



Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation

**Stefan Zapfel
Kira Svetlova
Hendrik Faßmann**

**Institut für empirische Soziologie an der
Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg**

Gefördert durch die
Deutsche Rentenversicherung Bund

Zitiervorschlag:

Zapfel, Stefan; Svetlova, Kira; Faßmann, Hendrik (2013): Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Ausgangslage	9
2.1	Aussichten behinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt	9
2.2	Ziele und Grundsätze der beruflichen Rehabilitation	10
2.3	Träger der beruflichen Rehabilitation und Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung	13
2.4	Ablauf der beruflichen Rehabilitation	14
2.5	Migration und berufliche Rehabilitation	16
3	Forschungsfragen	22
4	Methodisches Vorgehen	25
4.1	Erhebungsdesign.....	25
4.2	Befragte Personenkreise.....	29
4.3	Vorgehen bei der Auswertung	32
4.4	Einschränkungen.....	34
5	Empirische Befunde	37
5.1	Screening-Resultate	37
5.2	Hintergrund der Rehabilitand(inn)en	41
5.3	Zugang zur beruflichen Rehabilitation	44
5.3.1	Zugangswege und Informationskanäle	44
5.3.2	Allgemeine Probleme im Zugang	47
5.3.3	Migrationsspezifische Probleme im Zugang	52
5.3.4	Allgemeine Hilfsangebote beim Zugang bzw. der Antragstellung.....	58
5.3.5	Migrationsspezifische Hilfsangebote beim Zugang bzw. der Antragstellung	59
5.3.6	Allgemeine Verbesserungsvorschläge für den Zugang.....	62

5.3.7	Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge beim Zugang bzw. der Antragstellung	63
5.3.8	Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen im Zugang zur beruflichen Rehabilitation.....	64
5.4	Ablauf der beruflichen Rehabilitation.....	66
5.4.1	Berufs- und Maßnahmewahl	66
5.4.1.1	Ablauf der Berufs- und Maßnahmeauswahl	66
5.4.1.2	Allgemeine Komplikationen bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl	73
5.4.1.3	Migrationsspezifische Komplikationen bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl.....	77
5.4.1.4	Allgemeine Verbesserungsvorschläge bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl.....	82
5.4.1.5	Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl	83
5.4.1.6	Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen in der Berufswahl.....	84
5.4.2	Erfahrungen der Stakeholder/-innen mit dem Maßnahmeablauf.....	88
5.4.2.1	Allgemeine Probleme innerhalb des Maßnahmeablaufs.....	92
5.4.2.2	Migrationsspezifische Probleme innerhalb des Maßnahmeablaufs	97
5.4.2.3	Allgemeine Lösungen	105
5.4.2.4	Migrationsspezifische Lösungen.....	105
5.4.2.5	Allgemeine Verbesserungsvorschläge	106
5.4.2.6	Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge	109
5.4.2.7	Zufriedenheit der Rehabilitand(inn)en mit der beruflichen Rehabilitation	111
5.4.2.8	Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen im Maßnahmeablauf	111
5.5	Rehabilitationserfolg	120

5.5.1	Maßnahmeabbrüche und migrationsspezifische Besonderheiten.....	120
5.5.2	Prüfungserfolg und migrationsspezifische Besonderheiten	123
5.5.3	Eingliederungserfolg und migrationsspezifische Besonderheiten	124
5.5.4	Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen im Rehabilitationserfolg.....	127
6	Diversity Management.....	132
7	Zusammenfassung und Ausblick.....	138
8	Literaturverzeichnis	149
9	Anhang	164

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zahl der Interview- und Fokusgruppenteilnehmenden nach Stakeholdern..	28
Tabelle 2: Übersicht Forschungsablauf	29
Tabelle 3: Ausgewählte Screeningergebnisse	40
Tabelle 4: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Zugang zu Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder	67
Tabelle 5: Probleme und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en in der Berufswahl – Ansichten der Stakeholder	86
Tabelle 6: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Ablauf von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder	115
Tabelle 7: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Erfolg von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder	130
Tabelle 8: Codiersystem	169
Tabelle 9: Kennzeichen für die Erhebung ausgewählter Rehabilitand(inn)en.....	171
Tabelle 10: Zutreffende Kriterien für die Bestimmung des Migrationshintergrundes ...	172
Tabelle 11: Ausgewählte Screening-Ergebnisse nach Rehabilitand(inn)en in Trägerschaft der DRV.....	172
Tabelle 12: Ausgewählte Screening-Ergebnisse, differenziert nach Migrant(inn)en und Nicht-Migrant(inn)en	173

1 Einleitung

Anliegen der von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten, mit einer Laufzeit von 12 Monaten ausgestatteten Studie „Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation“ war es, angesichts des lückenhaften Forschungsbestands zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund wissenschaftlich fundierte Informationen über Zugang, Prozess und Erfolg ausgewählter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung bei Berufsförderungswerken und freien Bildungsträgern zu erhalten und für die Praxis verfügbar zu machen.

Migrationssensible Forschungsarbeiten über das Zugangsprozedere, die Inanspruchnahme, vorzeitige Abbrüche und Erfolge von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation lagen bisher nicht oder nur fragmentarisch vor. Unklar war daher auch, ob bestehende Forschungsergebnisse aus der medizinischen Rehabilitation oder anderen sozialpolitisch relevanten Bereichen (etwa Erfahrungen aus dem Rechtskreis des Zweiten Sozialgesetzbuchs) auf das Gebiet der beruflichen Rehabilitation übertragbar sind, ob in den mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betrauten Einrichtungen Diversity-Management-Konzepte zur Anwendung kommen (um u.a. migrationsbedingte Barrieren aus dem Weg zu räumen) bzw. ob Handlungsbedarf dazu besteht.

Soweit bisherige Forschungsvorhaben den Migrationsaspekt einbezogen, legten sie ihren Berechnungen in aller Regel prozessproduzierte (Routine-) Daten zugrunde, in denen das Migrationsmerkmal auf Staatsangehörigkeit beschränkt ist (vgl. z.B. Höhne 2007; Höhne & Schubert 2007). Eine angemessen differenzierte Betrachtung dieser überaus heterogenen Bevölkerungsgruppe (etwa im Hinblick auf Sprachkenntnisse, Zugehörigkeit zur ersten, zweiten oder dritten Einwanderergeneration, Herkunft der Eltern, unterschiedliche Bildungsmerkmale u.a.m.) ist auf einer solchen Datenbasis allerdings nicht möglich.

Ziel der vorliegenden Studie war es, unter Verwendung eines weiter gefassten Migrationsbegriffs erste qualitative Befunde zu Zugang, Teilnahme und Erfolg der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund zu erhalten und praxisrelevante Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

Um die Forschungsergebnisse inhaltlich korrekt einordnen zu können, bedarf es zunächst einer Darstellung der Arbeitsmarktaussichten behinderter Menschen in Deutschland, mit

welcher sich zugleich die Zielsetzungen der beruflichen Rehabilitation verdeutlichen lassen. Es folgt ein Überblick über Stoßrichtung und Prinzipien der beruflichen Rehabilitation sowie über die zuständigen Träger, wobei das Hauptaugenmerk auf die Deutsche Rentenversicherung gelegt wird, zumal sich das Forschungsprojekt auf Leistungen ihres Kompetenzbereichs konzentrierte. Daraufhin werden der übliche Ablauf der beruflichen Rehabilitation und ihre institutionelle Einbettung beschrieben.

Nach Erläuterung dieser inhaltlich unverzichtbaren Grundlagen werden der aktuelle Forschungsstand und die verwendete Operationalisierung des Merkmals „Migrationshintergrund“ dargestellt, um hieraus die für die vorliegende Studie zentralen Forschungsfragen und -ziele abzuleiten. Darauf aufbauend wird das methodische Vorgehen des Forschungsprojektes beschrieben und auf die Komplikationen der Umsetzung eingegangen. Schließlich werden die Forschungsbefunde dargelegt, Schlussfolgerungen abgeleitet und – soweit möglich – Handlungsempfehlungen formuliert.

Besonders bedanken möchten wir uns bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, die diese Forschungsarbeit ermöglicht hat. Unser Dank gilt auch dem Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg, dem Berufsförderungswerk Dortmund, dem Berufsförderungswerk München und dem Berufsförderungswerk Nürnberg sowie Salo West und den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft, ohne deren tatkräftige Unterstützung die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen wäre.

Ganz besonders bedanken wir uns bei unseren persönlichen Ansprechpartnerinnen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und Projektbeiratsmitgliedern Frau Sabine Erbstöber, Frau Ina Leauclair und Frau Verena Pimmer, die trotz vielfach großer Arbeitsbelastung diese Studie in allen Phasen mit großem Engagement unterstützt haben.

Auch danken wir allen weiteren Mitgliedern des Projektbeirats für die wertvolle fachliche Diskussion und die vielen guten Anregungen: Herr Prof Dr. Friedrich Heckmann (Universität Bamberg), Herr Jochen Kunert (Berufsförderungswerk München), Herr Prof. Dr. Wolfgang Seyd (Universität Hamburg), Frau Evi Staab (Berufsförderungswerk Nürnberg) und Herr Ottmar Waterloo (Berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft).

Des Weiteren gilt unser Dank allen Rehabilitand(inn)en, Leiter(inne)n und Fachkräften der Bildungsträger sowie den Fachberater(inne)n der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. Regional, die sich der Mühe unterzogen haben, an der Studie teilzunehmen.

2 Ausgangslage

2.1 Aussichten behinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt

Erwerbsarbeit gilt als zentrale Kategorie für gesellschaftliche Teilhabe. Sie dient nicht nur der Aneignung finanzieller Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts und zur Teilnahme an einer konsumorientierten Gesellschaft (vgl. z.B. Hirsch & Roth 1986: 51), sondern bildet in weiten Teilen die Voraussetzung für den Zugang zu spezifischen, wohlfahrtsstaatlich strukturierten Leistungsbereichen. Sie sorgt für eine stabile Zeitstruktur, wiederkehrende soziale Kontakte und fungiert als eine maßgebliche Ressource für soziale Anerkennung (Promberger 2008: 8f). Umgekehrt erhöht Arbeitslosigkeit das Risiko finanzieller Deprivation, sozialer Isolation, räumlicher Marginalität und einer Minderung der Lebenschancen (Rogge & Kieselbach 2009: 366; Grözinger et al. 2006: 21).

Allerdings sind die Chancen einer Teilnahme am Arbeitsleben nachweislich ungleich verteilt: Bestimmten Bevölkerungsgruppen fällt es schwerer als anderen, am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und dort – sollte dies gelungen sein – dauerhaft integriert zu bleiben. Diese mitunter als „Überzählige“ (Sondermann et al. 2009: 157; Völker 2009: 221) bezeichneten und sich überlappenden Problemgruppen beinhalten neben Langzeitarbeitslosen, gering Qualifizierten, älteren Personen und Frauen (insbesondere Wiedereinsteigerinnen) auch Migrant(inn)en und Menschen mit anhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen (Hradil 2001: 196ff). Zugleich sind sie durch ein geringeres Verhandlungs-, Verteidigungs- und Durchsetzungspotenzial am Arbeitsmarkt gekennzeichnet als andere (Offe & Hinrichs 1977: 34).

Die ungünstige Arbeitsmarktsituation insbesondere behinderter Menschen wird schon an einem Vergleich der Arbeitslosigkeit ersichtlich: Sie sind etwa doppelt so häufig arbeitslos wie der Bevölkerungsdurchschnitt (Staab et al. 2011: 16) und verbleiben länger in diesem Zustand als andere (Niehaus 1997: 39). Jedoch gestaltet sich die Situation nicht für alle Angehörigen der genannten Gruppen gleich ungünstig. Vielmehr lassen sich Nuancen der Außenstellung erkennen (Castel 2009: 29), wobei die Position einer Person umso kritischer wird, je mehr Problemlagen sich überlagern (Konietzka & Sopp 2006: 315;

Stichweh 2009: 366ff), also beispielsweise Geringqualifizierung, Behinderung und ein Migrationshintergrund zugleich auftreten.¹

Um ihre Aussichten auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern, dem normativen Gebot der Chancengleichheit zu genügen und einer Stilllegung ökonomisch verwertbarer Arbeitskraft entgegenzuwirken² (vgl. u.a. Bude & Willisch 2006a: 12), wurde in den Bereichen der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik für Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Reihe von Bestimmungen festgelegt, die den Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtern und die Stabilität der Beschäftigung erhöhen sollen. Dazu zählen neben speziellen Bestimmungen der beruflichen Rehabilitation etwa Quotenregelungen für Unternehmen, ein weiter reichender Kündigungsschutz³ oder die drohende Zahlung von Ausgleichsabgaben auf Seiten der Arbeitgeber, wenn bestehende Quoten nicht erfüllt wurden (Mühling 2008: 248).

2.2 Ziele und Grundsätze der beruflichen Rehabilitation

Ziel der beruflichen Rehabilitation ist es, Menschen mit Behinderung durch Bereitstellung verschiedener sozial- und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen dabei zu unterstützen, in den Arbeitsmarkt zu gelangen bzw. eine schon erreichte Integration in Beschäftigung zu festigen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: 597). Ihre Abhängigkeit von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen soll dadurch verringert oder vollständig beseitigt werden (Bieker 2005a: 16). Besagte Hilfen sollen Personen zugutekommen, deren (drohende) Behinderung zu einer Gefährdung ihrer Teilhabe am Arbeitsleben führt. Von zentra-

¹ Erst jüngst wurde die geringe Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Migrationshintergrund erneut bestätigt und zugleich konstatiert, dass es in den letzten Jahren zu keiner Angleichung mit der Lage von Frauen ohne Migrationshintergrund gekommen sei, im Gegenteil: die Erwerbsquoten beider Gruppen driften weiter auseinander (vgl. Herwig & Konietzka 2012: 303).

² Stärker ökonomisch akzentuierte Beiträge begründen die Notwendigkeit einer Eingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt damit, dass sozialversicherungspflichtige Beschäftigung generell rückläufig sei und die Einnahmensituation der Sozialversicherungsträger dringend verbessert werden müsse (vgl. z.B. Schmidt et al. 2006: 195; Fritschi & Jann 2008; Anger et al. 2010).

³ Restriktive Bestimmungen des Kündigungsschutzes werden in der Forschungsliteratur ambivalent beurteilt. So könnten sie der Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen entgegenkommen, andererseits aber den Zugang zum Arbeitsmarkt behindern. Unternehmensvorbehalte vor einer Anstellung vor allem schwerbehinderter Menschen bestünden nicht nur in der Befürchtung, dass diese den Arbeitsanforderungen nicht genügen könnten – „Behinderung“ wird häufig mit verminderter Produktivität gleichgesetzt (Maschke 2008: 50) –, sondern auch darin, dass es der verstärkte Kündigungsschutz verhindere, das Arbeitsverhältnis im Bedarfsfall zu beenden. Diese Skepsis nehme im Zuge der Beseitigung bestehender Informationsdefizite der Unternehmen und noch mehr ab, wenn die Arbeitgeber bereits Erfahrungen mit der Anstellung behinderter Menschen besäßen (Rauch 2005: 32).

ler Bedeutung ist hierfür die sozialrechtliche Definition von Behinderung. Sie liegt vor, wenn die „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher [die] Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (§ 2 SGB IX).

Doch die offizielle Anerkennung einer Behinderung allein ist für die berufliche Rehabilitation noch nicht ausreichend. Potenzielle Rehabilitand(inn)en müssen prinzipiell auch als „beschäftigungsfähig“ angesehen werden. Das ist nach rechtlichen Gesichtspunkten derzeit dann der Fall, wenn die betreffende Person – nach medizinischer und / oder psychologischer Einschätzung – täglich mindestens drei Stunden arbeitsfähig ist (Rauch & Dornette 2010: 64).

Des Weiteren unterscheidet die Arbeitsverwaltung zwischen Kandidat(inne)n der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung. In der Ersteingliederung befinden sich junge behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, die in der Regel nicht älter als 25 Jahre sind und die entweder noch über keinen beruflichen Bildungsabschluss verfügen oder bisher weniger als drei Jahre in Beschäftigung waren. Demgegenüber zielt die berufliche Wiedereingliederung auf eine berufliche Neu- oder Umorientierung Erwachsener mit entsprechenden Arbeitsmarkterfahrungen und Bildungsabschlüssen ab (vgl. Schröder et al. 2009: 22ff). In der Wiedereingliederung handelt es sich deshalb (meist) um Personen, die im Laufe ihres (Erwerbs-) Lebens eine anhaltende gesundheitliche Schädigung erfahren haben⁴ und die aus diesem Grund nicht mehr ihrer bisherigen Erwerbsarbeit nachgehen können.

Da sich aber eine Behinderung nicht im selben Maße beeinträchtigend auf alle Lebensbereiche auswirkt, sich mithin nicht auf allen Arbeitsgebieten als leistungshemmend erweist (Haines 2005: 46), soll es die berufliche Rehabilitation ermöglichen, behinderungsadäquat in einem anderen Beruf bzw. einer anderen Tätigkeit – möglichst auf dem ersten Arbeitsmarkt – Fuß zu fassen⁵ (Ellger-Rüttgardt et al. 2009: 18). Die in der beruflichen Wiedereingliederung angebotenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen

⁴ Entsprechend stark ist für diese Gruppe daher der Grad der psychischen Belastung, da die bisher bestehenden Lebensentwürfe durch das mehr oder minder plötzliche Eintreten einer Behinderung durchkreuzt wurden (Mühlum & Gödecker-Geen 2003: 50).

⁵ Sollte die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gelingen oder als unwahrscheinlich gelten, wird eine Tätigkeit in unterstützten Beschäftigungsformen, Integrationsfirmen oder in Werkstätten für behinderte Menschen (zweiter Arbeitsmarkt) anvisiert (Welti 2005: 692).

demnach die Entwertung des gesundheitlichen Kapitals und die entstehende Benachteiligung am Arbeitsmarkt durch frisches Bildungskapital kompensieren (Beiderwieden 2001: 182). So dienen sie „in volkswirtschaftlicher Perspektive der Pflege und Verbesserung des Menschen als Humankapital sowie dem Schutz von bisher in das Humankapital in Form von Bildung und Reproduktionsleistung investierten Mitteln und Anstrengungen“ (Welti 2005: 166).

Kennzeichnend ist außerdem, dass diese Hilfen den Betroffenen unabhängig von der Ursache der Behinderung (etwa Eigenverschulden) zustehen und die Leistungen möglichst frühzeitig erbracht werden sollen, um negative Konsequenzen gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu vermeiden oder wenigstens zu reduzieren. Vor dem Hintergrund einer schrumpfenden Zahl von Beitragszahler(inne)n bei gleichzeitigem Anwachsen von Leistungsempfänger(inne)n der Rentenversicherung (Munich Center for the Economics of Aging 2012: o.S.) gehört es darüber hinaus zu den Grundsätzen der beruflichen Rehabilitation, dass der (Wieder-) Eingliederung – sofern von medizinischer oder psychologischer Seite als realistisch eingeschätzt – Priorität vor einer Rentengewährung zukommt (§ 8 Abs. 2 SGB IX). Auch sind die Träger der beruflichen Rehabilitation dazu angehalten, ihre Leistungen an die individuelle Bedarfskonstellation anzupassen und ambulanten Maßnahmen Vorrang vor stationären einzuräumen (§ 9 SGB IX; Haines 2005: 46).

Weitere Vorgaben beziehen sich darauf, dass bei der Leistungsvergabe auf die Effizienz und Effektivität der Maßnahmen zu achten ist (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010: 11 ff.), ohne dabei das Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitand(inn)en zu verletzen⁶ (Staab et al. 2011: 17, 37).

⁶ Seit einiger Zeit macht sich – insbesondere im Bereich der Arbeitsverwaltung – ein zunehmend an betriebswirtschaftlichen Urteils- und Entscheidungsmustern orientiertes Fördersystem bemerkbar, das bewirkt, dass Effektivitäts- und Effizienzerwartungen potenziell mit normativ-rechtlichen Ansprüchen in Konflikt geraten (Ellger-Rüttgardt et al. 2009: 11): „Die Einbindung der Sozialleistungsberechtigten in Pflichtversicherungssystemen ist nur gerechtfertigt, weil und soweit diese auch in der Konkretisierung der Leistungen die Selbstbestimmung so weit wie möglich respektieren. Dies gilt umso stärker, je mehr diese Wünsche durch die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie und die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten bestimmt sind [...] [doch] [i]ndividuelle Wünsche finden ihre Grenzen in der Beachtung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen“ (Welti & Fuchs 2007: 112).

2.3 Träger der beruflichen Rehabilitation und Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung

Mit der Bewilligung, Finanzierung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind unter Berücksichtigung der erwähnten Grundsätze unterschiedliche Institutionen betraut.

Die Prüfung der Anträge, die Finanzierung der Leistungen und die Auftragserteilung für die Durchführung der Maßnahmen an spezielle Einrichtungen ist Aufgabe der Träger beruflicher Rehabilitation. Zu ihnen gehören neben der gesetzlichen Rentenversicherung die Bundesagentur für Arbeit, die so genannten SGB II-Institutionen,⁷ die Deutsche Unfallversicherung sowie die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe (Ellger-Rüttgardt et al. 2009: 22). Die Zuständigkeit richtet sich nach den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen der Antragsteller(inne)n.⁸

Die Deutsche Rentenversicherung ist für die berufliche Rehabilitation zuständig, wenn den betroffenen Personen ohne Gewährung von Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gezahlt werden müsste oder die Leistungen direkt im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation notwendig sind,⁹ um sie erfolgreich zu beenden und zum Zeitpunkt der Antragstellung¹⁰ eine Wartezeit von

⁷ Nach § 6 Abs. 1 SGB II sind das neben der Bundesagentur für Arbeit kreisfreie Städte und Kreise, zugelassene kommunale Träger und die von ihnen unterhaltenen besonderen Einrichtungen (§ 6b Abs. 5 SGB II) sowie mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragte Dritte.

⁸ Potenzielle Rehabilitand(inn)en dürfen Anträge auf berufliche Rehabilitation bei sämtlichen Trägern einreichen. Die Einrichtung, bei welcher der Antrag einging, ist dazu verpflichtet, binnen zwei Wochen die Zuständigkeit zu klären und den Antrag gegebenenfalls weiterzuleiten (§ 14 SGB IX).

⁹ Die Aufgabe der beruflichen Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitskraft schiebt sich idealtypisch zwischen die medizinische Rehabilitation und die Eingliederung in den Arbeitsmarkt (vgl. Welti 2005: 160). Allerdings gibt es in der Praxis vielfältige Verflechtungen zwischen diesen Bereichen. So kann die berufliche Rehabilitation bereits während der medizinischen einsetzen.

¹⁰ Für eine erfolgreiche Antragstellung könnte die Eigeninitiative potenzieller Rehabilitand(inn)en eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Unter anderem im Rechtskreis des Dritten Sozialgesetzbuches (SGB III) wurde ihre Bedeutung hervorgehoben: So „trägt offensichtlich die Vehemenz, mit der ein Kunde eine entsprechende Untersuchung bzw. Berücksichtigung der Beeinträchtigung einfordert, dazu bei, dass ein Anerkennungsverfahren eingeleitet wird“ (Schröder et al. 2009: 64). Ähnliches gilt für den medizinischen Bereich. Der dort vorherrschende mittelschichtorientierte Kommunikationsablauf macht es Angehörigen unterer sozialer Schichten schwer, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und ihre Wünsche durchzusetzen (Kirchner 2010: 21f).

Überdies hat das erreichte Alter der Rehabilitand(inn)en Auswirkungen auf die Chance der Antragsbewilligung und die Art der ausgewählten Maßnahmen: Die Anzahl der bewilligten Anträge auf eine berufliche Rehabilitation sinkt ab einem Alter von 50 Jahren spürbar. (Hierbei kommt es auf das Verhältnis zwischen Investition in die berufliche Bildung der Rehabilitand(inn)en und der verbleibenden Zeit bis zur Erreichung des Renteneintrittalters an. Je weniger Lebensarbeitszeit übrig ist, desto weniger ökonomisch lohnend wird eine Umschulung erachtet). Überdies dürfen jüngere Rehabilitand(inn)en eher mit der Bewilligung von länger dauernden Maßnahmen rechnen als ältere (Ellger-Rüttgardt et al. 2009: 57).

mindestens 15 Versicherungsjahren vorliegt. Auf diese Wartezeit werden Phasen der Beitragszahlung, der Kindererziehung und Zeiten aus einem Versorgungsausgleich angerechnet (Deutsche Rentenversicherung 2012a: o.S.).

Empfänger von Leistungen der beruflichen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung erhalten empirisch gesehen meist Maßnahmen der beruflichen Bildung und Hilfen zur Erlangung eines Beschäftigungsverhältnisses. Allerdings erfährt auch die Sicherung eines bereits bestehenden Arbeitsplatzes seit einiger Zeit wachsende Aufmerksamkeit (Ellger-Rüttgardt et al. 2009: 56f). Auffällig ist zudem, dass die Mehrheit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an Männer vergeben wird (ca. 63 %). Der Frauenanteil beträgt lediglich 37 % (Deutsche Rentenversicherung 2012b: 204f). Auf die Staatsangehörigkeit bezogen werden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation kaum von Personen in Anspruch genommen, die die deutsche Staatsbürgerschaft nicht besitzen (4 %). Aus dieser Gruppe kommen die meisten aus Europa (Europäische Union 38 %, aus anderen Staaten Europas 44 %; Deutsche Rentenversicherung 2012b: 210).

2.4 Ablauf der beruflichen Rehabilitation

Voraussetzung für den Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist eine formale Antragstellung potenzieller Rehabilitand(inn)en auf berufliche Rehabilitation. Sie beginnt mit der Bewilligung des Antrags durch den Rehabilitationsträger. Meist werden für die Entscheidung der Rentenversicherungsträger medizinische oder psychologische Gutachten, entsprechende, schon vorliegende Dokumente von Ärzten bzw. Rehabilitationskliniken¹¹ oder Assessment-Resultate von Berufsförderungswerken über die Leistungsfähigkeit der Person herangezogen. Die Versicherten werden in diesem Zusammenhang von der Deutschen Rentenversicherung zu einem Beratungsgespräch eingeladen, um deren Bedürfnisse und Wünsche zu eruieren sowie Ziele und den Ablauf der beruflichen Rehabilitation zu besprechen. Im Allgemeinen werden sie im Rahmen dieses Gesprächs dazu ermutigt, an einem Assessment eines Bildungsträgers der beruflichen Rehabilitation teilzunehmen, um eine fundierte Entscheidungsgrundlage für den anvisierten Zielberuf

¹¹ Nach einer medizinischen Rehabilitation informiert der ärztliche Entlassungsbericht den zuständigen Rentenversicherungsträger über Behandlungsprozess und -ergebnis. Er wird als Entscheidungsgrundlage für nachfolgende Leistungen verwendet (Beckmann et al. 2005: 435).

zu erhalten. Ist der Zielberuf ausgewählt, wird die Einrichtung festgelegt, in der die Umschulung (oder eine andere Maßnahme) stattfinden soll.

Für die Durchführung dieser Maßnahmen gibt es ein bundesweites Netz an eigens darauf spezialisierten Institutionen. Manche von ihnen konzentrieren sich auf Rehabilitand(inn)en mit besonderen gesundheitlichen Einschränkungen. Neben freien Bildungsträgern gehören Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke zu solchen Einrichtungen. Berufsbildungswerke beschränken sich auf die berufliche Ersteingliederung, Berufsförderungswerke befassen sich mit der Wiedereingliederung (Biermann 2008: 69).

Das Leistungs- und Betreuungsspektrum von Berufsförderungswerken ist weitreichend. Eine Bewilligung durch den Reha-Träger vorausgesetzt, werden im Rahmen eines Assessments zunächst Eignung und Neigung von Rehabilitand(inn)en für verschiedene Berufe untersucht. Häufig folgt ein so genannter „Rehabilitationsvorbereitungslehrgang“ (RVL)¹², danach die Hauptmaßnahme: eine berufliche Vollqualifizierung (Umschulung bzw. Ausbildung) oder eine individuelle Teilqualifizierung bzw. eine Individualmaßnahme.¹³ Diverse flankierende Angebote unterstützen die Teilnehmenden: Neben dem berufskundlichen Unterricht, dem sie im Rahmen der eigentlichen Qualifizierung in Gruppen folgen, können sie von zusätzlichem Förderunterricht (er kann Themen wie soziale Kompetenz, Konzentrationsfähigkeit, Stressbewältigung u.a.m. enthalten), dem psychologischen, medizinischen, sozialen bzw. sozialpädagogischen Fachdienst bzw. dem Rehabilitationsintegrationsmanagement, Sportangeboten, Physiotherapie etc. sowie stellenweise von speziellen Angeboten für Migrant(inn)en profitieren. Bei Bedarf können Rehabilitand(inn)en auch internatsmäßig untergebracht werden. Entsprechend heterogen ist die Zusammensetzung der an Berufsförderungswerken tätigen Berufsgruppen, zu denen Dozent(inn)en, Pädagog(inn)en, Psycholog(inn)en, Pflegekräfte und Mediziner/-innen gehören. (Dings 2005: 205ff). Neben den schon genannten Hilfen unterstützen

¹² Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge in Berufsförderungswerken dienen vor allem dazu, die Teilnehmenden auf die Ausbildung vorzubereiten und Grundwissen zu erneuern.

¹³ Berufliche Umschulungen in Berufsförderungswerken weisen im Allgemeinen eine zweijährige Laufzeit auf und beinhalten normalerweise ein mehrwöchiges Praktikum in einem externen Betrieb (Köster et al. 2007: 259). Da außerhalb der beruflichen Rehabilitation für einige Ausbildungen in der Regel eine Dauer von drei statt von zwei Jahren vorgesehen ist, nimmt der Leistungs- und Zeitdruck beruflicher Rehabilitand(inn)en entsprechend hohe Ausmaße an. Nicht in allen Fällen erlernen Rehabilitand(inn)en jedoch einen gänzlich neuen Beruf. Überschneidet sich der neu eingeschlagene Berufsweg mit der zuvor erlernten und ausgeübten Tätigkeit, kann eine Teilqualifizierung ausreichend sein. Die Betroffenen nehmen dann an ausgewählten, für sie passenden Qualifizierungsteilen bzw. Modulen teil und / oder werden zusätzlich in bestimmten Kompetenzen gefördert (Staab et al. 2011: 22ff).

die Bildungsträger ihre Klient(inn)en dabei, einen Arbeitsplatz zu finden und sich auf Bewerbungsgespräche vorzubereiten.

Die an der vorliegenden Studie beteiligten freien Bildungsträger legen ihren Schwerpunkt (vor allem aufgrund ihrer Zielgruppen) auf ambulante berufliche Integrationsmaßnahmen, die kürzer als eine Vollqualifizierung sind. In ihrer Struktur ähneln diese aber den Vollqualifizierungen, in welchen ein neuer Beruf erlernt wird: Neben theoretischem Fachunterricht, Übungseinheiten und Praktika absolvieren die Teilnehmenden individuell und in Gruppen Trainings personaler Kompetenzen wie Konzentrationsfähigkeit, Motivation, Krisen- und Konfliktmanagement, erhalten gesundheitsfördernde Angebote sowie Integrationsunterstützung durch Bewerbungstraining. Darüber hinaus werden sie auf Wunsch in nicht fachlichen Angelegenheiten individuell oder in Gruppen beraten und betreut.

Die berufliche Rehabilitation wird rechtlich als erfolgreich angesehen, wenn eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt erfolgt ist, die mindestens sechs Monate anhält.

2.5 Migration und berufliche Rehabilitation

Die Untersuchung möglicher Spezifika der beruflichen Rehabilitation von Migrant(inn)en verlangt zunächst eine Definition des Migrationshintergrundes, wie sie in der vorliegenden Studie verwendet wird. Denn weder in sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Studien, noch in amtlichen Statistiken¹⁴ besteht derzeit Aussicht auf Konsens. Unstrittig

¹⁴ Der Mikroszensus zählt zu den Personen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2012: 6). Ferner unterscheidet dieser nach einem Migrationshintergrund „im engeren“ und „weiteren Sinn“. Erstere werden dabei zusätzlich nach Staatsangehörigkeit dargestellt: Ausländer/-innen mit der ersten Staatsangehörigkeit, Eingebürgerte mit der Staatsangehörigkeit vor der Einbürgerung. Weiterhin können Angaben über „die Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung“ und über in Deutschland geborene „Menschen ohne eigene Migrationserfahrung“ gemacht werden (Statistisches Bundesamt 2012: 7). Demgegenüber dokumentieren andere amtliche Statistiken (einschließlich der Deutschen Rentenversicherung Bund) bisher in der Regel ausschließlich die Staatsangehörigkeit. Informationen über eingebürgerte Personen, Aussiedler/-innen sowie Kinder und Jugendliche, die nach *ius soli*-Einführung deutsche Staatsbürger wurden, bleiben dabei unberücksichtigt. Im Vergleich zur Verwendung breiter angelegter Definitionsgrundlagen führt die ausschließliche Hinzuziehung dieser Daten daher zu einer Unterschätzung ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung.

Es liegt eine Reihe von Vorschlägen zu einer inhaltlich adäquateren Bestimmung des Migrationshintergrundes vor (siehe etwa: Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik 2006: 3; Frick & Söhn 2007; Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ 2010; Settlemeyer, Erbe 2010; Brzoska et al. 2010b: 106 ff.). In der epidemiologischen Forschung konnte etwa der

ist lediglich, dass ein Migrationshintergrund mit anderen Sprachen, anders gearteten (kulturellen) Lebensbedingungen, sozialpolitischen Ansprüchen, Bildungschancen, gesellschaftlichen Teilhabevoraussetzungen im Herkunfts- und Zielland u.ä.m. verknüpft ist. Zudem können migrationsspezifische Unterschiede über mehrere Generationen hinweg fortbestehen. In Sozialpolitik und Sozialwissenschaften kommt dem Migrationshintergrund daher in jüngerer Zeit vermehrt Aufmerksamkeit zu.

Grundsätzlich lässt sich zunächst festhalten, dass die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund „durch die eigene oder die Migrationserfahrung der Herkunftsfamilie geprägt ist“, wobei „unter Migration ein auf Dauer angelegter bzw. dauerhaft werdender Wechsel von einzelnen bzw. mehreren Personen in eine andere Gesellschaft bzw. in ein anderes Land verstanden“ werden kann (Schenk 2007: 89f).

Zur Präzisierung zieht die vorliegende Studie den in der Epidemiologie entwickelten, lebensbiographisch orientierten „Mindestindikatorensatz“ heran. Danach haben Personen einen Migrationshintergrund, wenn

- beide Eltern im Ausland geboren sind oder
- die betreffende Person nicht seit ihrer Geburt in Deutschland lebt und mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde oder
- die Muttersprache nicht Deutsch ist.

Amtliche Statistiken und wissenschaftliche Studien liefern heute vielfältige Informationen über die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund, ihre Lebenschancen, ihre sozialen Lebensbedingungen und ihre Erfassung durch wohlfahrtsstaatliche Leistungssysteme, meist aber unter Verzicht einer differenzierteren Bestimmung des Migrationshintergrundes.

Dem Statistischen Bundesamt zufolge lebten 2011 rund 16 Mio. Personen mit Migrationshintergrund (davon 7,2 Mio. Ausländer/-innen) in Deutschland – das sind etwa 20 % der Gesamtbevölkerung. Sie sind durchschnittlich deutlich jünger als Menschen ohne

Mindestindikatorensatz mittlerweile die juristische Kategorie der Staatsangehörigkeit weitgehend ablösen (vgl. Schenk & Neuhauser 2005: 280; Schenk et al. 2006: 857 ff.; Butler et al. 2007: 1237 f.). Allerdings wird zu bedenken gegeben, dass er ohne entsprechende Erweiterung nicht in der Lage ist, Personen der dritten Einwanderergeneration zu identifizieren, sofern von einer aufwändigen Abfrage zur Großelterngeneration abgesehen wird (vgl. Schenk et al. 2006: 859).

Vereinzelt wird das Konstrukt „Migrationshintergrund“ aus Gründen einer immanenten Stigmatisierungsgefahr pauschal kritisiert (siehe etwa Hamburger 2009; Griese & Sievers 2010: 28; Settlemeyer & Erbe 2010: 20).

Migrationshintergrund, der Männeranteil ist höher und sie verfügen seltener über einen Schul- oder Ausbildungsabschluss.¹⁵ In der Altersgruppe von 25 bis 65 Jahren sind sie etwa doppelt so häufig arbeitslos wie Menschen ohne Migrationshintergrund oder sie gehen ausschließlich einer geringfügigen Beschäftigung nach (Statistisches Bundesamt 2012: 7f). Überdies sind Migrant(inn)en mit spezifischen Gesundheitsrisiken konfrontiert (mehr kritische Lebensereignisse, prekäre sozio-ökonomische Lebensverhältnisse, Arbeitsbedingungen mit risikoreicheren Belastungs- und Beanspruchungsprofilen, sprachlich bedingte Barrieren sozialer Bewegungsspielräume, erhöhter Segregationsgrad, spezifische intergenerationale Konflikte, Diskriminierungserfahrungen, verstärktes Armutsrisiko, höhere Wahrscheinlichkeit prekärer Beschäftigung und geringer Entlohnung (vgl. dazu etwa Muthny & Bermejo 2009a: 7; Igel et al. 2010; Weber & Hörmann 2011; Fuhr 2012: 552ff). Dies führt zu sich kumulierenden Benachteiligungen.

Das Erkrankungsspektrum Zugewanderter reicht von Infektionskrankheiten und chronischen Beschwerden (z.B. degenerativ-rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus) bis hin zu psychischen und psychosomatischen Störungen (vgl. dazu etwa Knipper & Bilgin 2009: 32ff; Razum & Spallek 2009: 5ff; Glaesmer et al. 2010: 1f; Kobelt et al. 2010: 189f). Auch sind Personen ausländischer Staatsangehörigkeit häufiger von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffen und weisen höhere Frühberentungsquoten auf, nehmen jedoch seltener Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch und haben, sofern sie an solchen Maßnahmen teilnehmen, geringere Rehabilitationserfolge zu verzeichnen (Maier et al. 2009: 95ff; Brzoska et al. 2010b: 36ff; Brause et al. 2011: 137; Brause et al. 2012: 107ff).

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation wurden anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung zum Teil kulturell geprägte Unterschiede in Bezug auf Schmerz- und Symptomäußerungen und im Hinblick auf Schamgrenzen festgestellt (vgl. Brause et al. 2012). Erwiesen sind auch Differenzen im Gesundheits- und Krankheitskonzept, bei Schamgrenzen sowie bei der Art und Weise, Schmerzen und Symptome mitzuteilen – dies kann kulturell geprägt sein. Insofern können sich Betroffene bei auftretenden Erkrankungen oder Behinderungen dem hierzulande geltenden Gesundheits- und Krankheitsverständnis gemäß inadäquat verhalten. Die Suche nach und Inanspruchnahme von öffentlichen Hilfen kann sich aus diesem Grund verzögern oder sogar entfallen. Auch

¹⁵ Anzumerken ist, dass die Zahl der auch höheren Abschlüsse von Migrant(inn)en in Deutschland im Zeitverlauf zugenommen hat (Diefenbach 2008: 226).

können Vorstellungen bestimmter Geschlechterrollen es z.B. Männern erschweren, eine Erkrankung bzw. Behinderung – insbesondere psychischer Natur – zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Arzt-Patient-Beziehung von soziokulturellen Merkmalen der eingebundenen Kommunikationspartner beeinflusst wird. Abgesehen davon, dass die Diagnosestellung schichtspezifisch variiert, wirken sich Sprach- und Verständigungsprobleme ebenso wie bestimmte Stereotype auf ärztliches Handeln bei Patient(inn)en unterschiedlicher ethnischer Herkunft aus und können somit einer angemessenen Diagnostik und Therapie im Wege stehen. Dies gilt insbesondere, wenn bei Anamnese, Diagnostik und Therapie von Personen mit unzureichenden Deutschkenntnissen keine Dolmetscher-Dienste in Anspruch genommen werden (können) (Siegrist 2005: 253ff).

Als Faktoren, die eng mit dem Migrationshintergrund verknüpft sind und gleichzeitig den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen wie auch deren Erfolg beeinflussen, wurden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation die deutsche Sprachkompetenz, Informationsdefizite, soziokulturelle Einflüsse und soziodemographische Merkmale wie schulische und berufliche Bildung identifiziert¹⁶ (Hartkamp 2003: 109 ff; Brzoska et al. 2010b: 100ff). Auftretende Kommunikationsschwierigkeiten werden auf ethnozentrische, mittelschichtorientierte Beratungs- und (vor allem psychotherapeutische) Angebote zurückgeführt (Kirchner 2010: 21f), die dem sprachlich und bildungsbedingten Verständnishorizont von Migrant(inn)en nicht immer gerecht würden (Terzioglu & Feige 2004: 171f). Mitunter wird auch auf einen tendenziell mangelhaften migrationssensiblen Umgang von Rehabilitationsfachkräften mit Zuwanderern bzw. Zuwanderinnen und ihren spezifischen Bedarfslagen hingewiesen¹⁷ (vgl. dazu etwa Mayer 2011: 19; Reutin et al. 2011: 174f; Schott et al. 2011: 20.e.2).

¹⁶ Dennoch wird in jüngerer Zeit – was die medizinische Rehabilitation bei psychosomatischen Beeinträchtigungen anbelangt – vereinzelt bezweifelt, dass ein Migrationshintergrund für die Vorhersage des subjektiven Eingliederungserfolgs entscheidend ist. Vielmehr werde er von personalen und umweltbezogenen Faktoren, wie dem Ausmaß der Beschwerden, der motivationalen Konstitution und der Schichtzugehörigkeit beeinflusst (vgl. Kobelt et al. 2010: 195). Dementsprechend wird davor gewarnt, Unterschiede allein auf einen Migrationshintergrund zurückzuführen. „Aussagekräftig wären dagegen Vergleiche von Personen mit ähnlicher sozialer Herkunft, d.h. unter Kontrolle sozioökonomischer Variablen“ (Settelmeier & Erbe 2010: 21).

¹⁷ Hierbei wird die Bedeutung der therapeutischen Haltung und individueller Strategien hervorgehoben (Behrens & Calliess 2008: 732). Bestehende Problemlösungsansätze sind jedoch wenig überzeugend. Sie reichen von zielgruppengerechten Zugestrukturen (vgl. Walter et al. 2007: 351f; Mayer 2011: 20ff) über den Einsatz sprachlich und kultursensibel versierten Personals (weitergebildete Fachkräfte wie Dolmetscher/-innen, Migrationspädagog(inn)en, Mediator(inn)en mit eigener Migrationsgeschichte usw. (vgl. Borde 1998: 109ff; Bilgin et al. 2003: 76ff; Banger et al. 2005; Walter et al. 2007; A'Walelu et al. 2008; Muthny & Bermejo 2009a: 140ff; Brause et al. 2010: 108ff) in „migrantenfreundlichen

Forschungsarbeiten zum Rechtskreis des Zweiten Sozialgesetzbuches konnten außerdem eruieren, dass es bei der Maßnahmeauswahl darauf ankommt, Sprachkenntnisse von Migrant(inn)en speziell zu berücksichtigen (Schubert et al. 2007: 35). Allerdings werden gerade Jobcenter dafür kritisiert, auf den Umgang mit Migrant(inn)en nicht ausreichend vorbereitet zu sein, obwohl sich deren Anteil an der gesamten Klientel auf 15 % beläuft. Vorgeworfen wird ihnen u.a., nicht für sprachliche Verständigungsschwierigkeiten gewappnet zu sein, eine restriktive Anerkennungspraxis ausländischer Bildungsabschlüsse zu betreiben und diese Gruppe nur in geringem Maße zu aktivieren¹⁸ (Knuth et al. 2009: 103ff; Knuth & Brussig 2010: 28ff).

Ungeachtet dieser Vielzahl von Befunden ist die migrant(inn)enbezogene epidemiologische und Versorgungsforschung im deutschsprachigen Raum nach wie vor lückenhaft. Primär liegt das daran, dass sich die Mehrheit der verfügbaren Forschungsarbeiten nur auf „Staatsangehörigkeit“ bezieht und von differenzierteren Kategorienbildungen innerhalb der Gruppe von Migrant(inn)en absieht¹⁹ (vgl. dazu etwa Höhne & Schubert 2007; Kuhnke & Schreiber 2006: 27; Zeeb & Razum 2006: 850).

Es gibt in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund kaum wissenschaftliche Befunde zur Versorgungsqualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben²⁰. Es fehlt an

Institutionen“ (vgl. Machleidt et al. 2007: 329) bis hin zur Errichtung monokultureller Einrichtungen, in denen für ein homogenes kulturelles Klima gesorgt wird (vgl. Borde 1998: 106ff; Rodewig 2000; Brause et al. 2010: 211). Die Realisierungschancen solcher Vorschläge werden allerdings insbesondere vor dem Hintergrund ökonomischer und organisatorischer Sachzwänge ambivalent beurteilt (vgl. dazu z.B. Hilsenbeck 2009: 93ff; Brause et al. 2010: 122ff; 153ff).

In anderen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens bestehen hingegen bereits Initiativen, die einen Barriereabbau für Migrant(inn)en anstreben, indem Informationsbroschüren bewusst in leicht verständlichem Deutsch verfasst oder gezielt Kontakte mit Migrant(inn)enorganisationen hergestellt werden (Böhnke & Bellwinkel 2012: 352).

¹⁸ Auf Diskriminierungstendenzen im Bereich von Betrieben und Verwaltungen gegenüber Personen mit Migrationshintergrund wurde verschiedentlich hingewiesen. Beklagt wird u.a. eine Unterbewertung interkultureller Kompetenzen während der Rekrutierung von Arbeitskräften. Dies sei auch an der Verwendung von „kulturneutralen“ Einstellungstests und Kompetenzfeststellungsverfahren zu erkennen, die Migrant(inn)en den Zugang zu Ausbildungs- und Arbeitsplätzen erschwerten (vgl. Granato 2003: 478f; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005: 63; Seibert & Solga 2005: 367ff; Burkert & Seibert 2008: 4; Imdorf 2008: 2053ff; Damelang & Haas 2006; Mayer 2011: 19).

¹⁹ Allerdings weisen Knipper & Bilgin (2010: A76) darauf hin, dass selbst eine stärkere Differenzierung nach Herkunft unzureichend sein kann, da Untergruppen wie „Türk(inn)en“, „Aussiedler/-innen“ oder „Lateinamerikaner/-innen“ heterogen zusammengesetzt seien. Zudem habe sich gezeigt, „dass deren sozioökonomische Lage, Identitäten und Werteorientierungen nicht nur heterogen, sondern vor allem auch weitgehend unabhängig von der Herkunft sind“ (ebd.; vgl. auch Wippermann & Flaig 2009: 5ff; Weber & Hörmann 2011: 301f).

²⁰ Wo Forschungsergebnisse hierzu vorliegen, ist die Aussagekraft erheblich eingeschränkt. So beruhen die Ausführungen von Brzoska et al. (2010a, b) auf einer qualitativen Erhebung in einem einzigen Berufsförderungswerk. Sie stützen sich lediglich auf Daten aus zwei Fokusgruppengesprächen, an denen

grundlegenden Kenntnissen über ihre Zugangsprozesse, die Inanspruchnahme, vorzeitige Maßnahmeabbrüche und Erfolge von Leistungen zur Teilhabe²¹. Dementsprechend spärlich sind die verfügbaren Handlungsempfehlungen²² und sie dürften sich auch kaum auf die Praxis der beruflichen Rehabilitation niedergeschlagen haben. Ähnlich defizitär ist der Informationsstand im Hinblick auf die Situation von „freien Trägern“. Unklar bleibt bisher auch, wie sich die kulturelle Vielfalt (Diversity) im Alltag der Berufsförderungseinrichtungen auf die Teilnehmenden und das Personal auswirkt, ob Diversity-Management-Konzepte²³ in Anwendung oder Planung sind und ob sie überhaupt benötigt werden.

Inwieweit Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation (z.B. Krankenkassen, Kliniken) (vgl. dazu Brause et al. 2010: 124f; Brzoska et al. 2010b: 85f, 88f; Kirchner 2010) bzw. aus anderen Bereichen (z.B. Jobcentern) im Hinblick auf den Umgang mit Zugewanderten auf die berufliche Rehabilitation übertragbar sind, bleibt bislang unklar.

neun türkische Rehabilitand(inn)en und fünf Aussiedler/-innen teilnahmen (vgl. Brzoska et al. 2010b: 14 ff, 32ff, 82f).

- ²¹ Brzoska et al. (2010b: 54 ff) ermittelten den Umfang von Leistungen der beruflichen Rehabilitation, die von der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. der Bundesagentur für Arbeit gewährt wurden, lediglich anhand von Geschäftsdaten, die außer dem Kriterium „Staatsangehörigkeit“ keine Informationen zum Migrationsstatus enthalten. Berücksichtigt wurden darüber hinaus nur aggregierte Klassen von Teilhabeleistungen; einzelne Maßnahmentypen wurden nicht näher beleuchtet.
- ²² Es gibt lediglich undifferenzierte Forderungen, Bedürfnisse von Einwanderern/-innen stärker zu berücksichtigen (vgl. Ellger-Rüttgart et al. 2009: 138). Begründet wird das vor allem mit einer verhältnismäßig niedrigen Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund an der beruflichen Rehabilitation, aus der unmittelbar auf eine relative Benachteiligung geschlossen wird. Im Zuge des Projekts RehaFutur wurde betont, dass Migrant(inn)en Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlich seltener in Anspruch nähmen als Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. Ellger-Rüttgart et al. 2009: 11f; Häufigkeiten wurden allerdings nicht genannt). Gemutmaßt wird, dies könne an der Unterrepräsentanz von Einwanderern/-innen in der Beratung zur beruflichen Rehabilitation liegen (ebd.: 92). Programme wie jenes zur „Integration durch Qualifizierung – IQ“, das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie der Bundesagentur für Arbeit gefördert wird (siehe Netzwerk „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ 2011), gehen weder auf Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund noch auf die Rehabilitationsträger und -einrichtungen als mögliche Partner ein.
- ²³ „Ziel von Diversity Management ist es, Motivation und Kreativität der Mitarbeiter durch die Nutzung verschiedener Hintergründe zu steigern sowie die Strategie des Unternehmens zu unterstützen. Cultural Diversity Management fokussiert dabei die Handhabung von kultureller Heterogenität, die insbesondere im Globalisierungsprozess von Unternehmen eine Rolle spielt“ (Köppel et al. 2007: 5; vgl. dazu auch die Beiträge in Kimmelman (2009)). Bezogen auf deutsche Rehabilitationseinrichtungen sind hierzu bisher keine Befunde bekannt.

3 Forschungsfragen

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie ist die Annahme, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund spezifischen Barrieren gegenübersehen, die den Zugang, den Ablauf und den Erfolg²⁴ der beruflichen Rehabilitation beeinflussen. Dazu gehören sowohl personenbezogene, als auch umweltbezogene Größen (vgl. Grotkamp et al. 2010: 912ff; Schuntermann 2005: 208ff). Erstere umfassen:

- kulturell geprägte bzw. erfahrungsgestützte Erwartungen, Einstellungen, mögliche Vorurteile (etwa gegenüber Rehabilitationsträgern und -Einrichtungen) und Motivationslagen (z.B. hinsichtlich einer Reintegration in die Arbeitswelt)²⁵
- (defizitäre) Grundkompetenzen (wie Deutschkenntnisse)
- (defizitäre) interkulturelle (Handlungs-) Kompetenzen²⁶
- Lebenssituation und Schichtzugehörigkeit²⁷ (im Herkunfts- und Zielland)

Unter umweltbezogenen Faktoren werden kulturell geprägte Erwartungen, Einstellungen und Vorurteile sowie (unter Umständen fehlende) interkulturelle Kompetenzen von direkt oder indirekt an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Akteuren verstanden. Diese sind:

- Angehörige²⁸ und soziales Umfeld bzw. Freundeskreis,

²⁴ Erfolg meint hier einen Maßnahmeverlauf ohne Abbruch und eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

²⁵ In Schule und Ausbildung wurde der Einfluss unterschiedlicher, kulturell geprägter Einstellungen, Erwartungen und Motivlagen auf das Zustandekommen von Missverständnissen und Kooperationsstörungen verschiedentlich belegt (Nodari & Scharnhorst 2003: 13ff; El-Mafaalani & Toprak 2011; Mayer 2011: 18f).

²⁶ Der Begriff der „interkulturellen Kompetenz“ wird in verschiedenen Kontexten verwendet. In der einschlägigen Fachliteratur zur sozialen Arbeit bzw. zur Sozialpädagogik beispielsweise wird darunter „kompetentes Handeln in der Einwanderungsgesellschaft“ verstanden (Kalpaka 1998: 78) oder auch „die Fähigkeit, in ‚ethnifizierten Situationen des Alltagslebens‘ die kulturellen Zuschreibungen und Festlegungen aktiv und effektiv aufzulösen und sie in Situationen des offenen und gleichberechtigten ‚Konfliktmanagements‘ durch die Akteure selbst umzumünzen“ (Lange & Pagels 2000: 11). Allerdings wird der Begriff auch als „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ in Frage gestellt (vgl. Mecheril 2008) und davor gewarnt, zu hohe Erwartungen an diesen Begriff zu knüpfen. Darüber hinaus wird auf die Gefahr hingewiesen, Unterschiede als „kulturell bedingt“ und damit Kulturen als ihre „Verursacher“ anzusehen (vgl. Simon-Hohm 2000: 42).

²⁷ Zur empirischen Erfassung „sozialer Schicht“ in gesundheitswissenschaftlichen Studien vgl. Jöckel et al. o.J.: 3ff.

²⁸ Generell wurde festgestellt, dass Angehörige den Verlauf der beruflichen Rehabilitation sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können (Linden et al. 2005: 85).

-
- Mitarbeiter/-innen involvierter Institutionen (insbesondere Rehabilitationsträger und -einrichtungen),
 - Mitarbeiter/-innen von (Praktikums-) Betrieben (Vorgesetzte, Kolleg(inn)en),
 - (unter Umständen inadäquate) Struktur- und Prozessqualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Hinblick auf besondere Bedarfslagen von Migrant(inn)en (z.B. interkulturelle Kompetenz des Fachpersonals).

Ausgehend vom aktuellen Forschungsstand und der Differenzierung in personen- und umweltbezogene Einflüsse ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Wie hoch schätzen die Einrichtungsleitungen und Rehabilitationsfachberater/-innen den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund ein, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in Anspruch nehmen, und wie verteilen sie sich auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?
- Wie charakterisieren Einrichtungsleitungen, Fachberater/-innen und andere Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation diesen Personenkreis soziodemographisch?
- Welche Erfahrungen machen Rehabilitand(inn)en, Mitarbeiter/-innen von Trägern der beruflichen Rehabilitation und das Personal der Bildungseinrichtungen im Umgang miteinander?
- Sind nach Einschätzung der Beteiligten migrant(inn)enspezifische Faktoren erkennbar, die Zugang, Prozess, Abbrüche und Erfolge der beruflichen Rehabilitation positiv bzw. negativ beeinflussen?
- Lassen sich auf Seiten der Beteiligten (divergente) kulturell geprägte bzw. erfahrungsgestützte Erwartungen, Einstellungen oder Vorurteile erkennen, die den Ablauf der beruflichen Rehabilitation behindern?
- Wie erfolgreich sind die Zugewanderten nach Einschätzung der Einrichtungsleitungen, Fachkräfte und Fachberater/-innen im Vergleich zu Teilnehmer/-innen ohne Migrationshintergrund?
- Wirkt sich die kulturelle Vielfalt im Alltag der beruflichen Rehabilitation auf die Rehabilitand(inn)en und das Personal aus, und wenn ja, auf welche Weise?
- Kommen auf Seiten der Träger und Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Verfahren des Diversity-Managements zum Tragen?

- Inwiefern besteht nach Einschätzung der beteiligten Gruppen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation von Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund und wie könnte einem solchen Bedarf, falls er besteht, entsprochen werden?
- Was ist nach Einschätzung der Beteiligten zu empfehlen, um die Inanspruchnahme und den Erfolg von Teilhabeleistungen für Migrant(inn)en zu verbessern?

Diese Forschungsfragen lassen sich anhand der im Forschungsprojekt qualitativ erhobenen Daten beantworten.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Erhebungsdesign

In Anbetracht fehlender wissenschaftlicher Befunde zum Themenkreis von Migration und beruflicher Rehabilitation wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Ziel und Vorteil qualitativer Untersuchungen ist es, Informationen über noch nicht erforschte Sachverhalte und Zusammenhänge zu erhalten. Qualitative Forschung „ist in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig offener und dadurch ‚näher dran‘ als andere Forschungsstrategien, die eher mit großen Zahlen und stark standardisierten, dadurch auch stärker objektivistischen und normativen Konzepten (Wilson 1973) arbeiten. In Antworten auf die Fragen in einem Leitfadeninterview [...] wird häufig ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild davon deutlich, was es aus der Perspektive der Betroffenen heißt, z.B. mit einer chronischen Krankheit zu leben, als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann“ (Flick et al. 2000a: 17).

Repräsentative Ergebnisse können auf diese Weise nicht gewonnen werden, jedoch liegt die Stärke qualitativer Untersuchungen darin, Hinweise auf (Nicht-) Zutreffen von Annahmen zu sammeln bzw. Informationen über den Untersuchungsgegenstand zusammenzutragen, die die Formulierung von Hypothesen ermöglichen: „An die Entdeckung des Neuen in den Daten schließt sich häufig die Entwicklung von Theorien aus der Empirie als Großziel qualitativer Forschung an“ (Flick et al. 2000a: 24). Somit können die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung als Grundlage für weitere quantitative Untersuchungen genutzt werden.

Das erforderliche Datenmaterial wurde mit Hilfe von halbstandardisierten, qualitativen Interviews²⁹ und Fokusgruppendifkussionen erhoben. Im Einzelnen wurden Rehabilitationsfachberater/-innen der Deutschen Rentenversicherung Bund und Regional telefonisch, Leiter/-innen und Fachkräfte³⁰ von Berufsförderungswerken³¹ und freien Bildungs-

²⁹ Die Interviews wurden in Form von Transkripten zusammengefasst (vgl. zu dieser Vorgehensweise z.B. Kuckartz 2010: 39f). Für die qualitative Auswertung der Gespräche wurden daraufhin diese Transkripte verwendet.

³⁰ Gemeint sind Berufspädagog(inn)en sowie Rehabilitations- und Integrationsmanager/-innen, Case Manager/-innen bzw. Seminarleiter/-innen, die als Case Manager/-innen bzw. Fallsteuerer/-innen fungieren.

³¹ Dazu gehörten die Berufsförderungswerke Berlin-Brandenburg, Dortmund, München und Nürnberg. Im Vorfeld der Untersuchung wurden von verschiedenen Berufsförderungswerken und freien Bildungsträgern Bereitschaftserklärungen zur Kooperation bei diesem Forschungsvorhaben eingeholt. Auf dieser Grundlage wurden die teilnehmenden Bildungseinrichtungen ausgewählt. Eine von ihnen revidierte

trägern³² sowie Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund persönlich zu diesem Thema befragt. Hinzu kamen Fokusgruppendifkussionen mit Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund.

