

Abschlussbericht



NEKOBERE

**Netzwerke und Kooperationen
in der beruflichen Rehabilitation
(NEKOBERE)**

Zuwendungsempfänger: HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft & Soziales

Department: Soziale Arbeit, Prof. Dr. Dieter Röh

Förderkennzeichen: 0421/40-64-50-80

Vorhabensbezeichnung: Projekt „Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation“ (NEKOBERE)

Laufzeit des Vorhabens: 01.01.2022 bis 31.12.2024

(Jan. 2025 kostenneutral verlängert)

Vorwort und Danksagung

Dieses Projekt hätte nicht ohne die Kooperation mit und die Unterstützung von folgenden Personen realisiert werden können, bei denen wir uns recht herzlich bedanken möchten:

Im **Beirat** haben uns durch ihre Rückmeldungen und durch ihre Zugänge zu Personen und Institutionen geholfen: Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil (Universitätsmedizin Halle-Wittenberg), Prof.in Dr.in Silke Tophoven (Hochschule Düsseldorf), Alexander Thomas (DVSG), Thilo Bock (Arinet Hamburg), Björn Hagen (Fortbildungsakademie der Wirtschaft), Daniel Grade (RPK Kiel), Nina Lüdi (RPK Lübeck), Marion Lange (RPK Hamburg), Christine Schaerffer (PerspektivKontor Hamburg (BTZ/BFW), Ingo Scheuse (Unternehmensverband Kiel), Elke Miersch (Handwerkskammer Hamburg), Jan Gerdts (Handwerkskammer Lübeck), Monika Mählmann (Handelskammer Hamburg/EDEKA ZENTRALE Stiftung), Jörg Orlemann (Industrie- und Handelskammer Kiel), Brigitte Harbering (KIBIS Kiel) und Christa Hermann (KISS Hamburg).

Für **den Zugang zu Interviewpartner*innen** (sowohl Reha-Fachkräfte als auch Rehabilitand*innen sowie Betrieben): Julia Heym und Thilo Bock (Arinet Hamburg), Nicole Haber-Laussen und Björn Hagen (Fortbildungsakademie der Wirtschaft), Gudrun Thömen und Christine Schaerffer (BTZ und BFW Hamburg), Thomas Hilland und Daniel Grade (RPK Kiel), Iris Schulte-Beckhausen (AVISTA).

Unser besonderer Dank gilt den vielen **Reha-Fachkräften und Rehabilitand*innen**, die sich bereit erklärt haben, uns von ihren Erfahrungen in der Rehabilitation zu erzählen sowie uns Einblicke in ihre Sozialbeziehungen und Netzwerke sowie ihre gesundheitliche Situation zu gewähren. Auch, dass uns Anleitende bzw. Personalverantwortliche in verschiedensten Betrieben von ihren Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation berichtet und ihre Netzwerke haben erfassen lassen, erfüllt uns mit Dank, denn es ist überhaupt nicht selbstverständlich, sich auf diese Weise an einem Forschungsprojekt zu beteiligen.

Ohne ihrer aller Beteiligung hätten wir nicht das finden können, was im Folgenden beschrieben und analysiert wird.

Inhaltsverzeichnis

1	STRUKTURIERTE ZUSAMMENFASSUNG (MANAGEMENT SUMMARY).....	1
2	ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN	6
3	WISSENSCHAFTLICHER STAND	9
4	METHODISCHES VORGEHEN	14
4.1	Datenerhebungsmethoden.....	15
4.2	Gesprächsleitfäden und Eingangsfragebogen	20
4.3	Auswertungsmethoden	22
4.4	Sample, Zugang und Stichprobenbeschreibung.....	26
5	PROJEKTVERLAUF.....	37
6	ERGEBNISSE	40
6.1	Netzwerke der Rehabilitand*innen.....	41
6.1.1	Hamburg: Netzwerkanalyse der Rehabilitand*innen.....	42
6.1.2	Soziale Beziehungen innerhalb von Familie und Partnerschaften	46
6.1.2.1	Die Bedeutung von Freundschaften	51
6.1.2.2	Die Rolle von Bekannten, Nachbar*innen und virtuellen Kontakten	53
6.1.2.3	Soziale Beziehungen in und durch die Reha-Einrichtung	56
6.1.2.4	Kontakte in Praktikumsbetrieben	62
6.1.2.5	Kontakte ins Gesundheitswesen	65
6.1.2.6	Kontakte ins Sozialwesen	70
6.1.3	Schleswig-Holstein: Netzwerkanalyse der Rehabilitand*innen.....	72
6.1.4	Gesamtschau auf Hamburg und Schleswig-Holstein	74
6.1.4.1	Soziale Unterstützung der Rehabilitand*innen.....	75
6.1.4.2	Veränderungen in den Netzwerken der Rehabilitand*innen.....	79
6.1.4.3	Unterschiede in den Netzwerken der Rehabilitand*innen.....	81
6.1.4.4	Kontaktwünsche und Unterstützungsbedarfe der Rehabilitand*innen	82
6.1.4.5	Funktionierende Rehabilitand*innen-Netzwerke	83
6.1.4.6	Wichtige Kontakte für eine berufliche (Wieder-)Eingliederung	84

6.2	Netzwerke der Reha-Fachkräfte	85
6.2.1	Hamburg: Netzwerkanalyse der Reha-Fachkräfte	87
6.2.1.1	Die Bedeutung von Kontakten innerhalb der Reha-Einrichtungen	90
6.2.1.2	Die Rolle der Leistungsträger und der Reha-Berater*innen	100
6.2.1.3	Berufliche Kontakte zu Praktikumsbetrieben.....	104
6.2.1.4	Berufliche Kontakte zum Gesundheitswesen.....	111
6.2.1.5	Berufliche Kontakte zum Sozialwesen.....	119
6.2.1.6	Weitere externe Kontakte	123
6.2.2	Schleswig-Holstein: Netzwerkanalyse der Reha-Fachkräfte	134
6.2.3	Gesamtschau auf Hamburg und Schleswig-Holstein	135
6.2.3.1	Zufriedenheit der Reha-Fachkräfte mit ihren Netzwerken.....	136
6.2.3.2	Veränderungen in den Netzwerken der Reha-Fachkräfte	137
6.2.3.3	Unterschiede in den Reha-Fachkraft-Netzwerken	139
6.2.3.4	Perspektivisch wichtige berufliche Kontakte der Reha-Fachkräfte.....	141
6.2.3.5	Unterstützungsbedarfe der Reha-Fachkräfte.....	147
6.2.3.6	Funktionierende berufliche Reha-Fachkraft-Netzwerke	149
6.2.4	Ergebnisse der Fokusgruppe mit Reha-Fachkräften in Hamburg.....	151
6.2.4.1	Bedeutung von Netzwerken	152
6.2.4.2	Rolle und Einfluss der Reha-Fachberater*innen	154
6.2.4.3	Kontakte zu Betrieben	156
6.2.4.4	Kontakte zum Hilfesystem	158
6.2.4.5	Öffnung der Reha-Fachkraft-Netzwerke nach Außen	159
6.2.4.6	Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit	161
6.3	Netzwerke der Personalverantwortlichen/Anleitenden	166
7	DISKUSSION UND AUSBLICK.....	170
8	LISTE DER PUBLIKATIONEN UND PRÄSENTATIONEN.....	184
8.1	Wissenschaftliche Publikationen	184
8.2	Wissenschaftliche Präsentationen.....	185
	LITERATURVERZEICHNIS.....	186
	ANLAGENVERZEICHNIS.....	191

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Egozentrierte Netzwerkkarte (in Anlehnung an Kahn/Antonucci 1980).....</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 2 Überblick über die Stichprobe der Interviews in Hamburg und Schleswig-Holstein.....</i>	<i>30</i>
<i>Abbildung 3 Übersicht-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen Hamburg T2.....</i>	<i>45</i>
<i>Abbildung 4 Übersicht-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen Schleswig-Holstein zu T2.....</i>	<i>73</i>
<i>Abbildung 5 Gesamt-Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen zu T2</i>	<i>75</i>
<i>Abbildung 6 Übersicht-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte in Hamburg zu T2</i>	<i>90</i>
<i>Abbildung 7 Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte zu T2 Schleswig-Holstein</i>	<i>134</i>
<i>Abbildung 8 Gesamt-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte zu T2</i>	<i>136</i>
<i>Abbildung 9 Gesamt-Netzwerkkarte der Personalverantwortlichen/Anleitenden</i>	<i>169</i>
<i>Abbildung 10 Netzwerkebenen nach Röh/Werner 2025.....</i>	<i>170</i>

1 Strukturierte Zusammenfassung (Management Summary)

Hintergrund

Das Projekt NEKOBERE befasste sich mit der (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den ersten Arbeitsmarkt. Seit 2017 sind die Antrags- und Leistungszahlen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben rückläufig, trotz stagnierender Prävalenz psychischer Erkrankungen, immer längerer Arbeitsunfähigkeitsdauern und einer hohen Zahl von Erwerbsminderungsrenten. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht ein hohes Risiko der Unter- und Fehlversorgung bei der Teilhabe am Arbeitsleben. Demzufolge sind die Chancen auf eine erfolgreiche (Re-)Integration in den ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen geringer als bei anderen Erkrankungen.

Ziele und Fragestellungen

Im Mittelpunkt stand die Forschungsfrage nach der Bedeutung von Netzwerken und Kooperationen der beteiligten Akteur*innen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation. Weitere Fragestellungen zielten auf förderliche und hinderliche Faktoren im Rahmen der beruflichen Rehabilitation im Hinblick auf eine (Re-)Integration.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign war qualitativ-deskriptiv mit explorativem Charakter.

Es wurden problemzentrierte Interviews unter Einsatz von egozentrierten Netzwerkkarten mit drei Zielgruppen durchgeführt: Rehabilitand*innen, Rehabilitations-Fachkräften und Personalverantwortlichen/Anleitenden in Praktikumsbetrieben. Die Interviews wurden mit der qualitativ-strukturierenden Inhaltsanalyse, die Netzwerkkarten auf akteur*innen-, relations- und strukturbezogenen Ebenen in Anlehnung an die qualitativ-strukturelle Netzwerkanalyse ausgewertet.

Ergebnisse der Netzwerkanalyse

Die sozialen und beruflichen Kontakte im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wurden von den Interviewten nach Wichtigkeit und Bedeutung in der Netzwerkkarte verortet. Bei den Rehabilitand*innen wurden zusätzlich die Formen erfahrener sozialer Unterstützung erfasst. In einem ersten Auswertungsschritt wurden die

sozialen und beruflichen Kontakte zu Clustern zusammengefasst. In weiteren Schritten wurden die Qualitäten der Kooperationen der sozialen Kontakte inhaltsanalytisch ausgewertet.

*Netzwerke der Rehabilitand*innen*

Die Netzwerkkontakte der Rehabilitand*innen konnten in folgende Cluster zusammengefasst werden:

Familie/Partnerschaft/Haustiere, Freundschaften, Kontakte in Betrieben, Bekannte/virtuelle Kontakte/Nachbar*innen, Reha-Kontakte (in Leistungserbringern) und Kontakte zum Sozial- und Gesundheitswesen.

Am wichtigsten waren den Rehabilitand*innen ihre sozialen Kontakte zu (Ehe-)Partner*innen, Kindern, Haustieren, Nichten/Neffen, Schwäger*innen sowie zu engsten Freund*innen, auch von Partner*innen. Sehr wichtig waren Kontakte zu sozialen Diensten (Angebote zur sozialen Teilhabe nach SGB IX) und zu Integrationsfachdiensten.

Insgesamt ist die Zufriedenheit der Rehabilitand*innen mit der erfahrenen sozialen Unterstützung durch ihr informelles und formelles soziales Umfeld relativ hoch und sie nehmen die erhaltene soziale Unterstützung als wertvolle Ressource wahr.

Ein funktionierendes Netzwerk zeichnet sich aus Sicht der Rehabilitand*innen durch Wertschätzung, Vertrauen, regelmäßigen Kontakt und gegenseitiges Interesse aus. Die Rehabilitand*innen betonen die Wichtigkeit persönlicher Treffen und direkter Kommunikation. Darüber hinaus ist die psychische Stabilität der Rehabilitand*innen eine wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes Netzwerk, da sie Zeit und Energie für den Austausch und die gegenseitige Unterstützung aufbringen müssen.

Analysiert man die Teilhabedimensionen entlang der ICF, so stellt sich heraus, dass jene Teilhabedimensionen als am wichtigsten beurteilt werden, die sich auf Beziehungen beziehen. Hieraus entwickelt sich jeweils ein Zusammenhang mit anderen Funktionen, die entweder befähigen oder die Beziehungsfähigkeit einschränken. Die berichteten Qualitäten der sozialen Beziehungen beeinflussen nicht nur den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme, sondern wirken sich auf die Erfahrungen in den integrierten Praktika sowie auch perspektivisch bzgl. der Erwerbstätigkeit (vgl. die Masterthesis von F. Rost in gesondertem Anhang).

Netzwerke der Reha-Fachkräfte

Die Netzwerkkontakte der Reha-Fachkräfte konnten in folgende Cluster zusammengefasst werden: Leistungserbringerbezogene Kontakte, Leistungsträger, betriebliche Kontakte, Kontakte ins Gesundheits- und Sozialwesen und zu verschiedenen anderen externen Einrichtungen.

Für die Reha-Fachkräfte waren neben den begleiteten Rehabilitand*innen die leistungserbringerbezogenen beruflichen Kontakte zu Kolleg*innen/Teams, beruflichen Trainer*innen, (Fach-)Leitungen sowie Psycholog*innen, Konsiliarärzt*innen, Supervisor*innen und weiteren Mitarbeiter*innen von Angeboten anderer Abteilungen der Leistungserbringer am wichtigsten. Außerhalb der Leistungserbringer waren Kontakte zu Betrieben bzw. potenziellen Arbeitgebende der Rehabilitand*innen sehr wichtig.

Insgesamt sind die Reha-Fachkräfte mit ihren sich über Jahre etablierten Netzwerken zufrieden, weil sie wichtige Unterstützungsformen bieten. Die Bedeutung ihrer beruflichen Kontakte steht in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Kontakte.

Ein funktionierendes Netzwerk benötigt Zeit und Ressourcen. Um den Kontakt zu externen Partnern wie Betrieben und Leistungsträger zu halten, seien regelmäßige persönliche Treffen und eine gute Kommunikationsstruktur wichtig. Ebenso wichtig für die Netzwerkarbeit war ein gutes Schnittstellenmanagement bei Übergängen, eine gute Kooperation im Team der Leistungserbringer, aber auch mit den Rehabilitand*innen und Reha-Fachberater*innen der Leistungsträger, einschließlich direkter und konstanter Ansprechpartner*innen, guter Erreichbarkeit und geregelter Zuständigkeiten.

Netzwerke der Personalverantwortlichen/Anleitenden

Die Netzwerkkontakte der Personalverantwortlichen/Anleitenden konnten in folgende Cluster zusammengefasst werden: Betriebsinterne- und externe Kontakte, Leistungserbringer, Leistungsträger, Behörden, Gesundheits- und Sozialwesen sowie digitale Plattformen.

Am wichtigsten waren den Personalverantwortlichen/Anleitenden neben den Rehabilitand*innen der Kontakt zu Reha-Fachkräfte der Leistungserbringer, Bewerber*innen, Geschäftsführung bzw. Leitung (im Betrieb), Anleitende der Praktikant*innen sowie das eigene Team. Hinzu kamen gemeinnützige Institutionen und soziale Einrichtungen. Im Großen und Ganzen waren die Praktikumsbetriebe mit

den Rehabilitand*innen sowie der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringer zufrieden.

Voraussetzungen für ein funktionierendes Netzwerk waren aus Sicht der Personalverantwortlichen/Anleitenden flache Hierarchien, eine offene, aktive Kommunikation und Mitbestimmung innerhalb des Betriebs/Institution. Auf Abteilungsebene war es wichtig, eine koordinierende Stelle zu haben, von Bedeutung ist hierbei, dass sich die Akteur*innen gut untereinander kennen und wissen, wer welche Aufgaben und Bedürfnisse hat. Ein wertschätzender Umgang sowie eine fehlerfreundliche Arbeitskultur waren ebenfalls hilfreich. Grundsätzlich sollte genügend Zeit und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Kontakte im Netzwerk zu pflegen.

Diskussion

Die Netzwerkanalysen bieten einen Überblick über die sozialen und beruflichen Beziehungen der Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräfte und Personalverantwortlichen/Anleitenden und zeigen, was jeweils als wichtig für die gesundheitliche Stabilität und die (Re-)Integration angesehen wird.

Soziale Kontakte stärken die Rehabilitand*innen vor allem durch emotionale Unterstützung, was auch ihre Erwerbstätigkeit fördert. Rehabilitand*innen haben vielfältige Unterstützungsbedürfnisse – von emotionaler Ermutigung bis hin zu praktischer Hilfe, besonders im Alltag und bei der Arbeitssuche. Zur Stabilisierung der Gesundheit spielen Reha-Fachkräfte, Psychotherapie und Eingliederungshilfe eine große Rolle. Eine Kombination aus professioneller und privater Unterstützung ist für die (Wieder-)Eingliederung entscheidend. Flexible und individuell angepasste Hilfsangebote sind notwendig. Besonders wichtig sind eine bessere Vernetzung der Einrichtungen und Nachbetreuung.

Die Reha-Fachkräfte wünschen sich einen Ausbau ihres Netzwerks, insbesondere zu Betrieben und den Leistungsträgern. Eine engere Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem und Sozialwesen könnte die psychische Stabilität der Rehabilitand*innen fördern. Engpässe bei Ressourcen und eine bessere Aufgabenverteilung werden als Hindernisse für eine intensivere Vernetzung genannt. Zudem sind mehr Fortbildungen und eine stärkere digitale Präsenz von Nutzen.

Die Personalverantwortlichen/Anleitenden wünschen sich mehr Kontakte zu Kooperationspartnern wie Bildungseinrichtungen und Unternehmen sowie eine

Intensivierung bestehender Netzwerke. Der enge Austausch mit den Leistungserbringern für klare Erwartungen und mehr Informationen zu Fördermöglichkeiten wird als hilfreich angesehen.

Insgesamt betrachtet ist die berufliche Rehabilitation aus Sicht der Reha-Fachkräfte und Rehabilitand*innen zu wenig bekannt. Der Abbau von Vorurteilen und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sind entscheidend für ihren Erfolg und die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt.

Verwendungsmöglichkeiten / Umsetzung

Aus der Netzwerkanalyse der Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräften und Personalverantwortlichen/Anleitenden sowie aus den in den Interviews geäußerten Wünschen auf Stärkung des Netzwerkes und Unterstützungsbedarfen ergeben sich konkrete Hinweise auf Optimierungspotenziale der beruflichen Rehabilitation. Diese fließen in Handlungsempfehlungen für die Praxis in Kooperation mit anderen FSP-Projekten ein.

2 Ziele und Fragestellungen

Ausgehend von der Analyse, dass es an netzwerktheoretisch begründeten Studien im Bereich der beruflichen Rehabilitation mangelt, um Fragen zum Erfolg der beruflichen Rehabilitation bzw. der durch Kooperationen im Netzwerk bedingten Einflüsse zu beantworten, zielt unsere Studie auf die folgenden Fragestellungen ab (kursiv und in gekürzter Form dargestellt erfolgt eine Beschreibung, inwieweit diese beantwortet werden konnten):

- a. Was ist aus subjektiver Sicht von Rehabilitand*innen und Betrieben während der beruflichen Rehabilitation notwendig, damit Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben besser umgesetzt und der (Wieder-)Einstieg in eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt realisiert werden kann?

*Diese Frage konnte in problemzentrierten Interviews zu zwei Zeiträumen (ein erstes Mal während der Inhouse-Phase und ein zweites Mal nach der Praktikumsphase) mit den Rehabilitanden*innen sowie einmalig mit Personalverantwortlichen/Anleiter*innen in der Praktikumsphase) beantwortet werden.*

- b. Welche sozialarbeitswissenschaftlich begründeten und ICF kodifizierbaren Teilhabedimensionen (im Sinne des Person-Umwelt-Modells) sind für Rehabilitand*innen relevant, um eine Passung zwischen Betrieb und Rehabilitand*in zu fördern?

Diese Frage wurde im Rahmen der Masterthesis von F. Rost bearbeitet und konnte ausführlich beantwortet werden (Die Ergebnisse werden in der Diskussion berücksichtigt, die gesamte Thesis findet sich in einem gesonderten Anhang).

- c. Wie lassen sich die Netzwerk- und Kooperationsstrukturen von Leistungserbringern, Rehabilitand*innen und Betrieben netzwerkanalytisch abbilden und welche Schlüsse für förderliche strukturelle Bedingungen einer (Re-)Integration lassen sich daraus gewinnen?

Diese Frage stellte den Kern der Studie dar und konnte hinsichtlich der Netzwerk- und Kooperationsstrukturen sowie auch der daran aufgehobenen Unterstützungserfahrungen und Unterstützungsleistungen umfangreich beantwortet werden.

- d. Wie funktioniert die Koordination von komplexen Leistungen während der beruflichen Rehabilitation mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz, betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung und welche Koordinationsverantwortlichen lassen sich identifizieren?

Diese Frage war Gegenstand der Interviews mit Reha-Fachkräften und Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden in Betrieben, eine Auswertung gelang im Projektzeitraum allerdings nicht und erfolgt im Nachgang, spätestens während eines Forschungssemesters im Sommersemester 2026.

- e. Welche regionalen (ländlichen und urbanen) Einflüsse können im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben identifiziert werden hinsichtlich Wirtschaftsstandort, Versorgungsdichte, Mobilität, Verkehrsmittel, Arbeitswege und Zeitaufwand?

*Bezüglich dieser Frage zeigte sich, dass der Zugang zu Leistungserbringern, die Rehabilitand*innen aus dem ländlichen Raum adressieren, nicht möglich war bzw. alle von uns befragten Rehabilitand*innen im städtischen Raum oder in direkter Nähe zu Städten wohnten. Zudem zeigte sich in der Analyse der Versorgungslandschaft, dass sich diese leistungserbringenden Einrichtungen und Diensten in den beiden Großstädten, Kiel und Lübeck befanden. Daher war kein Vergleich zwischen Stadt und Land möglich und wir wechselten den Fokus in Richtung eines institutionellen Vergleichs, da wir in Schleswig-Holstein einen besseren Zugang zu RPK und in Hamburg einen breiteren Zugang erhielten.*

Die Bedeutung der Studie lag in der Exploration gelingender oder problematischer Kooperation und Vernetzung und der Fokussierung auf die praxisrelevanten Bedarfe in der beruflichen Rehabilitation für eine Optimierung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Studie zielt auf zwei Ergebnisse ab (auch hier erfolgt eine kurze Beschreibung, inwieweit die Ergebnisse erreicht werden konnten):

1. Zum einen sollten Erfahrungen von Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräften und Betrieben zur weiteren Validierung der Kooperationsstrategien in der Rehabilitation im Sinne des APC-Modells mit Blick auf psychisch und neurologische Erkrankungen wissenschaftlich analysiert werden.

*Die Kooperationsstrategien aller drei Akteursgruppen konnten jeweils hinsichtlich der Netzwerkstrukturen und -qualitäten herausgearbeitet werden. In der Akquise von Rehabilitand*innen zeigte sich, dass die von uns bei*

Antragstellung angefragten leistungserbringenden Einrichtungen und Dienste vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen begleiten. Daher haben wir früh die zweite Indikationsgruppe der neurologisch erkrankten Menschen aus der Studie herausgenommen bzw. nicht weiter versucht, sie zu gewinnen. Detaillierte Begründung folgt an späterer Stelle bei Abweichung vom Studiendesign.

2. Zum anderen sollte die Exploration der genannten Wirkfaktoren im Bereich der Kooperation und Vernetzung erste Hinweise für mögliche Praxisempfehlungen zur Gestaltung der Kooperationsbeziehungen zur Verbesserung der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit (neurologischen und) psychiatrischen Erkrankungen liefern.

Die Empfehlungen konzentrieren sich demnach allein auf die berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und fließen in den Diskussionsteil sowie in Publikationen und gemeinsame Empfehlungen, v.a. mit den FSP-Projekten ANSAB und SABER, ein.

3 Wissenschaftlicher Stand

Die berufliche Rehabilitation von Menschen mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen ist institutionell gut ausgebaut und die Ausgaben hoch, die daraus resultierende Erwerbsquote dieser Gruppe jedoch sehr niedrig. Nur rund ein Siebtel der Schwerbehinderten sind auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt und ca. 1,8 Mio. Menschen beziehen eine Erwerbsminderungsrente (BMAS 2016, 228). Die Arbeitsmarktentwicklung spielt dabei eine Rolle, kann aber nur makroökonomisch analysiert und politisch verändert werden. Insgesamt liegen für die berufliche Rehabilitation der hier fokussierten Erkrankungen eher wenige Studien zu Wirkfaktoren vor (vgl. zusammenfassend: Stegmann/Schröder 2018; von Kardoff u.a. 2019). Es zeigt sich eine positive Evidenz bestimmter Fähigkeiten bzw. psychologischer Variablen (vgl. Arling/Spijkers 2019) und im Bereich strukturierter Begleitung von Rehabilitand*innen mit Arbeitsplatznähe und multiprofessioneller Unterstützung (Donker-Cools et al. 2015, Baldwin et al. 2011, Wege/Angerer 2013). Die Betriebe des ersten Arbeitsmarktes dürften in vielerlei Hinsicht eine entscheidende Größe für den Erfolg beruflicher (Re-)Integration von Rehabilitand*innen sein. Strukturelle Variablen (Branche, Betriebsgröße, Beschäftigtenstruktur u.a.) spielen dabei genauso wie die Erfahrungen und Kompetenzen der Führungskräfte und der Personalverantwortlichen eine gewichtige Rolle. Gerade in kleinen oder mittleren Unternehmen bzw. inhaber*innengeführten Firmen dürften diese geringer vorhanden sein. Zudem spielt der Fachkräftebedarf sicherlich eine große Rolle hinsichtlich der Integrationsbereitschaft. Ob und inwieweit regionale Faktoren in Verbindung mit anderen Faktoren eine Rolle für die Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt spielen, ist unklar (vgl. Hetzel 2015).

Zu Projektbeginn besteht insbesondere hinsichtlich der Mobilitätsbarrieren, die z.B. aus fehlender oder schlechter Verkehrsanbindung oder hohem zeitlichen Aufwand für Fahrten zum Arbeitsplatz sowie Unterstützungsbedarf, die These, dass dies einen Einfluss haben wird. Daher stehen regionale Unterschiede in diesen Bereichen zu Beginn im Fokus. Allerdings zeigte sich, wie oben bereits erwähnt, dass die leistungserbringenden Einrichtungen und Dienste in Schleswig-Holstein vor allem in den Großstädten Kiel und Lübeck zu verorten sind, und daher auch die Rehabilitand*innen aus den Städten oder aus dem direkten Umkreis stammen. Zudem wurde vermutet, dass sich insbesondere KMU besonderen Herausforderungen aufgrund ihrer Integrationskapazitäten in Relation zur

Unternehmensgröße entgegensehen, die sie kaum allein bewältigen können. Anders als größere Unternehmen verfügen sie einerseits meist über keine ausreichend großen Erfahrungen und keine routinierten Prozesse des beruflichen Eingliederungsmanagements für ihre eigenen Mitarbeiter*innen verfügen und andererseits sind sie auch für die Leistungsträger und -erbringer und damit für (neue) Mitarbeiter*innen schwieriger zu erreichen. Schließlich stellt der Übergang von der medizinisch-beruflichen bzw. beruflichen Rehabilitation in die betriebliche Realität einen wichtigen Forschungsgegenstand dar (vgl. DRV Bund 2018).

Durch die empirische Entwicklung eines konzeptionellen Handlungsmodells, dem *APC-Modell* in der neurologischen Rehabilitation, können erste Grundprinzipien für ein erfolgreiches Return to Work abgeleitet werden (Schwarz et al. 2018). Dazu gehören die Bereitschaft aller Beteiligten zur Anpassung an die neue Situation (Adaptiveness), die Zielausrichtung aller Beteiligten (Purposefulness) sowie die enge Kooperation in der Rehabilitation (Cooperativeness) (ebd.). Es wird von einer Übertragbarkeit des Modells auf die berufliche Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen insofern ausgegangen, als dass auch hier alle drei Prinzipien von Bedeutung sind. Aufgrund der komplexen Beeinträchtigungen und vielfältigen Barrieren in der Arbeitswelt sind die prozesshaft notwendige Anpassungsbereitschaft, eine immer wieder neu zu verhandelnde Zielausrichtung sowie eine enge Kooperation notwendig, um einen Integrationserfolg zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Zu den dazu notwendigen Kooperations- und Vernetzungsmechanismen liegen kaum empirische Erkenntnisse vor. Neben den Fähigkeiten, die eine Person für die erfolgreiche Teilhabe haben muss und die in der Rehabilitation verbessert werden sollen, spielen die externen Bedingungen der Teilhabermöglichkeit eine entscheidende Rolle (Ommert 2020) und hier möglicherweise die betrieblichen Bedingungen (Schwarz et al. 2020). Bei Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen liegen – anders als bei vielen v.a. somatischen Erkrankungen – gerade hinsichtlich der krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen auch nach medizinischer Rehabilitation weitreichende Belastungen und daraus resultierenden Anforderungen für Leistungen für Teilhabe am Arbeitsleben vor. Häufig handelt es sich um komplexere Belastungen, die zudem eng mit nicht einfach zu reduzierenden Umweltbarrieren einhergehen, die zudem phasenhaft verlaufen und in denen zentrale Arbeitsfähigkeiten (wie z.B. Konzentrationsfähigkeiten, Kommunikation, Ausdauer etc.) tangiert sind. Es handelt sich um Personen, deren funktionelle Einschränkungen den Intensitätsstufen 2 und 3

im Konzept des (derzeit erprobten) Fallmanagements der DRV (Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung 2017, 10) zugeordnet werden können und von denen bzgl. der Intensität der Fallbearbeitung auch im Leistungserbringungskontext ausgegangen werden kann.

Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung

Zusammengefasst dargestellt werden soziale Beziehungen durch das sozialwissenschaftliche Konzept des „Sozialen Netzwerks“ (Fuhse 2018; Stegbauer/Häußling 2010). Ein soziales Netzwerk in diesem Sinne ist die Gesamtheit aller Beziehungen einer Person (Ego) zu anderen Personen (Alteri) sowie deren Beziehungen untereinander. Im Zusammenhang mit der empirisch gut belegten hohen Bedeutung sozialer Netzwerke stehen spezifische Effekte im Bereich Gesundheit und damit auch Rehabilitation. Im Allgemeinen lässt sich festhalten, dass soziale Netzwerke bzw. die in ihnen aufgehobene soziale Unterstützung eine direkte Auswirkung auf Morbidität, Mortalität, Lebensqualität und Identität haben (Klärner et al. 2020).

Für Zapfel et al. (2020) sind soziale Netzwerke für die berufliche Rehabilitation sowie die Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt sehr bedeutsam und werden gleichzeitig in der Rehabilitationsforschung nicht ausreichend berücksichtigt. Unter Bezug auf Lorant et al. (2017) halten sie fest:

„Aus den Unterschieden in der Netzwerkstruktur der Leistungserbringer können sich auch Divergenzen im Reha-Erfolg ergeben. So erscheinen kleinere, zentral organisierte und in Bezug auf das Arsenal an Leistungserbringern diversifizierte Netze integrationsförderlicher als größere, dezentral organisierte und homogene Netzwerke, während die Betreuungskontinuität eher in letztgenannter Konstellation gewährleistet werden kann [...].“

Neben dieser organisationsbezogenen Netzwerkstruktur scheinen auch die personenbezogenen oder auch egozentrierten Netzwerke einen Einfluss auf den beruflichen Rehabilitationserfolg zu haben (Zapfel et al. 2020, 360). Die Bedeutung sozialer Netzwerke mit den Unterstützungsoptionen über private und professionelle Arrangements ist theoretisch über eine inhaltliche Verbindung von sozialen Netzwerken, sozialer Unterstützung und sozialem Kapital abzuleiten (Hawkins/Maurer 2011). Dabei interessiert sich die Netzwerkforschung zunehmend auch für intersektionale Zusammenhänge (Klärner et al. 2020): Soziale Netzwerke werden dabei nicht nur aus der Perspektive von Einzelnen und deren Beziehung zu

anderen gesehen, sondern von Interesse sind vor allem deren Einbettung in ein Netz weiterer Beziehungen und der Kombination von informellen und formellen Netzwerken. Anhand netzwerkanalytischer Kriterien lassen sich verschiedene Aussagen ableiten, etwa hinsichtlich des Zugangs zu bestimmten Ressourcen, Informationen oder auch den Möglichkeiten sozialer Kontrolle. Von besonderem Interesse sind dabei Aspekte sozialer Kohäsion während der beruflichen Rehabilitation. Zur positiven Wirkung sozialer Unterstützung bezogen auf neurologische Störungen wurde im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche der Zusammenhang mit einer verbesserten Teilhabe belegt (Elloker/Rhoda 2018, Boden-Albala et al. 2005).

Innerhalb der Netzwerktheorie und -forschung nimmt die Bestimmung sozialer Unterstützung, die in sozialen Netzwerken aufgehoben ist, eine entscheidende Bedeutung ein, insbesondere auch bezüglich der Gesundheit:

In Bezug auf gesundheitliche Risiken, aber auch der Bewältigung von Krankheiten lassen sich Haupt- und Puffereffekte feststellen. Haupteffekte oder direkte Wirkungen erzeugt soziale Unterstützung generell und eher unspezifisch und wirkt somit auf Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden. Dieser Effekt wirkt auch in Krisenzeiten bzw. bei Belastungen, da die unterstützenden Personen bereits da sind und deren Unterstützung schnell erfolgen kann. Der Puffereffekt meint, dass die Folgen von Distress abgemildert, vermieden oder verhindert werden können (Kupfer/Nestmann 2025). Soziale Unterstützung innerhalb von sozialen Beziehungen bzw. Netzwerken kann verschiedene Formen annehmen:

- Kognitive soziale Unterstützung
- Informatorische soziale Unterstützung
- Emotionale soziale Unterstützung
- Instrumentelle soziale Unterstützung
- Identity approach (vgl. Kupfer/Nestmann 2025)

Im Speziellen lässt sich festhalten (Klärner/von der Lippe 2020):

- Soziale Unterstützung zu erhalten, erhöht das Wohlbefinden, reduziert die Wahrscheinlichkeit für psychische Krankheiten und hat einen allgemeinen positiven Einfluss auf Krankheitsbewältigung. Sie kann aber auch belasten (insbesondere in Sorgebeziehungen), wenn sich eine asymmetrische Beziehung ergibt, in der eine Person deutlich mehr und über einen langen Zeitraum Unterstützung gibt, als sie erhält.

- Die Annahme/Erwartung, dass soziale Unterstützung erfolgen wird, ist mindestens genauso wichtig wie die tatsächlich wahrgenommene/erfahrene Unterstützung.
- Soziale Integration/Einbindung reguliert individuelles Gesundheits- und Bewältigungsverhalten.
- Soziales Lernen in Netzwerken bzw. Gruppen erleichtert eigene Bewältigungs- und Entwicklungsprozesse.
- Soziale Ansteckung (motivierend, wie demotivierend) beeinflusst eigenes Handeln und Verhalten in sozialen Gruppen.
- Soziale Kontrolle, die nicht gewünschte Anpassung erzeugt, kann Leiden erzeugen.

Theoretisch in das Forschungsprojekt wurden neben der sozialwissenschaftlichen Netzwerkperspektive zudem sozialarbeitstheoretische Teilhabedimensionen für die Berücksichtigung subjektiver Lebenswelten und rechtlich kodifizierter Unterstützungssysteme in der Rehabilitation (Dettmers 2019, Dettmers et al. 2019) einbezogen. Zur Erreichung der Teilhabe behinderter Menschen gilt allgemein ein Person-in-Umwelt-Modell als zielführend, welches auch der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICF), dem Capabilities Approach (Nussbaum 2010, 2015) und anderen Ansätze zugrunde liegt. Teilhabe aus Sicht der Sozialarbeitswissenschaft wird – übereinstimmend mit der UN-BRK und der ICF – als bifokaler Prozess und Ergebnis des Zusammenwirkens von Personen mit Beeinträchtigungen und Umwelt- bzw. Kontextfaktoren gesehen. Das Person-in-Umwelt-Modell gilt in der Sozialen Arbeit als konsensuell und kann mithilfe des Capabilities Approaches nicht nur theoretisch unterfüttert, sondern auch erklärt werden (Röh 2013; Röh u.a. 2018; Wiese u.a. 2020).

4 Methodisches Vorgehen

Ziel der NEKOBERE-Studie war es, die Kooperationen und Vernetzungen der beteiligten Akteur*innen während des Rehabilitations-Prozesses im Projektzeitraum zu erforschen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Übergang in die betriebliche Phase, um Förderfaktoren bzw. Barrieren erfolgreicher beruflicher Rehabilitation zu identifizieren.

Das Projekt war in Hamburg und im östlichen Schleswig-Holstein verortet und folgte insgesamt einem qualitativ-deskriptiven Studiendesign mit explorativem Charakter (vgl. Flick 2000, Baur/Blasius 2014, Meyer et al. 2012, Karbach et al. 2015, Stamer et al. 2015). Es wurden qualitative Interviews mit Rehabilitand*innen und ihren begleitenden Reha-Fachkräften in leistungserbringenden Einrichtungen zu zwei Zeitpunkten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation (LTA) sowie mit Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden in Praktikumsbetrieben zu einem Zeitpunkt durchgeführt. Zusätzlich fand eine Fokusgruppe mit Reha-Fachkräften in Hamburg zur vertiefenden Diskussion und Reflexion der Ergebnisse statt.

Zum Projektbeginn wurde für die Deutsche Rentenversicherung ein **Datenschutzkonzept** erstellt und ihr am 15.02.2022 übermittelt. Zudem wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der HAW Hamburg eingereicht. Am 15. Mai 2022 wurde dem NEKOBERE-Projekt daraufhin ein positives **Ethikvotum** ausgestellt. Die im Votum angemarkten Hinweise wurden vor Start der Interviews entsprechend angepasst (vgl. Anlage 1: Ethikvotum).

Allen Interviewpartner*innen (Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräften und Personalverantwortlichen/Anleitenden) wurden vor dem Interview persönlich kontaktiert und erhielten neben der mündlichen Aufklärung ein Informationsschreiben über die Studie inklusive Datenschutzerläuterungen und Einverständniserklärung zur Teilnahme an der NEKOBERE-Studie (vgl. Anlagen 2-4). Diese Einverständniserklärung haben alle Interviewpartner*innen vor Beginn des Interviews unterzeichnet.

Zur weiteren Qualitätssicherung des NEKOBERE-Projekts wurde ein wissenschaftlicher und praxisorientierter **Beirat** eingesetzt, der sich aus Vertreter*innen der Rehabilitationswissenschaften, Leitungskräften der Leistungserbringer, regionalen Wirtschaftsverbänden und Selbsthilfekontaktstellen

als Interessenvertretungen von Rehabilitand*innen in Hamburg und Schleswig-Holstein zusammensetzt. Der Beirat ist jährlich (online) zusammengekommen, diskutierte die Zwischen- sowie Abschlussergebnisse konstruktiv mit der Forschungsgruppe, begleitete und beriet diese. Die Teilnehmenden des Beirats sind im Vorwort aufgeführt.

Der **Feldzugang** und die Kontaktaufnahme zu den Teilnehmenden an der Studie bzw. den Interviewpartner*innen unserer Zielgruppen wurden in enger Kooperation mit leistungserbringenden Einrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein ermöglicht.

Zur Vorbereitung und weiteren Planung der Feldphase fanden im Frühjahr 2022 in den Erhebungsregionen Hamburg und Schleswig-Holstein **Kick-off-Veranstaltungen** mit den regionalen Kooperationspartner*innen in Präsenz statt. An diesen Treffen nahmen die Geschäftsführungen der kooperierenden Einrichtungen sowie für den Studienablauf relevante Reha-Fachkräfte teil. Sie koordinierten den weiteren Verlauf der Studie in den Einrichtungen in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Projekts.

In den folgenden Abschnitten wird das methodische Vorgehen des NEKOBERE-Projektes detaillierter beschrieben. In den jeweiligen Unterkapiteln werden die Datenerhebungsmethoden (4.1), die Gesprächsleitfäden für die Interviews in den drei Zielgruppen und der Eingangsfragebogen für die interviewten Rehabilitand*innen (4.2), die Auswertungsmethoden (4.3) sowie das Sampling, die Zugänge und die Stichproben inklusive Beschreibung (4.5) näher ausgeführt.

