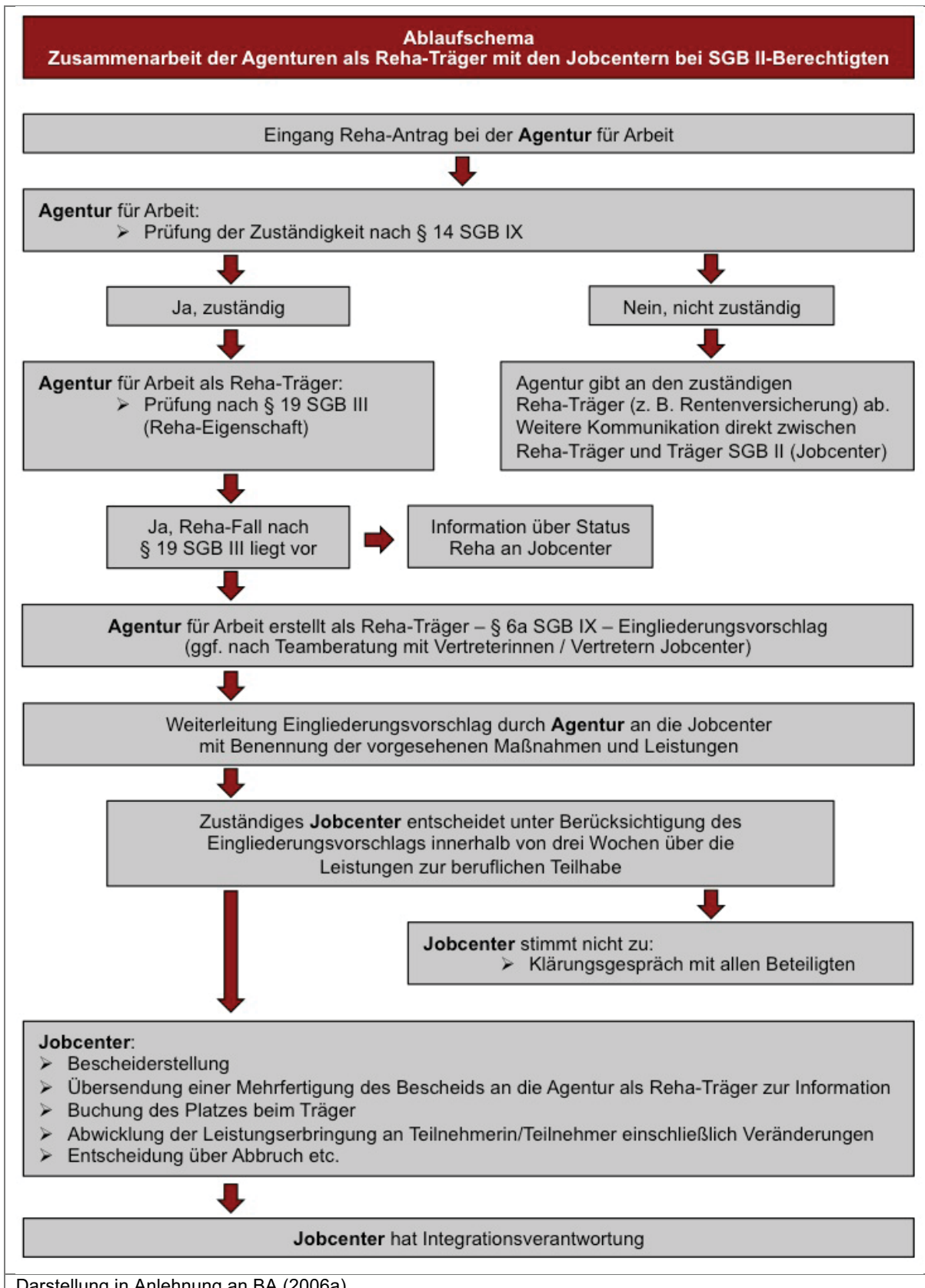


Abbildung 1 Ablaufschema für den Bereich SGB II

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird grundsätzlich zwischen Erst- und Wiedereingliederung unterschieden.

- Die **Ersteingliederung** von behinderten Menschen erstreckt sich über die Ausbildung bis zur Einmündung in den Arbeitsmarkt. Überwiegend werden Schülerinnen und Schüler von Förderschulen/Sonderschulen betreut. Hinzu kommen die jungen Menschen mit Behinderung, die in Regelschulen beschult werden. Strategisches Ziel ist das Erreichen eines anerkannten Ausbildungsabschlusses und die nachhaltige Integration in Erwerbstätigkeit. Der Erstkontakt zur Reha-Beratungsfachkraft erfolgt im Rahmen von berufsorientierenden Veranstaltungen in den Schulen. Nachfolgende Sprechstundenangebote bzw. Einzelberatungen durch die Reha-Beratungsfachkraft können in der Schule oder in der Agentur für Arbeit erfolgen. Sie beinhalten neben der Unterstützung bei der individuellen Berufswahl auch die Prüfung, ob aufgrund der Art oder Schwere der Behinderung LTA erforderlich sind, um eine dauerhafte berufliche Integration zu erreichen. In den Bereich der Ersteingliederung fallen aber auch junge Menschen mit Behinderungen, die weniger als drei Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und nicht älter als 25 Jahre sind.¹⁹
- Im Bereich der **Wiedereingliederung** werden Personen betreut, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen ihren Beruf oder ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können und eine neue berufliche Alternative finden müssen. Dazu kommen Personen, die Hilfen zur Sicherung ihres Beschäftigungsverhältnisses benötigen. Die Identifizierung dieses Personenkreises erfolgt in der Regel in den Teams der Arbeitsvermittlung des jeweiligen Rechtskreises.²⁰ Im Bereich der Wiedereingliederung kann der Zugang zur Reha-Beratungsfachkraft konkret z. B. über Hausärzte oder Reha-Kliniken erfolgen, die bei ihren Patienten eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit beobachten oder erwarten oder über Vermittlungsfachkräfte, die bei ihren Kundinnen und Kunden behinderungsbedingte Vermittlungshemmnisse vermuten und dies in einem Anerkennungsverfahren abklären lassen.

Die Anerkennung eines behinderungsbedingten Handlungsbedarfes nach §19 SGB III erfolgt in Verantwortung der jeweiligen Reha-Beratungsfachkraft. Die Reha-Beratungsfachkräfte orientieren sich in ihrem Handeln an den gesetzlichen Regelungen und den jeweiligen Handlungs- bzw. Beratungsleitfäden. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass ihr Beratungshandeln individuell beeinflusst ist. Letztlich sind die Beraterinnen und Berater in den Agenturen für Arbeit, aber auch in den Einrichtungen der anderen Rechtskreise diejenigen, die den Anspruch der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf Teilhabe mit umsetzen müssen, nicht nur durch Zuweisung von passenden Leistungen, sondern auch durch das Empowerment, d. h., die Stärkung der Handlungs- und Entscheidungskompetenz der Kundinnen und Kunden (vgl. Abschnitt 4.2).

¹⁹ BA (2011a)
²⁰ Ebenda

Die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation angebotenen Leistungen zur Teilhabe werden nach allgemeinen und besonderen Leistungen unterschieden. Nach dem Grundsatz „so allgemein wie möglich, so spezifisch wie nötig“, werden Leistungen zur Teilhabe im Rahmen von allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen angeboten, die auch nicht-behinderten Teilnehmenden offen stehen. Die besonderen Leistungen sind dagegen auf behindertenspezifische Besonderheiten ausgerichtet und werden erbracht, „soweit nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann“ (§ 98 SGB III). Die Unterschiede im Förderbedarf machen die seit 2008 in der Förderstatistik der BA explizit benannten drei Förderkategorien deutlich.

Förderkategorie I: Die individuelle Bedarfssituation kann mit den allgemeinen (Regel-) Leistungen des SGB III abgedeckt werden.

Förderkategorie II: Die individuelle Bedarfssituation erfordert die Teilnahme an einer rehabilitationsspezifisch ausgestalteten Maßnahme.

Förderkategorie III: Wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges ist die Teilnahme in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation unerlässlich²¹.

Die Autoren der „Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben“ haben die allgemeinen und besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, differenziert nach Erst- und Wiedereingliederung zusammengestellt.²² Seit dem Stand der Vorstudie sind einzelne Änderungen in Kraft getreten. Die Tabelle 1 umfasst diese Zusammenstellung in Anlehnung an die Darstellung der Vorstudie.

²¹ IAB (2011)

²² Schröder et al. (2009): S. 22

Leistungen an behinderte Menschen (Leistungen an Arbeitnehmer)	
Ersteingliederung	Wiedereingliederung
Allgemeine Leistungen	Allgemeine Leistungen
Berufliche Ausbildung (Berufsausbildungsbeihilfe-Reha): - Betrieblich - Außerbetrieblich (Berufsausbildungsbeihilfe-Reha/Mobilitätskosten) - Außerbetrieblich (Förderung nach §§ 240ff SGB III)	Förderung der Weiterbildung (Arbeitslosengeld bei Weiterbildung) - Weiterbildung ohne Abschluss - Weiterbildung mit Abschluss (betrieblich/ in Maßnahmen)
Berufsvorbereitung (Berufsausbildungsbeihilfe-Reha/ Mobilitätskosten)	
Trainingsmaßnahmen (bis 31.12.2008) Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung	Trainingsmaßnahmen (bis 31.12.2008) Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung
Gründungszuschuss	Gründungszuschuss (nur SGB III)
Besondere Leistungen	Besondere Leistungen
Berufliche Ausbildung (Ausbildungsgeld und Mobilitätskosten) Berufliche Grundbildung (duale, staatliche anerkannte u. Reha-spezifische Berufe): - Berufsbildungswerk oder vergleichbare Einrichtungen - Behindertenspezifische Maßnahmen - Allgemeine Leistungen ergänzende Leistungen - Blindenspezifische u. ä. Grundbildung - Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen	Berufliche Weiterbildung (Übergangsgeld/ Mobilitätskosten) (mit und ohne anerkannten Abschluss): - Berufsförderungswerk oder vergleichbare Einrichtungen - Behindertenspezifische Maßnahmen - Allgemeine Leistungen ergänzende Leistungen - Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
Vorgeschaltete Maßnahmen vor beruflicher Ausbildung und beruflicher Grundbildung - Assessmentverfahren - Berufsfindung/Arbeitserprobung - Reha-Vorbereitung	Vorgeschaltete Maßnahmen vor beruflicher Weiterbildung und beruflicher Grundbildung - Assessmentverfahren - Berufsfindung/Arbeitserprobung - Reha-Vorbereitung
Berufsvorbereitung (Ausbildungsgeld /Teilnahmekosten) - Berufsbildungswerk oder vergleichbare Einrichtungen - Behindertenspezifische Maßnahmen	
Ergänzende Leistungen nach § 33 Absatz 8 SGB IX (teilweise auch als Einzelleistungen)	

Tabelle 1 LTA differenziert nach Erst- und Wiedereingliederung

Die Ausführungen des Abschnittes 3.1 verweisen darauf, in welchem Maß die Gestaltung von Anerkennungsprozessen und die Zuweisung von LTA durch gesetzliche Regelungen oder Beratungsmodelle normiert sind. Als konstruktives oder qualitatives Korrektiv zum Verwaltungshandeln, vor allem aber zum Forcieren des Paradigmenwechsels von der Fürsorge zur Teilhabe haben der Gesetzgeber und die BA eine Reihe von allgemeinen

Prinzipien formuliert.²³ Ergänzend hierzu hat Biermann (2008) aus unterschiedlichen Dokumenten der BA Kriterien gebündelt bzw. abgeleitet, die speziell auf eine nachhaltige Integration in das Arbeitsleben bzw. den Arbeitsmarkt ausgerichtet sind, und die vor allem für das Beratungshandeln in den Agenturen, aber auch den anderen Rehabilitationsträgern als Orientierung in der Beratung und bei der Gestaltung der Reha-Prozesse dienen sollen (vgl. Tabelle 2).

Prinzipien und Kriterien der Rehabilitation	
<p>Allgemeine Prinzipien des Paradigmenwechsels von der Fürsorge zur Teilhabe Vgl. BA (2002): S. 411</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmung und Teilhabe • Individuelle Hilfen • Vorrang von Prävention • Leistungsanspruch für Betroffene • Allgemeine vor besonderen Leistungen • Mitwirkungspflicht der Betroffenen • Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen • Finalprinzip statt Kausalitätsprinzip bzw. Hilfen unabhängig von der Ursache der Behinderung • Reha vor Rente und Pflege
<p>Ergänzende spezielle Kriterien der beruflichen Rehabilitation Vgl. Biermann (2008): S. 17f</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorrang des Lernortes Betrieb vor Reha-Einrichtungen (WfbM, BBW, BFW...) • Wohnortnahe vor überregionaler Rehabilitation • Vorrang von ambulanten vor separaten Maßnahmen • Anerkannte Ausbildung vor Sonderregelung, wie z. B. „Behinderten-Berufe“ • Arbeitsmarktintegration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor einer Tätigkeit in geschützten Bereichen • Matching von individuellen Ressourcen und Arbeitsplatzangebot • Vermittelbarkeit, Employability vor allgemeinen Bildungsansprüchen • Netzwerke, Bietergemeinschaften • Angemessene Ausstattung der Einrichtungen und qualifiziertes Personal

Tabelle 2 Prinzipien und Kriterien der Rehabilitation

Die starke Arbeitsmarktorientierung dieser Prinzipien ist nicht nur Chance auf ein größeres Maß an Teilhabe. Mit der starken Orientierung auf den Arbeitsmarkt gerät die berufliche Rehabilitation auch unter Einfluss von konjunkturell, demographisch oder modernisierungsbedingten Entwicklungsprozessen des Arbeitsmarktes.²⁴ Die LTA müssen sich damit viel stärker an den Anforderungen des Arbeitsmarktes orientieren, ohne dabei die spezifischen Voraussetzungen von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen zu vernachlässigen.

²³ Vgl. BA (2002): S. 411 und Tabelle 2

²⁴ Vgl. Biermann, H. (2008): S. 32 ff

3.2 Organisation der Reha-Bereiche, Ergebnisse aus 15 Fallstudien

Die Organisation der Teams der beruflichen Rehabilitation bei den Agenturen für Arbeit entspricht in der Mehrheit der Agenturbezirke dem in Abbildung 2 dargestellten Modell:

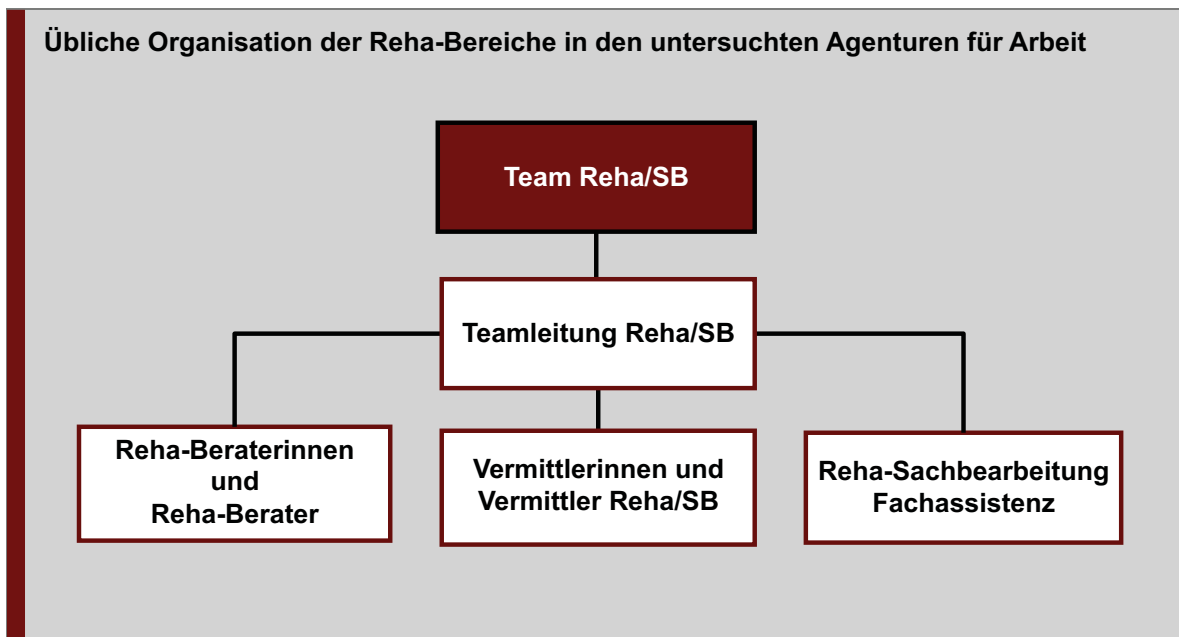


Abbildung 2 Organisation in Agenturen

Der Teamleitung Reha/SB weisungstechnisch unterstellt sind die Reha-Beraterinnen und -Berater, die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler Reha/SB, die Reha-Sachbearbeitung sowie die Fachassistenz. Die Hauptaufgaben der Reha-Beratungen bestehen in der Prüfung des Unterstützungsbedarfes, der Beratung aus rehabilitationstechnischer Sicht und der Erarbeitung einer Integrationsstrategie gemeinsam mit den Kundinnen und Kunden. In etwa der Hälfte der Agenturen sind die Reha-Beratungen für Kundinnen und Kunden sowohl der Erst- als auch der Wiedereingliederung zuständig. In den anderen Agenturen für Arbeit existiert im Gegensatz dazu eine Trennung der Aufgabenbereiche unter den Reha-Beratungen nach Erst- und Wiedereingliederung. Weiterhin sind die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler Reha/SB zum Team zuzuordnen, die vornehmlich die Unterstützung der Vermittlung der Kundinnen und Kunden mit Hilfe der Ausgabe von Stellengesuchen und der Nachhaltung von Bewerbungsbemühungen übernehmen. Die Reha-Sachbearbeitung und Fachassistenz ist schließlich unter anderem für das Anzeigeverfahren von Pflichtbeschäftigungsplätzen für Schwerbehinderte, die Beantragung von Gleichstellung oder die Aktenverwaltung zuständig.

Geringfügige Abweichungen von dem beschriebenen organisatorischen Modell bestehen lediglich in wenigen Agenturen. So nahm in einer Agentur der Reha-Bereich aufgrund der Größe des Agenturbezirkes eine Geschäftseinheit mit zwei Reha/SB-Teams, getrennt nach Erst- und Wiedereingliederung, ein. Weiterhin benannten drei Agenturen die Reha-

Sachbearbeitung und Fachassistenz nicht explizit als Bestandteil des Reha/SB-Teams. In einer weiteren Agentur sind die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler Reha/SB organisatorisch nicht in das Reha/SB-Team, sondern in die allgemeinen Vermittlungsteams eingegliedert und unterstehen folglich weisungstechnisch nicht der Teamleitung Reha/SB. Technische Beraterinnen und Berater wurden nur in zwei Agenturen organisatorisch dem Reha/SB-Team zugeordnet. Eine weitere Varianz ist schließlich in der Einbettung von Reha-spezifischen Mitarbeitenden im Arbeitgeber-Service zu erkennen. In etwa zwei Drittel der Agenturen für Arbeit sind arbeitgeberorientierte Reha-Vermittler eingesetzt. Diese sind organisatorisch etwa zur Hälfte in den Arbeitgeber-Service und zur anderen Hälfte in das Reha/SB-Team der jeweiligen Agentur für Arbeit integriert.

Das Qualitätsmanagement umfasst in den befragten Arbeitsagenturen vorwiegend Dienstbesprechungen, die überwiegend monatlich, selten auch wöchentlich oder 14-tägig durchgeführt werden. Zusätzlich erfolgen in etwa der Hälfte der Agenturen regelmäßige Besprechungen zwischen den Reha-Beratungen oder den Vermittlerinnen und Vermittlern Reha/SB ohne Präsenz der Teamleitung Reha/SB. Leistungszirkel mit thematischen Schwerpunkten oder zur Unterstützung der Zielnachhaltung finden seltener als Dienstbesprechungen, entweder monatlich oder lediglich nach Bedarf, statt. Fallbezogener Klärungs- und Abstimmungsbedarf wird im Rahmen von Fallbesprechungen zwischen den Mitarbeitenden sowie ggf. mit der Teamleitung Reha/SB ad hoc geklärt. Die Personalkörper der Reha-Teams der Agenturen sind überwiegend stabil. Neue Mitarbeitende werden „on the job“ mit begleitenden BA-internen Reha-spezifischen Schulungen und Hospitationen eingearbeitet. Für andere Mitarbeitende werden bei Bedarf ebenfalls BA-interne und externe Schulungen angeboten.

In den befragten Grundsicherungsstellen herrschen vornehmlich zwei Modelle der institutionellen Organisation der beruflichen Rehabilitation vor. In etwa der Hälfte von ihnen sind entsprechend des in Abbildung 3 dargestellten Modells einzelne Mitarbeitende der Vermittlungsteams als speziell für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zuständige Mitarbeitende eingesetzt.

Übliche Organisation von Reha-Aufgaben in den untersuchten Grundsicherungsstellen falls (!) spezialisierte Fachkräfte existieren

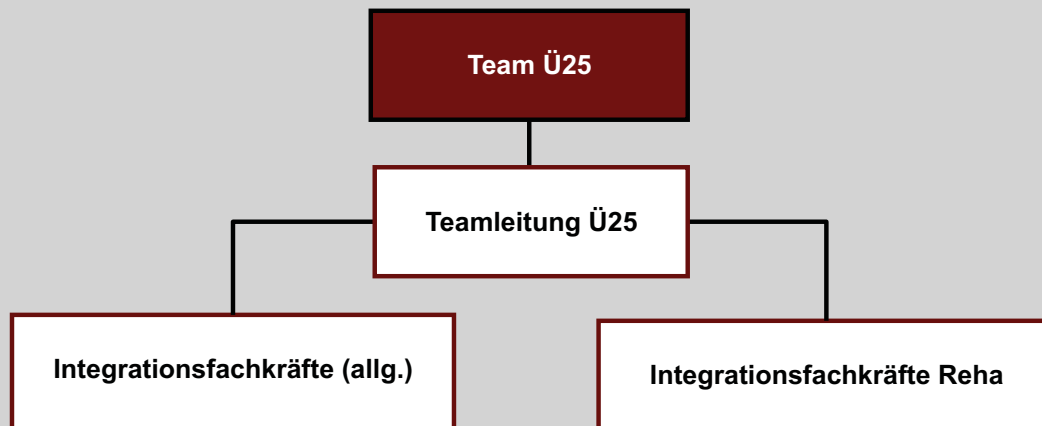


Abbildung 3 Organisation in Grundsicherungsstellen

In diesen Grundsicherungsstellen erfolgen die Identifikation potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie deren Weiterleitung an die Reha-Beratung zur Anerkennungsprüfung teilweise nach Rücksprache mit den Reha-spezifischen Mitarbeitenden, durch die allgemeinen Vermittlungsfachkräfte. Die Betreuung nach der Anerkennung des Reha-Bedarfes und ggf. einer absolvierten Maßnahme realisieren die speziell für Reha-Kundinnen und -Kunden zuständigen Mitarbeitende der Grundsicherungsstellen.

In einem großen Teil der befragten Grundsicherungsstellen existierten weder ein eigenes Reha-Team noch spezifische Reha-Fachkräfte. Die Identifikation potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, deren Weiterleitung zur Anerkennungs- und Zuständigkeitsprüfung an die Reha-Beratung sowie deren Vermittlung nach Anerkennung des Reha-Bedarfes ist in diesem Modell die Querschnittsaufgabe aller Vermittlerinnen und Vermittler. In zwei dieser Grundsicherungsstellen gilt jedoch jeweils eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter als informeller Ansprechpartner in Bezug auf das Thema berufliche Rehabilitation für die Mitarbeitenden der Grundsicherungsstelle und der Agentur für Arbeit. Diese verfügen in der Regel durch frühere Beschäftigungsverhältnisse in der Arbeitsagentur bereits über Bezug zur Reha-Beratung und Erfahrungen mit den Prozessen.

Lediglich in drei Grundsicherungsstellen waren eigenständige Reha- und/oder SB-Teams eingesetzt, die für die Vermittlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zuständig waren. Wenn Reha-Spezialistinnen und -Spezialisten in der Grundsicherungsstelle existieren, waren es typischerweise je eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter, die pro Team für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zuständig waren. In wenigen Grundsicherungsstellen war lediglich eine Fachkraft für mehrere Teams mit dieser spezifischen Aufgabe vertraut.

Die Konzepte des auf die berufliche Rehabilitation bezogenen Qualitätsmanagements unterscheiden sich zwischen den Agenturen für Arbeit und den Grundsicherungsstellen erheblich. In der überwiegenden Anzahl der befragten Grundsicherungsstellen finden keine regelmäßigen Reha-bezogenen Dienstbesprechungen statt. Themen der beruflichen Rehabilitation finden lediglich bei Einführung von allen Mitarbeitenden betreffenden Neuerungen Berücksichtigung. Reha-bezogene Schulungen werden ebenfalls selten und unregelmäßig durchgeführt, wenn dann vorwiegend bei Einsatz von Reha-spezifischen Mitarbeitenden. In zwei Grundsicherungsstellen wurde darüber hinaus explizit auf die geringe Relevanz der beruflichen Rehabilitation im Gesamtaufgabenspektrum verwiesen, die den Umgang mit dem Thema entsprechend beeinflusse.

Ein Reha-bezogenes Controlling wird in keiner der befragten Grundsicherungsstellen durchgeführt, sodass Reha-Kundinnen und -Kunden in die allgemeinen Kennzahlen eingehen und auf diese Weise nicht gesondert nachgehalten werden. Lediglich Kundinnen und Kunden, die zum Zeitpunkt des Maßnahmenaustritts dem Rechtskreis SGB III zuzuordnen waren und später in den Rechtskreis SGB II wechselten, gehen weiterhin in die Kennzahlen der Arbeitsagentur mit ein.

Die institutionelle Zusammenarbeit zwischen Arbeitsagenturen und Grundsicherungsstellen verläuft in etwa zwei Dritteln der untersuchten Fälle gut. Eine Varianz der Qualität der Kooperation ist sowohl zwischen den Agenturen für Arbeit als auch innerhalb der Agenturen mit verschiedenen Grundsicherungsstellen zu erkennen. Räumliche Nähe zwischen der Arbeitsagentur und der Grundsicherungsstelle sowie persönliche Kontakte zwischen den Mitarbeitenden der Reha-Teams und der Grundsicherungsstelle, häufig resultierend aus ehemaligen gemeinsamen Beschäftigungsbezügen, wurden als eine zielführende Zusammenarbeit begünstigende Faktoren benannt. Neben formellen Formen der Kooperation ist in diesen Fällen auch informeller Austausch möglich. Der letztgenannte Aspekt führt jedoch dazu, dass die Qualität der Kooperation stark personenabhängig ist. So kann auch innerhalb eines Agenturbezirks die Zusammenarbeit mit einer Grundsicherungsstelle je nach den persönlichen Kontakten zwischen den Kolleginnen und Kollegen von Mitarbeitenden zu Mitarbeitenden variieren. In einem Viertel der in die Fallstudien einbezogenen Agenturbezirke finden regelmäßig, typischerweise ein bis zweimal im Jahr, gemeinsame Besprechungen zwischen dem Reha/SB-Team der Arbeitsagentur und den Grundsicherungsstellen zur Verbesserung der Zugangssteuerung und des Prozessverlaufs statt.

Als Faktoren, die eine Kooperation eher beeinträchtigen, wurden die räumliche Trennung zwischen Arbeitsagentur und Grundsicherungsstellen, die erschwerte Kommunikation durch die Nutzung verschiedener Computersysteme²⁵ sowie persönliche Differenzen zwischen den Mitarbeitenden identifiziert.

²⁵ Falls verschiedene Computersysteme genutzt werden.

3.3 Ergebnisse der E-Mail-Befragungen zu Organisation und Rahmenbedingungen der Reha-Prozesse

Struktur der Reha-Teams

I. d. R. verfügten die Agenturen über genau ein Reha-Team, lediglich in drei von 63 Agenturen war der Reha-Bereich in zwei Teams differenziert. Neben den Team-Leitungen und den Reha-Beraterinnen und -Beratern waren bis auf wenige Ausnahmen Reha-Vermittlerinnen und -Vermittler und meistens mehrere Reha-Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter in das Team integriert. Zu gut einem Viertel der Teams gehörte ein Arbeitgeberservice-Reha. Die jeweilige Personalbesetzung schwankt je nach Größe der Agentur stark (vgl. Tabelle 3). In einem Drittel der Reha-Teams kommen im Umfang von durchschnittlich knapp zweieinhalb Stellen weitere Mitarbeitende hinzu.

Zusammensetzung der Reha-Teams	Teil des Teams	Stellenzahl wenn im Team (Vollzeitäquivalente)			
		Mittelwert	Varianz	Min.	Max.
Leitungen Reha-Team	100,0 %	1,0	0,0	0,5	2,0
Reha-Berater/-innen	100,0 %	5,5	11,5	1,8	19,0
Reha-Vermittler/-innen	93,7 %	3,8	4,2	0,5	10,0
Reha-Sachbearbeitung	82,5 %	4,5	6,0	1,0	12,2
Arbeitgeberservice-Reha	28,6 %	1,2	0,3	0,5	2,0
Weitere	33,3 %	2,4	13,2	0,0	14,5

Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 63)

Tabelle 3 Zusammensetzung der Reha-Teams

Ob die Reha-Teams mit anderen Akteuren der Agentur einen gesonderten Bereich bilden, variiert (dies ist in 41,3 % der Fälle). Aber auch die Zusammensetzung der Akteure dieses Bereichs ist vielfältig. So gehört in 25,4 % die Berufsberatung/Ausbildungsvermittlung zum Team, in 21,0 % die Eingangszone, in 16,4 % die Arbeitsvermittlung, in 14,5 % der Arbeitgeberservice und in 20,6 % noch andere Akteure, darunter z. B. Arbeitnehmerleistung, Hochschulteam, Träger-Leistungsteams, AV-Akademikerteam oder zielgruppenorientierte Teams.²⁶

Die Reha-Beraterinnen und Berater

Ein Teil der Reha-Beraterinnen und Berater ist auf Fälle der Wiedereingliederung (15,0 %) oder Ersteingliederung (32,5 %) spezialisiert, in knapp einem Drittel der Fälle (30,6 %) liegt der Anteil der Wiedereingliederungsfälle zwischen 10 und 30 % (vgl. Tabelle A5 im Anhang). Die Beratungsfachkräfte sind zu 59,0 % weiblich und i. d. R. (85,4 %) vollzeitbeschäftigt, wobei die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Frauen unter der von Männern liegt (35,8 Std. gegenüber 39,2 Std.).

Die Zeit, die die Reha-Beraterinnen und -Berater pro Rehabilitanden oder Rehabilitandin haben, variiert deutlich. Sie waren zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich für 304 Kun-

²⁶ Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 62 bis 63), einzelne widersprüchliche Angaben.

dinnen und Kunden zuständig, davon für 234 anerkannte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, darunter 69 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, mit denen sie im letzten Monat Kontakt hatten. Die Zahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden je Stunde Wochenarbeitszeit reicht von 0,5 bis 18,4 (Durchschnitt (\bar{x}) = 6,3, Standardabweichung (σ) = 2,5), zum Anteil der Wieder- bzw. Ersteingliederungsfälle besteht kein signifikanter Zusammenhang (vgl. Tabellen A6 und A7 im Anhang).

Die antwortenden Reha-Beraterinnen und Berater übten diese Tätigkeit zwischen einem halben und 31 Jahren aus (\bar{x} = 10,5, σ = 8,2). Ihre Abschlüsse und beruflichen Vorerfahrungen variieren (vgl. Tabelle A8 im Anhang). Es gab nur wenige Fälle (ca. 5 %), für die keine relevanten Vorerfahrungen genannt wurden oder bei denen die genannten Vorerfahrungen keinen unmittelbaren Bezug zur Reha-Beratung erkennen ließen.²⁷ 7,1 % der Antwortenden hatten nach eigenen Angaben bislang keine speziellen Schulungen zur Reha-Beratung erhalten,²⁸ was ein deutlich höherer Wert ist als die entsprechende Angabe der Reha-Teamleitungen hierzu.²⁹ Die Reha-Beraterinnen und -Berater verfügen bis auf wenige Ausnahmen (4,8 %) über unbefristete Verträge, die Personalfuktuation beträgt innerhalb von zwei Jahren 25,7 %.³⁰

Organisation Reha-bezogener Aufgaben in Grundsicherungsstellen

Die Agenturbezirke, zu denen Angaben der Reha-Teamleitungen vorliegen, umfassen insgesamt 179 Grundsicherungsstellen. Hiervon haben 55,9 % die gesamte Ausbildungsvermittlung an die Agentur rückübertragen,³¹ zzgl. weiterer 5,6 %, die nur die Ausbildungsvermittlung von Reha-Fällen an ihre Agenturen rückübertragen haben. Für 17,3 % der Grundsicherungsstellen (teils sich mit den zuvor genannten überschneidend) werden andere Formen der Rückübertragung angegeben, insbesondere die Reha-Sachbearbeitung, jedoch sind die offenen Ausführungen zur genauen Art der Rückübertragung nicht immer eindeutig.³² Nach Angaben der befragten Grundsicherungsstellen (deren Netto-Stichprobe nicht mit jener der Teamleitungen deckungsgleich ist), wurde in 40,4 % der Fälle die gesamte Ausbildungsvermittlung rückübertragen, in 4,5 % der Fälle nur von Reha-Fällen. In 20,2 % der Fälle beschreiben die Grundsicherungsstellen andere vielfältige Formen der Rückübertragung an die Agenturen, z. B.

- Optionen für Rückübertragungen im Einzelfall,

²⁷ Z. B. „Ausbildung Diplomkaufmann“, „Lehrer“ oder „Dipl. Ing.“ Unter „Anderes“ ansonsten , mehrfach „Berufsberater“ geschrieben, wenn keine der vorgegebenen Kategorien angegeben wurden.

²⁸ Wenn Reha-Schulungen erhalten, dann \bar{x} 238 Std. (σ = 167 Std.), unplausibel hohe Werte (zwischen 1 000 und 40 000 Std.) als fehlende Werte betrachtet.

²⁹ Nach Angaben der Reha-Teamleitungen haben von den aktuellen Reha-Beraterinnen und -Beratern nur 10 noch keine Schulungen begonnen, 106 die Schulungen teilweise absolviert und 234 vollständig. Die Angabe zu noch nicht begonnenen Schulungen ließen sie in 44 % der Fälle aus.

³⁰ Verhältnis von Personalwechselln innerhalb der letzten zwei Jahre und Zahl aktueller Reha-Beraterinnen und -Berater. (Quelle: Befragung von Reha-Teamleitungen)

³¹ Vgl. Abschnitt 3.1

³² So werden z. B. von zwei Teamleitungen Bürogemeinschaften mit SGB II-Mitarbeitenden und dem Reha-Team oder Kreisgebietsreformen unter „andere Form der Rückübertragung“ aufgeführt. Die Validität der Angaben ist mit Vorsicht zu sehen, da mehrere Teamleitungen auch widersprüchliche Angaben machten.

- die Rückübertragung der beruflichen Rehabilitation insgesamt,
- die Rückübertragung der Ausbildungsvermittlung nur für Schulabgänger für die Dauer eines Monats,
- die Rückübertragung für LTA für Aufstocker,
- eine Rückübertragung nur an eine von mehreren Agenturen oder
- die Rückübertragung der Ausbildungsstellenvermittlung ohne Rehabilitanden.

Nur in 28,1 % der Grundsicherungsstellen sind gesonderte Reha-Teams organisiert, häufiger ist, dass die Betreuung Aufgabe der allgemeinen Fallmanagerinnen und Fallmanager bzw. der persönlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (pAp) ist (46,1 %) oder dass es spezialisierte Reha-Vermittlerinnen und -Vermittler gibt (41,6 %), die jedoch nicht immer in ein gesondertes Team integriert sind. Fachstellen zur Beratung der Mitarbeitenden zu Fragen der Rehabilitation bzw. LTA gibt es ebenfalls in 41,6 % der Grundsicherungsstellen. In offenen Angaben zu anderen Organisationsformen der Betreuung wird mehrfach das Muster genannt, dass in jedem der Teams ein bis zwei Fallmanagerinnen oder Fallmanager arbeiten, die für Schwerbehinderte oder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gesondert geschult sind, teils jedoch auch darüber hinaus weitere Kundinnen und Kunden betreuen. Teil der Reha-Teams der Grundsicherungsstellen sind vor allem Reha-Vermittlerinnen und -Vermittler (24,7 % aller 89 Fälle), seltener auch eine Reha-Sachbearbeitung (11,2 %) oder ein Arbeitgeberservice-Reha (4,5 %). Wenn ein Reha-Team vorhanden ist, dann ist es doppelt so häufig als Teilbereich innerhalb der Arbeitsvermittlung angesiedelt wie als eigenständiger Bereich parallel zu allgemeinen Arbeitsvermittlung.³³

Stellenwert Reha

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl in der Wiedereingliederung als auch in der Ersteingliederung werden in fast allen Agenturen als (eher) wirksames und (eher) lohnendes Instrument betrachtet und es besteht weitgehend ein Konsens darüber, dass alle im Sinn von § 19 SGB III behinderten Kundinnen und Kunden eine umfangreiche und qualitativ hochwertige Förderung mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten sollen. Dennoch ist der Stellenwert der Rehabilitation im Vergleich zu anderen Aufgaben der Agenturen stark von Agentur zu Agentur unterschiedlich hoch: In 12,7 % der Fälle wird nach Einschätzung der Reha-Teamleitungen die Rehabilitation seitens der Geschäftsführung und anderer Akteure als nachrangig gesehen, in 20,6 % der Fälle ist dies nicht zutreffend. Ähnlich stark streut, ob die finanziellen Mittel der Agenturen als gerade noch hinreichend für die Erbringung von Pflichtleistungen zu betrachten sind (17,5 % zutreffend, 15,9 % nicht zutreffend) (vgl. Abbildung 4). Ob die über die Pflichtleistungen hinausgehenden Mittel eher für die Förderung in anderen Fallgestaltungen genutzt werden, bei denen die Wirkung größer ist als in der Rehabilitation, hängt einerseits von der finanziellen Ausstat-

³³ Quelle: Befragung von Grundsicherungsstellen

tung ab, aber auch von der Wertschätzung der Rehabilitation in der Agentur (vgl. Tabelle A9 im Anhang).

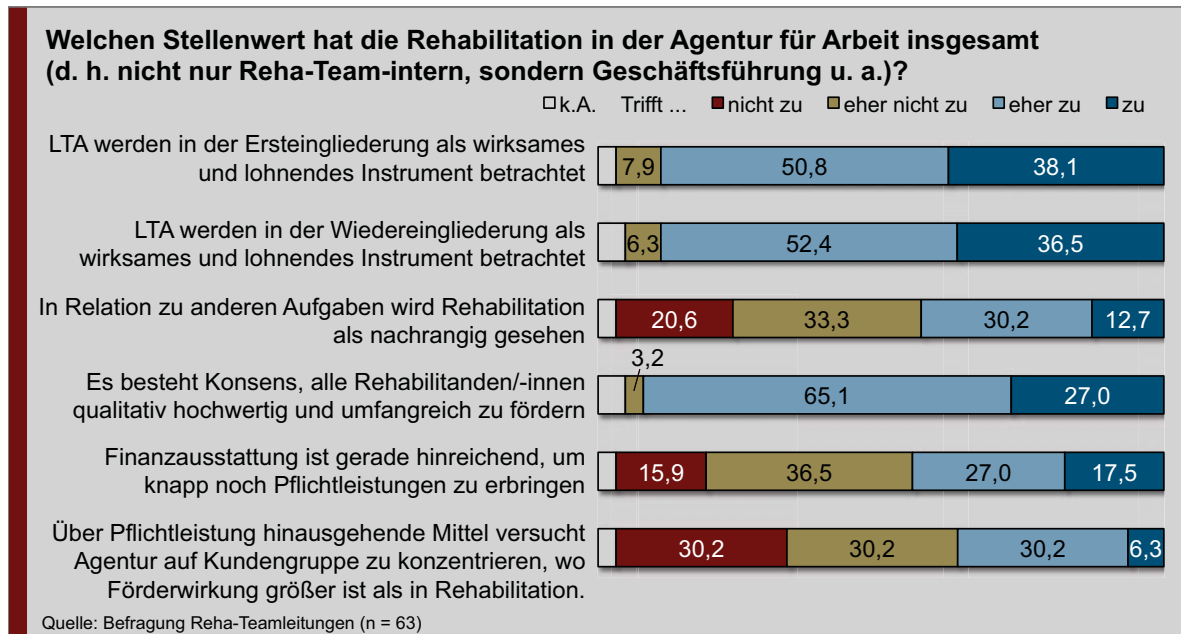


Abbildung 4 Stellenwert der Rehabilitation

Der Stellenwert der Rehabilitation in den Grundsicherungsstellen wird von diesen ähnlich stark variierend beschrieben. Im Vergleich mit den Angaben der Reha-Teamleitungen lässt sich keine eindeutige Aussage treffen, ob der Stellenwert dort höher oder niedriger bewertet wird, da dies für einzelne Items unterschiedlich ist (vgl. Tabelle A10 im Anhang).

Kooperation innerhalb der Agentur und mit den Grundsicherungsstellen

Die Beziehungen der Reha-Teams zu anderen Akteuren innerhalb der Agentur werden von diesen sehr unterschiedlich beurteilt. 20,6 % der Reha-Teamleitungen, die diese als besonders produktiv beschreiben, stehen 14,3 % gegenüber, die sie als besonders problematisch bewerten. Die offenen Ausführungen hierzu problematisieren mehrfach die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeberservice³⁴ oder das Controlling, welches nur einen unzureichenden Bereich der sinnvollen Aufgabenerledigung abbilden würde. Die positiven Ausführungen zur Zusammenarbeit innerhalb der Agentur nennen die Akteure, mit denen die Zusammenarbeit in diesen Fällen gut läuft (darunter auch mehrfach der AGS), die Art der

³⁴ Für drei längere Ausführungen hierzu kann folgende exemplarisch zitiert werden: „besonders problematisch gestaltet sich die Beziehung zum allgemeinen Arbeitgeberservice der Agentur, der Druck der Geschäftsleitung wegen geschäftspolitischer Ziele auf den Arbeitgeberservice verhindert die Einbeziehung besonderer Personengruppen wie Rehabilitanden und Schwerbehinderte in den Arbeitgeber-orientierten Vermittlungsprozess. Mitverantwortung für die Zielerreichung im Reha-Prozess wird durch AGS und Geschäftsleitung ignoriert. Deshalb ist Personalausstattung des AGS-Reha SB vollkommen unzureichend und von der fachlichen Qualität der Mitarbeiter nicht annähernd auf die besonderen Bedürfnisse der Rehabilitanden abgestimmt (überwiegend befristete Mitarbeiter ohne Erfahrung im Bereich Reha/SB beschäftigt)“.

Zusammenarbeit wird dort jedoch selten weiter beschrieben.³⁵ Inwieweit eine Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeberservice, den Arbeits- oder Reha-Vermittlerinnen und -Vermittlern erfolgt, wird in Tabelle A11 im Anhang dokumentiert.

Die Zusammenarbeit mit den Grundsicherungsstellen wird von Reha-Teamleitungen doppelt so häufig als besonders problematisch beschrieben (20,3 %) wie sie besonders produktiv genannt wird (9,4 %). Negative offene Ausführungen hierzu beziehen sich auf das Fehlen spezialisierter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, wenig Teamberatungen oder den Sachverhalt, dass das Jobcenter aus Geldmangel keine Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mehr schickt. Probleme können sich auch aus unterschiedlichen Auffassungen³⁶ zu statistischen Kennziffern ergeben, die sich auf den rehaspezifischen Integrationsgrad³⁷ auswirken. Positive Ausführungen zur Kooperation mit den Grundsicherungsstellen gehen z. B. ein auf einen regelmäßigen Datenaustausch, Teamberatungen, Abstimmung über die Teilnahme an Reha-Maßnahmen im Vorfeld (so dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf eine verbindliche Entscheidung bauen können) oder auf eigene Reha-Bereiche im Jobcenter mit qualifizierten Mitarbeitenden, die zur Identifizierung potenzieller Reha-Fälle beitragen.

Die Grundsicherungsstellen wurden ihrerseits gebeten, Angaben zum Formalisierungsgrad der Kommunikation mit der Agentur, dem Beginn der Abstimmung oder dem Einbezug ihres Know-hows zu machen. Ihre Beschreibung der Zusammenarbeit mit der Agentur streut deutlich und ist in Tabelle A12 im Anhang dokumentiert.

Kooperation Trägerlandschaft

Die Angaben der Reha-Teamleitungen zu den jeweiligen lokalen Rahmenbedingungen zeigen, dass nicht per se davon ausgegangen werden kann, dass sich die Struktur der (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an allen Standorten gleicht. 7,9 % der Agenturen weisen nach ihnen ein besonderes lokales Angebot (z. B. auf Sehbehinderungen spezialisierte Einrichtungen) auf, aufgrund derer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von außerhalb in den Agenturbezirk kommen, was sich deutlich auf die Struktur auswirke (zzgl. weitere 31,7 % auf die dies eher zutrifft). Und nach Einschätzungen aus 9,5 % der Agenturbezirke ist der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an der Bevölkerung aufgrund einer hohen Abwanderung von Menschen ohne Behinderungen überdurchschnittlich hoch (vgl. Abbildung 5).

³⁵ Eine Ausnahme dokumentiert folgendes Zitat: „Seit Intensivierung des Absolventenmanagements und Einführung Rehaspezi. im AGS enge Kontakte und gegenseitige höhere Akzeptanz der Arbeit für die besondere Personengruppe. Im Ergebnis bessere Integrationserfolge trotz schwieriger werdenden Klientel“.

³⁶ Als Beispiel wird hierzu ausgeführt: „Sofortige Umstellung des Kd. als SGB II Kunden bei Antragstellung ALG II, dadurch Kd. bei Austritt aus Maßnahme nicht SGB III, folglich zählt dann für die AA nicht als Integration bei Arbeitsaufnahme im Zeitraum 6 Monate nach Austritt aus Hauptmaßnahme; Zeitpunkt des möglichen Leistungsbegehrens wird von den SGB II-Trägern außer Acht gelassen.“

³⁷ „Der ‚rehaspezifische Integrationsgrad‘ gibt das Verhältnis von Integrationen zu den potenziell integrierbaren Rehabilitanden nach erfolgter Rehabilitationsmaßnahme an und ermöglicht damit eine Beurteilung der Integrationsleistung innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Hauptmaßnahme.“ BA (2011c) S. 16. Er ist Teil des BA-internen Zielsystems.

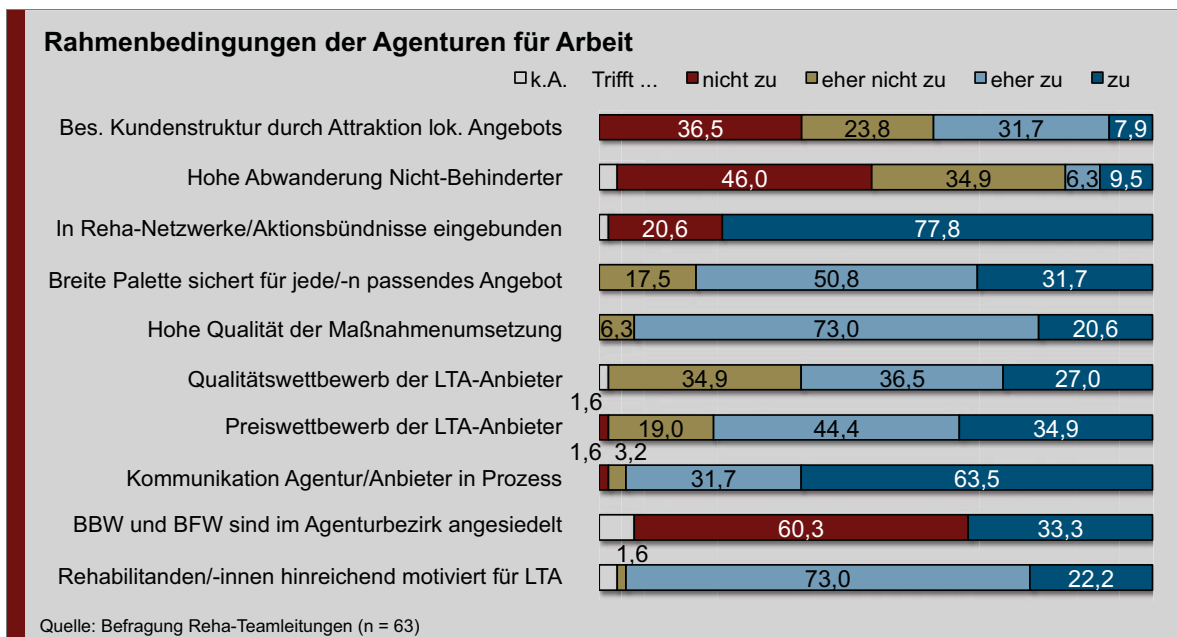


Abbildung 5 Rahmenbedingungen der Agenturen

Die Angebots- bzw. Anbieterstruktur der LTA wird seitens der meisten Reha-Teamleitungen differenziert nach unterschiedlichen Aspekten positiv bewertet. Hierzu zählt die Breite der Angebotspalette und die hohe Qualität der Maßnahmenumsetzung (statistisch in Zusammenhang stehend mit einem Qualitätswettbewerb der Anbieter³⁸). Doch in 17,5 % der Agenturen ist die Angebotspalette eher nicht hinreichend, um für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein passendes Angebot zu sichern.

Unter den Reha-Beraterinnen und -Beratern sind kritische Einschätzungen zur Angebotspalette und zur Umsetzungsqualität häufiger als unter den Reha-Teamleitungen (vgl. Tabelle A13 im Anhang). Die Angaben der Grundsicherungsstellen zu ihren Rahmenbedingungen sind mit denen der Agenturen weitgehend vergleichbar. Allerdings ist der Anteil der Grundsicherungsstellen deutlich geringer, die aufgrund der Bevölkerungsmobilität eine besondere Struktur oder Anzahl der potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden annehmen. Im Vergleich zu den Reha-Teamleitungen bewerten sie die Angebotspalette ebenso wie die Reha-Beraterinnen und -Berater etwas kritischer, d. h. weniger gehen davon aus, dass für jeden oder jede ein passendes Angebot an LTA besteht (vgl. Tabelle A14 im Anhang).

³⁸ Spearman-Rho = 0,553, Signifikant auf dem Niveau 0,01

4 Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

4.1 Untersuchungsgegenstand

LTA zielen auf eine schnelle und nachhaltige Integration in Erwerbstätigkeit. Wesentliche Voraussetzung dafür ist eine zeitnahe Identifikation eines potenziellen Reha-Bedarfes und die Überprüfung dessen durch die Reha-Beratung.³⁹

In der Ersteingliederung erfolgt der Zugang zur Reha-Beratung vorwiegend über die Berufsorientierung und -beratung in den Förderschulen, die gemäß der Schulzuständigkeit der Reha-Beratung rechtskreisübergreifend durchgeführt werden.⁴⁰ Berufsorientierende Veranstaltungen sind klassenbezogene Schulbesprechungen, Besuche des BiZ/BiZmobil und Elternveranstaltungen. Des Weiteren sind individuelle Beratungsgespräche für die Schülerinnen und Schüler anzubieten. Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen werden zudem in Regelschulen betreut, sodass der Zugang ebenfalls über die Berufsberatung der Teams U25 erfolgen kann. Indikatoren für das Bestehen eines potenziellen Reha-Bedarfes sind „ein bereits in der Schule festgestellter sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf ..., Behinderungen für die ein Grad der Behinderung (GdB) anerkannt ist oder sonstige Einschränkungen der kognitiven oder körperlichen Leistungsfähigkeit bzw. der seelischen Gesundheit“.⁴¹

In der Wiedereingliederung erfolgt die Betreuung von Kundinnen und Kunden, „die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen ihren [erlernten] Beruf oder ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können“.⁴² Weitere Hinweise auf einen potenziellen Reha-Bedarf sind ein anerkannter Grad der Behinderung oder Empfehlungen aus einer medizinischen Rehabilitation heraus.⁴³ Ziel der beruflichen Rehabilitation ist die Sicherung des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses oder die Reintegration in den Arbeitsmarkt. In der Eingangszone bzw. dem Service-Center findet bei Zugang einer Kundin bzw. eines Kunden eine erste Anliegensklärung und Weiterleitung an den zuständigen Ansprechpartner statt. Der Zugang zur Reha-Beratung erfolgt für die betrachtete Kundengruppe anschließend vornehmlich über die Arbeitsvermittlungsteams der Arbeitsagentur und Grundsicherungsstellen, die in den Beratungsgesprächen entsprechende Beeinträchtigungen identifizieren und das Reha-Verfahren initiieren.⁴⁴

Der Zugang zur Reha-Beratung kann zusätzlich auf Initiative der Kundinnen und Kunden erfolgen, wenn sie bzw. er explizit um Reha-spezifische Leistungen bittet. Die Identifikation von Reha-Fällen von Fremdkostenträgern erfolgt in der Eingangszone, dem Service-Center und von den Vermittlungsteams der Arbeitsagenturen und Grundsicherungsstellen.

³⁹ Vgl. BA (2008a)

⁴⁰ Vgl. BA (2010a): S. 8

⁴¹ BA (2010c): S. 5

⁴² BA (2010a): S. 8

⁴³ Vgl. BA (2010c): S. 7

⁴⁴ Vgl. BA (2010a): S. 8

Die Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben (Schröder et al., 2009) verwies auf zwei Studien (ISR/infas/WZB 2008, Schubert et al. 2007), die Erkenntnisse zum Zugang zur Reha-Beratung ausgehend von den Grundsicherungsstellen liefern. Beide Studien verwiesen auf eine nachrangige Stellung der beruflichen Rehabilitation bei den SGB II-Trägern und einer damit einhergehenden unzureichenden Identifikation von potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Schubert et al. geben die vielfache Beschäftigung von fachfremden Mitarbeitenden sowie die Konkurrenz der Zielausrichtung des SGB II und der beruflichen Rehabilitation als mögliche Gründe seitens der Träger der Grundsicherung an.⁴⁵

4.2 Querauswertungen der Fallstudien

4.2.1 Ersteingliederung

Der Zugang zur Reha-Beratung erfolgte in der Ersteingliederung in allen Agenturbezirken für den überwiegenden Teil der Kundinnen und Kunden über die rechtskreisübergreifende Berufsorientierung und -beratung in den Förderschulen im Rahmen der Schulzuständigkeit der Reha-Beratungen. In der Ausgestaltung der Berufsorientierung war in den Fallstudien eine leichte Varianz zu erkennen. Obgleich alle Akteure Gruppenveranstaltungen in den Schulen, Elternabende und anschließend individuelle Beratungsgespräche anboten, bestanden zum Einstiegszeitpunkt der Berufsorientierung Unterschiede. In etwa zwei Drittel der Fallstudien begann die Berufsorientierung bereits in den Vorabgangsklassen, während in den restlichen Agenturen die Angebote erst zu Beginn der Abschlussklasse einsetzten. Lediglich zwei Agenturen nannten neben den bereits beschriebenen Angeboten der Berufsorientierung den Besuch des BiZ/BiZmobil. In einem Agenturbezirk wurde in den Vorabgangsklassen zudem ein Assessment angeboten, dessen Ergebnisse im Rahmen der Berufsorientierung genutzt wurden. Im Anschluss an das Beratungsgespräch zwischen der Reha-Beratung und den Kundinnen und Kunden und gegebenenfalls deren Eltern sowie den Lehrkräften erfolgt bei Zustimmung der Kundinnen und Kunden die Beauftragung des psychologischen Gutachtens und somit die Einleitung des Anerkennungsverfahrens.

Im Rahmen der Berufsorientierung der Reha-Beratungen in den Förderschulen gibt es nach Einschätzung der befragten Akteure aufgrund der rechtskreisübergreifenden Beratung der Beraterinnen und Berater keine Schwierigkeiten, sodass alle potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden identifiziert werden und nahtlos Zugang zur individuellen Reha-Beratung erhalten.

Eine weitere in allen Fallstudien benannte Zugangsstation im Rahmen der Ersteingliederung ist die Berufsberatung der Teams U25 der Agenturen für Arbeit in Regelschulen, an der jedoch lediglich ein geringerer Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden identifiziert wird.

⁴⁵ Schubert et al. (2009): S. 34

Potenzielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rechtskreis SGB II erhalten ebenso wie im SGB III vorwiegend über die Berufsorientierung und -beratung der Arbeitsagentur Zugang zur Reha-Beratung. Die Identifikation des potenziellen Reha-Bedarfes erfolgt nur in Ausnahmefällen durch die U25- oder Vermittlungsteams der Grundsicherungsstellen, beispielsweise bei zugezogenen Kundinnen und Kunden oder Jugendlichen, die bereits Kontakt zur Reha-Beratung hatten, ein Verfahren jedoch zunächst abgelehnt oder abgebrochen haben.

Identifizieren die Berufsberaterinnen und -berater der Agenturen oder die Vermittlungsfachkräfte der Grundsicherungsstellen im Beratungsgespräch einen potenziellen Handlungsbedarf erfolgt zur Abklärung die Beauftragung der Fachdienste. Bestätigen die Gutachten diese Vermutung, werden die Kundinnen und Kunden zur Anerkennungs- und Zuständigkeitsprüfung an die Reha-Beratung weitergeleitet.

Zwei der befragten Grundsicherungsstellen forderten vor Beauftragung des Ärztlichen Dienstes Atteste bzw. Gutachten direkt von den Kundinnen und Kunden ein. Kommen sie der Aufforderung nicht nach, gelten sie (bis auf Weiteres) als nicht beeinträchtigt, auch wenn die Mitarbeitenden der Grundsicherungsstellen zuvor eine Beeinträchtigung vermuteten (und deshalb Atteste bzw. Gutachten einforderten). Durch dieses Vorgehen verzögert sich die Weiterleitung an die Reha-Beratung teils erheblich, da bei Fachärzten häufig Wartezeiten von einem halben Jahr bestehen.

Konkrete Hilfsmittel zur Unterstützung der Identifikation stehen der Berufsberatung oder den Vermittlungsfachkräften der Grundsicherungsstellen nach Aussage der befragten Akteure nicht zur Verfügung. Lediglich in einer Grundsicherungsstelle existierte eine Checkliste, die zur Prüfung eines möglichen Rehabilitationsbedarfes eingesetzt wird.

Die Sensibilisierung der Berufsberaterinnen und -berater der Agenturen sowie der Vermittlerinnen und Vermittler der Grundsicherungsstellen für das Erkennen potenzieller Reha-Bedarfe wurde in den Fallstudien unterschiedlich eingeschätzt. In den wenigsten Regionen seien die Mitarbeitenden ausreichend geschult und für die Identifikation potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hinreichend sensibilisiert. In der Mehrheit der in Fallstudien untersuchten Regionen muss davon ausgegangen werden, dass an diesen Zugangstationen aufgrund mangelnder Kenntnisse nicht alle Personen, die von der Ausgangssituation Recht auf Zugang zur Reha-Beratung haben, identifiziert werden. Ein zweiter Problemkreis ist der Zeitpunkt der Identifikation. Es wurde darauf verwiesen, dass die Identifikation des potenziellen Handlungsbedarfes und Weiterleitung an die Reha-Beratung vielfach zu spät erfolge. Zu diesem Zeitpunkt, in der Regel im zweiten Schulhalbjahr der Abschlussklasse, sei die Mehrzahl der Maßnahmenplätze bereits belegt. Spielräume bezüglich der Entscheidung über die Weiterleitung von potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an die Reha-Beratung bestehen nach Einschätzung der Akteure in der Erst-

eingliederung kaum. Sobald Gutachten beauftragt werden, gäben diese eindeutige Hinweise.

Weitere Zugangsstationen in der Ersteingliederung wurden genannt, die quantitativ aber nur geringe Bedeutung haben. Hierzu zählen stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Einrichtungen der Jugendhilfe oder das Berufsvorbereitungsjahr sowie die Eingangszone der Arbeitsagenturen, wenn die Kunden eindeutige, auf einen Reha-Bedarf deutende Angaben machen. Zudem wurde in drei Agenturbezirken genannt, dass manche Reha-bezogenen Handlungsbedarfe erst in Maßnahmen erkennbar werden, z. B. in der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB).

Der Zugang zur Reha-Beratung erfolgt nach Einschätzung der befragten Akteure vorwiegend auf Initiative der Akteure der Arbeitsverwaltungen und Schulen. Jugendliche und teils deren Eltern würden die Fähigkeiten typischerweise besser einschätzen als sie tatsächlich sind und sähen daher typischerweise selten von sich aus Bedarf für eine berufliche Rehabilitation. Lehnen Jugendliche oder deren Eltern die Reha-Beratung ab, erfolgt unter Betonung der Rehabilitationsfreiwilligkeit als oberste Prämisse des Zugangs keine Einleitung des Reha-Verfahrens. Lediglich in vier Fallstudien wurde von der Initiative der Schülerinnen und Schüler bzw. deren Eltern beim Zugang zur Reha-Beratung berichtet. In diesen Fällen ging es meist um den Zugang aus Regelschulen. So wurde in einer Agentur geschätzt, dass bei 80 % der Schülerinnen und Schüler von Regelschulen der Zugang auf Initiative der Schülerinnen und Schüler bzw. deren Eltern erfolge. Zudem erbitten in seltenen Fällen Eltern ein Reha-Verfahren. Wenn dann sind das meist Fälle, in denen sich Eltern vorab über ausgewählte Maßnahmen (z. B. im Berufsbildungswerk) informierten und ihrem Kind den Zugang in diese Einrichtungen ermöglichen möchten.

4.2.2 Wiedereingliederung

In den Agenturen für Arbeit erhielt die Mehrheit der Kundinnen und Kunden der Wiedereingliederung den Zugang zur Reha-Beratung durch die allgemeinen Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler, die einen potenziellen Reha-Bedarf im Zuge ihrer Beratungs- und Vermittlungstätigkeit erkannten. Hinweise auf die Notwendigkeit einer beruflichen Rehabilitation sind gegeben, wenn gesundheitliche Einschränkungen die Ausübung der bisherigen Tätigkeit verhindern und die Teilhabe am Arbeitsleben beeinträchtigen. Dies wird bei der Erstellung des Profilings, bei Scheitern von Vermittlungsbemühungen oder bei auftretenden Problemen in Maßnahmen deutlich. In keiner Fallstudie wurde auf systematische Verfahren zur Unterstützung der Identifikation durch die Vermittlungsteams verwiesen. Vielmehr hänge das Erkennen eines potenziellen Reha-Bedarfes von der Berufserfahrung und der Sensibilisierung der Mitarbeitenden ab. Bei Verdacht auf Notwendigkeit der beruflichen Rehabilitation erfolgte die Abklärung dessen über die Einleitung von Gutachten bei den Fachdiensten. In fünf Agenturen waren auch aussagekräftige, von Kundinnen und Kunden vorgelegte Gutachten für die Entscheidung über die Weiterleitung an die Reha-Beratung

zugelassen. Bestätigen die Gutachten die Vermutung der Vermittlerin/des Vermittlers, erfolgt die Weiterleitung der Kundinnen und Kunden an das Reha-Team zur Anerkennungs- und Zuständigkeitsprüfung.

Spielräume hinsichtlich der Weiterleitung an die Reha-Beratung bestanden für die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler kaum, da die beauftragten Gutachten eindeutige Hinweise gaben. Lediglich vier Agenturen verwiesen auf Entscheidungsspielräume, die sich vornehmlich bei psychischen Störungen oder multiplen Vermittlungshemmnissen ergaben.

Die Qualität der Identifikation durch die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler in den Agenturen für Arbeit wurde unterschiedlich eingeschätzt. Im Großen und Ganzen funktioniere die Erkennung und Weiterleitung von potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gut, auch wenn nicht immer alle Reha-Bedarfe erkannt würden. Insbesondere Personalfluktuation führe dazu, dass neue Mitarbeitende über zu wenig Kenntnisse und Erfahrung in Bezug auf die berufliche Rehabilitation verfügen. Teilweise komme es auch zu einer verspäteten Weiterleitung zur Anerkennungsprüfung. Dies insbesondere dann, wenn Mitarbeitende den Bedarf zunächst nicht erkennen und Kundinnen bzw. Kunden keine ausreichenden Angaben über ihren Gesundheitszustand machten. In einer Agentur bestand zwischen den Vermittlungsfachkräften und der Reha-Beratung Uneinigkeit darüber, welche Kriterien für die Anerkennung gelten würden, wobei die Vermittlungsfachkräfte die engere Auslegung der Reha-Beratung antizipierten. So gab es Fälle, in denen Vermittlungskräfte nach ihren Kriterien potenzielle Reha-Fälle identifizierten, sie aber nicht zur Prüfung an die Reha-Beratung weiterleiteten, da sie deren Ablehnung vorwegnahmen.

Nur in seltenen Fällen erfolgte der Zugang zur Reha-Beratung innerhalb der Agentur für Arbeit über die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler Reha/SB oder über Dritte (wie andere Rehabilitationsträger oder aus stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation). Die Eingangszone bzw. das Service-Center wurden nur in zwei Fallstudien als Zugangsstation benannt. Kundinnen und Kunden bekämen sofort den Zugang zum Reha-Team, wenn nach Ausfüllen des so genannten „Arbeitspaketes“ ein Reha-Bedarf direkt ersichtlich ist, was jedoch die Ausnahme darstellt.

In allen befragten Grundsicherungsstellen waren die Vermittlungsfachkräfte die wesentliche Zugangsstation zur Reha-Beratung. Lediglich in einer Grundsicherungsstelle fand die Identifikation von potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden darüber hinaus durch eine spezialisierte Fachkraft/Sachbearbeiterin statt, an die Kundinnen und Kunden zur Klärung weitergeleitet wurden, wenn die Vermittlungsfachkräfte sich bzgl. des potenziellen Reha-Bedarfs unsicher waren.

Auch in den meisten Grundsicherungsstellen standen der großen Mehrheit der Vermittlungsfachkräfte keine systematischen, für alle Mitarbeitenden verbindlichen, Handlungsanleitungen zur Unterstützung der Identifikation eines möglichen Reha-Bedarfes zur Verfü-

gung. Auf Basis der Berufserfahrung haben sich Mitarbeitende häufig eigene Verfahrensweisen erarbeitet. Wenn Handreichungen existierten, wurden sie nicht immer genutzt. Nach Aufkommen eines ersten Verdachtes wurde diesem durch die Beauftragung von Gutachten nachgegangen. Teilweise wurden auch von Kundinnen und Kunden vorgelegte Befunde als Entscheidungsbasis über die Weiterleitung anerkannt, wenn sie als ausreichend aussagekräftig eingeschätzt wurden. Nur in einem Jobcenter berichtete eine Vermittlungsfachkraft davon, dass Gutachten mitunter keine eindeutigen Aussagen treffen, sodass sie bei Unsicherheiten zusätzlich auf Maßnahmen der Berufsfindung und -erprobung zurückgreife. Wie zuvor für die Ersteingliederung beschrieben, gilt auch für die Wiedereingliederung, dass zwei Grundsicherungsstellen die Kundinnen und Kunden bei einem vermuteten Reha-Bedarf zunächst auffordern, eigenständig Atteste oder Gutachten vorzulegen, bevor die Prüfung initiiert wird.

Nach Einschätzung nahezu aller Reha-Beratungsfachkräfte werden in den Grundsicherungsstellen nicht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkannt, wofür vielfältige Gründe angeführt wurden. Überwiegend wurde kritisiert, dass viele Mitarbeitende aufgrund der hohen Personalfuktuation nicht ausreichend geschult und für das Thema sensibilisiert seien. Zudem führen die hohen Fallzahlen der Vermittlungskräfte dazu, dass für die einzelnen Kundinnen und Kunden zu wenig Zeit zur Verfügung stehe, um Reha-Bedarfe zu erkennen. Dies gelte insbesondere dann, wenn die Kundinnen und Kunden von sich aus wenig Auskunft geben.

Selbst wenn eine Reha-Vermutung bestand, gaben etwa zwei Drittel der befragten Grundsicherungsstellen zunächst Integrationsbemühungen über allgemeine Maßnahmen den Vorrang vor der Einleitung eines Reha-Verfahrens. Erst bei deren Scheitern erfolgte die Weiterleitung an die Reha-Beratung zur Anerkennungsprüfung. In drei Grundsicherungsstellen wurden die Prämissen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit als Grund für dieses Vorgehen angeführt.

Insbesondere durch die Zumutbarkeitsregelung des SGB II ergäben sich hinsichtlich der Weiterleitung Spielräume, da sich für die Kundinnen und Kunden trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein größeres Spektrum an Beschäftigungsmöglichkeiten eröffnet. Dazu ein Fallmanager:

„Jeder Vermittler kennt seine Leute. Und wenn er denkt, den krieg ich auch in Helfer-Tätigkeiten oder sehe ein anderes Potenzial bei ihm, oder er hat sowieso schon auf einem geförderten Arbeitsmarkt bestimmte Tätigkeiten ausgeübt, wo ich gar keine Reha zu brauche, sondern kann den eigentlich über normale, über das Vermittlungsbudget genauso fördern, dann denke ich, wird er das auch nicht unbedingt machen.“ (JC FM 20)

In einer Agentur gab es zusätzlich die ausdrückliche Anweisung, sogenannte „Langläufer“ sehr genau zu prüfen und ggf. mit Leistungen außerhalb der beruflichen Rehabilitation zu versorgen, anstatt formal ein Reha-Verfahren zu eröffnen. Seitens der Grundsicherungsstelle wurde dieses Verfahren deutlich kritisiert:

„[...] was ich [...] nicht verstehe ist, dass der Reha-Bereich, als einziger Bereich, [...], sich seine Kunden selber aussuchen kann [...] es kommt mir manchmal so vor wie im Römischen Reich mit Daumen hoch und Daumen runter“. (JC TL Reha 1)

Zu Verzögerungen bei der Weiterleitung an die Reha-Beratung kam es auch bei den Grundsicherungsstellen aufgrund der Gutachten. Da bei einigen der befragten Fachdienste der BA Begutachtungen des SGB III-Trägers denen der SGB II-Träger zeitlich vorgezogen werden, kann die Erstellung der Gutachten für SGB II-Träger mehrere Monate in Anspruch nehmen.

Auf Initiative der Kunden erfolgte der Zugang zur Reha-Beratung nach Einschätzung nahezu aller Akteure äußerst selten. Kundinnen und Kunden, die ohne Hinweise der Vermittlerinnen und -vermittler eine Prüfung ihres Reha-Bedarfes erbeten, wurden typischerweise von Dritten, beispielsweise dem behandelnden Arzt oder der Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, auf die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation hingewiesen. Zudem zeigen Kundinnen und Kunden eher die Initiative, wenn sie bereits in der Vergangenheit Kontakt mit dem Reha-Team hatten. Der Anteil der Kundinnen und Kunden, deren Zugang auf dessen eigenen Impuls zurückzuführen ist, sei nach Einschätzung einer Agentur im Rechtskreis SGB III größer als im Rechtskreis SGB II.

Die Zugangszahlen zur Reha-Beratung aus der Arbeitsagentur und den Grundsicherungsstellen haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Grundsätzlich variieren sie aber zwischen den Grundsicherungsstellen teils erheblich, je nach der Relevanz, die der beruflichen Rehabilitation von der Geschäftsführung zugewiesen wird, und in dessen Folge der Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Selbst innerhalb einiger Institutionen variieren die Identifikationszahlen je nach der individuellen Erfahrung und den Kenntnissen einzelner Mitarbeitenden stark. Vorgaben hinsichtlich der Zugangszahlen existierten nicht. Zwei Agenturen verwiesen darauf, dass sich Zugangszahlen aus den Grundsicherungsstellen reduzieren, wenn alternative Programme existierten, wie z. B. die Initiative zur Flankierung des Strukturwandels (IFLAS):

„Ich habe [...] den Eindruck, dass nach Einführung des Sonderprogramms IFLAS [...] die Reha-Zugänge im Bereich der Wiedereingliederung abnehmen, weil es einfacher ist, schneller für den Vermittler. [Bei] jemanden, der sowieso gering qualifiziert ist, egal wenn der jetzt gesundheitliche Ein-

schränkungen hat, [...] da brauche ich nicht erst Reha einleiten, da brauche ich nicht erst noch ein Gutachten.“ (AA TL Reha 7)

Nahezu alle Akteure verwiesen auf die erschwerte Identifikation eines potenziellen Reha-Bedarfes bei Kundinnen und Kunden mit psychischen Störungen, deren Anteil tendenziell zunehme.

Wenn Reha-Bedarfe von Kundinnen und Kunden identifiziert wurden, jedoch andere Rehabilitationsträger zuständig wären, wird auf eine Weiterleitung von potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Anerkennungsprüfung teils verzichtet, um die Möglichkeit integrationsfördernder Maßnahmen nicht einzuschränken. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass andere Rehabilitationsträger, die Leistungen häufig nicht im Umfang der Agentur für Arbeit oder der Grundsicherungsstellen gewähren. Da nach der Anerkennung die Agentur bzw. die Grundsicherungsstelle weiterhin für die Vermittlung der Kundinnen und Kunden zuständig ist, nach § 22 SGB III jedoch ein Leistungsverbot besteht, können keine weiteren integrationsunterstützenden Leistungen erbracht werden. Aus diesem Grund sei die Vermittlung wesentlich erschwert, sodass die Einleitung eines Reha-Verfahrens bei der Zuständigkeit von Fremdkostenträgern vielfach nicht als für die berufliche Integration hilfreich angesehen werde. In drei Grundsicherungsstellen wird in diesen Fällen die Anerkennung vermieden und eine Förderung außerhalb der Leistungen zur Teilhabe angestrebt. Der Hintergrund wurde von einem Arbeitsvermittler einer Grundsicherungsstelle wie folgt beschrieben:

„[Es] macht [...] nicht viel Sinn, einen Reha-Träger festzustellen oder zu sagen, das sind Reha-Fälle. [...] Da können in der Regel nur Förderungen geleistet werden in Form von einem Eingliederungszuschuss, den der [Fremdkosten-] Träger bietet, Bewerbungskostenunterstützung etc. Und ich muss sagen, da sind die Reha-Träger [...] sehr geizig.“ (JC Reha-AV 3)

4.2.3 Zwischenfazit aus den Fallstudien

Die in den Fallstudien identifizierte Zugangspraxis zur Reha-Beratung entspricht im Wesentlichen den Leitlinien der Bundesagentur für Arbeit.

In der Ersteingliederung erfolgt der Zugang für den großen Teil der Kundinnen und der Kunden problemlos über die Berufsorientierung der Reha-Beratung in den Förderschulen. Prinzipiell ist zu erwarten, dass an dieser Stelle alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkannt werden, vorausgesetzt sie zeigen Mitwirkungsbereitschaft und Rehabilitationswilligkeit. Lediglich in der Ausgestaltung der Angebote der Berufsorientierung und dem Einstiegszeitpunkt war eine leichte Varianz erkennbar. Die Berufsberatung in den Teams U25 und die Vermittlungskräfte der Grundsicherungsstellen stellen in der Ersteingliederung lediglich eine untergeordnete Zugangsstation dar – möglicherweise jedoch eine in Zukunft wichtiger werdende. Auch an dieser Station erfolgt die Identifikation i. d. R. weitgehend

vollständig, auch wenn aufgrund von mangelnden Kenntnissen der Mitarbeitenden nicht immer davon ausgegangen werden kann, dass alle potenziellen Reha-Bedarfe **frühzeitig** erkannt werden. Spätestens wenn die Förderung über allgemeine Maßnahmen scheitert, wird jedoch auch an dieser Station ein Reha-Bedarf deutlich und das Verfahren eingeleitet. Als Konsequenz werden die Kundinnen und Kunden teils zu spät an die Reha-Beratung mit einer erschwerten Maßnahmenauswahl als Folge weitergeleitet.

In Zukunft wird die Inklusion nach Einschätzung vieler Akteure die Identifikation erschweren, da die klassische Zugangsstation über die Berufsorientierung in den Förderschulen eine geringere Relevanz erhält.

In der Wiedereingliederung erfolgt der Zugang potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden überwiegend über die Vermittlungsteams der Agenturen für Arbeit und der Grundsicherungsstellen. An diesen Stationen variiert die Qualität der Identifikation teils erheblich und beeinflusst somit die Chance auf Zugang zur beruflichen Rehabilitation. So führen mangelnde Kenntnisse aufgrund hoher Personalfuktuation und geringer Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie hohe Fallzahlen dazu, dass nicht alle potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkannt werden. Die Zahl der Weiterleitungen schwankt zwischen den einzelnen Institutionen und auch zwischen den Mitarbeitenden einzelner Zugangsstationen teils erheblich.

In den Grundsicherungsstellen erhalten auch nach Identifikation eines potenziellen Reha-Bedarfes nicht alle Kundinnen und Kunden den Zugang zur Reha-Beratung, da aus finanziellen Gründen vielfach zunächst eine Förderung mit allgemeinen Maßnahmen angestrebt wird. Der Zugang erfolgt erst, wenn diese Bemühungen scheitern. Zudem eröffnet sich für Kundinnen und Kunden des Rechtskreises SGB II aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein breiteres Tätigkeitsspektrum, sodass die berufliche Rehabilitation den Akteuren trotz gesundheitlicher Einschränkungen nicht immer notwendig erscheint.

Der Zugang zur Reha-Beratung aus Eigeninitiative ist sowohl in der Erst- wie auch in Wiedereingliederung selten. Der Anteil ist bei Kundinnen und Kunden der Wiedereingliederung und im Rechtskreis SGB III etwas höher.

Von allen Akteuren, unabhängig von Erst- und Wiedereingliederung und dem zugehörigen Rechtskreis, wurde auf die erschwerte Identifikation bei Menschen mit psychischen Störungen, deren Anteil grundsätzlich zunähme, hingewiesen.

4.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen zum Zugang

Viele Grundsicherungsstellen, Reha-Beraterinnen und -Berater trauten sich keine Schätzung zu, in wie vielen Fällen die Klärung des Reha-Status auf Eigeninitiative der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfolgte – vermutlich auch, da oftmals mehrere Akteure zusammenwirken und sich die Initiative nicht immer eindeutig zurechnen lässt. Deutlich wird

aus den Angaben jedoch, dass sowohl hinsichtlich der Rechtskreise und zwischen Erst- und Wiedereingliederung deutliche Unterschiede bestehen, aber auch zwischen verschiedenen Agenturbezirken. In der Ersteingliederung und im Bereich der Grundsicherungsstellen liegt der Anteil niedriger (vgl. Tabelle A15 im Anhang).

Nach Einschätzung der meisten Reha-Beraterinnen und -Berater erfolgt der Zugang potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden überwiegend rechtzeitig – in dem Sinn, dass weder Fehler der Kundensteuerung noch fehlendes Wissen von Kundinnen und Kunden über LTA Verzögerungen des Eingliederungsprozesses bewirken. Hierbei ist jedoch zwischen Erst- und Wiedereingliederung und zwischen den Rechtskreisen zu unterscheiden. Am besten läuft die Identifizierung im Prozess der Ersteingliederung gefolgt von der Wiedereingliederung im SGB III. Im Prozess der Wiedereingliederung im SGB II überwiegen jedoch die Reha-Beraterinnen und -Berater, die den Zugang kritisch bewerten. Während 27,8 % einschätzen, dass der größte Teil oder fast alle rechtzeitig Zugang zur Statusklärung erhalten, gehen 38,4 % davon aus, dass dies fast für keinen oder nur für den kleineren Teil gilt (vgl. Abbildung 6).

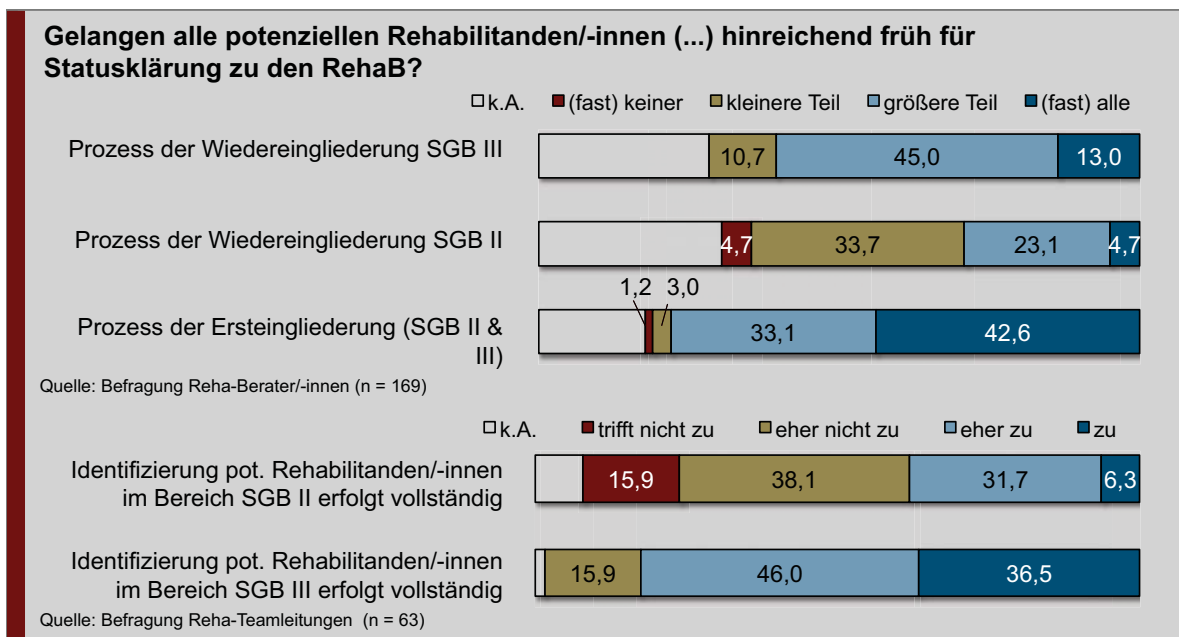


Abbildung 6 Identifizierung potenzieller Reha-Fälle

Ebenfalls ist aus der Abbildung zu entnehmen, dass die Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden im Bereich SGB III in fast allen Agenturen (eher) vollständig erfolgt, aber im Bereich SGB II nur bei einer Minderheit der Agenturen. In beiden Rechtskreisen gibt es jedoch deutlich unterschiedliche Einschätzungen je nach Agenturbezirk.