Für die Interviewdurchführung wurde das narrativ-leitfadengestützte Interview gewählt (vgl. Wunderlich 2005). Der verwendete Leitfaden gewährleistete, dass die relevanten Themengebiete abgedeckt werden konnten. Er entstand aufgrund von Vorüberlegungen und Literaturrecherche und wurde inhaltlich jeweils an die befragte Gruppe (Fachberater/-innen der Deutschen Rentenversicherung, Mitarbeiter/-innen von Bildungseinrichtungen, Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund) angepasst. Der Leitfaden enthielt zwar eine Reihe von vorformulierten Fragen als Gedächtnisstütze. Jedoch wurde während der Interviews vermieden, diese wörtlich abzulesen, um die Gespräche an eine natürliche Situation anzunähern und dadurch mögliche Hemmnisse bei den Interviewten zu verringern. Stattdessen wurden interessierende Fragen im Verlauf des Gesprächs alltagssprachlich gestellt. Nach der Erläuterung von Sinn und Ablauf des Interviews fungierten die Fragen aus dem Leitfaden daher als Impulse (vgl. Wunderlich 2005: 77), um das Erzählen von größeren Zusammenhängen, so genannten „Stegreiferzählungen“, anzuregen (vgl. Lamnek 2002: 180). In der vorliegenden Studie waren solche Erzählzusammenhänge beispielsweise beim Thema Zugang zur beruflichen Rehabilitation relevant, um eventuelle Schwierigkeiten oder konkrete Verbesserungsvorschläge der Interviewten adäquat beleuchten zu können. Nach den Stegreiferzählungen wurde nachgefragt und das Gesagte zusammengefasst, um zu gewährleisten, dass der Erzählzusammenhang richtig verstanden und die interessierenden Bereiche behandelt wurden. Auch die Reihenfolge der Themen war variabel. Auf diese Weise konnte das Forschungsteam offen gegenüber Sinnzusammenhängen bzw. Strukturen und erzählten Inhalten sein, flexibel auf die Interviewsituation reagieren und auf die Erzählreihenfolge

jedoch zu Projektbeginn unter Verweis auf personale Engpässe ihre Teilnahmezusage. Daher musste kurzfristig nach einem Ersatz gesucht werden. Dies zog bereits zu Projektbeginn einen nicht eingeplanten organisatorischen Aufwand nach sich, da dem neu hinzugezogenen Berufsförderungswerk nochmals Informationsmaterial zugesendet, telefonische Abstimmungsgespräche mit den Zuständigen geführt und die Teilnahmezusage der Einrichtung neuerlich eingeholt werden mussten. Verzögerungen anderer Art kamen während der Erhebungsphase u.a. durch Krankheitsfälle von Interviewpartner(inne)n zustande.

Der Zeitdruck war insbesondere im ersten Halbjahr hoch, da die Erhebungsphase Gefahr lief, sich mit der Sommerpause der Bildungsträger zu überschneiden. Um eine Erhebung nach der Ferienzeit zu vermeiden und die verfügbare Auswertungszeit nicht zu verkürzen, wurden sämtliche Interviews und Gruppendiskussionen vor der Sommerpause absolviert. Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung und die zeitliche Flexibilität bei der terminlichen Abstimmung mit den Berufsförderungswerken und freien Bildungsträgern.

³² Auf Seiten der freien Bildungsträger nahmen Salo West und die Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft (Weiden) teil.

der Auskunftgebenden eingehen. So wurde dem Interview Gesprächsatmosphäre verliehen und eine Interaktion bzw. eine Kommunikation zwischen den Fragenden und den Befragten hergestellt. Einzelinterviews mit Rehabilitand(inn)en wurden meist von einer Person durchgeführt, während bei Gesprächen mit Expert(inn)en ein oder zwei Interviewer/-innen anwesend waren.

Es wurden bewusst Bildungsträger in Ballungszentren mit einem hohen Anteil an Migrant(inn)en ausgewählt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, mit ausreichend Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund in Kontakt treten zu können. Erschwerend kam allerdings bei den freien Bildungsträgern hinzu, dass ihre Bildungsangebote an mehreren Standorten mit im Vergleich zu den Berufsförderungswerken relativ wenigen Teilnehmenden erbracht werden.³³

Da im Vorfeld der Studie unbekannt war, welche Rehabilitand(inn)en in den genannten Einrichtungen im Sinne des Mindestindikatorensatzes einen Migrationshintergrund hatten, musste für die Auswahl geeigneter Interview- und Diskussionsteilnehmer/-innen³⁴ eine Vorerhebung (so genanntes Screening) durchgeführt werden.

³³ Auf Vorschlag der Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft wurden Interviews an den Standorten Weiden und Schwandorf durchgeführt.

³⁴ Da es sich beim vorliegenden Forschungsprojekt um eine qualitative Pilotstudie handelt, mit der erste Erkenntnisse über Zusammenhänge von Migration und beruflicher Rehabilitation eruiert werden sollen, wurde bei der Auswahl der Studienteilnehmenden darauf geachtet, eine heterogene Zusammensetzung zu erreichen, um ein möglichst breites Einflusspektrum integrieren zu können. Neben dem Geburtsland der Eltern und der betreffenden Person selbst, der Muttersprache und dem Rehabilitationsträger wurden daher auch die Merkmale Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Deutschkenntnisse (basierend auf einer Selbsteinschätzung), Art der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben und die bereits zurückliegende Dauer der beruflichen Rehabilitation erhoben.

Die ausgewählten Interviewpartner/-innen und Diskussionsteilnehmer/-innen unterscheiden sich sowohl im Hinblick auf die bewilligten Maßnahmen als auch hinsichtlich der schon absolvierten und noch verbleibenden Dauer der beruflichen Rehabilitation. Manche hatten mit den Maßnahmen gerade erst begonnen, andere standen kurz vor dem Abschluss. Einige hatten an Vorbereitungskursen teilgenommen, andere nicht.

Tabelle 1: Zahl der Interview- und Fokusgruppenteilnehmenden nach Stakeholdern

Stakeholder	Qualitative Interviews	Fokusgruppen- diskussionen
Leiter/-innen von Bildungsträgern	6	-
Fachkräfte von Bildungsträgern	18	-
Fachberater/-innen der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. Regional	11	-
Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund	16	26
Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	22	19
Summe	73	45

Die Projektlaufzeit betrug insgesamt zwölf Monate und umfasste neben organisatorischen Vorbereitungen und Literaturrecherchen die Ausarbeitung geeigneter Erhebungsinstrumente, das Screening, die Auswahl von Interview- bzw. Diskussionsteilnehmer(inne)n und die Hauptdatenerhebung, deren Auswertung sowie die Berichterstattung.

Tabelle 2: Übersicht Forschungsablauf

Forschungsaktivitäten	Monat												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Literaturanalyse, Einrichtungsstrukture Recherchen	■	■	■										
Organisatorische Vorbereitung der Untersuchung	■	■	■										
Entwicklung / Testung der Erhebungsinstrumente	■	■	■										
Screening, Datenerfassung und Auswertung der Screening-Ergebnisse; Auswahl der Auskunftspersonen				■	■	■							
Organisatorische Vorbereitung der Feldphase in Absprache mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation				■	■	■							
Feldphase: Stakeholderinterviews und Fokusgruppensitzungen in 7 Einrichtungen ³⁵						■	■	■	■	■			
Transkriptions-, Auswertungsarbeiten						■	■	■	■	■	■		
Exploration von mutmaßlichem Erkenntnisgewinn, Möglichkeiten und Modalitäten einer datenschutzrechtlich unbedenklichen, quantitativen Folgeuntersuchung											■	■	
Berichterstattung											■	■	■
Projektberatungsitzungen		x										x	

4.2 Befragte Personenkreise

Da im Rahmen der Befragungen die Funktionen, Aufgabengebiete sowie Art und Häufigkeit des Kontaktes mit Rehabilitand(inn)en berücksichtigt werden mussten, war es unerlässlich, die Interview- (und Diskussionsinhalte) an die jeweilige Gruppe anzupassen. Die Inhalte wurden wie folgt aufgeteilt:

Leitungsebene der teilnehmenden Einrichtungen.³⁶ Wie hoch wird der Anteil der Migrant(inn)en an allen Teilnehmer(inne)n eingeschätzt? Welchen Einfluss hat das soziale

³⁵ Diese sieben Einrichtungen waren die Deutsche Rentenversicherung Bund bzw. Regional, die vier angeführten Berufsförderungswerke (Berlin-Brandenburg, Dortmund, München, Nürnberg) und die beiden freien Bildungsträger (Salo West, Berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft).

³⁶ Der Erfahrungshorizont der Einrichtungsleiter/-innen war weit gespannt. Nicht nur unterschieden sie sich in ihrem Bildungshintergrund voneinander – er reichte von akademischen Abschlüssen in den Disziplinen

Umfeld der Rehabilitand(inn)en auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation? Welche Probleme ergeben sich bei der beruflichen Rehabilitation dieser Personen? Sind sie relevant für den Maßnahmeerfolg? Wer ist von welchen Problemen besonders betroffen (Teilnehmende mit und ohne Migrationshintergrund, Einrichtungspersonal)? Wie wird auf diese Probleme reagiert (z.B. mit spezifischen migrationssensiblen Strategien und Angeboten, Diversity-Management, Anstellung von Personal mit Migrationshintergrund)? Besteht Handlungsbedarf? Falls dem so ist, in welcher Phase (Zugang zu, während oder nach Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)? An wen richtet sich der mögliche Handlungsbedarf (Bildungsträger, Träger der beruflichen Rehabilitation, andere Institutionen)?

Rehabilitationsfachkräfte:³⁷ Welche Probleme ergeben sich bei der Rehabilitation von Migrant(inn)en? Sind sie relevant für den Maßnahmeerfolg? Wer ist von welchen Problemen besonders betroffen (Teilnehmer/-innen mit und ohne Migrationshintergrund, Einrichtungspersonal)? Wie wird mit diesen Problemen umgegangen? Besteht Handlungsbedarf? Wenn ja, in Bezug worauf und inwiefern (z.B. Auswahl der Rehabilitand(inn)en, Allokation der Teilnehmer/-innen, Fortbildung des Personals, Einstellung von besonders (z.B. sprachlich) qualifizierten Fachkräften)? Für wen besteht Handlungsbedarf (Einrichtungsleitung, Träger der beruflichen Rehabilitation, andere Institutionen)? Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld der Rehabilitand(inn)en?

Berufliche Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund: Welche Erfahrungen wurden diesen im Kontext der beruflichen Rehabilitation zuteil? Traten Probleme auf, die die Teilnehmenden (subjektiv) auf ihren Migrationshintergrund zurückgeführt haben? Falls ja, in welcher Phase (z.B. Zugang, Durchführung der Maßnahme), in welchen Institutionen (Reha-Träger, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation etc.) und mit welchen Akteuren (Träger der beruflichen Rehabilitation, Fachkräfte bzw. andere Teilnehmer/-innen)? Wie wurden sie unter Umständen gelöst? Was wäre zu ändern, um den Bedürf-

Volkswirtschaft, Betriebswirtschaft und Sozialpädagogik bis hin zu technischen und kaufmännischen Berufsausbildungen, teilweise auch mit Überschneidungen –, sondern auch im Hinblick auf ihre berufliche Laufbahn. Manche von ihnen begannen ihre Karriere auf gänzlich anderen Gebieten als der beruflichen Rehabilitation (z.B. Offizierslaufbahn), andere begannen bei Bildungsträgern von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als Dozent(inn)en, bevor sie die Leitung der betreffenden Institution übernahmen.

³⁷ Nicht minder unterschiedlich als bei den Leiter(inne)n der Bildungsträger erwies sich der Werdegang der Fachkräfte. Sie absolvierten erfolgreich verschiedenste Studiengänge (darunter Psychologie, (Sozial-) Pädagogik, Theologie und Jura) und waren vor ihrer Tätigkeit bei den Bildungsträgern häufig auch in anderen Gebieten als der beruflichen Rehabilitation beschäftigt. Manche von ihnen hatten zusätzliche Berufsbildungsabschlüsse vorzuweisen.

nissen von Migrant(inn)en zu entsprechen? Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld der Rehabilitand(inn)en auf den Zugang, die Teilnahme und den Erfolg von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Berufliche Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund: Welche Erfahrungen haben diese in welchen Bereichen der beruflichen Rehabilitation (auch mit Teilnehmer(inne)n mit Migrationshintergrund) gesammelt? Traten Probleme oder Konflikte auf? Wie konnten sie unter Umständen gelöst werden? Was wäre zu ändern, um solche Schwierigkeiten zu vermeiden?

*Fachberater/-innen der beruflichen Rehabilitation:*³⁸ Über welche Erfahrungen verfügen sie mit der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund? Welche Chancen haben Einwanderer/-innen, zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gelangen? Welche Kriterien sind wichtig, die bei Personen ohne Migrationshintergrund unbedeutend sind? Welche Probleme ergeben sich im Dialog mit Migrant(inn)en? Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld der Rehabilitand(inn)en auf den Maßnahmeerfolg? Sind Fachberater/-innen der beruflichen Rehabilitation ausreichend auf diesen Personenkreis vorbereitet? Welche Kompetenzen müssten dem Personal unter Umständen vermittelt werden, um den Umgang mit Migrant(inn)en zu erleichtern? Werden die Bildungsträger den Bedürfnissen von Migrant(inn)en gerecht? Besteht Handlungsbedarf, und wenn ja, in welcher Phase (Zugang zu, während oder nach Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)? Für wen besteht Handlungsbedarf (Bildungsträger, Träger der beruflichen Rehabilitation, andere Institutionen)?

Durch die Integration verschiedener Perspektiven (Vertreter/-innen unterschiedlicher Organisationen, Adressat(inn)en der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) war es möglich, das Bild über die Situation von Migrant(inn)en Schritt für Schritt zu ergänzen. In diesem Kontext gilt natürlich, dass die verschiedenen zutage tretenden Sichtweisen auf persönlichen Erfahrungen basieren und mit subjektiven Einschätzungen verbunden sind, die durchaus vorurteilsbehaftet sein können.³⁹ Eine gleichsam objektive Verifikation von Aussagen kann im Rahmen der Pilotstudie nicht geleistet werden. Sich überschnei-

³⁸ Der Bildungs- und berufliche Hintergrund der Fachberater/-innen ist durchaus ähnlich wie jener der in den Bildungseinrichtungen angestellten Fachkräfte.

³⁹ Wiewohl der Inhalt von Vorurteilen nicht der Wirklichkeit entsprechen muss, sind sie selbst Teil der Realität. Sofern Menschen sie als Handlungsgrundlage heranziehen, werden sie den Folgen nach real. Die Wirkungen von Vorurteilen können daher sozial weitreichend sein (vgl. Hill 2002: 32).

dende Einschätzungen verschiedener Akteure können aber unter Umständen als Hinweise auf objektiv bestehende Sachverhalte interpretiert werden.

4.3 Vorgehen bei der Auswertung

Zur inhaltlichen Strukturierung des durch die persönlichen Interviews und Fokusgruppensitzungen gewonnenen Materials wurde ein Codesystem entwickelt, anhand dessen die Ausführungen der Gesprächspartner(inne)n geordnet werden konnten. Die transkribierten Interviews wurden daraufhin in MaxQDA „offen“ codiert (vgl. Strauss & Corbin 1996: 44ff), das gesammelte Material einer „Zeile-für-Zeile-Analyse“ unterzogen, einzelne Worte, Wortgruppen, Sätze oder Abschnitte zu Kategorien zusammenfasst. Eine wesentliche Herausforderung liegt bei dieser Vorgehensweise in der Wahrung wissenschaftlicher Objektivität – sie gilt in der empirischen Sozialforschung dann als erreicht, wenn von verschiedenen Codierenden bzw. bei einer Wiederholung des (Codier-)Verfahrens deckungsgleiche Ergebnisse erzielt werden (Diekmann 2001: 216). Um diese auch als intra- bzw. interpersonell bezeichnete Objektivität sicherzustellen, erstellten drei Mitarbeiter/-innen nach Durchsicht von etwa 15 % des Materials – hierbei analysierten die Forscher/-innen Interviews aus jeder Gesprächspartner/-innengruppe (Fachberater/-innen der Rentenversicherung, Mitarbeiter/-innen der Bildungsträger, Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund, Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund) – gemeinsam ein einheitliches Codesystem. Danach wurde der Vorgang für einzelne, schon bearbeitete Interviews wiederholt und die Zuordnung der Codes geprüft.

Im Zuge der Datenauswertung wurden thematisch zusammengehörende Aussageinhalte nach Beteiligungsgruppen (Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen, Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund) untersucht, auf dieser Grundlage Übereinstimmungen und abweichende Einzelaussagen aufgespürt.

Inhaltlich bezogen sich die verwendeten Codes zunächst allgemein auf den Rehabilitationszugang, die Berufswahl, den Maßnahmenablauf sowie auf Aspekte, die den Teilnehmer(inne)n im Kontext der beruflichen Rehabilitation besonders wichtig erscheinen, aber auch auf andere Gesichtspunkte, die unter anderem die Eingliederungsaussichten bzw. den Rehabilitationserfolg beinhalten. Diese allgemeinen Bereiche wurden daraufhin einer eingehenden Differenzierung unterzogen.

In Zusammenhang mit dem Zugang zur beruflichen Rehabilitation wurden Zugangswege, Dauern zwischen der Leistungsbeantragung und -bewilligung, Äußerungen zu Unterschieden zwischen Teilnehmer(inne)n mit und ohne Migrationshintergrund sowie Zugangskomplikationen, auch und gerade solche, die mit dem Migrationshintergrund korrespondieren, erfasst. Gesonderte Kategorien befassten sich des Weiteren mit allgemeinen Zugangshilfen und Unterstützungsvarianten, die speziell Migrant(inn)en angeboten werden. Hinzu kamen von den Gesprächspartner(inne)n geäußerte Verbesserungsvorschläge und Aussagen, die sich zwar auf den Zugang zu Teilhabeleistungen beziehen, mit den bisher beschriebenen Kategorien jedoch nicht erfasst werden konnten.

Bei der Berufswahl wurde zwischen der Teilnahmezufriedenheit sowie der Bedeutung von Assessment-Resultaten, Erwerbsbiographien, Angebotspaletten der Bildungsträger, der Eigeninitiative von Rehabilitand(inn)en und den sich aus dem angepeilten Beruf ergebenden Arbeitsmarktchancen unterschieden. Gesondert kategorisiert wurden Äußerungen zu Differenzen in der Berufswahl zwischen Teilnehmer(inne)n mit und ohne Migrationshintergrund, zu dabei auftretenden allgemeinen und migrationspezifischen Problemen, zu migrationstypischen Barrieren im Assessment sowie zu den durch die Rentenversicherung und Bildungsträger offerierten Hilfen – insbesondere für Migrant(inn)en. Hinzu kamen Verbesserungsvorschläge und ergänzende Aussagen.

Hinsichtlich des Maßnahmeablaufs wurden für Angaben zur Maßnahmedauer und -zufriedenheit, zu beobachteten (oder unterstellten) Unterschieden zwischen Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund wie auch zu allgemeinen und migrationspezifischen Problemzonen jeweils eigene Kategorien gebildet. Gleiches gilt für allgemeine und migrationstypische Unterstützungsangebote und Verbesserungsvorschläge. Weitere Codes wurden darüber hinaus für andere, von Teilnehmer(inne)n als wichtig erachtete Aspekte der beruflichen Rehabilitation – etwa in Bezug auf Lehrkräfte oder organisatorische Regelungen – und ergänzendes Material vergeben. Eine detaillierte Auflistung der verwendeten Codes ist dem Anhang des Forschungsberichts zu entnehmen.

Zu besserer Übersicht über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Erfahrungen und Einschätzungen der Stakeholder im Hinblick auf Zugang zur beruflichen Rehabilitation, Berufs- und Maßnahmewahl, Maßnahmeablauf und Rehabilitationserfolg wurden zentrale Ergebnisse der Befragungen am Ende des jeweiligen Berichtsabschnitts tabellarisch aufbereitet. Zur besseren Überschaubarkeit sowie aus Anonymisierungsgründen

wurden dabei die Äußerungen der Rehabilitationsfachberater(inne)n der Rentenversicherung, des Leitungspersonals sowie der Rehabilitationsfachkräfte aus den einbezogenen Bildungseinrichtungen zur Gruppe der „Vertreter/-innen der einbezogenen Organisationen“ zusammengefasst.

4.4 Einschränkungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterliegen einigen Einschränkungen. Neben dem Umstand, dass die qualitativen Befunde zu migrationsspezifischen Schwierigkeiten und zur Nutzung entsprechender Hilfsangebote in der beruflichen Rehabilitation im Rahmen der Pilotstudie nicht quantifiziert und aufgrund des Querschnittsdesigns auch keine Änderungen im Zeitverlauf eruiert werden konnten – dies wäre Aufgabe einer statistisch angelegten Forschungsarbeit unter Verwendung von Längsschnittdaten –, betreffen einige davon die Erhebung: Bei qualitativen Interviews findet allein durch die Art der Datenerhebung eine Vorauswahl statt, denn es bedarf bestimmter Persönlichkeitsmerkmale, um einem längeren Interview mit einer unbekannt Person zu wissenschaftlichen Zwecken zuzustimmen. Im vorliegenden Fall wurden die zufällig ausgewählten Identifikationsnummern der Rehabilitand(inn)en den Berufsförderungswerken und freien Bildungsträgern mitgeteilt. Das dortige Personal hat die entsprechenden Personen dann schriftlich oder mündlich zu den Gesprächen eingeladen. Insofern kann angenommen werden, dass einige Teilnehmende sich aufgrund der Vermittlung ihrer Bildungseinrichtung mehr oder minder stark verpflichtet fühlten, dieser Einladung zu folgen.

In der Befragung ging es sowohl um die aktuelle Situation als auch um die retrospektive Darstellung bestimmter Prozesse wie dem Zugang zur beruflichen Rehabilitation. Je nach Erinnerungsvermögen der Interviewten sind Verzerrungen möglich – es kann nicht davon ausgegangen werden, dass erzählte Inhalte exakt mit dem tatsächlich Erlebten übereinstimmen. Auch kann soziale Erwünschtheit zu inhaltlichen Veränderungen der Aussagen führen. Dies gilt nicht nur im Hinblick intime, ggf. tabubelegte Überzeugungen und Sachverhalte von Auskunftspersonen, sondern insbesondere auch hinsichtlich von Themen und Problemen, die in einer Gesellschaft kontrovers diskutiert werden und zu denen auch Migrationsfragen gezählt werden können. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass Befragte trotz Anonymitätzusicherung vorsichtig mit ihren Aussagen waren, um (ver-

meintliche) Konsequenzen für sich und andere in ihren Bildungseinrichtungen auszuschließen.

Darüber hinaus bestehen Einschränkungen der erzielten Befunde im Hinblick auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation. Dieser konnte nur mittelbar über subjektive Einschätzungen der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen erfasst werden – Erfahrungen ehemaliger Rehabilitand(inn)en mit der Maßnahmeabsolvierung, der Arbeitsmarktintegration und der erreichbaren Beschäftigungsqualität waren nicht in Reichweite. Die Gewinnung von belastbaren Daten zum Erfolg von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – auch in Bezug auf die Beständigkeit von Beschäftigungsverhältnissen –, müsste auf dem Wege quantitativ ausgerichteter (Längsschnitt-) Studien erfolgen.

Schließlich ist in methodischer Hinsicht ein hohes Maß an Objektivität der Durchführung bei einer qualitativen Vorgehensweise kaum zu erreichen, da die Interviewsituation nicht standardisierbar ist. Eine Standardisierung würde die Offenheit des Verfahrens, die bei qualitativen Vorgehensweisen gerade gewünscht ist, beschränken.

Für die Auswertung von Gruppendiskussionen ist anzumerken, dass die Aussagen je nach Gesprächskontext bestimmten Einschränkungen unterliegen können. Es ist beispielsweise aufgrund gruppenspezifischer Prozesse möglich, dass eine Diskussion eine bestimmte Richtung einschlägt, ein differenziertes Meinungsspektrum unter Umständen nicht so differenziert abgebildet wird und manche Fragen ein überproportionales Gewicht erhalten. Auch können Gruppendiskussionen dazu beitragen, dass die Meinungen der Teilnehmenden in einer extremeren Art dargestellt werden, als es außerhalb der Gruppendiskussion der Fall wäre (vgl. Moskovici & Zavalloni 1969).

Wenn im vorliegenden Bericht des Öfteren explizit über das Verhalten und die Probleme bestimmter Migrant(inn)engruppen (insbesondere von Personen aus der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion) berichtet wird, so muss dies darauf zurückgeführt werden, dass diese in den Rehabilitationseinrichtungen besonders häufig vorzufinden und als solche aufgrund von Akzent und ggf. auch Äußerem (auch von Nicht-Fachleuten) zu identifizieren sind. Insofern ist kaum erstaunlich, dass sich die von uns befragten Auskunftspersonen gerade zu diesem Personenkreis mehr oder weniger ausführlich äußerten. Wenn dadurch der Eindruck entsteht, dass gerade diese Gruppen von besonderen Problemen betroffen sind, so muss dies nicht in jedem Fall zutreffen. Demnach können auch Mitglieder anderer Migrant(inn)engruppen entsprechende Schwierigkeiten haben,

ohne dass sich dies in einer qualitativ angelegten Studie, die sich auf relativ wenige Interviews stützt, aufdecken ließe. Vielmehr lässt sich dies ausschließlich über eine quantitativ orientierte Untersuchung richtig stellen.

5 Empirische Befunde

5.1 Screening-Resultate

Um allgemeine von migrationspezifischen Barrieren im Zugang zu, der Teilnahme an und – eingeschränkt⁴⁰ – bei Erfolgen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben voneinander unterscheiden zu können, wurden sowohl Rehabilitand(inn)en mit als auch ohne Migrationshintergrund in persönlichen Interviews und Fokusgruppengesprächen separat über ihre Erfahrungen und Erlebnisse in der beruflichen Rehabilitation befragt und die Ergebnisse miteinander verglichen.

Da aber im Vorfeld der Untersuchung unbekannt war, welche Rehabilitand(inn)en einen Migrationshintergrund haben,⁴¹ wurde in den mitwirkenden Einrichtungen eine Vorerhebung, ein so genanntes Screening, durchgeführt. Die Screening-Bögen wurden an die in den jeweiligen Einrichtungen in Frage kommenden Rehabilitand(inn)en⁴² mit der Bitte um Teilnahme⁴³ ausgeteilt. Mit Hilfe dieser Fragebögen wurden Merkmale der Rehabili-

⁴⁰ Erfolge der beruflichen Rehabilitation konnten nur indirekt durch subjektive Einschätzungen von Rehabilitationsfachberater(inne)n der Deutschen Rentenversicherung, Fachkräften und Leiter(inne)n der Bildungsträger berücksichtigt werden. Belastbare Daten über Verbreitungsgrad und Erfolg von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben konnten im Rahmen der qualitativen Studie nicht gewonnen werden.

⁴¹ Im Rahmen der qualitativen Interviews wurden Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen auch nach ihrer Einschätzung bezüglich des Anteils von Rehabilitand(inn)ern mit Migrationshintergrund gefragt. Es erwies sich für die Interviewpartner/-innen allerdings als schwierig, hierzu Angaben zu machen.

⁴² Ein Bildungsträger konnte bereits im Vorfeld darüber Auskunft geben, wie viele der von ihm betreuten Rehabilitand(inn)en zum Zeitpunkt der Haupterhebung nicht mehr verfügbar sein würden, weil sie sich entweder im Praktikum befinden oder ihre Maßnahmen bis dahin schon abgeschlossen haben würden. In diesen Fällen wurden die Screening-Bögen nicht an die Gesamtheit aller Teilnehmer/-innen an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeteilt, sondern nur an diejenigen, die zum Zeitpunkt der Haupterhebung voraussichtlich noch verfügbar sein würden.

In einem einzigen Fall wurden trotz ausdrücklichen Hinweises auf die wissenschaftliche Erforderlichkeit Screening-Bögen nicht an alle relevanten Rehabilitand(inn)en ausgeteilt.

In Bezug auf die organisatorischen Anforderungen des Screenings zeigten sich gewisse Unterschiede nach Einrichtungsart. Bei den Berufsförderungswerken erwies sich das Screening wegen ihrer zum Teil enormen Größe als langwierig, während bei den freien Trägern die besondere Herausforderung darin bestand, die Vorerhebung an mehreren Standorten abzuwickeln.

⁴³ Die Adressat(inn)en erhielten neben dem Screening-Bogen ein Informationsschreiben über den Zweck der Studie, ein Dokument über den datenschutzrechtlichen Umgang mit den erhobenen Informationen und eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme. Nur wer diese Einwilligungserklärung unterzeichnet hatte, konnte für die Interviews und Fokusgruppensprechungen ausgewählt werden. Die ausgefüllten Screening-Bögen, für die eine Einwilligungserklärung vorlag, wurden an das Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg zur Auswertung zurückgesandt, während die Einwilligungserklärungen selbst beim jeweiligen Bildungsträger verblieben. Die Screening-Bögen enthielten lediglich eine anonyme Identifikationsnummer, die Einwilligungserklärung sowohl die Namen der Rehabilitand(inn)en als auch besagte Identifikationsnummer. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass die Teilnehmenden für das Forschungsteam anonym blieben. Nach Auswahl geeigneter Studienteilnehmer/-innen wurden den Bildungsträgern die betreffenden Identifikationsnummern

tand(inn)en wie Geschlecht, Geburtsjahr, Muttersprache u.a.m. erhoben. Mit Vertreter(inne)n der Bildungseinrichtungen wurde vorbereitend Rücksprache gehalten, um festzustellen, wie viele Fragebögen hierfür benötigt werden.⁴⁴

Im Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg belief sich die Zahl erforderlicher Fragebögen auf 650, in Dortmund auf 1.200, in München auf 700 und in Nürnberg auf 370. Bei den freien Trägern wurden von Salo West 120 und von den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft 125 Screening-Bögen angefordert. Insgesamt konnten für alle teilnehmenden Einrichtungen 3.166 Fragebögen bereitgestellt werden.

Im Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg erklärten sich insgesamt 303 (46,7 %) Personen zu einem persönlichen Interview bzw. einer Gruppendiskussion bereit; in Dortmund waren es 479 Personen (39,9 %), in München 228 (32,6 %), in Nürnberg 179 (48,4 %), bei Salo West 49 (40,8 %) und in den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft 17 (13,7 %). Insgesamt betrug die Quote der Teilnahmebereitschaft damit 39,6 %⁴⁵.

mitgeteilt. Die Fachkräfte traten mit den ausgewählten Personen in Kontakt und vereinbarten Interview- und Diskussionstermine. Dabei wurden den Bildungsträgern sowohl die Identifikationsnummern von Wunschkandidat(inn)en als auch von Ersatz-Teilnehmenden mitgeteilt, da mit ungeplanten Ausfällen gerechnet werden musste.

⁴⁴ Im Falle eines Bildungsträgers wurden im weiteren Verlauf der Vorerhebung nochmals Screening-Bögen nachgefordert. Die dadurch notwendig gewordene Vergabe eines zweiten Druckauftrags und die neuerliche Versendung zusätzlicher Fragebögen brachten einen vorab nicht einkalkulierbaren Kosten-, Organisations- und Zeitaufwand mit sich.

⁴⁵ Diese Quote unterschätzt aus verschiedenen Gründen den „wahren“ Anteil der Teilnehmenden pro Einrichtung. Erstens wurde von den meisten Einrichtungen eine geringfügig überhöhte Anzahl von Fragebögen angefordert, um genügend Spielraum für neu hinzukommende Rehabilitand(inn)en zu haben. Zweitens wurden – mit Ausnahme eines Standortes – die Unterlagen auch an Personen ausgeteilt, die zum eigentlichen Befragungszeitpunkt aufgrund eines Praktikums oder des Abschlusses der beruflichen Rehabilitation nicht mehr verfügbar waren. Drittens wurden auch Rehabilitand(inn)en gescreent, die ihre berufliche Rehabilitation vor der Hauptdatenerhebung abbrechen. Welche Teilnehmenden ihre Maßnahme abbrechen würden, konnte aber nicht vorhergesehen werden.

Die Aufklärung der potenziellen Studienteilnehmer/-innen über die restriktiven Datenschutzbestimmungen dürfte sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft ausgewirkt haben, obwohl diese im Informationsschreiben so einfach wie möglich formuliert wurden. Ähnliches hatte vermutlich die wiederholte Betonung der Freiwilligkeit zur Folge. Darauf lassen zumindest Reaktionen von Befragten vor dem persönlichen Interview schließen: Einige von ihnen ließen sich unmittelbar vor dem Gespräch nochmals die Freiwilligkeit versichern und widerriefen dann kurzerhand ihre Zusage. Auch sorgte – dieser Verdacht erhärtete sich ebenfalls im Zuge der Haupterhebung – die Nennung des Studentitels bei Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund für Irritation – manche fragten, warum sie an einem Forschungsprojekt über Migrant(inn)en teilnehmen sollten.

Um einen drohenden Teilnahmeschwund zu verhindern, versuchten allerdings Vertreter/-innen der beteiligten Bildungseinrichtungen engagiert, ihre Rehabilitand(inn)en zu einer Teilnahme zu animieren. Das Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg bedankt sich an dieser Stelle nochmals herzlich bei den Mitarbeiter(inne)n der Bildungsträger für ihre tatkräftige Unterstützung, ohne die die Studie nicht hätte durchgeführt werden können.

Auffällig war dabei der stark schwankende Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Er reichte von 8,2 % bei Salo West bis 29,4 % im Berufsförderungswerk München.

Der bereits in den statistischen Daten der Deutschen Rentenversicherung um Ausdruck kommende hohe Männeranteil unter den Rehabilitand(inn)en wird nochmals durch die Ergebnisse des Screenings bestätigt. Er schwankt in den meisten Einrichtungen zwischen 63 % und 74 %, allerdings mit Ausnahme der Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft in Weiden, in denen sich die geschlechtsspezifische Verteilung umkehrt.

In Bezug auf das Alter der Teilnehmenden an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Gruppe der unter 30-Jährigen insgesamt stark ausgeprägt, vor allem bei Salo West, wo sich nahezu zwei Drittel aller Rehabilitand(inn)en in dieser Altersklasse befinden. In anderen Bildungseinrichtungen sind noch weitere Altersgruppen von Bedeutung, in den Berufsförderungswerken München, Berlin-Brandenburg und Dortmund die der 35 bis 39-Jährigen, in den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft diejenige von 45 bis 49 Jahren. Mit Ausnahme von Salo West gibt es kaum Teilnehmer/-innen, die 50 Jahre oder älter sind.

Der Anteil junger Rehabilitand(inn)en bei Salo West dürfte auch der Grund dafür sein, dass im Vergleich zu anderen Bildungsträgern wenige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von der Deutschen Rentenversicherung finanziert werden (38 %). Bei anderen Einrichtungen beläuft sich dieser Wert auf 62 % bis 71 %.

Eine erhebliche Schwankungsbreite zeigt sich auch beim Anteil der Leistungsempfänger/-innen mit Migrationshintergrund. Er reicht von 8 % bei Salo West bis 29 % im Berufsförderungswerk München. Alle diese Bildungsträger gemeinsam betrachtet, betreuen berufliche Rehabilitand(inn)en, die zu 19 % einen Migrationshintergrund im Sinne des Mindestindikatorensatzes aufweisen.

Tabelle 3: Ausgewählte Screeningergebnisse*

	BFW Berlin-Brandenburg (n = 303)		BFW Dortmund (n = 479)		BFW München (n = 228)		BFW Nürnberg (n = 179)		Salto West (n = 49)		BFZ (n = 17)		Gesamt (n = 1255)	
	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %
Geschlecht														
Weiblich	110	36,3	124	25,9	67	29,4	66	36,9	17	34,7	11	64,7	395	31,5
Männlich	192	63,4	354	73,9	158	69,3	113	63,1	31	63,3	6	35,3	854	68
Keine Angabe	1	0,3	1	0,2	3	1,3	0	0	1	2	0	0	6	0,5
Alter														
Unter 30 Jahre	49	16,2	113	23,6	69	30,3	68	38	31	63,6	4	23,5	334	26,6
30-34 Jahre	49	16,2	91	19	40	17,5	29	16,2	3	6,1	0	0	212	16,9
35-39 Jahre	72	23,8	102	21,3	56	24,6	27	15,1	0	0	1	5,9	258	20,6
40-44 Jahre	60	19,8	110	23	40	17,5	42	23,5	4	8,2	1	5,9	257	20,5
45-49 Jahre	56	18,5	52	10,9	18	7,9	8	4,5	1	2	9	52,9	144	11,5
50 Jahre und älter	17	5,6	11	2,3	4	1,8	5	2,8	10	20,4	2	11,8	49	3,9
Keine Angabe	0	0	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,1
Migrationshintergrund														
Mit MH	26	8,6	101	21,1	67	29,4	32	17,9	4	8,2	3	17,6	233	18,6
Ohne MH	277	91,4	378	78,9	161	70,6	147	82,1	45	91,8	14	82,4	1022	81,4
Keine Angabe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reha-Träger														
DRV	215	71	315	65,8	147	64,5	111	62	19	38,8	12	70,6	819	65,3
Anderer	86	28,4	163	34	80	35,1	68	38	29	59,2	5	29,4	431	34,3
Keine Angabe	2	0,7	1	0,2	1	0,4	0	0	1	2	0	0	5	0,4
Gesamt	303	100	479	100	228	100	179	100	49	100	17	100	1255	100

* Weitere sozialstatistische Informationen sind dem Anhang zu entnehmen.

5.2 Hintergrund der Rehabilitand(inn)en

In soziodemographischer Hinsicht erwies sich die Gruppe der Rehabilitand(inn)en als überaus heterogen. Dieser Umstand ist nicht alleine auf das Auswahlverfahren der Studienteilnehmenden zurückzuführen, welches die Merkmale Migrationshintergrund, Alter, Geschlecht, Deutschkenntnisse (auf Basis der Selbsteinschätzung), Art der Reha-Maßnahme und die bereits absolvierte Dauer der beruflichen Rehabilitation einbezog, sondern betrifft darüber hinaus die Bildungshistorie, die Erwerbsbiographie und die Krankheitsgeschichte, die im Screening nicht abgefragt wurden.

Differenzen zeigten sich auch im Hinblick auf den Informationsstand zur beruflichen Rehabilitation vor dem Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Einige Teilnehmer/-innen wussten nach eigenen Angaben schon vor dem Zugang über Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation Bescheid und verfügten über Erfahrungen mit den zuständigen Trägern, während die überwältigende Mehrheit kein entsprechendes Vorwissen besaß.

Bildungsspezifische Unterschiede der Rehabilitand(inn)en machten sich sowohl in horizontaler als auch vertikaler Hinsicht bemerkbar. Die erlangten Qualifikationsniveaus reichten von Hochschulabschlüssen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen über berufliche Ausbildungen in diversen Berufsfeldern bis hin zu fehlenden Bildungstiteln. Breit gefächert sind daher auch die letzten beruflichen Positionen vor Rehabilitationsbeginn, angefangen bei leitenden Angestellten und Selbstständigen bis hin zu gelernt und ungelernt Beschäftigten.

Sowohl Leiter/-innen und Fachkräfte der Berufsförderungswerke und freien Bildungsträger als auch Fachberater/-innen der Rentenversicherung machten auf die Migrationsspezifika erreichter Qualifikationen aufmerksam: Nicht alle ausländischen Bildungstitel würden (in vollem Umfang) anerkannt, zudem unterschieden sich die nationalen Bildungsstandards. Mehrmals erläuterten Vertreter/-innen der beteiligten Einrichtungen, dass im Ausland angebotene Bildungsgänge (etwa die Krankenschwesternausbildung) anderen Standards folgten als in Deutschland, eine Äquivalenz daher nicht gegeben sei. Die Anrechnungsproblematik zeige sich aber auch bei Qualifikationen, bei denen eine verweigerter Anerkennung nicht immer einleuchtend sei. Beispielsweise seien die mathematischen und naturwissenschaftlichen Kenntnisse von Menschen aus der ehemaligen Sow-

jetunion ihren Erfahrungen zufolge⁴⁶ spürbar fundierter als bei anderen (auch Menschen ohne Migrationshintergrund) und häufig durch akademische Bildungstitel belegt – entsprechend ausgeprägt sei in diesem Zusammenhang auch ihr Interesse an einer Tätigkeit im gewerblich-technischen Sektor im Anschluss an die berufliche Rehabilitation. Eine fehlende Anerkennung der Abschlüsse führe dazu, dass sich die Betroffenen mit Teilha-beleistungen zufrieden geben müssten, die ihren Fähigkeiten nicht entsprächen. Aus anderen Regionen stammende Personen wiederum hätten häufig „gut klingende Bil-dungsabschlüsse“, bei denen sich nachträglich oftmals herausstelle, dass die vermittelten Inhalte veraltet oder am deutschen Arbeitsmarkt nicht gefragt seien. Einige Vertre-ter(inne)n der einbezogenen Organisationen meinten darüber hinaus zu erkennen, dass Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt seltener schulische und berufliche Bil-dungsabschlüsse besäßen als Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund.

Ungeachtet der Bildungsbiographie und eines etwaigen Migrationshintergrundes waren die zuletzt ausgeübten Berufe der Rehabilitand(inn)en nach eigenen Angaben breit ge-streut, im Industrie- und Dienstleistungssektor oder im öffentlichen Dienst angesiedelt und teils geistig, teils physisch, teils psychisch anspruchsvoll. Die Bandbreite erstreckte sich auf Florist(inn)en, Kranken- und Altenpfleger/-innen, Gärtner/-innen, Kellner/-innen und Militärbedienstete ebenso wie auf Köche/-innen, Fleischer/-innen, Buchbinder/-innen oder Lagerleiter/-innen. Auch Programmierer/-innen, Systemadministrator(inn)en, Lackierer/-innen, Bauarbeiter/-innen, Industrieglasfertiger/-innen u.a.m. waren vertreten.

Nicht weniger unterschiedlich waren die gesundheitlichen Einschränkungen und Belas-tungen, die zur Beendigung der letzten Beschäftigung der Rehabilitand(inn)en geführt hatten. Häufig wurde dieses Erlebnis als tiefsitzende Krise beschrieben. Die Aussage eines Studienteilnehmers mag dies illustrieren: „Als das nicht mehr ging, ist erst einmal eine Welt für mich zusammengebrochen“.

⁴⁶ Zur Erläuterung ihrer Erfahrungen mit Migrant(inn)en bedinten sich die befragten Einrichtungsrepräsentant(inn)en üblicherweise des Nationalitätenkonstrukts. Da sie für ihre Ausführungen nicht auf den Mindestindikatorensatz zurückgreifen konnten – diese Information über Rehabilitand(inn)en fehlt ihnen grundsätzlich –, verwiesen sie in ihren Beispielen im Allgemeinen auf Staatsangehörigkeiten der betroffenen Personen. Dies barg allerdings die Gefahr besonderer subjektiver Zuschreibungen in sich: Gefragt nach persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen bezog sich das Einrichtungspersonal nicht auf intersubjektiv abgesicherte Tatbestände, sondern konkrete Erfahrungen und Vermutungen aus dem beruflichen Alltag. Wie noch zu zeigen sein wird, können derartige Zuschreibungen – etwa im Hinblick auf die Maßnahmeauswahl – überaus reale Konsequenzen für die Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben.

Ausschlaggebend für das Aufgeben des Berufs seien Erfahrungen der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zufolge psychische, geistige oder körperliche Beeinträchtigungen, die sich auch gegenseitig überlagern könnten und die Ausübung der bisherigen beruflichen Tätigkeit verhinderten. Dabei sei es in den letzten Jahren zu Verschiebungen gekommen: Der Anteil der beruflichen Rehabilitand(inn)en mit psychischen Erkrankungen habe spürbar zugenommen.

Einige der während der Datenerhebung gesammelten Beispiele verdeutlichen diese Problematik: Die befragten Rehabilitand(inn)en nannten eine ganze Reihe von Berufen, die die körperliche Belastbarkeit der Beschäftigten voraussetzen, beispielsweise Arbeiten in der Alten- und Krankenpflege, der Baubranche, der Automobilindustrie, dem Kfz-Bereich, hauptberufliches LKW-Fahren oder Lager- und Fließbandarbeiten. Plötzlich oder schleichend eingetretene physische Erkrankungen bzw. Behinderungen hätten den Bewegungsapparat aber verschiedentlich soweit eingeschränkt oder besondere medizinische Versorgungs- und Behandlungserfordernisse mit sich gebracht, dass die gesundheitliche Konstitution bzw. die zeitlich eingeschränkte Verfügbarkeit am Arbeitsplatz zu einer Unvereinbarkeit mit der Erfüllung beruflicher Anforderungen geführt habe. Im Hinblick auf die exemplarisch angeführten Berufe wurden im Rahmen der Befragungen u.a. Wirbelsäulenbeschwerden, Bandscheibenvorfälle, wiederholte Kreuzbandrisse, aber auch Nabelbrüche, Krampfadern, HWS-Syndrome, Arthrosen und Osteoporosen angeführt. Hinzu kamen gesundheitliche Folgeprobleme wegen Organentfernungen und -transplantationen wie auch dauerhafte Schmerzleiden.

Die gleichen Schwierigkeiten treten bei nicht-physischen Beeinträchtigungen, etwa Burn-out-Syndromen, Depressionen oder Verhaltensstörungen auf, die insbesondere mit Tätigkeiten im Dienstleistungssektor (etwa der Gastronomie) unverträglich sein können, wenn sie die Stressbewältigung bei gleichzeitig hohem Zeit- und Leistungsdruck behindern oder die Beziehungen zu Klient(inn)en und Arbeitskolleg(inn)en belasten.

Das Betreuungspersonal der beteiligten Einrichtungen erläuterte, dass Migrant(inn)en durch ihre höhere Neigung, physisch schwere Arbeiten anzunehmen, einem größeren Risiko von Arbeitsunfällen ausgesetzt seien. Die Ursachen für die Notwendigkeit einer beruflichen Rehabilitation scheinen bei ihnen eher in ihrem Berufsleben als in anderen Lebensbereichen zu liegen.

5.3 Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Für den Eintritt in die berufliche Rehabilitation existieren verschiedene Zugangs- und Informationspfade. Bei jedem von ihnen sind spezifische Problemzonen erkennbar, die Menschen mit Migrationshintergrund in besonderem Maße betreffen können. Zugleich wird eine ganze Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten geboten, die teils institutionalisierter, teils informeller Natur sind, manchmal allgemeinen, manchmal migrationspezifischen Charakter besitzen. Ungeachtet dieser Hilfen bestehen manche der Zugangsschwierigkeiten fort, die auf weitere Verbesserungspotenziale hindeuten und teilweise speziell für Migrant(inn)en von Belang sind.

Die folgenden Ausführungen über Zugangswege und Informationskanäle stützen sich dabei auf die Darstellung von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen. Sie wurden zu Beginn der Interviews aus Gründen des erleichterten Gesprächseinstiegs nach ihrem beruflichen Alltag und typischen Zugangspfaden zur beruflichen Rehabilitation gefragt.

5.3.1 Zugangswege und Informationskanäle

Für den Zugang zur beruflichen Rehabilitation im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung gebe es Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zufolge verschiedene Wege. Sie verliefen über soziale Dienste⁴⁷ und Ärzte/-innen der medizinischen Rehabilitation, andere Sozialversicherungsträger (vorwiegend die Bundesagentur für Arbeit, aber auch Krankenkassen und Unfallversicherung) oder den letzten Arbeitgeber. Ebenso könne die Eigeninitiative der Versicherten ausschlaggebend sein, wobei ihr soziales Umfeld, Hausärzte/-innen, Interessenverbände oder Integrationsfachdienste eine zwar informelle, dennoch aber wichtige Informations- und Unterstützungsfunktion erfüllen könne.

Die Häufigkeit genutzter Zugangswege divergiere beträchtlich. Im Vordergrund stehe der Zugang über eine vorangegangene medizinische Rehabilitation oder die Arbeitsverwaltung (Agentur für Arbeit, Jobcenter), gefolgt von Krankenkassen und Arbeitgebern.⁴⁸

⁴⁷ Zum Teil sind auch Integrationsfachdienste involviert, allerdings nur, wenn es sich um schwerbehinderte Menschen handelt.

⁴⁸ Zu bedenken ist dabei, dass Arbeitgeber zu einem so genannten betrieblichen Eingliederungsmanagement verpflichtet sind, wenn sie Kenntnis davon erhalten, dass eine/-r ihrer Arbeitnehmer/-innen

Die anderen Zugangspfade kämen in der Praxis zwar auch zum Tragen, seien aber im Hinblick auf die Häufigkeit ihres Auftretens von untergeordneter Bedeutung.

Auf welche Weise Interessent(inn)en in die rentenversicherungsfinanzierte berufliche Rehabilitation gelangen, sei nicht nur von ihren Eigenbemühungen, ihren lebensweltlichen Unterstützungspotenzialen und dem institutionellen Kontext abhängig, in dem sie zuletzt betreut wurden (etwa Arbeitsverwaltung, Grundsicherungsinstitutionen oder medizinische Rehabilitation), sondern auch davon, ob sie sich noch in einem Beschäftigungsverhältnis befänden. In diesem Fall steige das Zuweisungsgewicht der Arbeitgeber und Krankenkassen – alarmiert durch die erhöhte Frequenz von Krankmeldungen und die dadurch zustande kommende Verpflichtung zum Tätigwerden beider Akteure –, während das von Arbeitsagenturen und Jobcentern im nahezu selben Maße abnehme.

Je mehr Informationen die Antragstellenden über Optionen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und über die jeweiligen Zuständigkeiten hätten und je mehr Hilfe sie bei ihrer Beantragung erhielten, desto einfacher gestaltete sich ihr Eintritt in die berufliche Rehabilitation. Hierbei könnten sowohl institutionalisierte als auch informelle Informations- und Unterstützungskanäle behilflich sein.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation böten die sozialen Dienste der Rehabilitationskliniken und Fachberater/-innen der Deutschen Rentenversicherung vor Ort Beratungsgespräche über Möglichkeiten und Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung an. Eng damit verknüpft sei die Rolle von ambulant und stationär behandelnden Ärzt(inn)en, die unterschiedlich auf einen Bedarf an beruflicher Rehabilitation reagieren könnten. Sie könnten erstens die Patient(inn)en darauf hinweisen, dass ihr derzeitiger Gesundheitszustand die Ausübung ihres bisherigen Berufs in Zukunft unmöglich mache und ihnen empfehlen, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Mehrmals berichteten Rehabilitand(inn)en, dass Rehabilitationskliniken ihnen bei der Antrag-

gesundheitlich dauerhaft eingeschränkt ist (§ 84 SGB IX). Kommt es zu keinem betrieblichen Eingliederungsmanagement, sind etwaige Kündigungen unwirksam.

Nach Aussage eines/-r Einrichtungsvertreeters/-in sei die Initiative von Arbeitgebern unter anderem von der Situation am Arbeitsmarkt abhängig. Bestehe ein großes Arbeitskräftepotenzial, seien sie weniger geneigt, sich nach Fördermöglichkeiten wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erkundigen und sie zu nutzen. In Übereinstimmung mit anderen Interviews und Gruppendiskussionen müsse im Sinne von Prävention und Früherkennung die Gesundheit am Arbeitsplatz stärker thematisiert und der Arbeitsdruck für gesundheitlich Beeinträchtigte soweit reduziert werden, dass die Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrer Erkrankung bzw. Behinderung rechtzeitig vollzogen werden könne. Dies deckt sich mit den Ausführungen eines/-r Einrichtungsrepräsentanten/-in: „Viele kommen durch ihre Arbeitsbereitschaft zu gesundheitlichen Problemen, die sie vermeiden zu zeigen, um nicht entlassen zu werden“. Auf diese Weise könne eine weitere und vermeidbare Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eintreten.

stellung behilflich waren und die erforderlichen Unterlagen für sie eingereicht haben. Zweitens könnten sie ihren Entlassungsbericht für die Deutsche Rentenversicherung mit dem Hinweis versehen, dass der bisherige Beruf mit dem Gesundheitszustand der Person nicht mehr vereinbar sei. Die Versicherten würden dann üblicherweise zu einem Beratungsgespräch von der Rentenversicherung eingeladen, in dem die weiteren Schritte diskutiert, geplant und eingeleitet würden. Drittens könnten sie die betreffenden Personen an den sozialen Dienst der Rehabilitationsklinik verweisen, der sie über die weiteren Möglichkeiten aufkläre.

Die Arbeitsverwaltung werde meist erst dann aktiv, wenn bereits Arbeitslosigkeit eingetreten sei.⁴⁹ Sofern im Rahmen der Arbeitsvermittlung oder der Beantragung anderer Sozialleistungen ein Bedarf an beruflicher Rehabilitation erkannt und die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung festgestellt werde, würden die Versicherten für das weitere Prozedere an diese weitergeleitet.

Weniger häufig als die bisher beschriebenen Varianten führe hingegen die alleinige Eigeninitiative der Interessent(inn)en zum Eintritt in die berufliche Rehabilitation (selbstinitiierte Internetrecherchen oder Vorsprachen bei der Deutschen Rentenversicherung, bei Berufsförderungswerken oder freien Bildungsträgern). Im Rahmen der Gruppendiskussionen wurde in diesem Kontext erläutert, dass es zwar eine Vielzahl von Förderangeboten gebe, die Eigeninitiative aber meist unabdingbar sei, um an sie zu gelangen.

Führten nicht Anregung von Sozialversicherungsträgern, Kliniken, Interessenverbänden oder Bildungsträgern zur Leistungsbeantragung, seien es Personen, mit denen spätere Rehabilitand(inn)en in ihrem Alltag in Kontakt kommen, die sie über die berufliche Rehabilitation in Kenntnis setzen und zur Antragstellung animierten.⁵⁰ Das könnten Haus- oder Fachärzte/-innen ebenso wie Freunde, Verwandte oder Bekannte, die selbst bereits an ähnlichen Maßnahmen teilgenommen hätten oder zumindest von ihnen wüssten, genauso wie Betriebs- bzw. Personalräte oder Behindertenvertreter/-innen beim letzten Arbeitgeber sein. Rehabilitand(inn)en teilten wiederholt mit, dass sich die Unterstützung durch solche Gruppen nicht auf die Informationsweitergabe beschränke, sondern die

⁴⁹ Einige Rehabilitand(inn)en berichteten davon, sich bei der Arbeitsverwaltung über gesundheitsbezogene Unterstützungsmöglichkeiten erkundigt zu haben, bevor sie mit dem Rentenversicherungsträger in Kontakt traten. Bei der Agentur für Arbeit sei ihnen (entgegen der geltenden Sozialrechtsnormen) mitgeteilt worden, dass ihnen erst nach Eintritt der Arbeitslosigkeit Hilfen zustünden.

⁵⁰ Kommt keine der genannten Varianten zum Zug, wird der Zugang versäumt. Die Betroffenen beziehen dann andere Sozialleistungen (wie Arbeitslosengeld) oder sind gezwungen, sich selbst einen neuen Beruf zu suchen. Über die Anzahl dieser unerkannten Rehabilitationsbedarfsfälle ist derzeit nichts bekannt.

unmittelbare Hilfe bei den Formalitäten (z.B. Ausfüllen von Formularen, Planung des nächsten Behördenkontakts) meist mit einschließen. Erwähnt wurden zudem, wenn auch selten, Integrationsfachdienste,⁵¹ die über mögliche Ansprechpartner/-innen informieren.

Einige wenige Interessent(inn)en sind nach eigenen Angaben hingegen kaum auf eingehende Beratungen angewiesen gewesen. Der Grund dafür könnte aus Sicht der Autor(inn)en in ihrem Werdegang zu finden sein. Demnach hatten sie oftmals schon in der Vergangenheit solche Leistungen in Anspruch genommen oder wurden bereits zu einem früheren Zeitpunkt über Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation aufgeklärt.⁵²

5.3.2 Allgemeine Probleme im Zugang

Während einige Befragte angaben, auf keine Zugangsschwierigkeiten gestoßen zu sein, schilderten andere detailliert ihre Eintrittsprobleme. Die folgenden Ausführungen bieten einen Überblick über solche Schwierigkeiten im Zugang zur beruflichen Rehabilitation und ihre praktischen Implikationen.

Die grundlegendste ungünstige Voraussetzung bestehe zunächst im Informationsmangel. Einem/-r Mitarbeiter/-in eines Berufsförderungswerks zufolge verfügten potenzielle Rehabilitand(inn)en letztlich nie über ausreichende Informationen, um eine vollständig rationale Entscheidung treffen zu können. Sowohl Bildungsträger als auch die Deutsche Rentenversicherung versuchten durch spezielle Veranstaltungen, offene Sprechstunden, die Einrichtung von Servicestellen, das Schalten von Anzeigen oder die Teilnahme an Messen mögliche Informationsmängel zu beheben und ihre öffentliche Präsenz sowie den Bekanntheitsgrad der beruflichen Rehabilitation zu erhöhen. Dennoch sei die Unwissenheit über Teilhabeleistungen nach wie vor verbreitet. Deshalb könne – wie von verschiedenen Leistungsteilnehmer(inne)n ausgeführt – auch nach gelungenem Zugang zur

⁵¹ Die Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen erklärten, dass Integrationsfachdienste beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation überaus selten mitwirkten. Gebräuchlicher sei es vielmehr, dass die Rentenversicherung bei den Integrationsfachdiensten in speziellen Fällen Informationen einhole.

⁵² Zu den Interviewpartner(inne)n gehörten u.a. Rehabilitand(inn)en, die vor mehreren Jahren in der Trägerschaft der Agentur für Arbeit bereits an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnahmen, diese jedoch nach eigenen Angaben abgebrochen hatten. Gründe für einen solchen Abbruch seien die Unterschätzung der Rehabilitationsdauer und familiäre bzw. psychische Belastungen wegen einer wohnortfernen Rehabilitation gewesen.

beruflichen Rehabilitation der Eindruck entstehen, an brauchbare Informationen zu kommen sei kompliziert.

Zum Teil scheinen informelle Informationsflüsse für eine Kompensation sorgen zu können.⁵³ Mehrmals gaben Leistungsempfänger/-innen an, ohne Freunde bzw. Bekannte wäre ihnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unbekannt geblieben; zudem hätte bei entsprechendem Wissen schon früher eine berufliche Rehabilitation anvisiert werden können. Längere Arbeitslosigkeit oder die langwierige Suche nach einer neuen beruflichen Perspektive wäre einigen Befragten erspart geblieben. Die Versicherten äußerten aus diesem Grund einen größeren Bedarf an frühzeitiger einsetzenden und umfassenden Informationen von Seiten der Sozialversicherungsträger und Arbeitgeber, als es derzeit der Fall sei.

Der geringe Informationsstand führt, dies wird aus den Gesprächen mit den beteiligten Gruppen deutlich, zu einer Unzufriedenheit der Versicherten, die sich teilweise mit Unmut über formale Vorgänge und Unsicherheitsgefühlen vermischt. Die Beschreibung eines/-r Rehabilitanden/-in mag diesen Umstand veranschaulichen: „Da müssen Sie auch erst zum Empfang. Dann bekommen Sie einen Termin und ein Gespräch mit dem Verantwortlichen. Dann machen Sie einen Termin mit [Name des Bildungsträgers] und da kommen Sie dann auf die Warteliste.“ Und wenn Unklarheiten spontan geklärt werden sollen, sei es zwar möglich, die Hotline der Rentenversicherung zu nutzen, doch gebe es dort „keine fundierten Informationen, nichts Handfestes“.

Von Informationsdefiziten im Zugangsprozess sprechen auch Vertreter/-innen von beteiligten Institutionen. Beispielsweise führe die hohe Personalfuktuation in den Grundsicherungsstellen und Arbeitsverwaltungen zu einer regelmäßigen Abwanderung von Kenntnissen über die berufliche Rehabilitation. Dadurch steige das Risiko, Bedarfsfälle nicht zu erkennen und (rechtzeitig) an die zuständigen Instanzen weiterzuleiten.⁵⁴ Die Folge sei entweder kein oder ein hinausgeschobener Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Gleichzeitig nehme dann aber der von den Arbeitsverwaltungen und Grundsicherungsstellen ausgeübte Druck auf die Betroffenen zu, da sie bei Bezug anderer Leistungen (z.B. Arbeitslosengeld) in die Pflicht genommen würden, sich um die Arbeitssu-

⁵³ Über das Ausmaß liegen zurzeit keine Befunde vor.