4.1 Datenerhebungsmethoden

Wie eingangs angedeutet wurden die Interviews mit Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräften mit denselben Personen zu zwei Zeitpunkten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt.

Die ersten Interviews wurden vor Beginn der Praktikumsphase (ca. nach drei bis sechs Monaten beruflicher Rehabilitation) zur Einschätzung der „Qualifizierungsphase“ (T1) geführt. Die zweiten Interviews wurden zum Ende des letzten Praktikums (nach ca. 12. Monaten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zur Bewertung der „Praktikumsphase“ und zur Gesamtbewertung der beruflichen Rehabilitation (T2) geführt. Durch die Datenerhebung zu zwei Zeitpunkten sollte der gesamte Zeitraum und die Veränderungen in den Erfahrungen der Akteur*innen im Verlauf der

beruflichen Rehabilitation erfasst werden. Die Anleitenden bzw. Personalverantwortlichen in den Praktikumsbetrieben wurden nur einmalig befragt.

Zur Exploration möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wurde das *problemzentrierte Interview* nach Witzel (2000) als Interviewmethode ausgewählt (vgl. auch Yin 2014). Die Konstruktionsprinzipien dieses Interviews zielen auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen, subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität. Dabei wurde das Erkenntnisinteresse von den Interviewenden vor dem Gespräch (individuelle Einschätzung der beruflichen Rehabilitation und Erhebung der persönlichen Netzwerke) offen dargelegt, um deutlich zu machen, dass die individuellen Vorstellungen, Meinungen und Einschätzungen für den Forschungsprozess wichtig sind.

Die Orientierung an einer relevanten Problem- bzw. Fragestellung (förderliche und hinderliche Faktoren im Verlauf der beruflichen Rehabilitation) charakterisierte die Organisation des Erkenntnisprozesses. Dabei nutzten die interviewenden Personen die vorab erfolgte Kenntnisnahme objektiver Rahmenbedingungen (regelmäßiger Ablauf der beruflichen Rehabilitation), um die Ausführungen der interviewten Personen zu verstehen und am Problem orientierte Fragen bzw. Nachfragen zu stellen. Die Prozessorientierung des problemzentrierten Interviews bezog sich auf den gesamten Verlauf der beruflichen Reha.

Wenn der Kommunikationsprozess sensibel und akzeptierend abläuft und die Rekonstruktion von Handlungen und Orientierungen im Mittelpunkt steht, entsteht bei den interviewten Personen Vertrauen und damit Offenheit, weil sie sich in ihrer Problemsicht ernst genommen fühlen. Dieses Vertrauensverhältnis fördert die Erinnerungsfähigkeit und motiviert zur Selbstreflexion. Letzteres war insbesondere bei der Erfassung der Netzwerke in diesem Projekt erforderlich. Indem die Befragten ihre Problemsicht in Kooperation mit der interviewenden Person entfalteten, entwickelten sie im Verlauf der beiden Interviews (T1 und T2) immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema.

Die Kommunikationsstrategien des problemzentrierten Interviews zielen auf die Darstellung der subjektiven Sicht auf problematische Aspekte ab. Angeregte Narrationen wurden durch Dialoge ergänzt, die auf Basis leitfadengestützter Nachfragen entstanden. Die Gestaltung der Interviews erfolgte einerseits mit einer

Kombination aus erzählgenerierenden Kommunikationsstrategien, allgemeinen offenen Fragen und Ad-hoc-Fragen. Andererseits kamen verständnisgenerierende Strategien der spezifischen Betrachtung von Gesprächsthemen mit den Elementen Zurückspiegelung, Verständnisfragen und Konfrontation (vor allem zu T2) zum Einsatz (vgl. Witzel 2000).

Zur Unterstützung der Durchführung der problemzentrierten Interviews wurden bei allen Zielgruppen Gesprächsleitfäden (zu T1 und T2) sowie Audioaufzeichnungen der Interviews eingesetzt. Bei den Rehabilitand*innen kam zusätzlich ein Kurzfragebogen zur Erfassung soziodemografischer Daten, zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Reha-Verläufen zum Einsatz (s. 4.2). Die Interviews wurden alle face-to-face in Räumlichkeiten der kooperierenden leistungserbringenden Einrichtungen oder vereinzelt in Büroräumen der HAW durchgeführt. Sie dauerten in der Regel zwischen 90 und 120 Minuten.

Alle Interviews wurden vollständig mithilfe des Transkriptionsanbieters Amberscript transkribiert und von studentischen Hilfskräften kontrolliert. Das erweiterte Transkriptionsformat orientiert sich an den Transkriptionsregeln von Dresing/Pehl (2018). Bei der Kontrolle wurden die Daten nach dem Bochumer Anonymisierungsmodell (vgl. Richter/Mojescik 2021) vor der Analyse überarbeitet, damit im Auswertungsprozess und vor allem der folgenden Ergebnisdarstellung keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich waren.

Zur **Exploration der Netzwerke und Kooperationen** von Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräften und Personalverantwortlichen/Anleitenden in Praktikumsbetrieben wurden in den Interviews offene Eco-Maps (nach Mattaini 1993) eingesetzt. Die **egozentrierte Netzwerkkarte** ist gemäß der Methode nach konzentrischen Kreisen aufgebaut:

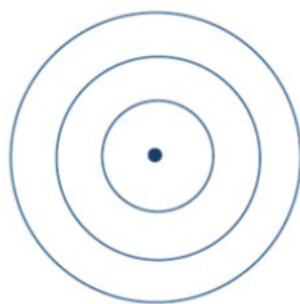


Abbildung 1 Egozentrierte Netzwerkkarte (in Anlehnung an Kahn/Antonucci 1980)

Zur Erfassung der Netzwerke werden auf Metaplanpapier drei konzentrische Kreise und in der Mitte ein Punkt (als Synonym für die interviewte Person „ego“) aufgezeichnet. Die Erhebung erfolgt mittels der Paper-and-Pencil-Methode mit unterschiedlich farbigen Klebezetteln und Stiften.

Die Erfassung und Dokumentation der Netzwerke und Kooperationen der Zielgruppen orientierte sich am methodischen Vorgehen der qualitativ-strukturalen Netzwerkanalyse (vgl. Herz/Peters/Truschkat 2015, Hack 2019). Zur **Netzwerkgenerierung** wurden die Interviewpartner*innen in einem ersten Schritt gebeten, ihre bedeutsamen privaten und beruflichen Kontakte/Beziehungen auf Zetteln zu sammeln. Dabei sollte jede Person oder Einrichtung und Institution auf einem gesonderten Zettel notiert werden (Namensgenerator nach Burt 1984). Als Zeitrahmen wurde die gesamte berufliche Rehabilitation festgelegt.

In einem zweiten Schritt sollten die Befragten die Bedeutung ihrer sozialen Kontakte für sie durch die Positionierung der Zettel in der Netzwerkkarte ausdrücken. Dabei ordneten sie diese Zettel nach eigenem Ermessen in den Kreisen von innen nach außen. Ausgehend vom ego wurden die sehr wichtigen, wichtigen und weniger wichtigen Kontakte entsprechend angeordnet.

Den Interviewer*innen waren durch theoretische Vorannahmen oder vorangegangene Interviews einige Kontakte in der Reha-Landschaft bekannt. Wenn diese Kontakte in den Interviews nicht schon genannt wurden, wurden sie daraufhin nachträglich erfasst. Diese Nachzügler-Kontakte wurden auf Zetteln in einer anderen Farbe notiert und anschließend in die Netzwerkkarte eingetragen.

Die Qualität der sozialen Beziehungen wurde erfasst, indem die Befragten in den Interviews gebeten wurden, die Beziehungen zu den Personen und/oder Einrichtungen zu beschreiben. Die Relationen zwischen den sozialen Beziehungen („Wer kennt sich untereinander, wer kooperiert mit wem?“) wurden durch Striche gekennzeichnet. Konfliktbehaftete Beziehungen wurden mit roten Strichen versehen.

Die Netzwerkkarten aus dem ersten Interview (T1) wurden den Interviewten im zweiten Interview (T2) erneut vorgelegt, um die Veränderungen von T1 zu T2 zu dokumentieren (durch andere Zettelfarbe und Pfeile). In der Regel kamen Kontakte hinzu, einige fielen weg oder ihre Positionen veränderten sich innerhalb der Kreise.

Alle Daten bzw. Netzwerkkarten wurden als Fotoprotokolle gesichert und anschließend mithilfe der Software Vennmaker visualisiert, um die Netzwerke darzustellen.

Zur Ergänzung der Einzelinterviews und nach einer entsprechenden Aufbereitung von Ergebnissen zu den Netzwerken und Kooperationen von Reha-Fachkräften wurde eine strukturierte **Fokusgruppe** mit erfahrenen Reha-Fachkräften in Hamburg durchgeführt (vgl. Tausch/Menold 2015, Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010).

Bei Fokusgruppen handelt es sich um eine qualitative Methode, bei der Fragestellungen zur Rekonstruktion subjektiver Alltagserfahrungen und zur Generierung von Hypothesen zu bisher wenig erforschten oder komplexen Sachverhalten im Zentrum stehen. Ziel der Fokusgruppe mit erfahrenen Reha-Fachkräften in Hamburg war, die bisherigen Ergebnisse zu den Netzwerken und Kooperationen von Reha-Fachkräften in Hamburg kommunikativ zu validieren und hinsichtlich auf abzuleitende Handlungsempfehlungen zur Optimierung der beruflichen Rehabilitation zu diskutieren.

Die methodischen Hinweise zur Durchführung von Fokusgruppen sind, auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Forschungskontext, recht vielfältig. Im Wesentlichen beziehen sich methodische Hinweise auf die Schwerpunkte Stichprobe (Zielgruppen, Gruppenzusammensetzung, Rekrutierung), Kommunikation (Leitfadenentwicklung, Moderationstechniken) und Auswertung von Fokusgruppen. Abhängig von Zielgruppe und Forschungsfragen werden sehr unterschiedliche Empfehlungen zur Dauer (zwischen ein und drei Stunden), zur Zusammensetzung (zwischen vier und zwölf Personen, eher homogen oder eher heterogen) oder zur Strukturiertheit und Art der Moderation gegeben. Im NEKOBERE-Projekt wurde ein Vorgehen gewählt, welches sich für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen auf Basis der Ergebnisdarstellung eignete.

Für die Fokusgruppe wurde ein Leitfaden bzw. ein Ablaufplan erstellt (s. 4.2). Die Teilnehmenden wurden einerseits nach ihrer Bereitschaft und andererseits dahingehend ausgewählt, dass erwartet wurde, sie würden im Hinblick auf die Forschungsfragen und die Interpretation der Ergebnisse besonders informative Aussagen treffen. Die Leitungen aller kooperierenden Leistungserbringer-Einrichtungen wurden hinsichtlich einer möglichst heterogenen Zusammensetzung

der Gruppe gefragt, wer aus ihren Reha-Teams sich an einer Fokusgruppe beteiligen könnte.

Insgesamt sechs Reha-Fachkräfte aus unterschiedlichen Einrichtungen erklärten sich bereit, an der Fokusgruppe teilzunehmen. Aufgrund von Erkrankungen fand die Fokusgruppe schließlich im September 2024 mit fünf Personen aus drei verschiedenen Einrichtungen (ARINET, Berufliches Trainingszentrum und Berufsförderungswerk Hamburg) statt. Der Zeitrahmen dafür war auf drei Stunden (inklusive einer kleinen Pause) angelegt. Die Fokusgruppe wurde per Tonband mitgeschnitten, transkribiert und die Daten entsprechend für die Auswertung aufbereitet.

4.2 Gesprächsleitfäden und Eingangsfragebogen

Die **Gesprächsleitfäden** für die Interviews **aller Zielgruppen** sowie der **Fokusgruppe** wurden nach der SPSS-Methode von Helfferich (2011) entwickelt. Die SPSS-Methode ist ein strukturierter Ansatz zur Erstellung von Leitfäden für qualitative Interviews. Das Ziel besteht darin, strukturierte, aber dennoch offene Leitfäden zu erstellen, die sowohl theoriegeleitet als auch praxisnah sind. Die Methode eignet sich besonders für problemzentrierte Interviews, wie sie in der qualitativen Sozialforschung häufig verwendet werden, darunter auch in dieser Studie. Die Abkürzung SPSS steht dabei für vier zentrale Schritte:

S – Sammeln: In diesem Schritt wurden alle relevanten Themen, Hypothesen, theoretischen Konzepte und bisherigen Erkenntnisse, die für das Forschungsthema wichtig sind, gesammelt. Das Ziel besteht darin, ein möglichst breites Spektrum an Aspekten zusammenzutragen, die im Interview behandelt werden könnten. Im Zuge dessen wurden die im Projektantrag aufgeführten Forschungsleitfragen in weitere Forschungsfragen differenziert.

P – Prüfen: Die gesammelten Inhalte wurden auf ihre Relevanz für die Forschungsfragen geprüft. Es wurde entschieden, welche Themen in den Leitfaden aufgenommen werden sollen und welche nicht.

S – Sortieren: Die ausgewählten Themen wurden in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht und dabei der Gesprächsverlauf gestaltet.

S - Subsumieren: Die Themen wurden dann in konkrete Fragen oder Fragekomplexe überführt. Dabei wurde auf eine offene, nicht suggestive Formulierung geachtet, um möglichst authentische und vielfältige Antworten zu erhalten.

Die Forschungsthemen wurden in den Gesprächsleitfäden als Gedächtnisstütze für die Interviewenden und als Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews festgehalten. Zu Gesprächsbeginn gab es eine vorformulierte offene Eingangsfrage und im Verlauf des Interviews weitere offene Fragen und Nachfragen. Idealerweise begleitete der Leitfaden den Kommunikationsprozess im Hintergrund und diente als Spickzettel zur Kontrolle, ob alle Themen im Laufe des Gesprächs behandelt wurden.

Mithilfe dieser Methode wurden Gesprächsleitfäden für die Interviews mit Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräften zu beiden Erhebungszeitpunkten (T1 und T2, s. Anlagen 5-8) entwickelt. Für die einmaligen Interviews mit Personalverantwortlichen/Anleitenden in Betrieben wurde ein separater Leitfaden erstellt (s. Anlage 9). Um Aussagen aus den verschiedenen zielgruppenspezifischen Perspektiven vergleichbar zu machen, wurde bei der Erstellung der Leitfäden auf eine möglichst weitgehende inhaltliche Parallelisierung geachtet. Zusätzlich gab es einen Leitfaden inklusive Ablaufplan für die Fokusgruppe (s. Anlage 10).

In allen Zielgruppen wurde ein Pretest-Interview durchgeführt und die Gesprächsleitfäden daraufhin optimiert. In den Interviews wurden nicht alle im Gesprächsleitfaden aufgeführten Themen systematisch angesprochen, zu T2 wurden aus Zeitgründen im Interview einige Aspekte ausgespart.

Die **Themenkomplexe der Gesprächsleitfäden** umfassten grob:

- Berufliche Biografie (T1, Rehabilitand*innen)
- Beruflicher Werdegang (T1, Reha-Fachkräfte)
- Aufgaben und Erfahrungen mit psychisch erkrankten Rehabilitand*innen (T1, Reha-Fachkräfte und Personalverantwortliche/Anleitende)
- Umgang mit der Erkrankung und aktuelle gesundheitliche Lage der Rehabilitand*innen (T1 & T2)
- Gesundheitsbezogenes Wissen über die Rehabilitand*innen und die Stärkung der gesundheitlichen Lage (T1, Reha-Fachkräfte und Personalverantwortliche/Anleitende)

- Ablauf, formale Aspekte und Bewertung der beruflichen Rehabilitation (zu T1) und der Praktikumsphase (T2)
- Regionale Einflüsse auf die beruflichen Rehabilitation und betriebliche Aspekte
Allgemeine Bewertung der beruflichen Rehabilitation und beruflichen Perspektiven (T2)
- Soziale und berufliche Beziehungen/Netzwerke und ihre Bedeutung (T1 & T2)
- Qualität der sozialen und beruflichen Beziehungen (T1 & T2)
- Veränderungen in den Kooperationen und Netzwerken (T2)
- Abschließende Bewertung der beruflichen Rehabilitation und Perspektiven der Rehabilitand*innen (T2)

Die Durchführung problemzentrierter Interviews kann auch durch begleitende Fragebögen unterstützt werden. Im NEKOBERE-Projekt wurde allen Rehabilitand*innen bei der Verabredung zu den Interviews ein strukturierter Kurzfragebogen (*Eingangsfragebogen*) zugesandt, den sie vor dem Gespräch ausfüllten. Der Kurzfragebogen diente der Ermittlung von Daten zur Soziodemografie, Erwerbsbiografie zu Beeinträchtigungen und zu Rehabilitationsverläufen (vgl. Anlage 11). Dadurch konnten Fragen, die nach Frage-Antwort-Schema aufgebaut sind, aus dem Gespräch herausgenommen werden und dieses somit entlasten. In den anderen Zielgruppen wurden die Sozialdaten nicht so ausführlich erfasst und die entsprechenden Fragen in das Interview integriert.

Die Auswertung des Eingangsfragebogens für die Rehabilitand*innen ist in der Stichprobenbeschreibung zu finden.

4.3 Auswertungsmethoden

Die durchgeführten Interviews und die Fokusgruppe wurden mit der *inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse* nach Kuckartz/Rädiker (2022, 2020) mithilfe der Software *MAXQDA* (Versionen 2022 und 2024) ausgewertet. Zentral für diese Methode ist die Strukturierung des Interviewmaterials durch Kategorien anhand derer das empirische Material analysiert wird. Ausgehend von den Forschungsfragen verlief die strukturierende Analyse in sieben Phasen.

In der ersten Phase der *initiiierenden Textarbeit, Memos und Fallzusammenfassungen* wurde das Material gesichtet, um auf Basis der

Forschungsfragen ein erstes Gesamtverständnis für die Aussagen zu entwickeln. Im Zuge dessen wurden erste Memos erstellt. Das Schreiben von Memos ist allerdings integraler Bestandteil des gesamten Forschungsprozesses. An dieser Stelle wurden keine Fallzusammenfassungen vorgenommen, da perspektivisch für weitere Publikationen eine typenbildende Inhaltsanalyse angeschlossen wird.

In der zweiten Phase wurden *Hauptkategorien entwickelt*. Die Hauptkategorien wurden deduktiv aus den Forschungsfragen bzw. den Leitfäden der Studie hergeleitet (A-priori-Kategorienbildung). Die Themenblöcke der Interviewleitfäden wurden als gliedernde Ordnungskategorien übernommen. Das Kategoriensystem für die Transkripte aller Zielgruppen bestand insgesamt aus den thematischen Kategorien und folgte in seiner Anordnung der Struktur der Gesprächsleitfäden, die sich inhaltlich am Ablauf der beruflichen Rehabilitation orientierten. Aus diesem Kategoriensystem wurde in MAXQDA ein Codebaum erstellt und damit die Dokumente aus den Transkripten weiter inhaltsanalytisch bearbeitet. Für die Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräfte wurde ein gemeinsamer Codebaum erstellt, die sich die Themen weitestgehend inhaltlich überschneiden. Die Transkripte der Interviews mit Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden in Praktikumsbetrieben wurde mit in einer gesonderten MAXQDA-Datei bearbeitet.

In der dritten Phase wurden alle *Daten mit Hauptkategorien codiert*. Dieser erste Codierprozess wurde so gestaltet, dass der gesamte Text sequenziell durchlaufen und die Textabschnitte den Hauptkategorien zugeordnet wurden. Da innerhalb der Textstellen oft mehrere Haupt- und Subthemen angesprochen wurden, konnten diese auch mehreren Kategorien zugeordnet werden. Die codierten Stellen konnten sich dabei teilweise überlappen oder verschachtelt sein. Wenn es der Zuordnung diene, wurden die einleitenden oder zwischengeschobenen Fragen der Interviewenden mitcodiert.

In der vierten Phase der Inhaltsanalyse wurden *induktiv Subkategorien gebildet*. Nach dem ersten Codierprozess wurden eine Ausdifferenzierung der zunächst noch allgemeinen Hauptkategorien vorgenommen. Dazu wurden die Texte wieder sequenziell bearbeitet und direkt am Text bzw. aus dem Text heraus induktiv thematische Kategorien gebildet. In der Regel wurden nicht für alle Hauptkategorien Subkategorien gebildet, wie es in Forschungsprojekten üblich ist.

Die fünfte Phase umfasst den zweiten Codierprozess, indem die **Daten mit Subkategorien codiert** werden und die Textstellen den ausdifferenzierten Kategorien zugeordnet werden.

Intercoder-Übereinstimmung

Um die Qualität des Codierprozesses zu sichern, wurden die ersten beiden Interviews in jedem Bundesland im ersten Schritt von den beiden Interviewenden unabhängig voneinander parallel codiert (konsensuelles Codieren, vgl. Hopf/Schmidt 1993). Im zweiten Schritt setzten sich die beiden Interviewenden zusammen, gingen die Codierungen durch, prüften sie auf Übereinstimmungen und diskutierten unterschiedliche Codierungen. Anschließend wurden die Begründungen ausgetauscht, um einen Konsens über die angemessene Codierung im weiteren Codierprozess zu erzielen. Zudem wurden die Kategoriendefinitionen und Codierregeln präziser formuliert.

Die vorletzte Phase der Inhaltsanalyse umfasste **einfache und komplexe Analysen**. Im Rahmen des NEKOBERE-Projektes waren dies kategorienbasierte Analysen entlang der Haupt- und Subkategorien sowie die Erstellung von Ergebnispräsentationen für Posterbeiträge und Vorträge auf wissenschaftlichen Kongressen (s. Kapitel 8). Die Ergebnisse wurden in regelmäßigen Forschungswerkstätten diskutiert und interpretiert (vgl. Stamer et al. 2015, Reichertz 2013).

In der letzten Phase wurden die **Ergebnisse verschriftlicht**. Die inhaltlichen Ergebnisse der kategorienbasierten Netzwerkanalysen der Zielgruppen Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräfte und Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden sind im Kapitel 6 in qualitativer Weise ausführlich dargestellt.

Die Netzwerkkarten aller Zielgruppen wurden in Anlehnung an die **qualitativ-strukturelle Netzwerkanalyse** ausgewertet und mit den Erkenntnissen aus der Inhaltsanalyse kombiniert (vgl. Herz/Peters/Truschkat 2015, Hack 2019).

In der qualitativ-strukturalen Netzwerkanalyse werden qualitative Interpretationsverfahren (Sequenzanalysen) für die Auswertung von Netzwerkkarten und narrativem Material entwickelt und Konzepte der formalen Netzwerkanalyse adaptiert. Der zentrale Ausgangspunkt der Netzwerkanalyse ist, dass das soziale Verhalten und die Handlungen von Akteur*innen durch ihre Einbettung in spezifische Beziehungen bzw. Beziehungsstrukturen erklärt werden können.

Bei der egozentrierten Netzwerkanalyse wird das Netzwerk aus der Sicht konkreter Akteur*innen (ego) analysiert. Dabei werden alle Beziehungen berücksichtigt, die das ego zu anderen Akteur*innen (alteri) der direkten Netzwerkkumgebung hat, sowie alle Beziehungen zwischen diesen anderen Akteur*innen (alter-alter-Beziehungen).

In der Netzwerkanalyse lassen sich zudem zwei unterschiedliche Zugänge unterscheiden. Diese richten sich einerseits auf die Kohäsion (relationale Analysen) und andererseits auf die Äquivalenz (positionale Analysen). Mit der Analyseperspektive auf die Kohäsion wird die Beziehungsdichte (Verkettungen von alteri) in den Netzwerkkregionen gemessen, wodurch bestimmte Cluster im Netzwerk identifiziert werden können. Demgegenüber zielt die Äquivalenz auf die Beschreibung strukturell äquivalenter Positionen im Netzwerk ab, d. h., wenn verschiedene alteri dieselben Kontakte haben. Im Rahmen des NEKOBERE-Projektes standen insbesondere die positionalen und relationalen Aspekte im Vordergrund.

Infolgedessen ließen sich akteurs-, relations- und strukturbezogene Beschreibungen einschließlich der Interpretation der Interviewpartner*innen erfassen. Die aus der Analyse der Netzwerkkarten abgeleiteten Ergebnisse, Annahmen und Hypothesen dienten als Grundlage für die sequenzielle Aufschlüsselung des Datenmaterials. So konnten im Wechselspiel deduktiv aus den Vorannahmen und induktiv aus den Daten thematische Kategorien für die Netzwerkanalyse gebildet und inhaltsanalytisch ausgewertet werden.

Zur **Visualisierung** wurden die Netzwerkkarten der Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräfte und Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden in Betrieben in die Software Vennmaker übertragen. Die Übersicht-Netzwerkkarten geben einen Überblick über die in den Interviews genannten Kontakte in ihrer meist typischen Anordnung in Hamburg und Schleswig-Holstern. Die Beziehungslinien weisen auf Relationen innerhalb des Netzwerkes hin. Die roten Striche symbolisieren potenziell belastende Beziehungen bzw. Konflikte. In der Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen werden Formen der sozialen Unterstützung zusätzlich durch farbige Linien symbolisiert. Abschließend wurde für jede Zielgruppe eine Gesamt-Netzwerkkarte erstellt, in der alle Kontakte aus beiden Erhebungsregionen verzeichnet sind.

Die verschiedenen Netzwerkkarten befinden sich in den Anlagen:

- Netzwerkkarten der Rehabilitand*innen in Hamburg und Schleswig-Holstein zu T2 (Anlagen 12 und 13),

- Netzwerkkarten der Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein zu T2 (Anlagen 14 und 15),
- die Netzwerkkarte der Personalverantwortlichen/Anleitenden (Anlage 16, bundeslandübergreifend) sowie
- jeweils eine Gesamt-Netzwerkkarte für Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein (Anlagen 17 und 18).

4.4 Sample, Zugang und Stichprobenbeschreibung

Die Auswahl der Teilnehmenden bzw. Interviewpartner*innen der NEKOBERE Studie erfolgte zunächst zielgerichtet im Sinne des **Purposive Sampling** (vgl. Patton 2002). Dabei wurden Personen ausgewählt, die aufgrund ihrer beruflichen oder persönlichen Erfahrungen besonders relevante Einblicke in die berufliche Rehabilitation bieten konnten, um ein tieferes Verständnis zu gewinnen. Die Kriterien für die Auswahl wurden auf Basis des Forschungsinteresses definiert.

Ergänzend kam das **Convenience-Sampling** zum Einsatz, um den Zugang zu den Interviewpartner*innen zu erleichtern. Beim Convenience Sampling werden die leicht verfügbaren oder möglichst einfach erreichbaren Personen oder Fälle ausgewählt. Diese pragmatische Strategie ermöglichte es, zeitnah und ressourcenschonend Interviews mit verfügbaren Personen durchzuführen (vgl. Flick 2022).

Zur Vorbereitung der Feldphase konnten die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen, die später auch die Interviews durchführten, die Studie in den kooperierenden leistungserbringenden Einrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein auf Mitarbeiter*innen-Sitzungen und Rehabilitand*innen-Besprechungen vorstellen und aktiv für eine Teilnahme werben.

Einschlusskriterien für die Rehabilitand*innen waren psychische Erkrankungen, die den ICD 10-Schlüsseln der Kapitel V und VI (BfArM ICD-10-GM-2021) entsprachen. Zudem wurde eine günstige Sozialprognose bezüglich des Erwerbsstatus vorausgesetzt. Ausgeschlossen wurden Diagnosen der Gruppen F00-F09, F70-79, F80-89 und F90-98 sowie Rehabilitand*innen mit klarer sozialmedizinisch begründeter Orientierung auf Erwerbsminderungsrente.

Letztendlich erfolgte der **Zugang zu den Interviewpersonen** in allen Fällen über die Einrichtungsleitungen, Fachleitungen und kooperierenden Reha-Fachkräfte, die als sogenannte Gatekeeper fungierten (vgl. Burgess 1984). Diese nahmen Kontakt zu

geeigneten Rehabilitand*innen und ihren Reha-Fachkräften auf und bestimmten somit mehr oder weniger direkt die Auswahl geeigneter Gesprächspartner*innen innerhalb ihrer Einrichtungen. Die Auswahl der Teilnehmenden für die Fokusgruppe in Hamburg wurde ebenfalls so durchgeführt. Dabei wurde sichergestellt, dass die Interviews bzw. die Fokusgruppe im Rahmen der regelhaften Arbeits- bzw. Rehabilitationszeit durchgeführt werden konnten und es wurde transparent kommuniziert, dass die Teilnahme freiwillig ist. Die Auswahl der Betriebe für die Interviews mit Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden in Praktikumsbetrieben erfolgte ebenfalls über die Reha-Fachkräfte. Diese erfragten die Bereitschaft zur Interviewteilnahme in ihren betrieblichen Netzwerken. Die Kombination dieser Strategien wurde bewusst gewählt, um sowohl theoretische Relevanz als auch praktische Umsetzbarkeit zu gewährleisten. Gleichzeitig wurde der potenzielle Einfluss der Gatekeeper auf die Zusammensetzung der Stichprobe kritisch reflektiert.

Zu den kooperierenden leistungserbringenden Einrichtung über die die Ansprache von Interviewpartner*innen in Hamburg erfolgte zählte ARINET, das Berufliches Trainingszentrum (BTZ), das Berufsförderungswerk (BFW) und die Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW).

Die **ARINET** GmbH in Hamburg bietet Leistungen der beruflichen Rehabilitation für Menschen an, die aufgrund psychischer Erkrankungen oder Belastungen vorübergehend oder langfristig nicht am Erwerbsleben teilnehmen konnten. ARINET bietet verschiedene LTA-Formate an, die individuell auf den jeweiligen Unterstützungsbedarf abgestimmt werden. Die Teilnehmenden der Studie kamen aus den Angeboten „SDC“ und „DUO“. Beide Programme dienen der Qualifizierung, der beruflichen Standortbestimmung und Perspektivklärung. Damit verbunden sind z.B. Bewerbungstrainings, Grundlagen in MS Word/Excel und individuelle Qualifizierungsmodule. Ergänzend zur Praxis werden personale und persönliche Kompetenzen gestärkt. Das Praxistraining in Betrieben dauert ca. 6–9 Monate. Die Berufsbezeichnung der Reha-Fachkräfte bei ARINET ist „Qualifizierungsbegleiter*innen“.

Das **BTZ** richtet sich mit seinen Angeboten der beruflichen Rehabilitation vornehmlich an Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen oder Krisen aktuell oder in der Vergangenheit nicht oder nur eingeschränkt am Arbeitsleben teilnehmen konnten. Das BTZ bietet ein modulares berufliches Training, welches fachliche Anleitung und psychosoziale Begleitung kombiniert. Es zielt auf die Wiederherstellung der

Arbeitsfähigkeit ab und fördert die Entwicklung realistischer beruflicher Perspektiven. Zu den speziellen Modulen zählen Berufsfindung und Belastungserprobung, die Entwicklung individueller Bewerbungsstrategien sowie begleitete betriebliche Praktika (ab dem fünften Monat der LTA). Im BTZ gibt es vier verschiedene Trainingsbereiche für kaufmännische Berufe, IT- und Medienberufe, handwerklich-gewerbliche Tätigkeiten und Hauswirtschaft und Küche. Die interviewten Rehabilitand*innen stammten vorwiegend aus den ersten beiden Trainingsbereichen. Die Arbeit der Reha-Fachkräfte im BTZ verteilt sich auf zwei Berufsgruppen: die psychosozialen Mitarbeiter*innen und die beruflichen Trainer*innen. Beide Gruppen sind für die Betreuung der Rehabilitand*innen zuständig und von daher wurden Interviews in beiden Gruppen durchgeführt.

Mit seinen Angeboten der beruflichen Rehabilitation richtet sich das **BFW** an Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die nicht mehr in ihrem bisherigen Beruf arbeiten können und eine neue berufliche Perspektive benötigen. Zu den Zielgruppen gehören auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. Neben dem Reha-Assessment und der Reha-Vorbereitung bietet das BFW zwei Integrationsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt an. Dies sind die LTA „I plus – qualifiziert in Arbeit“, in der Qualifizierungen und Betriebspraktika zur Unterstützung beim Übergang in den Arbeitsmarkt angeboten werden, sowie die „Betriebliche Integration“, bei der Praktika und begleitete Arbeitserprobungen in Betrieben im Fokus stehen. Das BFW und das BTZ stehen in gemeinsamer Trägerschaft der PepKo (Perspektivkontor) und sind auf demselben Bildungscampus in Hamburg angesiedelt. Aufgrund der räumlichen Nähe bieten beide ähnliche Trainingsbereiche an. Die Berufsbezeichnung der Reha-Fachkräfte im BFW ist „Reha-Integrationsmanager*innen“.

Die **FAW gGmbH in Hamburg, Kiel und Lübeck** bietet vielfältige Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Inklusion, die sich an Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen richten, insbesondere nach Krankheit, Unfall oder mit einer Behinderung. Zu den Zielgruppen zählen Menschen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen. In der Maßnahme BIT – Basisqualifizierung und individuelles Training werden berufliche Orientierung und Qualifizierung, die Entwicklung realistischer Berufsperspektiven sowie die Vermittlung von Grundkompetenzen und Soft Skills angeboten. Die erworbenen Fähigkeiten werden im Rahmen von verschiedenen Betriebspraktika erprobt. In der FAW werden die Reha-Fachkräfte ebenso betitelt.

Neben der FAW in Kiel und Lübeck (in denen allerdings nur einige Interviews durchgeführt werden konnten) wurden die Interviewpartner*innen in Schleswig-Holstein über die RPK Kiel und Lübeck sowie AVISTA gewonnen.

Die **RPK** sind Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Kiel und Lübeck. Sie bieten eine kombinierte medizinische und berufliche Rehabilitation an. Somit bieten die RPKs eine ganzheitliche Rehabilitation, die medizinische Stabilisierung und berufliche Perspektiventwicklung miteinander verbindet – mit dem Ziel der nachhaltigen Teilhabe am Arbeitsleben. Zur Zielgruppe gehören Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen. Die RPKs bieten eine zweiphasige Maßnahme: die medizinische Rehabilitation (Dauer ca. 6 Monate) und die für das Projekt relevante berufliche Rehabilitation. Die berufliche Rehabilitation dauert 8 bis 12 Monate und beinhaltet Praktika in Betrieben der Region, eine individuelle Berufsvorbereitung, Praxisreflexion in Gruppen sowie eine begleitende psychosoziale Unterstützung.

AVISTA richtet sich an Menschen mit psychischen, psychosomatischen oder körperlichen Erkrankungen, die Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg benötigen. Die Zielgruppen sind erwachsene Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen, psychosomatischen Beschwerden und körperlichen Einschränkungen. Insgesamt richtet AVISTA sich an Personen mit erheblichem Unterstützungsbedarf bei der beruflichen (Re-)Integration. Die LTA-Maßnahme „Berufliche Rehabilitation, Integration und Coaching“ ist modular aufgebaut und dauert 8 bis 12 Monate. Sie umfasst eine Standortbestimmung und ein Profiling, eine berufliche Orientierung und Vertiefung, eine Vermittlungsphase mit Betriebspraktika zur Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie ein Einzelcoaching und eine psychosoziale Begleitung.

Erhebungszeiträume: Die Interviews mit Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräften in Hamburg wurden von Dezember 2022 bis September 2023 durchgeführt. In Schleswig-Holstein gestaltete sich die Gewinnung von Kooperationspartner*innen bzw. Interviewpersonen schwieriger, weshalb sich der Erhebungszeitraum von März 2023 bis Mai 2024 erstreckte. Die Interviews in den Betrieben fanden von März bis Mai 2024 statt.

Die folgende Abbildung 2 gibt einen orientierenden **Überblick über die Stichprobe** der Interviews in Hamburg und Schleswig-Holstein:

Rehabilitand*innen	HH R (17)	S-H R (15)
Geschlecht (Alter im Median)	10 weiblich / 7 männlich (49 Jahre)	8 weiblich / 6 männlich / 1 divers (37 Jahre)
Berufserfahrung	Median 23 Jahre	Median 7 Jahre
Hauptdiagnosen	• mittel-schwergradige Depressionen, ADHS, PTBS, Autismus, Borderline, bipolare affektive Störungen • Multimorbiditäten von psychischen mit körperlichen Erkrankungen	
Reha-Fachkräfte	HH RFK (22)	S-H RFK (13)
Geschlecht (Alter im Median)	19 weiblich / 3 männlich (45 Jahre)	11 weiblich / 2 männlich (45 Jahre)
RFK-Berufserfahrung	Median 4 Jahre	Median 5-6 Jahre
Ausbildung	7x Psychologie, 4x (Sozial-)Pädagogik, 3x Quereinstieg, 2x Soziale Arbeit, 1x Erzieh.-Bildungswiss., 1x Soziologie, + fachliche Weiterbildungen	6x Sozialpädagogik, 2x Reha.-Psychologie, 2x Ergotherapie, 1x Politik- und Erz.-Wiss., 2x Erzieher*innen + fachl. Weiterbildungen
Arbeitgeber*innen	HH PV/AL (12)	S-H PV/AL (4)
Geschlecht (Alter im Median)	4 weiblich / 8 männlich (52 Jahre)	2 weiblich / 2 männlich (41 Jahre)
PV/AL-Berufserfahrung	Median 12 Jahre	Median 7 Jahre
Position/Betriebsform	9 Leitungspositionen in 4 Behörden, 3 soziale Einrichtungen, IT-Betrieb, Handelsbetrieb, Seniorenresidenz, Schulbüro, Dienstleistungskonzern	2 Leitungen und 2 Inhaber*innen in sozialen Einrichtungen, Getränke-lieferservice, Handelsbetrieb und Bücherei

Abbildung 2 Überblick über die Stichprobe der Interviews in Hamburg und Schleswig-Holstein

Stichprobenbeschreibung der Rehabilitand*innen in Hamburg

In Hamburg wurden insgesamt 17 Rehabilitand*innen interviewt, darunter zehn Frauen und sieben Männer mit einem Altersmedian von 49 Jahren (1 x <30 / 3 x 30-39 / 5 x 40-49 / 8 x >50 Jahre).

Zum zweiten Interviewzeitpunkt konnten lediglich drei der Befragten nicht befragt werden. Zwei Personen hatten die berufliche Rehabilitation beendet und waren nicht mehr erreichbar, eine Person konnte den Termin aus Zeitgründen nicht wahrnehmen. Zum Zeitpunkt des zweiten Interviews waren zwei ehemalige Rehabilitand*innen schon 3-5 Monate an einem neuen Arbeitsplatz. Das Interview wurde trotz der geringen Praktikumserfahrung durchgeführt, allerdings mit dem Fokus auf den Übergang ins Arbeitsleben und die Startphase.

Neun Rehabilitand*innen gaben an, ledig zu sein. Davon lebten fünf mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen und eine Person lebte mit einem pflegebedürftigen Angehörigen zusammen. Außerdem waren sechs Personen verheiratet, von denen zwei mit ihren Kindern im Haushalt lebten, während eine Person allein lebte. Zwei Personen waren geschieden und lebten allein.

Die Wohnorte der Rehabilitand*innen verteilten sich in Hamburg auf folgende Bezirke: Hamburg Mitte (7), Eimsbüttel (3), Wandsbek (2), Harburg (2), Hamburg Nord und Altona (jeweils 1).

Der höchste Bildungsabschluss war bei sechs Personen der Realschulabschluss/MSA, bei drei Personen das Abitur. Ebenfalls drei Personen hatten einen Studienabschluss, zwei hatten die Fachhochschulreife und zwei den Hauptschulabschluss/ESA. Eine Person machte keine Angabe.

Die Mehrheit der Rehabilitand*innen (12 Personen) verfügte über eine Berufsausbildung, eine Person hatte keinen Abschluss. Drei Personen hatten ein Studium abgeschlossen, zwei hatten dieses abgebrochen. Zwei Personen hatten sowohl eine Ausbildung als auch ein Studium absolviert.

In der Erwerbsbiografie der Rehabilitand*innen war der gewerbliche Bereich am häufigsten vertreten, dicht gefolgt vom Sozial- und Gesundheitswesen. Es folgen die Branchen Wirtschaft, Technik, der kaufmännische Bereich und die Administration. Die Berufserfahrung der Rehabilitand*innen lag bei einem Median von 23 Jahren und verteilte sich auf einen Zeitraum von mindestens zwei bis maximal 44 Jahren. Eine Rückkehr in den ehemaligen Beruf oder Betrieb hatte niemand geplant.

Hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigung hatten acht Personen eine psychische Diagnose, während neun Personen sowohl eine psychische als auch eine physische Diagnose aufwiesen. Insgesamt hatten neun der 17 Rehabilitand*innen zusätzliche Nebendiagnosen. Am häufigsten wurden mittel-schwergradige Depressionen (10), Autismus, bipolare affektive Störungen und Borderline diagnostiziert. Zu den Nebendiagnosen zählten Depressionen (4), ADHS (3), PTBS und Abhängigkeitssyndrome.