Die Angaben der Grundsicherungsstellen zum betreffenden Sachverhalt zeigen, dass die Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden sehr unterschiedlich gehandhabt wird. So stehen 30,3 % der Grundsicherungsstellen, die angeben, es gibt um-

umfangreiche Schulungen für pAp, Fallmanagerinnen und Fallmanager zu diesem Thema 9,0 % gegenüber, in denen dies nicht gilt. Während es in 16,9 % der Fälle Checklisten für die Identifizierung der Reha-Bedarfe gibt, gilt dies in knapp einem Drittel der Fälle nicht (vgl. Abbildung 7). Auch die regelmäßige Überprüfung von Abläufen und Regeln erfolgt unter den Grundsicherungsstellen uneinheitlich.

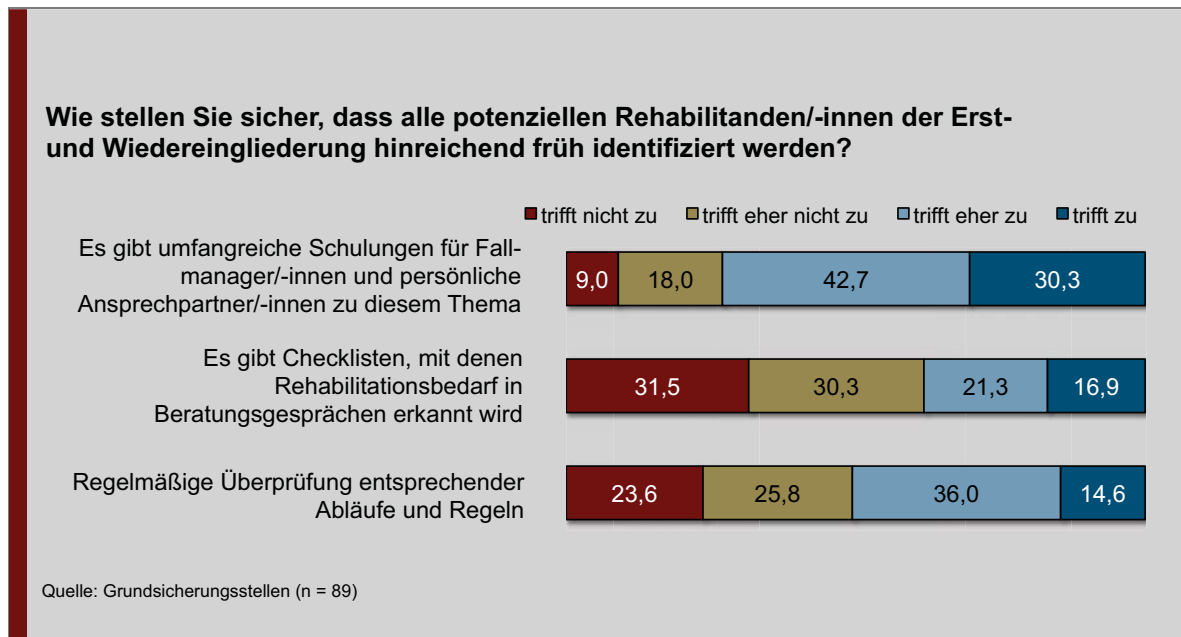


Abbildung 7 Identifizierung potenzieller Reha-Fälle in Grundsicherungsstellen

Während rund jede fünfte Grundsicherungsstelle angibt, dass unter 20 % der aktuell tätigen pAp, Fallmanagerinnen und Fallmanager umfassend zur Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geschult sind, gibt auf der anderen Seite rund jede dritte Grundsicherungsstelle an, über 80 % seien entsprechend geschult (vgl. Tabelle A16 im Anhang).

5 Anerkennung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

5.1 Untersuchungsgegenstand

Behindert im Sinne des § 19 SGB III sind Menschen, deren Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund einer bestehenden oder drohenden Behinderung, einschließlich einer Lernbehinderung, nicht nur vorübergehend wesentlich beeinträchtigt ist und die somit auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angewiesen sind. Die Anerkennung eines Rehabilitationsbedarfes nimmt vornehmlich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kundinnen und Kunden in den Blick, weniger die Ausbildungs- bzw. Arbeitsmarktsituation.⁴⁶ Resultiert aus einer bestehenden Behinderung keine Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt per definitionem keine Anerkennung. Folglich erhalten nicht alle schwerbehinderten Menschen trotz eines anerkannten Grades der Behinderung automatisch einen Reha-Status.

Die BA als Reha-Träger klärt gemäß § 14 SGB IX die Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang. Bei Kundinnen und Kunden in der Reha-Trägerschaft der BA erfolgt die anschließende Feststellung des Reha-Bedarfes im Sinne des § 19 SGB III sowohl im Rechtskreis SGB III als auch SGB II durch die Reha-Beratung des Reha/SB-Teams der Agentur für Arbeit.⁴⁷

Die Anerkennungsprüfung basiert auf einem umfassenden Leistungsbild, welches auf Grundlage von vielfältigen Daten unterschiedlicher Quellen gewonnen wird. Hierzu zählen unter anderem Unterlagen wie „Anmeldebogen, Arbeitspaket, Gesundheitsfragebogen, Fachgutachten, Gesamtbeurteilungsbogen der Schule, [der] Schulzeugnisse, Arbeitszeugnisse und/oder Praktikumsberichte“⁴⁸, die von den Vermittlungsteams bzw. den Berufsberatungen bei Übermittlung der Reha-Anfrage eingereicht werden. Über den Rückgriff auf zusätzliche Begutachtungen der Fachdienste oder anderer Akteure entscheidet die Reha-Beraterin oder der Reha-Berater.

Die Anerkennung des Reha-Bedarfes ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die sich in allgemeine und besondere Leistungen differenzieren.

Die formale Entscheidung über den Reha-Bedarf findet innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang statt. Ist zur Feststellung die Beauftragung von Gutachten notwendig, erfolgt die Anerkennung innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Gutachten.⁴⁹

Ist für Kundinnen und Kunden im Rechtskreis SGB III ein anderer Rehabilitationsträger zuständig, wird der Auftrag gebende Mitarbeitende des Vermittlungsteams bzw. der Be-

⁴⁶ Vgl. BA (2010a): S. 6

⁴⁷ Ebda

⁴⁸ BA (2010c): S. 6

⁴⁹ Vgl. §14 Abs. 2 SGB IX

rufsberatung der Agentur für Arbeit darüber informiert, der im Anschluss die Kundin/den Kunden zu einem Gespräch zur Antragsausgabe einlädt. Nach Antragseingang erfolgt die Weiterleitung des Antrags an das Reha/SB-Team, das diesen innerhalb der vorgegebenen Zwei-Wochenfrist an den zuständigen Reha-Träger übermittelt.⁵⁰

Bei Kundinnen und Kunden im Rechtskreis SGB II wird der Reha-Antrag bei Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers ebenfalls von der Agentur für Arbeit an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet und der Grundsicherungsträger darüber informiert.⁵¹

5.2 Querauswertungen der Fallstudien

Bei Kostenträgerschaft der BA waren es in nahezu allen Fallstudien die Reha-Beratungen, welche den Förderbedarf der Kundinnen und Kunden im Rechtskreis SGB II und SGB III eingehend prüften und Reha-Status nach § 19 SGB III anerkannten. Lediglich in einer Agentur erfolgte die Feststellung des Bedarfes und die Anerkennungsprüfung bei einer im Reha/SB-Team angesiedelten Clearingstelle mit speziell dafür eingesetzten Mitarbeitenden, an die Kundinnen und Kunden von den Vermittlungsfachkräften der Agenturen und Grundsicherungsstellen weitergeleitet wurden, auch um die Einheitlichkeit der Anerkennung zu gewährleisten.

5.2.1 Entscheidungsgrundlage und zeitliche Gliederung

In der Ersteingliederung bildeten das psychologische Gutachten – in wenigen Fällen auch das ärztliche – das von den Schulen erstellte sonderpädagogische Gutachten sowie das Beratungsgespräch mit den Kundinnen und Kunden die wesentliche Entscheidungsgrundlage für eine Anerkennung. Drei Agenturen nutzten zusätzliche Informationen, die aus Gesprächen mit weiteren Akteuren wie Eltern, Lehrkräften, Akteuren der Jugendhilfe oder der Berufsberatung des Teams U25 gewonnen wurden. In der Wiedereingliederung stellten die mit der Weiterleitung der Kundinnen und Kunden übermittelten Vorabinformationen wie das Profiling, vorgelegte Atteste oder Beratungsvermerke, die Fachgutachten sowie das Beratungsgespräch mit Kundinnen und Kunden die Basis der Anerkennungsprüfung dar.

Die Nutzung der Gutachten wurde in den Fallstudien nicht einheitlich gehandhabt. In etwa der Hälfte der Agenturen hatten die Aussagen der Fachdienste für die Entscheidung über die Anerkennung nach § 19 SGB III einen verbindlichen Charakter.⁵² In der anderen Hälfte der Agenturen waren die Gutachten ebenfalls wesentliche Entscheidungshilfe, ein Abweichen von den Ergebnissen war aber in begründeten Fällen möglich.

⁵⁰ Vgl. BA (2010c): S. 8 f

⁵¹ Vgl. BA (2006a): S. 6

⁵² In diesem Kontext sind die Erkenntnisse zur Aussagekraft der medizinischen Gutachten (vgl. Abschnitt 6) zu beachten.

In etwa einem Drittel der Arbeitsagenturen konnten auch externe, von den Kundinnen und Kunden vorgelegte Atteste eine zusätzliche Entscheidungsgrundlage bilden, wenn diese von den Reha-Beratungen als hinreichend aussagekräftig eingeschätzt wurden. Im Rahmen der Fallstudien wurde jedoch mehrfach auf die Gefahr von Gefälligkeitsgutachten bei von Kundinnen und Kunden selbst vorgelegten Unterlagen verwiesen.

Das erste Beratungsgespräch und die Reha-Anerkennung gliederten sich von Agentur zu Agentur zeitlich unterschiedlich. Die Reha-Beratung in einem Drittel der Agenturen lud die Kundinnen und Kunden bereits vor der Anerkennung zu einem Gespräch ein, das der Ausarbeitung eines Rehabilitationszieles diene. Die im Gespräch gewonnenen Erkenntnisse flossen anschließend in die Entscheidung über die Anerkennung des Reha-Bedarfes ein. Ein zweites Drittel der Agenturen schloss ein Beratungsgespräch vor der Anerkennung kategorisch aus und stützte die Entscheidung lediglich auf die vorhandenen Vorabinformationen und die Gutachten. In einer Agentur wurde dieses Vorgehen damit begründet, dass so keine unerfüllbaren Erwartungen geweckt würden. Beratungsgespräche würden erst bei positiver Entscheidung über die Anerkennung durchgeführt. In den restlichen Agenturen wurde die zeitliche Gliederung je nach Aussagekraft der Gutachten fallweise unterschiedlich gehandhabt. War eine Entscheidung auf Basis der vorliegenden Unterlagen möglich, wurde auf das Gespräch im Rahmen der Anerkennung verzichtet.

Im Zuge der Ermittlung, ob ein Reha-Bedarf vorliegt, wurden lediglich in zwei Agenturen Maßnahmen genutzt, beispielsweise Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung.⁵³

Bestanden nach Analyse aller Informationen weiterhin Unsicherheiten bezüglich einer Anerkennung, erfolgten typischerweise Rücksprachen der Reha-Beratungen mit den Fachdiensten, den Kolleginnen und Kollegen der Reha-Beratung, der Teamleitung sowie den Arbeitsvermittlerinnen und -vermittlern der Agentur und Grundsicherungsstellen.

5.2.2 Kriterien der Anerkennung

Die Eindeutigkeit der Anerkennungskriterien wurde von den Reha-Beratungen unterschiedlich eingeschätzt. Für mehr als die Hälfte der Akteure waren die Kriterien eindeutig und eröffneten kaum Gestaltungsspielräume. Seien Kundinnen und Kunden aufgrund einer Behinderung in der Teilhabe am Arbeitsleben beeinträchtigt und benötigen sie aus diesem Grund LTA, sei ein Reha-Bedarf ohne Zweifel gegeben. Insbesondere von Reha-Beratungen in der Ersteingliederung wurde diese Eindeutigkeit bestätigt. Läge eine Lernbehinderung vor und sei eine Ausbildung auf regulärem Weg nicht möglich, erhalte die Kundin oder der Kunde die Anerkennung. Auch in der Wiedereingliederung sei ihrer Einschätzung nach eindeutig, wann der Reha-Bedarf gegeben sei, beispielsweise wenn der

⁵³ Weitere Maßnahmen, zur Feststellung, welcher Reha-Bedarf vorliegt, werden anschließend teils im Rahmen des Reha-Verfahrens durchgeführt.

bisherige Beruf aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr ausgeübt werden könne. Reha-Beratungen, die die Kriterien als eindeutig einschätzten, stützten ihre Entscheidung über eine Anerkennung nach § 19 SGB III fast ausschließlich auf die Gutachten der Fachdienste, die eindeutige Hinweise auf einen Reha-Bedarf gäben. Die verbleibende knappe andere Hälfte der Reha-Beratungen sah deutliche Spielräume im Rahmen der Anerkennung, die sie entsprechend nutzten. Diese ergaben sich in der Ersteingliederung beispielsweise an der Grenze zwischen Lernbeeinträchtigung und -behinderung. Zudem erweiterten Fallkonstellationen mit multiplen Vermittlungshemmnissen die Entscheidungsspielräume, da der Nutzen beruflicher Rehabilitation nicht immer eindeutig eingeschätzt werden konnte. Vermittlungshemmnisse wie ein hohes Alter der Kundinnen und Kunden oder mangelnde Sprachkenntnisse könnten gesundheitliche Beeinträchtigungen überlagern, sodass auch mit den LTA eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt kaum möglich erscheint und auf eine Anerkennung unter Umständen verzichtet wird.

„Also man muss da manchmal schon ein bisschen ... abwägen, wenn ich mich jetzt einschalte mit den Hilfen der beruflichen Rehabilitation, was bringt das für den Kunden unter dem Strich. Und da ist dann natürlich auch immer die Frage von Wirtschaftlichkeit und Wirkung und Einsatz von Mitteln spielt dann natürlich auch eine Rolle.“ (RehaB 20)

Weitere Spielräume ergaben sich laut Angabe einiger Reha-Beraterinnen und -Berater in der Frage nach dem Bezugsberuf. Waren Kundinnen oder Kunden langjährig nicht in dem ursprünglich erlernten Beruf tätig, könnten sie auch ohne die Hilfen der beruflichen Rehabilitation eine andere leidensgerechte nicht erlernte Tätigkeit aufnehmen. Es lag an dieser Stelle in der Entscheidung der Reha-Beratungen, ob den Kundinnen und Kunden dennoch ihr Reha-Bedarf anerkannt und eine Qualifizierung durchgeführt wurde. Reha-Beratungen, die im Rahmen der Anerkennung Spielräume sahen, betonten typischerweise, dass sie neben den Gutachten, die wichtige Hinweise für eine Entscheidung geben, eine Vielzahl weiterer Informationen aus zusätzlichen Unterlagen und dem Gespräch mit Kundinnen und Kunden gleichberechtigt einbezogen. Neben den bereits genannten Kriterien wurden von diesen Akteuren häufig die Motivation der Kundinnen und Kunden oder die Integrationswahrscheinlichkeit in den Entscheidungsprozess einbezogen. So würden Kundinnen und Kunden, die einen Reha-Bedarf haben, deren Motivation aber nicht vollständig gegeben sei, beispielsweise keine Anerkennung erhalten.

Der Reha-Status schließt die Förderung über allgemeine Leistungen nicht aus. Dennoch war in diesem Sachverhalt eine hohe Varianz zwischen den Agenturen erkennbar. In vier Agenturen erhielten Kundinnen und Kunden keine Anerkennung, wenn eine Förderung über allgemeine Maßnahmen ausreichend war. Eine Reha-Teamleitung bestätigte, dass dies zur Reduzierung von Fallzahlen und zur Einhaltung des Haushaltbudgets vorgenommen wurde. Auf diese Weise werden in manchen Agenturen hohe Schwellen zur berufli-

chen Rehabilitation konstruiert.⁵⁴ In vier weiteren Agenturen wurden von den Akteuren unterschiedliche Äußerungen zur Anwendung dieses Kriteriums gemacht, sodass in diesen kein einheitliches Vorgehen zu vermuten war.

Keine der Reha-Beratungen berichtete von rechtskreis- oder geschlechtsspezifischen Unterschieden im Rahmen der Anerkennung. Wurde ein potenzieller Reha-Bedarf von den Arbeitsvermittlerinnen und -vermittlern erkannt und die Kundinnen und Kunden an die Reha-Beratung zur Prüfung ihres Bedarfes weitergeleitet, entstünden im weiteren Prozess der Anerkennungs- und Zuständigkeitsprüfung keine Probleme. Für alle Kundinnen und Kunden gälten die gleichen Maßstäbe, unabhängig von der Rechtskreiszugehörigkeit. Letztlich entstünden Unterschiede lediglich im Zugang zur Reha-Beratung (vgl. Abschnitt 4), der eine deutliche Varianz aufweist und in Konsequenz die Chancen auf eine Reha-Anerkennung beeinflusst.

5.2.3 Ablehnung von Reha-Anfragen

Der Anteil der Kundinnen und Kunden, die nach Zugang über die Berufsorientierung oder nach Weiterleitung durch die Akteure der Agentur und Grundsicherungsstellen an die Reha-Beratung keine Anerkennung erhalten, lag in den Fallstudien durchschnittlich bei zehn bis 20 %, was von den Reha-Beratungen eher positiv denn als Problem gesehen wird:

„[...] das ist ja der Sinn der Anfrage. Die Anfragen können die auch mal locker stellen, da machen wir ja auch keine großen, strengen Kriterien. Wenn die ein Arztgutachten vorliegen haben und wissen nicht genau, dann sollen sie fragen. [...] Lieber einmal mehr gefragt, als einmal zu wenig.“ (RehaB 20)

Letztlich waren der Einschaltungsgrad der Reha-Beratung und der Anteil der Ablehnungen von der Sensibilisierung der Vermittlerinnen und Vermittler abhängig. Folgende Gründe für die Ablehnung einer Anerkennung wurden in den Fallstudien benannt:

- Berufliche Rehabilitation ist nach Sichtung der Gutachten nicht notwendig
- Vorrang medizinischer oder sozialer Rehabilitation
- Agenturspezifisch: Förderung über allgemeine Leistungen ist ausreichend
- Fehlende Motivation/Mitwirkungsbereitschaft der Kundinnen und Kunden
- Verzicht der Kundinnen und Kunden auf berufliche Rehabilitation

Lehnen Kundinnen und Kunden oder in der Ersteingliederung die Eltern von Jugendlichen, eine berufliche Rehabilitation ab, erfolgt keine Anerkennung.

⁵⁴ Ein Zusammenhang zwischen dieser erhöhten Zugangshürde und den Agenturtypen sowie den damit beschriebenen Arbeitsmarktbedingungen konnte nicht identifiziert werden.

In einer Agentur wurde berichtet, dass Kundinnen und Kunden, die sich in einer medizinischen Rehabilitation befanden, vor deren Abschluss zu frühzeitig an die Agentur für Arbeit verwiesen wurden und somit die für eine berufliche Rehabilitation notwendige Stabilisierung vielfach noch nicht erreicht hatten, sodass Reha-Anträge häufiger abgelehnt wurden. Diese Entwicklung habe auch zu einer Veränderung der Maßnahmenstrukturen geführt, da zunehmend medizinische Inhalte integriert wurden, die nicht dem originären Auftrag entsprechen.

Die Mehrheit der Grundsicherungsstellen und nach Angaben der Reha-Beratungen auch die Kundinnen und Kunden vollziehen die Entscheidung der Reha-Beratungen üblicherweise gut nach. Die Grundsicherungsstellen erkannten die Expertise der Reha-Beratungen grundsätzlich an. Lediglich zwei Grundsicherungsstellen berichteten von gehäuften, auch nach Rücksprachen mit dem Reha-Team nicht nachvollziehbaren Ablehnungen der Reha-Anerkennung.

*„... auf der einen Seite, wenn er noch so schwach ist oder schwächer geworden ist, sagt die Reha-Beratung: ‚können wir nichts machen, Akte zu.‘ Hat er sich stabilisiert sagte die Reha-Beratung auch: ‚ja dann braucht er uns ja gar nicht.‘ Man hat sich gefühlt als ob man immer ins Messer läuft.“
(JC FM 9)*

An diese Anerkennungspraxis hätten sich die zwei Grundsicherungsstellen jedoch angepasst und die Weiterleitung von Kundinnen und Kunden reduziert.

Bei negativer Entscheidung über die Anerkennung werden die Kundinnen und Kunden anschließend von den allgemeinen Vermittlungsfachkräften betreut. In einer Grundsicherungsstelle wurden die Mitarbeitenden von der Leitungsebene explizit aufgefordert, nicht gegen eine negative Entscheidung im Rahmen der Anerkennungsprüfung vorzugehen.

„[...] wenn nicht anerkannt wurde, dass der ein Reha-Fall ist, [...] dürfen wir nichts machen. [...] Wir dürfen ihm nicht ein neues Verfahren oder irgendwie dagegen Widerspruch einlegen oder den Kunden auffordern oder das für den machen. [...] Der Kunde muss selbst dagegen vorgehen.“ (JC BL 5)

5.2.4 Zeitlicher Verlauf der Anerkennung

In der Ersteingliederung aller untersuchten Agenturbezirke fand die formale Anerkennung typischerweise im Frühjahr (Januar bis April) des letzten Schuljahres innerhalb der vorgegebenen Frist statt. Die Antragsausgabe erfolgte erst, wenn alle Gutachten und für eine zweifelsfreie Entscheidung über den Reha-Bedarf erforderlichen Unterlagen vorlagen. Das Ergebnis der Begutachtung und daraus abzuleitende Konsequenzen hinsichtlich eines Reha-Bedarfes und den Möglichkeiten einer Unterstützung wurden in einem Beratungsgespräch der Reha-Beratung mit den Kundinnen und Kunden erörtert. War die Bereitschaft

der Jugendlichen oder ihrer Eltern für eine berufliche Rehabilitation gegeben, wurde die offizielle Anerkennung vorgenommen. Verzögerungen könnten entstehen, wenn Kundinnen oder Kunden von der Berufsberatung oder allgemeinen Vermittlung nicht frühzeitig als potenzielle Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden identifiziert und zu spät an die Reha-Beratung weitergeleitet wurden. Die formale Anerkennung fand dennoch innerhalb der gesetzlichen Fristen statt.

In der Wiedereingliederung erfolgte die formale Anerkennung nach Antragstellung ebenfalls innerhalb der vorgeschriebenen Frist. Waren zur Beurteilung des Reha-Bedarfes weitere Gutachten nötig, erfolgte die Anerkennung erst nach Erhalt der Gutachten. Somit hing die Dauer in diesem Fall von der für die Gutachtenerstellung benötigten Zeit ab. Weiterhin konnten Verzögerungen entstehen, wenn die Kundinnen und Kunden den Antrag nach Aufforderung nicht zeitnah einreichten. In etwa 40 % der Fallstudien werden die Anträge durch das Reha-Team erst nach einer weitgehenden Vorabklärung des weiteren Prozesses ausgegeben: Nach einer Anfrage der Vermittlungsfachkräfte der Agenturen und Grundsicherungsstellen bei den Reha-Beratungen erfolgten zunächst informelle Bedarfsprüfungen. Erst wenn der Reha-Bedarf eindeutig geklärt war, wurde der Reha-Antrag ausgegeben und die formale Anerkennung erfolgte innerhalb der vorgegebenen Fristen. Durch die informellen Vorabklärungen kann die Zeit bis zur formalen Anerkennung stark variieren. In einer Agentur wurde der Antrag sogar erst kurz vor Maßnahmenbeginn ausgegeben, um unnötige Verfahrensabbrüche zu vermeiden. Die Zeit bis zur formalen Anerkennung kann somit nach Aussage einer Reha-Beratung zwischen zwei Wochen und zwei Jahren betragen:

„Die kriegen von uns tatsächlich erst den Reha-Antrag [...], wenn klar ist, was wir machen. So dass letztendlich [...] zwischen dem Reha-Antrag in schriftlicher Form und [...] der Entscheidung, ‚ist ein Reha-Fall‘ [...] eine Woche [liegt]. In jedem Fall. Und so ist immer die Frist [...] die wir dafür benutzen dürfen. [...] Wenn man jetzt sagt, das erste Mal wo er hier [...] durch das Reha-Team betreut wird, auch ohne dass es ein Reha-Fall ist, bis zu der Entscheidung, was wir denn machen: Das ist in der Tat [...] zwischen zwei Stunden und zwei Jahren.“ (RehaB 21)

Diese Vorgehensweise hat sich auch vor dem Hintergrund der zu erreichenden Zielwerte entwickelt:

„... bei uns wird natürlich auch stark auf Zahlen geachtet, da gibt es Laufzeiten, wie lange braucht der Reha-Berater, um den Kunden eine Maßnahme angeidehen zu lassen. Man muss ganz einfach sehen, dass wir natürlich auch darauf achten. Wir wollen uns ja auch nicht irgendwelche Karteileichen da ranzaubern.“ (RehaB 22)

5.2.5 Anerkennung bei Fremdkostenträgern

Die Anerkennungsprüfung bei Kundinnen und Kunden anderer Rehabilitationsträger wird von dem jeweils zuständigen Reha-Träger durchgeführt. Bezogen auf den Zugang konnten bei den Agenturen für Arbeit und den Grundsicherungsstellen zwei Varianten identifiziert werden. Bei der ersten Variante erfolgte die Antragsstellung bei anderen Rehabilitationsträgern durch Weiterleitung des Antrages seitens der Agenturen, nachdem im Rahmen der Zuständigkeitsprüfung die Zuständigkeit eines anderen Reha-Trägers identifiziert wurde. Bei der zweiten Variante mussten Kundinnen und Kunden selbstständig den Reha-Antrag bei dem zuständigen Rehabilitationsträger einreichen sowie die Prüfung nachhalten und im Anschluss die Agentur für Arbeit oder die Grundsicherungsstelle über das Ergebnis der Anerkennung informieren. Dies wurde in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten. Beide Verfahrensweisen wurden sowohl in den untersuchten Agenturen als auch in Grundsicherungsstellen identifiziert, wobei das erstgenannte Verfahren überwiegend in den Agenturen und das zweitgenannte vornehmlich in den Grundsicherungsstellen Anwendung fand. Ein Austausch zwischen den Agenturen oder Grundsicherungsstellen und den weiteren Kostenträgern erfolgte unabhängig von der Verfahrensweise typischerweise nicht.

Die Anerkennung erfolgte bei anderen Rehabilitationsträgern nach Aussagen der Akteure der Agenturen und Grundsicherungsstellen innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist. Eine Verzögerung kann entstehen, wenn Kundinnen und Kunden den Antrag nicht zeitnah einreichen. Legten Kundinnen und Kunden gegen eine Entscheidung Widerspruch ein, kann sich das Verfahren über eineinhalb Jahre erstrecken bis eine endgültige Entscheidung gefallen ist.

5.2.6 Zwischenfazit aus den Fallstudien

Im Rahmen des Anerkennungsprozesses wurde hinsichtlich verschiedener Aspekte in den Agenturen für Arbeit eine teils erhebliche Varianz identifiziert.

So variiert die Handhabung der Anerkennungskriterien bei den Akteuren der Fallstudien. Während ein Teil der Reha-Beratungen gemäß § 19 SGB III die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Vordergrund stellt, bezieht ein anderer Teil auch die Motivation und die Integrationswahrscheinlichkeit der Kundinnen und Kunden als explizite Entscheidungskriterien mit ein. Damit einhergehend nutzen die Reha-Beratungen unterschiedliche Informationsquellen zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs. Während ein Teil der Reha-Beratungen ihre Prüfung allein auf die Gutachten der Fachdienste der BA stützen, beziehen andere auch Gutachten externer Akteure, das Beratungsgespräch mit den Kundinnen und Kunden und weitere Informationsquellen gleichberechtigt mit ein.

Die formale Anerkennung wird nach Antragseingang innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist durchgeführt; allerdings erfolgt die Ausgabe des Reha-Antrages zu verschiede-

nen Zeitpunkten. In einzelnen Agenturen erfolgt die formale Anerkennung erst kurz vor Maßnahmenbeginn. Der Prozess der Reha-Beratung kann zu diesem Zeitpunkt bereits seit Monaten in Gang sein. Zudem wird in diversen Agenturen bei Annahme eines Reha-Bedarfs von den Vermittlungskräften bzw. Berufsberaterinnen und -beratern zunächst eine informelle Reha-Anfrage an das Reha/SB-Team gestellt. Die Ausgabe des Reha-Antrages und die formale Anerkennung erfolgt erst, wenn der Reha-Bedarf eindeutig geklärt ist.

Die Anerkennung des Reha-Bedarfes bei anderen Rehabilitationsträgern erfolgt durch die Zuständigen der anderen Kostenträger. In diesem Fall ist die Zusammenarbeit erschwert, da die Antragstellung und die Information der Agentur oder der Grundsicherungsstelle über das Ergebnis der Anerkennungsprüfung allein bei den Kundinnen und Kunden liegen. Die Mitarbeitenden der BA gaben an, keine Möglichkeit zu haben, sich selbst über den Vorgang des Reha-Verfahrens zu informieren, auch wenn sie die Vermittlung der Kundinnen und Kunden übernehmen.

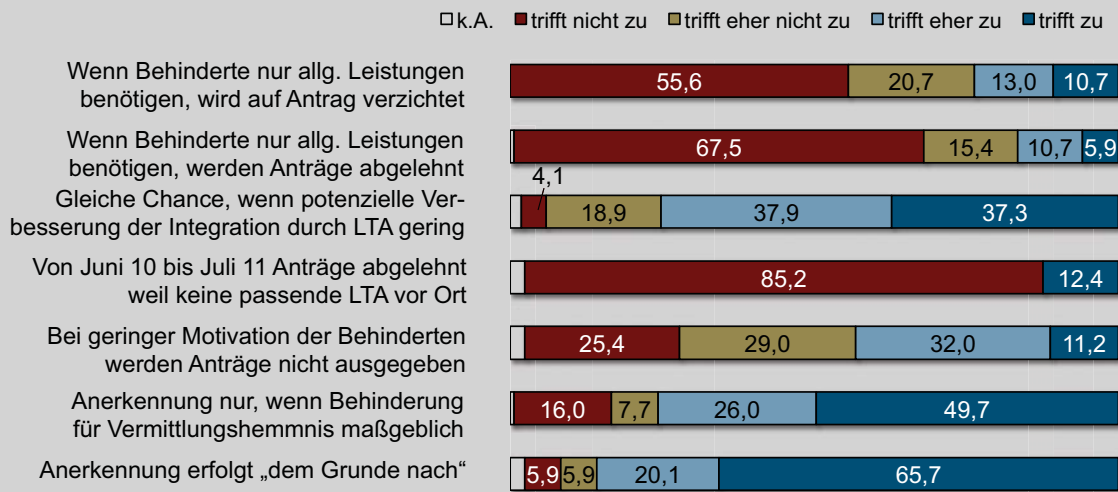
5.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen zu Zugang und Anerkennung

Die Befragungen bestätigen den in den Fallstudien herausgearbeiteten Sachverhalt, dass der faktische Prozess der Antragsklärung nicht mit dem in VerBIS dokumentierten zusammenfallen muss. Unterschiede zwischen den Agenturbezirken werden an der Angabe sichtbar, ob z. B. Abstimmungen mit der Grundsicherungsstelle beginnen, bevor Reha-Anträge gestellt werden. Je nachdem, ob man die Angaben der Reha-Teamleitungen oder der Grundsicherungsstellen hierfür heranzieht, ist dies in 12,7 % der Agenturen (bzw. in 29,2 % der Grundsicherungsstellen) der Fall; in 14,3 % der Agenturen (bzw. in 7,9 % der Grundsicherungsstellen) ist es nicht der Fall (vgl. Tabellen A17 und A18 im Anhang sowie auch Abschnitt 10 zur Dauer unterschiedlicher Phasen).

Zusätzlich zu diesen Unterschieden im Verlauf des Anerkennungsprozesses, streuen die Kriterien, nach denen Reha-Anträge bewilligt (oder gestellt) werden, stark zwischen den Reha-Beraterinnen und -Beratern und zwischen den Agenturen. Ein erstes Unterscheidungsmerkmal betrifft den Bedarf an besonderen Leistungen. Obgleich die Mehrheit die Reha-Bewilligung nicht hiervon abhängig macht, trifft dies doch auf knapp ein Viertel der Reha-Beraterinnen und -Berater (eher) zu (vgl. Abbildung 8). Weitere Differenzen zwischen den Agenturen zeigen sich im Umgang mit Motivationsengpässen der (potenziellen) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden oder der Frage, inwieweit die Erwartung höherer Integrationschancen durch LTA bereits zu einem Kriterium der Anerkennung gemacht wird. Jede(r) achte der Reha-Beraterinnen und -Berater hatte innerhalb des letzten Jahres überdies Anträge abgelehnt, weil keine passenden Maßnahmen vor Ort bestanden.⁵⁵

⁵⁵ In der Abbildung 8 sind ebenfalls die Merkmalsverteilungen für die Items „Anerkennung erfolgt dem Grund nach, d. h. am Wortlaut von § 19 SGB III orientiert“ und „Die Anerkennung erfolgt nur, wenn die Behinderung für das Vermittlungshemmnis maßgeblich ist“ dargestellt. Sie sind nur mit Vorsicht zu inter-

In welchen Fällen bewilligen Sie Reha-Anträge bzw. erkennen Sie Reha-Bedarfe an?



Quelle: Reha-Berater/-innen (n = 169)

Abbildung 8 Anerkennung von Reha-Bedarfen

An die Grundsicherungsstellen wurden zu den in Abbildung 8 aufgeführten Items analoge Fragen gestellt, wobei es in diesen Fällen nicht um die formale Anerkennung von Reha-Bedarfen ging, für die Grundsicherungsstellen nicht zuständig sind, sondern um die Einleitung einer entsprechenden Prüfung. Erstens zeigen sich wie bei den Agenturen auch hier deutliche Unterschiede zwischen den Grundsicherungsstellen. Zweitens gibt es hinsichtlich verschiedener Kriterien der Einleitung bzw. Bewilligung von Anträgen zwischen Grundsicherungsstellen und Reha-Beraterinnen und -Beratern andere Verteilungen. So wird seitens der Grundsicherungsstellen sehr viel häufiger der Bedarf besonderer Leistungen zum Kriterium einer Einleitung der Reha-Bedarfs-Prüfung gemacht. Und bei nur geringen Verbesserungspotenzialen der Integration durch LTA sind die Chancen auf eine Einleitung des Verfahrens in den Grundsicherungsstellen niedriger. Die jeweiligen Verteilungen sind der Tabelle A18 im Anhang zu entnehmen.

Wie dargestellt können bei der Anerkennung von Reha-Bedarfen somit unterschiedliche Aspekte als Kriterien zusammenkommen, z. B. Fragen der Motivation, der späteren Eingliederungschancen, des Bedarfs an besonderen Leistungen oder der Verfügbarkeit passender Angebote vor Ort. Aus diesem Grund wurde ergänzend ein fiktiver Fall (Vignette, vgl. Textbox 2 und Tabelle 4) gebildet, für den die Reha-Beraterinnen und -Berater einschätzen sollten, wie wahrscheinlich es wäre, dass ein Antrag auf Reha-Anerkennung gestellt und bewilligt würde. Deutliches Ergebnis ist, dass (potenzielle) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit gleichen Ausgangsvoraussetzungen in verschiedenen Agenturbezirken unterschiedliche Chancen auf eine Anerkennung haben.

pretieren, da viele Reha-Beraterinnen und -Berater angaben, beides würde auf sie zutreffen. Sie sind somit weniger trennscharf als beabsichtigt.

Textbox 2: Beschreibung eines fiktiven Falls

Alter, Geschlecht: 45 Jahre, maskulin
 Werdegang: Hauptschulabschluss, keine Ausbildung. Verschiedene Helfertätigkeiten zum Teil bei Zeitarbeitsfirmen, häufiger Wechsel von Arbeitslosigkeit und Beschäftigung, zuletzt drei Jahre bei einer regionalen Spedition im Lager gearbeitet, insg. keine 15 Jahre sozialversicherungspflichtig gearbeitet.
 Während der Beschäftigung erkrankt, arbeitsunfähig, mit Krankengeld bis zur Aussteuerung durch Krankenkasse, Antragsstellung ALG II nach Ende Krankengeldbezug, medizinischer Kuraufenthalt bereits beendet.
 Leistungseinschränkung: Bandscheibenvorfall (keine Zwangshaltungen, kein Heben/Tragen über 10 kg), dauerhaft Psychosen, laut psychiatr. Klinik: Angstzustände bei größeren Menschenansammlungen, medicin. Reha abgeschlossen
 Vermittlungshemmnis: Gesundheit und fehlende berufl. Ausbildung inkl. im zuletzt und erfahrenen Beruf keine berufl. Perspektive wegen der gesundh. Einschränkungen
 Arbeitswunsch: Fachlagerist oder Maschinenführer in der Industrie

Anmerkung für Befragte: In der Realität wird Ihre Einschätzung oftmals von einer Reihe zusätzlicher Merkmale abhängen, die im Beispiel nicht beschrieben sind. Bitte gehen Sie davon aus, dass alle nicht beschriebenen Merkmale Ihren durchschnittlichen Kunden entsprechen. Dies gilt auch für die Beurteilung durch den ÄD/PD.

	k. A.	unwahr- wahr- schein- lich	Eher unwahr- scheinlich	Eher wahr- scheinlich	wahr- schein- lich
Wahrscheinlichkeit, dass Antrag auf Reha-Anerkennung gestellt und bewilligt würde?	13,6 %	8,3 %	18,9 %	27,8 %	31,4 %

Quelle: Befragung von Reha-Beraterinnen und -Beratern (n = 169)

Tabelle 4 Anerkennung eines exemplarischen Falls

6 Rolle der Fachdienste

6.1 Untersuchungsgegenstand

Zur Entscheidung, ob eine Behinderung im Sinne des § 19 SGB III vorliegt, sowie zur Abklärung des Leistungsbildes können die Vermittlungsfachkräfte und/oder die Reha-Beratung zusätzlich Fachgutachten durch die Fachdienste der BA einholen.⁵⁶ Diese Fachdienste können auch durch Grundsicherungsstellen beauftragt werden, sofern entsprechende Vereinbarungen vorliegen.⁵⁷

Der **Ärztliche Dienst** bietet zur „wirtschaftlichen und bedarfsangepassten Auftragsabwicklung“⁵⁸ verschiedene Dienstleistungen an. **Beratungsdienstleistungen** sind die sozialmedizinische Beratungssprechstunde (ohne Auftrag), die sozialmedizinische Fallbesprechung bezogen auf einen bestimmten Auftrag sowie Teamgespräche. Für gutachterliche **Stellungnahmen** stehen folgende Module zur Verfügung:

- Gutachterliche Äußerung
- Gutachten nach Aktenlage
- Gutachten mit symptombezogener Untersuchung
- Gutachten mit umfänglicher Untersuchung

Welche Form der Begutachtung gewählt wird, hat der Ärztliche Dienst nach fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten anhand der zur Verfügung stehenden Befundunterlagen und der fallspezifischen Fragestellungen (Zielfragen) durch die beauftragende Stelle (s. u.) zu entscheiden⁵⁹. Vor der Einschaltung der Fachdienste zur (persönlichen) Begutachtung ist die Kundin bzw. der Kunde über die Notwendigkeit der Untersuchung aufzuklären.⁶⁰

Der **Psychologische Dienst** bietet als **unterstützende Dienstleistungen** für die Vermittlungsfachkraft eine Fallbesprechung und eine gemeinsame Fallbearbeitung an. **Begutachtende** Dienstleistungen sind:

- Die psychologische Auswahlbegutachtung
- Die psychologische Begutachtung (auch von hochgradig Sinnesbeeinträchtigten)
- Studienfeldbezogene Beratungs-Testserie⁶¹

⁵⁶ Vgl. BA (2010c): S. 8

⁵⁷ Das Verfahren zur Beauftragung des Ärztlichen Dienstes richtete sich im Untersuchungszeitraum nach den Weisungen: HEGA 03/07 - 04 - Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst - Regelung des Verfahrens und Ablösung der Fachanwendung coMed-AS durch VerBIS (link nicht mehr aktiv); HEGA 04/08 - 19 - Arbeitshilfe zur Optimierung der Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im SGB II; E-Mail-Info SGB III/SGB II vom 10.12.2008. Mit Wirkung vom 20.09.2011 tritt HEGA 09/11-11 – Praxisleitfaden zur Einschaltung der Fachdienste in Kraft.

⁵⁸ Vgl. BA (2010a): S. 34

⁵⁹ Vgl. BA (2010a): S. 33

⁶⁰ Vgl. BA (2007): S. 1

⁶¹ BA (2010a): S. 34

Die Dienstleistungen des **Psychologischen Dienstes** in Bezug auf Reha dienen zur Abklärung der Ausbildungsreife, der beruflichen Interessen, der Berufseignung und der Motivation. Ziel der Beauftragung des **Ärztlichen Dienstes** mit der sozialmedizinischen Begutachtung ist, eine möglichst objektive Beurteilung der individuellen Leistungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Dabei kann sich die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf ein bestimmtes Tätigkeitsfeld, auf einen speziellen Beruf oder auf die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit allgemein beziehen. Der Ärztliche Dienst nimmt dazu Stellung, ob Leistungen zur beruflichen Rehabilitation notwendig („Rehabilitationsbedürftigkeit“) und welche Maßnahmen erforderlich sind („Rehabilitationsbedarf“).⁶² Im Rahmen des Empowerment-Ansatzes sollen nicht nur die bestehenden Defizite, sondern auch die vorhandenen Ressourcen und Potentiale beschrieben werden. Damit soll „dem Denkprinzip des „bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells“, des Klassifikationssystems „ICF“ (International Classification of Functioning) entsprochen werden.“⁶³

Das **Verfahren** sieht eine Beauftragung und Abwicklung über VerBIS vor. Wenn die notwendigen Unterlagen mit den Gesundheitsdaten vorliegen, werden diese mit der Hauspost zugestellt und der Auftrag elektronisch ausgelöst. Die Fachdienste lesen die Auftragsdaten in „coMed“ ein und beantragen ggf. weitere Gutachten und Stellungnahmen. Ist eine Entscheidung nach Aktenlage nicht möglich oder sinnvoll, erfolgt die Einladung und Terminierung durch den Ärztlichen Dienst. Der Psychologische Dienst erstellt grundsätzlich keine Gutachten nach Aktenlage. Nach Abschluss der Begutachtung erfolgt die Übermittlung der sozialmedizinischen Stellungnahme an die beauftragende Stelle. Hierbei sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Die von behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellten Unterlagen sowie die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Einzelbefunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und verbleiben bei den Fachdiensten.⁶⁴ Die sozialmedizinische Stellungnahme für den Auftraggeber (Teil B) enthält ausschließlich die für die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit relevanten Informationen.

Den zeitlichen Rahmen für die Durchführung der gutachterlichen Stellungnahmen bildet das jeweils aktuelle Service-Level-Agreement (SLA) mit den Fachdiensten.⁶⁵ Die Steue-

⁶² Allerdings bezieht sich die Stellungnahme zu „Maßnahmen“ nicht notwendigerweise auf konkrete LTA, da nur die Reha-Beratung über die Gewährung von Leistungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation entscheidet. Vgl. BA (2006c)

⁶³ Informationen der BA zu den Fachdiensten lassen sich auf der Homepage der BA finden. Vgl. BA (2006c)
⁶⁴ Vgl. BA (2011b)

⁶⁵ Das SLA legt Reaktionszeit, Umfang (Budget) und Schnelligkeit (Laufzeit), von Dienstleistungen fest und soll Transparenz und Verbindlichkeit zwischen den internen Servicestellen der Agentur und den Kundinnen und Kunden herstellen. Nach Informationen aus den Fallstudien wird die durchschnittliche Laufzeit von der Fachdienstleitung und der SU (Steuerung und Unterstützung) beschlossen und an die Regionaldirektionen und die einzelnen Agenturen weiter gegeben. Zur Gutachtenerstellung von pot. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gelten aber gesonderte Laufzeiten (s. u.)

rung der Dienstleistungen des psychologischen Dienstes erfolgt auf der Basis von Zielgrößen und jährlich vereinbarten Zielniveaus⁶⁶.

Entsprechend den zu Grunde liegenden Vorgaben⁶⁷ müssen die **Aufträge** der beauftragenden Stelle komplett ausgefüllt sein, passgenaue Zielfragen enthalten und die (vor-) ausgewählte Beratungs- und Vermittlungsstrategie beschreiben.⁶⁸ Zielfragen für den Ärztlichen Dienst können aus dem Zielfragenkatalog entnommen oder frei formuliert werden. Von den Ärztlichen Gutachten werden eine „aussagekräftige und übersichtliche Darstellung des sozialmedizinischen Sachverhaltes“ sowie eine „deutliche Abgrenzung“ der sozialmedizinischen Stellungnahme von der medizinischen Dokumentation und Erörterung erwartet.⁶⁹

6.2 Querauswertungen der Fallstudien

6.2.1 Relevanz der Empfehlung der Ärztlichen und Psychologischen Gutachten

In allen Arbeitsagenturen dienen die Gutachten der Fachdienste der Entscheidungsfindung über die Weiterleitung zur Reha-Beratung oder zur Anerkennung des Status der Behinderung nach § 19 SGB III. Die Fragen an den **Psychologischen Dienst** sind insbesondere auf das geistige Leistungsvermögen, die Berufseignung, die Belastbarkeit und die Motivation gerichtet. Fragen an den **Ärztlichen Dienst** richten sich in erster Linie auf die Klärung der Beschäftigungsfähigkeit und des Hilfebedarfes, um ggf. bisherige Tätigkeiten weiter ausüben zu können.

In den Gutachten werden entsprechend der Verfahrensregeln die Zielfragen beantwortet, sowie eine Einschätzung zum positiven und negativen Leistungsbild abgegeben. Nur in einem einzelnen Fall wurde beschrieben, dass der Ärztliche Dienst auch Hinweise zum Anforderungsprofil einer Arbeitsstelle gibt, damit die (zukünftige) Tätigkeit dem Leistungsbild der Kundin/des Kunden gerecht wird. Konkrete Aussagen zu Maßnahmen, bzw. zu Instrumenten, werden i. d. R. nicht erwartet und nicht getroffen. Die Reha-Beraterinnen und -Berater betonten auch hier, dass sie „Herr des Verfahrens“ seien. Zudem kennen die meisten der befragten Ärztinnen und Ärzte zwar grobe Maßnahmenkategorien, aber die wenigsten konnten konkrete Instrumente benennen.

Gleichwohl kann die Reha-Beratung aus der Beantwortung der Zielfragen und dem Leistungsbild vielfach eine **Maßnahmenempfehlung** ableiten. Dies trifft insbesondere in der Ersteingliederung zu, da sich aus dem durchgeführten Leistungs- und Eignungstest direkte

⁶⁶ Vgl. BA (2006b). In welchem Verhältnis dieses Verfahren zu dem im Jahre 2008 eingeführte Service-Level-Agreement steht, konnte nicht geklärt werden.

⁶⁷ Inwieweit die Vorgaben für die Ärztlichen und Psychologischen Dienste übereinstimmen, konnte nicht ermittelt werden, da entsprechenden Handlungsanweisungen für den Psychologischen Dienst nicht zugänglich waren.

⁶⁸ Vgl. BA (2007): S. 1 f.

⁶⁹ Vgl. BA (2007): S. 1, S. 5.

Schlüsse auf das Niveau der Ausbildungsfähigkeit und die in Frage kommenden Berufe ziehen lassen. Aus diesem Grund besitzen die Gutachten des Psychologischen Dienstes insbesondere in der Ersteingliederung ein hohes Gewicht. Aber auch in der Wiedereingliederung geben die Ergebnisse der Befundung Hinweise für die Art und den Umfang der Beschäftigungsfähigkeit und Belastbarkeit. Insbesondere Beschäftigte, die noch wenig Erfahrung mit beruflicher Rehabilitation sammeln konnten, sind auf die Empfehlungen der Dienste angewiesen.

Üblicherweise führten die Ärztlichen und Psychologischen Dienste aus, dass sie eine unabhängige Begutachtung durchführen, die auf die Erstellung des positiven und negativen Leistungsbildes abzielt. Aus einer Agentur kam jedoch auch der Hinweis, dass vor der Begutachtung ggf. auch Rücksprachen mit der Reha-Beratung erfolgen würden, um die Gutachten auf die für die Kundin/den Kunden angedachte Förderung auszurichten.

"[...] man will ja auch dem Kunden ja nicht irgendwas zureden, was vielleicht gar nicht umsetzbar ist, dann kann man eben auch nochmal persönlich mit dem Reha-Berater sprechen, wie die darüber denken, was sie zu dem Fall denken, was man da als Unterstützung geben könnte [...]." (PD 12)

Der Einschaltgrad der Ärztlichen Dienste variiert in den einzelnen Agenturen, ohne dass dies durch die Fallstudien quantifiziert werden konnte. Ob die Reha-Beraterinnen und -Berater den Ärztlichen Dienst einschalten, ist von ihrer Erfahrung abhängig, aber auch von den gesundheitlichen Einschränkungen und den bereits vorliegenden Gutachten. In der Ersteingliederung wird der Psychologische Dienst grundsätzlich immer eingeschaltet. Wenn die Jugendlichen nicht aus Förderschulen kommen, sondern im Rahmen der Berufsberatung als möglicher Reha-Fall identifiziert werden, erfolgt die Einschaltung meist über das Team U25 (Berufsberatung bzw. Ausbildungsvermittlung).

6.2.2 Formen und Anzahl der Begutachtung

Nach Angaben der befragten **Ärztlichen Dienste** werden in ca. 60 bis 70 % ihrer Beauftragungen Entscheidungen nach Aktenlage getroffen.⁷⁰ Lediglich in einer Agentur werden häufiger als Gutachten nach Aktenlage Gutachten nach Untersuchung erstellt. Üblicherweise erfordern Gutachten nach Aktenlage weniger Zeit und werden als kundenfreundlicher eingeschätzt, da den Kundinnen und Kunden keine weitere und ggf. unnötige Untersuchung zugemutet wird. Allerdings sind für eine Begutachtung nach Aktenlage aussagekräftige ärztliche Gutachten und vollständige/ausführliche Informationen über Einschränkungen erforderlich. Liegen diese nicht vor, müssen externe Gutachten eingeholt werden, wodurch eine Befundung nach Aktenlage deutlich länger dauert.

⁷⁰ In einer Agentur gab es die Weisung, dass 90 % aller Befundungen nach Aktenlage zu erledigen sind. Inwieweit hier potenzielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden evtl. gegenüber anderen Kundengruppen bevorzugt begutachtet werden, ließ sich nicht feststellen.

Als ein weiteres Problem wurde in einer Agentur benannt, dass das Ergebnis einer Begutachtung nach Aktenlage eher angezweifelt werde und auf weniger Akzeptanz stoße als eine Untersuchung. Dies gilt insbesondere, wenn Kundinnen und Kunden oder die Vermittlungsfachkraft ein anderes Ergebnis erhoffen oder erwarten (s. u.). Dass eine Begutachtung nach Aktenlage u. U. weniger belastbar ist, bestätigt ein Ärztlicher Dienst folgendermaßen:

„[...] die Qualität muss natürlich zwangsläufig auf der Strecke bleiben, wenn ich jetzt jemanden nicht gesehen habe, wenn ich mit dem nicht gesprochen habe, dann kann ich Manches einfach nicht so gut beurteilen. Ein Gutachten nach Aktenlage kann einfach niemals die Qualität haben, wie wenn der Betreffende bei mir gesessen hat und mir das selber berichtet hat und ich mir selber auch ein Bild machen kann.“ (ÄD 6)

Gutachten nach Aktenlage können **häufiger für Kundinnen und Kunden aus dem SGB III** vorgenommen werden, als für Kunden aus dem SGB II. Zurückgeführt wird dies darauf, dass bei Kundinnen und Kunden des SGB II weniger oft ärztliche Gutachten und Vorbefunde vorliegen. Zudem seien die gesundheitlichen Problemlagen im SGB II meist komplexer und deshalb weniger zu einer Entscheidung nach Aktenlage geeignet. In einzelnen Agenturen werden bei speziellen gesundheitlichen Fragen auch gezielt externe Fachärzte eingebunden.

Aus einer Agentur kam der Hinweis, dass als Folge von zu hohen Begutachtungszahlen der leitende Arzt festgelegt habe, wie viel Gutachten von den Trägern des SGB II und SGB III in Auftrag gegeben werden dürfen. Ob hiervon auch Begutachtungen von potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden betroffen sind, ist nicht klar.

6.2.3 Probleme rund um die Begutachtung

Laufzeiten der Ärztlichen Dienste

Seit der Einführung der SLA im Jahr 2008 bestehen für die Ärztlichen Dienste vorgegebene durchschnittliche Laufzeiten zur Bearbeitung der Gutachten.⁷¹ Die Laufzeit beginnt ab dem Tag der Auftragsvergabe in VerBIS. Eine Überschreitung der durchschnittlichen Laufzeiten ist in einzelnen Fällen aufgrund der Einholung zusätzlicher externer Gutachten nach Einschätzung der Reha-Beraterinnen und -Berater unvermeidlich. Nach Auskunft einer Agentur müssen beim **Psychologischen Dienst**

- in der Wiedereingliederung 90 % der Fälle innerhalb von 14 Tagen,
- in der Ersteingliederung 50 % innerhalb von vier Wochen und 70 % innerhalb von acht Wochen bearbeitet werden.

⁷¹ Nach der Information aus einer Arbeitsagentur wird die bundesweit durchschnittliche Laufzeit vom Leiter der Fachdienste und der SU (Steuerung und Unterstützung) festgelegt und anschließend auf die Regionaldirektionen und die einzelnen Agenturen verteilt.

In den Fallstudien variieren die vorgegebenen durchschnittlichen Laufzeiten des Ärztlichen Dienstes zwischen 21 und 29 Tagen, für den Psychologischen Dienst wurde in einer Agentur in der Ersteingliederung vier bis acht Wochen angegeben.⁷²

Um die Laufzeiten einhalten und die Begutachtungen gleichmäßig verteilen zu können, erfolgt in einer Arbeitsagentur die Beauftragung der Gutachten in Form einer informellen Voranmeldung: Die Reha-Beraterinnen und -Berater übermitteln dem Psychologischen Dienst Listen mit den zukünftigen Schulabgängerinnen und -abgängern zur Begutachtung. Diese werden vom Psychologischen Dienst etappenweise zur offiziellen Beauftragung freigegeben. Somit steuert der Psychologische Dienst selbst die Auftragseingänge zur Begutachtung. Nach dieser offiziellen Beauftragung erfolgt dann die Gutachtenerstellung zeitnah. Bis zum Frühjahr des Schulabgangsjahres sind alle Begutachtungen bearbeitet.

Wenn die beauftragende Stelle die Eintragung in VerBIS vornimmt und **erst im Anschluss daran** den Gesundheitsfragebogen, weitere Befunde oder die Schweigepflichtentbindung postalisch zusendet, entsteht eine Leerlaufzeit von fünf bis zehn Tagen, in welcher der Ärztliche Dienst aufgrund der fehlenden Informationen nicht aktiv werden kann. Diese ist in Hinblick auf die gewünschte Gesamtlaufzeit problematisch. In einer Agentur wurde deshalb ein anderes als das in der HEGA 03/07-04 beschriebene Verfahren festgelegt: Erst wenn der Ärztliche Dienst die postalisch zugesendeten Unterlagen erhalten hat, wird die beauftragende Stelle informiert und der Auftrag über VerBIS ausgelöst.

Über die Auswirkungen der Laufzeiten auf die Qualität der Gutachten gibt es unterschiedliche Aussagen. So betonen einzelne Agenturen, dass damit das Verfahren gestrafft worden sei, es aber keine Probleme hinsichtlich der Güte der Gutachten gäbe. Zwei Agenturen haben demgegenüber einen massiven Zeitdruck beschrieben. Insbesondere wenn externe Gutachten einzuholen sind, lassen sich die Laufzeiten kaum einhalten.

„...man bekommt jetzt einen wahnsinnigen Druck, dass man möglichst das schnell abschließt und das führt natürlich dazu, dass man dann vielleicht auch nicht alle Unterlagen beizieht ... oder denkt: ,naja gut, da habe ich jetzt schon was, dann mache ich das, schließe ich es ab.“ (ÄD 6)

Ebenfalls mitgeteilt wurde, dass es Ärzte und Ärztinnen gäbe, die bei der Beurteilung psychisch Kranker aufgrund der Laufzeiten keinen Befund des (behandelnden) Psychiaters einholen, oder dass man teilweise auf eine Untersuchung vor Ort verzichtet, auch wenn sie von der Ausgangslage her nötig wäre.

⁷² Einzelne Agenturen wiesen darauf hin, dass für die Begutachtungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden andere Laufzeiten gelten, bspw. für Gutachten in der Wiedereingliederung vierzehn Tage.

Aussagekraft der Gutachten

Als **Problem** aus Sicht der Ärztlichen Dienste wurde beschrieben, dass Zielfragen vielfach zu unpräzise gestellt seien bzw. Anforderungen nicht klar formuliert würden. Zudem würden sie vielfach nicht über das konkrete Tätigkeitsfeld informiert, sodass die Frage, ob die Kundin/der Kunde einen bestimmten Beruf (noch) ausüben könnte, nicht zu beantworten sei. Seitens der Reha-Beratung und auch von einem Leiter eines Jobcenters wiederum wurde genau der fehlende Bezug auf **arbeits**medizinische Aspekte bemängelt.⁷³

Die Reha-Beraterinnen und -Berater halten die Gutachten vielfach für zu unpräzise. Da Diagnosen nicht übermittelt und Suchtkrankheiten nicht spezifiziert werden dürften, würden ihnen teilweise wesentliche Informationen für die zielorientierte Beratung der Kundinnen und Kunden fehlen. Auch böten die Gutachten vielfach zu viel Interpretationsspielraum⁷⁴ und wären in ihrer Aussage teilweise widersprüchlich. Ein Reha-Berater betonte, dass die Verpflichtung der Ärztlichen Dienste, Sachverhalte aufgrund des Empowermentansatzes **positiv** zu formulieren, dazu führe, dass schwer erkennbar sei, was jemand nun könne und was nicht. So wurde in einer Agentur beschrieben, dass die Reha-Beraterinnen und -Berater durch die Kundinnen und Kunden **zusätzlich** kurze fachärztliche Stellungnahmen einholen lassen („Zweizeiler“), wenn sie aus dem ärztlichen Gutachten nicht entnehmen können, ob das Leistungsbild nun für oder gegen die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit spricht.

Ergebnisse der Gutachten

Für den Rechtskreis SGB III wurden hinsichtlich der Ergebnisse der Befundung von den Arbeitsvermittlerinnen und -vermittlern sowie den Reha-Beratungen insgesamt wenig Probleme beschrieben. Gibt es gravierende unterschiedliche Einschätzungen, wird dies bilateral oder in den Teamsitzungen und Fallbesprechungen geklärt.

Von Arbeitsvermittlerinnen und -vermittlern aus den Grundsicherungsstellen wurden jedoch vereinzelt genannt, dass sie Probleme mit den Einschätzungen der Ärztlichen Dienste hätten, insbesondere hinsichtlich des Umfangs der Einsatzfähigkeit. So würden teilweise Kundinnen und Kunden, bei denen die Fallmanagerinnen oder -manager bzw. pAp der Ansicht seien, dass diese nur mit einer reduzierten Stundenzahl beschäftigt werden könnten, vom Ärztlichen Dienst als „vollschichtig einsatzfähig“ befundet. Von Grundsicherungsstellen wurde auch des Öfteren das Problem beschrieben, dass – insbesondere bei älteren Personen – das erstellte Leistungsbild durch den Ärztlichen Dienst nicht ausreicht, um einen Antrag auf eine (Früh-) Verrentung zu stellen. Gleichzeitig hätten diese Kundinnen und Kunden jedoch so große Leistungseinschränkungen, dass nach Einschätzung der Vermittlungsfachkräfte keine Integration in den Arbeitsmarkt möglich ist.

⁷³ Die Ärztlichen Fachdienste, die vielfach Allgemeinmediziner/-innen oder Psychologen/-innen sind, werden über eine Trainingsphase entsprechend geschult.

⁷⁴ Auch wenn keine konkreten Hinweise zu Maßnahmen erwartet werden.

6.2.4 Datenaustausch und Codierung

Teilweise werden Informationen elektronisch weiter gegeben und erfasst, teilweise in Papierform in Akten abgelegt. Material, das nur in Papierform vorhanden ist, wie bspw. andere Gutachten, werden in die Papierakte gelegt und übergeben.

In den Fallstudien hat sich gezeigt, dass die ICD-10- und ICF-Codierung für die Kommunikation zwischen dem Ärztlichen Dienst und der Reha-Beratung nur wenig Bedeutung hat. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass nicht jede Befundung oder Untersuchung auf die Erstellung einer Diagnose abzielt, sondern auch primär Einschätzungen zum positiven und negativen Leistungsbild getroffen werden können. Andererseits dürfen Diagnosen nicht weitergegeben werden. Nur wenige der befragten Ärztlichen Dienste nutzten die Codierung für den medizinisch-diagnostischen Teil (Teil A). Auch wurde die Aussagekraft seitens der Ärztlichen Dienste als begrenzt eingeschätzt, da die Codierung Verläufe und Kontextfaktoren nicht abbilde und auch keine Relevanz für das Leistungsbild habe. Der Erfassungsbogen mit der ICF-Codierung werde nicht verwendet, da er wiederum zu aufwändig sei. Alle befragten Psychologischen Dienste gaben zur Auskunft, dass sie keine Diagnosen stellen, und aus diesem Grund auch keine Codierung vornehmen.

6.2.5 Zwischenfazit aus den Fallstudien

Für alle Vermittlerinnen und Vermittler sowie Reha-Beraterinnen und Reha-Berater dienen die Ärztlichen Gutachten der Entscheidungsfindung, insbesondere in unklaren Fällen. Zwar werden von den Diensten i. d. R. keine direkten Aussagen zu konkreten LTA erwartet (und auch nicht getroffen), gleichwohl werden solche Aussagen über die Zielfragen vereinzelt indirekt erfragt oder in Bezug auf diese empfohlen. Das Ergebnis der Gutachten kann deshalb u. U. einer Maßnahmenempfehlung gleichkommen.

Unpräzise gestellte oder beantwortete Zielfragen scheinen die häufigste Ursache für Verständnisprobleme zu sein. Hier wünschen sich beide Seiten mehr Präzision. Dies ist insbesondere für Reha-Beratungen mit wenig Erfahrung von Bedeutung, denn je unsicherer sie sind, desto wichtiger wird das Gutachten als Grundlage ihrer Entscheidungen.

Insgesamt sind die befragten Akteure mit der Zusammenarbeit und den Kommunikationsstrukturen zufrieden. Als Problem wurde benannt, dass häufig wechselndes Personal oder Berufseinsteigerinnen und -einsteiger auf beiden Seiten sich ungünstig auf den fachlichen Austausch und auf die Qualität der Gutachten auswirken. Dies erschwere die Kommunikation, da Regeln und Routinen verloren gehen und Wissen nicht systematisch oder nicht schnell genug weitergegeben werde.

Die Einführung von Laufzeiten über das SLA hat zu kürzeren Bearbeitungszeiten geführt. Darüber, ob hierdurch die Qualität der Gutachten leidet, gibt es von den Ärztlichen Diensten unterschiedliche Einschätzungen. Problematisch ist die Aussage einer Agentur, dass

aus diesem Grund als notwendig erachtete Untersuchungen und externe Gutachten nicht (mehr) eingeholt werden.

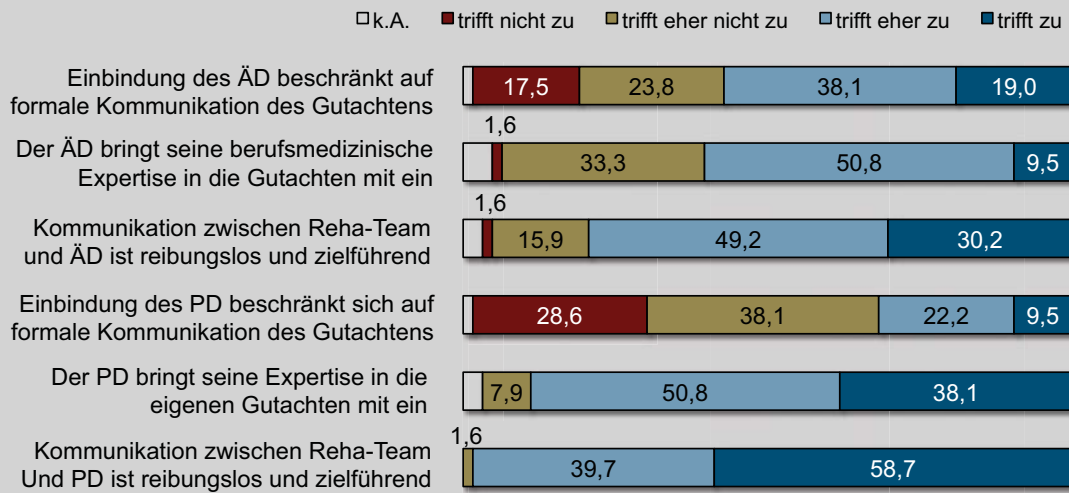
Es gibt trotz der einzelnen Kritikpunkte keine Hinweise darauf, dass es den Ergebnissen der Befundung grundsätzlich an Qualität mangelt. Die von Grundsicherungsstellen beschriebenen Probleme mit Ergebnissen lassen sich auch so interpretieren, dass die Fachlichkeit der medizinischen Dienste zum Teil gegen die fiskalischen Interessen der Grundsicherungsstellen hochgehalten wird.

Die Anwendung der ICD 10- und ICF-Codierung spielt in der Interaktion zwischen dem Ärztlichen Dienst und der Reha-Beratung keine Rolle. Für die Dokumentation des Untersuchungsergebnisses werden die Codierungen nur von einer Minderheit der Ärztlichen Dienste angewendet. Gründe liegen in der zu geringen Aussagekraft einerseits und in der Aufwändigkeit andererseits.

6.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen

Die Befragung der Reha-Teamleitungen zeigt, dass die Einbindung des ärztlichen Dienstes in die Reha-Prozesse zwischen den Agenturbezirken nicht einheitlich verläuft. Ein relativ großer Anteil der Reha-Teamleitungen äußert sich hier eher kritisch und nennt eine (eher) fehlende Einbindung der berufsmedizinischen Expertise in den Prozess (34,9 %) oder beschreibt die Kommunikation zwischen dem Reha-Team und dem ärztlichen Dienst als nicht oder eher nicht zielführend (17,5 %). Dem stehen zwar größere Anteile der Reha-Teamleitungen gegenüber, welche die Einbindung des ärztlichen Dienstes eher positiv beschreiben, doch insbesondere der Vergleich mit dem psychologischen Dienst zeigt, dass Optimierungsmöglichkeiten durchaus bestehen. Die Zusammenarbeit zwischen dem psychologischen Dienst und den Reha-Teams wird bis auf wenige Ausnahmen positiv oder eher positiv bewertet (vgl. Abbildung 9).

Wie sind ÄD und PD organisatorisch in die Reha-Prozesse eingebunden?



Quelle: Reha-Teamleitungen (n = 63)

Abbildung 9 Einbindung des Ärztlichen und Psychologischen Dienstes

Die Bewertung dieser Einbindung steht in deutlichem Zusammenhang zur Art der Kommunikationsprozesse. Nicht nur dass die Einbindung des ärztlichen Dienstes sich häufiger auf die formale Kommunikation entlang der Gutachten beschränkt, als dies beim psychologischen Dienst der Fall ist. Es bestehen auch signifikante Korrelationen zwischen der Bewertung des ärztlichen Dienstes (seiner Einbindung ins Reha-Team) und dem Formalisierungsgrad der Kommunikation mit ihm. Auch die Bewertung der Einbindung des psychologischen Dienstes ins Reha-Team ist umso positiver, je stärker die formalen Kommunikationsformen durch andere ergänzt werden (vgl. Tabelle A19 im Anhang).

7 Beratungskonzepte und Empowerment

7.1 Untersuchungsgegenstand

Beratungskonzeption der BA

Der Verbesserung der Dienstleistung „Beratung“ wird innerhalb der BA große Bedeutung beigemessen. Eine weitere Verbesserung der Dienstleistung Beratung ist deshalb auch das Ziel der neuen Beratungskonzeption, die im März 2011 veröffentlicht wurde.⁷⁵

Das Beratungskonzept der BA orientiert darauf, den Ansatz der lösungsorientierten Beratung im Rahmen des „4-Phasen-Modells der Integrationsarbeit“ (4 PM)⁷⁶ und unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Bereichen der Vermittlung und Beratung umzusetzen. Als „Beratung“ wird sowohl die von vermittlerischen Aufgaben unabhängige Beratung zur Berufswahl und Laufbahnplanung, als auch die Unterstützung und Begleitung des unmittelbaren Integrationsprozesses definiert. Unter lösungsorientierter Beratung wird dabei „ein strukturierter Kommunikationsprozess, in dem auf der Basis einer differenzierten Ausgangsanalyse und abgestimmter Ziele tragfähige Lösungsstrategien und deren Umsetzung geplant werden“⁷⁷ verstanden. In diesem Kommunikationsprozess übernehmen die Beraterinnen und Berater die Aufgabe, als Expertinnen oder Experten im System der beruflichen Rehabilitation und unter Beachtung der Individualität der Kundin oder des Kunden den beruflichen Entscheidungs- und Integrationsprozess mit seinen spezifischen fachlichen, personalen und methodischen Kompetenzen zu fördern und zu leiten.⁷⁸

Das 4 PM bildet dabei den Rahmen und die Struktur der Beratung. Das Modell setzt ein, sobald seitens der Kundin oder des Kunden ein stabiler, realistischer Berufswunsch besteht oder wenn im Rahmen der Ersteingliederung der Wunsch nach Ausbildung vorhanden ist, auch wenn ggf. noch keine Ausbildungsreife besteht.⁷⁹ In der ersten Phase des 4 PM, dem Profiling, sollen Stärken und Potenziale bezogen auf das berufliche Ziel festgestellt werden. Unter Potenzialen werden im 4 PM vermittlungsrelevante Hemmnisse verstanden, die im Verlauf der beruflichen Qualifizierung und Integration relevant sind. Anhand des Profiling werden Kundinnen und Kunden einer Profillage zugeordnet, die „[...] vergleichbar einem Koordinatensystem – den Zusammenhang von zeitlicher Integrationsprognose und vermittlerisch relevanten Handlungsbedarfen“⁸⁰ beschreibt. Anschließend wird anhand des Profiling und unter Berücksichtigung des vorangegangenen Ziels ein aufgrund der festgestellten Hemmnisse und Stärken realistisches arbeits- bzw. ausbildungsmarktbezogenes Ziel (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt,

⁷⁵ Vgl. Rübner und Sprengard (2011): S. 6

⁷⁶ Vgl. untenstehende Ausführungen

⁷⁷ Rübner und Sprengard (2011): S. 9

⁷⁸ Vgl. ebda

⁷⁹ Vgl. BA (2010c): S. 13

⁸⁰ BA (2011a): S. 13

Aufnahme von Ausbildung oder Studium) mit den Kundinnen und Kunden bestimmt, welches nach jedem weiteren Kontakt verändert werden kann. Anhand des Profiling und der vereinbarten Zieloption wird in einem dritten Schritt ein Integrationsfahrplan mit angepassten Handlungsstrategien erarbeitet, je nach vermittlungsrelevanten Handlungsbedarfen. Jedem vermittlungsrelevanten Hemmnis soll dabei eine Handlungsstrategie folgen, deren Umsetzung im Verlauf des Integrationsplans als Zwischenziel zu sehen ist und zeitlich versetzt erfolgen kann.⁸¹

Die Ergebnisse der Beratung werden in einer Eingliederungsvereinbarung zusammengefasst und nachhaltige Vereinbarungen zwischen Kundinnen oder Kunden und Beraterinnen oder Beratern fixiert. Die Transparenz und Verbindlichkeit sollen so im weiteren Integrationsprozess erhöht werden. Die Eingliederungsvereinbarung dient insbesondere dazu, die Eigenaktivität der Kundinnen und Kunden zu fördern und ihre Mitwirkung zu kontrollieren, beziehungsweise fehlender Mitwirkung oder Verstößen nachgehen zu können. Daher ist die Kontrolle der Eingliederungsvereinbarung wesentlicher Bestandteil von Folgegesprächen, ebenso wie die Aktualisierung bisheriger Angaben im 4 PM und die Zusammenfassung der nächsten Schritte in einer neuen Eingliederungsvereinbarung.⁸²

Darüber, wie das beraterische Handeln im Bereich der beruflichen Rehabilitation zwischen diesen beiden handlungsweisenden Vorgaben tatsächlich gestaltet wird, gibt es gegenwärtig nur wenige empirische Befunde (s. u.). Eine Reihe von Annahmen dagegen, scheinen realistisch: So ist zu vermuten, dass die noch neue Beratungskonzeption von Beratern unterschiedlich aufgenommen und angewandt wird. Ebenso ist zu vermuten, dass Beratende die Spielräume im 4 PM unterschiedlich nutzen. In der Studie „Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II“ untersuchten Dornette und Rauch (2007) anhand von Fallvignetten den Beratungsverlauf von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus dem Rechtskreis SGB II.⁸³ Die Autorinnen geben zu bedenken, dass Reha-Beratungen im Rahmen der Ersteingliederung auf die Leistungsfähigkeit der Kundinnen und Kunden aus der besuchten Schulform schließen und sich diese Annahme in der Auswertung der Gutachten widerspiegeln. So werden Schülerinnen und Schülern von Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen eine Vollausbildung häufig nicht zugetraut und das Gutachten in diesem Sinne in eher defizitorientierter Sicht gelesen.⁸⁴ Untersuchungen, die sich explizit mit der Reha-Beratung in der BA beschäftigen, sind nicht bekannt. In den Experteninterviews wurden die Reha-Beraterinnen und Reha-Berater daher auch nach ihrem Verständnis als Beraterinnen und Berater befragt.

⁸¹ Vgl. ebda, S. 20 ff.

⁸² Vgl. ebda: S. 10 ff.

⁸³ Dornette und Rauch (2007): S. 1 ff.

⁸⁴ Vgl. ebda, S. 28 ff.

Empowerment

Als einen Referenzpunkt für die Exploration beraterischen Handelns nutzte die Implementationsstudie 1 das in der wissenschaftlichen Diskussion im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen viel beachtete Konzept des Empowerments. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass weder die BA noch das SGB III alle Elemente dieses Konzept explizit übernommen hat. Der vergleichenden Betrachtung beider Konzepte im Rahmen der Implementationsstudie 1 kommt somit nur eine erkenntnisleitende aber keine unmittelbar normative Funktion zu.

Ähnlich dem Begriff Inklusion und mit diesem auch eng verbunden ist das Empowerment-Konzept zu einem Schlagwort in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen geworden. Es verspricht Ansätze, gesellschaftlich marginalisierten Gruppen zu helfen, sich selbst zu helfen und mehr Einfluss auf ihre Lebensumstände (zurück) zu gewinnen.⁸⁵ Heringer definiert Empowerment als „Entwicklungsprozesse in der Dimension der Zeit, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben buchstabiertes ‚besseres Leben‘ zu leben“⁸⁶. Empowerment wird dabei zum Einen auf einer individuellen Ebene als Prozess der Aneignung von Autonomie über die eigenen Lebensbedingungen und -entwürfe verstanden, zum Anderen als Fokus professioneller Bemühungen, diesen Prozess zu unterstützen. Beratung im Sinne des Empowerment-Konzeptes versucht, ebenso wie es Ziel der Reha-Beratung ist, die Aktivierung und Selbstbestimmung von Kundinnen und Kunden zu unterstützen.

Im Bereich der Sozialen Arbeit wird Empowerment als Handlungskonzept für professionelle Akteure diskutiert. Wesentliche Handlungsdimensionen des Konzeptes sind die Fokussierung von Stärken, die Veränderung der Beziehung zwischen betroffenen Menschen und professionell Tätigen, die Gestaltung von Maßnahmen und Hilfsangeboten, die Fokussierung des Gemeinwesens, der Einbezug von Kundinnen und Kunden oder Klientinnen und Klienten in die Evaluation und Qualitätskontrolle sowie die Akzeptanz von Pluralität in der Gestaltung von professionellem Handeln. Für den Bereich der Beratung im Allgemeinen und der Reha-Beratung im Besonderen verlangt das Empowerment-Konzept eine stärkere Ausrichtung der Beratung als Dienstleistung, die Kundinnen und Kunden Informationen und Problemlösungsansätze bereit stellt und sie bei der Wahl individueller Berufswegeentscheidungen unterstützt. Im Rahmen der Implementationsstudie I wurden bei der Untersuchung der Reha-Prozesse in der BA insbesondere die beiden erst genannten Dimensionen in den Blick genommen: Die Fokussierung von Stärken und die Veränderung der Beziehung zwischen betroffenen Menschen und professionell Tätigen.

⁸⁵ Vgl. Theunissen (2007): S. 11

⁸⁶ Heringer (2006): S. 13

Fachdiskussion zum Empowermentkonzept

Als eine der wichtigsten Dimensionen des professionellen Handelns in Beratungskontexten gilt die Fokussierung von Stärken und Ressourcen der Kundinnen und Kunden. Psychologische Forschung zeigte, dass die Orientierung auf Defizite und Schwächen zur so genannten „erlernten Hilflosigkeit“ führen und sich signifikant negativ auf die psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Kundinnen und Kunden auswirken kann. Saalebey konnte zeigen, dass Sprache und Symbolismen des Defizits Auslöser einer solchen Hilflosigkeit sein können.⁸⁷ Um dem entgegenzuwirken, sollen mit der Betonung von Stärken und Ressourcen der individuelle Drang nach Veränderung, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Eigenaktivität unterstützt werden. Für die Beratungskontexte ergibt sich dabei eine zweifache Aufgabe: Zum einen die Unterstützung Rat suchender Menschen mittels der Fokussierung auf Stärken und Potenziale, um deren Wahrnehmung ihrer Selbstwirksamkeit zu fördern; zum anderen die realistische Einschätzung von Potenzialen und die Vermittlung dieser gegenüber den Kundinnen und Kunden.

Die Fokussierung von Stärken und persönlichen Ressourcen (z. B. sozialen Beziehungen) spielt für die Beratungskonzeption eine Rolle. Reha-Beraterinnen und -Berater sollen Ressourcen erkennen, stärken und aktivieren und das Gespräch als „lösungs- und ressourcenorientierten Dialog“ gestalten, soweit das die „objektiven oder in der Person der Kunden liegenden Handlungsbedarfe“ zulassen.⁸⁸ Insofern findet sich in der Beratungskonzeption eines der wesentlichen Elemente des Empowerment-Konzeptes wieder.

Des Weiteren ist die im Empowerment-Konzept geforderte Fokussierung von Stärken eng im Zusammenhang mit dem sich aus dem Konzept ergebenden inklusiven Behinderungsbegriff zu sehen. Behinderung wird dabei als Ergebnis des gesellschaftlichen Umgangs mit körperlichen, psychischen oder kognitiven Merkmalen von Personen definiert und nicht weiter als individuelle Eigenschaft verstanden. Dem folgend schließt das Empowerment-Konzept Handlungsansätze auf gesellschaftlicher Ebene ein. Der Behinderungsbegriff, welcher der Arbeit der Reha-Beratungen zu Grunde liegt, ist der Logik des SGB III folgend zwangsläufig ein anderer. Er definiert Behinderung als sozialrechtlichen Status zur Gewährung von Leistungen für betroffene Menschen und ist demnach auf das Individuum und dessen behindernde Eigenschaften fokussiert.

Die zweite hier zu diskutierende Dimension ist die Veränderung der Beziehung zwischen betroffenen Menschen und professionell Tätigen. Hierbei steht die Auflösung eines Verhältnisses von Klientinnen und Klienten als Rat suchenden Personen und Beraterinnen und Beratern als Experten eines Gegenstandes im Fokus. Ziel ist, dass die professionell Tätigen den Prozess der Beratung als „dialogisch-reflexiven Verständigungsprozess“⁸⁹ gestalten. Beratung im Sinne eines solchen Verständigungsprozesses knüpft an die Idee der Gestaltung von Beratung als Dienstleistung an, bei der Beraterinnen und Berater ihr fachliches und methodisches Wissen zur Lösung der individuellen Problemlagen betroffener Menschen zur Verfügung stellen. Kundinnen und Kunden treten in einem solchen Dienstleistungsprozess als Auftraggeber auf und haben letztlich die Entscheidungsgewalt inne. Das Ergebnis dieses Prozesses muss im Sinne von Empowerment offen sein, um den individuellen Vorstellungen und Konzepten der Kundinnen und Kunden Raum zu lassen.⁹⁰ Die Aufgabe der beratend Tätigen liegt in einem solchen Verständnis von Beratung auch darin, mit der institutionell vorgegebenen ‚Kontrollfunktion‘ dem Kunden gegenüber offen umzugehen.

Textbox 3: Exkurs zum Fachlichen Diskurs über Empowerment

⁸⁷ Vgl. Saalebey (2008): S. 129

⁸⁸ Rübner und Sprengard (2011): S. 23

⁸⁹ Keupp, Stark und Lenz (2002): S. 83

⁹⁰ Vgl. Theunissen (2009): S. 36

Institutioneller Rahmen der Beratung und der Beratungskonzeption

Mit dem neuen Beratungskonzept soll Beratung als lösungsorientierte Kommunikation zwischen Experten und Ratsuchenden gestaltet werden. Der Beratungsprozess ist dabei im Rahmen des 4 PM und dem Konzept der Standardsequenzen strukturiert und dessen Ergebnis durch die Zuordnung zu Förderkategorien und dem Angebot an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben begrenzt. Die Beratungskonzeption der BA gibt den Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern vor allem die Funktion eines mit Hilfe der fachlichen, personellen und methodischen Kompetenzen Rat Gebenden. Demgegenüber stehen Rat suchende Kundinnen und Kunden, für deren spezifische Probleme in der Beratung Lösungen und erreichbare Ziele erarbeitet werden sollen.⁹¹ Diese in der Beratungskonzeption klar definierte Rollenverteilung wird durch die Komplexität des Reha-Verfahrens verstärkt.