⁵⁴ Die Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs in Jobcentern und Arbeitsagenturen scheine nach Ansicht der befragten Einrichtungsrepräsentant(inn)en umso besser zu funktionieren, je offensichtlicher das Vorliegen einer Behinderung sei (z.B. anerkannter Grad der Behinderung).

che und nicht um arbeitsmarkt- und gesundheitsadäquate Alternativen zu bemühen.⁵⁵ Das könne auch dann gelten, wenn die Grundsicherungsstellen und die Arbeitsverwaltung von einem bereits gestellten Antrag auf berufliche Rehabilitation unterrichtet wurden, der Ausgang aber ungewiss sei.

Der Mangel an Informationen seitens der Antragstellenden könne ferner zu Unsicherheitsgefühlen und Missverständnissen im Rahmen der Beratung vor der beruflichen Rehabilitation führen. Um ihren Wunsch zur Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchzusetzen, würden verunsicherte Antragstellende für die Rehabilitation relevante Umstände manchmal bewusst oder unbewusst nicht nennen. Die Vertrauensbildung zwischen Beratenden und Beratenen sei hierbei sehr bedeutend.

Das formale Prozedere wird von den Versicherten als umständlich wahrgenommen: „Beim Arbeitsamt kommen Sie als erstes zum Empfang. Der hat erst einmal keine Ahnung. Dann schickt er Sie weiter zu dem, der die Dateneingabe macht und der kennt sich auch nicht aus. Und dann können Sie zum Berater. Da muss man aber auch erst einen Termin machen. Dann sind Sie drei Tage später bei ihm“. Bei Migrant(inn)en, die bisher nur spärlich Kontakte mit Verwaltungseinrichtungen in Deutschland hatten, scheint sich dieser Eindruck entsprechend zu verstärken.

Um die Bedarfserkennung zu verbessern, böten den Erläuterungen des Einrichtungspersonals zufolge einzelne Berufsförderungswerke Informations- und Aufklärungsveranstaltungen für Fachkräfte der Arbeitsverwaltung an. Fest institutionalisiert seien diese Angebote jedoch nicht, müssten aber, um dauerhaft positive Effekte zeigen zu können, regelmäßig stattfinden oder von den betreffenden Einrichtungen selbst organisiert werden und vor allem langfristigen Charakter haben.

Umfassende Probleme im Zugangsprozedere liegen also einerseits in Informationsdefiziten von Antragstellenden, andererseits in der Verkennung eines Rehabilitationsbedarfs vor allem bei Stellen, die für die Bewilligung und Vergabe anderer Sozialleistungen (wie das Arbeitslosengeld) verantwortlich sind. Neben weiteren Gründen wie Eigenverschulden der Interessent(inn)en (etwa nicht-wahrgenommene Termine) führe dies nach Auffassung der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zu einem verspäteten (oder ausbleibenden) Eintritt in die berufliche Rehabilitation. Gleiches gelte, wenn die

⁵⁵ In den Gruppendiskussionen kam zur Sprache, dass insbesondere psychisch Beeinträchtigte vor erhebliche Probleme gestellt würden, wenn der Druck von außen zunehme.

Versicherten mit ihrem letzten Beruf emotional fest verbunden seien,⁵⁶ ihnen deswegen eine berufliche Umorientierung schwerfalle⁵⁷ und sich dadurch die Entscheidung zu einer Leistungsbeantragung hinauszögere.

Das Einrichtungspersonal beklagte aber auch nach vollzogener Zuweisung zur Rentenversicherung unzureichende Kenntnisse der Versicherten über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, so dass der Beratungsaufwand steige. Während das Erstgespräch mit gut informierten Antragstellenden 15 Minuten dauere, würden in anderen Fällen 45 bis 60 Minuten benötigt und Folgegespräche notwendig.

Als besonders problematisch könne sich außerdem ein niedriger Informationsstand erweisen, wenn die Antragsteller/-innen aufgrund von Unwissenheit bei der Rentenversicherung den Eindruck hinterließen, sie seien für die Teilnahme an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht motiviert.⁵⁸ Im ungünstigsten Fall könne das eine Antragsablehnung nach sich ziehen.

Ein weiteres Problem bestehe darin, dass die längere Ausübung von Berufen, in denen keine Schreibtätigkeiten vorgesehen sind, bei manchen Interessent(inn)en Schwierigkeiten beim Ausfüllen von Formularen auslöse. Dies gelte für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen, bezogen auf hinzukommende defizitäre Deutschkenntnisse für Migrant(inn)en aber in größerem Umfang.⁵⁹ Schwierigkeiten beim Ausfüllen von Antragsformularen werden von den Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen aber auch auf einen allgemein niedrigen Bildungsstand zurückgeführt. Einige Antragstellende „machen bei einem Diktat von 180 Wörtern 170 Fehler, können 2x2 nicht im Kopf rechnen und sagen, die Hauptstadt von Russland sei Italien“.

⁵⁶ Ein/-e Rehabilitand/-in erklärte beispielsweise, sein/ihr Beruf sei über die Jahre zum festen Bestandteil der Identität geworden und beschrieb die psychische Belastung, die mit seiner Beendigung einhergegangen sei.

⁵⁷ Das Gewicht des Akzeptierens der veränderten Situation wurde auch im Rahmen der Gruppendiskussionen besonders akzentuiert.

⁵⁸ Die Bedeutung der Motivation wurde von verschiedenen Gruppen sowohl in Interviews als auch in den Fokusgruppendiskussionen immer wieder aufgegriffen. Bei depressiven Störungen oder einem Suchthintergrund sinke sie nach Auskunft der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen, während sie bei Versicherten, die für die Bewilligung der Teilhabeleistungen viel Überzeugungsarbeit leisten mussten, hoch sei. Zum Teil wurden Migrant(inn)en, zumal aus dem osteuropäischen Raum, eine sehr hohe Motivation und hohe Erwartungen an die berufliche Rehabilitation vom Einrichtungspersonal attestiert, vor allem, wenn sie schon ein höheres Bildungsniveau erreicht hätten. Vertreter(inne)n der betreuenden Institutionen berichteten manchmal, die Betroffenen peilten bestimmte Berufe auch ungeachtet ihrer Eignung an.

⁵⁹ Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen teilten in diesem Kontext aber mit, dass Anträge trotz einiger Mängel zumeist bearbeitbar seien. Träten besondere Fragen auf, müsse gegebenenfalls nochmals nachgefragt werden.

Für die Antragstellung und Bewilligung einer beruflichen Rehabilitation sei es den Erfahrungen der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zufolge darüber hinaus von Bedeutung, wie sich das soziale und insbesondere das familiäre Umfeld zur Maßnahme positioniere. Zeitweilig würden aussichtsreiche Bewilligungsverfahren durch Familienmitglieder unter Begründung einer Vernachlässigung häuslicher Pflichten blockiert, die mit der beruflichen Rehabilitation nicht vereinbar seien, vor allem wenn sie wohnortfern stattfänden. Auf die Gruppe von Migrant(inn)en treffe das noch häufiger zu. Gelingen es den Versicherten nicht, sich diesem Druck zu widersetzen, scheitere der Zugang oder werde auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

Umgekehrt war ein/-e Respondent/-in mit Migrationshintergrund dankbar, dass ein Freund aus dem gleichen Herkunftsland ihm habe helfen können, den Aufwand der beruflichen Rehabilitation richtig einzuschätzen. Auch wurde von Migrant(inn)en berichtet, Ehepartner/-innen hätten die betreffenden Personen in der Rehabilitationsteilnahme bestärkt, da es für die Integration im Einwanderungsland wichtig sei, dass wenigstens ein Familienmitglied eine Ausbildung in Deutschland habe.

Des Weiteren spielt die Beratungsleistung der Fachberater/-innen eine wichtige Rolle. Rehabilitand(inn)en beurteilten die Betreuung durch die Rentenversicherungsträger dabei teils sehr positiv, teils negativ. Mehrfach wurde die Beratungsqualität ebenso wie das Einfühlungsvermögen für problematische Lebenssituationen explizit wertgeschätzt. So berichtete ein/-e Rehabilitand/-in vom ihm/ihr von der Rentenversicherung entgegengebrachten Verständnis, als er/sie mitteilte, er/sie müsse vor einer Leistungsteilnahme private Herausforderungen (Erkrankungen von Familienmitgliedern, noch ausstehende Operationen) bewältigen, obwohl die resultierende Zeitverzögerung beträchtlich gewesen sei. Andererseits wurden den Fachberater(inne)n in denselben Bereichen auch Mängel vorgeworfen. Einige Versicherte hätten sich eine umfangreichere Aufklärung über die Bandbreite möglicher Leistungen, die Bildungsträger sowie die Vorgänge und Aussichten der beruflichen Rehabilitation gewünscht. Genannt wurden auch Verzögerungen bei der elektronischen und telefonischen Kontaktaufnahme mit Fachberater/-innen. Eine andere Gruppe von Rehabilitand(inn)en monierte überzogene formale Vorgänge⁶⁰ bei Beratung, Betreuung und Anerkennung. Erwähnt wurden in diesem Zusammenhang u.a. Mehrfachuntersuchungen bei verschiedenen Ärzt(inn)en mit divergierenden Ergebnissen und

⁶⁰ Von den Befragten wurde im Rahmen einer Gruppendiskussion auch angeregt, eine Übersicht über erforderliche Formulare anzufertigen, um den Prozess zu vereinfachen.

negativen Auswirkungen auf die Dauer des Anerkennungsprozesses, ebenso Gutachten, deren Ausführungen von der Auffassung der Betroffenen abwichen. Dieser letzte Aspekt – dies wurde in den Gesprächen ersichtlich – kann dazu führen, dass sich Rehabilitand(inn)en missverstanden oder nicht ernst genommen fühlen, insbesondere wenn Gutachten für die Entscheidungsfindung der Sozialversicherungsträger Priorität vor dem Urteil der Rehabilitand(inn)en erhalten.

Wieder andere Leistungsempfänger/-innen äußerten sich negativ über fehlendes Einfühlungsvermögen von Fachberater(inne)n und betonten gleichzeitig die psychische Belastung, der sie in der beruflichen Rehabilitation ohnehin ausgesetzt seien. „Ich hatte nach der Ausbildung bis zum Abschluss der medizinischen Reha jede Perspektive verloren und keine Ahnung, in welche Richtung ich gehen möchte. Und nachdem klar war, dass ich eine berufliche Reha machen kann, hatte ich einen Termin bei einem Herrn und der hatte mir dreist ins Gesicht gesagt, dass das nicht sein kann, dass man in dem Alter schon so kaputt ist, umgangssprachlich, ich habe den genauen Wortlaut jetzt nicht mehr. Und wenn er der Entscheider in Berlin wäre, dann hätte er das eiskalt abgelehnt: ‚In dem Alter kriegt man es doch wohl noch selber hin, Arbeit zu finden‘. Ich hatte mich am Anfang sehr darüber aufgeregt und hatte mir überlegt, mich zu beschweren, aber ich dachte dann, das ist es nicht wert. Die in Berlin haben meinen Antrag aber als richtig angesehen und bewilligt und er hatte dann wohl nur noch den Auftrag, mir zu sagen, wo ich hin komme“.

5.3.3 Migrationsspezifische Probleme im Zugang

Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund sind abgesehen von den bisher genannten Schwierigkeiten, die mehr oder weniger alle Antragstellenden betreffen können, mit speziellen Barrieren konfrontiert, die nach Ansicht der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen in ihren Deutschkenntnissen oder ihren zurückliegenden Erfahrungen im kulturellen Umgang mit Behörden bzw. Amtswegen wurzeln. Sprachliche Hürden⁶¹ erschwerten die Beratung und unter Umständen schon im Vorfeld die Feststellung einer

⁶¹ Einrichtungsrepräsentant/-innen äußerten wiederholt, dass nicht nur Rehabilitand(inn)en mit, sondern auch ohne Migrationshintergrund an Ausdrucksschwierigkeiten litten. Speziell auf die Gruppe von Migrant(inn)en bezogen, meinten bestimmte Vertreter/-innen außerdem nationale Differenzen erkennen zu können. Bei Portugies(inn)en und Türk(inn)en seien defizitäre Deutschkenntnisse erfahrungsgemäß – von Ausnahmen abgesehen – weniger problematisch als z.B. bei Russ(inn)en.

Behinderung und würden virulent, wenn komplexe Rechtsgebiete berührt oder Qualifikationsniveaus abgeklärt würden und dabei Begriffe wie „Berufsfindungsmaßnahme“ fielen. In der Alltagswelt existierten kaum Berührungspunkte mit diesem Vokabular. Die Chancen, mit ihm in Kontakt zu geraten und mit speziellen Begriffen vertraut zu werden, hingen daher wesentlich davon ab, wie häufig die betreffenden Personen in ihrem Lebenslauf bereits Verbindung mit Behörden aufgenommen hätten,⁶² in welchem Ausmaß sie in Deutschland sozial vernetzt seien, auch, welchen Beruf sie zuletzt ausgeübt hätten. Die bisherige Aufenthaltsdauer, der Grad an sozialer Integration und Erfahrungen in der Arbeitswelt dürften somit eine zentrale Rolle für das Funktionieren der Informationsweitergabe und die Klärung der Bedarfe, Leistungsansprüche, Zuständigkeiten u.a.m. spielen.

Von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen wurden exemplarisch einige Konsequenzen auftretender Verständigungsschwierigkeiten genannt, die sich auch mit geringeren Kenntnissen über das Sozialversicherungsgefüge verbänden. Manchmal wurde berichtet, es sei kompliziert, Menschen mit Migrationshintergrund zu vermitteln, welche Institutionen sie zu bestimmten Zeiten aufsuchen sollten. Es sei auch aufwendiger als bei Menschen ohne Migrationshintergrund, ihnen die Aufgaben der Deutschen Rentenversicherung in Bezug auf die berufliche Rehabilitation zu erklären und dabei zu verdeutlichen, dass sich die Rolle der Rentenversicherung nicht auf die Gewährung von Renten beschränkt. Das Aufklärungsprozedere könne sich deswegen durchaus langwierig gestalten. Die daraus resultierenden Belastungen äußern sich aber nicht nur auf Seiten der Reha-Träger, sondern auch der der Rehabilitand(inn)en.

Menschen mit geringeren Deutschkenntnissen liefen eher Gefahr, von rechtlichen und verwaltungsspezifischen Anforderungen überfordert zu werden, sodass sich die benötigte Zeit für deren Erfüllung in die Länge ziehen könne. Der strukturelle Aufbau der beruflichen Rehabilitation in Deutschland verschärfe dieses Problem noch, da er kein Zentrum besitze, an dem gleichsam alle Fäden zusammenliefen. Es sei für die betroffenen Migrant(inn)en aus diesem Grund komplizierter als für Menschen ohne Migrationshintergrund, sich im institutionellen Gefüge soweit zurechtzufinden, um an Hilfe der zuständigen Einrichtungen zu gelangen. Die Chancen, den Zugang zu verpassen, erhöhten sich entsprechend.

⁶² Die Häufigkeit des Kontakts mit Behörden und die Vertrautheit mit den dabei auftretenden Gepflogenheiten sind daher entscheidend von der bisherigen Aufenthaltsdauer in Deutschland und von den Lebensumständen abhängig.

Für den Zugang, später auch den Ablauf der beruflichen Rehabilitation scheinen demnach die Sprachkenntnisse der Migrant(inn)en entscheidend zu sein. Den Auskunftspersonen zufolge gelte dies umso mehr, als sie auch für die Leistungsgewährung selbst ausschlaggebend sein könnten, denn sie erfolge nur, wenn Deutschkenntnisse soweit vorhanden seien, dass der Maßnahmeerfolg dem Reha-Träger realistisch erscheine. Auf der Leitungsebene eines Erbringers von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde in diesem Zusammenhang befürchtet, „dass in der Beratung beim Träger die Art und Weise, wie sich jemand sprachlich äußern kann, auch für die Zuweisung eine große Rolle spielt“. Träfe dies zu, dann würden Migrant(inn)en in der Beantragung – trotz formaler Gleichbehandlung – eher im Zugang „ausgesiebt“ als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Eine nachträgliche Aufbesserung der Deutschkenntnisse zur Erhöhung der Bewilligungschancen (etwa parallel zur Maßnahme oder als spezielle Vorbereitung im Vorfeld) sei nach Auffassung von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen kaum möglich. Nur in Grenzfällen seien zur Maßnahmevorbereitung bzw. -begleitung Deutschkurse denkbar. Dies hänge eng mit den Modi der Kostenübernahme zusammen. Solche als allgemein klassifizierten Bildungsangebote würden nicht von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst angeboten oder gefördert. Da sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation nur Maßnahmen der beruflichen Bildung finanziere, bleibe die Verantwortung für die Aneignung ausreichender Deutschkenntnisse daher bei den Migrant(inn)en. Fest institutionalisierte öffentliche Hilfen zur Ausweitung der sprachlichen Fähigkeiten von Migrant(inn)en gäbe es demnach im Bereich der beruflichen Rehabilitation also nicht.

Natürlich betrifft die Sprachproblematik aber nicht alle Versicherten mit Migrationshintergrund im selben Umfang.⁶³ Sie verliere laut Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen bei Personen an Gewicht, die bereits längere Zeit in Deutschland lebten, mehr soziale Kontakte hierzulande besäßen und insbesondere das deutsche Bildungssystem – zumindest in Teilen – durchlaufen hätten. Solche Kandidat(inn)en verspürten daher seltener Bedarf an öffentlicher Unterstützung, um sprachlich bedingte Verständigungshürden zu überwinden.

⁶³ Eine/-r der Rehabilitand(inn)enen mit Migrationshintergrund, dessen/deren Eltern aus China stammen, wuchs von Geburt an in Deutschland auf und beherrscht nach eigenen Angaben nur die deutsche, nicht die chinesische Sprache.

Neben den auftretenden Verständigungskomplikationen liege ein weiteres migrationspezifisches Problem darin, dass Menschen, die nicht in Deutschland aufgewachsen sind, auch häufig weniger Wissen über die öffentliche Verwaltung, ihre formalen Anforderungen und das institutionelle Sozialversicherungsgefüge besäßen. Sie seien daher seltener darüber im Bilde, welche Sozialleistungen ihnen zustehen und welche Einrichtungen zuständig sind. Viele von ihnen kannten darüber hinaus aus ihrem Herkunftsland spezielle sozialpolitische Leistungen wie die der beruflichen Rehabilitation nicht und erkundigten sich deswegen unter Umständen weniger häufig danach, während Menschen ohne Migrationshintergrund speziell über die gesetzliche Rentenversicherung in der Regel bereits mehr wissen oder zumindest genauere Vorstellungen davon hätten, welche Stellen ihnen bei Problemen weiterhelfen könnten. Auf Seiten der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen wird außerdem gemutmaßt, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener in die berufliche Rehabilitation gelangten, weil sie weniger als Menschen ohne Migrationshintergrund dazu neigten, Widerspruch gegen einen negativen Bescheid einzulegen. Korrekturen im Bewilligungsverfahren seien aus diesem Grund – zumindest auf Initiative der Versicherten – bei Migrant(inn)en unwahrscheinlicher als bei Personen, die aus Deutschland stammten.

In einigen Fällen äußerten Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund den Verdacht, es im Umgang mit Behörden schwerer zu haben als Menschen ohne Migrationshintergrund, teils wegen der Sprache, teils wegen formaler Abstimmungsabläufe und teils wegen der Vermutung, sie würden gegenüber Menschen ohne Migrationshintergrund generell benachteiligt werden. Nach Ansicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen sind für die letztgenannte Einschätzung negative Erfahrungen in der persönlichen Vergangenheit der Betroffenen besonders mit Sozialämtern dafür verantwortlich zu machen, bei denen sie tendenziell als Bittsteller/-innen, nicht jedoch als Anspruchsberechtigte behandelt würden. Dies sei aber auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund zu beobachten.

Hinzu kommen kulturell geprägte Barrieren, die sich auf den Umgang mit Erkrankungen und die Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen beziehen. So sei es möglich, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung unter einem religiösen Gesichtspunkt „als schicksalhaftes Gotteswerk“⁶⁴ interpretiert und die daraus resultierende Bedarfssituation nicht durch die betroffene Person problematisiert werde. Über öffentliche Unterstützungsoptionen wür-

⁶⁴ Diese Formulierung stammt von einem/-r Einrichtungsrepräsentanten/-in.

den dann eventuell keine Erkundigungen eingeholt und die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation bliebe ungenutzt, ohne dass die zuständigen Einrichtungen davon Notiz nehmen und nach adäquaten Hilfen zugunsten der Migrant(inn)en suchen könnten.

Der kulturelle Hintergrund kann sich aber nicht nur im religiösen Kontext auf die Zugangschancen der beruflichen Rehabilitation auswirken. Auch das Geschlechterverhältnis des betreffenden Kulturkreises kann Einfluss nehmen. Sei er männlich dominiert, weise er also dem Mann die Aufgabe der (familialen) Unterhaltssicherung, soziale Selbstständigkeit, Stärke u.ä. zu, impliziere dies u.U. auch, von fremder – etwa öffentlicher – Hilfe bezüglich der Lebens- und Arbeitsbewältigung unabhängig zu sein. Dies könne bei unterstützungsbedürftigen Männern zu Konflikten führen, einen Behinderungsstatus (zumal eines psychischen⁶⁵) zu akzeptieren, sich mit der Einsicht abzufinden, den bisherigen Arbeitsanforderungen aus eigener Kraft nicht mehr gewachsen zu sein und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beantragen.

Darüber hinaus könne die Haltung der Personen gegenüber Vertreter(inne)n öffentlicher Einrichtungen vom Migrationshintergrund beeinflusst sein: „Ich merke schon eine gewisse Unterwürfigkeit, wobei ich das gar nicht will. Vielleicht, weil sie denken, dass ich über sie entscheide. Wahrscheinlich war der Kontext in der Heimat anders.“⁶⁶ Allerdings äußerten sich Vertreter/-innen der an der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Organisationen in diesem Kontext differenziert hinsichtlich verschiedener Gruppen von Migrant(inn)en. Danach tendierten Leistungsempfänger/-innen aus dem osteuropäischen Raum und Aussiedler/-innen eher zu einer Haltung des Gehorsams – von den Befragten wird dabei ein Zusammenhang zwischen (autoritärer) Staatsform und Habitus vermutet –, während solche aus anderen Regionen (z.B. der Türkei) ein höheres Anspruchsdenken gegenüber öffentlichen Einrichtungen an den Tag legten und weniger leicht zufriedenzustellen seien. An anderer Stelle wurde gleiches über russischsprachige Teilnehmende geäußert. Zum Teil schrieben befragte Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen osteuropäischen Migrant(inn)en auch eine erhöhte Teilnahmemotivation und Erwar-

⁶⁵ Die Akzeptanz psychischer Erkrankungen bzw. Behinderungen sei in einem derartigen Kulturkreis schwächer ausgeprägt. Hilfreich könne es sein, bei psychischen Erkrankungen Therapeuten mit demselben kulturellen Hintergrund hinzuzuziehen. Dieser Option seien jedoch in der Praxis enge Grenzen gesetzt.

⁶⁶ Der/Die Interviewpartner/-in richtete sein/ihr Augenmerk bei dieser Aussage auf Personen aus der ehemaligen UdSSR.

tungen⁶⁷ an die berufliche Rehabilitation zu, vor allem, wenn diese schon ein höheres Bildungsniveau erreicht hätten. Denn für Migrant(inn)en könne die berufliche Rehabilitation eine Chance darstellen, einen Beruf zu ergreifen, der ihrer Tätigkeit oder ihrer Bildung aus dem Herkunftsland entspreche – vor allem, wenn sie aufgrund unvollständiger Anerkennung ihrer Bildungsabschlüsse oder aus anderen Gründen zuvor unterhalb des Niveaus ihrer schon erreichten Qualifikation beschäftigt gewesen seien. (Um sich auf den Arbeitsmarkt zu integrieren, seien Migrant(inn)en überdies häufig bereit, schlechter bezahlte oder körperlich anstrengendere Tätigkeiten anzunehmen).

Denkbar ist, dass die Wahrnehmung von Diskriminierung seitens der Migrant(inn)en mit den Bildungserwartungen und/oder einer fehlenden Anerkennung von im Ausland erworbenen Bildungsabschlüssen in Zusammenhang steht. Ein/-e Migrant/-in gab an, bei der Beratung durch den Reha-Träger vor der Rehabilitation schlecht behandelt und aufgrund der Herkunft diskriminiert worden zu sein, fügte hinzu, die Beraterin „hat mit mir gesprochen, als ob ich blöd wäre, nur mit einem Hauptschulabschluss. Ich habe gesagt, ich will Heilpraktiker werden und sie hat mich ausgelacht“. Ob es sich hier um Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft, um eine neutrale und missverstandene Aufklärung der betreffenden Personen über einen unrealistischen Berufswunsch oder beides zugleich handelte, kann nicht abschließend geklärt werden. Jedenfalls ist vorstellbar, dass auch berechtigte Hinweise auf eine Diskrepanz zwischen bisherigem Werdegang und Berufswunsch als Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes empfunden und in der konkreten Gesprächssituation nicht deutlich voneinander getrennt bzw. missverstanden werden. Um nicht den Eindruck von Diskriminierung oder Geringschätzung

⁷¹ Inwieweit hohe Erwartungen für beide Gruppen tatsächlich vorliegen, wäre in weiteren Forschungsarbeiten eingehender zu untersuchen. Allerdings wurden für Migrant(inn)en bereits verschiedentlich vergleichsweise hohe Bildungserwartungen nachgewiesen (vgl. Müller & Stanat 2006). Weitere Studien berichten, dass z.B. türkische Migrant(inn)en der Bildung einen hohen Stellenwert beimessen (vgl. Leyendecker 2008; Ergebnisse einer der neuesten Studien zu Bildungserwartungen von Migrant(inn)en sollen demnächst in einem Beitrag von Relikowski et al. 2012 in einer Sonderausgabe der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (2012, in Vorb.) zu lesen sein) und dies eng mit der sozialen Integration im Zielland zusammenhänge. Andererseits bestätigen zahlreiche Forschungsarbeiten, dass Schüler/-innen mit Migrationshintergrund häufig bildungsbenachteiligt sind (vgl. Diefenbach 2007). Ausländische Schüler/-innen besuchen seltener Realschulen oder Gymnasien und häufiger Haupt- und Förderschulen, wobei sich auch deutliche Unterschiede zwischen den Nationalitäten zeigen: Polnische, russische und kroatische Schüler/-innen positionieren sich im deutschen Bildungssystem vergleichsweise günstig, türkische, italienische, serbische und montenegrinische hingegen eher ungünstig (vgl. Siegert 2008). Bei einer vergleichenden Untersuchung zum Schulerfolg von Zuwanderer(inne)n aus der Türkei und aus der ehemaligen Sowjetunion wurde die Benachteiligung beider Gruppen im Vergleich zu Schüler/-innen ohne Migrationshintergrund bestätigt (vgl. Müller & Stanat 2006: 249). Zu fragen ist, inwieweit diese Ergebnisse auf Erwachsene in der beruflichen Rehabilitation übertragbar sind. Vorstellbar ist, dass hohe Bildungserwartungen, wenn sie von Migrant(inn)en auch in Bezug auf die berufliche Rehabilitation geäußert werden, zur Annahme eines höheren Anspruchsdenkens gegenüber öffentlichen Einrichtungen verleiten.

zu erwecken, erscheint es daher sinnvoll, sich die Gefahr von Missverständnissen bei der Beratung potenzieller Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund vor Augen zu führen und zu versuchen, das Vertrauensverhältnis zu stärken.

Durch die Vielzahl der angeführten möglichen Komplikationen im Zugang zur beruflichen Rehabilitation von Migrant(inn)en könne sich nach Ansicht der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen die Phase bis zur formalen Anerkennung in die Länge ziehen (bzw. die Anerkennung gänzlich entfallen). Da bei Menschen mit Migrationshintergrund die Zahl potenzieller Problembereiche größer ist, bleibt anzunehmen, dass Verzögerungen bei ihnen zahlreicher sind und sich auch auf längere Perioden erstrecken.

Verlaufe die Abklärung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs reibungslos und werde der zuständige Reha-Träger schnell aufmerksam – etwa auf dem Weg der medizinischen Rehabilitation, nach der schon eine Vielzahl entscheidungsrelevanter medizinischer Unterlagen bereitliegt –, vergingen den Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zufolge im optimalen Fall zwei bis acht Wochen. Werde hingegen der Rehabilitationsbedarf zunächst nicht erkannt und sei zudem ein Trägerwechsel erforderlich, könne der Zugang jedoch auch bis zu zwei Jahre dauern oder gänzlich entfallen. Bis die Bildungsmaßnahmen begännen, könnten in Abhängigkeit vom Platzangebot bei den Bildungsträgern und dem Zyklus des jeweiligen Bildungsgangs⁶⁸ weitere Wochen, mitunter auch Monate vergehen. Das verlängere die Phase der Unsicherheit und des Wartens für die Rehabilitand(inn)en. Von Mitarbeiter(inne)n der beteiligten Institutionen wurde in diesem Zusammenhang jedoch darauf hingewiesen, dass ein rascher Zugang Rehabilitand(inn)en auch überfordern könne, da sie sich erst auf den fundamentalen Wandel ihrer Lebenssituation einstellen müssten.

5.3.4 Allgemeine Hilfsangebote beim Zugang bzw. der Antragstellung

Um die Zugangskomplikationen und ihre Konsequenzen abzumildern, gibt es von einer ganzen Reihe von Einrichtungen und Akteuren Unterstützungsangebote. Beispielsweise erhielten Versicherte in der medizinischen Rehabilitation den Erfahrungen der befragten Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen nach durch Ärzte/-innen und soziale

⁶⁸ Lehrgänge beginnen in der Regel an bestimmten Stichtagen und im viertel-, halb- oder jährlichen Abstand.

Dienste der Rehabilitationskliniken Hilfe bei der Antragstellung. Zum Teil übernahmen diese für die Interessent(inn)en sogar die Abwicklung der Formalitäten – dies wurde auch von den befragten Rehabilitand(inn)en bestätigt.

In Rehabilitationskliniken würden solche Hilfen durch Informations- und Aufklärungsgespräche von Fachberater(inne)n der Rentenversicherung noch während der medizinischen Rehabilitation flankiert. Letztgenannte halfen den Versicherten bei Bedarf auch bei der Antragstellung und böten nach dem Erstgespräch die Möglichkeit, weitere Beratungstermine in Anspruch zu nehmen. Häufig ermutigten sie die Interessent(inn)en, sich mit den Bildungsträgern der Teilhabeleistungen in Verbindung zu setzen, dort weitere Informationen über die berufliche Rehabilitation einzuholen und ihre Leistungsfähigkeit medizinisch oder psychologisch abklären zu lassen.⁶⁹ Bereits im Vorfeld der Leistungsteilnahme bieten die Bildungsträger also wesentliche Unterstützung und Entscheidungshilfen für Rehabilitand(inn)en (und die Deutsche Rentenversicherung).

Um zu einer besseren Bedarfserkennung beizutragen, böten Berufsförderungswerke laut Einrichtungspersonal auch Schulungen zur beruflichen Rehabilitation für Zuständige bei Arbeitsagenturen und Reha-Trägern an: Das Personal diesen Organisationen fluktuieren häufig, sodass erworbenes Wissen über berufliche Rehabilitation und Erfahrung mit dem Erkennen von Rehabilitationsbedarf immer wieder neu aufgebaut werden müsse.

5.3.5 Migrationspezifische Hilfsangebote beim Zugang bzw. der Antragstellung

Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund sind aufgrund der größeren Zahl an Zugangsbarrieren insgesamt stärker auf zusätzliche Hilfe für einen funktionierenden Zugang zu Teilhabeleistungen angewiesen. Besonders zu betonen seien aus Sicht der beteiligten Organisationen in diesem Zusammenhang erneut sprachliche Barrieren. Die Deutsche Rentenversicherung biete aus diesem Grund – offenbar mit regionalen Unterschieden⁷⁰ – Informationstage an, die etwa auf Türkisch, Russisch oder Griechisch abgehalten würden.

⁶⁹ Die Ergebnisse dieses Assessments besitzen für die spätere Maßnahmeauswahl eine grundlegende Bedeutung.

⁷⁰ Einige Fachberater/-innen erläuterten demgegenüber, dass es keine Übersetzungshilfen bei der Rentenversicherung gebe und Dolmetscher/-innen nur für Hörgeschädigte bereitgestellt würden. Diese widersprüchlichen Ausführungen deuten darauf hin, dass in Bezug auf migrant(inn)enspezifische Hilfen regionale Differenzen in der Deutschen Rentenversicherung bestehen. Denkbar ist allerdings auch, dass Fachberater/-innen, die bisher keinen Bedarf an solchen Leistungen vermuteten, keine Kenntnis darüber haben.

Auch das schriftliche Informationsmaterial liege nicht nur auf Deutsch vor. Zudem verfügten ihre Servicestellen über Dolmetscher/-innen, die zum Teil aus den betreffenden Herkunftsländern stammten, mit dem kulturellen Hintergrund vertraut seien und zu Beratungsgesprächen hinzugezogen werden könnten. Das könne den Ablauf der Gespräche erheblich vereinfachen. Darüber hinaus zögen Rehabilitationsfachberater/-innen der Deutschen Rentenversicherung bei Bedarf Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund zuzurufen. Ein/-e Organisationsvertreter/-in gab an, schon einmal die Ausländerberatungsstelle „zur besseren Verständigung“ mit einer Person mit Migrationshintergrund hinzugezogen zu haben. Standardisierte Hilfen für Fachberater/-innen hinsichtlich des Umgangs mit Menschen mit Migrationshintergrund durch die Deutsche Rentenversicherung existierten nach Aussagen der Mitarbeiter/-innen jedoch nicht (oder nur in sporadischer Form fakultativer Fortbildungsangebote, die sich mit dem Umgang mit besonderen Klient(inn)en beschäftigen, ohne dass der Fokus auf der Zielgruppe der Migrant(inn)en läge). Generell wurde angegeben, dass kein institutionalisiertes Diversity-Management existiert.

Sind institutionalisierte Hilfen⁷¹ oder improvisierte Problemlösungsversuche nicht in Reichweite, scheint das Gewicht einer kompensierenden, lebensweltlichen Unterstützung zuzunehmen.⁷² So brächten Erfahrungen von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen zufolge Migrant(inn)en bei sprachlichen Verständigungsbarrieren Angehörige, Freunde oder Bekannte, denen sie ihr Vertrauen schenken, zum Beratungsgespräch mit, oder Fachberater/-innen zögen Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund hinzu (allerdings um den Preis indirekter Kommunikation und Informationsvermittlung). Sprachliche Barrieren im Beratungsgespräch ließen sich so zum Teil kompensieren. Allerdings erging hier der Hinweis einer Fachkraft, es könne auch innerhalb des gleichen Landes bzw. des gleichen „Kulturkreises“ kulturelle Unterschiede geben – dadurch könnten durch die letztgenannte Variante nicht sämtliche Verständigungsbarrieren beseitigt werden.

⁷¹ Häufig wurde betont, dass Zusatzhilfen finanzielle und für Fachberater/-innen auch zeitliche Grenzen gesetzt seien.

⁷² Eine/-r der Befragten aus dem Kreis der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen gab zu bedenken, dass es unter Migrant(inn)en zu Enklavenbildungen komme. Seien in entsprechende Netzwerke Informationen über die Möglichkeiten einer beruflichen Rehabilitation eingedrungen, vollziehe sich der informelle Informationsfluss besser als andernorts. Interessent(inn)en aus solchen Netzwerken seien im Vorfeld des Erstgesprächs oft besser informiert als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Nicht alle Migrant(inn)en – dies zeigte sich auch in den mit ihnen geführten Gesprächen – haben einen Bedarf an Verständigungshilfen. Einige von ihnen gaben an, dass der Zugang zur beruflichen Rehabilitation verständlich und problemlos vonstattengegangen sei und deswegen zusätzliche, eingehendere Unterstützungsangebote nicht erforderlich gewesen seien. Gleichzeitig zeigten sie sich überzeugt, dass sie bei Bedarf die nötige Hilfe durch die offiziellen Stellen erhalten hätten.

Verbreitet ist unter Rehabilitand(inn)en auch die Auffassung, dass die Möglichkeit, überhaupt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen zu können, nicht als selbstverständlich anzusehen sei.⁷³ (Meist wird in diesem Zusammenhang auf Staaten verwiesen, in denen derartige sozialpolitische Leistungssysteme fehlen, ohne dabei konkrete Beispiele zu nennen). In diesem Zusammenhang werden Teilnehmer/-innen an Teilhabeleistungen von den Fachberater(inne)n im Allgemeinen als dankbar für die öffentliche Unterstützung beschrieben. Dies kam auch – allen Verbesserungsvorschlägen zum Trotz – immer wieder in Interviews und Gruppendiskussionen zum Ausdruck. Ein/-e Diskussionssteilnehmer/-in meinte beispielsweise: „Die Möglichkeit, das machen zu dürfen, ist wunderbar. In anderen Ländern ist das nicht so“.

Mehrere Mitarbeiter/-innen vertraten die Meinung, durch die formale Gleichbehandlung der Antragstellenden sei Chancengleichheit gegeben, das Merkmal „Migrationshintergrund“ im Vergleich zu anderen Kategorien (Gesundheitszustand, Erwerbs- und Bildungsverlauf) zu vernachlässigen. Die Bereitstellung weiterer Hilfsangebote, die sich explizit und ausschließlich an Migrant(inn)en richten, sei deshalb nicht erforderlich. Andere hielten dem jedoch entgegen, der Migrationshintergrund repräsentiere ein unterschätztes, informelles Ausschlusskriterium und erfordere für die passende Beratung eine intensivere Vorbereitung als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.⁷⁴ Sollte eine faktische, nicht nur rechtlich-formale Chancengleichheit für Migrant(inn)en erreicht werden, müss-

⁷³ Es dominiert dann die Ansicht, nach persönlichen Krisen die Aussicht auf eine Verbesserung der persönlichen Situation zu erhalten.

⁷⁴ Ein/-e weitere/-r Mitarbeiter/-in erläuterte, sich speziell auf Beratungsgespräche mit Interessent(inn)en, die aus der Türkei stammen, vorzubereiten. Anhand der Unterlagen aus den Rehabilitationskliniken, anderer Träger und Antragsformulare sei erkennbar, ob eine Person im Ausland geboren wurde, welche Staatsangehörigkeit sie hat und wann sie zugewandert sei. Ein weiterer Anhaltspunkt sei der Name.

Besagte/-r Interviewpartner/-in habe die Erfahrung gemacht, dass es Personen mit türkischer Abstammung vorzögen, wenn möglich in einem türkischen Betrieb zu arbeiten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass Frauen aus diesem Kulturkreis häufig keinen Führerschein besäßen und daher auf eine wohnortnahe Leistungserbringung viel Wert gelegt werden müsse. Das Problem der wohnortfernen Rehabilitation spiele insbesondere in ländlichen Regionen eine wichtige Rolle und führe bei Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund immer wieder zu Teilnahmebedenken.

ten spezielle Zugangshürden, die ausschließlich Menschen mit Migrationshintergrund betreffen – etwa sprachlicher oder kultureller Art –, aus dem Wege geräumt werden.

5.3.6 Allgemeine Verbesserungsvorschläge für den Zugang

Die von den Interviewpartner(inne)n angeführten Verbesserungsvorschläge beziehen sich allgemein auf die Ausweitung des Bekanntheitsgrades der beruflichen Rehabilitation in der Öffentlichkeit, eine möglichst beschleunigte bzw. erleichterte und tendenziell entbürokratisierte Bedarfserkennung und Interaktionszusammenhänge zwischen Versicherten und Fachberater(inne)n. Manche fokussieren speziell Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, etwa den Abbau sprachlicher Zugangsschranken oder die Einführung einer kultursensiblen Personalpolitik in den am Zugang zur beruflichen Rehabilitation beteiligten Institutionen.

Eine Verbesserung der öffentlichen Kenntnis über Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben könne nach Ansicht der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen beispielsweise über einen gezielten Informationstransfer an Haus- bzw. Fachärzte/-innen und Arbeitgeber erreicht werden. Unter Umständen könne auf diesem Wege eine Anhebung der Früherkennungsrate von Rehabilitationsbedarfen und eine Senkung versäumter Zugänge zu Teilhabeleistungen von Leistungsberechtigten herbeigeführt werden.

Ebenso sei durch eine Ausdehnung des Kenntnisumfangs von Fachkräften der Grundversicherungsstellen und der Arbeitsverwaltungen über Teilhabeleistungen eine Reduktion unerwünschter Selektionsprozesse im Vorfeld und gleichzeitig eine Zunahme gelungener Zuweisungen an die Rehabilitationsabteilungen vorstellbar. Auch könne dadurch eine Verbesserung des Kenntnisstandes von Versicherten vor dem Erstgespräch mit Fachberater(inne)n der Deutschen Rentenversicherung erzielt werden. Dies entspräche zum einen dem von Rehabilitand(inn)en geäußerten Wunsch, zu einem früheren Zeitpunkt mehr über Optionen der beruflichen Rehabilitation zu erfahren und ihnen gewisse Unsicherheiten zu nehmen. Zum anderen ließe sich dadurch der Zugangsprozess vermutlich verkürzen.

Sinnvoll und zufriedenheitssteigernd für Leistungsempfangende könne nach eigenen Angaben darüber hinaus eine Angleichung des Informationsmaterials von Leistungserbringern und Sozialversicherungsträgern sein – einige Rehabilitand(inn)en empfanden

die Informationsblätter und Broschüren der Bildungsträger als ergiebiger, andere äußerten Verwirrung über unterschiedliche Inhalte.⁷⁵

Eine Beschleunigung des formalen Anerkennungsprozesses selbst könne aus Sicht der befragten Rehabilitand(inn)en eventuell – soweit rechtlich praktikabel – durch eine forcierte Hinzuziehung schon vorliegender medizinischer bzw. psychologischer Befunde statt der neuerlichen Durchführung von Untersuchungen und Gutachtenerstellungen erreicht werden.

5.3.7 Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge beim Zugang bzw. der Antragstellung

Es wurden in den persönlichen Interviews und Gruppendiskussionen mehrere Vorschläge genannt, um die Zugangschancen in der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen, die sich einerseits auf sprachliche, andererseits auf kulturelle Aspekte beziehen.

Um den Zugang zur beruflichen Rehabilitation speziell für Migrant(inn)en zu erleichtern, könnten z.B. die bestehenden Informationsbroschüren möglicherweise in leichter verständlichem Deutsch bzw. in mehr Fremdsprachen als bisher⁷⁶ bereitgestellt werden. So könne ein Teil migrationsspezifischer Schwierigkeiten der Informationsbeschaffung, wenn schon nicht beseitigt, so doch wenigstens reduziert werden. Des Weiteren könnten Migrationsberatungsstellen oder Migrant(inn)en-Vereine zur Informationsunterstützung gewonnen werden.

Besonders hervorgehoben wurde von verschiedenen Akteuren die Bedeutung von Deutschkursen, die möglichst auch vom Rentenversicherungsträger finanziert werden sollten und die Wahrscheinlichkeit für Menschen mit Migrationshintergrund erhöhen könnten, einen Zugang zur beruflichen Rehabilitation zu erhalten. Je nach Ausmaß der Verständigungsbarrieren könnten solche Kurse im Vorfeld der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben selbst oder parallel dazu angeboten werden.

⁷⁵ Im Rahmen einer Gruppendiskussion kam zur Sprache, dass Informationen der Deutschen Rentenversicherung und der Bildungsträger widersprüchlich ausfallen können. Genannt wurde hierbei das Beispiel „Zulässigkeit von Nebenverdiensten während der beruflichen Rehabilitation“.

⁷⁶ Ein/-e Einrichtungsrepräsentant/-in erklärte, das Informationsmaterial an ihrem Standort sei lediglich auf Deutsch und Englisch erhältlich. Für viele Migrant(inn)en reiche dieses Angebot aber nicht aus.

Personalpolitisch könnte – soweit möglich – erwogen werden, in den im Zugangsprozess involvierten Institutionen auf die Anstellung von Fachkräften Wert zu legen, die aus anderen Kulturkreisen stammen. Durch die treffsichere Zuweisung der Berater/-innen an die betreffenden Versicherten könnten dadurch sprachlich und kulturell bedingte Verständigungshindernisse reduziert werden.

Weiterhin erscheint es den Auskunftspersonen zufolge sinnvoll, auch Fachkräfte ohne Migrationshintergrund für mögliche Missverständnisse zu sensibilisieren – so könnten Missverständnisse und Vorwürfe von Diskriminierung möglicherweise vermieden werden.

5.3.8 Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen im Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Einen Überblick über Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Zugangs zur beruflichen Rehabilitation – differenziert nach befragten Gruppen – liefert Tabelle 4. Aus ihr geht hervor, dass Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen hierzu eingehender Auskunft geben als Rehabilitand(inn)en mit oder ohne Migrationshintergrund. Anders als Leistungsbezieher/-innen sind sie wiederholt und regelmäßig in das Zugangsprozedere involviert und besitzen schon von Berufs wegen einen anderen Blickwinkel auf dieses Thema als Rehabilitand(inn)en. Auch beschränken sich ihre Schilderungen nicht allein auf Personen, deren Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt wurden, sondern auch auf solche, bei denen der Zugang gescheitert ist.

Ersichtlich wird darüber hinaus, dass sich hinsichtlich allgemeiner Zugangskomplikationen, in Anspruch genommener Unterstützungsvarianten und Verbesserungsvorschläge die Darstellungen der verschiedenen Gruppen weitgehend decken. Beklagt werden von allen Gruppen Informationsdefizite, Verzögerungen im Zugangsprozess und Zuweisungsprobleme durch andere Träger. Einigkeit zwischen den Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund besteht außerdem in als intransparent klassifizierten Abläufen im Zugangsverfahren. Aus Sicht der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen kommen Motivationsdefizite von Teilnehmenden, ein mangelhafter öffentlicher Bekanntheitsgrad der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und das Fehlen einer zentralen Informationsinstanz hinzu. Bei den Unterstützungsvarianten heben sämtliche befragte Gruppen die Bedeutung von Beratungsgesprächen hervor, Organisations-

vertreter/-innen überdies den Wert von Informationsveranstaltungen und – in Übereinstimmung mit den Darstellungen von Migrant(inn)en – des sozialen Umfeldes der Betroffenen. Das soziale Umfeld scheint für Menschen mit Migrationshintergrund daher möglicherweise tatsächlich eine größere Rolle zu spielen als für Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund.

Als Verbesserungen schlagen die drei Gruppen Entbürokratisierungen im Zugang vor, beide Rehabilitand(inn)engruppen zudem eine vereinheitlichte Beratung und eine Beschleunigung des Zugangs. Für eine verbesserte Aufklärung und Informationsvergabe wird von Migrant(inn)en plädiert, mehr Transparenz in den Abläufen, eine behinderungsgerechte Beratungssensibilität und eine funktionierende Abstimmung der Träger fordern jene ohne Migrationshintergrund. Der letzte Aspekt wird auch von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen befürwortet, ebenso wie eine breitere Aufklärung der Zuweiser sowie eine Vereinfachung der Zuständigkeiten.

Als migrationspezifische Zugangshemmnisse führen Migrant(inn)en sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Probleme bei der Nachvollziehbarkeit der Zuständigkeiten und zum Teil eine vermutete Diskriminierungstendenz ins Feld, während Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen auf Missverständnisse in der Beratung, eine verzögerte Bedarfserkennung, Schwierigkeiten bei der Einhaltung von formalen Anforderungen, Sprachdefizite sowie ein mangelhaftes Eingestehen der eigenen Hilfsbedürftigkeit hinweisen. Hinzu kommen ihnen zufolge ein erhöhter Unterstützungsbedarf, eine reduzierte Widerspruchsneigung gegen negative Bewilligungsbescheide, eine vermutete Unkenntnis des deutschen Sozialleistungssystems wie auch eine kulturell begründete skeptische Haltung gegenüber Einrichtungen bzw. Behörden.

Beide Gruppen meinen auch hier, dass das soziale Umfeld der Rehabilitand(inn)en wesentliche Unterstützung beim Zugang leisten kann. Den Ausführungen der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zufolge wären zudem Dolmetscher/-innen, Personalfortbildungen und Veranstaltungen bzw. Broschüren in weiteren Sprachen genauso zu erwähnen wie die Hinzuziehung von Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund oder Migrant(inn)enverbänden und eine intensivere Gesprächsvorbereitung.

Verbesserungspotenzial besteht aus Sicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen und Migrant(inn)en in der Informationsweitergabe in weiteren Sprachen oder leichter verständlichem Deutsch sowie in der Ermöglichung von Deutschkursen. Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund nennen darüber hinaus eine Beratungsintensivie-

rung, Organisationsvertreter/-innen Fortbildungen zur kultursensiblen Beratung, die erweiterte Anstellung von Mitarbeiter(inne)n mit Migrationshintergrund und generell die Steigerung der Erreichbarkeit von Migrant(inn)en.

5.4 Ablauf der beruflichen Rehabilitation

5.4.1 Berufs- und Maßnahmewahl

Die Berufswahl der Rehabilitand(inn)en vollzieht sich in Abstimmung mit dem zuständigen Reha-Träger. Auf Grundlage des anvisierten Zielberufs wird festgelegt, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden sollen und welche Bildungseinrichtungen für die Durchführung in Frage kommen. Die Wahl des Zielberufs und der dazu passenden Rehabilitationsmaßnahmen gestaltet sich nicht immer reibungslos. Bei Migrant(inn)en zeigen sich dabei wiederholt spezifische Komplikationen, wie aus den Gesprächen mit den beteiligten Gruppen ersichtlich wurde.

5.4.1.1 Ablauf der Berufs- und Maßnahmeauswahl

Wurde der Antrag auf berufliche Rehabilitation bewilligt, besteht der nächste Schritt in der Auswahl geeigneter (Bildungs-) Maßnahmen, mit deren Hilfe die (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt erreicht werden soll. Voraussetzung dafür ist die Festlegung eines Zielberufs, der zwischen Fachberater(inne)n des Reha-Trägers und Rehabilitand(inn)en abgestimmt werden muss. Dieser Vorgang kann sich je nach individueller Bedarfs- und Wunschkonstellation als relativ unkompliziert erweisen; er kann aber auch spannungs- und konfliktgeladen sein, wenn die Vorstellungen der Klient(inn)en von den Einschätzungen über Neigung, Eignung und Integrationsaussichten der Fachberater(inn)en abweichen. Auch Kostenerwägungen der Rentenversicherung spielen eine wichtige Rolle.

Tabelle 4: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Zugang zu Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen*	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Zugangsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsdefizite • Wartezeiten / Verzögerungen • Zuweisungsprobleme durch andere Träger, Informationsmängel zuweisender Akteure • Mangelhafter öffentlicher Bekanntheitsgrad • (Vermutete) Motivationsdefizite • Fehlen einer zentralen Informationsinstanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsdefizite • Wartezeiten / Verzögerungen • Zuweisungsprobleme durch andere Träger • Intransparenz der Abläufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsdefizite • Wartezeiten / Verzögerungen • Zuweisungsprobleme durch andere Träger • Intransparenz der Abläufe
Unterstützungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsgespräche (durch Träger und andere Akteure) • Informationsveranstaltungen und –materialien (für Rehabilitand(inn)en und Zuweiser) • Soziales Umfeld (Beratungsvorgang) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsgespräche (durch Träger und andere Akteure) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsgespräche (durch Träger und andere Akteure) • Informationsmaterial • Soziales Umfeld (Informationen, Antragstellung, Beratungsvorgang)
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Entbürokratisierung • Verbesserte Abstimmung der Träger • Verbesserte Aufklärung der Zuweiser • Vereinfachung der Zuständigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionelle Hilfe bei Antragstellung • Entbürokratisierung • Vereinheitlichte Beratung • Beschleunigung der Abläufe • Verbesserte Abstimmung der Träger • Transparenzsteigerung der Abläufe • Behinderungsgerechte Beratungssensibilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Entbürokratisierung • Vereinheitlichte Beratung • Beschleunigung der Abläufe • Verbesserte Aufklärung der Zuweiser • Informationsverbesserung

* Zu dieser Gruppe gehören die Reha-Fachberater/-innen sowie Vertreter/-innen der Bildungsträger aller Hierarchieebenen.

Fortsetzung Tabelle 4: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Zugang zu Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Vertreter(inn)en der einbezogenen Organisationen*	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Zugangsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht-Anerkennung wegen Sprachdefiziten • Verzögerte Bedarfserkennung (Kultur / Sprache) • Missverständnisse in Beratung (Kultur / Sprache) • Einhaltung formaler Anforderungen (Kultur / Sprache) • Erhöhter Informations- / Unterstützungsbedarf • Eingestehen der Hilfsbedürftigkeit (Kultur) • Verringerte Widerspruchsneigung (Kultur) • Unkenntnis von Sozialversicherung bzw. -leistungen 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachliche Verständigung / Missverständnisse
Unterstützungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> • Tw. Veranstaltungen / Broschüren in Fremdsprachen • Tw. Dolmetscher • Tw. Fortbildungen • Intensivere Beratungsvorbereitung • Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund • Migrant(inn)enverbände • Soziales Umfeld (emotional, Übersetzung) 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Umfeld (emotional, formal) • Informationen in Fremdsprachen oder leichteren Deutsch
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen in Fremdsprachen oder leichterem Deutsch, Übersetzungshilfen • Deutschkurse • Steigerung der Erreichbarkeit von Migrant(inn)en • Kultursensible Beratung, Fortbildungen • Anstellen von Migrant(inn)en 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Umfeld (emotional, formal) • Informationen in Fremdsprachen oder leichteren Deutsch • Deutschkurse • Beratungsintensivierung

* Zu dieser Gruppe gehören die Reha-Fachberater/-innen sowie Vertreter/-innen der Bildungsträger aller Hierarchieebenen.

Ob die Berufs- und Maßnahmewahl als zufriedenstellend empfunden wird, hängt davon ab, ob sich die Ansichten der Interaktionspartner/-innen decken bzw. ob – sollte das nicht der Fall sein – der Interessenkonflikt einvernehmlich gelöst werden kann (wobei die endgültige Entscheidung dem Reha-Träger obliegt).⁷⁷

Das Auseinanderdriften von Meinungen – wie es in den durchgeführten Interviews geschildert wurde – ist dem Umstand geschuldet, dass beide Akteursgruppen ihrer Entscheidung unterschiedliche Kriterien zugrunde legen können. Teils richten sich Rehabilitand(inn)en eher nach ihren persönlichen Interessen, subjektiven Erfolgsaussichten, Gehaltserwartungen und der Möglichkeit, durch die wohnortnahe Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen die berufliche Rehabilitation mit einem funktionierenden Familien- bzw. Sozialleben zu vereinbaren, während Fachberater(inn)en offenbar dazu neigen (und auch dazu verpflichtet sind), den Gesundheitszustand, intellektuelle Fähigkeiten, Sprachkompetenzen und Vorkenntnisse der Leistungsempfänger/-innen sowie Maßnahmekosten in ihre Erwägungen über die Bewilligung einzubeziehen. Spannungen können entstehen, wenn Selbst- und Fremdeinschätzung sich unterscheiden oder wenn unterschiedliche Prioritäten gesetzt werden.

Allerdings unterscheiden sich die Leistungsteilnehmer/-innen laut Organisationsmitarbeiter(inne)n deutlich im Grad ihrer konkreten Vorstellungen über ihre berufliche Zukunft. Manche besäßen überaus klare Ziele und streben Maßnahmen an, die ihnen eine Weiterverwertung ihrer bildungs- und erwerbsbiographisch erworbenen Kompetenzen versprechen⁷⁸ oder sie entdeckten vormals angestrebte Berufslaufbahnen wieder und sähen nun die Möglichkeit, frühere Berufsziele zu verwirklichen,⁷⁹ die sie vorübergehend aus den Augen verloren hatten.

⁷⁷ Wiewohl die Einräumung des Wunsch- und Wahlrechts die gleichberechtigte und selbstbestimmte Mitwirkung an der Maßnahmeauswahl gewährleisten soll, werden sie durch medizinische und psychologische Gutachten ergänzt. Manchmal stehen die gutachterlichen Ergebnisse der Selbsteinschätzung von Rehabilitand(inn)en entgegen. – Dies wurde vom Einrichtungspersonal erwähnt und in der Befragung der Rehabilitand(inn)en bestätigt. Zudem kann eine asymmetrische Beziehung zwischen Leistungsbezieher(inne)n und Fachberater(inne)n angenommen werden, da dem Reha-Träger die Befugnis zur Zuweisung der Maßnahmen zusteht.

⁷⁸ Ein/-e Rehabilitand/-in erklärte in diesem Zusammenhang bisher in der Altenpflege tätig gewesen zu sein, und dieser Beruf habe ihm/ihr sehr gut gefallen. Die betreffende Person äußerte ihre Zufriedenheit darüber, nun eine Ausbildung zum/-r Sozialberater/-in von Demenz-Kranken zu absolvieren und in Zukunft Berührungspunkte mit ihrem alten Beruf zu haben. Ein/-e weitere/-r Leistungsempfänger/-in, der/die bisher in der Krankenpflege tätig gewesen war und sich nun zur Industriekauffrau ausbilden ließ, wollte in Zukunft im Krankenhaus arbeiten: „Ich würde da noch das Gefühl haben, etwas von meinem alten Leben zu haben“.

⁷⁹ Ein/-e Leistungsteilnehmer/-in berichtete vom früheren Wunsch, in der Metallbearbeitung tätig zu sein und brachte ihre Zufriedenheit darüber zum Ausdruck, dies nun nachholen zu können. Die Aussicht,

Anderen scheint der konkret über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anvisierte Beruf selbst weniger wichtig zu sein. Ihren Angaben zufolge spielt die Tätigkeit eine untergeordnete Rolle, solange die Reintegration ins Erwerbssystem – soweit es der Gesundheitszustand zulässt in Vollzeit – aussichtsreich erscheint und der erwartete Lohn ausreicht, um die Familie zu versorgen, den Kindern eine angemessene Zukunft zu bieten, etwaige Kredite abzubezahlen usw. Nicht immer sind sie aber zuversichtlich, dass diese Anliegen umgesetzt werden können: „Ich werde schon was finden, aber ob die Bezahlung passt...“.

Eine weitere Gruppe zeichnet sich durch ein gewisses Maß an beruflicher Orientierungslosigkeit aus. Nach eigenen Angaben hätten sie zunächst die Ergebnisse der medizinischen bzw. psychologischen Tests sowie die Beratungsgespräche abgewartet, bevor sie sich mit unterschiedlichen Berufssparten auseinandersetzten, um präzisere Informationen über verbleibende Möglichkeiten heranziehen zu können. (Nach Auffassung eines/-r Organisationsvertreters/-in sei diese Haltung altersabhängig. Die Berufswahl älterer Rehabilitand(inn)en erfolge rationaler als bei jüngeren, sie sei weniger „zufallsgesteuert“, da ihre Sorgen um die Zukunftssicherung größere Ausmaße annähmen. Vollständige Informationen hätten aber auch sie nicht. Eine „Entscheidung unter Unsicherheit“ lasse sich in keinem Fall gänzlich vermeiden).