Bei 13 Personen ist die DRV der Leistungsträger. Bei drei Personen wurde die berufliche Rehabilitation außerdem über die Bundesagentur für Arbeit finanziert, bei einer Person über die Knappschaft-Bahn-See.

Anschlussperspektiven der Rehabilitand*innen in Hamburg

Die meisten Rehabilitand*innen in Hamburg (12 Personen) absolvierten eine zwölfmonatige berufliche Rehabilitation. Eine Person brach die Maßnahme nach sechs Monaten ab, um einen unbefristeten Arbeitsvertrag anzutreten. Ein Praktikum wurde in diesem Fall nicht durchgeführt. Eine weitere Person beendete die LTA drei Monate früher, da sie einen Umschulungsplatz erhalten hatte. Eine Rehabilitandin verkürzte die berufliche Rehabilitation um zwei Monate, um eine Ausbildung zu beginnen.

Insgesamt hatten acht der Rehabilitand*innen nach Beendigung der beruflichen Rehabilitation eine sichere Anschlussperspektive mit überwiegend unbefristeten Arbeitsverträgen. Zwei Arbeitsverträge sind aufgrund eines vorherigen Praktikums im Rahmen der beruflichen Rehabilitation entstanden. Eine Person hat eine Stelle im alten Beruf und in der gleichen Branche angenommen. Eine weitere Person hatte Aussicht auf einen Arbeitsplatz, hat diesen jedoch aufgrund negativer Praktikumserfahrungen abgelehnt. Einer der Rehabilitand*innen wollte nach der beruflichen Rehabilitation eine kurze Ausbildung mit sicherer Jobperspektive absolvieren. Eine weitere Person strebte im Rahmen der Nachbetreuung nach der beruflichen Rehabilitation ein weiteres Praktikum an, da sich damit eine Jobperspektive verband. Dafür wird sie aber von der DRV kein Übergangsgeld erhalten.

Zwei Rehabilitand*innen werden nach der beruflichen Rehabilitation eine Umschulung anschließen. Drei Personen haben nach der LTA noch keinen Arbeitsplatz in Aussicht, werden im Rahmen der Nachbetreuung weitere Bewerbungen schreiben und waren beim zweiten Interview optimistisch eingestellt. Nur eine Person hatte im Rahmen der zweiten Hälfte der LTA einen Rückfall (aufgrund negativer Praktikumserfahrungen) und hofft auf Unterstützung durch die Nachbetreuung bei der weiteren beruflichen Orientierung.

Von den 17 in Hamburg interviewten Rehabilitand*innen gaben sieben an, eine Nachbetreuung durch die Einrichtung in Anspruch nehmen zu wollen. Sieben Personen lehnten dieses Angebot ab und drei weitere machten dazu keine Angaben bzw. waren über das Angebot (noch) nicht informiert.

Stichprobenbeschreibung der Rehabilitand*innen in S-H

In Schleswig-Holstein wurden insgesamt 15 Rehabilitierende befragt, darunter acht Frauen, sechs Männer und eine diversgeschlechtliche Person. Das Medianalter beträgt 37 Jahre (6 x <30 / 2 x 30-39 / 4 x 40-49 / 3 x >50 Jahre).

Hinsichtlich ihres Familienstands und ihrer Wohnsituation gaben alle 15 Personen an, ledig zu sein. Zehn von ihnen lebten allein, vier mit einem Partner bzw. einer Partnerin und eine mit ihrem Kind. Insgesamt haben zwei der Rehabilitanden Kinder. Es gab keine pflegebedürftigen Angehörigen.

Die Wohnorte der Rehabilitand*innen verteilten sich wie folgt: Sechs Rehabilitand*innen wohnten in Kiel, fünf in Lübeck, zwei in Neumünster und eine in einer anderen Gemeinde. Folglich ist auch in Schleswig-Holstein die Mehrheit der Rehabilitand*innen in einer Stadt ansässig.

Am häufigsten wurde von den Rehabilitand*innen der Realschulabschluss/MSA als höchster Bildungsabschluss genannt (sechs Personen). Drei Personen hatten Abitur, drei Personen die Fachhochschulreife, zwei Personen einen Studienabschluss und eine Person den Hauptschulabschluss/ESA.

Hinsichtlich der Ausbildung hatten zehn Personen eine Berufsausbildung abgeschlossen. Zwei Personen hatten ein Studium begonnen, wobei eine Person das Vordiplom erreicht hatte. Eine weitere Person hatte sowohl ein Studium als auch eine Ausbildung abgeschlossen und drei Personen haben mehrere Ausbildungen absolviert.

Die Berufserfahrung der Rehabilitand*innen lag im Median bei 7,25 Jahren und variierte zwischen drei und 34 Jahren.

Sechs Rehabilitand*innen waren im Sozial- und Gesundheitswesen tätig, jeweils zwei im kaufmännischen Bereich sowie in der Produktion und Fertigung. Je eine Person war in der Wirtschaft, Kultur und Administration sowie im Rahmen eines FSJs tätig. Für keinen der Befragten ist eine Rückkehr in den ehemaligen Betrieb eine Option.

In Bezug auf Diagnosen haben 10 Rehabilitand*innen ausschließlich psychische Diagnosen, während fünf Personen sowohl psychische als auch physische Diagnosen aufweisen. Von den 15 befragten Rehabilitanden haben 14 auch Nebendiagnosen, wobei es sich häufig um psychische Nebendiagnosen handelte.

Die häufigsten psychischen Diagnosen umfassten Depressionen (8), ADHS (2), PTBS (2), Borderline-Persönlichkeitsstörung, Autismus, somatoforme autonome Funktionsstörung und Agoraphobie. Zu den Nebendiagnosen zählten Depressionen (6 Personen), ADHS (5), PTBS und Abhängigkeitssyndrome.

Der Leistungsträger ist bei zwei Personen die Bundesagentur für Arbeit, vier Personen werden von der DRV Nord finanziert und sieben von der DRV Bund.

Anschlussperspektiven der Rehabilitand*innen in Schleswig-Holstein

Die meisten Rehabilitand*innen (neun Personen) haben eine zwölfmonatige berufliche Rehabilitation absolviert. Vier Rehabilitand*innen konnten bzw. mussten

die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben verlängern (um zwei bis zu sechs Monaten). Zwei Personen haben die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben vorzeitig nach sechs Monaten beendet: Eine Person hatte einen Arbeitsplatz, eine weitere Person hat Erwerbsminderungsrente beantragt.

Insgesamt hatten sechs Rehabilitand*innen eine „sichere“ Anschlussperspektive: Fünf haben einen (festen) Arbeitsplatz, eine Person jedoch nur für einen Monat. Eine weitere Person geht in Ausbildung, da eine Umschulung von der DRV nicht finanziert wurde.

Die anderen Rehabilitand*innen hatten zum Ende der beruflichen Rehabilitation noch keine Perspektive: Eine wollte ein weiteres Praktikum durchführen, eine andere wollte sich auf verschiedene Jobs bewerben und eine Person hat Deutschland perspektivlos verlassen. Eine weitere Rehabilitandin hatte für vier Monate eine Beschäftigung, musste dann allerdings Erwerbsminderungsrente beantragen.

Von den 15 in Schleswig-Holstein interviewten Rehabilitand*innen gaben zwei an, eine Nachbetreuung durch die Einrichtung in Anspruch nehmen zu wollen und einen entsprechenden Antrag auf Nachsorge gestellt zu haben. Eine weitere Person hat einen Antrag gestellt, dessen Bewilligung jedoch noch unklar ist. Drei Personen schlossen eine Nachbetreuung aus und die übrigen neun Rehabilitand*innen machten dazu keine Angaben bzw. waren über das Angebot (noch) nicht informiert.

Stichprobenbeschreibung der Reha-Fachkräfte in Hamburg

Insgesamt wurden in Hamburg 22 Reha-Fachkräfte befragt, davon waren 19 weiblich und 3 männlich. Der Median des Alters betrug 45 Jahre (1 x <30 / 6 x 30-39 / 7 x 40-49 / 8 x >50). Der Berufserfahrung als Reha-Fachkraft lag bei 4 Jahren (10 x <5 / 6 x 5-10 / 3 x 11-20 / 3 x >20).

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt hatten zwei Reha-Fachkräfte nach T1 die Einrichtung verlassen und es wurden zu T2 die neuen Reha-Fachkraft für die Rehabilitand*innen interviewt. Mit einer Person wurde einmalig (T1 und T1-Inhalte) gesprochen, die zur Zeit der Studie kein Rehabilitand*innen betreute, die am Projekt teilnehmen wollten, aber deren Perspektive erfasst werden sollte.

Die Berufserfahrung der Reha-Fachkräfte betrug im Median 4 Jahre, da 9 von ihnen weniger als 5 Jahre in dem Bereich tätig waren, wobei zwei Personen auch über 20 Jahre Erfahrung vorweisen (9 x <5 / 4 x 5-10 / 3 x 11-20 / 2 x >20 Jahre).

Die meisten Reha-Fachkräfte hatten ein Psychologie-Studium (6 Personen) absolviert, gefolgt von Studienabschlüssen in Sozialpädagogik (3 Personen) und Sozialer Arbeit (2 Personen). Ebenfalls nah am Fachgebiet waren zudem Absolvent*innen der Erziehungs- und Bildungswissenschaften, Sozialpsychologie, Reha-Pädagogik, Musiktherapie und Soziologie. Es waren auch Reha-Fachkräfte tätig, die ein Jura- oder Germanistik-Studium abgeschlossen hatten. Hier zeigte sich, dass oft Zusatzbildungen als z.B. Systemische Beratung und Coaching, als Reha-Fachkraft oder Trainer*innen gemacht wurden. Einige Reha-Fachkräfte wiesen zudem Erfahrungen durch die Arbeit in psychosozialen Beratungsstellen auf.

Stichprobenbeschreibung der Reha-Fachkräfte in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein wurden insgesamt 13 Reha-Fachkräfte befragt, darunter 11 weibliche und zwei männliche mit einem Medianalter von 45 Jahren (1 x <30 / 4 x 30-39 / 4 x 40-49 / 4 x >50 Jahre). Sie hatten im Median 5-6 Jahre Berufserfahrung (4 x <5 / 5 x 5-10 / 4 x 11-20 Jahre).

Eine Reha-Fachkraft hatte im Erhebungszeitraum die Institution verlassen, daher wurde kein Interview zu einem zweiten Zeitpunkt durchgeführt. Es gab vier weitere Reha-Fachkräfte, mit denen zu einem Zeitpunkt ein zusammenfassendes Interview der Inhalte aus T1 und T2 geführt wurden.

Sämtliche interviewten Reha-Fachkräfte waren in einem sozialen Berufsfeld ausgebildet. Die Mehrheit hatte ein Studium der Sozialpädagogik (6 Personen) absolviert. Weiterhin sind Studienabschlüsse in der Psychologie, Rehabilitationspsychologie, und Politik- und Erziehungswissenschaften vertreten. Zwei Reha-Fachkräfte sind als Ergotherapeut*innen ausgebildet, daneben arbeiten auch Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und Erzieher*innen als Reha-Fachkräfte. Auch hier sind Zusatzausbildungen wie Systemische Beratung und Coaching, Reha-Fachkraft, Trainer*innen vertreten. Einige Reha-Fachkräfte verfügten zudem über Erfahrung in der Arbeit in Rehakliniken, in psychosozialen Beratungsstellen, Tagesstätten, ambulante Hilfen oder in der Reha-Forschung.

Stichprobenbeschreibung der Personalverantwortlichen/Anleitenden

Insgesamt wurden 16 Personalverantwortliche bzw. Anleitende in Praktikumsbetrieben interviewt, davon zwölf in Hamburg und vier in Schleswig-Holstein. Dabei überwogen soziale Einrichtungen (4), der öffentliche Dienst, vor allem Behörden (4), sowie Handelsunternehmen (2). Einmalig wurden Interviews in einem

IT-Betrieb, einer Seniorenresidenz, einem Schulbüro, einem Holdingunternehmen, einem Getränkelieferservice sowie einer Bücherei durchgeführt.

Von den Interviewpartner*innen in Hamburg waren acht männlich und vier weiblich, in Schleswig-Holstein waren es zwei Frauen und zwei Männer. Überwiegend wurden Personen in Leitungsfunktionen (11) sowie Inhaber*innen (2) der Unternehmen befragt.

Weitere Ausführungen erfolgen im Rahmen der Dissertation von Rita Isbrecht.

5 Projektverlauf

Die wissenschaftliche Mitarbeiterin Silke Werner hat als zentrale Projektkoordinatorin den gesamten Prozess des NEKOBERE-Projekts gesteuert und begleitet.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Projekt erfolgreich verlaufen ist.

Der DRV wurde zu Beginn der Projektlaufzeit ein **Arbeits- und Zeitplan** vorgelegt, welcher im Prozess um folgende neue Arbeitsziele und -schritte aktualisiert wurde:

- Regelmäßige Informations- und Abstimmungsgespräche mit der zuständigen Dezernentin der Rehabilitationswissenschaften der DRV (Fr. Funke),
- FSP-interne Kooperationen mit den Projekten ANSAB und SABER mit regelmäßigen Kooperationstreffen und Forschungswerkstätten. Die Kooperation im FSP-Cluster wird hinsichtlich der gemeinsamen Erarbeitung von Handlungsempfehlungen aus den Projektergebnissen zukünftig intensiviert,
- Seit Mitte des Halbjahrs 2023 gibt es im Projekt Unterstützung im Arbeitspaket „Interviews mit Personalverantwortlichen in KMU“ durch eine Promovendin (Rita Isbrecht). Die Betreuung wird durch Prof.in Ohlbrecht der Uni Magdeburg und Prof. Röh der HAW Hamburg gewährleistet,
- Im Rahmen des Projektes entstand eine Masterthesis zum Thema der „ICF-relevanten Dimensionen in der beruflichen Rehabilitation“ (Frederik Rost),
- Projektpräsentation im RRVVO 2022 (Prof. Röh),
- Entwicklung von FSP-bezogenen Projektpostern für die Darstellung des Projektes auf den Rehabilitationswissenschaftlichen Kongressen der DRV,
- Jährliche FSP-Treffen in Erkner (Silke Werner, Sina Jädicke, Rita Isbrecht),
- FSP-Workshop zu Wissenschaftskommunikation und Transferaktivitäten (Silke Werner, Sina Jädicke),
- Projektvorstellung im DRV-FSP-Podcast „rehalitätsnah“ im März 2023 (Prof. Röh, Silke Werner),
- Darstellung von Projektergebnissen im DRV-Format „OpenMic“ im November 2024 (Silke Werner, Sina Jädicke, Rita Isbrecht),
- „Unboxing Science“ im Rahmen des Reha-Kolloquiums 2024 (Prof. Röh),
- Entwicklung eines Anschlussprojektes von allen Projektmitarbeiter*innen. Der Antrag wurde der DRV im Mai 2024 eingereicht, doch leider im September 2024 abgelehnt.

Veränderungen im Projektablauf *administrativer* Natur ergaben sich durch den Weggang des Mit-Projektantragstellers Prof. Dr. Dettmers von der Fachhochschule Kiel. Daraus resultierte ein anteiliger Projektwechsel von der FH Kiel an die HAW Hamburg. Ab August 2022 oblag die alleinige Projektleitung Prof. Dr. Röh von der HAW Hamburg. Im August 2022 erteilte die DRV einen Änderungs-Zuwendungsbescheid.

Zum Jahreswechsel 2022/2023 war die HAW Hamburg einem Cyberangriff ausgesetzt, der sich erheblich auf die Kommunikationskanäle (E-Mail, MS Teams) und die IT-bezogenen Arbeitsabläufe auswirkte. Dadurch kam es zu Verzögerungen bei der Abwicklung anstehender Aufgaben. Allerdings waren keine NEKOBERE-Forschungsdaten gefährdet.

In Bezug auf den geplanten Ablauf laut Projektantrag ergaben sich einige notwendige Anpassungen. Die *Änderungen im Studiendesign* wurden regelmäßig in den Projektbesprechungen mit Frau Funke erörtert und in den Zwischensachberichten für die Haushaltsjahre 2022 und 2023 schriftlich dokumentiert. Die Berichte wurden der DRV jeweils fristgerecht übermittelt. In den Zwischensachberichten wurde ebenfalls der Verlauf des Projektes festgehalten (vgl. Anlagen 19 und 20).

Im Folgenden werden die *Revisionen des Projektdesigns* aufgeführt:

Aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit wurde die Zielgruppe der neurologischen Klientel ausgeschlossen und das Projekt auf die Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten Rehabilitand*innen fokussiert.

Die Erhebungszeitpunkte wurden von drei auf zwei reduziert (vor und nach der Praktikumsphase). Angesichts des engen Zeitrahmens und des mangelnden Erkenntnisgewinns entfallen die ursprünglich für die Mitte der Praktikumsphase geplanten Interviews.

Die Stichprobengröße wurde auf maximal 20 Interviews pro Zielgruppe und Erhebungsregion reduziert. Es wurden keine Pufferinterviews für einen eventuellen Drop-out-Ausgleich geführt.

Zur Entlastung der problemzentrierten Interviews wurde bei den Rehabilitand*innen zusätzlich eine Eingangsbefragung mittels eines Kurzfragebogens durchgeführt. Dieser umfasste Fragen zu Soziodemografie, Erwerbsbiografie, Beeinträchtigungen und Reha-Verlauf.

Die Datenerhebungsphase in Schleswig-Holstein konnte erst vier Monate später als geplant beginnen, da die Suche nach Leistungserbringern länger als erwartet dauerte und die Vorstellung des Projekts bei den leistungserbringenden Einrichtungen sowie die damit verbundene Identifizierung und Ansprache potenzieller Interviewpartner*innen relativ zeitintensiv waren. Der zeitliche Verzug konnte im Verlauf des Projekts jedoch teilweise kompensiert werden.

Der im Forschungsantrag vorgesehene Vergleich zwischen städtischen und ländlichen Regionen in Hamburg und Schleswig-Holstein konnte im Rahmen dieses Projektes nicht wie vorgesehen durchgeführt werden. Dies liegt daran, dass die kooperierenden Einrichtungen in den Städten Kiel und Lübeck angesiedelt waren und die interviewten Rehabilitand*innen fast ausschließlich aus städtischen Regionen stammen.

Ursprünglich war vorgesehen, in allen kooperierenden Einrichtungen eine ungefähr gleiche Anzahl von Interviewpartner*innen zu gewinnen. Es zeigte sich jedoch, dass sich die Gewinnung von Rehabilitand*innen in Hamburg je nach Schwerpunktsetzung der Einrichtungen – also ob diese vorwiegend Menschen mit psychischen Erkrankungen oder auch Menschen mit anderen Beeinträchtigungen behandeln – unterschiedlich gestaltete. In Schleswig-Holstein gab es mehr Interviews im RPK Kiel und weniger im RPK Lübeck und bei AVISTA. Bei der FAW Kiel und Lübeck wurden keine Interviews mit Rehabilitand*innen durchgeführt. Um den leistungserbringenden Einrichtungen, die von Rehabilitandinnen weniger repräsentiert wurden, einen entsprechenden Raum im Projekt zu geben, wurden Interviews mit Reha-Fachkräften auch ohne studienteilnehmende Rehabilitand*innen geführt, um die Perspektive der Reha-Fachkräfte dieser Einrichtungen abbilden zu können.

Das NEKOBERE-Projekt wurde nicht in einem Studienregister angemeldet und es wurde kein Studienprotokoll erstellt.ä#

6 Ergebnisse

Im Rahmen der Interviews wurden auf Netzwerkkarten die sozialen und beruflichen Kontakte der Rehabilitand*innen, der Reha-Fachkräfte und der Personalverantwortlichen/Anleitende in den Praktikumsbetrieben festgehalten.

Bei Erstellung der Netzwerkkarten haben die Befragten ihre sozialen und beruflichen Kontakte während der Zeit der beruflichen Rehabilitation in einer egozentrierten Netzwerkkarte nach ihrer Wichtigkeit/Bedeutsamkeit verortet: Im **inneren Kreis** die **sehr wichtigen** Kontakte, im **mittleren Kreis** die **wichtigen** und im **äußeren Kreis** die **weniger wichtigen** Kontakte. In einigen Fällen wurden soziale Kontakte außerhalb der konzentrischen Kreise verortet, welche ebenfalls in die Analyse einbezogen wurden. Bei diesen Kontakten hat es sich entweder um nicht (mehr) vorhandene Kontakte gehandelt oder um Personen, zu denen kein Kontakt (mehr) gewünscht wird. An dieser Stelle wurden aber auch Personen oder Einrichtungen vermerkt, zu denen kein Kontakt bzw. mit denen keine Zusammenarbeit besteht, die aber teilweise perspektivisch als wünschenswert erachtet werden.

Die einzelnen Netzwerkkarten der Interviewpartner*innen wurden während der Auswertungsphase zur erleichterten Übersicht und Orientierung pro Zielgruppe und Bundesland **in einer Netzwerkkarte zusammenfassend dargestellt**. Die der Auswertung zugrunde liegenden Netzwerkkarten der Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräfte repräsentieren die Ergebnisse beider Erhebungsphasen (T1 und T2) in Hamburg und Schleswig-Holstein, die Netzwerkkarte der Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden einen Erhebungszeitraum.

Die Netzwerkkarten gaben einen Überblick über die in den Interviews genannten Kontakte in ihrer meist typischen Anordnung in Hamburg und Schleswig-Holstein. Die Beziehungslinien deuten auf Relationen innerhalb des Netzwerkes hin, rote Striche auf potenziell belastende Beziehungen oder Konflikte. In der Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen wurden zusätzlich Formen der sozialen Unterstützung durch farbige Linien symbolisiert (vgl. Legenden in den beigefügten Netzwerkkarten in den Anlagen 12 und 13).

In einem ersten Auswertungsschritt wurden die sozialen und beruflichen Kontakte der jeweiligen Zielgruppen zu **Clustern** zusammengefasst. In weiteren Schritten wurden die in den Interviews beschriebenen **Qualitäten** der einzelnen sozialen Kontakte, die

Kooperationsformen und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf und eine (Re-)Integration inhaltsanalytisch ausgewertet.

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels werden die Ergebnisse in den Clustern bzw. die Qualitäten der sozialen und beruflichen Kontakte für jede Zielgruppe in Hamburg und Schleswig-Holstein dargestellt. In der abschließenden Gesamtschau auf die Netzwerke der Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein wird auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den sozialen und beruflichen Netzwerken eingegangen sowie Unterstützungsbedarfe für die Netzwerkarbeit herausgearbeitet.

6.1 Netzwerke der Rehabilitand*innen

Die Ergebnisse der Netzwerkanalysen der befragten Rehabilitand*innen werden differenziert nach den Untersuchungsräumen in Hamburg (6.1.1) und Schleswig-Holstein (6.1.2) dargestellt. Grundlage sind die Netzwerkkarten zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2).

Die analytisch gebildeten *Cluster* sind für *Hamburg* und *Schleswig-Holstein identisch*. Die Reihenfolge der Cluster spiegelt die Rolle der sozialen Kontakte in ihrer Bedeutung für Rehabilitand*innen bzw. ihr Netzwerk wider. Die Cluster umfassen folgende Bereiche des sozialen Lebens der Rehabilitand*innen:

1. Familie/Partnerschaften
2. Freundschaften
3. Bekannte/Nachbar*innen/virtuelle Kontakte
4. Reha-Kontakte
5. Betriebliche Kontakte
6. Kontakte zum Gesundheitswesen
7. Kontakte zum Sozialwesen

Die einzelnen, von den Rehabilitand*innen in den Interviews genannten Kontaktpersonen, Ansprechpartner*innen oder Einrichtungen/Institutionen in den Clustern der *Netzwerke der Rehabilitand*innen* unterscheiden sich in *Hamburg und Schleswig-Holstein*, wenn auch manchmal nur geringfügig. Die Kontakte konnten jedoch gleichen Subgruppen zugeordnet werden. Die Darstellung und

Auswertung der Subgruppen findet in den jeweiligen Clusterbeschreibungen in Hamburg und Schleswig-Holstein (6.1.1 und 6.1.2).

Im Anschluss an die Beschreibung der Qualitäten der sozialen Kontakte der Subgruppen werden weitere Ergebnisse aus der Perspektive aller interviewten Rehabilitand*innen bundeslandübergreifend aus Hamburg und Schleswig-Holstein ausgeführt (6.1.3).

Dabei handelt es sich zum einen um Auswertungen und Einschätzungen zur erfahrenen bzw. erlebten **sozialen Unterstützung**.

Die Netzwerkkarten wurden zu T1 erhoben und den Interviewpartner*innen zu T2 noch einmal vorgelegt, um **Veränderungen in den Kontakten** zu erfassen, die zum anderen ebenfalls in diesem Kapitel ausgeführt werden.

Des Weiteren werden Erkenntnisse aus den Fragen an die Rehabilitand*innen zu perspektivisch **wünschenswerten Kontakten**, zu den **Unterstützungsbedarfen** sowie den Voraussetzungen für ein **funktionierendes Netzwerk** dargestellt.

Abschließend wird in einer Gesamtschau auf **Unterschiede** und **Gemeinsamkeiten** in den sozialen Netzwerken der Rehabilitand*innen in **Hamburg und Schleswig-Holstein** näher eingegangen und welche sozialen Kontakte insgesamt **hilfreich für die berufliche (Re-)Integration** sind.

6.1.1 Hamburg: Netzwerkanalyse der Rehabilitand*innen

Die analytische Bildung von Netzwerk-Clustern diene einer abstrakteren, übergreifenden Darstellung der sozialen Kontakte der Rehabilitand*innen. Jedes Cluster setzt sich jedoch aus unterschiedlichen sozialen Kontakten zu einzelnen Personen oder auch Gruppen bzw. Einrichtungen/Institutionen zusammen. Diese differenzierten Kontakte in den Clustern wurden inhaltsanalytisch strukturierend den Subgruppen zugeordnet. In der folgenden Auflistung wurden die Cluster entsprechend um die Subgruppen ergänzt:

1. **Familie/Partnerschaften:** (Ehe-)Partner*innen, Ex-Partner*innen, Kinder/Patenkinder, Nichten/Neffen, Tiere, Eltern, Großeltern, Geschwister, Schwäger*innen, weitere Verwandte
2. **Freundschaften:** Engste Freund*innen, Freund*innen, Freizeitfreundschaften

3. **Bekannte/Nachbar*innen/virtuelle Kontakte:** Bekannte, Nachbar*innen, virtuelle Kontakte
4. **Reha-Kontakte:** (Fach-), Leitungen der Leistungserbringer, Reha-Fachkräfte, Berufliche Trainer*innen/Qualifizierung, andere Rehabilitand*innen der beruflichen Rehabilitation als Einzelpersonen oder als Gruppe, Rehabilitand*innen vorheriger (medizinischer) Reha, Leistungsträger
5. **Betriebliche Kontakte:** Personalverantwortliche/Anleitende, Praktikumskolleg*innen, Betriebsrat, Integrationsbeauftragte, ehemalige Vorgesetzte, ehemalige Kolleg*innen
6. **Kontakte zum Gesundheitswesen:** Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen, Psychiater*innen, Selbsthilfegruppen, Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, (Tages-)Kliniken/Sozialdienste
7. **Kontakte zum Sozialwesen:** Assistenz der Sozialpsychiatrie/ Eingliederungshilfen, Soziotherapie (Beratungsstellen, Sozialverband)

Am **wichtigsten (innerer Kreis)** waren den Rehabilitand*innen ihre sozialen Kontakte zu (Ehe-)Partner*innen, Kindern, Nichten/Neffen sowie zu engsten Freund*innen, auch von Partner*innen. Wenn vorhanden, waren Haustiere sehr wichtig.

Weitere **wichtige Kontakte (mittlerer Kreis)** waren die zu Geschwistern, Eltern, Schwäger*innen, weiteren Verwandten sowie zu Freund*innen und Freizeitbekanntschaften. Wertvolle Kontakte im Reha-Kontext bestanden zu den (Fach-)Leitungen der Leistungserbringer, den begleitenden Reha-Fachkräfte und Beruflichen Trainer*innen, den Leistungserbringerinternen Psycholog*innen aber auch anderen Rehabilitand*innen aus der beruflichen oder auch vorherigen (medizinischer) Rehabilitation (Einzelpersonen). Im betrieblichen Kontext waren Anleitende, Praktikumskolleg*innen sowie neue Arbeitgebende bedeutsam. Wichtig waren darüber hinaus Kontakte im Gesundheitsbereich zu Psychotherapeut*innen und Selbsthilfegruppen sowie im Sozialwesen zu sozialen Diensten/Eingliederungshilfen (Angebote zur sozialen Teilhabe nach SGB IX, z.B. Assistenz der Sozialpsychiatrie).

Als **weniger wichtig (äußerer Kreis)** wurden lose Kontakte zu Ex-Partner*innen, weiteren Bekannten und Nachbar*innen, virtuellen Kontakten und ehemaligen Kolleg*innen angesehen. Im Reha-Kontext waren Kontakte zur Gruppe der anderen Rehabilitand*innen und zu Leistungsträger weniger bedeutsam. Im betrieblichen Kontext waren dies Kontakte zu Betriebsräten und externen Dienstleistern, ganz außerhalb der Kreise wurden ehemalige Vorgesetzte angesiedelt. Weniger wichtig im Gesundheitswesen waren Kontakte zu Psychiater*innen, Haus- und Fachärzt*innen.

Außerhalb der Kreise wurden im Gesundheitsbereich neben Kontakten zu Tageskliniken/Sozialdiensten die Physio- und Ergotherapie aufgeführt, die zur Zeit der beruflichen Rehabilitation kaum noch eine Rolle für die Rehabilitand*innen spielten. Im Sozialbereich wurden Beratungsstellen und Sozialverband eher als perspektivische Kontakte nach der Rehabilitation benannt (vgl. Anlage 17).

Die **Qualitäten der sozialen Beziehungen** wurden von den befragten Rehabilitand*innen in den Interviews näher ausgeführt und werden im Folgenden als Ergebnis der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Subgruppen zusammengefasst. Bei den Personen/Einrichtungen in den Subgruppen wurde zwischen informellen und formellen Kontakten unterschieden.

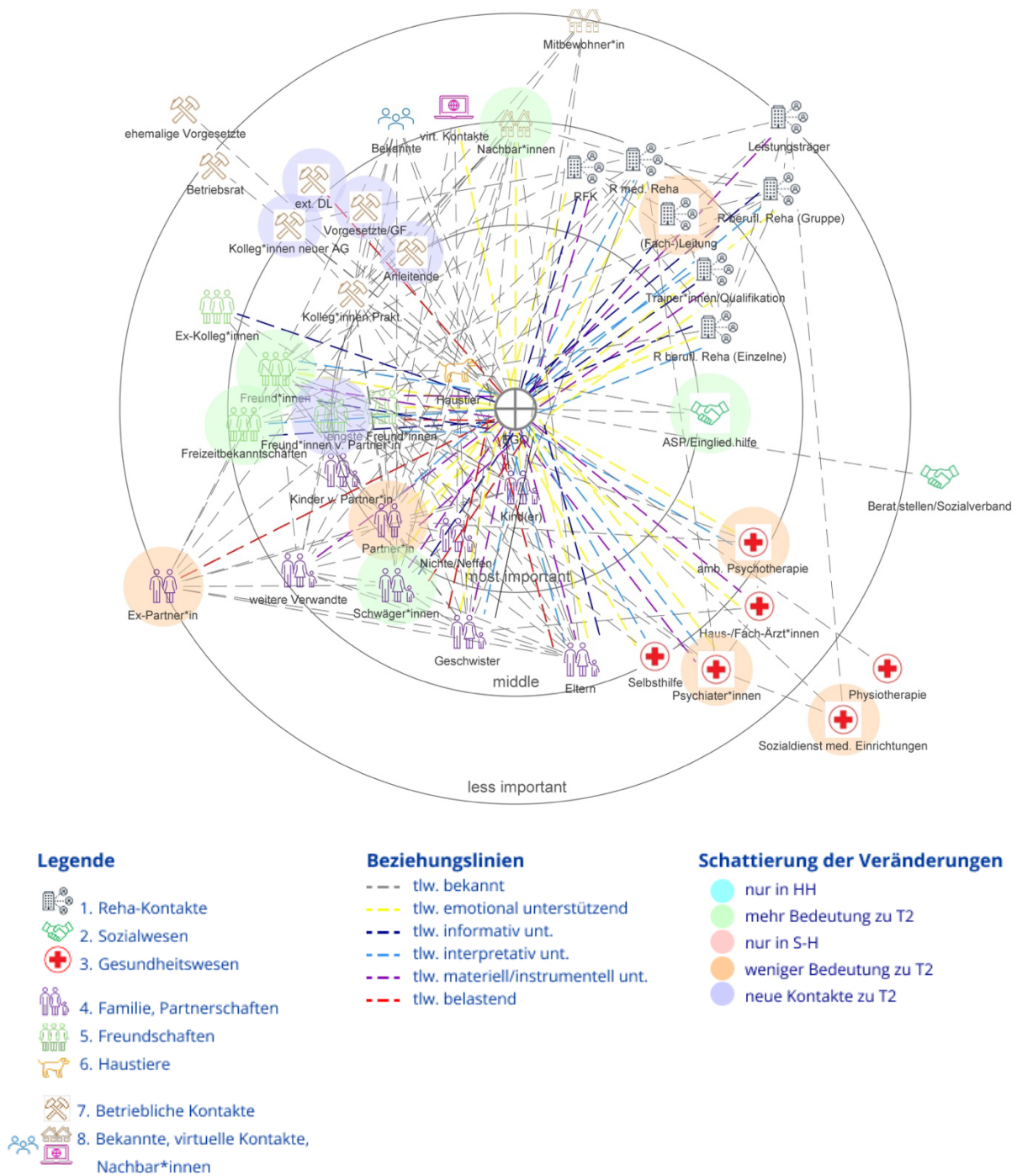


Abbildung 3 Übersicht-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen Hamburg T2

6.1.2 Soziale Beziehungen innerhalb von Familie und Partnerschaften

(Ehe-)Partner*innen

*„Weil das mein Fels in der Brandung immer ist, muss ich ganz ehrlich sagen.“
(06_HH_T1_R)*

*„Aber die meiste Unterstützung habe ich immer von meinem Partner.“
(58_HH_T2_R)*

Die interviewten Rehabilitand*innen berichten von sehr engen und unterstützenden Beziehungen zu ihren (Ehe-)Partnerinnen. Diese Personen sind emotionale Stützen und bieten Rat und Hilfestellung bei beruflichen Fragen und Entscheidungen. (Ehe-)Partnerinnen sind oft die wichtigsten Ansprechpartner*innen und begleiten die Rehabilitand*innen durch Höhen und Tiefen. Sie unterstützen inhaltlich, indem sie Stärken und Schwächen reflektieren und Perspektiven aufzeigen. In der beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung nehmen Sie eine wichtige Rolle, indem sie die Rehabilitand*innen emotional, informativ und praktisch unterstützen. Die Partner*innen hinterfragen kritisch die Bereitschaft zur Rückkehr in den Beruf und geben Rückmeldung zu Stärken und Schwächen. Einige Befragte berichten, dass ihre (Ehe-)Partnerinnen in schwierigen Phasen selbst belastet waren und daher zeitweise weniger Unterstützung geben konnten. Konflikte oder Belastungen in der Partnerschaft können die Unterstützung zeitweise erschweren. Insgesamt zeigt sich, dass stabile und vertrauensvolle Partnerschaften eine Schlüsselressource darstellen. Auch in schwierigen Zeiten, wie etwa während einer Trennung oder Konflikten in der Beziehung, wird die Bedeutung der Partnerschaft deutlich, da sie entweder als stabilisierende Kraft oder, wenn belastet, als Quelle von Konflikten wahrgenommen wird.

Ex-Partner*innen

„Ja, das war auch eine sehr prägende Person für mich und wir sind auch noch in Kontakt ab und zu“ (27_HH_T1_R)

„Nein, also für mich ist dieser Mensch gar nicht mehr da.“ (39_HH_T1_R)

Die interviewten Rehabilitand*innen berichten von sehr unterschiedlichen Erfahrungen mit ihren Ex-Partner*innen. Einige haben weiterhin sporadischen oder sogar intensivierten Kontakt, insbesondere nach Erkrankungen, und erhalten Unterstützung in schwierigen Situationen. Andere Ex-Beziehungen endeten konfliktreich, und die Befragten haben den Kontakt bewusst reduziert oder komplett

abgebrochen, da dieser belastend war. Einige Befragte berichten, dass Ex-Partner*innen eine Ursache für ihre psychischen Probleme waren. Insgesamt zeigen die Interviews, dass die Beziehungen zu Ex-Partner*innen ein breites Spektrum abdecken – von freundschaftlich und unterstützend bis hin zu belastend und konfliktreich. Entscheidend ist, ob der Kontakt nach der Trennung aufrechterhalten wird und welche Rolle die Ex-Partnerinnen im Leben der Befragten spielen.

Kinder/Patenkinder

„Die (Kinder) haben mich alle gestützt, alle.“ (22_HH_T1_R)

„Und genau, (Patenkind), die ist total wichtig für mich. Und ja, es ist einfach immer wieder eine Freude, sie zu sehen, und die gibt mir ganz viel Kraft.“ (12_HH_T1_R)

„Kinder sind für mich, wie beschreibe ich das, Segen und Fluch zugleich ... Auch ein Grund, warum ich in die Depression gerutscht bin, weil ich halt dann immer vor Augen habe, was für Fehler ich gemacht habe, was ich verpasst hab' ... Nur Wochenendvater war, selber auch Probleme hatte, mit den Kindern was zu unternehmen, weil man immer mit Langeweile Probleme hatte, überfordert war.“ (09_HH_T1_R)

Mehrere Rehabilitand*innen betonen die besonders enge Bindung zu ihren Kindern oder Enkelkindern, die ihnen Kraft und Freude geben. Einige haben auch Patenkinder, zu denen sie eine intensive Beziehung pflegen. Allerdings gibt es auch Herausforderungen in den Familienbeziehungen, etwa wenn erwachsene Kinder noch im Elternhaus wohnen oder wenn Geschwister untereinander Konflikte haben. Einige Befragte berichten auch, dass sie den Kontakt zu ihren eigenen Kindern verloren haben, was sie sehr bedauern. Die Beziehungen zu Patenkindern werden auch als besonders wichtig und unterstützend beschrieben. Insgesamt sind die Beziehungen zu Kindern und Patenkindern sehr unterschiedlich – von sehr eng und unterstützend bis hin zu belastet und distanziert. Die Befragten heben jeweils die für sie besonders wichtigen Beziehungen hervor.

Nichten/Neffen

„Offene, ehrliche Interaktion. Da bin ich sehr, sehr froh drum, dass man sich austauschen kann, also sind teilweise auch schon im Erwachsenenalter.“ (04_HH_T1_R)

„Mein Neffe kommt jetzt langsam dahinter: Die Tante wohnt ja in Hamburg und die hat sogar ein Gästebett, und ich spar' Geld, wenn ich vor Konzerten bei ihr übernachte. Wie schön!“ (06_HH_T1_R)

Es besteht ein guter, enger Kontakt der Rehabilitand*innen zu Nichten und Neffen, die oft als "meine Nichten und Neffen" bezeichnet werden, was eine persönliche Verbindung ausdrückt. Die Beziehung ist von gegenseitigem Austausch und Unterstützung geprägt. Die Interaktionen sind positiv und offen, wobei auch teilweise eine beratende Rolle von den Rehabilitand*innen eingenommen wird, z.B. bei der Berufsfindung. Durchgängig zeigt sich ein liebevolles, nahes und von gegenseitigem Respekt geprägtes Verhältnis, das für beide Seiten von Bedeutung ist.

Haustiere

„Ja, der Hund gibt mir auch immer emotionale Unterstützung. Wenn er da ist, ist natürlich immer schön, wenn man gestresst ist. Ich weiß nicht, Tiere können da sehr helfen.“ (40_HH_T1_R)

Wenn die Rehabilitand*innen Haustiere besitzen, sind sie meist zentraler Bestandteil des sozialen Netzwerks und spielen eine wichtige Rolle. Tiere können eine Quelle der Freude und Entspannung sein. Darüber hinaus bieten die Tiere den Rehabilitand*innen emotionale Unterstützung. Insgesamt können Tiere eine wichtige Stütze in schwierigen Lebenssituationen sein.