Tabelle 5 stellt die wichtigen Dimensionen der beiden Beratungskonzepte dar und veranschaulicht, wie sich das jeweilige Verständnis zum Teil deckt (ggf. mit leichten Akzentverschiebungen) oder zum Teil auch voneinander abweicht. Die Ermittlung der Dimensionen erfolgte dabei auf Grundlage der Beratungskonzeption der BA nach Rübner und Sprengard (2011) sowie des SGB III.⁹²

Vergleich von Schnittmengen und Unterschieden der Beratungskonzepte		
Dimensionen	Empowerment-orientierte Beratung	Reha-Beratung
Behinderungsbegriff	Behinderung als Ergebnis des gesellschaftlichen Umgangs mit körperlichen, psychischen oder kognitiven Merkmalen	Nach § 19 SGB III sind Menschen behindert, wenn sie aufgrund einer Beeinträchtigung nicht am Arbeitsleben teilhaben können
Verständnis von Beratung	Beratung als „dialogisch-reflexiver Verständigungsprozess“ ⁹³	Beratung als „strukturierter Kommunikationsprozess, in dem auf der Basis einer differenzierten Ausgangsanalyse und abgestimmter Ziele tragfähige Lösungsstrategien entwickelt und deren Umsetzung geplant werden“ ⁹⁴
Ausgangspunkt von Beratung	Stärkenorientierung	Anerkennung aufgrund vermittlungsrelevanter Gesundheitsstörungen
	Potenziale als Ausgangspunkt für Veränderungen	Handlungsbedarfe als Ausgangspunkt für Beratung und Maßnahmengewährung
	Barrierefreiheit (baulich, sprachlich, intellektuell)	Selektivität der Zugangsgestaltung und Informationsweitergabe

⁹¹ Vgl. Rübner und Sprengard (2011): S. 9

⁹² Anliegen der Darstellung ist primär das Spezifische in den beiden Beratungskonzepten, das sich aus den anders akzentuierten Zielstellungen der Beratungsprozesse ergibt. Andererseits ergibt sich aus der Gegenüberstellung auch die Möglichkeit der Weiterentwicklung der Beratungskonzepte. So dürfte Beratung besonders dann erfolgreich sein, wenn sie als dialogisch-reflexiver Verständigungsprozess konzipiert ist, der gleichzeitig strukturiert, ziel- und umsetzungsorientiert ist.

⁹³ Keupp, Stark und Lenz (2002): S. 83

⁹⁴ Rübner und Sprengard (2011): S. 9

Vergleich von Schnittmengen und Unterschieden der Beratungskonzepte		
Dimensionen	Empowerment-orientierte Beratung	Reha-Beratung
Prozessgestaltung	Entscheidungsmacht liegt bei Rat suchenden Menschen	Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts, soweit Rahmenbedingungen dies zulassen
	Interaktionsorientierung	Erfolgsorientierung
	Kontextorientierung	Kundenorientierung im Sinne der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik
Umgang mit Differenz	Akzeptanz von Pluralität	Vielfalt als Normalität
	Ergebnisoffenheit	Strukturierung des Beratungsprozesses und -ergebnisses durch 4 PM und die zur Verfügung stehenden Maßnahmen
Ziel	Inklusion	Berufliche Teilhabe und Integration, gemessen an der beruflichen Eignung und den Anforderungen des Arbeitsmarktes
	Selbstbestimmung	
	Wahrnehmung der Menschen- und Bürgerrechte	

Tabelle 5 Vergleich von Beratungskonzepten

7.2 Querauswertungen der Fallstudien

Für die Auswertung der Experteninterviews nach Fragen des beraterischen Handelns und Elementen des Empowerment-Konzeptes wurde Meuser und Nagel (2005) gefolgt.⁹⁵ Dabei hat sich gezeigt, dass sich das Handeln der befragten Reha-Beraterinnen und Reha-Berater durch die gemeinsame Basis der Beratungskonzeption in manchen Aspekten ähnelt. In anderen Aspekten zeigen die Ausprägungen entlang eines Kontinuums signifikante Unterschiede, auf deren Basis sich Idealtypen⁹⁶ bilden lassen. Dies betrifft insbesondere das Verständnis der Aufgabe als Reha-Beraterin oder Reha-Berater, die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes und den Umgang mit fehlender Mitwirkung. Diese Unterschiede können im Folgenden anhand von vier Berater-Typen dargestellt werden. Die Typen bilden dabei keine trennscharfen Kategorien, in die alle einzelnen Reha-Beraterinnen und Reha-Berater einsortiert werden können, sondern dienen als Mittel um die festgestellte Varianz zu veranschaulichen. Wenn im Folgenden von Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern eines Typs gesprochen wird, meint dies daher Reha-Beraterinnen und Reha-Berater, die am ehesten diesem Typ zugeordnet werden können. Auch kann die Zuordnung einer Beratungsfachkraft zu einem bestimmten Typ kontextbezogen variieren, z. B. je nachdem, ob sich auf die Erst- oder auf die Wiedereingliederung bezogen wird. Die vier Beratungs-Typen sind in Tabelle 6 dargestellt.

⁹⁵ Sie schlagen vor, die Auswertung der Interviews mittels Paraphrasierung und der Bildung von Überschriften von den Interviewtranskriptionen zu lösen, um relevante Aussagen aus verschiedenen Interviews vergleichen zu können. Vgl. Meuser und Nagel (2005): S. 83 ff.

⁹⁶ Aufgrund häufiger Missverständnisse sei darauf hingewiesen, dass der Begriff „Idealtyp“ nicht normativ ist.

Beratungs-Typ	Zitat
1) Macherin / Macher	„Also ich verstehe mich eigentlich als Macher, nicht als Alles-möglich-Macher aber als Macher [...]“ (RehaB 12)
• Aufgabenverständnis:	Auswahl der aufgrund der festgestellten Vermittlungshemmnisse am ehesten erfolgreichen Maßnahme
• Wunsch- und Wahlrecht:	Ziel von Beratung ist wesentlich durch die Einschätzung der Beratenden bestimmt. Wenn Kundinnen und Kunden dem nicht folgen, erfolgt keine weitere Beratung
2) Helferin / Helfer	“[...] und versuche hier Hilfen an die Hand zu geben, damit eine Eingliederung gesundheitlich angepasst erreicht werden kann.“ (RehaB 14)
• Aufgabenverständnis:	Kundinnen und Kunden bei der Entscheidungsfindung helfen
• Wunsch- und Wahlrecht:	Wird im Rahmen der durch die Beratenden festgestellten Eignung beachtet
3) Partnerin / Partner	„Ich sehe mich schon als Partner, der dahin führen soll, dass man im Arbeitsleben auf eigenen Füßen stehen kann.“ (RehaB 11)
• Aufgabenverständnis:	Als Dienstleister über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informieren und Transparenz herstellen
• Wunsch- und Wahlrecht:	Berufswahl ist Entscheidung der Kundin oder des Kunden und wird durch Beratung begleitet
4) Unterstützer / Unterstützerin	„Dass der Kunde in die Lage versetzt wird, seine Möglichkeiten zu erkennen und seine Rechte und seine Ziele selbstständig anzusteuern und auch wahrzunehmen [...].“ (RehaB 16)
• Aufgabenverständnis:	Kundinnen und Kunden so zu unterstützen, dass sie ihre Angelegenheiten weitestgehend selbstständig bewältigen können
• Wunsch- und Wahlrecht:	Ergebnis der Beratung ist offen. Kundinnen und Kunden können zwischen alternativen Maßnahmen wählen

Tabelle 6 Typen von Reha-Beraterinnen und -Beratern

Wie Tabelle 6 verdeutlicht, grenzen sich die Beratungstypen vor allem darüber ab, wie viel Entscheidungsmacht den Kundinnen und Kunden überlassen wird. So sieht es der „Macher“ als seine vorrangige Aufgabe an, anhand der aus den verschiedenen Informations- und Diagnoseverfahren erhaltenen Informationen sehr stringent eine passende Maßnahme für die Kundinnen und Kunden auszuwählen. Der Typ „Unterstützer“ hingegen überlässt die Entscheidung den Kundinnen und Kunden, nachdem passende Maßnahmen nach Eignung und regionalem Arbeitsmarkt im Verlauf der Beratung identifiziert worden sind. Wie Reha-Beraterinnen und -Berater den Prozess und die Beziehung zu Kundinnen und Kunden gestalten, ist demnach sehr unterschiedlich und konnte bei den befragten Reha-Beraterinnen und -Beratern nicht auf Aspekte wie berufliche Erfahrung oder Weiterbildung zurück geführt werden: Alle Beraterinnen und Berater gaben an, an Weiterbildungen zum neuen Beratungskonzept teilgenommen zu haben.

Einige Beraterinnen und Berater unterscheiden die Einschätzung ihrer Rolle im Prozess nach Erst- und Wiedereingliederung. So sehen Beraterinnen und Berater ihre Rolle in der Ersteingliederung stärker als in der Wiedereingliederung auch als „Macher“, da diese Kundinnen und Kunden häufig noch keine genauen Vorstellungen ihrer beruflichen Zukunft haben und im Prozess der Berufsorientierung und -findung einer Anleitung bedürfen.

Bezogen auf die Fokussierung auf Stärken und Ressourcen konnten bei den befragten Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden. In allen Gesprächen wurden Hinweise gefunden, dass die Reha-Beraterinnen und Reha-Berater dieses Handlungsprinzip des Beratungskonzeptes in ihrem beraterischen Handeln anwenden. Bemerkenswert ist allerdings, dass einige der befragten Reha-Beraterinnen und Reha-Berater im Sinne des Empowerment-Konzeptes die Fokussierung auf Stärken auch in ihre Wortwahl einfließen ließen und beispielsweise die Bezeichnung „behindert“ aufgrund deren stigmatisierenden Wirkung vermieden. Sie gehen ähnlich dem Konzept des Empowerment davon aus, dass die Stigmatisierung aufgrund solcher Zuschreibungen erheblichen negativen Einfluss auf die Motivation und Leistungsfähigkeit der Kundinnen und Kunden hat. Für die meisten der dazu befragten Reha-Beraterinnen und Reha-Berater ergeben sich Stärken und Ressourcen aus den Beratungsgesprächen und umfassen auch das Umfeld der Kundinnen und Kunden. Nur ein befragter Berater nannte Fachgutachten als Analyseinstrument zur Feststellung von Stärken. Alle anderen befragten Reha-Beratungen sehen die Gutachten eher zur Feststellung von Schwächen und Handlungsbedarfen, auf deren Grundlage die Maßnahmenauswahl stattfindet.

Weiterhin zeigen die Interviews, dass das Wunsch- und Wahlrecht grundsätzlich von den meisten der befragten Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern als wichtige Größe im Beratungsprozess eingeschätzt wird, da sie davon ausgehen, dass die Beachtung der individuellen Wünsche und Ziele positive Effekte auf Motivation und Mitwirkung habe. Während es aber für den „Unterstützer“ Teil seiner Aufgabe in der Beratung ist, Kundinnen und Kunden bei der Artikulation ihrer Wünsche zu unterstützen, um davon ausgehend geeignete Maßnahmen zum Erreichen der persönlichen Ziele von Kundinnen und Kunden zu finden, spielen für den „Macher“ die persönlichen Wünsche und Vorstellung bei der Feststellung der Ziele der Beratung zwar eine Rolle, allerdings nur soweit, wie die Beraterinnen und Berater nach ihrer Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Passung zum Arbeitsmarkt Erfolg sehen.

Bezogen auf die Einschätzung und den Umgang mit fehlender Mitwirkung der Kundinnen und Kunden unterscheiden sich die Beratungstypen erheblich. Fehlende Mitwirkung gilt als Beendigungsgrund des Reha-Verfahrens. Welches Verhalten von Kunden und Kundinnen allerdings als fehlende Mitwirkung zählt, liegt dabei in der Entscheidung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater. So gaben Reha-Beraterinnen und Reha-Berater des Typs „Helfer“ an, dass die Schließung des Reha-Verfahrens aufgrund fehlender Mitwirkung meist bei hohen unentschuldigtem Fehlzeiten in Maßnahmen vorkommt. Die dazu befragten Reha-Beraterinnen und -Berater interpretieren Fehlzeiten als Ausdruck von Desinteresse der Kundinnen und Kunden und verweisen auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ein Berater gab dazu Folgendes an:

„Ich renne ihnen nicht hinterher, da hört dann bei mir die Hilfe, mein Helfersyndrom, irgendwann auch auf.“ (RehaB 12)

Hingegen beenden Beratende des Typs „Unterstützer“ und „Partner“ selten Verfahren aufgrund fehlender Mitwirkung, sondern hinterfragen in der Beratung die persönlichen Gründe der Kundinnen und Kunden. Fehlende Mitwirkung ist für sie kein Anzeichen fehlender Motivation, sondern ein Anzeichen für weiteren Unterstützungsbedarf. So gab ein „Unterstützer“ ein eindrückliches Beispiel an:

„Da erfolgt kein Anruf, weil derjenige vielleicht schon seit Monaten überhaupt nie mehr telefoniert hat mit jemandem. Und weil er sich gar nicht traut und [...] viel zu unsicher und so [ist].“ (RehaB 16)

Typische Strategien lassen sich für die Beratungstypen nicht identifizieren. Vielmehr haben die Reha-Beraterinnen und Reha-Berater ein eigenes Repertoire an Strategien zur Gestaltung des Beratungsprozesses, welches zum einen von der Persönlichkeit und der Berufsbiografie der Kundin oder des Kunden abhängt, zum anderen sich nach Erst- und Wiedereingliederung unterscheidet. Am häufigsten genannt wurde die Vermittlung realistischer Einschätzungen der Kundinnen und Kunden bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit und der Passung zum Arbeitsmarkt. Dazu nutzen Beraterinnen und Berater Praktika, den Abgleich des in den Gutachten festgestellten Leistungsbildes mit den Anforderungen von Berufen, konkretes Hinterfragen der Einschätzungen von Kundinnen und Kunden oder auch die Provokation von Misserfolgen. Weitere häufig genannte Strategien im Beratungsprozess sind die gemeinsame Suche nach Alternativen, eine akzeptierende Grundhaltung, die Förderung und Forderung von Selbstständigkeit und die offene Thematisierung der Gutachten und der Einschätzung des Beratenden. Ein Beratender gab an, dass er das persönliche Budget nur einsetzt, um Kundinnen und Kunden zu zeigen, dass sie den bürokratischen Aufwand nicht bewältigen können.

Zwischenfazit aus den Fallstudien

Das Beratungskonzept der BA besitzt mit dem Empowerment-Konzept in verschiedenen Aspekten Schnittmengen, so dass einige Reha-Beratungen Elemente des Empowerment-Ansatzes in ihr Handeln einfließen lassen und ein ähnliches auf Selbstbestimmung und Wahrnehmung von Rechten ausgerichtetes Ziel ihrer Arbeit definieren. Dies geschieht allerdings erstens in dem Rahmen, den das 4 PM und die in Abschnitt 8 (Maßnahmenauswahl) genannten Prämissen zulassen, und zweitens von Beratungsfachkraft zu Beratungsfachkraft in stark unterschiedlichem Umfang.

Reha-Beraterinnen und Reha-Berater im Bereich der beruflichen Rehabilitation adaptieren die Instrumente und Handlungsanweisungen der BA mit Hilfe ihrer beruflichen Erfahrung für den Bereich der Beratung von Menschen mit Behinderungen. Sie unterscheiden sich dabei insbesondere sehr in ihrem Verständnis der eigenen Rolle als Beratende.

7.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen

Die E-Mail-Befragung wurde weder dafür genutzt, die in den Fallstudien herausgearbeiteten Rollenverständnisse der Reha-Beraterinnen und -Berater standardisiert abzufragen, noch die Beratungskonzepte im Detail zu differenzieren. Dennoch zeigen sich aus anderen Fragen, die Schnittmengen mit dem Thema Beratungskonzepte und Empowerment aufweisen, Hinweise, wie unterschiedlich diese in den Agenturen bzw. von Reha-Beraterinnen und -Beratern gewählt oder umgesetzt werden.

Sowohl unter den Reha-Beraterinnen und -Beratern als auch unter den Reha-Teamleitungen gibt die große Mehrheit an, dass es Aufgabe der Reha-Beratung sei, die Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu fördern – dennoch gibt es abweichende Einschätzungen, dass die eher nicht zuträfe bei rund jeder/jedem Zehnten (vgl. Tabelle A20 im Anhang). Die Einschätzungen der Teamleitungen korrelieren jedoch nicht signifikant mit denen der zugehörigen Reha-Beraterinnen und -Beratern,⁹⁷ woraus sich schlussfolgern lässt, dass die Beratungskonzepte einzelner Agenturen/Teams auf diesen Sachverhalt bezogen nicht durch die Teamleitungen gesteuert werden.

Auch den Umgang mit Sanktionen kann man dem Beratungskonzept zurechnen. Gut die Hälfte der Agenturen gibt an, Sanktionen als Teil ihrer Aktivierungsstrategie häufig zu nutzen, für gut ein Drittel gilt dies nicht. Das übliche Verhalten ist, bei fehlender Mitwirkung die Reha-Akte zu schließen, aber in 17,5 % der Agenturen wird die Akte in so einem Fall auch ruhen gelassen (vgl. Tabelle 7).

Wie wird auf eine fehlende Mitwirkung der Rehabilitanden/-innen reagiert?	Ja	Nein	fehlend
Sanktionen sind Teil der Aktivierungsstrategie und werden häufig eingesetzt	56,3	35,9	7,8
Die Reha-Akte wird geschlossen	84,4	9,4	6,3
Die Reha-Akte wird ruhen gelassen	17,2	71,9	10,9
Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 63)			

Tabelle 7 Umgang mit fehlender Mitwirkung

Auf das Thema Gleichstellung bzw. Gender wird an anderer Stelle näher eingegangen (vgl. Abschnitt 11). Hinsichtlich der Beratungskonzepte sei hier jedoch genannt, dass nur 10,1 % der Reha-Beraterinnen und -Berater angeben, besondere Beratungskonzepte zu nutzen, um die Chancengleichheit zwischen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen zu fördern, zzgl. weiterer 11,8 %, für die dies eher zutrifft.⁹⁸

⁹⁷ Spearman-Rho = 0,123, Signifikanzniveau = 0,166

⁹⁸ Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Geschlecht der Befragten oder bisherigen Schulungen und dieser Aussage.

8 Auswahl von Maßnahmen

8.1 Untersuchungsgegenstand

Nach Maßgabe des § 97 SGB III können für behinderte Menschen „Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden [...], die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. (2) Bei der Auswahl der Leistungen sind Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, schließt das Verfahren zur Auswahl der Leistungen eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung ein.“⁹⁹

LTA werden nach **allgemeinen** und **besonderen** Leistungen unterschieden.¹⁰⁰ Die allgemeinen Leistungen umfassen vermittlungsunterstützende Leistungen, Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit, Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung sowie Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung.¹⁰¹ Die besonderen Leistungen umfassen das Übergangsgeld nach den §§ 160 bis 162 SGB III, Ausbildungsgeld (wenn Übergangsgeld nicht erbracht werden kann) sowie die Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme¹⁰².

Gemäß § 98 Abs. 2 SGB III werden die besonderen Leistungen zur Teilhabe nur erbracht, „soweit nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann.“¹⁰³ Die besonderen Leistungen sind unter bestimmten Voraussetzungen zu erbringen. Gemäß § 102 SGB III sind diese bspw. gegeben, wenn die **Art oder Schwere** der Behinderung die Teilnahme an einer Maßnahme in einer **besonderen Einrichtung** für behinderte Menschen, oder in einer Maßnahme, die auf die **besonderen Bedürfnisse** behinderter Menschen ausgerichtet ist, unerlässlich machen. Oder zweitens, wenn die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen **nicht** oder **nicht im erforderlichen Umfang** vorsehen.¹⁰⁴ Die Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen werden nach § 40 SGB IX gewährt.¹⁰⁵

Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der BA (SGB II und SGB III) gibt im „Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Rehabilitation“¹⁰⁶ unter

⁹⁹ § 97 SGB III Abs. 1 und 2

¹⁰⁰ Vgl. § 98 SGB III Abs. 1

¹⁰¹ Vgl. § 100 SGB III „Leistungen“ sowie § 101 SGB III „Besonderheiten“

¹⁰² Vgl. § 103 SGB III. Auf Antrag können die Leistungen auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden.

¹⁰³ Vgl. § 98 Abs. 2 SGB III

¹⁰⁴ Vgl. § 102 SGB III, Abs. 1, Hervorhebung durch Verfasser

¹⁰⁵ Vgl. § 102 SGB III, Abs. 2

¹⁰⁶ Vgl. BA (2010a)

Berücksichtigung dieser gesetzlichen Vorgaben geschäftspolitische Zielsetzungen vor.¹⁰⁷ So ist bei der Auswahl von Instrumenten („Produktvergabe“) unter Berücksichtigung der „rechtskreisspezifischen Empfehlungen und Weisungen“, die „Ausrichtung des Handelns nach Wirkung und Wirtschaftlichkeit zu beachten.“ Das Ziel einer zügigen und dauerhaften Integration soll unter Berücksichtigung o. g. Vorgaben sowie des individuellen Förderbedarfs nach dem **Grundsatz** „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ erreicht werden.“¹⁰⁸

Grundsätzlich ist in der Wiedereingliederung das Instrument mit der höchsten Erfolgsaussicht auf Integration auszuwählen. In der Ausbildungsvermittlung ist das Ziel anzustreben, für welches die „tragfähigsten Voraussetzungen“ zum Erfolg bestehen.¹⁰⁹ Über den Beratungsansatz des Empowerment (vgl. Abschnitt 7) vermittelt die Reha-Beratung zwischen den geschäftspolitischen Vorgaben und dem Wunsch- und Wahlrecht der Kundinnen und Kunden.

Mit dem 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation (4 PM Reha) steht zur Strategie- und Maßnahmenplanung ein Tool zur Verfügung, das identifizierte Profillagen mit Handlungsstrategien und Empfehlungen zur Produktauswahl unterlegt.¹¹⁰ Diese Empfehlungen sollen jedoch nicht die „individualisierte Entscheidung der Vermittlungs-/Beratungsfachkraft“ ersetzen, sondern „sie fordern vielmehr Einzelfallentscheidungen ein, um den gesetzlichen Auftrag und die darauf aufbauenden geschäftspolitischen Ziele bestmöglich zu erreichen.“ Aus den „generellen Produktempfehlungen des Produktkataloges“ soll „fallangemessen und im Abgleich mit den geschäftspolitischen Vorgaben vor Ort das jeweils Passende aus den Angeboten vor Ort ausgewählt werden“.¹¹¹ Neben der Handlungsstrategie und Instrumentenauswahl ist auch die Förderkategorie festzulegen.

Die Integrations- und Maßnahmenplanung basiert auf einer Stärken- und Potenzialanalyse, die diagnostisch durch die Ärztlichen Fachdienste oder externe Gutachter unterstützt werden kann.¹¹² Von der Reha-Beratung sind „die Schwere und Ausprägung der Behinderung, bisherige schulische und berufliche Biografie, Alter und Lebensverhältnisse, Ressourcen, Motivation, regionale und berufliche Mobilität, psychische Verfassung und Belastbarkeit sowie die Situation auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt“¹¹³ zu berücksichtigen. Für Jugendliche ohne Berufsabschluss ist immer die Möglichkeit der Aufnahme einer Ausbildung zu prüfen, es sei denn, die Jugendlichen wünschen definitiv keine Ausbildung

¹⁰⁷ Kontrolliert und gesteuert wird die Zielerreichung bspw. durch die jeweiligen Geschäftsleitungen und Teamleitungen Reha, die hierzu auf das „Führungs-Informationen-System (FIS) – Grundlage für Zielnachhaltung und Steuerung“ zurückgreifen.

¹⁰⁸ Vgl. BA (2010a): S. 38

¹⁰⁹ Eine explizite Berücksichtigung des Wunsches nach „eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände“ und Förderung ihrer „Selbstbestimmung“ i.S.v. § 9 SGB IX findet sich im „arbeitnehmerorientiertes Integrationskonzept“ nicht.

¹¹⁰ Vgl. BA (2010c): S. 12 f

¹¹¹ Vgl. BA (2010a): S. 37

¹¹² Vgl. BA (2010a): S. 9

¹¹³ Vgl. BA (2010a): S. 6

oder die Herstellung der Ausbildungsreife ist auch mit Förderung nicht möglich.¹¹⁴ Bei der Einschätzung der Arbeitsmarktchancen und der Festlegung des Zielberufes/der Zieltätigkeiten kann auf die „Berechnungshilfe Arbeitsmarktchancen“ zurückgegriffen werden.¹¹⁵

Das rechtskreisübergreifende arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept findet ebenfalls Anwendung bei den Kundinnen und Kunden des SGB II, sofern sie durch gemeinsame Einrichtungen betreut werden. Der Leitfaden „Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen“ legt dabei fest, dass von der „Vermittlungsfachkraft – unabhängig von individuellen Befunden und Handlungsstrategien – auf Ebene einer Bedarfsgemeinschaft einzuschätzen [ist], welche Aktivitäten und welcher Fokus aus Sicht der Grundsicherungsstelle besonders geeignet erscheinen, um die Hilfebedürftigkeit der Bedarfsgemeinschaft zu reduzieren.“¹¹⁶

8.2 Querauswertungen der Fallstudien

8.2.1 Zielsetzungen

Alle befragten Reha-Beraterinnen und -Berater verfolgten mit den ausgewählten LTA das Ziel, den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Integration in einen leidensgerechten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz und damit eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Inklusionsdebatte und dem sich abzeichnenden Fachkräftemangel sollen auch in der Ersteingliederung alle Möglichkeiten zu einer (späteren) Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschöpft werden. Rein sozialpolitische Aspekte spielen bei der Auswahl einer LTA keine Rolle. Von einigen Reha-Beratungen und Reha-Teamleitungen wird in bestimmten Fällen die Bewilligung einer LTA jedoch auch an der Schnittstelle zwischen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik verortet.

„Also, grundsätzlich denke ich ist es im Reha-Bereich völlig legitim, wenn man auf die Haushaltsmittel guckt. Auf der anderen Seite hat man auch einen sozialen Auftrag“ (TL AA 3)

Mit den Maßnahmen in der Ersteingliederung wird darauf gezielt, gute Voraussetzungen für einen Start ins Berufsleben zu schaffen. Dementsprechend und in Übereinstimmung mit den geschäftspolitischen Zielsetzungen prüfen die Reha-Beratungen grundsätzlich, ob genügend Ressourcen für eine Ausbildung vorhanden sind. Bei der Wiedereingliederung ist die Eingliederung in den (allgemeinen) Arbeitsmarkt das entscheidende Ziel. Kundenwünsche werden i. d. R. umfangreich gewürdigt, allerdings sowohl mit den Maßnahmenkosten als auch mit der Maßnahmendauer abgewogen.

¹¹⁴ Vgl. BA (2010a): S. 15

¹¹⁵ Entbehrlich ist dies bei „Jugendlichen (auch Rehabilitanden) die eine Ausbildung anstreben, aber noch nicht über die notwendige Ausbildungsreife verfügen“ oder „für die nur eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen in Betracht kommt.“ BA (2010a): S. 12.

¹¹⁶ Vgl. BA (2010a): S. 13

8.2.2 Eignungsdiagnostik und Strategiefindung

Im Mittelpunkt der Eignungsabklärung und Strategiefindung steht das Gespräch zwischen Reha-Beratung und Kundin bzw. Kunde. Auf der Basis vorliegender ärztlicher Gutachten, Zeugnisse, ggf. Informationen des Arbeitsvermittlers/der Arbeitsvermittlerin sowie der Stärken und Potentiale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird gemeinsam mit ihnen überlegt, welche beruflichen Zielsetzungen realistisch sind. Bestehen noch Unsicherheiten bzgl. der Eignung werden üblicherweise entweder Diagnosemaßnahmen bei Trägern, Eignungserprobungen in Werkstätten oder Praktika in Betrieben durchgeführt.

Zur Einschätzung der regionalen Integrationschancen verlassen sich die Reha-Beratungen auf ihr Erfahrungswissen. Eine Zuhilfenahme der „Berechnungshilfe Arbeitsmarktchancen“ (s. o.) wurde von keiner Reha-Beratung genannt. Nur vereinzelt greifen die Reha-Beratungen zur Strategieauswahl und Instrumentenauswahl auf die Vorschläge zurück, die über die Anwendung des 4 PM Reha angeboten werden. Die meisten Reha-Beratungen betonten eher, dass die in 4 PM generierten Lösungen den Einzelfällen nicht gerecht werden. Sie verlassen sich deshalb eher auf die diagnostischen Ergebnisse der Fachdienste und ihr Erfahrungswissen und machen die entsprechenden Eintragungen in VerBIS teilweise erst, nachdem sie ihre Entscheidung getroffen haben.

Ihre Strategie- und Maßnahmenplanung richten die Reha-Beratungsfachkräfte nicht primär darauf aus, die geschäftspolitischen Zielsetzungen und Kennziffern zu erfüllen. Diese werden jedoch prozessbegleitend berücksichtigt und geben der Summe der individuell begründbaren Einzelentscheidungen damit eine Richtung. Mehrere der Befragten unterschiedlicher Funktionen beschrieben diesen Prozess, in dem zunächst Impulse der Zentrale (z. B. zu einer geringeren Nutzung der Förderkategorie III und einer stärkeren Nutzung der Förderkategorien II oder I) in den agenturinternen geschäftspolitischen Zielsetzungen aufgegriffen werden, welche anschließend wiederum die Reha-Teamleitung an die Reha-Beratung kommuniziert. Auf diesen Prozess wird ausführlicher noch im Abschnitt 8.2.3 eingegangen.

In allen Agenturen hat in der Ersteingliederung das Ziel einer **Ausbildung** Vorrang vor einer direkten Integration in den Arbeitsmarkt, wenn die entsprechenden individuellen Voraussetzungen vorliegen oder mit entsprechenden (Reha-spezifischen) BvB geschaffen werden können. Die Gutachten der Fachdienste (insb. des Psychologischen Dienstes) geben erste Hinweise und/oder Empfehlungen zu den Potentialen und zur Eignung der Jugendlichen. Auf diesen basiert die Entscheidung, in welcher Form und auf welchem Niveau eine Ausbildung zu erreichen ist, oder ob eine BvB-Maßnahme vorgeschaltet werden muss. Da die Jugendlichen noch keine beruflichen Vorerfahrungen haben und vielfach auch noch keine (festen) Berufsvorstellungen, sind die Jugendlichen üblicherweise noch nicht in ihrem Berufswunsch festgelegt. Dies ermöglicht den Reha-Beratungen die Berufswünsche in die Richtungen zu steuern, für deren Realisierung vor Ort geeignete Träger und Maßnahmen bestehen. Inwieweit ein Angebot an Reha-spezifischen betrieblichen

Ausbildungen (sog. Werkerberufe) vor Ort vorhanden ist, ist dabei auch an die Entscheidung der regionalen Kammern gebunden. In einzelnen Agenturbezirken wird nur ein sehr eingeschränktes Spektrum der grundsätzlich möglichen (Reha-spezifischen) Ausbildungsberufe angeboten.¹¹⁷ Kostenaspekte werden zwar in die Überlegungen einbezogen, aber die befragten Reha-Beratungen stellen das Ziel einer nachhaltigen Integration durch eine möglichst betriebsnahe Ausbildung in den Vordergrund ihrer Entscheidung. Aus diesem Grund werden auch die mit einer Ausbildung verbundenen längeren Zeiten bis zur Integration in den Arbeitsmarkt in Kauf genommen.

8.2.3 Entscheidungsgrundlagen

Von allen Reha-Beratungen wurde betont, dass im Zentrum der Entscheidung die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand mit deren/dessen Wünschen stehe. Diese müssen aber u. a. mit deren persönlichen Ressourcen und dem Ziel der Integration in den Arbeitsmarkt in Einklang gebracht werden. Das Ziel der Beratung ist deshalb, die Wünsche der Kundinnen und Kunden mit dem Realisierbaren in Übereinstimmung zu bringen. Keine Rehabilitandin/kein Rehabilitand müsse Maßnahmen durchlaufen, für die sie/er nicht motiviert sei. Die Reha-Beratungen loten in den Beratungsgesprächen ihren Handlungsspielraum aus, um der Kundin/dem Kunden im Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung, geschäftspolitischer Zielsetzung, Haushaltsplan und Maßnahmenangebot Strategien der Integration in den Arbeitsmarkt aufzuzeigen. In einem auf einen Konsens ausgerichteten Abwägungsprozess wird dann diejenige Maßnahme ausgewählt, die als erfolgreich eingeschätzt wird.

Budget und Maßnahmenplanung

Alle Reha-Beratungen betonten, dass sich die Maßnahmenauswahl an den Bedürfnissen des Einzelfalls orientiert. Dennoch erfolgen die vorab eingereichten Maßnahmenplanungen auch in Hinblick auf geschäftspolitische Zielsetzungen und das verfügbare Budget und fließen damit in die Überlegungen zur Maßnahmenauswahl ein.

„Das ist ein echtes Kunststück [...] Wenn von der Geschäftsleitung, in Erfüllung der Erwartung der Regionaldirektion, eine solche Umsteuerung vorgenommen wird, haben die natürlich keine Einzelfälle vor Augen, sondern schlicht und einfach diese Umsteuerungszwänge und damit sehen sich dann in der Tat die Berater konfrontiert [...] von diesem Konflikt, der da zu bewältigen ist.“ (BL AA)*

In einzelnen Agenturen sind die Reha-Teams aktiv in die Maßnahmenplanung einbezogen und können angeben, was sie brauchen. Letztlich obliegt die Überprüfung dieser Planungen jedoch den Bereichsleitungen und der Geschäftsführung.

¹¹⁷ So sind in „BERUFENET“ sechzig Ausbildungsberufe – Reha zu finden, diese werden jedoch lokal nicht überall vorgehalten.

Die Vermittlung zwischen den Zielvorgaben und den an individuellen Fällen orientierten Bedarfen der operativen Ebene wird in einer der Agenturen darüber hergestellt, dass die einzelnen Reha-Beraterinnen und Reha-Berater über ihre eigene Planung auch die Gesamtplanung im Auge behalten müssen. Hierzu wird über ein „Finanzüberwachungssystem“ monatlich Transparenz darüber hergestellt, wie viel Geld bzw. Maßnahmen noch zur Verfügung stehen, „damit ich nicht in der Mitte des Jahres da stehe und jeder hat Versprechungen gemacht und es ist kein Geld mehr da“ (BL AA*). Über ihre – ursprünglich angenommene – Bedarfseinschätzung hinausgehende Bedarfe müssen im Team kommuniziert werden und „der Teamleiter [muss] letztendlich entscheiden“ (BL AA*). Eine zu starke Orientierung der Reha-Beraterinnen und -Berater an ihren einzelnen Kundinnen und Kunden kann dabei auch mehr oder weniger direkt als ein Zugriff auf die Ressourcen ihrer jeweiligen Kolleginnen und Kollegen kommuniziert werden, wodurch die Orientierung am Team als Korrektiv für die individuellen Bedarfseinschätzungen genutzt wird:

*„[...] Mit xx haben wir dann eine [...] nach den finanziellen Vorgaben mögliche, Planung gebastelt. Die ist dann in der ersten Phase bei der Kategorienverteilung 1, 2 und 3 aus dem Ruder geraten und wir haben dann in einem schnellen Parforceritt unter der Beteiligung der Geschäftsführung, dann die Kategoriennummer noch mal neu verteilen müssen und sie wiederum um ein Drittel neu verteilt. Es ist dann eher was dabei raus gekommen, was den ursprünglichen Vorstellungen der Berater nicht unbedingt entsprach. Das wurde dann von der Geschäftsleitung und auch von mir verkauft und die Umsteuerung. Letztendlich haben es die Kollegen auch eingesehen [...], **jeder muss wissen was er persönlich, ohne den anderen was wegzunehmen, in seinem Portefeuille [...] hat.** Was kann er machen an einzelnen Instrumenten. Das ist jetzt klar, dass die Planung steht, aber jetzt sind wir dabei das auch noch auf die einzelnen Kollegen runter zu rechnen. Mit allem Für und Wider, auch das kann man nur bis zu einer gewissen Grenze treiben“. (BL AA*)*

Diese genannte Umsteuerung in den Förderkategorien geht nach Aussagen von mehreren der Befragten zurück auf die Zentrale, welche eine Umschichtung von der Förderkategorie III zu den Förderkategorien II und I anstreben würde:

„Und da ist auch ein Impuls da oder zu verspüren von der Zentrale, dass man sagt: Agenturen, bitte überlegt, ob es immer diese besondere Maßnahme in den Förderkategorien III, also bei diesen BBWs oder bei den vergleichbaren Einrichtungen sein müssen, vielleicht reicht auch nur mal eine Förderkategorie II“. (AA TL Reha)*

Über die Regionaldirektionen wird diese Zielsetzung an die Geschäftsführungen der Agenturen und den Bereich Reha kommuniziert, deren Umsetzung anschließend auf der opera-

tiven Ebene über spezielle Schulungen gefördert wird. So gab es z. B. „auch Workshops in xyz, wo die Agenturen auf eine Drittelung hinwirken sollten. Also Förderkategorie I, allgemeine Maßnahmen grade eben im Bereich Arbeitgeber, betriebliche Ausbildung. Förderkategorie II, das sind die ausgeschriebenen Maßnahmen [...]“. (AA TL Reha*).

Diese Umsteuerungswünsche werden i. d. R. über die Reha-Teamleitungen an das Team weitergegeben und fließen in die Maßnahmenplanung und -auswahl ein: „die Förderkategorie III muss halt unter 30 % liegen. Das ist die Maßgabe jetzt gewesen für die Planung“. (Reha SB*). Betont wurde – speziell in dieser Arbeitsagentur – dass LTA eine Pflichtleistung seien und wenn der entsprechende Bedarf da ist, auch bei einer bereits „ausgeschöpften“ Förderkategorie die benötigte Leistung bewilligt würde. Dies erfolge dann in Absprache mit der Teamleitung.

Kosten und Wirtschaftlichkeit

Im Fokus der Entscheidung steht nach Angaben der Reha-Beratungen, die Maßnahme mit der **sichersten und nachhaltigsten Integration** zu wählen. Wirtschaftlichkeit bezog sich in diesem Sinn nicht immer auf die billigste Maßnahme, sondern auf das Erreichen des Integrationszieles. Die meisten Reha-Beratungen versuchten deshalb bei der Auswahl einer Strategie und Maßnahme im ersten Schritt die Kostenaspekte bewusst auszublenken und die objektiv passende Maßnahme sowie ggf. Alternativen auszuwählen. Erst im zweiten Schritt wird ggf. nach kostengünstigeren Alternativen gesucht. Eine Entscheidung zu Gunsten einer Maßnahme mit geringeren Kosten wird evtl. dann getroffen, wenn sich die Reha-Beratungen ohnehin unsicher sind, welche der in Frage kommenden Maßnahmen eher zum Ziel führt.

„Also wenn es zwei gleiche Maßnahmen gibt, eine Teure und eine Günstigere, die gleich gut sind oder einigermaßen gleich gut sind, dann wird die Günstigere natürlich gewählt. [...] Aber wenn ein wirklicher Bedarf da ist und der braucht eine besondere Einrichtung oder eine teure Maßnahme, dann kriegt er auch die Maßnahme.“ (RehaB 14)

Von allen Reha-Beratungen wurde betont, dass **keine notwendige LTA am Geld scheitert**. Zwar kam es in einigen wenigen Agenturen in der Vergangenheit vereinzelt zu Situationen, in denen die (noch) vorhandenen Mittel nicht mehr ausreichten, um Maßnahmen zu belegen. Dies führte nach den Angaben der Reha-Beratungen und Reha-Teamleitungen jedoch nicht dazu, dass die Kunden die Maßnahmen nicht erhielten. Vielmehr wurde das Geld über Umschichtungen oder Nachforderungen besorgt, oder Maßnahmeneintritte fanden später statt als geplant. Dennoch besteht Druck zum wirtschaftlichen Handeln:

. „... es gibt hier auch den Druck, ... nach der Methode wie Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter Einbeziehung der Wirkung. Man soll mit den ge-

ringsten Mitteln den maximalen Aufwand letztendlich erreichen, das gilt für den Reha-Bereich [...] so nach der Methode, ich hab eine gewisse Menge Geld zur Verfügung und muss am Ende auch eine bestimmte Anzahl von Integrationen, die aus diesem Geld letztendlich resultieren erzielen.“ (C 5)

Maßnahmendauer

Auch hinsichtlich der **Maßnahmendauer** besteht über die geschäftspolitischen Zielsetzungen Druck, bestimmte Maßnahmen auszuwählen oder nicht auszuwählen, da sich diese auf die BA-spezifischen Kennziffern der Arbeitslosigkeitsdauer auswirkt.

„Und man guckt also schon, was kostet eine Maßnahme, man guckt schon, wie lang dauert eine Maßnahme. ... und den Druck hat man dann schon, den hat man nämlich aufgrund der Tatsache, dass ja dann die Kennziffern, die aDfA, also die abgeschlossene Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit dort eine maßgebende Rolle spielt. Und da fließt ja die Dauer auch der Maßnahmenteilnahme, unbedingt mit ein. Wenn ich viele Leute mit drei Jahren BaE oder vielleicht dreieinhalb Jahre BaE mache, dann kostet mich das unheimlich viel Geld.“ (C 5)

In der konkreten Einzelfallentscheidung spielen diese Erwägungen nach Angaben der Reha-Beratungen jedoch keine Rolle. In Abwägung zwischen den beiden Zielen einer zügigen Integration und der Qualität eines damit zu erreichenden Arbeitsplatzes gaben alle Reha-Beratungen sowohl in der Erst- als auch in der Wiedereingliederung an, sich für **die LTA zu entscheiden, mit der eine bessere und nachhaltigere Integration** zu erreichen ist. In zwei Agenturen allerdings können teure LTA nur noch nach Rücksprache mit der Teamleitung bewilligt werden.

Weitere Einflussfaktoren auf die Maßnahmenauswahl

Mobilität: Alle Reha-Beratungen bevorzugen die wohnortnahe Durchführung von LTA. Einzelne Agenturen bewilligen für nicht sinnesbehinderte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus Kostengründen i. d. R. nur LTA, die vor Ort umgesetzt werden können. In einer Agentur werden ebenfalls aus Kostengründen sehr hohe Anforderungen an die Mobilitätsbereitschaft gestellt:

„Also wir haben jetzt einen gehabt, der nach xyz umgezogen ist, weil wir die Fahrkosten nach xyz nicht gezahlt haben auf Dauer. Also wir erwarten dann auch vom Kunden, dass er umzieht.“ (RehaB 8)

Es gibt jedoch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ausschließlich lokale Maßnahmen absolvieren wollen oder können, was die Auswahlmöglichkeiten der Reha-Beratungen einschränkt. Im Zweifelsfall wird auf eine nicht leidensgerechte LTA zurückge-

griffen oder das Reha-Verfahren wird eingestellt, wenn es keine leidensgerechte Alternative gibt.

Breite des lokalen Angebotes: Das regionale Angebot der Träger an Maßnahmen, die Flexibilität der Träger sowie die Qualität der Maßnahmen wurde in den Agenturen unterschiedlich bewertet. So gibt es Agenturen, die auf eine Vielzahl von Trägern und ein breites Maßnahmenangebot zurückgreifen und damit eine breite Palette an Maßnahmen anbieten können. In einzelnen Agenturbezirken ist das regionale Maßnahmenangebot eingeschränkt. In der Ersteingliederung wird in den meisten Agenturbezirken für BvB-, BaE- und Reha-spezifische Maßnahmen nur ein schmales Spektrum an Berufsbildern angeboten. Auch wenn die Jugendlichen meist noch keine festen beruflichen Vorstellungen haben, wird das Fehlen von Alternativen vielfach als demotivierend eingeschätzt. Besonders seien junge Frauen in der Reha-spezifischen Ausbildung betroffen, da sich die Reha-Berufe an den gewerblich-technischen Berufen im dualen System orientieren und das Auswahl-spektrum – geschlechtsspezifisches Berufswahlverhalten vorausgesetzt – für junge Frauen zusätzlich einschränken. Für das vereinzelt sehr schmale Angebot ist in den entsprechenden Agenturbezirken die Trägerlandschaft ursächlich. Vielfach konnten sich Träger nicht mehr am Markt halten. Damit sich das regionale Angebot nicht zunehmend verringert, wird bei der Auswahl von Maßnahmen teils auch auf die Pflege dieser Trägerlandschaft geachtet.

„Die Träger können auch nur kostendeckend arbeiten, wenn sie [...] eine gewisse Zahl an Teilnehmern haben und dann halte ich es [...] für wichtig, dass man es auch ein bisschen steuert, dass die großen Träger, die gerade im Bereich Reha halt genügend Teilnehmer haben, auch weiterhin am Markt präsent [bleiben]. Ansonsten haben wir nachher nur noch die Städte xyz und haben die Problematik, dass wir die Leute alle dahin schicken müssen und nicht mehr in der Region halten können.“ (JC GF 8)

Verringerung der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt: In mehreren Gesprächen wurde betont, dass in der Wiedereingliederung kürzere Qualifizierungsmaßnahmen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorteilhafter seien. Sie müssen dann dem Arbeitsmarkt nicht so lange fernbleiben und die finanziellen Einschränkungen umfassen auch einen kürzeren Zeitraum. Insbesondere bei älteren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen der Anschluss an vorhandene berufliche Erfahrungen wichtig sei, damit sich diese mit ihrer Berufserfahrung gegenüber jüngeren Mitbewerberinnen und Mitbewerbern konkurrenzfähig zeigen, bevorzugten Reha-Beratungen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Integrationschancen kurze Teilqualifikationen gegenüber einer längeren berufsabschlussorientierten Umschulung.

Familiale Widerstände: Als Problem wurde in verschiedenen Agenturen beschrieben, dass ein Teil der Ausbildungsplatzbewerberinnen und -bewerber, insbesondere wenn sie

nicht aus Förderschulen kommen, den Reha-Status als Stigma begreifen. Eine Reha-spezifische Ausbildung oder Ausbildungsvorbereitung wird von ihnen und teilweise von ihren Eltern abgelehnt. In diesen Fällen wählen einige Reha-Beratungen ggf. auch gegen ihre Überzeugung alternative Maßnahmen aus, andere entscheiden sich für Kommunikationsstrategien, mit denen die ihren Überzeugungen entsprechenden Entscheidungen auf spätere Zeitpunkte verschoben werden:

„Wenn sie merken, dass die Eltern aggressiv werden, wenn ich sage, das wird nicht gehen, die kann nur einen Fachwerker machen, dann kommt man bisschen runter und sagt, warten wir mal ab, wie es im BVJ läuft, wie es sich entwickelt. Und dann bringt man das später. Das würde ich jetzt wirklich abhängig von der Familie machen.“ (RehaB 6)

Bevorzugte Maßnahmenarten: In der Erst- und in der Wiedereingliederung besteht das Ziel, einen möglichst großen Anteil betrieblicher oder betriebsnaher Maßnahmen auszuwählen. Damit werden nach Einschätzung vieler Reha-Beratungen gleichzeitig die Ziele der Sparsamkeit als auch der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt berücksichtigt. Sofern es das positive und negative Leistungsbild zulässt, gelten somit in allen Agenturen die folgenden drei allgemeinen Prioritäten bei der Maßnahmenauswahl: 1) betrieblich vor betriebsnah vor außerbetrieblich, 2) allgemeine Leistungen vor besondere Leistungen und 3) wohnortnah vor Internat. Allerdings zeigen sich im Detail Unterschiede zwischen den Agenturen. So wird z. B. eine betriebsnahe Form der Ausbildung i. d. R. bevorzugt, damit im Anschluss an die Ausbildung die Chancen auf eine Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt steigen. Eine Arbeitsagentur bevorzugt jedoch die Wahl einer Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE) integrativ; die dortige Reha-Beratung möchte den Jugendlichen angesichts ihrer vielfach nicht ausgereiften sozialen Kompetenzen noch einen Schonraum bieten und ihnen Zeit geben für einen weiteren persönlichen Entwicklungsprozess, ehe sie sich in einem betrieblichen Alltag bewähren müssen.

Eingekaufte Maßnahmen: Der Pool der eingekauften Maßnahmen hat einen untergeordneten, aber nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Maßnahmenauswahl. In einer Agentur wurde explizit geäußert, dass bereits eingekaufte Maßnahmen genutzt werden, auch wenn im Einzelfall andere Maßnahmen geeigneter erschienen. Eine der Reha-Teamleitungen verwies darauf, dass dieser Aspekt zunehmend an Bedeutung gewinnt:

„[...] Also sagt man halt den Beratern: liebe Leute, schaut halt, wenn irgend ein Kunde einigermaßen da hinpasst, dann bitte da hin, oder sonst irgendwo. Und das war's. Wenn der Berater einfach keinen Grund sehen kann, den dort vernünftig hinschicken, dann machen wir es auch nicht. [...] Ich bin mir aber - ehrlich gesagt - zunehmend unsicher, wie der Druck da ist.“ (AA TL Reha 8)

Schwerpunktsetzungen auf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit hohen Eingliederungschancen: Bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen stellten die Reha-Beratungen den Wunsch der Kundin/ des Kunden und die Integrationschancen in den Vordergrund und betonten, dass es sich letztlich immer um eine Entscheidung handelt, die sich am individuellen Einzelfall orientiert. Durch eine Fokussierung auf (relativ) leistungsstarke Personengruppen wird die Struktur der ausgewählten Maßnahmen jedoch mitbestimmt. In zwei der untersuchten Agenturen erhalten in der Wiedereingliederung – abgesehen von sinnesbehinderten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die in einer Reha-spezifischen Werkstatt umgeschult werden müssen – nur diejenigen, die die nötigen Voraussetzungen für eine betriebliche oder betriebsnahe Umschulung mitbringen, eine Bewilligung dieser LTA. Sie begründen dies damit, dass eine LTA nur bewilligt werden könne, wenn damit das Ziel einer Integration in den Arbeitsmarkt erreicht werde. Und letztlich hätten nur diejenigen, die stark genug seien für eine betriebliche Umschulung, anschließend auch Chancen auf eine Integration in den Arbeitsmarkt.

8.2.4 Zeitlicher Verlauf und Maßnahmenketten

Trotz der überwiegend am individuellen Einzelfall orientierten Maßnahmenauswahl gibt es typische Maßnahmenketten. In der Ersteingliederung erfolgt vor einer (Reha-spezifischen) Ausbildung üblicherweise eine (Reha-spezifische) BvB.¹¹⁸ Eine typische Maßnahmenkette in der Wiedereingliederung ist die Vorschaltung eines Reha-spezifischen Vorbereitungslehrganges vor eine Umschulung. Üblicherweise erfolgt dies, wenn schulische Kenntnisse aufgefrischt werden sollen. Wie häufig dies erfolgt, konnte in den Fallstudien nicht erhoben werden, andere typische oder systematische Abfolgen von Maßnahmen in der Wiedereingliederung wurden nicht genannt. Einzelne Agenturen haben über den § 46 SGB III auch typische Nachfolgemeasures für besonders unterstützungsbedürftige Absolventinnen und Absolventen einer Ausbildung konzipiert, um deren Integration in den Arbeitsmarkt zu fördern.

Nicht alle vorgeschalteten Maßnahmen dienen jedoch wie die BvB einer systematischen Förderung, um die Erfolgchancen nachfolgender Maßnahmen zu erhöhen. In der Erst- und Wiedereingliederung werden vereinzelt Maßnahmen wie Praktika vorgeschaltet, um die Eignung oder Motivation zu überprüfen. In einzelnen Agenturen wurden in der **Erst-eingliederung** (nicht aber in der Wiedereingliederung) darüber hinaus je nach Lage des Einzelfalls auch Maßnahmen vorgeschaltet, um deren Tagesstruktur aufrecht zu erhalten, wenn längere Zeiten bis zum Beginn der eigentlich vorgesehenen Maßnahme zu überbrücken sind. Teils wird die Ausübung einer Beschäftigung gefördert, damit Anspruch auf Arbeitslosengeld I für eine spätere Förderung erhalten bleibt.

¹¹⁸ Ausnahmen gibt es bspw. wenn erst während einer allgemeinen BvB ein Reha-Bedarf eintritt – oder festgestellt wird.

„Ich habe ja sehr viele Kunden, die bis zum Beginn einer Umschulung noch eine Zwischenbeschäftigung ausüben, um besser finanziell dort dazustehen oder den Anspruch auf Arbeitslosengeld nicht zu verbrauchen. Weil, wenn er abgelaufen ist, kann ich nicht finanzieren. Wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld am 30.06. abläuft, die Umschulung beginnt am 01.08. Dann hat er eine Lücke von vier Wochen und er würde von uns nicht mehr mit Arbeitslosengeld wie Weiterbildung finanziert werden können. Den muss ich versuchen, irgendwie in Arbeit zu bringen, damit er den Anspruch auf Arbeitslosengeld weiterschleppen kann. Über diesen Tag hinaus, der ihn zum Erliegen bringt.“ (RehaB 4)

Darüber hinaus beschränken sich die Planungshorizonte der Reha-Beratungen jedoch i. d. R. auf die nächste „Einzel-“Maßnahme bzw. auf das nächste Glied einer sich in der Biografie realisierenden aber ungeplanten Maßnahmenkette. Die Ergebnisse einer ersten Maßnahme werden dann entscheidend für die Festlegung der weiteren Strategie.

8.2.5 Akzeptanz der Maßnahmen

Die Akzeptanz der letztlich ausgewählten Maßnahmen durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird von allen Reha-Beratungen als gut eingeschätzt. Dies ist jedoch auch darauf zurückzuführen, dass bereits in den Beratungsgesprächen auf die Herstellung eines solchen Konsenses bzgl. der Auswahl der konkreten Maßnahme geachtet wird.

Dennoch gibt es Gründe, die gegen die Aufnahme der ausgewählten Maßnahme sprechen können. Diese liegen nach Einschätzung der befragten Akteure weniger in der allgemeinen Motivation der Kundin/des Kunden, sondern

- in speziellen finanziellen Gründen (So wurde in einer Agentur darauf hingewiesen, dass sich einige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus finanziellen Aspekten gegen die Aufnahme einer LTA entscheiden, da sie sich – trotz ergänzender Leistungen – nicht immer in der Lage sähen, während der LTA ihren oder den Lebensunterhalt der Familie zu sichern) oder
- in der Einschränkungen der Mobilität (Schlecht zu erreichende, mit hohen Fahrzeiten verbundene Maßnahmenorte, insbesondere wenn die zeitliche/räumliche Mobilität durch familiäre Verpflichtungen eingeschränkt ist).

Abbrüche von Maßnahmen stellen nach Einschätzung der Reha-Beratungen in der Wiedereingliederung kaum ein Problem dar, insbesondere im Vergleich zur Ersteingliederung. Ursache von Abbrüchen sei (neben krankheitsbedingten Abbrüchen, die in beiden Eingliederungsarten vorkommen) oftmals die fehlende Motivation, vielfach ausgelöst oder verstärkt durch fehlende Unterstützung im familiären Umfeld.

8.2.6 Maßnahmenauswahl für Kundinnen und Kunden des SGB II

Als Rehabilitationsträger ist die Bundesagentur auch für die Feststellung des Reha-Bedarfes für Kundinnen und Kunden des SGB II und die Unterbreitung eines Maßnahme- bzw. Eingliederungsvorschlages an die Grundsicherungsstellen verantwortlich. Ob sich die ausgewählten bzw. vorgeschlagenen Maßnahmen unterscheiden, je nachdem ob sie für Kundinnen und Kunden des SGB II oder des SGB III erarbeitet wurden, ließ sich im Rahmen der Fallstudien nicht klären. Die befragten Reha-Beratungen gaben an, dass sie keine Unterschiede zwischen den Kundinnen und Kunden des SGB II und des SGB III machen würden, wenn diese dieselben Voraussetzungen haben.¹¹⁹ Eine besondere Situation herrscht in zwei Agenturbezirken, in welchen die Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Arbeitsagentur Einblick in das zur Verfügung stehende Budget des Jobcenters haben. Mit diesen Mitteln wirtschaften sie nach eigenen Aussagen wie mit den eigenen Mitteln.¹²⁰

Zur Abklärung des Maßnahmenbedarfes werden üblicherweise vorliegende Unterlagen eingesehen und ergänzende Telefonate geführt. Auf dieser Basis werden i. d. R. Vorab-sprachen mit den Arbeitsvermittlerinnen und -vermittlern getroffen. Ziel der informellen Absprachen ist die Herstellung eines Konsenses mit der Grundsicherungsstelle zur Über-nahme des Maßnahmenvorschlages. Je nach Haushaltslage haben die Kunden des SGB II bei möglicherweise gleichem Leistungsbild dann weniger Chancen auf dieselbe LTA wie die Kunden des SGB III. Mit Bezug auf die Maßnahmenempfehlungen eines neuen Reha-Beraters formulierte ein Mitarbeiter einer Grundsicherungsstelle

„... und dann haben wir damals mal gesagt, nein wir sind nur ein kleine ARGE, ... wir haben nur geringe Mittel und das kostet uns doch ein bisschen zu viel [...] jetzt, macht der Herr xyz das auch schon so, ich kann das eigentlich alles absegnen, was der macht [...].“ (JC Reha-FM 2)

Es gibt Grundsicherungsstellen, die grundsätzlich die Vorschläge der Reha-Beratung übernehmen, und andere, die vor der Übernahme des Maßnahmenvorschlages prüfen, ob es nicht eine billigere Alternative gibt. Die Leitung einer Grundsicherungsstelle fasst die Kriterien für die Zustimmung zu einem Eingliederungsvorschlag so zusammen:

„Erstens müssen meine Kolleginnen und Kollegen prüfen, ob die erforderlichen Haushaltsmittel vorhanden sind. Das ist in der Regel der Fall. Sie prüfen in diesem Zusammenhang aber auch, ob es Maßnahmen aus unserer Sicht gibt, die wirtschaftlicher erscheinen. Hier wird dann in Rücksprache mit dem Reha-Berater gegebenenfalls überprüft, ob die Maßnahmen, die

¹¹⁹ Eine Reha-Beratung formuliert: „Aber ich würde ihn nicht irgendwo in eine Schublade tiefer stecken. Das kann ich nicht. Weil ich meine, das hat einfach was mit der Menschenwürde zu tun. (RehaB 5)

¹²⁰ Hierbei handelt es sich um zwei Agenturbezirke, in welchen eine sehr gute Kooperation zwischen Jobcenter und Agentur besteht, was sich auch in anderen Aspekten wie dem Absolventenmanagement äußert.

aus unserer Sicht dann wirtschaftlicher sind, auch den Anforderungen der gesundheitlichen Einschränkung genüge tun [...]“ (JC GF 7)

8.2.7 Zwischenfazit aus den Fallstudien

In allen Agenturen folgen die LTA dem übergeordneten Ziel, den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Integration in einen leidensgerechten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu ermöglichen, auch wenn – nachrangig – sozialpolitische Motive einzelner Akteure hinzukommen können. In der Ersteingliederung hat dabei das Ziel einer Berufsausbildung durchweg einen hohen Stellenwert. Bis auf wenige Ausnahmen erfolgt die Planung der LTA dabei schrittweise, Maßnahme für Maßnahme, auch wenn sich im biografischen Prozess faktisch Maßnahmenketten herausbilden. Selbst in typischen Ketten, wie der Abfolge von BvB und nachfolgenden Ausbildungen, wird die Planung und Entscheidung über eine konkrete Ausbildung vom Ergebnis der vorangehenden Maßnahme abhängig gemacht.

Alle Reha-Beratungen betonen, dass im Mittelpunkt ihrer Entscheidung nicht primär die Kosten einer Maßnahme stehen, sondern die Kundinnen und Kunden und deren Integrationschancen. Nach den grundlegenden Aussagen der Reha-Beratungen bekommen alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, was sie brauchen. Aber wenn in die Entscheidungen über den Bedarf auch die Bewertungen der medizinischen Fachdienste eingehen, wird der konkrete Bedarf maßgeblich von den Reha-Beratungen interpretiert bzw. definiert. Hier erhalten insbesondere die agenturspezifischen Zielsetzungen und die Geschäftspolitik Einfluss, die auf die Reha-Beratungsfachkräfte Druck ausüben, in jedem Einzelfall mit der Wahl bestimmter Maßnahmen ihren Beitrag zur Erreichung der vorgegebenen Ziele und Planungen zu leisten. Zu diesen Vorgaben zählen Integrationsquoten ebenso wie die Dauer der Arbeitslosigkeit (bzw. Maßnahme/Rehabilitation) und die Einhaltung des Kostenrahmens durch die Orientierung an der vorab geplanten Maßnahmenstruktur.

Weitere Einflussfaktoren auf die Auswahl der Maßnahmen sind die regional unterschiedlichen Mobilitätsanforderungen bzw. die individuelle Mobilitätsbereitschaft, das vorhandene Maßnahmenangebot, Strategien gegen eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt oder für möglichst betriebsnahe Maßnahmen, familiäre Widerstände gegen die Stigmatisierung als Behinderte oder Schwerpunktsetzungen auf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit guten Eingliederungschancen. In einzelnen Agenturen wird im Zuge der Maßnahmenauswahl nicht ausschließlich auf die Bedarfe einzelner Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geachtet, sondern auch auf die Pflege der Trägerlandschaft, um langfristig ein breites Angebot aufrecht erhalten zu können.

Bei der Eignungsdiagnostik stützen sich Reha-Beratungen stark auf die ärztlichen und psychologischen Gutachten, die ggf. durch weitere Instrumente wie Praktika zur Eignungsabklärung ergänzt werden. Die Entscheidung für eine bestimmte LTA erfolgt dann jedoch üblicherweise auf der Basis des Erfahrungswissens der Reha-Beratungen.

8.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen

Bekundete Einflussfaktoren auf die Auswahl von Maßnahmen

Autonome Einschätzungen der Reha-Beraterinnen und -Berater, welche Maßnahmen in jedem Einzelfall größte Förderwirkungen haben, zählten gefolgt von den verfügbaren finanziellen Mitteln und einer systematischen Analyse, welche Maßnahmen im jeweiligen Agenturbezirk größere und welche geringere Wirkungen haben zu den – nach Angaben der Leitungen von Reha-Teams – größten Einflussfaktoren auf die Auswahl von Maßnahmen (vgl. Abbildung 10). Unter allen erfragten Einflussfaktoren zeigen die finanziellen Mittel dabei die größten Abweichungen.¹²¹ Auch strategische Vorgaben der Teamleitungen bestimmte Maßnahmen verstärkt und andere weniger zu nutzen - oder strategische Vorgaben von der Regionaldirektion oder der Zentrale zeigen eine relativ große Abweichung zwischen den Agenturbezirken.¹²²

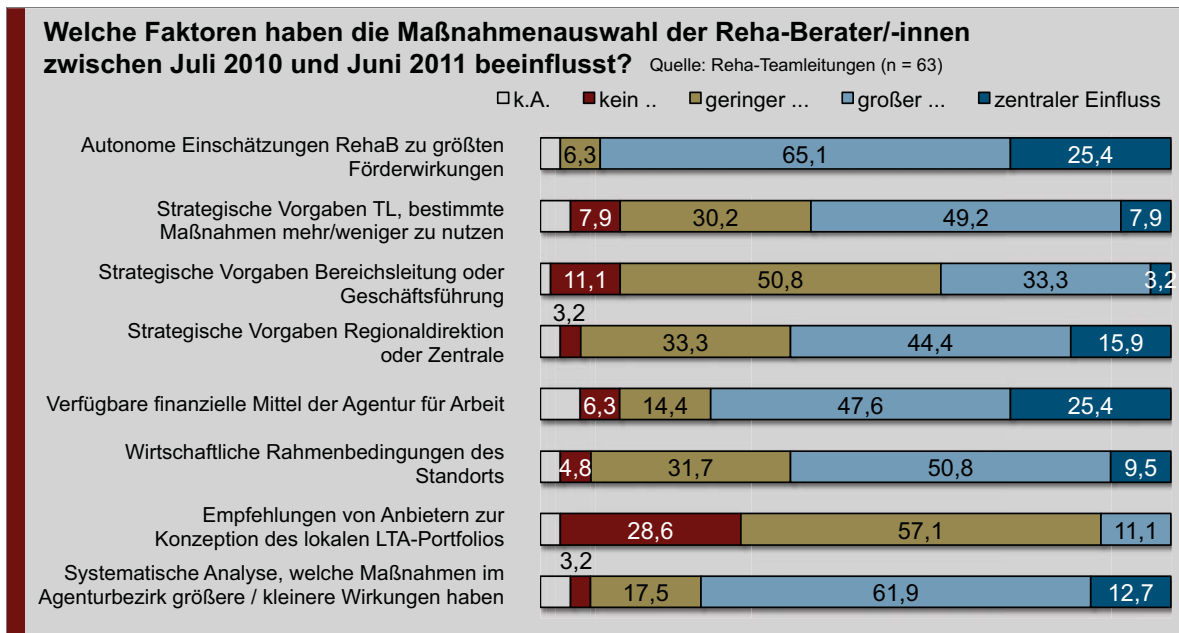


Abbildung 10 Maßnahmenauswahl in Agenturen

Die Varianz dieser Einflussfaktoren zwischen verschiedenen Agenturen steht in Zusammenhang mit der Struktur ausgewählter Maßnahmen. Je höher der Einfluss von autonomen Einschätzungen der Reha-Beratungsfachkräfte war (zu den Maßnahmen mit den im Einzelfall jeweils größten Förderwirkungen), desto geringer war der Anteil allgemeiner Leistungen. Und je höher der Einfluss strategischer Vorgaben der Reha-Teamleitungen war, bestimmte Maßnahmen verstärkt und andere weniger zu nutzen, des-

¹²¹ Größter Quintilsabstand

¹²² Acht Teamleitungen führten die in Abbildung 10 dargestellten, standardisiert abgefragten Einflussfaktoren aus, z. B. dass Vorgaben der Regionaldirektion, den Maßnahmenmix hinsichtlich der Förderkategorien zu verändern, zum Einkauf von unwirtschaftlichen Maßnahmen führe, oder sie ergänzten weiteren Einflussfaktoren, z. B. die Notwendigkeit für Jobcenter und Agentur, Maßnahmen gemeinsam auszuschreiben, damit die Mindestklassenstärke zustande kommt und ausreichend verschiedene Berufe angeboten werden können.

to weniger wurden Maßnahmen in besonderen Einrichtungen bzw. desto mehr wurden Vergabe-Maßnahmen ausgewählt (vgl. Tabelle A29 im Anhang).¹²³

Nach Angaben der Grundsicherungsstellen für den Rechtskreis SGB II haben die Empfehlungen der Reha-Beraterinnen und -Berater den größten Einfluss auf die Maßnahmenauswahl, die Relevanz anderer Faktoren, wie z. B. finanzielle Mittel oder Empfehlungen von Maßnahmenanbietern zur Konzeption des lokalen LTA-Portfolios, streuen stärker (vgl. Abbildung 11).

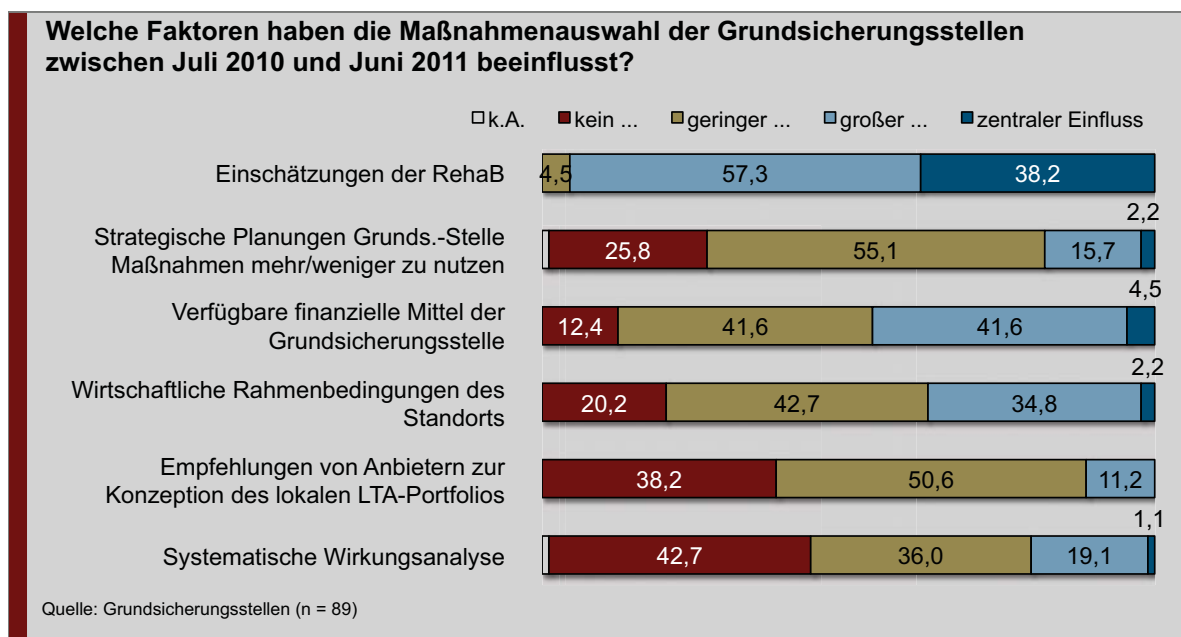


Abbildung 11 Maßnahmenauswahl in Grundsicherungsstellen

Die Kriterien für die Auswahl bestimmter Maßnahmengruppen wurden über die Befragung von Reha-Beraterinnen und -Beratern erhoben, wobei das jeweils aus den qualitativen Fallstudien herausgearbeitete häufigste Kriterium standardisiert abgefragt wurde und nur für Abweichungen hierzu offene Ausführungen erbeten wurden.¹²⁴

Für eine Auswahl von Reha-spezifischen statt allgemeinen Maßnahmen der BvB oder BaE in der Ersteingliederung nannten 61,0 % (n = 136) das vorgegebene Kriterium, dass die Wahl nur dann erfolge, wenn eine erfolgreiche Teilnahme an allgemeinen BvB oder BaE unwahrscheinlich sei, z. B. aufgrund von erwartbaren Abbrüchen oder dem Nichtbestehen von Prüfungen. Fast alle offenen Angaben zu Auswahlgründen hierzu beziehen sich stereotyp auf „behinderungsbedingte Notwendigkeit“, „festgestelltem Förderbedarf“ oder „behinderungsbedingte Gründe“ – ohne diese auszuführen. Weitere Gründe wurden nur in Einzelfällen ausgeführt, z. B.

¹²³ Spearman-Rho = -0,266*, -0,289* und 0,276.

¹²⁴ Da bekannt war, dass Reha-Beraterinnen und -Berater ihre Entscheidung oft von den Angaben des ärztlichen oder psychologischen Dienstes abhängig machen, wurde eine Antwort erbeten, die davon absieht, ob für die Einschätzung letztlich der ärztliche oder psychologische Dienst oder die Reha-Beraterinnen und -Berater den Ausschlag geben.

- „fehlende Plätze in der allgemeinen BvB (ausschließlich bei Lernbehinderten)“,
- „bei Grenzfällen, wenn eingekaufte Plätze frei sind“,
- je nach „regionalen Unterschieden im Angebot und Fahrmöglichkeiten im ländlichen Raum“ oder
- nach Abschätzung von persönlichen Einflussfaktoren: „Ich kenne die Maßnahmen gut und vor allem die Meister und Sozialpädagogen. Die Entscheidung treffe ich auch danach, wo der Jugendliche gut passt.“

Auch für die Auswahl von Maßnahmen in besonderen Einrichtungen statt ausgeschriebene Maßnahmen wählten (65,5 %, n = 165) die ähnlich formulierte, vorgegebene Kategorie „nur wenn die erfolgreiche Teilnahme an ausgeschriebenen Maßnahmen unwahrscheinlich ist“. Wie zuvor fielen fast alle offenen ergänzenden Angaben in die Kategorien der „behinderungsbedingten Notwendigkeit“, „festgestellten Förderbedarfe“ oder „behinderungsbedingte Gründe“ ohne diese auszuführen. Einzelne seltene Ausführungen hierzu nannten Mehrfachbehinderungen als einen Auswahlgrund. Weitere, nur einzeln genannte Gründe waren fehlende Fahrmöglichkeiten oder „Nur, wenn eine Vollausbildung möglich ist (keine BBW/BFW-Förderung für Helferberufe)“.

Hinsichtlich der Auswahl von Weiterbildungen mit Abschluss statt Weiterbildungen ohne Abschluss stimmten 74,2 % (n = 112) zu, dass dies in Fällen erfolgte, wenn Weiterbildungen mit Abschluss die Eingliederungschancen stärker erhöhen als Weiterbildungen ohne Abschluss. Ergänzende offene Angaben hierzu waren selten, einzelne Ausführungen bezogen sich z. B. darauf, dass Weiterbildungen mit Abschluss aufgrund der höheren Eingliederungsaussichten grundsätzlich vorrangig gewählt würden, dass die Auswahl erfolge, wenn unter Berücksichtigung aller individuellen Umstände eine Maßnahme mit Abschluss auch noch zu realisieren sei oder wenn damit eine dauerhafte Integration wahrscheinlich sei, z. B. für die berufliche Neuausrichtung bei sehr jungen Rehabilitanden. Nur eine Begründung stellte die Wünsche des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin in den Vordergrund.

Analyse einer Stichprobe ausgewählter Maßnahmen

Die Reha-Beraterinnen und -Berater wurden gebeten, Ausführungen zu vier zwischen April 2010 und Mai 2011 anerkannten, zufällig¹²⁵ von ihnen gezogenen Fällen zu machen. Insgesamt liegen Angaben von 163 Reha-Beraterinnen und -Beratern zu insgesamt 629 Fällen vor. Darunter sind

- 60,1 % Fälle aus der Erst- und 39,9 % aus der Wiedereingliederung,
- 46,6 % weibliche und 53,4 % männliche Fälle,
- 63,7 % der Fälle sind unter 25 Jahren alt, 21,0 % zwischen 25 und 30 Jahren, 11,6 % über 30 bis 40 Jahre und 3,3 % über 40 Jahre alt.
- 57,3 % waren bislang nicht im Leistungsbezug, 36,3 % bis zu einem Jahr lang, 3,8 % bis zu zwei Jahren und 3,2 % noch länger.
- Die Chance zur Ausgangssituation, ohne Maßnahme eine leidensgerechte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen, weist eine stark rechtsschiefe Verteilung auf (vgl. Tabelle A21 im Anhang).
- Die Verteilung der Maßnahmen entspricht weitgehend der von der Basisstudie des IAB ermittelten,¹²⁶ wobei sich nicht alle der zum Teil auch offen erfragten Maßnahmen eindeutig zuordnen lassen (vgl. Tabelle A22 im Anhang).

Die Erhebung zu diesen Fällen erfolgte insbesondere, um die Reha-Beraterinnen und -Berater um die Angabe zu bitten, ob die gewählten Maßnahmen auch die waren, von denen sie auf den konkreten Fall bezogen die höchste Förderwirkung erwarteten (bzw. ob es bundesweit eine Maßnahme mit höherer Förderwirkung gegeben hätte). Dies wurde in 93,3 % der Fälle bejaht. Während für 1,1 % der Fälle eine Angabe fehlte, wurden in diesem Sinn wirksamere, alternative Maßnahmen in 5,6 % der Fälle benannt. Die Gründe, die zur Auswahl der (zweitbesten) Maßnahme führten, lagen vor allem auf Seiten der Kundinnen und Kunden, welche die wirksamere Maßnahme nicht wünschten (3,3 %), oder es hatte diese Maßnahme vor Ort nicht gegeben (1,0 %). Dass die Kosten in keinem angemessenen Verhältnis zum Mehrwert der Maßnahme gestanden hätten, wurde nur in 0,3 % der Fälle als Grund hierfür genannt.

Weder das Geschlecht noch die Art des Eingliederungsfalls stand in Zusammenhang mit dieser Wahl zweitbesten Maßnahmen, allerdings das Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹²⁷ und die Einschätzung zu den Eingliederungschancen. Je höher die Einglie-

¹²⁵ Hierzu wurde ein Auswahlverfahren vorgeschlagen, welches über Geburtstage der Reha-Beraterinnen und -Berater oder ihrer Verwandten ein Zufallsergebnis generieren kann. Die Verteilung der Angaben, z. B. nach dem Geschlecht der Ausgewählten, spricht jedoch dafür, dass sich nicht alle Befragten an dieses Auswahlverfahren hielten.

¹²⁶ Das IAB stellte der Implementationsstudie eine Sonderauszählung des in der Basisstudie generierten Datensatzes Reha-Pro für den Untersuchungszeitraum Juli 2010 bis Juni 2011 zur Verfügung.

¹²⁷ In der Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen wurde in 22,7 % der Fälle eine zweitbeste Maßnahme gewählt, der Unterschied ist auf dem Niveau 0,007 signifikant.

derungschancen bewertet wurden, desto eher wurden zweitbeste Maßnahmen gewählt (vgl. Tabelle A23 im Anhang).

Vergleicht man in den 33 Fällen, in denen nicht die Maßnahmen mit höchster Förderung gewählt wurden, die jeweiligen Alternativen, lässt sich keine eindeutige Tendenz erkennen. Teils wurden preiswertere Maßnahmen gewählt, teils teurere. Teils war die Frage, ob eine Maßnahme überbetrieblich oder betrieblich stattfinden sollte, teils waren die vom Reha-Berater präferierten Maßnahmen solche außerhalb des BA-Maßnahmenkatalogs.¹²⁸ Vgl. exemplarische Gegenüberstellungen:

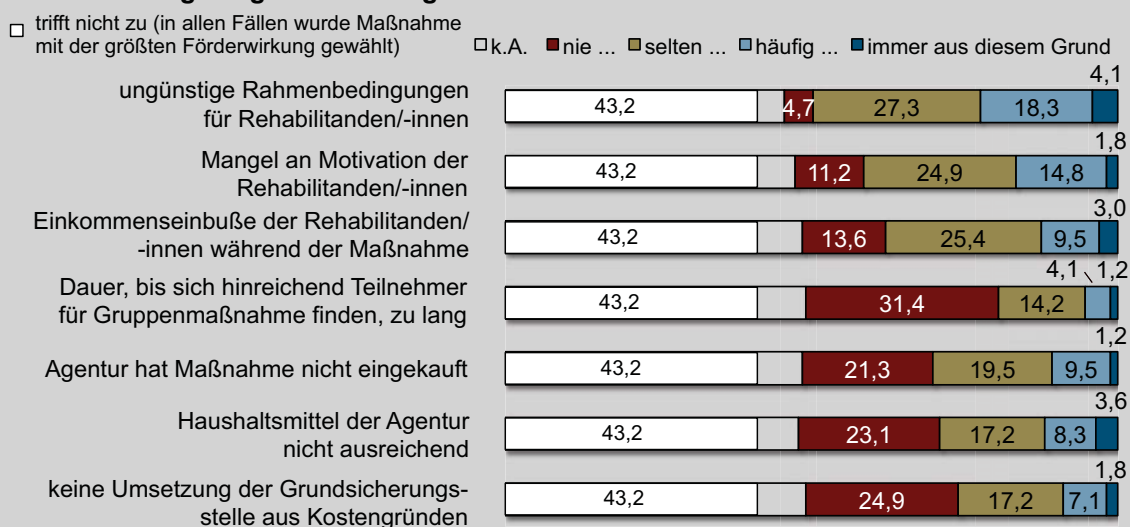
- Statt „AuW Reha Ausbildung (integrativ, preisverhandelt)“ wurde z. B. gewählt: „AuW Reha Ausbildung (integrativ, Vergabe)“ oder „Arbeitserprobung“
- Statt „FbW Gruppenmaßnahme mit Abschluss anerkannter Ausbildungsberuf“ z. B. „MAG Maßnahmen bei einem Arbeitgeber“
- Statt „AuW Weiterbildung mit Abschluss (preisverhandelt)“ z. B. „AuW Reha Vorbereitungslehrgang (preisverhandelt)“ oder „FbW sonstige berufliche Weiterbildung“
- Statt „AuW Weiterbildung mit Abschluss (Vergabe)“ z. B. „AuW Weiterbildung mit Abschluss (preisverhandelt)“
- Statt „Umschulung betrieblich Vollzeit“ z. B. „Umschulung überbetrieblich in Teilzeit“

Gründe für die Auswahl von Maßnahmen, denen nicht die höchste Förderwirkung zugesprochen wird

Obgleich nur für 5,6 % der zufällig zu ziehenden Fälle angegeben wurde, dass alternative Maßnahmen mit voraussichtlich größerer Förderwirkung existierten, die nicht-ausgewählt wurden, geben nur 43,2 % der Reha-Beraterinnen und -Berater an, dass es keine solche Fälle im Untersuchungszeitraum gegeben hätte. Die Gründe für diese – zum Teil seltene – Fälle sehen die Reha-Beraterinnen und -Berater wieder primär bei den Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden (Motivation) oder bei den für sie ungünstigen Rahmenbedingungen (z. B. entfernte Maßnahmenorte oder fehlende Kinderbetreuung) oder Problemen, die Einkommenseinbußen während einer Maßnahme zu tragen. Aber auch finanzielle Mittel der Agentur oder Grundsicherungsstelle oder der Maßnahmeneinkauf sind in einer kleinen Gruppe von Agenturen häufig oder immer ausschlaggebend dafür, wenn nicht die Maßnahmen mit größter Förderwirkung gewählt wurden (vgl. Abbildung 12).

¹²⁸ So hätte ein Reha-Berater lieber eine „Maßnahme der Jugendhilfe“ statt der BvB Reha-spezifisch – preisverhandelt“ gewählt.

Falls zwischen Juli 2010 und Juni 2011 nicht immer die Maßnahmen mit der größten Förderwirkung ausgewählt oder genutzt wurden: Aus welchen Gründen?



Quelle: Reha-Berater/-innen (n = 169)

Abbildung 12 Auswahl von Maßnahmen mit geringeren Förderwirkungen

Finanzielle Aspekte bei der Auswahl von Maßnahmen

Die Implementationsstudie 1 untersuchte, inwieweit es Hinweise darauf gibt, dass die Agenturen unterschiedliche finanzielle Spielräume zur Förderung ihrer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besitzen. Hierbei ist zu beachten, dass im Rahmen der Studie weder die Einnahmenseite noch die Ausgabenseite im Detail nachvollzogen werden konnte (und sollte). Dies hatte mehrere Gründe, u. a.