Schließlich gibt es eine weitere, gut informierte Gruppe von Teilnehmer(inne)n, die ein mehrwöchiges Assessment bzw. eine Berufsfindungsmaßnahme oder Arbeitserprobung bei einem Bildungsträger oder auch einen dreimonatigen Rehabilitationsvorbereitungslehrgang durchlaufen haben und erst während dieser Teilnahme gemeinsam mit dem Fachpersonal der Einrichtung sowie mit den Fachberater(inne)n der Rentenversicherung einen geeigneten Beruf festlegten.

Zur Klärung des Zielberufs und der dazu passenden Rehabilitationsmaßnahmen benötigen die Beteiligten eingehende Informationen. Zu diesem Zweck halte das Einrichtungspersonal eigenen Angaben zufolge (auch mehrere) Beratungsgespräche ab, versorge Rehabilitand(inn)en mit Informationsbroschüren über verschiedene Berufsgruppen, teile ihnen mit, bei welchen Stellen sie weitere Erkundigungen einholen sollten und empfehle häufig, Assessment-Angebote von Bildungsträgern zur präziseren Bestimmung beruflicher Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Selbstinitiierte Internetrecherchen der Leis-

einen ehemaligen Wunschberuf wieder aufgreifen zu können, überdeckt dabei anscheinend die Enttäuschung darüber, den Anforderungen des letzten Berufs krankheitsbedingt nicht mehr zu genügen.

tungsteilnehmer/-innen kämen – wie auch Rehabilitand(inn)en ausführten – (seltener) hinzu.

Einige Leistungsbezieher/-innen schilderten den Vorgang der Informationsbeschaffung eingehend und betonten dabei den Faktor Eigenverantwortung: „Eigentlich habe ich gedacht, dass, wenn ich zum Gespräch mit der DRV gehe, dann werden mir Sachen vorgeschlagen, die ich in meiner Situation machen kann⁸⁰ und die die DRV auch übernehmen würde. Mir wurde nur gesagt, dass ich mich beim Arbeitsamt erkundigen soll, was es für Ausbildungsberufe gibt. Das musste ich mir also schon selbst erarbeiten“. Ähnlich wurde das Prozedere von einem weiteren Leistungsempfänger beschrieben: „Der DRV-Berater hat gesagt, ich soll mir das Buch vom Arbeitsamt holen, in dem die ganzen Ausbildungsberufe drinstehen und in vier bis sechs Wochen wiederkommen und ihm ein bis drei Berufe als Vorschläge vorlegen. Dann hab´ ich mir das Buch besorgt und hab´ mir die einzelnen Berufe auch angeguckt und die Berufsbilder, da gibt es auch Videos dazu und Infomaterial. Dann hab´ ich mal geguckt, was die so verdienen und wie viele davon werden hier in der Umgebung überhaupt gesucht, wie viele Stellen werden da angeboten, solche Sachen halt mal geguckt. [...] bis ich dann ziemlich sicher war, dass der Bürokaufmann übrigbleibt“.

Üblich sei es nach Aussage von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen und Rehabilitand(inn)en auch, Leistungsbezieher/-innen dazu zu animieren, mit den Bildungsträgern in Kontakt zu treten, wobei ihnen häufig schon bestimmte Bildungseinrichtungen empfohlen würden. Dies geschehe etwa im Rahmen von Tagen der offenen Tür und anderen Informationsveranstaltungen. Auch individuelle Beratungsangebote könnten dort genutzt werden. Von besonderer Bedeutung seien aber vor allem Berufsfindungstests und Assessment-Programme, die in diesen Institutionen durchgeführt würden und die Berufswahl erleichtern sollten – Leistungen, die von den befragten Rehabilitand(inn)en in der Regel als hilfreich wahrgenommen werden und stattfinden, nachdem die Interessent(inn)en über verschiedene Berufsfelder, die jeweiligen Arbeitsanforderungen und Arbeitsmarktaussichten unterrichtet worden sind. Auch eine Hospitation in Ausbildungsgängen sei nach Auskunft der befragten Gruppen gebräuchlich, um ein genaueres Bild vom Maßnahmeablauf zu erhalten.

⁸⁰ Verschiedene Einrichtungsmitarbeiter/-innen bestätigten diese zweite, von der befragten Person erwartete Vorgehensweise. Es ist daher von Unterschieden des Berufswahlprozederes regionaler bzw. individueller Art bei den Rentenversicherungsträgern auszugehen.

Im Rahmen von (vierstündigen) Berufsfindungstests würden die Rehabilitand(inn)en nach Angaben von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen (und einiger Leistungsbezieher/-innen) dazu aufgefordert, auf Grundlage ihrer Vorinformationen anzugeben, welche Berufe ihnen interessant erscheinen. Ihre Angaben würden daraufhin mit den Unterlagen zu ihrer gesundheitlichen Konstitution abgeglichen und gemeinsam mit Psycholog(inn)en besprochen. Je nach Bedarf könnten weitere Beratungsgespräche, etwa mit Integrationsmanager(inne)n der Bildungseinrichtung folgen. Auf Basis der Ergebnisse dieses Abgleichs von Wünschen und gesundheitlichen Einschränkungen werde eine engere Auswahl möglicher Maßnahmen vom Bildungsträger empfohlen und später mit den Fachberater(inne)n des Reha-Trägers diskutiert.

Eine weitere Variante sei die Teilnahme an standardisierten Assessment-Verfahren in den Bildungseinrichtungen, mit denen Eignung, Neigung und Belastbarkeit der Kandidat(inn)en überprüft würden und die sich in der Regel auf einen Zeitraum von zwei Wochen erstreckten. Diese Angebote seien teilnahmebeschränkt (meist 16 oder 17 Personen), begännen mit einer Einführung über Sinn und Zweck des Assessments und prüften vorhandene Grund- und Sprachkenntnisse, intellektuelle Fähigkeiten, technische Begabungen, EDV-Wissen, die fach- und arbeitspraktische Leistungsfähigkeit u.a.m. Auf Grundlage der erzielten Resultate und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen würden daraufhin die beruflichen Möglichkeiten mit den Rehabilitand(inn)en besprochen. Die Ergebnisse des Assessments seien auch Gegenstand von Folgegesprächen mit den Fachberater(inne)n der Rentenversicherung, mit denen die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen abgestimmt werden müsse.

In Abhängigkeit von Testergebnissen, den schon vorliegenden medizinischen und psychologischen Befunden, bereits erreichten Bildungsabschlüssen und dem beruflichen Werdegang beurteilten die Vertreter/-innen des Reha-Trägers die Realisierbarkeit der Berufswünsche ihrer Klient(inn)en.

Nach Auskunft von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen müsse dabei auch berücksichtigt werden, auf welchem Bildungsniveau sich die anvisierte Maßnahme befinde: Sie dürfe nicht über dem schon erreichten Bildungsgrad liegen, da es sich bei der beruflichen Rehabilitation um einen „Nachteilsausgleich“ und nicht um eine „Vorteilsgewährung“ handle. Höher gestufte Bildungsgänge würden daher im Allgemeinen nicht von der Rentenversicherung finanziert.

5.4.1.2 Allgemeine Komplikationen bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl

Nach Auffassung der Rehabilitationsberater/-innen der Rentenversicherung und Fachkräften der Bildungsträger sei es von entscheidender Bedeutung, dass Rehabilitand(inn)en sich ein realistisches Berufsziel setzen, das mit ihrem Gesundheitszustand, den medizinischen bzw. psychologischen Gutachten und (gegebenenfalls) den Assessment-Ergebnissen im Einklang stehe, zumal Fehlentscheidungen Maßnahmeabbrüche provozieren oder den Prozess der beruflichen Rehabilitation unnötig in die Länge ziehen könnten. Nicht immer seien dabei Fremd- und Selbstbild kongruent.

Die Abstimmung des Zielberufs und der dazu passenden Teilhabeleistung ist in solchen Fällen offenkundig Gegenstand eines unter Umständen komplizierten Aushandlungsprozesses zwischen Leistungsempfänger(inne)n und Fachberater(inne)n. Wie gut dieser Vorgang funktioniert, hänge nach Ansicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen dabei u.a. davon ab, ob den Organisationsmitarbeiter(inne)n Misstrauen entgegengebracht wird (das ein Rehabilitand (ohne Migrationshintergrund) auch bestätigte, ohne dies näher ausgeführt zu haben). Sei das Vertrauensverhältnis beeinträchtigt, sei eine konstruktive Gesprächsatmosphäre meist zunichte gemacht und der Auswahlprozess lasse sich nur unter Schwierigkeiten zu einem raschen und zufriedenstellenden Abschluss bringen.

Erschwert wird die Abstimmung zum Teil anscheinend zusätzlich durch das Vorliegen mehrerer Gutachten, die nicht zum selben Ergebnis kommen. So erläuterte ein/-e Rehabilitand/-in, sein/ihr Wunsch sei es gewesen, sich zum/-r Feinmechaniker/-in ausbilden zu lassen. Während von psychologischer Seite bestätigt worden sei, dass die Fähigkeiten den beruflichen Anforderungen genügten, sei das medizinische Gutachten zum gegenteiligen Resultat gekommen. Die betreffende Person habe sich deswegen – ohne den Reha-Träger über seinen Zwiespalt zu unterrichten – für eine andere Maßnahme entschieden, mit der sie aber auch zufrieden sei.

Die Gründe, aus denen bestimmte Zielberufe nicht weiter verfolgt werden, sind – wie aus den Gesprächen mit den beteiligten Gruppen ersichtlich wurde – vielfältig und resultieren nicht nur aus konfligierenden Einschätzungen von Gutachten oder abweichenden Meinungen der Fachberater/-innen. Manche Ausbildungen (z.B. Werbedesign⁸¹) werden von den Bildungsträgern generell nicht angeboten, andere könnten häufig nur wohnort-

⁸¹ Das Beispiel Werbedesign wurde explizit von einem/-r Rehabilitanden/-in angeführt.

fern besucht werden und würden abgelehnt, um das Familienleben nicht zu gefährden.⁸² Auch bezögen sich die Assessment-Tests der Bildungseinrichtungen gelegentlich nur auf solche Berufe, für die vor Ort Maßnahmen angeboten würden – weitere berufliche Eignungen gingen in die Überprüfung nicht oder nur eingeschränkt ein und stünden dann nicht zur Disposition.

Im Fokus scheint sich aber die Unvereinbarkeit subjektiver Bestrebungen mit medizinischen bzw. psychologischen Befunden zu befinden. Die von den Interviewpartner(inne)n hervorgehobenen Gründe für Abweichungen der von Rehabilitand(inn)en geäußerten Berufswünsche von deren (festgestellter) Eignung variieren je nach Gruppe von Akteuren. Vertreter/-innen der Deutschen Rentenversicherung führten sie vorzugsweise auf die Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, wenig konkrete Vorstellungen über den angestrebten Beruf und unzureichende Kenntnisse der Arbeitsmarktanforderungen zurück. Besonders deutlich werde dies nach Auskunft von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen bei zusehends beliebter werdenden Informatikausbildungen, die mit dem Lebensalter korrespondierten: Ältere hätten häufig weniger Vorkenntnisse im EDV-Bereich vorzuweisen. Geraume Zeit privat vor dem PC zu verbringen qualifiziere jedoch noch nicht zu Programmierertätigkeiten. Rehabilitand(inn)en andererseits führten punktuelle, eingeschränkt aussagekräftige Leistungsüberprüfungen, Systemzwänge (wie verfügbare Ausbildungsplätze, limitiertes Maßnahmeangebot u.a.m.) und mangelhafte Empathie von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen dafür an, dass Berufswünschen nicht entsprochen würde.

Auch die Reaktionen der Beteiligten auf differierende Leistungseinschätzungen sind – wie es aus dem gewonnenen Datenmaterial hervorgeht – variabel. Nach Aussage von Mitarbeiter(inne)n der Rentenversicherungs- und Bildungsträger finde das Wunsch- und Wahlrecht von Leistungsempfänger(inn)en seine Grenzen an der individuellen Leistungsfähigkeit und an den Aussichten, beruflichen Anforderungen zu genügen. Stehe es – gestützt durch Gutachten und Testergebnisse – zu vermuten, dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt werden können, müssten die betreffenden Rehabilitand(inn)en von Alternativen überzeugt werden, die für ihre Situation geeigneter erscheinen. In welchem Umfang Alternativvorschläge akzeptiert würden, hinge stark von der jeweiligen Person, ihrer individuellen Lebenssituation und der Unterordnung unter die Autorität der Einrichtungen

⁸² Das Problem der Wohnortnähe beschäftigt Rehabilitand(inn)en nicht nur im Kontext der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern auch in Bezug auf ihre künftige Anstellung.

ab. Die Aussagen von drei Rehabilitand(inn)en, deren Berufswünsche als inadäquat eingestuft wurden, veranschaulichen diese Kompromissbereitschaft: „Ich wollte eigentlich studieren, weil ich gesehen habe, dass das so nicht weitergeht. Der DRV-Berater hat mich aber wieder auf den Boden der Realität geholt und gesagt, dass das nicht so einfach wird. [...] Außerdem dauert das mindestens dreieinhalb Jahre und die DRV zahlt nur zwei Jahre, da hat man keine Chance. [...] Und da habe ich gedacht, ich nehme lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach“. In einem anderen Fall führten ärztliche Befunde zur Ablehnung der Wunschmaßnahme: Aber „[i]ch sag´ mal, die Ärzte wissen´s schon besser“. Ganz ähnlich lautet die folgende Aussage: „Am Anfang habe ich das nicht eingesehen. Aber das war schon richtig. Heute sehe ich das auch. Damals nicht“. Demnach können sich die Testergebnisse und ihre Implikationen für Leistungsempfänger/-innen – wenngleich zum Teil zeitverzögert – als einleuchtend erweisen und dazu führen, den ursprünglichen Berufswunsch zu revidieren und dies auch als gerechtfertigt zu empfinden.

Die Enttäuschung kann Schilderungen hiervon betroffener Rehabilitand(inn)en zufolge aber auch erheblich größer sein und sich zu einem permanenten Unmut über die Ablehnung steigern, besonders, wenn mehrere Berufsvorschläge abgewiesen wurden. So berichtete eine Leistungsempfängerin, sie habe dem Reha-Träger verschiedene Wünsche mitgeteilt, von denen keiner akzeptiert worden sei. Die Gründe dafür seien ihr nicht ersichtlich. Zwei Hochschulabsolvent(inn)en führten zudem aus, in der beruflichen Rehabilitation würden nur „Standardmaßnahmen“ angeboten, die akademische Vorkenntnisse und Qualifikationen nicht gebührend berücksichtigten und sie dazu zwängen, einen beruflichen Abstieg hinzunehmen. Eine der beiden Personen sei von Vertreter(inne)n der Rentenversicherung gefragt worden, ob sie künftig in der Hauswirtschaft oder im Lager arbeiten wolle, „obwohl ich studiert und einen Informatikabschluss habe“.

Schwierigkeiten wurden auch in Zusammenhang mit der Aussagekraft von Assessments benannt. Ein/-e Rehabilitand/-in gab an, er/sie habe während des Assessments unter einem Black-out gelitten. Entsprechend schwach seien die Testergebnisse ausgefallen. Daher habe die betreffende Person den Rentenversicherungsträger gebeten, den Test wiederholen zu dürfen, um ein realistisches Leistungsbild liefern zu können. Diese Bitte sei jedoch abgewiesen worden. Nun werde sie dazu genötigt, eine Ausbildung zu absolvieren, die ihren Fähigkeiten nicht entspreche, sie nicht befriedige und sie langweile. (Auch sonst können schwache Assessment-Resultate psychisch belastend wirken. So

wurde in einem Fall aus dem Kreis der Rehabilitand(inn)en berichtet, drei Wochen dafür benötigt zu haben, die Ergebnisse zu verkraften).

Im Rahmen der Gruppendiskussionen wurde zudem moniert, dass es nach dem Assessment lediglich ein einziges Gespräch mit einer psychologischen Fachkraft gebe. Eine einzige, punktuelle Besprechung könne aber nicht den Anspruch erheben, ein korrektes Leistungsbild zu begründen. De facto komme den Ergebnissen dieses Gesprächs für die Leistungsgewährung jedoch enormes Gewicht zu. Das Risiko, sich einer als inkorrekt empfundenen Fremdeinschätzung beugen zu müssen, sei dementsprechend hoch einzuschätzen.

Verschiedentlich vermuteten Rehabilitand(inn)en darüber hinaus, bestimmte Fachberater(inn)en versuchten ihre Klient(inn)en in bestimmte Maßnahmen zu drängen, um freie Ausbildungsplätze unabhängig von Neigung und Eignung zu besetzen. Auffallend sei jedenfalls, dass manche von ihnen bestimmte Berufe eher vorschlugen als andere. Dies lasse Zweifel an der Objektivität aufkommen.

Andererseits förderten die persönlichen Interviews auch eine Reihe von Beispielen zutage, in denen es Rehabilitand(inn)en offenbar gelungen ist, den Reha-Träger von ihrer Eignung für den persönlichen Wunschberuf trotz anfänglicher Widerstände zu überzeugen oder Testergebnisse derart positiv ausfielen, dass es zu keinen widersprüchlichen Ansichten bezüglich der Berufseignung kam.

Teilnehmer/-innen, deren Maßnahmewahl nicht bewilligt wurde, haben die Möglichkeit, alternative Wünsche zu äußern. Beispielsweise wurde aus dem Kreis der Rehabilitand(inn)en berichtet, die Wunschausbildung sei nach Auffassung des Medizinischen Dienstes nicht möglich gewesen. Ersatzweise habe die betreffende Person die Umschulung zum/-r IT-Systemelektroniker/-in vorgeschlagen, die ihr auch bewilligt worden sei und sie nun befriedige.

Bei manchen Rehabilitand(inn)en reicht allerdings die Enttäuschung über eine nicht genehmigte Maßnahme offensichtlich so weit, dass sie in Resignation übergeht und dazu führt, dass keine weiteren Wünsche mehr geäußert werden. In solchen Fällen – wie auch bei anhaltender Entscheidungsvermeidung auf Seiten der Rehabilitand(inn)en – übernehmen Fachberater/-innen und Vertreter/-innen der Bildungsträger nach eigenen Angaben die Aufgabe, geeignete Maßnahmen vorzuschlagen. Diese würden oftmals von den betroffenen Rehabilitand(inn)en angenommen, manchmal aber nicht. Die Zurückweisung solcher Angebote kann dabei von diversen Faktoren abhängig sein. So erläutere-

te ein/-e Rehabilitand/-in, der Fachberater habe ihn/sie dazu überreden wollen, wieder den früheren Ausbildungsberuf zu ergreifen, in dem er/sie längere Zeit nicht mehr tätig gewesen sei. Dies habe die Person abgelehnt, weil sie ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet als veraltet erachtete und sie sich deshalb ungünstige Arbeitsmarktchancen ausgerechnet habe. In ihrer Situation sei es wichtig, eine neue, vollständige Berufsausbildung zu durchlaufen, um im Arbeitsleben wieder Fuß fassen zu können. Eine bereits ältere Person aus dem Kreis der Rehabilitand(inn)en wiederum erzählte, ihr sei nahegelegt worden, mit einer Lehre zu beginnen. Sie habe aber Bedenken gehabt, eine Ausbildung zu absolvieren, in der die übrigen Teilnehmer/-innen wesentlich jünger sind als sie.

5.4.1.3 Migrationspezifische Komplikationen bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl

Zu diesen allgemeineren Komplikationen der Maßnahmeauswahl, die alle Gruppen in der beruflichen Rehabilitation in ähnlicher Weise betreffen, gesellen sich bei Migrant(inn)en speziellere, die sprachlich bedingt sind oder ihrem kulturellen Hintergrund geschuldet sein können.

Vertreter/-innen der am Prozess der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Organisationen zufolge sei zwar davon auszugehen, dass defizitäre Deutschkenntnisse in erster Linie im Zugangsprozess zur beruflichen Rehabilitation Selektionseffekte hervorrufen,⁸³ etwa weil vom Reha-Träger aufgrund geringer Deutschkenntnisse eine erfolgreiche Absolvierung von Teilhabeleistungen angezweifelt werde und deswegen die Antragsbewilligung nicht zustande komme. Es sei aber denkbar, dass Migrant(inn)en mit guten Kenntnissen der mündlichen Umgangssprache, jedoch größeren Mängeln in der Schriftsprache, keine Deutschförderung erhielten bzw. auch nicht von sich aus auf dieses Defizit aufmerksam machten, um die Bewilligung einer ersehnten beruflichen Rehabilitation nicht zu gefährden. Entsprechend negative Konsequenzen könnten sich daraus später für den Maßnahme-Erfolg ergeben.

Zudem gebe es eine Reihe von Berufen, in denen ein verhältnismäßig hohes Niveau an mündlicher und schriftlicher Ausdrucksfähigkeit vorausgesetzt werde – vor allem im

⁸³ Allerdings betonten Interviewpartner/-innen der Deutschen Rentenversicherung immer wieder, sie hätten es in der Vergangenheit noch nie mit Fällen zu tun gehabt, in denen die Bedarfsabklärung aus sprachlichen oder kulturellen Gründen nicht möglich gewesen sei.

Dienstleistungs- und kaufmännischen Bereich, in dem Kundengespräche an der Tagesordnung seien und schriftliche Tätigkeiten vergleichsweise viel Raum einnehmen. Hinzu kämen Berufsfelder, in denen die Handhabung eines speziellen Fachvokabulars unerlässlich sei, etwa im Bereich der Steuerberatung.⁸⁴ Auch dort seien deshalb eingehende Kompetenzen im Umgang mit der deutschen Sprache unabdingbar. Artikulationsbarrieren schränkten deshalb sowohl die Berufswahl als auch das Spektrum geeigneter Maßnahmen ein. Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund könnten aber aus Sicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen aufgrund ihrer Fremdsprachenkenntnisse besonders für Stellen geeignet sein, die mit intensiven Auslandskontakten verbunden sind. Es gebe eine Reihe von Branchen und Unternehmen, in denen Auslandsbeziehungen üblich seien. Für die Akquise, Auftragsabwicklung, Strategieabstimmung u.a.m. sei dort die Beherrschung der entsprechenden Fremdsprachen – möglichst auf Muttersprachenniveau – unverzichtbar. Migrant(inn)en mit einem passenden sprachlichen Hintergrund seien dort besonders gefragt. Mit einer Ausbildung etwa zum Speditionskaufmann bzw. zur Speditionskauffrau ließen sich die Arbeitsmarktchancen gezielt für diese Wirtschaftszweige verbessern. Entsprechende Bildungsmaßnahmen würden Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben daher häufig nahegelegt.

In den Interviews und Gruppendiskussionen standen allerdings weniger die Vorzüge der Mehrsprachigkeit von Migrant(inn)en im Fokus, als vielmehr Defizite in den Deutschkenntnissen, von denen primär Männer betroffen zu sein scheinen.⁸⁵ Sei die Verständigung erheblichen Beschränkungen unterworfen, sei die Bewilligung qualifizierter Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach Auskunft der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen stark gefährdet, da – wie erwähnt – Fachberater/-innen die Bewilligung u.a. von den Sprachkompetenzen abhängig machten. Es bleibe in solchen Fällen aber die Möglichkeit bestehen, auf Zielberufe auszuweichen, in denen die Kommunikation mit Kund(inn)en, Kolleg(inn)en oder Auftraggeber(inne)n eine vergleichsweise geringe Intensität aufweise und der Theorieanteil der Bildungsmaßnahmen niedriger sei. Abseits kaufmännischer Berufe sei diese Voraussetzung eher gegeben, etwa in handwerkli-

⁸⁴ Die kompetente Handhabung dieses Fachvokabulars dürfte entscheidend davon abhängen, ob und wie lange die betreffende Person in das deutsche (Aus-) Bildungssystem integriert war und in welchen Bereichen sie bisher beruflich gearbeitet hat.

⁸⁵ Migrant(inn)en – zumindest diejenigen, die in jungen Jahren zuwanderten oder seit Geburt in Deutschland leben – besitzen in diesem Zusammenhang den Vorteil, länger im Bildungssystem zu bleiben und höhere Bildungsabschlüsse zu erreichen (Diefenbach 2008: 226). Ihre Deutschkenntnisse dürften davon positiv beeinflusst werden.

chen oder technisch orientierten Zweigen. Kämen Sprachbarrieren zum Tragen, neigten die Reha-Träger daher dazu, eher Ausbildungen auf dem Gebiet der Feinmechanik, Metalltechnik oder Ähnlichem zu genehmigen.

Da den Sprachkompetenzen für die Berufswahl eine derart eklatante Bedeutung zukomme, würden sie im Assessment entsprechend berücksichtigt. Dieses umfasse Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen zufolge sowohl Deutschkenntnisse als auch sprachlogische Elemente, mit denen der Grad an allgemeinem Sprachverständnis überprüft werden solle. Es gebe aber auch andere Testbestandteile, die migrationsrelevante Eigenschaften mittelbar berührten. Nach Ansicht von Mitarbeiter(inne)n der einbezogenen Organisationen seien zwar beispielsweise Prüfungsteile zu Konzentration, Gedächtnisleistung und Intelligenz als sprach- und kulturunabhängig anzusehen. Einhellig wurde diese Meinung aber nicht vertreten. Andere Vertreter/-innen der an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Organisationen meinten auch einen migrationspezifischen Einfluss von Kultur und Sprache zu erkennen. Ihrer Auffassung nach sei es fraglich, ob Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund die im Assessment-Verfahren enthaltenen Arbeitsanweisungen und Fragen immer korrekt verstehen. Um eine Verfälschung der Assessment-Ergebnisse aufgrund von mangelhaften Deutschkenntnissen zu vermeiden, gebe es ihnen zufolge derzeit aber kaum Ausweichstrategien. Zwar seien die Tests prinzipiell auch auf Englisch durchführbar, doch sei dieses Angebot in der Praxis für die meisten Migrant(inn)en nur wenig hilfreich – von Bedeutung seien stattdessen eher Sprachen wie Türkisch oder Russisch.

Auch kulturbedingte Verständnishürden wurden in Bezug auf das Assessment erwähnt. So meinten Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen der Bildungsträger beispielsweise bei Rehabilitand(inn)en, die aus Zentralafrika stammen, Schwierigkeiten zu erkennen, Mustererkennungsaufgaben zu lösen und Matrizentests zu bestehen. Dies führten die Befragten aber nicht auf eingeschränkte intellektuelle Fähigkeiten, sondern auf alternative kulturelle Wahrnehmungs- und Erkennungsschemata zurück. Eine Lösung dieses Problems für das Assessment ist momentan nicht in Sicht.

Als weiteres zentrales Problem von Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund wurde außerdem die häufig fehlende oder lückenhafte Anerkennung im Ausland erworbener Bildungsabschlüsse genannt. Wesentlich ist dafür zunächst die Anerkennungspolitik der Kultusministerien im Hinblick auf ausländische Bildungstitel. Eine gewisse Erleichterung gibt es dabei für EU-Bürger/-innen und Aussiedler/-innen – andere Migrant(inn)en müs-

sen ein mitunter langwieriges Anrechnungsverfahren in Kauf nehmen, dessen Ausgang ungewiss ist (vgl. Englmann & Müller 2007: 32). Auch dies habe Einfluss auf die Bewilligung von Bildungsmaßnahmen. Besonders auffallend sei in diesem Kontext nach Ansicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen die fehlende Anerkennung von Abschlüssen bei Osteuropäer(inne)n (die grundsätzlich ein hohes Niveau an mathematischen und naturwissenschaftlichen Kenntnissen vorzuweisen hätten). Ein/-e Rehabilitand/-in mit Migrationshintergrund bestätigte dieses Problem. Die betreffende Person habe eine Krankenschwesternausbildung absolviert und Pädagogik studiert, ihre Diplome würden jedoch in Deutschland nicht angerechnet. Da sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation eine Ausbildung zur Sozialpflegeberaterin durchlaufe und dieser Bildungsgang in engem Zusammenhang mit ihren erworbenen Diplomen stehe, hoffe sie zur Verbesserung ihrer Arbeitsmarktchancen, dass ihre Abschlüsse nachträglich doch noch anerkannt würden. Im Gegensatz dazu steht der Fall eines/-r Migranten/-in, der/die im Herkunftsland „Programmierer“ war. Während der Berufstätigkeit in Deutschland habe diese Person daran zwar ebenfalls nicht anknüpfen können und als Gärtner/-in gearbeitet. In ihrer Freizeit jedoch habe sie entsprechende Kurse belegt, um ihren ursprünglichen Beruf „nicht zu vergessen und zu pflegen“. Darüber hinaus habe sie die Gelegenheiten ergriffen, ihr Wissen zu nutzen und wiederholt Homepages für Freunde oder Vereine programmiert. Dank dieses Engagements habe sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation in diese Branche zurückkehren können und zum Zeitpunkt des Interviews bereits ein Praktikum „bei einer Webprogrammierungsfirma“ absolviert.

Eine zweite Schwierigkeit der Anerkennung ausländischer Abschlüsse besteht nach gegenwärtigem Forschungsstand darin, dass es für manche von ihnen in Deutschland keine Entsprechung gibt. Die Feststellung von Äquivalenzen ist in solchen Fällen nur schwer möglich.⁸⁶ Zudem sei laut Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen nicht nur

⁸⁶ In diesem Zusammenhang ist auf das neue Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) zu verweisen, das am 1. April 2012 in Kraft getreten ist. Mit ihm entsteht ein Rechtsanspruch auf eine Prüfung der Gleichwertigkeit der im Ausland erworbenen Qualifikation. Das Gesetz ist eine Neuerung für rund 350 Ausbildungsberufe, die im dualen System erlernt werden und gilt außerdem für bundesrechtlich reglementierte Berufe wie Ärzte / Ärztinnen, Psychotherapeut(inn)en und Krankenschwestern. Innerhalb von drei Monaten nach Einreichung der Unterlagen erhalten die Betroffenen einen Bescheid. Die Regelung über diese dreimonatige Frist tritt am 1. Dezember 2012 in Kraft. Nähere Informationen dazu finden sich unter <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/03/2012-03-30-Anerkennungsgesetz.html>. Der Gesetzestext selbst ist zugänglich im Bundesgesetzblatt (BGBl. 2011, Teil 1, Nr. 63, vom 12.12.2011: 2515ff). Des Weiteren wurde ein spezielles Portal für Interessenten freigeschaltet: <http://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/>. Zudem haben die IHK sich zur Abwicklung des Verfahrens auf eine zentrale Stelle mit dem Titel IHK FOSA (Foreign Skills Approval) verständigt.

die formale Anerkennung von Abschlüssen relevant, sondern auch die Frage, ob die betreffende Person „über eine in Deutschland relevante Allgemeinbildung verfügt“.⁸⁷

Die genannten Komplikationen wirkten sich Erfahrungen von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen nach ungünstig auf die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus: Die Folge könne sein, dass für die betreffenden Rehabilitand(inn)en lediglich Maßnahmen in Reichweite seien, die unterhalb ihrer schon erworbenen Fähigkeiten lägen. Es sei daher wenig überraschend, dass die Berufswünsche von Migrant(inn)en oftmals nicht mit den fachlichen Einschätzungen kongruent seien – jedoch nicht nur wegen der fehlenden Anerkennung ihrer Bildungstitel, sondern auch, weil sie nach den Erfahrungen der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen tendenziell ihre Fähigkeiten überschätzen. Das treffe vor allem auf Männer zu und sei möglicherweise auf einen männlich durchzogenen Kulturhintergrund zurückzuführen, der ihnen einen Anspruch verhältnismäßig hoher Leistungsfähigkeit diktiere. Anders sei die Situation hingegen bei Aussiedler(inne)n, für die das Berufsprestige eine untergeordnete Rolle zu spielen scheine. Sie seien der Neigung nach zu nahezu allen Arbeiten bereit und legten eher Wert darauf, überhaupt ins Erwerbssystem integriert zu werden, als qualifizierte Arbeiten zu übernehmen. (Ob diese Schilderung für die einzelnen Migrant(inn)engruppen tatsächlich zutrifft, muss derzeit offen bleiben und von weiteren Studien geklärt werden). Daneben gelte es nach Auffassung der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen, die kulturelle Prägung – etwa religiöse Imperative – von Migrant(inn)en in der Berufs- und Maßnahmeauswahl zu berücksichtigen, zumal religiö-

⁸⁷ Für die Arbeitsmarktintegration von Migrant(inn)en ist die Anwendbarkeit von erworbenem Wissen und Fähigkeiten, des so genannten Humankapitals, entscheidend. Das Humankapital kann „spezifisch“ und eher im Herkunftsland bzw. -kontext anwendbar oder „generalisierbar“ und auch außerhalb des ursprünglichen Kontextes verwendbar sein. Das heißt, dass die Ressourcen, über die eine Person verfügt, sei es Geld oder Kompetenzen, in vielen Zusammenhängen zur Erreichung ihrer Ziele beitragen. Der Begriff des „Kapitals“ ist der ökonomischen Humankapitaltheorie entlehnt. Soziologisch verwendet wird er seit Becker, der den ökonomischen Ansatz für menschliches Verhalten anwendete (vgl. Becker 1975). Das Konzept des „sozialen Kapitals“ wird in der Soziologie beispielsweise von James Coleman (vgl. Coleman 1971) und anderen genutzt. Im Kontext internationaler Migration wurde das Konzept des sozialen Kapitals erfolgreich in empirischen Studien angewendet, wobei hier auch von „herkunftslandspezifischem“ oder „aufnahmelandspezifischem“ Kapital gesprochen wird (vgl. Haug & Pointner 2007). Diese Unterscheidung lässt sich nicht nur auf das vorhandene Sozialkapital, sondern auch auf andere Kapitalarten (kulturelles Kapital allgemein, Bildungsabschlüsse und Fähigkeiten speziell) anwenden. Diehl untersuchte die Art der Kapitalausstattung von Migrant(inn)en, die zur Erreichung ihrer individuellen Ziele im Aufnahmeland an ethnischen Vereinen teilnehmen (vgl. Diehl 2002). Sie gebrauchte den Begriff des „generalisierbaren“ Kapitals. Dies liege vor, wenn eine Kapitalie vor dem Hintergrund des *Aufnahmelandes* von positiver Wertigkeit ist“ (Hervorhebung im Original, Diehl 2002: 49). Dieses generalisierbare Kapital meint also „ziellandrelevantes“ Kapital, ungeachtet dessen, ob es auch für andere Länder und Kontexte generalisierbar ist. Ungeachtet der unterschiedlichen Begriffe wie „aufnahmelandspezifisch“ und „generalisierbar“ geht es bei dieser Unterscheidung also um die Anwendbarkeit von Fähigkeiten und Qualifikationen im Zielland.

se Überzeugungen die Zumutbarkeit einzelner Berufe in Frage stellen könnten. Zu denken wäre in diesem Kontext etwa an einen muslimischen Hintergrund und Fleischereitigkeiten.

5.4.1.4 Allgemeine Verbesserungsvorschläge bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl

Die in den Interviews und Gruppendiskussionen erwähnten Verbesserungsvorschläge allgemeinerer Art konzentrierten sich im Wesentlichen auf die Ermöglichung vertiefter Einblicke in berufliche Anforderungsprofile und Ausbildungsangebote. Größeres Gewicht als bisher solle Hospitationen statt der Absolvierung von Tests eingeräumt werden. Die probeweise Unterrichtsteilnahme solle in Zukunft länger als zwei Tage dauern und mehr als nur einen Ausbildungsgang umfassen. Überdies seien Besuche in Unternehmen wünschenswert, in denen die betreffenden Ausbildungsberufe ausgeübt werden. Darüber hinaus solle akademisch erlangten Kenntnissen mehr Beachtung geschenkt werden, um Statusminderungen vorzubeugen.

Ein Assessment zur Kompetenzfeststellung von Antragstellenden wird befragten Rehabilitand(inn)en und Fachkräften zufolge nicht immer durchgeführt. Herrsche bereits im Rahmen der Beratung beim Reha-Träger Einigkeit über Berufswunsch und Maßnahmeart, werde darauf verzichtet. Hierbei sei die Frage des vermuteten Bedarfs entscheidend. Jedoch erscheint es (gerade bei der Wahl von „sprachintensiven“, aber auch anderen Berufen) bei Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund sinnvoll, den Assessmentbedarf unter Umständen genauer zu prüfen und wenn möglich, ein Assessment durchzuführen: Einige Teilnehmende erklärten, sie seien mit ihrem neu gewählten Beruf nicht zufrieden. Andere berichteten, sie hätten keinen Rehabilitationsvorbereitungslehrgang besuchen können und litten nun unter (schrift-) sprachlichen Schwierigkeiten.

Einige Leistungsteilnehmer/-innen regten des Weiteren an, den Assessment-Zeitraum zu verlängern, gleichzeitig aber darauf zu achten, die Dauer zwischen Abschluss des Assessments und Maßnahmebeginn zu verkürzen.

Häufig wurde der Wunsch geäußert, Gespräche mit den Psycholog(inn)en über Testergebnisse, Leistungsfähigkeit und berufliche Optionen nicht auf einen einzigen Termin zu beschränken, da eine treffende Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Neigungen auf dieser Grundlage kaum zu erreichen sei. In angeführtem Kontext sei auch ein Empathiezuwachs von Fachkräften und Rehabilitationsberater(inne)n erstrebenswert: Leistungs-

empfänger/-innen solle zugetraut werden, ihre Leistungsfähigkeit schrittweise steigern zu können. Schließlich gebe es während der Maßnahmepartizipation noch Zeit, die berufliche Eignung unter Beweis zu stellen und etwa sprachliche Defizite zu beseitigen.

Bei der Maßnahmeauswahl solle darüber hinaus darauf geachtet werden – zumindest bei Rehabilitand(inn)en, die den Wunsch dazu hegen –, Anknüpfungspunkte der neuen Ausbildung mit dem vorangegangenen Beruf herzustellen und eventuell eher eine Weiterqualifizierung statt einer Umschulung anzubieten, vor allem, wenn diese Qualifikation am Arbeitsmarkt entsprechend nachgefragt werde.⁸⁸

5.4.1.5 Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge bei der Berufs- und Maßnahmeauswahl

Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge bei der Maßnahmeauswahl wurden nur spärlich geäußert – deutlich seltener als in Zusammenhang mit dem Zugang zur beruflichen Rehabilitation.

Mehrfach wurde allerdings die Relevanz der deutschen Sprachbeherrschung hervorgehoben: Es könne eine zusätzliche Unterstützung darstellen, Assessment-Verfahren abgesehen von Deutsch und Englisch auch in weiteren Sprachen wie Russisch oder Türkisch abzuhalten oder Hörverständnistests zu inkludieren, um sicherzugehen, dass Arbeitsanweisungen und Fragestellungen von Migrant(inn)en verstanden würden. Zudem könne eine Verstärkung sprach- und kulturunabhängiger Prüfungselemente treffsicherere Klassifizierungen von Fähigkeiten ermöglichen.

Fremdsprachenkenntnisse, die bei Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund in größerem Umfang vorlägen, seien aus Sicht von Organisationsvertreter(inne)n als beruflicher Vorteil verstärkt nutzbar zu machen – beispielsweise in Bezug auf die Branchen Tourismus und Spedition.

Wünschenswert sei darüber hinaus eine erweiterte Anrechnung von im Ausland erworbenen Qualifikationen. Dies könnte nach Ansicht der Verfasser/-innen dazu beitragen, eine abwärtsgerichtete berufliche Mobilität nach der Teilnahme an Teilhabeleistungen zu

⁸⁸ Wegen der Vorgabe, auf Höherqualifizierungen in der beruflichen Rehabilitation möglichst zu verzichten, dürfte sich dieses Anliegen kaum umsetzen lassen.

verhindern und dem Gerechtigkeitsempfinden von Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund Rechnung zu tragen.

5.4.1.6 Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen in der Berufswahl

Hinsichtlich der Berufswahl äußerten sowohl Vertreter/-innen der an der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Organisationen als auch Leistungsbezieher/-innen mit und ohne Migrationshintergrund Komplikationen allgemeiner Art. In quantitativer Hinsicht stammen allerdings mehr Beiträge von den Teilnehmenden an Teilhabeleistungen als von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen.

Einige der genannten Problemzonen überschneiden sich zwischen den verschiedenen befragten Gruppen, darunter das Auseinanderdriften der Berufswünsche von Rehabilitand(inn)en auf der einen und der (im Assessment festgestellten) beruflichen Eignung auf der anderen Seite sowie Einschränkungen der Berufswahl aufgrund defizitären Vorwissens. Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen und Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund betonen überdies negative Einflüsse durch ein beeinträchtigtes Vertrauensverhältnis zwischen Organisationsmitarbeiter/-innen und Leistungsbezieher(inne)n und von bestehenden Informationsmängeln der Teilnehmenden.

Erkennbar ist darüber hinaus, dass Rehabilitand(inn)en nicht nur eine größere Zahl allgemeiner Schwierigkeiten in der Auswahl geeigneter Maßnahmen sehen, sondern auch mehr Verbesserungspotenziale zu erkennen meinen. Hierbei gibt es mehrere Parallelen von Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund. Diese bestehen in einer Ausweitung von Hospitationen, um die berufliche Orientierung zu erleichtern, sowie in der Wahrung der Anschlussfähigkeit des neuen mit dem letzten Beruf – einerseits, um bereits erworbenes Wissen künftig verwerten zu können, andererseits, um einen drohenden Bruch mit der bisherigen Erwerbsbiographie wenigstens partiell zu vermeiden. Gewünscht wird von beiden Gruppen auch eine Verbreiterung des Bildungsangebots durch die Bildungsträger.

Erstaunlich ist, dass die stärkere Berücksichtigung akademischer Abschlüsse in der Maßnahmeauswahl lediglich von Teilnehmenden ohne Migrationshintergrund als mögliche Verbesserung angeführt wurde, obwohl die fehlende Anerkennung (ausländischer) Bildungstitel von den befragten Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen

wiederholt mit Migrant(inn)en – zumal aus dem osteuropäischen Raum – in Zusammenhang gebracht wird.

Es gibt allerdings auch einige allgemeine Verbesserungsideen, die nur bei Leistungsbezieher(inne)n mit Migrationshintergrund Erwähnung finden. Dazu gehören der Wunsch nach mehr Empathie auf Seiten der Mitarbeiter/-innen der beteiligten Organisationen im Zuge der Berufswahl; dies mag, vorsichtig ausgedrückt, als Indiz für einen geringen kultursensiblen Umgang gewertet werden. Zudem wird eine Reduktion der Assessment-Bedeutung für die Maßnahmeauswahl gefordert: Dies deckt sich mit den Ausführungen des Personals – und weitere Aspekte, die mit dem Assessment und anderen formalen Kriterien (z.B. Einschätzungen von Psycholog(inn)en) in Verbindung stehen.

Tabelle 5: Probleme und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(in)nen in der Berufswahl – Ansichten der Stakeholder*

	Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen**	Rehabilitand(in)nen ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(in)nen mit Migrationshintergrund
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Kollision von Eignung und Neigung • Vorwissen • Beeinträchtigtiges Vertrauensverhältnis • Informationsdefizite 	<ul style="list-style-type: none"> • Kollision von Eignung und Neigung • Vorwissen • Beeinträchtigtiges Vertrauensverhältnis • Informationsdefizite • Mangelhafte Empathie von Einrichtungsvertreter(inne)n • Konkurrenzdefizite • Beschränktes Ausbildungsangebot • Wohnortferne Bildungsangebote • Punktuelle psychologische Gespräche • Mangelhafte Berücksichtigung akademischer Abschlüsse • Einschränkung des Assessments auf bestimmte Berufe • Hohes Gewicht der Assessment-Resultate • Mangelhafte Anschlussfähigkeit an letzten Beruf 	<ul style="list-style-type: none"> • Kollision von Eignung und Neigung • Vorwissen • Mangelhafte Empathie von Einrichtungsvertreter(inne)n • Beschränktes Ausbildungsangebot • Wohnortferne Bildungsangebote • Hohes Gewicht der Assessment-Resultate • Mangelhafte Anschlussfähigkeit an letzten Beruf • Punktuelle Prüfung der Leistungsfähigkeit • Resignation
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Kollision von Eignung und Neigung • Vorwissen • Beeinträchtigtiges Vertrauensverhältnis • Informationsdefizite 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Hospitationen • Verbrößerung des Bildungsangebots • Anschlussfähigkeit an letzten Beruf 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Hospitationen • Verbrößerung des Bildungsangebots • Anschlussfähigkeit an letzten Beruf • Unterricht auf Probe • Unternehmensbesuche • Empathiesteigerung von Einrichtungsvertreter(inne)n • Reduktion des Assessment-Gewichts • Verlängerung des Assessmentzeitraums • Eingehendere Prüfung des Assessment-Bedarfs • Erhöhung der Zahl psychologischer Gespräche
Verbesserungsvorschläge	-	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung von akademischen Abschlüssen • Klareres Informationsmaterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Hospitationen • Verbrößerung des Bildungsangebots • Anschlussfähigkeit an letzten Beruf • Unterricht auf Probe • Unternehmensbesuche • Empathiesteigerung von Einrichtungsvertreter(inne)n • Reduktion des Assessment-Gewichts • Verlängerung des Assessmentzeitraums • Eingehendere Prüfung des Assessment-Bedarfs • Erhöhung der Zahl psychologischer Gespräche

* Wegen der geringen Zahl genannter Unterstützungsvarianten – insbesondere in Zusammenhang mit der Situation von Migrant(in)nen – wird in dieser Tabelle auf eine entsprechende Ausweisung dieser Kategorie verzichtet.

** Zu dieser Gruppe gehören die Reha-Fachberater/-innen sowie Vertreter/-innen der Bildungsträger aller Hierarchieebenen.

Fortsetzung Tabelle 5: Probleme und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en in der Berufswahl – Ansichten der Stakeholder*

	Vertreter(inn)en der einbezogenen Organisationen	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Defizitäre Sprachkenntnisse • Religiöse Anforderungen • Eingeschränkte Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse • Divergente Berufsbilder • Sprach- und kulturspezifische Einflüsse auf Assessment • Berufsprestige 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung sprach- und kulturunabhängiger Testelemente • Nutzung von Hörverständnistests • Assessment in weiteren Sprachen • Nutzbarmachung von Fremdsprachenkenntnissen • Erweiterte Anerkennung von Auslandsabschlüssen 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterte Anerkennung von Auslandsabschlüssen

* Wegen der geringen Zahl genannter Unterstützungsvarianten – insbesondere in Zusammenhang mit der Situation von Migrant(inn)en – wird in dieser Tabelle auf eine entsprechende Ausweisung dieser Kategorie verzichtet.

Migrationspezifische Probleme werden insbesondere von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen sowie – in geringerem Maße - von Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund genannt. Die erkennbaren Überschneidungen sind spärlich und betreffen in Bezug auf identifizierte Problemlagen die eingeschränkte Anerkennung im Ausland erworbener Bildungstitel und – bei den Verbesserungsvorschlägen – eine erweiterte Anrechnung derselben. Alle anderen Schwierigkeiten und möglichen Verbesserungen stammen vom interviewten Personal. Für den ersten Bereich sind sprachlich begründete Kommunikationsbarrieren, religiöse Faktoren, in Deutschland nicht bekannte Berufe sowie der Einfluss kulturell geprägter Wahrnehmung auf die Assessment-Ergebnisse und die mitunter divergente Bedeutung des Berufsprestiges zu nennen. Im zweiten Bereich, den Verbesserungsvorschlägen, stehen das Anbieten von Assessment-Tests in weiteren Sprachen (hier auch die Verstärkung sprach- und kulturunabhängiger Komponenten), die Durchführung von Hörverständnistests und die stärkere Berücksichtigung von Fremdsprachenkenntnissen im Vordergrund.

5.4.2 Erfahrungen der Stakeholder/-innen mit dem Maßnahmeablauf⁸⁹

Neben dem berufskundlichen Unterricht im Verlauf der Qualifizierung können die Rehabilitand(inn)en in den Berufsförderungswerken zusätzlichen fachbezogenen und nicht-fachlichen Förderunterricht sowie begleitende Dienste und Angebote (den medizinischen, psychologischen, sozialen Dienst bzw. das Case Management sowie stellenweise migrant(inn)enspezifische Angebote) nutzen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sieht die Aufgaben der begleitenden Dienste an Berufsförderungswerken in der „rehabilitationsspezifisch[en]“ Betreuung der Betroffenen, „auch um Zeitverluste [...] zu vermeiden. Mit dieser Betreuung sowie durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Berufsförderungswerk tragen die begleitenden Dienste zur Erreichung des Rehabilitationserfolges bei“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010: Abschnitt II.3). Während der soziale Dienst die Rehabilitand(inn)en „in ausbildungsbezogenen persönlichen, familiären, organisatorischen und sozialrechtlichen Fragen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe“ berät und sie „bei der Erfüllung ihrer

⁸⁹ Die folgenden Ausführungen gründen sich hauptsächlich auf Informationsbroschüren, Homepages von Bildungsträgern sowie telefonische und persönliche Rückfragen bei den Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Hinzu kommen Informationen aus den durchgeführten Interviews und Gruppendiskussionen.

Mitwirkungspflichten unterstützt⁹⁰ (ebd.: Abschnitt II.3.1), wirken der medizinische und der psychologische Dienst „diagnostisch, beratend und therapeutisch“ (ebd.: Abschnitt II.3.2). Die diagnostische Tätigkeit des psychologischen Dienstes wird hauptsächlich „im Rahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung, Leistungsproblemen, persönlichen und familiären Schwierigkeiten, Kontaktproblemen, Suchtproblemen und psychischen Auswirkungen von Behinderungen“ relevant. Diese Hilfen sind sowohl in Einzel- als auch in Gruppenarbeit möglich. „Dem Medizinischen Dienst obliegt die rehabilitationsspezifische Diagnostik, Beratung und Therapie. Er fördert zugleich die Erhaltung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes und trägt dazu bei, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden während der Ausbildung medizinisch so zu versorgen, dass das Rehabilitationsziel unter Berücksichtigung der Beeinträchtigung möglichst ohne Unterbrechungen erreicht wird. Zu seinen Aufgaben gehören auch rehabilitationsspezifische Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitserziehung“ (ebd.: Abschnitt II.3.3).

Die Aufgaben der begleitenden Dienste können sich überschneiden. Die interdisziplinäre Kooperation innerhalb der einzelnen Organisationen ist hierbei zentral: Die Berufsförderungswerke verfügen deswegen über so genannte „Rehabilitationsteams“, das Fachpersonal der freien Bildungsträger steht ebenfalls in permanentem gegenseitigem Austausch, ohne den Begriff „Rehabilitationsteam“ zu verwenden.

Bereits zu Beginn einer beruflichen Rehabilitation begutachten Ärzte/-innen sowie Psycholog(inn)en (im Zuge von Assessments, Berufsfindungs- oder Arbeitserprobungsphasen) die gesundheitlichen Möglichkeiten der Teilnehmenden in Bezug auf bestimmte Berufe. Darüber hinaus gewährleistet der medizinische Dienst eine Notfallversorgung bzw. Krisenintervention und eine ärztliche Versorgung in täglichen Sprechstunden. Allerdings gibt es Unterschiede: Eine Webseite spricht von einer „vollwertige[n] allgemein- und arbeitsmedizinische[n] Rundumbetreuung“, während eine andere explizit auf die Kooperation mit extern behandelnden Haus- und Fachärzten verweist. Drei Berufsförderungswerke stellen die individuelle Begleitung und die Stabilisierung und Verbesserung

⁹⁰ Rehabilitand(inn)en haben im Rahmen ihrer beruflichen Rehabilitation Mitwirkungsrechte und -pflichten. „§ 35 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 3 SGB IX legt für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation als gesetzliche Organisationsvorgabe fest, dass diese den Teilnehmenden und den von ihnen zu wählenden Vertretungen die bereits in § 21 Abs. 1 Ziffer 4 SGB IX erwähnten angemessenen Mitwirkungsmöglichkeiten bieten müssen“ (vgl. http://www.arge-bfw.de/aktuelles/neues-rehabilitation/09_2012__rehabilitanden-engagieren-sich.html, Stand: 10.10.2012). Vertreter/innen aller untersuchten Berufsförderungseinrichtungen (auch der sonstigen Einrichtungen) erklärten, es gebe an ihren Häusern „Gruppensprecher/innen“, die die Interessen von Rehabilitand(inn)en gegenüber der Einrichtungsleitung oder bestimmten Gremien kommunizieren könnten und sollten. Insofern können Rehabilitand(inn)en für sie relevante Fragen an ihrer Berufsförderungseinrichtung thematisieren.

des gesundheitlichen Zustandes als Anliegen des medizinischen Dienstes in den Vordergrund: Rehabilitand(inn)en werden diverse Maßnahmen (Sport- und Bewegungstherapie, Massagen, Wirbelsäulengymnastik, Fitnesstraining, Ernährungs- und weitere Beratung u.ä.) angeboten, deren Nutzung gemeinsam mit dem medizinischen Dienst abgestimmt und organisiert wird. Analog dazu steht der psychologische Dienst den Rehabilitand(inn)en bei Bedarf in Einzelgesprächen zur Seite.

Bei den an der Studie mitwirkenden Berufsförderungswerken handelt es sich um vergleichsweise große Einrichtungen mit mehreren Hundert bis über Tausend Rehabilitand(inn)en, in denen auch eine internatsmäßige Unterbringung möglich ist. Mitarbeiter/-innen des medizinischen Dienstes stehen im Haus zur Verfügung. Die beteiligten freien Bildungsträger sind – gemessen an der Anzahl der Rehabilitand(inn)en – weitaus kleiner und bieten keine Internatsunterbringung an: Die Teilnehmenden sind daher darauf angewiesen zu pendeln. Die betreffenden Einrichtungen beschäftigen keine Ärzte/-innen oder Psycholog(inn)en bzw. haben keinen eigenen medizinischen Dienst, sondern kooperieren mit Ärzt(inn)en und Psycholog(inn)en aus der Umgebung. Darüber hinaus legen sie ihren Schwerpunkt auf Integrationsmaßnahmen, die kürzer als Vollqualifizierungen sind. Gesundheitsfördernde Angebote wie Sport, Ernährungsberatung etc. sind in diesen kürzeren Integrationsmaßnahmen nicht im selben Maße wie in Berufsförderungswerken enthalten.

Weiterhin sind die Bildungsträger zum Teil stark auf die Betreuung bestimmter Klient(inn)en spezialisiert. Einer der teilnehmenden Träger fokussiert etwa Hörgeschädigte und Autist(inn)en. Durch diese Spezialisierung ergeben sich zum Teil besondere Strukturen bzw. Abläufe.

Je nach Bildungsträger ist die Teilnahme an nicht fachlicher Förderung in unterschiedlichem Umfang verpflichtend. Beispielsweise kann die Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (Physiotherapie, Reha-Sport etc.) oder von Veranstaltungen zur Förderung personaler (nicht fachlicher) Kompetenzen („Soziale Kompetenz“, „Stressbewältigung“, „Lernstrategien“, „Selbst-Marketing“, „Konfliktmanagement“ etc.) vorgegeben sein.

Fachlicher Förderunterricht kann für Rehabilitand(inn)en je nach Einrichtung bei ungünstigen Zwischenergebnissen verpflichtend sein oder freiwillig genutzt werden.

Individuell betreut werden die Rehabilitand(inn)en von einem Rehabilitationsteam aus Lehrgangleiter(inne)n Psycholog(inn)en, Ärzt(inn)en, Sozialarbeiter(inne)n und Case

Manager(inne)n.⁹¹ Zwar sprach das Personal der beiden freien Bildungsträger nicht explizit von „Rehabilitationsteams“, jedoch wurde auch hier der Informationsaustausch zwischen Kolleg(inn)en unterschiedlicher Disziplinen im Interesse der Rehabilitand(inn)en erwähnt und schien eine wichtige Rolle zu spielen.

Das Case Management der Berufsförderungswerke begleitet die Rehabilitand(inn)en durchgehend bis zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Es organisiert die erforderlichen individuellen Lernhilfen (z.B. Förderunterricht, spezielle technische Hilfsmittel etc.), berät die Teilnehmenden in den verschiedensten Lebenslagen oder vermittelt professionelle Unterstützung in kritischen Situationen wie bei Todesfällen von Angehörigen, finanziellen Fragen etc. Die Case Manager/-innen halten Kontakt zu Angehörigen der Rehabilitand(inn)en und Reha-Trägern. Zudem unterstützen sie die Teilnehmenden aktiv bei der Integration: Sie helfen bei der Erstellung von Bewerbungen und bei der Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche, bei der Praktikums- und Arbeitsplatzsuche und kommunizieren mit potenziellen Arbeitgebern. Während die Case Manager/-innen der Berufsförderungswerke ausschließlich mit der Begleitung der Teilnehmenden befasst sind, geben die Case Manager/-innen der freien Bildungsträger („Reha-Coaches“) in geringem Umfang auch theoretischen Unterricht. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Doppelfunktion sich für die Rehabilitand(inn)en negativ darstellen könnte: Eine Auskunftsperson wünschte sich, „dass Dozenten besser auf den Unterricht vorbereitet sind. Sie haben wenig Zeit, weil sie auch Reha-Coaches sind. Sie müssen sich um jeden einzelnen kümmern. Die Bewerbungen haben Vorrang, man will ja dem Teilnehmer auch helfen. Sie müssen zu den Betrieben, um sich um die Leute zu kümmern. Die nehmen sich Zeit für Gespräche mit den Teilnehmern“. Zugleich erklärte sie: „Es hat sich eigentlich schon gebessert: Früher waren es weniger Dozenten, weil zwei Frauen gleichzeitig schwanger geworden sind. Jetzt sind es wieder mehr Dozenten“.

⁹¹ Je nach Berufsförderungseinrichtung werden diese auch Fallsteuerern/-innen, Rehabilitationsintegrationsmanager/-innen, Rehabilitationscoaches oder Seminarleiter/-innen genannt. Trotz unterschiedlicher Bezeichnungen sind ihre Aufgaben ähnlich und konzentrieren sich auf die individuelle Betreuung, Beratung und Integrationsunterstützung der Rehabilitand(inn)en.

5.4.2.1 Allgemeine Probleme innerhalb des Maßnahmeablaufs

In Bezug auf den Maßnahmeablauf wurden seitens der Rehabilitand(inn)en unter anderem organisatorische Beanstandungen laut, darunter als zu umfassend empfundene Gruppengrößen sowie die Parallelität von regulärem Unterricht und zusätzlicher Förderung. Beklagt wurde hierbei vor allem das Fehlzeitenmanagement. Mehrere Interviewte kritisierten, dass Zeiten, in denen sie individuell gefördert würden und dem berufskundlichen Unterricht aus diesem Grunde fernblieben, als Fehlzeiten notiert würden. Ab einer bestimmten Anzahl von Fehlstunden würden sie jedoch nicht mehr zur Abschlussprüfung zugelassen werden. Case Manager/-innen bestätigten in den persönlichen Interviews, Industrie- und Handelskammern würden bei umfangreichen Fehlzeiten die Zulassung zur Abschlussprüfung in Frage stellen. Weiterhin seien ihnen zufolge Bildungsträger aus organisatorischen und finanziellen Gründen dazu verpflichtet, die Reha-Träger über Fehlzeiten der Rehabilitand(inn)en zu informieren: Bei erheblicher Abwesenheit könne die Maßnahme durch die Reha-Träger abgebrochen werden. Andererseits sei es – fände zusätzliche Förderung später am Tag statt – für die Rehabilitand(inn)en auch schwierig, individuelle Förderung abends nach dem Unterricht wahrzunehmen, da dann der Lernstoff aus dem Fachunterricht nachbereitet werden müsse und dies den zeitlichen Ressourcen Grenzen setze.