Eltern

„Meine Eltern, meine Mutter, mein Vater. Ja, das sind auf jeden Fall mir die wichtigsten Personen für mich ... ja, ich kann schon sagen, überlebenswichtige Unterstützung gewesen, und auch jetzt noch eine große Unterstützung“ (27_HH_T1_R)

„Ich würde sagen, dass das Verhältnis zu meinen Eltern sehr vertrauensvoll geworden ist durch Krankheit und Reha. Einmal kann ich mit denen viel darüber reden. Die zeigen mir, dass sie das gut finden, was ich mache. Dass ich da nicht aufgebe und immer weiter versuche, vorankommen möchte. Die geben mir einfach Bestätigung.“ (27_HH_T1_R)

„Mein Vater ist gestorben, und meine Mutter weiß ich nicht, wo die ist. Mit der hab ich, seit 16 Jahren, keinen Kontakt mehr.“ (15_HH_T1_R)

Die Beziehungen zu den Eltern sind sehr unterschiedlich. Einige Rehabilitand*innen haben ein distanziertes oder ambivalentes Verhältnis zu ihren Eltern, während andere eine sehr enge und unterstützende Beziehung beschreiben. Viele berichten, dass sich die Beziehung zu den Eltern durch Krankheit und Rehabilitation verbessert hat und sie nun mehr Vertrauen und Austausch haben. Einige Eltern unterstützen ihre Kinder finanziell und emotional, andere haben den Kontakt ganz abgebrochen. Konflikte mit den Eltern kommen häufig vor, insbesondere wegen unterschiedlicher Erwartungen

und Vorstellungen. Einige Befragte haben auch den Verlust eines Elternteils durch Tod verarbeiten müssen. Im Ganzen zeigt sich, dass die familiären Beziehungen zu Eltern eine sehr wichtige Rolle spielen, aber auch eine Quelle von Herausforderungen sein können.

Großeltern

"Meine Omi ist mir super, super, super, superwichtig. Ich liebe diese Frau ... Omi ist halt immer verständnisvoller gewesen und so." (17_HH_T1_R)

Meine Großeltern, mütterlicherseits, teilweise ist das auch belastend. Die letzten Male, wenn ich dort war, hat sich das irgendwie nicht gut angefühlt." (27_HH_T1_R)

Die Großeltern spielen für die Rehabilitand*innen eine sehr wichtige Rolle. Sie bieten emotionale Unterstützung, Verständnis und Geborgenheit, vor allem in schwierigen Lebensphasen. Einige Befragte berichten, dass ihre Großeltern ihnen in Krisenzeiten halfen, aus einer Abwärtsspirale herauszukommen. Allerdings haben sich die Kontakte zu den Großeltern bei manchen Befragten mit der Zeit distanziert, was teilweise als belastend empfunden wird, insbesondere wenn die Großeltern altern und an Lebensfreude verlieren. Einige Befragte sehen ihre Großeltern sogar als wichtiger an als die eigenen Eltern. Der Verlust einiger Großeltern wird ebenfalls thematisiert. Insgesamt zeigt sich, dass die Großeltern-Enkel*innen-Beziehungen eine zentrale Rolle im sozialen Netzwerk der Befragten einnehmen, auch wenn sich die Qualität und Intensität der Kontakte im Laufe der Zeit verändern kann.

Geschwister

„Meine Schwester und ich, wir sind sehr eng, fast wie Freundinnen.“ (12_HH_T1_R)

„Mit meiner Schwester verstehe ich mich nicht immer so gut, weil wir sehr unterschiedliche Ansichten haben.“ (49_HH_T1_R)

„Meine Geschwister sind zwar da, aber ich rede nicht so intensiv mit ihnen über meine Situation.“ (29_HH_T1_R)

Die Rehabilitand*innen haben unterschiedliche Beziehungen zu ihren Geschwistern. Einige Befragte haben eine enge und emotionale Verbundenheit zu ihren Geschwistern, mit intensivem Kontakt und Austausch. Andere berichten von Distanz, Spannungen oder Konflikten, die teilweise auf räumliche Distanz unterschiedliche Lebensvorstellungen und Persönlichkeiten zurückgeführt werden. In einigen Fällen haben sich Geschwister sogar komplett voneinander distanziert oder den Kontakt abgebrochen oder es gab Konflikte zwischen Geschwistern, etwa weil sie mit der psychischen Erkrankung oder Lebenssituation des Befragten nicht umgehen können.

Die Unterstützung unter Geschwistern variiert ebenfalls stark. Einige bieten emotionale und finanzielle Unterstützung, während andere weniger involviert sind. Vereinzelt leisten Geschwister auch materielle Hilfe, wie zum Beispiel durch Geldleihen. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Beziehungen zu Geschwistern sehr vielfältig sein können – von enger Verbundenheit bis hin zu Distanz und Konflikten. Die Qualität der Beziehungen scheint stark von individuellen Faktoren wie Persönlichkeit, Lebenssituation und Familiengeschichte abzuhängen.

Schwäger*innen

„Meine Schwägerin ... die mag ich, ... aber wir sind halt nicht so nah wie die anderen.“ (12_HH_T1_R)

Viele Rehabilitand*innen haben ein enges, unterstützendes Verhältnis zu Geschwistern und deren Partnern, treffen sich regelmäßig und fühlen sich emotional verbunden. Einige Schwäger*innen werden als weniger wichtig eingestuft, der Kontakt ist sporadisch. In manchen Fällen gibt es Konflikte und Spannungen, etwa wegen unterschiedlicher Erziehungsvorstellungen oder aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Befragten grenzen sich dann ab und setzen Grenzen. Die Intensität und Qualität der Beziehungen hängen offenbar stark vom individuellen Kontext ab.

Weitere Verwandte

„Entfernte Verwandte. Heißt so, Tanten, Onkel, oder?“ (05_HH_T1_R)

„Meine Tante und Onkel, die sind immer noch sehr weit draußen. Das ist tatsächlich ein bisschen wieder eingeschlafen.“ (28_HH_T1_R)

Einige Rehabilitand*innen haben noch einen engen Kontakt zu Schwiegereltern, Cousins, Cousinen und Tanten, die ihnen emotionale Unterstützung geben. Andere haben nur sporadischen Kontakt zu entfernteren Verwandten wie Onkeln und Tanten, da sich die Beziehungen über die Jahre auseinanderentwickelt haben. Einige Verwandte zeigen wenig Verständnis für psychische Erkrankungen, was den Kontakt erschwert. Insgesamt scheint der Kontakt zu Verwandten, die nicht direkt zur Kernfamilie gehören, eher gering und distanziert zu sein. Die Beziehungen werden als nicht sehr eng oder wichtig wahrgenommen, mit einigen Ausnahmen.

6.1.2.1 Die Bedeutung von Freundschaften

Engste Freund*innen

„Die kenne ich wirklich, die kenne ich 40 Jahre. Und die ist wirklich, die weiß alles, die kennt mich aus dem Effeff. Das ist eine Freundin, für die würde ich fast meine rechte Hand hinlegen. Die hat mich wirklich, ... die hat mich am meisten gestützt.“ (22_HH_T1_R)

„So, wir haben im Moment auch gerade wieder ein Konflikt, aber das beruhigt sich auch wieder ... Doch es geht schon sehr ans Eingemachte. Und im Moment gönnen wir uns auch gerade eine Auszeit voneinander. So, meine Freundin soll entscheiden, wenn sie sich beruhigt hat und wenn alles für sie okay ist, dann kann sie sich gerne wieder bei mir melden. Also im Moment ist da gerade erstmal Rückzug, aber das wird auch offen kommuniziert.“ (22_HH_T1_R)

Die Beziehung und der Kontakt zu den engsten Freundinnen werden in den Interviews auf verschiedene Weise beschrieben. Diese Freundschaften sind sehr stabil und die Freund*innen sind immer füreinander da, auch in schwierigen Zeiten. Sie hören zu, geben Ratschläge, helfen praktisch und stehen emotional bei. Diese Freundschaften werden als *"wie Familie"*, *"beste Freundin"*, *"engste Vertraute"* oder *"superwichtig"* bezeichnet. Einige Rehabilitand*innen pflegen diese Freundschaften schon sehr lange, teilweise seit der Kindheit. Die Unterstützung, die diese Freund*innen bieten, ist vielfältig und reicht von emotionaler Unterstützung über praktische Hilfe in Krisenzeiten bis hin zu fachlichen Ratschlägen und Informationen. Einige enge Freund*innen unterstützen auch konkret bei der beruflichen Wiedereingliederung. Einige Befragte beschreiben, dass sie sich bei ihren engsten Freund*innen "verstanden" und "nicht verstellen" müssen.

Allerdings sind diese engen Beziehungen nicht immer konfliktfrei. Einige Befragte berichten von gelegentlichen Auseinandersetzungen, die aber meist wieder beigelegt werden können. Manchmal entsteht auch Distanz, wenn sich die Lebenswege auseinanderentwickeln. Insgesamt spielen die engen Freundschaften für die Befragten eine zentrale Rolle und bieten ihnen in schwierigen Lebensphasen Halt und Unterstützung. Trotz gelegentlicher Konflikte sind die Freundschaften sehr wertvoll und tragen maßgeblich zum Wohlbefinden und zur Stabilität der Befragten bei.

Freund*innen

„Wir können gut zusammen feiern, war'n auch schon ... auf zwei Events mit meinem besten Freund zusammen. Unfassbar viel Spaß gemacht, können aber auch genauso gut irgendwie chillen.“ (17_HH_T1_R)

*„Wir hatten jetzt, zum Beispiel, dass sie ist ein sehr geduldiger Mensch und ein sehr hartnäckiger Mensch und ich bin halt nicht so geduldig und nicht so hartnäckig. Davon / da kann ich halt, so, da kann ich halt viel, viel lernen von ihr.“
(05_HH_T1_R)*

Der Kontakt zu Freund*innen, die nicht zu den engsten gehören, wird unterschiedlich beschrieben. Einige Freundschaften sind eher locker und weniger intensiv, mit sporadischem Kontakt. Diese Freundschaften werden teilweise als "*nicht ganz so eng*" oder "*nicht so wichtig*" bezeichnet. Gleichzeitig gibt es Freundschaften, die zwar nicht zu den engsten gehören, aber dennoch wichtig sind. Diese Freundschaften werden als "*gute Freund*innen*" beschrieben, mit denen man eine gute Zeit hat und offen reden kann. Auch wenn der Kontakt nicht so häufig ist, fühlt man sich diesen Freund*innen verbunden und kann schnell wieder an die gemeinsame Zeit anknüpfen.

Die Rehabilitand*innen beschreiben auch, wie sich ihre sozialen Kontakte im Laufe der Zeit verändert haben, etwa durch Familiengründungen oder Jobwechsel. Einige Freundschaften sind dadurch etwas in den Hintergrund gerückt, andere konnten dagegen wieder intensiviert werden. Einige Befragte beschreiben auch, dass sich durch die Erkrankung und die Reha-Zeit neue Freundschaften entwickelt haben, die zwar nicht zu den engsten gehören, aber dennoch wichtig sind. Diese Freundschaften sind oft entstanden, weil die Rehabilitand*innen in einer ähnlichen Situation waren und sich gegenseitig unterstützen konnte. Insgesamt zeigt sich, dass der Kontakt zu Freund*innen, die nicht zu den engsten gehören, sehr unterschiedlich sein kann – von eher losen Bekanntschaften bis hin zu wichtigen Freundschaften, die eine bedeutende Rolle spielen.

Freizeitfreundschaften

„Die Fans des FC Sankt Pauli, wenn man zum Spiel geht, dass man dann da halt: „Morgen, wie geht es dir? Alles gut bei dir?“, und so, ne, dass man dann halt eben mal so hört und mal ein Update bekommt.“ (39_HH_T1_R)

„Einige Freunde sehe ich relativ regelmäßig durchs Singen. Also mindestens einmal im Monat, das ist ganz gut so. Mit denen treffe ich mich dann aber zum Teil auch außerhalb, also außerhalb des Chores natürlich. (49_HH_T2_R)

Dies Freizeitfreundschaften der Rehabilitand*innen stammen aus verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Hobbys, Sport und Musik. Einige dieser Freundschaften bestehen schon sehr lange und sind sehr eng und vertraut. Andere Kontakte sind eher oberflächlich, wie Bekannte aus dem Fußballstadion oder Hundebesitzer. Die

Rehabilitand*innen pflegen ihre Freizeitfreundschaften aktiv durch regelmäßige gemeinsame Aktivitäten wie Essen gehen, Musik machen oder Videospiele spielen. Einige dieser Freundschaften haben sich im Laufe der Zeit aus beruflichen oder Hobby-Kontakten entwickelt. Besonders wichtig sind den Rehabilitand*innen Kontakte, in denen gemeinsame Interessen verfolgt werden. Dabei gibt es Austausch über Probleme oder den Alltag. Einige dieser Freundschaften bieten auch konkrete Hilfe bei der beruflichen Eingliederung, etwa durch berufliche Kontakte. Zusammenfassend sind die Freizeitfreundschaften der Rehabilitand*innen auch eine wichtige Ressource in ihrem Leben.

6.1.2.2 Die Rolle von Bekannten, Nachbar*innen und virtuellen Kontakten

Bekannte

„Da sind auch gute Bekannte noch. Wie gesagt, das sind so Leute, die treffe ich ab und an mal, aber das ist jetzt nichts Enges.“ (22_HH_T1_R)

„Einige (Bekannte) wussten das (Erkrankung). Einige wussten das nicht, wo ich es gar nicht kundgetan habe. Aber die, die es wussten, es gab eben auch Leute, die wirklich gesagt haben, ich kann damit überhaupt nicht umgehen. Ich weiß gar nicht, wie ich dir helfen soll. Wo ich gesagt habe, das musst du auch nicht, dass du mir das sagst, dass du das nicht kannst, das ist ja auch schon gut, dass du mich nicht fallen lässt, weil du keinen Bock hast, sondern weil du es einfach nicht kannst.“ (22_HH_T1_R)

Bekannte werden von den Rehabilitand*innen als weniger eng und intensiv als Freundschaften dargestellt. Sie sind Personen, die man regelmäßig trifft und mit denen man sich austauscht, aber es besteht keine so enge Verbindung. Einige Bekannte werden als wichtig und wertvoll empfunden, auch wenn die Beziehung nicht so intensiv ist. Ihre Meinung und Unterstützung werden geschätzt. Einige Bekannte reagierten verständnisvoll auf die psychische Erkrankung der Rehabilitand*innen, während andere Schwierigkeiten damit hatten, was den Kontakt teilweise belastete. Manche Bekannte werden als weniger wichtig eingestuft, da der Kontakt einseitig erscheint. Einige Bekannte wurden auch gemieden, wenn der Kontakt als belastend erlebt wurde. Insgesamt werden Bekannte als wichtiger Teil des sozialen Netzwerks wahrgenommen, sie bieten Austausch, Unterstützung und Zugehörigkeit, auch wenn der Kontakt lockerer ist.

Nachbar*innen

„Also die Nachbarschaft, das ist ... so eine Gruppe für sich. Wo wir in regelmäßigen Abständen mit unseren Nachbarn gegenüber mal einen Spieleabend machen. Oder eben dann die Straße ... und da sitzen wir dann zusammen, machen den Grill an, sitzen draußen unter dem Carport, haben dann ein bisschen Spaß und genießen das so.“ (65_HH_T2_R)

Nachbarschaftliche Kontakte sind für die Rehabilitand*innen wichtig und haben sich besonders während der Pandemie intensiviert. Viele Nachbar*innen sind zu Freunden geworden, mit denen man regelmäßig Zeit verbringt, gemeinsam kocht, feiert und sich gegenseitig unterstützt. Die Nachbarschaft wird als eine eigene Gruppe wahrgenommen, in der man sich gegenseitig hilft und gemeinsame Aktivitäten wie Grillabende, Feiern oder Märkte organisiert. Auch lockere Kontakte zu Nachbar*innen, die man eher als Bekannte einstuft, tragen zum sozialen Netzwerk bei und werden als wertvoll und bereichernd beschrieben. Insgesamt zeigt sich, dass die Kontakte zu Nachbarn ein breites Spektrum abdecken - von eher losen Bekanntschaften bis hin zu engen Freundschaften, die aus der Nachbarschaft entstanden sind.

Virtuelle Kontakte

„Dass man sich über Messenger halt eben in einer privaten Nachricht, wenn ich halt irgendjemand zum Geburtstag gratuliere, mache ich das immer auf die Chronik. Wenn ich irgendwas Privateres wissen will oder was Tieferes, dann schreibe ich eine persönliche Nachricht.“ (39_HH_T1_R)

„Ja, ich mache so Livestreams auf Twitch und dann spielt man live online Spiele. Und Leute können zugucken und auch in den Chat schreiben und dann hat man ja auch Kontakt mit denen oder interagiert mit denen.“ (40_HH_T1_R)

Es zeigte sich, dass virtuelle Kontakte und Beziehungen für einige der befragten Rehabilitand*innen einen wichtigen Teil ihres sozialen Netzwerks ausmachen, während andere darauf verzichten. Die Nutzung reicht von informellem Austausch über soziale Medien bis hin zu regelmäßigen Online-Treffen und Interaktionen. Einige nutzen Livestreams auf Plattformen wie Twitch, um mit Zuschauer*innen zu interagieren, die zwar keine engen Freunde sind, aber dennoch eine Form von Kontakt darstellen. Andere pflegen Kontakte zu Spielekameraden, die sie hauptsächlich online treffen, aber auch gelegentlich in Präsenz. Darüber hinaus sind die Befragten in sozialen Medien wie Facebook, Instagram und WhatsApp aktiv. Diese Kontakte

reichen von oberflächlichem Austausch bis hin zu tieferen Gesprächen und gegenseitiger Unterstützung.

Herausforderungen und Konflikte in den informellen Kontakten der Rehabilitand*innen

„Hätten wir (Geschwister) alle mal an einem Strang gezogen und alle mal den Kontakt abgebrochen, dann wären meine Eltern vielleicht mal aufgewacht. Ist immer so'n büschen konfliktbehaftet, aber wir verstehen uns sehr gut. Ähm, ja, Kindheit war anstrengend. Also, wir durften auch nicht zusammen Sport machen, weil wir uns immer gebeult haben. Hat sich dann nachher irgendwann gelegt. War schon viel, ja, sehr viel, sehr viel Konflikt drinne, in der ganzen Erziehung.“ (09_HH_T1_R)

„Aber durch Tipps, wo man vielleicht mal gucken kann, oder durch praktische Tipps. Die geben mir zwar auch andere Leute, aber deren Tipps finde ich so ein bisschen an der Realität vorbei. ... Sie meinen es gut, und es ist auch gut, dass sie es machen, aber.“ (57_HH_T2_R)

Die interviewten Rehabilitand*innen berichten auch von verschiedenen Herausforderungen oder Konflikten in ihren informellen sozialen Netzwerken. In Partnerschaften und Freundschaften gibt es Spannungen und Kommunikationsschwierigkeiten, die durch unterschiedliche Erwartungen, Bedürfnisse und Lebensentwürfe entstehen.

In Familienbeziehungen führen unterschiedliche Ansichten und Erwartungen zu Spannungen. Einige Rehabilitand*innen haben ein distanziertes oder schwieriges Verhältnis zu ihren Eltern, Schwiegereltern und Geschwistern, was zu wiederholten Auseinandersetzungen führt. Eltern werden dann als belastend und kritisch beschrieben. Konflikte zwischen Geschwistern führen teilweise zu einem Rückzug aus der Familie führen. Trennungen und Scheidungen bringen ebenfalls Herausforderungen in der Kommunikation und Konflikte mit sich, besonders bei finanziellen Fragen und dem Kontakt zu Kindern.

Auch in Freundschaften gibt es Kommunikationsprobleme, wenn Ratschläge als realitätsfern empfunden werden oder sich die Lebenssituationen auseinanderentwickeln. Einige Befragte beschreiben auch, dass sie sich aufgrund ihrer eigenen gesundheitlichen Situation zeitlich und emotional weniger für Freundschaften einbringen können, was zu Konflikten führt.

Insgesamt zeigt sich, dass die Rehabilitand*innen in ihren sozialen Netzwerken auch mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert sind, die sie als sehr belastend empfinden und für die sie Strategien des Rückzugs oder der Grenzziehung entwickelt haben. Die Befragten müssen ihre Wege finden, damit umzugehen und Kompromisse zu finden.

6.1.2.3 Soziale Beziehungen in und durch die Reha-Einrichtung

(Fach-)Leitungen der Leistungserbringer

„Sie können auch über Probleme reden, halt, über problematische Sachen, und trotzdem positiv dabeibleiben. Und, ähm, genau, das macht es einem einfacher.“ (11_HH_T1_R)

„Was sie sagen, ist auch interessant, und das ist immer sehr / die sind sehr kongruent. Die sagen das, was sie denken, und, äh, die können das auch schlüssig sagen. Das ist, äh, / da ist nichts gespielt. Die sind so sehr mit sich im Reinen und können deshalb auf andere eingehen. Das ist sehr hilfreich.“ (11_HH_T1_R)

Für einige Rehabilitand*innen spielen die Leitungspersonen, Geschäfts- wie Fachleitungen, eine zentrale Rolle im Rahmen der beruflichen Reha. Für andere Rehabilitand*innen haben sie jedoch keine besondere Bedeutung. In ersteren Fällen werden die Leitungen als zentrale und einflussreiche Personen bezeichnet. Sie werden als positiv, authentisch, kongruent und hilfreich wahrgenommen. Diesen Rehabilitand*innen bieten die Leitungen Sicherheit, Orientierung und somit Unterstützung, obwohl der Kontakt zu ihnen nicht so eng ist wie zu anderen Mitarbeitern. Insgesamt zeigt sich, dass die Qualität der Beziehungen zu den Leitungspersonen von zentraler Bedeutung sein kann.

Reha-Fachkräfte und berufliche Trainer*innen

„Meine Reha-Fachkraft ist natürlich auch sehr eng dran, weil sie mich in allen Fragen unterstützt. Mit mir zusammen ... Strategien entwickelt, also ist sie auch im Moment fast, nicht ganz so dicht, aber fast so dicht wie meine Frau dran ... man baut irgendwie eine persönliche Bindung (auf) ... Und da bin ich mit denen im Austausch und bekomme natürlich auch Tipps und Rückmeldung.“ (01_HH_T1_R)

„Meine Reha-Fachkraft ist mein Anker. Da kann ich hin, wenn ich Fragen habe. Da kann ich hin, wenn es irgendwelche Unklarheiten gibt. Die sind da.“ (43_HH_T2_R)

„Sie hilft mir bei der Praktikumssuche oder wenn doch mal irgendwas sein sollte, dann ist sie schon auch für mich da. Also als ich da so einen kleinen / als ich dieses Down hatte wegen des Praktikums ... So, also sie nimmt mir dann da so ein

bisschen die Angst und dieses, das wird jetzt nicht mehr und so, ein bisschen diese Verzweiflung, die ich dann manchmal habe.“ (05_HH_T1_R)

„Was mir jetzt zum Beispiel gefehlt hat, war: Ich hätte am liebsten irgendwann im Laufe der Maßnahme oder zu Beginn einen Termin gehabt, wo ich mit meiner Reha-Beraterin von der Rentenversicherung und mit meiner (RFK) an einem Tisch sitze. Das war so eine Dreieckskommunikation, die ich nicht glücklich finde. Weil, es geht um mich als Klientin, und es geht darum, mich wieder in den Beruf zu bekommen ... weil ich gemerkt habe, es funktioniert nicht. Aber ich fände eine offene Kommunikation zwischen allen drei Parteien, fände ich wirklich angebracht ... Also ich fände es wirklich wünschenswert, weil auch das wieder diese Mündigkeit des Teilnehmers irgendwie auch fördert ... Ich habe auch manchmal den Eindruck, es werden noch einige Missverständnisse aus dem Weg geräumt. (Das kann Ersparnis sein?) (49_HH_T2_R)

„Die Reha-Fachkraft kommt auch weiter nach draußen (in den Netzwerkreisen). Ja, komplett raus, ja. Die war ja auch immer nicht ganz so zuverlässig da, ne, war immer aufgeblasen, ne? ... Nee, das war wirklich so... dass sie kaum da war und dann wieder ganz lange Zeit wohl krank war ... Also das war keine große Hilfe, definitiv nicht ... weil sie eben so oft ausgefallen ist. Ich meine, keiner kann was für die Krankheit, das weiß ich nun am besten, ne? Aber es ist natürlich dann auch für solche Personen, die sie dann weiterbringen soll, auch schwierig, ne. Da hatten wir ja damals auch schon dann immer nur Vertretung. Die wussten überhaupt nicht, was sie machen sollten. Dann hat man irgendwo einen Dödelkram gemacht. Also weiter hat das auch keinen gebracht, ne?“ (61_HH_T2_R)

Die Reha-Fachkräfte (meint in den verschiedenen Leistungserbringer auch Reha-Integrationsmanger*innen, Qualifizierungsbegleitungen, Psychosoziale Mitarbeiter*innen und Berufliche Trainer*innen wie Ausbilder*innen) sind die wichtigsten, zentralen Personen für die Rehabilitand*innen im Rahmen der beruflichen Reha.

Die Reha-Fachkräfte sind oft erste Ansprechpartner*innen, die informativ und auch emotional unterstützen, und bei Fragen oder Problemen den Rehabilitand*innen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Die Rehabilitand*innen schätzen den engen Kontakt und die Unterstützung der Reha-Fachkräfte sehr.

Zu den beruflichen Trainer*innen und Ausbildenden sind die Kontakte meist etwas distanzierter, da sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation spezielle Aufgaben (z.B. gezielte Qualifizierungen oder berufliche Orientierung) übernehmen, aber werden dennoch in den meisten Fällen als sehr hilfreich eingeschätzt. Die beruflichen Trainer*innen werden als kompetente Ansprechpartner*innen beschrieben, die sich fachlich sehr gut auskennen und den Rehabilitand*innen bei allen beruflichen Fragen

und Themen zur Seite stehen. Sie bieten den Teilnehmenden Orientierung, Struktur und Feedback in Bezug auf ihre berufliche Entwicklung.

Die Reha-Fachkräfte werden von den Rehabilitand*innen unterschiedlich bewertet, einige sehen sie als wichtige Ansprechpartner*innen, andere als unzuverlässig oder überfordert. Eine kontinuierliche und verlässliche Begleitung durch die Reha-Fachkräfte erweist sich aus Perspektive der Rehabilitand*innen als sehr wichtig.

Einige Rehabilitand*innen wünschen sich mehr Transparenz und Austausch zwischen den verschiedenen Akteur*innen. Der Austausch und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Beteiligten (Rehabilitand*innen, Reha-Fachkräfte, Leistungsträger) wird als verbesserungswürdig angesehen, um Missverständnisse und Unklarheiten im Prozess der Leistungserbringung zu vermeiden und eine optimale Förderung zu ermöglichen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Reha-Fachkräfte und die berufliche Trainer*innen von den Interviewten als sehr wichtige Säulen in der beruflichen Rehabilitation erlebt werden. Sie bieten fachliche Expertise, emotionale Unterstützung und tragen maßgeblich zum Gelingen der Rehabilitation bei und sind wertvoll für die berufliche Wiedereingliederung. Auch nach Abschluss der Maßnahme besteht noch eine Nachbetreuung, bei der sich die Rehabilitand*innen proaktiv an die Reha-Fachkräfte zur Unterstützung wenden können.

Psycholog*innen

„So ist es jetzt keine richtige Therapie, wie meine ambulante Therapeutin zum Beispiel, das ist 'ne psychologische Beratung, wo man dann gemeinsam guckt, was hat man jetzt für Möglichkeiten, sowas zu regeln. Oder angenommen, ich wär' so tief in der Krise gewesen, dass ich hätte in 'ne Klinik gehen müssen, hätte ich dann auch mit der Psychologin gesprochen, die mir dann dabei geholfen hätte, die Maßnahme zu unterbrechen.“ (17_HH_T1_R)

Psycholog*innen in den Leistungserbringer spielen für die Rehabilitand*innen auch eine wichtige Rolle. Sie bieten psychologische Beratung und Unterstützung, wenn die Befragten Probleme haben. Die Befragten schätzen die Gespräche mit den Psycholog*innen, da sie ihnen dabei hilft, Lösungen für ihre Schwierigkeiten zu finden. Die Psycholog*innen können auch bei Krisen eingreifen. Insgesamt wird die Psychologin als eine wertvolle Ressource und Stütze wahrgenommen, zu der die Befragten jederzeit Kontakt aufnehmen können.

Sozialrechtsberatung

„Der (Sozialrechtsberater) hat ein Wissen, unfassbar ... Also, was der alles weiß und hilft und macht und tut ... Das wussten wir auch nicht, wir haben hier so einen Nachmittag gehabt, wo er das alles erzählt hat.“ (22_HH_T1_R)

Förderlich für den Reha-Prozess ist eine Sozialrechtsberatung direkt beim Leistungserbringer, die von allen Rehabilitand*innen aufgesucht werden kann und umfangreiches Wissen und Unterstützung bietet. Insgesamt zeigt sich, dass die Rehabilitand*innen von einem breiten Angebot an Beratung und Unterstützung profitieren können (z.B. bei Unstimmigkeiten bei der Berechnung des Übergangsgeldes oder Wohngeldberatung).

Andere Rehabilitand*innen der beruflichen Rehabilitation (als Einzelpersonen oder als Gruppe)

„So, und dann gibt es auch ein Teilnehmer aus meiner Gruppe. Eigentlich habe ich viele Leute ... aus meiner Gruppe aufgeschrieben, weil die alle irgendwie wichtig sind. Mit (R) hab' ich immer so'n Schnack mal zwischendurch gehalten und so ... Hat mich dann auch mal nach Rat gefragt, oder ich ihn.“ (17_HH_T1_R)

„Dann, ja, mit den (R) tauscht man sich hier ja auch ständig aus und hilft sich auch gegenseitig, weil hier ja alle in der gleichen Situation sind dann. Das ist auch ganz gut ... im Endeffekt redet man ja die ganze Zeit darüber, wie es hier weitergeht, wie was abläuft, was man machen könnte.“ (40_HH_T1_R)

„Zum Anfang hockt man natürlich viel zusammen in den ersten drei Monate ... Aber dann hat man ja nur noch diesen Freitags-Kontakt, und wenn dieser Freitags-Kontakt weg ist. (...) So. Das waren eigentlich die, die mir sehr viel geholfen haben, um die Art meiner LTA zu bestimmen.“ (55_HH_T2_R)

„Den mag ich halt einfach auch total gerne, auch 'n super Typ. Mit dem werde ich wahrscheinlich auch keinen Kontakt mehr danach haben. Aber man sieht sich ja immer zweimal im Leben.“ (17_HH_T1_R)

Die andere (Mit-)Rehabilitand*innen und Teilnehmende der beruflichen Rehabilitation spielen eine zentrale Rolle in den sozialen Netzwerken der Befragten. Die Beziehungen zu den anderen Rehabilitand*innen sind vielfältig und verändern sich im Laufe der Zeit.

Es gibt freundschaftliche Beziehungen, in denen einige andere Rehabilitand*innen als "Freunde" oder "sehr wichtige Personen" bezeichnet werden, mit denen man sich gut versteht und auch privat etwas unternimmt. Es gibt auch oberflächliche, flüchtige Beziehungen, bei denen nur ein lockerer Kontakt besteht und die Teilnehmenden eher als "Bekannte" bezeichnet werden. In einigen Fällen kommt es zu Konflikten und Distanzierung, wodurch der Kontakt weniger intensiv wird.

Kollegiale, unterstützende Beziehungen zu anderen Rehabilitand*innen sind ebenfalls häufig, in denen man sich gegenseitig unterstützt und austauscht. Diese Kontakte zu den Rehabilitand*innen sind etwas lockerer, aber dennoch wertvoll, da gemeinsame Erfahrungen und Herausforderungen geteilt werden. Viele Interviewte betonen die Wichtigkeit der Unterstützung und des Austauschs innerhalb der Gruppe, auch wenn nicht alle Kontakte dauerhaft bestehen bleiben. Einige dieser Kontakte werden aber auch über die Reha-Zeit hinaus aufrechterhalten. Einige Befragte betonen, dass sie in dieser Zeit mehr Unterstützung von den Rehabilitand*innen als aus ihrem privaten Umfeld erhalten, da dort oft das Verständnis für ihre Situation fehlt.

Der Bedeutungswandel von Beziehungen zeigt sich darin, dass anfänglich enge Kontakte mit dem Ende der Maßnahme und dem Beginn von Praktika oder Arbeit weniger intensiv werden. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Reha-Kontakte zu anderen (Mit-)Rehabilitand*innen eine zentrale Rolle für die soziale Integration und Unterstützung der Befragten spielen.

Rehabilitand*innen aus vorheriger (medizinischer) Rehabilitation

„Dann tatsächlich aus meiner ersten psychosomatischen Reha. Mit der habe ich bis heute Kontakt. Genauso wie mit der anderen Freundin habe ich auch immer wieder Kontakt.“ (20_HH_T1_R)

„Ja, überhaupt, auch meine Klinik-Begleiter ... ich habe auch, als ich auf der Rehabilitation war, tolle Leute kennengelernt. Zu denen ich jetzt keinen Kontakt mehr habe, aber alles immer so für die Zeit super.“ (22_HH_T1_R)

„Wir wollten uns jetzt auch wieder treffen, aber irgendwie kriegen wir das nicht gebacken. Also es reißt doch, ab und an schreibt man mal, und das ist so: "Mensch, und ich wollte dir schon immer schreiben". Ja, und ich habe selber so viel um die Ohren. Alles gut. Die wohnen ja auch nicht hier in Hamburg.“ (61_HH_T2_R)

Nicht wenige Rehabilitand*innen haben soziale Kontakte zu Rehabilitand*innen aus vorheriger medizinischer/psychosomatischer Rehabilitation in (Tages-)Kliniken. Die Beziehungen zu Personen aus der (Tages-)Klinik werden als sehr wichtig und prägend dargestellt, da man dort tiefe Gespräche geführt und viel miteinander unternommen oder "in einem Boot gesessen" hat. Mit einigen Rehabilitand*innen stehen die Befragten auch nach der Behandlung weiterhin in Kontakt. Teilweise sind diese Beziehungen sogar sehr eng und von gegenseitiger Unterstützung geprägt, auch wenn der Kontakt nicht immer ganz so intensiv ist. Die Erkrankung und die Reha-Maßnahmen haben dazu beigetragen, dass die Rehabilitand*innen neue, teilweise sehr bedeutsame soziale Kontakte knüpfen konnten. Die Reha-Bekanntschaften aus

vorheriger medizinischer/psychosomatischer Rehabilitation in (Tages-)Kliniken spielen eine wichtige Rolle in der Bewältigung der Erkrankung und des Rehabilitationsprozesses.

Leistungsträger

„Das ist halt das Tolle, dass ich sie als feste Ansprechpartnerin habe. Beim (Leistungsträger) ist es wohl immer so, dass die Personen, die was von denen wollen, eine 0800er Nummer anrufen und dann irgendwo landen, und ich habe ihre Nummer, ich rufe sie an, wenn ich irgendwas will von der (Leistungsträger) ich lande immer bei ihr. Sie kennt mich mittlerweile. ... da eine feste Ansprechpartnerin, dass ist Gold wert.“ (01_HH_T1_R)

„Sie hat ein bisschen weiter ausgeführt, hat also noch über einen anderen Träger oder über zwei, ich weiß nicht mehr genau, ähm, was die so machen, halt. Und es ging aber eher / der eine Betrieb hat eher in die [≡Lehrberuf als Adjektiv] Schiene, meinte sie: „Ja, das könnte Sie ja interessieren.“ Ich sagte: „Ja, stimmt, theoretisch, ja.“ Aber ich wollte nicht mehr so in meine- in meine Schiene reingedrängt werden, in meinen ursprünglichen Job.“ (11_HH_T1_R)

*„Hier würde ich mir manchmal eher noch wünschen, ich habe manchmal so ein bisschen das Gefühl, es ist halt so von den Kostenträgern vorgegeben. Also, es gibt halt so einen strikten Ablaufplan, habe ich manchmal das Gefühl, und dadurch wird, glaube ich, den Reha-Fachkräften und den beruflichen Trainer*innen so ein bisschen der Spielraum genommen. Das habe ich manchmal so das Gefühl auf jeden Fall dabei. Jetzt zum Beispiel mit der Umschulung, ich würde am liebsten sofort starten, wenn das möglich wäre. Ich weiß halt nicht, ob es möglich ist. Und da habe ich manchmal so ein bisschen das Gefühl so, da wird man dann eher geblockt und nein, nein, erst mal muss man nochmal gucken und dann so.“ (40_HH_T1_R)*

„Ja. Also, sie haben mich mal eingeladen, um nochmal zu sehen, welche Reha-Einrichtung ich denn nehmen könnte, und sie haben mir noch Vorschläge gemacht für Reha-Einrichtung ... Das war vorher. Also so. Und während der Rehabilitation war ja alles okay, also es lief ja alles.“ (46_HH_T2_R)

Aus den Gesprächsausschnitten geht hervor, dass der Kontakt und die Beziehung der Rehabilitand*innen zu den Reha-Fachberater*innen der Leistungsträger unterschiedlich beschrieben werden.

Einerseits wird der Kontakt als sehr hilfreich und unterstützend wahrgenommen. Einige Rehabilitand*innen berichten, dass sie eine*n feste Ansprechpartner*in bei dem Leistungsträger haben, mit der*dem sie gut zusammenarbeiten können. Diese Berater*innen geben Empfehlungen, unterstützen bei der Antragsstellung und sind offen für Weiterqualifizierungen.

Andererseits äußern einige Rehabilitand*innen auch Kritik an der Zusammenarbeit. Sie haben den Eindruck, dass die Berater*innen eher starren Vorgaben und Ablaufplänen folgen und den Teilnehmenden nicht genug Flexibilität und Mitspracherecht einräumen. Manche fühlen sich "ausgebremst" und wünschen sich mehr Mitbestimmung und Transparenz in den Entscheidungsprozessen.

Einige Teilnehmende hatten auch gar keinen direkten Kontakt zu den Reha-Berater*innen und fühlten sich dadurch etwas abgehängt. Andere wiederum hätten sich mehr Beratung und Austausch gewünscht. Insgesamt zeigt sich also ein gemischtes Bild. Der Kontakt wird teilweise als sehr hilfreich erlebt, teilweise aber auch als zu starr und wenig partizipativ kritisiert. Eine offene Kommunikation und Einbeziehung der Rehabilitand*innen scheinen nicht immer gegeben zu sein.

6.1.2.4 Kontakte in Praktikumsbetrieben

Vorgesetzte/Personalverantwortliche/Anleitende in Praktikumsbetrieben

„Aber mit (X), dem Vorgesetzten, habe ich auch schon ein ganz gutes Verhältnis. Das war das Gespräch dann. Die beiden Chefs, man grüßt sich freundlich ... Also, er hat / er kennt jemanden, der hat gesagt: "Mach mal was für uns." Und jetzt bin ich derjenige, der es eigentlich macht. Das ist natürlich auch ein bisschen, ich will nicht sagen, fast schon kritisch, aber gut, werden wir mal sehen, was er morgen sagt. Aber nein, es ist dann doch eher ein auf Augenhöhe miteinander reden. Also, doch eher ein moderneres Konzept von einer Betriebsführung.“ (34_HH_T2_R)

„Die hatte nicht nur mich auf dem Kicker. Die denkt auch, also so kam mir das immer vor, sie kann alles, und das richtig, richtig gut. ... Macht hier Fehler, macht da Fehler und überhaupt und sowieso. Und damit sie das alles verstecken kann, sucht sie immer bei anderen Leuten Fehler oder baut diese mit ein.“ (45_Teil 1_HH_T2_R)

In den Interviews wird der Kontakt zu Vorgesetzten in Praktikumsbetrieben auf unterschiedliche Weise beschrieben. Eine Anleiterin wird als wichtige Ansprechpartnerin wahrgenommen und in den "Inner Circle" eingeordnet. Ein anderer Rehabilitand*innen berichtet von einem guten Verhältnis zu seinem Vorgesetzten, der auf Augenhöhe kommuniziert. Dies wird als ein "moderneres Konzept von einer Betriebsführung" beschrieben. Allerdings gibt es auch Beispiele, bei denen das Verhältnis zu Vorgesetzten nicht so positiv ist. Ein Teilnehmer berichtet von Konflikten mit einer Anleiterin, die sich als sehr kompetent darstellt, aber viele Fehler macht. Hier scheint das Verhältnis angespannt zu sein.

Insgesamt zeigt sich, dass die Beziehung zu Vorgesetzten in Praktikumsbetrieben sehr unterschiedlich sein kann - von einem guten, offenen Verhältnis auf Augenhöhe bis hin zu Spannungen und Konflikten. Entscheidend scheinen der individuelle Führungsstil und die Persönlichkeit der Vorgesetzten zu sein.