- Über die Reha-Teamleitungen konnten die Mittel der Agentur erhoben werden, die für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung standen, nicht jedoch die Mittel der einzelnen Grundsicherungsstellen. Bei den Grundsicherungsstellen wiederum erfolgte keine Vollerhebung, so dass die Mittel aus SGB II, die für Reha (aus SGB II) zur Verfügung standen, nicht vollständig abgebildet sind.¹²⁹
- Die Leistungsverpflichtung für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus SGB II variiert je nach Art der gewählten Maßnahmen.¹³⁰
- In Agenturen, in denen eine Rückübertragung von Aufgaben der Grundsicherungsstellen erfolgte, kann – unabhängig von der geregelten Leistungsträgerschaft – nicht völlig ausgeschlossen werden, dass sich die Angaben einzelner Reha-Teamleitungen zu den Mitteln „ihrer Agentur“ auch die SGB II-Mittel bezogen.

¹²⁹ Da sich überdies die Grenzen von Grundsicherungsstellen und Agenturen nicht decken, können Angaben von Grundsicherungsstellen zu ihren für die Rehabilitation verfügbaren Mitteln nicht immer eindeutig den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eines bestimmten Agenturbezirks zugerechnet werden.

¹³⁰ Während z. B. die allgemeinen Leistungen BaE und abH der Grundsicherungsstelle unterliegen, ist die Bundesagentur für Ausbildung und Berufsvorbereitung nach § 102 ff. (d. h. die besonderen Leistungen) immer Leistungsträger. BA (2010c): S. 18

- Im Rahmen der Studie konnten Daten zu Reha-Anerkennungen und finanziellen Mitteln im Untersuchungszeitraum gegenübergestellt werden, die Kosten einer LTA fallen jedoch nicht notwendigerweise (vollständig) im Jahr der Anerkennung an.

Dieser methodische Hintergrund muss bei der Interpretation nachfolgender Ausführungen zu finanziellen Aspekten der LTA berücksichtigt werden. Für vertiefende Analysen wird hierzu weiterer Forschungsbedarf gesehen.

Untersuchungszeitraum war Juli 2010 bis Juni 2011, die Mittel der Agenturen, die (als Pflichtleistung zzgl. der hierfür genutzten Mittel aus dem Eingliederungstitel) für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung standen, wurden für 2010 und 2011 über Reha-Teamleitungen erfragt und gemittelt. Daten liegen für 58 Agenturen vor. Die Zahl der Reha-Anerkennungen in diesem Zeitraum (differenziert nach Rechtskreis und Erst- und Wiedereingliederung) wurde vom IAB zur Verfügung gestellt und zugespielt. Das Verhältnis dieser Mittel zur Zahl der Anerkennungen hat eine Spannweite von 9.153,54 Euro/Kopf bis 72.340,43 Euro/Kopf ($\bar{\mu} = 43.359,97$, $\sigma = 12.375,58$) (vgl. Abbildung 13).

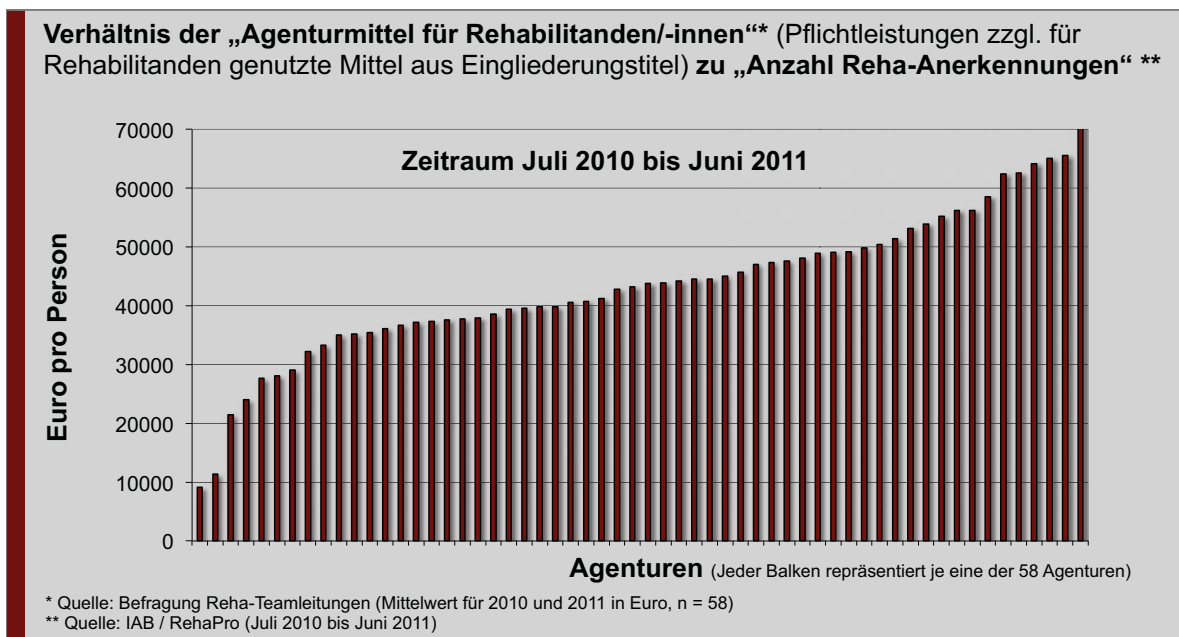


Abbildung 13 Mittel der Agentur je anerkannter Reha-Fall

Überprüft wurde, inwieweit sich dieser Wert (Verhältnis von Agenturmitteln zur Zahl der Anerkennungen)

- auf die Anteile von SGB-II-/bzw. SGB-III-Kundinnen und -Kunden unter den Reha-Anerkennungen,
- auf das Verhältnis von Wiedereingliederungs- zu Ersteingliederungsfällen,
- auf die Agentur-Typen,
- auf die Anerkennungspraxis oder
- auf den Anteil von Grundsicherungsstellen mit Rückübertragungen an die Agentur

zurückführen lässt. Weder lassen sich starke bivariate Zusammenhänge feststellen (vgl. Tabelle 8) noch erklären diese Variablen multivariat einen großen Teil der Varianz (vgl. Tabellen A24 und A25 im Anhang).

bivariate Zusammenhänge zum „Verhältnis von Agenturmitteln zur Zahl der Anerkennungen (Juli 2010 bis Juni 2011)“	Korrelation Pearson	Signifikanz (2-seitig)	N
Anteil Wiedereingliederung an Anerkennungen	-0,138	0,302	58
Anteil SGB-II an Anerkennungen	-0,235	0,076	58
Anteil Wiedereingliederung aus SGB III an Anerkennungen	0,043	0,751	58
Anteil Wiedereingliederung aus SGB II an Anerkennungen	-0,210	0,113	58
Anteil Ersteingliederung aus SGB III an Anerkennungen	0,295	0,025	58
Anteil Ersteingliederung aus SGB II an Anerkennungen	-0,196	0,140	58
SGB-III-Typ 1	-0,070	0,602	58
SGB-III-Typ 2	-0,254	0,054	58
SGB-III-Typ 3	0,053	0,695	58
SGB-III-Typ 4	0,205	0,122	58
SGB-III-Typ 5	0,039	0,773	58
Anteil Grundsicherungsstellen mit Rückübertragung (der gesamten Ausbildungsvermittlung oder nur für Reha) an allen Grundsicherungsstellen im Agenturbezirk	0,001	0,994	57
Anerkennungspraxis (Anerkennung erfolgt eher nur, wenn Bedarf an besonderen Leistungen besteht)	0,056	0,708	47
Erläuterung: Der Korrelationskoeffizient Pearson, der zwischen 1 und -1 schwanken kann, gibt die Stärke des Zusammenhangs an. Die Werte um Null zeigen Zusammenhangslosigkeit. Das Signifikanzniveau der meisten schwachen Zusammenhänge liegt über 0,05, d. h. die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass die gemessenen Zusammenhänge auf zufällige Schwankungen zurückzuführen sind.			
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Befragung Teamleitungen und Daten IAB			

Tabelle 8 Zusammenhänge zu „Agenturmittel pro anerkannte Fälle“

Aus den oben ausgeführten Einschränkungen bzgl. der Datengrundlage ist davon auszugehen, dass sich bei einer vertieften Untersuchung zur Finanzierung (d. h. unter exakter Berücksichtigung, wer jeweils die Finanzierung der Maßnahmen welcher Kundinnen und Kunden übernimmt) die Varianz des „Verhältnisses von finanziellen Mitteln (der Agentur bzw. der Agentur- und Grundsicherungsstellen zusammen) zur Zahl der Anerkennungen“ reduziert. Die Ergebnisse der bi- und multivariaten Analysen deuten jedoch eher darauf hin, dass ein relevanter Teil der Varianz exogen bedingt ist.

Auf den – je nach Agenturbezirk voraussichtlich unterschiedlich starken – Druck, finanzielle Fragen bei der Auswahl von Maßnahmen zu berücksichtigen, reagieren die Reha-Beraterinnen und -Berater, indem sie mehrere Strategien in verschiedener Weise kombinieren (vgl. Abbildung 14).

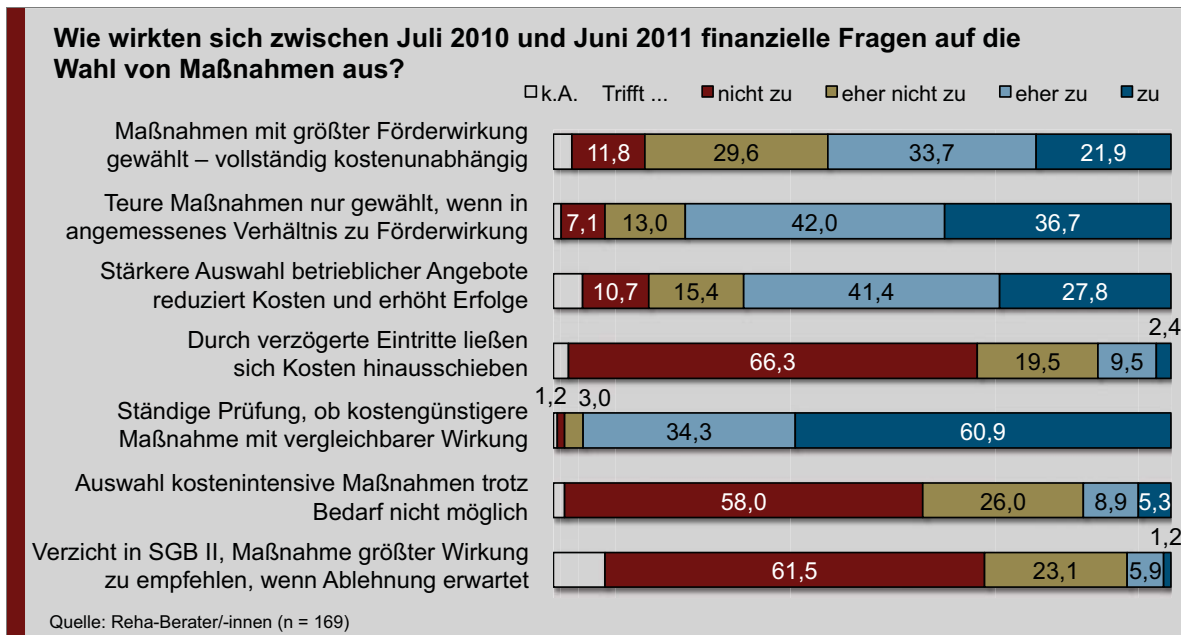


Abbildung 14 Einfluss finanzieller Fragen auf die Auswahl von Maßnahmen

Immer die Maßnahmen mit der größten Förderwirkung gewählt zu haben, vollständig unabhängig davon, wie viel sie kosten, wird von über der Hälfte der Reha-Beraterinnen und -Berater (eher) angegeben (55,6 %). Ihnen steht eine nur wenig kleinere Gruppe gegenüber, für die dies (eher) nicht gilt. Die fast durchgängige Strategie ist, in jedem Einzelfall kritisch zu fragen, ob kostengünstigere Maßnahmen vergleichbare Förderwirkungen erzielen können – sie wird nur in wenigen Ausnahmen nicht gewählt. In mehr als drei Vierteln der Fälle (78,7 %) gilt (eher), dass Kosten und voraussichtliche Förderwirkungen „abgewogen“ werden, i. d. S., dass teure Maßnahmen nur gewählt wurden, wenn sie in einem „angemessenen“ Verhältnis zu den Förderwirkungen standen. Keine Informationen liegen dazu vor, wie Angemessenheit jeweils operationalisiert wird. Selten sind Aussagen, dass sich Kosten durch die Verzögerung von Maßnahmeneintritten hinausschieben ließen, bestimmte kostenintensive Maßnahmen nicht gewählt werden konnten, obwohl Bedarf daran bestand, oder dass im SGB-II-Bereich darauf verzichtet wurde, immer die Maßnahme mit der größten Förderwirkung zu empfehlen, wenn erwartet wurde, dass eine solche Empfehlung nicht angenommen worden wäre. Doch gibt es auch hier jeweils einen Anteil von Reha-Beraterinnen und Beratern von zwischen 7,1 % bis 14,2 %, auf den dies (eher) zutraf. Darüber hinaus bestätigte die Befragung ein Ergebnis der Fallstudien, dass der Kostendruck auch zu einer stärkeren Berücksichtigung von Effizienz führte, mehr als zwei Drittel gaben an, dass eine stärkere Auswahl betrieblicher oder betriebsnahe Angebote sowohl die Kosten reduzierte als auch zugleich (!) die Erfolge erhöhte.

Auch die Grundsicherungsstellen wurden nach dem für LTA zur Verfügung stehenden Mitteln befragt, allerdings gaben 32,6 % von ihnen an, dass nur die besonderen Leistungen erfasst seien und die allgemeinen Leistungen nicht danach differenziert werden können, ob sie für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden genutzt werden, weitere 11,2 % ga-

ben an, dass aufgrund von Rückübertragungen an die Agentur nicht alle LTA für SGB-II-Kunden in der Grundsicherungsstelle erfasst werden. Darüber hinaus erklärten 60,7 %, dass ihnen keine Schätzung möglich sei, wie viele Reha-Anerkennungen zwischen Juli 2010 und Juni 2011 stattfanden. Eine Berechnung der Mittel pro Kopf war somit nur in 28 Fällen möglich. Unter diesen sind wiederum in mehreren Fällen die Angaben zu den Mitteln nicht ohne weitere Zusatzinformationen interpretierbar, z. B. weil die Mittel für 2010 und für 2011 um den Faktor 1 zu 11 nach unten oder 1 zu 20 nach oben voneinander abweichen. Aus diesen Gründen soll auf eine Auswertung verzichtet werden.

Strategien zur Auswahl von Maßnahmen

Welche Aussagen beschreiben die Prämissen von Entscheidungen der Reha-Beraterinnen und -Berater? (Angaben in %)	Keine Angabe	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Um LTA zu erhalten, wird hohe Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung vorausgesetzt	0,6	3,0	7,7	49,7	39,1
Zu den Aufgaben der Reha-Beratung zählt, die Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung zu fördern	0,6	0,0	9,5	40,2	49,7
Ein wesentliches Ziel ist die Nachhaltigkeit des Eingliederungserfolgs	0,0	0,0	0,6	25,4	74,0
Ein wesentliches Ziel besteht im schnellen Eingliederungserfolg zum Zeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme	0,0	0,6	6,5	27,2	65,7
Alle Rehabilitanden/-innen in gleicher Intensität zu fördern, ist eine Frage der Gerechtigkeit	1,8	22,5	25,4	21,9	28,4
Es ist gerechtfertigt, jene Rehabilitanden/-innen stärker zu fördern, bei denen die Förderung besonders große Wirkungen hat	1,8	16,0	37,9	34,9	9,5
In der Ersteingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	10,7	11,8	20,7	44,4	12,4
In der Wiedereingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	21,9	21,3	42,6	11,8	2,4
Um vorgegebene Integrationsquoten zu erfüllen, muss man sich um jeden Einzelfall maximal bemühen	0,0	1,2	5,9	27,2	65,7
Die Integrationsquoten lassen sich auch auf anderem Weg erfüllen	0,6	43,2	37,9	15,4	3,0
Aufgabe der Rehabilitation ist auch, Rehabilitanden/-innen geschützte Räume für deren Kompetenzentwicklung bereitzustellen	1,2	6,5	10,1	43,2	39,1
Auch Rehabilitationsprozesse sollten eine größtmögliche Betriebsnähe besitzen, um die Übergangschancen zu erhöhen	0,6	0,0	0,0	30,8	68,6

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 169)

Tabelle 9 Entscheidungsprämissen von Reha-Beratungsfachkräften

Unterschiedliche Prämissen der Reha-Beraterinnen und -Berater für oder gegen Entscheidungen bestimmter Maßnahmen wurden in der Befragung über zwölf Items operationalisiert (vgl. Tabelle 9). Die ermittelten Zusammenhänge zwischen den Items decken sich nicht in jedem Fall mit den Erwartungen, so korrelieren z. B. die Aussagen positiv, dass eine hohe Mitwirkungsmotivation für den Erhalt von LTA **vorausgesetzt** wird, und dass es **Aufgabe** der Reha-Beratung sei, die Motivation zu fördern – oder auch die Aussage, dass wesentliches Ziel die **Nachhaltigkeit** des Eingliederungserfolgs sei, mit der, dass das Ziel im **schnellen** Eingliederungserfolg sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme bestünde.¹³¹ Erwartet waren hier eher negative Korrelationen. Hinsichtlich der genannten Items gibt es nur wenige Reha-Beraterinnen und -Berater, die nicht oder eher nicht zustimmen.

Hinsichtlich anderer Items zeigen sich stärker abweichende Profile zwischen den Reha-Beraterinnen und Beratern. Die Prämissen, alle aus Gründen der **Gerechtigkeit** gleich zu fördern bzw. aus Gründen der **Effizienz** jene mehr zu fördern, bei denen die Förderung besonders große Wirkungen hat, streuen stark und korrelieren negativ.¹³² Weitgehender Konsens ist, dass sich die Integrationsquoten nur erfüllen lassen, wenn sich um jeden Einzelfall maximal bemüht wird, doch gibt es einen relevanten Teil der Reha-Beraterinnen und Berater, nach deren Angaben die Integrationsquoten sich auch auf anderem Weg erreichen lassen.¹³³ Inwieweit Beschäftigungsfähigkeit zu fördern sei, wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind, hängt einerseits stark davon ab, ob sich auf Erst- oder Wiedereingliederung bezogen wird (die Zustimmung in der Ersteingliederung liegt deutlich höher), andererseits zeigen sich auch innerhalb der Eingliederungsarten größere Unterschiede je nach Prämissen der einzelnen Reha-Beraterinnen und Berater.

Eine Faktorenanalyse zu den unterschiedlichen Prämissen spricht dafür, unter anderem die Gleichheits- oder Effizienz-Orientierung auf einen Faktor „Effizienzorientierung“ zu reduzieren, aber auch verschiedene andere Items zu einem Faktor zu bündeln, der sich als „hohe Prozess- und Individuenverhaftung“ beschreiben lässt. Unter diesem Faktor wären insbesondere die Items zusammengefasst, sowohl auf die Nachhaltigkeit als auch den schnellen Eingliederungserfolg zu zielen und sich zur Erfüllung der Integrationsquote um jeden Einzelfall maximal zu bemühen.¹³⁴

Über die Reha-Beraterinnen und Berater hinaus wurden auch die Leitungen der Reha-Teams und die Grundsicherungsstellen nach ihren Entscheidungsprämissen befragt, wobei nahezu identische Items verwendet wurden. Die Verteilung der Aussagen ist sehr ähnlich, eine Effizienzorientierung ist jedoch unter den Leitungen der Reha-Teams und den Grundsicherungsstellen stärker ausgeprägt. In den Grundsicherungsstellen spielt wiederum die schnelle Eingliederung und das Bemühen um jeden Einzelfall eine geringere Rolle als in den Agenturen (vgl. Tabelle A26 im Anhang). Auffällig ist, dass keine signifikanten

¹³¹ Spearman-Rho = 0,224 bzw. 0,436 (beide signifikant auf dem Niveau 0,01)

¹³² Spearman-Rho = -0,173, signifikant auf dem Niveau 0,05.

¹³³ Spearman-Rho = -0,342, signifikant auf dem Niveau 0,01.

¹³⁴ 56 % erklärte Gesamtvarianz der fünf genannten Items durch diese beiden Faktoren.

Zusammenhänge zwischen den entsprechenden Angaben der Leitungen der Reha-Teams und denen der Reha-Beraterinnen und -Berater bestehen. Die Prämissen der Reha-Beraterinnen und -Berater müssen somit eher als individuell determiniert verstanden werden und weniger als durch die Teamleitung vorgegeben.

Das Qualitätsmanagement in den Reha-Teams orientiert sich bis auf wenige Ausnahmen immer auch an den Integrationsquoten. Diese Kennzahl der wirkungsorientierten Zielsteuerung der Bundesagentur für Arbeit allgemein prägt damit auch die Reha-Prozesse. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Sachverhalte, an denen sich die Reha-Teams in unterschiedlichem Maße ausrichten. Die Dauer der Reha-Prozesse spielt i. d. R., aber eben nicht für alle Teams eine Rolle; die Geschwindigkeit des Beratungsprozesses, die Durchschnittskosten pro Fall oder qualitative Indikatoren im Beratungsprozess (z. B. Förderung der Motivation, Selbständigkeit oder Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) fließen von Team zu Team unterschiedlich stark (oder auch gar nicht) in das Qualitätsmanagement mit ein (vgl. Abbildung 15).¹³⁵

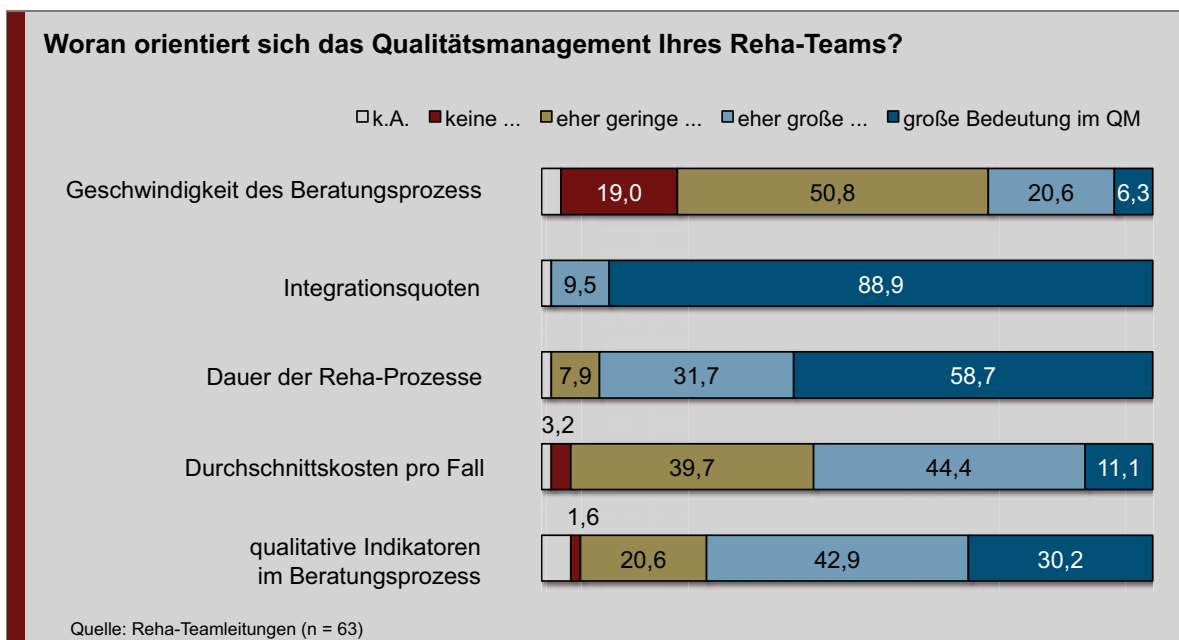


Abbildung 15 Qualitätsmanagement der Reha-Teams

¹³⁵ Offene Angaben zu anderen Sachverhalten, an denen sich das Qualitätsmanagement orientiert, nennen zum einen die Qualität der Zugänge oder Maßnahmen, zum anderen das Reha-Budget („Budgetdruck nimmt deutlich zu“), Soll-Ist-Stand zur Planung (Maßnahmeneintritte, Mittelabfluss – Ausgeglichenen Bewirtschaftung des zugewiesenen Budgets) oder die erweiterte Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit.

9 Absolventenmanagement

9.1 Untersuchungsgegenstand

Das Absolventenmanagement ist Bestandteil des „4 Phasen-Modells der Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung“ (4 PM AusbV und AV), das für den Bereich der beruflichen Rehabilitation ergänzt wird um Reha-spezifische Aspekte (4 PM Reha). Terminiert wird die Handlungsstrategie „Absolventenmanagement“ bei der Wahl der Handlungsstrategie „Berufliche (Teil-) Qualifikation realisieren“ und „Berufsabschluss erwerben“ – jedoch nicht, wenn als Handlungsstrategie das Ziel „Berufsausbildung vorbereiten“ ausgewählt wurde.¹³⁶

Das Absolventenmanagement der BA umfasst die Begleitung und Betreuung während der Maßnahmenteilnahme und bei der Arbeitsplatzsuche, sowie die Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses.¹³⁷ Hierzu arbeiten die Reha-Beratung und/oder Vermittlungsfachkräfte (Reha) unter Einbeziehung von Bildungsträgern und ggf. mit dem Arbeitgeber-Service (AG-S) zusammen. Im Rahmen eines agenturinternen Konzeptes zum Absolventenmanagement sind „dokumentierte Gespräche in ausreichendem Abstand vor Maßnahmenende (regelmäßig drei Monate) und unmittelbar nach Maßnahmenende“ vorzusehen.¹³⁸ Des Weiteren sind Eingliederungsvereinbarungen zu treffen und deren Einhaltung in regelmäßigen Gesprächen zu überprüfen. Die Kontaktdichte richtet sich nach den individuellen Unterstützungserfordernissen. Zusätzlich wird geprüft, ob weitere behinderungsbedingte Unterstützungsleistungen für eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt erforderlich sind.¹³⁹

Der Prozess der Integration in der **Ersteingliederung** endet dem 4 PM Reha zufolge mit der nachhaltigen Einmündung in den Arbeitsmarkt. Das Erreichen des Ausbildungsziels stellt in diesem Zusammenhang lediglich ein Zwischenziel dar.¹⁴⁰ In der **Wiedereingliederung** endet die Integrationsverantwortung mit dem Erreichen eines stabilen Beschäftigungsverhältnisses. Ein Reha-Verfahren kann erfolgreich beendet werden, „wenn sechs Monate nach der Arbeitsaufnahme der tatsächliche Eingliederungserfolg durch den Reha-Berater geprüft und bestätigt ist.“¹⁴¹

Die Verantwortung im Absolventenmanagement ist jedoch nach Rechtskreisen unterschiedlich verteilt: Für Kundinnen und Kunden aus dem **SGB III** steuert die Reha-Beratung die Vermittlungsbemühungen und bleibt Ansprechpartnerin bis zur dauerhaften Integration.¹⁴² Für die Kundinnen und Kunden aus dem **SGB II** mit dem Status erwerbsfähiger Leistungsberechtigter (eLb) liegt die Integrationsverpflichtung bei den jeweiligen Grundsi-

¹³⁶ Vgl. BA (2010a): S. 22

¹³⁷ Vgl. BA (2010c): S.14

¹³⁸ BA (2010a): S. 22

¹³⁹ Vgl. BA (2010c): S.13

¹⁴⁰ Ebda

¹⁴¹ Vgl. BA (2008a)

¹⁴² Vgl. BA (2010c): S.14 f

cherungsstellen. Für Kundinnen und Kunden **anderer Reha-Träger** besteht für die BA ausschließlich ein Vermittlungsauftrag, der im Rahmen des „Vier-Phasen-Modells der Arbeitsvermittlung“ (4 PM AV) ausgeführt wird.¹⁴³

9.2 Querauswertungen der Fallstudien

9.2.1 Akteure im Absolventenmanagement

In den Arbeitsagenturen werden in das Absolventenmanagement i. d. R. neben den Reha-Beratungen die Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler und ggf. auch der Arbeitgeber-Service (AG-S) eingebunden. In einzelnen Agenturen und Grundsicherungsstellen gibt es im Team des AG-S und/oder der Arbeitsvermittlung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich speziell um die Vermittlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kümmern.

9.2.2 Verantwortlichkeiten im SGB III

Die Reha-Beratung ist während der laufenden Maßnahme Ansprechpartnerin für Betriebe und Träger und leitet das Absolventenmanagement ein.¹⁴⁴ Sie behält die formale Integrationsverantwortung und koordiniert den Gesamtprozess sowie die Vermittlungstätigkeiten. Per Wiedervorlage überprüft sie sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme, ob ein stabiles Beschäftigungsverhältnis besteht. Wenn ja, gilt der Integrationsprozess als abgeschlossen und das Reha-Verfahren kann als erfolgreich beendet in VerBIS dokumentiert werden.¹⁴⁵

Die Reha-Beratung ist in das Absolventenmanagement nur noch punktuell einbezogen, bspw. wenn es Probleme im Vermittlungsprozess oder beim Arbeitgeber gibt. Üblicherweise geht die faktische Integrationsverantwortung meist zu den Arbeitsvermittlerinnen und -vermittlern (Reha) über. Diese werden üblicherweise ca. drei Monaten vor Beendigung der Maßnahme hinzugezogen, in einzelnen Agenturen aber auch schon sechs Monate vor Beendigung der Maßnahme. Sie schließen die Eingliederungsvereinbarungen ab, überprüfen regelmäßig deren Einhaltung und halten auch den Kontakt zum AG-S. Sie entscheiden auch (teilweise nach Rücksprache mit der Reha-Beratung) über vermittlungsunterstützende Leistungen wie Probebeschäftigung, Eingliederungszuschüsse etc. In einer der befragten Agenturen ist eine Arbeitsvermittlerin ausschließlich für die Vermittlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Fremdkostenträger verantwortlich.

Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten im Verlauf des Integrationsprozesses fehlt den Reha-Beratungen insbesondere ein Feedback über die Nachhaltigkeit der vermittelten Arbeitsplätze. Da sie einen Großteil ihrer Entscheidungen auf Erfahrungswissen bauen, wird damit – über die wirkungsorientierte Zielsteuerung der BA hinaus – ein weiterer struk-

¹⁴³ Vgl. BA (2010a): S. 9

¹⁴⁴ Vgl. BA (2010c): S. 13

¹⁴⁵ Vgl. BA (2010c): S. 14

tureller Bias produziert, sich eher am kurzfristigen und weniger am nachhaltigen Integrationserfolg zu orientieren. Wenn nach einem halben Jahr sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung das Reha-Verfahren beendet wird, erfahren dies die Reha-Beratungen i. d. R. nicht mehr:

„ ... ist ein halbes Jahr Beschäftigung rum, dann ist für uns der Zeitpunkt wo wir sagen: So, jetzt kann er alleine laufen, jetzt beenden wir unser Verfahren. Und wenn er dann wieder arbeitslos wird, ist er aber kein Reha-Fall mehr und landet in der allgemeinen Arbeitsvermittlung [...] dann hören wir nicht mehr von dem und können deswegen über die nachhaltige Integration [...] nichts sagen. (AA SB Reha 1)

9.2.3 Aufgabenwahrnehmung im Rechtskreis SGB II

Die Reha-Beratung der Arbeitsagentur trägt für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden des SGB II nach Beendigung der Maßnahme noch eine Prozessverantwortung bis zur Integration in den Arbeitsmarkt bzw. bis zur Schließung des Reha-Verfahrens aus anderen Gründen.¹⁴⁶ Die Integrationsverantwortung liegt bei den Grundsicherungsstellen. Die dortigen Vermittlerinnen und Vermittler schließen auch die Eingliederungsvereinbarungen ab und überprüfen diese regelmäßig.

In einem Agenturbezirk wurde auf der Arbeitsebene eine enge Zusammenarbeit zwischen Arbeitsvermittlerinnen und –vermittlern der Grundsicherungsstelle und der Agentur etabliert. Unabhängig von der formalen Prozess- und Integrationsverantwortung werden hier alle Reha-Absolventinnen und Absolventen aus dem SGB II und SGB III von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des AG-S der Arbeitsagentur gleichermaßen betreut und mit Vermittlungsvorschlägen bedacht. In anderen Agenturen erfolgt auch eine parallele Doppelbetreuung durch die Reha-Beratung und die Arbeitsvermittlung der Grundsicherungsstelle.

9.2.4 Varianz im Rahmen des Absolventenmanagements

Die Vorgehensweisen beim Absolventenmanagement entsprechen in allen Arbeitsagenturen den in den Vorgaben beschriebenen Routinen und Abläufen und weichen diesbezüglich somit wenig voneinander ab. Allerdings unterscheiden sich die Agenturen hinsichtlich des zusätzlichen Engagements, das sie im Rahmen des agenturinternen Absolventenmanagements aufbringen. So hat ein Teil der Agenturen über den § 46 SGB III **zusätzliche Projekte** konzipiert, um die Integration in den Arbeitsmarkt zu fördern. Dieses besondere Engagement wird aufgewendet, da diese Agenturen in der Unterstützung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine wesentliche Stellschraube sehen, um die Integrationsquoten zu erhöhen. Insbesondere die Absolventinnen und Absolventen von Maßnahmen in

¹⁴⁶ Sie haben sich mit den Grundsicherungsstellen zum weiteren Teilhabeverlauf und zum Integrationsprozess rückzukoppeln. Vgl. BA (2006a): S. 3

der Ersteingliederung sollen über diese Maßnahmen schneller integriert werden. Nach der Einschätzung einer Reha-Vermittlerin sind insbesondere die Reha-Auszubildenden, die aus ihrem „geschützten“ Raum beim Träger kommen, unsicher und bedürfen besonderer Unterstützung, um in den Arbeitsmarkt integriert werden zu können.

Zur Vorbereitung des Absolventenmanagements werden die **Bildungsträger** der Reha-Maßnahmen in einzelnen Agenturen intensiv einbezogen. Die Bildungsträger erarbeiten in diesen Fällen mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden z. B. Stärken-Schwächen-Profile und Bewerbungsunterlagen, führen Bewerbungstrainings durch, oder es finden Monate vor Beendigung der Maßnahme Informationsveranstaltungen für die Absolventinnen und Absolventen über das weitere Verfahren und Fördermöglichkeiten statt. Darüber hinaus wird der Integrationsfachdienst (IFD) in den untersuchten Agenturen unterschiedlich stark mit der intensiven Betreuung von Jugendlichen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf einbezogen.¹⁴⁷ Unterschiede hinsichtlich der „Nachbetreuung“ von Maßnahme-Teilnehmenden gibt es jedoch auch in Bezug auf **Abbrechende**. In einer der Agenturen werden Projekte für Maßnahme-Abbrechende gefördert, in denen mittels angeleiteter Gruppendiskussionen über mehrere Sitzungen die Aufbereitung der zum Maßnahmenabbruch geführten Gründe erfolgt.

Grundsätzlich sind alle Vermittlungsfachkräfte, insbesondere aber spezielle Reha-Vermittlungsfachkräfte, in den ersten sechs Monaten nach Beendigung der Maßnahme besonders engagiert. Einzelne Vermittlungskräfte (Reha) äußerten jedoch, dass es in ihrer Agentur auch beim Absolventenmanagement die Tendenz gibt, das Engagement auf diejenigen Kundinnen und Kunden zu konzentrieren, deren Integrationsaussichten höher sind. Diese sollen vom AG-S besonders intensiv betreut werden, um die Reha-spezifische Integrationsquote zu erhöhen. In anderen Agenturen behandelten die Vermittlungsfachkräfte hingegen alle Kundinnen und Kunden (unabhängig von der individuellen Integrationsaussicht) gleich bzw. es erfolgt kein entsprechendes **Creaming**. So formuliert es eine Reha-Beratung in einer der Agentur, dass gerade „[...] der Schwache, der sich selber eigentlich nicht helfen kann“ unterstützt wird. (AA Reha V 4)

Fälle, deren Reha-Verfahren bereits wegen fehlender Integrationsaussicht geschlossen wurden, oder Fälle mit laufenden Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten oder Frühverrentung werden in dieser Arbeitsagentur bei einem Teil der Vermittlerinnen und Vermittlern nur noch mit deutlich geringerer Intensität bearbeitet, da offen sei, ob eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt überhaupt noch notwendig sei.

¹⁴⁷ Der IFD wählt in diesen Fällen geeignete Unternehmen aus, begleitet die Absolventinnen und Absolventen zu den Vorstellungsgesprächen und übernimmt - kommt es zu einem Beschäftigungsverhältnis – eine sozialpädagogische Begleitung im Betrieb bis zu 18 Monaten, um die Stabilität des Arbeitsverhältnisses zu gewährleisten.

9.2.5 Zwischenfazit aus den Fallstudien

Je nach Agentur sind die Reha-Beratung, die Vermittlerinnen und Vermittler sowie der AG-S in unterschiedlicher Intensität einbezogen. Meist hat die Reha-Beratung im Absolventenmanagement nur noch eine nachrangige Rolle und tritt gegenüber den Vermittlungsfachkräften in den Hintergrund. In einzelnen Agenturen gibt es in den Teams AV und AG-S spezielle Ansprechpartnerinnen und -partner für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Unterschiede gibt es hinsichtlich des Engagements, das die Arbeitsagenturen im Absolventenmanagement zeigen. So gibt es einzelne Agenturen, die zur Erreichung der rehaspezifischen Integrationsquote einen besonderen Schwerpunkt auf das Absolventenmanagement legen und spezielle Projekte aufgelegt haben, insbesondere bei Absolventinnen und Absolventen der Ersteingliederung. Unterschiede zeigen sich jedoch auch dahingehend, inwieweit beim Absolventenmanagement aktiv Creamingeffekte produziert werden.

Als Problem kann gesehen werden, dass die Reha-Beratung trotz ihrer allgemeinen Einbindung ins Absolventenmanagement i. d. R. kein Feedback über die Nachhaltigkeit vermittelter Beschäftigungen erhält, ihr Zeithorizont reicht nur bis zu sechs Monate nach Abschluss der Maßnahmen. Damit fehlt ihr Wissen über zielführendere Integrationsstrategien, wollte sie sich stärker an der Nachhaltigkeit als am schnellen Integrationserfolg orientieren.

9.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen

Seitens der Reha-Beraterinnen und -Berater hat das Absolventenmanagement für sie einen relativ geringeren Stellenwert im Bereich SGB II als im Bereich SGB III. Doch auch im SGB II Bereich ist der Anteil jener, die dem Absolventenmanagement einen großen (52,7 %) oder eher großen (22,5 %) Stellenwert beimessen deutlich größer als jener, für die der Stellenwert eher gering ist (11,2 %).¹⁴⁸

Die standardisierte Befragung bestätigt, dass das Absolventenmanagement im Bereich SGB III insbesondere bei der Reha-Vermittlung liegt (98,2 % starke oder sehr starke Einbindung). Die Mitwirkung der Reha-Beratung, des Arbeitgeber-Services und der Maßnahmenträger ist i. d. R. auch hoch, ihr Anteil schwankt jedoch von Agentur zu Agentur. Im Bereich SGB II sind die Unterschiede zwischen den Agenturen noch stärker ausgeprägt (vgl. Tabelle A27 im Anhang).

¹⁴⁸ Im Bereich SGB III geben 83,4 % der Reha-Beraterinnen und -Berater an, der Stellenwert des Absolventenmanagements sei groß, zzgl. 15,4 % eher groß.

10 Zeitlicher Umfang des Reha-Prozesses

10.1 Untersuchungsgegenstand

Die Dauer eines Reha-Verfahrens¹⁴⁹ umfasst den Zeitraum von der Anerkennung des Status als Rehabilitandin oder Rehabilitand im Sinne des § 19 SGB III und endet mit der Eintragung der Beendigungsgründe. Zeitpunkte der An- und Abmeldung werden in VerBIS eingetragen. Die Entscheidung, ob ein Reha-Verfahren eröffnet und ob bzw. wann es beendet wird, trifft ausschließlich die Reha-Beratung. Eine Beendigung des Reha-Verfahrens kommt in Betracht, wenn keine Chancen (mehr) auf eine Integration in den Arbeitsmarkt bestehen oder eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt erfolgte.¹⁵⁰

Vorgegebene Fristen gibt es hinsichtlich des Zeitraums von der Antragstellung bis zur Klärung des zuständigen Reha-Trägers und ggf. Weiterleitung des Antrags zur Feststellung des Reha-Bedarfes sowie zur Annahme des Eingliederungsvorschlages durch Träger des SGB II. Diese Fristen sind in § 14 SGB IX (Zuständigkeitsprüfung) sowie § 6a SGB IX festgelegt.

Demnach hat die Prüfung der Zuständigkeit und ggf. die Weiterleitung des Antrags innerhalb von vierzehn Tagen zu erfolgen. Für die Prüfung des Reha-Bedarfes selbst stehen nach Antragseingang drei Wochen zur Verfügung, sofern keine weiteren Gutachten erforderlich sind. Müssen Gutachten eingeholt werden, hat die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen der Gutachten zu erfolgen. In den Fällen, in denen der Rechtskreis des SGB II Kostenträger ist, hat dieser drei Wochen Zeit, den Vorschlag anzunehmen – oder eine Abstimmung mit der Arbeitsagentur herbeizuführen.

Der gesamte Reha-Prozess dauert jedoch länger als das formale, in VerBIS abgebildete Verfahren. So durchlaufen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund der Varianzen im Anerkennungsprozess bereits unterschiedlich lange Phasen bis zur Abklärung des Reha-Bedarfes und seiner Anerkennung.

Da es sich bei Fällen der beruflichen Rehabilitation um ganz individuelle Integrationsprozesse handelt, haben die Reha-Verfahren unterschiedliche Längen. Einfluss auf die Länge des Prozesses haben

- Zeiträume bis zur Antragstellung (Wartezeiten bis zum Reha-Beratungsgespräch)
- die Zeit zwischen der Anerkennung nach § 19 SGB III und der Auswahl einer geeigneten Maßnahme,
- der Zeit bis zum Maßnahmenbeginn,
- die Dauer der Maßnahme sowie

¹⁴⁹ Mit „Verfahren“ wird in diesem Abschnitt das formale über VerBIS dokumentierte Verfahren bezeichnet. „Prozess“ hingegen wird verwendet um den gesamten Reha-Verlauf zu beschreiben.

¹⁵⁰ Vgl. BA (2008a)

- die Zeit bis zur Integration in den Arbeitsmarkt.

10.2 Querauswertungen der Fallstudien

10.2.1 Einflussfaktoren auf die Dauer des Reha-Prozesses

Einfluss auf die Dauer des Reha-Prozesses haben u. a. die in Abschnitt 4 beschriebenen Varianzen im Anerkennungsprozess und die gesetzlich vorgegebenen Fristen. Weitere Einflussfaktoren wurden in den Fallstudien untersucht.

Wartezeiten beim Zugang zur Reha-Beratung und zu den Ärztlichen Fachdiensten

Wie in Abschnitt 4 beschrieben, erfolgt der Zugang zur Reha-Beratung in der Wiedereingliederung oftmals, nachdem ein ärztliches Gutachten erstellt und die Erfolgsaussichten eines Reha-Antrags abgeschätzt wurden. Üblicherweise erfolgt die Beauftragung des Ärztlichen bzw. Psychologischen Dienstes bereits durch die Arbeitsvermittlung.¹⁵¹

Die Wartezeiten **für den Zugang zu den Ärztlichen Diensten** variieren zwischen mehreren Tagen (zwei bis fünf) und vier Wochen. Wartezeiten zum Psychologischen Dienst liegen zwischen einer und bis zu drei Wochen. Bis das Gutachten zur Entscheidung wieder vorliegt, vergeht in den verschiedenen befragten Agenturen unterschiedlich viel Zeit. Grundsätzlich orientieren sich die Ärztlichen Dienste an den verbindlich vorgegebenen durchschnittlichen Laufzeiten. Diese können im Einzelfall deutlich überschritten werden, z. B. wenn externe Gutachten erforderlich sind. Sind die Ärztlichen Dienste gezwungen externe Gutachten einzuholen, kann das nach Aussagen eines Ärztlichen Dienstes bis zu einem Jahr dauern.

Als üblicher Zeitraum für die **Erstellung eines ärztlichen Gutachtens** wurden von den Reha-Beratungen zwei bis sechs Wochen benannt, in einem Einzelfall drei Monate. Für **psychologische Gutachten** (hier: allgemein, auch Nicht-Reha-Fälle) wurden Zeiträume zwischen drei Tagen und drei Monaten angegeben, in einem Einzelfall fünf Monate. Allerdings gab es an verschiedenen Stellen den Hinweis, dass für die Begutachtung für potenzielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden andere Laufzeiten üblich seien, bspw. zwei Wochen nach Auftragseingang für Fälle der Wiedereingliederung.

Die **Wartezeiten bis zum Erstgespräch bei der Reha-Beratung** liegen i. d. R. zwischen zwei und vier Wochen, in einer Grundsicherungsstelle wurden Wartezeiten von sechs bis acht Wochen genannt. Angaben zu sehr langen Wartezeiten stammten von befragten Akteuren aus Grundsicherungsstellen, allerdings hat keiner der befragten Akteure erklärt, dass für Kundinnen und Kunden aus dem SGB II systematisch längere Wartezeiten bestünden.

¹⁵¹ Vgl. BA (2010c): S. 8

In der **Ersteingliederung** gibt es zwischen den befragten einzelnen Agenturen deutlich weniger Varianzen als in der Wiedereingliederung, da üblicherweise die Befundung im Frühjahr des Schulabgangsjahres erfolgt und die Maßnahmen üblicherweise im Herbst beginnen. Das Gespräch mit der Ausbildungsvermittlung erfolgt i. d. R. im Frühjahr mit der Meldung zur Ausbildungsplatzsuche beim Team U25 – sofern die Jugendlichen nicht aus Förderschulen kommen. Bei einem Anhaltspunkt für einen Reha-Fall erfolgt die Beauftragung des Psychologischen und ggf. auch des Ärztlichen Dienstes. Wenn ein Reha-Bedarf vorliegt, erfolgt nach Aussage der befragten Akteure eine zügige Weiterleitung an die Reha-Beratung. Bei Schulabgängerinnen und -abgängern aus Förderschulen erfolgt das Reha-Gespräch i. d. R. zu Beginn des Jahres, in dem die Schule beendet wird und nachdem die Gutachten der Förderschulen vorliegen.

In einer Agentur beginnen die Begutachtungen durch den Psychologischen Dienst bereits mit Beginn des Schulabgangsjahres, um die Verfahren bis zum Frühjahr abschließen zu können, bevor die Termine mit der Reha-Beratung anstehen. Da die Maßnahmen in der Erstausbildung planmäßig nach den Schulferien beginnen, sind die zeitlichen Verläufe in der Ersteingliederung homogener und auch für die Reha-Beratung leichter planbar.

Dauer bis zur Auswahl von Maßnahmen

Die Zeiten bis zur Auswahl von Maßnahmen der Wiedereingliederung variieren deutlich, da aufgrund der unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnissen der Kundinnen und Kunden unterschiedlich viel Zeit vergeht, bis eine gemeinsame Strategie erarbeitet werden kann. Wie viel Zeit im Durchschnitt zwischen der Anerkennung und der Wahl einer geeigneten Maßnahme liegen, konnte durch die Fallstudien nicht exakt erhoben werden, deutlich ist jedoch, dass dies in hohem Maße von der Anerkennungspraxis in der Agentur abhängig ist. Antragstellung und Auswahl einer Maßnahme können zeitlich aufeinander fallen oder sehr weit auseinander liegen, wenn Eintritte in Maßnahmen an feste Starttermine gebunden sind.

In einer Grundsicherungsstelle wurde beschrieben, dass von der Identifikation des Bedarfes bis zu einer Maßnahmenfestlegung im Extremfall bis zu 1,5 Jahren vergehen können, wenn es sich um einen sehr komplexen Fall handelt:

“Also so ein Verfahren kann auch durchaus mal anderthalb Jahre dauern, bis das entschieden ist. Aber wie gesagt, es wird regelmäßig miteinander kommuniziert darüber“ (JC GF 1)

In der **Ersteingliederung** werden Maßnahmen möglichst direkt nach dem Profiling und der Diagnostik durch die Ärztlichen Dienste ausgewählt; In einzelnen Fällen haben die Reha-Beratungsfachkräfte Vorgaben, dass zwischen der Anerkennung nach § 19 SGB III und dem Maßnahmenbeginn maximal neun Monate liegen sollen. Damit soll sichergestellt werden, dass einerseits die betreffenden Jugendlichen ein Ziel vor Augen haben, wenn sie

die Schule verlassen und andererseits die Maßnahmen rechtzeitig vor Beginn des Ausbildungsjahres von der Reha-Beratung eingebucht werden können.

Dauer von der Auswahl bis zum Beginn von Maßnahmen

Die Dauer bis zum Beginn von Maßnahmen hängt in erster Linie davon ab, ob es sich um Maßnahmen handelt, in welche der Einstieg jederzeit erfolgen kann, oder ob es feste Eintrittstermine gibt. Die Termine zur **Ausbildung oder Berufsvorbereitung** liegen fest und beginnen im Herbst eines Jahres, d. h. üblicherweise nach Abschluss der Schule. Hier entstehen i. d. R. keine (ungeplanten) Wartezeiten, es sei denn eine Ausbildung oder Maßnahmen werden abgebrochen, oder es muss auf einen Platz in einer bestimmten Einrichtung gewartet werden (s. u.).

Hieraus resultierende Wartezeiten können in der Ersteingliederung einzelner Agenturen mit anderen Maßnahmen wie Praktika überbrückt werden, um die Beschäftigungsfähigkeit und die Motivation aufrecht zu erhalten. Dies wird in den Agenturen jedoch am jeweiligen Einzelfall entschieden. Ob zur Erhaltung einer Tagesstruktur Maßnahmen benötigt werden, hängt insbesondere vom sozialen Umfeld der Jugendlichen ab. Wird dieses als stabil eingeschätzt, werden eher keine Übergangsmaßnahmen ausgewählt.

Bei Maßnahmen in der **Wiedereingliederung** entstehen deutlich mehr Wartezeiten. Bspw. orientieren sich betriebliche Umschulungsmaßnahmen an den Terminen der Kammer und können nicht flexibel gehandhabt werden. Meist beginnen diese Ausbildungen im Herbst. Zwischen der Diagnostik und Maßnahmenauswahl und dem Beginn einer betrieblichen oder betriebsnahen Umschulung kann deshalb auch bis zu einem Jahr liegen.

Auch der Beginn von Maßnahmen bei Trägern ist nicht immer einheitlich. Ein Grund hierfür ist, dass Maßnahmenbeginne aufgrund einer noch nicht ausreichenden Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmer (ggf. auch mehrmals) verschoben werden müssen. Findet der Träger nicht genügend Teilnehmende, kann es auch vorkommen, dass eine Maßnahme aus diesem Grund gar nicht stattfindet. In der Vergangenheit mussten **Maßnahmen-eintritte auch verschoben** werden, da Maßnahmen bereits voll waren oder nicht (mehr) genügend Haushaltsmittel zur Verfügung standen. Die Rangfolge der potenziellen Teilnehmenden in dieser Warteliste muss dabei nicht zufällig sein. In einer Agentur wurde von den Reha-Beratungen eine Prioritätenliste erstellt und mit der Reha-Teamleitung besprochen, welche Rehabilitandin und welcher Rehabilitand noch in Maßnahmen einmünden sollte.

Eintritte in Werkstätten für behinderte Menschen können ebenfalls nicht verbindlich terminiert werden. Erstens müsse vor einer Entscheidung eine Trägerkonferenz abgehalten werden. Zweitens könnten auch nach einer Einigung noch Monate vergehen, da besonders spezialisierte Werkstätten Wartelisten mit Wartedauern von bis zu einem Jahr haben können.

Die **Überbrückung von Wartezeiten** mit anderen Maßnahmen erfolgt i. d. R. nur in der Ersteingliederung, wenn der individuelle Fall dies nahelegt (s. o.). In der Wiedereingliederung war dies die Ausnahme. Hier wird aus zwei Gründen eher versucht, Wartezeiten mit Beschäftigung zu überbrücken: Zum einen kosten Maßnahmen, zum anderen wirken sich Maßnahmen auf die Dauer der Arbeitslosigkeit bzw. auf den Arbeitslosengeldanspruch aus. Die Reha-Beratungen haben dabei ein Interesse, einen Rechtskreiswechsel sofort im Anschluss an die Maßnahme zu verhindern, insbesondere damit die Kundinnen und Kunden des SGB III einen Restanspruch auf Arbeitslosengeld behalten.

Maßnahmendauer

Obgleich durch die geschäftspolitische Zielsetzung Druck besteht, die Maßnahmendauer möglichst kurz zu halten, gab es nur in einzelnen Fallstudien Hinweise darauf, dass Überlegungen zur Dauer einer Maßnahme und damit der Dauer des Reha-Verfahrens explizit in die Maßnahmenauswahl einfließen (vgl. Abschnitt 8). Üblicherweise wird der individuelle Reha-Bedarf in das Zentrum der Maßnahme-Entscheidung gerückt.

Beendigung von Reha-Verfahren

Gelingt eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt, ist zu prüfen, ob das Beschäftigungsverhältnis sechs Monate nach Aufnahme noch besteht. Zu diesem Zeitpunkt kann dann das Reha-Verfahren als erfolgreich beendet in VerBIS eingetragen werden.¹⁵² Weitere Beendigungsgründe sind eine mangelnde Motivation oder z. B. Beendigungen aufgrund gesundheitlicher Probleme.¹⁵³ Eine Beendigung ist aber auch möglich, wenn das Ziel der beruflichen Rehabilitation – die Integration in den Arbeitsmarkt – nicht (mehr) erreichbar scheint. So beschreibt eine Reha-Vermittlerin in einer Arbeitsagentur:

... es ist [...] so vorgesehen, dass wenn es nicht geht, dass man sagt, okay, somit beendet man Reha halt – auch um die Laufzeiten nicht unnötig in die Länge zu ziehen vom Reha-Verfahren selber. Auch daran wird man ja gemessen. Das sind halt diese Vorschriften. (AA RehaV 4)

Dies kann genutzt werden, um die gewünschten Zielwerte zu generieren. Aus den Fallstudien ergeben sich Hinweise, dass Reha-Beratungen unter dem Druck der Kennziffern der Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit und der Reha-spezifischen Integrationsquote Reha-Verfahren vorzeitig beenden.

„ [...] sie gucken sich einfach an, wenn der Rehabilitand austritt aus der Hauptmaßnahme und dann guckt man so mal 5 Monate nach Ende dieser Hauptmaßnahme: wie sieht es denn aus? Hat er denn einen Erfolg? Wie ist die Integrationsprognose? Und wenn ich keine Integrationsprognose habe, dann beende ich Reha.“ (AA TL Reha 3)

¹⁵² Vgl. BA (2008a): S. 2
¹⁵³ Ebda.

In einer Agentur wurde darauf hingewiesen, dass mit einer Probebeschäftigung die Dauer der Arbeitslosigkeit strategisch beendet werden kann, denn „[...] eine Woche Probebeschäftigung ist sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Probebeschäftigung ist natürlich auch das Allheilmittel für den Integrationsgrad.“ (AA TL Reha 3). Allerdings bezog sich der Befragte nicht auf eigenes Handeln sondern auf das vermutete Handeln in anderen Agenturen.

In einer anderen Agentur wurde jedoch beschrieben, dass es auch sehr lange Reha-Verfahren gibt, die nicht geschlossen werden, solange die Rehabilitanden motiviert sind und die Ursache, weshalb eine Integration nicht gelänge, nicht bei ihnen selbst liege.

10.2.2 Zwischenfazit aus den Fallstudien

Die Dauer eines Reha-Verfahrens nach der Anerkennung des Reha-Status ist durch die Zeiträume bis zur Auswahl der Maßnahme, dem Zeitraum bis zum Beginn der Maßnahme sowie der Dauer nach Abschluss der Maßnahme bis zur Integration in den Arbeitsmarkt bestimmt. Bei faktisch gleichen Prozessverläufen kann die in VerBIS abgebildete Verfahrensdauer in den Agenturen unterschiedlich lang sein. Die abgebildeten Zeiträume zwischen der Anerkennung und dem Maßnahmenbeginn sind insofern keine hundertprozentig validen Indikatoren für den zeitlichen Prozessverlauf.

Es gab in den Fallstudien nur vereinzelt Hinweise darauf, dass die Dauer eines Reha-Verfahrens auch durch die Wahl von (kürzeren) Maßnahmen explizit beeinflusst wird (vgl. Abschnitt 8). Üblicherweise orientiert sich die Wahl der Maßnahme am individuellen Bedarf. Die befragten Reha-Beratungen betonten, dass für sie die Wahl der Maßnahme mit der größten Integrationsaussicht und die Erreichung des Reha-spezifischen Integrationsgrades im Vordergrund stehe. Eine kürzere Maßnahme, die nicht zu einer Integration führe, wirkt sich ebenso negativ auf die Dauer der Arbeitslosigkeit aus wie eine lange Maßnahme.

Allerdings scheinen die Möglichkeiten zur Beendigung von Reha-Verfahren, die die Verfahrensregeln bieten, unter dem Druck der Kennziffer der faktischen Dauer der Arbeitslosigkeit bei einzelnen Reha-Beratungen zu einem vorzeitigen Abschließen eines Reha-Verfahrens zu führen.

10.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen

Der Prozess vom Erstkontakt bis zum Beginn von Maßnahmen lässt sich unterteilen in die Zeit bis zur Antragstellung, bis zur Anerkennung, bis zur Auswahl von Maßnahmen und bis zum Beginn. Die Angaben der Reha-Beraterinnen und -Berater zur durchschnittlichen Dauer zeigen für alle einzelnen Phasen eine deutliche Varianz (vgl. Tabelle 10). Die Spannweite zwischen den schnellsten und langsamsten Agenturen ist sehr groß und beträgt sowohl in der Erst- als auch in der Wiedereingliederung rund ein Jahr für den Ge-

samtprozess.¹⁵⁴ Wenngleich diese große Spannweite auch auf Ausreißer zurückzuführen ist (vgl. Tabelle A28 im Anhang), ist die Gesamtvarianz auffällig. Im Vergleich der Eingliederungsarten ist die Varianz der Gesamtdauer in der Wiedereingliederung höher – bis auf die Phase zwischen Auswahl und Beginn von Maßnahmen.

Dauer in Wochen verschiedener Phasen	n	Ø	Varianz	Min.	Max
... in der Ersteingliederung					
Zwischen Antragstellung und Anerkennung	136	1,2	2,7	0	12
Zwischen Anerkennung und Maßnahmenauswahl	136	2,6	14,9	0	30
Zwischen Auswahl und Beginn von Maßnahmen	133	14,6	51,2	0	39
Summe Antragstellung bis Beginn	133	18,3	68,5	0	62
... in der Wiedereingliederung					
Zwischen Erstkontakt mit Reha-Beratung und Antragstellung	109	4	28,2	0	48
Zwischen Antragstellung und Anerkennung	109	2,3	4,2	0	10
Zwischen Anerkennung und Maßnahmenauswahl	106	5,8	18,7	0	24
Zwischen Auswahl und Beginn von Maßnahmen	103	11	32,5	0	30
Summe Erstkontakt bis Beginn	103	23,1	89,5	0	54

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater

Tabelle 10 Dauer des Reha-Prozesses

Hinsichtlich der Varianz ist der im Rahmen der Fallstudien herausgearbeitete Sachverhalt zu berücksichtigen, dass oftmals bereits vor der offiziellen Antragstellung die Klärungsprozesse ablaufen. Darüber hinaus steht die Aussage der Reha-Beraterinnen und -Berater, dass sich durch verzögerte Eintritte in Maßnahmen Kosten hinausschieben ließen (vgl. Abb. 14 in Abschnitt 8.3), in signifikantem Zusammenhang zur durchschnittlichen Dauer zwischen Anerkennung und der Auswahl von Maßnahmen in der Ersteingliederung.¹⁵⁵

In der Ersteingliederung werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über den genauen Beginn ihrer Maßnahme i. d. R. früher informiert als in der Wiedereingliederung, hier bestehen jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Agenturen. 10,8 % der Reha-Beraterinnen und -Berater geben für die Wiedereingliederung an, dass ihre Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erst unmittelbar vor Beginn der Maßnahme über den genauen Zeitpunkt informiert werden – in der Ersteingliederung sind es 6,1 % (vgl. Tabelle 11).

¹⁵⁴ Für den Prozess der Ersteingliederung ist überdies relevant, wie lange vor oder nach dem Verlassen der Schule die Antragstellung erfolgt. Diese Daten wurden erfragt aber nicht in die Tabelle 9 aufgenommen, weil hierzu zu viele Werte fehlten oder unplausible Ergebnisse lieferten, z. B. weil sich aus der Summe der Angaben ergab, dass die Maßnahmen durchschnittlich bereits vor Verlassen der Schule begannen. Durchschnittlich werden die Anträge 13 Wochen vor Verlassen der Schule gestellt (Varianz = 164, n = 99).

¹⁵⁵ Spearman-Rho = 0,227, signifikant auf dem Niveau 0,01

Wie viele Wochen vorher informieren Sie durchschnittlich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über den Zeitpunkt des Beginns (Prozent der Reha-Beratungsfachkräfte)	In der Erst-eingliederung	In der Wieder-eingliederung
0 Wochen	6,1	10,8
1 bis zu 4 Wochen	28,0	35,3
5 bis zu 13 Wochen	37,9	43,2
14 bis zu 28 Wochen	28,1	10,8
gesamt	100,0	100,0
N	132	102
Mittelwert	9,9	6,5
Varianz	58,2	27,1

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater

Tabelle 11 Information der Rehabilitanden/-innen über den Maßnahmebeginn

Darüber hinaus geben 76,9 % der Reha-Beraterinnen und -Berater für die Ersteingliederung Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits vor der Auswahl der konkreten Maßnahmen über die Zeitfenster der in ihrem Fall wahrscheinlichen Maßnahmen zu informieren – in der Wiedereingliederung sind es 58,0 %.

Wenn die Maßnahmen mit der voraussichtlich größten Förderwirkung nicht innerhalb von einem Jahr beginnen können, geben deutlich weniger der Reha-Beraterinnen und -Berater an, sie würden dann auf diese Maßnahme warten (10,7 %), als dass sie möglichst eine früher beginnende alternative Maßnahme auswählen (24,9 %). Zur durchschnittlichen Dauer der beschriebenen Phasen stehen diese unterschiedlichen Strategien jedoch in keinem signifikanten Zusammenhang. Allerdings gibt es 63,3 % der Reha-Beraterinnen und -Berater, bei denen solche Fälle nach eigenen Angaben im Untersuchungszeitraum nicht existierten, und hier ist die durchschnittliche Dauer zwischen Anerkennung und Beginn der Maßnahmen zumindest in der Wiedereingliederung signifikant niedriger.¹⁵⁶

Wenn die Hauptmaßnahme erst Monate nach deren Auswahl beginnt, geben die meisten Reha-Beraterinnen und -Berater an, nur selten oder nie Vorbereitungsmaßnahmen zu wählen, um die Zeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu nutzen (52,7 %, zzgl. 22,5 %, die die Auswahlentscheidung immer erst unmittelbar vor Beginn treffen). Aber auch hier entscheiden die Reha-Beraterinnen und -Berater nicht einheitlich, jeder Fünfte (20,7 %) gibt an, in solchen Fällen häufig auf Vorbereitungsmaßnahmen zurück zu greifen.

Gründe dafür, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein Jahr nach ihrer Reha-Anerkennung noch keine Maßnahme begannen, sind in Abbildung 16 dargestellt. In über der Hälfte der Agenturen hat es keine solchen Fälle im Untersuchungszeitraum gegeben. Der häufigste Grund hierfür wird bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gesehen, die aus individuellen Gründen mehr Zeit für die Entscheidung benötigen, welches die für

¹⁵⁶ 15,0 Wochen gegenüber 16,6 im Gesamtdurchschnitt, signifikant auf dem Niveau 0,05

sie geeignetsten Maßnahmen sind. Zu den weiteren Gründen zählt das Warten auf Maßnahmen und hinreichend große Teilnehmendenzahlen, aber auch, dass passende Maßnahmen fehlen, von denen eine nennenswerte Förderwirkung zu erwarten wäre. Die hiervon betroffenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind eher jene mit größeren Eingliederungsproblemen.

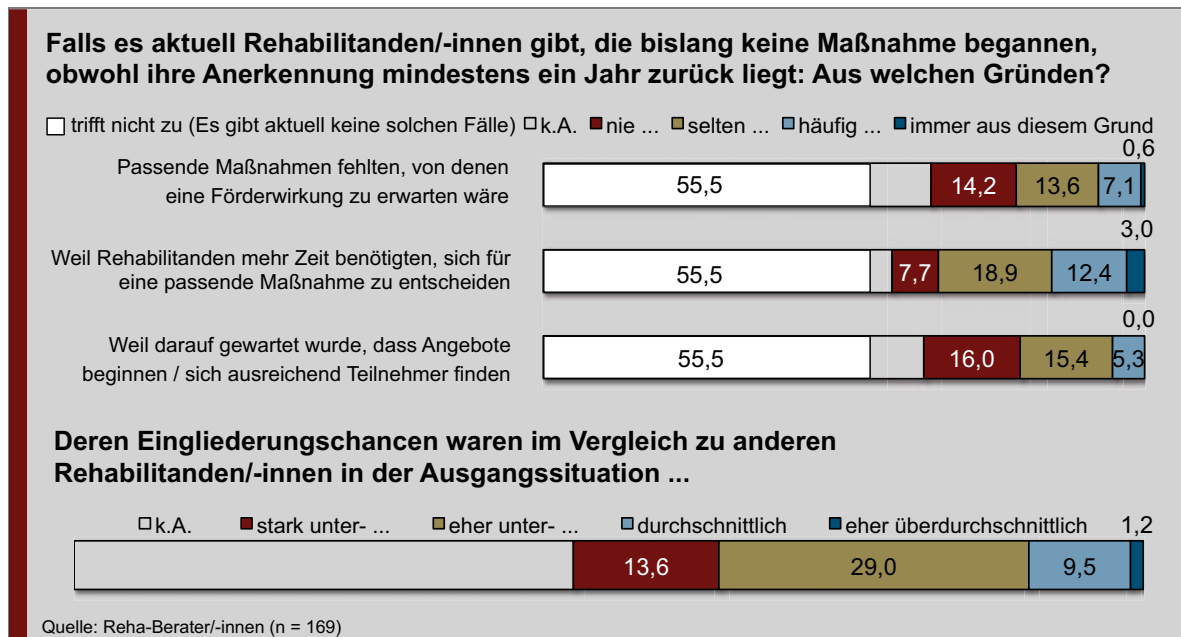


Abbildung 16 Gründe für Reha-Fälle ohne Maßnahmen

11 Gender

11.1 Untersuchungsgegenstand

Im Rahmen der Implementationsanalyse wurde u. a. untersucht, ob sich die Prozesse der Reha-Beratung und Maßnahmenzuweisung je nach Geschlecht des potenziellen Rehabilitanden unterscheiden bzw. wie sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Art der Behinderungen, im Verhältnis von Erst- und Wiedereingliederung oder berufsspezifischen Interessen zum Ausdruck bringen.

Grundsätzlich setzt die BA auf eine Doppelstrategie, in der einerseits **spezifische Maßnahmen der Frauenförderung** bestehende Ungleichheiten korrigieren sollen, andererseits **Gender Mainstreaming als durchgängiges Prinzip** in den Zielen des SGB III und bei der Umsetzung sämtlicher Leistungen der Arbeitsförderung angewendet wird. Demzufolge sollen die „unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern [...] bei der Umsetzung sämtlicher Leistungen der Arbeitsförderung berücksichtigt werden.“¹⁵⁷ Ziel der Doppelstrategie ist, „die berufliche Situation von Frauen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu verbessern, um einen höheren Beschäftigungsstand erreichen zu können und die Beschäftigungsstruktur zu verbessern.“¹⁵⁸ Allerdings sind die zentralen Kennzahlen der geschäftspolitischen Steuerung der BA zielgruppenneutral formuliert, und auch das Führungsinformationssystem der Bundesagentur für Arbeit weist für die Zielerreichung keine geschlechtsspezifischen Ziele und Indikatoren aus.¹⁵⁹

Die Handlungsempfehlungen, Leitkonzepte und Leitfäden zur **beruflichen Rehabilitation** enthalten ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Zielsetzungen, sondern rücken die Berücksichtigung des individuellen Förderprofils in den Mittelpunkt der Strategie- und Maßnahmenplanung. Erklärtes Ziel der BA ist es, ausgehend vom „Primärbedarf“ (behinderungsbedingter Unterstützungsbedarf) die Behinderten **nicht** durch eine „zielgruppenspezifische, sondern eine personenorientierte Ausrichtung“ individuell zu unterstützen.¹⁶⁰

Diese Strategie wird von den Reha-Beratungen umgesetzt. Im Ergebnis – und im Vorgriff auf die nachfolgenden Befunde der Querauswertung der Fallstudien – haben die Reha-Beratungen „gefangen im Einzelfall-orientierten Vorgehen“ selten einen Blick für möglicherweise systematische geschlechtsspezifische Problemlagen. Aus der Literatur und bisherigen Forschungen ist jedoch bekannt, dass sowohl bei den Zugängen als auch beim Prozess der Qualifizierung **geschlechtsspezifische Unterschiede** bestehen:

So liegt der Anteil von Frauen in der Erst- und Wiedereingliederung durchgängig unter dem von Männern. Und dies bei in etwa gleich großen Anteilen von Jugendlichen mit Be-

¹⁵⁷ Vgl. BA (2010b)

¹⁵⁸ Ebda.

¹⁵⁹ Vgl. Schuberth (2009) und Bieber et al. (2005): S. 65

¹⁶⁰ Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. (2009): S. 140

hinderungen.¹⁶¹ Auch in der Wiedereingliederung werden mehr Männer als Frauen (57 % gegenüber 43 % in 2007) als Rehabilitanden nach § 19 SGB III anerkannt,¹⁶² obwohl auch hier die Anteile der Altersgruppen, in denen durch Krankheit erworbene Behinderungen Wiedereingliederungsmaßnahmen erforderlich machen, in etwa gleichauf liegen.¹⁶³ Diese Befunde deuten auf geschlechtsspezifische Selektionsmechanismen hin, wobei hierzu auch der Prozess der Selbstselektion zählt, insbesondere hinsichtlich des Eintritts und Rückzugs aus dem Berufsleben. So liegt die Erwerbsquote von Frauen unter derjenigen von Männern und eine Behinderung reduziert die Erwerbsquote in beiden Gruppen annähernd in gleicher Weise.¹⁶⁴ Durch die stärkere familiäre Einbindung von Frauen stellt jedoch auch der Reha-Prozess besondere geschlechtsspezifische Anforderungen an die Beteiligten.. So sind einem Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung zur Umsetzung des SGB IX¹⁶⁵ zufolge nur 4 % der befragten Frauen des dortigen Untersuchungssamples in Teilzeit-Qualifizierungsmaßnahmen (in Berufsförderungswerken), obwohl sich 29 % der befragten Frauen dies wünschen.

11.2 Querauswertungen der Fallstudien

Gender-Unterschiede in der Ersteingliederung

In vier Agenturen waren die befragten Reha-Beratungen der Einschätzung, dass junge Frauen in der Ersteingliederung Benachteiligungen aufgrund ihres Geschlechtes erfahren. Da – geschlechtsspezifisches Berufswahlverhalten vorausgesetzt – das Angebot an Reha-spezifischen Berufen in den Bereichen, die von jungen Frauen bevorzugt werden, geringer ist, hätten diese weniger Auswahlmöglichkeiten, wodurch die Zielberufsbestimmung schwerer falle. Eine der befragten Reha-Beratungen schätzte ein, dass im Agenturbezirk ca. die Hälfte der jungen Frauen in einen Beruf einmündet, der nicht ihrem Wunschberuf entspricht. Einerseits liege diese Zahl so hoch, weil sich, weibliche und männliche, Jugendliche grundsätzlich vielfach überschätzen und sich Berufe wünschen, für die sie nicht die kognitiven Voraussetzungen mitbringen. Andererseits sei das Spektrum der regional vor Ort möglichen Reha-spezifischen Ausbildungen für junge Frauen vielfach sehr eingeschränkt.

„ [...] Also wir versuchen dann klar zu machen, die paar Berufe, die die schwachen Mädchen haben, dass sie da Chancen haben. [...] Also so versucht man denen irgendwie Wege aufzuzeigen, weil die einfach die Verlierer sind. Die Jungs können zwischen vier und fünf Sachen wählen. Und dann ist es schon schwierig.“ (RehaB 6)

¹⁶¹ BMFSFJ (2011): S. 5

¹⁶² IAB (2011): S. 22

¹⁶³ BMFSFJ (2011): S. 5

¹⁶⁴ 2005 lagen die Erwerbsquoten behinderter Männer bei 30 %, nichtbehinderter Männer bei 71 %, behinderter Frauen bei 23 % und nichtbehinderter Frauen bei 53 % (Statistisches Bundesamt (2006): S. 1270). D. h. eine Behinderung reduziert die Erwerbsquote bei Männern um 58 % und bei Frauen um 57 %.

¹⁶⁵ sfs Dortmund (2004): S. 352

In einer Agentur wurden deshalb bereits verschiedene Versuche unternommen, theoriere-duzierte Ausbildungen im Friseurhandwerk zu etablieren, was jedoch an der Zustimmung der Handwerkskammer gescheitert sei. Vereinzelt sind jedoch auch Tendenzen zum Aufbrechen geschlechtsspezifischen Berufswahlverhaltens festzustellen. Dadurch weitet sich für beide Geschlechter das Spektrum an möglichen Berufen:

„Dann machen sie eine Orientierung Farbe und bleiben da hängen. Manchmal ein bisschen Holz und im Gegensatz dazu haben wir oben häufig Jungs, die Beikoch machen wollen. Im Fernsehen sehen sie ja meistens Köche.“ (RehaB 6)

Das geringere Spektrum an Ausbildungsberufen führt nach Einschätzung einer Reha-Beraterin dazu, dass es Probleme an der zweiten Schwelle gibt, da diese jungen Frauen den erlernten Beruf nach der Ausbildung vielfach nicht ausüben möchten. Dies führt partiell zu Problemen bei der Integration in den Arbeitsmarkt:

„[...] wenn ich grad bei unseren jungen Mädchen sehe, dann werden sie da in die Küche gedrängt. Und dann kommen sie und dann sitzen sie vor einem: Aber in der Küche möchte ich nicht mehr so gern.“ (AA RehaV 4)

Gender-Unterschiede in der Wiedereingliederung

Ob es in der Wiedereingliederung geschlechtsspezifische Unterschiede beim Zugang zur Beratung gibt, konnten die Reha-Beratungen nicht einschätzen, da die Zugangssteuerung bei den Vermittlungsfachkräften liegt. Ob sie selbst geschlechtsspezifisch unterschiedliche Maßstäbe an die Beratung und das Beratungsergebnis ansetzen, reflektierten sie in ihrer Praxis nicht, sondern betonten, sich immer an Bedarfen des Einzelfalles zu orientieren.

Ein Reha-Berater hat die Erfahrung gemacht, dass sich Frauen vor dem Beratungsprozess vielfach intensiver über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informieren als Männer. Im Beratungsprozess selbst hätten jedoch männliche Kunden meist genauere Vorstellungen über ihre berufliche Zukunft als Frauen. Frauen seien hingegen alternativen Vorschlägen offener als Männer, neigten während der Beratung aber auch eher dazu, die Aussagen und Angebote der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hinterfragen.

Nach Einschätzung eines Reha-Beraters liegen Gründe, weshalb Frauen weniger häufig Maßnahmen erhalten oder annehmen, auch in der **mangelnden Mobilität** aufgrund eines fehlenden Führerscheins oder in der **ungenügenden Flexibilität** aufgrund von Kinderbetreuungsaufgaben. Zudem hätten männliche Kunden typischer Weise andere Krankheitsbilder. Diese litten vorwiegend unter gesundheitlichen Problemen, die vielfach nur mit einer LTA behoben werden können. Frauen hingegen könnten ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen eher kompensieren und suchten die Reha-Beratung vorwiegend bei psychischen Belastungssituationen auf.

11.2.1 Akzeptanz und Motivation

Als Problem wurde beschrieben, dass Frauen aufgrund eingeschränkter räumlicher oder zeitlicher **Mobilität** nicht alle zur Verfügung stehenden Angebote annehmen können (s. o.). Insbesondere Qualifizierungsmaßnahmen, die nur in Vollzeit angeboten werden, können mangels ausreichender Möglichkeiten der Kinderbetreuung oder einer schlechten Anbindung des Wohnortes an den öffentlichen Personennahverkehr vielfach nicht absolviert werden.

Das **Angebot** an Maßnahmen in der Wiedereingliederung wird im Gegensatz zu den eingeschränkten Möglichkeiten einer Reha-spezifischen Berufsausbildung als ausreichend eingeschätzt. Die meisten Träger böten Berufe und Berufsbereiche an, die von Frauen nachgefragt werden.

Ob junge Frauen stärker oder schwächer motiviert als junge Männer sind, berufsvorbereitende Maßnahmen zu absolvieren, konnte von den befragten Reha-Beratungen nicht eingeschätzt werden. Allerdings unterscheiden sich die Formen der Verweigerung. So zeige sich fehlende Motivation bei männlichen Teilnehmern eher in einem auffälligen Sozialverhalten wie Aggressivität, während weibliche Teilnehmer eher der Maßnahme komplett fern blieben. Einschätzungen, welche der beiden Gruppen höhere Abbruchquoten hat, konnten nicht abgegeben werden.

11.2.2 Zwischenfazit aus den Fallstudien

Aufgrund des individuellen Beratungsansatzes reflektieren die Reha-Beratungen nur sehr vereinzelt das Beratungsergebnis hinsichtlich geschlechtsspezifischer Aspekte. Alle Problemlagen werden als individuelle Probleme gesehen und nicht hinsichtlich systematischer oder strukturbedingter geschlechtsspezifischer Problemlagen analysiert. Da die Reha-Beratungen den Zugang zu ihnen nur teilweise steuern, können sie über mögliche (Selbst-)Selektionsmechanismen der potenziellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nichts aussagen. Aus diesem Grund konnten nur vereinzelte Einschätzungen zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen gegeben werden.

Von einzelnen Reha-Beratungen wurde thematisiert, dass in der **Ersteingliederung** das Spektrum der zur Verfügung stehenden Ausbildungsberufe und das geschlechtsspezifische Berufswahlverhalten die Möglichkeiten junger Frauen stärker begrenzt als bei jungen Männern. Als relevantes Problem wurde dies jedoch nicht eingeschätzt, da die Jugendlichen meist noch keine klaren Berufswünsche hätten. Allerdings wurde in einer Agentur ein hieraus resultierendes Problem an der zweiten Schwelle formuliert, da junge Mädchen, die einen nicht ihren Berufswünschen entsprechenden Beruf erlernten, vielfach nach Beendigung der Ausbildung eine andere berufliche Orientierung suchen. Hierbei werden Ressourcen der Arbeitsförderung und Lebenszeit der Rehabilitandinnen gebunden sowie Such- und Orientierungsprozesse junger Frauen unnötig verlängert.

Für die **Wiedereingliederung** wurden nur in einem Agenturbezirk geschlechtsspezifische Probleme benannt. Eine Ursachenanalyse hatte in dem Agenturbezirk nicht stattgefunden. Eine geringere Inanspruchnahme dieser Maßnahmen sei nach Einschätzung der Befragten möglicherweise auf eine geringere zeitliche und räumliche Mobilität von Frauen zurückzuführen, die es für diese schwieriger macht, Vollzeit-Qualifizierungsmaßnahmen oder weiter entfernte Angebote mit Familienpflichten zu vereinbaren.

11.3 Ergebnisse standardisierter Befragungen

Die fehlende strukturelle Verankerung von Gender-Fragen im Reha-Prozess wird daran sichtbar, dass die Indikatoren der Qualitätssicherung in den Reha-Teams i. d. R. nicht geschlechtsspezifisch ausgewertet werden (3,2 % Ausnahmen) und die Reha-Beratungsfachkräfte i. d. R. nicht zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Beratungsprozess geschult sind (17,5 % Ausnahmen). Trotzdem gehen viele Reha-Teamleitungen davon aus, dass bei der Auswahl der Maßnahmen die Chancengleichheit zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gefördert wird (79,3 %). Ebenfalls ist der Anteil der Reha-Beratungsfachkräfte auffällig groß, der sich keine Aussagen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden des Arbeits- und Ausbildungsmarktes zutraut, was dafür spricht, dass der gleichstellungspolitische Auftrag nach § 1 Abs. 2 Punkt 4 SGB III keine Priorität für sie besitzt. Allerdings gibt jede/jeder Fünfte an, (eher) besondere Beratungskonzepte zu nutzen, um die Chancengleichheit zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu fördern (21,9 %) (vgl. Sub-Typ).