Bemängelt wurden von den Teilnehmenden teilweise auch Aufgaben und fachliche Kompetenzen des medizinischen Dienstes. Gerade „zu den Randzeiten“ vor oder nach dem Unterricht sei er schlecht erreichbar oder es sei nur nachmittags ab einer bestimmten Uhrzeit möglich, Termine zu erhalten. Überdies zogen mehrere Rehabilitand(inn)en die fachliche Kompetenz der Ärzte/-innen in Zweifel. Teilnehmer(inn)en einer Gruppendiskussion vermuteten, das Wissen der Ärzte/-innen sei aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters nicht aktuell. Darüber hinaus hätten sie keine Kassenzulassung und müssten sich nicht wie Kassenärzte regelmäßig fortbilden. Teilweise sei ihre Abstimmung untereinander mangelhaft. Bei einer Vermittlung der Rehabilitand(inn)en an externe Ärzte/-innen – wie es vor allem bei freien Bildungsträgern vorkomme – sei nach Auffassung der Teilnehmenden der Wohnort zu beachten: Eine solche Weiterleitung sei für diejenigen wenig hilfreich, die nicht in näherer Umgebung wohnten und dort keine behandelnden Ärzte/-innen hätten.

Der psychologische Dienst andererseits wurde von den Interviewten überwiegend positiv beurteilt, doch fanden auch in diesem Zusammenhang Komplikationen Erwähnung.

Ein/-e Interviewpartner/-in war mit dem aus seiner/ihrer Sicht „oberflächlichen“ Gutachten des psychologischen Dienstes unzufrieden. Im Erstgespräch sei die betreffende Person gefragt worden, ob sie jemals Drogen genommen habe. Sie habe mitgeteilt, „als Jugendlicher einige Male gekiffert zu haben“. Daraufhin sei ihr „ein Stempel aufgedrückt“ worden, sie habe Drogenprobleme. Dies habe negative Folgen für den Aufenthalt beim Bildungsträger gehabt.⁹²

Kritisiert wurden außerdem verwendete Unterrichtsmethoden und -inhalte sowie das Unterrichtstempo. Einige Teilnehmende waren der Auffassung, der Lernstoff werde zu schnell durchgenommen, andere meinten hingegen, dies geschehe zu langsam. Aus Sicht der Bildungsträger liege dies wesentlich daran, dass in den einzelnen Ausbildungsgruppen Menschen mit unterschiedlichen beruflichen Werdegängen, persönlichen Vorgeschichten, Lebensbedingungen, gesundheitlichen Einschränkungen, Fähigkeiten, Begabungen, Zielen und Prioritäten aufeinander treffen, die sich alle identische Inhalte in gleicher Zeit aneignen müssten. Es ist anzunehmen, dass auch deshalb einige Teilnehmende nicht mit dem Unterrichtstempo oder mit der Schwerpunktsetzung zufrieden sind.

Rehabilitand(inn)en verschiedener Bildungsträger beklagten überdies, manche ihrer Dozent(inn)en erklärten zu wenig und griffen stattdessen zu häufig auf selbständige Aufgabenlösung oder Gruppenarbeit als Unterrichtsmethode zurück. Die Teilnehmenden einer Gruppendiskussion unterstellten in diesem Kontext einigen Lehrkräften, den Lernstoff selbst nicht zu verstehen und daher auch nicht vermitteln zu können. Teilweise zeigten diese auch wenig Geduld. Es gebe aber auch „das andere Extrem“, Dozent(inn)en, die mit Rehabilitand(inn)en sprächen, als seien sie „sechs Jahre alt“. Bemängelt wurde überdies zu wenig Feedback über Unterrichtsleistungen sowie ein defizitärer Praxisbezug.

Von Rehabilitand(inn)en angesprochen wurden auch Probleme der Erreichbarkeit von Dozent(inn)en und Unterrichtsausfälle. Manche Befragte traten dafür ein, mehr Dozent(inn)en bei den Bildungsträgern einzustellen, auf diese Weise das bestehende Personal zu entlasten und einem diskontinuierlichen Unterricht vorzubeugen. Gleichzeitig hoben sowohl Rehabilitand(inn)en als auch Mitarbeiter/-innen der beteiligten Einrichtungen die Bedeutung von selbständigem Lernen und der Eigenverantwortung von Teil-

⁹² Der Sachverhalt sei in das Gutachten aufgenommen worden und die Person müsse seither regelmäßig Urintests abgeben. Besonders unangenehm an diesen Tests sei, dass andere Rehabilitand(inn)en im Laufe der Zeit davon erfahren hätten.

nehmenden hervor. Unabhängig davon aber meinten die betroffenen Rehabilitand(inn)en, die Erwartung von selbständigem Lernen dürfe nicht als Ausrede für eine mangelhafte Unterrichtsvorbereitung des Lehrpersonals missbraucht werden. Interviewte Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen auf der anderen Seite problematisierten mit dem Unterricht zusammenhängende Komplikationen nicht explizit, erwähnten aber ebenfalls das Gewicht der Selbständigkeit: Einige Teilnehmende hätten eine überhöhte Anspruchshaltung und könnten „sich nicht so gut darauf einlassen, was man von ihnen erwarten darf, zum Beispiel selbständiges Arbeiten“.

Moniert wurden von den Teilnehmer(inne)n zudem die Nutzungsbedingungen zusätzlicher individueller Förderung, auch hinsichtlich der Freizeitangebote. Zwei Pendler/-innen fühlten sich bei der Nutzung der Einrichtungsstrukturen wie des Fitnessraums benachteiligt – er sei in erster Linie Internatbewohner(inne)n vorbehalten. Vertreter/-innen der Bildungsträger erklärten allerdings, die Angebote stünden allen Rehabilitand(inn)en gleichermaßen offen.

Beanstandet wurde durch die Leistungsbezieher/-innen zum Teil auch die Selektivität der Teilnahme an zusätzlichem fachlichen Förderunterricht: „In den Förderunterricht nehmen die Dozenten nur die auf, die sie [die Dozent(inn)en] brauchen“, hieß es in einer Gruppendiskussion. Allerdings wurde nicht genauer ausgeführt, welches Auswahlkriterium die Teilnehmenden dahinter vermuteten. In anderen Einrichtungen hingegen schienen schlechte Noten für die Teilnahme ausschlaggebend zu sein und die Betroffenen zu einem Besuch von Förderstunden zu verpflichten. Bei einigen Rehabilitand(inn)en wurde hierbei ein Informationsmangel deutlich: Sie hätten nicht verstanden, ob oder welche Angebote zusätzlich zum berufskundlichen Unterricht existierten – dies fiel gerade in Gruppendiskussionen auf,⁹³ während andere vom großen Nutzen dieser Hilfen berichteten und schon entsprechende Erfahrungen vorzuweisen hatten.

Sowohl Vertreter/-innen der Rentenversicherung als auch Mitarbeiter/-innen der Bildungsträger beklagten finanzielle, räumliche und zeitliche Einschränkungen eines derartigen flankierenden Unterstützungsangebots: Reha-Träger unterlägen Sparzwängen und auch innerhalb der Bildungseinrichtungen sei es nicht immer möglich, Einzelförderung

⁹³ In einem Berufsförderungswerk kam ein/-e Diskussionsteilnehmer/-in zu dem Schluss, er/sie sei wenig über die Geschehnisse im Haus informiert, da seine/ihre Qualifizierung hauptsächlich in einem Nebengebäude stattfindet und er/sie daher wenig mit Teilnehmenden anderer Maßnahmen in Berührung komme. Daran wird nach Auffassung der Autor(inn)en die Bedeutung informeller Kontakte in Bezug auf den Gebrauch von Unterstützungsangeboten deutlich.

im ausreichenden Umfang zu gewährleisten. Weitere Grenzen lägen in Merkmalen von Rehabilitand(inn)en begründet: Motivation, Können, intellektuelle Fähigkeiten sowie Selbständigkeit seien überaus relevant. Darüber hinaus seien diese als Erwachsene zum Teil „auch festgefahren“ und wollten nicht immer alles neu aufarbeiten und lernen.

Mitunter wurde zudem von Rehabilitand(inn)en moniert, ihre Case Manager/-innen kümmerten sich nicht intensiv genug um ihre Belange, während sich andere mit der Fallsteuerung sehr zufrieden gaben und ausführten, sie könnten sich auch bei persönlichen Anliegen an diese wenden. Interviewte Case Manager/-innen meinten in diesem Kontext, ihre Aufgabe sei es nicht nur, unmittelbar Probleme ihrer Klient(inn)en zu lösen, sondern auch, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten. So ließen sie Teilnehmende beispielsweise in ihrem Büro Telefonate erledigen und blieben währenddessen anwesend, um die Rehabilitand(inn)en zu stärken und bei Bedarf eingreifen zu können.

Finanzielle Fragen der Rehabilitand(inn)en stellten sich ebenfalls als relevant heraus: Verzögerungen bei der Bewilligung des Übergangsgeldes oder von einigen Pendler(inne)n als zu gering angesehene Fahrtkosten würden den Ablauf der Maßnahme belasten. In den Bildungseinrichtungen hätten Rehabilitand(inn)en nach Auskunft ihrer Vertreter/-innen daher die Möglichkeit, rehabilitationsbezogene, persönliche und andere Angelegenheiten ebenfalls mit den Case Manager(inne)n zu besprechen (z.B. Übergangsgeld, Fahrtkostenerstattung für Pendler/-innen, beim Kontakt zu weiteren Behörden usw.), während für fachliche Fragen Dozent(inn)en verantwortlich seien.

Der Umgang von Rehabilitand(inn)en untereinander wurde teils gelobt, aber auch kritisiert: Stellenweise sei er nicht zufriedenstellend, diskriminierend oder gar ausländerfeindlich. Trotz entsprechender Regeln in den Hausordnungen der Berufsförderungseinrichtungen würde deren Einhaltung nicht oder unzureichend durchgesetzt. Die Mehrheit der Befragten gab allerdings an, „einen guten Kontakt“ zu anderen Rehabilitand(inn)en zu haben, sie unterstützten sich gegenseitig und lernten zusammen. Ferner lieferten sie sich gegenseitig Informationen, z.B. über geeignete Praktikumsplätze. Manchmal verbrachten sie auch Freizeit gemeinsam. Einige Befragte hingegen wünschten sich mehr Kontakt zu anderen Rehabilitand(inn)en – durch familiäre und weitere Verpflichtungen oder Umstände wie Kindererziehung, Pendeln etc. sei dieser eher eingeschränkt.

Mitunter sei der Umgangston unter Teilnehmenden aber auch „rau“: „Manche Rehabilitanden, Klassenkameraden von mir, haben psychische Probleme, mit denen wird manchmal nicht so zimperlich umgegangen, das ist schade. Das hier ist eine Reha und

soll einen nicht fertig machen“. Eine Person ohne Migrationshintergrund sprach hierbei auch von Mobbing gegenüber einzelnen Leistungsteilnehmenden. Speziell Migrant(inn)en seien davon jedoch nicht betroffen.

Schließlich sei der Zeitplan der beruflichen Rehabilitation sehr knapp, aufgrund der Begrenzung auf zwei Jahre seien einige Ausbildungen, die regulär drei Jahre oder etwas länger dauerten, sehr anspruchsvoll. Gesundheitliche Einschränkungen wirkten sich hierbei zusätzlich erschwerend aus.

Ein/-e Einrichtungsmitarbeiter/-in sah weiterhin ein Problem im geringen Bildungsniveau von Rehabilitand(inn)en, ein/-e weitere/-r problematisierte im ländlichen Raum die Infrastruktur: Öffentliche Verkehrsmittel seien rar, dies wirke sich negativ auf das Einhalten von Beratungsterminen und später auch auf die Teilnahme an einer Qualifizierung aus.

Einige Rehabilitand(inn)en erklärten, zu Beginn der Maßnahme passiv oder auch antriebslos gewesen zu sein. Dies habe sich „eines Tages“ bzw. „auf einmal“ geändert. Interessant wäre daher, gerade im Kontext beruflicher Rehabilitation zu eruieren, ob diese erwähnte Passivität nur anfänglich oder auch dauerhaft ist und welchen Anteil von Personen dies betrifft.

Bei der Frage der Relevanz von Familie und Freunden – sie wurde speziell von den Organisationsrepräsentant(inn)en hervorgehoben – waren Rehabilitand(inn)en selbst geteilter Meinung. Die meisten derjenigen, die familiäre Hilfe als wichtig ansahen, waren sich über die zentrale Rolle emotionaler Unterstützung einig, „weil man psychisch sowieso sehr angeschlagen“ sei, seine Arbeit nicht mehr machen könne oder „weil gerade depressive Teilnehmer mit Selbstzweifeln zu kämpfen“ hätten und vom Zuspruch profitierten. Ferner seien erwachsene Rehabilitand(inn)en nach vielen Jahren der Berufstätigkeit schulische oder Ausbildungsverhältnisse nicht mehr gewöhnt und schätzten gerade dann die Stärkung und Motivation durch Familie und Freunde. Manche Rehabilitand(inn)en sprachen auch von praktischer Hilfe ihrer Angehörigen: Ihre Partner/-innen würden ihnen häusliche Pflichten abnehmen, sich um die Kinder kümmern, ihnen helfen, Briefe aufzusetzen und Telefonate zu führen oder ihnen fachlich unter die Arme greifen, sie kurz vor Klausuren abfragen oder bei der Berufswahl beraten.

Andere Respondent(inn)en konnten sich nicht vorstellen, wie und wobei ihr soziales Umfeld ihnen helfen könnte: „Wie sollen sie einen denn unterstützen?“ Eine Person empfand die Bildungseinrichtungen umgekehrt sogar als Entlastung, weil es dadurch zu vermeiden sei, Familien und Freunden neue Sorgen aufzubürden, ebenso wie ein/-e ande-

re/-r Interviewter/-in Freunde gar nicht involvieren wollte: „Ich muss ja nicht jedem mein Herz ausschütten“. Nicht alle Befragte hatten nach eigenen Angaben Kontakt zu ihren Familien und konnten daher keine Auskunft hierzu geben.

5.4.2.2 Migrationspezifische Probleme innerhalb des Maßnahmeablaufs

Die Beherrschung der deutschen Sprache wurde als wesentliche Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg und somit als zentrale Frage für Migrant(inn)en hervorgehoben. Mehrere Teilnehmende mit Migrationshintergrund berichteten von sprachlichen Problemen: Manche verstünden die Dozent(inn)en nicht, weil diese schnell sprächen, andere hätten Schwierigkeiten bei der Rechtschreibung oder täten sich schwer, Texte zu verfassen, dies mache sich vor allem bei Prüfungen bemerkbar. Einige Organisationsrepräsentant(inn)en waren der Meinung, es müsse bereits im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation ein Bewusstsein für die Bedeutung sprachlicher Fähigkeiten geschaffen werden – insbesondere bei Migrant(inn)en, damit sie die Notwendigkeit sprachlicher Zusatzförderung auch im Gespräch mit DRV-Berater(inne)n thematisierten oder selbst an ihren Deutschkenntnissen arbeiteten. Um das Potenzial vor allem hochqualifizierter Migrant(inn)en auszuschöpfen, werde verstärkt versucht, ihre Deutschkenntnisse bereits im Vorfeld zu verbessern. Organisationsrepräsentant(inn)en argumentierten hierbei einerseits, eine zusätzliche Sprachförderung gehöre nicht zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und läge daher in der Verantwortung der Rehabilitand(inn)en selbst. Habe ihr bisheriges Berufsleben allerdings keine umfassenden Deutschkenntnisse verlangt, sollten sie dennoch die Möglichkeit bekommen, diese zu verbessern.

In Bezug auf die Finanzierung solcher Deutschkurse im Rahmen der beruflichen Rehabilitation herrschte Uneinigkeit: Einige Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen erklärten, die Rentenversicherung finanziere vorbereitende oder begleitende Deutschkurse, andere verneinten dies – ein Hinweis auf regionale Unterschiede in der Finanzierungspraxis der Reha-Träger. Würden dafür anfallende Kosten durch die Rentenversicherung nicht übernommen, versuchten nach Ausführungen von Repräsentant(inn)en der Bildungseinrichtungen die Bildungsträger „kreative Maßnahmekonstruktionen“ zu entwickeln, die Deutschkurselemente enthielten. So würden mitunter Vorbereitungskurse für spezielle Bedarfe angeboten, von denen auch Migrant(inn)en profitieren könnten. Auch wurden

Beispiele für individuelle Nachhilfe in der berufsbezogenen Fachsprache, für individuellen Deutschförderunterricht und für Abendkurse angeführt, die auch über den Rehabilitationsvorbereitungslehrgang hinaus – er sollte nach Ansicht einiger Teilnehmer/-innen verlängert werden – begleitend weiterliefen. Kritisch zweifelte ein/-e Migrant/-in jedoch den Nutzen solcher Sprachkurse an: „Wenn ich schon seit 18-19 Jahren hier bin und noch Schwierigkeiten habe, wie viel soll das dann noch bringen“. Auch verwies diese Person auf eine schwierige zeitliche Vereinbarkeit der beruflichen Rehabilitation mit der zusätzlichen Teilnahme an Deutschkursen. Andere Migrant(inn)en gaben demgegenüber an, ihnen hätten kurze vorbereitende Deutschkurselemente während des Rehabilitationsvorbereitungslehrgangs sehr geholfen und dazu beigetragen, dass sie dem Unterricht in der späteren Qualifizierung wesentlich besser folgen konnten, als es ohne diese Förderung der Fall gewesen wäre.

Zwei Migrant(inn)en bedauerten, dass für sie kein Rehabilitationsvorbereitungslehrgang bewilligt worden sei – sie hätten sich auf dieser Basis sprachlich gern intensiver auf die berufliche Rehabilitation vorbereitet und dann eventuell weniger Schwierigkeiten dabei gehabt, schriftlich gestellte Fragen bei Tests und Prüfungen zu verstehen.

Hilfen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sind offenbar auf informelle Art auch jenseits von Deutschkursen erhältlich. Wie Organisationsvertreter/-innen berichteten, komme es vor, Teilnehmende mit Migrationshintergrund etwa beim Verfassen von Behördenbriefen zu unterstützen.

Organisationsrepräsentant(inn)en sprachen überdies über die Hinzuziehung von Verwandten zu Übersetzungszwecken in Verbindung mit unterschiedlichen kulturellen Prägungen: Sei es in der Herkunftsgesellschaft unerwünscht, Hilfe von Frauen in Anspruch zu nehmen, würde bei Gesprächen mit Organisationsvertreter(inne)n teilweise auf die Übersetzung durch Töchter oder Ehefrauen verzichtet. Zudem könne sich die Nähe der Familie unter Umständen negativ auswirken, wenn Frauen, die für eine berufliche Rehabilitation in Frage kämen, „kulturell eingengt und stärker kontrolliert“ würden oder die Entscheidung für die berufliche Rehabilitation von der Familie nicht gutgeheißen werde. Ferner könnten – ebenfalls nach Ansicht der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen – kulturelle Vorstellungen männliche Rehabilitanden davon abhalten, zu-

sätzliche Hilfen wie eine Übersetzung im Rahmen von Beratungsgesprächen in Anspruch zu nehmen, wenn sie von einer Frau erbracht würde.

Darüber hinaus berichteten Rehabilitand(inn)en sowie Organisationsrepräsentant(inn)en von der Bedeutung kultureller Unterschiede: Einige Teilnehmende erklärten, die Unterrichtsweise und bestimmte Lösungswege seien anders als in ihrem Herkunftsland, auch würden Dozent(inn)en ohne Migrationshintergrund Dinge für sie in ungewohnter Weise erklären. Ein/-e Teilnehmende/-r mit Migrationshintergrund berichtete: „Aufgaben werden hier anders gelöst als bei uns in der Schule. Die Herangehensweise ist anders. [...] Das Ergebnis ist am Ende das gleiche, aber die Art, wie das erklärt wird, der Lösungsweg ist anders“. Eine andere Person meinte, Deutsche und insbesondere Dozent(inn)en hätten eine andere Art des Redens und Erzählens, sie redeten viel „rundherum“.

Auf Seiten der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen, die sich bei ihren Ausführungen – wie bereits erwähnt – nicht auf den Migrationshintergrund im Sinne des Mindestindikatorensatzes beziehen konnten, sondern nationalitätenspezifische Zuschreibungen anwandten, führten mehrere Interviewpartner/-innen exemplarisch Erfahrungen an, die sie dazu veranlassten, systematische Differenzen zu vermuten: Zum Teil gebe es „bei Migranten ein größeres Misstrauen gegenüber den beteiligten Einrichtungen und Behörden, sowohl Berufsförderungswerken als auch Sozialversicherungsträgern“, wurde in Bezug auf Teilnehmer/-innen aus der ehemaligen Sowjetunion und „aus dem südöstlichen und nahöstlichen Bereich“ berichtet – ein Eindruck, der sich auch in der einschlägigen Forschungsliteratur wiederfindet (vgl. dazu Riecken & Schwichtenberg 2002: 237).⁹⁴

Einem/-r Organisationsvertreter/-in zufolge legten Rehabilitand(inn)en aus Ländern wie Marokko, der Türkei und dem Nahen Osten mehr Wert auf persönliche Absprachen denn auf formale Vorgaben oder schriftliche Vereinbarungen. Sie versuchten häufiger zu verhandeln, was der „behördlichen Zweckrationalität“ in Deutschland zuwiderlaufe. Ob dies systematisch verstärkt für Rehabilitand(inn)en aus dem Nahen Osten zutrifft, ist fraglich – hier kann auch eine subjektiv geprägte Wahrnehmung vermutet werden.

Anderen Organisationsvertreter(inne)n zufolge sei überdies Teilnehmenden aus Osteuropa Fleiß und Gehorsam wichtiger als anderen Gruppen – dies könne für den Prüfungs- und Eingliederungserfolg in bestimmten Berufen unter Umständen von Vorteil sein, gehe allerdings zu Lasten selbständigen Arbeitens. Des Weiteren würden sich dieselben Grup-

⁹⁴ Speziell auf Migrant(inn)en aus der ehemaligen UdSSR beziehen sich in diesem Kontext van Elten et al. (2010).

pen bei der Berufswahl oftmals weniger von erzielten Assessment-Ergebnissen, sondern mehr von persönlicher Motivation leiten lassen – Migrant(inn)en werden also unterschiedliche, teils sogar entgegengesetzte Eigenschaften zugeschrieben. Inwiefern die von den Organisationsvertreter(inne)n beschriebenen Differenzen der verschiedenen Migrant(inn)engruppen aber tatsächlich zutreffen und Einfluss auf die berufliche Rehabilitation nehmen, wäre anhand quantitativer Methoden noch zu prüfen.

Schon im Zugang zur beruflichen Rehabilitation vermuteten Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen zudem, Migranten aus „männlich dominierten Kulturen“ hätten es manchmal schwerer, ihre (psychische) Behinderung zu akzeptieren. Auch wurde geäußert, sie hätten zum Teil „rascher das Gefühl, in ihrer Ehre verletzt worden zu sein“. Auch komme es vor, dass männliche Teilnehmer in der beruflichen Rehabilitation nicht von Frauen beraten bzw. betreut werden oder sich bei der Beratung nicht von Frauen aus ihrer Familie übersetzen lassen wollten. Zwar könnten die Organisationen dem entgegenwirken, indem sie versuchten klarzumachen, dass ihr Personal unabhängig vom Geschlecht gleich gut qualifiziert sei. Allerdings seien hierbei Transparenz und Überzeugungsarbeit notwendig.

Zum Geschlecht komme den Erfahrungen der in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Beschäftigten nach aber das Alter hinzu: Einige männliche Migranten verhielten sich gegenüber weiblichem Personal „freundlich und machen, was die ‚Mama‘ sagt, weil ich älter bin. Da genießt man als Frau noch einiges Ansehen. Wenn ich jünger wäre, wäre das anders“.

Auch wurde auseinandergesetzt, Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund könnten aus persönlichen oder religiösen Gründen vom Unterricht freigestellt werden, „solange es nicht überhand nimmt“ und dies nicht in der Prüfungs- oder Prüfungsvorbereitungsphase geschehe. „Einmal hatte jemand schon eine Pilgerfahrt nach Mekka gebucht und konnte die Maßnahme erst eine Woche später anfangen. Das war der Person sehr wichtig und sie hatte ja auch viel Geld investiert. Das wurde dann so gelöst, dass das Übergangsgeld für diese Woche nicht bezahlt wurde und die DRV mit der Pilgerfahrt einverstanden war“. Ein/-e Teilnehmer/-in mit Migrationshintergrund gehe freitags früher nach Hause, um die Moschee zu besuchen.

Auf Seiten der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen wurde der Wunsch, während „religiöser Feiertage, die nicht zum Christentum gehören“, von der Anwesenheitspflicht bei der beruflichen Qualifizierung entbunden zu werden oder nach einem

längeren Auslandsaufenthalt mitunter auch als überhöhte „Anspruchshaltung“ interpretiert. Die beteiligten Einrichtungen hätten diesen Interviewpartner(inne)n zufolge die Pflicht, dem entgegenzuwirken und auf die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation sowie auf die mit der Maßnahme verbundenen Kosten und Mitwirkungspflichten der Rehabilitand(inn)en aufmerksam zu machen. Das Urlaubsverhalten wurde zudem im Kontext der Arbeitsmarktintegration erwähnt: „Es kann schwer sein, zu vermitteln, dass es auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht üblich ist, den Jahresurlaub auf einmal zu nehmen“.

Auch neigten Migrant(inn)en nach Ansicht von Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen mehr zur Somatisierung, sie seien häufig arbeitsbereiter und gleichzeitig weniger über rechtliche Regelungen, Erwartungen von Arbeitgeber/-innen oder gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz im Bilde. Entsprechende Befunde finden sich auch in anderen Studien: „Die Somatisierungsbereitschaft der Migranten wurde nicht nur durch den kulturellen Unterschied, sondern auch durch den Migrationsstress erklärt. Auch das Nachlassen der somatoformen Beschwerden bei zunehmender Aufenthaltsdauer im neuen Land kann im Zusammenhang mit der Abnahme des Migrationsstressses gesehen werden. [...] Neben einer ‚unterschiedlichen kulturellen Prägung‘ scheinen also die schwierigen Lebensbedingungen und schichtspezifische Belastungen eine wichtige Rolle in der Genese somatoformer Beschwerden bei Migranten zu spielen. [...] Wichtige Prädiktoren für chronischen Schmerz bei Migranten sind geringe Adaptation in die Aufnahmegesellschaft, Inaktivität, weibliches Geschlecht und unkritischer Umgang mit Schmerzmitteln“ (Erim & Glier 2011: 244).

Einige Befragte meinten, keine systematischen Unterschiede zwischen Migrant(inn)en und Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund beobachten zu können, während andere der Auffassung waren, die Familie sei für Menschen mit Migrationsgeschichte wichtiger, der Zusammenhalt sei enger, die gegenseitige Unterstützung größer. Entscheidungen würden kaum unmittelbar getroffen, es gebe fast immer den Hinweis, die Betroffenen müssten sich mit der Familie abstimmen. Nach Auskunft von Organisationsvertreter(inne)n hätten Migrant(inn)en häufig „Bewerbungsunterlagen dabei, die ihre Töchter und Söhne für sie vorformuliert haben, das ist eine schöne Sache. Einheimische haben vielleicht nicht mehr so den Kontakt zu ihren Kindern oder die Kinder sind fauler“. Andererseits lebten Migrant(inn)en nach Ansicht dieser Befragtengruppe öfter in schwierigeren sozialen Verhältnissen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Sie könnten

nicht immer die notwendige Unterstützung durch ihr Umfeld erfahren, die für die berufliche Rehabilitation wichtig wäre.

Rehabilitationsbezogene Hemmnisse träten nach Erfahrungen der Organisationsvertreter/-innen auch auf, wenn sich Familienangehörige – besonders bei Migrant(inn)en – gegen eine Internatsunterbringung ihrer (weiblichen) Mitglieder aussprächen. Allerdings sei das Wohnen im Internat für alle Rehabilitand(inn)en mit Familie oder Partner/-in gewöhnungsbedürftig.

Der Verlust sozialer Netzwerke und der damit einhergehenden potenziellen Unterstützung in der Migrationssituation wird auch in der Migrations- und Integrationsforschung als integrationsrelevant thematisiert. Einen Forschungsüberblick bieten Baykara-Krumme et al. (2011): Die Solidaritätsthese geht von einer „größeren emotionalen Verbundenheit der Generationen“ in Migrant(inn)enfamilien aus. Zurückgeführt wird dies einerseits auf Familien- und Verwandtschaftsstrukturen der Herkunftsländer, in welchen umfangreiche Verpflichtungen und Interaktionen zwischen Eltern und Kindern bestehen. Je nach Herkunftsgesellschaft könnten der Gemeinschaftsaspekt und der familiäre Zusammenhalt stärker ausgeprägt sein als in Deutschland. Des Weiteren bringe die Migrationserfahrung Familien in ein neues soziales Umfeld, wobei der Kontextwechsel als abrupt und umfassend beschrieben wird. Dies könne den familialen Zusammenhalt stärken. Andererseits könne aber auch ein Generationenkonflikt aufbrechen, wenn sich die Kinder eher an den kulturellen Werten des Ziellands orientierten, die Eltern jedoch an denen des Herkunftslands festhielten. Mitunter wird angenommen, „dass die theoretische Diskussion die Unterschiede bezüglich der Beziehungsqualität von jungen Erwachsenen und ihren Eltern mit und ohne Migrationshintergrund deutlich überschätzt“ wird.

Befragte aus sämtlichen Gruppen gaben an, dass die Unterstützung von Angehörigen und Freunden für den Verlauf und Erfolg der beruflichen Rehabilitation von Bedeutung sei. Förderlich sei eine emotionale und praktische Unterstützung durch das soziale Umfeld. Allerdings sei der Einfluss von Freunden und Familie sehr individuell. Negativ wirke sich hingegen eine mangelnde Akzeptanz einer Behinderung im Verwandtschaftssystem aus. Dies könne die Zusammenarbeit mit der Rehabilitationseinrichtung erschweren und die Rehabilitand(inn)en verunsichern, psychisch belasten und im ungünstigsten Fall zum Abbruch führen. Auch könnten Familienmitglieder „die Rehabilitanden mit dem Hinweis auf häusliche Pflichten ausbremsen“.

Ein/-e Einrichtungsvertreter/-in sah die allgemeine Lebenssituation von Zugewanderten als relevant an – diese habe „einen tief greifenden Einfluss auf den gesamten Reha-Prozess, und zwar immer dann, wenn die soziale Situation in Deutschland unsicher ist oder als unsicher empfunden wird“. Aus diesem und anderen Gründen seien Migrant(inn)en häufig „sehr aktiv und hoch motiviert“.

Der Umgang von Rehabilitand(inn)en untereinander wurde von den Teilnehmenden weitgehend positiv geschildert, doch kamen auch Belastungen durch Diskriminierung im Rehabilitationsalltag zur Sprache. Eine Person mit Migrationshintergrund empfand ihre „Klassenkameraden“⁹⁵ als nicht hilfsbereit, ziehe sich daher zurück und verbringe die Unterrichtspausen alleine. Mehrere Migrant(inn)en erklärten, sie würden häufiger „von Deutschen ausgelacht“, mit Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund verstünden sie sich besser. Teilnehmende einer Gruppendiskussion sprachen von Diskriminierung und „Alltagsrassismus“ sowie von einem Berufsförderungswerk als „Nazi-Hochburg“, einige Rehabilitand(inn)en seien daher „eingeschüchtert“. Es komme zu „rassistische[n] Äußerungen“: „wer Deutsch kann, ist im Vorteil“. Viele Teilnehmer/-innen hätten noch nie mit Migrant(inn)en zu tun gehabt, kämen aus ländlichen Gegenden, seien „kein Multi-Kulti gewöhnt“ und verbreiteten die auf dem Land herrschenden Ausländerabneigungen, trugen Befragte mit Migrationshintergrund in einer Gruppendiskussion als Gründe für ausländerfeindliche Einstellungen vor. Dozent(inn)en fehle es zur Unterbindung von ausländerfeindlichem Verhalten an Durchsetzungsvermögen. Werde Kleidung

⁹⁵ Im Zuge der Datenerhebung fiel auf, dass die Rehabilitand(inn)en häufig die Worte „Lehrer“, „Schüler“, „Klasse“ und dergleichen verwendeten. Einige machten deutlich, sie fühlten sich wie in der Schule, manche sogar „wie im Kindergarten“, einige Teilnehmende „verhalten sich wie Sechsjährige“ oder als befänden sie sich „noch in der Pubertät“ und „von manchen Dozenten wird man wie ein Sechsjähriger behandelt“. In diesem Zusammenhang ist die Frage der Lernbedingungen und des selbständigen Lernens relevant. Selten sprachen Interviewte in Berufsförderungswerken von sich selbst oder anderen Rehabilitand(inn)en als von „Insassen“. (Bei freien Trägern kam das nicht vor. Jedoch wurden auch sie als spezielle Einrichtungen empfunden und Unterschiede zur Arbeitswelt hervorgehoben). Die Assoziation mit einem nach außen abgeschlossenen Raum liegt nahe. Diese wird durch die räumliche Lage der Einrichtungen (häufig fern des Stadtzentrums), die Internatsunterbringung, den strukturierten Ablauf von Qualifizierungen, eine möglicherweise subjektiv empfundene Abhängigkeit der Rehabilitand(inn)en und andere Gegebenheiten gefördert. Goffman betrachtet andere organisatorische Einheiten wie psychiatrische Anstalten bzw. Krankenhäuser, Internate, Klöster, militärische Einrichtungen und Schiffe als abgeschlossene „totale Institutionen“, die das Leben ihrer „Insassen“ kontrollieren bzw. strukturieren, da sie einen abgegrenzten Raum und bestimmte Zeiten für deren Handlungen vorgeben (vgl. Goffman 1981). Die Abgeschlossenheit der Berufsförderungseinrichtung wurde einerseits als ein Konstrukt, das nicht den Bedingungen der Arbeitswelt entspreche, kritisiert. Andererseits stellten die Einrichtungen eine Art geschützten Rahmen im Gegensatz zur anspruchsvolleren Umwelt dar: Einige Befragte empfanden die Bedingungen ihrer Maßnahme als „Luxus“ bzw. als weitaus besser als auf dem Arbeitsmarkt, denn so viel Rücksicht wie in der beruflichen Rehabilitation würde im „normalen“ oder „richtigen“ Berufsleben bzw. „draußen“ nicht auf sie genommen werden.

„untersagter Marken“ getragen,⁹⁶ würden die Betroffenen ermahnt, „ansonsten passier[e] nicht viel“. Zudem sei die „Rechtslage asymmetrisch“, denn „wenn ich mit einem RAF-T-Shirt beim BFW auftauchen würde, würde ich dafür in den Knast wandern. Wenn Leute mit Thor-Steinar-T-Shirts ins BFW kommen, obwohl das im Haus verboten ist, wird das übersehen“.⁹⁷ Andererseits meinten Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen, „gesellschaftsunverträgliche“ Einstellungen kämen kaum zum Tragen. Wenn sie aber vorkämen, werde der Reha-Träger informiert, der „den Betroffenen aus dem BFW entfernen“ könne. Kolleg(inn)en anderer Bildungsträger verwiesen auf Hausordnungen oder klärende Gespräche.

Mehrere Migrant(inn)en brachten der beruflichen Rehabilitation unter der Begründung, es gebe sie in ihrem Herkunftsland nicht, generell viel Wertschätzung entgegen. Dabei hoben sie die Rolle der Eigeninitiative hervor: Konflikte mit anderen Teilnehmenden sollten möglichst ohne Vermittlung gelöst werden: „Wir sind erwachsene Leute.“

In einer Bildungseinrichtung war darüber hinaus seitens der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen von Gruppenbildungen entlang kultureller bzw. ethnischer Merkmale die Rede. Dass sich daraus Schwierigkeiten in der Ausbildung ergäben, könne aber nicht beobachtet werden.

Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund hatten ebenfalls unterschiedliche Beobachtungen gemacht: Einige vertraten die Ansicht, Menschen mit Migrationshintergrund benötigten während der Maßnahme keine umfassendere Hilfe. Auch wurde ausgeführt, Migrant(inn)en nähmen die Rehabilitation ernster, das zeige sich an den Noten. Einem/-r weiteren Befragten war aufgefallen, „Mitschüler“ mit Migrationshintergrund würden „ab und zu blöd angemacht“, belächelt, es würden Witze über sie gemacht, es würde „gelacht, wenn die was vorlesen oder so“. Inwieweit sich dies auf die Atmosphäre

⁹⁶ Einige Vertreter/-innen von Berufsförderungswerken führten aus, in ihren Hausordnungen seien bestimmte Verhaltensregeln sowie das Verbot, „Kleidung bestimmter Marken zu tragen, an welchen Nazis sich erkennen“ festgeschrieben (vgl. Abschnitt 6).

⁹⁷ Im Rahmen soziologischer Untersuchungen wird das Antwortverhalten häufig von „sozialer Erwünschtheit“ beeinflusst: Befragte antworten tendenziell so, wie sie denken, dass dies von ihnen erwartet wird (s.o.). Beim Thema Umgang von Menschen ohne Migrationshintergrund und Migrant(inn)en miteinander lässt sich ebenfalls eine Reihe von sozial erwünschten Reaktionen erwarten. Als Hinweis darauf kann die Tatsache interpretiert werden, dass die meisten einzelnen Interviewten sich positiv dazu äußerten, wenige Rehabilitand(inn)en von Problemen sprachen und niemand von eigenen Antipathien gegenüber Migrant(inn)en berichtete. Dass Migrant(inn)en in der zitierten Gruppendiskussion besonders auf Fremdenfeindlichkeit in ihrem Berufsförderungswerk eingingen, kann der tatsächlichen Situation geschuldet sein, mit einer höheren Sensibilität für ähnliche Fragen bei diesen Diskutierenden zusammenhängen oder durch bestimmte Gruppendynamische Prozesse verstärkt worden sein (vgl. Moscovici & Zavalloni 1969).

in der Gruppe bzw. den Lernerfolg auswirkt und welche Ausmaße derartige Probleme erreichen, müsste anhand quantitativ angelegter Studien identifiziert werden.

5.4.2.3 Allgemeine Lösungen

Im Kontext verschiedener Schwierigkeiten wurde immer wieder das Einzelgespräch als wirksamer Lösungsweg erwähnt. In Konfliktsituationen migrationspezifischer oder allgemeiner Natur sei es daher hilfreich, wiederholt mit den Beteiligten zu sprechen und bei Bedarf zur Verfügung stehende Kontakte zu mobilisieren, „die professionellen Netzwerke“ zu nutzen und um Unterstützung zu bitten.

Der Bedarf an individueller fachlicher und nicht-fachlicher Förderung scheint recht hoch zu sein. Allerdings wird ein bestimmter Umfang an Inhalten in Gruppen vermittelt, wobei Rehabilitand(inn)en diese Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch wiederum wertschätzen.

Um dem Bedarf und dem Wunsch von Rehabilitand(inn)en nachzukommen, individuelle Unterstützungsangebote zu nutzen und dabei möglichst wenig allgemeinen berufskundlichen Unterricht zu verpassen, würden einzelne Förderstunden (je nach räumlicher, finanzieller und Personalkapazität) in den Pausen zwischen Fachunterrichtsstunden oder an den Abenden vereinbart. In einigen Bildungseinrichtungen werde der Bedarf an fachlicher Förderung durch die betreffende Einrichtung festgelegt. Manche Dozent(inn)en scheinen dies hingegen flexibler zu handhaben, was durch die Teilnehmenden großteils positiv bewertet wurde.

5.4.2.4 Migrationspezifische Lösungen

Nach Angaben von Einrichtungsrepräsentant(inn)en könnten bei Verständigungsschwierigkeiten auch Angehörige von Rehabilitand(inn)en hinzugezogen werden. Weiterhin könne auf Kolleg(inn)en oder andere Akteure mit und ohne Migrationsgeschichte zurückgegriffen werden. Würde sprachlicher Förderbedarf innerhalb der Maßnahme bestehen, eine spezielle Unterstützung aber nicht finanziert werden, versuchten Bildungseinrichtungen, „kreative“ Lösungen zu finden, soweit ihre Kapazitäten dies zuließen. Auch hätten manche „Kollegen im BFW einen pädagogischen Schwerpunkt ‚DAF‘ [Deutsch als

Fremdsprache, Anm. d. Verf.]“ und würden bei Verständigungsschwierigkeiten hinzugezogen, sowohl bei der Beratung als auch als Hilfe beim Lernen.

Gebe es männliche Teilnehmer, die sich nicht von Frauen unterrichten oder betreuen lassen wollten, komme es zu klärenden Gesprächen, in denen auf die geschlechtsunabhängige Qualifikation des Personals und auf Mitwirkungspflichten von Rehabilitand(inn)en hingewiesen werde.

In Bezug auf fremdenfeindliches Verhalten von Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund wurde seitens eines Bildungsträgers erläutert, die Hausordnung enthalte entsprechende Regeln zu respektvollem Umgang miteinander. Bei anhaltenden Problemen könne auch der Reha-Träger intervenieren. Weiterhin könnten Dozent(inn)en „den bereichernden Aspekt [einer multikulturellen Rehabilitand(inn)enschaft, Anm. d. Verf.] ansprechen“, Multikulturalität z.B. bei internen Veranstaltungen thematisieren und „Essen aus dem eigenen Kulturkreis mitbringen lassen“. Ein/-e Einrichtungsvertreter/-in sprach von einer allgemeinen Praxis des betreffenden Bildungsträgers, sichtbare Unterschiede bzw. Merkmale wie Kopftücher, die mit einem Migrationshintergrund zu tun haben können, „auf nicht stigmatisierende Art“ anzusprechen, um Diskriminierung oder Stigmatisierung zu unterbinden.

5.4.2.5 Allgemeine Verbesserungsvorschläge

Einige Befragte gaben an, den Bildungs- bzw. Reha-Trägern fehle es an Informationen über Maßnahmeteilnehmende. Sie schlugen in diesem Zusammenhang vor, den Informationsstand über Rehabilitand(inn)en (persönliche Situation, gesundheitlicher Zustand, vorherige berufliche Tätigkeit, Ausbildungschancen, Integrationsaussichten usw.) zu verbessern. Zudem solle der Informationsfluss zwischen beiden Organisationsarten intensiviert werden – das meinten sowohl Rehabilitand(inn)en als auch ein/-e Einrichtungsvertreter/-in. Bereits in der medizinischen Rehabilitation sei es sinnvoll, wenn Kosten- und Bildungsträger sich über Klient(inn)en austauschten. Auch sollten Beschwerden von Rehabilitand(inn)en über ihre Bildungseinrichtungen an die Reha-Träger weitergeleitet werden. (Teilnehmende einer Gruppendiskussion erklärten, in ‚ihrem‘ Berufsförderungsnetzwerk würden Beschwerden „abgefangen“ und nicht an die Reha-Träger weitergeleitet).

Einer Person war zudem daran gelegen, im Zuge der Maßnahme das Berufsförderungswerk wechseln zu können, um wohnortnah qualifiziert zu werden – derzeit sei ein Wechsel kaum möglich bzw. mit viel Aufwand und Einschränkungen verbunden.

Insgesamt solle die berufliche Rehabilitation weniger bürokratisch ablaufen – sowohl bei den Bildungs- als auch bei den Reha-Trägern.

Einige Teilnehmende sprachen sich dafür aus, die Maßnahme bzw. den Rehabilitationsvorbereitungslehrgang zu verlängern: Neben der Qualifizierung, die verkürzt ablaufe, versuchten sie, ihre gesundheitlichen Einschränkungen in den Griff zu bekommen – der Zeit- und Erfolgsdruck sei aber enorm und stehe dem im Wege. Um die Rehabilitand(inn)en zu entlasten, solle zumindest die Anzahl von Prüfungen pro Woche reduziert werden.

Bei der Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen solle den Teilnehmenden zufolge darauf geachtet werden, alle Rehabilitand(inn)en zu Beginn der Maßnahme eingehender über bestehende Angebote und Möglichkeiten in den Bildungseinrichtungen zu informieren. Nach Auskunft der Bildungsträger würde dies aber bei unterschiedlichen Gelegenheiten getan. Gerade wenn Maßnahmen oder Teile davon in unterschiedlichen Gebäuden stattfänden, könnten jedoch einige Teilnehmende aufgrund einer Reduktion von informellem Austausch von Informationsverlust betroffen sein.

Bereits in der Zugangsphase wünschten sich einige Teilnehmende, alle relevanten Informationen gebündelt aus einer Hand zu erhalten. Noch im Maßnahmeverlauf träten Informationsdefizite auf. Gründe dafür könnten aus Sicht der Autor(inn)en auch in Erinnerungslücken oder Fehleinschätzungen der erhaltenen Informationen durch Rehabilitand(inn)en liegen. Eine wiederholte Informationsvergabe könnte hierbei unter Umständen Abhilfe schaffen.

Unterstützungsbedarfe ergeben sich nach Auffassung der Befragten auch zu Maßnahmebeginn, da viele Rehabilitand(inn)en lange keinen schulischen Betrieb mehr gewöhnt seien, zudem aus gesundheitlichen und anderen Gründen zum Teil an Motivationseinschränkungen litten.

Ferner wurden von Teilnehmenden organisatorische Unterschiede zwischen Pendler(inne)n und im Internat wohnenden Rehabilitand(inn)en bzw. zwischen Teilnehmenden an Vollzeit- und Teilzeitmaßnahmen moniert. Nach Auskunft einiger Rehabilitand(inn)en könnten pendelnde Teilnehmer/-innen Angebote nicht im selben Umfang

nutzen wie Internatsbewohner/-innen. Bildungsträger wiesen diese Kritik zurück. Nach Ansicht der Autor(inn)en könnte sich in diesem Zusammenhang eine erweiterte Aufklärungsarbeit als hilfreich erweisen.

Einige Rehabilitand(inn)en bemängelten das Fehlzeitenmanagement und die Parallelität von berufskundlichem Unterricht und zusätzlicher individueller Förderung. Darüber hinaus beanstandeten einige Maßnahmeteilnehmende eine geringe Flexibilität individueller Förderung. Vorgeschlagen wurde von ihnen, zusätzlichen Förderunterricht samstags anzubieten. Eine andere Person schlug vor, einen freien Tag im Monat einzuführen, an dem etwa Arztbesuche oder Ähnliches erledigt werden könnten, ohne dadurch Fehlzeiten zu produzieren.

Manche Rehabilitand(inn)en befürworteten fachliche Fortbildungen für Fachkräfte der Bildungsträger, etwa in Bezug auf den Umgang mit Migrant(inn)en, vor allem, wenn es sich um psychisch belastete Personen handle. Parallel dazu gaben Vertreter/-innen von Bildungsträgern und Rentenversicherung an, für ihre Mitarbeiter/-innen gebe es bereits Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zum Umgang mit so genannten „schwierigen“ Personengruppen.

Maßnahmeteilnehmende mit und ohne Migrationshintergrund sprachen sich für eine Änderung des Unterrichtstempos aus und monierten zum Teil die thematischen Schwerpunktsetzungen. Von ihnen wurde ein Zuwachs an Arbeitsmaterial sowie die Bildung kleinerer Gruppen vorgeschlagen. Manche Interviewte relativierten den letzten Aspekt jedoch, da im Laufe der Zeit immer wieder Teilnehmende ausscheiden würden und die Gruppen sich dadurch verkleinerten. Zwar wünschten sich mehrere Befragte individualisiertere Maßnahmen, doch bestehe dann die Gefahr, sich nicht mehr mit anderen Rehabilitand(inn)en über ihre Erfahrungen austauschen zu können.

Insgesamt seien nach Angaben der Rehabilitand(inn)en mehr Dozent(inn)en und „mehr Zeit mit den Dozenten“ wünschenswert, auch solle weniger Unterricht ausfallen. Die fachliche Förderung solle flexibler, Ausbilder/-innen und Angebote offener werden. Ob und wie dies technisch gelöst werden kann und in welchem Verhältnis der Aufwand zur Größe der Nutzer(innen)gruppe steht, müsste in den einzelnen Einrichtungen geklärt werden.

Bei bestimmten Förderangeboten, die in Gruppen stattfänden, komme es nach Ansicht der Rehabilitand(inn)en zudem auf die Gruppenzusammensetzung an. Sei das Verhältnis der Mitglieder angespannt, sei es schwierig, bestimmte Themen gemeinsam zu behan-

deln, z.B. „zusammen soziale Kompetenz zu üben“ oder „sich zu öffnen“, wenn es um psychologische Gruppengespräche gehe. Insofern solle das Konzept einiger Veranstaltungen überdacht werden. Als Gegenargument wurde allerdings angeführt, dies bereite die Teilnehmenden auf das Berufsleben vor, in dem sie ihre Kolleg(inn)en ebenfalls nicht selbst wählen könnten. Aus Sicht der Autor(inn)en könnte eine mögliche Verbesserung darin bestehen, die beschriebene Situation zum Gesprächsgegenstand zu machen.

Nach Ansicht von Rehabilitand(inn)en sollten der medizinische und psychologische Dienst mehr Kompetenzen erhalten und besser erreichbar sein. Ferner wurde in Bezug auf Dozent(inn)en und Case Manager(inne)n darauf hingewiesen, „insgesamt sollte mit Rehabilitanden wie mit Erwachsenen umgegangen werden“.

Zudem schlugen Rehabilitand(inn)en mehr Feedback über die Leistungen im Unterricht sowie einen besseren Informationsfluss zwischen Berufsförderungsträgern und Teilnehmenden vor. Auch die Weiterleitung von Beschwerden über Bildungseinrichtungen an die Reha-Träger sei zu verbessern.

Ein wichtiges Ergebnis ist auch die Tatsache, dass eine Reihe von Rehabilitand(inn)en sich im Laufe der Interviews als „Schüler“ oder gar „Insassen“ bezeichneten und von „Klassen“, „Klassenkameraden“ und „Lehrern“ sprachen. Denkbar ist, dass die Strukturierung von Tagesablauf, Wohnverhältnissen und weiteren Umständen sich darauf auswirkt, wie Rehabilitand(inn)en ihre eigene Rolle in der beruflichen Rehabilitation wahrnehmen und interpretieren.

5.4.2.6 Migrationsspezifische Verbesserungsvorschläge

Die Mitarbeiter/-innen der beteiligten Einrichtungen und auch einige Migrant(inn)en betonten die Notwendigkeit einer intensiveren Sprachförderung. Diese solle entweder vor der Maßnahme stattfinden oder begleitend zur beruflichen Rehabilitation durchgeführt werden; dreimonatige Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge seien in vielen Fällen nicht ausreichend. Von einem/-r Einrichtungsvertreter/-in wurde auch die Meinung vertreten, ein intensives Sprachtraining könne auch die Gruppendynamik positiv beeinflussen und sei vorteilhaft für den Lernerfolg.

Ein/-e Einrichtungsprepräsentant/-in schlug eine Interessensvertretung für Migrant(inn)en vor, die „sich fragt, wie man eine gezielte Förderung – sprachlich und persönlich – angehen kann. [...] Diese Interessensvertretung könnte daran arbeiten, bei Mig-

ranten ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass auch sprachliche Fähigkeiten wichtig sind und die Rehabilitanden darauf hinzuweisen und dazu motivieren, bei ihren Reha-Trägern anzusprechen, dass sie auch sprachlich gefördert werden müssen“. Ein/-e weitere/-r Mitarbeiter/-in regte eine interne Stelle gegen Diskriminierung an, fragte sich aber zugleich, ob dadurch eventuell erst ein Problem geschaffen würde, das in dieser Intensität unter Umständen nicht bestehe.

Einigen Migrant(inn)en zufolge sollte bei Rehabilitations- und Bildungsträgern stärker darauf geachtet werden, potenzielle Rehabilitand(inn)en nicht zu diskriminieren. „Bei Rehabilitanden mit ausländischen Namen sollten Sachbearbeiter bei der DRV und auch beim BFW nicht gleich von einem schlechten Sprachniveau ausgehen“. Andererseits werde es zunehmend schwer, aus dem Namen einer Person auf einen Migrationshintergrund zu schließen: Ein/-e Einrichtungsvertreter/-in erklärte, „Namen geben heutzutage keine Auskunft mehr über einen Migrationshintergrund“.

Nach Ansicht von mehreren Fachkräften sollte der Umgang mit Migrant(inn)en ins Fort- und Weiterbildungsprogramm aufgenommen werden. Bei der Entscheidung über eine zusätzliche Sprachförderung hingegen sollte nicht von der mündlichen Ausdrucksfähigkeit der Interessent(inn)en im persönlichen Gespräch ausgegangen, sondern es sollten vor allem die schriftlichen Sprachkenntnisse eingehend getestet werden – gerade das Verstehen von fachspezifischen Texten und der schriftliche Ausdruck seien Schlüsselemente des Rehabilitationserfolges, erklärten Rehabilitand(inn)en.

Im Kontext von Diskriminierung wurde außerdem fehlendes Durchsetzungsvermögen von Dozent(inn)en moniert, diskriminierendes oder fremdenfeindliches Verhalten von Rehabilitand(inn)en untereinander zu unterbinden. Ein/-e Rehabilitand/-in ohne Migrationshintergrund sprach sich insgesamt für „mehr Miteinander“ aus, das durch Tage der offenen Tür oder mehr gemeinsame Freizeitaktivitäten gefördert werden könne.

Mehrere Einrichtungsvertreter(inne)n sprachen sich auch für zusätzliche Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund und Vermittlung von Kenntnissen über Migrant(inn)en-Netzwerke aus.

5.4.2.7 Zufriedenheit der Rehabilitand(inn)en mit der beruflichen Rehabilitation

Bei weitem die meisten Teilnehmenden zeigten sich zufrieden mit der Durchführung ihrer Maßnahme sowie den Abläufen in den Bildungseinrichtungen. Es gab keine Hinweise auf systematische Unterschiede in der Zufriedenheit von Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund.

Einige Befragte standen allerdings noch am Anfang ihrer Maßnahme und konnten bzw. wollten sie daher noch nicht beurteilen.

5.4.2.8 Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen im Maßnahmeablauf

In Bezug auf allgemeine Störgrößen im Ablauf von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sehen Leistungsbezieher/-innen eine insgesamt größere Anzahl von Schwierigkeiten als das Personal der an Teilhabeleistungen beteiligten Einrichtungen, wobei mehrere Parallelen erkennbar sind.

Übereinstimmend meinen alle drei befragten Gruppen – Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen, Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund – dass die derzeit übliche Gruppengröße im Unterricht für den Maßnahmeverlauf eine Belastung darstellt und sich Motivationsdefizite von Teilnehmenden negativ darauf auswirken könnten.

Teilnehmende an Teilhabeleistung sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund nennen als Schwierigkeiten im Ablauf außerdem den aus der verkürzten Ausbildungszeit erwachsenden Zeitdruck, Fehlzeitenregelungen in Verbindung mit einer drohenden Verwehrung der Prüfungszulassung am Ende der Maßnahme, Informationsmängel etwa im Hinblick auf parallel zur Hauptmaßnahme verlaufende Unterstützungsangebote, Lernerwöhnungseffekte aufgrund einer schon weit in der Vergangenheit liegenden Schulzeit wie auch das Ausmaß des von den Bildungsträgern verlangten selbständigen Arbeitens. Beide Gruppen äußerten auch Zweifel an der fachlichen Kompetenz des Einrichtungspersonals. Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen und Teilnehmende ohne Migrationshintergrund führen als allgemeine Problemzonen überdies finanzielle Rahmenbedingungen an, Einrichtungsrepräsentant(inn)en und Leistungsbezieher(inne)n

mit Migrationshintergrund finanzielle, zeitliche und räumliche Grenzen von Zusatzhilfen wie auch das Problem einer familialen Entkopplung durch internatsmäßige Unterbringung – auch dies stärkt die vom Einrichtungspersonal getätigte Vermutung eines Bedeutungsüberschusses verwandtschaftlicher Bindungen von Migrant(inn)en, wenngleich dieser Aspekt auch für Menschen ohne Migrationshintergrund eine nicht unwesentliche Rolle spielen dürfte.

Lediglich vom Einrichtungspersonal erwähnte Probleme im Ablauf der beruflichen Rehabilitation beziehen sich auf die Heterogenität der Teilnehmenden (bei identischem Unterrichtsangebot) sowie auf infrastrukturbedingte Mobilitätshemmnisse – vor allem in ländlichen Regionen; bei bestimmten Migrant(inn)engruppen kommt hierbei aus Sicht der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen noch ein fehlender Führerschein hinzu.

Als Probleme allgemeiner Natur werden ausschließlich von Migrant(inn)en Nutzungsbedingungen zusätzlicher Förderangebote (z.B. wahrgenommene Ungleichbehandlung zwischen Internatsbewohner(inne)n und Pendler(inne)n) sowie Verzögerungen in der Bereitstellung medizinischer Hilfsmittel angeführt. Bei Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund konzentrieren sich die diesbezüglichen Ausführungen auf das Unterrichtstempo, die Unterrichtsmethode (Anteile des selbständigen Arbeitens, Gruppenzusammensetzung im Fach „Soziale Kompetenz“ usw.) und eine als unzureichend empfundene Erreichbarkeit von Einrichtungspersonal. Hinzu kommen beeinträchtigte Vertrauensverhältnisse zwischen dem Personal und Teilnehmenden an Teilhabeleistungen, eine mangelhafte Vertraulichkeit psychologischer Gespräche und der soziale Umgang mit und zwischen Rehabilitand(inn)en.

Als derzeit verfügbare Unterstützungsvarianten geben alle drei befragten Gruppen gesundheitsfördernde Angebote zusätzlich zur Teilnahme an der Hauptmaßnahme, Hilfs- und Beratungsangebote individuellen Zuschnitts ebenso wie Unterstützung durch das soziale Umfeld an. Sowohl das Einrichtungspersonal als auch Leistungsbezieher/-innen ohne Migrationshintergrund nennen überdies besondere Möglichkeiten der Zusatzförderung (etwa Förderunterricht) und Leistungen von Ärzten/-innen bzw. Psycholog(inn)en außerhalb der Bildungsträger (vor allem bei freien Trägern). Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund erwähnen in diesem Zusammenhang auch Unterstützung durch Vorbereitungslehrgänge und informelle Hilfen durch andere Teilnehmer/-innen. Nur von Einrichtungsrepräsentant(inn)en wird Hilfe zur Selbsthilfe betont.

Das Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen sowie Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund sehen mögliche Verbesserungen in einer Erhöhung des Personalsockels in den an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Einrichtungen, u.a., um die Erreichbarkeit von Mitarbeiter(inne)n zu erleichtern, sowie in einer Verbesserung ihrer Kompetenzen – sowohl im Hinblick auf die fachliche Qualität als auch hinsichtlich ihrer Handlungsspielräume.

Leistungsbezieher/-innen und Repräsentant(inn)en der Organisationen stimmen überdies darin überein, dass ein intensiverer Informationsfluss zwischen den am Prozess der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Akteuren der Betreuungssituation zuträglich wäre. Aus Sicht der Rehabilitand(inn)en schließt dies die Weiterleitung von Beschwerden über Bildungseinrichtungen an die Reha-Träger mit ein.

Des Weiteren beziehen sich die Verbesserungsvorschläge der Teilnehmenden an Teilhabeleistungen – unabhängig vom Migrationshintergrund – auf Änderungen des Fehlzeitenmanagements in Richtung höherer Flexibilität, auf einen Wandel im Unterrichtstempo, auf eine zahlenmäßige Verkleinerung der Ausbildungsgruppen sowie auf eine allgemeine Informationsverbesserung der Teilnehmenden über mögliche Zusatzhilfen.

Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund schlagen außerdem vor, die Dauer von Vorbereitungslehrgängen zu erhöhen, das bestehende Kursangebot auszudehnen, Entbürokratisierungen (etwa im Hinblick auf den Zugang zu bestimmten gesundheitsfördernden Leistungen) vorzunehmen und den Ausbildungszeitdruck zu vermindern. Weitere Verbesserungsmöglichkeiten bestehen aus ihrer Sicht auch in finanziellen Erleichterungen, einer intensiveren psychologischen Betreuung vor Ort (bei gleichzeitiger Sicherstellung der Vertraulichkeit entsprechender Gespräche), in einem respektvolleren Umgang der Teilnehmenden untereinander und in der Erleichterung eines eventuell angepeilten Einrichtungswechsels.

Hinsichtlich migrationsspezifischer Komplikationen im Maßnahmeablauf meinen Einrichtungsrepräsentant(inn)en und Leistungsbezieher/-innen mit Migrationshintergrund gleichermaßen Sprachbarrieren als wesentlichen Störfaktor zu erkennen. Aus Sicht von Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund kommen weitere Schwierigkeiten auf diesem Gebiet wie ein zu hohes Unterrichtstempo (ebenfalls mit Verweis auf Defizite in den Deutschkenntnissen), eine (kulturell) ungewohnte Unterrichtsart, fehlende Teilnahmen an Vorbereitungslehrgängen und vermutete Diskriminierungstendenzen (vor allem durch andere Rehabilitand(inn)en) ebenso hinzu wie eine unzureichende Durchsetzung

von Hausordnungsbestimmungen, mit denen gerade ein respektvoller Umgang mit Migrant(inn)en im Rehabilitationsalltag erzielt werden sollte.

Als weitere Problemzonen mit Migrationsbezug werden vom Einrichtungspersonal zudem kulturspezifische Urlaubs- und Freizeitbedürfnisse, Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Deutschkursen, die aus einer Internatsunterbringung herrührende Entkopplung familialer Lebenszusammenhänge wie auch eine mangelhafte Unterstützung durch Verwandtschaftssysteme angeführt. Angegeben werden von ihnen zudem eine kulturell andersartige Bewertung von Assessment-Ergebnissen und selbständigen Arbeitens, divergente Geschlechterrollen (und daraus erwachsende Folgeprobleme wie Insubordination bei der Betreuung durch weibliches Personal) sowie eine fehlende Akzeptanz bestimmter (etwa psychischer) Erkrankungen. Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen vermuten überdies ungünstige sozioökonomische und bildungsspezifische Vorbedingungen von Migrant(inn)en, eine verstärkte Somatisierungstendenz sowie eine erhöhte Misstrauensneigung gegenüber Einrichtungen bzw. Behörden, außerdem größere Mobilitätsbarrieren. Organisationsrepräsentant(inn)en meinten ferner aus verletztem Ehrgefühl oder überhöhtem Anspruchsdenken migrationsspezifische Komplikationen im Maßnahmeablauf erkennen zu können.

Tabelle 6: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Ablauf von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen*	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppengröße • Motivationsdefizite • Finanzielle Rahmenbedingungen • Internatsunterbringung/Wohnortferne • Heterogenität in Vorbildung • Infrastrukturbedingte Mobilitätshemmnisse • Begrenzung möglicher Zusatzförderung (z.B. finanziell) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppengröße • Motivationsdefizite • Finanzielle Rahmenbedingungen • Verkürzte Ausbildungszeit • Fehlzeitenmanagement • Informationsdefizite • Lernentwöhnung • Grad selbständigen Arbeitens • Kompetenzzweifel am Personal • Unterrichtstempo • Unterrichtsmethode • Erreichbarkeit des Personals • Vertrauensverhältnis zum Personal • Vertraulichkeit psychologischer Gespräche • Sozialer Umgang unter Teilnehmenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppengröße • Motivationsdefizite • Internatsunterbringung/Wohnortferne • Verkürzte Ausbildungszeit • Fehlzeitenmanagement • Informationsdefizite • Lernentwöhnung • Grad selbständigen Arbeitens • Kompetenzzweifel am Personal • Begrenzung möglicher Zusatzförderung (z.B. finanziell) • Nutzungsbedingungen zusätzlicher Förderangebote • Bereitstellung medizinischer Hilfsmittel
Unterstützungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfördernde Angebote • Individuelle Hilfe/Beratung/Förderung • Soziales Umfeld • Zusatzförderung • Ärzte/Psychologen der Umgebung (Freie Träger)Hilfe zur Selbsthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfördernde Angebote • Individuelle Hilfe/Beratung/Förderung • Soziales Umfeld • Zusatzförderung • Ärzte/Psychologen der Umgebung • Vorbereitungslehrgänge • Hilfe von Teilnehmenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfördernde Angebote • Individuelle Hilfe/Beratung/Förderung • Soziales Umfeld • Vorbereitungslehrgänge • Hilfe von Teilnehmenden

* Zu dieser Gruppe gehören die Reha-Fachberater/-innen sowie Vertreter/-innen der Bildungsträger aller Hierarchieebenen.

Fortsetzung Tabelle 6: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Ablauf von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Vertreter(inn)en der einbezogenen Organisationen	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Personalerhöhung • Kompetenzsteigerung des Personals • Informationsfluss zwischen Akteuren 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalerhöhung • Kompetenzsteigerung des Personals • Änderung des Fehlzeitenmanagements • Ausweitung der Förderunterrichts • Änderung des Unterrichttempos • Informationsverbesserung • Gruppenverkleinerung • Verlängerung der Vorbereitungslehrgänge • Ausweitung des Kursangebots • Entbürokratisierung • Finanzielle Erleichterungen • Reduktion des Zeitdrucks • Erweiterte psychologische Betreuung • Vertraulichkeitssteigerung psychologischer Gespräche • Verbesserter Umgang unter Teilnehmenden • Erleichterung des Einrichtungswechsels 	<ul style="list-style-type: none"> • Änderung des Fehlzeitenmanagements • Ausweitung der Förderunterrichts • Änderung des Unterrichttempos • Informationsverbesserung • Informationsfluss zwischen Akteuren • Gruppenverkleinerung
Verbesserungsvorschläge			

Fortsetzung Tabelle 6: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Ablauf von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Probleme	Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Migrationspezifisch		<ul style="list-style-type: none"> • Sprachbarrieren • Finanzierung von Deutschkursen • Internatsunterbringung/Wohnortferne • Fehlende familiäre Unterstützung • Divergente Geschlechterrollen • Divergente Bewertung von selbständigen Arbeitens • Divergente Bewertung von Assessment-Resultaten • Divergente Urlaubs- und Freizeitbedürfnisse • Divergente Lebensbedingungen • Akzeptanz von Erkrankungen • Somatisierungsneigung • Misstrauen gegenüber Einrichtungen • Erhöhte Mobilitätshemmnisse (Führerschein) • Vorbildung • Verletztes Ehrgefühl • Anspruchsdenken 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachbarrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmebedingungen der Vorbereitungslehrgänge • Unterrichtsart • Unterrichtstempo (Sprache) • Diskriminierungswahrnehmung • Durchsetzung der Hausordnung

Fortsetzung Tabelle 6: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Ablauf von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Vertreter(inn)en der einbezogenen Organisationen	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Unterstützungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitungslehrgang • Hausordnung • Sporadische Deutschermhilfen • Thematisierung von Migration • Aufklärung und persönliche Gespräche (auch unter Einbeziehung Angehöriger und Kolleg(inn)en) • Hinweisen auf Personalqualität • Freistellung • Unterstützung durch soziales Umfeld • „Kreative“ Maßnahmenkonstruktion • Personal mit Schwerpunkt „Deutsch als Fremdsprache“ • Externe Unterstützung • Individuelle Hilfe (mit Migrationszuschnitt) • Gebetsraum • Kulturgerechte Speisen 	<ul style="list-style-type: none"> • Deutschkurse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitungsllehrgänge • Hausordnung
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Deutschkurse einschließlich Finanzierung • Kompetenzsteigerung des Personals • Personal mit Migrationshintergrund • Betonung der Eigenverantwortung • Betonung von Mitwirkungspflichten • Interessenvertretung von Migrant(inn)en • Einrichtung einer Anti-Diskriminierungsstelle • Intensivierung der Aufklärungsarbeit • Intensivierte Einbeziehung von Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Deutschkurse (Anzahl und Intensität) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfe • Deutschkurse (Anzahl und Intensität) • Kompetenzsteigerung des Personals • Eigenverantwortung/Selbsthilfe • Zugangserleichterung Vorbereitungsllehrgänge • Durchsetzung der Hausordnung • Respektvoller Umgang mit Migrant(inn)en
Migrationspezifisch			

Als Unterstützungsvarianten bestehen aus Sicht der Repräsentant(inn)en der Organisationen und der Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund hierbei sporadische Angebote, die Deutschkenntnisse von Teilnehmenden mit Migrationshintergrund zu verbessern, während Migrant(inn)en und Vertreter/-innen von am Prozess der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Organisationen beiderseits unterstützende Vorbereitungslehrgänge sowie Hausordnungen zur Eindämmung diskriminierenden Verhaltens nennen. Das Personal der einbezogenen Organisationen alleine hebt überdies die Thematisierung von Migration in den Kursen, klärende und persönliche Gespräche auch unter Einbeziehung von Angehörigen der Migrant(inn)en und die Hinzuziehung von Mitarbeiter(inne)n, die selbst einen Migrationshintergrund aufweisen, hervor. Gleiches gilt für die Betonung fachlicher Kompetenzen weiblichen Personals (im Falle ihrer Infragestellung aus kulturellen Gründen), Möglichkeiten zur Freistellung vom Unterricht, familialen Rückhalt, „kreative“ Maßnahme-konstruktionen und die Anstellung von Mitarbeiter(inne)n mit dem Schwerpunkt „Deutsch als Fremdsprache“. Hilfreich ist aus ihrer Sicht außerdem die Hinzuziehung von Organisationen mit Erfahrungen im Umgang mit Migrant(inn)en, die bedarfsweise Einrichtung von Gebetsräumen, die Zubereitung kulturge-rechter Speisen (insbesondere bei einer Internatsunterbringung) sowie die Bereitstellung individueller Hilfen, die auf einen Migrationshintergrund ausgerichtet werden können.

Alle drei befragten Gruppen meinen ferner, dass eine Erleichterung bzw. Intensivierung (einschließlich Finanzierung) von Deutschkursen für Migrant(inn)en im Maßnahmeablauf eine wesentliche Verbesserung darstellen könnte. Weitere Optionen, um den Prozess für Migrant(inn)en zu erleichtern, sind sowohl aus Sicht der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen als auch in Perspektive von Leistungsbezieher(inne)n mit Migrationshintergrund Kompetenzerweiterungen des Personals im Umgang mit Migrant(inn)en wie auch eine stärkere Betonung der Eigenverantwortung. Menschen mit Migrationshintergrund plädieren in diesem Zusammenhang überdies für eine Erleichterung des Zugangs zu Vorbereitungslehrgängen, die konsequente Durchsetzung schon vorhandener Hausordnungsregelungen und einen respektvolleren Umgang mit Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund. Das Personal der einbezogenen Organisationen sieht daneben in einer erweiterten Anstellung von Mitarbeiter(inne)n mit Migrationshintergrund, einer Betonung von Mitwirkungspflichten der Teilnehmenden, in der Errichtung einer Interessenvertretung von Migrant(inn)en vor Ort (bzw. der Bildung einer Anti-Diskriminierungsstelle), einer intensiveren Aufklärungsarbeit zur Überwindung kultureller

Differenzen sowie in der verstärkten Einbindung von Angehörigen wesentliche Verbesserungsoptionen.

5.5 Rehabilitationserfolg

Der Erfolg der beruflichen Rehabilitation umfasst zwei eng miteinander verwobene Teile. Der erste bezieht sich auf die gelungene Absolvierung der in Anspruch genommenen Teilhabeleistung. Dies setzt einerseits die Unterbindung einer vorzeitigen Beendigung, andererseits (meist) eine bestandene Abschlussprüfung⁹⁸ voraus. Der zweite Teil ist das Kernanliegen der beruflichen Rehabilitation: die (Wieder-) Eingliederung möglichst in den ersten Arbeitsmarkt. Ob die Einbindung der Versicherten ins Beschäftigungssystem erreicht werden kann, hängt neben anderen Kriterien wiederum entscheidend davon ab, ob die Teilhabeleistung zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht, also ein Abbruch verhindert und die Prüfung mit einem positiven Ergebnis absolviert werden konnte.⁹⁹

Sowohl in Bezug auf die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen, als auch im Hinblick auf Integrationschancen im Arbeitsleben – dies erbrachten die Gespräche mit den verschiedenen an der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Gruppen – beeinflussen verschiedene Rahmenbedingungen und persönliche bzw. soziale Eigenschaften von Leistungsempfänger(inne)n die Erfolgswahrscheinlichkeit. Einige dieser Faktoren betreffen speziell Migrant(inn)en.

5.5.1 Maßnahmeabbrüche und migrationsspezifische Besonderheiten

Für eine nicht zu einem positiven Abschluss gebrachte Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gibt es eine Reihe von Gründen. Dazu gehören Verschlimmerungen der gesundheitlichen Leiden, Begleiterscheinungen bzw. Folgewirkungen spezifischer Erkrankungen, Schwangerschaft, Belastungen im Privatleben der Teilnehmenden, finanzielle Unsicherheiten, eine Verminderungen der Partizipationsbereitschaft, migrati-

⁹⁸ Nicht jede Maßnahme der beruflichen Rehabilitation im Bildungsbereich endet mit der Ablegung einer Prüfung. Manchmal wird nur eine Teilnahmebescheinigung oder ein Zertifikat ausgestellt.

⁹⁹ Das muss nicht immer zwingend der Fall sein. So wurde berichtet, dass Maßnahmen gelegentlich vorzeitig beendet wurden, weil die Rehabilitand(inn)en eine neue Anstellung finden konnten. Scheitert dieses Arbeitsverhältnis jedoch, so können die betreffenden Personen bei ihrer erneuten Stellensuche keinen über die berufliche Rehabilitation erlangten Berufsbildungsabschluss vorweisen, so dass sich ihre Beschäftigungschancen dadurch möglicherweise verschlechtern.

onstypische Teilnahmemhemmnisse wie kultur- und sprachbedingte Verständigungsprobleme sowie der (unvorhergesehene) Entzug der Aufenthaltsgenehmigung oder Arbeitserlaubnis. Dies sind „Abbrüche nach unten“, bei denen ein ersatzloser Ausstieg aus der beruflichen Qualifizierung stattfindet. Abbrüche können aber auch dadurch zustande kommen, dass Höherqualifizierungen in anderen Sektoren des Bildungssystems angestrebt, Maßnahmen gewechselt oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Bildungsträger fortgesetzt werden (Faßmann 1997: 32).

Hauptursache für verfrühte Maßnahmeaustritte seien nach Einschätzung der Vertreter/-innen in an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Organisationen (unerwartete) Verschlechterungen des Gesundheitszustands, die eine Fortführung der Maßnahmepartizipation vereiteln. Daneben wirkten sich spezifische Krankheitscharakteristika nachteilig auf die Teilnahmemotivation und das Durchhaltevermögen aus und schraubten die Abbruchwahrscheinlichkeit in die Höhe – Kennzeichen, die nach den Erfahrungen der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen typischerweise bei Suchtkranken oder psychisch Beeinträchtigten mit Mobbing-Erfahrung¹⁰⁰ zu finden seien. Hinzu kämen private Krisen, die die Teilnahmebereitschaft mindern und die Konzentrationsfähigkeit hemmen können. Dazu gesellten sich finanzielle Sorgen und Subsistenzängste: Gerade nach Phasen langer Krankheit, die für berufliche Rehabilitand(inn)en typisch seien, reichten monetäre Leistungsansprüche häufig nicht über das Grundsicherungsniveau hinaus. Verschärft werde dieses Problem noch durch den Umstand, dass Zahlungen an die Leistungsempfänger/-innen durch die zuständigen Stellen mitunter mit Verspätung erfolgten.¹⁰¹ Auch beanspruche die Bearbeitung beantragter Zusatzhilfen (etwa finanzieller Art) teilweise viel Zeit, verlange den Rehabilitand(inn)en Geduld ab und steigere ihre Ungewissheit. So berichtete ein/-e Leistungsempfänger/-in (mit Migrationshintergrund), er/sie habe wegen eines eigenen Kindes parallel zur beruflichen Rehabilitation eine finanzielle Unterstützung für die Kinderbetreuung beantragt, bisher aber weder einen Bewilligungsbescheid noch Geld erhalten. Um den elterlichen Erziehungs- und Betreuungsaufgaben während ihrer Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nachkommen zu können, habe der/die Ehepartner/-in kurzfristig beim Arbeitgeber eine Änderung

¹⁰⁰ Generell hoben Rehabilitand(inn)en die Bedeutung einer Arbeitsstelle mit positivem Betriebsklima hervor. Dieser Aspekt erhielt oftmals Priorität vor den Gehaltserwartungen. Ähnlich gestaltet sich die Situation in Bezug auf weniger gesundheitlich belastende Tätigkeiten, wie ein/-e Leistungsempfänger/-in mit Migrationshintergrund ausführte: „Früher war mir der Verdienst sehr wichtig. Jetzt ist er das natürlich immer noch, aber wenn ich eine leichtere Arbeit will, dann ist klar, dass ich dafür weniger bekomme. Wichtig ist eine zumutbare Arbeit, die vielleicht ein bisschen Spaß macht“.

¹⁰¹ Einrichtungspersonal betonte verschiedentlich das Problem verzögerter Überweisungen.

der Arbeitszeit erwirken können. Diese Abmachung sei jedoch zeitlich befristet. Sollte daher demnächst kein positiver Bescheid zugestellt werden, sei es fraglich, ob die Maßnahme zum erwünschten Abschluss gebracht werden könne.

Einige Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen meinten zu erkennen, dass Migrant(inn)en ihre Maßnahmen seltener abbrechen. Im Gegensatz dazu vermuteten wiederum andere häufigere Abbrüche von Zugewanderten und brachten diese mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten in Verbindung. Ein/-e andere/-r Organisationsmitarbeiter/-in meinte schwierigere soziale Verhältnisse von Migrant(inn)en im Vergleich zu Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund zu erkennen und führte dies als möglichen Grund für einen Abbruch an. Genauere Statistiken hierzu würden in den beteiligten Organisationen jedoch nicht geführt. Auch hier wären quantitative Forschungsarbeiten gefragt, die sich mit diesem Aspekt stärker auseinandersetzen.

Problematisch sei in Zusammenhang mit hierzu verfügbaren Dokumenten überdies, dass bei Abbrüchen offiziell teilweise andere als die tatsächlichen Gründe vermerkt würden: Ein/-e Mitarbeiter/-in einer beteiligten Organisation berichtete von zwei männlichen Teilnehmern, die sich beispielsweise „einer Ausbilderin nicht unterordneten. Bei ihnen gingen die Fehlzeiten in die Höhe oder es kam zu einem Leistungsabfall“. Selbiges könne infolge von sprachlichen Problemen passieren. In beiden Fällen beendete der Reha-Träger die Förderung, ohne dass kulturelle Diskrepanzen als Grund aufgeführt wurden. Die offiziellen Gründe eines Abbruchs – etwa „fehlende Mitwirkung“ – deckten sich daher nicht notwendigerweise mit den tatsächlichen. Zu beachten sei daher eine mögliche Diskrepanz zwischen tatsächlichen und dokumentierten Abbruchgründen: „Da jeder Rehabilitand eine Krankheit oder ein Reha-Leiden hat, flüchtet man sich dann in Krankheiten. Dann ist das ein Abbruch aus gesundheitlichen und nicht aus sprachlichen oder fachlichen Gründen“.

Problematisch sei überdies eine weitere, genuin migrationsspezifische Schwierigkeit: das Erlöschen der Aufenthaltsgenehmigung bzw. Arbeitserlaubnis während der Maßnahmeteilnahme. Derartige Komplikationen sollten zwar bereits im Rahmen der Abklärungsgespräche im Zugangsverfahren eruiert und beseitigt werden. Nichtsdestotrotz kämen sie nach Auskunft von Organisationsvertreter(inne)n gelegentlich vor. Häufig gelinge es den Bildungseinrichtungen, solche Probleme für ihre Klient(inn)en einer befriedigenden Lösung zuzuführen. Sollte dies aber nicht der Fall sein, lasse sich ein verfrühter Maßnahmenaustritt nicht abwenden.

5.5.2 Prüfungserfolg und migrationsspezifische Besonderheiten

Für die Beschäftigungschancen der Rehabilitand(inn)en spielt nicht nur die Verhinderung eines ungeplanten Maßnahmeabbruchs oder die Intensität der gesundheitlichen Einschränkung selbst, sondern auch das Bestehen einer Abschlussprüfung – sofern sie vorgesehen ist – eine ausschlaggebende Rolle. Es gibt hierbei eine Reihe von Faktoren, die dem Prüfungserfolg im Wege stehen oder ihm förderlich sein können: Zu nennen sind vor allem die Teilnahmemotivation, die Konzentrationsfähigkeit, das Auftreten von Prüfungsjängsten oder auch Deutsch- und Vorkenntnisse von Versicherten.¹⁰²

Wie schon erwähnt, variiert offenbar die Teilnahmebereitschaft – die für den Prüfungserfolg maßgeblich ist – nach der Art der Erkrankung sowie den subjektiven Berufszielen bzw. der Zufriedenheit mit der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme. Aber auch das Ausmaß an Selbstvertrauen und die Arbeitsmotivation könnte auf das Bestehen von Tests einwirken. Hierbei lassen sich Unterschiede feststellen. Etliche Vertreter/-innen der einbezogenen Organisationen berichteten beispielsweise, Migrant(inn)en zeichneten sich insgesamt durch einen größeren Arbeitswillen als Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund aus, sie seien daher zuversichtlicher in Bezug auf ihre berufliche Zukunft¹⁰³ und wiesen weniger Zweifel am Prüfungserfolg auf als Personen, die aus Deutschland stammten. Andere migrationstypische Merkmale schwächten aber wiederum die Chancen einer positiven Prüfungsabsolvierung, darunter das Vorliegen von teilweise geringerem Vorwissen¹⁰⁴ und mangelhafte Deutschkenntnisse.¹⁰⁵ So könnten Verständnisschwierigkeiten

¹⁰² Aus dem Kreis der Vertreter/-innen der einbezogenen Organisationen wurde beklagt, dass das Bildungsniveau in Deutschland allgemein auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund gesunken sei und dadurch Chancen sowohl der Vergabe qualifizierter Maßnahmen als auch des Prüfungserfolgs beeinträchtigt würden.

¹⁰³ In welchem Ausmaß Migrant(inn)en positiv in die Zukunft blicken, hinge aber nach Ansicht des Personals der einbezogenen Organisationen auch hier entscheidend vom erreichten Alter und den zurückliegenden Erwerbserfahrungen ab. Längere Phasen der Arbeitslosigkeit und ein höheres Alter beeinträchtigten die Zukunftserwartungen.

¹⁰⁴ Ein/-e Migrant/-in erwähnte selbstkritisch, dass die eigene Allgemeinbildung veraltet und schwach ausgeprägt sei. Er Dieser Umstand könne sich negativ auf die Prüfungsleistung niederschlagen.

¹⁰⁵ Im Hinblick auf den Einfluss eines Migrationshintergrundes auf den Prüfungserfolg gehen die Meinungen der Interviewpartner/-innen auseinander. So setzten mehrere Repräsentant(inn)en der an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Organisationen auseinander, dass keine beobachtbaren Unterschiede zwischen Migrant(inn)en und Menschen ohne Migrationshintergrund bestünden, das Prüfungsbestehen auf individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen beruhe, die entscheidende Hürde für Migrant(inn)en im Zugang zur beruflichen Rehabilitation bzw. im Assessment zu finden sei und es in beiden Gruppen misslungene Maßnahmeteilnahmen gebe, die als migrationsunabhängig anzusehen seien.

dazu führen, Prüfungsaufgaben nicht korrekt oder nur mit Verzögerungen zu verstehen. Fragen würden dann falsch beantwortet oder die Prüfungszeit reiche nicht aus. Im schlimmsten Fall werde die Prüfung dadurch nicht bestanden.

Auch divergiere nach Einschätzung der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen der informell produzierte Erfolgsdruck. Einige von ihnen meinten zu erkennen, dass der mit dem Prüfungsversagen verbundene Verlust an sozialer Anerkennung unter bestimmten Migrant(inn)engruppen beachtlich sei, stärker, als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Unklar bleibt allerdings, ob dieser Druck tatsächlich stärker ist und ob er die Leistungsbereitschaft und damit den Prüfungserfolg erhöht oder ob er überzogene Ausmaße annimmt, Prüfungsängste schürt, psychische Blockaden generiert und eher gegenteilige Effekte zur Entfaltung bringt. Vertiefende, mit quantitativen Methoden operierende Studien wären in diesem Zusammenhang daher angebracht.

Prüfungsängste sind – dies wurde in den Einzelinterviews mit den Rehabilitand(inn)en deutlich – unter Maßnahmeteilnehmenden verbreitet, vor allem, wenn das Alter vorangeschritten ist und EDV-Kenntnisse zum Prüfungsstoff gehören. So berichtete ein/-e Teilnehmer/-in, die Schulzeit liege bereits zwei Dekaden zurück, „natürlich habe ich da Angst gehabt, dass ich das nicht schaffen könnte“. Zur Abschwächung solcher Versagensängste und ihrer ungünstigen Auswirkungen auf den Prüfungserfolg unterstützten Bildungsträger die Betroffenen daher mit Hilfe ihrer Psychologischen Dienste. Beratungsgespräche, psychologische Betreuung und unter Umständen Erleichterungen der Prüfungsbedingungen¹⁰⁶ (wie in Ausnahmefällen die individuelle Ausweitung der Prüfungszeit) sollen die psychische Belastung reduzieren und Testergebnisse positiv beeinflussen.

5.5.3 Eingliederungserfolg und migrationsspezifische Besonderheiten

Wie die Aussichten, Rehabilitationsmaßnahmen erfolgreich abzuschließen, unterliegen auch die Eingliederungschancen in den Arbeitsmarkt nach Auskunft der befragten Gruppen mehreren Einflussfaktoren – dem Grad und Charakter von Erkrankungen bzw. Behinderungen, individuellen Fähigkeiten, der Motivationslage der Kandidat(inn)en, finan-

¹⁰⁶ Es gibt eine Reihe von Prüfungserleichterungen, die sich auf gesundheitliche Einschränkungen beziehen, darunter größere Schriftbilder, Anwesenheit von Vertrauenspersonen, Hinzuziehung von Gebärdendolmetscher(inne)n u.a.m. (LWL-Integrationsamt Westfalen 2010: 21).

ziellen Anreizen, der Arbeitsmarktsituation für den gewählten Beruf, Sprachbarrieren und anderen migrationsspezifischen Eigenschaften.

Auch nach gelungener Absolvierung der beruflichen Rehabilitation – dies ist eine unter Rehabilitand(inn)en verbreitete Befürchtung – könnten gesundheitliche Einschränkungen die Integration ins Beschäftigungssystem erschweren, insbesondere, wenn der Arbeitskraft ein Vermögen an Mobilität und Belastungsfähigkeit abverlangt wird, das sich aus Krankheitsgründen nicht einlösen lässt. Die Rehabilitand(inn)en selbst sind sich dieses Umstandes durchaus bewusst und geben sich in Bezug auf ihre berufliche Zukunft häufig besorgt, so auch ein/-e Leistungsempfänger/-in, dessen/deren gesundheitsbezogener Leistungshorizont die Annahme einer Vollzeitbeschäftigung verbiete.¹⁰⁷ Auch diktiere ihm/ihr die physische Konstitution, einem präzisen Ernährungsplan zu folgen, so dass am neuen Arbeitsplatz unbedingt eine Betriebsküche erforderlich sei. Mit zunehmender Zahl besonderer Gesundheitsbedürfnisse scheint dabei die Befürchtung zu wachsen, keine geeignete Anstellung zu finden¹⁰⁸ und das Hauptziel der beruflichen Rehabilitation zu verfehlen.

Je größer dieses subjektive Risiko wird, desto mehr machen sich Rehabilitand(inn)en über Alternativen zu einer abhängigen Beschäftigung Gedanken. Notfalls sei es Teilnehmenden zufolge geboten, sich selbstständig zu machen. Darüber hinaus versuchten nach Ansicht der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen viele Rehabilitand(inn)en, ihre Arbeitsmarktchancen über Praktika – die ihnen von den Bildungsträgern ohnehin vorgeschrieben seien – zu verbessern, und trügen sich mit der Hoffnung, übernommen zu werden.¹⁰⁹

Neben den allgemeineren Schwierigkeiten berühre sowohl nach Auffassung sowohl von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen als auch von Rehabilitand(inn)en mit Migrationsgeschichte auch der Migrationshintergrund die Arbeitsmarktchancen:¹¹⁰ Z.B.

¹⁰⁷ Das Erfordernis, aus gesundheitlicher Notwendigkeit auf eine Teilzeitstelle (bzw. geregelte Arbeitszeiten) angewiesen zu sein, fand in den Interviews häufig Erwähnung, ebenso wie die Schwierigkeit, einen Arbeitsplatz zu finden, der mit dem Gesundheitszustand vereinbar ist.

¹⁰⁸ Einige Teilnehmer/-innen an Teilhabeleistungen gaben sich besorgt, dass ihre gesundheitlichen Bedürfnisse, auf die die Bildungsträger eingehend Rücksicht nähmen, im Arbeitsleben nicht mehr ohne weiteres befriedigt werden könnten.

¹⁰⁹ Die Äußerungen der Rehabilitand(inn)en decken sich mit diesen Darstellungen weitgehend.

¹¹⁰ In Bezug auf Migrant(inn)en wurde allerdings auch verschiedentlich die Auffassung vertreten, ein Migrationshintergrund sei für die Arbeitsmarktchancen nicht ausschlaggebend, es komme vielmehr auf individuelle Fähigkeiten bzw. Flexibilität (z.B. Umzugs- oder Pendelbereitschaft) und den gewählten Beruf an. So sei beispielsweise die Wahrscheinlichkeit, als Feinmechaniker/-in eine geeignete Anstellung zu finden, erfahrungsgemäß höher, als dies bei Bürokaufleuten der Fall sei. Zudem sei die Arbeitsmarktsituation bei

seien Artikulationshemmnisse, Schilderungen von Organisationsmitarbeiter(inne)n zufolge, dem Verfassen von Lebensläufen und Bewerbungsschreiben abträglich und hinterließen bei potenziellen Arbeitgebern einen ungünstigen Eindruck. Zudem neigten einige Betriebe zu Pauschalvorbehalten gegenüber einer Anstellung von Personen nicht-deutscher Abstammung, sodass schon der Name als informelles Ausschlusskriterium fungieren könne.¹¹¹ Hinzu kommen abweichende kulturelle Imperative, von denen eine Verringerung der Erwerbchancen erwartet wird: „Einmal gab es eine Teilnehmerin mit Kopftuch, die Industriekauffrau werden wollte, und es war klar, wie sie auf dem Arbeitsmarkt ankommt. Sie hat es aber aus Überzeugung und freiwillig getragen und wollte gern irgendwo arbeiten, wo das Kopftuch o.k. ist. In einem Betrieb mit türkischen Mitarbeitern oder in einem Betrieb, der sich daran nicht stört“.

Die Eingliederungsaussichten von Migrant(inn)en könnten den Erfahrungen des Personals der einbezogenen Organisationen zufolge allerdings auch aus verschiedenen Gründen gegenüber jenen von Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund steigen. Dazu gehöre vornehmlich die unter ihnen verbreitete Mehrsprachigkeit. Insbesondere in der Speditionsbranche oder im Tourismus existierten Arbeitgeber, die eng und häufig mit Unternehmen anderer Staaten kooperierten. Betriebe mit kontinuierlichen Handels- und Geschäftsbeziehungen tendierten beispielsweise dazu, Migrant(inn)en zu engagieren, die in der Lage seien, fremdsprachige Texte zu verfassen und erforderliche Formulare auszufüllen. Diverse Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund gaben sich in den Einzelinterviews dieses grundsätzlichen Vorteils der Beherrschung mehrerer Sprachen für die Integration ins Erwerbssystem durchaus bewusst. Zum Teil bezweifelten sie jedoch, dass gerade ihre Sprachkenntnisse ausschlaggebend sein könnten. So berichtete ein/-e Migrant/-in, es sei aus seiner/ihrer Sicht fraglich, ob er/sie im Berufsleben jemals die türkische Sprache werde anwenden müssen – Englisch sei in der Praxis wichtiger.

Nach Ansicht von Repräsentant(inn)en der an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Organisationen stehen Menschen mit Migrationshintergrund bei manchen Arbeitgebern – ebenfalls zu ihrem Vorteil – im Ruf, leistungsfähiger und -bereiter zu sein als solche ohne Migrationshintergrund. „Bei vielen Arbeitgebern sind russische Menschen beliebt,

weniger spezifischen Ausbildungen günstiger – die berufliche Einsetzbarkeit unterliege dann einer geringeren Zahl von Beschränkungen.

¹¹¹ Zugleich wurde von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen darauf hingewiesen, mit vergleichbaren Äußerungen von Migrant(inn)en kritisch umzugehen. Sie neigten dazu, Ablehnungen ihrem Migrations-Status anzulasten, doch sei diese subjektive Einschätzung oftmals fraglich.

weil sie es gewohnt sind, mit dem Hirn anzuschieben und nicht so sehr auf jede Überstunde zu achten“. Der ihnen unterstellte Fleiß und die vermutete erhöhte Leistungsbereitschaft könnten nach Ansicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen dazu führen, ihnen unter Bedingungen der Bewerbungskonkurrenz Vorzug zu gewähren. Verbreitete Meinung von Repräsentant(inne)n der einbezogenen Organisationen war es darüber hinaus, dass Migrant(inn)en insgesamt kurzfristiger in Arbeit zu vermitteln seien, da ihr Wille, eine Anstellung zu finden, ausgeprägter sei als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Tatsächlich wird diese Interpretation durch Aussagen einiger Leistungsteilnehmer/-innen mit Migrationshintergrund gestützt. So gaben etliche unter ihnen an, es sei vorrangig, überhaupt in Beschäftigung zu gelangen, oder: „Man darf nicht wählerisch sein. Man muss froh sein, wenn man überhaupt arbeiten kann“.

Eingliederungsförderlich für Menschen mit Migrationshintergrund seien, Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen zufolge, zudem im Zielbetrieb bereits angestellte Mitarbeiter/-innen mit demselben kulturellen Hintergrund. Etwaige Unternehmensvorbehalte seien dann reduziert, während die Chancen einer Anstellung zunähmen. In manchen Regionen gebe es darüber hinaus gewissermaßen „Parallelarbeitsmärkte“, in dem Betriebe wirkten, die nahezu ausschließlich bestimmte Gruppen von Migrant(inn)en rekrutierten. Erfolgversprechend und beschäftigungsfördernd sei es deswegen, mit solchen Unternehmen in Kontakt zu treten und gegebenenfalls bestehende Netzwerke entsprechend zu nutzen. Allerdings seien dieser Option je nach Standort enge Grenzen gesetzt. Sie stehe in erster Linie in Ballungszentren zur Verfügung, in Gebieten mit geringerer Siedlungsdichte gebe es kaum derartige Ausweichmöglichkeiten.

5.5.4 Unterschiede und Übereinstimmungen der befragten Gruppen im Rehabilitationserfolg

Der größte Teil von Äußerungen zu Problemen, Unterstützungsvarianten und Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich des Rehabilitationserfolges stammt von Mitarbeiter(inne)n der an Teilhabeleistungen beteiligten Organisationen. Ursache dafür dürfte sein, dass die befragten Rehabilitand(inn)en sich noch im Prozess, oft auch erst am Anfang der beruflichen Rehabilitation befanden und deswegen bei ihnen noch keine oder wenige Erfahrungen mit Erfolgsaussichten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorlagen.

Wie schon beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation, bei der Berufswahl und in Zusammenhang mit dem Ablauf von Teilhabeleistungen identifizierten sämtliche befragte Gruppen – Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen, Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund – einige Problemzonen beim Rehabilitationserfolg in übereinstimmender Weise, darunter negative Implikationen (Maßnahmeabbruch, reduzierte Beschäftigungschancen) aufgrund einer bestehenden gesundheitlichen Einschränkung bzw. einer weiteren Verschärfung derselben, Zweifel am Erfolg sowie eine ungünstige Arbeitsmarktsituation.

Leistungsbezieher/-innen ohne Migrationshintergrund und Repräsentant(inn)en der an der beruflichen Rehabilitation mitwirkenden Organisationen sehen darüber hinaus Prüfungsängste als belastenden Faktor für eine gelungene Maßnahmeabsolvierung. Anders als die anderen Gruppen hebt das Personal der einbezogenen Organisationen hierbei das Gewicht einer verminderten Teilnahmemotivation und private Krisen hervor. Es betont – wie Migrant(inn)en auch – die Bedeutung bestehender Vorkenntnisse und finanzieller Sorgen der Teilnehmenden, während in Bezug auf die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nur bei Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund die Befürchtung einer fehlenden Rücksichtnahme der Arbeitgeber auf vorliegende gesundheitliche Einschränkungen zum Ausdruck kommt. Sie erwarten außerdem eine Minderung der Einstellungschancen wegen krankheitsbedingter Grenzen der Belastbarkeit, Mobilität und Flexibilität. Auf Seiten von Teilnehmenden mit Migrationshintergrund wird überdies eine vorzeitige Maßnahmebeendigung wegen einer bereits erfolgten Integration ins Erwerbssystem angeführt.

Übereinstimmend beurteilten alle drei Befragtengruppen dass Praktika - unabhängig vom Migrationsaspekt – besonders wichtige Maßnahmeteile darstellten, zumal sie häufig mit der Hoffnung auf Übernahme verknüpft seien. Zudem nennen Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen ebenso wie Rehabilitand(inn)en ohne Migrationsgeschichte die psychologische Betreuung und individuelle Beratung als praktizierte Hilfsangebote. Nur bei Leistungsbezieher(inne)n ohne Migrationshintergrund kommen außerdem Prüfungserleichterungen, bei den Organisationsrepräsentant(inn)en „Bewerbungstrainings“ hinzu.

In Bezug auf migrationsspezifische, den Rehabilitationserfolg gefährdende Komplikationen und die damit verbundenen Unterstützungsangebote und Verbesserungen stammen die meisten Beiträge vom Personal der einbezogenen Organisationen, darunter kulturelle

Diskrepanzen und daraus resultierende Abbrüche, ein vermutetermaßen erhöhter Prüfungsdruck für Migrant(inn)en und das Erlöschen der Aufenthaltsgenehmigung bzw. der Arbeitserlaubnis. Auch von Teilnehmenden mit Migrationsgeschichte werden als Schwierigkeiten sprachlich bedingte Verständigungsprobleme und Artikulationshemmnisse, Arbeitgebervorbehalte vor einer Anstellung von Migrant(inn)en sowie das Problem geringer Vorkenntnisse angeführt.

Tabelle 7: Probleme, Hilfen und Verbesserungsvorschläge von bzw. für Rehabilitand(inn)en im Erfolg von Teilhabeleistungen – Ansichten der Stakeholder

	Vertreter(inn)en der einbezogenen Organisationen*	Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund	Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund
Allgemein			
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • (Verschlechterter) Gesundheitszustand • Zweifel am Rehabilitationserfolg • Arbeitsmarktlage Teilhabe Motivation • Prüfungssängste • Finanzielle Sorgen • Vorkenntnisse • Private Krisen 	<ul style="list-style-type: none"> • (Verschlechterter) Gesundheitszustand • Zweifel am Rehabilitationserfolg • Arbeitsmarktlage • Prüfungssängste • Fehlende Rücksichtnahme von Arbeitgebern • Reduzierte Belastbarkeit • Mobilitäts- und Flexibilitätseinschränkung 	<ul style="list-style-type: none"> • (Verschlechterter) Gesundheitszustand • Zweifel am Rehabilitationserfolg • Arbeitsmarktlage • Finanzielle Sorgen • Vorkenntnisse
Unterstützungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> • Praktika • Psychologische Betreuung/Beratung • Bewerbungsstrainings 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktika • Psychologische Betreuung/Beratung • Prüfungserleichterung 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktika
Verbesserungsvorschläge	-	-	-
Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Vorkenntnisse • Arbeitgebervorbehalte • Sprachliche Verständnisschwierigkeiten • Sprachliche Artikulationshemmnisse • Kulturelle Diskrepanzen (Geschlechterrollen in Verbindung mit Insubordination) • Prüfungsdruck • Kulturell sichtbare Kennzeichen • Erhöschten der Aufenthaltsgenehmigung/Arbeitsverlaubnis 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Vorkenntnisse • Arbeitgebervorbehalte • Sprachliche Verständnisschwierigkeiten • Sprachliche Artikulationshemmnisse
Unterstützungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> • Formulierungshilfen/Bewerbungsstrainings • Nutzung von Mehrsprachigkeit • Nutzung von Netzwerken 	-	-
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Deutschkurse • Klärung der Aufenthaltsgenehmigung/Arbeitsverlaubnis • Verstärkte Nutzung von Mehrsprachigkeit • Verstärkte Nutzung von Netzwerken 	-	-
Migrationspezifisch			

* Zu dieser Gruppe gehören die Reha-Fachberater/-innen sowie Vertreter/-innen der Bildungsträger aller Hierarchieebenen.

Angaben zu Unterstützungsvarianten und Verbesserungsvorschlägen stammen ausschließlich von Seiten der Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen . Als bereits zugängliche Hilfen bestehen ihrer Auskunft nach derzeit Formulierungshilfen etwa bei der Zusammenstellung von Bewerbungsunterlagen sowie intensivere Bewerbungstrainings, außerdem der Versuch der Nutzbarmachung von Mehrsprachigkeit bei der Eingliederung und die Nutzung von Netzwerken in Zusammenhang mit Unternehmen, in denen bereits Migrant(inn)en beschäftigt sind und von denen deswegen vermutet wird, entsprechende Einstellungsvorbehalte bereits abgebaut zu haben. Zu den Verbesserungsvorschlägen gehören aus Sicht der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen im Wesentlichen eine Intensivierung der schon vorhandenen Unterstützungsangebote, eine eingehendere Prüfung des Aufenthaltstitels im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation sowie die Bereitstellung (einschließlich Finanzierung) von Deutschkursen.

6 Diversity Management

Der folgende Abschnitt fasst Diversity-Management-Maßnahmen, die an verschiedenen Stellen bereits erwähnt wurden, noch einmal zusammen.

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sind unterstützende Maßnahmen denkbar, die über sprachliche Hilfen hinausgehen. Die an der Studie mitwirkenden Bildungsträger nähern sich dieser Frage in unterschiedlicher Weise an, und auch der Bedarf scheint unterschiedlich zu sein. Ähnlich wie bei der Frage der Sprachförderung wurde von Organisationsrepräsentant(inn)en argumentiert, spezifische Maßnahmen für Migrant(inn)en könnten das Gegenteil von Integration, nämlich Ausgrenzung, erreichen und seien deshalb nicht zielführend: „Alle Migranten in eine [spezielle] Maßnahme zu stecken, wäre diskriminierend und entspricht nicht der individuellen Fallkonstellation“. Auch hätten die Rehabilitand(inn)en nur selten Bedarf an speziellen Veranstaltungen zum Thema Migration und Integration – wäre die Anzahl der Betroffenen größer, würden „Standardlösungen“ dazu eingeführt. Ähnlich wurde auch in Berufsförderungswerken argumentiert. Es gebe keine über Sprachförderung hinausgehenden systematischen oder institutionalisierten Angebote für Migrant(inn)en. Zudem sei die Betreuung „so individuell, dass eine Migranten-Sonderhilfe nicht notwendig“ sei. Bei persönlichen Schwierigkeiten – ob migrationsspezifisch oder nicht – könnten Case Manager/-innen, Ausbilder/-innen oder Psycholog(inn)en um Hilfe gebeten werden.

Dennoch gaben Repräsentant(inn)en der beteiligten Organisationen einige Beispiele sowohl für migrant(inn)enspezifische Angebote ihrer Einrichtungen als auch für Regelungen des alltäglichen Umgangs von Rehabilitand(inn)en untereinander:

- Einige Befragte der beteiligten Organisationen erwähnten mehrsprachiges Informationsmaterial für antragstellende Migrant(inn)en, andere erklärten, es gebe keine Übersetzungshilfen. Manche Mitarbeiter/-innen sprachen von einem internen Dolmetscherdienst, der bei Bedarf zu Beratungsgesprächen hinzugezogen werden könne, andere verneinten dies explizit. Einige berichteten von von Mitarbeiter(inne)n, die andere Sprachen beherrschten, selbst einen Migrationshintergrund aufwiesen und bei Bedarf konsultiert werden könnten. Einige Befragte erklärten, die Deutsche Rentenversicherung finanziere in engem Rahmen vorbereitende Sprachkurse, andere negierten dies. Diese unterschiedlichen Angaben

lassen regional unterschiedliche Praktiken bzw. Informationsstände innerhalb der Rentenversicherung vermuten.

- In zwei Bildungseinrichtungen würden bei Bedarf Gebetsräume für Muslime eingerichtet. Entfielen diese Notwendigkeit, würden die Räume anderweitig genutzt.
- In einigen Bildungseinrichtungen sei ein alternatives (z.B. schweinefleischfreies) Menü möglich.
- In einer Bildungseinrichtung habe es sich „in der Vergangenheit als hilfreich erwiesen, Rehabilitanden mit psychischen Problemen und einer bestimmten Herkunft von einem Psychologen aus demselben Land betreuen zu lassen“. Dazu sei es vor einigen Jahren einmal ungeplant gekommen, als ein/-e Psychologe/-in mit Migrationshintergrund eingestellt worden sei, welche/-n vermehrt Teilnehmende mit Migrationshintergrund aufgesucht hätten. Stelle der Bildungsträger jedoch Psycholog(inn)en nach Herkunftskriterien ein, würden immer nur bestimmte Gruppen hiervon profitieren.
- Ein/-e Rehabilitand/-in ohne Migrationshintergrund berichtete, in seiner/ihrer „Klasse“ gebe es fünf Migrant(inn)en, die Schwierigkeiten mit dem Fach Englisch hätten. Die Anzahl der Englischstunden sei deswegen erhöht worden. Anzunehmen ist, dass die ganze Gruppe von dieser Lösung profitiert.
- Eine Person aus dem Kreis der Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen war der Meinung, für Migrant(inn)en seien bestimmte Maßnahmen besonders geeignet und auch notwendig: „Integrationsmaßnahmen, bei denen der theoretische Anteil niederschwellig ist“. Mögliche Sprachdefizite fielen dabei nicht ins Gewicht.

Folgende Beispiele lassen sich als Maßnahmen zur Regelung des Zusammenlebens von Menschen und Migrationshintergrund und Migrant(inn)en in Bildungseinrichtungen zusammenfassen:

- Die Rehabilitand(inn)en würden nicht-fachlich zu Themen wie „soziale Kompetenz“ oder „Stressbewältigung“ gefördert. Dort werde auch der alltägliche Umgang zwischen Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund

thematisiert bzw. könne bei Bedarf diskutiert werden.¹¹²

- Bei einem Bildungsträger werde immer wieder „im regulären Unterricht versucht, Vorurteile zum Thema zu machen und Toleranz zu fördern“.
- Einige Mitarbeiter/-innen beteiligter Organisationen berichteten, dass in ihren Hausordnungen bestimmte Verhaltensregeln wie ein respektvoller und nicht diskriminierender Umgang miteinander, das Verbot, „Kleidung bestimmter Marken zu tragen, an welchen Nazis sich erkennen“ etc. festgeschrieben seien. Inwieweit diese Regeln durchgesetzt werden können, kann nicht abschließend beurteilt werden.

Relevant erscheint die Aussage von Interviewten, dass Maßnahmen zur Regelung oder Verbesserung des Umgangs zwischen Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund innerhalb von Bildungseinrichtungen immer wieder situativ erneuert, optimiert und überdacht werden müssten. Der/die Vertreter/-in eines Bildungsträgers erklärte dazu: „Stigmata beruhen auf Vorurteilen, auf Unkenntnis, sie bedürfen der Information. [...] Und ich denke, so würde man dran gehen, wenn es eine Fragestellung zu Migration gäbe. Angenommen, wir hätten im RVL fünf Kopftuchträgerinnen gleichzeitig. Die werden ja gefragt [...]. Dann würden die Kollegen das thematisieren und sich überlegen, wie man das auf nicht stigmatisierende Art macht. Es ist ja ein Thema. Und wenn es nicht offiziell ein Thema ist, ist es in den Pausengesprächen und Grüppchen ein Thema. Das ist bei uns eben das Prinzip, dass man solche Dinge anspricht und versucht, in einer wertschätzenden Weise damit umzugehen. Da sind wir immer wieder mit Neuem konfrontiert und wenn das käme [wenn sich das Problem von Ausländerfeindlichkeit oder ähnlichem stellen würde, Anm. d. Verf.], wäre das auch etwas Neues“.

Festzuhalten ist, dass das Förderangebot der Bildungsträger zielgruppenorientiert ist. Finden sich unter den Klient(inn)en beispielsweise viele Personen mit Autismus, Hörschädigungen oder anderen spezifischen Diagnosen und Bedürfnissen, werden die Förderungsmöglichkeiten daran angepasst.

¹¹² Inwieweit Rehabilitand(inn)en von ihren Mitwirkungsrechten Gebrauch machen und z.B. mit Hilfe so genannter „Gruppensprecher/-innen“ migrationspezifische Belange in ihrer Einrichtung thematisieren bzw. welche Faktoren dem womöglich entgegenstehen, wäre Gegenstand einer weiteren Untersuchung.

Inwieweit diese Aktivitäten und Angebote zur Unterstützung von Teilnehmenden mit Migrationshintergrund ausreichen, kann in der vorliegenden Studie nicht beurteilt werden. Ebenso wenig können in dieser Untersuchung Einstellungen von Rehabilitand(inn)en verallgemeinert oder das Zusammenleben und -lernen von Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen bewertet werden. Ein qualitativer Überblick über die Aussagen zu diesem Thema ist jedoch möglich, wobei sich zeigt, dass – obwohl die an der Studie beteiligten Bildungsträger migrationspezifische Fragen nicht ignorieren – weiterer Handlungsbedarf besteht: So sei – einer Gruppendiskussion mit Migrant(inn)en zufolge – ihre Bildungseinrichtung „als Nazi-Hochburg bekannt“, es kämen viele Menschen aus der ländlichen Umgebung dorthin, die noch nie mit Migrant(inn)en zu tun gehabt hätten und dort „ihre Vorurteile weiter pfleg[t]en“. Der Umstand, dass das Problem der Fremdenfeindlichkeit nur in einer Gruppendiskussion dermaßen detailliert beschrieben wurde, kann auf einem Zufallseffekt beruhen – möglicherweise besteht das Problem auch andersorts, aber die dortigen Gruppendiskussionen entwickelten sich in eine andere Richtung. Andererseits ist bekannt, dass politische Stimmungen in verschiedenen Städten und Regionen variieren können. Folglich kann sich dies in den Bildungseinrichtungen (mit meist begrenzten Einzugsgebieten) widerspiegeln. Indes ziehen Bildungsträger nicht nur Menschen aus der näheren Umgebung, sondern auch aus weiter entfernten Gebieten an, so dass in vielerlei Hinsicht eine Durchmischung der Teilnehmenden stattfindet.

In diesem Zusammenhang ergibt sich auch die Frage nach migrationspezifischen Fort- und Weiterbildungen für das Personal von Rehabilitations- und Bildungsträgern, welches mit Migrant(inn)en in Kontakt gerät. Solche gebe es in den beteiligten Einrichtungen nicht, es bestehe auch keine Notwendigkeit dazu, argumentierten viele Mitarbeiter/-innen. Weiterhin sei die individuelle Beratung durch Case Manager/-innen bzw. den sozialen Dienst größtenteils ausreichend. Zudem sei die Frage der Migration für die berufliche Rehabilitation zweitrangig, wichtig sei eher die persönliche Situation der Beteiligten. Schwierigkeiten, die einen kulturellen Hintergrund vermuten ließen, könnten mit den Betroffenen selbst oder mit Hilfe von Menschen aus dem gleichen Kulturkreis gelöst werden, erklärten Mitarbeiter/-innen der einbezogenen Bildungsträger. Im Rahmen des kollegialen Austauschs könnten darüber hinaus Mitarbeiter/-innen mit mehr Erfahrung oder aus anderen Kulturkreisen,¹¹³ anderer Muttersprache sowie Freunde und Bekannte

¹¹³ Allerdings birgt diese Lösung weitere Unklarheiten, denn der Begriff des gleichen „kulturellen Hintergrundes“ oder des „Kulturkreises“ wurde von keinem der Befragten hinreichend definiert. Es ist

der Klient(inn)en zurate gezogen werden.¹¹⁴ „Vielfach haben die Lehrkräfte auch eine Weitsicht entwickelt im Laufe ihrer Tätigkeit. Man hat schon Erfahrungswerte und kann schon reagieren, auch wenn man nicht das Fachwissen erworben hat [sich z.B. nicht spezifisch mit interkultureller Kompetenz befasst hat, Anm. d. Verf.], aber man bewegt sich in die richtige Richtung“.

Dennoch führten immer wieder neue migrationsspezifische, aber auch allgemeine Situationen dazu, dass sich Betreuende ihre Expertise erarbeiten, informieren, mit Teilnehmenden auseinandersetzen und situativ entscheiden müssten. Schwierigkeiten mit dem Aufenthaltstitel, hohen Schulden, familiäre Gewalt und eine Reihe weiterer Fragen verlangten von ihnen, zu intervenieren, weitere Expert(inn)en (z.B. Schuldnerberatungsstellen) hinzuzuziehen oder ein Netzwerk aufzubauen und zu pflegen.

Ein/-e Organisationsvertreter/-in hielt Fort- und Weiterbildungen zu Fragen der interkulturellen Kompetenz, des Diversity Managements etc. prinzipiell für sinnvoll, jedoch fanden solche in der betreffenden Einrichtung nicht statt. In einer anderen Bildungseinrichtung würde aktuell versucht, Rehabilitationsfachkräften eine entsprechende Fortbildung anzubieten. Früher habe es solche Maßnahmen bereits gegeben, sie seien aber nicht aufrechterhalten worden.

Bei zwei Bildungsträgern gab es Fortbildungen für den Umgang mit „Sondergruppen“. Hier stünden jedoch andere Merkmale als die Migrationsgeschichte im Vordergrund. In einer weiteren Bildungseinrichtung wurden zum Befragungszeitpunkt Fort- und Weiterbildungen des Personals zum Thema „Arbeit mit ‚schwierigen‘ Zielgruppen“ geplant.

Auch in Bezug auf die Rentenversicherung wurde mehrheitlich das Vorhandensein und die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen mit Migrationsthematik verneint. Bei Bedarf könnten sich Mitarbeiter/-innen an Kolleg(inn)en mit mehr Arbeitserfahrung bzw. eigener Migrationsgeschichte wenden. Drei Interviewte berichteten allerdings, es gebe freiwillige Fortbildungen zum Umgang mit Migrant(inn)en. Interessant ist dabei, dass Fachkräfte derselben regionalen Einrichtung das Vorhandensein migrationsspezifischer

anzunehmen, dass jeweils unterschiedliche Dinge darunter verstanden werden. Inwieweit sich das auf die Problemlösung in konkreten Fällen auswirkt, wäre daher gesondert zu untersuchen.

¹¹⁴ Eine korrekte und neutrale Übersetzung kann von Privatpersonen jedoch nur bedingt erwartet werden. Denkbar ist, dass Verwandte oder Bekannte, die die Situation der Antragstellenden kennen, nicht genau den Inhalt des Gesprochenen übersetzen, sondern bewusst oder unbewusst eine Auswahl aus dem Gesagten übersetzen, in einem gewissen Ausmaße die Reaktion der Antragstellenden antizipieren und ihnen direkt oder indirekt Handlungsempfehlungen geben. Insofern ist fraglich, ob beim Einsatz von Familie und Freunden als Dolmetscher/-innen und Übersetzer/-innen der volle Informationsumfang weitergegeben wird und die Entscheidungsautonomie der Betroffenen gewahrt bleibt.

Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bejahen und verneinen – dies weist auf unterschiedliche Kenntnisstände hin.

Hervorzuheben seien aus Sicht der Organisationsmitarbeiter/-innen zeitliche Grenzen dieser Art der Personalunterstützung: Das Personal unterliege einem hohen Zeitdruck und die entsprechende Fortbildung könne nicht spontan besucht, sondern müsse erst beantragt werden.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Aufgabe der Pilotstudie „Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation“ war es,

- migrationsspezifische Barrieren im Zugang, Ablauf und Erfolg von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzudecken,
- zu eruieren, ob in den beteiligten Einrichtungen besondere Unterstützungsangebote für diese Gruppe existieren bzw. ob dazu Bedarf besteht und
- ob bzw. welche (weiteren) Hilfen zur Verbesserung von Situation und Erfolgschancen von Migrant(inn)en beitragen können.

Dabei war im Vorfeld unbekannt, wie viele Rehabilitand(inn)en, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung in geeigneten Bildungseinrichtungen durchlaufen, im Sinne des für die Studie herangezogenen Mindestindikatorensatzes einen Migrationshintergrund aufweisen.

Neben der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. Regional beteiligten sich vier Berufsförderungswerke und zwei freie Bildungsträger an der Studie. Alle sechs Bildungseinrichtungen gemeinsam betrachtet verzeichnen einen Migrant(inn)enanteil von 19 %. Er liegt damit auf dem für die Gesamtbevölkerung festgestellten Niveau. Allerdings variiert dieser Wert je nach Institution beträchtlich – er reicht von rund 8 % bis 29 %.

Auf Grundlage der qualitativen Interviews mit Fachberater(inne)n der Deutschen Rentenversicherung (Bund und Regional), Leiter(inne)n und Fachkräften der Bildungsträger und Rehabilitand(inn)en mit und ohne Migrationshintergrund sowie Fokusgruppendifkussionen mit Maßnahmeteilnehmer(inne)n mit und ohne Migrationshintergrund konnten diverse Hindernisse für Zugewanderte im Zugang, in der Teilnahme und im Erfolg von Teilhabeleistungen identifiziert werden, die teils sprachlich, teils kulturell geprägt sind oder auf formalen Faktoren beruhen.

Zugang

Sprachbarrieren können bereits vor dem Eintritt in die berufliche Rehabilitation die Feststellung einer Behinderung erschweren, verursachen Komplikationen bei der Klärung von vorhandenen Qualifikationsniveaus, Bedarfslagen, Leistungsansprüchen und Zuständigkeiten und erweisen sich vor allem dann als hinderlich, wenn komplexe Rechtsgebiete in

der Beratung berührt werden oder es sich innerhalb spezieller Verwaltungsabläufe zu orientieren gilt.

Verstärkt durch die strukturelle Architektur der beruflichen Rehabilitation – sie besitzt in Deutschland kein institutionelles Zentrum – kann sich der Zugang zu beruflicher Rehabilitation für Migrant(inn)en als schwierig erweisen; defizitäre Deutschkenntnisse wirken sich hierbei ungünstig aus. In solchen Fällen steigt der Beratungsaufwand der Reha-Träger, das Zugangsverfahren zieht sich in die Länge.