Praktikumskolleg*innen

„Die Beziehung ist sehr gut. Ich verstehe mich gut mit den Kollegen. Ich habe noch nicht mit vielen sehr intensiv gesprochen, aber es ist alles sehr wohlwollend halt. Das Betriebsklima ist sowieso sehr wohlwollend und alle gehen wohlwollend miteinander um.“ (46_HH_T2_R)

„Ich hatte eine einzige Begegnung, die nicht so schön war. Das war die (x), aber die ist anscheinend zu jedem so ... Nee, die war halt einfach sehr kiebig und sehr unfreundlich ... Aber wenn die immer so ist, dann hat das ja auch nichts mit mir zu tun. Also, dann ist das so.“ (49_HH_T2_R)

Die Beziehungen zu den neuen Praktikumkanalleg*innen werden von den Rehabilitand*innen überwiegend als positiv und wichtig beschrieben. Die Rehabilitand*innen sind zu Beginn der Praktika noch dabei, sich in das Arbeitsteam einzufinden, dennoch verstehen sie sich mit den meisten Kolleg*innen gut und unternehmen teilweise auch Aktivitäten außerhalb der Arbeit. Diese Kolleg*innen werden schnell als Teil des persönlichen Netzwerks wahrgenommen und als bedeutend für die Befragten angesehen. Das Betriebsklima wird von einigen Rehabilitand*innen als wohlwollend und teamorientiert beschrieben, wobei regelmäßige Teamevents den Zusammenhalt stärken. Es gibt jedoch auch Ausnahmen, wie eine weniger angenehme Begegnung mit einer Personalerin, die allgemein als schwierig beschrieben wird.

Für die berufliche Eingliederung nach der Umschulung sind neben den Kolleg*innen auch Kontakte aus dem Praktikum wichtig. Der Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz ist ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche berufliche (Re-)Integration.

Betriebsrat

„Und die [≡ Konzern] will wohl [≡ Unternehmen] verkaufen im Moment, und deswegen wollen die Leute loswerden, die auf der Payroll sind ... Deswegen hab ich im Moment Kontakte mit dem Betriebsrat wegen gegebenenfalls Abfindungsverhandlungen.“ (01_HH_T1_R)

Ein interviewter Rehabilitand hatte zunächst viel Kontakt zum Betriebsrat der alten Firma, da er einen Aufhebungsvertrag mit der Firma geschlossen hatte. Der Kontakt

zum Betriebsrat war zeitweise sehr intensiv, da es um finanzielle Aspekte in Bezug auf Abfindungen ging, durch die der Rehabilitand eine gewisse finanzielle Unabhängigkeit erreichen konnte. Letztendlich ist der Kontakt zur alten Firma und damit auch zum Betriebsrat komplett abgebrochen, nachdem der Aufhebungsvertrag zustande kam.

Integrationsbeauftragte

„Und dann hatte ich direkt an (Firma) eine Bewerbung geschickt, an die Integrationsbeauftragte. Hatte dann nochmal geguckt, welche Firmen ich jetzt als nächstes anspreche ... Weil da hatte sich nämlich der eine, der aus der (LE) auch da angenommen wurde, der arbeitet inzwischen da, der hatte mir halt gesagt: "Schreib gleich ihr, sie kann da irgendwie was klären, die kennen sich damit aus." Ja, und dann hatte ich irgendwie sehr schnell eine Zusage. Und dann brauchte ich keine anderen Bewerbungen mehr verschicken.“ (40_HH_T1_R)

Das Rückfragen bei den Integrationsbeauftragten zu freien Plätzen erwies sich für eine Rehabilitand*innen als hilfreich. Durch den direkten Kontakt und die Unterstützung der Integrationsbeauftragten konnte die Person schnell eine Zusage für einen Arbeitsplatz erhalten. Integrationsbeauftragte spielen eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie verfügen über spezifisches Wissen und Kontakte, die es den Bewerberinnen und Bewerbern erleichtern, eine passende Stelle zu finden.

Ehemalige Vorgesetzte

„Ja, ich habe ein Jahr lang keinen Anruf bekommen, obwohl die wussten, dass ich (Diagnose) habe. Keinen Anruf bekommen, wie es mir geht, was ist oder wie auch immer. (23_HH_T1_R)

„... zu meiner alten Vorgesetzten. Bis zum Beginn der Reha, hab ich ihr halt meine Krankmeldung geschickt, und ab und zu kam dann mal gute Besserung zurück oder so.“ (01_HH_T1_R)

Lediglich zwei befragte Rehabilitand*innen gaben an, nach Beginn der beruflichen Rehabilitation nur noch begrenzte Kontakte zu ihren ehemaligen Arbeitgebern hatten. Eine Rehabilitand*innen berichtet, dass sie bis zum Beginn ihrer Rehabilitation noch Kontakt zu ihrer Vorgesetzten hatte, um Krankmeldungen zu übermitteln und erhielt gelegentlich Genesungswünsche. Danach habe der Kontakt jedoch aufgehört. Auch ein anderer Rehabilitand*innen gibt an, dass er nach fast einem Jahr erstmals wieder von seinem ehemaligen Arbeitgeber kontaktiert wurde.

Ehemalige Kolleg*innen

„Genau, weil, mit der habe ich da zusammengearbeitet und es hat sich eine intensive Freundschaft bis heute durchgezogen und wir schnacken jeden Tag und das ist superwichtig.“ (20_HH_T1_R)

„Was ich gar nicht mehr habe und, und was ich auch nicht haben will, sind eben Ex-Kollegen. Die sind und die sind jetzt eigentlich noch weiter raus ... da ist also definitiv kein, kein Kontakt mehr.“ (65_HH_T2_R)

Die Qualität der Beziehungen zu früheren Arbeitskolleg*innen variiert stark - von engen Freundschaften bis hin zu komplettem Kontaktabbruch. Es gibt Befragte, die engen Freundschaften zu früheren Kolleg*innen pflegen und privat viel mit ihnen unternehmen. Neue soziale Kontakte wurden teilweise über gemeinsame Hobbys gewonnen. Andere Rehabilitand*innen haben den Kontakt bewusst beendet haben, weil sie ihn nicht mehr für wichtig erachten oder als belastend empfinden. Insgesamt zeigt sich, dass der Umgang mit Ex-Kolleginnen sehr individuell ist, und viele Befragte haben das Bedürfnis, sich auf neue soziale Beziehungen zu konzentrieren.

6.1.2.5 Kontakte ins Gesundheitswesen

Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen

„Dann ist da im engeren Kreis noch meine Therapeutin, die mich jetzt einfach seit sieben Jahren betreut, wo ich auch weiß, wie besonders das ist. Weil wer hat das schon sieben Jahre? Dieselbe Therapeutin. Das ist schon super besonders, und das ja, das weiß ich auch, und das ist mir auch eine sehr, sehr große Stütze ... Das ist jetzt so die, die mich jetzt emotional einfach auch unterstützt, wo ich weiß, da kann ich mich melden, wenn es mir nicht gut geht, oder die einfach dann für mich da ist.“ (12_HH_T1_R)

„An der Stelle und eine große, ja, wie man heutzutage sagen würde, Influencerin.“ (04_HH_T1_R)

„Genau, aber die ist halt ganz professionell ... Also, ich weiß, dass sie auch irgendwann wieder weg ist und ich nur das alles mitnehmen kann, was sie mir mit auf den Weg gibt.“ (22_HH_T1_R)

„Dass die Therapeutin ... Das wird wahrscheinlich irgendwann auslaufen. Ja, dass das alles ein bisschen rausrutscht, nicht mehr so präsent ist, sage ich mal, dieses Thema. Dass man da nicht mehr Unterstützung braucht, sondern eben alleine gut durch das Leben kommt.“ (28_HH_T2_R)

Die Rehabilitand*innen berichten, dass Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen eine zentrale Rolle in ihrem sozialen Netzwerk spielen. Sie werden von den meisten

Rehabilitand*innen als sehr wichtige Bezugspersonen und zentrale Stütze auch während der beruflichen Rehabilitation gesehen, weil sie emotionale Unterstützung, Beratung und Begleitung bieten. Einige Rehabilitand*innen bauen eine enge emotionale Bindung zu ihren Psychotherapeut*innen auf. Und für manche Rehabilitand*innen sind Therapeut*innen vor allem in Krisenzeiten wichtige Personen, an die sie sich wenden können. Im Laufe des Genesungsprozesses kann sich die Bedeutung der Therapeut*innen jedoch verringern. Die Rehabilitand*innen beschreiben diesen Prozess, wie sie sich im Laufe der Zeit zunehmend selbstständig werden, sich von der Therapie lösen und die Beziehung zu Therapeut*innen weniger intensiv wird. Dabei spielen Faktoren wie der Abschluss der Therapie, der Weggang von Therapeut*innen oder das Gefühl, die Unterstützung nicht mehr zu benötigen, eine Rolle. Im Ganzen zeigt sich, dass professionelle Helfer*innen aus dem psychotherapeutischen Versorgungsbereich eine zentrale Rolle im Unterstützungsnetzwerk der Rehabilitand*innen, im Rehabilitationsprozess und bei der beruflichen Wiedereingliederung einnehmen können.

Psychiater*innen

„Und da habe ich jetzt immer noch immer einmal monatlich mit dem, äh, Psychiater einen Termin, der mich auch / also ich nehme natürlich oder ich nehme Medikamente ... Die ich natürlich brauche. Da / mit dem treffe ich mich einmal im Monat, mach kurz ein Status Update. Wie geht es jetzt gerade? Ist alles okay und brauchen Sie neue Medikamente?“ (01_HH_T1_R)

„Ja, genau. Mein Psychiater. Ja, einfach halt durch die Behandlung, die Medikamente und Gespräche. Der Mensch an sich ist jetzt kein großes, nicht besonders wichtig, aber die Behandlung.“ (27_HH_T1_R)

„Der Psychiater ist halt eine gute, ist für mich eine Sicherheit der Rückfalloption, nenne ich es jetzt mal, ganz wichtig. Also dahingehend ist der schon sehr wichtig, aber ansonsten hat er eine ganz wenige Bedeutung.“ (34_HH_T2_R)

„Ja, der Psychiater hilft mir auch. Also er sieht auch, dass ich momentan keine Unterstützung brauche ... Und so, dass ich das gut mache und darin bestärkt er mich auch.“ (05_HH_T1_R)

„Dann noch mein Psychiater ... es läuft langsam darauf hinaus, dass ja, ich habe mein Medikament gefunden. (lacht) Ich seh die Notwendigkeit, zum Arzt zu gehen, schwindet ... Und dadurch ist auch die Bindung natürlich dann etwas weniger.“ (04_HH_T1_R)

Viele interviewte Rehabilitand*innen berichten, dass sie nach ihren stationären Aufenthalten eine kontinuierliche ambulante Behandlung und Betreuung durch

Psychiater*innen während der beruflichen Rehabilitation haben. Psychiater*innen werden als wichtige Helfende wahrgenommen, die die Rehabilitand*innen medikamentös und mit Verlaufskontrollen begleiten. Sie werden teilweise als ermutigend und bestärkend wahrgenommen, da sie den Fortschritt und die Leistungen der Rehabilitand*innen loben.

Die Rehabilitand*innen schätzen diese professionelle Unterstützung und sehen sie als wichtigen Bestandteil ihres Genesungsprozesses. Teilweise nimmt die Bedeutung der Psychiater*innen im Laufe der Rehabilitation ab, wenn sich die Rehabilitand*innen stabilisieren, die Notwendigkeit regelmäßiger Termine sinkt und sie weniger Unterstützung v.a. im Hinblick auf die Medikation benötigen. Einige Rehabilitand*innen sehen die Psychiater*innen als "Sicherheitsnetz" oder "Rückfalloption", auch wenn der regelmäßige Kontakt abnimmt, und schätzen die Möglichkeit, bei Bedarf wieder Unterstützung in Anspruch nehmen zu können. Dennoch bleiben die Psychiater*innen eine wichtige Anlaufstelle, insbesondere bei Fragen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Insgesamt bleibt der Kontakt zu Psychiater*innen für viele Rehabilitandinnen eine wichtige Ressource.

Selbsthilfegruppen

„Also ham wir die Orga ins Leben gerufen, und sie is wirklich super engagiert, die ganze Zeit dabei, ich kann mich jederzeit auch bei dieser Person melden. Die hat immer 'n offenes Ohr und ist auch wichtig, mittlerweile sehr, sehr wichtig ... Also es ist 'ne andere Unterstützung, ne, so 'ne Unterstützung, die ich einfordern kann, weil ich weiß, mir wird dann auch geholfen, beziehungsweise es werden mir Ratschläge gegeben.“ (17_Teil 2_HH_T1_R)

„Ist anstrengend und mit viel Aufwand verbunden, so 'ne Selbsthilfegruppe. Hab' ich mir auch immer einfacher vorgestellt. Und manchmal auch / Ist halt' n Ehrenamt, und das ist halt manchmal auch ein bisschen belastend. So, es ist 'ne Verpflichtung jede Woche.“ (17_Teil 2_HH_T1_R)

Die Selbsthilfegruppe spielt eine wichtige Rolle für einige Rehabilitand*innen. Eine Gruppe wurde sogar von einer*m Rehabilitand*innen gemeinsam mit einem Moderator gegründet. Innerhalb der Gruppe gibt es unterschiedlich enge Beziehungen. Einige Teilnehmende haben auch außerhalb der Gruppe Kontakt zueinander aufgebaut, die sich nun auch privat nahestehen. Die Gruppe wird als "sehr, sehr wichtig" beschrieben und die Teilnehmenden unterstützen sich gegenseitig, indem sie sich austauschen, fachliche Ratschläge geben und füreinander da sind. Die Selbsthilfegruppe bietet somit den Rehabilitand*innen eine wichtige

emotionale Unterstützung, Rückhalt und Gemeinschaft. Insgesamt scheinen Selbsthilfegruppen für Rehabilitand*innen eine Art "Ruhepol" und emotionale Stütze zu sein, die der Rehabilitand*innen in schwierigen Situationen hilft.

Hausärzt*innen/ Fachärzt*innen

„Bin dann zu einem anderen Arzt gegangen und bin bei der Hausärztin und die hat mich auch sofort aufgefangen, also verbal in Arm genommen und gesagt, alles gut, kriegen wir hin! Ich schreib dich erst mal krank und jetzt erzählst du mal in Ruhe, was überhaupt passiert ist und wer du überhaupt bist. Das habe ich gemacht und die ist bis heute Bombe! Egal was, womit ich hinkomme, was haben wir denn heute und dann sagst du wieder, das und das kriegen wir auch wieder hin! Also, die ist auch total niedlich, ja, deswegen ist die auch so richtig wichtig!“ (15_HH_T1_R)

„Als ich da so nach Ostern saß und ihm sage, wie sieht es aus und dies und das und jenes, da hat er gesagt: "Es gibt dafür leider keine Pillen. Da musst du durch, und wenn du dann da durchgekommen bist, durch den Tunnel, dann wirst du sehen, dass die Sonne scheint, und du wirst lachen." Da hatte er recht.“ (39_HH_T1_R)

„Ja, Ärzte, das sind halt eher so diese Vorsorgegeschichten, die man halt mal machen muss, aber da hat man ja Kontakt mit.“ (40_HH_T1_R)

Einige Rehabilitand*innen berichten von positiven Erfahrungen mit ihren Hausärzt*innen und selten Fachärzt*innen (z.B. Orthopäd*innen), die sie als kompetent, einfühlsam und unterstützend erleben. Diese Ärzt*innen werden als wichtige Ansprechpartner*innen wahrgenommen, vor allem in Krisenzeiten. Andere Rehabilitand*innen haben eher distanzierte Beziehungen zu ihren Hausärzt*innen, sehen sie als eine Notwendigkeit für rein körperliche Beschwerden, aber nicht als eine zentrale Unterstützungsfigur. Teilweise wechseln die Hausärzt*innen auch häufig, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erschwert. Insgesamt scheint die Beziehung scheint stark davon abzuhängen, ob die Hausärzt*innen die individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen der Patient*innen verstehen und adäquat darauf eingehen.

Physio- und Ergotherapeut*innen

„Ich war bei drei verschiedenen Orthopäden. Ein Orthopäde hat mich zu einer physikalischen Praxis geschickt. Die physikalische Praxis hat eine Ärztin, die mich wieder zur Ergotherapie geschickt hat. Alles klar! ... Und ich habe die Ergotherapeutin gekriegt für die Hand und die auch Bombe also auch genauso. Und wie gesagt, die sagte auch ja, diese Hand ist nicht brauchbar ... Ich habe jetzt noch drei Mal und dann ist auch erst mal wirklich Schluss. Aber die sagt auch, das dauert noch, weil zu spät, zu späte, vernünftige Sachen koordiniert wurden und

sie macht alles richtig, dass das auch mir wieder richtig gut geht. Also, die macht Sachen mit der Hand, die möchte keine, aber es hilft.“ (15_HH_T1_R)

Die Physiotherapie spielte eine wichtige Rolle in der Genesung von Rehabilitand*innen nach schweren Unfällen bzw. körperlichen Verletzungen. Die regelmäßige Physiotherapie ist sehr hilfreich für die Bewegungswiedererlangung und ein wichtiger Teil der Rehabilitation. In einer anderen Textpassage wird die Physiotherapie jedoch als nicht mehr notwendig erwähnt. Zusätzlich zur Physiotherapie wurde auch Ergotherapie in Anspruch genommen, um die Beweglichkeiten wiederzuerlangen und die psychischen Folgen von Unfällen zu bewältigen.

(Tages-)Kliniken/Sozialdienste

„Haben sich sehr viel Zeit genommen, super Ideen entwickelt und dadurch, dass das hier, vor allen Dingen dieser Bereich hier, das ist eine Einrichtung, stationär, also, unterschiedliche Sachen, das ist eine stationäre Klinik, Tagesklinik ... Und die haben mich sozusagen einander übergeben. Das war jetzt nicht nur ein sprichwörtlicher Prozess, das war ein echter Prozess, ne? Da raus, da rein. Der Sozialdienst hat meine Akte an die weitergegeben ... Und die (medizinische Reha) waren heilfroh, da, dass ich schon die Infos von denen hatte ... Also, die haben mir einen ganz klaren Weg aufgezeigt. Mir immer wieder gesagt "Kümmere dich jetzt nur um das, wo du jetzt gerade bist ... Aber es gibt die Perspektive (berufliche Reha), und diese Perspektive, die hat mich eigentlich am Laufen gehalten.“ (55_HH_T2_R)

Der Kontakt zu (Tages-)Kliniken und deren Sozialdienste sind im Rahmen der beruflichen Rehabilitation nicht mehr oder nur selten von Bedeutung für die Rehabilitand*innen. Die Sozialdienste der (Tages-)Kliniken spielen im Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung und schließlich in die berufliche Rehabilitation eine zentrale Rolle. Dazu sollte im Rahmen der Rehabilitation den Rehabilitand*innen Ideen und Perspektiven für den weiteren Verlauf aufgezeigt und ihnen konkrete Hilfe angeboten werden. Einige Rehabilitand*innen betonen, dass die enge Verzahnung und der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Einrichtungen entscheidend für ihre rehabilitative Entwicklung waren. Ein Befragter hebt hervor, dass er ohne diese umfassende Unterstützung den Weg nicht hätte gehen können.

6.1.2.6 Kontakte ins Sozialwesen

Assistenz der Sozialpsychiatrie / Eingliederungshilfen / Soziotherapie

„Also, die ASP, die ist immer noch da. Und die unterstützt mich so was von emotional, dass ich da auch mega dankbar bin ... Weil, ich habe auch immer das Gefühl, dass alle Leute, die mich psychologisch unterstützen und auch verschrieben worden sind, sage ich mal, irgendwie mitleiden. Also, dass es nicht wirklich nur auf einer fachlichen Ebene ist.“ (37_HH_T2_R)

„Ich bin noch beim ASP, ähm, genau, ich bin noch da, also, man muss da einen Antrag stellen, und ich bin noch da ... und ich habe noch Kontakt zu ihr, und wir haben noch immer Einzeltermine, und manchmal gehe ich noch zu bestimmten Sitzungen hin. Zum Spieleabend, zum Beispiel ... Ich hab immer nicht so gern so einen engen Kontakt, und das ist ja auch so ein Kontakt, der so / wir siezen uns halt, aber sie hilft mir sehr, halt, genau.“ (11_HH_T1_R)

„Nicht, dass ich wüsste jetzt, ich habe zwar manchmal das Gefühl und wir haben auch schon oft viel gelacht, dass die Psychologin, meine ASP-Beraterin und der Psychosoziale hier alle in einer Woche das gleiche erzählen, also mir sagen, mich beraten oder loben, wo ich immer denke, wir haben eine Absprache gehalten. (15_HH_T1_R)

Insgesamt drei Rehabilitand*innen aus Hamburg nehmen Eingliederungshilfen im Sinne der Assistenz der Sozialpsychiatrie (Hamburg-spezifisch) in Anspruch, ein Rehabilitand*innen nimmt an einer Soziotherapie teil. Die Interviewten beschreiben ihre Erfahrungen mit der Eingliederungshilfe als überwiegend positiv. Die Rehabilitand*innen schätzen den regelmäßigen Kontakt und die Einzeltermine mit der Betreuung, diese Kontinuität wird als sehr wertvoll erlebt.

Die Assistenz in der Sozialpsychiatrie-Betreuer*innen bieten emotionale Unterstützung, motivieren bei Rückschlägen und begleiten die Betroffenen auch zu Terminen. In Phasen, in denen eine*r Rehabilitand*innen den Reha-Prozess abbrechen wollte, haben die Mitarbeiter*innen ermutigt und unterstützt, durchzuhalten. Die Leitung hat eine*n Rehabilitand*innen beispielsweise in die Tagesklinik vermittelt und so wichtige Informationen und Unterstützungsangebote zugänglich gemacht. Der Kontakt ist zwar eher formell, aber die Betreuer*innen werden als sehr hilfreich empfunden. In einem Fall entstand der Eindruck, dass die verschiedenen Fachkräfte wie Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen und Mitarbeiter*innen miteinander kooperieren und sich austauschen, um die Betroffenen bestmöglich zu unterstützen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Kontakt zur Assistenz in der Sozialpsychiatrie für die Rehabilitand*innen von großer Bedeutung ist. Er bietet ihnen nicht nur fachliche Unterstützung, sondern auch emotionale Begleitung und Motivation in einem schwierigen Lebensabschnitt. Allerdings wünschen sich einige Befragte noch niedrigschwelligere Anlaufstellen, an die sie sich mit Fragen zu Anträgen und Leistungen wenden können, ohne lange Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen.

Zusätzlich wurden **Kontakte/Einrichtungen** von den Rehabilitand*innen genannt, die **perspektivisch** nach Beendigung der Reha-Maßnahme eine wichtige Rolle für die berufliche (Re-)Integration spielen könnten. Zum einen wird das Berufsinformationszentrum als mögliche Anlaufstelle genannt, um sich über Praktikumsplätze und Berufe zu informieren. Außerdem wird die Öffentliche Rechtsauskunft- und Vergleichsstelle als Unterstützungsmöglichkeit bei rechtlichen Fragen erwähnt, auch wenn dies eher hypothetisch ist. Für finanzielle Unterstützung wird der Sozialverband als geeignete Einrichtung angesehen, da diese neben Rechtsberatung auch Hilfe bei Ämtergängen bietet.

Herausforderungen und Konflikte in den formellen Kontakten der Rehabilitand*innen

„Ja, da hat ich einen Streit mit einer (R). Wir haben über Monate lang nicht miteinander geredet und der war auch total unbegründet. Aber das ist halt auch so'n Mensch, mit dem man nicht diskutieren kann. Ich hab versucht, meinen Standpunkt klarzumachen, und sie fällt mir die ganze Zeit ins Wort, und dann hatte ich halt auch kein Bock. So ist einfach so. Damit muss ich mich nicht beschäftigen ... Ja, wir haben uns ausgesprochen nach Monaten. Und das wird nicht meine beste Freundin. Muss ja auch nicht, ne. Aber es ist jetzt nicht so, dass man nicht mehr so tut, als würde man sich nicht kennen. Sondern das ist ja in Ordnung so.“ (17_Teil 1_HH_T1_R)

„Also, mit Reha-Fachkräfte hatte ich ein bisschen das Problem, dass ich sie zwar supernett fand, aber sie hatte ja auch erst kurz bevor ich angefangen habe, hier angefangen, war also noch nicht so erfahren. Und zeitweilig hatte ich das Gefühl, ich betreue sie. Also das war so ein bisschen, das ist auch mein Muster. Ich weiß auch, dass ich das anbiete, irgendwie dann so zu sagen: Wie geht es Ihnen und so? Aber da fehlte ihr halt die berufliche Erfahrung, zu sagen, "Ich bin hier für Sie zuständig und nicht Sie für mich." So. Das war so ein bisschen, da fehlte einfach Abgrenzung, die ich mir von der Seite mehr gewünscht hätte, die ich auch mehr gebraucht hätte ... Das fand ich ein bisschen schade. Sie war relativ schwankend in ihren Stimmungen, das fand ich auch anstrengend. Ich musste immer sehr genau gucken: Hat sie heute einen guten Tag oder einen schlechten Tag? Wenn sie

einen schlechten Tag hatte, war sie, also dann hat man irgendwie, habe ich eher versucht, kein Gespräch zu haben, weil das irgendwie gar nicht funktioniert hat ... Dann war sie halt sehr ruppig, also sie war einfach nicht besonders konstant in ihrem Verhalten gegenüber mir, auch gegenüber anderen, das bekommt man ja auch so mit. Und das fand ich zum Teil ein bisschen schwierig. Mir ist klar, dass niemand völlig konstant ist so, aber ich hatte manchmal fast den Eindruck, dass sie auch irgendwie eher instabil ist vom emotionalen Ding her. Und das ist für psychisch kranke Teilnehmer schwierig. So. Das fand ich ein bisschen, ja, fand ich einfach ein bisschen schwierig.“ (49_HH_T2_R)

„RFK ist so abgegrenzt, dass ich in fast anderthalb Jahren hier keine Beziehung zu ihm aufgebaut habe. Ja, das ist ja nicht das Schlechteste, ich brauchte das auch nicht. Weil ich habe meine Einzeltherapie draußen und habe jemand Festen, an den ich irgendwie auch angedockt bin. Ich glaube aber, dass das für andere Menschen, die das nicht haben, schwierig ist ... Wir hatten ein einziges Mal eine Situation, wo es mir wirklich schlecht ging, wo ich weinend vor ihm saß und wo er wirklich irgendwie nur sagte: "Ja, ich merke, Sie sind emotional berührt." Und ich denke mir so: Ja, ich heule, natürlich bin ich emotional berührt (lacht). Das war so ein bisschen schräg ... Ich hätte einfach ein bisschen mehr das Gefühl, gerne das Gefühl gehabt, dass er sich für das interessiert, was ich mache. Und wer ich bin. Aber da hatte ich einfach das Gefühl, ich war halt eine von ganz vielen. Und eine, die nicht so viel Arbeit macht. Ja. Und das war irgendwie ein bisschen, ja, fand ich einfach schade.“ (49_HH_T2_R)

Die befragten Rehabilitand*innen berichteten nicht häufig von Konflikten oder Schwierigkeiten in der Kommunikation mit formellen Ansprechpartnern.

Allerdings gab es Konflikte mit anderen Rehabilitand*innen, z.B. ein längerer Streit oder Schwierigkeiten mit grenzüberschreitendem Verhalten, bei dem sich Rehabilitand*innen abgrenzen musste. Im Rahmen der Praktika gab es gelegentlich Spannungen mit Kolleg*innen. Einige Rehabilitand*innen wünschten sich mehr Unterstützung und Verständnis von ihren Reha-Fachkräften in der Rehabilitation. Hinzu kamen gelegentlich Spannungen mit den Leistungsträgern, die als bürokratisch und wenig verständnisvoll erlebt wurden.

6.1.3 Schleswig-Holstein: Netzwerkanalyse der Rehabilitand*innen

*Die detaillierte Ergebnisdarstellung der Netzwerkanalyse zu den einzelnen Qualitäten der sozialen Kontakte der Rehabilitand*innen in Schleswig-Holstein konnte bis zur Abgabe dieses Berichtes nicht abgeschlossen werden, weshalb im Anschluss direkt ein Gesamtvergleich erfolgt.*

Die Abbildung 4 zeigt die Gesamt-Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen in Schleswig-Holstein zu T2:

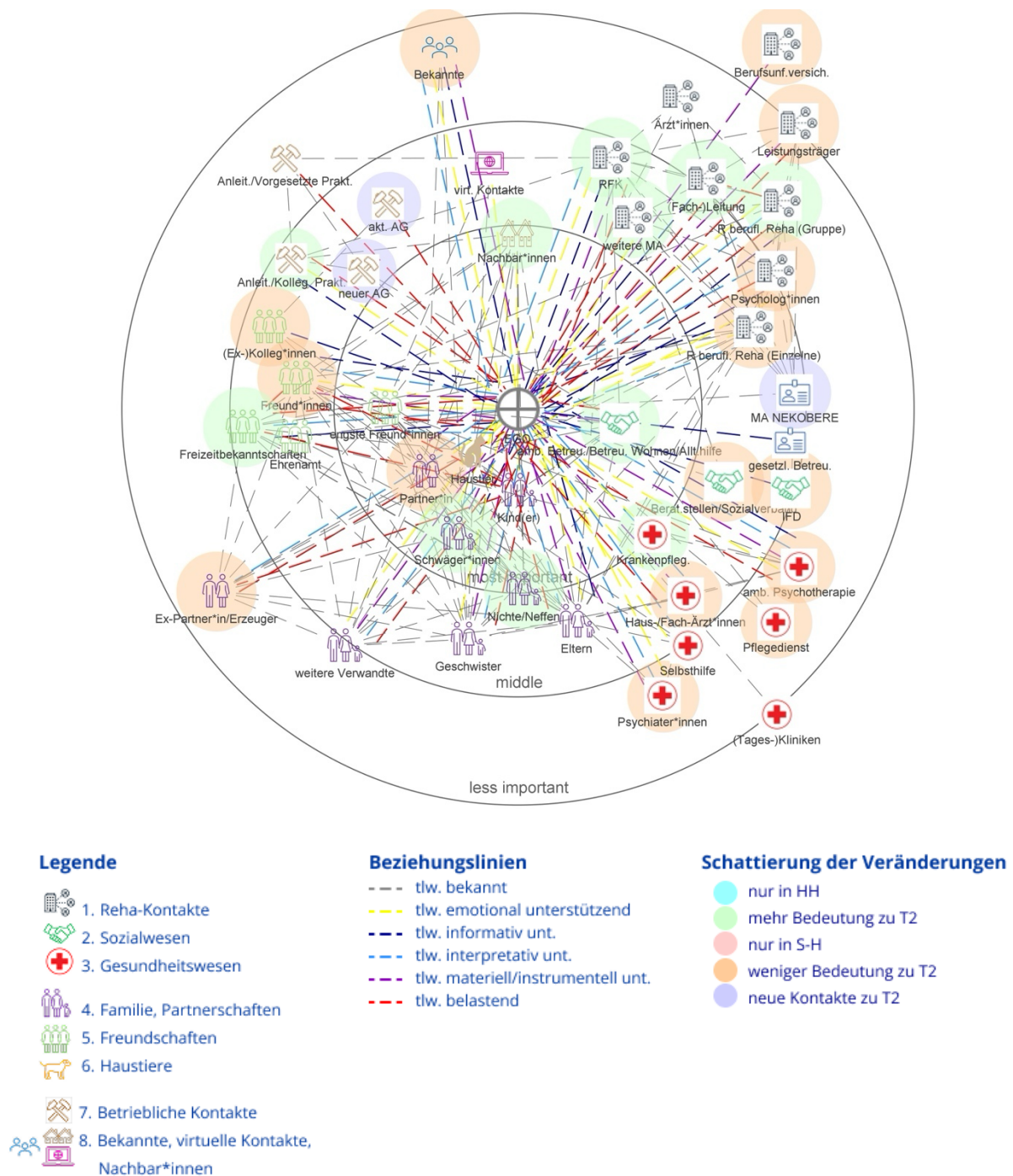


Abbildung 4 Gesamt-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen Schleswig-Holstein zu T2

6.1.4 Gesamtschau auf Hamburg und Schleswig-Holstein

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse weiterer inhaltsanalytischer Auswertungen dargestellt. Aus der Perspektive der Rehabilitand*innen aus Hamburg und Schleswig-Holstein wird die allgemeine Zufriedenheit mit den Netzwerken und die Aussagen zur erlebten/erfahrenen sozialen Unterstützung (6.1.3.1) dargestellt. Es folgen die signifikanten Veränderungen in den Kontakten vom ersten (T1) zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) (6.1.3.2). Daraufhin werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Netzwerken der Rehabilitand*innen in Hamburg und Schleswig-Holstein näher beleuchtet (6.1.3.5). Des Weiteren werden Erkenntnisse aus den Fragen an die Rehabilitand*innen zu perspektivisch wünschenswerten Kontakten und Unterstützungsbedarfen (6.1.3.4) sowie den Voraussetzungen für ein funktionierendes Netzwerk dargestellt (6.1.3.5). Zum Ende dieses Kapitels wird dargestellt, welche sozialen Kontakte hilfreich für die berufliche (Re-)Integration sind (6.1.3.6).

Die folgende Abbildung 5 zeigt die Gesamt-Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen aus Hamburg und Schleswig-Holstein:

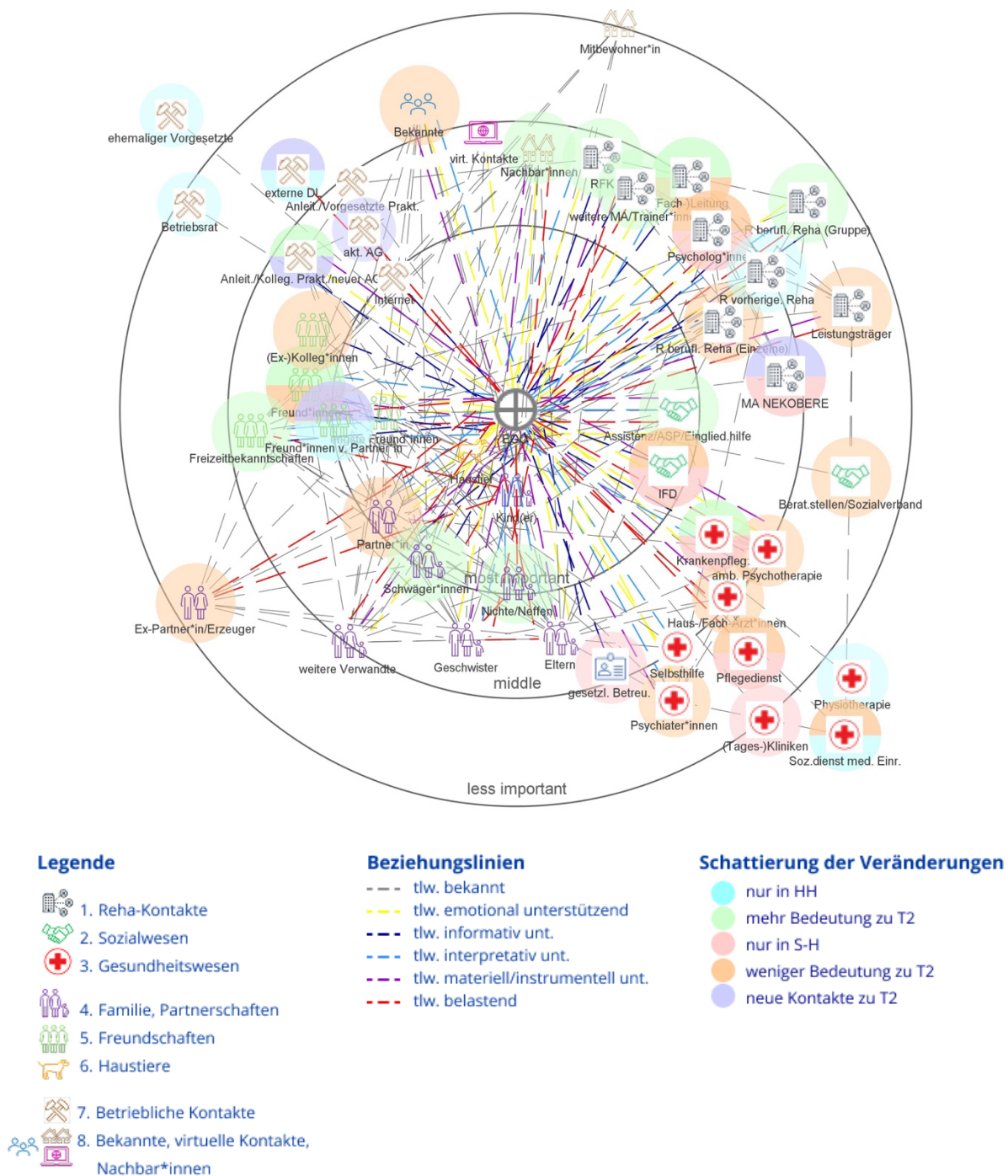


Abbildung 5 Gesamt-Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen zu T2

6.1.4.1 Soziale Unterstützung der Rehabilitand*innen

Die Arten und Formen der erfahrenen sozialen Unterstützung der Rehabilitand*innen wurden schon im Rahmen der Auswertung zu den sozialen Beziehungen in den einzelnen Subgruppen dargestellt (s. 6.1.1, 6.1.2). Im Folgenden wird die soziale

Unterstützung der Rehabilitand*innen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation über Hamburg und Schleswig-Holstein hinweg systematisch zusammengefasst.

Die interviewten Rehabilitand*innen in Hamburg und Schleswig-Holstein berichten von einer großen **Unterstützung** in **emotionaler** Hinsicht durch ihr Netzwerk während der beruflichen Rehabilitation.

Die emotionale Unterstützung kam aus fast allen Clustern, vorwiegend jedoch von der Familie, Partnerschaften und engen Freund*innen. Diese Personen bieten ein offenes Ohr, Verständnis und Geduld, insbesondere in schwierigen Phasen.

Im Reha-Kontext wurden die Reha-Fachkräfte, beruflichen Trainer*innen, Psycholog*innen und anderen Rehabilitand*innen als wichtige emotionale Stützen beschrieben, die die Rehabilitand*innen während der Rehabilitation und im Hinblick auf die (Re-)Integration auch emotional motivieren.

Im Sozial- und Gesundheitswesen waren es die Fachkräfte der Eingliederungshilfe (Assistenz in der Sozialpsychiatrie), die Psychotherapeut*innen, Selbsthilfegruppen sowie in selteneren Fällen auch die Haus-, Fachärzt*innen und Psychiater*innen, die die Rehabilitand*innen emotional unterstützten.

Instrumentelle bzw. materielle Unterstützung erhielten die Rehabilitand*innen hauptsächlich von (Ehe-)Partner*innen, Schwäger*innen, Geschwistern, Eltern und Verwandten sowie von (engen) Freund*innen und Bekannten. Zusätzlich gab es materielle Unterstützung durch die Eingliederungshilfe und Leistungsträger sowie instrumentelle Hilfe von Haus-, Fachärzt*innen und Psychiater*innen.

Die Familienmitglieder, insbesondere Partner*innen, Eltern und Geschwister, boten den Rehabilitand*innen finanzielle Unterstützung in Form von Darlehen an, übernahmen organisatorische Aufgaben, halfen bei Behördengängen und Anträgen und unterstützten praktisch im Haushalt und bei Besorgungen. Auch Freund*innen und Bekannte spielten eine wichtige Rolle, indem sie praktische Hilfe wie beim Umzug oder Einkaufen leisteten und teilweise auch finanziell einsprangen. Vereinzelt wurde auch von instrumenteller Unterstützung durch Nachbar*innen oder Selbsthilfegruppen berichtet.

Darüber hinaus waren die Reha-Fachkräfte für einige Rehabilitand*innen eine wichtige Unterstützung, indem sie bei der Strukturierung und Umsetzung der Reha-Maßnahmen halfen. Sie unterstützten bei der Praktikumssuche, Antragsstellung und

Strukturierung des Alltags. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie Psychiater*innen boten praktische Unterstützung wie Krankschreibungen, Rezepte und Überweisungen. Die Leistungsträger wurden als wichtig für die finanzielle Absicherung angesehen, doch die Übernahme der Reha-Kosten und das Übergangsgeld wurde teilweise als belastend wahrgenommen. Insgesamt zeigt sich, dass die Rehabilitand*innen aus ihrem sozialen Netzwerk von verschiedenen Seiten instrumentelle und materielle Unterstützung erhalten.

Informative und **interpretative** Unterstützung erhielten die Rehabilitand*innen von fast allen informellen wie formellen sozialen Kontaktpersonen. Neben der Familie und Freund*innen kam die Unterstützung im Reha-Kontext von Reha-Fachkräften, Psycholog*innen, anderen Rehabilitand*innen sowie Praktikumskolleg*innen. Im Sozial- und Gesundheitsbereich unterstützten Fachkräfte der Eingliederungshilfe, Psychotherapeut*innen, Haus-, Fachärzt*innen und Psychiater*innen.