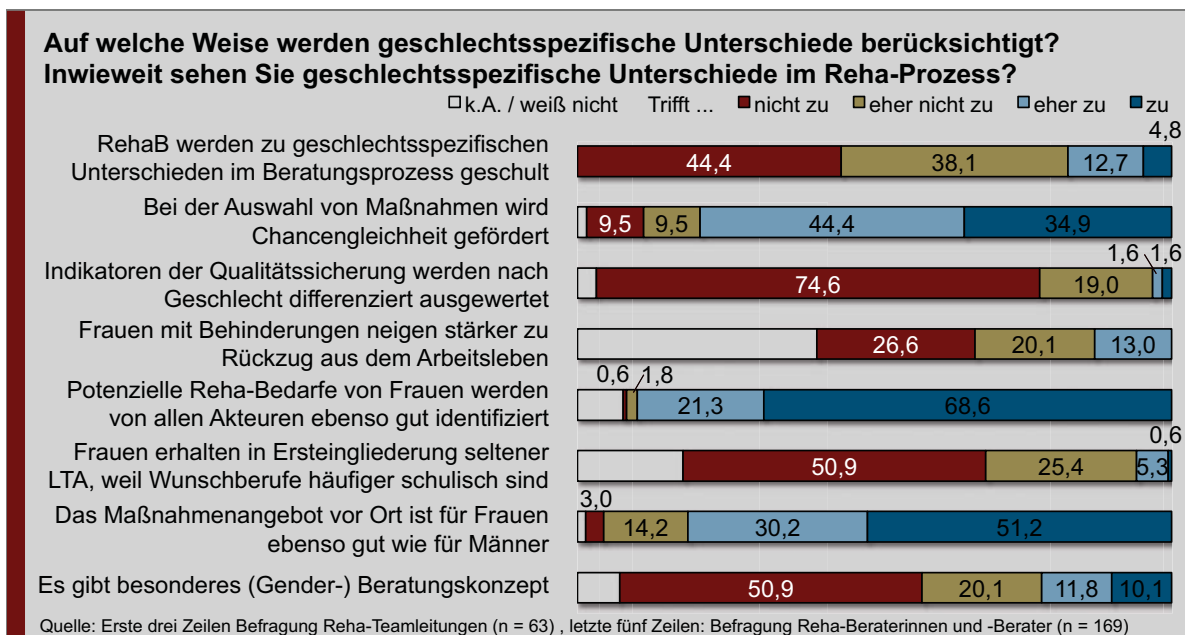


Abbildung 17 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Reha-Prozess

In Abschnitt (3.3) wurde bereits darauf hingewiesen, dass Reha-Beraterinnen durchschnittlich weniger Wochenstunden arbeiten als Reha-Berater. Darüber hinaus üben sie diese Tätigkeit im Durchschnitt noch nicht so lang aus (durchschnittlich 8 Jahre gegenüber

14 bei Reha-Beratern). Ihre Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zählten noch stärker zum Bereich Ersteingliederung und weniger zum Bereich Wiedereingliederung (unter Reha-Beraterinnen liegt der Wiedereingliederungsanteil im Median bei um die 10 %, unter Reha-Beratern bei um die 20 %). Hinsichtlich ihrer Haltungen und Strategien, dem Umgang mit Kostendruck oder der Anerkennungspraxis gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern. Allerdings informieren die durchschnittlichen Reha-Berater ihre Ersteingliederungsfälle früher vor dem Beginn der Maßnahme über den genauen Termin als Reha-Beraterinnen (13,0 Wochen gegenüber 8,0 Wochen vor Beginn).

12 Typenbildung von Agenturen

In den vorangegangenen Abschnitten wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte des gesamten Reha-Prozesses beschrieben. Nachfolgend werden Untersuchungsergebnisse dazu dokumentiert, in welchem Umfang sich die Varianz dieser unterschiedlichen Aspekte auf wenige Typen von Agenturen bündeln lässt, bzw. wie innerhalb dieser Typen

- die Praxis der Anerkennung gehandhabt wird (Finden Anerkennungen auch statt, wenn nur allgemeine Leistungen benötigt werden? Haben potenzielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit geringen Integrationschancen die gleiche Chance auf eine Anerkennung?),
- unterschiedliche Prämissen für die Auswahl von Maßnahmen gelten (Welchen Stellenwert haben Effizienz- oder Gleichheitsorientierungen? Wie stark wird sich primär am individuellen Fall orientiert statt an einer resultierenden Verteilung?),
- die finanziellen Mittel variieren (Mittel der Agentur pro anerkanntem Fall) und wie auf den Kostendruck reagiert wird,
- sich die Rahmenbedingungen unterscheiden (Qualität der Träger und ihrer Angebote, Arbeitsmarkttypen) oder
- andere Maßnahmen ausgewählt werden.

Unterschiedliche Ansätze zur Typenbildung werden dabei nebeneinandergestellt.

Typenbildung 1: Fokus auf finanzielle Aspekte

Für eine Typenbildung, die ihren Schwerpunkt auf finanzielle Aspekte des Reha-Prozesses legt, gingen folgende vier Variablen in eine Cluster-Analyse ein:¹⁶⁶

- die Mittel der Agentur pro Zahl anerkannter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (vgl. Abschnitt 7.3)
- die Effizienzorientierung der Reha-Beratungsfachkräfte (negative Werte dieses Faktors bedeuten, dass alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gleich intensiv gefördert werden sollen)
- kostenbedingte Einschränkungen des Maßnahmenangebots (Dieser Faktor umfasst unterschiedliche Aspekte, z. B. dass Maßnahmeneintritte verschoben wurden, um Kosten auf spätere Zeitpunkte zu verlagern, dass kostenintensive Maßnahmen trotz Bedarf nicht gewählt werden konnten oder dass andere Maßnahmen als die mit der größten Förderwirkung gewählt wurden, weil diese Mittel nicht eingekauft waren)
- Orientierung an der maximalen Förderwirkung (Faktor, der insbesondere die Angaben abbildet, unabhängig von den Kosten immer die Maßnahmen mit der größten Förderwirkung zu wählen – auch wenn in jedem Einzelfall kritisch gefragt wird, ob kostengünstigere Maßnahmen vergleichbare Förderwirkungen erzielen)

¹⁶⁶ Für die Cluster-Analyse wurde die Methode nach Ward gewählt und die Variablen über die Standardabweichung standardisiert.

47 Agenturbezirke können auf diese Weise sechs Typen zugeordnet werden, wobei einer dieser Typen nur mit einem Agenturbezirk besetzt ist und überdies einen Ausreißer darstellt (vgl. Tabelle 12).¹⁶⁷

	Typ 1 _{fin.-Gr} (Ausreißer)	Typ 2 _{fin.-Gr}	Typ 3 _{fin.-Gr}	Typ 4 _{fin.-Gr}	Typ 5 _{fin.-Gr}	Typ 6 _{fin.-Gr}
n	1	13	7	12	9	5
Agenturmittel in Euro pro anerkannter Reha-Fälle						
Ø	9.153,54	35.921,03	40.196,62	41.783,72	52.254,67	63.727,50
σ	.	8.618,80	5.556,03	4.407,98	6.249,32	5.805,45
Effizienzorientierung						
Ø	*	-0,18	-0,95	0,32	0,69	-0,59
σ	.	0,49	0,59	0,43	0,57	0,42
Kostenbedingte Einschränkungen						
Ø	*	0,41	-0,56	-0,32	1,30	-0,46
σ	.	0,83	0,43	0,26	1,03	0,37
Orientierung auf maximale Förderwirkung						
Ø	*	0,64	-0,28	-0,78	0,11	0,03
σ	.	0,50	0,72	0,89	0,65	0,68
* Auf Ausführungen zum Fall wird aufgrund der Re-Identifizierungsmöglichkeit verzichtet						
Quelle: Integrierte Auswertung von Daten aus Befragungen der Reha-Teamleitungen, Reha-Beratungen und des IAB (RehaPro)						

Tabelle 12 Agenturtypen bzgl. finanzieller Aspekte (Typenbildung 1)

Typ 2 ist durch unterdurchschnittlich viel Mittel pro Fall und eine überdurchschnittliche Orientierung auf die Förderwirkung charakterisiert. Die Typen 3 und 4 haben beide leicht unterdurchschnittliche Werte bzgl. der Mittel; sie unterscheiden sich durch die stärkere Effizienzorientierung bzw. geringere Orientierung an der Förderwirkung von Typ 4. Die Typen 5 und 6 besitzen überdurchschnittlich hohe Kennwerte zur Finanzierung, wobei Typ 6 mit den höheren finanziellen Kennwerten weniger an Effizienz (bzw. stärker an Gleichheit unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) orientiert ist und seltener kostenbedingte Einschränkungen bei der Maßnahmenauswahl nennt.

Obgleich sich diese sechs Typen hinsichtlich ihrer Maßnahmenstruktur leicht¹⁶⁸ unterscheiden, können daraus keine unmittelbaren Zusammenhänge zur finanziellen Situation herausgelesen werden, weil die sechs Typen auch hinsichtlich weiterer Variablen deutliche Unterschiede aufweisen. Die Anerkennungspraxis zwischen den Typen ist eine andere und die Struktur ihrer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterscheidet sich sowohl hinsichtlich der Rechtskreise als auch hinsichtlich der Eingliederungsarten. So liegt der Anteil der WfbM und anderer preisverhandelter Reha-Maßnahmen in Agenturtyp 6_{fin.-Gr} überdurchschnittlich hoch und der Anteil allgemeiner Maßnahmen (inklusive Maßnahmen

¹⁶⁷ In den anderen Agenturbezirken fehlen entweder die entsprechenden Daten der Reha-Beraterinnen und -Berater zu ihren Prämissen oder die Angaben der Reha-Teamleitungen zu den Mitteln pro anerkanntem Reha-Fall.

¹⁶⁸ Unterschiede sind nicht statistisch signifikant.

der Benachteiligtenförderung) unterdurchschnittlich niedrig. Es kann jedoch nicht ohne weiteres geschlussfolgert werden, dass dies eine „Folge“ höherer finanzieller Mittel und geringerer Effizienzorientierung darstellt. Vielmehr neigen die Agenturen des Typs 6_{fin.-Gr} deutlich stärker als andere Agenturen dazu, Reha-Fälle nur dann anzuerkennen, wenn besondere Leistungen benötigt werden. Die Struktur ihrer Teilnehmenden ist somit vermutlich nicht mit der Struktur der anderen Agenturen zu vergleichen (vgl. Tabelle 13).¹⁶⁹

	Typ 1 _{fin.-Gr} (Ausreißer)	Typ 2 _{fin.-Gr}	Typ 3 _{fin.-Gr}	Typ 4 _{fin.-Gr}	Typ 5 _{fin.-Gr}	Typ 6 _{fin.-Gr}
n	1	13	7	12	9	5
Faktor Anerkennung „bei allgemeinen Leistungen auf Antrag und Anerkennung verzichtet“						
Ø	*	0,2	0,3	0,0	0,3	0,5
σ	.	0,7	1,2	0,6	0,9	1,2
Anteil allgemeiner Maßnahmen oder Benachteiligtenförderung**						
Ø	*	40,1	43,7	39,0	42,1	27,7
σ	.	10,3	4,7	9,0	10,8	12,3
Anteil preisverhandelter Maßnahmen und WfbM**						
Ø	*	38,2	34,8	37,1	40,6	46,8
σ	.	11,0	8,0	12,1	10,7	14,0
Anteil ausgeschriebene Reha-Maßnahmen oder Eingliederungszuschüsse**						
Ø	*	21,7	21,5	23,9	17,3	25,5
σ	.	8,2	9,4	9,8	5,9	5,3
* Auf Ausführungen zum Fall wird aufgrund der Re-Identifizierungsmöglichkeit verzichtet						
** Anteil bezieht sich auf die jeweilige Summe der bundesweit häufigsten Maßnahmen, zu denen der Implementationsstudie Daten vorliegen (vgl. Tabelle A29 im Anhang)						
Quelle: Integrierte Auswertung von Daten aus Befragungen der Reha-Teamleitungen, Reha-Beratungen und des IAB (RehaPro)						

Tabelle 13 Agenturtypen 1 – Anerkennungs- und Maßnahmestruktur

Typenbildung 2: Fokus auf die Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nur für einen sehr kleinen Teil der Agenturbezirke lässt sich davon ausgehen, dass die Struktur ihrer Teilnehmenden vergleichbar ist, wenn man gleichzeitig

- den Anteil der Wiedereingliederungsfälle und
- den Anteil der SGB-II-Fälle an allen Fällen sowie
- die Anerkennungspraxis (eher nur Fälle mit Bedarf besonderer Leistungen anzuerkennen) berücksichtigt.

Die Tabelle 14 stellt hierzu eine Matrix von zwölf Agentur-Typen dar, die hinsichtlich der Anteile von SGB-II-Fällen und Wiedereingliederungs-Fällen vergleichbar sind – und beschreibt für jeden Typ wiederum die Varianz (und den Mittelwert) der Anerkennungspraxis.

¹⁶⁹ Weitere Unterschiede zwischen diesen Agenturtypen sind der Tabelle A31 im Anhang zu entnehmen.

Anteil der Wiedereingliederungsfälle		Anteil der Fälle aus Rechtskreis SGB II			
		unter 20 %	20 % bis unter 30 %	30 % bis unter 50 %	50 % plus
unter 25 %		Typ 1 _{Rehastr.}	Typ 2 _{Rehastr.}	Typ 3 _{Rehastr.}	Typ 4 _{Rehastr.}
	Agenturzahl	3	3	3	4
	davon mit Angaben zu Anerkennungspraxis	1	2	3	4
	Ø Anerk.-praxis	0,60	0,25	-0,27	0,42
	σ Anerk.-praxis		1,90	0,62	0,96
25 bis unter 35 %		Typ 5 _{Rehastr.}	Typ 6 _{Rehastr.}	Typ 7 _{Rehastr.}	Typ 8 _{Rehastr.}
	Agenturzahl	10	12	16	3
	davon mit Angaben zu Anerkennungspraxis	8	11	14	3
	Ø Anerk.-praxis	0,08	-0,41	0,35	0,85
	σ Anerk.-praxis	0,76	0,17	0,99	1,37
35 % plus		Typ 9 _{Rehastr.}	Typ 10 _{Rehastr.}	Typ 11 _{Rehastr.}	Typ 12 _{Rehastr.}
	Agenturzahl	5	8	6	3
	davon mit Angaben zu Anerkennungspraxis	3	8	5	2
	Ø Anerk.-praxis	0,85	0,68	-0,25	0,65
	σ Anerk.-praxis	1,37	0,91	0,23	0,15

Quelle: Integrierte Auswertung von Daten des IAB (RehaPro) und aus Befragungen von Reha-Beratungen

Tabelle 14 Agenturtypen hinsichtlich der Struktur der Rehabilitanden/-innen (Typenbildung 2)

Aus den insgesamt 76 Agenturbezirken, für die Daten zur Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Rechtskreis und Eingliederungsart vorliegen, konnten für 64 Agenturbezirke zugleich auch Daten zur Anerkennungspraxis erhoben werden. Unter den zwölf Typen von Agenturbezirken, die jeweils vergleichbare Anteil von SGB-II-Fällen und Wiedereingliederungs-Fällen besitzen, ist jedoch nur ein Typ (Typ 6_{Rehastr.}) der bei einer größeren Fallzahl (n = 11) eine relativ geringe Varianz der Anerkennungspraxis aufweist (σ = 0,17).¹⁷⁰ Exemplarisch soll vertiefend auf diesen Typ 6_{Rehastr.} eingegangen werden.

- Für acht der elf Agenturen dieses Typs liegen auch Daten zu finanziellen Mittel und zum Umgang mit Kostendruck vor; über eine Clusteranalyse hierzu lassen sich drei Subtypen bilden (einer davon nur mit einem Fall besetzt, der zweite Subtyp mit fünf und der dritte mit zwei Fällen)
- Bei annähernd vergleichbarer Ausstattung mit Mitteln pro Reha-Fall¹⁷¹ geben Agenturen des Subtyps 3 eine geringere Effizienzorientierung als Subtyp 2 an (Ø -0,4 gegenüber -0,1) und sie orientieren sich bei der Vergabe stärker an den Maßnah-

¹⁷⁰ Ergebnisse einer Cluster-Analyse nach Ward über diese drei Variablen sind der Tabelle A32 im Anhang zu entnehmen.

¹⁷¹ Subtyp 2 49532,70; Subtyp 3 54.151,53 Euro/Fall (Der erste Subtyp stellt hier einen Ausreißer mit dar)

men, von denen sie die größte Förderwirkung erwarten, ohne auf die Kosten zu achten (\emptyset 0,5 gegenüber \emptyset -0,2). Gleichzeitig haben Agenturen des Subtyps 3 einen höheren Anteil an preisverhandelten Reha-Maßnahmen (53,0 % gegenüber 44,4 %) bzw. einen geringeren Anteil an allgemeinen und Benachteiligungsmaßnahmen (23,9 % gegenüber 29,4 %) und stoßen (vermutlich in Folge dessen) häufiger an ihre finanziellen Grenzen, bzw. sie geben häufiger an, dass es kostenbedingte Einschränkungen bei der Auswahl von Maßnahmen gegeben hatte (\emptyset 0,1 gegenüber \emptyset -0,5).

Diese exemplarische Vertiefung zum Typ 6_{Rehastr} zeigt, dass sich für einen Teil der Agenturbezirke Untergruppen bilden lassen, in denen eine gleiche oder vergleichbare Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht auszuschließen ist. Innerhalb dieser geben die Daten einen Hinweis darauf, dass die Struktur der Maßnahmen möglicherweise auch von Prämissen, Strategien und Orientierungen abhängt; die Fallzahlen sind jedoch schnell zu klein, als dass die einzelnen bi- oder multivariaten Zusammenhänge statistisch signifikant wären.

13 Zur Frage möglicher Wirkungsanalysen

Kontrollgruppen

Zu den Aufgaben der Implementationsstudie 1 gehörte, die Basisstudie bei der Beantwortung der Fragen zu unterstützen, ob Kontroll- oder Vergleichsgruppen für die Wirkungsanalysen konstruiert werden können und ggf. welche methodischen Alternativen für die Wirkungsanalysen bestehen. Hinsichtlich potenzieller Kontrollgruppen war somit zu untersuchen, ob (a) es Hinweise auf Personengruppen gibt, die sich von den Geförderten in keinem Merkmal unterscheiden, das Einfluss auf den Erfolg hat, ohne mit erhoben und kontrolliert zu werden, (b) die Vielfalt der unterschiedlich kombinierten Maßnahmen inhaltlich inadäquat abgebildet wird und (c) die Erreichung heterogener Ziele hinreichend komplex operationalisiert wird.¹⁷²

Die Ergebnisse der Implementationsstudie 1 bestätigen die Ausgangshypothese, dass der Zugang zu LTA und die Auswahl konkreter LTA nicht in allen Agenturen und Grundsicherungsstellen einheitlich geregelt werden. Grundsätzlich existieren somit potenzielle Kontrollgruppen, einerseits unter den Arbeit suchenden Nicht-Rehabilitandinnen und Nicht-Rehabilitanden aus den Rechtskreisen SGB III und SGB II, andererseits auch innerhalb der Gruppe anerkannter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (da nicht alle von ihnen Maßnahmen erhalten, nicht alle die gleichen Maßnahmen und nicht alle mit gleichem zeitlichen Vorlauf). Die Implementationsstudie 1 hat jedoch keine Hinweise darauf gefunden, dass sich potenzielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unter den Nicht-Rehabilitandinnen und Nicht-Rehabilitanden ohne größeren Aufwand (mit dem z. B. Befragungen von Arbeit Suchenden zu Behinderungen verbunden wären) identifizieren lassen. Die Basisstudie hat darüber hinaus herausgearbeitet, dass auch innerhalb der Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Matchingansätze dadurch erschwert sind, dass die medizinischen Daten aus Datenschutzgründen nicht in Gänze für Auswertungen zur Verfügung stehen.¹⁷³ Ein ergänzendes Ergebnis der Implementationsstudie 1 ist, dass selbst dann, wenn es möglich wäre, die medizinischen zusammen mit den Förderdaten auszuwerten, oftmals nicht auf hoch differenzierte standardisierte Informationen nach der ICF- oder ICD-Codierung zurückgegriffen werden könnte, da ein Teil der Ärztlichen Dienste diese in der Praxis nicht nutzt.

Im Untersuchungsverlauf wurde sich aus diesem Grund stärker auf Instrumentenvariablen als Ausgangspunkt für mögliche Wirkungsanalysen konzentriert.

Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Neben der Dauer der Rehabilitationsprozesse bzw. der erweiterten Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit sind die Integrationsquoten für die Auswahl von LTA durch die Reha-Beratungen ein wesentliches Ziel. Dennoch erscheint es als nicht hinreichend, die sozial-

¹⁷² Vgl. Jaenichen (2002)

¹⁷³ Vgl. IAB (2011)

versicherungspflichtige Beschäftigung sechs Monate nach Abschluss von Maßnahmen zum (alleinigen) Zielindikator zukünftiger Wirkungsanalysen zu machen.

- § 97 Absatz 1 SGB III definiert die Förderung der beruflichen Eingliederung von Behinderten im Kontext einer Förderung von Beschäftigungsfähigkeit „[...] um ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen [...]“ Beschäftigungsfähigkeit und Integrationsquoten stehen zwar je nach Lage des Arbeitsmarktes miteinander in Zusammenhang, doch würde eine Wirkungsanalyse, welche die Zielindikatoren unterkomplex operationalisiert das Risiko für Fehlinterpretationen vergrößern. Insbesondere in der Erstingliederung gibt auch ein Teil der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater an, Beschäftigungsfähigkeit als ein Ziel der Förderung zu sehen, wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind.
- Die Validität des Indikators „sozialversicherungspflichtige Beschäftigung sechs Monate nach Abschluss von Maßnahmen“ innerhalb von Reha-Prozessen kann darunter leiden, dass Reha-Verfahren bei Antizipation eines fehlenden Eingliederungserfolgs vorzeitig beendet werden.¹⁷⁴
- Die Nachhaltigkeit von Integrationen sollte über einen längeren Zeitraum als sechs Monate analysiert werden. Die Betrachtung längerer Zeiträume erscheint insbesondere bei den Behinderungsarten relevant, in denen möglicherweise nicht-leidensgerechte Arbeiten (nur) für kurze Dauer durchgeführt werden können. Kleebeffekte über die sechs Monate hinaus würden bei anhaltenden Belastungen vermutlich geringer ausfallen als unter Nicht-Behinderten.

Darüber hinaus bleibt es eine zu treffende Entscheidung, inwieweit die LTA ausschließlich aus der Perspektive der Arbeitsmarktintegration und nicht zusätzlich auch unter einer sozialpolitischen Perspektive evaluiert werden sollte. Diese Frage war nicht Gegenstand der Implementationsstudie 1.

Heterogenität der Teilnehmenden

Dass die nach dem SGB III behinderten Menschen insgesamt – aus der Perspektive ihrer Eingliederungschancen betrachtet – eine heterogene Gruppe bilden, ist selbstverständlich. Dies betrifft nicht nur die jeweiligen Behinderungsarten, sondern auch Unterschiede nach Geschlecht (und familialer Einbindung), Alter, Migrationshintergründen, beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen. Die Frage ist, ob die (heterogenen) Merkmale regional unterschiedlich verteilt sind. Diese Frage umfasst zwei Teilfragen: Erstens, ob regionale Unterschiede in Bezug auf die Bevölkerungsstruktur (speziell hinsichtlich der Behinderungen) gegeben sind, und zweitens, welche Selektionsprozesse darüber hinaus die Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden regional beeinflussen.

¹⁷⁴ Probebeschäftigungen sind ebenfalls eine Möglichkeit, Einfluss auf die Kennzahl der Integrationsquote zu nehmen, werden jedoch im Vergleich zu anderen Maßnahmen nur selten genutzt, vgl. IAB (2011)

- Das Verhältnis von anerkannten Reha-Fällen der Ersteingliederung zur Zahl der 15- bis unter 25-Jährigen variiert je nach Agenturbezirk in der Spannweite von 0,53 % (München) bis 1,17 % (Neubrandenburg), das Verhältnis von anerkannten Wiedereingliederungsfällen zu allen zivilen Erwerbspersonen liegt zwischen 0,13 % (Lörrach) und 0,73 % (Gelsenkirchen).¹⁷⁵ Es konnte im Rahmen der Implementationsstudie jedoch nicht abgeschätzt werden, zu welchem Anteil diese hohe Varianz auch auf eine unterschiedliche regionale Verteilung von Behinderungen zurück zu führen ist. Für eine Reihe von Agenturen ergab die Befragung einen Einfluss der Bevölkerungsmobilität auf die Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden,¹⁷⁶ aufgrund der Größenordnung der Bevölkerungsmobilität ist jedoch nicht davon auszugehen, dass diese Varianz überwiegend hierauf zurückgeht.¹⁷⁷ Zu beachten ist, dass der Behinderungsbegriff des § 19 Absatz 1 SGB III relational zum Arbeitsmarkt definiert ist, d. h. bei gleichen medizinischen Beeinträchtigungen können zwei Personen je nach Arbeitsmarktbezirk einmal als behindert und einmal als nichtbehindert gelten.
- Ergebnis der Implementationsstudie 1 ist, dass die Anerkennungspraxis der Reha-Beratungen erheblich variiert. Ein erster Einflussfaktor ist hierbei, ob der individuelle Bedarf an besonderen Leistungen zu den Anerkennungskriterien zählt (für allgemeine Leistungen wird die Anerkennung eines Reha-Bedarfs teilweise nicht für notwendig gehalten), ein zweiter Faktor ist, ob Personen mit nur geringen Eingliederungschancen die gleiche Chance auf eine Anerkennung besitzen oder ob die Reha-Anerkennung mit einem Creaming einhergeht. Da beide Kriterien nicht binär sind, sondern eine Abstufung erlauben, teilen sie die Agenturbezirke nicht nur in vier Gruppen, sondern generieren ein zweidimensionales Feld unterschiedlicher Anerkennungspraktiken.

Passfähigkeit von Maßnahmen

Für einen Teil der LTA besitzen Reha-Beratungen ein explizites oder implizites Ranking, das bestimmt, welche Maßnahmen bevorzugt auszuwählen sind, wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Anforderungen erfüllen. In dieses Ranking gehen sowohl finanzielle Überlegungen ein als auch Erfahrungen (oder Analysen über TrEffeR) zu den Übergangs- bzw. Eingliederungsquoten. Der Bezug auf die Fähigkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die jeweiligen Anforderungen der Maßnahmen zu erfüllen, ist dabei nicht trivial – er impliziert, dass es keine (oder wenig) „an sich“ bessere oder schlechtere Maßnahmen gibt, sondern immer nur in Bezug auf eine Untergruppe der heterogenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Übergangsquoten einer allgemeinen BaE mögen höher sein als die einer Reha-spezifischen, die einer betrieblichen Einzelmaßnahme mit Abschluss in einem anerkanntem Ausbildungsberuf höher als bei einem

¹⁷⁵ Eigene Berechnungen aus Eintrittszahlen (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2010, Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit) und Bevölkerungszahlen (Bezugsgrößen zur Berechnung der Arbeitslosenquoten Dezember 2009)

¹⁷⁶ Einerseits durch spezialisierte Institutionen, die den Zuzug von Menschen mit Behinderungen begünstigen, andererseits durch den überproportionalen Fortzug von Menschen ohne Behinderung.

¹⁷⁷ Da die Schulstrukturen je nach Bundesland unterscheiden, kann der Anteil von Förderschülerinnen und Schülern kein Indikator für die Verteilung von Behinderungsmerkmalen in der Bevölkerung sein.

Träger. Die relevante Frage für zukünftige Wirkungsanalysen sollte jedoch eher sein, für welche Untergruppen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden welche LTA die größten Förderwirkungen besitzt (ggf. in Relation zu den eingesetzten Mitteln). Dies ist die Frage der Passfähigkeit von Maßnahmen.

Nach Einschätzung der Reha-Beratungen wählen sie bis auf wenige Ausnahmen die Maßnahmen mit den größten Förderwirkungen aus. Auffällig war an der Analyse der in diesen Ausnahmen gewählten „zweitbesten“ Maßnahmen, dass Abweichung vom optimalen Matching „Maßnahme-Rehabilitand/-in“ in verschiedene Richtungen stattfinden.¹⁷⁸ Es gibt Grund zur Annahme, dass unterschiedliche Reha-Beratungen bei einem gleichen Fall zu unterschiedlichen Einschätzungen über die Maßnahmen mit den größten Förderwirkungen kommen, da der Entscheidungsprozess nicht vollständig durch trennscharfe Kriterien determiniert ist. Inwieweit Schulungen, berufliche Erfahrungen oder eine reibungslose Kommunikation mit Ärztlichen Fachdiensten oder Dritten die Treffsicherheit der Einschätzungen von Reha-Beratungen erhöhen, konnte die Implementationsstudie 1 nicht klären. Ein nur geringes Angebot vor Ort wird sich jedoch darauf auswirken, dass ein Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht oder nicht in der gleichen Geschwindigkeit in der Maßnahme mit den für sie oder ihn größten Förderwirkungen einmündet. Ebenfalls wird die Möglichkeit, die passfähigste Maßnahme auszuwählen, zeitlich schwanken, bzw. sinken, wenn die gewünschten Gruppenmaßnahmen „voll“ sind und auf alternative Maßnahmen zurückgegriffen werden muss. Ob diese Effekte für Wirkungsanalysen nutzbar gemacht werden können, ist unklar, denn in RehaPro sind keine Informationen über die Zahl freier Plätze in Gruppenmaßnahmen enthalten, sie müssten aus der Analyse von Ein- und Austritten indirekt erschlossen bzw. abgeschätzt werden.

Instrumentenvariablenansatz

Auf der Suche nach möglichen Instrumentenvariablen wurde untersucht, inwieweit sich die Varianz in Maßnahmeneintritte, die Dauer bis zum Eintritt oder die Anerkennungen als Rehabilitandin oder Rehabilitand über exogene Variablen erklären lassen. Ein Teil der Aussagen von Befragten ließe sich – wenn man sie aus dem Kontext löst – so lesen, als sei diese Varianz vollständig durch die konkreten Merkmale der jeweiligen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Arbeitsmarktsituation bestimmt. Die qualitativen Vertiefungen lassen dies jedoch wenig plausibel erscheinen.¹⁷⁹ Als potenzielle Instrumentenvariablen wurden der finanzielle Rahmen der Agenturen, lokale Rahmenbedingungen (z. B. Trägerstrukturen und Kooperationsbeziehungen) sowie Strategien und Entscheidungs-

¹⁷⁸ Eine Reha-Beratung gab an, eigentlich eine Reha-Ausbildung in bes. Einrichtungen gewünscht zu haben, die zweitbeste Maßnahme, auf die die Wahl letztlich fiel, war eine Reha-Ausbildung-Vergabe. Bei einer anderen Reha-Beratung war es genau umgekehrt, sie wünschte eigentlich eine Vergabe-Maßnahme (Weiterbildung mit Abschluss), konnte dann aber nur eine in einer besonderen Einrichtung für den Rehabilitanden realisieren (vgl. Abschnitt 7.3).

¹⁷⁹ So geben viele Reha-Beratungen an, dass sie die Maßnahmenauswahl immer vom individuellen Fall abhängig machen, aber ein großer Teil von ihnen kann die Auswahlkriterien nicht konkretisieren, was dafür spricht, dass nicht in allen Fällen klare Kriterien bestehen – und damit Raum für andere Einflussfaktoren gegeben ist.

prämissen (z. B. Egalitäts- oder Effizienzorientierungen im Umgang mit Kostendruck) näher untersucht.

Die Ergebnisse sind nicht eindeutig. Einerseits zeigen diese potenziellen Instrumentenvariablen eine ausgeprägte Varianz im Vergleich der Agenturbezirke, andererseits sind ihre Zusammenhänge z. B. zur jeweils gewählten Maßnahmenstruktur nicht deutlich. Je nachdem, welche Aspekte der Maßnahmenstruktur analysiert wurden (z. B. die Häufigkeit einzelner Maßnahmen oder die bestimmter Maßnahmengruppen wie allgemeine Leistungen) zeigen sich einmal schwache statistische Zusammenhänge und mal keine (signifikanten). Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der Zusammenhänge sich auf Dritt-einflüsse oder Scheinzusammenhänge zurückführen lässt bzw. dass die jeweiligen Variablen nicht exogen sind. So ist z. B. plausibel, dass sich bestimmte Vorlieben von Reha-Beratungen für eher betriebliche Maßnahmen oder eher für „Schonräume“ bei Bildungsträgern oder WfbM auf die Auswahl von Maßnahmen auswirken, ebenso aber auch, dass die Erfahrungen der Reha-Beratungen, welche Maßnahmen bei ihnen am Standort in der Vergangenheit besonders wirksam waren, ihre Vorlieben mitbestimmen. In diesem Zusammenhang ist relevant, dass die Reha-Beratungen keine Erfahrungen über die Nachhaltigkeit von Integrationen erwerben, weil sie die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sechs Monate nach Beendigung von Maßnahmen i. d. R. aus dem Blick verlieren.

Verfügbare finanzielle Mittel

Ein vielversprechender Kandidat für eine Instrumentenvariable scheint die für die Rehabilitation zur Verfügung stehende Mittelausstattung zu sein – gleichwohl besteht hier noch Bedarf an weitergehenden Untersuchungen. Die Hypothese begründet sich einerseits darin, dass zumindest in einem Teil der Agenturen die finanziellen Mittel (bzw. die in Hinblick auf seine Kosten vorab geplante Maßnahmenstruktur) die Auswahl von Maßnahmen beeinflussen, z. B. indem teurere Maßnahmen nicht in allen sinnvollen Fällen gewählt/nicht immer eingekauft wurden, dass Eintritte in Maßnahmen aus Kostengründen verzögert wurden, oder dass Druck besteht in allen Einzelfällen noch kritischer abzuwägen, ob nicht auch eine preiswertere Maßnahme annähernd gleiche oder nur vertretbar geringfügigere Förderwirkungen verspricht. Andererseits scheint es eine große Varianz der verfügbaren Mittel pro Rehabilitandinnen/ pro Rehabilitand zu geben, die sich nicht vollständig aus der Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erklärt. Hierauf bezieht sich jedoch der weitere Untersuchungsbedarf. Die Abschätzung der Finanzierungsseite bzw. der finanziellen Mittel pro Kopf stand nicht im Zentrum der Implementationsstudie 1, konnte nur rudimentär erfolgen und ist entsprechend mit großen Unsicherheiten verbunden.¹⁸⁰

¹⁸⁰ Dies betrifft sowohl die Einnahmenseite, da die Finanzierung seitens SGB II nicht abgebildet werden konnte, als auch die Ausgabenseite, da die Struktur der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sich von Agenturbezirk zu Agenturbezirk stark unterscheidet.

Zeitlicher Verlauf der Reha-Verläufe

Die verschiedenen Phasen zwischen der Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bis zum Eintritt in Maßnahmen dauern in den Agenturen unterschiedlich lang und bieten möglicherweise Ansatzpunkte für Wirkungsanalysen, weil die Gründe für die Dauer bis zum Eintritt zum Teil auch Strategien geschuldet sein können, Kosten auf spätere Zeitpunkte zu verschieben. Hierbei ist jedoch einschränkend zu berücksichtigen, dass solche exogenen Verzögerungen von Maßnahmeeintritten wohl eher selten sind, denn die Reha-Beratungen stehen nicht nur unter Druck, auf die verfügbaren Mittel zu achten, sondern auch, Reha-Prozesse schnell zum (erfolgreichen) Abschluss zu bringen. Sie lassen sich im Einzelfall auch nicht in den verfügbaren Daten bzw. in RehaPro identifizieren und Agenturunterschiede in der durchschnittlichen Dauer dokumentierter Phasen gehen zum Teil eher auf die unterschiedlichen Dokumentationsstrategien zurück.¹⁸¹

Es gibt ggf. jedoch auch weitere Ansatzpunkte für Wirkungsanalysen, die sich auf die zeitliche Gliederung von Reha-Prozessen beziehen:

- Lassen sich die Maßnahmen mit den auf den individuellen Fall bezogen voraussichtlich größten Förderwirkungen nicht mittelfristig realisieren, gaben Agenturen unterschiedliche Lösungsstrategien an. Ein Teil der jeweiligen Reha-Beratungen neigt dazu, weiter zu warten, ein anderer Teil zieht es in solchen Fällen vor, alternative Maßnahmen zu wählen. In vielen Agenturbezirken kommen solche Fälle nicht vor, wodurch sie eine Referenzgröße bilden. Unklar ist jedoch, ob solche Fälle hinreichend häufig sind, um Wirkungsanalysen darauf zu basieren.
- Darüber hinaus konnte die Zusatzinformation generiert werden, dass nach Einschätzung der Reha-Beratungen in einem (kleinen) Teil der Agenturen diejenigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die nach einem Jahr noch keine Maßnahme begannen, nicht systematisch bessere oder schlechtere Integrationschancen als andere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufweisen.

Marginale Merkmalsvariationen

Da die Auswahl von Maßnahmen durch die Reha-Beratungen nach einem mehrdimensionalen Ansatz und eher weichen Entscheidungskriterien (wie z. B. „Befähigung“ oder „Bedarf“) erfolgt, führen innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der BA sehr kleine Merkmalsänderungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht dazu, die Eintrittswahrscheinlichkeit in (bestimmte) Maßnahmen sehr groß zu verändern.

An der Grenze der Zuständigkeit der BA für die Rehabilitation sieht dieser Sachverhalt anders aus. Die Erwartung, dass mit dem Wechsel der Trägerschaft die Wahrscheinlichkeit von (adäquaten) Fördermaßnahmen wesentlich sinkt, geht so weit, dass einige Reha-

¹⁸¹ z. B. werden in einem Teil der Agenturen Reha-Anträge erst ausgegeben, wenn die inhaltliche Abklärung des Bedarfs, teils auch der zu wählenden Maßnahmen weitgehend oder vollständig abgeschlossen ist. Die faktische Dauer zwischen der Identifikation eines Reha-Bedarfs und dem Eintritt in Maßnahmen ist damit nicht immer dokumentiert.

Beratungen im Zweifelsfall darauf verzichten, die Trägerschaft klären zu lassen. Die Grenzen der jeweiligen Zuständigkeit sind dabei anhand von klaren Kriterien definiert, wie z. B. der Zahl der Jahre mit einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Hier erscheint es für zukünftige Wirkungsanalysen vielversprechend, die Daten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Zuständigkeitsbereich anderer Träger, speziell der Rentenversicherung, zu erschließen und integriert mit den Daten der BA die unterschiedlichen Integrationsverläufe von Personen marginal innerhalb und marginal außerhalb der Zuständigkeitsgrenzen zu analysieren.

Hypothesen für zukünftige Wirkungsanalysen

Mit der Implementationsstudie 1 wurde eine Vielzahl von Sachverhalten qualitativ herausgearbeitet und in diesem Bericht dokumentiert, die im Falle einer zukünftigen Gesamtevaluation von LTA als Hypothesen in das Kausalmodell der Wirkungsanalysen einfließen und empirisch überprüft werden sollten. Diese Hypothesen sind drei unterschiedlichen Bereichen des Kausalmodells zuzuordnen und sollen an dieser Stelle noch einmal rekapituliert werden.

1) Bereich der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Die Einschätzungen der Befragten bestätigen den großen Einfluss individueller Merkmale von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf den Verlauf und Erfolg von Reha-Prozessen, allerdings war das zum Teil vorgegebene Design der Implementationsstudie 1 nicht darauf ausgerichtet, den Einfluss konkreter individueller Merkmale (z. B. Behinderungsarten, Kompetenzen/Erfahrungen, Migrationshintergründe, familiäre Einbindung, Geschlecht) aus der biografischen oder Kundinnen- und Kundenperspektive vertiefend zu analysieren. Die Ergebnisse der Implementationsstudie zeigen jedoch noch einmal, wie wichtig es ist, die **Heterogenität** der Zielgruppe (bzw. der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) im Blick zu behalten, da nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass sich ihre Verteilungen zwischen den Agenturbezirken gleichen. In der Ersteingliederung sind neben den Merkmalen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden überdies die **Familien** bzw. Peergroups von Einfluss auf den Prozess, da sie zum Teil den Zugang zu LTA mitbestimmen (indem sie die Initiative ergreifen oder sich gegen eine Anerkennung aussprechen) und sich für oder gegen bestimmte Maßnahmen einsetzen können und damit die Entscheidungen der Reha-Beratungen beeinflussen. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die Motivation zur Teilnahme zwar ein wichtiger Einflussfaktor auf den Integrationserfolg ist, dass sie jedoch üblicherweise für die ausgewählten LTA in hinreichendem Umfang vorhanden ist. Motivationsengpässe wirken sich je nach Agentur eher im Vorfeld auf den Zugang zu LTA aus, während sich über die Steigerung von Motivation ggf. höhere und anspruchsvollere berufliche Ziele verwirklichen lassen.

2) Bereich der Maßnahmen und ihrer Wirksamkeit: Auch die Zahl und Vielfalt der unterschiedlichen LTA war zu groß, um ihre jeweiligen Erfolgsfaktoren und deren Kontextbedingungen im Rahmen der Implementationsstudie 1 detailliert herauszuarbeiten. Für die

Wirkungsanalysen sicherlich eine wichtige Hypothese ist die Einschätzung vieler Reha-Beratungsfachkräfte, dass sich durch eine stärkere Ausrichtung auf betriebliche oder betriebsnahe Angebote sowohl Kosten einsparen als auch größere Eingliederungserfolge verzeichnen ließen. Zu prüfen wäre u. a., inwieweit sich hier über die Jahre Verschiebungen in der Maßnahmestruktur zeigen. Hiervon abgesehen lautet die Hypothese eher, dass die Vielfalt unterschiedlicher Maßnahmen ihre Berechtigung in der Heterogenität der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden findet und Evaluationen die Frage der Passgenauigkeit von Angeboten (siehe oben) gleichberechtigt mitbehandeln müssen. Empfohlen wird diesbezüglich, die Komplexität der LTA nicht allein durch eine Einteilung nach Förderkategorien (allgemeine Maßnahmen, besondere und in speziellen Einrichtungen) oder Maßnahmentearten (z. B. Weiterbildung oder MAG) zu reduzieren, sondern parallel mehrere Unterscheidungsdimensionen im Blick zu behalten, z. B.¹⁸²

- Betriebsnahe vs. Trägermaßnahmen. Während für einen Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die betriebliche Nähe positive Wirkungen haben kann, z. B. Klebeeffekte oder eine vom Ernstcharakter ausgehende Motivationssteigerung, wird ein anderer Teil nicht nur die spezifischen Förderangebote spezieller Einrichtungen benötigen, sondern ggf. für eine bestimmte Dauer oder Phase auch den „geschützten Raum“ eines Trägers für die persönliche Stabilisierung und Kompetenzentwicklung.
- Berufliche Neuorientierung vs. Anpassung. Während es für einen Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einen wirtschaftlichen Umgang mit individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen bedeutet, die Maßnahmen an die erworbenen beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen anzuschließen und damit auch das Risiko zu verringern, nach einer beruflichen Neuorientierung den (Arbeits-) Markteintrittshürden von Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern gegenüber zu stehen, wird bei bestimmten Konstellationen von ehemaligem Beruf und Behinderung nur die berufliche Neuorientierung bzw. Umschulung Perspektiven auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz bieten können.
- Standardisierte vs. individuell flexible Maßnahmen. Während manche Maßnahmen durch ihre Standardisierung (z. B. Teilqualifikationen in der Weiterbildung) für Dritte eine hohe Signalwirkung über das Qualifizierungsergebnis produzieren, kann die Gestaltung anderer Maßnahmen inhaltlich stark auf den individuellen Fall angepasst werden (z. B. die bvB nach dem neuen Förderkonzept), wodurch diese für jene Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Vorteile bieten, deren Potenziale und Unterstützungsbedarfe sich im Prozess entwickeln und nicht bereits vollständig im Profiling geklärt werden können.

Das optimale Matching zwischen heterogenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und den nach diesen unterschiedlichen Dimensionen zu differenzierenden LTA hängt – so die Hypothese insbesondere von drei Faktoren ab:

¹⁸² Weitere Unterscheidungsdimensionen könnten sein: Qualifizierung (vor der Beschäftigung) vs. Beschäftigung schaffende Zuschüsse oder kurze vs. lange Maßnahmen.

- Dem Wissen der Reha-Beratungsfachkräfte, welches wiederum von ihrer Kooperation mit den ärztlichen Diensten oder ihrer beruflichen Erfahrung abhängt, hinsichtlich der Nachhaltigkeit von Eingliederungen jedoch nur eingeschränkt auf Erfahrungen wachsen kann.
- Den regionalen Merkmalen. In Agenturbezirken mit wenig Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (sowohl absolut wie auch relativ zur Siedlungsdichte) ist es schwieriger, ein breites Angebot von Trägermaßnahmen von den Kundinnen und Kunden akzeptierter Entfernung aufrecht zu erhalten. Nicht alle Maßnahmenarten sind hiervon in gleicher Weise betroffen.
- Den für Rehabilitation verfügbaren Mitteln (sowohl seitens der Grundsicherungsstelle als auch seitens der Agentur).

3) Bereich der Zielgruppenerreichung: Hinsichtlich der Zielgruppenerreichung hat die Implementationsstudie 1 eine deutliche Varianz der Agenturen herausgearbeitet. Die vollständige und schnelle Identifikation potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist auch eine Frage z. B. der Schulungen und Checklisten für Vermittlungsfachkräfte. Diese ist jedoch wiederum abhängig von dem Stellenwert, welcher der Rehabilitation in der Agentur oder Grundsicherungsstelle beigemessen wird. Mit der Identifikation eng verbunden ist die Frage nach den Anerkennungen von Reha-Bedarfen. Zu den wesentlichen Fragen einer möglichen Gesamtevaluation zählt damit immer auch die geschäftspolitische Entscheidung, welchem Teil der behinderten Kundinnen und Kunden sich die Agentur bzw. die Grundsicherungsstelle zuwenden *möchte*, und welchen Teil von ihnen sie in welchem Umfang mit LTA zu fördern *beabsichtigt*.

14 Anlagen

14.1 Ausführungen zu Methoden

Überblick

Umgesetzt wurde die Implementationsstudie 1 sowohl mittels regionaler Fallstudien in 15 Agenturbezirken auf der Basis von leitfadengestützten Interviews als auch über eine breiter angelegte halbstandardisierte E-Mail-Befragung unterschiedlicher Akteure in Agenturen und Grundsicherungsstellen. Die Querauswertung der ersten zehn Fallstudien bildete dabei die qualitative Basis für die inhaltliche Feinkonzeption der E-Mail-Befragung, während diese wiederum die Verteilungen unterschiedlicher Merkmalsausprägungen über eine größere Zahl von Agenturbezirken erhob und dabei sowohl einen Überblick über die institutionellen Strukturen und Prozesse als auch über die Varianz in den Entscheidungen im Ablauf des Reha-Prozesses generierte, um daraus Schlussfolgerungen zur Realisierbarkeit von Wirkungsanalysen ableiten zu können.

Auswahl von Fallstudien

Ziel der Stichprobenbildung war die Einbindung einer möglichst großen Vielfalt, nicht die repräsentative Abbildung der Grundgesamtheit. Das Set der Fallstudien sollte die Bandbreite unterschiedlicher institutioneller und wirtschaftlicher Ausgangsbedingungen abbilden, vor allem aber die vielfältigen Unterschiede im Ablauf von Reha-Prozessen erfassen. Hierfür wurden seitens des BA-Service-Haus-Statistik-Datenzentrum Reha-spezifische Daten für einzelne Agenturbezirke zugeliefert, über die in Kombination mit regionalen Bezugsgrößen (Daten zur Erwerbsbevölkerung) Kennzahlen für die Fallstudienauswahl gebildet wurden.¹⁸³

In der Stichprobenauswahl der Fallstudien sollte gleichzeitig eine Vielzahl von Variablen berücksichtigt werden. Bei 15 Fallstudien implizierte dies, dass nicht für alle denkbaren Merkmalskombinationen dieser Variablen je eine Fallstudie gezogen werden konnte, sondern, dass das Set der Fallstudien insgesamt die gewünschte Verteilung aufwies. Für ausgewählte Merkmale wurde im Set jeweils eine Mindestanzahl Fallstudien festgelegt (vgl. Tabelle A1). Die gezogene Stichprobe erfüllte diese Kriterien.

¹⁸³ Auch aus der Basisstudie wurden agenturbezirksspezifische Kennzahlen generiert, die zusammen mit den Daten der E-Mail-Befragung ausgewertet wurden. Diese Daten des IAB standen jedoch der Implementationsstudie erst nach der Auswahl der Fallstudien zur Verfügung.

Merkmal ¹⁸⁴	Schichtungskriterium
Verhältnis von Wiedereingliederungs-Reha-Fällen zur Gesamtgröße der Erwerbsbevölkerung	Mindestens zwei Fallstudien aus Regionen mit deutlich unterdurchschnittlich und mindestens zwei mit deutlich überdurchschnittlich großem Verhältnis
Verhältnis von Ersteingliederungs-Reha-Fällen zur Bevölkerungszahl im Alter 15 bis U 25	Mindestens zwei Fallstudien aus Regionen mit deutlich unterdurchschnittlich und mindestens zwei mit deutlich überdurchschnittlich großem Verhältnis
Reintegrationsquote (berufliche Eingliederung nach LTA)	Mindestens zwei Fallstudien aus Regionen mit deutlich unterdurchschnittlich und mindestens zwei mit deutlich überdurchschnittlich großem Verhältnis
Arbeitsmarkttypen (Haupttypen)	Alle fünf Arbeitsmarkttypen (Haupttypen) mit mindestens einer Fallstudie
SGB-II-Typen (Haupttypen)	Jeder der drei SGB-II-Typen (Haupttypen) mit mindestens einer Fallstudie
Siedlungsstruktur	Mindestens zwei Fallstudien aus dem ländlichen Raum
Bundesländer	Mindestens drei Fallstudien aus neuen Bundesländern
Größe der Arbeitsagentur	Mindestens zwei Fallstudien in deutlich überdurchschnittlich großen und mindestens zwei aus deutlich unterdurchschnittlich kleinen Agenturbezirken
Grundsicherungsträger	Unter den Träger der Grundsicherung weisen gemeinsame Einrichtungen zu zugelassenen kommunalen Trägern ein Verhältnis von 7 zu 3 auf.

Tabelle A 1 Schichtung der Stichprobe

Mengengerüst der Fallstudien und Interviewmethoden

Insgesamt wurden im Rahmen der Implementationsstudie 15 regionale Fallstudien durchgeführt. In eine Fallstudie, deren Region durch den Agenturbezirk abgegrenzt war, wurden jeweils die Agentur für Arbeit und ein bis zwei zugehörige Grundsicherungsstellen einbezogen.¹⁸⁵ In den insgesamt 20 Grundsicherungsstellen zählten 14 gemeinsame Einrichtungen und sechs optierende Kommunen. In einer Fallstudie konnten keine Interviews mit Mitarbeitenden des ausgewählten Trägers der Grundsicherung durchgeführt werden, da die zuständige Geschäftsführung sich zu keiner Unterstützung der Studie bereit erklären konnte. Insgesamt wurden 161 Interviews mit rund 150 Stunden Gesamtumfang durchgeführt und bis auf zehn Ausnahmen¹⁸⁶ mitgeschnitten und transkribiert.

Bestimmte Professionen/Funktionsträger wurden (bis auf Ausnahmen) in allen Agenturen und Grundsicherungsstellen interviewt, um die Vergleichbarkeit zwischen den Fallstudien sicherzustellen, z. B. Reha-Beraterinnen und -Berater oder Leitungen der Reha-Teams. Durch die unterschiedlichen Organisationsstrukturen weichen die Funktionen dennoch

¹⁸⁴ Ursprünglich sollten qualitative Besonderheiten des Reha-Prozesses als weitere Kriterien für die Stichprobenbildung herangezogen werden, die über Daten aus der E-Mail-Befragung und der Basisstudie zu operationalisieren gewesen wären. Dies war aus zeitlichen Gründen nicht mehr möglich (Zulieferung von agenturspezifischen Kennzahlen seitens des IAB/der Basisstudie erst nach Ziehung der Fallstudien bzw. langer Genehmigungsprozess für die E-Mail-Befragung).

¹⁸⁵ Wenn im Agenturbezirk eine Optionskommune lag, wurden sowohl ein Jobcenter als gemeinsame Einrichtung als auch das Jobcenter der Optionskommune in die Fallstudie einbezogen.

¹⁸⁶ Ausnahmen konnten z. B. sein, wenn die Interviewten dies ablehnten oder wenn das Gespräch eher informellen Charakter hatte, um für nachfolgende Interviews eine Vertrauensbasis zu schaffen.

zum Teil voneinander ab (z. B. eine Differenzierung von Reha-Beraterinnen und -Berater speziell für Wiedereingliederung oder für Ersteingliederung, die es nicht in allen Agenturen gibt).

Die Interviews wurden leitfadengestützt als problemzentrierte Interviews nach Witzel durchgeführt.¹⁸⁷ Die Anonymität der Dokumentation wurde den Befragten zugesichert, so dass im Rahmen dieser Studie auch die Nennung der ausgewählten Agenturbezirke unterbleibt. Die ersten zehn Fallstudien wurden zwischen Dezember 2010 und Mai 2011 vorbereitet und durchgeführt. Die letzten fünf Fallstudien erfolgten zwischen September und Oktober 2011.

Verlauf der Fallstudien

Über die inhaltliche Vorbereitung einzelner Fallstudien hinaus (z. B. Sichtung von Sekundärdaten zur Region) war vor der Umsetzung der Interviews durchschnittlich ein Monat Vorlaufzeit für die technische Organisation nötig. Hierzu zählen die lokale Ankündigung, die Sicherung der Zustimmung zur Befragung durch institutionell Verantwortliche, die Recherche der geeignetsten Gesprächspartnerinnen und -partner, die Terminierung oder die Vorabinformation über zentrale Fragen und die ungefähre Dauer der Interviews. Die Ansprache erfolgte immer über die Geschäftsführungen der Agenturen, wobei bereits hier bis zu einer Woche vergehen konnte, da Kontaktdaten der Geschäftsführungen nicht öffentlich sind und die Forschungsanfragen nur indirekt bzw. über Dritte gestellt werden können, z. B. über die Pressestelle.

Wenn der Kontakt mit den Geschäftsführungen einmal hergestellt war, unterstützten diese die Studie deutlich. Hierzu zählt z. B., dass ihre Sekretariate bei der Koordination von Terminen behilflich waren, damit bis zu 15 Interviews in möglichst wenigen Tagen vor Ort durchgeführt werden konnten, oder indem sie sich um Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei den Grundsicherungsträgern kümmerten. In den Interviews wirkten alle Befragten offen und authentisch. In der Regel beschränkten sich die Interviews auf einen einmaligen Kontakt, in Ausnahmen wurden zu späteren Zeitpunkten ergänzende Fragen gestellt – z. B. wenn im Kontext neuer Interviews Sachverhalte auftauchten, die zum Zeitpunkt des ersten Interviews noch unbekannt waren. Bis auf wenige Ausnahmen konnten die Interviews als Einzelinterview durchgeführt werden, so dass auch eine wechselseitige Beeinflussung der Befragten in der Gruppensituation vermieden wurde.

Anlage und Stichprobenziehung der E-Mail-Befragung

Die E-Mail-Befragung wurde zwischen August und September 2011 (Feldphase) durchgeführt. Die Brutto-Stichprobe umfasste erstens 100 Agenturen für Arbeit. Diese wurde geschichtet nach den SGB-III-Typen, wobei die Größe jeder Schicht entsprechend ihrer Grö-

¹⁸⁷ D. h. die „Kommunikationsstrategien zielen zum einen auf die Darstellung der subjektiven Problemsicht. Zum anderen werden die angeregten Narrationen durch Dialoge ergänzt, die Resultat ideenreicher und leitfadengestützter Nachfragen sind.“ Witzel (2000).

ße innerhalb der Grundgesamtheit gewählt wurde und innerhalb der Schichten eine Zufallsziehung erfolgte. Für die Grundsicherungsstellen war mit den kommunalen Spitzenverbänden die Vereinbarung getroffen worden, dass alle 67¹⁸⁸ optierenden Kommunen und weitere 70 gemeinsame Einrichtungen befragt werden könnten. Um sicherzustellen, dass ein möglichst großer Anteil der befragten Grundsicherungsstellen in den zufällig ausgewählten Agenturbezirken lag, erfolgte die Auswahl der Grundsicherungsstellen wie folgt: Zunächst wurden alle Optionskommunen einbezogen. Dann wurde in den ausgewählten Agenturbezirken jeweils ein Jobcenter in Form einer gemeinsamen Einrichtung oder mit getrennter Aufgabenwahrnehmung gezogen, wenn nicht bereits eine Optionskommune befragt wurde. Die Einbeziehung von Grundsicherungsstellen in getrennter Aufgabenwahrnehmung war unvermeidlich, wenn im ausgewählten Agenturbezirk nur diese Form der Aufgabenwahrnehmung existierte.

Die 67 optierenden Kommunen, 68 gemeinsamen Einrichtungen und 2 Einrichtungen mit getrennter Aufgabenwahrnehmung der **Bruttostichprobe** verteilten sich wie folgt auf die 100 ausgewählten Agenturbezirke:

- 36 Grundsicherungsstellen, in denen die zugehörige Agentur nicht befragt wurde (nur optierende Kommunen),
- ein ausgewählter Agenturbezirk, in dem drei Grundsicherungsstellen gezogen wurden
- neun ausgewählte Agenturbezirke, in denen jeweils zwei Grundsicherungsstellen gezogen wurden und
- 89 ausgewählte Agenturbezirke, in denen jeweils eine Grundsicherungsstelle gezogen wurde
- In nur einem Agenturbezirk konnte keine Grundsicherungsstelle ausgewählt werden.¹⁸⁹

In den Grundsicherungsstellen wurden die Geschäftsführungen befragt. Innerhalb jeder Agentur wurden sowohl die Leitungen der Reha-Teams befragt als auch bis zu fünf Reha-Beraterinnen bzw. -Berater. Die Verteilung der E-Mail-Fragebögen erfolgte dabei über die Geschäftsführungen der Agenturen und Grundsicherungsstellen, wobei Begleitschreiben der BA, des BMAS und der kommunalen Spitzenverbände beigelegt wurden.

Die Fragebögen bildeten – wie auch die Interviewleitfäden – den gesamten Prozess von der Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bis hin zum Absolventenmanagement ab. Untersuchungszeitraum war Juli 2010 bis Juni 2011. Darüber hinaus machten die Reha-Beraterinnen und -Berater zu vier zufällig von ihnen ausgewählten, anonymisierten Fällen und den jeweils ausgewählten Maßnahmen Angaben.

¹⁸⁸ Durch Fusionen reduzierte sich die Zahl der ursprünglich 69 Optionskommunen auf 67.

¹⁸⁹ Da eine Reihe der optierenden Kommunen zugleich mit mehreren anderen optierenden Kommunen innerhalb eines Agenturbezirks liegen, war es über dieses Verfahren nicht möglich, mit 137 Grundsicherungsträgern in allen 100 Agenturbezirken mindestens einen Grundsicherungsträger zu wählen.

Rücklauf der E-Mail-Befragung

Die Befragung lieferte bis zum Abschluss der Auswertung einen Rücklauf aus 89 Grundsicherungsstellen¹⁹⁰ und 76 Agenturen, darin von 169 Reha-Beraterinnen und -Beratern und 66 Reha-Teamleitungen¹⁹¹. Obgleich eine Brutto-Stichprobe von 100 Agenturen für Arbeit gezogen wurde und aus 76 Agenturen ausgefüllte Fragebögen eingingen, liegt die Rücklaufquote der Agenturen bei 61 Prozent – Hintergrund ist, dass auch 15 zuvor nicht angeschriebene Agenturen antworteten. Als vermutliche Ursache hierfür erscheint die Struktur der BA-internen Weiterleitung von nichtpersonalisierten E-Mails.¹⁹² Im Ergebnis lassen sich die faktische Größe und Zusammensetzung der hieraus ungeplant resultierenden Brutto-Stichprobe nicht bestimmen. Es ist davon auszugehen, dass hiermit kein auf die Rehabilitation bezogener inhaltlicher Bias vorliegt, auch hinsichtlich der Regionaltypen resultierte hieraus keine Verzerrung der Stichprobe (vgl. weiter unten Tabelle A3). Die Rücklaufquote der Grundsicherungsstellen liegt mit 65,0 % noch darüber (vgl. Tabelle A4).

Ein Rücklauf aus 61 Prozent der angeschriebenen, bzw. von insgesamt 76 Agenturen ist angesichts der Freiwilligkeit und des Umfangs der Befragung¹⁹³ tendenziell positiv zu bewerten. Dieser Rücklauf ließ sich vermutlich nur erreichen,

- indem den Agenturen und Grundsicherungsstellen eine lange Bearbeitungszeit eingeräumt wurde,
- am Ende der Frist eine Erinnerung erfolgte und nachträglich eingehende Rückläufer ebenfalls berücksichtigt wurden,
- Begleitschreiben zentraler Akteure (BMAS, BA, kommunale Spitzenverbände) beigelegt wurden und
- seitens der Zentrale der BA über die Begleitschreiben hinaus auch einzelne Agenturvertreter angesprochen wurden.

Entsprechend verzögerte sich die Umsetzung der E-Mail-Befragung gegenüber der ursprünglichen Planung deutlich. Was den Rücklauf speziell der Reha-Beraterinnen und -Berater betrifft, ist zu konstatieren, dass sich oftmals nur ein oder zwei von ihnen je Agentur beteiligten, obgleich alle einen Fragebogen ausfüllen sollten, um die Varianz innerhalb einer Agentur untersuchen zu können (vgl. Tabelle A2)¹⁹⁴.

¹⁹⁰ Zwischen Anfang und Mitte November gingen zwei weitere Fragebögen von Grundsicherungsstellen ein, die nicht mehr ausgewertet werden konnten. Sie stehen aber für zukünftige Analysen mit zur Verfügung.

¹⁹¹ Angaben von Reha-Teamleitungen aus dem gleichen Agenturbezirk wurden für die Auswertungen aggregiert, so dass im vorliegenden Bericht eine Fallzahl von 63 dokumentiert wird.

¹⁹² Für die Versendung der E-Mails wurden die allgemeinen, nicht-personalisierten E-Mail-Adressen der einzelnen Agenturbezirke genutzt, die sich für jede Agentur „XYZ“ nach dem Muster XYZ@arbeitsagentur.de bildet. Die Recherche ergab, dass zumindest einige Agenturbezirke gemeinsame Service-Stellen nutzen und die dort eingehenden E-Mails nicht präzise an nur die Geschäftsführung weitergeleitet werden, die sich aus der genutzten E-Mail-Adresse ergibt.

¹⁹³ Mehrere Akteure je Agenturbezirk und notwendigerweise lange und inhaltlich komplexe Fragebögen

¹⁹⁴ Eine Ausnahme war, wenn mehr als fünf Reha-Beraterinnen und -Berater in der Agentur arbeiteten. In einigen Agenturen sind nur ein bis zwei Reha-Beraterinnen und -Berater aktiv, so dass ein Rücklauf in

Anzahl antwortender Reha-Beraterinnen und -Berater	Anzahl Agenturen	Prozent
0 *	12	14,7
1	23	30,7
2	10	13,3
3	9	12,0
4	13	17,3
5	7	9,3
6	2	2,7
Summe	76	100,0

* nur Agenturen, in denen sich zumindest die Leitung des Reha-Teams an der Befragung beteiligte

Tabelle A 2 Rücklauf von mehreren Reha-Beratungsfachkräften je Agentur

Rücklauf nach Art der Agenturbezirke	Grundgesamtheit		Brutto-Stich-probe*	Agenturen mit Rücklauf			
				RehaB (RB) oder Teamleitung (TL)		Mit TL	Mit RB
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Anzahl
Vergleichstyp I a	12	6,7	7	6	7,9	5	6
Vergleichstyp I b	20	11,2	11	9	11,8	5	6
Vergleichstyp II a	5	2,8	3	2	2,6	2	2
Vergleichstyp II b	10	5,6	6	7	9,2	6	7
Vergleichstyp II c	11	6,2	6	3	3,9	3	3
Vergleichstyp III a	31	17,4	17	9	11,8	8	7
Vergleichstyp III b	11	6,2	6	5	6,6	5	5
Vergleichstyp IV a	22	12,4	12	12	15,8	8	10
Vergleichstyp IV b	15	8,4	8	5	6,6	5	4
Vergleichstyp IV c	6	3,4	4	3	3,9	3	2
Vergleichstyp V a	13	7,3	7	3	3,9	3	2
Vergleichstyp V b	12	6,7	7	7	9,2	6	6
Vergleichstyp V c	10	5,6	6	5	6,6	4	4
Summe	178	100	100	76	100,0	63	64

* 15 Agenturen beteiligten sich, obwohl sie nicht ausgewählt/direkt angeschrieben wurden.

Tabelle A 3 Rücklauf nach Art der Agenturbezirke

geringer Zahl durchaus ein vollständiger Rücklauf sein kann. Die durchschnittliche Zahl der antwortenden Reha-Beraterinnen und -Berater liegt jedoch deutlich unter der der beschäftigten.

Rücklauf Grundsicherungsstellen	Brutto-Stichprobe	Rücklauf Absolut	Rücklauf in %	Anteil Netto-Stichprobe
Optierende Kommunen	67	41	61,2	46,1 %
Gemeinsame Einrichtungen	68	47	69,1	52,8 %
Getrennte Aufgabewahrnehmung	2	1	50,0	1,1 %
Summe	137	89	65,0	100,0 %

Tabelle A 4 Rücklauf der Grundsicherungsstellen

Struktur (halb-) standardisierter Daten der Implementationsstudie 1

Die Daten der drei unterschiedlichen E-Mail-Befragungen lassen sich über die regionale Zuordnung integriert auswerten, inkl. zugespielter Sekundärdaten. Die nachfolgende Abbildung 18 veranschaulicht die resultierende Datenstruktur. Hierzu ist anzumerken, dass die Implementationsstudie 1 parallel mit aggregierten Daten (z. B. durchschnittliche Angaben von Reha-Beraterinnen und -Beratern eines Agenturbezirks) und mit den Einzeldaten rechnete, um z. B. die Varianz zwischen Reha-Beraterinnen und -Beratern eines Agenturbezirks nicht zu ignorieren.

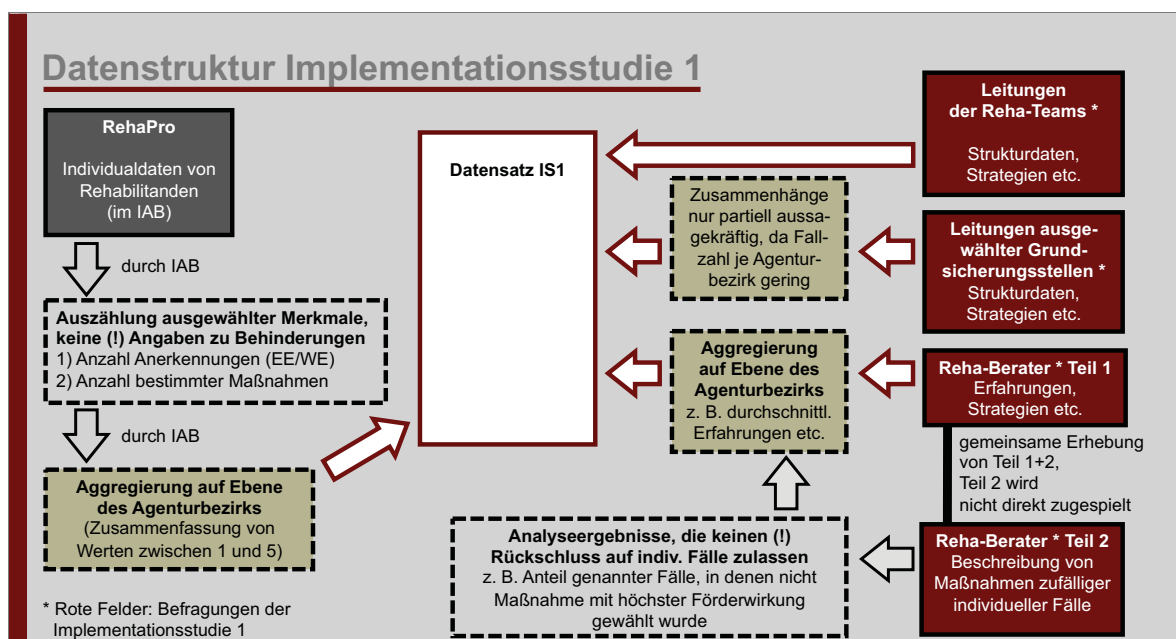


Abbildung 18 Datenstruktur

Datenschutz

Im Rahmen einer möglichen zukünftigen Gesamtevaluation von LTA stehen (ausschließlich) den beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur weiteren Nutzung folgende Daten zur Verfügung.

- 15 regionale pseudonymisierte Fallstudien, in denen die wesentlichen Inhalte der Interviews thematisch gebündelt dokumentiert werden. Es werden darin aus Datenschutzgründen keine agenturspezifischen Kennzahlen genannt, allerdings erfolgt die Zuordnung zur SGB-III-Typologie.

- Pseudonymisierte Transkriptionen der Interviews mit den unterschiedlichen Mitarbeitenden der Agenturen und Grundsicherungsstellen. Sie sind den einzelnen Fallstudien zuordenbar, Funktionen der Interviewten sind vermerkt.
- Drei über E-Mail-Befragungen von Grundsicherungsstellen, Leitungen der Reha-Teams und Reha-Beraterinnen und -Beratern generierte Datensätze, die über Dienststellennummern bzw. Trägernummern den jeweiligen Agenturen bzw. Grundsicherungsstellen zuordenbar sind.
- Ein Datensatz mit Angaben von Reha-Beraterinnen und -Beratern zu von ihnen zufällig ausgewählten, anonymen Fällen, die einzelnen Agenturen oder den befragten Reha-Beraterinnen und -Beratern aus Datenschutzgründen nicht zuordenbar sind.

Der Zugang zu den Daten impliziert, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei der angestrebten Fortsetzung der Evaluation sich schriftlich an die mit der Datengenerierung verbundenen Auflagen binden. Hierzu zählt über die allgemeinen Datenschutzbestimmungen hinaus auch, keine vergleichenden Auswertungen getrennt nach optierenden Kommunen und gemeinsamen Einrichtungen durchzuführen.

Fallskizzen individueller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für die Reha-Fallskizzen wurden einerseits direkt über die Agenturen der Fallstudien kontaktiert. Andererseits erfolgte eine Kontaktaufnahme über Bildungsträger, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation für die Agentur für Arbeit ausführen. Diese Bildungsträger wiederum klärten in verschiedenen Fällen bei ihrer Agentur die Teilnahme an der Befragung ab. Die insgesamt 15 Gespräche mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dauerten zwischen 30 Minuten und einer Stunde und wurden meist persönlich (face-to-face), in einzelnen Fällen auch telefonisch geführt. Diese Gespräche wurden teilweise aufgezeichnet, nicht jedoch transkribiert. Um die Mitwirkungsbereitschaft nicht zu gefährden, wurde eine Weitergabe der aufgezeichneten Gespräche für weitere Forschungszwecke **ausgeschlossen**. Diese – nicht repräsentativen – Fallskizzen wurden in verschiedenen Agenturen erhoben, sie sind jedoch nicht im Einzelnen den regionalen Fallstudien zugeordnet.¹⁹⁵

Abgleich qualitativer und halbstandardisierter Daten unterschiedlicher Quellen

Da die Stichproben der regionalen Fallstudien und der E-Mail-Befragung aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielstellung mit anderen Verfahren gezogen wurden, liegen nicht zu allen Fallstudien auch die entsprechenden halbstandardisierten Daten vor. In Einzelfällen lässt sich jedoch durch diese Gegenüberstellung feststellen, dass einige problematische Sachverhalte in den Interviews der Fallstudien deutlicher angesprochen wurden, als es aus den Ergebnissen der E-Mail-Befragung sichtbar wird. Auch ergaben die fünfzehn ergänzenden Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, dass einige von ihnen

¹⁹⁵ Die Fallzahl pro Agenturbezirk war zu gering und die individuellen Situationen zu verschieden, um aus dem Einzelfall einer Rehabilitandin oder eines Rehabilitanden Schlussfolgerungen auf die Prozessgestaltung der jeweiligen Agentur insgesamt ziehen zu können.

ihren Reha-Prozess sehr kritisch wahrnahmen – ohne dass diese Daten jedoch repräsentativ wären. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass die in dieser Studie vorgenommene Erhebung und Beschreibung der Reha-Prozesse überwiegend aus der Perspektive der Mitarbeitenden der Agenturen und Grundsicherungsstellen einen methodischen Bias besitzt, in welchem die problematischeren Aspekte weniger deutlich hervortreten als die vorbildlich gelösten.¹⁹⁶

¹⁹⁶ Für zukünftige Studie in diesem Feld wird somit empfohlen, die Perspektive der Kundinnen und Kunden der Agentur für Arbeit stärker einzubeziehen.