Auch die Sprachkompetenzen der Rehabilitand(inn)en sind für die Leistungsgewährung von Belang: Sie kommt nur zustande, wenn die Deutschkenntnisse dem Reha-Träger eine erfolgreiche Maßnahmeteilnahme realistisch erscheinen lassen. Eine nachträgliche, als Vorbereitung oder parallel zur beruflichen Rehabilitation verlaufende Förderung von Deutschkenntnissen, zumal eine durch die Rentenversicherung finanzierte, ist nicht oder nur in Ausnahmefällen und eng gefassten Grenzen möglich. Durchgehend institutionalisierte Zusatzhilfen dieser Art werden von den Rehabilitationsträgern gegenwärtig nicht gewährt. Teilweise bieten sie jedoch – regional begrenzt – Informationstage und Informationsbroschüren in unterschiedlichen Sprachen an. In manchen Servicestellen sind zudem Dolmetscher/-innen für Beratungsgespräche verfügbar. In welchem Ausmaß diese Unterstützungsmöglichkeiten tatsächlich in Anspruch genommen werden, ist derzeit unbekannt und könnte nur durch weitere Forschungsaktivitäten – insbesondere quantitativer Art – eruiert werden.

Sind derartige Hilfsangebote nicht in Reichweite, nimmt die Bedeutung informeller bzw. lebensweltlich organisierter Unterstützung zu, mit der sprachliche Kommunikationseinschränkungen bis zu einem gewissen Grad kompensiert und Folgeprobleme (etwa Zugangsverzögerungen) vermieden oder wenigstens abgeschwächt werden können. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang bei Fachberater(inne)n die Hinzuziehung von Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund sowie bei antragstellenden Migrant(inn)en Hilfe durch ihr soziales Umfeld. Institutionelle Verbesserungspotenziale entfallen dadurch freilich nicht, wenngleich der Umsetzung zusätzlicher Unterstützungsangebote finanzielle, organisatorische und leistungsrechtliche Grenzen gesetzt sind. Denkbar wäre z.B., das bei Reha-Trägern vorliegende Informationsmaterial in leichter verständlichem Deutsch zu verfassen und bundesweit in weiteren Sprachen zugänglich zu machen. Auch könnte sich eine nicht nur lokal begrenzte Bereitstellung von Dolmetscher(inne)n auf den Beratungsverlauf positiv auswirken. Eine personalpolitische Option bestünde des Weiteren in

einer vermehrten Anstellung von Migrant(inn)en auf Trägerseite, die nicht nur in sprachlicher, sondern auch in kultureller Hinsicht der Verständigung und Abstimmung zwischen Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund und Repräsentant(inn)en von an der Rehabilitation beteiligten Organisationen entgegenkommen könnte. Noch wichtiger aber – dies wurde wiederholt von verschiedenen Interviewpartner(inne)n hervorgehoben – wäre eine konsequente Bereitstellung von Deutschkursen, mit denen die Zugangschancen von Migrant(inn)en aller Voraussicht nach deutlich erhöht werden könnten.

So wie die Sprachkompetenzen kann der kulturelle Hintergrund potenzieller Leistungsempfänger/-innen für den Zugang zur beruflichen Rehabilitation eine wesentliche Rolle spielen. So sprachen einige Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen von einer Skepsis, die von manchen Migrant(inn)en Behörden und Institutionen entgegengebracht wird. Zudem verfügen außerhalb Deutschlands aufgewachsene Personen oftmals über weniger Wissen bezüglich der Funktionsweisen deutscher Verwaltungen sowie ihrer formalen Abläufe und Zuständigkeiten. Informationsdefizite können fortbestehen, wenn die Betroffenen seltener nach öffentlichen Hilfen suchen oder lediglich bei uninformierten Personen oder nicht-zuständigen Stellen Erkundigungen einholen. In diesem Zusammenhang spielen auch bisherige Erfahrungen mit deutschen Behörden eine wichtige Rolle. Traten diese Personen in der Vergangenheit etwa mit Sozialämtern in Kontakt und wurden sie dort eher als Bittsteller denn als Anspruchsberechtigte behandelt, kann ein grundsätzlich erhöhtes Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen die Folge sein. Dies kann im Weiteren eine fortgesetzte Exklusion aus dem Sozialleistungsbezug nach sich ziehen. Inwieweit es dazu kommt und in welchem Umfang sich dies auf den Maßnahme-Zugang auswirkt, müsste allerdings durch weitere, vornehmlich quantitative Untersuchungen erhärtet werden.

Spezielle für Migrant(inn)en oder Mitarbeiter/-innen von an der Rehabilitation beteiligten Organisationen bereitgestellte Hilfen zur Erleichterung interkultureller Kommunikation oder zur Erhöhung der Zugangschancen existieren derzeit allenfalls vereinzelt. Zwar gibt es gelegentlich auf freiwilliger Basis Fortbildungen für Mitarbeiter/-innen der beteiligten Organisationen, um die Auseinandersetzung mit besonderen Klient(inn)engruppen zu vereinfachen – ein expliziter Migrant(inn)enbezug besteht dabei aber nicht.

Aus Perspektive einiger Repräsentant(inn)en der einbezogenen Organisationen stellt der Migrationshintergrund ein unterschätztes Zugangshemmnis dar. Ihnen zufolge setzt die

Erzeugung faktischer (und nicht nur formaler) Chancengleichheit die Bereitstellung spezieller Hilfen für Migrant(inn)en voraus, mit denen zusätzlich anfallende Barrieren sprachlicher, kultureller oder anderer Art ausgeglichen werden können. Schon heute geben manche Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen an, sich intensiver auf Gespräche mit Migrant(inn)en als mit Menschen ohne Migrationshintergrund vorzubereiten. Entsprechend ausgeprägt ist in diesem Fall der Beratungsaufwand.

Berufs- und Maßnahmewahl

Ebenso wie beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation sind die Sprachkompetenzen für die Berufs- und Maßnahmeauswahl relevant: Viele Berufe – insbesondere im kaufmännischen Bereich bzw. im Dienstleistungssektor – setzen ein hohes Maß an schriftlicher und mündlicher Ausdrucksfähigkeit voraus. Auch ist in bestimmten Berufsfeldern – etwa der Steuerberatung – die Beherrschung eines spezifischen Fachvokabulars erforderlich, mit dem Rehabilitand(inn)en im Alltag kaum in Kontakt kommen und dessen Aneignung daher mehr oder weniger bewusst vollzogen werden müsste. Mangelhafte Deutschkenntnisse bringen es mit sich, den sprachlichen Anforderungen solcher Berufe und den mit ihnen verbundenen Ausbildungsvoraussetzungen nicht zu genügen und/oder sich mit weniger qualifizierenden Leistungen abfinden zu müssen. Teilweise werden Migrant(inn)en auch eher Bildungsgänge empfohlen, in denen Deutschkenntnisse eine geringere Rolle spielen – etwa technisch oder handwerklich ausgerichtete Maßnahmen bzw. Leistungen mit begrenztem Theorieanteil. Wie häufig derartige Schwierigkeiten und Beratungsstrategien zum Tragen kommen, wäre im Rahmen quantitativer Studien noch zu klären.

Da dem Verständigungsniveau eine derart zentrale Rolle für die Wahl des Zielberufs und geeigneter Maßnahmen zukommt, wird es im Assessment – soweit eines vorgesehen ist – berücksichtigt: Dieses Verfahren enthält sowohl Elemente zur Überprüfung der Deutschkenntnisse als auch sprachlogische Komponenten zur Testung des allgemeinen Sprachverständnisses. Auch sind sprach- und kulturunabhängige Bestandteile in das Verfahren inkludiert. Allerdings wird die Freiheit des Assessments von Kultur- und Spracheinflüssen von manchen Organisationsmitarbeiter(inne)n in Zweifel gezogen. Kritischen Stimmen zufolge ist es fraglich, ob Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund die im Assessment gestellten Arbeitsanweisungen und Fragen immer korrekt verstehen. Um sprachbedingte Verfälschungen der Resultate zu vermeiden, besteht zwar die Option, die

Tests auf Englisch abzulegen. Angesichts der Rehabilitand(inn)enstruktur wären aber in der Praxis Russisch oder Türkisch bedeutsamer. Daneben wird eine Überprüfung und Verstärkung sprachunabhängiger Testelemente vorgeschlagen. Auch zu diesem Problembereich fehlen bisher jedoch statistisch untermauerte Befunde, die Aufschluss über den Verbreitungsgrad derartiger Komplikationen geben würden.

Vorteilhaft können sich die unter Migrant(inn)en verbreitete Mehrsprachigkeit und fundierte Kenntnisse anderer kultureller Normen auf die Arbeitsmarktintegration auswirken. In Branchen wie Tourismus und Spedition bzw. in Unternehmen mit beständigen Auslandsbeziehungen haben Menschen mit Migrationshintergrund daher günstige Einstellungsaussichten. Häufig wird ihnen deshalb auch die Teilnahme an entsprechenden Bildungsmaßnahmen nahegelegt.

Zu sprachlich begründeten Auswahlshranken für Berufe und Maßnahmen kommen kulturell geprägte hinzu. Auch dies zeigt sich bereits im Assessment. So meinten Organisationsmitarbeiter/-innen bei Personen aus Zentralafrika Schwierigkeiten bei Matrizen-tests oder Mustererkennungsaufgaben festzustellen – ein Umstand, der nicht der intellektuellen Leistungsfähigkeit, sondern kulturspezifischem Wahrnehmen und Erkennen angelastet wurde.

Darüber hinaus ist es nicht immer problemlos möglich, religiöse Anforderungen mit dem Zielberuf und passenden Maßnahmen in Einklang zu bringen (z.B. kann für gläubige Moslems die Tätigkeit in Fleischereibetrieben problematisch sein).

Inwieweit Überlegungen zum Prestige des angestrebten Berufs kulturell geprägt sein und ob bzw. wie sie bei der Maßnahmewahl zum Tragen kommen können, wäre ebenfalls zu untersuchen – Mitarbeiter/-innen der beteiligten Organisationen äußerten Vermutungen in dieser Richtung.

Empfehlungen der Rehabilitationsträger bei der Leistungsauswahl können der Selbsteinschätzung von Rehabilitand(inn)en entgegenstehen und sich negativ auf den Maßnahmenverlauf auswirken. Nach Ansicht von Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen sind in dieser Hinsicht tendenziell Unterschiede zwischen Migrant(inn)en und Menschen ohne Migrationshintergrund erkennbar. Im Zuge einer größer angelegten Studie wäre zu überprüfen, inwieweit sich solche Vermutungen erhärten lassen und welche Folgen sich daraus für die Teilnehmer/-innen ergeben.

Andere migrationspezifische Einschränkungen der Maßnahmewahl resultieren aus einer fehlenden oder unvollständigen Anrechnung ausländischer Bildungstitel und der Klärung von Äquivalenzen für im Ausland ausgeübte Berufe, für die es hierzulande keine Entsprechung gibt. Beides kann dazu führen, mit weniger qualifizierenden Maßnahmen vorlieb nehmen zu müssen. Die Problematik in Deutschland nicht anerkannter Bildungstitel betrifft jedoch nicht sämtliche Migrant(inn)en in selbem Maße. EU-Bürger/-innen etwa haben hier seltener Schwierigkeiten als andere. In welchem Ausmaß diese Probleme in der beruflichen Rehabilitation auftreten, wäre im Rahmen quantitativ ausgerichteter Forschungsarbeiten zu klären. Auch bleibt abzuwarten, inwieweit das Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) vom 01. April 2012 in diesem Zusammenhang Abhilfe schaffen kann.

Maßnahmeablauf

Trotz ihrer Berücksichtigung im Zugangsverfahren werden defizitäre Deutschkenntnisse im Vorfeld nicht immer erkannt: Die sichere Beherrschung der Umgangssprache während der Beratung kann ein mangelhaftes schriftliches Ausdrucksvermögen oder Verständnisschwierigkeiten im fachlichen Diskurs verschleiern. Zu den Folgen gehören nicht-verstandene Unterrichtsinhalte, zeitintensivere Prüfungsvorbereitungen, geringere Prüfungserfolgsaussichten und unter Umständen ein erhöhter Betreuungsaufwand für Fachkräfte. Auch in diesem Kontext wird das Entlastungspotenzial vorbereitender bzw. begleitender Deutschkurse betont. Eine statistische Einordnung dieser Befunde fehlt allerdings bisher.

Auch im Maßnahmeablauf wurden kulturelle Einflüsse thematisiert: So wurde vermutet, Teilnehmende mit und ohne Migrationshintergrund könnten unterschiedliche Erwartungen an die berufliche Rehabilitation knüpfen, mündliche und schriftliche Vereinbarungen und ihre Verbindlichkeit unterschiedlich bewerten, Geschlechterrollen verschieden interpretieren u.a.m. Dies könne positive wie negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von individuellen Hilfen und die Arbeitsmarktintegration haben. Berichtet wurde etwa von Vorbehalten männlicher Migranten gegenüber Einrichtungsmitarbeiterinnen sowie von einem zum Teil erhöhten Beratungs- oder Arbeitsaufwand für Einwanderer.

Andererseits scheinen bestimmte Migrant(inn)engruppen in höherem Maße motiviert zu sein, die Maßnahme möglichst selbständig zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. In den Ausführungen zweier Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund kam zum

Ausdruck, dass sie den Unterrichtsaufbau und die dargelegten Lösungswege deutscher Dozent(inn)en zum Teil nicht nachvollziehen können bzw. Erklärungen als zu allgemein empfinden, weil in ihrem Herkunftsland didaktisch anders vorgegangen wird.

In welchem Umfang diese Beobachtungen und Annahmen zutreffen und welche Folgen dies im Einzelnen hat, wäre im Zuge einer breiter angelegten Studie zu untersuchen.

Zur Klärung von Fragen bzw. zur Lösung von Problemen der Teilnehmer/-innen mit Migrationshintergrund konsultieren die befragten Fachkräfte – so weit verfügbar – auch Kolleg(inn)en oder Personen aus fachlichen Netzwerken mit entsprechendem Hintergrund sowie Angehörige von Migrant(inn)en.

Eine Freistellung vom Unterricht von Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund an nicht-christlichen Feiertagen oder für Familienfeiern im Ausland ist möglich, solange dies aus Sicht der Bildungsträger „nicht überhand“ nimmt oder in der Prüfungszeit geschieht. Dadurch kommt es bei den betreffenden Teilnehmer(inne)n allerdings zu Fehlzeiten, die eine Aneignung des Prüfungsstoffs erschweren. In seltenen Extremfällen kann dies auch zum Entzug der Prüfungszulassung bzw. zur vorzeitigen Beendigung der Maßnahme führen.

Verschiedene Vertreter(inne)n der einbezogenen Organisationen äußerten die Vermutung, Migrant(inn)en legten auf familiäre Kohäsion mehr Wert als Rehabilitand(inn)en ohne Migrationshintergrund. Sie zeigten bei Entscheidungen, die mit der beruflichen Rehabilitation zusammenhängen, ein umfassenderes Bedürfnis, sich mit ihren Angehörigen zu beraten und abzustimmen. Besonders wichtig sei ihnen daher eine wohnortnahe Rehabilitation. Andererseits wurde angemerkt, dass dies auch für Familien, in denen es keinen Migrationshintergrund gibt, relevant sein kann. Weiterhin wurde berichtet, dass auch umgekehrt eine wohnortferne Rehabilitation bei fehlender familialer Unterstützung der Maßnahmeteilnahme entgegenkommen kann.

Ausländerfeindlichkeit, von der Interviewpartner/-innen in einer Bildungseinrichtung verstärkt berichteten, kann zu einer (emotionalen) Belastung für die Teilnehmer/-innen werden, den Rehabilitationsalltag beeinträchtigen, Migrant(inn)en einschüchtern und sie direkt oder indirekt zu einem Maßnahmeabbruch bewegen. Fremdenfeindliches Verhalten kann Auskunftspersonen zufolge von abfälligen Bemerkungen und Verhaltensweisen bis hin zum Tragen von Bekleidung, die mit politischem Rechtsextremismus assoziiert wird, reichen. Obwohl bereits Gegenmaßnahmen im Rahmen von Hausordnungen ergriffen wurden, bemängelten die Teilnehmenden den unzureichenden Durchsetzungs-

grad dieser Regelungen. Auch zu den letztgenannten Problemzonen und Hilfsangeboten liegen allerdings derzeit keinerlei quantitative Forschungsergebnisse vor.

Im regulären Unterricht werden zum Teil kulturelle Besonderheiten und Vorurteile und thematisiert. In einigen Bildungseinrichtungen gibt es darüber hinaus fakultative Fortbildungsangebote, die es Mitarbeiter(inne)n erleichtern sollen, mit speziellen Zielgruppen umzugehen – migrationsorientierte Angebote stehen dabei zurzeit aber nicht im Fokus. Teilweise werden gegenwärtig Überlegungen in den betreffenden Einrichtungen angestellt, dieses Manko zu beheben.

Migrationspezifische Hilfen oder Maßnahmen sind bei den Bildungsträgern derzeit nicht oder nur sporadisch vorgesehen. Ausschließlich für Migrant(inn)en vorgesehene Angebote werden in diesem Zusammenhang vereinzelt als diskriminierend beurteilt. Im Rehabilitationsalltag kann aber auch unter den gegenwärtigen Bedingungen Rücksicht auf unterschiedliche Bedürfnisse genommen werden. Dazu gehört die Einrichtung von Gebetsräumen ebenso wie die Bereitstellung schweinefleischfreier Speisen.

Im Rahmen individueller Hilfen bzw. begleitender Dienste kann ebenfalls auf spezifische Bedarfe eingegangen werden. Zu nennen sind beispielsweise Formulierungshilfen im Schriftverkehr mit Behörden oder Unterstützung bei der Abwendung eines drohenden Verlusts der Aufenthaltsgenehmigung. Ob diese Hilfen von betroffenen Rehabilitand(inn)en als ausreichend empfunden und wie häufig sie in Anspruch genommen werden, ist in weiteren Untersuchungen zu klären.

Rehabilitationserfolg

Im Hinblick auf den Rehabilitationserfolg – differenzierbar nach Prüfungserfolg und gelungener Arbeitsmarktintegration – können sprachliche Verständigungshindernisse, kulturelle Besonderheiten und andere migrationsbezogene Faktoren Barrieren bilden, die der Zielerreichung von Teilhabeleistungen im Wege stehen.

Sprachliche Hindernisse können sich von Beginn der Maßnahme an auf unterschiedlichste Weise negativ auswirken und im ungünstigsten Fall ein Grund für ihre vorzeitige Beendigung sein. Auch können Sprachbarrieren dazu führen, Prüfungsaufgaben nicht, nur mit Einschränkungen oder mit Verspätung zu verstehen und sie daher falsch oder nicht innerhalb der vorgesehenen Prüfungszeit zu lösen. Entsprechend niedrig sind die Chan-

cen von Migrant(inn)en in diesem Fall, Teilhabeleistungen zu einem befriedigenden Abschluss zu bringen.

Artikulationshemmnisse kommen überdies auch noch am Ende der Maßnahmeteilnahme zum Tragen – etwa beim Verfassen von Lebensläufen oder bei Bewerbungsgesprächen – und reduzieren dadurch die Beschäftigungsaussichten. Migrant(inn)en sind aus diesem Grund häufiger auf intensive Unterstützung durch Bildungsträger angewiesen (beispielsweise in Bezug auf Bewerbungstrainings oder bei der Formulierung von Anschreiben). Wie bereits erwähnt, kann die unter Migrant(inn)en verbreitete Mehrsprachigkeit in bestimmten Branchen und Unternehmen aber auch eine integrationsförderliche Wirkung entfalten und Eingliederungserfolge begünstigen.

Bestimmte Kenntnisse, die in Deutschland häufig als Allgemeinwissen vorausgesetzt werden (wie z.B. Englischkenntnisse), können bei Migrant(inn)en (z.B. aufgrund von Unterschieden in den Bildungssystemen der Herkunftsländer) nicht immer vorausgesetzt werden. Auch dies kann die Prüfungschancen mindern. Insofern wäre die Beseitigung derartiger Defizite, etwa im Zuge der Maßnahmevorbereitung, zu begrüßen. In kultureller Hinsicht wurde von Interviewpartner(inne)n vermutet, dass der Verlust an Sozialprestige durch ein Nicht-Bestehen von Prüfungen bei manchen Migrant(inn)engruppen stark ausgeprägt sein kann. Ob dies zutrifft bzw. ob hierbei weitere kulturelle Aspekte zum Tragen kommen und wie sie sich auf die Leistungsbereitschaft bzw. den Prüfungserfolg auswirken, wäre Gegenstand einer eingehenderen, insbesondere auch quantitativ konzeptionierten Untersuchung.

Integrationsaussichten können darüber hinaus durch Arbeitgebervorbehalte gegenüber einer Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund reduziert werden. Dies gilt bereits bei der Suche nach Praktikumsplätzen während der Maßnahme. Denn ein nicht deutsch klingender Name oder äußerlich sichtbare Kennzeichen wie das Tragen eines Kopftuchs können dann Exklusionseffekte am Arbeitsmarkt nach sich ziehen. Derartige Eingliederungsbarrieren lassen sich zum Teil durch die Konzentration auf Betriebe umgehen, in denen schon Migrant(inn)en beschäftigt sind und entsprechende Einstellungsvorbehalte abgebaut wurden. Dies ist aber nur dort möglich, wo der Arbeitsmarkt entsprechend strukturiert ist. Kritisch anzumerken wäre hierbei allerdings, dass solche Strategien im Grunde separierend wirken und der Idee einer gesamtgesellschaftlichen Integration zuwiderlaufen.

Problematisch ist darüber hinaus das Ablaufen der Aufenthaltsgenehmigung bzw. der Arbeitserlaubnis sowohl während der beruflichen Rehabilitation als auch nach einer erfolgten Arbeitsmarkteingliederung. Gelingt es den Betroffenen (auch unterstützt von Bildungsträgern) nicht, diese Schwierigkeit zu beseitigen, ist eine verfrühte Maßnahmebeendigung oder das Ausscheiden aus dem deutschen Arbeitsmarkt unvermeidbar. Die (genauere) Überprüfung eines drohenden Verlusts der Aufenthaltsgenehmigung im Rahmen des Zugangsverfahrens wäre daher – auch aus finanziellen Gründen – sinnvoll.

Im Rahmen der Interviews wurde Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund zum Teil auch eine höhere Leistungsbereitschaft und ein größerer Arbeitswille im Vergleich zu solchen ohne Migrationshintergrund zugeschrieben. Trifft dies tatsächlich zu, so mögen sich daraus höhere Eingliederungschancen der Migrant(inn)en ergeben. Offen muss allerdings bleiben, ob die Integration in den Arbeitsmarkt dieser Personen auch mit einer adäquaten Beschäftigungsqualität (etwa im Hinblick auf Gehaltshöhe, Stellung im Beruf, Beschäftigungsumfang, Sicherheit des Arbeitsplatzes) einhergeht. Entsprechende Studien liegen bisher nicht vor.

Eine exakte Bestimmung des Auftretens der genannten migrationspezifischen Schwierigkeiten im Rehabilitationserfolg und der zum Zuge kommenden Hilfsstrategien ist derzeit nicht verfügbar und müsste noch in statistisch ausgerichteten Forschungsarbeiten stärker herausgearbeitet werden.

Fazit

Die Pilotstudie „Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation“ konnte für den Zugang, den Ablauf und den Erfolg von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verschiedene migrationspezifische Barrieren identifizieren. Die momentan Rehabilitand(inn)en mit Migrationshintergrund bereitgestellten Hilfen besitzen mehrheitlich informellen bzw. nicht-institutionalisierten Charakter: Individuelle und improvisierte Angebote dominieren das Spektrum von Unterstützungsmöglichkeiten. Diversity-Management-Konzepte, von denen Migrant(inn)en und Mitarbeiter/-innen betroffener Einrichtungen profitieren könnten, fehlen oder wurden bisher nicht systematisch implementiert.

Aus gegenwärtiger Sicht könnte die Einführung nachteilskompensierender Hilfen – etwa die Bereitstellung rehabilitationsvorbereitender, rentenversicherungsfinanzierter Deutschkurse – entscheidend zur Verbesserung der Situation von Rehabilitand(inn)en mit Migra-

tionshintergrund beitragen. Zur präziseren Erfassung ihrer Bedarfslagen und zur differenzierteren Bestimmung möglicher Hilfsangebote sind nun allerdings weitere, quantitativ ausgerichtete Forschungsarbeiten gefragt, die eine statistische Einordnung der in der Pilotstudie erzielten Ergebnisse – möglichst unter Berücksichtigung von Längsschnittveränderungen – zulassen und den Eingliederungserfolg sowie die Beschäftigungsqualität in vergleichender Perspektive in den Blick nehmen.

8 **Literaturverzeichnis**

- A'Walelu, O.; Gerken, U.; Machleidt, W.; Salman, R.; Walter, U.; Krauth, C. 2008:** Kosten und Kosteneffektivität der Zugangswege zur Förderung des Gesundheits- und präventiven Verhaltens von Migranten. In: *Gesundheitswesen 70*. o.S.
- Abraham, M.; Hinz, T. (Hrsg.) 2008:** Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Anger, C.; Erdmann, V.; Plünnecke, A.; Riesen, I. 2010:** Integrationsrendite – Volkswirtschaftliche Effekte einer besseren Eingliederung von Migranten. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft. URL: <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/integrationsrendite-volkswirtschaftliche-effekte-einer-besseren-integration-von-migranten,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf> (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ 2010:** Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/2010-06-04-broschuere-migrations-sensible-datenerhebung-fuer-die-gesundheits-und-pflegeberichterstattung,property=publicationFile.pdf> (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Auernheimer, G. (Hrsg.) 2008:** Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. 2. aktualisierte Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.) 2010:** *Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft.* Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Banger, M.; Driter, J.; Jahn, V.; Klumm, H. 2005:** Integration eines Migrationspädagogen in das therapeutische Setting einer Suchtabteilung. In: *Krankenhauspsychiatrie 16*: 139-143.
- Baumert, J.; Stanat, P.; Watermann, R. (Hrsg.) 2006:** Herkunftsbedingte Disparitäten im Bildungswesen. Differenzielle Bildungsprozesse und Probleme der Verteilungsgerechtigkeit. Vertiefende Analysen im Rahmen von PISA 2000. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baykara-Krumme, H.; Klaus, D.; Steinbach A. 2011:** Eltern-Kind-Beziehungen in Einwandererfamilien aus der Türkei. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*. 43/2011. 50 Jahre Anwerbeabkommen mit der Türkei. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <http://www.bpb.de/apuz/59743/eltern-kind-beziehungen-in-einwandererfamilien-aus-der-tuerkei?p=all> (Abrufdatum: 18.10.2012).
- Becker, G. S. 1975:** Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. New York: Columbia University Press.

- Becker, R.; Lauterbach, W. (Hrsg.) 2007:** Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beckmann, U.; Klosterhuis, H.; Mitschele, A. 2005:** Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. In: *Die Angestelltenversicherung 09/2005*. Jg. 52: 431-438.
- Behrens, K.; Calliess, I. T. 2008:** Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung: Zur Notwendigkeit der Modifikation therapeutischer Strategien für die Arbeit mit Migranten. In: *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie 76*: 725-733.
- Beiderwieden, K. 2001:** Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz: 182-206.
- Bertelsmann Stiftung 2006:** Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Thesenpapier der Bertelsmann Stiftung auf Basis der Interkulturellen Kompetenz-Modelle von Dr. Darla K. Deardorff, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bieker, R. 2005a:** Individuelle Funktionen und Potentiale der Arbeitsintegration. In: Ders. (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*, Stuttgart: Kohlhammer: 12-24.
- Bieker, R. (Hrsg.) 2005b:** *Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann, H. 2008:** Pädagogik der beruflichen Rehabilitation. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bilgin, Y.; Koch, E.; Springfield, A. 2003:** Medizinische Rehabilitation und Migration am Beispiel der Türken in Deutschland. In: *Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20./21.02.2003 in Berlin: 73-77.* URL: http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/Gesunde_Integration_indd1.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Böhnke, L.; Bellwinkel, M. 2012:** Selbsthilfe für und mit Migranten. In: *Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Versicherung*. 352-353.
- Borde, T. 1998:** Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag: 95-113.
- Borde, T.; David, M. (Hrsg.) 2003:** Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Brause, M.; Reutin, B.; Razum, O.; Schott, T. 2011:** Migration, soziale Ungleichheit und Rehabilitationserfolg – Ergebnisse einer Analyse von Routinedaten der Rentenversicherung Rheinland und Westfalen. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund*: 136-138.

- Brause, M.; Reutin, B.; Razum, O.; Schott, T. 2012:** Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. URL: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1295448.pdf> (Abrufdatum: 06.09.2012).
- Brause, M.; Reutin, B.; Schott, T.; Yilmaz Aslan, Y. 2010:** Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Bielefeld: Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften. URL: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/zfv/endbericht.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Brucks, U; Wahl, W.B. 2003:** Über-, Unter-, Fehlversorgung. Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T; David, M. (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag: 15- 33.
- Brzoska, P.; Reiss, K.; Razum, O. 2010a:** Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin/ Heidelberg: Springer: 129-139.
- Brzoska, P.; Voigtländer, S.; Reutin, B.; Yilmaz-Aslan, Y.; Barz, I.; Starikow, K.; Reiss, K.; Dröge, A.; Hinz, J.; Exner, A.; Striedelmeyer, L.; Krupa, E.; Spallek, J.; Berg-Beckhoff, G.; Schott, T.; Razum, O. 2010b:** Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland - Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f402-rehabilitation-migrationshintergrund.pdf;jsessionid=87F89DC12B1E22A978E9381EADBA94C4?__blob=publicationFile (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Bude, H.; Willisch, A. 2006a:** Das Problem der Exklusion. In: Dies. (Hrsg.), *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige*, Hamburg: Hamburger Edition: 7-26.
- Bude, H.; Willisch, A. (Hrsg.) 2006b:** Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 2010:** Perspektiven für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung trägerübergreifender Aspekte. Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“. Frankfurt / M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesgesetzblatt 2011:** Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010: Berufsförderungswerke. Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung erwachsener Menschen. Bonn. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a714-berufsforderungswerke-einric-373.pdf?jsessionid=CFF41F6B9EF23B9ECAF4F62357807B3?__blob=publicationFile (Abrufdatum: 25.10.2012).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: Übersicht über das Sozialrecht. Nürnberg: BW Bildung und Wissen.

Burkert, C.; Seibert, H. 2008: Integrationspotenziale der dualen Berufsausbildung für Jugendliche mit Migrationshintergrund. URL: http://www.migration-boell.de/web/integration/47_1635.asp (Abrufdatum: 20.04.2010).

Butler, J.; Albrecht, N.-J.; Ellsäßer, G.; Gavranidou, M.; Habermann, M.; Lindert, J.; Weilandt, C. 2007: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, Heft 10: 1232-1239.

Castel, R. 2009: Die Wiederkehr der sozialen Unsicherheit. In: Castel, R.; Dörre, K. (Hrsg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Frankfurt a.M./New York: Campus: 21-34.

Castel, R.; Dörre, K. (Hrsg.) 2009: Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Frankfurt a.M./New York: Campus.

Coleman, J. 1991: Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1. Handlungen und Handlungssysteme. München: R. Oldenbourg Verlag.

Collatz, J.; Heise, T. (Hrsg.) 2002: Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. Berlin: VWB.

Damelang, A.; Haas, A. 2006: Arbeitsmarkteinstieg nach dualer Berufsausbildung – Migranten und Deutsche im Vergleich. IAB-Forschungsbericht, Nr. 17/2006, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hrsg.) 1998. Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

Deutsche Rentenversicherung 2012a: Berufliche Rehabilitation. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/03_Familie_und_Kinder/02_Rehabilitationsangebote/02_berufliche_reha/berufliche_reha_node.html (Abrufdatum: 31.08.2012).

Deutsche Rentenversicherung 2012b: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2010. Band 184, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005:** 6. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. August 2005. Teil II., Bonn. URL: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/ausl_C3_A4nderbericht-6-teiIII,property=publicationFile.pdf (Abrufdatum: 20.04.2010).
- Diefenbach, H. 2007:** Bildungschancen und Bildungs(miss)erfolg von ausländischen Schülern oder Schülern aus Migrantenfamilien im System schulischer Bildung. In: Becker, R.; Lauterbach, W. (Hrsg.), *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit*, 2. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 221- 245.
- Diefenbach, H. 2008:** Bildungschancen und Bildungs(miss)erfolg von ausländischen Schülern oder Schülern aus Migrantenfamilien im System schulischer Bildung. URL: <http://www.sozilogie.phil.uni-erlangen.de/archiv/files/lehre/Diefenbach%202008%20Bil提高schancen%20Migranten.pdf> (Abrufdatum: 17.10.2012).
- Diehl, C. 2002:** Die Partizipation von Migranten in Deutschland. Rückzug oder Mobilisierung? *Forschung Soziologie*, Band 155. Opladen: Leske + Budrich.
- Diekmann, Andreas (2001):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Einbek: Rowohlt.
- Dings, W. 2005:** Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke - Leistungsangebote, methodisch-didaktische Konzeptionen und Modellentwicklungen. In: Bieker, R. (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*, Stuttgart: Kohlhammer: 205-231.
- Driesel-Lange, K. 2009:** Interessen, Fähigkeiten, Kompetenzen: Theoretische Bestimmung pädagogischer Begleitung im Kontext beruflicher Orientierung. Fachvortrag auf dem Fachtag der *Landesvereinigung Kulturelle Jugendbildung Thüringen e.V. (LKJ)* „Berufs- und Studienwahl ist (k)ein Spiel“ am 21.04.2009 in Bad Berka. URL: <http://www.lkjthueringen.de/html/pdf/Fachvortrag-%20Frau%20Driesel-Lange.pdf> (Abrufdatum: 20.04.2010).
- Ellger-Rüttgardt, S.; Karbe, H.; Niehaus, M.; Rauch, A.; Riedel, H.-P.; Schian, H.-M.; Schmidt, C.; Schott, T.; Schröder, H.; Spijkers, W.; Wittwer, U. 2009:** Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn: Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V..
- El-Mafaalani, A.; Toprak, A. 2011:** Muslimische Kinder und Jugendliche in Deutschland. Lebenswelten – Denkmuster – Herausforderung. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Elten van, K.; Sieber, W.; Wobbe, T. 2010:** Evaluation des Landesmodellprojektes „Perestrojka“. URL: http://www.netzwerk-lippe.de/uploads/media/Evaluationsbericht_Perestrojka.pdf (Abrufdatum: 13.11.2012).

- Englmann, B.; Müller, M. 2007:** Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland. Augsburg: Tür an Tor – Integrationsprojekte gGmbH.
- Erim, Y; Glier, B. 2011:** Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig, B.; Frettlöh, J.; Klinger, R.; Nilges, P. (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik- Krankheitsbilder-Behandlung*, Berlin/ Heidelberg: Springer: 243-258.
- Faßmann, H. 1997:** Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsförderungswerken. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.
- Faßmann, H.; Kliem, H. 2011a:** Validierung und Evaluation des Prozess-Profilings am Berufsförderungswerk München gemeinnützige GmbH. Forschungsbericht. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Faßmann, H.; Kliem, H. 2011b:** Validierung und Evaluation der „Profiling-Konzeption zur durchgängigen Erfassung und Steuerung der Entwicklung des Rehabilitanden / der Rehabilitandin“ des Berufsförderungswerks Nürnberg gGmbH. Forschungsbericht. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Flick, U.; Kardorff von, E.; Steinke, I. 2000a:** Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Dies. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbek: Rororo: 13- 29.
- Flick, U.; Kardorff von, E.; Steinke, I. 2000b (Hrsg.):** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rororo.
- Frick, J. R.; Söhn, J. 2007:** Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) als Grundlage für Analysen zur Bildungslage von Personen mit Migrationshintergrund. In: *Arbeitsstelle für interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI) 2007*: 81-90.
- Fritschi, T.; Jann, B. 2008:** Gesellschaftliche Kosten unzureichender Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern in Deutschland. Welche gesellschaftlichen Kosten entstehen, wenn Integration nicht gelingt? O.O.: Bertelsmann Stiftung. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23656_23671_2.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Fuhr, G. 2012:** Armutsgefährdung von Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. In: *Wirtschaft und Statistik. 7/2012*: 549-562.
- Glaesmer, H.; Wittig, U.; Brähler, E.; Martin, A.; Mewes, R.; Rief, W. 2010:** Health Care Utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany. In: *International Journal of Public Health*, Online First, 01. November 2010: 8 (unnummerierte) Seiten.
- Goffman, E. 1977:** Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 2. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Granato, M. 2003:** Jugendliche mit Migrationshintergrund in der beruflichen Bildung. In: *WSI Mitteilungen*, Heft 8: 474-483.
- Griese, H. M.; Sievers, I. 2010:** Bildungs- und Berufsbiografien erfolgreicher Transmigranten. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 46-47: 22-28.
- Grotkamp, S.; Cibis, W.; Behrens, J.; Bucher, P. O.; Deetjen, W.; Nyffeler, I. D.; Gutenbrunner, C.; Hagen, T.; Hildebrandt, M.; Keller, K.; Nüchtern, E.; Rentsch, H. P.; Schian, H.; Schwarze, M.; Sperling, M.; Seger, W. 2010:** Personenbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). In: *Gesundheitswesen* 72: 908-916.
- Grözinger, G.; Maschke, M.; Offe, C. 2006:** Die Teilhabegesellschaft. Modell eines neuen Wohlfahrtsstaates. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Haines, H. 2005:** Teilhabe am Arbeitsleben – Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker, R. (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*, Stuttgart: Kohlhammer. 44-61.
- Hamburger, F. 2009:** Der Vermessungswahn: Kommentar. In: *Forum Migration, Juli 2009*, URL: http://www.migration-online.de/beitrag_aWQ9Njc4Ng_.html (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Hartkamp, N. 2003:** Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. In: *psychoneuro* 30, Heft 2: 109-111.
- Haug, S.; Pointer, S. 2007:** Sozialkapital und Migration. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 47: 367-396.
- Hauss, G., Maurer, S. (Hrsg.) 2010:** Migration, Flucht und Exil im Spiegel der Sozialen Arbeit. Bern: Haupt.
- Heckmann, F. 1992:** Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie inter-ethnischer Beziehungen. Stuttgart: Enke.
- Herwig, A.; Konietzka, D. 2012:** Zwischen Integration und Ausschluss. Die Klassenpositionen von Migranten im Zeit- und Generationenvergleich. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 4/2012: 295-315.
- Hill, P. B. 2002:** Rational-Choice-Theorie. Bielefeld: transcript Verlag.
- Hilsenbeck, P. 2009:** „Hören Sie Stimmen? Ja Herr Doktor, ich verstehe Sie sehr gut!“ Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung der Gesundheitsdienste. Beitrag zum Expertenworkshop am 05.05.2009 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. URL: <http://www.migazin.de/2009/12/14/horen-sie-stimmen-ja-herr-doktor-ich-verstehe-sie-sehr-gut/print/> (Abrufdatum: 15.01.2011).
- Hirsch, J., Roth, R. 1986:** Das neue Gesicht des Kapitalismus. Vom Fordismus zum Post-Fordismus. Hamburg: VSA Verlag.

- Höhne, A. 2007:** Erwerbsminderungsrenten und medizinische Rehabilitation in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.), *Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit „Präventionen für Gesunde Lebenswelten – ‚Soziales Kapital‘ als Investition in Gesundheit“*, Berlin: Gesundheit Berlin.
- Höhne, A.; Schubert, M. 2007:** Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: DRV Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften, Etablierung und Weiterentwicklung. Bericht vom vierten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 28.-29.Juni 2007 in Berlin*, Berlin.
- Hradil, S. 2001:** Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: UTB.
- Igel, U.; Brähler, E.; Grande, G. 2010:** Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. In: *Psychiatrische Praxis* 37, Nr. 4: 183-190.
- Imdorf, C. 2008:** Der Ausschluss „ausländischer“ Jugendlicher bei der Lehrlingsauswahl - ein Fall von institutioneller Diskriminierung? In: Rehberg, K.S. (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006 (CD-ROM)*, Frankfurt a.M.: Campus: 2048-2058.
- Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik 2006:** Empfehlungen zur statistischen Erfassung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Offenbach a. M.: INBAS. URL: http://www.ausbildungsvorbereitung.de/download/2430_mat_mig_empf-krit-migration.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Jöckel, K.-H.; Babitsch, B.; Bellach, B.-M.; Bloomfield, K.; Hoffmeyer-Zlotnik, J.; Winkler, J.; Wolf, C. (Red.):** Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. o.O. URL: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Empfehlungen__Epidemiologische_Studien.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Kalpaka, A. 1998:** Interkulturelle Kompetenz. Kompetentes sozialpädagogisches Handeln in der Einwanderungsgesellschaft. In: *IZA, Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*, Heft 3-4: 77-79.
- Kimmelman, N. (Hrsg.) 2009:** Berufliche Bildung in der Einwanderungsgesellschaft. Diversity als Herausforderung für Organisationen. Lehrkräfte und Auszubildende. Texte zur Wirtschaftspädagogik und Personalentwicklung, Band 2. Aachen: Shaker.
- Kirchner, G. 2010:** Zugangsbarrieren und Zugangswege zum Suchthilfesystem für alkoholkrank erwachsene Migranten russischer Herkunft. Masterarbeit. Köln: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. URL: http://www.suchthilfemaster.de/fileadmin/user_upload/www.suchthilfemaster.de/Master-Theses/Masterthesis_GKirchner_2010.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Knipper, M.; Bilgin, Y. 2009:** Migration und Gesundheit. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung.

- Knipper, M.; Bilgin, Y. 2010:** Migration und andere Hintergründe. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107, Heft 3: A76-A79.
- Knuth, M.; Brussig, M. 2010:** Zugewanderte und ihre Nachkommen in Hartz IV. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 48: 26-30.
- Knuth, M.; Brussig, M.; Neuffer, S.; Dittmar, V.; Mosler, B. 2009:** Wirkungen des SGB II auf Personen mit Migrationshintergrund. Abschlussbericht – Hauptband, Duisburg. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f395.pdf?__blob=publicationFile (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Kobelt, A.; Winkler, M.; Göbber, J.; Pfeiffer, W.; Petermann, F. 2010:** Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? In: *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie* 58, Heft 3: 189-197.
- Konietzka, D.; Sopp, P. 2006:** Arbeitsmarktstrukturen und Exklusionsprozesse. In: Bude, H., Willisch, A. (Hrsg.), *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige*, Hamburg: Hamburger Edition: 314-341.
- König, E; Zedler, P. (Hrsg.) 2002:** Qualitative Forschung. Grundlagen und Methoden. 2. aktualisierte Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz.
- Köppel, P.; Yan, J.; Lüdecke, J. 2007:** Cultural Diversity Management in Deutschland hinkt hinterher. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_21374__2.pdf (Abrufdatum: 15.08.2011).
- Korporal, J.; Dangel, B. 2005:** Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Berlin: Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft (ipg). URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/korporal-gesundheit-von-migrantinnen-migranten>, (Abrufdatum 13.11.2012).
- Köster, T.; Fehr, M.; Slesnia, W. 2007:** Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken - ein Prognosemodell. In: *Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation*. 44/02: 258-265.
- Kröner-Herwig, B.; Frettlöh, J.; Klinger, R.; Nilges, P. (Hrsg.) 2011:** Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik- Krankheitsbilder-Behandlung. Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Kuckartz, U. 2010:** Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhnke, R.; Schreiber, E. 2006:** Projekt "Inklusionsstrategien für junge Aussiedler im Übergang Schule - Beruf". Zu den Lebenslagen und Bewältigungsstrategien von Aussiedlerjugendlichen. Zwischenbericht. URL: http://cgi.dji.de/inklusion/Zwischenbericht_Inklusionsstrategien.pdf (Abrufdatum: 13.11.2012).

- Lamnek, S. 2002:** Qualitative Interviews. In: König, E.; Zedler, P. (Hrsg.), *Qualitative Forschung*. 2. aktualisierte Auflage, Weinheim/ Basel: Beltz: 157- 194.
- Lange, M.; Pagels, N. 2000:** Interkulturelle Kompetenz. In: *IZA, Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*, Heft 1: 10-15.
- Leyendecker, B. 2008:** Bildungsziele von türkischen und deutschen Eltern - was wird unter Bildung verstanden und wer ist für die Vermittlung von Bildung zuständig? In: *Dossier Schule mit Migrationshintergrund*. Heinrich-Böll-Stiftung. URL: http://www.migration-boell.de/web/integration/47_1499.asp (Abrufdatum: 10.11.2012).
- Linden, M.; Lind, A.; Fuhrmann; B.; Irle, H. 2005:** Wohnortnahe Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation*. 04/2007. 82-89.
- LWL-Integrationsamt Westfalen 2010:** Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und Nachteilsausgleiche. URL: http://www.lwl.org/abt61-download/PDF/broschueren/Heft_2_August_10.pdf (Abrufdatum: 17.10.2012).
- Machleidt, W.; Behrens, K.; Ziegenbein, M.; Calliess, I. T. 2007:** Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 34: 325-331.
- Maier, C.; Razum, O.; Schott, T. 2009:** Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Hintergrund. In: Muthny, F.A.; Bermejo, I. (Hrsg.), *Interkulturelle Medizin. Lientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 85-103.
- Maschke, M. 2008:** Behindertenpolitik in der Europäischen Union. Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedstaaten. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayer, J. 2011:** Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. ÖIF-Dossier 17. o.O.: Österreichischer Integrationsfonds. URL: http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/Integrationsfond/5_wissen/Dossier_17.pdf (Abrufdatum: 12.10.2011).
- Mecheril, P. 2008:** Kompetenzlosigkeit. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In: Auernheimer, G. 2008 (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*, 2. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 15-34.
- Moscovici, S.; Zavalloni, M. 1969:** The Group as a Polarizer of Attitudes. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.12/2. 1969: 125-135.
- Mühling, T. 2008:** Minderheiten auf dem Arbeitsmarkt. In: Abraham, M.; Hinz, T. (Hrsg.), *Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 241-262.
- Mühlum, A.; Gödecker-Geen, N. 2003:** Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: UTB.

- Müller, A. G.; Stanat, P. 2006:** Schulischer Erfolg von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund: Analysen zur Situation von Zuwanderern aus der ehemaligen Sowjetunion und aus der Türkei. In: Baumert, J.; Stanat, P.; Watermann, R. (Hrsg.), *Herkunftsbedingte Disparitäten im Bildungswesen. Differenzielle Bildungsprozesse und Probleme der Verteilungsgerechtigkeit. Vertiefende Analysen im Rahmen von PISA 2000*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 221-255.
- Munich Center for the Economics of Aging 2012:** Die gesetzliche Rentenversicherung ist auch in Zukunft tragende Säule der Alterssicherung. URL: <http://www.mea.uni-mannheim.de/index.php?id=153> (Abrufdatum: 28.09.1012).
- Muthny, F. A.; Bermejo, I. 2009a:** Zur Bedeutung interkultureller Aspekte in der Medizin – eine Einführung. In: Dies. (Hrsg.), *Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 1-14.
- Muthny, F. A.; Bermejo, I. (Hrsg.) 2009b:** Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Netzwerk „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ 2011:** Das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung - IQ“. URL: http://www.q-zwh.de/zwh/fileadmin/PDF/Projekte/F%C3%B6rderprogramm_IQ_110712.pdf (Abrufdatum 15.08.2011).
- Niehaus, M. 1997:** Barrieren gegen die Beschäftigung langfristig arbeitsloser Behinderter. In: Niehaus, M.; Montada, L. (Hrsg.), *Behinderte auf dem Arbeitsmarkt. Wege aus dem Abseits*, Frankfurt a.M./New York: Campus: 28-54.
- Niehaus, M.; Montada, L. 1997 (Hrsg.):** Behinderte auf dem Arbeitsmarkt. Wege aus dem Abseits. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Nodari, C.; Scharnhorst, U. 2003:** Interkulturelle Kompetenzen für Auszubildende. SIBP Schriftenreihe Nr. 22, Zollikofen: Schweizerisches Institut für Berufspädagogik.
- Offe, C. (Hrsg.):** Opfer des Arbeitsmarktes. Zur Theorie der strukturierten Arbeitslosigkeit. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand.
- Offe, C.; Hinrichs, K. 1977:** Sozialökonomie des Arbeitsmarktes und die Lage „benachteiligter“ Gruppen von Arbeitnehmern. In: Offe, C. (Hrsg.), *Opfer des Arbeitsmarktes. Zur Theorie der strukturierten Arbeitslosigkeit*, Neuwied/Darmstadt: Luchterhand: 3-61.
- Promberger, M. 2008:** Arbeit, Arbeitslosigkeit und soziale Integration. In: *Politik und Zeitgeschichte*. 40-41/2008: 7-15.
- Rauch, A. 2005:** Behinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt. In: Bieker, R. (Hrsg.), *Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*, Stuttgart: Kohlhammer: 25-43.
- Rauch, A.; Dornette, J. (Hrsg.) 2007:** Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. Nürnberg: IAB-Bibliothek.

- Rauch, A.; Dornette, J. 2010:** Equal rights and equal duties? Activating labour market policy and the participation of long-term unemployed people with disabilities after the reform of the German welfare state. In: *Journal of Social Policy*, Vol. 39. No. 1: 53-70.
- Razum, O.; Spallek, J. 2009:** Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Focus MIGRATION Kurzdossier, Nr. 12, Hamburg: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI). URL: http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf (Ab-rufdatum: 23.10.2012).
- Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P.; Dercks, T.; Glodny, S.; Menkhaus, M.; Salman, R.; Saß, A.-Chr.; Ulrich, R. 2008:** Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rehberg, K.S. (Hrsg.) 2008:** Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongres-ses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006 (CD-ROM). Frankfurt a.M.: Campus.
- Relikowski, I.; Yilmaz, E.; Blossfeld, H.P. 2012 (in Vorbereitung):** Wie lassen sich die ho-hen Bildungsaspirationen von Migranten erklären? Eine Mixed-Method Studie zur Rol-le von Bildungsdifferenzen, Informationsdefiziten und antizipierter Diskriminierung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 52/2012.
- Reutin, B.; Yilmaz-Aslan, Y.; Brause, M.; Razum, O.; Schott, T. 2011:** Rehabilitative Ver-sorgung von Menschen türkischer Abstammung – Bedürfnisse, Problemfelder und Lö-sungsansätze aus der Perspektive des Klinikpersonals und der Rehabilitanden. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund*: 174-175.
- Riecken, A.; Schwichtenberg, U. 2002:** Aussiedler in der suchtmedizinischen Versorgung. In Collatz, J.; Heise, T. (Hrsg.), *Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behand-lung von Spätaussiedlern*, Berlin: VWB: 231- 240.
- Rodewig, K. 2000:** Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei: Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? In: *Psychotherapeut* 45: 350-355.
- Rogge, B. G.; Kieselbach, T. 2009:** Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit aus zwei theoretischen Perspektiven: soziale Exklusion und soziologische Identitätstheorie. In: *Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 4/2009: 366-371.
- Rose, P. I. (Hrsg.) 1970:** The Study of Society. New York: The Free Press.
- Schenk, L.; Neuhauser, H. 2005:** Methodische Standards für eine migrantensensible For-schung in der Epidemiologie. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 48: 279-286.

- Schenk, L. 2007:** Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: *International Journal of Public Health* 53: 87-96.
- Schenk, L.; Bau, A.-M.; Borde, T.; Butler, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H.; Razum, O.; Weilandt, C. 2006:** Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus - Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49 (9): 853-860.
- Schmidt, C; Froböse, I.; Schian, H.-M. 2006:** Berufliche Rehabilitation in Bewegung - Herausforderungen und Perspektiven. In: *Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation.* 45/2006: 194-202.
- Schott, T.; Brause, M.; Razum, O.; Reutin, B.; Yilmaz-Aslan, Y. 2011:** Erfolgreiche Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Forum Public Health* 19, Heft 70: 20.e.1-20.e.3.
- Schröder, H.; Knerr, P.; Wagner, M. 2009:** Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Bonn: Infas.
- Schubert, M.; Behrens, J.; Hauger, M.; Hippmann, C.; Hobler, D.; Höhne, A.; Schneider, E.; Zimmermann, M. 2007:** Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach Einführung des SGB II – eine qualitative Implementationsstudie. In: Rauch, A.; Dornette, J. (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II*, Nürnberg: IAB-Bibliothek: 7-83.
- Schuntermann, M. F. 2005:** Einführung in die ICF. Landsberg/Lech: ecomed MEDIZIN.
- Seibert, H.; Solga, H. 2005:** Gleiche Chancen dank der abgeschlossenen Ausbildung? Zum Signalwert von Ausbildungsabschlüssen bei ausländischen und deutschen jungen Erwachsenen. In: *Zeitschrift für Soziologie* 34, Heft 5: 364-382.
- Settelmeyer, A.; Erbe, J. 2010:** Migrationshintergrund; Zur Operationalisierung des Begriffs in der Berufsbildungsforschung. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Heft 112, Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Siegert, M. 2008:** Schulische Bildung von Migranten in Deutschland. Integrationsreport Teil 1, Working Paper 13. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Siegrist, J. 2005:** Medizinische Soziologie. 6. aktualisierte Auflage. München/Jena: Urban & Fischer.
- Simon-Hohm, H. 2000:** Interkulturelle Kompetenz in der sozialen Arbeit. In: *IZA, Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*, Heft 1 - 2000: 39- 45.
- Sondermann, A.; Ludwig-Mayerhofer, W.; Beherd, O. 2009:** Die Überzähligen - Teil der Arbeitsgesellschaft. In: Castel, R.; Dörre, K. (Hrsg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Frankfurt a.M./New York: Campus: 157-167.

- Staab, E.; Frodien, C.; Kunert, J.; Seyd, W. 2011:** Individualisierung durch neue Lernkonzeptionen. Qualitätsstandards für die berufliche Rehabilitation heute. Nürnberg: Schnelldruck Süd.
- Statistisches Bundesamt 2012:** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stichweh, R. 2009:** Wo stehen wir in der Soziologie der Inklusion und Exklusion? In: Stichweh, R.; Windolf, P. (Hrsg.), *Inklusion und Exklusion. Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 363-372.
- Stichweh, R.; Windolf, P. (Hrsg.) 2009:** Inklusion und Exklusion. Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strauss, A.; Corbin, J. 1996:** Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Terzioglu, N.; Feige, A. 2004:** Aufklärung, Verständnishorizont und Compliance bei Migrantinnen. In: *Die Hebamme 18*: 171-175.
- Völker, S. 2009:** Entsicherte Verhältnisse – Veränderte Dynamiken sozialer Ein- und Entbindung. In: Castel, R.; Dörre, K. (Hrsg.), *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Frankfurt a.M./New York: Campus: 219-228.
- Walter, U.; Salman, R.; Krauth, C.; Machleidt, W. 2007:** Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. In: *Psychiatrische Praxis 34*: 349-353.
- Weber, A.; Hörmann, G. 2011:** Migration und Gesundheit – von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? In: *Gesundheitswesen 73*: 298-307.
- Welti, F. 2005:** Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Welti, F.; Fuchs, H. 2007:** Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX. In: *Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation*: 111-115.
- Wippermann, C.; Flaig, B. B. 2009:** Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 5/2009, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <http://www.bpb.de/apuz/32220/lebenswelten-von-migrantinnen-und-migranten?p=all> (Abrufdatum: 13.11.2012).
- Wunderlich, T. 2005:** Die neuen Deutschen. Subjektive Dimensionen des Einbürgerungsprozesses. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Wuppinger, J.; Rauch, A. 2010:** Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen der beruflichen Rehabilitation. Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitslosigkeitsrisiko. IAB-Forschungsbericht 01/2010. Nürnberg.

Zeeb, H.; Razum, O. 2006: Epidemiologische Studien in der Gesundheitsforschung. Ein einleitender Überblick. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 9. o.O.: Springer Medizin Verlag: 845–852. URL: <http://uk-online.uni-koeln.de/remarks/d5331/rm2172061.pdf> (Abrufdatum: 13.11.2012).

9 Anhang

Anhang 1: Anschreiben an Rehabilitand(inn)en

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bisher liegen kaum wissenschaftliche Kenntnisse über Versicherte der Gesetzlichen Rentenversicherung mit Migrationshintergrund vor, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund führt das *Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg* dieses Jahr eine Studie zum Thema „Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation“ durch, die von der *Deutschen Rentenversicherung Bund* gefördert wird. Dazu sollen verschiedene Personen befragt werden, die an der beruflichen Rehabilitation mitwirken. **Besonders wichtig ist dabei die Sichtweise der Rehabilitand(inn)en. Daher ist es uns sehr wichtig, dass Sie sich an der Studie beteiligen.**

Die Befragung erfolgt in zwei Schritten. Zunächst bitten wir Sie, einen Fragebogen mit allgemeinen Angaben (Migrationshintergrund, Geschlecht etc.) auszufüllen. Danach laden wir einige Personen zu einem persönlichen Gespräch bzw. zu einer Gruppendiskussion ein. In der anschließenden Auswertung werden beide Erhebungen berücksichtigt.

Die Studienteilnahme ist grundsätzlich freiwillig und anonym. Angaben, die Rückschlüsse auf eine Person zulassen, werden nicht an andere Personen, Behörden oder Einrichtungen weitergegeben. Nähere Informationen finden Sie im beiliegenden Dokument „Hinweise zum Datenschutz“.

Wir bitten Sie sehr herzlich, uns zu unterstützen und dies auf der beigefügten Einverständniserklärung zu bestätigen. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Stefan Zapfel
Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marienstraße 2
90402 Nürnberg

Tel.: 0911 23 565 0
Tel. Durchwahl: 0911 23 565 33
Fax: 0911 235 65 50
E-Mail: stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de
<http://www.ifes.uni-erlangen.de>

Anhang 2: Datenschutzerklärung

Hinweise zum Datenschutz

Die Studienteilnahme ist grundsätzlich freiwillig und setzt Ihre schriftliche Einwilligung voraus. Wer sich nicht beteiligen oder die Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt zurückziehen möchte, erfährt dadurch keinerlei Nachteile. Einwände gegen die wissenschaftliche Verwendung der Angaben aus den Befragungen bzw. der Gruppendiskussion können in einem Zeitraum von sieben Tagen nach der Befragung bzw. nach der Gruppendiskussion schriftlich oder telefonisch geltend gemacht werden.

Die Einwilligungserklärungen von Rehabilitand(inn)en zur Teilnahme an der Studie verbleiben beim Bildungsträger und werden dort jeweils den geltenden datenschutzrechtlichen und sonstigen Verwaltungsvorschriften entsprechend aufbewahrt.

Alle Daten werden vertraulich und anonym behandelt. Namen der Befragten, die vorübergehend zur Feststellung der Einwilligung in die Studienteilnahme erforderlich sind, werden von weiteren Daten getrennt, so dass keinerlei Bezug zu bestimmten Teilnehmenden hergestellt werden kann. Angaben, die Rückschlüsse auf eine Person zulassen, werden nicht an andere Personen, Behörden oder Einrichtungen weitergegeben. Sie werden nach der Auswertung wieder gelöscht. Alle Mitarbeiter/-innen des *Instituts für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg*, die Datenzugriff haben, unterliegen der Schweigepflicht.

Die Befragung von Reha-Teilnehmer/-innen erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst werden einige allgemeine soziodemographische Angaben (Migrationshintergrund, Geschlecht etc.) erhoben (so genanntes Screening). Diese ausgefüllten Fragebögen werden an das Institut versendet, unter umfassenden Datenschutzvorkehrungen aufbewahrt und ausgewertet. Nach dem Screening werden einige Reha-Teilnehmer/-innen einzeln oder in Gruppen persönlich interviewt. Individuelle Befragungen und Gruppendiskussionen werden ausschließlich zum Zweck der wissenschaftlichen Verwendung auf Tonband aufgezeichnet. Diese Aufnahmen werden am *Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg* ebenfalls unter umfassenden Datenschutzvorkehrungen aufbewahrt, ausgewertet und spätestens am 31.10.2012 wieder gelöscht. Es werden lediglich anonymisierte Ergebnisse veröffentlicht.