Die Reha-Fachkräfte, berufliche Trainer*innen, Ergotherapeut*innen und teilweise auch Psychotherapeut*innen **informierten** zu Themen wie Praktikumsuche, Bewerbungen, Fördermöglichkeiten und berufliche Neuorientierung. Auch Familienangehörige, Freund*innen und Bekannte konnten teilweise informative Unterstützung leisten, indem sie Tipps zu Praktika, Jobsuche oder Weiterbildung gaben. Darüber hinaus waren die Mit-Rehabilitand*innen aus der Reha-Maßnahme und Kolleg*innen aus Praktika wichtige Ansprechpartner*innen, um sich gegenseitig zu informieren und auszutauschen.

Vereinzelt holten sich die Rehabilitand*innen auch bei Assistenz in der Sozialpsychiatrie-Betreuer*innen, Sozialverbänden oder Ärzt*innen und Therapeut*innen Informationen zu der zukünftigen beruflichen Ausrichtung ein. Im Ganzen zeigte sich, dass die Rehabilitand*innen auf ein breites Netzwerk an informativer Unterstützung zurückgreifen konnten, wobei die Reha-Fachkräfte im Rahmen der professionellen Betreuung eine zentrale Rolle spielten. Die Rehabilitand*innen schätzten es sehr, feste Ansprechpersonen zu haben, die sie individuell unterstützten und ihnen in Krisensituationen zur Seite standen.

Die Rehabilitand*innen erhielten auch **interpretative Unterstützung** von verschiedenen Personen in ihrem Umfeld. Therapeut*innen, Psycholog*innen und Reha-Fachkräfte helfen den Rehabilitand*innen, eine neue Sichtweise auf ihre Erkrankung und berufliche Entwicklung zu gewinnen. Auch Freunde, Familienangehörige und manchmal auch Bekannte boten interpretative Unterstützung, indem sie den Rehabilitand*innen halfen, ihre Erkrankung und die Veränderungen im Berufsleben aus einer anderen Perspektive zu betrachten, auch im Hinblick auf eine Wiedereingliederung. Die Reha-Fachkräfte und Psychotherapeut*innen unterstützten die Rehabilitand*innen interpretativ bei der Strategieentwicklung, gaben Feedback und trugen dazu bei, den Selbstwert und das Selbstvertrauen zu stärken. Auch der Austausch mit anderen Rehabilitand*innen wurde als sehr wertvoll empfunden aufgrund von gegenseitigen Tipps und Motivation. Es war wichtig, dass die Rehabilitand*innen Personen in ihrem sozialen Umfeld haben, mit denen sie offen über ihre Erkrankung und ihre Situation sprechen können und die ihnen dabei neue Denkanstöße geben. Dies kann sowohl im professionellen als auch im privaten Umfeld der Fall sein.

Kommunikationsschwierigkeiten oder **Konflikte** gab es (wenn) im privaten und formalen Umfeld. Einige Rehabilitand*innen gaben ein schwieriges Verhältnis zu Eltern und Geschwistern an, wenn unterschiedliche Lebensvorstellungen oder familiäre Belastungen eine Rolle spielen. Auch Freundschaften und frühere Partnerschaften können schwierig sein, wenn wenig Verständnis für krankheitsbedingte Veränderungen wird. Zum Eigenschutz grenzen sich manche Rehabilitand*innen bewusst von belastenden Kontakten ab.

Im beruflichen Umfeld kam es (wenn) zu Problemen mit Personen, die als grenzüberschreitend oder emotional instabil wahrgenommen wurden. Es fiel einigen schwer, tragfähige Beziehungen zu Reha-Fachkräften aufzubauen, wenn sie sich nicht ausreichend wahrgenommen fühlten. Hinzu kamen Spannungen mit den Leistungsträgern, die als bürokratisch und wenig verständnisvoll erlebt werden.

Insgesamt zeigte sich, dass das soziale Netzwerk der Befragten eine wichtige Unterstützung in der Phase der beruflichen Rehabilitation darstellt. Die Zufriedenheit der Rehabilitand*innen mit der erfahrenen **sozialen Unterstützung** ist relativ hoch. Sie betonten, dass sie sich von den verschiedenen Personen in ihrem Umfeld gut

unterstützt fühlten und auf deren Hilfe zählen könnten, wenn sie diese benötigen. Einige Rehabilitand*innen gaben an, dass sie sich manchmal schwertun, Unterstützung anzunehmen, da sie nicht zur Belastung für andere werden wollen. Dennoch waren sie dankbar für die Unterstützung, die ihnen zuteilwird.

Obwohl viele soziale Kontakte einen förderlichen Anteil zur Stärkung der Rehabilitand*innen in materieller, informativer und interpretativer Form betrug, schien die Bedeutung der sozialen Kontakte der Rehabilitand*innen vor allem von der erfahrenen emotionalen Unterstützung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation und perspektivisch einer (Re-)Integration abhängig zu sein. Die Familie schien eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit und damit indirekt für die Erwerbstätigkeit zu spielen. Engste Freund*innen, Partner*innen, Kinder und Haustiere vermittelten sehr wichtige emotionale Unterstützung und schienen zum Teil eine kompensatorische Funktion für konfliktbehaftete oder fehlende familiäre Beziehungen aufzuweisen.

6.1.4.2 Veränderungen in den Netzwerken der Rehabilitand*innen

Die **soziale Unterstützung** durch das persönliche Netzwerk hat sich für die Befragten im Verlauf der Rehabilitation teilweise verändert. Einige Rehabilitand*innen berichteten, dass die Unterstützung durch Partner*innen oder enge Freunde einfacher und weniger belastend geworden ist, da sich ihre Situation insgesamt verbessert hat. Andere haben die Erfahrung gemacht, dass der Kontakt zu einigen Personen distanzierter geworden ist, da sie selbstständiger geworden sind und weniger Hilfe benötigen. Einige Rehabilitand*innen beschrieben, dass sich die Unterstützung durch bestimmte Freundschaften sogar intensiviert und eine besondere Tragfähigkeit entwickelt hat, da diese Personen sehr eng über die aktuelle Situation informiert waren. Vereinzelt wurde auch berichtet, dass Familienangehörige mit der Zeit etwas nachdrücklicher nach Verbesserungen fragten. Einige Rehabilitand*innen gaben an, dass die Unterstützung durch das Reha-Team im Laufe der Maßnahme abnahm, da sie selbstständiger wurden. Andere machten diese Erfahrung jedoch nicht. Es lässt sich festhalten, dass die Veränderungen in der Unterstützung sehr individuell waren und von den jeweiligen Bedürfnissen und Entwicklungen der Rehabilitand*innen abhingen. Die Unterstützung durch das Netzwerk blieb für die meisten Rehabilitand*innen jedoch konstant, auch wenn sich die Art und Weise teilweise veränderte.

Im Verlauf der Reha- und Praktikumsphasen über T1 und T2 wurde bei den Rehabilitand*innen deutlich, dass sich ihr soziales Netzwerk in mehrfacher Hinsicht verändert hat. Einerseits sind neue Kontakte hinzugekommen, andererseits haben sich bestehende Beziehungen in ihrer Qualität gewandelt.

Neue soziale Verbindungen entstanden vor allem im beruflichen Kontext. So wurden für einige Rehabilitand*innen andere Mit-Rehabilitand*innen oder Kolleg*innen aus den Praktikumsbetrieben zu wichtigen Bezugspersonen. Aber auch neue Freundschaften oder über bereits bestehende Kontakte und deren soziales Umfeld im privaten Bereich gewannen für einige Rehabilitand*innen an Bedeutung. Darüber hinaus haben sich teilweise neue Beziehungen über Selbsthilfegruppe und (Tages-)Kliniken entwickelt.

Gleichzeitig hat sich die Qualität und Bedeutung bestimmter sozialer Kontakte im Laufe der beruflichen Rehabilitation verändert. So ist bei vielen Rehabilitand*innen eine deutliche **Abnahme der Relevanz** bestimmter Beziehungen zu beobachten. Insbesondere betraf dies die Trennung von Partner*innen sowie den Rückzug oder das Ende von Kontakten zu ehemaligen Kolleg*innen und Bekannten. Auch der Kontakt zu Einzelpersonen wie Reha-Fachkräfte aus der Rehabilitation und der ambulanten Psychotherapie nahm für einige Rehabilitand*innen ab. Ebenso verloren Haus- und Fachärzt*innen, Psychiater*innen sowie Sozialdienste in medizinischen Einrichtungen an Bedeutung. Für andere Rehabilitand*innen wurden diese Kontakte jedoch im Verlauf der Zeit gerade gegen Ende der Rehabilitation wieder wichtiger.

Die familiären Kontakte der Rehabilitand*innen blieben in vielen Fällen stabil, wenn auch teilweise weniger intensiv als zuvor. Bei einigen Rehabilitand*innen reduzierten sich die Kontakte zu bestimmten Familienmitgliedern oder blieben dauerhaft angespannt. Freundschaften aus früheren Lebensphasen, die während der beruflichen Rehabilitation oder im Rahmen früherer Maßnahmen entstanden, verloren für viele Rehabilitand*innen an Bedeutung.

Eine **zunehmende Bedeutung** sozialer Kontakte zeigte sich in verschiedenen Bereichen des Lebens. Neue Verbindungen zu Freund*innen, Freizeitbekanntschaften, Schwäger*innen, Nichten und Neffen sowie Nachbar*innen gewannen spürbar an Bedeutung. Auch Kontakte im Rahmen der Angebote zur sozialen Teilhabe, etwa über die Assistenz in der Sozialpsychiatrie/Eingliederungshilfe, Beratungsstellen, Reha-Fachkräfte, Mitarbeitende der Lebenshilfe sowie

Gruppenstrukturen innerhalb der Rehabilitation, spielen eine zunehmend wichtige Rolle.

Zusammenfassend ergab sich ein dynamisches Bild sozialer Beziehungen der Rehabilitand*innen, das stark von den individuellen Erfahrungen im Rehabilitationsprozess geprägt ist. Während frühere Bindungen an Bedeutung verloren, entwickelten sich neue, unterstützende Kontakte, die zur Stabilisierung und Neuorientierung der Betroffenen beitrugen.

6.1.4.3 Unterschiede in den Netzwerken der Rehabilitand*innen

In Hamburg und Schleswig-Holstein waren die in den Netzwerkkarten aufgeführten sozialen Kontakte zu Personen oder Personengruppen bzw. Institutionen größtenteils identisch bzw. konnten den Clustern und ihren Untergruppen gleichermaßen zugeordnet werden. Lediglich *einzelne Kontakte* bestanden *nur in Hamburg oder Schleswig-Holstein*. Dazu gehörten in Hamburg Kontakte zu Rehabilitand*innen aus der medizinischen Rehabilitation, Betriebsräte, externe Dienstleister, ehemalige Vorgesetzte, Physiotherapeut*innen und Sozialdienste medizinischer Einrichtungen. In Schleswig-Holstein gab es zusätzlich Kontakte zu RPK-internen Psychologinnen, dem Integrationsfachdienst, der Krankenpflege bzw. Pflegediensten und rechtlichen Betreuer*innen. Die Unterschiede zwischen den Rehabilitand*innen-Netzwerken in Hamburg und Schleswig-Holstein sind vor allem auf die unterschiedlichen sozialen Unterstützungsangebote sowie auf die Art der Leistungserbringer zurückzuführen. In Schleswig-Holstein wurden die meisten Rehabilitand*innen in RPK befragt, in denen medizinische und berufliche Rehabilitation stärker miteinander verknüpft sind.

Die *Unterschiede in den Netzwerken* zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein zeigen sich in verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens. Für Rehabilitand*innen in Schleswig-Holstein, die Schwäger*innen haben, sind diese sehr wichtig. Eltern und Ex-Partner*innen sind in Schleswig-Holstein etwas wichtiger als in Hamburg, während Nichten, Neffen und weitere Verwandte für Rehabilitand*innen aus Schleswig-Holstein etwas weniger wichtig sind als in Hamburg. In Schleswig-Holstein haben deutlich mehr Rehabilitand*innen Haustiere. Freundschaften sind in Schleswig-Holstein zu T1 wichtiger als zu T2 im Gegensatz zu Hamburg. Ehemalige Kolleg*innen sind in Schleswig-Holstein wichtiger als in Hamburg. Bekannte sind in Schleswig-Holstein weniger wichtig als in HH, während Nachbar*innen für einige

Rehabilitand*innen in Schleswig-Holstein eine wichtige bis sehr wichtige Rolle spielen. Für eine Person in Schleswig-Holstein sind virtuelle Kontakte wichtiger als in Hamburg.

In Bezug auf Unterschiede zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein in Bezug auf Veränderungen von T1 zu T2 spielten Leistungserbringerbezogene Kontakte wie Psycholog*innen und andere Mitarbeiter*innen weiterhin eine Rolle, während berufliche Trainer*innen fast keine Bedeutung mehr haben. Auch die Leitung der Leistungserbringer ist weniger bedeutsam. Finanziell sind zu diesem Zeitpunkt die Krankenkassen und die Berufsunfähigkeitsversicherung relevant. In einem Fall war der aktuelle Arbeitgebende wichtig, weil die Kündigung noch aussteht, was belastend war. Der Betriebsrat wurde in Schleswig-Holstein nicht genannt, und Kolleg*innen sowie Anleitende vom Praktikum wurden kaum genannt und sind weiter nach außen gerückt. Im Sozialwesen sind den Rehabilitand*innen in Schleswig-Holstein Beratungsstellen wichtig. Wenn ambulante Betreuung, Alltagshilfe oder betreutes Wohnen vorhanden sind, sind diese sehr wichtig. Im Gesundheitswesen werden für einige Rehabilitand*innen aus Schleswig-Holstein Psychiater*innen zu T2 wichtiger, während Psychotherapeut*innen zu T1 und T2 am Rand von „wichtig“ stehen.

Zur vereinfachten Darstellung und Präsentation von Ergebnissen über Hamburg und Schleswig-Holstein hinweg wurde eine **Gesamt-Netzwerkkarte** erstellt, in der alle Kontakte aus beiden Bundesländern eingetragen sind. Dadurch veränderten sich die Positionen einzelner Kontakte ein wenig (s. Anlage 17 Gesamt-Netzwerkkarte der Rehabilitand*innen).

6.1.4.4 Kontaktwünsche und Unterstützungsbedarfe der Rehabilitand*innen

Nicht wenige befragte Rehabilitand*innen wünschen sich mehr soziale Kontakte und Unterstützung in ihrem Netzwerk, wie auch eine stärkere Vernetzung unter den bestehenden Kontakten. So wünschen sich die Rehabilitand*innen den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte im privaten Bereich. Regelmäßige Treffen und Austausch mit engen Freund*innen oder auch in einer Selbsthilfegruppe nach der Rehabilitation werden als hilfreich angesehen. Unterstützung durch Freund*innen und Familie, die Verständnis für die Situation zeigen, ist ebenfalls von großer Bedeutung.

Einige Rehabilitand*innen haben Schwierigkeiten, neue Kontakte zu knüpfen, oft aufgrund psychischer Belastungen oder weil es ihnen schwerfällt, das Haus zu verlassen. Bestehende Kontakte können aufgrund von Zeitmangel oder

unterschiedlichen Bedürfnissen nicht intensiv gepflegt werden. Es besteht die Hoffnung, dass sich die Kontakte in der Zukunft intensivieren, insbesondere bei einer verbesserten finanziellen Situation.

Einige spezifische Wünsche beinhalten die Verbesserung des Verhältnisses zu engen Familienmitgliedern, insbesondere zur Mutter. Während einige Rehabilitand*innen mit ihren derzeitigen Kontakten zufrieden sind, wünschen sich andere eine*n Partner*in. Es gibt auch den Bedarf an Unterstützung bei praktischen Dingen wie Behördengängen, Einkaufen oder der Arbeitssuche.

Im beruflichen Kontext wird vereinzelt von Rehabilitand*innen die Bewilligung der Gleichstellung aufgrund eines Grades der Behinderung als wichtig erachtet, um Kündigungsschutz und finanzielle Vorteile zu erhalten. Zudem wird von den Rehabilitand*innen Begleitung und Beratung bei der Neuorientierung nach der Reha-Maßnahme gewünscht, um den Übergang zu bewältigen.

Eine bessere Vernetzung und ein intensiverer Informationsaustausch zwischen verschiedenen Hilfsangeboten und Einrichtungen sind notwendig. Ebenfalls gewünscht sind mehr Psychotherapieplätze. Zudem werden mehr Verständnis und Empathie von Seiten der Reha-Fachkräfte und Psychotherapeut*innen gefordert. Außerdem zeigt sich, dass weitere psychosoziale Begleitung und Gesprächsangebote auch über die Reha-Zeit hinaus von den Rehabilitand*innen benötigt werden.

Für die berufliche Wiedereingliederung wünschen sich die Rehabilitand*innen Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, insbesondere bei Bewerbungen. Zudem sind mehr Praktikumsangebote und Kontakte zu Betrieben, die Praktika anbieten, notwendig. Begleitung und Beratung beim Übergang in den Arbeitsmarkt, auch nach Abschluss der Rehabilitation, sowie finanzielle Unterstützung für Weiterbildungen oder Umschulungen werden von den Rehabilitand*innen als wichtig erachtet. Insgesamt wünschen sich die Rehabilitand*innen eine ganzheitliche Unterstützung, die über die reine Reha-Maßnahme hinausgeht und sie langfristig bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung begleitet.

6.1.4.5 Funktionierende Rehabilitand*innen-Netzwerke

Im Allgemeinen sind die befragten Rehabilitand*innen zufrieden mit ihren Netzwerken, sie betonen mehrere wichtige Aspekte für ein gut funktionierendes Netzwerk. Vertrauen wird als zentral erachtet, da es ohne Vertrauen schwerfällt, sich

emotional zu öffnen oder Fragen zu stellen. Regelmäßiger Kontakt und gegenseitiges Interesse sind ebenfalls entscheidend. Einige Rehabilitand*innen berichten, dass ihnen manchmal die Zeit fehlt, um ihr Netzwerk ausreichend zu pflegen. Andere kritisieren, dass die Kommunikation heutzutage oft über digitale Kanäle wie WhatsApp stattfindet, was den direkten persönlichen Austausch beeinträchtigt.

Ein funktionierendes Netzwerk aus Sicht der Rehabilitand*innen benötigt regelmäßige persönliche Treffen und Kontaktmöglichkeiten, damit die Beteiligten sich sehen und austauschen können. Verlässlichkeit, Kommunikation und ein wohlwollendes Miteinander, das von Vertrauen und Wertschätzung geprägt ist, sind essenziell.

Die Unterstützung durch Reha-Fachkräfte wird als sehr hilfreich empfunden und mit der Höchstnote bewertet. Diese Unterstützung soll weiterhin gewährleistet werden, damit die Netzwerke gut funktionieren. Die Rehabilitand*innen wünschen sich dabei, ernst genommen zu werden und hilfreiche Tipps zu erhalten.

Im Ganzen zeigt sich, dass ein funktionales Netzwerk stark vom Engagement und Wohlbefinden der Beteiligten abhängt, es setzt psychische Stabilität voraus und die Bereitschaft, Zeit und Energie zu investieren, ist entscheidend.

6.1.4.6 Wichtige Kontakte für eine berufliche (Wieder-)Eingliederung

In den Interviews wurden die Rehabilitand*innen auch danach gefragt, wer sie konkret bei der (Re-)Integration unterstützen könnte. Vor diesem Hintergrund und den in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Ergebnissen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass insgesamt ein stabiles soziales und berufliches Netzwerk von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt ist.

Verschiedene Personen und Institutionen leisten dabei unterschiedliche, aber sich ergänzende Formen der Unterstützung. Auf der professionellen Ebene spielen insbesondere die Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer (Reha-Fachkräfte, berufliche Trainer*innen) eine wichtige Rolle. Sie bieten fachliche Beratung, begleiten Qualifizierungsprozesse und entwickeln individuelle Maßnahmenkonzeptionen. Auch Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen wie Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen tragen wesentlich zur psychischen Stabilisierung und persönlichen Entwicklung der Rehabilitand*innen bei.

Ergänzt wird diese professionelle Hilfe durch die Unterstützung öffentlicher Institutionen wie den Leistungsträgern der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jobcenter).

Einige Rehabilitand*innen wünschen sich dabei eine aktivere und kontinuierlichere Begleitung durch die Rentenversicherung, der Arbeitsagentur bzw. das Jobcenter und auch Leistungserbringern, um gemeinsam Perspektiven zu entwickeln und Schritte in Richtung (Wieder-)Eingliederung zu unternehmen, insbesondere bei der Nachbetreuung.

Darüber hinaus werden Einrichtungen wie Beratungsstellen, der Integrationsfachdienst, das Berufsinformationszentrum, Innungen oder Handwerkskammern als potenzielle Anlaufstellen gesehen, um Informationen und Kontakte für eine berufliche Neuorientierung zu erhalten. Diese Stellen bieten finanzielle Absicherung, wichtige Informationen, Beratung und zeigen weiterführende Hilfsangebote auf.

Ebenso wichtig ist das persönliche Umfeld. Lebenspartner*innen leisten emotionale Unterstützung, helfen bei der Selbsteinschätzung und bieten Orientierung in schwierigen Phasen. Freund*innen, Bekannte, Kolleg*innen und andere Rehabilitand*innen zeigen Verständnis, motivieren, bringen Ideen ein und können über ihre Netzwerke hilfreiche Kontakte und Hinweise auf Stellenangebote vermitteln.

Die Unterstützungsbedarfe sind also vielfältig. Entscheidend für eine erfolgreiche berufliche (Re-)Integration oder Neuorientierung ist ein breites Netzwerk aus professioneller Hilfe, familiärer Unterstützung und gut vernetzten sozialen Kontakten.

6.2 Netzwerke der Reha-Fachkräfte

Die Ergebnisse der Netzwerkanalysen der befragten Reha-Fachkräfte werden differenziert nach den Untersuchungsräumen in Hamburg (6.2.1) und Schleswig-Holstein (6.2.2) dargestellt. Grundlage sind die Netzwerkkarten zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2).

Die analytisch gebildeten *Cluster* sind für Hamburg und Schleswig-Holstein *identisch*. Die Reihenfolge der Cluster spiegelt die Rolle der sozialen Kontakte in ihrer Bedeutung für die Reha-Fachkräfte bzw. ihr Netzwerk wider. Die Cluster umfassen folgende Bereiche des beruflichen Lebens der Reha-Fachkräfte:

1. Leistungserbringerbezogene Kontakte
2. Leistungsträger-Kontakte
3. Betriebliche Kontakte
4. Kontakte zum Gesundheitswesen
5. Kontakte zum Sozialwesen
6. Sonstige externe Kontakte

Die einzelnen, von den Reha-Fachkräfte in den Interviews genannten Kontaktpersonen, Ansprechpartner*innen oder Einrichtungen/Institutionen in den Clustern der **Netzwerke der Reha-Fachkräfte** sind nicht identisch, sondern unterscheiden sich in Hamburg und Schleswig-Holstein. Die Kontakte konnten jedoch gleichen Subgruppen zugeordnet werden. Die Darstellung und Auswertung der Subgruppen findet in den jeweiligen Clusterbeschreibungen in Hamburg und Schleswig-Holstein (6.2.1 und 6.2.2).

Im Anschluss an die Beschreibung der Qualitäten der sozialen Kontakte der Subgruppen werden weitere Ergebnisse aus der Perspektive aller interviewten Reha-Fachkräfte bundeslandübergreifend aus Hamburg und Schleswig-Holstein ausgeführt (6.2.3).

Die Netzwerkkarten wurden zu T1 erhoben und den Interviewpartner*innen zu T2 noch einmal vorgelegt, um **Veränderungen in den Kontakten** zu erfassen, die in diesem Abschnitt ebenfalls beschrieben werden. Des Weiteren werden Erkenntnisse aus den Fragen an die Reha-Fachkräfte zu perspektivisch **wünschenswerten Kontakten**, zu den **Unterstützungsbedarfen** sowie den Voraussetzungen für ein **funktionierendes Netzwerk** dargestellt.

Abschließend wird in einer Gesamtschau auf **Unterschiede** und **Gemeinsamkeiten** in den sozialen Netzwerken der Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein näher eingegangen. In Hamburg wurde eine Fokusgruppe mit erfahrenen Reha-Fachkräfte aus verschiedenen leistungserbringenden Einrichtungen durchgeführt. Die Auswertung der **Fokusgruppe** findet sich im Anschluss an die Netzwerkanalyse der Reha-Fachkräfte in Hamburg (6.2.4).

6.2.1 Hamburg: Netzwerkanalyse der Reha-Fachkräfte

Die analytische Bildung von Netzwerk-Clustern diene einer abstrakteren, übergreifenden Darstellung der beruflichen Kontakte der Reha-Fachkräfte. Jedes Cluster setzt sich jedoch aus unterschiedlichen beruflichen Kontakten zu einzelnen Personen oder auch Gruppen bzw. Einrichtungen/Institutionen zusammen. Diese differenzierten Kontakte in den Clustern wurden inhaltsanalytisch strukturierend den Subgruppen zugeordnet. In der folgenden Auflistung wurden die Cluster entsprechend um die Subgruppen ergänzt:

1. **Leistungserbringerbezogene Kontakte:** Rehabilitand*innen, Reha-Fachkraft-Kolleg*innen/Teams, Berufliche Trainer*innen/Anleitende, Vorgesetzte/Fachleitungen, ehemalige Rehabilitand*innen, Angehörige von Rehabilitand*innen, Psycholog*innen, Konsiliarärzt*innen (Psychiater*innen), Supervision, Sozialrechtsberatung, Ergotherapie / Rehasport / Ernährungsberatung, weitere Mitarbeitende anderer Leistungserbringer-Abteilungen sowie trägerinterne Leistungserbringer (Berufsförderungswerk/Berufliches Trainingszentrum), andere Standorte der leistungserbringenden Einrichtungen
2. **Leistungsträger-Kontakte:** Allgemein Kontakte zu Reha-Berater*innen der Leistungsträger: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Nord, Knappschaft Bahn/See, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen
3. **Betriebliche Kontakte:** Praktikumsbetriebe (enge Kooperation) und weitere Praktikumsbetriebe, Ansprechpartner*innen in den Betrieben (Anleitende und Personalverantwortliche), Kontakte zu ehemaligen Kolleg*innen/Arbeitsgeber, private betriebliche Kontakte, Datenbanken / Internet / Berufsmessen / Jobbörsen, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Integrationsbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung
4. **Kontakte zum Gesundheitswesen:** Reha-Kliniken, (Tages-)Kliniken und die Sozialdienste der Kliniken, Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen, Hausärzt*innen, Selbsthilfegruppen, Ergo- und Bewegungstherapie
5. **Kontakte zum Sozialwesen:** Assistenz in der Sozialpsychiatrie/Eingliederungshilfen, gesetzliche und pädagogische Betreuung, Beratungsstellen, Haus der Gesundheit und Arbeit
6. **Sonstige externe Kontakte:** Bildungsträger für Fort- und Weiterbildungen von Reha-Fachkräfte und Rehabilitand*innen, andere Leistungserbringer

(Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben-Anbieter) und Umschulungsträger, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsfachdienst, Unterstützte Beschäftigung, Integrationsamt, Handels- und Handwerkskammer, Arbeitskreise und -gruppen.

Am **wichtigsten (innerer Kreis)** waren für die Reha-Fachkräfte die beruflichen Kontakte innerhalb der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Neben den begleiteten Rehabilitand*innen waren dies Kontakte zu Reha-Fachkraft-Kolleg*innen, zu den beruflichen Trainer*innen/Ausbilder*innen und ihren Teams sowie zu Vorgesetzten/(Fach-)Leitungen.

Weitere **wichtige Kontakte (mittlerer Kreis)** waren für die Reha-Fachkräfte bei den leistungserbringer-bezogenen Kontakten die Mitarbeiter*innen aus anderen LE-Abteilungen, die Supervision, ehemalige Rehabilitand*innen und Träger der leistungserbringenden Einrichtungen. Alle Kontakte zu Leistungsträgern (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Nord, Knappschaft Bahn/See, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Berufsgenossenschaft) und auch zur Wohngeldstelle wurden als wichtig für das berufliche Netzwerk angesehen. Gleiches gilt für die betrieblichen Kontakte zu Praktikumsbetrieben bzw. potenziellen Arbeitgebenden n. Auch Umschulungsbetriebe, das Betriebliches Eingliederungsmanagement, Behörden und die Werkstätten für Menschen mit Behinderung sind wichtige Ansprechpartner*innen für die Tätigkeiten als Reha-Fachkraft. Informationen über mögliche Praktikumsbetriebe werden aus internen Datenbanken gewonnen. Im Sozialbereich spielen jedoch die Assistenz in der Sozialpsychiatrie/Eingliederungshilfen eine wichtige Rolle, im Gesundheitswesen werden berufliche Kontakte als weniger wichtig angesehen. Bei den sonstigen externen Kontakten sind die Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die Handels- und/oder Handwerkskammer bedeutsam.

Als **weniger wichtig (äußerer Kreis)** wurden leistungserbringerbezogen die interne Sozialrechtsberatung und Ergotherapie sowie andere Standorte, trägerinterne Leistungserbringer und der Integrationsfachdienst aber auch Angehörige und Freunde von Rehabilitand*innen von den Reha-Fachkräften erachtet. Bei den Leistungsträger-Kontakten spielen das Integrationsamt und Krankenkassen eine untergeordnete Rolle. Wenige bedeutsam sind für die Reha-Fachkräfte bei den betrieblichen Kontakten die Werkstätten für Menschen mit Behinderung,

Schwerbehindertenvertretungen, Betriebe durch private Kontakte, Berufsmessen und das Internet zur Recherche von Betrieben und Informationen. Im Gesundheitswesen sind alle genannten berufliche Kontakte zu (Tages-)Kliniken, Reha-Kliniken, Sozialdiensten, Psychotherapeut*innen, Hausärz*innen, Psychiater*innen, Ergotherapeut*innen und Selbsthilfegruppen weniger wichtig für die Reha-Fachkräfte. Im Sozialwesen sind Kontakte zu betreutem Wohnen, sonstiger ambulanter Betreuung und Beratungsstellen sowie das Haus der Gesundheit und Arbeit untergeordnete Kontakte. Diese Einschätzung gilt ebenfalls für sonstige externe Kontakte zu gesetzlich Betreuenden, anderen leistungserbringenden Einrichtungen, die auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten, Umschulungsträger, Bildungsträger, Integrationsfachdienst, Arbeitskreise und -gruppen.

Außerhalb der Kreise als sehr unbedeutend für die Reha-Fachkräfte wurden nur ehemalige Kolleg*innen vermerkt (vgl. Anlage 18 Gesamt-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte zu T2).

Es zeigt sich an dieser Stelle schon, dass die Wichtigkeit/Bedeutsamkeit der beruflichen Kontakte der Reha-Fachkräfte in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Kontakte steht.

Die **Qualitäten der beruflichen Beziehungen** wurden von den befragten Reha-Fachkräfte in den Interviews näher ausgeführt und werden im Folgenden als Ergebnis der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Subgruppen zusammengefasst.

Die folgende Abbildung 6 zeigt die Gesamt-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte in Hamburg zu T2:

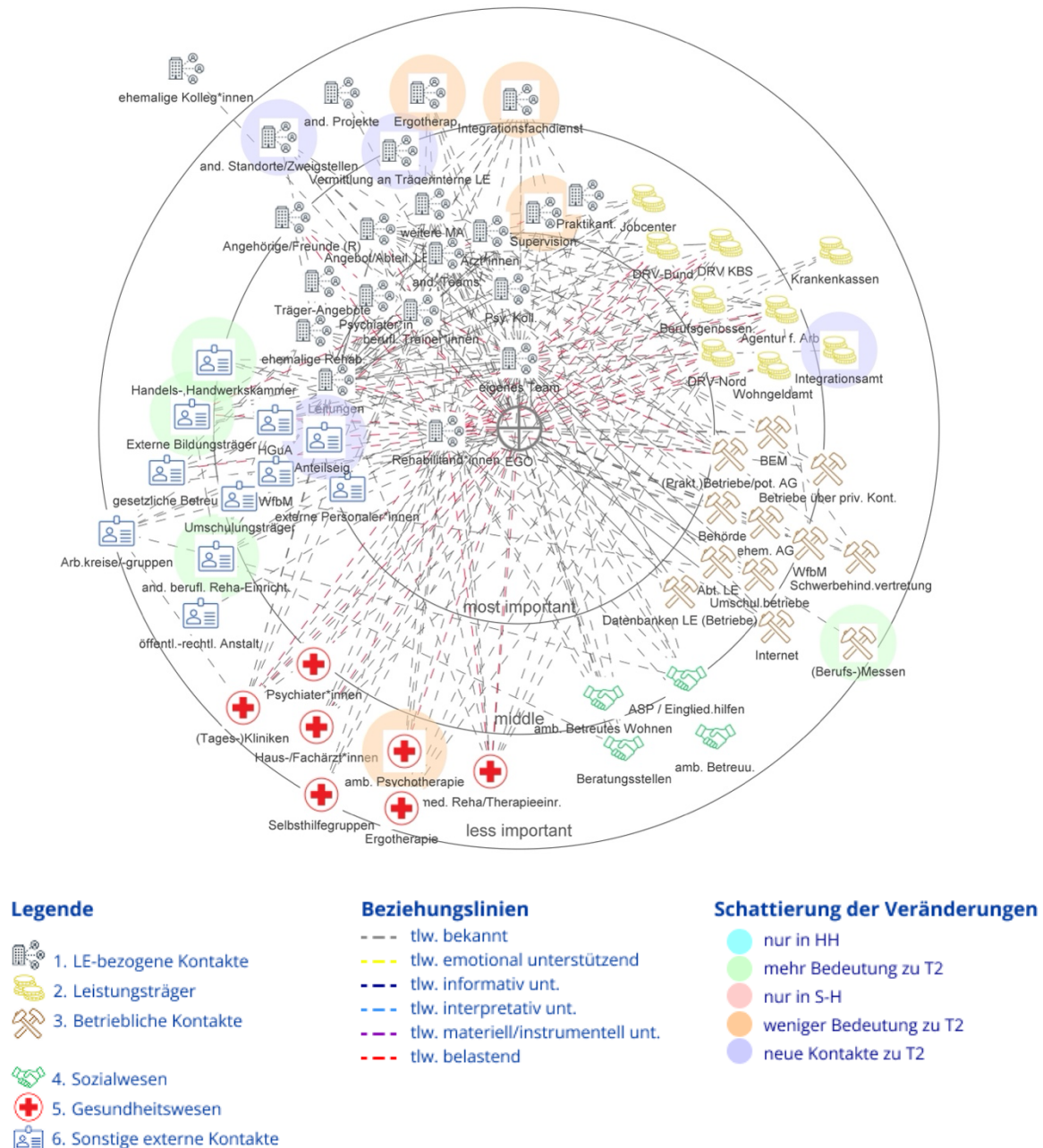


Abbildung 6 Übersicht-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte in Hamburg zu T2

6.2.1.1 Die Bedeutung von Kontakten innerhalb der Reha-Einrichtungen

Rehabilitand*innen und ehemalige Rehabilitand*innen

„Also für mich als Wichtigste, mit denen ich zusammenarbeite, ist tatsächlich natürlich der Teilnehmer, oder die Teilnehmenden, und die Ausbildung, um mich da relativ zeitnah auch rückzukoppeln mit den Ausbildern: Wo steht der Teilnehmende? Wie geht es demjenigen? Müssen wir irgendwas gucken? Wir haben ja die Abstimmungsgespräche nach sechs Wochen, wo wir dann alle

Professionen zusammen sind. Aber das ist wichtig, dass man eben immer auf dem Stand ist.“ (60_HH_T1T2_RFK)

„Dann haben wir die weiteren Teilnehmenden. Die sind natürlich wirklich auch wichtig. Ich klebe sie mal in den mittleren Kreis. Ohne die geht es ja nicht. Also, ohne die anderen Teilnehmenden kriegen wir hier keine Gruppen, keine Teams zusammen. Ich brauche es definitiv. Und das ist natürlich auch immer spannend zu schauen, was da sich so für Dynamiken entwickeln, sowohl positiv als auch negativ. In der Regel profitieren die Teilnehmenden wirklich davon, dass sie hier sehr gemischt sind. Also, dass sowohl alterstechnisch als auch vom beruflichen Hintergrund sich hier einfach alles mischt. Und jüngere Teilnehmer ganz, ganz viel von älteren Teilnehmern profitieren können, die einfach mehr Arbeitserfahrung und Lebenserfahrung mitbringen. Also, da sind wir schon froh, dass wir hier so gemischt sind.“ (32_HH_T1T2_RFK)

„Und Konflikte gibt es natürlich immer mit den Teilnehmenden. Das ist normal ... Also ich muss denen ja schon manchmal was sagen, was die nicht so gerne hören wollen oder so. Das kommt schon vor ... Oder die sagen mir was und sind irgendwie frustriert.“ (66_HH_T2_RFK)

„Es gibt auch ehemalige Teilnehmer, die inzwischen gut sich etabliert haben und auch einmal fragen: „Braucht Ihr nicht einen Praktikanten?“ (14_HH_T1_RFK)

Die Beziehung und der Kontakt der interviewten Reha-Fachkräfte zu den Rehabilitand*innen wird auf verschiedene Weise beschrieben. Sie werden als der "Ausgangspunkt" und "Mittelpunkt" der Arbeit der Reha-Fachkräfte gesehen. Sie stehen im Fokus und sind die Hauptakteur*innen. Die Reha-Fachkräfte beschreiben einen engen, persönlichen Kontakt zu den Rehabilitand*innen. Sie führen regelmäßige Einzelgespräche, besuchen sie in den Praktika und sind in ständigem Austausch. Auch die Rehabilitand*innen untereinander spielen eine wichtige Rolle. Sie unterstützen sich gegenseitig, tauschen sich aus und vermitteln sich sogar Praktikumsplätze. Die Reha-Fachkräfte sehen dies als große Ressource.

Es kann jedoch auch zu Konflikten und Spannungen zwischen Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräfte kommen, z.B. aufgrund unterschiedlicher Interessen oder Erwartungen. In solchen Fällen versuchen die Reha-Fachkräfte moderierend einzugreifen. Ehemalige Rehabilitand*innen bleiben teilweise im Kontakt und unterstützen die Reha-Fachkräfte, z.B. durch die Vermittlung von Praktikumsplätzen. Auch sie werden als wichtige Ressource gesehen. Insgesamt zeigt sich, dass die Beziehung zu den Rehabilitand*innen sehr eng, persönlich und meist von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist.

Angehörige von Rehabilitand*innen

*„Ganz selten, ja. Eigentlich sollen die ja auch eigenständig ihr Leben führen können, ohne dass man jetzt mit jemandem Kontakt pflegen müsste.“
(53_HH_T1_RFK)*

*„Letztes Jahr hatte ich eine Teilnehmerin, die ist psychotisch geworden und da hat der Mann mich dann angerufen, dann habe ich Kontakt zu dem Angehörigen, aber er hat dann die Klinik organisiert. Und dann ist unsere Aufgabe, so verstehe ich sie, auch ganz schnell wieder nach Möglichkeit direkten Kontakt zu dem Rehabilitanden zu bekommen. Also auch weg vom Mann oder weg von der Mutter oder Vater oder wem auch immer, sondern das ist dann wirklich sehr reduziert.“
(10_HH_T1_RFK)*

„Wirklich nur in der Krise. Ich hatte jetzt tatsächlich die Situation, es gab natürlich eine Namensgleichheit, deswegen ist mir das erst gar nicht so aufgefallen. Da kam der Vater plötzlich zum Gespräch mit seinem Sohn, hat seinen Sohn begleitet und wollte mir mal erzählen, sie haben es ja jetzt hier ausprobiert. Aber eigentlich müssen wir alles ganz anders machen.“ (10_HH_T1_RFK)

Der Kontakt zu Angehörigen der Rehabilitand*innen wird in den Interviews mit den Reha-Fachkräften überwiegend als sehr selten beschrieben. Kontakte zu Angehörigen kommen meist nur in Krisensituationen vor, ansonsten ist der Kontakt sehr gering. Wenn Angehörige involviert sind, dann meist nur zu Beginn der Rehabilitation, um die Situation zu klären. Bei jüngeren Rehabilitand*innen gibt es etwas mehr Kontakt zu Eltern oder Partner*innen, da diese manchmal noch stärker eingebunden sind. Insgesamt wird der Kontakt zu Angehörigen jedoch als eher unwichtig für den Rehabilitationsprozess eingestuft und daher nur in Ausnahmefällen gesucht. Die Reha-Fachkräfte betonen, dass die Rehabilitand*innen möglichst eigenständig an ihrer Rehabilitation arbeiten sollen und der Fokus auf der direkten Beziehung zwischen Reha-Fachkräften und Rehabilitand*innen liegt.