14.2 Ergänzende Tabellen

Anteil der Wiedereingliederungsfälle an allen aktuellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	Prozent	Gültige Prozente
0%	30,8	32,5
ca. 5%	4,1	4,4
ca. 10%	6,5	6,9
ca. 20%	14,8	15,6
ca. 30%	7,7	8,1
ca. 40%	5,3	5,6
ca. 50%	1,8	1,9
ca. 70%	3	3,1
ca. 80%	4,1	4,4
ca. 90%	1,8	1,9
ca. 95%	0,6	0,6
100%	14,2	15
Fehlende Werte	5,3	---
Summe	100,0	100,0
n	169	160

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater

Tabelle A 5 Spezialisierung der Beratungsfachkräfte auf Eingliederungsarten

Personalkapazität von Rehaberaterinnen und -Beratern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Anzahl der aktuellen Kundinnen und Kunden je Stunde Wochenarbeitszeit	169	8,2	2,9	0,5	20,5
Davon Anzahl anerkannter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden je Stunde Wochenarbeitszeit	163	6,3	2,5	0,5	18,4
Davon Anzahl Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Kontakt im letzten Monat je Stunde Wochenarbeitszeit*	158	1,9	1,6	0,2	17,6

* Der Maximalwert kann ggf. als Ausreißer betrachtet werden. Ohne diesen Fall (n = 157) läge der Mittelwert bei 1,8, die Standardabweichung bei 1,0 und das neue Maximum bei 5,6

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater

Tabelle A 6 Personalkapazität von Reha-Beratungsfachkräften

Zusammenhang zum Anteil der Wiedereingliederungsfälle an allen aktuellen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	N	Korrelation Pearson	Signifikanz
Anzahl der aktuellen Kundinnen und Kunden je Stunde Wochenarbeitszeit	160	- 0,395	0
Davon Anzahl anerkannter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden je Stunde Wochenarbeitszeit	154	- 0,058	0,472
Davon Anzahl anerkannte Rehabilitand/-innen mit Kontakt im letzten Monat je Stunde Wochenarbeitszeit	149	- 0,017	0,834

* Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater

Tabelle A 7 Zusammenhang von Personalkapazität und Reha-Struktur

Berufliche Abschlüsse / Vorerfahrungen der Reha-Beraterinnen und -Berater	Prozent
Abschluss als Fachangestellte / Fachangestellter für Arbeitsförderung	19,5
Abschluss eines Studiums an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit	49,7
Vorerfahrungen Vermittler/-in oder Fallmanager/-in (Agentur/Grundsicherung)	47,9
Andere Vorerfahrungen mit Fallmanagement (z. B. bei Bildungsträgern)	2,4
Vorerfahrungen im Themenbereich „behinderte Menschen“	23,1
Anderes nach Selbsteinschätzung für Tätigkeit Relevantes (Teils Angaben, deren Bezug zur Reha-Beratung nicht sofort erkennbar ist)	46,2

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 169)

Tabelle A 8 Erfahrungen und Abschlüsse der Reha-Beratungsfachkräfte

Zusammenhang zu „Agentur versucht, ihre über Pflichtleistungen hinausgehenden Mittel auf Angebote für Kundengruppen zu konzentrieren, bei denen die Förderwirkungen größer sind als bei Rehabilitanden/-innen	Spearman-Rho*	Signifikanz	N
LTA werden in der Ersteingliederung als wirksames und lohnendes Instrument betrachtet	-0,366	0,004	60
LTA werden in der Wiedereingliederung als wirksames und lohnendes Instrument betrachtet	-0,230	0,080	59
In Relation zu anderen Aufgabenstellungen wird Rehabilitation als nachrangig gesehen	0,472	0,000	59
Die Finanzausstattung ist gerade hinreichend, um knapp noch die Pflichtleistungen erbringen zu können	0,333	0,010	59

* Der Koeffizient Spearman-Rho ist ein Zusammenhangsmaß für ordinalskalierte Werte. Analog zum Pearson-Koeffizient bedeuten Werte von -1 und 1 vollständige Zusammenhänge und 0 Zusammenhangslosigkeit

Quelle: Befragung von Reha-Teamleitungen

Tabelle A 9 Zusammenhang von Stellenwert der Rehabilitation und Fokussierung auf Pflichtleistungen

Stellenwert der Rehabilitation in der Grundsicherungsstelle (Prozent)	Keine Angabe	Trifft nicht zu	eher nicht zu	eher zu	zu
LTA werden in der Ersteingliederung als wirksames und lohnendes Instrument betrachtet	4,5	2,2	10,1	32,6	50,6
LTA werden in der Wiedereingliederung als wirksames und lohnendes Instrument betrachtet	4,5	0,0	9,0	50,6	36,0
In Relation zu anderen unserer Aufgabenstellungen ist Rehabilitation nachrangig	2,2	30,3	40,4	18,0	9,0
Alle im Sinne von § 19 SGB III behinderten Kunden sollen eine umfangreiche und qualitativ hochwertige Förderung mit LTA erhalten	2,2	4,5	29,2	43,8	20,2
Finanzausstattung gerade hinreichend, um knapp noch die Pflichtleistungen erbringen zu können	2,2	11,2	39,3	28,1	19,1
Die Grundsicherungsstelle versucht, ihre über die Pflichtleistungen hinausgehenden Mittel auf Angebote für jene Kundengruppen zu konzentrieren, bei denen die Förderwirkungen größer sind als bei Rehabilitanden/-innen	2,2	23,6	42,7	24,7	6,7

Quelle: Befragung von Grundsicherungsstellen (n = 89)

Tabelle A 10 Stellenwert der Rehabilitation in der Grundsicherungsstelle

Zusammenarbeit innerhalb der Agentur (Prozent)	Keine Angabe	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Falls bereits Arbeitsvermittler/-innen Erfahrungen mit den Rehabilitanden/-innen besitzen, fließen deren Einschätzungen umfassend in die Empfehlung von Maßnahmen mit ein	6,3	9,5	34,9	36,5	12,7
Erfahrungen der Reha-Vermittlung geben den Reha-Beratern/-innen ein hilfreiches Feedback zur Reflexion ihrer Entscheidungen und Maßnahmenempfehlungen	0,0	0,0	15,9	47,6	36,5
Arbeitgeberservice und Reha-Bereich arbeiten eng zusammen	1,6	4,8	3,2	23,8	66,7
Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 63)					

Tabelle A 11 Zusammenarbeit innerhalb der Agentur

Zusammenarbeit der Grundsicherungsstellen mit der Agentur oder den Agenturen für Arbeit (Prozent)	Keine Angabe	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Einschätzungen von unseren Fallmanagern/-innen fließen umfassend in die Maßnahme-Empfehlung der Reha-Berater/-innen mit ein	1,1	4,5	15,7	42,7	36,0
Abstimmungen beginnen bereits, bevor Reha-Anträge gestellt werden	1,1	7,9	25,8	36,0	29,2
Die Zusammenarbeit ist vollständig formalisiert und folgt der richtlinienorientierten Arbeitsteilung	1,1	7,9	29,2	40,4	21,3
Es gibt eine informelle Zusammenarbeit auf der Basis persönlicher Kontakte	0,0	2,2	6,7	43,8	47,2
Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen (n = 89)					

Tabelle A 12 Zusammenarbeit mit der Agentur (Angaben Grundsicherungsstelle)

Bewertung der im Agenturbezirk für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verfügbaren Angebote	Keine Angabe	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Die breite Palette bietet jedem ein passendes Angebot	0,6	3,0	23,1	62,7	10,7
Die Träger setzen die Angebote in guter Qualität um	2,4	0,6	13,0	65,1	18,9
Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 169)					

Tabelle A 13 Bewertung des lokalen Angebots

Rahmenbedingungen der Grundsicherungsstellen (Prozent)	Keine Angabe	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Aufgrund eines besonderen lokalen Angebots (z. B. auf Sehbehinderungen spezialisierte Einrichtungen) kommen Rehabilitanden/-innen von außerhalb in die Kommune, was sich deutlich auf die Struktur der Rehabilitanden/-innen auswirkt	0,0	64,0	15,7	11,2	9,0
Durch eine hohe Abwanderung von Menschen ohne Behinderungen ist der Anteil der Rehabilitanden/-innen an der Bevölkerung überdurchschnittlich hoch	1,1	64,0	28,1	4,5	2,2
Die Grundsicherungsstelle ist in institutionenübergreifende Netzwerke, lokale Aktionsbündnisse oder Programme (kommunale oder bundeslandspezifische) zum Thema Rehabilitation eingebunden	1,1	52,8	---	---	46,1
Die Maßnahmenanbieter sichern eine breite Palette unterschiedlicher LTA, die jedem ein passendes Angebot bietet	3,4	7,9	27,0	47,2	14,6
Die Maßnahmenanbieter setzen die LTA in guter Qualität um	3,4	1,1	5,6	75,3	14,6
Zwischen den Anbietern von LTA besteht Qualitätswettbewerb	4,5	9,0	30,3	42,7	13,5
Zwischen den Anbietern von LTA besteht Preiswettbewerb	4,5	13,5	30,3	38,2	13,5
Sie kommunizieren prozessbegleitend mit Anbietern von LTA, um ggf. vorhandene Steuerungsbedarfe zu erkennen	2,2	24,7	22,5	36,0	14,6
BBW oder BFW sind in Kommune angesiedelt	0,0	74,2	---	---	25,8

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen (n = 89)

Tabelle A 14 Lokale Rahmenbedingungen der Grundsicherungsstellen

Anteil der Fälle, in denen Klärung des Reha-Status auf Initiative der Kundin / des Kunden erfolgt (Prozent)	Wiedereingliederung (Ang. RehaB)*	Erstein-gliederung (Ang. RehaB)*	Wiederein-gliederung (Ang. Grunds.-stelle)**	Erstein-gliederung (Ang. Grunds.-stelle)**
Fehlend	44,4	33,8	43,8	53,9
0%	0,6	11,2	1,1	13,5
ca. 5%	10,1	27,2	19,1	20,2
ca. 10%	11,8	11,2	12,4	2,2
ca. 20%	11,8	7,7	14,6	5,6
ca. 30%	8,9	3,6	9,0	2,2
mehr als 30%	12,4	5,3	3,4	2,2
N	169	169	89	89

* Quelle: Reha-Beraterinnen und -Berater (SGB II, SGB III), ** Befragung Grundsicherungsstellen (SGB II)

Tabelle A 15 Eigeninitiative bei der Klärung von Reha-Fällen

Wie viele der aktuell tätigen pAp, Fallmanagerinnen und Fallmanager sind umfassend zur Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geschult	Prozent
Fehlende Angabe	1,1
Wenige (unter 20%)	22,5
Minderheit	10,1
Ca. Hälfte (40-60%)	12,4
Mehrheit	18,0
Fast alle (über 80%)	36,0
n	89

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen

Tabelle A 16 Schulung von Mitarbeitenden in Grundsicherungsstellen

Zusammenarbeit zwischen Reha-Team und Grundsicherungsstelle (Prozent)	Keine Angaben	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Die Identifizierung potenzieller Rehabilitanden/-innen im SGB II-Bereich erfolgt vollständig	7,9	15,9	38,1	31,7	6,3
Zwischen den Grundsicherungsstellen des Agenturbezirks lassen sich deutliche Unterschiede im Engagement für Rehabilitanden/-innen beobachten	6,3	12,7	23,8	27,0	30,2
Erfahrungen und Einschätzungen von Fallmanagern/-innen fließen umfassend in die Empfehlung von Maßnahmen mit ein	1,6	9,5	31,7	44,4	12,7
Abstimmungen beginnen bereits, bevor Reha-Anträge gestellt werden	3,2	14,3	23,8	46,0	12,7
Maßnahmenempfehlungen erfolgen unabhängig von der zu erwartenden Umsetzung in der Grundsicherungsstelle	3,2	14,3	17,5	34,9	30,2
Maßnahmenempfehlungen werden von der Grundsicherungsstelle umgesetzt	0,0	3,2	6,3	42,9	47,6
Zusammenarbeit ist vollständig formalisiert und folgt richtlinienorientierter Arbeitsteilung	1,6	4,8	25,4	52,4	15,9
Es gibt eine informelle Zusammenarbeit auf der Basis persönlicher Kontakte	1,6	0,0	12,7	44,4	41,3

Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 63)

Tabelle A 17 Zusammenarbeit mit Grundsicherungsstellen (Angaben Reha-Team)

Fälle (SGB II), in denen Prüfung eines Reha-Bedarfs eingeleitet wird (Prozent)	Keine Angaben	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Wenn Behinderte (im Sinn § 19 SGB III) nur allgemeine Leistungen benötigen, wird auf den Reha-Antrag verzichtet	2,2	20,2	23,6	36,0	18,0
Die Antragstellung erfolgt auch, wenn LTA die Integrationschancen nur geringfügig verbessern können	2,2	6,7	31,5	41,6	18,0
Im vergangenen Jahr gab es Fälle, in denen auf die Antragstellungen verzichtet wurde, weil vor Ort keine passenden LTA existierten	4,5	85,4			10,1
Eine geringe Motivation der Behinderten führt dazu, dass Anträge nicht gestellt werden	2,2	20,2	47,2	22,5	7,9
Nur, wenn Behinderung für das Vermittlungshemmnis maßgeblich ist (d. h. nicht wesentlich auf andere Ursachen zurückzuführen ist)	3,4	10,1	27,0	30,3	29,2
Immer wenn dem Grunde nach (d. h. am Wortlaut von § 19 SGB III orientiert) das Vorliegen eines Reha-Falls möglich ist	2,2	3,4	13,5	43,8	37,1

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen (n = 69)

Tabelle A 18 Einleitung der Reha-Bedarfs-Prüfung in Grundsicherungsstellen

Formalisierungsgrad der Kommunikation des Reha-Team ...			
... mit ärztlichem Dienst	Spearman-Rho	Signifikanz	N
Der ÄD bring seine berufsmedizinische Expertise umfassen in die eigenen Gutachten mit ein	-,489	0	60
Die Kommunikation zwischen dem Reha-Team und dem ÄD ist reibungslos und zielführend	-,353	0,005	61
... mit psychologischem Dienst	Spearman-Rho	Signifikanz	N
Der PD bring seine Expertise umfassen in die eigenen Gutachten mit ein	-,357	0,005	60
Die Kommunikation zwischen dem Reha-Team und dem PD ist reibungslos und zielführend	-0,233	0,069	62

Quelle: Befragung von Reha-Teamleitungen

Tabelle A 19 Kommunikation mit ärztlichem und psychologischem Dienst

Zu den Aufgaben der Reha-Beratung zählt, die Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Mitwirkung zu fördern (Prozent)	Keine Angabe	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Angaben Reha-Beraterinnen und -Berater*	0,6	0,0	9,5	40,2	49,7
Angaben Reha-Teamleitungen**	3,2	0,0	9,5	41,3	46,0

* Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 169)
** Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 63)

Tabelle A 20 Motivationsförderung als Aufgabe der Reha-Beratung

Chance zur Ausgangssituation (ohne Maßnahme), innerhalb eines Jahres eine leidensgerechte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen, unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren (wie z. B. Qualifikationen, Motivation, lokaler Arbeitsmarkt, Behinderungen)	Prozent
sehr gering (unter 5 %)	60,9
gering (5 – 10 %)	29,3
mittel (10 – 30 %)	7,6
groß (30 – 60 %)	0,8
sehr groß (über 60 %)	0,2
Fehlend	1,3
N = 629	100,0
Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 163)	

Tabelle A 21 Ausgangssituation von zufällig ausgewählten Reha-Fällen

Maßnahmen zufällig auszuwählender Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	Prozent
irM Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich WfbM	9,7
FbW berufliche Weiterbildung mit Abschluss*	8,1
BvB (2-Vergabe) §102(1) Nr1b, §61 SGB III	7,5
BvB (2-Preisverhandelt) §102(1) Nr1a, §61 SGB III	7,5
BvB (uneindeutig_ im Detail)	5,9
AuW Eignungsabklärung Berufsfindung (preisverh.)	5,3
BvB (allgem.) §61 SGB III	5,3
AuW Reha Ausbildung (integrativ, preisverhandelt)	4,3
AuW Reha Ausbildung (integrativ, Vergabe)	4,0
WfbM (wahrscheinlich irM Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich)	4,0
AuW Reha Ausbildung (kooperativ, Vergabe)	2,9
AuW Reha Vorbereitungslehrgang (preisverhandelt)	2,5
FbW Gruppenmaßnahme mit Abschluss anerkannter Ausbildungsberuf	2,5
Umschulung (uneindeutig im Detail)	2,4
AuW Weiterbildung mit Abschluss (Vergabe)	2,1
FbW sonstige berufliche Weiterbildung	1,9
Unterstützte Beschäftigung	1,8
AuW Weiterbildung ohne Abschluss (preisverhandelt)	1,6
BaE §241 Abs2 SGB III - integrativ	1,6
BvB-Reha (uneindeutig im Detail)	1,4
AuW Weiterbildung ohne Abschluss (Vergabe)	1,1
Arbeitserprobung (uneindeutig im Detail)	1,0
AuW Weiterbildung mit Abschluss (preisverhandelt)	1,0
AuW Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL) - Sonstige Reha-Maßnahmen	1,0
AuW Berufliche Reintegration psychisch Kranker	1,0
FbW berufsbezogen-übergr. Weiterbildung	0,8
MAG Maßnahmen bei einem Arbeitgeber	0,8
AuW Diagnose Arbeitsmarktfähigkeit bes. betroffener behinderter Menschen	0,8
BB Eignungsfeststellung §49(1) SGB III - Beratung §33 bis §34 SGB III	0,5
BEH Ausbildungszuschüsse für Schwerbehinderte	0,5
Zuschuss Technische Arbeitshilfen	0,3
BB Trainingsmaßnahme - Sonstige Reha-Maßnahmen	0,3
BB BüE (Berufsausbildung in überbetrieblichen Einrichtungen) überbetrieblich - Benachteiligtenförderung	0,2
AuW Berufsausbildung mit Reha-Förderung §102(1) Nr1b SGBIII - integrativ	0,2
BB Einstiegsqualifizierung in Industrie und Handel	0,2
Sonstige (andere oder nicht zuordenbare)	8,0
Maßnahme zum ausgewählten Fall nicht genannt	0,5

* Kategorisierung nicht in jedem Fall eindeutig

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater zu insgesamt 629 Fällen (n = 163)

Tabelle A 22 Maßnahmen von zufällig ausgewählten Reha-Fällen

Eingliederungschancen zur Ausgangssituation (vgl. Tabelle A21)	n	Anteil jener, bei denen nicht Maßnahme mit höchster Förderwirkung ausgewählt wurde (Prozent)
Sehr gering (unter 5 %)	397	4,4
Gering (5 – 10 %)	183	5,4
Mittel (10 – 30 %)	47	12,5
Groß (30 – 60 %) oder sehr groß (über 60 %)	6	33,3

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater zu insgesamt 629 Fällen (n = 163)

Tabelle A 23 Zusammenhang von Eingliederungschancen und Wahl der Maßnahme

Regression für abhängige Variable: Agenturmittel pro Anerkennung (Juli 2010 / Juli 2011)					
Modell 1	Nicht standardisiert		Stand.	T	Sig.
	Koeffizienten	Standardfehler	Beta		
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler			
(Konstante)	53090,6	11054,7		4,803	0
Anteil Wiedereingliederung an Anerkennungen	832,1	28485	0,005	0,029	0,977
Anteil SGB-II an Anerkennungen	-15688,5	20120,1	-0,191	-0,780	0,440
SGB-III-Typ 1	-7293,0	6488,2	-0,207	-1,124	0,268
SGB-III-Typ 2	-8524,1	7255,6	-0,307	-1,175	0,247
SGB-III-Typ 3	-2531,4	5790,8	-0,091	-0,437	0,664
SGB-III-Typ 5	736,3	9299,8	0,024	0,079	0,937
Anteil Grundsicherungsstellen mit Rückübertragung (der gesamten Ausbildungsvermittlung oder nur für Reha) an allen Grundsicherungsstellen im Agenturbezirk	-2469,1	4292,1	-0,093	-0,575	0,569
Anerkennungspraxis (Anerkennung erfolgt eher nur, wenn Bedarf an besonderen Leistungen besteht)	1672,2	2253,6	0,118	0,742	0,463
SGB-III-Typ 4	Ausgeschlossene Variable				
Modellzusammenfassung	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	0,4	0,2	0,003	11877,05	

Tabelle A 24 Regression für Variable: Agenturmittel pro anerkannte Fälle (Modell 1)

Regression für abhängige Variable: Agenturmittel pro Anerkennung (Juli 2010 / Juli 2011)					
Modell 2	Nicht standardisiert		Stand.		
	Koeffizienten		Beta		
	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler		T	Sig.
(Konstante)	74494,8	15961,9		4,667	0
Anteil Wiedereinglied. aus SGB III an allen Anerkennungen	-63250,1	44898,1	-0,387	-1,409	0,167
Anteil Wiedereingliederung SGB II an allen Anerkennungen	14177,9	37296,1	0,075	0,38	0,706
Anteil Ersteingliederung SGB II an allen Anerkennungen	-71067,1	36272,8	-0,648	-1,959	0,058
SGB-III-Typ 1	-6532,7	6315,6	-0,185	-1,034	0,308
SGB-III-Typ 2	-9095,4	7054,0	-0,327	-1,289	0,205
SGB-III-Typ 3	-4775,8	5759,0	-0,172	-0,829	0,412
SGB-III-Typ 5	5097,4	9347,3	0,163	0,545	0,589
Anteil Grundsicherungsstellen mit Rückübertragung (der gesamten Ausbildungsvermittlung oder nur für Reha) an allen Grundsicherungsstellen im Agenturbezirk	-1140,5	4232,7	-0,043	-0,269	0,789
Anerkennungspraxis (Anerkennung erfolgt eher nur, wenn Bedarf an besonderen Leistungen besteht)	538,0	2276,5	0,038	0,236	0,814
Anteil Ersteingliederung SGB III an allen Anerkennungen	Ausgeschlossene Variable				
SGB-III-Typ 4	Ausgeschlossene Variable				
Modellzusammenfassung	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
	,494	0,244	0,06	11535,43017	

Tabelle A 25 Regression für Variable: Agenturmittel pro anerkannte Fälle (Modell 2)

Welche Aussagen beschreiben die Prämissen von Entscheidungen unterschiedlicher Akteure? (Mittelwerte****)	Reha-Berater/-innen*	Team-Leitung**	Grundsicherungsstellen***
Um LTA zu erhalten, wird hohe Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung vorausgesetzt	3,3	3,5	3,1
Zu Aufgaben der Reha-Beratung zählt, die Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung zu fördern	3,4	3,4	3,4
Ein wesentliches Ziel ist die Nachhaltigkeit des Eingliederungserfolgs	3,7	3,7	3,6
Ein wesentliches Ziel besteht im schnellen Eingliederungserfolg zum Zeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme	3,6	3,8	3,1
Alle Rehabilitanden/-innen in gleicher Intensität zu fördern, ist eine Frage der Gerechtigkeit	2,6	2,4	2,5
Es ist gerechtfertigt, jene Rehabilitanden/-innen stärker zu fördern, bei denen die Förderung besonders große Wirkungen hat	2,4	2,8	2,7
In der Ersteingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	2,6	2,6	2,4
In der Wiedereingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	1,9	2,1	
Um vorgegebene Integrationsquoten zu erfüllen, muss man sich um jeden Einzelfall maximal bemühen	3,6	3,8	2,9
Die Integrationsquoten lassen sich auch auf anderem Weg erfüllen	1,8	1,7	2,1
* Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 169) ** Quelle: Befragung Reha-Teamleitungen (n = 63) *** Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen (n = 89) **** Umwandlung der Ordinal- auf metrische Skala 1 = trifft nicht zu, 4 = trifft zu			

Tabelle A 26 Entscheidungsprämissen unterschiedlicher Akteure im Vergleich

Welche Akteure sind wie stark in das Absolventenmanagement der Rehabilitanden/-innen eingebunden?	keine Angabe	nicht	wenig	stark	sehr stark
Im Bereich SGB III					
Reha-Beratung	0,0	0,0	12,4	55,6	32,0
Reha-Vermittlung	0,0	0,0	1,8	20,1	78,1
Arbeitgeberservice	0,0	0,6	20,7	30,2	48,5
Maßnahmenträger	1,8	0,0	21,3	50,3	26,6
Im Bereich SGB II					
Reha-Beratung	11,2	5,3	24,9	41,4	17,2
Fallmanager/-innen, pAp	10,1	0,6	17,2	33,7	38,5
Arbeitgeberservice	14,2	11,2	24,9	27,2	22,5
Maßnahmenträger	12,4	0,6	19,5	44,4	23,1
Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater (n = 169)					

Tabelle A 27 Einbeziehung unterschiedlicher Akteure ins Absolventenmanagement

Angaben in Prozent	Durchschnittliche Dauer zwischen Antragstellung und Beginn Maßnahme in Ersteingliederung (n = 133)	Durchschnittliche Dauer zwischen Erstkontakt und Beginn Maßnahme in Wiedereingliederung (n = 103)
0 Wochen	1,5	1,0
1 bis 10	12,8	2,9
11 bis 20	46,6	37,9
21 bis 30	33,1	45,6
31 bis 40	5,3	5,8
41 bis 50	0,0	3,9
über 50 Wochen	0,8	2,9

Quelle: Befragung Reha-Beraterinnen und -Berater

Tabelle A 28 Dauer zwischen Antragstellung und Maßnahmebeginn

Spearman-Rho * = signifikant auf dem Niveau 0,05, ** = signifikant auf dem Niveau 0,01	n	Anteil all- gemeiner Maßnah- men oder BNF ¹	Anteil preisver- handelter Maßnah- men und WfbM ¹	Anteil aus- geschrieb. Reha- Maßnah- men oder EGZ ¹
SGB-III-Typ 1	76	-,069	,093	,014
SGB-III-Typ 2	76	,054	-,056	,049
SGB-III-Typ 3	76	* ,289	* -,261	-,050
SGB-III-Typ 4	76	-,211	,120	,025
SGB-III-Typ 5	76	-,029	,081	-,038
Anteil Wiedereingliederung an allen Reha-Fällen	76	-,153	* ,238	-,126
Anteil SGB II an allen Reha-Fällen	76	,069	-,061	,045
Faktor: Prämissen der Reha-Beratung stark am individuellen Prozess orientiert	64	-,046	,148	-,175
Faktor: Effizienzorientierung	64	,017	,057	-,073
Faktor: Kostenbedingte Einschränkungen	64	,053	,011	-,051
Faktor: Orientierung der Maßnahmeaus- wahl auf maximale Förderwirkung	64	,094	-,033	-,061
Faktor: Identifikation potenzieller Reha- Fälle vollständig und schnell	64	,154	-,060	-,165
Faktor: Anerkennung „bei allg. Leistungen auf Antrag und Anerkennung verzichtet“	64	,016	-,038	,102
Faktor: Anerkennung der Gründe nach	64	,000	-,161	,131
Faktor: Anerkennung auch, wenn LTA nur gering Chancen erhöht	64	-,020	-,144	,217
Reha-Beratung mit viel Erfahrung oder Schulung	64	-,055	,014	,070
Bewertung des Maßnahmeangebots durch RehaB: breit und von hoher Qualität	64	** -,325	,189	,162
Qualitätsmanagement an Durchschnittskosten pro Fall orientiert	62	-,078	,013	,085
Agentur in Netzwerke oder Aktionsbünd- nisse zum Thema eingebunden	62	,083	,103	-,176
Bewertung Maßnahmeangebots durch die Reha-Teamleitungen als hinreichend breit	63	-,018	,075	-,053
Berufsbildungswerke oder Berufsförderungswerke sind im Agenturbezirk angesiedelt	59	,004	,181	-,168
Rehabilitation wird seitens der Geschäftsführung in Relation zu Anderem als nachrangig gesehen	61	-,041	-,025	,064

Fortsetzung nächste Seite

Spearman-Rho * = signifikant auf dem Niveau 0,05, ** = signifikant auf dem Niveau 0,01	n	Anteil all- gemeiner Maßnah- men oder BNF ¹	Anteil preisver- handelter Maßnah- men und WfbM ¹	Anteil aus- geschrieb. Reha- Maßnah- men oder EGZ ¹
Einflussfaktoren auf die Maßnahmeauswahl (Angaben der Reha-Teamleitungen): 1) Autonome Einschätzungen RehaB zu Maßnahmen mit größten Förderwirkungen	61	* -,266	,187	,039
2) Strategische Vorgaben der Reha-Teamleitung	60	,123	* -,289	* ,276
3) Strategische Vorgaben Bereichsleitung oder geschäftsführung	62	-,017	-,087	,121
4) Strategische Vorgaben RD / Zentrale	61	,018	,024	-,120
5) Verfügbare finanzielle Mittel Agentur	59	** ,341	-,178	-,201
6) Wirtschaftliche Rahmenbedingungen des Standorts	61	,058	-,049	-,086

¹ Anteil bezieht sich auf Gruppe der bundesweit häufigsten Maßnahmen, weil nur zu diesen Daten vorliegen (vgl. Tabelle A30 im Anhang)

Tabelle A 29 Bivariate Zusammenhänge zur Struktur ausgewählter Maßnahmen

	Maßnahmen, zu denen Eintrittszahlen Juli 2010 bis Juni 2011 vorliegen
14020	FbW Nachholen Abschlussprüfung
14032	FbW berufsbezogen-übergr Weiterbildung
14040	FbW Gruppenmaßnahme mit Abschluss in anerkannten Ausbildungsberuf
14041	FbW betriebliche Einzelmaßnahme mit Abschluss in anerk. Ausbildungsberuf
14050	FbW berufliche Aufstiegsweiterbildung
14060	FbW sonst Übungseinrichtung
14061	FbW Übungsfirma
14062	FbW Übungswerkstatt
14070	FbW Teilzeit-Bildungsmaßnahme mit Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
14071	FbW Weiterbildung mit zertifizierter Teilqualifikation
25003	AGH Mehraufwandsvariante mit Qualifizierung (ab 2006)
25004	AGH Mehraufwandsvariante ohne Qualifizierung (ab 2006)
27102	BvB - allgemein §61 SGB III
28001	MAG Maßnahmen bei einem Arbeitgeber
27126	Ausbbeg Hilfen gemäß §241 Abs1
27127	Berufsausb. in außerbetrieblichen Einrichtungen §241 Abs2 SGB III - integrativ
10706	EGZ für behinderte Menschen §218(2) SGB III
27103	BvB (2-Vergabe) §102(1) Nr1b, §61 SGB III
27104	BvB (2-Preisverhandelt) §102(1) Nr1a, §61 SGB III
27129	AuW Reha Ausbildung (integrativ, preisverhandelt)
27131	AuW Reha Vorbereitungslehrgang (preisverhandelt)
27132	AuW Eignungsabklärung/Berufsfindung (preisverhandelt)
27133	AuW Weiterbildung mit Abschluss (preisverhandelt)
27134	AuW Weiterbildung ohne Abschluss (preisverhandelt)
27137	AuW Reha Ausbildung (integrativ, Vergabe)
27138	AuW Reha Ausbildung (kooperativ, Vergabe)
27141	AuW Weiterbildung mit Abschluss (Vergabe)
27142	AuW Weiterbildung ohne Abschluss (Vergabe)
27184	irM Eingangsverf u Berufsbildungsbereich Werkstatt für behinderte Menschen
27113	BEH Ausbildungszuschüsse für Schwerbehinderte
Zuspielung von Daten aus RehaPro (IAB) zur Implementationsstudie	

Tabelle A 30 Maßnahmen, zu denen Eintrittszahlen vorliegen

Clusteranalyse über Variablen mit Bezug auf finanzielle Aspekte						
	Typ 1 _{fin.-Gr} (Ausreißer)	Typ 2 _{fin.-Gr}	Typ 3 _{fin.-Gr}	Typ 4 _{fin.-Gr}	Typ 5 _{fin.-Gr}	Typ 6 _{fin.-Gr}
n	1	13	7	12	9	5
Agenturmittel pro anerkannter Reha-Fälle						
Ø	9153,54	35.921,03	40.196,62	41.783,72	52.254,67	63.727,50
σ	.	8.618,80	5.556,03	4.407,98	6.249,32	5.805,45
Effizienorientierung						
Ø	**	-0,18	-0,95	0,32	0,69	-0,59
σ	.	0,49	0,59	0,43	0,57	0,42
Kostenbedingte Einschränkungen						
Ø	**	0,41	-0,56	-0,32	1,30	-0,46
σ	.	0,83	0,43	0,26	1,03	0,37
Orientierung auf maximale Förderwirkung						
Ø	**	0,64	-0,28	-0,78	0,11	0,03
σ	.	0,50	0,72	0,89	0,65	0,68
Anteil Wiedereingliederung an allen Anerkennungen im Untersuchungszeitraum						
Ø	**	36,7	29,6	32,4	29,2	32,3
σ	.	5,6	5,8	9,8	9,5	1,6
Anteil SGB II-Fälle an allen Anerkennungen im Untersuchungszeitraum						
Ø	**	34,9	37,4	35,0	26,9	30,4
σ	.	16,5	10,8	12,5	17,3	15,1
Faktor: Anerkennung auch, wenn LTA nur gering Chancen erhöht						
Ø	**	-0,09	0,34	-0,04	-0,37	0,80
σ	.	0,69	0,61	0,65	0,83	0,32
Faktor: Prämissen der Reha-Beratung stark am individuellen Prozess orientiert						
Ø	**	0,17	-0,29	-0,05	-0,23	-0,77
σ	.	0,80	1,38	0,56	0,69	1,06
Maßnahmeangebot breit und Umsetzungsqualität hoch						
Ø	**	0,20	-0,11	-0,18	-0,09	0,69
σ	.	0,78	1,00	0,52	0,81	0,90
Anteil der Strategietypen SGB III in Prozent						
1	100,0	7,7	28,6	8,3	0,0	20,0
2	0,0	46,2	42,9	16,7	0,0	0,0
3	0,0	23,1	28,6	25,0	22,2	20,0
4	0,0	15,4	0,0	25,0	44,4	40,0
5	0,0	7,7	0,0	25,0	33,3	20,0
* Anteil bezieht sich auf Gruppe der bundesweit häufigsten Maßnahmen, weil nur zu diesen Daten vorliegen (vgl. Tabelle A30 im Anhang)						
** Auf Ausführungen zum Fall wird aufgrund der Re-Identifizierungsmöglichkeit verzichtet						

Tabelle A 31 Agenturtypen (Variante 1) – Beschreibung unterschiedlicher Merkmale

Clusteranalyse über die Variablen SGB-II-Anteil, Wiedereingliederungs-Anteil und Anerkennungspraxis									
Cluster	1	2	3	4	5	6	7	8	9
N	8	5	15	8	4	4	4	9	7
Anteil Wiedereingliederung an allen Reha-Fällen									
Ø	29,7	23,7	34,3	46,8	22,6	40,3	34,4	26,9	30,8
σ	1,1	5,6	3,4	3,9	4,8	5,0	4,2	4,3	6,6
Anteil SGB II an allen Reha-Fällen									
Ø	17,3	47,2	27,3	28,4	28,7	59,0	42,4	46,9	16,4
σ	3,7	6,5	4,5	7,9	3,7	6,9	10,1	6,0	3,8
Faktor Anerkennung „bei allgemeinen Leistungen auf Antrag und Anerkennung verzichtet“									
Ø	-0,6	1,0	-0,2	-0,2	-0,7	0,8	2,1	-0,3	1,1
σ	0,2	0,3	0,4	0,5	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3
Anteil allgemeiner Maßnahmen oder Benachteiligtenförderung*									
Ø	41,6	45,7	37,8	38,1	38,2	41,4	35,2	41,2	42,1
σ	8,1	8,3	12,3	8,4	3,4	5,7	16,7	14,2	7,6
Anteil preisverhandelter Maßnahmen und WfbM*									
Ø	39,9	34,5	43,3	41,7	31,7	35,4	47,5	38,6	33,1
σ	7,2	11,7	12,6	7,6	6,1	7,9	11,9	12,8	10,3
Anteil ausgeschriebene Reha-Maßnahmen oder Eingliederungszuschüsse*									
Ø	18,4	19,9	18,9	20,2	30,1	23,2	17,3	20,2	24,8
σ	6,7	6,2	9,8	2,1	7,6	4,1	6,2	10,7	7,0
Agenturmittel in Euro pro anerkannter Reha-Fälle									
Ø	51159,4	45980,5	43727,1	44382,6	39777,3	31163,0	56563,0	38011,8	46913,2
σ	11004,7	11534,1	13545,1	6833,8	3843,8	4224,6	22312,7	9829,5	12919,8
Orientierung auf maximale Förderwirkung									
Ø	-0,5	0,2	0,2	-0,5	-1,5	0,0	-0,2	0,4	-0,7
σ	0,8	0,4	0,8	0,9	1,2	0,4	1,1	0,5	0,9
Effizienorientierung									
Ø	0,2	0,7	-0,1	0,0	-1,0	-0,3	-0,6	-0,3	-0,1
σ	0,6	0,9	0,9	0,9	1,0	0,5	1,0	1,1	0,6
Kostenbedingte Einschränkungen									
Ø	0,1	0,1	-0,1	-0,2	-0,7	-0,1	0,1	-0,1	0,6
σ	1,3	0,8	0,7	0,9	0,2	0,5	1,3	1,0	1,2
Orientierung auf maximale Förderwirkung									
Ø	-0,1	-0,5	0,3	0,1	-0,9	-0,1	-0,1	0,0	0,4
σ	0,4	0,5	0,7	0,7	1,5	0,8	0,6	1,1	0,7
Faktor: Anerkennung auch, wenn LTA nur gering Chancen erhöht									
Ø	0,3	-0,5	0,2	0,2	0,6	-0,2	0,0	0,0	-0,1
σ	0,6	1,3	0,7	0,8	0,8	0,5	0,9	0,6	0,3
Maßnahmeangebot breit und Umsetzungsqualität hoch									
Ø	0,0	0,0	-0,1	0,2	0,6	-0,1	0,2	0,1	0,2
σ	1,0	0,8	0,5	0,5	1,3	0,5	1,0	1,1	0,6
Anteil der Strategietypen SGB III in Prozent									
1	25,0	20,0	20,0	62,5	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	0,0	0,0	13,3	25,0	0,0	100,0	50,0	22,2	0,0
3	0,0	0,0	40,0	0,0	50,0	0,0	0,0	11,1	42,9
4	75,0	0,0	26,7	12,5	25,0	0,0	0,0	0,0	57,1
5	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	66,7	0,0

* Anteil bezieht sich auf Gruppe der bundesweit häufigsten Maßnahmen, weil nur zu diesen Daten vorliegen (vgl. Tabelle A30 im Anhang)

Tabelle A 32 Agenturtypisierung Variante 3 (Schwerpunkt auf Struktur Reha-Fälle)

14.3 Berufliche Rehabilitation aus Sicht Betroffener

Im Rahmen der vorliegenden Implementationsstudie I wurden 15 individuelle Fallskizzen erarbeitet. Mit diesen Fallskizzen wurde das Anliegen verfolgt, die Ergebnisse der Fallstudien und der Online-Befragung, die primär eine institutionenzentrierte oder Innen-Ansicht auf die Prozesse der Anerkennung und Zuweisung von LTA repräsentieren, um die Erfahrungen und Erkenntnisse von betroffenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu ergänzen.

Die Auswahl von 15 Betroffenen kann keinen Anspruch auf Repräsentanz erheben, über unterschiedliche Zugänge für die Rekrutierung wurde jedoch versucht ein differenziertes Bild zu erhalten. Insbesondere die sechs Fälle, zu denen der Kontakt nicht über Empfehlung der Agenturen entstand, liefern in Hinblick auf das Beratungshandeln der Fachkräfte, die Mitwirkungsmöglichkeiten der Kundinnen und Kunden und die Zuweisung „passender“ LTA ein teilweise anderes Bild über die berufliche Rehabilitation in der Zuständigkeit der Agenturen für Arbeit. Lediglich ein Fall lag in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung. Der Kunde wurde im Rahmen der Vermittlung durch eine Reha-Vermittlerin der BA beraten.

Von den zehn Rehabilitanden und fünf Rehabilitandinnen, waren elf Fälle der Wiedereingliederung und vier Fälle der Ersteingliederung. Vier Fälle kamen aus Sachsen-Anhalt, drei aus Berlin und jeweils zwei aus Niedersachsen, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. Die Länder Brandenburg und Baden-Württemberg waren mit je einem Fall vertreten.

Mit allen Kundinnen und Kunden wurden mündliche Interviews nach einem Interviewleitfaden durchgeführt. Die Audioprotokolle liegen anonymisiert beim Auftragnehmer und wurden zu 15 Fallskizzen verarbeitet. Den inhaltlichen Schwerpunkt der Interviews bildete das Beratungshandeln der Reha-Beraterinnen und -Berater (vgl. auch Abschnitt 7). Die Befunde dazu und die darüber hinaus erhobenen Aspekte sollen nachfolgend dargestellt werden.

Neben Unterschieden der Beeinträchtigung oder Erkrankung die zur Anerkennung als Rehabilitand nach § 19 SGB III führte, unterscheiden sich die einzelnen Fallskizzen nach bisheriger beruflicher Bildung, Bereitschaft zur Mobilität, familiärer Situation, Geschlecht und Alter. Trotz dieser großen Varianz lassen sich einige allgemeine, beschreibende Aussagen treffen.

So zeigte sich ein großer Teil der Befragten mit der Gestaltung des Zugangs sehr zufrieden und beschrieb diesen als „problemlos und zügig“ (Fallskizze 4). Nur drei der befragten Kundinnen und Kunden machten genaue Angaben zur Dauer des Verfahrens (gemessen vom ersten Kontakt zur Vermittlung oder Beratung bis zum Beginn einer Maßnahme) und gaben diese mit vier, fünf und zwölf Monaten an. Häufig gaben die Befragten im Bereich

der Wiedereingliederung an, dass sie im Rahmen der allgemeinen Vermittlung den Zugang zur Reha-Beratung erfragt haben, da behandelnde Ärzte ihnen zu diesem Schritt geraten haben. Nur eine der befragten Kundinnen beschrieb, dass der Zugang für sie sehr schwer war, da durch die allgemeine Vermittlung der Zugang zur Reha-Beratung, trotz vorhandenem Gutachten, welches nur eine geringe Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf bestätigte, verwehrt wurde. Drei der befragten Personen der Ersteingliederung wurden im Rahmen der Berufsorientierung an ihrer Schule über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation aufgeklärt. Nur ein Kunde gab an, dass er sich nicht an solche Veranstaltungen während seiner Schulzeit erinnern könne.

Bei drei der befragten Personen wurde im Rahmen des Anerkennungsverfahrens eine ausführliche ärztliche Begutachtung durch den ärztlichen Dienst vorgenommen. Alle anderen Befragten gaben an, dass Gutachten nach Aktenlage erstellt worden sind oder schon vorhandene Gutachten ausreichend waren.

Zur Betreuung während einer Maßnahme machten nur fünf der 15 Befragten Aussagen. Davon gaben nur zwei an während ihrer Maßnahme Kontakt zu ihrer Beraterin oder ihrem Berater gehabt zu haben. Unter den drei Befragten, die explizit keinen weiteren Kontakt zur Reha-Beratung hatten sind zwei Befragte, die während der Maßnahme von erheblichen Problemen oder Veränderungen berichteten, die nicht mit ihrer Beraterin oder ihrem Berater besprochen wurden.

Nur drei der 15 befragten Kundinnen und Kunden haben bisher Erfahrungen mit dem Absolventenmanagement gemacht. Einer der befragten Kunden berichtete dabei, dass er sich insbesondere durch die Beratung des AG-S zu Argumentationshilfen gegenüber Arbeitgebern die aufgrund der Behinderung Skepsis zeigen und zu behinderungsspezifischen Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber für Bewerbungsgespräche gut informiert fühlte.

Die in der Analyse der Interviews festgestellte Varianz des beraterischen Handelns spiegelt sich auch in den Aussagen der befragten Kundinnen und Kunden wider. So gaben zehn der befragten 14 Personen, die an der Reha-Beratung der BA teilgenommen haben, an mit der Beratung zufrieden gewesen zu sein. Wobei diese die Reha-Beraterin oder den Reha-Berater als Partner beschrieben, der den Weg zum persönlich gesteckten beruflichen Ziel im Rahmen der Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzeigte. Befragte, die ihre Beraterin oder Berater so beschrieben haben, gaben auch an, dass im Beratungsprozess und in der Maßnahmenauswahl vorhandene Stärken und Fähigkeiten eine entscheidende Rolle spielten. Festgestellte Schwächen und Beeinträchtigungen wurde hingegen als relevanter Fakt, mit dem im Sinne der Zielerreichung umzugehen sei, thematisiert. Befragte die ihre Beraterin oder ihren Berater so einschätzten, fühlten sich im Beratungsprozess gegenüber der oder dem Beratenden als gleichberechtigt und gaben an, dass die Entscheidung letztlich bei ihnen persönlich lag. Zu den Befragten, die dies angaben, gehörten auch Kundinnen und Kunden, die ihre anfänglichen per-

sönlichen Ziele im Verlauf der Beratung überdenken mussten, weil bspw. die Einschätzung der Leistungsfähigkeit im psychologischen Gutachten die gewünschte Maßnahme nicht zuließ. Es kann davon ausgegangen werden, dass die positive Einschätzung der Reha-Beraterin oder des Reha-Beraters daher nicht aus der einfachen Gestaltung des jeweiligen Sachverhaltes rührt. Zu dieser Gruppe zählen nur zwei der im Rahmen der Ersteingliederung befragten Kundinnen und Kunden. Sie gaben an, dass sie sich gut beraten fühlten, obwohl bei beiden die nun umgesetzte Maßnahme nicht der vorherigen Erwartung an die berufliche Rehabilitation entsprach. Mit der letztlich ausgewählten Maßnahme waren die Befragten aufgrund der Hinweise und Erklärung der Beraterin oder des Beraters aber zufrieden und ihrer beruflichen Zukunft gegenüber positiv eingestellt.

Die vier eher unzufriedenen Kundinnen und Kunden gaben an, dass sie ihre Beraterin oder ihren Berater eher als Helfer erlebt haben, der zum Teil auch die Entscheidung über die Maßnahme getroffen hat. Kundinnen und Kunden, die zu dieser Gruppe gehören, sahen die Entscheidungsgewalt eher nicht bei sich und gaben zum Teil an, sich gezwungen zu fühlen eine Maßnahme zu besuchen um zumindest eine Chance zur Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben. Diese Kundinnen und Kunden sahen ihre einstigen beruflichen Ziele und Wünsche im Rahmen der Beratung und Rehabilitation eher nicht beachtet. So gab beispielsweise eine Kundin der Wiedereingliederung an, dass ihre Vorstellung trotz selbstständiger Informationssuche und Kontaktaufnahme zu möglichen Trägern durch den Berater nicht beachtet wurden und die letztendlich realisierte Maßnahme durch die Einschätzung des Beraters bestimmt wurde. Drei der vier Kunden, welche die Reha-Beratung so beschrieben, sahen für sich selbst eher schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Eine Kundin dieser Gruppe zeigte sich trotz dieser Art der Beratung zuversichtlich, da sie ihre Eigenaktivität und ihr Engagement als Vorteil sieht. Hingegen sahen sechs von acht der Kundinnen und Kunden, die die Beratung positiv beschrieben, gute Chancen für ihre berufliche Zukunft. Zwei Kundinnen und Kunden, die die Beratung zwar als positiv einschätzten, ihre Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt trotzdem eher schlecht einschätzten, begründeten dies mit ihren individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Schwangerschaft.

Einer der befragten Rehabilitanden ist in diese Analyse nicht eingegangen, weil dessen Maßnahmen in Kostenträgerschaft und Betreuung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) lagen. Er beschrieb, dass Maßnahmenauswahl und Beantragung in großer Eigenverantwortung und ohne ausführliche Beratung durch Mitarbeiter der DRV stattfanden. Aussagen der unterschiedlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner waren ihm gegenüber klar und nachvollziehbar. Er merkte an, dass dieser Prozess vor allem von seiner Aktivität geprägt war (Fallskizze 11).

Insgesamt zeigten sich die befragten Kundinnen und Kunden als eher zufrieden als unzufrieden mit der Beratung im Bereich des Reha-Teams. Deutlich gemacht werden konnte aber auch, dass diese Einschätzung durchaus unterschiedlich ausfällt und vor allem an die

Person der Beraterin oder des Beraters gebunden ist und weniger an Strukturen oder Prozessvorgaben. So gab nur eine befragte Person an, dass Ansprechpartner nicht immer klar waren. Tendenziell gibt es Unterschiede in der Einschätzung der Beratung, der Prozessgestaltung und insbesondere der Zuweisung von LTA zwischen den Probanden, zu denen der Kontakt über die Agenturen vermittelt worden war, und denen, die durch Netzwerke des Auftragnehmers identifiziert wurden. Unklare Zuständigkeiten, mangelnde Mitwirkungsmöglichkeit und eine kritische Wertung der „zugewiesenen“ Maßnahme finden sich bei den „Agentur-Probanden“ seltener als bei denen, die durch den Auftragnehmer gewonnen werden konnten.

Auch wenn die Fallskizzen nicht repräsentativ sind, so lässt sich aus den Befunden doch die Notwendigkeit ableiten, bei weiteren Implementationsstudien die Adressaten von LTA stärker in die Forschung mit einzubeziehen.

14.4 Erhebungsinstrumente

Für die Befragung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in den Arbeitsagenturen und den Grundsicherungsstellen wurden halbstandardisierte Leitfäden verwendet. Für die Online-Befragung der Stichprobe der Arbeitsagenturen und für die Träger der Grundsicherung wurden drei Fragebögen entwickelt. Jeweils ein Fragebogen für die Arbeitsagenturen richtete sich an die Teamleiterinnen bzw. Teamleiter der Reha-Teams sowie an (bis zu fünf) Reha-Beraterinnen und Reha-Berater. Der Fragebogen für die Grundsicherungsstellen war an die Geschäftsführungen adressiert und sollte auch von diesen ausgefüllt werden.

14.4.1 Leitfäden in Grundsicherungsstellen

Die Fragen an die Grundsicherungsstellen richteten sich im Kern auf die interne Organisation, auf Fragen zur Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit, zur Beziehung mit den Kundinnen und Kunden sowie Fragen zu den Maßnahmen und Leistungen.

Fragen zur internen Organisation

- Sind für Fragen der Rehabilitation eigenständige Einheiten ausdifferenziert (z. B. Arbeitskreise oder Spezialisierungen von PAP) oder bleiben diese ausschließlich Querschnittsaufgabe z. B. aller PAP?
- Wie gestalten sich interne Abläufe und das Qualitätsmanagement in Bezug auf Reha-Fragen (z. B. Fallkonferenzen, Personalentwicklung, Controllingprozesse, Schulungen)?

Fragen zur Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit

- Wie sehen Abläufe an der Schnittstelle zwischen Grundsicherungsstellen und Agenturen für Arbeit aus?
- Wie gestalten sich die Kommunikationsprozesse, Abstimmungen und Aufgabenteilungen konkret?
- Wie greifen Prozessverantwortung und Integrationsverantwortung ineinander?
- Welche Probleme treten an dieser Schnittstelle auf, wie werden sie gelöst und was sind Erfolgsfaktoren für reibungslose und bedarfsorientierte Abläufe?

Fragen zur Beziehung mit den Kundinnen und Kunden

- Wie ist die Identifizierung potenzieller Reha-Fälle organisiert, wo treten ggf. Probleme auf?
- Wie gestaltet sich die Interaktion mit den Kundinnen und Kunden und inwieweit ist darin der Empowerment-Ansatz verankert?
- Wo werden Optimierungsbedarfe gesehen, wo gute Praxis?

Fragen zu den Maßnahmen/Leistungen

- Welche Erfahrungen liegen über die Erfolgsfaktoren der unterschiedlichen Maßnahmen bzw. Passgenauigkeit von Zuweisungen vor?
- Wie bewerten Grundsicherungsstellen die Entscheidungen der Reha-Beratungen?
- Welche Einflussmöglichkeiten besitzen sie und welche davon werden genutzt?
- Welchen Stellenwert hat die Anschlussbetreuung?

14.4.2 Leitfäden in Arbeitsagenturen

Zentrale Fragen in den Agenturen für Arbeit richteten sich im Kern auf die interne Organisation, auf Fragen zur Zusammenarbeit mit den Trägern der Grundsicherung, Fragen zur Beziehung mit den Kundinnen und Kunden sowie Fragen zu den Maßnahmen und Leistungen. Aufgrund der anderen Aufgaben und Organisationsstrukturen als in den Grundsicherungsstellen wurden Fragen zur internen Organisation weniger offen formuliert als in den Grundsicherungsstellen. Hinsichtlich der Maßnahmen und Leistungen wurde vertieft, welche Faktoren die Entscheidung über bestimmte (Sets von) Maßnahmen nach Einschätzung der Reha-Berater maßgeblich beeinflussen. Darüber hinaus wurden die Ärztlichen und Psychologischen Dienste einbezogen und zu Kommunikationsprozessen und Optimierungsmöglichkeiten an der Schnittstelle zu Vermittlerinnen und Vermittlern/Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern befragt.

Fragen zur internen Organisation

- Wie gestalten sich die Zugangswege zu Reha-Maßnahmen in der Erst- und Wiedereingliederung, auch unter dem Gesichtspunkt unterschiedlicher Rechtskreiszugehörigkeit (siehe auch unten)?
- Wie sind die AA- internen Arbeits- und Abstimmungsabläufe strukturiert? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit/Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen „Einheiten“ (bspw. Team U25, RehaB, Ärztl./Psych. Dienst)?
- Welche Verfahren haben sich etabliert?
- Welche Routinen zur Anerkennung nach § 19 SGB III gibt es? Welche Stellen/Personen sind daran beteiligt?
- Wie gestaltet sich das Qualitätsmanagement in Bezug auf Reha-Fragen (z. B. gemeinsame Fallkonferenzen, Controllingprozesse, Schulungen)?

Fragen zur Zusammenarbeit mit den Grundsicherungsstellen

- Wie sehen Abläufe an der Schnittstelle zwischen Jobcenter und Agenturen für Arbeit aus?
- Wie gestalten sich die Kommunikationsprozesse, Abstimmungen und Aufgabenteilungen konkret)?
- Wie greifen Prozessverantwortung und Integrationsverantwortung ineinander?
- Welche Probleme treten an dieser Schnittstelle auf, wie werden sie gelöst und was sind Erfolgsfaktoren für reibungslose und bedarfsorientierte Abläufe?

Fragen zur Beziehung mit den Kundinnen und Kunden

- An welchen Stellen gibt es Verantwortung für die Identifikation von Reha-Fällen?
- Wo treten ggf. Probleme auf?

- Wie gestaltet sich die Interaktion mit den Kundinnen und Kunden und inwieweit ist darin der Empowerment-Ansatz verankert?
- Wo werden Optimierungsbedarfe gesehen, wo gute Praxis?

Fragen zu den Maßnahmen / Leistungen

- Welche Kriterien liegen der Auswahl von Maßnahmen zugrunde und welche (externen und internen) Einflussfaktoren sind relevant?
- Welchen Gestaltungsspielraum besitzen die RehaB?
- Welche Erfahrungen liegen über die Erfolgsfaktoren der unterschiedlichen Maßnahmen bzw. Passgenauigkeit von Zuweisungen vor? Inwieweit werden diese Erfahrungen im Rahmen des Qualitätsmanagements an andere weitergegeben?
- Welchen Stellenwert hat die Anschlussbetreuung?

Ärztlicher und Psychologischer Dienst

- Wer beauftragt den ÄD/PD (in Abhängigkeit von Erst- und Wiedereingliederung und Rechtskreiszugehörigkeit)?
- Worin unterscheiden sich die Fragestellungen (in Abhängigkeit von Erst- und Wiedereingliederung und Rechtskreiszugehörigkeit)?
- Nach welchen Kriterien wird entschieden, welche Form der Untersuchung gewählt wird?
- Inwieweit kann im Rahmen der Begutachtung auf konkrete Maßnahmen (LTA) Bezug genommen werden?
- Inwieweit dienen die Zielfragen des RehaB oder des Vermittlers als Orientierung für die Begutachtung?
- Welche Einschätzung gibt es zu der ICD und die ICF-Codierung im Kontext von ärztlichen Gutachten um Problemlagen und Integrationschancen angemessen zu beschreiben?

14.4.3 Standardisierte Befragung der Reha-Teamleitungen

Technische Hinweise zum Fragebogen

- **Bitte speichern.** Sie dieses Word-Formular zunächst auf Ihrer Festplatte. Für die Beantwortung klicken Sie auf die jeweiligen Ankreuz- und Auswahlfelder oder geben Text in die dafür vorgesehenen, gelb markierten Felder ein. Anschließend speichern Sie erneut und senden die gespeicherte Datei als Anhang einer E-Mail zurück an befragung-hta@interval-berlin.de. Zum Schutz Ihrer Daten können Sie die gespeicherte Datei und E-Mail nach der erfolgreichen Versendung auf Ihrem Rechner löschen.
- Um den Aufwand für das Reha-Team bzw. die Agentur zu begrenzen, beschränken wir uns auf die Befragung der Reha-Teamleitungen und Reha-Berater/-innen, auch wenn einzelne Fragen möglicherweise detaillierter von anderen Personen beantwortet werden können, z. B. aus der Reha-Vermittlung oder Reha-Sachbearbeitung. Wir bitten Sie, diese Fragen aus Ihrer Perspektive als Teamleitung **nach bestem Wissen** mit zu beantworten.
- Mehrfach bitten wir um Zahlenangaben, obwohl Ihnen möglicherweise exakte Daten dazu nicht vorliegen oder nur mit hohem Aufwand recherchiert werden können. Hier haben wir dem Eingabefeld jeweils ein „ca.“ vorangestellt, Ihre **Schätzungen** sind dann immer hinreichend.
- Bitte lassen Sie keine Zeile und keine Frage nach Zahlenangaben frei, wenn Sie eine Aussage beabsichtigen:
 - Wenn in Fragenblöcken eine Antwortkategorie nicht passt, kreuzen Sie bitte „Jrift nicht zu“ an, statt diese Zeile freizulassen.
 - Wenn nach Zahlen gefragt wurde und Ihre Aussage „keine“ lauten soll, tragen Sie bitte eine 0 ein.
 - Selbstverständlich ist Ihre Mitwirkung letztlich freiwillig, und Sie können in diesem Sinn einzelne Fragen überspringen, wenn Sie diese definitiv nicht beantworten möchten.
- Bitte verzichten Sie dort, wo nach Zahlen gefragt wird, auf erläuternde Zusatzangaben wie „von bis“ oder „mehr als“. Wenn Sie Erläuterungen für notwendig halten, bitten wir Sie, diese am Ende des Fragebogens in das dafür vorgesehene Textfeld (Frage 25) einzugeben.
- Alle Fragen, für die nichts anderes vermerkt ist, beziehen sich auf das vergangene Jahr zwischen Juli 2010 und Juni 2011. Fragen, die sich auf die „aktuelle“ Situation beziehen, beantworten Sie bitte für den Stichtag 30. Juni 2011.

2

Befragung von Leiterinnen und Leitern der Reha-Teams

im Rahmen der Implementationsstudie 1 zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Berlin, 15. August 2011

Sehr geehrte Leiterinnen und Leiter der Reha-Teams,

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) führt die INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Lehrstuhl für soziale und berufliche Rehabilitation, Universität Magdeburg, eine Studie (Implementationsstudie 1) durch, für die wir um Ihre Mitwirkung bitten. Die Befragung ist mit der Bundesagentur für Arbeit abgestimmt (siehe Begleitschreiben). Für die Beantwortung benötigen Sie ca. 25 Minuten.

- **Hintergrund der Befragung.** Trotz ihrer großen Bedeutung sind Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben (LTA) bislang keiner systematischen Evaluation unterzogen worden. Vor diesem Hintergrund strebt das BMAS an, die Wirkungen der LTA über ein mehrstufiges, modular gegliedertes Vorhaben zu untersuchen. Die Implementationsstudie 1 soll als eines dieser Module inhaltliche Ergebnisse zum Verlauf, zu Problemen und Problemlösungsmöglichkeiten im Prozess der LTA liefern. Sie unterstützt damit auch die derzeit vom IAB durchgeführte Prozessdatenanalyse. Im Rahmen der Implementationsstudie 1 führte INTERVAL seit Anfang des Jahres bereits mehrere qualitative regionale Fallstudien durch. Diese Befragung ergänzt die Fallstudien durch standardisierte Daten aus über 100 ausgewählten Agenturbezirken.
- **Datenschutz.** Die Daten werden nicht für Benchmarking- oder Controllingzwecke genutzt. Weder Ihre Vorgesetzten noch die Bundesagentur für Arbeit noch das BMAS erhalten Informationen darüber, was Sie im Einzelfall zum Prozess der Rehabilitation in Ihrer Agentur angeben. Ihre Angaben werden ausschließlich für den Zweck der Evaluation von LTA den damit betrauten Forschungssituationen zugänglich gemacht. Dritte erhalten ausschließlich aggregierte und damit anonymisierte Ergebnisse. Ihre Mitwirkung ist freiwillig.
- **Rücksendung.** Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend, spätestens aber bis zum 16. September zurück an befragung-hta@interval-berlin.de.
- **Befragung von Reha-Beraterinnen und Beratern:** Um Verwechslungen zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, dass auch die einzelnen Reha-Beraterinnen und -Berater befragt werden, nicht jedoch mit diesem Fragebogen. Sie erhalten gesonderte Fragen.
- **Bitte lesen Sie aufmerksam die technischen Hinweise** zum Ausfüllen des Fragebogens auf der nachfolgenden Seite.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns vielmals.

Mit besten Grüßen

Jörn Sommer

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen:

Dr. Jörn Sommer
INTERVAL GmbH
Habersaatthor, 58
10115 Berlin

E-Mail (Rückfragen): jsommer@interval-berlin.de
E-Mail (Rücksendung): befragung-hta@interval-berlin.de
Fax: 030 498 54 970

1

20. **Welche Faktoren haben die Maßnahmenauswahl der Reha-Berater/-innen zwischen Juli 2010 und Juni 2011 beeinflusst?**
(und damit die Verteilung / Struktur der ausgewählten Maßnahmen mitbestimmt)

	kein ...	geringer ...	großer ...	zentraler ...	Einfluss
Autonome Einschätzungen der Reha-Berater/-innen, welche Maßnahmen in jedem Einzelfall größte Förderwirkungen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategische Vorgaben von Ihnen (der Reha-Team-Leitung), bestimmte Maßnahmen verstärkt und andere weniger zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategische Vorgaben von der Bereichsleitung oder Geschäftsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategische Vorgaben von der Regionaldirektion oder Zentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die verfügbaren finanziellen Mittel der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Standorts (z. B. Verfügbarkeit von Betrieben für bestimmte Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlungen von Maßnahmenanbietern zur Konzeption des lokalen LTA-Portfolios (z. B. über Beratungsleistungen oder Netzwerke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine systematische Analyse, welche Maßnahmen in Ihrem Agenturbezirk größere und welche geringere Wirkungen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Strategien

21. **Welche Aussagen beschreiben die Prämissen Ihrer Entscheidungen?**

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Um LTA zu erhalten, wird eine hohe Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung vorausgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den Aufgaben der Reha-Beratung zählt, die Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung zu fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein wesentliches Ziel ist die Nachhaltigkeit des Eingliederungserfolgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein wesentliches Ziel besteht im schnellen Eingliederungserfolg zum Zeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Rehabilitanden/-innen in gleicher Intensität zu fördern, ist eine Frage der Gerechtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist gerechtfertigt, jene Rehabilitanden/-innen stärker zu fördern, bei denen die Förderung besonders große Wirkungen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Eingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Eingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um vorgegebene Integrationsquoten zu erfüllen, muss man sich um jeden Einzelfall maximal bemühen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgegebene Integrationsquoten lassen sich auch auf anderem Weg erfüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgabe der Rehabilitation ist auch, Rehabilitanden/-innen geschützte Räume für deren Kompetenzentwicklung bereitzustellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch Rehabilitationsprozesse sollten eine größtmögliche Betriebsnähe besitzen, um die Übergangschancen zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

22. **Wie sollten Ihrer Einschätzung nach Rehabilitanden/-innen in der Erstingliederung im Vergleich zu Rehabilitanden/-innen in der Wiedereingliederung gefördert werden?**

	weniger stark	genauso stark	stärker
23. Wie wird auf eine fehlende Mitwirkung der Rehabilitanden/-innen reagiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanktionen sind Teil der Aktivierungsstrategie und werden häufig eingesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Reha-Akte wird geschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Reha-Akte wird ruhen gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. **Auf welche Weise werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Reha-Prozess berücksichtigt?**

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Die Reha-Berater/-innen werden zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Beratungsprozess geschult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Auswahl von Maßnahmen wird die Chancengleichheit zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gefördert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikatoren der Qualitätssicherung werden nach Geschlecht differenziert ausgewertet (z. B. eine eigene Integrationsquote für Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Fragebogen ist hiermit zu Ende! Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte speichern Sie den Fragebogen und senden Sie diese Datei anschließend per E-Mail zurück an befragung-ia@interval-berlin.de

25. **Bei Bedarf: Erläuterungen zu den von Ihnen gemachten Angaben:**

Bei Bedarf: Anmerkungen der Evaluation:

8

14.4.4 Standardisierte Befragung der Reha-Beratungen

Technische Hinweise zum Fragebogen

- Bitte **speichern** Sie dieses Word-Formular zunächst auf Ihrer Festplatte. Für die Beantwortung klicken Sie auf die jeweiligen Ankreuz- und Auswahlfelder oder geben Text in die dafür vorgesehenen gelb markierten Felder ein. Anschließend speichern Sie erneut und senden die gespeicherte Datei als Anhang einer E-Mail zurück an befragung-hta@interval-berlin.de. Zum Schutz Ihrer Daten können Sie die gespeicherte Datei und E-Mail nach der erfolgreichen Versendung auf Ihrem Rechner löschen.
- Um den Aufwand für das Reha-Team bzw. die Agentur zu begrenzen, beschränken wir uns auf die Befragung der Reha-Teamlieferungen und Reha-Berater/-innen, auch wenn einzelne Fragen möglicherweise detaillierter von anderen Personen beantwortet werden können, z. B. aus der Reha-Vermittlung oder Reha-Sachbearbeitung. Wir bitten Sie, diese Fragen aus Ihrer Perspektive als Reha-Berater/-innen **nach bestem Wissen** mit zu beantworten.
- Mehrfach bitten wir um Zahlenangaben, obwohl Ihnen möglicherweise exakte Daten dazu nicht vorliegen oder nur mit hohem Aufwand rechnerisch werden können. Hier haben wir dem Eingabefeld jeweils ein „ca.“ vorangestellt, Ihre **Schätzung** sind dann immer hinreichend.
- Bitte lassen Sie keine Zeile und keine Frage nach Zahlenangaben frei, wenn Sie eine Aussage beabsichtigen:
 - Wenn in Fragenblöcken eine Antwortkategorie nicht passt, kreuzen Sie bitte „trifft nicht zu“ an, statt diese Zeile freizulassen.
 - Wenn nach Zahlen gefragt wurde und Ihre Aussage „keine“ lauten soll, tragen Sie bitte eine 0 ein.
 - Selbstverständlich ist Ihre Mitwirkung leizlich freiwillig, und Sie können in diesem Sinn einzelne Fragen überspringen, wenn Sie diese definitiv nicht beantworten möchten.
 - Darüber hinaus: Wenn Sie nur für Wiedereingliederung zuständig sind, sind die Fragen speziell zur Erstengliederung von Ihnen zu überspringen – und umgekehrt.
- Bitte verzichten Sie dort, wo nach Zahlen gefragt wird, auf erläuternde Zusatzangaben wie „von bis“ oder „mehr als“. Wenn Sie Erläuterungen für notwendig halten, bitten wir Sie, diese am Ende des Fragebogens in das dafür vorgesehene Textfeld (Frage 38) einzugeben.
- Alle Fragen, für die nichts anderes vermerkt ist, beziehen sich auf das vergangene Jahr zwischen Juli 2010 und Juni 2011. Fragen, die sich auf die „aktuelle“ Situation beziehen, beantworten Sie bitte für den Stichtag 30. Juni 2011.
- Einzelne unserer Fragen beziehen sich auf eine Zufallsauswahl Ihrer Reha-Fälle, wobei die Fragen aus Datenschutzgründen so gestellt sind, dass weder Gesundheitsdaten erfragt werden noch Rückschlüsse auf konkrete Personen möglich sind. Nennen Sie bitte unter keinen Umständen Namen Ihrer Rehabilitanden/-innen.

2

Befragung von Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern

im Rahmen der Implementationsstudie 1 zur
Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Berlin, 15. August 2011

Sehr geehrte Reha-Beraterinnen und Reha-Berater,

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) führt die INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Leitstuf für soziale und berufliche Rehabilitation, Universität Magdeburg, eine Studie (Implementationsstudie 1) durch, für die wir um Ihre Mitwirkung bitten. Die Befragung ist mit der Bundesagentur für Arbeit abgestimmt (siehe Begleitschreiben). Für die Beantwortung benötigen Sie ca. 45 Minuten.

- **Hintergrund der Befragung:** Trotz ihrer großen Bedeutung sind Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben (LTA) bislang keiner systematischen Evaluation unterzogen worden. Vor diesem Hintergrund strebt das BMAS an, die Wirkungen der LTA über ein mehrstufiges, modular gegliedertes Vorhaben zu untersuchen. Die Implementationsstudie 1 soll als eines dieser Module inhaltliche Ergebnisse zum Verlauf zu Problemen und Problemlösungsmöglichkeiten im Prozess der LTA liefern. Sie unterstützt damit auch die derzeit vom IAB durchgeführte Prozessdatenanalyse. Im Rahmen der Implementationsstudie 1 führte INTERVAL seit Anfang des Jahres bereits mehrere qualitative regionale Fallstudien durch. Diese Befragung ergänzt die Fallstudien durch standardisierte Daten aus über 100 ausgewählten Agenturbezirken.
- **Datenschutz:** Die Daten werden nicht für Benchmarking- oder Controllingzwecke genutzt. Weder Ihre Vorgesetzten noch die Bundesagentur für Arbeit noch das BMAS erhalten Informationen darüber, was Sie im Einzelfall zum Prozess der Rehabilitation in Ihrer Agentur angeben. Ihre Angaben werden ausschließlich für den Zweck der Evaluation von LTA den damit betrauten Forschungsinstitutionen zugänglich gemacht. Dritte erhalten ausschließlich aggregierte und damit anonymisierte Ergebnisse. Ihre Mitwirkung ist freiwillig.
- **Rücksendung:** Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend, spätestens aber bis zum 16. September zurück an befragung-hta@interval-berlin.de
- **Bitte lesen Sie aufmerksam die technischen Hinweise** zum Ausfüllen des Fragebogens auf der nachfolgenden Seite.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns vielmals.

Mit besten Grüßen

Jörn Sommer

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen:

Dr. Jörn Sommer
INTERVAL GmbH
Habersaatstr. 58
10115 Berlin

E-Mail (Rückfragen): j.sommer@interval-berlin.de
E-Mail (Rücksendung): befragung-hta@interval-berlin.de
Fon: 030 488 54 970
Fax: 030 488 54 971

1

A) Ihre Agentur für Arbeit

1. **Name der Agentur:** (erstellt)
Dienststellennummer:
 Datensatzhinweis: Angabe wird erfragt, um externe Daten zuspiegeln zu können. Es erfolgt keine Einzeldokumentation. Ihre Angabe wird gesondert gespeichert.

B) Fragen zu Ihrer Stelle und Ihrem Hintergrund

2. **Wie hoch ist Ihre reguläre Wochenarbeitszeit als Reha-Berater/-in?** (Stunden)
3. **Für wie viele Personen sind Sie aktuell zuständig?**
 Kunden/-innen insgesamt (Anzahl)
 Davon anerkannte Rehabilitanden/-innen (Anzahl)
 Davon anerkannte Rehabilitanden/-innen, mit denen Sie im letzten Monat Kontakt hatten (Anzahl)
4. **Wie groß ist der Anteil von Wiedereingliederungsfällen an Ihren aktuellen Rehabilitanden/-innen**
 0 % 5 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 95 % 100 %

5. **Wie viele Reha-Anträge bewilligten Sie zwischen Juli 2010 und Juni 2011?**

SGB III ca. (Anzahl)
 SGB II ca. (Anzahl)
 (Anzahl Jahre)

6. **Seit wie vielen Jahren sind Sie Reha-Berater/-in?** (Anzahl Jahre)

SGB III ca. (Anzahl)
 SGB II ca. (Anzahl)

7. **Welche beruflichen Abschlüsse bzw. Vorerfahrung (vor der Tätigkeit als Reha-Berater/-in) haben Sie? (ggf. Mehrfachangaben)**

- Abschluss als Fachangestellte / Fachangestellter für Arbeitsförderung
- Abschluss eines Studiums an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit
- Vorerfahrungen als Vermittler/-in oder Fallmanager/-in der Agentur oder Grundversicherung
- Andere Vorerfahrungen mit Fallmanagement (z. B. bei Bildungsträgern)
- Vorerfahrungen im Themenbereich „behinderte Menschen“
- Anderes (für Tätigkeit relevantes):

8. **Haben Sie Schulungen speziell zur Reha-Beratung erhalten?**

Nein Ja, im Umfang von ca. Stunden (Tagesveranstaltungen bitte in Stunden umrechnen)

9. **Ihr Geschlecht?**

Weiblich Männlich

3

C) Zugang von Rehabilitanden/-innen

10. **Gelangen alle potenziellen Rehabilitanden/-innen Ihrer Erfahrung nach hinreichend früh* für die Statusklärung zu den Reha-Berater/-innen?**

weiss nicht **(fast) keiner** **der größere Teil** **(fast) alle**

* „hinreichend früh“ in dem Sinn, dass weder Fehler der Kundensteuerung noch Verzögerungen der Agenturen über LTA-Verzögerungen des Eingliederungsprozesses bewirken

Im Prozess der Wiedereingliederung von SGB III

Im Prozess der Wiedereingliederung von SGB II

Im Prozess der Wiedereingliederung (SGB II und III)

11. **Wie groß ist der Anteil der Fälle, bei denen Ihre Prüfung ergibt, dass die Agentur für Arbeit nicht zuständig ist? (Sonderm z. B. die Rentenversicherung o. ä.)**

0 % ca. 5 % ca. 10 % ca. 20 % ca. 30 % ca. mehr als 30 %

12. **Wie häufig erfolgt die Klärung des Reha-Status auf Initiative der Kunden/-innen?**

keine Schätzung möglich ca. 0 % ca. 5 % ca. 10 % ca. 20 % ca. 30 % ca. mehr als 30 %

In der Wiedereingliederung:

In der Wiedereingliederung:

D) Anerkennung von Reha-Bedarfen

13. **In welchen Fällen bewilligen Sie Reha-Anträge bzw. erkennen Sie Reha-Bedarfe an?**

Wenn Behinderte (i. S. § 19 SGB III) nur allgemeine Leistungen benötigen, wird auf den Reha-Antrag verzichtet

Wenn Behinderte (i. S. § 19 SGB III) nur allgemeine Leistungen benötigen, werden gestellte Reha-Anträge abgelehnt

Behinderte (i. S. § 19 SGB III), deren Integrationschancen mit LTA nur geringfügig verbessert werden könnten, haben die gleiche Chance, eine Anerkennung als Rehabilitand/-in zu erhalten

Im vergangenen Jahr (Juli 2010 bis Juni 2011) gab es Fälle, in denen auf Antragstellungen oder Anerkennungen verzichtet wurde, weil vor Ort keine passenden LTA existierten

Eine geringe Motivation der Behinderten führt dazu, dass Anträge nicht ausgegeben werden

Die Anerkennung erfolgt nur, wenn die Behinderung für das Vermittlungsergebnis maßgeblich ist

(d. h. nicht wesentlich auf andere Ursachen zurückzuführen ist)

Die Anerkennung erfolgt, dem Grunde nach

(d. h. am Wortlaut von § 19 SGB III orientiert)

4

16. Fragen zum zweiten Fall

- a) Monat und Jahr der Anerkennung: _____
- b) Art der Eingliederung: Wiedereingliederung Wiederengliederung
- c) Geschlecht: Männlich Weiblich
- d) Alter: unter 25 25 bis 30 31 bis 40 41 bis 50 über 50
- e) Dauer bisheriger Leistungsbezug: ca. _____ (Monate)
- f) Ihre Einschätzung zur Ausgangssituation:
 (z. B. Qualifikation, Motivation, lokaler Arbeitsmarkt, Behinderungen) wäre in diesem Fall die Eingliederungschance ohne Maßnahme ...
 sehr gering (unter 5 %) gering (5 - 10 %) mittel (10 - 30 %) groß (30 - 60 %) sehr groß (über 60 %)
- g) Ausgewählte Maßnahme / Maßnahmen:
 (Benennung an coSach NT orientiert)
1. Maßnahme: _____
 ggf. 2. Maßnahme: _____
 ggf. 3. Maßnahme und weitere: _____
- h) Hätte es (bundesweit) eine alternative Maßnahme gegeben, von der Sie auf den konkreten Fall bezogen eine höhere Förderwirkung erwarteten?
 Nein Ja
 → weiter bei Frage 17
- i) Welche alternative Maßnahme wäre dies?
 andere: _____
- j) Aus welchen Gründen wurde diese alternative Maßnahme nicht gewählt?
 (Mehrfachangaben)
 Es gab die Maßnahme nicht vor Ort
 Die Kosten standen in keinem Verhältnis zum erwarteten Mehrwert
 Die Kundin / der Kunde wollte nicht
 Anders: _____

7

17. Fragen zum dritten Fall

- a) Monat und Jahr der Anerkennung: _____
- b) Art der Eingliederung: Wiedereingliederung Wiederengliederung
- c) Geschlecht: Männlich Weiblich
- d) Alter: unter 25 25 bis 30 31 bis 40 41 bis 50 über 50
- e) Dauer bisheriger Leistungsbezug: ca. _____ (Monate)
- f) Ihre Einschätzung zur Ausgangssituation:
 (z. B. Qualifikation, Motivation, lokaler Arbeitsmarkt, Behinderungen) wäre in diesem Fall die Eingliederungschance ohne Maßnahme ...
 sehr gering (unter 5 %) gering (5 - 10 %) mittel (10 - 30 %) groß (30 - 60 %) sehr groß (über 60 %)
- g) Ausgewählte Maßnahme / Maßnahmen:
 (Benennung an coSach NT orientiert)
1. Maßnahme: _____
 ggf. 2. Maßnahme: _____
 ggf. 3. Maßnahme und weitere: _____
- h) Hätte es (bundesweit) eine alternative Maßnahme gegeben, von der Sie auf den konkreten Fall bezogen eine höhere Förderwirkung erwarteten?
 Nein Ja
 → weiter bei Frage 18
- i) Welche alternative Maßnahme wäre dies?
 andere: _____
- j) Aus welchen Gründen wurde diese alternative Maßnahme nicht gewählt?
 (Mehrfachangaben)
 Es gab die Maßnahme nicht vor Ort
 Die Kosten standen in keinem Verhältnis zum erwarteten Mehrwert
 Die Kundin / der Kunde wollte nicht
 Anders: _____

8

F) Fragen zu den Maßnahmen (bsgl. aller Fälle, nicht nur die vier zufällig ausgewählten)

19. **Wie bewerten Sie die im Agenturbezirk für die Rehabilitanden/-Innen verfügbaren Angebote?**

Die breite Palette bietet jedem ein passendes Angebot
Die Träger setzen die Angebote in guter Qualität um

trifft nicht zu trifft eher nicht zu trifft eher zu trifft zu

20. **Falls zwischen Juli 2010 und Juni 2011 nicht immer die Maßnahmen mit der größten Förderwirkung ausgewählt oder genutzt wurden: Aus welchen Gründen?**

- Keine solche Fälle zwischen Juli 2010 und Juni 2011 → weiter bei Frage 21
- Weil Rahmenbedingungen für Rehabilitanden/-Innen ungünstig waren (z. B. weit entfernter Maßnahmenort oder fehlende Kinderbetreuung)
- Weil es Rehabilitanden/-Innen an Motivation hierfür mangelte
- Weil Rehabilitanden/-Innen Einkommenseinbußen während der Maßnahme nicht tragen konnten oder wollten
- Weil es ihnen oder den Rehabilitanden/-Innen zu lange gedauert hätte, bis sich für die passende Gruppenmaßnahme hinreichend andere Teilnehmende gefunden hätten
- Weil die Agentur/diese Maßnahmen nicht eingekauft hätte
- Weil die Haushaltsmittel der Agentur nicht ausreichten
- Weil die Grundsicherungsstelle diese Maßnahme aus Kostengründen nicht umsetzte

Anders:

21. **Falls es aktuell Rehabilitanden/-Innen gibt, die bislang keine Maßnahme begannen, obwohl Ihre Reha-Anerkennung mindestens ein Jahr zurück liegt: Aus welchen Gründen?**

- Keine solche Fälle zwischen Juli 2010 und Juni 2011 → weiter bei Frage 23
- Weil passende Maßnahmen fehlten, von denen eine nennenswerte Förderwirkung zu erwarten wäre
- Weil diese Rehabilitanden/-Innen aus individuellen Gründen mehr Zeit für die Entscheidung benötigten, welches die für sie geeigneten Maßnahmen sind (Zeit, die ihnen gewährt wird)
- Weil darauf gewartet wurde, dass passende Angebote beginnen bzw. sich hinreichend viele Teilnehmende finden

Anders:

22. **Bitte vergleichen Sie die Ausgangssituation dieser Rehabilitanden/-Innen ohne Maßnahmen (Frage 21) mit der aller anderen Rehabilitanden/-Innen:**

Ihre Eingliederungschancen waren ...

stark unterdurchschnittlich eher unterdurchschnittlich durch-schnittlich eher überdurchschnittlich stark überdurchschnittlich

10

18. Fragen zum vierten Fall

a) Monat und Jahr der Anerkennung:

b) Art der Eingliederung:

c) Geschlecht:

d) Alter:

e) Dauer bisheriger Leistungsbezug:

f) Ihre Einschätzung zur Ausgangssituation:
(z. B. Qualifikationen, Motivation, lokaler Arbeitsmarkt, Behinderungen) wäre in diesem Fall die Eingliederungschance ohne Maßnahme ...

g) Ausgewählte Maßnahme / Maßnahmen:
(Benennung an co.Sach NT orientiert)

1. Maßnahme:

ggf. 2. Maßnahme:

ggf. 3. Maßnahme und weitere:

h) Hätte es (bundesweit) eine alternative Maßnahme gegeben, von der Sie auf den konkreten Fall bezogen eine höhere Förderwirkung erwarteten?

i) Welche alternative Maßnahme wäre dies?

j) Aus welchen Gründen wurde diese alternative Maßnahme nicht gewählt?
(Mehrfachangaben)

Bitte Datum auswählen

Ersteingliederung Wiedereingliederung

Männlich Weiblich

unter 25 25 bis 30 31 bis 40 41 bis 50 über 50

ca. (Monate)

sehr gering (unter 5 %) gering (5 - 10 %) mittel (10 - 30 %) groß (30 - 60 %) sehr groß (über 60 %)

Bitte auswählen oder andere Maßnahme unten nennen

andere:

Bitte auswählen oder andere Maßnahme unten nennen

andere:

Bitte auswählen oder andere Maßnahme unten nennen

andere:

Nein

→ weiter bei Frage 19

Ja

Bitte auswählen oder andere Maßnahme unten nennen

andere:

Es gab die Maßnahme nicht vor Ort
 Die Kosten standen in keinem Verhältnis zum erwarteten Mehrwert
 Die Kundin / der Kunde wollte nicht

Anders:

9

g) Strategien

23. Welche Aussagen beschreiben die Prämissen Ihrer Entscheidungen?

Um LTA zu erhalten, wird eine hohe Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung vorausgesetzt	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Zu den Aufgaben der Reha-Beratung zählt, die Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung zu fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein wesentliches Ziel ist die Nachhaltigkeit des Eingliederungserfolgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein wesentliches Ziel besteht im schnellen Eingliederungserfolg zum Zeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Rehabilitanden/-innen in gleicher Intensität zu fördern, ist eine Frage der Gerechtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist gerechtfertigt, jene Rehabilitanden/-innen stärker zu fördern, bei denen die Förderung besonders große Wirkungen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Eingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Wiedereingliederung ist Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um vorgegebene Integrationsquoten zu erfüllen, muss man sich um jeden Einzelfall maximal bemühen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Integrationsquoten lassen sich auch auf anderem Weg erfüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgabe der Rehabilitation ist auch, Rehabilitanden/-innen geschützte Räume für deren Kompetenzentwicklung bereitzustellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch Rehabilitationsprozesse sollten eine größtmögliche Betriebsnähe besitzen, um die Übergangschancen zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie sollten Ihrer Einschätzung nach Rehabilitanden/-innen in der Eingliederung im Vergleich zu Rehabilitanden/-innen in der Wiedereingliederung gefördert werden?

weniger stark	genauso stark	stärker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. In welchen Fällen der Ersteingliederung wählen Sie die Reha-spezifische statt der allgemeinen bvB oder baE? (unabhängig, ob Ihre Einschätzung oder die des PD / AD den Ausschlag gibt)

<input type="checkbox"/> Nur wenn erfolgreiche Teilnahme an allgemeiner bvB oder BaE unwahrscheinlich ist (z. B. Abbrüche oder Nichtbestehen von Anschlussprüfungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auch in anderen Fällen (z. B. Abbrüche oder Nichtbestehen von Prüfungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bVb oder BaE jedoch im individuellen Fall die Übergangs-/Eingliederungschance erhöht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. In welchen Fällen wählen Sie Maßnahmen in besonderen Einrichtungen statt ausgeschriebene Maßnahmen? (unabhängig, ob Ihre Einschätzung oder die des PD / AD den Ausschlag gibt)

<input type="checkbox"/> Nur wenn erfolgreiche Teilnahme an ausgeschriebenen Maßnahmen unwahrscheinlich ist (z. B. Abbrüche oder Nichtbestehen von Prüfungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auch in anderen Fällen (z. B. wenn erfolgreiche Teilnahme an ausgeschriebenen Maßnahmen zwar wahrscheinlich ist, die besonderen Einrichtungen jedoch im individuellen Fall die Übergangs-/Eingliederungschance erhöhen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11

27. In welchen Fällen der Wiedereingliederung wählen Sie Weiterbildungen mit Abschluss statt Weiterbildungen ohne Abschluss?

<input type="checkbox"/> Nur wenn Weiterbildungen ohne Abschluss nicht erfolgreich sein können (bzgl. wenn sie für Erhalt oder Erlangung eines leistungsgerechten Arbeitsplatzes nicht hinreichend sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auch in anderen Fällen (z. B. wenn Weiterbildungen mit Abschluss im individuellen Fall die Übergangs-/Eingliederungschancen stärker erhöhen als Weiterbildungen ohne Abschluss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Wie reagieren Sie, wenn die Maßnahme mit der voraussichtlich größten Förderwirkung nicht innerhalb von einem Jahr beginnen kann?

<input type="checkbox"/> trifft nicht zu / Fall gab es zwischen Juli 2010 und Juni 2011 nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Es wird möglichst auf diese Maßnahme gewartet (Wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt beginnt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Es wird möglichst eine früher beginnende alternative Maßnahme ausgewählt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Wenn die Hauptmaßnahmen erst Monate nach deren Auswahl beginnen: Wie häufig nutzen Sie Vorbereitungsmaßnahmen, um die Zeit der Rehabilitanden/-innen zu nutzen?

nie	selten	häufig	immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Wie wirken sich zwischen Juli 2010 und Juni 2011 finanzielle Fragen auf Ihre Wahl von Maßnahmen aus?

trifft nicht zu, Auswahlscheidungs wird unmittelbar vor Beginn getroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft nicht zu, Auswahlscheidungs wird unmittelbar vor Beginn getroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurde die Maßnahmen mit der größten Förderwirkung gewählt, vollständig unabhängig davon, wie viel sie kosten (Kosten nur berücksichtigt, wenn alternative Maßnahmen gleiche Förderwirkung hatte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teuere Maßnahmen wurden nur gewählt, wenn die Kosten im angemessenen Verhältnis zu den Förderwirkungen standen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine stärkere Auswahl betrieblicher / betrieblicher Angebote reduzierte Kosten und erhöhte zugleich die Erfolgschancen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch verzögerte Eintritte in Maßnahmen ließen sich Kosten hinauschieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In jedem Einzelfall wurde kritisch gefragt, ob kostengünstigere Maßnahmen vergleichbare Förderwirkungen erzielen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte kostenintensive Maßnahmen konnten nicht gewählt werden, obwohl Bedarf daran bestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für den SGB II-Bereich wurde darauf verzichtet, immer die Maßnahmen mit größter Förderwirkung zu empfehlen, wenn erwartet wurde, dass eine solche Empfehlung nicht angenommen worden wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

H) Geschlechtsspezifische Unterschiede im Reha-Prozess

31. Inwieweit sehen Sie geschlechtsspezifische Unterschiede im Reha-Prozess?

	weiß nicht	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Im Agenturbezirk neigen Frauen mit Behinderungen stärker als Männer zum Rückzug aus dem Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenzielle Reha-Bedarfe von Frauen werden von allen Beteiligten ebenso gut identifiziert wie die von Männern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen erhalten in der Erstingliederung seltener LTA als Männer, weil die ihren Wunscherufen entsprechenden Ausbildungen häufiger schulisch sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Maßnahmenangebot vor Ort ist für die Bedarfe von Rehabilitandinnen ebenso gut wie das für Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie nutzen besondere Beratungskonzepte, um zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Chancengleichheit zu fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I) Zeitlichkeit

32. Wie lange dauern in einem durchschnittlichen Erstingliederungs-Fall folgende Phasen?

Die Antragstellung erfolgt...
Bitte auswählen: Vor / Nach dem Verlassen der Schule. Dazwischen liegen ... ca. Wochen

Zwischen Antragstellung und Anerkennung liegen ... ca. Wochen

Zwischen Anerkennung und Auswahl von Maßnahmen liegen ... ca. Wochen

Zwischen Auswahl und Beginn von Maßnahmen liegen ... ca. Wochen

33. Wie lange dauern in einem durchschnittlichen Wiedereingliederungs-Fall folgende Phasen?

Zwischen Erstkontakt mit der Reha-Beratung und Antragstellung liegen ... ca. Wochen

Zwischen Antragstellung und Anerkennung liegen ... ca. Wochen

Zwischen Anerkennung und Auswahl von Maßnahmen liegen ... ca. Wochen

Zwischen Auswahl und Beginn von Maßnahmen liegen ... ca. Wochen

34. Wann werden Rehabilitanden/-innen über den genauen Beginn der Maßnahmen informiert?

Zeitpunkt der Information in der Erstingliederung durchschnittlich ca. Wochen vor Beginn der Maßnahme

Zeitpunkt der Information in der Wiedereingliederung durchschnittlich ca. Wochen

35. Werden Rehabilitanden/-innen bereits vor der Auswahl konkreter Maßnahmen über die Zeitfenster der in ihrem Fall wahrscheinlichsten Maßnahmen informiert?

(z. B. durch Fallmanager, Berufsberatung oder beim Erstkontakt mit Ihnen)

In der Erstingliederung Ja Nein

In der Wiedereingliederung Ja Nein

J Absolventenmanagement

36. Welche Akteure sind wie stark in das Absolventenmanagement der Rehabilitanden/-innen eingebunden?

	nicht	wenig	stark	sehr stark
Im Bereich SGB III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie / Reha-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber-service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bereich SGB II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie / Reha-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallmanager/-innen, Persönliche Ansprechpartner/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber-service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Welchen Stellenwert messen Sie dem Absolventenmanagement bei?

	geringen	eher geringen	eher großen	großen
im Bereich SGB III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Bereich SGB II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der Fragebogen ist hiermit zu Ende!
 Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Bitte speichern Sie den Fragebogen und senden Sie diese Datei anschließend per E-Mail zurück an befragung-ita@interval-berlin.de

38. Bei Bedarf: Erläuterungen zu den von Ihnen gemachten Angaben:

Bei Bedarf: Anmerkungen der Evaluation:

14.4.5 Standardisierte Befragung der Geschäftsführenden der Grundsicherungsstellen

Technische Hinweise zum Fragebogen

- Bitte **speichern** Sie dieses Word-Formular zunächst auf Ihrer Festplatte. Für die Beantwortung klicken Sie auf die jeweiligen Ankreuz- und Auswahlfelder oder geben Text in die dafür vorgesehenen, gelb markierten Felder ein. Anschließend speichern Sie erneut und senden die gespeicherte Datei als Anhang einer E-Mail zurück an befragung-la@interval-berlin.de. Zum Schutz Ihrer Daten können Sie die gespeicherte Datei und E-Mail nach der erfolgreichen Versendung auf Ihrem Rechner löschen.
- Mehrfach bitten wir um Zahlenangaben, obwohl Ihnen möglicherweise exakte Daten dazu nicht vorliegen oder nur mit hohem Aufwand recherchiert werden können. Hier haben wir dem Eingabefeld jeweils ein „ca.“ vorangestellt. Ihre **Schätzungen** sind dann immer hinreichend.
- Bitte lassen Sie keine Zeile und keine Frage nach Zahlenangaben frei, wenn Sie eine Aussage beabsichtigen.
 - Wenn in Fragenblöcken eine Antwortkategorie nicht passt, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an, statt diese Zeile freizulassen.
 - Wenn nach Zahlen gefragt wurde und Ihre Aussage „keine“ lauten soll, tragen Sie bitte eine „0“ ein.
 - Selbstverständlich ist Ihre Mitwirkung letztlich freiwillig, und Sie können in diesem Sinn einzelne Fragen überspringen, wenn Sie diese definitiv nicht beantworten möchten.
- Bitte verzichten Sie dort, wo nach Zahlen gefragt wird, auf erläuternde Zusatzangaben wie z. B. „von bis“ oder „mehr als“. Wenn Sie Erläuterungen für notwendig halten, bitten wir Sie, diese am Ende des Fragebogens in das dafür vorgesehene Textfeld (Frage 23) einzugeben.
- Alle Fragen, für die nichts anderes vermerkt ist, beziehen sich auf das vergangene Jahr zwischen Juli 2010 und Juni 2011. Fragen, die sich auf die „aktuelle“ Situation beziehen, beantworten Sie bitte für den Stichtag 30. Juni 2011.