Anhang 3: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Name: _____

Vorname: _____

Reha-Nummer: _____

ID-Nummer: _____

Ich bin über Ziel und Ablauf des Forschungsprojektes „Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation“ informiert und damit einverstanden, dass meine Angaben

- aus der schriftlichen Erhebung (Screening)
- und aus dem mündlichen Interview bzw. der Gruppendiskussion

vom *Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg* wissenschaftlich dokumentiert und ausgewertet werden. Die Teilnahme ist anonym: Alle Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, werden nicht an andere Personen, Behörden oder Einrichtungen weitergegeben. Sie werden nach der wissenschaftlichen Auswertung gelöscht. Es werden lediglich anonymisierte Ergebnisse veröffentlicht.

Diese Einverständniserklärung verbleibt bei meinem Bildungsträger.

Ort und Datum

Unterschrift

Anhang 4: Screeningbogen

Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation



ID-Nummer: _____

Fragen zu Ihrer Person

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an bzw. tragen Sie das Zutreffende in die Kästchen ein.

1) Welches Geschlecht haben Sie?
 Männlich Weiblich

2) Wie alt sind Sie?
 Unter 30 Jahre 30-34 Jahre 35-39 Jahre 40-44 Jahre 45-49 Jahre 50 Jahre und älter

3) In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?
Vater: _____ Mutter: _____

4) In welchem Land sind Sie selbst geboren?

5) Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland?
 Seit Geburt Seit _____ Jahren

6) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?
 Deutsch Andere, und zwar _____

7) Was ist Ihre Muttersprache?
 Deutsch Andere, und zwar _____

8) Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?
 Sehr gut Gut Zufrieden stellend Weniger gut Schlecht

9) Wer ist der Träger Ihrer Reha-Maßnahme?
 Deutsche Rentenversicherung Anderer Reha-Träger

10) Geben Sie bitte die Art der beruflichen Reha-Maßnahme an, die Sie in Ihrer Reha-Einrichtung gerade in Anspruch nehmen:

11) Seit wann sind Sie in dieser Reha-Einrichtung?
Monat: _____ Jahr: _____

Anhang 5: Codiersystem

Tabelle 8: Codiersystem

Zugang	<ul style="list-style-type: none"> • Aussage über Migrationshintergrund und Unterschiede zwischen Teilnehmer mit und ohne Migrationshintergrund beim Zugang • Hilfe bezüglich der Migrationshintergrund • Info – krank – Hausarzt / medizinische Rehabilitation • Info – krank – Krankenkasse – DRV¹¹⁵ selbst • Info – AC¹¹⁶ – AA¹¹⁷ / Jobcenter • Info – Informell • Info – sonstiges • Hilfe • Dauer (Antrag – Erlaubnis) • Probleme Zugang – Infobeschaffung / Öffentlichkeitsarbeit BFW¹¹⁸ / DRV • Probleme Zugang – Migrationshintergrund • Probleme Zugang – sonstiges • Verbesserungsvorschläge Zugang • Ergänzendes Zugang
Berufswahl	<ul style="list-style-type: none"> • Aussage über Migrationshintergrund und Unterschiede zwischen Teilnehmer mit und ohne Migrationshintergrund bei Berufswahl • Inhaltliche Hilfe DRV / BFW • Eigenregie (freiwillig / erzwungen) • AC – Probleme Migrationshintergrund • Zufriedenheit • Verdienst / Arbeitsmöglichkeit als Kriterium • Angebot im nächsten BFW als Kriterium • Ergebnisse Assessment als Kriterium • Bezug zum vorherigen Beruf als Kriterium • Probleme Berufswahl • Probleme Berufswahl – Migrationshintergrund • Verbesserungsvorschläge Berufswahl • Ergänzendes Berufswahl

¹¹⁵ „DRV“ meint Deutsche Rentenversicherung.

¹¹⁶ „AC“ meint Assessment.

¹¹⁷ „AA“ steht für Arbeitsagentur.

¹¹⁸ „BFW“ steht für Berufsförderungswerk.

Ablauf Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Aussage über Migrationshintergrund und Unterschiede zwischen Teilnehmer mit und ohne Migrationshintergrund – Ablauf • Datum + Maßnahme • Zufriedenheit • Zusätzliche Unterstützung: Förderunterricht / Nachhilfe • Zusätzliche Unterstützung: Psychologischer Dienst • Zusätzliche Unterstützung: Medizinischer Dienst • Zusätzliche Unterstützung: Dozenten / Ausbilder • Zusätzliche Unterstützung: andere BFW Mitarbeiter • Zusätzliche Unterstützung: Familie / Freunde • Zusätzliche Unterstützung: andere Teilnehmer • Zusätzliche Unterstützung für Teilnehmer mit Migrationshintergrund • Zusätzliche Unterstützung für Mitarbeiter BFW / DRV • Zusätzliche Unterstützung: sonstiges • Probleme Ablauf • Probleme Ablauf - Migrationshintergrund • Verbesserungsvorschläge Ablauf – fachliche / zusätzliche Unterstützung – beim Lernen • Verbesserungsvorschläge Ablauf – Zusätzliche Unterstützung - andere Bereiche • Verbesserungsvorschläge Ablauf – menschlich • Verbesserungsvorschläge Ablauf – Organisation / Infobeschaffung • Verbesserungsvorschläge Ablauf – sonstiges • Ergänzendes Ablauf
Wichtig für die Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrkräfte • Zusätzliche Unterstützung • Eigenmotivation / Eigenes Verhalten • Äußeres und inneres soziales Umfeld • Ausbildung / Struktur / Organisation / Info • Sonstiges
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Erwartungen an berufliche Rehabilitation / Motivation • Gut, dass berufliche Rehabilitation gibt / dankbar • Unterkunft • Berufliche Werdegang / Bildung • Unterschiede zwischen Teilnehmer mit und ohne Migrationshintergrund beim berufliche Werdegang / Bildung • Aufgaben (BFW-Fachkräfte und DRV-Berater) • Rehabilitationsgrund • Kontakt mit Teilnehmer / Anliegen der Teilnehmer • Kontakt mit Teilnehmer mit Migrationshintergrund / Anliegen der Teilnehmer mit Migrationshintergrund • Prüfungserfolg • Integrationserfolg Arbeitsmarkt • Berufliche Ziele und Aussichten • Probleme allgemein • Probleme allgemein – Migrationshintergrund • Verbesserungsvorschläge allgemein • Ergänzendes allgemein • Fragliche Textteile

Anhang 6: Weitere Screeningergebnisse

Tabelle 9: Kennzeichen für die Erhebung ausgewählter Rehabilitand(inn)en¹¹⁹

	Mit Migrationshintergrund (n=55)		Ohne Migrationshintergrund (n=87)	
	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %
Geschlecht				
Weiblich	19	34,5	35	40,2
Männlich	36	65,5	51	58,6
Keine Angabe	0	0	1	1,1
Alter				
Unter 30 Jahre	11	20	18	20,7
30-34 Jahre	4	7,2	7	8
35-39 Jahre	18	32,7	13	14,9
40-44 Jahre	13	23,6	23	26,4
45-49 Jahre	6	10,9	15	17,2
50 Jahre und älter	3	5,4	11	12,6
Keine Angabe	0	0	0	0
Reha-Träger				
DRV	53	96,4	87	100
Anderer	2	3,6	0	0
Keine Angabe	0	0	0	0
Deutschkenntnisse				
Sehr gut	22	40	46	52,9
Gut	25	45,4	28	32,2
Zufrieden stellend	6	10,9	11	12,6
Weniger gut	1	1,8	2	2,3
Schlecht	0	1,8	0	0
Keine Angabe	1	0	0	0

¹¹⁹ Enthalten sind auch Rehabilitand(inn)en, die ihre Teilnahmeerwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen.

Tabelle 10: Zutreffende Kriterien für die Bestimmung des Migrationshintergrundes¹²⁰

	Absolute Häufigkeit	Relativ in % (n=233)
Beide Elternteile sind im Ausland geboren	209	89,7
Die Person lebt nicht seit ihrer Geburt in Deutschland <u>und</u> mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren	174	74,7
Die Muttersprache ist nicht Deutsch	159	68,2

Tabelle 11: Ausgewählte Screening-Ergebnisse nach Rehabilitand(inn)en in Trägerschaft der DRV

	Absolut	Relativ in % (n=819)
Geschlecht		
Weiblich	242	29,5
Männlich	573	70
Keine Angabe	4	0,5
Alter		
Unter 30 Jahre	119	14,5
30-34 Jahre	110	13,4
35-39 Jahre	202	24,7
40-44 Jahre	212	25,9
45-49 Jahre	129	15,8
50 Jahre und älter	47	5,7
Keine Angabe	0	0
Migrationshintergrund		
Mit MH	139	17
Ohne MH	680	83
Keine Angabe	0	0

¹²⁰ Aufgrund der Überschneidung mehrfach zutreffender Migrationsmerkmale übersteigt die Summe der absoluten Häufigkeit die Anzahl der ermittelten Rehabilitand(inn)en, während die Summe der jeweiligen Anteile über 100 % liegt.

Tabelle 12: Ausgewählte Screening-Ergebnisse, differenziert nach Migrant(inn)en und Nicht-Migrant(inn)en

	Mit Migrationshintergrund (n=233)		Ohne Migrationshintergrund (n=1022)	
	Absolut	Relativ in %	Absolut	Relativ in %
Geschlecht				
Männlich	168	72,1	686	67,1
Weiblich	64	27,5	331	32,4
Keine Angabe	1	0,4	5	0,5
Alter				
Unter 30 Jahre	59	25,3	275	26,9
30-34 Jahre	41	17,6	171	16,7
35-39 Jahre	63	27,0	195	19,1
40-44 Jahre	43	18,5	214	20,9
45-49 Jahre	19	8,2	125	12,2
50 Jahre und älter	8	3,4	41	4,0
Keine Angabe	0	0	1	0,1
Reha-Träger				
DRV	139	59,7	680	66,5
Anderer	92	39,5	339	33,2
Keine Angabe	2	0,8	3	0,3
Deutschkenntnisse				
Sehr gut	65	26,6	519	50,8
Gut	105	45,1	419	41
Zufriedenstellend	55	23,6	73	7,1
Weniger gut	10	4,3	7	0,7
Schlecht	1	0,4	0	0
Keine Angabe	0	0	4	0,4

Anhang 7: Interviewleitfaden für Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund

1. Hintergrund des Rehabilitanden ohne MH

Könnten Sie bitte erzählen, welche Schulbildung und welche Berufsbildung Sie haben und wie sich Ihre Berufstätigkeit im Laufe der Zeit vor Ihrer Rehabilitation entwickelt hat?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Bildungsschicht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Schul- und Ausbildung haben Sie und wo haben Sie diese erworben (Land)? <p><u>Erwerbsfahrgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche(n) Beruf(e) haben Sie bisher ausgeübt und wie zufrieden waren Sie damit? • War Ihr letzter Job eine feste Stelle? (auch Umfang) • Waren Sie schon einmal arbeitslos? (Dauer) • Hatten Sie in Ihrem Berufsleben schon einmal mit Menschen mit MH zu tun? (Kontext und Art der Erfahrung) • (Hatten Sie jemals in Ihrem Berufsleben das Gefühl, dass Menschen wegen ihres MH benachteiligt oder bevorzugt werden?) 	<p><i>Bildungshintergrund und Schichtzugehörigkeit des Rehabilitanden</i></p> <p><i>Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit; Berufsschicht bzw. Stellung im Beruf; vertikale Mobilität durch Rehabilitationsbedarf;</i></p>

<p><u>Anerkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung durch die DRV? • Wissen sie ungefähr, wie lange es gedauert hat, bis Ihr Reha-Antrag genehmigt wurde? Hätte das schneller gehen können? Was könnte hier verbessert werden? • Hatten Sie Hilfe bei den Formalitäten? (Reha-Träger, Vereine, Freunde, Bekannte, Familie,...) • Was könnte aus Ihrer Sicht bei der Erkennung eines Reha-Bedarfs und bei der Antragstellung verbessert werden? Wer könnte am meisten dazu beitragen? (Reha-Träger, Vereine, sonstige,...) Wo liegen derzeit aus Ihrer Sicht die größten Schwierigkeiten? • Kam es zu Missverständnissen bei der Beratung oder Antragstellung? <i>Wenn ja:</i> Wie könnten sie vermieden werden? • Hatten Sie Vorbehalte in Bezug auf die Beratung und Betreuung durch die DRV? <i>Wenn ja:</i> Welcher Art? Haben sie sich bestätigt oder nicht? 	<p><i>Anerkennung</i></p>
---	---------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Werden Sie hier individuell unterstützt? • Welche Hilfen werden zusätzlich angeboten? Haben Sie diese schon einmal genutzt? Mit welchem Erfolg? • Wie verstehen Sie sich mit anderen Rehabilitanden? Unterstützen Sie sich gegenseitig (Beispiele)? • In welchen Bereichen (Zugang, Antrag, Ablauf) treten die meisten Schwierigkeiten auf? • Welche Lösungsmöglichkeiten für Schwierigkeiten gibt es und wer müsste sie anbieten? (Reha-Einrichtungen, Reha-Träger, Rehabilitanden selbst,...) • Was könnte sonst noch verbessert werden und wer könnte hierbei helfen? Z.B. auch in Bezug auf Unterbringung u.a., was wir noch nicht besprochen haben? • Konnten Ihnen Ihre Familie oder Ihre Freunde während der beruflichen Rehabilitation helfen? Wie? • Hatten Sie schon während Ihrer beruflichen Reha Kontakt mit Migranten? Wenn ja: <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? ○ Kam es zu Schwierigkeiten /Missverständnissen etc.? ○ Wie konnten diese gelöst werden? 	<p><i>Klärung der Notwendigkeit flankierender Hilfen und besonderer Unterstützungsbedarfe, mögliche Verbesserungsvorschläge und Kompetenzverteilung;</i></p>
---	--

5. Ergänzungen aus Sicht des Rehabilitanden

Gibt es noch andere Aspekte, die wichtig sind und die wir noch nicht angesprochen haben?

6. Verabschiedung

Damit sind wir am Ende des Interviews angelangt. Ich möchte mich herzlich für das Gespräch bedanken und nochmals hervorheben, dass alle Informationen, die Sie mir heute gegeben haben, natürlich mit größter Vertraulichkeit und Anonymität behandelt werden. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Auf Wiedersehen und viel Erfolg für Ihren weiteren Weg!

Anhang 8: Interviewleitfaden für Rehabilitanden mit Migrationshintergrund

1. Hintergrund des Rehabilitanden mit MH

Könnten Sie bitte erzählen, welche Schulbildung und welche Berufsbildung Sie haben und wie sich Ihre Berufstätigkeit im Laufe der Zeit vor Ihrer Rehabilitation entwickelt hat?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Bildungsschicht:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Schul- und Ausbildung haben Sie und wo haben Sie diese erworben (Land)? <p><u>Erwerbserfahrung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche(n) Beruf(e) haben Sie bisher ausgeübt und wie zufrieden waren Sie damit? • Hatten Sie jemals in Ihrem Berufsleben das Gefühl, wegen Ihres Migrationshintergrundes benachteiligt oder bevorzugt zu werden? • War Ihr letzter Job eine feste Stelle? (auch Umfang) • Waren Sie schon einmal arbeitslos? (Dauer) 	<p><i>Bildungshintergrund und Schichtzugehörigkeit des Rehabilitanden</i></p> <p><i>Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit; Berufsschicht bzw. Stellung im Beruf; vertikale Mobilität durch Rehabilitationsbedarf;</i></p>

2. Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Seit wann wissen Sie, dass Sie eine Reha-Förderung benötigen und wie wurde dieser Bedarf erkannt?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Erkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer hatte erstmals eine Vermutung, dass bei Ihnen ein Rehabilitationsbedarf besteht? (ein Reha-Träger, Eigeninitiative des Rehabilitanden selbst, letzter Arbeitgeber, Bekannte, Freunde, Familie, Selbsthilfegruppen/-verbände,...) • Wie leicht oder schwer war es, Informationen zur beruflichen Rehabilitation zu beziehen? (Rechte, Pflichten, Eingliederungsaussichten,...) • Kam es dabei zu Missverständnissen oder Verständigungsschwierigkeiten? • Hatten Sie Hilfe bei Ihren Amtswegen? (Von wem? Wann? Mit welchem Ergebnis / Erfolg?) • Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden, um die Erkennung eines Reha-Bedarfs zu erleichtern? • Wer könnte zu diesen Verbesserungen am meisten beitragen? (Rehabilitanden selbst, die DRV, die BA, andere Träger, Arbeitgeber, Bekannte, andere...) <p><u>Gesundheit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum sind Sie heute in der beruflichen Rehabilitation? (Art und Ursache der Erkrankung) • Wie sehr schränkt Sie diese Erkrankung (auch) im Alltag ein? • Würde Ihnen ein Grad der Behinderung anerkannt? • Besteht die Aussicht, wieder ganz gesund zu werden? • Ist das Ihre erste berufliche Rehabilitation? (evtl. früherer Träger) <p><u>Anerkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung durch die DRV? • Wissen sie ungefähr, wie lange es gedauert hat, bis Ihr Reha-Antrag genehmigt wurde? Hätte das schneller gehen können? Was könnte hier 	<p><i>Probleme, einen Rehabilitationsbedarf überhaupt zu erkennen; Institutionelle oder persönliche Initiative; Identifizierung des typischen Ablaufs; Gewicht der lebensweltliche Unterstützung; Einschätzung von Handlungsbedarfen und Lösungsvorschlägen einschließlich Zuteilung von Verantwortlichkeiten;</i></p> <p><i>Ursachen des Rehabilitationsbedarfs; Art und Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung; wiederholte Rehabilitationsbedarfe;</i></p> <p><i>Anerkennung</i></p>

	<p>verbessert werden?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hatten Sie Hilfe bei den Formalitäten? (Reha-Träger, Vereine, Freunde, Bekannte, Familie,...)• Wie wichtig war für Sie die persönliche Unterstützung durch Freunde, Bekannte, Familie?• Was könnte aus Ihrer Sicht bei der Erkennung eines Reha-Bedarfs und bei der Antragstellung verbessert werden? Wer könnte am meisten dazu beitragen? (Reha-Träger, Vereine, sonstige,...) Wo liegen derzeit aus Ihrer Sicht die größten Schwierigkeiten?• Kam es zu Misverständnissen bei der Beratung oder Antragstellung? <i>Wenn ja</i>: Wie könnten sie vermieden werden?• Hatten Sie Vorbehalte in Bezug auf die Beratung und Betreuung durch die DRV? <i>Wenn ja</i>: Welcher Art? Haben sie sich bestätigt oder nicht?• Hatten Sie den Eindruck, es als Migrant/in einfacher / schwieriger als andere zu haben? In welcher Hinsicht?
--	---

3. Rehabilitationsprozess

Kommen wir nun zum Ablauf der beruflichen Rehabilitation. Erzählen Sie mir bitte etwas darüber, in welcher Maßnahme Sie sich momentan befinden. Uns interessiert, wie es zu dieser Teilnahme gekommen ist.

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Maßnahmeauswahl:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie lange und wie häufig wurden Sie beraten, bis der Zielberuf festgelegt wurde? • War es schwierig, den Reha-Beratern Ihre Wünsche und Bedürfnisse zu vermitteln? • Wurden Ihre Wünsche bei der Maßnahmeauswahl berücksichtigt? • Gab es aus Ihrer Sicht unnötige Verzögerungen bei der Auswahl der Maßnahme? Welche? • Hatten Sie das Gefühl, auf Grund Ihres MH besondere Hürden bewältigen zu müssen oder bevorzugt behandelt zu werden? • Nehmen Sie mehrere Maßnahmen gleichzeitig in Anspruch? • Wie gefällt/gefallen Ihnen die Maßnahme(n), an der/denen Sie teilnehmen? • Was erwarten Sie sich von der/n Maßnahme(n)? • Werden Sie die aktuelle(n) Maßnahme(n) voraussichtlich abschließen? Und wann wird das vermutlich der Fall sein? • Haben Sie eine frühere Maßnahme abgebrochen (Gründe)? • Was könnte aus Ihrer Sicht von wem verbessert werden? <p><u>Maßnahmeablauf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung Ihrer Maßnahme? • Gibt es unnötige Verzögerungen im Ablauf Ihrer Maßnahme? • Kam es einmal zu Verständigungsschwierigkeiten, Missverständnissen oder Konflikten mit Fachkräften oder anderen Rehabilitanden? Wenn ja: Wie konnten diese Probleme gelöst werden? • Können Sie sich bei Problemen an Vertreter dieser Einrichtung wenden? • Wie gut finden Sie die Beratung und Unterstützung in Ihrer Reha-Einrichtung? 	<p><i>Zugang zu und Auswahl der Maßnahmen; Zufriedenheit mit Maßnahmeauswahl;</i></p> <p><i>Komplikationen im Maßnahmeablauf; Lösungsvorschläge; informelle Anbindungen; Bedeutung des lebensweltlichen Hintergrundes;</i></p> <p><i>Klärung der Notwendigkeit flankierender Hilfen und</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • Besteht ein besonderer Unterstützungsbedarf während der Maßnahmeteilnahme? In welchen Situationen? • Werden Sie hier individuell unterstützt? • Welche Hilfen werden zusätzlich angeboten? Haben Sie diese schon einmal genutzt? Mit welchem Erfolg? • Wie verstehen Sie sich mit anderen Rehabilitanden? Unterstützen Sie sich gegenseitig (Beispiele)? • In welchen Bereichen (Zugang, Antrag, Ablauf) treten die meisten Probleme auf? • Welche Lösungsmöglichkeiten für Schwierigkeiten gibt es und wer müsste sie anbieten? (Reha-Einrichtungen, Reha-Träger, Rehabilitanden selbst,...) • Hatten Sie das Gefühl, auf Grund Ihres MH besondere Hürden bewältigen zu müssen oder bevorzugt behandelt zu werden? • Was könnte sonst noch verbessert werden und wer könnte hierbei helfen? Z.B. auch in Bezug auf die Unterbringung oder auf andere Dinge, die wir noch nicht angesprochen haben? • Konnten Ihnen Ihre Familie oder Ihre Freunde im Verlauf der beruflichen Reha helfen? Wie? 	<p><i>besonderer Unterstützungsbedarfe, mögliche Verbesserungsvorschläge und Kompetenzverteilung;</i></p> <p><i>Besonderheiten Migrationshintergrund</i></p> <p><i>Flankierende Hilfen für Teilnehmer/-innen</i></p>
---	--

4. Subjektive Eingliederungsaussichten

Haben Sie schon eine Idee, wie es nach der beruflichen Rehabilitation weitergeht? Was stellen Sie sich vor?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Berufsziel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Art der Beschäftigung wünschen Sie sich? (Umfang, Befristung, Stellung im Beruf) • Wo möchten Sie Ihren neuen Beruf gerne ausüben? (in welcher Stadt oder Einzel- im Unterschied zum Großraumbüro und dergleichen?) <p><u>Eingliederungseinschätzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch schätzen Sie die Chance ein, gleich eine Anstellung zu finden? • Für wie wahrscheinlich halten Sie es, eine Beschäftigung zu finden, die Ihren Wünschen und Bedürfnissen entspricht? • Haben Rehabilitanden mit MH Ihrer Meinung nach bessere oder schlechtere Chancen, Ihre Wünsche zu verwirklichen oder gibt es keine Unterschiede? 	<p><i>Feststellung der Berufsziele;</i></p> <p><i>Identifizierung der subjektiven Eingliederungsaussichten;</i></p>

5. Sonstiges

Die folgenden Fragen nur stellen, wenn sie im Laufe des Interviews nicht beantwortet wurden.

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<ul style="list-style-type: none"> • In welchen Bereichen der beruflichen Rehabilitation treten die meisten / spezifische Schwierigkeiten auf? Welche Schwierigkeiten sind das? • Hatten Sie jemals das Gefühl, in der beruflichen Reha / in Bezug auf die Berufsausübung auf Grund Ihres MH benachteiligt oder bevorzugt zu werden? • Gibt es dazu aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten und wer könnte am meisten dazu beitragen? (Rehabilitanden, Reha-Träger, Reha-Einrichtungen, andere) • Haben Sie in der Maßnahme mit anderen Rehabilitanden mit MH zu tun? • Mit Einheimischen? Welche Erfahrungen haben Sie dabei bisher gemacht? • Haben Sie in Ihrem Berufsleben vor der Reha mit Migranten / mit Einheimischen zusammen gearbeitet? <i>Wenn ja</i>: In welchem Beruf? Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht? • Falls problematisch gewesen: Gibt es dazu aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten und wer könnte am meisten dazu beitragen? (Rehabilitanden, Reha-Träger, Reha-Einrichtungen, andere) 	<p><i>Verbesserungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten;</i></p>

6. Ergänzungen aus Sicht des Rehabilitanden

Gibt es noch andere Aspekte, die wichtig sind und die wir noch nicht angesprochen haben?

7. Verabschiedung

Damit sind wir am Ende des Interviews angelangt. Ich möchte mich herzlich für das Gespräch bedanken und nochmals hervorheben, dass alle Informationen, die Sie mir heute gegeben haben, natürlich mit größter Vertraulichkeit und Anonymität behandelt werden. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Auf Wiedersehen und viel Erfolg für Ihren weiteren Weg!

Anhang 9: Interview Leitfaden für Fachkräfte

1. Berufsalltag der Reha-Fachkraft

Zunächst möchte ich Sie bitten, mir etwas über Ihren beruflichen Alltag und Ihre Aufgaben zu erzählen. Wie sieht Ihr typischer Tagesablauf aus?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Beruflicher Alltag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir bitte Ihren Tätigkeitsbereich und Ihre Aufgaben beschreiben? • Mit welchen Problemen von Rehabilitanden sind Sie im Alltag konfrontiert? Wie können Sie sie lösen? <p><u>Allgemeines zur Migration:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welcher Anteil von Ihren Klienten hat ca. einen MH? Stehen bestimmte Nationalitäten im Vordergrund? • Unterscheiden sich die Probleme von Rehabilitanden mit MH von anderen? (Lebenssituation, kultureller Hintergrund, Sprache, bestimmte Nationalitäten? Müssen Sie sich bei Rehabilitanden mit MH besonders auf die Betreuung vorbereiten? • Wer ist von solchen Schwierigkeiten am meisten betroffen? (Einrichtungsmitarbeiter, Rehabilitanden selbst, Angehörige,...) • Gibt es spezielle Gruppen von Migranten, bei denen verstärkt Schwierigkeiten auftreten? Welche? • Gibt es spezielle Hilfen während der beruflichen Rehabilitation, die berufliche Rehabilitanden mit MH unterstützen sollen (Diversity-Management)? • Gibt es für das Personal Ihrer Einrichtung besondere Schulungen für solche Schwierigkeiten und halten Sie das für notwendig? Sind sie verpflichtend oder freiwillig? • Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf und -möglichkeiten? Inwiefern? 	<p><i>Einschätzung des Alltagsbetriebs in der beruflichen Rehabilitation, allgemeine Problemlagen (institutioneller Art und in der direkten Interaktion); Feststellung der Kontaktdichte und -häufigkeit</i></p> <p><i>Anteil Migranten an allen Rehabilitanden</i></p> <p><i>Alltagsdefinition und Erkennung von Migranten; Grundsätzliches zu Migranten in der beruflichen Rehabilitation; Existenz besonderer (flankierender) Hilfen; Einschätzung von Verbesserungsmöglichkeiten;</i></p>

2. Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Generell geht es ja im Vorfeld der Reha-Maßnahmen um die Erkennung und Anerkennung eines Reha-Bedarfs.

Haben Sie Einblicke in den Zugangsprozess? => wenn nein: Weiter mit dem nächsten Themenblock

Gibt es da Besonderheiten für Menschen mit MH?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Erkennung und Anerkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen Sie eventuell, wer normalerweise erstmals eine Vermutung hat, dass ein Reha-Bedarf vorliegen könnte? (Ein Reha-Träger, Rehabilitanden selbst, sonstige beratende Einrichtungen...) Gibt es Fälle, in denen die BFWs an der Bedarfserkennung mitwirken? • Benötigen Migranten im Allgemeinen mehr Unterstützung beim Zugang zu beruflicher Reha? Unter welchen Umständen? In welchen Situationen? Wen betrifft das besonders? (evtl. Unterschiede nach Bildungsniveau, kulturellem Hintergrund / Herkunftsland etc.) • Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden, um die Erkennung und Anerkennung (v.a. für Migranten) zu erleichtern und wer könnte zu Verbesserungen am meisten beitragen? (Rehabilitanden und Migranten selbst, die DRV, die BA, Reha-Berater, Angehörige, Betriebe...?) 	<p>Probleme, einen Rehabilitationsbedarf überhaupt zu erkennen; Institutionelle oder personenbezogene Initiative; Identifizierung des typischen Ablaufs;</p> <p><i>Einschätzung von Handlungsbedarfen und Lösungsvorschlägen einschließlich Zuteilung von Verantwortlichkeiten;</i></p>

3. Menschen mit MH im Rehabilitationsprozess

Kommen wir nun zum Reha-Ablauf in Ihrer Einrichtung. Kann ein **MH** für den **Reha-Ablauf** **bedeutend** sein? Und **wie** kann er sich Ihrer Meinung nach auswirken?

<u>(Mögliche) Nachfragen</u>	Erwartungshorizont
<p><u>Maßnahmeauswahl:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Auswahl der Reha-Maßnahme wird normalerweise von der DRV mit dem Rehabilitanden gemeinsam getroffen. Kommt es im Verlauf einer Maßnahme vor, dass die Maßnahme gewechselt wird? Warum? Kann es schwierig sein, die Bedürfnisse von Rehabilitanden eindeutig zu klären? Inwiefern betrifft das evtl. speziell Menschen mit MH? • Gibt es in Ihrem Hause Maßnahmen, die besonders geeignet sind, um sie Rehabilitanden mit MH anzubieten? Warum? <p><u>Maßnahmeablauf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es im Maßnahmeablauf typische Schwierigkeiten oder Verzögerungen, die hauptsächlich Migranten betreffen? • Welche Rolle spielen sprachliche Schwierigkeiten? Evtl.: bei welchem Thema besonders? • Sind Migranten, wenn Sie in Ihre Einrichtung kommen, im Vorfeld bereits besser oder schlechter über die Reha informiert als Einheimische? • Wirkt sich kulturelle Vielfalt Ihrer Meinung nach auf den Reha-Alltag und auf die Maßnahmeteilnahme aus? Wann? <p><u>Maßnahme-Beginn:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheiden sich Rehabilitanden mit MH von Einheimischen in ihren Erwartungen an eine Reha. in ihrer Motivation zur Reha. • Haben Sie Einblicke, ob Menschen mit MH haben eher mehr oder weniger Zweifel am Erfolg der Reha (z.B. aufgrund sprachlicher Kompetenzen oder aus anderen Gründen)? 	<p>Zugang zu Maßnahmen und Unterschiede in Bezug auf MH;</p> <p><i>Komplikationen im Maßnahmeablauf unterschieden nach MH und Nicht-MH;</i></p> <p><i>Einschätzung des Eingliederungserfolgs bei Menschen mit MH, Verbesserungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten;</i></p>

	<p>könnte hierbei helfen?</p> <p><u>Unterstützung von Mitarbeitern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es besondere Hilfen für Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung, die die Arbeit mit Rehabilitanden mit MH erleichtern sollen (Diversity-Management)? Gibt es Instrumente / Methoden, die bei der Arbeit mit Migranten in Ihrem Hause angewendet werden müssen? • Wären Fortbildungsangebote für Mitarbeiter von BFWs und ähnlichen Einrichtungen angebracht / notwendig, die den Umgang mit Migranten in der beruflichen Rehabilitation verbessern könnten? Bestehen solche Angebote bereits? Wie werden sie genutzt? Sind sie freiwillig oder verpflichtend? • Wo liegen aus Ihrer Sicht die Grenzen für solche Hilfen? • Was könnte dabei verbessert werden und wer könnte hierbei helfen?
--	---

Zusammenfassend:

Gibt es **besondere Schwierigkeiten** für Migranten in der beruflichen Reha? Welche?

Bei welchen **Themen** / in welchen **Reha-Phasen** kommt das am häufigsten / am stärksten zum Tragen?

Mit hängt das zusammen? (**Lebenssituation in Dt., kulturelle Hintergründe, Verständigungsschwierigkeiten** etc.)

Gelten diese für bestimmte Gruppen von Migranten in besonderem Maße?

4. Sonstiges

Zusammenfassung des bisher Gesagten (wenn nicht vorher schon so genannt oder aus dem Interview klar ersichtlich).

<p>(Mögliche) Nachfragen</p> <p>Zusammenfassend:</p> <p><u>Beratungsalltag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Gibt es Ihrer Erfahrung zufolge bestimmte Unterschiede in der Arbeit mit Personen mit und ohne MH? Kann ein MH für den Reha-Ablauf relevant sein? Z.B.: Sind bestimmte Phasen oder Abläufe bei Migrant(inn)en aufwendiger als bei Einheimischen? <p><u>Verbesserungsvorschläge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich Migranten in der beruflichen Reha? Haben die konkrete Verbesserungsvorschläge? Wer könnte am meisten dazu beitragen? (Rehabilitanden, Reha-Träger und -Einrichtungen, Angehörige, Betriebe,...) 	<p>Erwartungshorizont</p> <p><i>Verbesserungsvorschläge</i></p>
--	--

5. Ergänzungen aus Sicht des Reha-Beraters

Gibt es noch andere Aspekte, die in Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten in der beruflichen Rehabilitation wichtig sind und die wir noch nicht angesprochen haben?

6. Beruflicher Werdegang

Wie lange sind Sie bereits als Reha-Fachkraft / Reha-Integrationsberater / ... tätig? Und als was haben Sie **davor** gearbeitet? Wann? Wo? Wie lange?

7. Verabschiedung

Damit sind wir am Ende des Interviews angelangt. Ich möchte mich herzlich für das Gespräch bedanken und nochmals hervorheben, dass alle Informationen, die Sie mir heute gegeben haben, natürlich mit größter Vertraulichkeit und Anonymität behandelt werden. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Auf Wiedersehen!

Anhang 10: Interviewleitfaden für die Leiter der Einrichtungen

1. Allgemeine Erfahrungen mit Migranten in der beruflichen Rehabilitation

Zunächst möchte ich Sie bitten, mir etwas über Ihren beruflichen Alltag zu erzählen (welche **Aufgaben** Sie haben, **wann und wie** Sie mit **Rehabilitanden in Kontakt** kommen etc.)

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch war in den letzten Jahren etwa der Anteil von Klienten mit MH Ihrer Einschätzung nach? Standen bestimmte Nationalitäten im Vordergrund? Ist dieser Anteil dieses Jahr gesunken / gestiegen? Was könnten die Gründe dafür sein? • Konnten Sie beobachten, dass ein MH sich auf den Zugang zur oder Ablauf der Reha auswirkt? Z.B. aufgrund von Lebenssituation, kulturellem Hintergrund, Sprache etc. Wie? Gibt es z.B. best. Schwierigkeiten in best. Phasen, von denen Migranten stärker betroffen sind? • Wer ist von solchen Schwierigkeiten am meisten betroffen? (Einrichtungsmitarbeiter, Rehabilitanden selbst, Angehörige,...) • Gibt es spezielle Gruppen von Migranten, bei denen aus welchen Gründen auch immer verstärkt Schwierigkeiten auftreten? Welche? • Wie versuchen Sie in Ihrer Einrichtung, solche Probleme zu lösen? • Gibt es für das Personal Ihrer Einrichtung besondere Unterstützung / Schulungen für solche Schwierigkeiten? Wenn ja: Sind sie verpflichtend oder freiwillig? Wie beurteilen Sie diese? • Gibt es spezielle Hilfen während der beruflichen Rehabilitation für Migranten (Diversity-Management)? • Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf und -möglichkeiten? Inwiefern? 	<p><i>Anteil Migranten an allen Rehabilitanden</i></p> <p><i>Grundsätzliches zu Migranten in der beruflichen Rehabilitation; Existenz besonderer (flankierender) Hilfen; Einschätzung von Verbesserungsmöglichkeiten;</i></p>

2. Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Generell geht es ja im Vorfeld der Reha-Maßnahmen um die Erkennung und Anerkennung eines Reha-Bedarfs.

Haben Sie Einblicke in den Zugangsprozess? => wenn nein: Weiter mit dem nächsten Themenblock

Gibt es da Besonderheiten für Menschen mit MH?

<p>(Mögliche) Nachfragen</p> <p><u>Erkennung und Anerkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen Sie eventuell, wer normalerweise erstmals eine Vermutung hat, dass ein Reha-Bedarf vorliegen könnte? (Ein Reha-Träger, Rehabilitanden selbst, sonstige beratende Einrichtungen...) Gibt es Fälle, in denen die BFWs an der Bedarfserkennung mitwirken? • Benötigen Migranten im Allgemeinen mehr Unterstützung beim Zugang zu beruflicher Reha? Unter welchen Umständen? In welchen Situationen? Wen betrifft das besonders? (evtl. Unterschiede nach Bildungsniveau, kulturellem Hintergrund / Herkunftsland etc.) • Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden, um die Erkennung und Anerkennung (v.a. für Migranten) zu erleichtern und wer könnte zu Verbesserungen am meisten beitragen? (Rehabilitanden und Migranten selbst, die DRV, die BA, Reha-Berater, Angehörige, Betriebe...?) 	<p>Erwartungshorizont</p> <p><i>Probleme, einen Rehabilitationsbedarf überhaupt zu erkennen; Institutionelle oder personenbezogene Initiative; Identifizierung des typischen Ablaufs;</i></p> <p><i>Einschätzung von Handlungsbedarfen und Lösungsvorschlägen einschließlich Zuteilung von Verantwortlichkeiten;</i></p>
--	---

3. Menschen mit MH im Rehabilitationsprozess

Kommen wir nun zum Reha-Ablauf in Ihrer Einrichtung: Kann ein **MH** für den **Reha-Ablauf** bedeutend sein? Und wie kann er sich Ihrer Meinung nach auswirken?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Maßnahmeauswahl:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat Ihre Einrichtung Einfluss auf die Auswahl von Reha-Maßnahmen, die den Rehabilitanden angeboten werden? = darauf, welche Maßnahmen i. Einzelnen wem angeboten werden? • Wie schwierig ist es dabei, die Bedürfnisse von Rehabilitanden eindeutig zu klären? Inwiefern betrifft das evtl. besonders Menschen mit MH? • Gibt es in Ihrem Hause Maßnahmen, die besonders geeignet sind, um sie Rehabilitanden mit MH anzubieten? Warum? <p><u>Maßnahmeablauf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es im Maßnahmeablauf typische Schwierigkeiten oder Verzögerungen, die hauptsächlich Migranten betreffen? • Welche Rolle spielen sprachliche Schwierigkeiten? Evtl.: bei welchem Thema besonders? • Sind Migranten, wenn Sie in Ihre Einrichtung kommen, im Vorfeld bereits besser oder schlechter über die Reha informiert als Einheimische? • Wirkt sich kulturelle Vielfalt Ihrer Meinung nach auf den Reha-Alltag und auf die Maßnahmeteilnahme aus? Wann? <p><u>Maßnahme-Beginn:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheiden sich Rehabilitanden mit MH von Einheimischen in ihren Erwartungen an eine Reha? • Haben Sie Einblicke, ob Menschen mit MH haben eher mehr oder weniger Zweifel am Erfolg der Reha (z.B. aufgrund sprachlicher Kompetenzen oder aus anderen Gründen)? 	<p><i>Zugang zu Maßnahmen und Unterschiede in Bezug auf MH;</i></p> <p><i>Komplikationen im Maßnahmeablauf unterschieden nach MH und Nicht-MH;</i></p>

<p><u>Maßnahme-Ende:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Unterschiede beim Maßnahmeerfolg (= Prüfung bestehen) von Rehabilitanden mit und ohne MH? (woran könnte das liegen?) • Gibt es Unterschiede beim Wiedereingliederungserfolg (Integration in den Arbeitsmarkt) von Rehabilitanden mit und ohne MH? (ggf. nachfragen, woran das liegen könnte) • Wie häufig kommt es zu Maßnahme-Abbrüchen und unerwünschten Maßnahmekarrieren? Gibt es da Unterschiede zwischen Migranten und Einheimischen? Gibt es Vermutungen zu den Gründen? <p><u>Unterstützung von Migranten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Möglichkeiten der individuellen Unterstützung und besondere Hilfen für Migranten... <ul style="list-style-type: none"> im Reha-Ablauf? (Einerseits besondere Hilfen wie Übersetzung oder unterstützende Vereine). Wodurch können diese eingeschränkt werden? (Zeitdruck, Personalmangel etc.) im Falle unterschiedlicher Maßnahme-Erfolge / Abbrüche? Bzw. wer müsste sie anbieten? (Reha-Einrichtungen, Reha-Träger, Rehabilitanden selbst) in anderen Bereichen? ... • Von wem werden Hilfen zusätzlich angeboten? Welche sind das? In welchem Umfang werden sie genutzt? • Wo liegen aus Ihrer Sicht die Grenzen für solche Hilfen? • Was könnte vor allem in Bezug auf Migranten verbessert werden und wer könnte hierbei helfen? <p><u>Unterstützung von Mitarbeitern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es besondere Hilfen für Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung, die die Arbeit mit Rehabilitanden mit MH erleichtern sollen (Diversity-Management)? Gibt es Instrumente / Methoden, die bei der Arbeit mit Migranten in Ihrem Hause angewendet werden müssen? • Wären Fortbildungsangebote für Mitarbeiter von BFWs und ähnlichen Einrichtungen angebracht / notwendig, die den Umgang mit Migranten in 	<p><i>Einschätzung des Eingliederungserfolgs bei Menschen mit MH, Verbesserungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten;</i></p> <p><i>Flankierende Hilfen für Migranten</i></p> <p><i>Verbesserungsvorschläge für Migranten</i></p> <p><i>Flankierende Hilfen für Mitarbeiter</i></p>
---	---

<p>der beruflichen Rehabilitation verbessern könnten? Bestehen solche Angebote bereits? Wie werden sie genutzt? Sind sie freiwillig oder verpflichtend?</p> <ul style="list-style-type: none">• Wo liegen aus Ihrer Sicht die Grenzen für solche Hilfen?• Was könnte dabei verbessert werden und wer könnte hierbei helfen?	
---	--

Zusammenfassend:

Gibt es **besondere Schwierigkeiten** für Migranten in der beruflichen Reha?
Welche?

Bei welchen **Themen** / in welchen **Reha-Phasen** kommt das am häufigsten / am stärksten zum Tragen?

Mit hängt das zusammen? (**Lebenssituation in Dt., kulturelle Hintergründe, Verständigungsschwierigkeiten** etc.)

Gelten diese für bestimmte Gruppen von Migranten in besonderem Maße?

4. Sonstiges

Zusammenfassung des bisher Gesagten (wenn nicht vorher schon so genannt oder aus dem Interview klar ersichtlich).

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p>Zusammenfassend: <u>Beratungsalltag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Ihrer Erfahrung zufolge bestimmte Unterschiede in der Arbeit mit Personen mit und ohne MH? • Kann ein MH für den Reha-Ablauf relevant sein? Z.B.: Sind bestimmte Phasen oder Abläufe bei Migranten aufwendiger als bei Einheimischen? <p><u>Verbesserungsvorschläge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich von Migranten in der beruflichen Reha? Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge? Wer könnte am meisten dazu beitragen? (Rehabilitanden, Reha-Träger und -Einrichtungen, Angehörige, Betriebe,...) 	<p><i>Verbesserungsvorschläge</i></p>

5. Ergänzungen aus Sicht des Leiters

Gibt es noch andere Aspekte, die in Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten in der beruflichen Rehabilitation wichtig sind und die wir noch nicht angesprochen haben?

6. Beruflicher Werdegang

Was haben Sie zuvor gemacht? **Wo?** **Wann?** **Wie** lange? **Als was** gearbeitet? Etc.
Evtl. vorher selbst als Reha-Fachkraft tätig gewesen?

7. Verabschiedung

Damit sind wir am Ende des Interviews angelangt. Ich möchte mich herzlich für das Gespräch bedanken und nochmals hervorheben, dass alle Informationen, die Sie mir heute gegeben haben, natürlich mit größter Vertraulichkeit und Anonymität behandelt werden. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Auf Wiedersehen!

Anhang 11: Interviewleitfaden für DRV-Berater

1. Beschreiben Sie mir bitte kurz Ihre Tätigkeit.

Wie sieht der typische Ablauf Ihres Arbeitsalltags aus?

**Tätigkeiten:
Beratung?**

Nachbetreuung? Wenn ja: Nachbetreuung nach welchem Ereignis? Nach einem Maßnahme-Abbruch? Was genau wird da gemacht? Eine neue Maßnahme gesucht? Der Abbruch-Grund bearbeitet?

<p>(Mögliche) Nachfragen</p> <p><u>Beruflicher Alltag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • (Zugang eines potenziellen Rehabilitanden zum Reha-Berater, Prüfen allgemeiner Kriterien / Zeugnisse etc., persönliche Beratung etc.) • Wie viel Zeit benötigen Sie im Allgemeinen für die Beratung und Fallbearbeitung (im persönlichen Gespräch, Dokumentation etc.)? • Gibt es im Arbeitsablauf und vor allem in der Beratung besondere / typische Probleme, die Ihnen aufgefallen sind (allgemeiner Art, die nicht unbedingt mit dem MH zu tun haben müssen?) und die wiederholt auftreten? Welche sind das und was kann die Folge sein? 	<p>Erwartungshorizont</p> <p><i>Einschätzung des Alltagsbetriebs in der Beratung beruflicher Rehabilitation, allgemeine Problemlagen (institutioneller Art und in der direkten Interaktion); Feststellung der Kontaktdichte und -häufigkeit</i></p>
--	--

2. Rehabilitanden mit MH

Ist es für Ihre Arbeit als Berater relevant, ob Rehabilitanden einen MH haben?

Gibt es Ihrer Erfahrung zufolge **bestimmte Unterschiede in der Arbeit** mit Personen mit und ohne MH?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Relevanz des MH:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Bereiten Sie sich besonders auf Gespräche mit Migranten vor? Inwiefern (Name, Geburtsort...) <p><u>Anteil von Migrant(inn)en an den Rehabilitanden:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Welche Rolle spielt in Ihrer Arbeit die Beratung von Menschen mit MH? Stehen hierbei bestimmte Nationalitäten im Vordergrund?	<p><i>Identifizierung des MHes</i></p> <p><i>Einschätzung des Anteils der Migranten an allen Rehabilitanden;</i></p>

3. Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Kommen wir als nächstes zur **Erkennung und Anerkennung** eines Reha-Bedarfs. Haben Sie den Eindruck, dass dieser Prozess bei Menschen mit **MH** **schwieriger** ist?

Benötigen Migranten im Allgemeinen mehr **Unterstützung beim Zugang** zu beruflicher Reha? Unter welchen Umständen? In welchen Situationen? Wen betrifft das besonders? (evtl. Unterschiede nach Bildungsniveau, kulturellem Hintergrund / Herkunftsland etc.)

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p><u>Erkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Von wem geht normalerweise eine Reha-Vermutung als erstes aus? (Ein anderer Reha-Träger als die RV wie die BA, Eigeninitiative des Rehabilitanden selbst,...). Ist das bei Personen mit MH anders? (spielt da z.B. der IFD eine größere / kleinere Rolle?) • Ist es Ihrer Meinung nach schwieriger oder einfacher bei Migrant(inn)en einen Reha-Bedarf festzustellen (im Vergleich zu Einheimischen)? • Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden, um die Erkennung eines Reha-Bedarfs i. A. zu erleichtern, auch für Menschen mit MH? • Wer könnte zu Verbesserungen am meisten beitragen? (Rehabilitanden und Migranten selbst, Angehörige, die DRV, die BA oder andere Träger,...?) 	<p><i>Probleme, einen Rehabilitationsbedarf überhaupt zu erkennen; Institutionelle oder personenbezogene Initiative; Identifizierung des typischen Ablaufs; Einschätzung von Handlungsbedarfen und Lösungsvorschlägen einschließlich Zuteilung von Verantwortlichkeiten;</i></p>
<p><u>Anerkennung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie viel Zeit vergeht im Allgemeinen zwischen der Erkennung eines möglichen Reha-Bedarfs bis zur Anerkennung? Gibt es hierbei Unterschiede zwischen Migranten und Einheimischen? • Gibt es ganz allgemein Schwierigkeiten in der formalen Anerkennung von Rehabilitanden? Speziell bei Migrant(inn)en? Wodurch werden sie hervorgerufen? (z.B. Mängel in der Antragsstellung, Missverständnisse, Sprachbarrieren, unterschiedliche Erwartungen an Behörden etc.) Wie kann man sie umgehen? 	<p><i>Komplikationen in der beruflichen Rehabilitation durch personenbezogene Merkmale, die sich auf einen MH beziehen;</i></p>

<p>Kontaktaufnahme durch Einheimische und Migrant(inn)en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Ihrer Erfahrung zufolge spezifische Probleme, die Migrant(inn)en bei der Beantragung einer Reha haben? • Gibt es sprachliche Schwierigkeiten? Evtl.: bei welchem Thema besonders? • Können Sie aus Ihrer Erfahrung sagen, dass Migrant(inn)en, wenn Sie zu Ihnen in die Beratung kommen, im Vorfeld besser oder schlechter über die Reha informiert sind als Einheimische? • Gibt es Ihrer Erfahrung nach bei Rehabilitanden mit MH eher Vorbehalte, mit der DRV oder Reha-Einrichtungen in Kontakt zu treten als bei Einheimischen? Welcher Art? Warum? Wie kann man das lösen? • Gibt es Vorbehalte, Ihre Hilfe (oder die von Reha-Einrichtungen) in Anspruch zu nehmen? Inwiefern? • Unterscheiden sich Rehabilitanden mit MH von Einheimischen in ihren Erwartungen an eine Reha? in ihrer Motivation zur Reha-Teilnahme? • Denken Sie, Menschen mit MH haben eher mehr oder weniger Zweifel am Erfolg der Reha (z.B. aufgrund sprachlicher Kompetenzen oder aus anderen Gründen)? • Angehörige, Freunde oder Bekannte von Rehabilitanden beeinflussen sicherlich auch die Teilnahme an der Reha. Gibt es da einen Unterschied zw. Einheimischen und Migranten? (evtl. durch zusätzliches Motivieren der Person oder umgekehrt durch Zweifel am Erfolg der Maßnahme z.B. aufgrund höherer Bedeutung bestimmter Berufe im Herkunftsland etc.?) Beeinflusst das den Maßnahme- und Wiedereingliederungserfolg? Wie? Positiv oder negativ?) <p><u>Unterstützung für Migranten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Möglichkeiten der individuellen Unterstützung und besondere Hilfen für Migranten... bei der Antragsstellung? (Einerseits besondere Hilfen wie Übersetzung oder unterstützende Vereine); Wodurch können diese eingeschränkt werden? (Zeitdruck, Personalmangel etc.) im Falle unterschiedlicher Maßnahme-Erfolge / Abbrüche? Bzw. 	<p><i>Begünstigende und hinderliche Einflüsse des Milieus des betreffenden Rehabilitanden;</i></p> <p><i>Flankierende Hilfen: Unterstützung für Migranten</i></p>
--	---

<p>wer müsste sie anbieten? (Reha-Einrichtungen, Reha-Träger, Rehabilitanden selbst) in anderen problematischen Bereichen? ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von wem werden Hilfen zusätzlich angeboten? Welche sind das? In welchem Umfang werden sie genutzt? • Wo liegen aus Ihrer Sicht die Grenzen für solche Hilfen? • Was könnte vor allem in Bezug auf Migranten verbessert werden und wer könnte hierbei helfen? <p><u>Unterstützung für DRV-Berater:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es besondere Hilfen für Berater der DRV, die die Beratung von beruflichen Rehabilitanden mit MH erleichtern sollen (Diversity-Management)? Gibt es Instrumente / Methoden, die bei der Beratung von Migrant(inn)en angewendet werden müssen? • Wären Fortbildungsangebote für Berater der DRV angebracht / notwendig, die den Umgang mit Migranten in der beruflichen Rehabilitation verbessern könnten? Bestehen solche Angebote bereits? Wie werden sie genutzt? Sind sie freiwillig oder verpflichtend? • Wo liegen aus Ihrer Sicht die Grenzen für solche Hilfen? 	<p><i>flankierende Hilfen: Unterstützung für Berater der DRV</i></p>
---	--

4. Menschen mit MH im Rehabilitationsprozess

Kommen wir zum Rehabilitationsprozess selbst. Wie wichtig ist es, bei der Maßnahmeauswahl einen MH besonders zu berücksichtigen? Und wie wirkt er sich Ihrer Meinung nach auf den Ablauf der beruflichen Rehabilitation aus?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p>Maßnahmeauswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern können individuelle Wünsche von Rehabilitanden bei der Maßnahmeauswahl berücksichtigt werden? Die Ergebnisse der medizinischen bzw. psychologischen Untersuchung können die Wahlmöglichkeiten u. U. einschränken – haben Sie den Eindruck, dass das bei Personen mit und ohne MH gleich häufig vorkommt? Oder kann man sagen, dass Ergebnisse der med. oder psych. Untersuchungen bei Migrant(inn)en sich häufiger bzw. seltener mit ihren Wünschen bezüglich der Maßnahme decken als bei Einheimischen? • Unter welchen Umständen ist es schwierig, die Bedürfnisse von Rehabilitanden eindeutig zu klären? Gibt es da Besonderheiten in Bezug auf Migrant(inn)en? • Welche Bereiche (Auswahl eines Zielberufs etc.?) sind besonders problematisch? Wird dies durch die Migrationsgeschichte verstärkt? • Gibt es aus Ihrer Sicht Maßnahmen, die besonders geeignet sind, um sie Rehabilitanden mit MH anzubieten? Warum? <p>Maßnahmeablauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche besonderen Schwierigkeiten treten im Maßnahmeablauf typischerweise auf? Haben diese mit einem MH zu tun? • Gibt es eine besondere Phase innerhalb der beruflichen Rehabilitation, in der Menschen mit Migrationshintergrund besonders große Schwierigkeiten haben? <i>Wenn ja:</i> Woran könnte das aus Ihrer Sicht liegen? • Unterscheiden sich Menschen mit MH von Einheimischen im Maßnahmeerfolg (= Prüfung bestehen)? Warum? • Gibt es Unterschiede im Wiedereingliederungserfolg (Integration in den Arbeitsmarkt)? (ggf. nachfragen, woran das liegen könnte) 	<p><i>Zugang zur Maßnahmen und Unterschiede in Bezug auf MH;</i></p> <p><i>Komplikationen im Maßnahmeablauf unterschieden nach MH und Nicht-MH;</i></p> <p><i>Maßnahme-Erfolg bei Migrant(inn)en</i></p> <p><i>Integrationserfolg bei Migrant(inn)en</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig kommt es zu Maßnahme-Abbrüchen und unerwünschten Maßnahmekarrieren? Gibt es da Unterschiede zwischen Migranten und Einheimischen? Gibt es Vermutungen zu den Gründen? • Werden Sie bei Maßnahme-Abbrüchen tätig? Wie? <p><u>Trägerwechsel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielen Trägerwechsel in Ihrer Tätigkeit? Ist das für Rehabilitanden und insbesondere für Menschen mit MH problematisch? 	<p><i>Abbrüche bei Migrant(inn)en</i></p> <p><i>Trägerwechsel und Probleme diesbezüglich</i></p>
---	--

Zusammenfassend:

Gibt es **besondere Schwierigkeiten** für Migrant(inn)en in der beruflichen Reha? Welche?

Bei welchen **Themen** (Erkennung, Anerkennung, Zielberuf etc.) kommt das am häufigsten / am stärksten zum Tragen? Woran liegt das? (**Lebenssituation in Dt., kulturelle Hintergründe, Verständigungsschwierigkeiten** etc.) Gelten diese für bestimmte Gruppen von Migrant(inn)en in besonderem Maße?

5. Sonstiges

Zusammenfassung des bisher Gesagten (wenn nicht vorher schon so genannt oder aus dem Interview klar ersichtlich).

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<p>Zusammenfassend:</p> <p><u>Beratungsalltag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Ihrer Erfahrung zufolge bestimmte Unterschiede in der Arbeit mit Personen mit und ohne MH? • Wie stark beeinträchtigt das Ihre Arbeit? Z.B.: Ist der Beratungsaufwand / Dokumentationsaufwand bei Migrant(inn)en insgesamt höher als bei Einheimischen? • Haben Sie Einblicke, ob und wie sich migrationspezifische Besonderheiten auch auf den späteren Reha-Ablauf auswirken? • Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich Migrant(inn)en in der beruflichen Reha? Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge? Wer könnte am meisten dazu beitragen? (Rehabilitanden, Reha-Träger, Reha-Einrichtungen) 	<p><i>Unterschiede in der Arbeit mit Personen mit und ohne MH; Auswirkungen auf die Beratung</i></p> <p><i>Verbesserungsvorschläge</i></p>

6. Ergänzungen aus Sicht des Reha-Beraters

Gibt es noch andere Aspekte, die in Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten in der beruflichen Rehabilitation wichtig sind und die wir noch nicht angesprochen haben?

7. Berufserfahrung des Reha-Beraters

Abschließend möchte ich Sie noch bitten, mir zu erzählen, wie lange Sie schon als Reha-Fachberater tätig sind?

(Mögliche) Nachfragen	Erwartungshorizont
<u>Berufserfahrung:</u> <ul style="list-style-type: none">• Welchen Beruf haben Sie zuvor ausgeübt?	<i>Routine und Sensibilität für Reha-Belange</i>

8. Verabschiedung

Damit sind wir am Ende des Interviews angelangt. Ich möchte mich herzlich für das Gespräch bedanken und nochmals hervorheben, dass alle Informationen, die Sie mir heute gegeben haben, natürlich mit größter Vertraulichkeit und anonym behandelt werden. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Auf Wiedersehen!

Anhang 12: Moderationsplanung

Moderation

1. **Begrüßung: Erklärung der Ziele, Vorgehen, Zeitplan**
2. **„Barometer“-Frage** (sich mit Punkten einordnen): Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Reha? (Skala von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden oder von „++“ bis „-“ anlegen)
3. **Kartenabfrage:** eine Frage für beide Gruppen (mit und ohne Migrationshintergrund): „Was ist wichtig, damit der Ablauf der beruflichen Rehabilitation bei Ihrem Bildungsträger möglichst gut funktioniert?“ / „Was ist besonders wichtig für einen guten Reha-Ablauf / für den Reha-Ablauf?“)
4. **Punktevergabe**
 - a. Ohne Migrationshintergrund: **einfache Punktevergabe:** „Welche Bereiche erscheinen Ihnen besonders wichtig?“
 - b. Mit Migrationhintergrund: **doppelte Punktevergabe:**
 - i. Eine Farbe: „Welche Bereiche erscheinen Ihnen besonders wichtig?“
 - ii. Andere Farbe: „Welche Bereiche sind Ihrer Meinung nach für Menschen mit Migrationsgeschichte besonders wichtig?“
5. **Frage und Antworten auf Zuruf** und Diskussion:
 - a. Ohne Migrationhintergrund: fortführende Frage: „In allen Reha-Einrichtungen werden Personen mit und ohne Migrationshintergrund beruflich gefördert. Wie kann man die Förderbedingungen verbessern?“ (Antworten auf Zuruf und daraus entstehende Diskussion; eine Person moderiert, eine schreibt das Gesagte an einer Tafel / Pinnwand auf)
 - b. Mit Migrationshintergrund: Diskussion und Zuruf von Verbesserungsmöglichkeiten für die beiden wichtigsten migrationsspezifischen Probleme (Antworten auf Zuruf und daraus entstehende Diskussion; eine Person moderiert, eine schreibt das Gesagte an einer Tafel / Pinnwand auf)
6. **Zusammenfassen und danken**