Reha-Fachkraft-Kolleg*innen/Teams

„Wir sind einfach ein tolles Team. Wir tauschen uns sehr regelmäßig aus, sehr auf dem kurzen Dienstweg auch, und es ist total hilfreich, immer wieder Rückmeldung zu bekommen, wie die anderen die Teilnehmer erleben Und auch für die eigene Arbeit, also so zu merken, oh, da habe ich vielleicht was nicht im Blick oder so, also genau und darauf gestoßen zu werden, das ist total gut. Und auch, sich Unterstützung zu holen mit schwierigen Teilnehmern, sich da mitteilen zu können, auch Dinge loszuwerden, nicht mit nach Hause zu nehmen, das ist Sachen zu reflektieren, super hilfreich. Ich habe immer also, mein Bild ist wirklich, als ich hier war, und das haben wir jetzt auch nochmal ganz explizit gesagt, also, ich mache die Begleitung für meine Teilnehmer, aber wir treffen viele Entscheidungen im

Team, und das ist eine Teamarbeit wirklich auch. Und ich biete für den Teilnehmer irgendwie eine Sicherheit, und das Team bietet für mich eine Sicherheit, und dann eben auch für den Teilnehmer. Das ist wirklich ein richtiges Netz, ganz, ganz toll.“
(25_HH_T1_RFK)

„Wir Kollegen verstehen uns untereinander wirklich sehr, sehr gut. Also, dafür, dass wir auch im Großraumbüro sitzen und es ja auch mit einem speziellen Klientel zu tun haben, können wir wirklich stolz auf unser Team sein. Wir treffen uns auch privat und lachen viel zwischendurch, egal wie stressig es ist. Vertreten uns gut. Also, das ist wirklich so der Anker und der Halt hier, wenn es mal zu stressig wird.“
(32_HH_T1T2_RFK)

„Meine Kollegen sind A und O, weil die sind die Leute, die mir das Feedback geben, mit denen ich meine Fallbesprechung machen kann. Nur weil ich eine Wahrnehmung habe, heißt es nicht, dass es richtig ist ... Letztendlich entscheiden der Träger, der Versicherte und ich das. Aber ohne meine Kollegen würde gar nichts gehen.“ (56_Teil 2_HH_T1T2_RFK)

In den Interviews wird die Beziehung der Reha-Fachkräfte zu ihren Kolleginnen und im Team als äußerst wichtig und wertvoll beschrieben. Die Reha-Fachkräfte betonen, dass sie ohne ihr Team nicht auskommen würden und der enge Austausch sowie die gegenseitige Unterstützung elementar für ihre Arbeit sind. Besonders hervorgehoben wird der regelmäßige Austausch in Teamsitzungen und Fallbesprechungen, bei denen man sich gegenseitig Feedback gibt, Ideen und Lösungsvorschläge einbringt und gemeinsam über die Rehabilitand*innen spricht. Die Kolleg*innen werden als "Anker" und "Halt" beschrieben, wenn die Arbeit belastend wird. Dieser enge Kontakt und die Teamarbeit bieten den Reha-Fachkräfte Sicherheit und Kontinuität.

Viele Reha-Fachkräfte sehen ihr direktes Team als das Wichtigste und fühlen sich dort am engsten verbunden. Teilweise wird sogar von einem "Wir-Gefühl" und einer "Teamarbeit" gesprochen, in der man gemeinsam Entscheidungen trifft. Einige Reha-Fachkräfte heben hervor, dass sie auch zu Kolleg*innen aus anderen Teams oder Bereichen Kontakt haben und sich dort Unterstützung holen, beispielsweise bei der Praktikumssuche. Allerdings wird diese Beziehung meist als weniger eng beschrieben als die zum direkten Team.

Durchgängig zeigt sich, dass die Reha-Fachkräfte ihre Kolleg*innen und das Teamwork als sehr wichtige Ressource für ihre Arbeit wahrnehmen. Der Zusammenhalt und Austausch im Team scheint ein zentraler Erfolgsfaktor für eine gute berufliche Rehabilitation zu sein.

Berufliche Trainer*innen/Anleitende

*„Wir reden den ganzen Tag miteinander, stimmen uns natürlich die ganze Zeit ab.“
(32_HH_T1T2_RFK)*

„Die Arbeit mit den Kollegen ist eng. Weil wir auch häufig zum Beispiel Menschen gemeinsam betreuen, gerade bei psychischen Erkrankungen. Dass wir sagen, psychologische und pädagogische Betreuung lässt sich nicht komplett trennen, wäre unrealistisch. Aber auch schon mal sagen, dass wir trotzdem als Doppel da sind, dass immer eine Vertretung da ist oder dass eben auch für Themen, die rein psychologisch da sind, dass die nicht zeitgleich besprochen werden mit, wie viele Bewerbungen schreibe ich diese Woche. Dass man das so ein bisschen auch trennt. Das heißt, wir sind auch oft Doppelpack tatsächlich, wir machen viel freie Besprechung miteinander, immer wenn Fragen da sind oder dass, es kann sowohl gesundheitsspezifisch sein als aber natürlich auch alles andere im Kontext zwischen, schlage ich eine medizinische Rehabilitation vor oder welches Berufsbild würdet ihr oder habt ihr eine Idee zum Arbeitgebenden. Hat da jemand einen warmen Kontakt zum Beispiel.“ (38_HH_T1_RFK)

Die Reha-Fachkräfte stehen in kontinuierlichem Austausch mit den beruflichen Trainer*innen/Anleitenden, um Informationen zu teilen, Entscheidungen abzustimmen und gemeinsam die Entwicklung der Rehabilitand*innen zu begleiten. Auch mit den beruflichen Trainer*innen/Anleitenden bzw. dem Qualifizierungspersonal finden regelmäßige Teamsitzungen statt. Diese dienen dem Austausch von Informationen über die Rehabilitand*innen, der Besprechung von Herausforderungen sowie der gemeinsamen Entwicklung von Lösungsstrategien. Die beruflichen Trainer*innen/Anleitenden pflegen einen intensiven Kontakt zu den Rehabilitand*innen und können wertvolle Einblicke und Informationen beisteuern. Zudem werden fachlich relevante Inhalte vermittelt. Die Kontakte zu den Betrieben, in denen Praktika stattfinden, werden im Berufliches Trainingszentrum vor allem durch die beruflichen Trainer*innen gepflegt, in anderen Leistungserbringer übernehmen die Reha-Fachkräfte auch diese betriebsbezogenen Aufgaben.

Die Beziehung der Reha-Fachkräfte zu den beruflichen Trainer*innen/Anleitenden wird als besonders eng, vertrauensvoll und zentral für den Erfolg der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wahrgenommen. Der häufige persönliche Kontakt – etwa durch das Arbeiten im selben Büro oder Gebäude – wird als großer Vorteil gesehen. Einige Reha-Fachkräfte betrachten die beruflichen Trainer*innen/Anleitenden als Teil ihres direkten Teams. Zugleich betonen viele die gute Aufgabenverteilung und wechselseitige Ergänzung der Rollen innerhalb des Teams. Die Zusammenarbeit wird

insgesamt als unverzichtbar für die tägliche Arbeit und den Erfolg der beruflichen Rehabilitation beschrieben.

Vorgesetzte/Fachleitungen

„Unsere Teamleitung ist auch wichtig, weil wir natürlich, ja, Absprachen mit ihm treffen und natürlich auch Vereinbarungen finden müssen für die tägliche Arbeit. Und das machen wir in unserer Teamsitzung, die auch wöchentlich stattfindet. Insofern ist das sehr dicht dran und sehr wichtig.“ (30_HH_T1_RFK)

„Ich weiß nicht, ob ich es erzählt hatte, wie eng wir im Austausch auch sind ... Da kommt (Leitung) einmal die Woche ... in unsere Teams ... mit Listen, die die Anleiter führen, mit den Eindrücken und gibt uns die alle durch. Wir diskutieren dann alle Teilnehmer durch.“ (42_HH_T2_RFK)

„Und natürlich ist [Leitung] irgendwie anders als ich, ist ja klar, und das ist irgendwie gut auch von mehreren Seiten in einer unterschiedlichen Art und Weise mit einem Rehabilitanden ins Gespräch zu kommen. Das bringt ganz viel, meiner Meinung nach.“ (10_HH_T1_RFK)

Die (Fach-)Leitungen werden von den Reha-Fachkräften als wichtige Ansprechpartner wahrgenommen. Sie sind regelmäßig in den Teamsitzungen und/oder Fallbesprechungen anwesend, um gemeinsam mit Reha-Fachkräften oder auch beruflichen Trainer*innen/Anleitenden die Entwicklung der Rehabilitand*innen zu besprechen. Einige Befragte betonen, dass der Kontakt zu den (Fach-)Leitungen etwas distanzierter und formaler ist als zu den direkten Kollegen im Team. Dennoch wird ihre Einbindung als sehr wertvoll eingeschätzt für den Informationsaustausch und die Abstimmung, da sie einen Gesamtüberblick haben und wichtige Entscheidungen treffen können, vor allem bei schwierigen Fällen oder Maßnahmenabbrüchen. Die regelmäßigen Austauschformate werden als wertvoll erachtet, um gemeinsam an der Förderung der Rehabilitand*innen zu arbeiten.

Leistungserbringerinterne Psycholog*innen

„Also wir arbeiten oft zusammen, eben mit den Teilnehmern, manchmal auch mit den Psychologen, oder wir fragen nochmal um Rat oder wie auch immer.“ (41_HH_T1_RFK)

„Also, bei etwas schwierigeren Verläufen habe ich zum Teil auch sehr viel Kontakt mit dem Psychologen, genau.“ (24_HH_T1_RFK)

„Wenn eine stärkere psychische Belastung da ist ... dann schließen wir uns in der Regel kurz: Wo steht diejenige Person? Braucht sie weiterhin Unterstützung? Ist die Teilnahme gerade sinnvoll? Das ist aber immer im letzten Schritt. Da haben wir schon ganz viele Gespräche geführt. Was, wenn nicht, was muss als nächstes

passieren? Deswegen ist das immer / Das ist eigentlich mit mir so das Wichtigste, ne?“ (60_HH_T1T2_RFK)

Viele der interviewten Reha-Fachkräfte sind ausgebildete Psycholog*innen. Doch gibt es zusätzlich in manchen Leistungserbringern interne Psycholog*innen, die eine gesonderte Rolle für die Reha-Fachkräfte einnehmen. Sie sind in den Aufnahmeprozess und die Einschätzung der Rehabilitand*innen involviert. Die Psycholog*innen sind wichtige Ansprechpartner für die Reha-Fachkräfte und beruflichen Trainer*innen/Anleitenden, insbesondere bei schwierigen Verläufen oder Herausforderungen der Rehabilitand*innen. Es gibt regelmäßigen Austausch und Abstimmung zwischen den Reha-Fachkräften, Psycholog*innen und anderen Professionen wie Ärzt*innen, um den Verlauf der Rehabilitand*innen zu besprechen und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Dieser Austausch wird als sehr hilfreich empfunden. Alles in allem wird der Kontakt und die Zusammenarbeit zwischen Reha-Fachkräfte und Psycholog*innen als eng, hilfreich und notwendig für eine gute Begleitung der Rehabilitand*innen beschrieben.

Konsiliarärzt*innen (Psychiater*innen)

„Das ist ein Psychiater/Psychologe. Der kommt immer einmal im Monat zum Konsil und erklärt uns was zu psychischen Erkrankungen.“ (26_HH_T1_RFK)

„... aber dass die Möglichkeiten sind, gerade im Konsil über Fälle zu sprechen, die zum Beispiel belastend sind oder wo es einfach Fragezeichen gibt. Auch gerade auf der psychologischen Seite. Und das Konsil wird von einem Psychiater durchgeführt. Insofern haben wir da eben auch einen guten fachlichen Ansprechpartner, wo Dinge geklärt werden können.“ (30_HH_T1_RFK)

„Aber auch berufliche Trainer können da mal daran teilnehmen, zu speziellen Fragestellungen. Das ist ja auch immer nochmal ganz spannend ... Also, meistens wird schon mal überlegt, Mensch, was wollen wir beim nächsten Mal besprechen? Über welches Krankheitsbild wollen wir reden? Oder Ähnliches. Es kann aber auch mal vorkommen, dass an dem Tag jemand kommt und sagt, ich habe hier Teilnehmer XY, ich weiß gar nicht, woran liegt das und das. Können wir das mal besprechen?“ (32_HH_T1T2_RFK)

In den meisten Leistungserbringern werden in regelmäßigen Konsilen externer Psychiater*innen hinzugezogen. Diese Konsile dienen dazu, schwierige Fälle oder Fragestellungen zu besprechen, Beratung zu herausfordernden Rehabilitand*innen zu erhalten und den Reha-Fachkräften/beruflichen Trainer*innen/Anleitenden fachlichen Input zu geben. Die Konsiliarärzt*innen werden als wichtige Unterstützung und Ergänzung beschrieben, die ihnen wertvolle Impulse geben.

Supervision

„Genau, dann ist die Supervision natürlich wichtig, wenn man mal nicht weiterkommt.“ (25_HH_T1_RFK)

„Supervision ist wichtig, Supervisorin, weil da tatsächlich können wir ja Fallbesprechungen und jeden einen einzelnen Fall wirklich genauer besprechen, genau beleuchten, mit einer strukturierten Methodik, und von allen (RFK) wird tatsächlich ein gesamtes Bild erstellt.“ (07_HH_T1_RFK)

„Die Supervision, die wir haben, also wir haben ja so alle fünf bis sechs Wochen Supervision, ist natürlich dafür da, um Fälle zu besprechen, also für Fallbesprechung halt. Wir haben es in der letzten Zeit sehr häufig dafür genutzt, sowohl teaminterne Strukturen, aber auch so Leitungsstrukturen oder strukturelle Probleme für uns zu bearbeiten, wie wir uns in diesen schwierigen Strukturen zurechtfinden und bewegen.“ (51_HH_T2_RFK)

Die Supervision bietet den Reha-Fachkräften/beruflichen Trainer*innen/Anleitenden die Möglichkeit, sich regelmäßig mit externen Supervisor*innen auszutauschen und schwierige Fälle oder belastende Situationen zu besprechen. Dies hilft ihnen, neue Perspektiven einzunehmen, Lösungsansätze zu entwickeln und die eigene Arbeit zu reflektieren. Insbesondere für Berufsanfänger*innen oder Reha-Fachkräfte/beruflichen Trainer*innen/Anleitenden, die viel mit herausfordernden Rehabilitand*innen arbeiten, ist die Supervision sehr wertvoll. Sie unterstützt diese, dabei, gesund und motiviert zu bleiben, und trägt somit zur Qualität der Betreuung bei.

Darüber hinaus bietet die Supervision Raum, um teaminterne Strukturen und Abläufe zu besprechen und zu optimieren. Gerade in großen Teams mit vielen Reha-Fachkräften/beruflichen Trainer*innen/Anleitenden ist dies wichtig, um eine gute Zusammenarbeit sicherzustellen. Durchweg zeigt sich, dass die Supervision für die Reha-Fachkräfte ein unverzichtbares Instrument ist, um die Herausforderungen ihrer Arbeit zu bewältigen, sich weiterzuentwickeln und die Qualität der Betreuung hochzuhalten.

Sozialrechtsberatung

„Ich finde (Sozialrechtsberatung) sehr wichtig, weil ich einfach sehr froh bin, dass es die Person gibt und so firm ist in all diesen rechtlichen Dingen. Weil ich eben ganz häufig dahin auch verweise. Weil ich mich eben mit den Dingen nicht auskenne und ich aber recht häufig erlebe, dass die finanziellen Belange nicht gut geklärt sind, bevor die Rehabilitation losgeht oder während die Rehabilitation läuft. Und da sind viele froh, dann eben so eine Sozialberatung in Anspruch

nehmen zu können. Und den habe ich ein bisschen näher gesetzt, weil der einfach im Haus ist. Da kann man einfacher Kontakt hinbekommen.“ (30_HH_T1_RFK)

„Eigentlich gehört (Sozialrechtsberatung) zum BFW. Es ist ein Angebot vom BFW, was wir aus dem BTZ oder die Teilnehmenden aus dem BTZ aber mitnutzen. Genau, und es ist unglaublich wertvoll und wichtig. Und ich weiß nicht, mittlerweile geht fast jeder Teilnehmer mit irgendwas auch mal zu ihm. Also der entlastet uns natürlich auch total, weil das ein Feld ist, was wir gar nicht abdecken können.“ (35_HH_T1T2_RFK)

„Da hat uns dieser sehr schlaue Mensch von der sozialrechtlichen Beratung irgendwann mal informiert, dass eigentlich alle Maßnahmenträger die Verpflichtung haben, über alle Angebote, auch die anderer Maßnahmenträger, zu informieren. Dass es da auch eine Pflicht eigentlich gibt, der keiner nachkommt, in keiner Form. Also, das finde ich irgendwie ganz interessant.“ (44_HH_T2_RFK)

Die Sozial- und Rechtsberatung im Berufsförderungswerk nimmt eine zentrale Rolle in der Unterstützung der Reha-Fachkräfte und Rehabilitand*innen ein. Der Sozialberater wird als kompetenter und erfahrener Ansprechpartner geschätzt, insbesondere bei finanziellen und rechtlichen Fragestellungen, Anträgen, Widersprüchen und der Kommunikation mit Kostenträgern. Da sich viele Reha-Fachkräfte in diesen Themenfeldern überfordert fühlen, ist die Möglichkeit, Rehabilitand*innen an Beratungsservice des Berufsförderungswerk zu verweisen, eine große Entlastung. Die Sozialrechtsberatung unterstützt die Rehabilitand*innen sowohl vor als auch während der Reha-Maßnahme, insbesondere bei der oft schwierigen Klärung ihrer finanziellen Situation. Die enge räumliche und fachliche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Beratungsstellen im Berufsförderungswerk wird von den Reha-Fachkräften sehr geschätzt, da sie eine schnelle, unkomplizierte und ganzheitliche Betreuung der Teilnehmenden ermöglicht. Insgesamt wird die Sozialrechtsberatung als unverzichtbare Ressource angesehen, die wesentlich zum Gelingen des Reha-Prozesses beiträgt.

Ergotherapie / Rehasport / Ernährungsberatung

„Dann haben wir Ergotherapeuten hier im Haus. Nicht in unserem Team, sondern in einem eigenen Team. Die machen hauptsächlich diagnostische Maßnahmen. Die sind mal mehr, mal weniger wichtig.“ (32_HH_T1T2_RFK)

„Die Kollegen bieten den Rehasport an. Also, mit denen kooperieren wir natürlich auch ... Das ist hier unten im Haus. Ja, genau. Da sind wir ja jetzt quasi gerade erst dran, das so ein bisschen einzuführen und auszubauen.“ (32_HH_T1T2_RFK)

Die Rehabilitand*innen des Berufsförderungswerks haben die Möglichkeit, am Rehasport teilzunehmen, der im Haus angeboten wird. Dieser Rehasport ist ein wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsangebots, um die Gesundheit der Rehabilitand*innen zu stabilisieren. Obwohl einige Rehabilitand*innen anfangs zögern, nutzen viele das Angebot, unterstützt durch die persönlichen Kontakte zu den Kolleg*innen, die den Rehasport anbieten. Der Rehasport arbeitet eng mit anderen Angeboten wie der Ergotherapie und Ernährungsberatung zusammen. Die Angebote befinden sich in einer Aufbau- und Ausbauphase und tragen zur Gesundheitsförderung und Stabilisierung der Rehabilitand*innen bei.

Weitere Mitarbeitende anderer leistungserbringenden Abteilungen, trägerinterne Leistungserbringer, andere Standorte

*„Habe ich jetzt in letzter Zeit einmal gemacht, weil ein Teilnehmender von dem kaufmännischen Bereich in den HBT-Bereich gewechselt ist. Und dadurch lernt man dann natürlich auch seine Kolleg*innen an dem anderen Standort besser kennen, weil man dann ja gemeinsam betreut.“ (30_HH_T1_RFK)*

„Ja, also mit Kollegen aus anderen Bereichen so zusammenzukommen, ist erschwert. Also da besteht kein Prozess. Da schreibt man sich mal an oder telefoniert mal durch. Aber da besteht so eher so: "Ah ja, können wir mal machen." Aber da würde ich mir wünschen, dass da halt das festgelegt ist, wie Teilnehmer leichter irgendwie in Hospitation im Haus kommen können ohne diesen langen Bewerbungsprozess. Also, da fehlt mir viel mehr Gemeinsinn. Also so, dass man sich zusammengesetzt hat, wie können wir zusammenarbeiten. Sondern das ist irgendwie total schwammig. Und das nervt. Und dann geht man gar nicht irgendwie in Kontakt, weil man weiß gar nicht so, oh, wie soll ich das machen. Dann hat man zweimal angerufen und keiner ist darangegangen. Und dann denkt man wieder nicht daran und dann ist der Alltag wieder da. Und ja, da könnte viel mehr herausgeholt werden. ... Also da die Zusammenarbeit viel mehr zu stärken. Also wir könnten viel mehr voneinander profitieren.“ (52_HH_T2_RFK)

Der Austausch zwischen den verschiedenen Abteilungen der Leistungserbringer bezieht sich hauptsächlich auf die Reha-Fachkräfte des Beruflichen Trainingszentrum und des Berufsförderungswerk, die in gemeinsamer Trägerschaft und bis auf eine Abteilung am gleichen Standort in Hamburg angesiedelt sind. Das Berufliche Trainingszentrum hat verschiedene Qualifizierungsabteilungen und dementsprechend gibt es punktuelle Kooperationen mit Kolleg*innen aus den anderen Abteilungen wie dem technischen Bereich, Küche, Handwerk und Medien/IT. Die Reha-Fachkräfte des Berufsförderungswerk haben zusätzlich einen Austausch mit der IT-Abteilung des Trägers sowie den Kolleginnen aus der Ergotherapie (Diagnostik)

und dem Rehasport (s.o.), was die Betreuung und Unterstützung der Rehabilitand*innen erleichtert. Vereinzelt haben Reha-Fachkräfte aus Berufliches Trainingszentrum und Berufsförderungswerk trägerinternen Kontakt, wenn es z.B. um den Wechsel von Rehabilitand*innen aus dem Berufliches Trainingszentrum in eine Umschulung im Berufsförderungswerk geht. Die Zusammenarbeit mit einem anderen Berufsförderungswerk-Standort wird bei der Umsetzung neuer Konzepte für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen kurz erwähnt.

Auch leistungserbringerübergreifend ist der Kontakt zu Mitarbeiter*innen der Verwaltung, wie z.B. der Empfangsmitarbeiterin, für den Arbeitsalltag wertvoll.

Die Zusammenarbeit innerhalb des Hauses/Trägers (und mit externen Partner*innen) ist jedoch teilweise noch ausbaufähig, da es an festen Strukturen und Prozessen mangelt, um den Austausch und die Vernetzung zu erleichtern. Insgesamt stellen die vielfältigen Kontakte und Kooperationen eine wichtige Ressource dar, um die Rehabilitationsbegleitung gut zu gestalten.

6.2.1.2 Die Rolle der Leistungsträger und der Reha-Berater*innen

„Also, der ist sehr eng, der Kontakt mit den Reha-Beratern, weil natürlich der ganze Prozess wird immer abgestimmt mit den Reha-Beratern.“ (14_HH_T1_RFK)

„Zu denen einen guten Kontakt zu haben zu denen einen guten Draht zu haben, dass ist auch wichtig!“ (10_HH_T1_RFK)

„... also so ein Netzwerk heißt ja, und das ist jetzt tatsächlich wenig wertend ... Ich beschreibe jetzt mal Motive. Der Teilnehmer hat das Motiv: "Ich möchte arbeiten und ich möchte möglichst viel Unterstützung in jeglicher Form bekommen." Unser Arbeitgebende hat das Motiv, auch bei einer gemeinnützigen Organisation, das soll wirtschaftlich funktionieren. Und die Rentenversicherung hat das Ziel leidensgerecht et cetera pp. Soll jetzt aber NICHT Unsummen kosten und nicht alles rausgeben. Und man (RFK) ist ja der Puffer in dem Spiel ... Also diese drei Anforderungen, die sind halt relativ typisch. Ne, so, das sind die drei Parteien, mit denen man arbeitet, die nicht zwangsweise alle die gleichen Interessen haben.“ (67_HH_T2_RFK)

„Da müssen wir schon auch verhandeln. Die Gespräche sind nicht immer einfach, das sind keine Konflikte. Aber wenn wir zum Beispiel sehen, dass eine Person für einen Teilnehmenden die Verlängerung absolut notwendig wäre der beruflichen Reha, zum Beispiel um drei Monate ... Müssen wir sehr gut begründen, warum. Und oder eine Umschulung, was nicht so geplant war oder einer Fortbildung, da muss man schon -auch wirklich gut argumentieren. Gut, Eingliederungszuschüsse kriegen sie fast alle nach der Reha, das Angebot. Aber, also da sind manchmal die Gespräche schon nicht ohne. Also da müssen wir, weil wir uns dann für den

Teilnehmenden einsetzen und da müssen wir schon gucken, ist das realistisch überhaupt und gehen wir da ins Gespräch.“ (07_HH_T1_RFK)

„Es kommt zum Beispiel vor, dass ich oder dass wir, vielleicht Maßnahmen, Anschlussmaßnahmen empfehlen und Kostenträger sagen: „Oh, das ist viel zu teuer.“ Also, die Teilnehmer haben einen Anspruch darauf, die haben einen Reha-Antrag gestellt. Eine Umschulung ist Teil dieses Reha-Prozesses. Und wenn halt so eine Umschulung mit speziellen Extras noch empfohlen wird, also vielleicht Teilzeitemschulungen, weil wir doch Klientel haben, die psychisch sehr herausgefordert sind und es ja auch um Inklusion geht und Menschen mit hohem Hilfebedarf zu fördern sind, also das ist gesetzlich verbrieft, da kommt es halt vor, dass Kostenträger sagen: „Nein, das ist ja viel zu teuer.“ Und dann halt im Vorwege sagen: „Das finanzieren wir nicht.“ Jetzt muss erst mal ein Widerspruchsverfahren dann laufen und dann wird es dann doch.“ (51_HH_T2_RFK)

„Vielleicht wenn's um das Thema Betriebe geht und Praktika geht, und darum geht's ja. Also, was ich immer wieder merke, ist, dass einige Teilnehmen da halt nicht so schnell ein Praktikum sich generieren können, also auch weil es viele Praktikum oder viele Betriebe sagen: „Nein, wir bieten keine Praktika an.“ Und Kostenträger dann aber sagen: „Ja, Sie müssen aber ins Praktikum.“ Einige Kostenträger sind auch sehr rigoros und sagen, wenn die nach dem sechsten, siebten Trainingsmonat nicht im Praktikum sind, dann wird die Maßnahme auch hier beendet. Weil es auch Bestandteil des Trainings hier ist. Das setzt viele unter Druck, verständlicherweise.“ (13_HH_T1_RFK)

„... Teilzeitangebote gibt's nicht. Und ich weiß nicht irgendwie, wie hoch die Zahl derjenigen ist aus unserer Zielgruppe, die Vollzeit wieder arbeiten wollen. Sie sagten ja gerade sechs Stunden, das ist ja auch schon. Es gibt bestimmt einige, die sagen: „Ich möchte nur Teilzeit.“ Müssen aber erst mal die Vollzeit-LTA schaffen, um Teilzeit arbeiten zu können ... Und das ist blöd gelöst. Beziehungsweise ich denk mal, kein Mensch in der Welt wird irgendwie sich beschweren und sagen: „Hier, die sind ja nur sieben Stunden hier. Was soll denn das?“ Also es ist wirklich die Frage, wer beschwert sich denn und wer setzt überhaupt diesen Acht-Stunden-Tag als Vollzeit hin? Ich meine, IG-Metall, da ist Vollzeit 35 Stunden.“ (13_HH_T1_RFK)

Die Leistungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung Bund und Nord, die Agentur für Arbeit sowie die Jobcenter spielen eine zentrale Rolle im Rehabilitationsprozess. Die Reha-Fachberater*innen sind nicht nur wichtige Ansprechpartner*innen, sondern auch Auftraggeber*innen der Reha-Fachkräfte. Die Reha-Fachberater*innen fungieren auch als feste Ansprechpartner*innen für die Rehabilitand*innen und sind maßgeblich an der Zieldefinition sowie an Entscheidungen über Maßnahmen wie Umschulungen oder Verlängerungen beteiligt. Im Alltag der Reha-Fachkräfte ist der Kontakt zu den Reha-Fachberater*innen eng und

regelmäßig. Es werden Berichte erstellt, Maßnahmen abgestimmt und Entwicklungen kommuniziert. Diese Abstimmungsprozesse sind notwendig, um den Reha-Verlauf individuell und zielgerichtet zu gestalten.

In den Interviews mit den Reha-Fachkräften wird die Bedeutung der Leistungsträger durchweg betont, auch wenn die Zusammenarbeit mit ihnen teilweise als herausfordernd beschrieben wird. Dabei zeigt sich, dass die Kommunikation nicht immer reibungslos verläuft. Unterschiedliche Interessenlagen und teils starre Vorgaben der Leistungsträger können zu Spannungen führen – insbesondere dann, wenn Maßnahmen beantragt werden, die nicht im ursprünglichen Plan vorgesehen waren oder wenn es um die Finanzierung zusätzlicher Leistungen geht.

In solchen Situationen sind die Reha-Fachkräfte gefordert, überzeugend zu argumentieren und zwischen den verschiedenen Interessen zu vermitteln. Sie müssen nicht nur die Bedürfnisse der Rehabilitand*innen im Blick behalten, sondern auch die Anforderungen der Leistungsträger und gegebenenfalls die Erwartungen ihrer Arbeitgebende berücksichtigen. Diese Vermittlungsrolle verlangt ein hohes Maß an Kommunikationsgeschick und fachlicher Überzeugungskraft.

Trotz aller Herausforderungen wird der persönliche Austausch mit den Reha-Berater*innen der Leistungsträger als besonders wertvoll empfunden. Regelmäßige Treffen und ein guter Informationsfluss tragen dazu bei, Missverständnisse zu vermeiden, Prozesse besser aufeinander abzustimmen und voneinander zu lernen. Im Ganzen zeigt sich, dass die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern ein Balanceakt ist – geprägt von enger Kooperation, aber auch von der Notwendigkeit, unterschiedliche Perspektiven in Einklang zu bringen.

“... DRV-Nord und die DRV-Bund nach verschiedenen Regeln ticken, auch. Wir dürfen nicht die gleichen Produkte anbieten. Also ganz konkret, die DRV-Nord, bei denen dürfen wir aktiv eine Belastungserprobung, diese sechswöchige Erstdiagnostikmaßnahme, die können wir aktiv empfehlen. Und der Reha-Fachberater kann dann sagen, ja, passt, genehmige ich. Bei der DRV-Bund ist das Anregen einer Belastungserprobung ein Verwaltungsakt, der in Berlin geschieht. Auf den die Reha-Sachbearbeiter keinen Einfluss haben. Und das ist teilweise ziemlich ärgerlich ... Das verlangsamt auch das Verfahren. Also und darauf haben zum Beispiel die wiederum keinen Einfluss. Was schade ist, weil wir mit den direkten Leuten im Kontakt besser klären können, warum wir denken, dass eine Belastungserprobung vorgeschaltet werden sollte. Da ist es halt in der DRV-Bund werden die Leute entweder dazu angemeldet. Das war unser Erstkontakt. Die Leute kommen ohne großartiges Vorgespräch einfach her. Und bei der DRV-Nord ist es oft ... Aber die haben auch den Weg, dass die Leute bei uns aufschlagen und

wir sagen: "Der ist viel zu belastet. Der muss eigentlich noch mal Diagnostik machen. Bei DRV-Bund entsteht dann der Konflikt, wir sagen, er ist halt nicht zu belastet. Aber, nein, der braucht keine Belastungserprobung, laut Akte. Und wir können auch keine mehr beauftragen." (44_HH_T2_RFK)

Es zeigt sich zudem, dass die Qualität der Beziehungen der Reha-Fachkräfte zu den Leistungsträgern sehr unterschiedlich ist. So haben die **Deutsche Rentenversicherung Nord** und die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilweise unterschiedliche Regelungen und Vorgehensweisen, was die Koordination erschwert. Die Reha-Berater*innen der Deutsche Rentenversicherung Nord sind für die Arbeit der Reha-Fachkräfte sehr präsent und relevant. Mit den Reha-Berater*innen haben die Reha-Fachkräfte regelmäßigen persönlichen Kontakt mit festen Zuständigkeiten für bestimmte Rehabilitand*innen. Sie treffen sich alle zwei Monate, um gemeinsam die Fälle der Rehabilitand*innen zu besprechen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird eher distanziert wahrgenommen. Als problematisch wird auch der regelmäßige Wechsel der zuständigen Reha-Berater*innen bei der Deutsche Rentenversicherung Bund wahrgenommen, da dort die Zuständigkeiten alle zwei Jahre rotieren, was die Kontinuität erschwert. Die **Knappschaft Bahn/See** ist im Vergleich etwas außen vor, da es weniger Aufträge von ihr gibt.

Die Qualität der Zusammenarbeit der Reha-Fachkräfte mit der **Agentur für Arbeit** als Leistungsträger hängt stark von den jeweiligen Ansprechpartner*innen ab. Während einige Kontakte als konstruktiv beschrieben werden, verlaufen andere weniger zufriedenstellend. In manchen Fällen fehlt sogar der direkte Kontakt, da die Agentur für Arbeit eher als vermittelnde Schnittstelle wahrgenommen wird. Ein sensibles Thema in der Kommunikation ist die schnelle Androhung von Maßnahmeabbrüchen durch die Agentur für Arbeit. Zudem bestehen Unterschiede zwischen den Teams für Erst- und Wiedereingliederung innerhalb der Agentur für Arbeit, was sich ebenfalls auf die Zusammenarbeit auswirken kann. Verbesserungspotenzial sehen die Reha-Fachkräfte vor allem in einem engeren und kontinuierlicheren Austausch.

Im Gegensatz dazu ist der direkte Kontakt zu den **Jobcenter** deutlich seltener, da die meisten Maßnahmen über die Agentur für Arbeit laufen. Wenn es doch zu einer Zusammenarbeit kommt, wird diese häufig als mühsam empfunden, da es an einer klaren Abstimmung zwischen den Institutionen mangelt. In Fällen, in denen das Jobcenter als Leistungsträger auftritt – etwa bei Personen im Arbeitslosengeld-II-Bezug – hat es durchaus Einfluss auf die Bewilligung von Maßnahmen, z.B. durch die

Ausstellung von Bildungsgutscheinen. Dennoch liegt die letztendliche Entscheidung meist bei der Agentur für Arbeit.

Darüber hinaus bestehen nur sehr selten Kontakte zu anderen Leistungsträgern wie den Berufsgenossenschaften oder Krankenkassen, sodass diese in der täglichen Arbeit der Reha-Fachkräfte kaum eine Rolle spielen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Qualität der Beziehungen zu den Leistungsträgern bzw. Reha-Berater*innen sehr unterschiedlich ist und die Reha-Fachkräfte darauf achten müssen, wie sie mit den jeweiligen Partner*innen kommunizieren.

6.2.1.3 Berufliche Kontakte zu Praktikumsbetrieben

Zusammenarbeit mit Betrieben und Rolle der Reha-Fachkräfte

„Also dann erst mal diese ganzen Betriebe, die sozusagen immer abgespeichert sind, nachdem die Teilnehmer da ein Praktikum gemacht haben ... Dann habe ich noch sogenannte Kooperationsbetriebe, mit denen ich jetzt schon öfter zusammengearbeitet habe.“ (19_HH_T1_RFK)

„Zu manchen Betrieben baut man ja auch einen bisschen engeren Kontakt auf, versucht irgendwie eine Kooperation herzustellen. Obwohl das natürlich schwierig ist aufgrund dessen, dass die Teilnehmenden hier alle was anderes wollen.“ (53_HH_T1_RFK_20230914)

„Genau. Betriebe, das braucht Pflege, und es ist manchmal wirklich schwierig. Also für mich zumindest in meiner Maßnahme, da ich ja nicht ständig Teilnehmende habe, die dafür geeignet sind. (53_HH_T1_RFK)

„Betriebe ... während der Einarbeitungsphase sind wir einmal bis zweimal im Betrieb. In der Regel telefonieren wir im Vorfeld, ob sie gut angekommen sind. Immer im Vorfeld, natürlich mit Abklärung mit den Teilnehmenden, dass wir sagen, was wir machen. Ich finde, Transparenz ist in so einem Prozess immer der Wichtigste. Das heißt, die Teilnehmenden sind immer mit im Boot und wissen genau, was wir tun“. (60_HH_T1T2_RFK)

„Ja, nicht per se. Aber es könnte mal einen Konflikt mit einem Betrieb geben oder je nachdem, was da vorliegt.“ (33_HH_T2_RFK)

Die Zusammenarbeit mit Betrieben stellt einen zentralen Bestandteil der beruflichen Rehabilitation dar. Die Reha-Fachkräfte übernehmen dabei eine aktive und gestaltende Rolle. Sie sind verantwortlich für den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung eines Netzwerks an Praktikumsbetrieben, das sowohl aus bereits etablierten Kooperationspartner*innen als auch aus potenziellen neuen Betrieben besteht. Dieses Netzwerk bildet die Grundlage für die Vermittlung von

Praktikumsplätzen, die auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Rehabilitand*innen abgestimmt sind.

Die Reha-Fachkräfte pflegen ihre Kontakte zu den Betrieben durch regelmäßige Praktikumsbesuche, telefonischen Austausch und persönliche Gespräche. Ein wichtiger Aspekt ihrer Arbeit ist die Akquise neuer Betriebe, die häufig im Team erfolgt. Dabei wird besonders darauf geachtet, dass die Betriebe fachlich geeignet sind und sich in räumlicher Nähe zum Wohnort der Rehabilitand*innen befinden. Die Auswahl erfolgt stets mit Blick auf eine möglichst gute Passung zwischen dem Betrieb und der Rehabilitand*innen.

Die Begleitung der Praktika durch die Reha-Fachkräfte ist engmaschig und individuell. Sie stehen in regelmäßigem Austausch mit den Betrieben, um den Verlauf der Praktika zu besprechen und Rückmeldungen einzuholen. Dabei legen sie großen Wert auf konkrete und ehrliche Einschätzungen zur Leistung und Entwicklung der Rehabilitand*innen. Diese Rückmeldungen sind für die weitere berufliche Orientierung und Förderung der Rehabilitand*innen von großer Bedeutung.

Trotz des Engagements der Reha-Fachkräfte stellt die Pflege des Netzwerks eine kontinuierliche Herausforderung dar. Schwierigkeiten können etwa dann entstehen, wenn Rehabilitand*innen im Praktikum Probleme haben oder Betriebe unzufrieden sind. Auch die Pflege von Datenbanken mit bisherigen Praktikumsbetrieben ist aufwendig und wird als belastend empfunden. Zudem äußern viele Reha-Fachkräfte den Wunsch nach mehr Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit und der Akquise, um die Angebote der Einrichtung bekannter zu machen und neue Betriebe zu gewinnen. Insgesamt zeigt sich, dass die Reha-Fachkräfte eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen Rehabilitand*innen und Betrieben einnehmen

Ansprechpartner*innen der Reha-Fachkräfte in den Betrieben und Art der Kooperation

„Das ist wirklich verschieden. Manchmal haben wir auch mit den Geschäftsleitungen, wenn es kleine Betriebe sind, so: „Ja, wir würden gerne wieder jemand bei ihnen“ und so. Also das ist- das ist je nach Betriebsgröße und bisheriger Kontakt ganz unterschiedlich. Also, es kann/ das können die Leitungskräfte sein, wie die Personalabteilung, wie Anleitungsebene in- in irgendner Fachabteilung. Das ist ganz verschieden.“ (02_HH_T1_RFK)

„Also, es sind natürlich dann immer in dem Moment die Leute in den Betrieben wichtig, also die Anleiter in den Praktika.“ (25_HH_T1_RFK)

Die Reha-Fachkräfte stehen in den Praktikumsbetrieben mit unterschiedlichen Ansprechpartner*innen in Kontakt, wobei die Art der Ansprechperson stark von der Größe und Struktur des jeweiligen Betriebs abhängt. In kleineren Unternehmen sind es häufig die Geschäftsführung oder Inhaber*innen selbst, die als direkte*n Ansprechpartner*in fungieren. In größeren Betrieben hingegen übernehmen meist Abteilungsleiter*innen, Projektverantwortliche oder Mitarbeitende aus der Personalabteilung diese Rolle.