2

Befragung von Stellen der Grundsicherung zum Thema Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Rahmen der Implementationsstudie 1 zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Berlin, 15. August 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) führt die INTERVAL GmbH in Kooperation mit dem Lehrstuhl für soziale und berufliche Rehabilitation, Universität Magdeburg, eine Studie (Implementationsstudie 1) durch, für die wir um Ihre Mitwirkung bitten. Die Befragung ist mit der Bundesagentur für Arbeit, sowie der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände abgestimmt (siehe Begleitschreiben). Für die Beantwortung benötigen Sie ca. 25 Minuten.

- **Hintergrund der Befragung:** Trotz ihrer großen Bedeutung sind Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben (LTA) bislang keiner systematischen Evaluation unterzogen worden. Vor diesem Hintergrund strebt das BMAS an, die Wirkungen der LTA über ein mehrstufiges, modular gegliedertes Vorhaben zu untersuchen. Die Implementationsstudie 1 soll als eines dieser Module inhaltliche Ergebnisse zum Verlauf, zu Problemen und Problemlösungsmöglichkeiten im Prozess der LTA liefern. Sie unterstützt damit auch die derzeit vom IAB durchgeführte Prozessdatenanalyse. Im Rahmen der Implementationsstudie 1 führte INTERVAL seit Anfang des Jahres bereits mehrere qualitative regionale Fallstudien durch. Diese Befragung ergänzt die Fallstudien durch standardisierte Daten aus über 100 ausgewählten Agenturbereichen.
- **Datenschutz:** Die Daten werden nicht für Benchmarking- oder Controllingzwecke genutzt. Eine vergleichende Analyse von ARGEN und zkt wird nicht durchgeführt. Weder die Bundesagentur für Arbeit noch das BMAS erhalten Informationen darüber, was Sie im Einzelfall zum Prozess der Rehabilitation in Ihrer Kommune angeben. Ihre Angaben werden ausschließlich für den Zweck der Evaluation von LTA den damit betrauten Forschungsinstitutionen zugänglich gemacht. Dritte erhalten ausschließlich aggregierte und damit anonymisierte Ergebnisse. Ihre Mitwirkung ist freiwillig.
- **Rücksendung:** Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend, spätestens aber bis zum 16. September zurück an befragung-la@interval-berlin.de
- **Bitte lesen Sie aufmerksam die technischen Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens auf der nachfolgenden Seite.**

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns vielmals.

Mit besten Grüßen
Jörn Sommer

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen:

Dr. Jörn Sommer
INTERVAL GmbH
Habersaatstr. 59
10115 Berlin

E-Mail (Rückfragen): j.sommer@interval-berlin.de
E-Mail (Rücksendung): befragung-la@interval-berlin.de
Fon: 030 498 54 970
Fax: 030 498 54 971

1

A) Ihre Grundsicherungsstelle

1. **Name der Grundsicherungsstelle:** (siehe Anmerkung *)
Trägernummer:
 Datensicherheitsweis: Angabe wird erfragt, um externe Daten zuspülen zu können. Es erfolgt keine Einzeldokumentation.
 * Fallsfällig, davon erste 3 Ziffern aus der Dienststellennummer der Agentur (D. h. bitte nicht Landkreiszusatznummer eintragen)

B) Organisation der Rehabilitation in Ihrer Grundsicherungsstelle

2. **Haben Sie Aufgaben an die Agentur für Arbeit rückübertragen?**
 (i. S. von *Verwaltungsvereinbarungen zwischen Jobcenter und Agentur zum Reha-Geschäft*)
 Rückübertragung der gesamten Ausbildungsvermittlung an die Agentur
 Rückübertragung nur der Ausbildungsvermittlung für Rehabilitanden/-innen an die Agentur
 Andere Form der Rückübertragung von Aufgaben an die Agentur. Welche genau?
3. **Wie ist die Betreuung von Rehabilitanden/-innen in Ihrer Grundsicherungsstelle organisiert?**
 Es gibt spezialisierte Reha-Vermittler/-innen
 Die Betreuung ist Aufgabe der allgemeinen Fallmanager/-innen bzw. pAp
 Es gibt eine Fachstelle, die andere Mitarbeiter/-innen zu Fragen der Rehabilitation bzw. LTA fachlich berät
 Es gibt ein gesondertes Reha-Team
 Andere Organisationsformen: Welche genau?

4. **Falls kein gesondertes Reha-Team: → weiter bei Frage 6**
Wer ist in organisatorischer Hinsicht Teil des Reha-Teams?
 Reha-Vermittler/-innen
 Reha-Sachbearbeitung
 Reha-Leitung
 Arbeitgeberservice-Reha
 Anderes:

5. **Wo ist das Reha-Team organisatorisch angesiedelt?**
 Als Teilbereich innerhalb der (allgemeinen) Arbeitsvermittlung
 Als eigenständiger Bereich parallel zur (allgemeinen) Arbeitsvermittlung
 Anderes:

3

C) Zugang zum Rehabilitationsprozess

6. **Wie stellen Sie sicher, dass alle potenziellen Rehabilitanden/-innen der Erst- und Wiedereingliederung hinreichend früh* identifiziert werden?**
- * hinreichend früh in dem Sinn, dass weder Fehler der Kundensteuerung noch Fehler des Verfahrens, wie zum Beispiel über LTA Verzögerungen des Eingliederungsprozesses bewirken
- | | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Es gibt umfangreiche Schulungen für Fallmanager/-innen und Persönliche Ansprechpartner/-innen zu diesem Thema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt Checklisten, mit denen in Beratungsgesprächen ein möglicher Rehabilitationsbedarf erkannt wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Einhaltung entsprechender Abläufe und Regeln wird regelmäßig überprüft (z. B. ob Checklisten genutzt werden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes: <input type="text"/> | | | | |

7. **Wie viele der aktuell tätigen Fallmanager/-innen und Persönliche Ansprechpartner/-innen sind umfassend zur Identifikation potenzieller Rehabilitanden/-innen geschult?**
- | wenige (unter 20%) | Minderheit ca. Hälfte (40 bis 60%) | Mehrheit (über 60%) |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. **Wie häufig erfolgt die Klärung des Reha-Status auf Initiative der Kunden/-innen?**
- | keine Schätzung möglich | ca. 0% | ca. 5% | ca. 10% | ca. 20% | ca. 30% | ca. 30% | mehr als 30% |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Ersteingliederung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Wiedereingliederung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. **In welchen Fällen wird die Prüfung eines Reha-Falls eingeleitet?**
- | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Behinderte (im Sinn § 19 SGB III) nur allgemeine Leistungen benötigen, wird auf den Reha-Antrag verzichtet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Antragstellung erfolgt auch, wenn LTA die Integrationschancen nur geringfügig verbessern können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im vergangenen Jahr gab es Fälle, in denen auf die Antragstellungen verzichtet wurde, weil vor Ort keine passenden LTA existierten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eine geringe Motivation der Behinderten führt dazu, dass Anträge nicht gestellt werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nur, wenn die Behinderung für das Vermittlungsergebnis maßgeblich ist (d. h. nicht wesentlich auf andere Ursachen zurückzuführen ist) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immer wenn dem Grunde nach (d. h. am Wortlaut von § 19 SGB III orientiert) das Vorliegen eines Reha-Falls möglich ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. **Wie viele Reha-Anträge wurden zwischen Juli 2010 und Juni 2011 anerkannt?**
- keine Schätzung möglich ca. (Anzahl)

4

D) Das Budget für LTA

11. Inwieweit sind die Kosten für LTA zentral in Ihrer Grundsicherungsstelle erfasst?

- Es gibt einen eigenen Titel im Haushalt, der alle LTA umfasst
 Nur besondere Leistungen sind erfasst,
 (Und die allgemeinen Leistungen können nicht danach differenziert werden, ob sie für Rehabilitanden/-innen oder Nicht-Rehabilitanden/-innen genutzt werden)
 Durch Rückübertragung von Aufgaben an die Agentur werden nicht alle LTA für SGB II-Kunden in der Grundsicherungsstelle erfasst
 Andere Erfassung:

12. Wie viele Mittel standen im Jahr 2010 für LTA zur Verfügung? (wahlweise Antwort a oder b)

- a) Entsprechend der Ausführung aus Frage 11 geschätzt ca. (Euro)
 b) Genau: (Euro)

13. Wie viele Mittel stehen im Jahr 2011 für LTA zur Verfügung? (wahlweise Antwort a oder b)

- a) Entsprechend der Ausführung aus Frage 11 geschätzt ca. (Euro)
 b) Genau (Planungszahlen): (Euro)

14. Wie groß war bzw. ist der gesamten Eingliederungstitel der Grundsicherungsstelle?

- (Inklusive Nicht-Reha)
 Im Jahr 2010? (Euro)
 Im Jahr 2011? (Euro)

E) Auswahl von LTA

15. Welche Bedeutung haben die Maßnahmeempfehlungen der Reha-Berater/-innen für die Grundsicherungsstelle?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Alle Empfehlungen werden von uns umgesetzt, da die fachliche Expertise der Reha-Berater/-innen die Auswahl von Maßnahmen mit der größten Förderwirkung sicherstellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Empfehlungen werden von unserer Seite kritisch überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben im vergangenen Jahr Empfehlungen von Reha-Berater/-innen nicht umgesetzt, da sich mit kostengünstigeren Maßnahmen vergleichbare Förderwirkungen erzielen ließen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben im vergangenen Jahr Empfehlungen von Reha-Berater/-innen nicht umgesetzt, da unsere Fallmanager/-innen die Rehabilitanden/-innen besser kennen als die Reha-Berater/-innen und andere Maßnahmen für wirksamer hielten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Reha-Berater/-innen treffen ihre Empfehlungen bereits unter Berücksichtigung der von uns bevorzugten Maßnahmen, so dass wir keine Empfehlungen ablehnen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

16. Welche Faktoren haben die Maßnahmenauswahl zwischen Juli 2010 und Juni 2011 beeinflusst? (und damit die Verteilung / Struktur der ausgewählten Maßnahmen mitbestimmt)

	kein ...	geringer ...	großer ...	zentraler ...	Einfluss
Entscheidungen der Reha-Berater/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategische Planungen der Grundsicherungsstelle, bestimmte Maßnahmen verläßt und andere weniger zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die verfügbaren finanziellen Mittel der Grundsicherungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Standorts (z. B. Verfügbarkeit von Betrieben für bestimmte Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlungen von Maßnahmenanbietern zur Konzeption des lokalen LTA-Portfolios (z. B. über Beratungsleistungen oder Netzwerke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine systematische Analyse, welche Maßnahmen in Ihrer Kommune größere und welche geringere Wirkungen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F) Strategien

17. Welche Aussagen beschreiben die Prämissen Ihrer Entscheidungen?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Um LTA zu erhalten, wird eine hohe Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung vorausgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den Aufgaben des Reha-Prozesses zählt, die Motivation der Rehabilitanden/-innen zur Mitwirkung zu fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein wesentliches Ziel ist die Nachhaltigkeit des Eingliederungserfolgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein wesentliches Ziel besteht im schnellen Eingliederungserfolg zum Zeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Rehabilitanden/-innen in gleicher Intensität zu fördern, ist eine Frage der Gerechtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist gerechtfertigt, jene Rehabilitanden/-innen stärker zu fördern, bei denen die Förderung besonders große Wirkungen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsfähigkeit soll gefördert werden, auch wenn Eingliederungserfolge unwahrscheinlich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um vorgegebene Integrationsquoten zu erfüllen, muss man sich um jeden Einzelfall maximal bemühen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgegebene Integrationsquoten lassen sich auch auf anderem Weg erfüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgabe der Rehabilitation ist auch, Rehabilitanden/-innen geschützte Räume für deren Kompetenzentwicklung bereitzustellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch Rehabilitationsprozesse sollten eine größtmögliche Betriebsnähe besitzen, um die Übergangschancen zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie sollten Ihrer Einschätzung nach Rehabilitanden/-innen in der Erstingliederung im Vergleich zu Rehabilitanden/-innen in der Wiedereingliederung gefördert werden?

	weniger stark	genauso stark	stärker
Rehabilitanden/-innen in der Erstingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitanden/-innen in der Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

19. **Auf welche Weise werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Reha-Prozess berücksichtigt?**
- | | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bei der Auswahl von Maßnahmen wird die Chancengleichheit zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gefördert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inwieweit der Reha-Prozess seine Ziele erreicht, wird für beide Geschlechter getrennt ausgewertet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
20. **Welchen Stellenwert hat die Rehabilitation in der Grundsicherungsstelle insgesamt?**
- | | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| LTA werden in der Erstgliederung von Rehabilitanden/-innen als wirksames und lohnendes Instrument | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LTA werden in der Wiedereingliederung von Rehabilitanden/-innen als wirksames und lohnendes Instrument | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Relation zu anderen unserer Aufgabenstellungen ist Rehabilitation nachrangig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alle im Sinne von § 19 SGB III behinderten Kunden sollen eine umfangreiche und qualitativ hochwertige Förderung mit LTA erhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Finanzausstattung ist gerade hinreichend, um knapp noch die Pflichtleistungen erbringen zu können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Grundsicherungsstelle versucht, ihre über die Pflichtleistungen hinausgehenden Mittel auf Angebote für jene Kundengruppen zu konzentrieren, bei denen die Förderwirkungen größer sind als bei Rehabilitanden/-innen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G) Rahmenbedingungen und Kooperation

21. **Welche Rahmenbedingungen charakterisieren Ihre Grundsicherungsstelle?**
- | | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufgrund eines besonderen lokalen Angebots (z. B. auf Selbstbehörden spezialisierte Einrichtungen) kommen Rehabilitanden/-innen von außerhalb in die Kommune, was sich deutlich auf die Struktur der Rehabilitanden/-innen auswirkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch eine hohe Abwanderung von Menschen ohne Behinderungen ist der Anteil der Rehabilitanden/-innen an der Bevölkerung überdurchschnittlich hoch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Grundsicherungsstelle ist in institutionenübergreifende Netzwerke, lokale Aktionsbündnisse oder Programme (kommunale oder bundeslandspezifische) zum Thema Rehabilitation eingebunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Maßnahmenanbieter sichern eine breite Palette unterschiedlicher LTA, die jedem ein passendes Angebot bietet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Maßnahmenanbieter setzen die LTA in guter Qualität um | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwischen den Anbietern von LTA besteht Qualitätswettbewerb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zwischen den Anbietern von LTA besteht Preiswettbewerb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sie kommunizieren prozessbegleitend mit Anbietern von LTA, um ggf. vorhandene Steuerungsbedarfe zu erkennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BBW oder BFW sind in der Kommune angesiedelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7

22. **Welche Aussagen treffen auf Ihre Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit (oder den Agenturen) zu?**
- | | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft eher zu | trifft zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einschätzungen von unseren Fallmanagern/-innen fließen umfassend in die Maßnahme-Empfehlung der Reha-Berater/-innen mit ein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abstimmungen beginnen bereits, bevor Reha-Anträge gestellt werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Zusammenarbeit ist vollständig formalisiert und folgt der richtlinienorientierten Arbeitsteilung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt eine informelle Zusammenarbeit auf der Basis persönlicher Kontakte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Der Fragebogen ist hiermit zu Ende!
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Bitte speichern Sie den Fragebogen und senden Sie diese Datei anschließend per E-Mail zurück an befragung-ht@interval-berlin.de

23. **Bei Bedarf: Erläuterungen zu den von Ihnen gemachten Angaben:**

Bei Bedarf: Anmerkungen der Evaluation:

8

14.5 Zeitlicher Ablauf der Implementationsstudie

Meilenstein	Datum
Auftaktgespräch mit Auftraggeber	4. Okt. 2010
Datenrecherche für Stichprobenziehung Fallstudien	Oktober 2010
Stichprobenziehung der ersten zehn Fallstudien	November 2010
Entwicklung Leitfäden für die qualitativen Befragung in Arbeitsagenturen und Grundsicherungsstellen	November 2010
Projektbeiratssitzung im BMAS	24. Nov. 2011
Abstimmung Datensicherungskonzept Fallstudien	November 2011
Begleitschreiben der Kommunalen Spitzenverbände, BA und BMAS zur Durchführung der Fallstudien	November 2011 Dezember 2011
Kontaktaufnahme Agenturen und Grundsicherungsstellen	Dezember 2011
Durchführung der ersten 10 Fallstudien	Januar 2011 bis Juni 2011
Abstimmung der E-Mail-Fragebögen mit dem BMAS	Mai 2011
Beiratstreffen in Nürnberg	28. Juni 2011
Abstimmung Datensicherheit E-Mail-Befragung	Juni 2011
Stichprobenziehung für E-Mail-Befragung	Juli 2011
Begleitschreiben der Kommunalen Spitzenverbände, BA und BMAS zur Durchführung der E-Mail-Befragung	August 2011
Durchführung des Pretests der E-Mail-Befragung	August 2011
Stichprobenziehung der letzten 5 Fallstudien	August 2011
Beginn Laufzeit der E-Mail-Befragung	16. August 2011
Erinnerungsschreiben für die Beteiligung an der E-Mail-Befragung	19. September 2011
Offizielles Ende der Laufzeit der E-Mail-Befragung	16. September 2011
Letzter eingehender Fragebogen	November 2011
Durchführung der letzten fünf Fallstudien	September 2011 bis Oktober 2011
Durchführung der Gespräche mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Fallskizzen)	April 2011 bis Oktober 2011
Vorstellung vorläufiger Ergebnisse aus der E-Mail-Befragung	26. Oktober 2011
Abgabe Endbericht	30. November 2011

Tabelle A 33 Zeitlicher Ablauf der Implementationsstudie

14.6 Liste durchgeführter Interviews

Fallstudien-Nr.	Funktion	Kennung
1a	Controlling	C 2
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 5
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 9
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 10
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 5
	Ärztlicher Dienst	ÄD 3
	Psychologischer Dienst	PD 3
1b	Fallmanagerin/Fallmanager	FC FM 5
	Teamleiter U25	JC TL 3
2b	Geschäftsführung	AA GF 3
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 3
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 6
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 5
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 3
	Berufsberaterin/-Berater U25	AA Team U25 2
	Sachbearbeiterin/-bearbeiter Reha	AA Reha-SachB 1
2b	Geschäftsführung	JC GF 4
	Vermittlerin/Vermittler Reha	JC Reha-AV 1
	Fallmanagerin/Fallmanager Ü25	JC FM 4
	Fallmanagerin/Fallmanager U25	JC FM 3
3a	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 6
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 11
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 12
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 6
	Ärztlicher Dienst	ÄD 4
	Psychologischer Dienst	PD 4
3b	Geschäftsführung	JC GF 7
	Teamleitung Reha	JC TL Reha 2
	Teamleitung U25	JC TL 4
3c	Geschäftsführung	JC GF 8
	Vermittlerin/Vermittler Reha	JC Reha-AV 2
4a	Controlling	C 3
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 7
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 13
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 14
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 7
	Ärztlicher Dienst	ÄD 5
	Psychologischer Dienst	PD 5
4b	Geschäftsführung	JC GF 9
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha	JC Reha-FM 2
	Fallmanagerin/Fallmanager U25	JC FM 6

Fallstudien-Nr.	Funktion	Kennung
5a	Geschäftsführung	AA GF 4
	Bereichsleitung	AA BL 2
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 4
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 7
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 8
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 4
	Teamleitung Arbeitsvermittlung	AA TL AV 1
5b	Geschäftsführung	JC GF 6
	Teamleitung Reha	JC TL Reha 1
5c	Geschäftsführung	JC GF 2
	Bereichsleitung	JC BL 4
6a	Geschäftsführung	AA GF 2
	Bereichsleitung	AA BL 1
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 2
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 3
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 4
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 2
	Berufsberaterin/-Berater U25	AA Team U25 1
	Ärztlicher Dienst	ÄD 2
Psychologischer Dienst	PD 2	
6b	Geschäftsführung	JC GF 3
	Bereichsleitung	JC BL 2
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha	JC Reha-FM 1
	Fallmanagerin/Fallmanager Schwerbehinderung	JC FM SB 1
	Fallmanagerin/Fallmanager U25	JC FM 2
6c	Geschäftsführung	JC GF 5
	Bereichsleitung	JC BL 3
	Sachbearbeiterin/-bearbeiter Reha	JC Reha-SachB 1
	Teamleitung U25	JC TL 2
7a	Controlling	C 4
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 8
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 15
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 16
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 8
	AGS-Reha/SB	AA Reha-AGS 1
	Ärztlicher Dienst	ÄD 6
	Psychologischer Dienst	PD 6
7b	Geschäftsführung	JC GF 10
	Fallmanagerin/Fallmanager	JC FM 7
8a	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 9
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 17
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 9
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 10

Fallstudien-Nr.	Funktion	Kennung
	Ärztlicher Dienst	ÄD 7
	Psychologischer Dienst	PD 7
8b	Teamleitung	JC TL 5
	Vermittlerin/Vermittler Reha	JC Reha-AV 3
	Vermittlerin/Vermittler Reha	JC Reha-AV 4
8c	Bereichsleitung	JC BL 5
	Fallmanagerin/Fallmanager Ü25	JC FM 8
	Fallmanagerin/Fallmanager U25	JC FM 9
9a	Controlling	C 1
	Geschäftsführung	AA GF 1
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 1
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 2
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 1
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 1
	Ärztlicher Dienst	ÄD 1
	Psychologischer Dienst	PD 1
9b	Bereichsleitung	JC BL 1
	Fallmanagerin/Fallmanager	JC FM 1
	Teamleiter U25	JC TL 1
9c	Geschäftsführung	JC GF 1
10a	Controlling	C 5
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 10
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 18
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 11
	Ärztlicher Dienst	ÄD 8
	Psychologischer Dienst	PD 8
10c	Bereichsleitung	JC BL 6
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha Ü25	JC Reha-FM 3
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC Reha-FM 4
11a	Controlling	C 6
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 11
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 19
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 20
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 12
	Ärztlicher Dienst	ÄD 9
	Psychologischer Dienst	PD 8
11b	Geschäftsführung	JC GF 11
	Teamleitung	JC TL 6
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha Ü25	JC FM 12
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC FM 10
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC FM 11
12a	Controlling	C 7
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 12

Fallstudien-Nr.	Funktion	Kennung
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 21
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 22
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 13
	Psychologischer Dienst	PD 10
12b	Teamleitung	JC TL 7
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha Ü25	JC FM 14
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC FM 13
12c	Teamleitung U25	JC TL 8
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha Ü25	JC FM 15
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC FM 16
13a	Controlling	C 8
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 13
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 23
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 24
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 14
	Ärztlicher Dienst	ÄD 10
	Psychologischer Dienst	PD 11
13b	Fachkraft Reha	JC FK Reha 1
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha Ü25	JC FM 17
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC FM 18
14a ¹⁹⁷	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 14
	Reha-Beraterin/-Berater EE	RehaB 25
	Reha-Beraterin/-Berater WE	RehaB 26
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 15
15a	Controlling	C 9
	Teamleitung Reha/SB	AA TL Reha 15
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 27
	Reha-Beraterin/-Berater EE/WE	RehaB 28
	Arbeitsvermittlerin/-vermittler Reha	AA Reha-V 16
	Ärztlicher Dienst	ÄD 11
	Psychologischer Dienst	PD 12
15b	Teamleitung	JC TL 9
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha Ü25	JC FM 19
	Fallmanagerin/Fallmanager Reha U25	JC FM 20

Anmerkung: Im Bericht wurden einige wenige Zitate nicht eindeutig zugeordnet, wenn die theoretische Möglichkeit der Reidentifizierung ein relevantes Problem bedeuten könnte. Diese wurden mit einem Sternchen allgemein als Bereichsleitung oder Sachbearbeitung gekennzeichnet, ohne die konkrete Fallstudie zu benennen.

Tabelle A 34 Liste der durchgeführten Interviews

¹⁹⁷ In der Fallstudie 14 konnten die Gespräche mit den Fachdiensten und dem Controlling der Agentur nicht realisiert werden. Der Psychologische Dienst und das Controlling waren zum Termin der Fallstudien-durchführung urlaubsbedingt verhindert. Zum Ärztlichen Dienst konnte auch durch die Akteure des Reha-Teams kein Kontakt hergestellt werden. Mit der Geschäftsführung des dazugehörigen Grundsicherungsträger erfolgte erst nach dreimonatiger Kontaktabahnung per E-Mail und Telefon ein Kontakt.

14.7 Literatur

- BA (2002): Teilhabe durch berufliche Rehabilitation. Handbuch für Beratung, Förderung, Aus- und Weiterbildung. Nürnberg
- BA (2006a): Arbeitshilfe – Reha für die Zusammenarbeit der Agenturen für Arbeit (AA) mit Arbeitsgemeinschaften (ARGE) und zugelassenen kommunalen Trägern (zKT) bei der beruflichen Eingliederung von erwerbstätigen behinderten Hilfebedürftigen. URL: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Berufli-Qualifizierung/Publikation/HEGA-08-2006-AI-05-Anlage1.pdf> (letzter Aufruf: 20.12.2011)
- BA (2006b): HEGA 04/2006, lfd. Nr. 14 – Fachaufsicht im Psychologischen Dienst der BA. URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_176696/zentraler-Content/HEGA-Internet/A10-Fachdienste/Dokument/HEGA-04-2006-Fachaufsicht-PD.html (letzter Aufruf: 20.12.2011)
- BA (2006c): Informationen der BA zu den Aufgabenfeldern der Fachdienste auf der Homepage der BA, Stand: 30.10.2006; http://www.arbeitsagentur.de/nn_26754/zentraler-Content/A10-Fachdienste/A101-AED/Allgemein/Aerztlicher-Dienst-Aufgaben.html, letzter Aufruf: 15.11.2011
- BA (2007): HEGA 03/07 - 04 - Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst - Regelung des Verfahrens und Ablösung der Fachanwendung coMed-AS durch VerBIS URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_176696/zentraler-Content/HEGA-Internet/A04-Vermittlung/Dokument/HEGA-03-2007-Zusammenarbeit-mit-AeD,mode=print.html (letzter Aufruf: 20.12.2011)
- BA (2008a): HEGA 03/08-02. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; Verfahrensregelungen in Verbindung mit dem aktualisierten Reha-Beendigungsgründen. URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_165870/zentraler-Content/HEGA-Internet/A03-Berufsberatung/Dokument/HEGA-03-2008-LE-zur-Teilhabe-am-Arbeitsleben.html (letzter AbruF: 15.11.11)
- BA (2008b): HEGA 04/08 - 19 - Arbeitshilfe zur Optimierung der Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im SGB II. (Link nicht mehr aktiv)¹⁹⁸
- BA (2010a). Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Integration. Version 5.0. Nürnberg. URL: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A04-Vermittlung/Publikation/Leitkonzept-Ausbildungsvermittlung.pdf> (letzter Aufruf: 20.12.2011)
- BA (2010b): Informationen der BA zu den rechtlichen Grundlagen der Chancengleichheit, Stand: 07.10.2010; URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_26250/zentraler-Content/A10-Fachdienste/A104-Chancengleichheit/Allgemein/Rechtliche-Grundlagen.html (letzter Aufruf: 15.10.2011)

¹⁹⁸ Mit Wirkung vom 20.09.2011 trat HEGA 09/11-11 – Praxisleitfaden zur Einschaltung der Fachdienste in Kraft.

- BA (2010c). Leitfaden Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen (berufliche Rehabilitation) – Fachliche Hinweise. Stand 01/2010. Nürnberg. URL: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A03-Berufsberatung/Publikation/HEGA-01-2010-Berufliche-Reha-Anlage.pdf> (letzter Aufruf: 01.11.1011)
- BA (2011a): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III) – Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Integration, Version 25.10.2011 intern; <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A04-Vermittlung/Publikation/Leitkonzept-Ausbildungsvermittlung.pdf>, (letzter Aufruf: 07.11.2011)
- BA (2011b): Informationen der BA zu den Dienstleistungen, Stand: 09.05.2011; http://www.arbeitsagentur.de/nn_26198/zentraler-Content/A10-Fachdienste/A101-AED/Allgemein/Aerztlicher-Dienst-Dienstleistungen.html (letzter Aufruf: 30.10.2011)
- BA (2011c): Geschäftspolitische Ziele 2012 im Bereich Arbeitslosenversicherung, Stand 11. 9. 2011; URL: www.bagkjs.de/media/raw/110901_ba_vorstandsbrief_sgbiii.pdf (letzter Aufruf: 20.12.2011)
- Bieber, Daniel et al. (2005). Organisatorischer Umbau der Bundesagentur für Arbeit. Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Arbeitspaket 2. Saarbrücken.
- Biermann, Horst (2008): Pädagogik der beruflichen Rehabilitation. Stuttgart
- BMAS (2009): Behindertenbericht 2009. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen für die 16. Legislaturperiode. Bonn
- BMFSFJ (2011). Gender-Datenreport. <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/9-Behinderung/9-5-Frauen-und-maenner-mit-behinderung-in-der-amtlichen-statistik/9-5-6-behinderte-frauen-und-maenner-im-erwerbssalter.html> (Letzter Abruf 2.9.2011).
- Dauth, Wolfgang / Hirschenauer, Franziska / Rüb, Felix (2008): Neue Typisierung regionaler Arbeitsmärkte – Damit Äpfel nicht mit Birnen verglichen werden ... (IAB-Kurzbericht 15/2008)
- Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. (2009). Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn.
- Dornette, Johanna und Rauch, Angela (2007): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. Nürnberg, IAB-Bibliothek, Die Buchreihe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
- Herringer, Norbert (2006): Empowerment in der sozialen Arbeit: Eine Einführung. 3. Auflage. Stuttgart
- IAB (2011). Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“. Endbericht
- Jaenichen, U. (2002): „Mikroevaluation: Bildung von Vergleichsgruppen zur Schätzung individueller Förderwirkungen“, in: Kleinhenz, G. (Hrsg.), IAB-Kompendium Arbeits-

markt- und Berufsforschung, (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 250), Nürnberg, S. 387 – 397

Keupp, Heiner, Stark, Wolfgang und Lenz, Albert (2002): Entwicklungslinien der Empowerment-Perspektive in der Zivilgesellschaft. In: Lenz, Albert und Stark, Wolfgang (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für die psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, S. 77 – 102

Meuser, Michael und Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander, Littig, Beate und Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Band 2, Wiesbaden, 2005, S. 71 – 95

Rübner, Matthias und Sprengard, Barbara (2011): Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit – Grundlage. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). Nürnberg

Saleebey, Dennis (2008): Power in the people: Strengths and hope. In: Advances in social work, Nr. 2, S. 127–136

Schröder, Helmut / Knerr, Petra / Wagner, Mika (2009): Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f392.pdf;jsessionid=5E5AD4DF4BE4E513631F245164D23D30?__blob=publicationFile (letzter Aufruf: 30.11.2011)

Schuberth, Klaus (2009). „Das Führungsinformationssystem der Bundesagentur für Arbeit“. Folienpräsentation auf dem 23. Stuttgarter Controller-Forum. Stuttgart. URL: http://www.horvath-partners.com/fileadmin/media/stuttgarter_controller_forum/pdf/2009/Controller-Forum/Vortrag_Schuberth.pdf (letzter Aufruf: 20.12.2011)

sfs Dortmund (2004). Berufliche Teilhabe von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten. Wissenschaftliche Begleitung zur Umsetzung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Dortmund. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/fb-f319-berufliche-teilhabe-von-frauen-mit-unterschiedlichen-behinderungen-unter-der-besonderen-beruecksichtigung-von-frauen-mit-betreuungspflichten.pdf?__blob=publicationFile (letzter Aufruf: 30.11.2011)

Statistisches Bundesamt (2006): Wirtschaft und Statistik 12/2006. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/SozialeLeistungen/Lebenslagen-behinderte05.property=file.pdf> (letzter Aufruf: 30.11.2011)

Theunissen, Georg (2007): Empowerment behinderter Menschen: Inklusion, Bildung, Heilpädagogik, Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau.

World Health Organization (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519#gcit> (letzter Aufruf: 27.10.2011)

Teil C

**Beratung zu wirkungsanalytischen Ansätzen für
die Evaluation von Leistungen zur Teilhabe
behinderter Menschen am Arbeitsleben**

ZUSAMMENFASSENDE BERICHT

PROF. DR. STEPHAN L. THOMSEN

Zur Machbarkeit einer Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Stellungnahme im Projekt
„Beratung zu wirkungsanalytischen Ansätzen für die Evaluation der
Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“

Prof. Dr. Stephan L. Thomsen
Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung (NIW)
Leibniz Universität Hannover

Im Januar 2012

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG: ZUR EVALUATION DER ARBEITSMARKTPOLITIK IN DER ARBEITSFÖRDERUNG UND DER GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE	3
2	EINORDNUNG DER ANALYSE	5
2.1	LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN DURCH DIE BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT UND DIE TRÄGER DER GRUNDSICHERUNG INNERHALB DER LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AN DER GESELLSCHAFT.....	5
2.2	DIE LEISTUNGEN DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT UND DER TRÄGER DER GRUNDSICHERUNG.....	7
2.3	EINGRENZUNG DES FORSCHUNGSGEGENSTANDS.....	8
3	ANFORDERUNGEN AN EINE MIKROÖKONOMISCHE WIRKUNGSANALYSE	10
3.1	METHODISCHE GRUNDLAGEN.....	10
3.2	PARAMETER FÜR TREATMENTEFFEKTE.....	11
3.3	EVALUATIONSMETHODEN	14
3.3.1	<i>Experimentelle und Quasi-experimentelle Verfahren.....</i>	<i>14</i>
3.3.2	<i>Evaluationsmethoden mit Verwendung von Instrumenten zur Lösung des Selektionsproblems.....</i>	<i>19</i>
3.4	ZWISCHENFAZIT.....	24
4	ERGEBNISSE DER IMPLEMENTATIONSSTUDIE 1 UND DER BASISSTUDIE “REHA-PROZESSDATENPANEL” FÜR EINE WIRKUNGSANALYSE.....	25
4.1	VORBEMERKUNG.....	25
4.2	DAS INTERESSE DES POLITISCHEN ENTSCHEIDERS: ERWARTUNGEN DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR ARBEIT UND SOZIALES	25
4.3	DATENGRUNDLAGEN.....	27
4.3.1	<i>Das Reha-Prozessdatenpanel</i>	<i>27</i>
4.3.2	<i>Standardisierte Befragung der Implementationsstudie 1</i>	<i>32</i>
4.4	SELEKTIONSPROZESSE.....	33
4.4.1	<i>Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Statusanerkennung</i>	<i>34</i>
4.4.2	<i>Maßnahmeneinsatz und Maßnahmenauswahl.....</i>	<i>36</i>
5	BEURTEILUNG DER VORGESCHLAGENEN ANSÄTZE ZUR EVALUATION DER WIRKUNGEN ...	39
	LITERATUR	44

1 Einleitung: Zur Evaluation der Arbeitsmarktpolitik in der Arbeitsförderung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende

In der vergangenen Dekade hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der Initiierung und Durchführung großer Untersuchungsvorhaben zur wissenschaftlichen Evaluation der Wirkung und Effizienz von Maßnahmen und Programmen in der Arbeitsförderung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende neue Maßstäbe gesetzt, um den wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der bereit gestellten Mittel zu überprüfen und eventuelle Ineffizienzen durch Reallokation von Mitteln und Personen oder durch die Reform unwirksamer Instrumente der Arbeitsmarktpolitik zu vermeiden oder zumindest zu verringern.¹ Im Zentrum der Evaluation steht dabei die Ermittlung der kausalen Wirkungen von Arbeitsmarktprogrammen für die Teilnehmenden, insbesondere durch den Vergleich der tatsächlichen Arbeitsmarktsituation von Teilnehmenden mit der hypothetischen Situation, die sich für diese Gruppe eingestellt hätte, wenn sie nicht im Programm partizipiert hätte. Da diese hypothetische Situation nicht direkt beobachtbar ist, müssen für jede Evaluation der Wirkungen Vergleichsgruppen gefunden werden, die sich zur Approximation des unbeobachtbaren Ergebnisses eignen. Die Eignung ist dabei dann ideal, wenn sich Teilnehmende und Vergleichspersonen nur in der Teilnahme unterscheiden, sie in allen übrigen arbeitsmarktrelevanten Eigenschaften also identisch sind.

Die Evaluationsstudien trugen und tragen mit ihren Ergebnissen dazu bei, dass die Arbeitsmarktpolitik in Deutschland in Entsprechung der sozialpolitischen Ziele und unter Berücksichtigung ethischer Vorgaben gestaltet werden kann. Streng genommen ist nämlich jedes Arbeitsmarktprogramm, das zu einer Verringerung der Eingliederungschancen eines teilnehmenden Arbeitsuchenden in Beschäftigung gegenüber der Nichtteilnahme führt, nicht nur wirtschaftlich ineffizient, sondern auch sozialpolitisch fragwürdig und ethisch nicht vertretbar.

Dieselben Kriterien sind auch an alle anderen Bereiche des Sozialsystems und das staatliche Handeln im Allgemeinen anzulegen. Die selbstkritische Position des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in Bezug auf die von ihm verantwortete Arbeitsmarktpolitik muss deshalb ausdrücklich hervorgehoben werden. Dass bei einer tiefgreifenden Überprüfung auch eventuelle Mängel oder Ineffizienzen aufgedeckt werden, ist möglich. Die Überprüfung ist zugleich notwendig, um diese konsequent und effizient abstellen zu können. Viel kritischer ist hingegen das Unterlassen notwendiger Evaluationen bei der großen

¹ Zu nennen sind hier die Evaluation der modernen Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (siehe Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2006, für eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse) und die Evaluation der Experimentierklausel im Bereich der Grundsicherung (siehe Deutscher Bundestag, 2008). Daneben aber auch die Untersuchungen für spezielle Zielgruppen des Arbeitsmarktes, z.B. in der Untersuchung der Wirkungen für Personen mit Migrationshintergrund (Knuth et al., 2009), oder flankierende Analysen, wie z.B. zur Berücksichtigung gleichstellungspolitischer Zielsetzungen (siehe hierzu Brand et al., 2007). Gute und aktuelle Übersichten zu den zentralen Ergebnissen und Implikationen der Vielzahl von Einzelstudien zur Evaluation der Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Deutschland, die in den vergangenen gut zehn Jahren entstanden sind, geben Bernhard et al. (2009) und Heyer et al. (2011).

Mehrzahl der Aktivitäten und Investitionen der öffentlichen Hand zu sehen, da dementsprechend die Grundlagen für eine faktenbasierte Diskussion über den wirksamen und effizienten Mitteleinsatz fehlen.

Trotz der Vielzahl der durchgeführten Evaluationsstudien zu den Maßnahmen und Programmen ist noch immer kein vollständiges Bild über die Wirksamkeit aller eingesetzten Mittel in der Arbeitsförderung und der Grundsicherung vorhanden. Ein Teilbereich, zu dem nur unzureichende Evidenz vorliegt, sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, auch als berufliche Rehabilitation bezeichnet. Eine Evaluation der Arbeitsmarktpolitik in diesem Bereich ist daher unerlässlich, um die vorhandenen Wissenslücken zu schließen. Um die Anforderungen einer Evaluation der beruflichen Rehabilitation benennen zu können, wurde zunächst eine entsprechende Vorstudie erarbeitet.² Für die berufliche Rehabilitation zeigt sich „ein erhebliches Defizit hinsichtlich empirisch gesicherter Erkenntnisse über den Verlauf von Reha-Prozessen und die Kombination von eingesetzten Maßnahmen in Förderketten“ (Schröder et al., 2009, S.3). Als Fazit einer sorgfältigen Literaturstudie wird weiter festgestellt, dass „wissenschaftliche Wirkungsanalysen nach einem quasi-experimentellen oder experimentellen Ansatz bisher fehlen. Zwar steht die Ermittlung von Einflussfaktoren auf die Chancen der Arbeitsmarktintegration nach einer beruflichen Reha-Maßnahme im Fokus einiger Studien [...]. In keiner dieser Studien wird jedoch der Erfolg mittels eines Kontrollgruppendesigns untersucht. So sinnvoll diese Untersuchungen sowie die Maßnahmen der Qualitätssicherung von Reha-Einrichtungen auch sind, sie können echte Wirkungsanalysen nicht ersetzen“ (Schröder et al., 2009, S. 39).

Bereits in der Vorstudie wurden mögliche Anforderungen und Grundlagen einer Evaluation der Wirkungen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben diskutiert und die dazugehörigen methodischen, technischen sowie datenschutzrechtlichen Erfordernisse skizziert. Herausgestellt wurden dabei besondere Anforderungen an die Daten, hier vor allem die Bereitstellung von Informationen zur Art und Schwere der Beeinträchtigung, die zwar in den Gutachten des ärztlichen und des psychologischen Dienstes Berücksichtigung finden, aber nicht im Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem der Arbeitsvermittlung (VerBIS) abgelegt werden. Sowohl der Zugang zu den Daten als auch die Qualität der Informationen für die wissenschaftliche Analyse waren bei Abschluss der Vorstudie nicht geklärt. Daneben war auch die Verfügbarkeit potenzieller Vergleichsgruppen unklar; weder über den Anerkennungsprozess noch über die Zuweisung in einzelne Programme lagen verallgemeinerbare Ergebnisse vor. Da „eine Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlich über die Konzepte und Verfahrensweisen bei arbeitsmarkt- und grundsicherungspolitischen Wirkungsstudien hinausgeht“ (Schröder et al., 2009, S. 83), wurde für die Gesamtevaluation ein mehrstufiges Vorgehen gewählt.

² Ein weiterer bisher nur unzureichend in seiner Wirksamkeit durch wissenschaftliche Studien belegter Bereich der Arbeitsmarktpolitik sind die Maßnahmen für Jugendliche und unter 25-jährige. Auch hierzu ist inzwischen eine Vorstudie für ein Evaluationskonzept erstellt worden. Die Ergebnisse finden sich bei Bonin et al. (2010).

Die erste Stufe bestand in der Erschließung eines Prozessdatensatzes (*Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“*) zur beruflichen Rehabilitation aus den Geschäftsdaten der Bundesagentur für Arbeit. Hierzu erfolgte die Datengenese in „einem komplexen und aufwändigen Prozess, der sich aus der Auswahl der Datenquellen, deren Aufbereitung bzw. Bereinigung und schließlich dem Zusammenspielen der einzelnen Quellen zusammensetzte“ (Dony et al., 2011, S. 19). Da Rehabilitationsdaten besonders schutzbedürftig sind, kam der Berücksichtigung der Datenschutzerfordernisse hervorgehobene Bedeutung zu. Entstanden ist eine einzigartige Datenquelle mit erstmals für die Forschung erschlossenen Daten zur Untersuchung der beruflichen Rehabilitation.

Die Arbeiten am Prozessdatensatz wurden ergänzt durch inhaltliche Ergebnisse „zum Prozess der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rechtskreis SGB III und SGB II“ (Sommer et al., 2011, S. 4). Diese Arbeiten wurden im Rahmen der sog. *Implementationsstudie 1* durchgeführt. Die unter Einbezug qualitativer Fallstudien sowie standardisierter Interviews gewonnenen Ergebnisse liefern einen einmaligen umfassenden Überblick zu den genannten Fragestellungen. Sowohl die Forschung zum Reha-Prozessdatenpanel als auch zur Implementationsstudie 1 hatte als weiteres Ziel, anhand der Forschungsergebnisse konkrete Vorschläge zur Durchführung von Wirkungs- und Effizienzanalysen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesagentur für Arbeit zu machen.

Die Ergebnisse sowie Vorschläge zu den Wirkungsanalysen beider Studien liegen nun vor. Ziel dieser Arbeit ist die Verdichtung der bisher zusammengetragenen Erkenntnisse im Hinblick auf die Machbarkeit einer gehaltvollen und interpretationsfähigen Wirkungsanalyse mit anschließender Effizienzbetrachtung. Hierzu erscheint es zunächst sinnvoll, eine Einordnung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die durch die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung erbracht werden, im Gesamtsystem der Rehabilitation vorzunehmen (Abschnitt 2). Im Anschluss daran werden in Abschnitt 3 die zentralen Anforderungen an eine Evaluation kausaler Wirkungen kurz dargestellt. In Abschnitt 4 werden die Ergebnisse der beiden Studien diesen Anforderungen gegenübergestellt. Abschnitt 5 gibt dann eine Beurteilung der vorgeschlagenen Evaluationskonzepte und geht auf notwendige Erfordernisse für die nächsten Evaluationsschritte ein.

2 Einordnung der Analyse

2.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung innerhalb der Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft

Personen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt, sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX behindert. Grundlage der Definition der Behinderung ist hier-

bei die individuelle Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die sich aus der Abweichung ergibt, nicht die Abweichung als solche. Gleiche Abweichungen und gleiche Funktionsbeeinträchtigungen können daher zu sehr unterschiedlichen Teilhabebeeinträchtigungen führen.

Entsprechend dem verfassungsmäßigen Gleichstellungsgebot nach Art. 3, Abs. 3, S. 2 GG haben behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zunächst Anspruch auf die gleichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen wie andere Bürger. Darüber hinaus gibt es besondere sozialrechtliche Regelungen, „die zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gezielt auf deren Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010, Ziffer 2). Diese Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft umfassen nach § 4 Abs. 1 SGB IX alle Sozialleistungen, die notwendig sind, um

- a) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- b) Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- c) die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- d) die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und zu erleichtern

(vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010, Z. 13).

Die Sozialleistungen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft haben zugleich eine große finanzielle Bedeutung. So betragen die Ausgaben im Jahr 2008 mehr als 25,7 Mrd. Euro. Die Ausgaben der wichtigsten Rehabilitationsträger für dasselbe Jahr sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe (in Mio. Euro, 2008)

Krankenversicherung	Rentenversicherung	Unfallversicherung	Bundesagentur für Arbeit	Sozialhilfe
2.559	5.116	3.275	2.297	12.455

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010), Ziffer 26.

Es wird deutlich, dass der größte Teil der Leistungen durch die Träger der Sozialhilfe erbracht wird. Die Bundesagentur für Arbeit hat in dem betreffenden Jahr ca. 2,3 Mrd. Euro für Leistungen der beruflichen Rehabilitation aufgewendet. Obwohl sie damit zu den gro-

Ben Trägern gehört, sind ihre Aufwendungen geringer als die der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung.

Innerhalb der vier Bereiche der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat die Teilhabe am Arbeitsleben ein besonderes Gewicht. Sie stellt die wesentliche Grundlage für die Schaffung und den Erhalt des Lebensunterhalts dar und beinhaltet darüber hinaus auch wichtige soziale Aspekte. Aus diesem Grund sollen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben alle Leistungen umfassen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010, Ziffer 79 und § 33 SGB IX).

Entsprechend ihrer Einbindung in die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen, sondern in die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung, der Träger der Kriegsopferentschädigung, der Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe integriert. Aufgrund dieser verteilten Zuständigkeiten, die in den entsprechenden Leistungsgesetzen definiert sind, unterscheiden sich auch die bei den unterschiedlichen Trägern betreuten Gruppen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihrer soziodemographischen Zusammensetzung.³

2.2 Die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung

Ohne die ausführlichen Darstellungen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung wiederholen zu wollen, wie sie in der Vorstudie von Schröder et al. (2009) herausgearbeitet worden sind, sollen die zwei wesentlichen Dimensionen, nach denen diese Leistungen klassifiziert werden können, kurz erwähnt werden, um Forschungsgegenstand und Forschungsfrage besser charakterisieren zu können.

Die erste Dimension, nach der die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterschieden werden können, ist ihre Zeitlichkeit in der individuellen Erwerbskarriere. Dies wurde auch in die verwaltungstechnische Bearbeitung der Bundesagentur für Arbeit und bei den Trägern der Grundsicherung übernommen. So werden zum einen Leistungen zur Ersteingliederung und zum anderen Leistungen zur Wiedereingliederung erbracht. Die Ersteingliederung

³ So ist die Deutsche Rentenversicherung in der Regel dann zuständiger Träger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn die Personen mit Rehabilitationsbedarf 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder wenn im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine berufliche Rehabilitation zu Eingliederung erforderlich ist (vgl. Dony et al., 2011, S. 14). Die Gesetzliche Unfallversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn die Einschränkung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit entstanden ist.

zung zielt dabei insbesondere auf die Einmündung in den Arbeitsmarkt im Anschluss an Schule und Ausbildung ab. Sommer et al. (2011) nennen als strategisches Ziel das Erreichen einer anerkannten Ausbildungsabschlusses und die nachhaltige Integration in Erwerbstätigkeit. Im Gegensatz zur Ersteingliederung werden Personen, „die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen ihren Beruf oder ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können und eine neue berufliche Alternative finden müssen“ (Sommer et al., 2011, S. 11) im Bereich der Wiedereingliederung betreut. In der Wiedereingliederung werden außerdem Personen betreut, die Hilfen zur Sicherung ihres Beschäftigungsverhältnisses benötigen. Im direkten Vergleich der Anerkennungszahlen unterscheiden sich beide Bereiche deutlich. Auf Grundlage des Reha-Prozessdatenpanels zeigen Dony et al. (2011), dass ein über die verschiedenen Jahre hinweg in etwa stabiles Verhältnis von 2:1 zwischen Personen in der Erst- und Personen in der Wiedereingliederung besteht; in absoluten Zahlen sind dies für das Jahr 2009 46.439 Personen in der Erst- und 21.480 Personen in der Wiedereingliederung (vgl. Dony et al., 2011, S. 58).

Die zweite wesentliche Dimension beschreibt die Art der Leistungen. Hierbei werden allgemeine und besondere Leistungen unterschieden. Bei den allgemeinen Leistungen handelt es sich um die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen, die auch nicht behinderten Menschen offen stehen. Kann durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben nicht erreicht werden, werden besondere Leistungen angeboten, die auf die behindertenspezifischen Besonderheiten ausgerichtet sind.⁴ In dieser Reihung spiegelt sich zugleich der Vorrang allgemeiner vor besonderen Leistungen wider. In der Umsetzung ergibt sich dennoch ein gegensätzliches Bild mit einem Großteil der Förderung im Bereich der besonderen Leistungen.

Durch Kombination beider Dimensionen ergibt sich eine vier-Felder-Matrix, die eine gute Orientierung für die Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt.

2.3 Eingrenzung des Forschungsgegenstands

Die verteilten Zuständigkeiten für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die daraus resultierenden Unterschiede zwischen den Personen mit Rehabilitationsbedarf bei verschiedenen Trägern sind in der Ausgestaltung einer Wirkungsanalyse und der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. In Verbindung mit den oben benannten Evaluationsvorhaben zur Arbeitsförderung und zur Grundsicherung ist zunächst eine Gesamtevaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Bundesagentur für Arbeit und bei den Trägern der Grundsicherung angestrebt. Die beiden Studien der ersten

⁴ In entsprechender Weise werden auch die unterschiedlichen Förderbedarfe in der Förderstatistik der Bundesagentur für Arbeit abgebildet. Für eine Übersicht siehe auch Sommer et al. (2011), S. 13.

Stufe dieser Gesamtevaluation haben daher ausschließlich die Vorbereitung und Prüfung der Machbarkeit von Wirkungsanalysen in diesem Trägerkreis analysiert.

Dieses Vorgehen begründet sich in der hohen Komplexität der Fragestellung sowie den vielen erstmalig zu klärenden Fragen, insbesondere in Bezug auf die Verfügbarkeit und Verwendung besonders schützenswerter Daten für quantitative wissenschaftliche Analysen zur Bewertung der eingesetzten Maßnahmen und finanziellen Mittel. Darüber hinaus trägt das Vorgehen dem Umstand Rechnung, einen umfassenden Überblick über die Wirksamkeit der in der Arbeitsförderung und Grundsicherung für Arbeitsuchende eingesetzten Mittel aus Sicht des Gestalters der Arbeitsmarktpolitik zu erlangen.

Wie dargestellt ist die berufliche Rehabilitation aber nicht Kernaufgabe der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung allein, sondern verteilt sich auf unterschiedliche Träger. Die Evaluation der Wirkungen der Maßnahmen im Bereich der Bundesagentur für Arbeit und bei den Trägern der Grundsicherung gilt daher nur für diesen Trägerkreis; eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf Programme, Maßnahmen und Interventionen anderer Träger ist nicht ohne strenge Annahmen möglich. Diese Verallgemeinerung muss auch nicht angestrebt werden, da die Größenordnung der Zahl der beteiligten Kunden und der eingesetzten Mittel eine groß angelegte Evaluation der Wirkungen rechtfertigt. In der Interpretation der Ergebnisse und der Ableitung der Schlussfolgerungen sollte der zugrunde liegende Trägerkreis aber hervorgehoben werden.

In Bezug auf die Ableitung der Schlussfolgerungen sollte zudem berücksichtigt werden, dass die zu evaluierenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben faktisch Arbeitsmarktprogramme sind wie die übrigen Regelleistungen, zu denen bereits viele Ergebnisse und Erkenntnisse vorhanden sind, sich aber der Kundenkreis unterscheidet. Für die Schätzungen der kausalen Wirkungen können daher gewisse Analogien verwendet werden, Unterschiede können sich jedoch im Hinblick auf die Auswahl aussagekräftiger Ergebnisvariablen und vor allem auf die Interpretation der Ergebnisse im Gesamtkontext der Leistungserbringung ergeben. Aus dieser besonderen Umgebung lassen sich dann auch für die Bewertung der Effizienz besondere Maßstäbe ableiten. Im Gegensatz zu den Regelleistungen für Personen ohne Rehabilitationsbedarf, sollte die Effizienz von Programmen mit Integrationswirkung im Bereich der beruflichen Rehabilitation eher über den Vergleich zu ähnlichen Programmen evtl. bei anderen Trägern der Rehabilitation ermittelt werden. Leider fehlen hierzu bisher gesicherte Erkenntnisse, was eine Relativierung von Wirksamkeit und Effizienz nur innerhalb der Programme der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung erlauben wird.

Zusätzlich sollte, zumindest mittelfristig, eine Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie der Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft in allen Bereichen und trägerübergreifend durchgeführt werden. Neben dem sozialpolitischen Ziel der effizienten Allokation der Mittel hat für die Rehabilitation der ethische und verfassungsmäßige Grundsatz eine besondere Bedeutung.

Ein solches Vorgehen sollte den gesamten Lebenszyklus betrachten. Hierdurch könnte der Umgang bzw. die Identifikation von Beeinträchtigungspotenzialen im Zeitverlauf abgebildet und Hinweise auf die Wahl der effizienten Intervention im Zusammenspiel der verschiedenen Träger der Rehabilitation gefunden werden. Auch evtl. Verschiebungen von Risiken könnten aufgedeckt werden, und die Zeitlichkeit von Interventionen in Zusammenhang zu Wirkungen und Aufwand gestellt werden.

Wie bereits dargestellt, ist die Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Bundesagentur für Arbeit und bei den Trägern der Grundsicherung bereits unerlässlich, da hier eine große Zahl von Personen an Maßnahmen teilnimmt und ein entsprechender finanzieller Aufwand damit zusammenhängt. Es wäre wünschenswert, wenn dieses Vorgehen als beispielhaft interpretiert würde und die übrigen Träger der Rehabilitation in Deutschland in vergleichbarer Weise ihre Aktivitäten evaluierten.

3 Anforderungen an eine mikroökonomische Wirkungsanalyse

3.1 Methodische Grundlagen

Gegenstand einer mikroökonomischen Wirkungsanalyse ist die Ermittlung des individuellen Effekts einer Teilnahme an einem Programm auf eine vorher definierte Ergebnisvariable.⁵ Diese Ergebnisvariable hat sich dabei am Programmzweck zu orientieren, d.h. sie soll die Zielsetzung quantitativ operationalisieren. Am Beispiel eines Rehabilitationsprogramms mit dem Ziel der Arbeitsaufnahme könnte als Indikator der „Beschäftigungsstatus“ des Individuums gewählt werden. Die Wirkung des Programms wäre dann der zusätzliche Beschäftigungserfolg, der sich allein auf das Programm zurückführen lässt, ohne dieses also nicht entstanden wäre. Hierbei ist zunächst zu vernachlässigen, ob auch ohne Programm ein Erfolg entstanden wäre oder nicht, da nur der zusätzliche Erfolg zu ermitteln ist. Dieser zusätzliche Erfolg (oder Misserfolg) wird als kausaler Effekt des Programms bezeichnet. Bei der anschließenden Bewertung der Effizienz muss der zusätzliche Erfolg aber in der Regel in Relation zur auch ohne Programm entstandenen Änderung in der Ergebnisvariablen bewertet werden.

Das fundamentale Problem der Evaluation ergibt sich nun daraus, dass der zusätzliche Erfolg durch das Programm nicht beobachtbar ist. Da jedes Individuum zum selben Zeitpunkt nur einmal und damit nur in einem bestimmten Zustand beobachtet werden kann, ist auch die Differenz zwischen dem Ergebnis am Arbeitsmarkt mit Programm und dem Ergebnis am Arbeitsmarkt ohne Programm nicht direkt bestimmbar. Der kausale Effekt des Programms auf das Arbeitsergebnis kann nicht direkt ermittelt werden.

⁵ Ausführliche Darstellungen zu Anforderungen und Umsetzung von mikroökonomischen Wirkungsanalysen finden sich bei Heckman et al. (1999) und Blundell und Costa Dias (2009).

Das Kernproblem jeder (mikroökonomischen) Wirkungsanalyse ist dementsprechend im Fehlen von Daten über den kontrafaktischen Zustand des Individuums zu sehen, also über das Ergebnis der Teilnehmenden am Arbeitsmarkt ohne Partizipation im Programm. Um dieses Problem zu lösen und den Programmeffekt zu schätzen, gibt es eine Reihe verschiedener Evaluationsmethoden. Die Auswahl des für den Untersuchungszweck geeigneten Verfahrens hängt im Wesentlichen von drei Faktoren ab,

- 1) der Fragestellung,
- 2) der Art und Qualität der verfügbaren Daten und
- 3) dem Zuweisungsmechanismus in das Programm oder zum Erhalt der Leistungen.

Aus der Fragestellung ergibt sich zunächst ein klarer Hinweis auf den Parameter, der ermittelt werden soll. Sie definiert zudem mehr oder weniger exakt die Vergleichsgruppe, die zur Approximation des kontrafaktischen Ergebnisses am Arbeitsmarkt gesucht werden muss. Unter der Annahme eines individuell unterschiedlichen Nutzens aus der gleichen Maßnahme (*heterogener Maßnahmeneffekt*), profitieren Teilnehmer und Nichtteilnehmer in unterschiedlicher Weise. Dies resultiert dann in unterschiedlichen durchschnittlichen Schätzparametern der Maßnahmeneffekte (siehe nächster Unterabschnitt).

Die praktische Ermittelbarkeit des interessierenden Effekts hängt dann aber entscheidend von der Art und Qualität der verfügbaren Daten ab. Sind überhaupt Informationen über Vergleichspersonen vorhanden, die eine Abbildung der kontrafaktischen Situation der Teilnehmenden erlauben? Sind diese Informationen vollständig oder unvollständig, d.h. ist neben der beobachtbaren auch mit einer unbeobachtbaren Heterogenität umzugehen? Und schließlich haben die Daten auch entscheidenden Einfluss auf die Wahl und Aussagekraft der Ergebnisvariablen, da sie die Dimension des geschätzten Effekts bestimmt.

Wie die kontrafaktische Situation der Teilnehmer aussieht, d.h. welcher Personenkreis als potenzielle Kontrollgruppe auszuwählen ist, hängt von dem Zuweisungsmechanismus ab, der der Teilnahme oder dem Bezug bestimmter Leistungen zugrunde liegt. Unter Berücksichtigung der Zuweisungsregeln, der zugrunde gelegten Fragestellung und den zur Verfügung stehenden Daten wird eine Vergleichsgruppe gesucht, die sich nur in der tatsächlichen Teilnahme von den Teilnehmern unterscheidet.

3.2 Parameter für Treatmenteffekte

Der zu schätzende Parameter für den Teilnahmeeffekt (*Treatmenteffekt*) hängt von der Art der Fragestellung und der daraus resultierenden kontrafaktischen Situation ab. Um die nachfolgende Diskussion möglichst einheitlich und klar gestalten zu können, ist es sinnvoll, ein paar formale Definitionen zu verwenden. Die Darstellung ist dabei angelehnt an Blundell und Costa Dias (2009).

Den Rahmen der Diskussion stellt der sogenannte Ansatz potenzieller Ergebnisse (vgl. Roy, 1951, und Rubin, 1974). Hierbei sei d der Teilnahmeindikator (=1 bei Teilnahme) und y_i^1 und y_i^0 die potenziellen Ergebnisse für Individuum i im Teilnahme- und Nichtteilnahmefall:

$$y_i^1 = \beta + \alpha_i + u_i. \quad (1)$$

$$y_i^0 = \beta + u_i. \quad (2)$$

β ist die Konstante, α_i ist der Treatmenteffekt für Individuum i und u ist der unbeobachtbare Teil im Ergebnis y .

Das jeweils beobachtbare Ergebnis ist entsprechend gegeben durch:

$$y_i = d_i y_i^1 + (1 - d_i) y_i^0$$

$$y_i = \beta + \alpha_i d_i + u_i. \quad (3)$$

Dieses allgemeine Modell benötigt keine Annahmen über die funktionale Form des Zusammenhangs noch Verteilungsannahmen für den unbeobachtbaren Teil.

Die Teilnahme (Selektion) wird allein über den Treatmentstatus d abgebildet. Um die Selektion in das Programm möglichst realistisch abzubilden, wird angenommen, dass die Zuweisung auf Grundlage der verfügbaren Informationen zum Zeitpunkt der Teilnahme erfolgt. Diese Informationen können zum einen beobachtbar sein, Z , oder unbeobachtbar, v . In Abhängigkeit der verfügbaren Informationen ist die beobachtete Teilnahme dann Ergebnis einer spezifischen Zuweisungsregel, d.h.

$$d_i = \begin{cases} 1 & \text{wenn } d_i^* \geq 0 \\ 0 & \text{sonst} \end{cases}. \quad (4)$$

wobei d_i^* eine Funktion von Z und v ist:

$$d_i^* = g(Z_i, v_i). \quad (5)$$

Basierend auf dieser einfachen Notation lassen sich nun die unterschiedlichen Parameter der Treatmenteffekte definieren. Hierbei berücksichtigt die allgemeine Formulierung den heterogenen Effekt des zu untersuchenden Treatments für die Individuen. Die häufig verwendeten Schätzer der durchschnittlichen Treatmenteffekte sind:

a) *Durchschnittlicher Effekt der Teilnahme (ATE):*

$$\alpha^{ATE} = E(\alpha_i). \quad (6)$$

b) *Durchschnittlicher Effekt der Teilnahme für Teilnehmer (ATT):*

$$\alpha^{ATT} = E(\alpha_i | d_i = 1) = E(\alpha_i | g(Z_i, v_i) \geq 0). \quad (7)$$

Soll z.B. der Effekt eines Programms für eine zufällig aus allen Leistungsbeziehern ausgewählte Person ermittelt werden, müsste der sogenannte durchschnittliche Teilnahmeeffekt (*Average Treatment Effect, ATE*) berechnet werden. Am Beispiel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wäre dieser Parameter zu bestimmen, wenn ermittelt werden soll,

ob der Einsatz von einem bestimmten Programm, z.B. einer beruflichen Bildungsmaßnahme, für die durchschnittliche Person mit Rehabilitationsbedarf zu einem Arbeitsmarkterfolg führt oder nicht. Gemäß der Zielsetzung werden berufliche Bildungsmaßnahmen aber eher spezifisch bzw. unzufällig vergeben, d.h. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterscheiden sich von den durchschnittlichen Personen mit Rehabilitationsbedarf in bestimmter Weise. In diesem Fall ist der aussagekräftigere Parameter der sogenannte durchschnittliche Effekt der Teilnahme für Teilnehmer (*Average Treatment Effect on the Treated, ATT*). Dieser gibt den zusätzlichen Beitrag zum Arbeitsmarktergebnis des Programms für die Teilnehmer wieder, für die das Programm intendiert und konzipiert ist.⁶ Bei homogenen Effekten der Programme für alle Leistungsbezieher wären beide Effekte identisch; aufgrund der spezifischen Zuweisungsregelungen und der großen Zahl unterschiedlicher Programme, die sich an der Vielfalt der individuellen Bedarfe der Förderung orientiert, ist in der Realität von heterogenen Effekten auszugehen.

Da eine Zuweisung in das Programm nicht zufällig erfolgt, ist diese Selektion von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden entsprechend abzubilden. Unter Berücksichtigung aller Terme für die unbeobachtete Heterogenität kann das Ergebnis y_i (siehe Gleichung 3) wie folgt geschrieben werden.

$$\begin{aligned} y_i &= \beta + \alpha^{ATE} d_i + u_i + d_i(\alpha_i - \alpha^{ATE}) \\ &= \beta + \alpha^{ATE} d_i + e_i. \end{aligned} \quad (8)$$

Eine nicht-zufällige Selektion liegt vor, wenn e_i entweder mit den beobachtbaren Merkmalen, Z_i , oder den unbeobachtbaren Merkmalen, v_i , die die Teilnahme erklären, korreliert ist. Dementsprechend können verschiedenen Formen der Selektion unterschieden werden:

- a) Selektion aufgrund beobachtbarer Merkmale,
- b) Selektion aufgrund unbeobachtbarer Merkmale.

Zusätzlich ist in der empirischen Analyse eine mögliche Selektion aufgrund des Nichtteilnahmeergebnisses zu berücksichtigen, d.h. es kann ein Zusammenhang zwischen u_i und d_i bestehen. Daneben kann es auch eine Selektion aufgrund erwarteter Erträge geben; dies ist der Fall, wenn ein Zusammenhang zwischen α_i und d_i besteht.⁷ Aufgrund der Selektion ist der kausale Einfluss von d auf y nicht direkt in den Daten beobachtbar, da Teilnehmer und Nichtteilnehmer in der Regel nicht vergleichbar sind. Die Aufgabe aller und daher

⁶ In Analogie hierzu lässt sich auch der durchschnittliche Effekt des Programms für Nichtteilnehmer bestimmen (*Average Treatment Effect on the Non-Treated, ATNT*):

$$\alpha^{ATNT} = E(\alpha_i | d_i = 0) = E(\alpha_i | g(Z_i, v_i) < 0).$$

⁷ Anzumerken ist, dass die Selektion in das Programm in der Regel an der Zielsetzung orientiert ist. Sie stellt das zentrale Problem in der Ermittlung der Programmeffekte dar, ist aber Teil des zu untersuchenden Programms und daher ohne weitere Informationen nicht zu bewerten.

auch der nachfolgend kurz dargestellten Evaluationsmethoden ist es, die kausale Wirkung des Programms vom Selektionseffekt in das Programm zu trennen.

3.3 Evaluationsmethoden

Aufbauend auf diesen Anforderungen, bietet die einschlägige Literatur eine Vielzahl unterschiedlicher Schätzverfahren zur Ermittlung der Treatmenteffekte. Die wesentlichen Unterschiede der Verfahren liegen dabei in der Art und der Strenge der getroffenen Annahmen zur Identifikation der kausalen Effekte. Insbesondere der Umgang mit den verschiedenen Einflüssen auf den Selektionsprozess, d.h. der Einbezug beobachtbarer und unbeobachtbarer Einflüsse, variiert hierbei deutlich zwischen den Methoden.

Daneben unterscheiden sich die Methoden aber auch hinsichtlich der Aussagekraft der geschätzten Parameter. So erlauben die Methoden mit strengeren Annahmen in der Regel auch die Ermittlung allgemeinerer oder verallgemeinerbarer Effekte, während die Methoden mit (zumindest theoretisch) weniger strengen Annahmen in der Regel auch weniger allgemeine Parameter für die Treatmenteffekte identifizieren.

Entsprechend der zugrunde liegenden Untersuchungsfrage der Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesagentur für Arbeit und durch die Träger der Grundsicherung ist daher abzuwägen, inwiefern die jeweils notwendigen Annahmen plausibilisiert werden können, um zu tragfähigen Bewertungen der Aktivitäten und Empfehlungen zu kommen.

Im Folgenden sollen hierzu eine Auswahl moderner Evaluationsmethoden vorgestellt werden. Die erste Gruppe umfasst experimentelle und quasi-experimentelle Verfahren zur Approximation der kontrafaktischen Situation. Die Auswahl umfasst soziale Experimente, natürliche Experimente sowie Matching (und Kombination mit Differenz-von-Differenzen). Die zweite Gruppe umfasst Ansätze, die bei Verwendung nicht-experimenteller Daten das Endogenitätsproblem der Selektion ökonometrisch durch Einbezug sogenannter Instrumentalvariablen lösen. Hierzu zählen der Instrumentvariablenschätzer, der Discontinuity Design Schätzer und die multivariaten Verweildauermodelle.

3.3.1 Experimentelle und Quasi-experimentelle Verfahren

a) Soziale Experimente

In einem sozialen Experiment werden Teilnehmer und Nichtteilnehmer (aus der Gruppe der Anspruchsberechtigten) vergleichbar einem Laborexperiment zufällig zugeordnet. Bei sorgfältiger Durchführung kann angenommen werden, dass die Zufallszuweisung (*Randomisierung*) das korrekte Kontrafaktum der Teilnahme produziert und daher eine Verzerrung der Ergebnisse durch Selbstselektion ausgeschlossen werden kann. Konkret wird angenommen, dass

$$R1: E[u_i | d_i = 1] = E[u_i | d_i = 0] = E[u_i],$$

$$R2: E[\alpha_i | d_i = 1] = E[\alpha_i | d_i = 0] = E[\alpha_i].$$

Die Annahmen R1 und R2 besagen, dass sowohl der unbeobachtbare Teil im Ergebnis als auch der ermittelte Treatmenteffekt unabhängig von der Teilnahmewahrscheinlichkeit sind. Der mittlere Treatmenteffekt kann dementsprechend aus der Differenz der beobachteten Ergebnisse für Teilnehmer und Nichtteilnehmer identifiziert werden. Die Klarheit dieses Designs, die zu einer weiten Verbreitung in der Evaluation politischer Interventionen in Nordamerika geführt hat, ist der entscheidende Vorteil der Methode.

Allerdings ist ein experimentelles Evaluationsdesign auch mit Einschränkungen verbunden. Durch die Zufallszuweisung wird der tatsächliche Zuweisungsprozess ignoriert; Effekte des Programms, die sich aus Unterschieden in der Intention der Teilnehmenden ergeben, können nicht ermittelt werden. Dies schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Darüber hinaus können auch eine Reihe kontaminierender Faktoren vorliegen, die ebenfalls die Aussagekraft beeinträchtigen. Hierzu zählen z.B. systematische Unterschiede im Abbruchrisiko von Teilnehmer- und Vergleichsgruppe, Verdrusseffekte in der Vergleichsgruppe sowie Substitutionseffekte in der Vergleichsgruppe durch Teilnahme an ähnlichen Programmen.⁸ Zudem ist die Anwendbarkeit sozialer Experimente aufgrund ethischer oder gesetzlicher Vorbehalte eingeschränkt.⁹ Trotz dieser Vorbehalte sind soziale Experimente, wenn sorgfältig implementiert, im Vergleich zu den übrigen Evaluationsmethoden mit der am besten zu begründenden Plausibilität der identifizierenden Annahmen des kausalen Programmeffekts verbunden.

b) *Natürliche Experimente*

In Analogie zu den sozialen Experimenten verwendet die *Methode der Natürlichen Experimente* natürlich auftretende Phänomene, die eine Form der zufälligen Zuweisung in das Programm in Teilnehmer- und Nichtteilnehmergruppe oder die Anspruchsberechtigung zur Teilnahme bedingen. Die Schätzung des Effekts erfolgt durch Vorher-Nachher-Vergleich zwischen den Gruppen. Dies ist formal identisch mit dem sogenannten Differenz-von-Differenzen-Verfahren (*difference-in-differences estimator*, DID), bei dem ein natürlich auftretendes Phänomen die Politikverschiebung (z.B. die Teilnahme) in einer Gruppe, aber nicht in der anderen Gruppe auslöst.

Typische Beispiele hierfür sind eine Änderung der Gesetzgebung, die bei zwei ähnlichen Gruppen von Personen nur die eine betrifft (z.B. räumlich angrenzende Verwaltungsbezirke), eine Änderung der Anspruchsberechtigung zur Teilnahme, die für eine Gruppe zutrifft,

⁸ Für eine ausführliche Darstellung der Vor- und Nachteile sozialer Experimente in der Evaluation siehe Smith (2000).

⁹ Dies gilt insbesondere für den Erhalt von Pflichtleistungen. Hier ist eine Zufallsauswahl von Personen, die die Leistung beziehen, und solchen, die sie nicht beziehen, per Gesetz ausgeschlossen.

aber für die andere nicht, oder eine „Naturkatastrophe“, die zwei vergleichbare geographische Areale in unterschiedlicher Weise betrifft (z.B. Wegfall/Insolvenz eines Trägers).

Grundlage für die Anwendung eines DID-Schätzers sind Daten mit einer Längsschnittsdimension. Unter der Annahme, dass z.B. der Politikwechsel in Zeitpunkt k stattfindet, muss jedes Individuum vor ($t_0 < k$) und nach ($t_1 > k$) dem Politikwechsel beobachtet werden. d_{it} ist entsprechend der Treatmentstatus von Person i zum Zeitpunkt t . Für die Identifikation werden nun die folgenden zwei Annahmen getroffen:

- a) *Gemeinsamer Trend*: Die Entwicklung der Ergebnisse beider Gruppen wird durch einen unabhängigen Schock auf aggregierter Ebene in gleicher Weise beeinflusst.
- b) *Keine Selektion aufgrund eines vorübergehenden Schocks*: Vorübergehende, unbeobachtbare Schocks, die das Verhalten der Individuen in Bezug auf die Teilnahme beeinflussen, treten nicht auf.

Formal bedeutet dies, dass

$$E[u_{it_1} - u_{it_0} | d_i = 1] = E[u_{it_1} - u_{it_0} | d_i = 0] = E[u_{it_1} - u_{it_0}] \quad (9)$$

ist. Unter der Hypothese der Zufälligkeit durch den Politikwechsel (das natürliche Experiment) kann eine Selektion aufgrund von Nichtteilnahmeergebnissen in der ersten Differenz daher ausgeschlossen werden. Unter dieser Bedingung kann der ATT identifiziert werden:

$$\hat{\alpha}^{DiD} = [\bar{y}_{t_1}^1 - \bar{y}_{t_0}^1] - [\bar{y}_{t_1}^0 - \bar{y}_{t_0}^0] \text{ und } E[\hat{\alpha}^{DiD}] = \alpha^{ATT} \quad (10)$$

mit \bar{y}_t^d als durchschnittlichem Ergebnis für die Gruppe d zum Zeitpunkt t .

Auch bei der Unterstellung der Situation eines natürlichen Experiments sind einige Einschränkungen zu beachten, für die allerdings Korrekturmöglichkeiten (unter Berücksichtigung weiterer Annahmen) in der Literatur vorgeschlagen werden. Die wesentlichen Einschränkungen sind:

- a) *Selektion aufgrund spezifischer temporärer Schocks („Ashenfelter's Dip“)*: Ändert z.B. die Teilnehmergruppe ihr Verhalten vor dem Politikwechsel in Antizipation der Teilnahme, ist das Referenzergebnis vor dem Programm (die Basis der ersten Differenz) verzerrt.
- b) *Vorliegen unterschiedlicher makroökonomischer Trends*: Wenn die Gruppen der Anspruchsberechtigten und Nichtanspruchsberechtigten unterschiedlich auf makroökonomische Änderungen reagieren, ist die Annahme des gemeinsamen Trends verletzt. Z.B. können sich im Abschwung die Arbeitsmarktchancen einer Gruppe stärker verschlechtern als die der anderen Gruppe.
- c) *Lineare Separabilität der Störgrößen*: Die für den DiD-Schätzer unterstellte Annahme ist unrealistisch bei Vorliegen einer binären Ergebnisvariablen, z.B. Beschäfti-

gung ja/nein. Die Anwendung nichtlinearer DID-Verfahren ist methodisch kompliziert und die Interpretation als ATT ist dann nicht mehr (zwingend) gegeben.

Alle diese Einschränkungen führen dazu, dass der ATT nicht oder nicht interpretierbar identifiziert werden kann. Eine argumentative Plausibilisierung der getroffenen Annahme ist dementsprechend aufwändiger als im Fall des sozialen Experiments.

c) *Matchingverfahren*

In der Evaluation arbeitsmarktpolitischer Programme weit verbreitet ist die Anwendung sogenannter Matchingverfahren. Die grundlegende Idee ist die Reproduktion der Teilnehmergruppe aus der Nichtteilnehmergruppe mit dem Unterschied der Teilnahme, d.h. die Herstellung experimenteller Bedingungen bei nichtexperimenteller Ausgangslage. Unter den hierzu erforderlichen Annahmen konstruiert Matching dann das korrekte Kontrafaktum zu den Teilnehmenden, wenn sie nicht teilgenommen hätten. Dies erfolgt durch Paarbildung zwischen Teilnehmenden und vergleichbaren Nichtteilnehmenden („statistische Zwillinge“), wobei vergleichbare Nichtteilnehmende auf unterschiedliche Weise gebildet werden können. Matchingverfahren eignen sich zur Identifikation verschiedener Parameter für die Treatmenteffekte. Aufgrund der in der Regel spezifischen Selektion in die Programme, wird überwiegend der ATT geschätzt.¹⁰ Aus diesem Grund beschränkt sich die nachfolgende Darstellung auf die dazu gehörigen identifizierenden Annahmen.

Zur Identifikation muss die Annahme der bedingten Unabhängigkeit erfüllt sein:

$$y_i^0 \perp d_i \mid X_i \quad (11)$$

Sie unterstellt, dass unter Kontrolle der beobachtbaren Merkmale X_i das Nichtteilnahmeergebnis y_i^0 unabhängig von der Teilnahme ist.¹¹ Die hohe Anforderung dieser Annahme ergibt sich dabei durch die erforderliche Beobachtbarkeit aller Faktoren, die die Teilnahmeentscheidung d und das Nichtteilnahmeergebnis für Individuum i beeinflussen.¹² Ist dies erfüllt, wird durch das Matchingverfahren allerdings eine experimentelle Kontrollgruppe repliziert, die zugleich die Intention zur Teilnahme berücksichtigt.¹³

¹⁰ Für die notwendigen Annahmen des Matching-Schätzers zur Identifikation anderer Treatmenteffektparameter sowie eine Übersicht verschiedener Matching-Metriken siehe Heckman et al. (1999).

¹¹ Hier sei darauf hingewiesen, dass kein exaktes Matching notwendig ist, sondern stattdessen der sog. Propensity Score (siehe Rosenbaum und Rubin, 1983) verwendet werden kann. Der Propensity Score ist als Funktion aller relevanten Variablen ein Skalar, der die Teilnahmeneigung von Teilnehmer- und Vergleichsgruppe widerspiegelt.

¹² Im Gegensatz zum allgemeinen Modell der potenziellen Ergebnisse, bei dem die Selektion über beobachtbare (Z) und unbeobachtbare (v_i) Größen erklärt wird, sind im Matching die Merkmale zu beobachten, die gleichzeitig Selektion und Ergebnis beeinflussen, X_i . X_i kann daher dieselbe Menge oder auch Untermenge von Z_i sein, je nachdem ob alle Z_i auch das interessierende y_i erklären oder nicht.

¹³ Inwiefern der mittels Matching-Verfahren geschätzte Treatmenteffekt robust gegenüber möglichen unbeobachtbaren Einflüssen ist, kann durch Verwendung des sog. Mantel-Haenszel-Test (siehe Mantel und Haenszel, 1959) geprüft werden. Für Anwendungen siehe z.B. Hujer et al. (2004) und Hujer und Thomsen (2010). Der Test kann allerdings keine Aussage darüber machen, ob unbeobachtbare Heterogenität tatsächlich vorliegt. Ein alternatives Verfahren schlagen Ichino et al. (2008) vor. Bei begründeter Vermutung weiterer relevanter Einflussfaktoren ist daher von der Verwendung des Matching-Verfahrens abzusehen.

Als weitere Bedingung zur Identifikation des ATT muss außerdem ein gemeinsamer Stützbereich von Teilnehmer- und Vergleichsgruppe gegeben sein:

$$P[d_i = 1 | X_i] < 1 \quad (12)$$

Der gemeinsame Stützbereich impliziert, dass für jeden Teilnehmenden auch mindestens eine nichtteilnehmende Person verfügbar ist, deren Ergebnis zur Approximation der kontrafaktischen Situation verwendet werden kann. Um dies zu gewährleisten, dürfen die berücksichtigten Variablen X die Teilnahme nicht perfekt vorhersagen.

Aufgrund dieser beiden konträr formulierten Annahmen ist die Auswahl der Variablen in der Anwendung schwierig. Zum einen erfordert die Annahme der bedingten Unabhängigkeit, dass sie die Selektion und das Arbeitsergebnis möglichst vollständig abbilden sollten, da es sonst zu einer fehlerhaften oder verzerrten Schätzung des wahren Treatmenteffekts kommen kann. Zum anderen können zu umfangreiche Informationen zu einem Verlust des gemeinsamen Stützbereichs führen; die Interpretation des geschätzten Effekts ist dann nur für Personen im gemeinsamen Stützbereich der Verteilungen möglich. Darüber hinaus ist nicht per se klar, welche Informationen die „relevanten“ Informationen sind. Die Auswahl erfordert eine entsprechend sorgfältige inhaltliche und statistische Begründung (siehe hierzu auch Lechner und Wunsch (2011) für die Robustheit von Matching-Schätzern bei Änderungen der berücksichtigten beobachtbaren Merkmale).

d) Kombination von Matching und DID (MDID)

Bei Verfügbarkeit von Paneldaten können Matching und der DID-Schätzer kombiniert werden, um die Strenge der Annahmen beider Verfahren zu verringern. Wie beschrieben erfordert die Annahme der bedingten Unabhängigkeit für den Matching-Schätzer sehr informative Daten, da der Prozess der Erwartungsbildung über das zukünftige Arbeitsergebnis anhand beobachtbarer Merkmale vollständig erfasst werden muss. Der DID-Schätzer hingegen erfasst unbeobachtbare Einflüsse auf das Nichtteilnahmeergebnis, die die Teilnahmeentscheidung beeinflussen, solange sie zeitkonstant sind. Bei Kombination beider Annahmen kann die Annahme der bedingten Unabhängigkeit entsprechend abgeschwächt werden:

$$(u_{it_1} - u_{it_0}) \perp d_{it_1} | X_i \quad (11)$$

Im Gegensatz zu Gleichung (11) ist die Annahme nun als Vorher-Nachher-Änderung formuliert und nicht mehr als Niveaugröße. Die übrigen Annahmen des DiD-Schätzers gelten weiterhin, die Anforderung des gemeinsamen Stützbereichs in entsprechend angepasster Form.

3.3.2 Evaluationsmethoden mit Verwendung von Instrumenten zur Lösung des Selektionsproblems

e) *Instrumentvariablenschätzer*

Sind die hohen Anforderungen eines experimentellen Schätzers oder eines quasi-experimentellen Schätzers zur Identifikation des kausalen Maßnahmeneffekts, d.h. vollständige Randomisierung bzw. ökonometrische Nachbildung einer Randomisierung über direkte Kontrolle aller relevanten Faktoren, nicht erfüllt, sind alternative Verfahren zur Ermittlung der Treatmenteffekte zu verwenden, die eine Selektion aufgrund (für den Wissenschaftler) unbeobachtbarer Einflüsse explizit berücksichtigen, um Maßnahmen- und Selektionseffekte voneinander zu trennen. Hierzu können Verfahren unter Verwendung sogenannter Instrumentalvariablen eingesetzt werden. Als Instrumentalvariablen (oder Instrumente) sind dabei Variablen geeignet, die zwar direkt auf die Selektion in die Maßnahme, aber nicht auf die Ergebnisvariable wirken.

Die Erläuterung der Idee erscheint im Rückgriff auf das Modell potenzieller Ergebnisse (siehe Gleichungen 3 bis 5) sinnvoll. Ohne Einschränkung der Allgemeinheit könnte das Modell in Gleichung (3) um erklärende Variablen X ergänzt werden, die einen Teil der Variation im Ergebnis y abbilden. Die Selektion (Gleichung 5) wird weiterhin über beobachtbare (Z) und unbeobachtbare Merkmale (v) bestimmt, wobei nun angenommen wird, dass X eine Untermenge von Z ist und mindestens eine zusätzliche Variable in Z vorhanden ist. Diese zusätzliche Variable erklärt also nur die Selektion in das Programm, nicht aber das Ergebnis. Sie wird daher als Ausschlussrestriktion (*exclusion restriction*) bezeichnet.

Diese besondere Eigenschaft des oder der zusätzlichen Merkmale kann nun genutzt werden, um das Selektionsproblem zu lösen (*Instrumentvariablenschätzer*, IV). Wesentlich ist dabei der Umstand, dass die potenziellen Ergebnisse nicht in direkter Abhängigkeit von Z variieren. Die Unterschiede in den mittleren beobachtbaren Ergebnissen zwischen zwei Gruppen, die sich nur in Z unterscheiden, resultieren dann ausschließlich aus Unterschieden in der Teilnahmewahrscheinlichkeit und der Zusammensetzung der Gruppe der Teilnehmenden im Hinblick auf den erwarteten Ertrag der Teilnahme.

Im (zunächst zur Illustration unterstellten) Fall homogener Treatmenteffekte können diese Annahmen zur Identifikation im Instrumentvariablenschätzer formal wie folgt definiert werden.

IV 1: Die Teilnahmewahrscheinlichkeit wird durch die Ausschlussrestriktion z erklärt:

$$P[d_i = 1 | z] \neq P[d_i = 1] \quad (12)$$

IV 2: Die Ausschlussrestriktion z hat keinen direkten Einfluss auf y :

$$E[u | z] = E[u] \quad (13)$$

IV 3: Annahme homogener Treatmenteffekte:

$$\alpha_i = \alpha \text{ für alle } i \quad (14)$$

Unter diesen Annahmen, insbesondere der Annahme homogener Treatmenteffekte, identifiziert der Instrumentvariablenschätzer den wahren Treatmenteffekt, da $\alpha^{ATE} = \alpha^{ATT} = \alpha_i = \alpha$ gilt.

Die Annahme IV 1 stellt sicher, dass mind. zwei Werte von z existieren, die eine Variation in der Teilnahmewahrscheinlichkeit $P(z)$ begründen und so die Identifikation von α ermöglichen. Es seien (z^*, z^{**}) diese Werte, dann ist der Instrumentvariablenschätzer:

$$\begin{aligned} E[y_i | z_i = z^{**}] - E[y_i | z_i = z^*] &= \alpha [P(z^{**}) - P(z^*)] \\ \alpha &= \frac{E[y_i | z_i = z^{**}] - E[y_i | z_i = z^*]}{[P(z^{**}) - P(z^*)]} \end{aligned} \quad (15)$$

Obleich intuitiv überzeugend, ist die Anwendung des Instrumentvariablenschätzers für die Evaluation der Programmeffekte mit zwei praktischen Einschränkungen verbunden:

- a) Die erste liegt in der Wahl des Instruments begründet. So ist es schwierig, eine beobachtbare Variable zu finden, die zwar die Selektion in das Programm erklärt, aber zugleich keinen direkten Einfluss auf das Ergebnis hat. In Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollte das potenzielle Instrument z.B. die Teilnahme an der beruflichen Weiterbildung erklären können, aber nicht direkt auf den Beschäftigungsstatus einwirken. Aufgrund der zweiten Eigenschaft haben mögliche Merkmale in der Regel nur einen begrenzten Erklärungsgehalt für die Selektion. Hat das Merkmal jedoch nur eine geringe Variation oder führt zu einer unzureichenden Variation in der Teilnahmewahrscheinlichkeit (sog. schwaches Instrument), wird der Schätzer in Gleichung (15) schnell ungenau.
- b) Die zweite Einschränkung liegt in der Annahme homogener Effekte. Da dies nicht anzunehmen ist, kann der Instrumentvariablenschätzer weder den durchschnittlichen Teilnahmeeffekt noch den durchschnittlichen Effekt der Teilnahme für Teilnehmende identifizieren. Stattdessen kann nur ein lokaler durchschnittlicher Treatmenteffekt identifiziert werden. Lokal bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Umgebung des Instruments z .

Der lokale durchschnittliche Treatmenteffekt (local average treatment effect, LATE)

In Analogie zur Formulierung der bereits bekannten Parameter für mögliche Treatmenteffekte, benötigt der *LATE* zwei Annahmen zur Identifikation. Zunächst ist anzunehmen, dass die Teilnahmeentscheidung d eine nichttriviale Funktion der beobachtbaren Merkmale Z , d.h. nicht konstant für Z (mit Z als den beobachtbaren Merkmalen der Selektion aus Gleichung 5). Darüber hinaus müssen zwei Werte von Z mit Z^* und Z^{**} existieren, für die nur eine Teilgruppe unter Z^{**} auch bei Z^* am Programm teilnimmt. Unter diesen beiden Annahmen misst der *LATE* nun den durchschnittlichen Effekt der Teilnahme für Personen, die von Nichtteilnehmenden zu Teilnehmenden werden, wenn sich Z von Z^* zu Z^{**} ändert:

$$\alpha^{LATE}(Z^*, Z^{**}) = E\left(\alpha_i \mid d_i(Z^{**}) = 1, d_i(Z^*) = 0\right), \quad (16)$$

wobei $d_i(Z)$ als binäre Zufallsvariable den Treatmentstatus für Individuum i mit den beobachtbaren Merkmalen Z wiedergibt.

Entsprechend kann unter der Annahme heterogener Treatmenteffekte eine Änderung in der Instrumentvariablen z eine lokale Zufallszuweisung in Teilnehmer- und Kontrollgruppe produzieren, wobei sich die Teilnahmewahrscheinlichkeit für ein Individuum ändert, ohne dass sich die potenziellen Ergebnisse (y^0 , y^1) ändern. Obgleich auch hier eine Zufallszuweisung vorliegt, ist der resultierende Effekt kein ATE oder ATT, da die Interpretation des Effekts von den Ausprägungen von z abhängt. Der geschätzte Effekt gibt nur die durchschnittliche Veränderung im Ergebnis an, die aus der Änderung des Teilnahmestatus aufgrund einer Änderung von z resultiert.

Zur Identifikation des LATE gelten für das Instrument weiterhin die Annahmen des klassischen IV-Ansatzes, d.h. LATE 1 und LATE 2 sind identisch mit IV 1 und IV 2 (siehe oben). Die Aufgabe der Annahme homogener Treatmenteffekte (IV 3) erfordert die Einführung zweier weiterer Annahmen.

LATE 3: Unabhängigkeit von z von den übrigen unbeobachtbaren Größen und dem Treatmenteffekt:

$$(\alpha, \nu) \perp z \quad (17)$$

LATE 4: Monotonie von $d(z)$ in z ; z.B. mit $z^{**} > z^*$ und $P[d(z^{**})=0, d(z^*)=1]=0$, dann gilt:

$$P[d(z^{**})=1, d(z^*)=0] = P(z^{**} - z^*) \quad (18)$$

Der resultierende Schätzer aus diesen Annahmen ist dann:

$$E[y_i | z^{**}] - E[y_i | z^*] = [P(z^{**}) - P(z^*)] E[\alpha_i \mid d_i(z^{**}) = 1, d_i(z^*) = 0]$$

$$\alpha^{LATE}(z^*, z^{**}) = \frac{E[y_i | z_i = z^{**}] - E[y_i | z_i = z^*]}{[P(z^{**}) - P(z^*)]}. \quad (19)$$

Obgleich der LATE-Schätzer in Gleichung (19) analytisch mit dem Instrumentvariablen-schätzer in Gleichung (15) identisch ist, unterscheidet er sich in der Interpretation. Im Gegensatz zum IV-Schätzer hängt die Interpretation des LATE von den spezifischen Werten von z ab. So ist die Gruppe der „Wechsler“, die durch eine Variation in z induziert wird, nicht zwingend repräsentativ für die Gruppe der Teilnehmer allgemein oder die Grundgesamtheit. Dementsprechend hängt auch die Aussagekraft des LATE hinsichtlich der Ableitung politikrelevanter Handlungsempfehlungen entscheidend von der Wahl des gewählten Instruments und den spezifischen Werten für die Evaluation ab!

Um dies zu verdeutlichen, können folgende Beispiele hilfreich sein: Wird die Veränderung einer diskreten Variable verwendet, z.B. die institutionelle Änderung der Teilnahmebedingungen, um die Teilnahme zu instrumentieren, drückt der LATE den Treatmenteffekt für diejenigen aus, die aufgrund dieser Politikänderung ihren Teilnahmestatus verändert ha-

ben (z.B. Einführung eines anerkannten Behinderungsgrads als Anspruchsgrundlage für eine Teilnahme gegenüber auch nicht-anerkanntem Behinderungsgrad vorher). In diesem Sinne hat dann auch die Interpretation einen politikrelevanten Gehalt. Wird hingegen ein individuelles Merkmal, z.B. Vorliegen einer häuslichen Verpflichtung, als Instrument der Teilnahmeentscheidung verwendet, ist der LATE weit weniger informativ im Hinblick auf die Ableitung weiterreichender Politikempfehlungen.

f) *Discontinuity Design Schätzer*

Ähnlich dem gedanklichen Vorgehen, das bei der Identifikation über ein natürliches Experiment verwendet wird, kann in der Ausgestaltung der Maßnahme (z.B. im Zuweisungsmechanismus) eine Art der Zufallszuweisung inbegriffen sein, die für die Schätzung verwendet werden kann. Dies ist der Fall, wenn sich z.B. die Zuweisungswahrscheinlichkeit in das Programm unstetig (sprunghaft) entlang einer stetigen Variable z ändert. Hierbei ist z wie zuvor ein beobachtbares Instrument, das typischer Weise die Anspruchsberechtigung erklärt. Der sog. *Discontinuity Design Schätzer* nutzt genau diese unstetige Abhängigkeit von d von z , um den LATE zu identifizieren. Der Vorteil der Methode, die zu einer steigenden Verbreitung in der Literatur geführt hat, ist, dass dies auch möglich ist, wenn z nicht die Annahmen des IV erfüllt. In der Interpretation ist lediglich jede Unstetigkeit von y als Funktion von z auf die unstetige Änderung der Teilnahmewahrscheinlichkeit als Funktion von z , d.h. $P(z)$, zurückgeführt. Analytisch ist der Schätzer ebenfalls identisch mit dem LATE, aber seine Interpretation kann sich unterscheiden.

Zur Identifikation wird angenommen, dass die bedingte Wahrscheinlichkeit der Teilnahme, $P(d=1|z)=P(z)$, an der Stelle z^* unstetig ist, aber gleichzeitig die Teilnahme nicht vollständig erklärt. Damit dies gilt, müssen weitere, unbeobachtbare Einflüsse auf die Teilnahmeentscheidung wirken. Aufgrund dieser Annahme gilt:

$$P(z^{*-}) \neq P(z^{*+}), \quad (20)$$

d.h. die Teilnahmewahrscheinlichkeit links von z^* unterscheidet sich von der Teilnahmewahrscheinlichkeit rechts von z^* . Weiter wird angenommen, dass

$$E(u_i | z^{*-}) = E(u_i | z^{*+})$$

und

$$E(\alpha | z^{*-}) = E(\alpha | z^{*+}) = E(\alpha | z^*)$$

ist. Der erwartete Treatmenteffekt in der sehr kleinen Umgebung von z^* ist also identisch.

Der Logik des IV oder des allgemeinen LATE folgend, muss schließlich noch die lokale Unabhängigkeit des Treatmenteffekts an der Stelle bzw. in der sehr kleinen Umgebung um z^* gelten:

$$E(\alpha_i | d_i, z) = E(\alpha_i | z).$$

Der resultierende Discontinuity Design Schätzer (DD) ist dann:

$$\alpha^{DD}(z^*) = \frac{E(y_i | z^{*+}) - E(y_i | z^{*-})}{P(z^{*+}) - P(z^{*-})}. \quad (21)$$

Der DD misst den mittleren Treatmenteffekt für ein zufällig ausgewähltes Individuum mit Merkmalsausprägung z^* , d.h. den ATE an lokaler Stelle. Dieser Schätzer ist empirisch identisch mit dem LATE, wenn er in der gleichen Umgebung ermittelt wird. Der wesentliche Unterschied zwischen DD und LATE ist allerdings, dass der LATE inhaltlich an einer „Aktion“ des Individuums orientiert ist, während der DD inhaltlich auf eine „Reaktion“ abstellt.

Wie bei den zuvor diskutierten Schätzern, hat auch der DD einige Einschränkungen. Zunächst handelt es sich wiederum um einen lokalen Parameter, der von einer un stetigen Veränderung der Partizipationsrate entlang einem stetigen Instrument (z.B. Behinderungsgrad) abhängt. Im Gegensatz zu den Instrumenten des LATE, können die Individuen die Ausprägung des Instruments evtl. selbst beeinflussen und dadurch ihre Teilnahme-wahrscheinlichkeit erhöhen oder verringern. Beide Schätzer (LATE und DD) wären in diesem Fall verzerrt. Außerdem wird bei allen lokalen Parametern die Stichprobengröße der Schätzung deutlich reduziert, da nur Individuen berücksichtigt werden, die durch die lokale Änderung des Instruments ihre Teilnahmewahrscheinlichkeit ändern. Die Verringerung der Fallzahlen verringert in der Regel die Präzision der Schätzer.

g) Nichtparametrische Verweildauermodelle

Neben den vorgestellten Methoden werden in der internationalen Literatur zur Evaluation politischer Interventionen sogenannte nichtparametrische multivariate gemischte proportionale Übergangsratenmodelle oder Hazardratenmodelle eingesetzt (*non-parametric multivariate Mixed Proportional Hazards Models*).¹⁴ Hazardraten drücken das Übergangsrisiko, d.h. den Grenzwert der bedingten Übergangswahrscheinlichkeit in einem infinitesimal kurzen Intervall, von einem Zustand in einen anderen aus. In diesem Zusammenhang z.B. den Übergang aus Arbeitslosigkeit in Beschäftigung. Die Grundidee der Modelle ist die Verwendung der zeitlichen Zufälligkeit im Zugang in die Programme als Instrument zur Lösung der Selektion. Sie ähneln daher in der inhaltlichen Überlegung den anderen Methoden mit Verwendung von Instrumenten. In der Schätzung des Treatmenteffekts werden das Übergangsrisiko (Hazardrate) in das Programm und das Übergangsrisiko in den Ergebniszustand simultan bestimmt, da das Übergangsrisiko in den Ergebniszustand von der Realisierung des Übergangs in das Programm abhängt.

Als Vorteile der Methode werden in der Literatur die dynamische Betrachtung der Zugangs- und Übergangsprozesse im Arbeitsmarkt angesehen. Darüber hinaus können die

¹⁴ Abbring und van den Berg (2003) geben eine ausführliche Diskussion der Modelle. Auf eine formale Erörterung wird aus Platzgründen an dieser Stelle verzichtet.

Treatmenteffekte flexibel modelliert werden, d.h. ein expliziter Einbezug beobachtbarer und unbeobachtbarer Faktoren in die Effektentwicklung über die Zeit ist möglich. Trotz dieser augenscheinlichen Vorzüge, ist die Verwendung solcher Modelle mit ebenso großen Nachteilen verbunden. Hierbei sollen drei wesentliche Nachteile kurz genannt werden.

- 1) Zunächst ist die kritische Annahme der Identifikation über ein zeitliches Instrument zu nennen. Hierzu muss gelten, dass die Individuen den Teilnahmebeginn nicht kennen bzw. antizipieren dürfen. Obgleich dieser Umstand in bestimmten Arbeitsmarktkontexten erfüllt sein kann (z.B. in der Vergabe von Sanktionen), scheint es im Kontext der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eher schwierig begründbar, insbesondere im Bereich der Ersteingliederung. Im Bereich der Wiedereingliederung muss, wie bei den anderen Methoden auch, die Machbarkeit für die einzelnen Annahmen überprüft werden.
- 2) Eine weitere Einschränkung ist die Interpretation der Treatmenteffekte. Ähnlich zu den oben beschriebenen Methoden, ist die Identifikation nur unter strengen Annahmen global gewährleistet und als ATE aufzufassen; praktisch werden jedoch eine Vielzahl lokaler Effekte geschätzt (d.h. Effekte für Gruppen mit Übergangsrisiko zu bestimmten Zeitpunkten). Eine Interpretation in Analogie zu den übrigen Methoden und damit auch zu mit anderen Methoden ermittelten Ergebnissen für vergleichbare Maßnahmen ist nur unter Berücksichtigung zusätzlicher Maßnahmen möglich.
- 3) Der letzte Aspekt betrifft technische Details der Methoden, die die Anwendbarkeit deutlich einschränken. Zunächst ist im Hinblick auf die Effizienz der Schätzer anzumerken, dass die Bestimmung der statistischen Inferenz (noch) nicht vollständig geklärt ist. Zudem sind die Verfahren rechentechnisch sehr aufwändig und die bisher veröffentlichten Ergebnisse haben teilweise wenig robuste Ergebnisse.

3.4 Zwischenfazit

Die Beschreibung der allgemeinen Anforderungen an eine mikroökonomische Wirkungsanalyse sollte verdeutlichen, dass die Wahl der adäquaten Evaluationsmethode für den vorliegenden Forschungszweck von dem Politikparameter, der ermittelt werden soll, den verfügbaren Daten und dem Zuweisungsmechanismus bzw. den Zuweisungsmechanismen abhängt. Überdies sollte deutlich werden, dass keine der vorgestellten Evaluationsmethoden per se die anderen dominiert, sondern sich Auswahl und Aussagekraft aufgrund möglicher Einschränkungen oder Beschränkungen in einem der drei Aspekte ergeben. In der empirischen Umsetzung ist es gleichermaßen schwierig, die kritischen Annahmen jeder einzelnen Methode überzeugend zu plausibilisieren.

Als Handreichung für die Wirkungsanalyse sollte entsprechend der folgende Schlüssel zur Auswahl der geeigneten Methode beachtet werden. Ein gutes Verständnis und eine klare

Modellierung des Zuweisungsmechanismus' bzw. der Auswahlregeln für die Teilnahme für jedes spezifische Programm sind wesentliche Grundlage für eine überzeugende Ermittlung der Effekte! In der Evaluation sollten verschiedene Methoden berücksichtigt werden, wobei die einen evtl. weniger aussagekräftige, aber robuste Ergebnisse (z.B. Methoden mit Verwendung von Instrumenten zur Identifikation lokaler Treatmenteffekte), die anderen aussagekräftigere Ergebnisse auf Kosten anfälligerer Annahmen liefern können (z.B. kombinierte Matching und DiD-Verfahren zur Identifikation durchschnittlicher Treatmenteffekte mit zusätzlichen Robustheitsanalysen gegenüber unbeobachtbaren Einflüssen).

4 Ergebnisse der Implementationsstudie 1 und der Basisstudie "Reha-Prozessdatenpanel" für eine Wirkungsanalyse

4.1 Vorbemerkung

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Implementationsstudie 1 und der Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“ sollen in den folgenden Unterabschnitten Möglichkeiten zur Machbarkeit von Wirkungsanalysen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben diskutiert werden. Wie in den Ausführungen des Abschnitts 2 herausgestellt, unterliegen die angestrebten Analysen aufgrund von institutionellen Gegebenheiten gewissen Beschränkungen in der Aussagekraft. Es können daher nur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung untersucht werden. Im Sinne einer besseren Übersichtlichkeit werden die folgenden Überlegungen entsprechend den Ausführungen des Abschnitts 3 zu den Anforderungen an eine mikroökonomische Wirkungsanalyse gegliedert. Hierzu werden zunächst die Forschungsfragen vorgestellt, im Anschluss die Datengrundlagen für die Analysen bewertet und schließlich sollen die verschiedenartigen Selektionsprozesse diskutiert werden. Diese ergeben sich zum einen aus der vier-Felder-Matrix (siehe Abschnitt 2.2), zum anderen aus den im Folgeabschnitt vorgestellten Interessen und Intentionen der politischen Entscheidungsträger.

4.2 Das Interesse des politischen Entscheiders: Erwartungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales möchte mit der Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen die in der Einleitung genannte Forschungslücke zu den Wirkungen der Maßnahmen für diesen Personenkreis verkleinern bzw. möglichst schließen.

Das Ziel des Gesamtvorhabens ist dabei, erstmals „repräsentative Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz dieser Leistungen und damit Ansatzpunkte für eine gegebenenfalls erforderliche Optimierung der praktischen Umsetzung und für eine Fortentwicklung des rechtlichen Rahmens“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010b, S. 1) zu gewinnen. Die entsprechenden Wirkungsanalysen sollen hierzu „auf Prozessdaten (Reha-

Prozessdatenpanel der Basisstudie) basieren, die bei Zustimmung der Betroffenen mit Befragungsdaten verknüpft werden" (ebd., S. 5). Die Wirkungen sollen nach Möglichkeit die drei folgenden Zielgrößen berücksichtigen (vgl. ebd., S. 6):

- 1) Integration (bzw. Nachhaltigkeit der Integration) in Erwerbstätigkeit, Analyse von Erwerbsverläufen,
- 2) Herstellung, Wiederherstellung, Erhalt oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit und
- 3) Förderung der sozialen Teilhabe.

Weiter wird ausgeführt, dass „sowohl absolute als auch relative Wirkungen in den Blick zu nehmen" (ebd., S. 5) sind, wobei absolute Wirkung als der Effekt von Teilnahme im Vergleich zur Teilnahme an keiner Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben definiert wird und relative Wirkungen „die Effekte verschiedener Einzelmaßnahmen oder Maßnahmenketten im Vergleich zueinander" (ebd., S. 6) beschreiben.

In Bezug auf die zu untersuchenden Maßnahmen ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowohl an der Wirkung von Reha-Maßnahmen insgesamt (also nicht nach Einzelmaßnahmen differenziert) als auch an der Wirkung differenzierter Einzelmaßnahmen bzw. Maßnahmenketten interessiert. Hierbei wird gleichermaßen herausgestellt, „dass Einzelmaßnahmen in typische Maßnahmenketten eingebunden sein können" (ebd. S. 6). Als interessierende Gruppen von Einzelmaßnahmen werden

- 1) *Qualifizierende Maßnahmen zur Ersteingliederung* (allgemeine und besondere Leistungen der Berufsvorbereitung, besondere Leistungen der beruflichen Grundbildung und allgemeine und besondere Leistungen zur Förderung der beruflichen Ausbildung und Unterstützte Beschäftigung),
- 2) *Qualifizierende Maßnahmen zur Wiedereingliederung* (allgemeine und besondere Leistungen zur beruflichen Weiterbildung) und
- 3) *Leistungen zur Unterstützung der Integration* (Eingliederungszuschüsse, Ausbildungszuschüsse, Probebeschäftigung, Arbeitshilfen für behinderte Menschen)

genannt.

Diese umfangreichen Ausführungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales definieren den engeren Rahmen für die Wirkungsanalysen. Die Feststellung der Machbarkeit muss sich dementsprechend an der Erfüllbarkeit der Anforderungen orientieren und diese gegebenenfalls zu modifizieren. So sind sie wesentlich für die Auswahl der adäquaten Evaluationsmethoden, die Beurteilung der Datenbasis im Hinblick auf notwendige und mögliche Ergänzungen, aber auch für die Zahl und Art der durchzuführenden Schätzungen. Die Ergebnisse und Einschätzungen der Implementationsstudie 1 und der Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel" müssen in den folgenden Unterabschnitten an diesen Vorgaben gespiegelt werden, um die Machbarkeit im Sinne des übergeordneten Gestaltungsinteresses zu beurteilen.

Als erstes Zwischenergebnis kann im Hinblick auf die Auswahl der Schätzer festgestellt werden, dass alle in Abschnitt 3 präsentierten Verfahren die Ableitung repräsentativer Ergebnisse erlauben. Einschränkend muss allerdings festgehalten werden, dass sich die Repräsentation hierbei nicht in jedem Fall auf die Gesamtpopulation bezieht, sondern sich, insbesondere bei der Verwendung lokaler Treatmenteffekte, auf fallweise definierte Teilpopulationen bezieht. Diese können aber gleichermaßen von großem Interesse für die Ableitung von Ansatzpunkten zur Optimierung der praktischen Umsetzung und der Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens sein. Auch unter Verwendung lokaler Treatmenteffekte kann bei geeigneter Wahl der Instrumente eine relevante Evaluation der Wirkungen erreicht werden.

4.3 Datengrundlagen

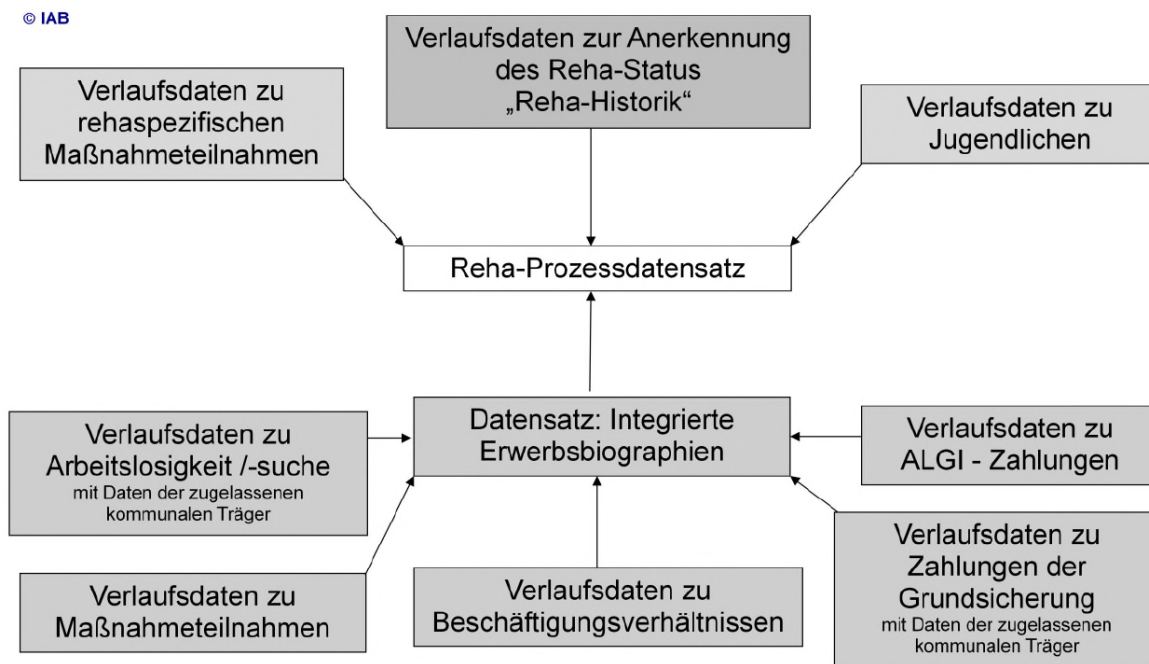
4.3.1 Das Reha-Prozessdatenpanel

a) Grundlagen

Wesentliche Datengrundlage der Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist das in der Basisstudie erstellte Reha-Prozessdatenpanel. Nach Dony et al. (2011, S. 37) umfasst die aktuell vorliegende Datensatzversion (V4.1) Rehabilitanden, die zwischen dem 01. Juni 2006 und Juli 2011 als beruflicher Rehabilitand anerkannt worden sind. Dies sind Daten zu 323.055 Personen, mit aufgrund von möglichen Mehrfachanerkennungen in diesem Zeitraum insgesamt 341.150 Rehabilitationsfällen. Die Datenquelle wurde in einem aufwändigen Prozess aus verschiedenen Ursprungsquellen zusammengeführt und bietet erstmalig die Möglichkeit, „ganze Erwerbsbiographien lückenlos und einschließlich der Zeiten in der beruflichen Rehabilitation zu verfolgen“ (Dony et al., 2011, S. 19). Abbildung 1 verdeutlicht die berücksichtigten Datenquellen.

Aufgrund der Konstruktion ist der Datensatz darüber hinaus anschlussfähig an andere IAB-ITM-Standarddatenprodukte, was eine Ergänzung um Personen ohne anerkannten Rehabilitationsbedarf ermöglicht.

Abbildung 1: Datenbestände im Reha-Prozessdatenpanel



Quelle: Dony et al. (2011), S. 41.

Wie oben dargestellt, werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in besonderer Weise als Ersteingliederungsleistungen vergeben. Da der Erstkontakt zu diesem Kundenkreis bereits in der Schule beginnt und zugleich in der Regel keine erwerbsbiographischen Informationen wie im Falle der Wiedereingliederung vorliegen, ist die Verwendung Berufsberatungstatistik (BB), die Informationen zur Ausbildungssuche enthält, und der Historik des VerBIS-Lebenslaufs eine aussichtsreiche Approximation. Lediglich hinsichtlich des Datenrands (30. September eines jeweils laufenden Jahres, vgl. Dony et al. (2011), S. 39) ergibt sich dann die Einschränkung, dass Informationen nach diesem Zeitpunkt mit einer besonderen Sorgfalt in die Analysen einzubeziehen sind.

Ob das Reha-Prozessdatenpanel eine vollständig repräsentative Datenbasis anerkannter Reha-Fälle in den Rechtskreisen SGB II und SGB III ist, kann aus Dony et al. (2011) leider nicht abgeleitet werden. Als mögliche Einschränkung ist hierbei insbesondere die Einbindung von Informationen aus dem Bereich der zugelassenen kommunalen Träger zu nennen. Aufgrund der abweichenden operativen Verfahren zur Integration von Reha-Daten im Bereich der Bundesagentur für Arbeit und bei den zugelassenen kommunalen Träger wurden diese „als Forschungsdaten noch nicht validiert und erschlossen“ (Dony et al., 2011, S. 42 Fußnote). Die Auslassung bezeichneter Information schränkt die Datenbasis insofern ein, dass sie repräsentativ für den Bereich der Bundesagentur für Arbeit und die gemeinsamen Einrichtungen ist. Inwiefern eine Übertragbarkeit der Informationen und Ergebnisse auf die zugelassenen kommunalen Träger möglich ist, bleibt offen.

Trotz dieser Datenlücke, deren Schließung wünschenswert für eine bundesweit repräsentative Datenbasis wäre, stellt das Reha-Prozessdatenpanel eine sehr gute Grundlage für die Durchführung von Wirkungsanalysen zu den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben dar.

b) Identifikation von Teilnehmern und Nichtteilnehmern

In der Evaluation erfolgt die Definition von Teilnehmern und Nichtteilnehmern jeweils im Hinblick auf die zu untersuchende Forschungsfrage und das interessierende Ergebnis. Wie in Abschnitt 4.2 dargestellt, sollen die Wirkungsanalysen sowohl die Leistungen der Reha-Maßnahmen insgesamt als auch die Wirkungen von Einzelmaßnahmen und Maßnahmenketten berücksichtigen. Hierbei sind wiederum absolute als auch relative Effekte von Interesse.

Das Reha-Prozessdatenpanel verwendet als identifizierendes Merkmal einen anerkannten Reha-Bedarf. Aus Sicht der Gesamtevaluation sind damit alle Personen im Datensatz potenzielle Bezieher von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.¹⁵ Für eine Evaluation der absoluten und relativen Effekte von Einzelmaßnahmen und Maßnahmenketten sind dementsprechend Teilnehmer und potenzielle Nichtteilnehmer im Reha-Prozessdatenpanel enthalten. Unterschiede in den Proportionen ergeben sich aber zwischen Erst- und Wiedereingliederung (siehe hierzu auch Abschnitt 4.4).

Sollen zusätzlich über den Personenkreis mit anerkanntem Reha-Bedarf Wirkungen analysiert werden, z.B. im Vergleich der Eingliederungswirkungen allgemeiner Leistungen für Personen mit und ohne Reha-Bedarf, müssen die Daten entsprechend um Informationen aus den IAB-ITM-Standardprodukten für Personen ohne anerkannten Reha-Bedarf ergänzt werden. Solche Analysen könnten dazu dienen, die Bedeutung des Reha-Bedarfs am Programmserfolg zu verdeutlichen.¹⁶

c) Maßnahmen und Maßnahmenketten

Ein besonderes Argument für die Erstellung einer eigenen Datenbasis zur Evaluation der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben war die besondere Maßnahmenvielfalt. „Neben allen allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, die jedem Arbeitslosen zur Verfügung stehen, finden sich besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die bei entsprechender Bedarfssituation des Rehabilitanden eine Pflichtleistung darstellen. Sie können ausschließlich von Rehabilitanden in Anspruch genommen werden. Die besonderen

¹⁵ Dieser Zusammenhang gilt aber nicht in die andere Richtung. So sind nicht unbedingt alle potenziellen Bezieher von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Datensatz enthalten. Hierzu tragen die bereits erwähnten Datenlücken, aber auch Unvollständigkeiten im Anerkennungsverfahren bei. Siehe hierzu auch Abschnitt 4.4.1.

¹⁶ In ähnlicher Weise haben Aldashev et al. (2010) und Thomsen und Walter (2010) Wirkungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik im Bereich des SGB II im Vergleich für Personen mit und ohne Migrationshintergrund evaluiert.

Leistungen sind anstelle der allgemeinen Leistungen zu erbringen, wenn Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme unerlässlich machen (§ 102, SGB III)" (Dony et al., 2011, S. 124). Dies impliziert, dass „der Kanon an Maßnahmen [...] im Bereich beruflicher Rehabilitation deutlich breiter als in anderen Bereichen der Arbeitsförderung" (Dony et al., 2011, S. 124) ist.

Die in den IAB-ITM-Standarddatenprodukten vorhandenen Maßnahmenteilnahmehistoriken (MTH) beinhalten hierzu bereits einen breiten, aber nicht vollständigen Katalog an Maßnahmenteilnahmen. So werden die in den MTH enthaltenen Maßnahmen in die IEB übernommen. „Ausgeschlossen werden jedoch die ca. 100 rehabilitationsspezifischen Maßnahmenarten, die in den allgemeinen Maßnahmen sozusagen „versteckt“ sind. Diese „versteckten“ Maßnahmen dürfen aus Datenschutzgründen nicht in das Standardprodukt IEB aufgenommen werden. Sie werden über einen Filter bei der Erstellung der IEB gelöscht. Für die Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“ wurden die Abläufe der IEB-Erstellung dergestalt modifiziert, dass eine Integration der rehabilitationsspezifischen Maßnahmenarten möglich ist" (Dony et al., 2011, S. 29). Dementsprechend sind die Daten exklusiv im Reha-Prozessdatenpanel verfügbar; aus Datenschutzgründen werden sie jedoch nicht in den Standardprodukten des IAB ausgewiesen.

Zudem können eine Vielzahl besonderer Reha-Leistungen im Reha-Prozessdatenpanel identifiziert werden. Eine Einschränkung betrifft lediglich Programme der sogenannten Reha-Einzelförderung. Diese sind derzeit nur bis zum Jahr 2008 integriert. Es handelt sich hierbei um die Maßnahmen Hilfsmittel, Technische Arbeitshilfen, sonstige Hilfen (Darlehen), Arbeitsassistenz (Erstattung an die Integrationsämter), Kraftfahrzeughilfe (Zuschuss), Wohnkosten (Zuschuss), sonstige Hilfen (Zuschuss), Leistungen anderer Reha-Träger. Eine Integration aktuellerer Informationen sollte unter Berücksichtigung des Interesses des politischen Entscheidungsfinders erwogen werden.

Trotz dieser Beschränkungen sind alle Maßnahmengruppen (Einzelmaßnahmen und Maßnahmenketten), die nach den Ausführungen in Abschnitt 4.2 von Interesse sind, im Reha-Prozessdatenpanel abgebildet.

d) Merkmalsspektrum

Aufgrund der Einbindung der vielfältigen Datenquellen in das Reha-Prozessdatenpanel liegt ein ausführliches Merkmalsspektrum zur Abbildung der soziodemographischen Situation einschließlich erwerbsbiographischer Informationen¹⁷ und ergänzenden bzw. leicht zu ergänzender Regionalinformationen vor. Wie bereits dargestellt, unterscheidet sich die Zielgruppe für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von den übrigen Kunden der Bundesagentur für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung für Hilfebedürftige durch

¹⁷ Hingewiesen sie auf die bereits benannten Unterschiede zwischen Erst- und Wiedereingliederung aufgrund verschieden langer Berufsbiographien, siehe hierzu Dony et al. (2011) S. 57ff.

physische und/oder psychische Einschränkungen, die die Leistungsfähigkeit und damit die Teilhabe reduzieren. Um diese Einschränkungen abzubilden, kann das Merkmal Art der Behinderung verwendet werden, das mit seinen neun verschiedenen Ausprägungen bereits ein gutes Bild unterschiedlicher Formen von Einschränkungen zur Einbindung in quantitative Analysen gibt.

Trotz dieser guten Grundlage, werden von Dony et al. (2011) einige Einschränkungen in der Konstruktion benannt. So kann über das Merkmal „Art der Behinderung“ pro Person nur eine Art der Einschränkung abgebildet werden; multiple Einschränkungen der Person sind nicht erfasst. Zur Vereinfachung wurde von Dony et al. (2011) daher angenommen, dass es sich bei der erfassten Behinderung um die maßgebliche Einschränkung handelt. Dies erscheint vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Fallzahl im Reha-Prozessdatenpanel als ein sinnvoller und tragfähiger Ansatz für die Wirkungsanalysen. In ähnlicher Weise erlaubt das Merkmal auch keine weitere Qualifizierung der Einschränkung, d.h. die Art der Behinderung wird als kategoriale Variable erfasst und gibt nur Auskunft darüber, dass die Einschränkung vorhanden ist, nicht aber, wie stark sie ausgeprägt ist.

Um eine vertiefende Qualifizierung zu erreichen, wurde ergänzend zur Basisstudie die Einbindung der Daten des ärztlichen Dienstes in das Reha-Prozessdatenpanel überprüft. Das Ergebnis dieser Prüfung zeigt, dass die datenschutzrechtlichen Erfordernisse eine Einwilligung der Personen voraussetzen. Dony et al. (2011) regen hierzu an, die Einwilligung für eine Stichprobe von Personen in einer Befragung zu erheben.¹⁸

Die von Dony et al. (2011) vorgeschlagene angestrebte Stichprobengröße von 25.000 Personen netto (15.000 im Bereich der Ersteingliederung, 10.000 im Bereich der Wiedereingliederung) soll dann Grundlage dezidierter Einzelanalysen sein. Ob der erwartete zusätzliche Informationsgewinn diese Größenordnung rechtfertigt, sollte m.E. noch diskutiert werden. Im Hinblick auf die gesetzten Ziele der Gesamtevaluation sollte der Schwerpunkt der Analysen auf der Nutzung der administrativen Daten liegen, da diese in wirtschaftlicher Weise fortgeschrieben werden können. Eine Befragung ist aber in jedem Fall notwendig, um die Robustheit der Ergebnisse, die ohne die qualitativen Informationen zur Art der Behinderung sowie zum Vorliegen multipler Einschränkungen ermittelt werden, validieren zu können. Außerdem sind wesentliche Ergebnisvariablen (s.u.) nicht in den administrativen Daten erfasst, die daher nur durch eine Befragung ermittelt werden können.

Ein weiteres wünschenswertes Merkmal, das als Approximation für die Qualität der Einschränkungen verwendet werden kann, ist das VerBIS-Merkmal „Einschaltung eines anderen Dienstes“ in kategorialer Form (vgl. Dony et al., 2011, S. 43). Auch wenn aus der Einschaltung eines Dienstes nicht direkt auf Art und Schwere der Einschränkung geschlossen

¹⁸ Zapfel et al. (2011) sehen hierbei große Probleme im Hinblick auf eine Selektionsverzerrung der Ergebnisse, die durch ein systematisches Muster der Einwilligungen entstehen. Obgleich es sich bei der Zielgruppe um einen besonderen Personenkreis handelt, muss die Möglichkeit berücksichtigt werden, erscheint aber zu pessimistisch. Die erfolgreiche Umsetzung einer derartigen Erhebung erfordert ein dementsprechend sorgfältiges Vorgehen.

werden kann, können systematische Muster in der Einschaltung in der Analyse berücksichtigt werden und dadurch Teilnehmer und potenzielle Nichtteilnehmer ähnlicher machen.

e) Ergebnisvariablen

Die Analyse der Wirkungen soll im Hinblick auf drei Arten von Ergebnisvariablen erfolgen (siehe Abschnitt 4.2). Die Abbildung der ersten Ergebnisvariablen (Integration bzw. Nachhaltigkeit der Integration in Erwerbstätigkeit) und daran anschließend die Analyse von Erwerbsverläufen lässt sich aus den Daten des Reha-Prozessdatenpanels in Verbindung mit einer Fortschreibung über andere IAB-ITM-Standarddatenprodukte auch für die mittlere und längere Frist ohne großen Aufwand erreichen.

Die beiden anderen Ergebnisvariablen (Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe) sind hingegen nicht in den vorliegenden Daten verfügbar. Sie müssen für eine Stichprobe von Personen in einer Befragung erhoben werden. Diese Stichprobe sollte zugleich die Aspekte des Merkmalspektrums (Einwilligung zur Zuspelung der Daten des ärztlichen Dienstes und alternativ oder ergänzend Erfassung weiterer qualitativer Informationen zur Art der Einschränkung) berücksichtigen.

4.3.2 Standardisierte Befragung der Implementationsstudie 1

Neben dem Reha-Prozessdatenpanel stehen außerdem Daten zu den Verwaltungsprozessen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung, die im Rahmen der Implementationsstudie 1 per Email-Befragung zwischen August und September 2011 erhoben worden sind.¹⁹ Ausgehend von einer Bruttostichprobe von 100 Agenturen für Arbeit, die nach den SGB III-Typen des IAB geschichtet zufällig gezogen wurde, ergänzt um alle 67 zugelassenen kommunalen Träger und weitere 70 gemeinsame Einrichtungen, wurde ein Rücklauf von 61% (siehe Sommer et al., 2011, S. 131) im Bereich der Agenturen für Arbeit und von 65% (ebd.) im Bereich der Grundsicherungsstellen erreicht.

In der Erhebung wurde der gesamte Prozess der Verwaltung, d.h. von der Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bis hin zum Absolventenmanagement, für den Jahreszeitraum von Juli 2010 bis Juni 2011 retrospektiv abgefragt. Ein besonderer Vorteil der Daten liegt in der möglichen Verknüpfbarkeit mit den Individualdaten des Reha-Prozessdatenpanels. Hierdurch können die Daten der Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf um für die verschiedenartigen Selektionsprozesse wesentliche Informationen für die angestrebte Evaluation angereichert werden.

Ein so kombinierter Datensatz würde dann eine nach Regionaltypen geschichtete, repräsentative Zufallsstichprobe der Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf widerspiegeln.

¹⁹ Für die ausführliche Beschreibung siehe Sommer et al. (2011), S. 129 ff.

Dies erscheint sehr wertvoll für die Analyse und hat sich in ähnlichen Kontexten bewährt.²⁰ Ein Vorteil der Kombination der Datensätze liegt dabei auch in der zeitlichen Überlappung der Informationen; so wurden die Informationen über die Verwaltungsprozesse für ein Intervall gezogen, in dem auch die Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf im Reha-Prozessdatenpanel erfasst sind.

4.4 Selektionsprozesse

Neben Fragestellung und Art der Daten ist die Kenntnis über die Selektionsprozesse eine wesentliche Voraussetzung zur Wahl der adäquaten Evaluationsmethode und der Bestimmung des dazugehörigen Treatmenteffekts. Aus diesem Grund lag der besondere Schwerpunkt der Implementationsstudie 1 in der Identifizierung und Beschreibung der verschiedenen Selektionsstufen im Prozess der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Auch in der Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“ wurden Informationen zur Selektion recherchiert und verwendet, beispielsweise um Maßnahmengruppierungen zu ermöglichen.

Für die gehaltvolle Interpretation der Ergebnisse der Wirkungsanalysen ist insbesondere die Kenntnis über zwei Selektionsstufen von besonderer Bedeutung. Die erste ist dabei der Zugang von Personen mit potenziellem Reha-Bedarf zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Anerkennung dieses Bedarfs. Obgleich dies im eigentlichen Verwaltungsprozess zwei Stufen sind, kann sie vor dem Hintergrund der im Reha-Prozessdatenpanel erfassten Daten als eine Stufe interpretiert werden. Da nämlich die Daten nur Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf berücksichtigen, sollte geklärt werden, inwiefern sich diese Gruppe systematisch von der Gesamtzahl der Personen mit potenziellem Reha-Bedarf unterscheidet. Diese Feststellung ist notwendig, um die Reichweite der Interpretation der Ergebnisse bestimmen zu können. Unterscheiden sich beide Gruppen nicht systematisch, sind die Ergebnisse auf Grundlage der Daten für Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf auf alle Personen mit Reha-Bedarf übertragbar; gibt es (Hinweise auf) systematische Unterschiede, sind die Ergebnisse nur für Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf gültig.

Die zweite Stufe erfasst dann die Selektion in die unterschiedlichen Maßnahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Kenntnis möglicher zugrunde liegender Selektionsmuster ist notwendig, um geeignete Vergleichsgruppen zu den Teilnehmenden bilden zu können. Diese sind notwendige Grundlage zur Evaluation der Wirkungen (siehe Abschnitt 3).

²⁰ Siehe z.B. Boockmann et al. (2010).

4.4.1 Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Statusanerkennung

a) *Zugang zu den Leistungen*

Aus der Analyse von Sommer et al. (2011), die als Grundlage 15 vertiefte Fallstudien und die in Abschnitt 4.3.2 beschriebenen Daten aus der Emailbefragung verwendet, wird deutlich, dass sich der Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zwischen der Erst- und Wiedereingliederung, aber auch zwischen den Agenturen für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung unterscheidet. So stellen sie fest, dass „die in den Fallstudien identifizierte Zugangspraxis zur Reha-Beratung [...] im Wesentlichen den Leitlinien der Bundesagentur für Arbeit [entspricht]“ (Sommer et al., 2011, S. 32). Aufgrund des Erstkontakts im Bereich der Ersteingliederung in den Förderschulen „ist zu erwarten, dass an dieser Stelle alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkannt werden, vorausgesetzt sie zeigen Mitwirkungsbereitschaft und Rehabilitationswilligkeit“ (Sommer et al., 2011, S. 32).

„In der Wiedereingliederung erfolgt der Zugang potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden überwiegend über die Vermittlungsteams der Agenturen für Arbeit und der Grundsicherungsstellen. [...] In den Grundsicherungsstellen erhalten auch nach Identifikation eines potenziellen Reha-Bedarfes nicht alle Kundinnen und Kunden den Zugang zur Reha-Beratung, da aus finanziellen Gründen vielfach zunächst eine Förderung mit allgemeinen Maßnahmen angestrebt wird“ (Sommer et al., 2011, S. 33). Im Hinblick auf den Grad der Erfassung kann davon ausgegangen werden, dass „die Identifizierung potenzieller Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden im Bereich SGB III in fast allen Agenturen (eher) vollständig erfolgt, aber im Bereich SGB II nur bei einer Minderheit der Agenturen“ (Sommer et al., 2011, S. 34). Hierbei wird gleichzeitig auf eine gewisse Variation zwischen den Agenturen verwiesen.

Neben diesen Feststellungen zum Zugang, finden Sommer et al. (2011) aber auch Hinweise auf potenzielle Schwierigkeiten bei der Identifikation. So wird in „die Inklusion nach Einschätzung vieler Akteure [in Zukunft] die Identifikation erschweren, da die klassische Zugangsstation über die Berufsorientierung in den Förderschulen eine geringere Relevanz erhält“ (Sommer et al., 2011, S. 33). Eine Quantifizierung dieser Aussage ist aber nicht möglich. Darüber hinaus wurde von allen Akteuren unabhängig von der Erst- und Wiedereingliederung und dem zugehörigen Rechtskreis, „auf die erschwerte Identifikation bei Menschen mit psychischen Störungen, deren Anteil grundsätzlich zunähme, hingewiesen“ (Sommer et al., 2011, S. 33).

b) *Selektion in die Anerkennung*

Wie oben dargestellt, ist eine Einschätzung über den Prozess der Anerkennung des Status als Rehabilitand bzw. Rehabilitandin notwendig, um die in den Reha-Prozessdaten berücksichtigten Personen mit allem Personen mit Reha-Bedarf vergleichen zu können. So „mit-

tels der Prozessdaten nicht abgebildet werden, welche Personen trotz eines eingereichten Antrags bei der Bundesagentur für Arbeit nicht als Rehabilitand anerkannt werden bzw. bei wem das Anerkennungsverfahren nicht eingeleitet wird" (Dony et al., 2011, S. 123).

Im Hinblick auf die Anerkennung zeigt sich, dass „die Handhabung der Anerkennungskriterien bei den Akteuren der Fallstudien [variiert]. Während ein Teil der Reha-Beratungen gemäß § 19 SGB III die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Vordergrund stellt, bezieht ein anderer Teil auch die Motivation und die Integrationswahrscheinlichkeit der Kundinnen und Kunden als explizite Entscheidungskriterien mit ein" (Sommer et al., 2011, S. 43). Zudem zeigt sich eine deutliche zeitliche Variation in der Anerkennung: „Obgleich die formale Anerkennung nach Antragseingang innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist durchgeführt wird, erfolgt die Ausgabe des Reha-Antrages zu verschiedenen Zeitpunkten. In einzelnen Agenturen erfolgt die formale Anerkennung erst kurz vor Maßnahmenbeginn. Der Prozess der Reha-Beratung kann zu diesem Zeitpunkt bereits seit Monaten in Gang sein" (Sommer et al., 2011, S. 44).²¹ Beide Ergebnisse, die aus den vertieften Fallstudien gewonnen wurden, konnten auch in den standardisierten Interviews bestätigt werden. Die regionalen Unterschiede in der Berücksichtigung der Anerkennungsgründe konnten auch durch die Verwendung einer Fallvignette bestätigt werden. „Deutliches Ergebnis ist, dass (potenzielle) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit gleichen Ausgangsvoraussetzungen in verschiedenen Agenturbezirken unterschiedliche Chancen auf eine Anerkennung haben" (Sommer et al., 2011, S. 45).

Die verwaltungstechnische Trennung in Erst- und Wiedereingliederung erscheint auch vor dem Hintergrund der soziodemographischen Zusammensetzung der Personen mit Rehabilitationsbedarf sinnvoll. So zeigen Dony et al. (2011), dass „auch die Personen, die bei der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitand anerkannt werden, [...] sich signifikant [unterscheiden]. Die deskriptiven Analysen im Rahmen der Basisstudie haben nochmals deutlich gezeigt, dass es sich bei beruflichen Rehabilitanden der Erst- und der Wiedereingliederung um eine äußerst heterogene Personengruppe handelt" (Dony et al., 2011, S. 123f).

c) *Fazit*

Die in der Implementationsstudie I und der Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel" gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich des Zugangs zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Statusanerkennung zeigen, dass es einige Selektionsmuster gibt, die in der Evaluation beachtet werden müssen. Im Hinblick auf den Zugang kann festgestellt werden, dass für Personen mit potenziellem Reha-Bedarf im Bereich der Agenturen die Erfas-

²¹ Bei einem kleinen Teil der Agenturen trug auch die Verfügbarkeit von passenden Maßnahmen zu Unterschieden in den Anerkennungsgründen bei: „Jede achte der Reha-Beraterinnen und -Beratern hatte innerhalb des letzten Jahres überdies Anträge abgelehnt, weil keine passenden Maßnahmen vor Ort bestanden.", Sommer et al. (2011), S. 44. Dies ist ein interessantes Ergebnis, da hier eine Umkehr der Wirkungsrichtung vorliegt, d.h. die Anerkennung des Bedarfs von der Leistung abhängig gemacht wird.

sung sehr gut, im Bereich der Grundsicherung mit Einschränkungen erfolgt. Darüber hinaus gibt es gewisse Unterschiede zwischen der Erst- und Wiedereingliederung, die für separate Analysen entlang dieser verwaltungstechnischen Dimension sprechen.

Im Hinblick auf die Anerkennung wird deutlich, dass zwar eine gewisse regionale Variation existiert, hier aber bisher keine systematischen Muster festgestellt werden können. Unter Berücksichtigung der Identifikationsstrategie im Reha-Prozessdatenpanel sollten die Analysen daher mit einem gewissen zeitlichen Abstand zum aktuellen Rand erfolgen, um die Zeitverzögerung in der Anerkennung schwebender Verfahren auszugleichen. Darüber hinaus lässt sich ableiten, dass Wirkungsanalysen für den Rechtskreis SGB III ohne große Einschränkungen der Allgemeinheit möglich sein sollten. Für den Rechtskreis SGB II sollte vorsichtiger interpretiert werden, da die Ergebnisse zukünftiger Wirkungsanalysen nur für die Personen mit anerkanntem Reha-Bedarf gelten und ohne weitere Analysen nicht auf die Gesamtheit der Personen mit Reha-Bedarf in diesem Rechtskreis ausgeweitet werden können. Diese Unterschiede sprechen für eine nach Rechtskreisen getrennte Analyse.

4.4.2 Maßnahmeneinsatz und Maßnahmenauswahl

Die zweite Selektionsstufe, die für die Wirkungsanalysen aufgrund der Identifikation potenzieller Vergleichsgruppen von wesentlicher Bedeutung ist, ist der Mechanismus des Maßnahmenzugangs. Sommer et al. (2011) stellen hierzu fest, dass in „allen Agenturen [...] die LTA dem übergeordneten Ziel [folgen], den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Integration in einen leidensgerechten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu ermöglichen, auch wenn – nachrangig – sozialpolitische Motive einzelner Akteure hinzukommen können.“, S. 80.

Abbildung 2: Rehabilitanden nach Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Ersteingliederung, in Zeilenprozent

Nur Maßnahmen in Spaltenprozent	Ersteingliederung				
	2006	2007	2008	2009	2006-2009
Keine Maßnahme	20	13	11	10	12
Maßnahme erhalten	80	87	90	90	88
N	20.100	42.600	43.670	46.321	152.918

Quelle: Dony et al. (2011), Tabelle A 47, S. 213.

Hierbei zeigen sich aber einige Unterschiede zwischen Erst- und Wiedereingliederung. So wird im Bereich der beruflichen Ersteingliederung die große Mehrzahl von Personen in Maßnahmen vermittelt (siehe Abbildung 2). Der Anteil der Rehabilitanden ohne Maßnahmen ist mit durchschnittlich 12 Prozent relativ gering.²² Allerdings kann von den Ergebnissen von Sommer et al. (2011) von einer gewissen zeitlichen Variation im Zugang ausge-

²² Hier wäre, wie bei der Wiedereingliederung, eine Unterscheidung der Partizipationsraten nach Geschlecht in Dony et al. (2011) wünschenswert.

gangen werden. Grund hierfür ist die z.T. späte Identifikation von Personen mit Reha-Bedarf (vgl. z.B. Sommer et al., 2011, S. 32), was eine erschwerte Maßnahmenauswahl als Folge hat.

Im Hinblick auf den Zuweisungsprozess identifizieren beide Studien interessante Erkenntnisse. Bei der „Ersteingliederung hat [...] das Ziel einer Berufsausbildung durchweg einen hohen Stellenwert. Bis auf wenige Ausnahmen erfolgt die Planung der LTA dabei schrittweise, Maßnahme für Maßnahme, auch wenn sich im biografischen Prozess faktisch Maßnahmenketten herausbilden. Selbst in typischen Ketten, wie der Abfolge von berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und nachfolgenden Ausbildungen, wird die Planung und Entscheidung über eine konkrete Ausbildung vom Ergebnis der vorangehenden Maßnahme abhängig gemacht“ (Sommer et al., 2011, S. 80). Dies spiegelt neben einer starken Orientierung am individuellen Bedarf auch die isolierte Betrachtung einzelner Maßnahmen aus Sicht der Vermittler wider.

Die individuellen Unterschiede im Hinblick auf die Maßnahmenwahl zeigen sich auch in einem multivariaten Modell zur simultanen Berücksichtigung einer Vielzahl möglicher Einflussfaktoren auf die Maßnahmenteilnahme (siehe Dony et al., 2011, S. 91 und Tabelle A 50, S. 215). So stellt „die Behinderungsart ein entscheidendes Merkmal [...], sowohl für die generellen Zugangschancen für Maßnahmen als auch für die Art der Maßnahme, an der ein Rehabilitand teilnimmt [dar]. Im Vergleich zu Personen mit einer Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates (Referenzgruppe) haben mit Ausnahme der Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen alle weiteren Behinderungsarten eine deutlich höhere generelle Teilnahmewahrscheinlichkeit. [...] Personen mit einer geistigen Einschränkung [münden] überwiegend in eine Werkstatt für behinderte Menschen [...]. Jugendliche mit einer Lernbehinderung [haben] für alle relevanten Maßnahmenarten eine größere Teilnahmewahrscheinlichkeit“ (Dony et al., 2011, S. 92). Außerdem zeigen sich Geschlechtsunterschiede und Unterschiede in weiteren soziodemographischen Variablen. Diese Ergebnisse sind wichtige Hinweise für die zukünftigen Wirkungsanalysen.

„Im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung [...] ist der Anteil der Rehabilitanden, die keine Maßnahme durchlaufen haben, mit 30 Prozent mehr als doppelt so hoch als bei der Ersteingliederung“ (Dony et al., 2011, S. 94), siehe auch Abbildung 3. Wie für die Ersteingliederung zeigt die multivariate Analyse des Einflusses einer Reihe von Faktoren auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit einige systematische Muster, die ebenfalls in den Wirkungsanalysen berücksichtigt werden sollten. Siehe hierzu Dony et al. (2011), Tabelle A 55, S. 218.

Abbildung 3: Rehabilitanden nach Geschlecht und Maßnahmeerhalt; 2006 bis 2009; nach Jahr der Anerkennung; Wiedereingliederung, in Zeilenprozent

Wiedereingliederung Geschlecht in Zeilenprozent	Maßnahme erhalten									
	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Männlich	65	35	71	29	74	26	73	27	71	29
Weiblich	62	38	67	33	71	29	69	31	68	32
Total	64	36	69	31	73	27	71	29	70	30
N	6.870	3.917	13.883	6.185	15.107	5.713	15.232	6.234	51.117	22.069
		10.787		20.068		20.820		21.466		73.186

Quelle: Dony et al. (2011), Tabelle A 52, S. 216.

Im Hinblick auf die Auswahl ist daher zunächst der individuelle Bedarf das wesentliche Kriterium, was sowohl die Ergebnisse der Befragungen als auch die multivariaten Analysen bestätigen. Aus den Befragungen wird zudem deutlich, dass weitere Einflussfaktoren auf die Auswahl der Maßnahmen „die regional unterschiedlichen Mobilitätsanforderungen bzw. die individuelle Mobilitätsbereitschaft, das vorhandene Maßnahmenangebot, Strategien gegen eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt oder für möglichst betriebsnahe Maßnahmen, familiäre Widerstände gegen die Stigmatisierung als Behinderte oder Schwerpunktsetzungen auf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit guten Eingliederungschancen [sind]. In einzelnen Agenturen wird im Zuge der Maßnahmenauswahl nicht ausschließlich auf die Bedarfe einzelner Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geachtet, sondern auch auf die Pflege der Trägerlandschaft, um langfristig ein breites Angebot aufrecht erhalten zu können“ (Sommer et al., 2011, S. 80). Diese Entscheidungsgründe sind dabei sehr aufschlussreich für die Wahl einer geeigneten Evaluationsmethode (siehe Abschnitt 3).

Zusätzlich haben Sommer et al. (2011) ausführliche Analysen über Strategien und Entscheidungsmuster, z.B. für die Wahl allgemeiner und besonderer Maßnahmen, aber auch für die Maßnahmenauswahl generell, durchgeführt. Hierbei identifizieren sie eine Reihe weiterer Einflussfaktoren für die Wahlentscheidung, wie z.B. Orientierung an erwarteter Wirkung, Orientierung an Kosten, Orientierung an Empfehlungen von Anbietern.

Sowohl die Verteilung der eingesetzten Maßnahmen (siehe hierzu Dony et al. (2011), Abbildungen A 6 bis A 10, S. 208ff.) als auch diese Faktoren und Größen variieren dabei deutlich zwischen den Agenturen. Darüber hinaus können Sommer et al. (2011) zeigen, dass „die Varianz dieser Einflussfaktoren zwischen verschiedenen Agenturen [...] in Zusammenhang mit der Struktur ausgewählter Maßnahmen [steht].“, S. 81. Daneben untersuchen sie auch unterschiedliche, am zu fördernden bzw. geförderten Individuum orientierte Gründe für die Auswahl. Auch hier zeigen die Ergebnisse insgesamt eine deutliche regionale Variation.

Aus den Vorarbeiten zur Untersuchung der Selektionsprozesse in die Maßnahmen können drei wesentliche Ergebnisse für die Wahl der Evaluationsmethode in den Wirkungsanalysen festgehalten werden:

1. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es eine Vielzahl wesentlicher Einflussfaktoren gibt, die für den Maßnahmenzugang relevant sind. Außerdem wird deutlich, dass eine nicht unerhebliche Variation im Hinblick auf zeitliche, regionale und individuelle Unterschiede im Zugang zu den einzelnen Maßnahmen und Maßnahmenketten gibt. Trotz der reichen Datenbasis, die über die Verbindung des Reha-Prozessdatenpanels mit den Informationen der Email-Befragung generiert werden kann, verbleiben möglicherweise unbeobachtbare Einflüsse, die mit Hilfe einer geeigneten Methode in der Evaluation berücksichtigt werden sollten.
2. Für die Maßnahmenketten scheint darüber hinaus keine *ex ante* festgelegte langfristige Strategie der spezifischen Maßnahmensequenz vorzuliegen, sondern Zugangsentscheidungen werden immer aufgrund des gegenwärtigen Bedarfs (und verfügbaren Angebots an Leistungen) getroffen.
3. Der Zugang von Personen mit Reha-Bedarf in die Maßnahmen erfolgt weder streng deterministisch noch vollständig. Daher verbleiben eine nicht unbeträchtliche Zahl von Personen mit Reha-Bedarf ohne Maßnahme (sowohl im Bereich der Erst- als auch der Wiedereingliederung), die als potenzielle Vergleichsgruppen verwendet werden können.

5 Beurteilung der vorgeschlagenen Ansätze zur Evaluation der Wirkungen

Auf Grundlage der umfangreichen Ergebnisse haben sowohl die *Implementationsstudie I* als auch die *Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“* Vorschläge für die Evaluation der Wirkungen erarbeitet. Die wesentlichen Ideen beider Ansätze sollen in diesem Abschnitt vor dem Hintergrund der Machbarkeit und Aussagekraft der Wirkungsanalysen zusammengeführt werden. Zur besseren Übersicht erfolgt diese Zusammenführung nach für die Evaluation wesentlichen Aspekten gegliedert.

a) Ergebnisvariablen

Wie bereits in Abschnitt 4.3 erläutert, können nicht alle angestrebten Ergebnisvariablen durch die vorhandenen Daten abgebildet werden. Sommer et al. (2011) (siehe S. 118f.) unterstützen hierbei die Einschätzung des Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dass sozialversicherungspflichtige Beschäftigung allein nicht einzige Ergebnisvariable sein kann. Insbesondere der Verbleib sechs Monate nach Maßnahmenende ist kein hinreichender Indikator zur Ermittlung von Erwerbsverlauf und Nachhaltigkeit der Integration. Darüber hinaus sei es eine zu treffende Entscheidung, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur aus der Perspektive der Arbeitsmarktintegration, sondern zusätzlich unter einer sozialpolitischen Perspektive zu evaluieren. Wenn auch nicht konkret, so findet sich doch bei entsprechender Auslegung eine Übereinstimmung mit den für die Gesamtevaluation

definierten Zielvariablen. Dony et al. (2011) schlagen (s.o.) eine ergänzende Erhebung zur Schließung bestehender Datenlücken, insbesondere im Merkmalspektrum, vor. Hierbei schließen sie die „subjektive[.] Einschätzung von Maßnahmenenerfolg“ (Dony et al., 2011, S. 136) mit ein.

Leider gehen weder Sommer et al. (2011) noch Dony et al. (2011) auf die Ergebnisvariablen zur Leistungsfähigkeit und zur Messung der sozialen Teilhabe explizit ein. Diese sind aber gerade vor dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzungen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die durch das Ziel der Teilhabe an der Gesellschaft bestimmt werden, von besonderer Bedeutung. Es erscheint daher unerlässlich, diese Zielgrößen über eine ergänzende Befragung für eine Stichprobe von Personen adäquat zu operationalisieren und die Wirkungen der Leistungen zur Teilhabe auf alle drei Zielvariablen zu schätzen.

b) Methodisches Vorgehen

Im Hinblick auf das methodische Vorgehen schlagen beide Studien die Verwendung von auf Instrumentvariablen gründenden Schätzmethode vor. Dieses Vorgehen berücksichtigt die vermutlich vorhandenen unbeobachtbaren Faktoren, die trotz der aufwändigen Datengenerierung nicht zu erschließen waren. Dony et al. (2011) explizieren dabei auch die notwendigen deskriptiven Vorstufen einer Schätzung; sie präferieren hierbei Verweildaueranalysen. M.E. stellen diese eine valide Möglichkeit zur Beschreibung der Daten dar; sie sollten aber in keinem Fall als einzige Option aufgefasst werden. Zudem sollte deutlich sein, dass die Ergebnisse der Voranalysen zwar wichtige Hinweise zur Spezifikation der Schätzmodelle liefern, aber nicht für eine Interpretation im Sinne eines kausalen Wirkungszusammenhangs ausreichen.

Als mögliche Instrumente zur Lösung des Selektionsproblems schlagen Dony et al. (2011) vor allem die lokalen Zuweisungsraten²³ in die verschiedenen Programme sowie geographische Distanzen zu möglichen Kursträgern vor. Indiz für diesen Vorschlag sind ihre Ergebnisse zur regionalen Verteilung, die eine erhebliche Variation in den Zuweisungsraten zeigen. Ob die identifizierenden Annahmen für dieses Instrument dann für jede zu untersuchende Einzelmaßnahme und Maßnahmenkette gültig sind, muss in der Wirkungsanalyse begründet werden. Geographische Distanzen werden in der einschlägigen Literatur ebenfalls verwendet. Im vorliegenden Vorhaben müssten diese Informationen aber zusätzlich, z.B. über die Verwendung von Geoinformationssystemen (GIS-Daten), ergänzt werden. Diese Daten erlauben die genaue Berechnung räumlicher und zeitlicher Distanzen.

²³ Für eine ähnliche Identifikationsstrategie siehe auch Boockmann et al. (2009).

Tabelle 1: Übersicht über die von Dony et al. (2011) und Sommer et al. (2011) vorgeschlagenen Instrumentvariablen

	Instrument	Verfügbarkeit	Erschließung
Dony et al. (2011)	Vergabeintensität der Maßnahme	aus Daten erschließbar bzw. aus administrativen Daten zu ergänzen	einfach
	Distanzen zum Berufsbildungswerk/ zum Träger	nicht in Daten enthalten	aufwändig; durch zusätzliche georeferenzierte Daten zu ergänzen
Sommer et al. (2011)	Finanzielle Rahmenbedingungen	aus administrativen Daten erschließbar	einfach
	Lokale Rahmenbedingungen	eine Reihe verschiedener Merkmale aus Emailbefragungsdaten ableitbar, um weitere Größen aus administrativen Daten ergänzbar	einfach
	Strategien und Entscheidungsprämissen	eine Reihe verschiedenen Größen aus Emailbefragungsdaten ableitbar	einfach
	Zeitlicher Verlauf des Reha-Prozesses	aus administrativen Daten erschließbar	einfach
	Nutzung der Merkmalsvariation an den Grenzen der Zuständigkeit	erfordert vergleichbare Daten für andere Träger	sehr aufwändig

Sommer et al. (2011) ergänzen das Spektrum möglicher Instrumentvariablen zur Lösung des Selektionsproblems. Konkret schlagen sie den „finanziellen Rahmen der Agenturen, die lokalen Rahmenbedingungen (z.B. Trägerstrukturen und Kooperationsbeziehungen) sowie Strategien und Entscheidungsprämissen (z.B. Egalitäts- oder Effizienzorientierungen)“ (Sommer et al., 2011, S. 121f) vor. Alle diese potenziellen Instrumentvariablen zeigen eine ausgeprägte Varianz im Vergleich der Agenturen. Ihre Nutzbarkeit für die Instrumentierung auf individueller Ebene kann aber nur durch Ergänzung der Individualdaten und Testung und Schätzung überprüft werden.²⁴ Weitere Vorschläge sind die Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs der Reha-Verläufe sowie Möglichkeiten der Nutzung der Merkmalsvariation an den Grenzen der Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit. Eine Übersicht über die vorgeschlagenen Instrumente beider Studien, die außerdem eine Einschätzung der Verfügbarkeit gibt, ist in Tabelle 1 enthalten.

Im Hinblick auf die angestrebten Wirkungsanalysen ist die vorgeschlagene Vorgehensweise als sehr vielversprechend einzuschätzen. Die Instrumente sind jedoch in jeder einzel-

²⁴ Die von Sommer et al. (2011) formulierte Einschätzung, dass die Ergebnisse nicht eindeutig sind, basiert hierbei auf der Analyse aggregierter Information. Die Übertragbarkeit auf die individuelle Ebene ist aus dieser Betrachtung nicht möglich, die Einschätzung kann daher nicht für die Wirkungsanalysen übernommen werden.

nen Schätzung immer wieder auf ihre Zulässigkeit und auf ihre statistische Stärke zu überprüfen.

Als Einschränkung der Verwendung von Instrumentvariablen ist die Aussagekraft der resultierenden Schätzer zu sehen. Wie in Abschnitt 3.3.2 ausgeführt, ist bei Berücksichtigung heterogener Treatmenteffekte nur die Identifikation lokaler durchschnittlicher Treatmenteffekte möglich, d.h. Änderungen im Ergebnis, die durch Änderungen in der Teilnahmewahrscheinlichkeit in Abhängigkeit des Instruments resultieren. Schätzungen sollten daher in jedem Fall mit verschiedenen Instrumentvariablen durchgeführt werden, um aus der Gesamtheit der Ergebnisse auf mögliche allgemeine Wirkmuster schließen zu können.

Darüber hinaus sollte darüber nachgedacht werden, ergänzende Schätzungen mit Verfahren zur Ermittlung durchschnittlicher Effekte der Wirkungen einzusetzen (siehe hierzu Abschnitt 3.3.1); hierbei muss aber große Sorgfalt auf die Interpretation sowie die Prüfung der Robustheit der Ergebnisse und die Möglichkeiten einer potenziellen Selektionsverzerrung gelegt werden. Die Ergebnisse solcher Analysen können dabei nicht alleinstehend interpretiert werden, sondern müssen immer im Kontext der anderen Schätzungen gesehen werden.

c) *Maßnahmenauswahl*

Im Hinblick auf die Maßnahmenauswahl der zu evaluierenden Einzelmaßnahmen und Maßnahmenketten gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf Grundlage der Vorstudie von Schröder et al. (2009) eine erste Orientierung interessanter Maßnahmengruppen (siehe hierzu auch Abschnitt 4.2). Anhand der empirischen Daten im Reha-Prozessdatenpanel schlagen Dony et al. (2011) in Ergänzung dazu vor, sowohl im Bereich der Erst- als auch der Wiedereingliederung Evaluationen der jeweils anteilsstärksten Maßnahmen vorzunehmen (vgl. hierzu Dony et al. (2011), S. 139 und S. 149). Die einzelnen Maßnahmen und Maßnahmenketten sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Maßnahmen und Maßnahmenketten, für die Wirkungen evaluiert werden sollen nach Dony et al. (2011)

	Ersteingliederung		Wiedereingliederung
1	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	1	Vorbereitende Maßnahmen: a) Trainingsmaßnahmen b) Maßnahmen bei einem Arbeitgeber c) Maßnahmen bei einem Träger
2	Ausbildungsmaßnahmen	2	Weiterbildungsmaßnahmen a) allgemein b) spezifisch
3	Maßnahmenkette „Vorbereitende Maßnahme – Ausbildung“	3	Maßnahmenkette „Vorbereitende Maßnahme – Weiterbildungsmaßnahme“

Sommer et al. (2011) orientieren ihren Vorschlag dagegen stärker an inhaltlichen Gesichtspunkten, die sich aus der Analyse der Implementierung herauskristallisiert haben. Folgende Unterscheidungen schlagen sie vor:

- a) Die Analyse betriebsnahen Maßnahmen im Vergleich zu Trägermaßnahmen: nach Einschätzung vieler Reha-Beratungskräfte lassen sich „durch eine stärkere Ausrichtung auf betriebliche oder betriebsnahe Angebote sowohl Kosten einsparen als auch größere Eingliederungserfolge verzeichnen“ (Sommer et al., 2011, S. 125). Dies erscheint als sinnvolle Arbeitshypothese.
- b) Eine Analyse im Vergleich von Maßnahmen zur beruflichen Neuorientierung und zur Anpassung.
- c) Einen Vergleich von standardisierten gegenüber individuell flexiblen Maßnahmen: Hierbei steht der Rückschluss auf Erfolg bestimmende Bestandteile der Maßnahmen im Vordergrund.

Beide Vorschläge sollten in der Evaluation der Wirkungen berücksichtigt werden. Insbesondere für die Ermittlung der relativen Wirkungen sind die inhaltlichen Überlegungen zur Maßnahmenauswahl von Bedeutung.

In Ergänzung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen sollte darüber hinaus abgewogen werden, weitere nach inhaltlichen (z.B. abgeleitet aus dem Maßnahmenmix oder der strategischen Ziele der Agenturen) oder quantitativen Kriterien (z.B. bundesweit bedeutsam) relevante Maßnahmen in die Wirkungsanalyse einzubeziehen.

Literatur

- Abbring, J. H., G. J. van den Berg (2003): The non-parametric identification of treatment effects in duration models, *Econometrica*, 71, 1491-1517.
- Aldashev, A., S. Thomsen, T. Walter (2010): *Short-term training programs for immigrants: Do effects differ from natives and why?*, ZEW Discussion Paper No. 10-021, Mannheim.
- Bernhard, S., K. Hohmeyer, E. Jozwiak, S. Koch, T. Kruppe, G. Stephan, J. Wolff (2009): „Aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und ihre Wirkungen“, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.), *Handbuch Arbeitsmarkt 2009*, Bertelsmann, 149-201, Gütersloh.
- Blundell, R., M. Costa Dias (2009): Alternative approaches to evaluation in empirical microeconomics, *Journal of Human Resources*, 44, 3, 565-640.
- Bonin, H., J. Fries, M. Maier, T. Walter, H. Schröder, S. Niedlich, F. Oschmiansky, K. Stegner (2010): *Vorstudie zur Evaluation von Fördermaßnahmen für Jugendliche im SGB II und SGB III*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht 405, Berlin.
- Boockmann, B., S. Thomsen, T. Walter (2009): *Intensifying the use of benefit sanctions - an effective tool to shorten welfare receipt and speed up transitions to employment?*, ZEW Discussion Paper No. 09-072, Mannheim.
- Boockmann, B., S. Thomsen, T. Walter, C. Göbel, M. Huber (2010): *Should welfare administration be centralized or decentralized? Evidence from a policy experiment*, ZEW Discussion Paper No. 10-106, Mannheim.
- Brand, O., J. Graf, B. Hieming, K. Jaehrling, C. Rudolph, A. Wagner, C. Weinkopf, G. Worthmann (2007): *Bewertung der SGB II-Umsetzung aus gleichstellungspolitischer Sicht*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht 364, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2006): *Die Wirksamkeit moderner Dienstleistungen am Arbeitsmarkt*, Bericht 2006 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Wirkung der Umsetzung der Vorschläge der Kommission Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (ohne Grundsicherung für Arbeitsuchende), Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, Januar 2010, A990, Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010b): *Leistungsbeschreibung zum Vorhaben „Beratung zu wirkungsanalytischen Ansätzen für die Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“*, mimeo, Berlin.

- Deutscher Bundestag (2008): *Bericht zur Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c des Zweiten Sozialgesetzbuches*, Bundestagsdrucksache, Nr. 16/11488, Berlin.
- Dony, E., S. Gruber, A. Jasim, A. Rauch, P. Schmelzer, A. Schneider, N. Titze, U. Thomsen, S. Zapfel, R. Zimmermann (2011): *Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“ zusammenfassender Bericht*, IAB, Nürnberg.
- Heckman, J., R. Lalonde, J. Smith (1999), „The economics and econometrics of active labor market programs“, in: Ashenfelter, O. und D. Card (Hrsg.), *Handbook of Labour Economics*, 3a, 1865-2097, Elsevier Science, Amsterdam.
- Heyer, G., S. Koch, G. Stephan, J. Wolff (2011): *Evaluation der aktiven Arbeitsmarktpolitik: Ein Sachstandsbericht für die Instrumentenreform 2011*, IAB Discussion Paper, 17/2011, Nürnberg.
- Hujer, R., M. Caliendo, S. Thomsen (2004): New evidence on the effects of job creation schemes in Germany - a matching approach with three-fold heterogeneity, *Research in Economics*, 58(4), 257-302.
- Hujer, R., S. Thomsen (2010): How do employment effects of job creation schemes differ with respect to the foregoing unemployment duration?, *Labour Economics*, 17(1), 38-51.
- Ichino, A., F. Mealli, T. Nannicini (2008): From temporary help jobs to permanent employment: What can we learn from matching estimators and their sensitivity?, *Journal of Applied Econometrics*, vol. 23, pp. 305 - 327.
- Knuth, M., M. Brussig, S. Neuffer, V. Dittmar, B. Mosler, M. Sauer, B. Kaltenborn, N. Wiehlage, A. Aldashev, S. Thomsen, T. Walter, M. Arens, M. Hofmann, H. Bode, O. Krieg, T. Schneider-Haase, D. Frings (2009): *Wirkungen des SGB II auf Personen mit Migrationshintergrund – Abschlussbericht*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht 395, Berlin.
- Lechner, M., C. Wunsch (2011): *Sensitivity of Matching-Based Program Evaluations to the Availability of Control Variables*, IZA Discussion Paper No. 5553, Bonn.
- Mantel, N., W. Haenszel, W. (1959): Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease, *Journal of the National Cancer Institute*, 22 (4), 719–748.
- Rosenbaum, P.R., D.B. Rubin (1983): The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70 (1), 41–50.
- Roy, A.D. (1951): Some thoughts on the distribution of earnings, *Oxford Economic Papers*, 3 (2), 135–145.
- Rubin, D.B. (1974): Estimating causal effects to treatments in randomised and nonrandomised studies, *Journal of Educational Psychology*, 66, 688–701.

- Schröder, H., P. Knerr, M. Wagner (2009): *Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben*, Bundeministerium für Arbeit und Soziales, Forschungsbericht 392, Berlin.
- Smith, J.A. (2000): A critical survey of empirical methods for evaluating active labor market policies, *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, 136 (3), 1–22.
- Sommer, J., T. Gericke, W. Frank, S. Matthes, S. Ekert (2011): *Abschlussbericht „Implementationsstudie 1“ zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben*, InterVal, Berlin.
- Thomsen, S., T. Walter (2010): Temporary extra jobs for immigrants: Merging lane to employment or dead-end road in welfare?, *LABOUR: Review of Labour Economics and Industrial Relations*, 24, Issue Supplement s1, 114-140.
- Zapfel, S., A. Rauch, U. Thomsen, R. Zimmermann (2011): *Machbarkeitsstudie zur wissenschaftlichen Nutzbarkeit der Daten des Ärztlichen Dienstes im Rahmen des „IAB Reha-Prozessdatenpanels“*, Endbericht an das Bundeministerium für Arbeit und Soziales, IAB, Nürnberg.