Ein zentrales Anliegen der Reha-Fachkräfte ist es, bereits vor Beginn eines Praktikums eine*n festen Hauptansprechpartner*in im Betrieb zu etablieren. Dieser soll über den gesamten Verlauf des Praktikums hinweg als konstante Kontaktperson zur Verfügung stehen. Der regelmäßige Austausch mit dieser Person ist essenziell, um den Praktikumsverlauf zu begleiten, Probleme frühzeitig zu erkennen und gezielt auf die Entwicklung der Teilnehmenden einwirken zu können.

Besonders wichtig sind den Reha-Fachkräften die Anleiter*innen bzw. Ausbilder*innen in den Betrieben, da sie die Teilnehmenden im Arbeitsalltag direkt betreuen und somit über die besten Einblicke in deren Leistungsfähigkeit und Entwicklungspotenziale verfügen. Die Reha-Fachkräfte scheuen sich nicht, von diesen Personen konkrete und detaillierte Rückmeldungen einzufordern, um ein realistisches Bild der Praktikumsituation zu erhalten. Diese Rückmeldungen sind ein zentrales Element der Zusammenarbeit und Grundlage für die weitere Förderplanung.

Neben den Hauptansprechpartner*innen bestehen oft auch Kontakte zu weiteren Mitarbeiter*innen im Betrieb, etwa zur Personalabteilung oder zu engagierten Kolleg*innen, die sich besonders für die Rehabilitand*innen einsetzen. Diese zusätzlichen Kontakte können die Zusammenarbeit erleichtern und zur Stabilität der Kooperation beitragen.

Die Art der Zusammenarbeit unterscheidet sich je nach Betriebsgröße: In kleineren Betrieben ist der Kontakt meist persönlicher und unkomplizierter, während in größeren Unternehmen formellere Strukturen und ein höherer Abstimmungsbedarf bestehen. Unabhängig davon legen die Reha-Fachkräfte großen Wert auf einen offenen, ehrlichen und regelmäßigen Austausch mit den Betrieben. Sie bauen ihre Kontakte gezielt auf, stellen sich und ihre Arbeit vor und bemühen sich um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, die den Rehabilitand*innen bestmögliche Unterstützung bietet.

Es wird ersichtlich, dass die Reha-Fachkräfte ein engmaschiges Netzwerk an Ansprechpartner*innen in den Betrieben aufgebaut haben, das sie als unverzichtbar für ihre Arbeit betrachten. Die Qualität dieser Kontakte ist entscheidend für den Erfolg der Praktika und damit auch für die berufliche Integration der Teilnehmenden.

Kontakte zu ehemaligen Kolleg*innen und Arbeitgebenden

„Aber, ja, trotzdem gibt es dann noch ehemalige Kollegen oder so, die jetzt auch in Hamburg arbeiten. Und ich bin ja mit denen auch immer noch in Kontakt. Aber aktuell kann ich jetzt meine ehemaligen Arbeitgebende noch nicht so richtig nutzen für mögliche Praktika, sondern eher, ja, für mich eher, für meine Erfahrung.“ (21_HH_T1_RFK)

Die Reha-Fachkräfte berichten, dass sie in ihrer täglichen Arbeit auf ein breites Spektrum an beruflichen Kontakten zurückgreifen können, darunter auch auf frühere Kolleg*innen und ehemalige Arbeitgebende. Diese Verbindungen bestehen häufig über längere Zeit hinweg und werden gezielt genutzt, um Informationen über Branchen, Unternehmen und mögliche Praktikumsplätze zu erhalten. Der Austausch mit ehemaligen Kolleginnen dient für einige Reha-Fachkräfte nicht nur der Informationsgewinnung, sondern auch dem Ideenaustausch und der kollegialen Unterstützung im Arbeitsalltag. Letztlich ergibt sich daraus, dass die Reha-Fachkräfte ihre beruflichen Beziehungen bewusst und reflektiert in ihre tägliche Arbeit einbinden.

Nutzung privater Kontakte

„Ja, genau also, es ist tatsächlich so, dass ich also zum Beispiel war ich viel in [≡ Stadt in S.-H.] unterwegs ... So, da kenne ich natürlich viele und also meine Kollegin hatte jetzt eine Teilnehmerin, die in [≡ Stadt in S.-H.] was sucht, und dann habe ich das natürlich wieder ein bisschen ... genau, habe ich mein Netzwerk [≡ Stadt in S.-H.] aufleben lassen. So in [≡ Landkreis in S.-H.] habe ich auch eins. Generell habe ich meine ehemaligen Kollegen natürlich.“ (24_HH_T1_RFK)

„Ja, dass man privat rumfragt. Das ergibt sich dann irgendwie. Ja und dann auch durch die anderen Teilnehmer, die helfen sich halt auch gegenseitig so, ne? Dann kommt eins zum anderen. Dann hört der eine da auf und sagt: "Es war irgendwie nicht das richtige für mich, aber, ich glaube, für dich wäre das super so. Du kannst ja das und das richtig gut. Vielleicht ruf du doch da mal an.“ (48_HH_T2_RFK)

„Ja, da geht es um Praktikumsbetriebe, oder eben Arbeitsplatz. Also eine sehr gute Freundin arbeitet im IT-Bereich, und da habe ich dann schon mal angerufen, oder eine andere Freundin arbeitet in der Behörde, und ich hatte jemand, der wollte gerne in die Finanzbehörde, und die hat da was tatsächlich auch klar gemacht, und

das ist einfach toll, weil auf dem offiziellen Wege kommt man da in der Regel nicht rein, gerade der Finanzbehörde ist so zu.“ (10_HH_T1_RFK)

Neben den beruflichen Netzwerken greifen einige Reha-Fachkräfte auch auf privat aufgebaute Kontakte zurück, insbesondere in bestimmten Regionen, in denen sie gut vernetzt sind. Diese privaten Netzwerke können eine wertvolle Ressource darstellen, etwa wenn es darum geht, kurzfristig geeignete Praktikumsplätze zu finden oder individuelle Lösungen für Rehabilitand*innen zu entwickeln. Es zeigt sich, dass diese persönlichen Netzwerke in der Praxis häufig hilfreich sind, insbesondere wenn offizielle Wege nicht schnell genug zum Ziel führen oder wenn es um die Vermittlung in kleinere, lokal verankerte Betriebe geht.

Die Reha-Fachkräfte sehen in der Nutzung privater Netzwerke eine sinnvolle Ergänzung zu den formellen Kooperationsstrukturen, die ihre Arbeit flexibler und individueller gestalten kann.

Die Bedeutung von Datenbanken, Internet und Berufsmessen/Jobbörsen

„Also dann erst mal diese ganzen Betriebe, die sozusagen immer abgespeichert sind, nachdem die Teilnehmer da ein Praktikum gemacht haben.“ (19_HH_T1_RFK)

„Genau, die wir schon haben. Das ist sehr wichtig, ist auch schon sehr, natürlich, sehr wichtig für uns, dass wir die (Datenbank) haben.“ (03_HH_T1_RFK)

„Also immer, wenn jetzt ein Teilnehmer ein Praktikum macht, ist die Firma bei uns abgespeichert im System ... und wenn dann irgendwann wieder jemand da ein Praktikum macht und dann sehe ich das sofort, ah, okay da und dann und dann war da schon mal jemand. Und dann kann ich auch reingucken, wie war das Feedback so, wie kam, wie hat der Teilnehme das da empfunden? Wenn da jetzt irgendwie steht: „Ja, die haben mich nur ausgenutzt und ich muss da Überstunden machen.“ Dann würde ich da halt nicht noch mal jemand hinschicken. Ja, deswegen können wir das schon sehen.“ (19_HH_T1_RFK)

„Also tatsächlich gibt es eine Datenbank, wir nutzen aber eher unseren persönlichen Pool.“ (38_HH_T1_RFK)

*„Es gibt so eine Datenbank, aber die wird jetzt eigentlich nicht genutzt. Die ist auch vielleicht auch nicht mehr aktuell ... Die ehemaligen Praktikumsgeber*innen möchten auch keinen Praktikanten mehr von unserer Seite, vielleicht? Man weiß es ja nicht, ja? Also das ist irgendwie, da fehlt mir der Durchblick in dieser Datenbank ... Und das ist dann diese Datenbank von allen Teilnehmern, die irgendwann da mal ein Praktikum gemacht haben. Aber, ja, das ist vielleicht auch schon ein paar Jahre her und man hat nie wieder Kontakt mit dem Unternehmen aufgenommen. Und nutze ich jetzt irgendwie gar nicht diese Datenbank, weil ich da auch nicht so einen guten Durchblick habe.“ (21_HH_T1_RFK)*

Die Reha-Fachkräfte berichten über interne Datenbanken, die sie zur Verwaltung und Vermittlung von Praktikumsplätzen nutzen. Zum einen gibt es eine zentrale Datenbank, in der alle Betriebe gespeichert sind, in denen Rehabilitand*innen bereits Praktika absolviert haben. Diese Datenbank kann von allen Reha-Fachkräfte genutzt werden, um nach geeigneten Praktikumsplätzen für neue Rehabilitand*innen zu suchen. Die Datenbanken sind teilweise nach Branchen oder Berufsfeldern strukturiert, was die Suche erleichtert.

Einige Reha-Fachkräfte haben zusätzlich eigene, kleinere Datenbanken oder Kontaktlisten aufgebaut, in denen sie besonders gute Kontakte zu Betrieben verwalten. Diese persönlichen Netzwerke werden ergänzend zur zentralen Datenbank genutzt.

Allerdings berichten einige Reha-Fachkräfte, dass die Datenbanken nicht immer aktuell oder übersichtlich genug sind. Ein Verbesserungsvorschlag ist, die Datenbanken besser zu pflegen und auszubauen, um die Zusammenarbeit mit Betrieben zu intensivieren und den Reha-Fachkräfte die Arbeit zu erleichtern.

Aus der Analyse geht hervor, dass die internen Datenbanken ein wichtiges Instrument sind, aber von den Reha-Fachkräfte unterschiedlich intensiv genutzt und weiterentwickelt werden. Es wird deutlich, dass die Pflege und Weiterentwicklung dieser Netzwerke und Datenbanken eine wichtige Aufgabe ist, um den Teilnehmenden passende Praktikumsplätze anbieten zu können.

Um geeignete Praktikums- und Arbeitsplatzangebote für die Teilnehmenden zu finden, greifen die Reha-Fachkräfte auf eine Vielzahl von Informations- und Kontaktwegen zurück - auch **digitale Ressourcen**, um ein möglichst breites Spektrum an Möglichkeiten zu erschließen. Ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit ist die Recherche im Internet, insbesondere auf Stellenportalen und Unternehmenswebsites. Diese digitalen Kanäle ermöglichen es den Reha-Fachkräften, aktuelle Informationen über offene Praktikumsstellen zu erhalten und gezielt nach passenden Angeboten zu suchen. Auch öffentliche Informationen, wie Werbung oder Aushänge im städtischen Raum, werden teilweise in die Suche einbezogen.

„Was immer hilft, sind Jobmessen. Wir waren jetzt auch wieder auf der Jobmesse. Da versuche ich dann auch ... da habe ich noch mal Kontakt geknüpft und gefragt: "Mensch, was bietet ihr denn so an?" Kriege dann auch Visitenkarten und dann kann ich mich dort auch melden, wenn jetzt irgendwas ist.“ (68_HH_T2_RFK)

„Es gab mal so eine Messe ... da wo wir so einen Stand hatten und uns vorgestellt haben und da war auch tatsächlich ich und eine andere Kollegin waren dann die ganzen Tage da und standen da. Und es gab gar keinen richtig so, der sich dafür zuständig fühlt, das zu machen ... Wie so eine kleine Abteilung ... die sich mal richtig darum kümmern so ein bisschen Werbung für uns zu machen ... Okay, wir haben Flyer und die Homepage, aber da geht man ja auch nur rauf, wenn man das aktiv suchen würde.“(48_HH_T2_RFK)

Ein weiterer Baustein ist die Teilnahme an **Berufsmessen** oder der Besuch von Jobbörsen. Berufsmessen werden von einigen Reha-Fachkräfte und ihren Rehabilitand*innen regelmäßig besucht, um direkt mit Unternehmen in Kontakt zu treten, Informationen zu sammeln und Praktikumsplätze zu akquirieren. Diese Veranstaltungen gelten als etablierte und effektive Plattformen zur Kontakthanbahnung und werden gezielt in die Arbeit eingebunden.

Während soziale Medien im Rahmen der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bislang nur eine untergeordnete Rolle spielen, erkennen die Reha-Fachkräfte zunehmend deren Potenzial. Sie schätzen digitalen Netzwerke als künftig wichtigere Ressource ein, insbesondere im Hinblick auf die Kontaktpflege und die gezielte Ansprache von Unternehmen. Insbesondere größere Betriebe haben häufig noch keinen Bezug zur Einrichtung der beruflichen Rehabilitation. Daher wird von Reha-Fachkräfte vorgeschlagen, ein eigenes Akquise-Team einzurichten, das gezielt auf diese Unternehmen zugeht und die Angebote der Einrichtung bekannter macht.

Die Rolle von Betrieblichem Eingliederungsmanagement, Integrationsbeauftragten und Schwerbehindertenvertretungen

„Also, ich begleite häufig auch und nehme teil an den BEM-Gesprächen. Und die untereinander sind auch vernetzt, klar, und der Teilnehmer auch ... Aber wir haben schon häufiger, wenn jemand mit einem ruhenden Arbeitsverhältnis kommt, dann führen wir auch BEM-Gespräch zur Rückführung. Wenn sie zurückgehen wollen.“ (50_HH_T2_RFK)

„Genau, in Betrieben (Schwerbehindertenvertretung), das könnte theoretisch sein ... Also hatte ich jetzt tatsächlich noch nicht, aber das wird häufig ... meistens dann Thema, wenn die noch einen alten Arbeitsvertrag haben und halt umgesetzt werden sollen im Betrieb.“ (24_HH_T1_RFK)

Das **Betriebliches Eingliederungsmanagement** wird als ein komplexer, aber zentraler Bestandteil der beruflichen Reintegration beschrieben. Es handelt sich um einen strukturierten Prozess, bei dem verschiedene betriebliche Akteure – darunter die Arbeitgeberleitung, der Betriebsrat, die Personalabteilung sowie die Schwerbehindertenvertretung – gemeinsam mit den betroffenen Mitarbeitenden nach Lösungen suchen, um deren Rückkehr in den Arbeitsprozess zu ermöglichen.

Die Reha-Fachkräfte nehmen dabei eine vermittelnde und unterstützende Rolle ein. Sie begleiten die Betriebliches Eingliederungsmanagement-Gespräche, stärken die Position der Rehabilitand*innen und helfen dabei, deren Bedürfnisse realistisch einzuschätzen und in die Lösungsfindung einzubringen. Die Gespräche im Rahmen des Betriebliches Eingliederungsmanagement können herausfordernd sein, da die beteiligten Akteur*innen mitunter unterschiedliche Interessen vertreten. So zeigen sich manche Arbeitgebende sehr strikt, was zu längeren Verhandlungsprozessen führen kann. In solchen Fällen ist es Aufgabe der Reha-Fachkräfte, durch ihre Moderation und Vermittlung eine konstruktive Gesprächsatmosphäre zu schaffen und tragfähige Lösungen zu fördern.

Die **Schwerbehindertenvertretungen** in den Betrieben spielen eine wichtige Rolle im Kontext der beruflichen Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Auch im Rahmen des Betriebliches Eingliederungsmanagement-Prozesses sind sie häufig beteiligt und bringen die Perspektive der Betroffenen in die Gespräche ein. Obwohl ihre Rolle in manchen Fällen aus Sicht der Reha-Fachkräfte eher nachgelagert erscheint, können sie in entscheidenden Phasen der Reintegration eine wichtige unterstützende Funktion übernehmen. **Integrationsbeauftragte** sind ein wichtiger Bestandteil eines inklusiven Arbeitsumfeld. Sie fungieren als Schnittstelle zwischen den Reha-Fachkräften, den Betrieben und den Rehabilitand*innen. Ihre Aufgaben reichen von der Koordination von Betriebliches Eingliederungsmanagement-Prozessen über die Vermittlung von Praktikumsplätzen bis hin zur Begleitung im Bewerbungsprozess. Der Kontakt zu beiden innerbetrieblichen Akteur*innen ist aus Perspektive der Reha-Fachkräfte eher seltener und am Ende der beruflichen Rehabilitation angesiedelt und liegt somit im Bereich der Nachbetreuung.

6.2.1.4 Berufliche Kontakte zum Gesundheitswesen

Kontakte zu Reha-Kliniken, (Tages-)Kliniken und den Sozialdiensten der Kliniken

„Einmal in Notfällen, oder wenn man Berichte anfordert ... (im Verlauf der beruflichen Reha) ... Gar nicht, eigentlich können die ganz nach außen. Naja, Sie spielen schon eine Rolle.“ (14_HH_T1_RFK)

„Also, dass der Bereich in der Diagnostik, da vielleicht doch auch Werbung macht, auch vielleicht noch für uns. Aber wir könnten ja auch was erzählen, wie hier das Training stattfindet oder so. Also davon kriege ich wenig mit. Es kann sein, dass es das gibt, aber ich bekomme davon wenig mit.“ (21_HH_T1_RFK)

„Also, wir haben zum Beispiel Kontakt zum Rehazentrum hier (Ort). Also wir machen ja auch Werbung. Wir kriegen Leute aus Tageskliniken, die mit ihrer Gruppe Besuche machen und Reha-Einrichtungen angucken. Da sind die auch mal bei uns.“ (02_HH_T1_RFK)

„Was wir im Moment manuell pflegen, arbeitsteilig durchs ganze Team, sind die Klinikkontakte. Weil ich immer wieder feststelle – auch an mir selber – ich hab' vorher überhaupt nicht gewusst, was berufliche Rehabilitation ist und dass es das gibt. Und das wissen auch viele Leute in den Kliniken nicht. Und das ist halt schade, weil das häufig, glaub' ich – aus meiner Rolle in der integrierten Versorgung kenn' ich das – dass halt die Zeit nach der Klinik kritisch ist, weil die Leute in der Regel das, was sie in der Klinik gelernt haben, ambulant nicht anwenden können, wenn da nicht schnell wieder was greift, was irgendwie weiter unterstützt. Und das wäre ja für den Weg zurück in Arbeit auch, dass also, ideal, schnell nach der Klinik irgendwie schon irgendwas da ist. Diagnostische Maßnahmen oder was auch immer, was also den Zugang zur beruflichen Rehabilitation halt irgendwie empfohlen oder angeleiert würde am besten ... Es wäre fantastisch, wenn das wirklich irgendwie Teil von dem Prozedere wäre.“ (16_HH_T1_RFK)

„Wenn es um einen bestimmten Teilnehmer geht, dann würde ich über das Sekretariat oder die (Kliniken) gehen, und wenn es aber darum geht, dass ich unsere Arbeit bekannt machen möchte in den Kliniken mit den Flyern, dann würde man die Sozialdienste ansprechen.“ (14_HH_T1_RFK)

„Die schicken schon Leute zu uns, aber eigentlich die sozialen Berater. Die sind wichtig in den Tageskliniken, dass die Leute informieren darüber, dass es eine LTA gibt. Und ob das zu uns die Leute kommen oder woanders hin.“ (50_HH_T2_RFK)

Die befragten Reha-Fachkräfte berichten, dass sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation vor allem nur punktuelle Kontakte zu medizinischen Einrichtungen wie (Tages-)Kliniken, stationären **Reha-Kliniken** und Ambulanzen pflegen. Diese Kontakte beschränken sich in der Regel auf den Austausch von Informationen und Berichten, insbesondere bei der Antragstellung. Manchmal gibt es Kontakt in akuten Notfällen, wenn Rehabilitand*innen in einer Krisensituation in eine Klinik eingewiesen werden müssen. Eine intensivere Zusammenarbeit, etwa durch Fallbesprechungen oder Besuche in den Einrichtungen, findet nur vereinzelt statt. Dennoch sehen viele Reha-Fachkräfte Potenzial in einer engeren Kooperation mit diesen Einrichtungen, um die Übergänge zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation zu verbessern. Einige berichten von positiven Erfahrungen mit Informationsveranstaltungen, die sie selbst in Kliniken durchgeführt haben, um ihre Angebote bekannter zu machen. Auch wenn es gelegentlich zu gegenseitigen Besuchen kommt, bleibt der Kontakt insgesamt eher punktuell und nicht systematisch organisiert. Erschwerend kommen hohe

Auslastungen und lange Wartelisten in den Leistungserbringer hinzu, die es den Reha-Fachkräfte oft unmöglich machen, selbst aktiv auf die Einrichtungen zuzugehen.

Besonders hervorgehoben wird die Rolle der **Sozialdienste** innerhalb der Kliniken. Diese werden von den Reha-Fachkräfte als zentrale Schnittstelle wahrgenommen, über die häufig der Kontakt zu den medizinischen Einrichtungen läuft. Wenn es um spezifische Informationen zu Rehabilitand*innen geht, erfolgt der Austausch meist über die Sozialdienste. Diese übernehmen auch eine wichtige Funktion bei der Vermittlung von Rehabilitand*innen und der Bekanntmachung des Angebots der Leistungserbringer (LTA) in den Kliniken. Der Kontakt zu den Sozialdiensten wird dabei als wichtiger und intensiver beschrieben als der direkte Kontakt zu behandelnden Ärzt*innen. Allerdings findet dieser Austausch meist nur auf Initiative der Rehabilitand*innen und eher selten statt, was als unzureichend empfunden wird. Die Reha-Fachkräfte sehen hier Verbesserungspotenzial, da die Sozialdienste die Rehabilitand*innen über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informieren und den Kontakt zu den Leistungserbringer von LTA herstellen könnten. Eine stärkere Vernetzung und institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Sozialdiensten und Reha-Fachkräften bzw. Leistungserbringern könnte den Rehabilitationsprozess insgesamt effektiver und nachhaltiger gestalten.

Kontakte zu Psychotherapeut*innen

*„Genau, über die Teilnehmenden haben wir natürlich dann auch immer mal Kontakt, und das ist echt nicht oft, zu deren Therapeut*innen.“ (08_HH_T1_RFK)*

*„... Therapeut*innen. Also, es kommt mal vor, aber wirklich alle Jubeljahre. Also ich sage mal, jetzt, in den sechseinhalb Jahren, die ich hier arbeite, habe ich vielleicht zwei, dreimal mit Therapeut*innen gesprochen, so anlassbezogen. Dass ich dann Teilnehmende gefragt habe, so hier: "Kann ich Kontakt aufnehmen? Stellen Sie mir bitte eine Schweigepflichtsentbindung aus." Und dass ich dann mit der Therapeutin halt gesprochen habe über ein spezifisches Thema.“ (51_HH_T2_RFK)*

„Natürlich manchmal, in manchen Fällen spielen Therapeuten auch eine Rolle, dass die Person sagt, zum Beispiel: „Können Sie bitte, weil mein Therapeut sagt was ganz anderes als was Sie sagen, können Sie sich bitte mit dem Therapeuten ... in Verbindung setzen und darüber sprechen über das Thema? ... Ja, das ist schon dann auch wichtig.“ (07_HH_T1_RFK)

*„Ja, also speziell bei Therapeut*innen, die haben natürlich auch sehr große Arbeitsdichte. Und die haben natürlich nicht mal eben Zeit, irgendwie eine halbe Stunde mit mir zu sprechen. Ich meine, das können die nicht abrechnen. Also es gibt welche die sagen, ja, mache ich während meiner telefonischen Sprechstunde vielleicht, aber ganz sporadisch, ganz wenig ... Und sind dadurch, dass sie auch*

einen Sprachberuf haben, dann auch einfach nicht ansprechbar, wenn sie arbeiten. Die können nicht mal eben nebenbei irgendwas machen.“
(51_HH_T2_RFK)

„Was hilfreich wäre, wenn wir eine Liste von freien Therapieplätzen hätten, wo wir Teilnehmer hinschicken können, die keinen Therapeuten haben. Das wäre super ... Das ist wirklich manchmal ein ganz schönes Dilemma, dass Menschen so lange warten müssen ... Also, es gibt ja die einschlägigen Telefonnummern bei den Krankenkassen, und wir haben manchmal viel mit diesem Institut, wo Psychotherapeuten ausgebildet werden. [≡AUSBILDUNGSSTÄTTE] zu tun ... Dass wir da manchmal sagen: „Versuche Sie es doch da einmal“. ... Ja, das wäre schön, wenn wir da enden ... Ein Kontingent an freien Therapieplatz wäre super.“
(14_HH_T1_RFK)

Die Zusammenarbeit der Reha-Fachkräfte mit Psychotherapeut*innen gestaltet sich in der Praxis häufig als herausfordernd. Zwar kommt es in Einzelfällen – insbesondere in Krisensituationen oder bei konkretem Abstimmungsbedarf – zu einem Austausch, doch bleibt dieser eher die Ausnahme als die Regel. Der Kontakt ist meist punktuell und nicht systematisch etabliert. Ein zentrales Hindernis stellt der begrenzte Zugang zu Psychotherapeut*innen dar.

Viele Reha-Fachkräfte berichten, dass sie nur sehr selten direkten Kontakt zu den Therapeutinnen der Rehabilitand*innen haben. Dies liegt zum einen daran, dass die Rehabilitand*innen ihre Therapie oft als sehr privaten Bereich betrachten, in den die Reha-Fachkräfte nicht eingreifen möchten. Zum anderen erfolgt eine Kontaktaufnahme nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Rehabilitand*innen und auch dann meist sehr zurückhaltend. Einige Reha-Fachkräfte sehen es als ihre Aufgabe, die Rehabilitand*innen zu ermutigen, relevante Themen in der Therapie anzusprechen, ohne jedoch selbst aktiv mit den Therapeut*innen zu kommunizieren.

Ein weiteres strukturelles Problem sind die langen Wartezeiten auf Therapieplätze, die sowohl für die Rehabilitand*innen als auch für die Reha-Fachkräfte frustrierend sind. In diesem Zusammenhang versuchen einige Reha-Fachkräfte, unterstützend bei der Suche nach Therapieplätzen zu wirken, stoßen dabei jedoch häufig an systemische Grenzen. Die mangelnde Verfügbarkeit von Therapieangeboten erschwert nicht nur die individuelle Betreuung, sondern auch die Koordination zwischen medizinischer und beruflicher Unterstützung.

Trotz dieser Herausforderungen wird der Bedarf an einer engeren Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen deutlich, insbesondere um den Zugang für

Rehabilitand*innen zu erleichtern und die Rehabilitationsprozesse besser abzustimmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Kontakt zu Psychotherapeut*innen für die berufliche Rehabilitation von großer Bedeutung wäre, jedoch durch strukturelle Hürden wie Kapazitätsmangel, Datenschutzbedenken und fehlende institutionelle Vernetzung stark eingeschränkt ist. Eine intensivere, koordinierte Zusammenarbeit wird von den Reha-Fachkräften als wünschenswert erachtet.

Kontakte zu Psychiater*innen

„Ich habe schon einmal mit einem Psychiater von einem Teilnehmer – also, wenn ich jetzt in die jüngste Vergangenheit schaue – telefoniert.“ (14_HH_T1_RFK)

„Nein, regelhaft eben nicht ... Also ich hatte auch schon Krisensituationen, wo dann jemand einem entgleitet oder in eine Psychose abrutscht oder was auch immer. Und da ist es dann sehr wichtig, dass man eben guckt, kann man irgendwie auch noch Informationen von einem Psychiater zum Beispiel sich einholen? Um vielleicht wieder besser ins Gespräch zu kommen oder gerade zu wissen, was passiert eigentlich? Weil ich ja keine Therapeutin bin und eben auch da mir die Fachlichkeit fehlt, um zu wissen, ist dieser Mensch jetzt schon wieder auf dem Weg zur Psychose, oder?“ (30_HH_T1_RFK)

*„Und ich jetzt mal gerade auf Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen gucke, dann muss ich sagen, funktioniert das Netzwerk sehr schlecht. Weil Ersttermine bei Psychiatern brauchen mehrere Monate. Also bei Fachärzten generell. Und bei Psychotherapeuten zu fast einem Jahr bis anderthalb Jahren. Das heißt, ich habe schon häufig den Fall, dass ich als fast erstes Thema, wenn ich das lese in Gutachten, dass eine Therapie angestrebt sein soll, dass ich das sofort zum Thema mache. Weil ich den Eindruck habe, dass, wenn die sich da zu Beginn drum kümmern, wenn sie noch nicht im Praktikum sind, wenn noch nicht Arbeit wieder im Raum steht, dass die noch am ehesten Zeit und Muße haben, sich darum zu kümmern. Weil das viele meiner Teilnehmenden berichten, dass das sehr, ja, müßig ist. Und auch sehr schnell irgendwie zu Frustration führt, wenn man überall Ablehnung erfährt.“ (63_HH_T2_RFK)*

„Und dann gibt's noch Zuständigkeitsdiffusion, Rollendiffusion, irgendwie. Genau. Psychologinnen, die sich darüber ärgern, dass wir zu psychologisch, zu wenig berufsbezogen unterwegs sind, damit hatte ich schon mal einmal Kontakt. Psychiaterinnen, die halt irgendwie trotz Entbindungsschweigepflicht und so weiter halt nicht einsehen wollen, dass sie mit uns kooperieren sollen. Weil die sagen, ham wir nichts mit zu tun: „Sie geht das gar nichts an, was der Teilnehmende für 'ne Medikation nimmt.“ Also, ne, da gibt's manchmal so- also, da gibt's manchmal Reibung. Ist aber eher so Einzelfallding.“ (16_HH_T1_RFK)

Die Reha-Fachkräfte betonen, dass sie den Kontakt zu Psychiater*innen als fachlich sehr wertvoll empfinden, insbesondere zur Einschätzung psychischer Krisen und zur Koordination von Maßnahmen. Dennoch bleibt dieser Kontakt in der Praxis selten und ist stark von individuellen Faktoren abhängig. In solchen Fällen – etwa, wenn Rehabilitand*innen in eine psychotische Episode abzurutschen drohen – ist es für die Reha-Fachkräfte besonders wichtig, kurzfristig Kontakt zu behandelnden Psychiater*innen aufnehmen zu können. Ziel ist es, Informationen über den Gesundheitszustand der Betroffenen zu erhalten und die eigene Einschätzung sowie das weitere Vorgehen besser abstimmen zu können.

Allerdings ist dieser Kontakt an formale Voraussetzungen gebunden. Eine Schweigepflichtsentbindung durch die Rehabilitand*innen ist zwingend erforderlich, wird jedoch nicht immer erteilt oder kann auch wieder zurückgezogen werden. Dadurch bleibt der Austausch mit Psychiater*innen in vielen Fällen eingeschränkt oder gar unmöglich. Selbst wenn eine Einwilligung vorliegt, berichten Reha-Fachkräfte, dass Psychiater*innen nicht immer zur Kooperation bereit sind. Teilweise wird den Reha-Fachkräften die fachliche Zuständigkeit abgesprochen, was die Zusammenarbeit zusätzlich erschwert.

Der Aufbau eines tragfähigen Kontaktes mit Psychiater*innen wird als wünschenswert, aber schwierig beschrieben. Gründe dafür sind unter anderem die begrenzte zeitliche Verfügbarkeit der Psychiater*innen, die Schwierigkeit, gemeinsame Termine zu koordinieren, sowie fehlende institutionelle Strukturen für einen regelmäßigen Austausch. Insgesamt zeigt sich, dass die Kooperation mit Psychiater*innen zwar als fachlich notwendig und hilfreich angesehen wird, in der Realität jedoch durch strukturelle, rechtliche und kommunikative Hürden stark eingeschränkt ist.

Hausärzt*innen

„Nein. Also bisher ist es auch noch nie vorgekommen, dass das irgendwie einen Sinn gehabt hätte.“ (53_HH_T1_RFK)

*„Kontakt gar nicht. Also natürlich erzählen die mir mal, ich gehe jetzt zum (Ärzt*in) im Einkaufszentrum so und so, der da sitzt, und lass das und das abklären, aber ich habe mit denen gar keinen Kontakt.“ (18_HH_T1_RFK)*

„Also, das ist tatsächlich, weil der eine sagt hü, der andere sagt hott und das steht auf dem Papier. Und wie gesagt, es tauchen hier auch noch andere Problematiken ganz häufig auf. Themen, die die anderen Träger, also die Reha-Kliniken nicht sehen können. So, dass die Hausärzte nicht so, da sind wir so ein bisschen wie ein

Fallmanager. Wir haben Eindrücke aus dem ganzen Bereich von Versicherten und dadurch gehen wir mal in den Kontakt. So es ist, wie gesagt, nicht sehr viel, aber den haben wir.“ (56_Teil 2_HH_T1T2_RFK)

Der Kontakt von Reha-Fachkräfte zu Hausärzt*innen der Rehabilitand*innen ist relativ selten und wird von den Reha-Fachkräfte insgesamt als komplex und herausfordernd wahrgenommen. Gleichzeitig wird der Kontakt zu Hausärzt*innen von einigen Reha-Fachkräfte als potenziell hilfreich für den Rehabilitationsprozess eingeschätzt. Sie sehen darin eine Möglichkeit, medizinische und berufliche Aspekte besser aufeinander abzustimmen. Allerdings wird auch betont, dass der Aufwand für eine solche Zusammenarbeit hoch ist und in der Praxis oft nicht im Verhältnis zum Nutzen steht, insbesondere angesichts begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Kontakt zu Hausärzt*innen zwar in bestimmten Fällen stattfindet und als sinnvoll erachtet wird, jedoch nicht zur Regel gehört.

Selbsthilfegruppen

„Also, das sind alles Institutionen, von denen ich immer wieder höre, auch in Gesprächen mit den Teilnehmern, aber zu denen ich keinen Kontakt habe.“ (18_HH_T1_RFK)

„Doch irgendwann, ist schon länger her, da hatte ich das mal empfohlen. Ob das Unterstützungsform sein kann, ja.“ (08_HH_T1_RFK)

„Teilweise schon, also ich habe schon für eine Teilnehmerin, die das immer wieder ansprach, habe ich selbst auch recherchiert, was für Selbsthilfegruppen es gibt.“ (30_HH_T1_RFK)

„Selbsthilfegruppen könnte man nochmal in diesen Bereich aufnehmen. Ich hatte zumindest einen Teilnehmer, bei dem das ganz wichtig war ... Aber der hatte so Themen, die er hier erlebt hat und dann dorthin mitgenommen hat und dann davon berichtet hat, wie das da dann erlebt hat.“ (16_HH_T1_RFK)

Der Kontakt der Reha-Fachkräfte zu Selbsthilfegruppen ist insgesamt eher sporadisch und spielt in der täglichen Arbeit eine untergeordnete Rolle. Viele Reha-Fachkräfte berichten, dass sie selbst keinen direkten Kontakt zu Selbsthilfegruppen pflegen. Zwar wird die Existenz solcher Gruppen als potenziell hilfreiche Unterstützungsform wahrgenommen, doch bleibt der Austausch meist auf Einzelfälle beschränkt.

Einige Reha-Fachkräfte geben an, dass sie Rehabilitand*innen bei Bedarf den Kontakt zu passenden Selbsthilfegruppen vermitteln. In solchen Fällen recherchieren sie gezielt nach Angeboten, die zur individuellen Situation passen könnten. Die

Entscheidung, ob die Rehabilitand*innen das Angebot tatsächlich nutzen, bleibt jedoch ihnen selbst überlassen. Der Kontakt zur Selbsthilfegruppe erfolgt somit indirekt und ist stark vom Engagement und Interesse der Rehabilitand*innen abhängig. In einem Fall wurde berichtet, dass ein Rehabilitand*innen Inhalte aus der Reha-Maßnahme in eine Selbsthilfegruppe eingebracht und umgekehrt Themen aus der Gruppe in die Maßnahme zurückgetragen hat. Dies stellt eine Form des indirekten Austauschs dar, bei dem die Reha-Fachkräfte über die Rehabilitand*innen Einblick in die Arbeit der Selbsthilfegruppen erhalten.

Insgesamt lässt sich erkennen, dass der Kontakt zu Selbsthilfegruppen von den Reha-Fachkräfte zwar als grundsätzlich sinnvoll eingeschätzt wird, jedoch keine systematische Rolle im Rehabilitationsprozess spielt.

Ergo- und Bewegungstherapie

„Also, wir weisen natürlich / oder ich weise natürlich auch auf Therapeuten hin oder auch Ergotherapeuten, wenn die Teilnehmer nicht angebunden sind ... Das, genau, geht ja in beide Richtungen. Als Empfehlung auch.“ (08_HH_T1_RFK)

„Ergo, da haben wir selten Überschneidungen mit, aber es gibt ganz tolle Arbeitsergo, die ist meistens eher noch vor dem beruflichen Training anzusiedeln. Ich würd' sagen, es gibt nicht so viele Überschneidungen, weil Ergo ist so noch etwas niedrigschwelliger als eigentlich berufliche Rehabilitation ansetzt.“ (16_HH_T1_RFK)

Der Kontakt der Reha-Fachkräfte zu Angeboten der Ergotherapie und Bewegungstherapie wird als punktuell, aber bedeutsam beschrieben. Die Therapieformen werden von den Reha-Fachkräften als hilfreiche Ergänzungen zur beruflichen Rehabilitation wahrgenommen, insbesondere wenn es um die individuelle Unterstützung der Teilnehmenden geht. Die Reha-Fachkräfte sehen es als ihre Aufgabe, Rehabilitand*innen auf diese Möglichkeit hinzuweisen und gegebenenfalls zu motivieren, entsprechende Angebote wahrzunehmen.

Dabei wird betont, dass Ergotherapie inhaltlich weniger Überschneidungen mit der beruflichen Rehabilitation aufweist, sondern eher ergänzend wirkt – etwa zur Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten oder zur Stabilisierung im psychosozialen Bereich. Auch Bewegungstherapie bzw. Physiotherapie wird als potenziell unterstützendes Angebot genannt, insbesondere bei Rehabilitand*innen mit körperlichen Einschränkungen oder Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Belastbarkeit. In solchen Fällen stimmen die Reha-Fachkräfte gemeinsam mit den Rehabilitand*innen ab, ob und in welchem Umfang eine Bewegungstherapie sinnvoll ist.

Im Ganzen lässt sich feststellen, dass sowohl Ergo- als auch Bewegungstherapie von den Reha-Fachkräften als wichtige Bausteine im Rehabilitationsprozess angesehen werden. Die Nutzung dieser Angebote erfolgt bedarfsorientiert und in enger Abstimmung mit den Teilnehmenden. Eine systematische Zusammenarbeit mit externen Therapeut*innen findet jedoch nur begrenzt statt – der Fokus liegt eher auf der individuellen Vermittlung und Koordination passender Maßnahmen im Einzelfall.

6.2.1.5 Berufliche Kontakte zum Sozialwesen

Assistenz in der Sozialpsychiatrie/Eingliederungshilfe

„ASP, das ist die ambulante sozialpsychiatrische Begleitung, was einige auch haben. Ja, nicht bei allen, aber bei einigen nehme ich dann auch mal Kontakt auf und dann führen wir Dreiergespräche, so wer macht eigentlich welche Aufgaben?“ (13_HH_T1_RFK)

„Wenn ich irgendwie höre: „Ja, ich krieg es nicht hin, meine Wohnung sauber zu halten.“, dass wir dann zu dritt sprechen, was kann die ASP machen, dass der Teilnehmende im guten Wohnumfeld halt wieder ist und was sind meine Aufgabe? Also nicht, dass ich dann irgendwie sag: „Ja, dann müssen Sie halt regelmäßig aufräumen.“, aber die ASP-Begleitung macht das auch grade.“ (13_HH_T1_RFK)

„Und bei der ASP zum Beispiel hatte ich auch schon einen runden Tisch, den ich dann einberufen hatte. Weil ein Teilnehmender, ja, eben sehr kurz vor Abbruch stand und einfach kaum noch am Training teilgenommen hat aufgrund der Verschlechterung. Und ich aber wusste, dass es eine ASP im Hintergrund gibt und dann eben auch die mit einbezogen habe in diesen Rehaprozess. Weil es eben auch darum ging, was für einen Anspruchsperspektive hat der Teilnehmende, wenn er hier die Maßnahme beendet oder vorzeitig auch beendet? Weil es eben dann kurz vor einem Abbruch war.“ (30_HH_T1_RFK)

„Ich erinnere mich zum Beispiel gerade an einen Fall. Da wollte ich einen runden Tisch organisieren aus ASP, Betreuerin, dem Teilnehmenden, beruflicher Trainerin und ich. Und da war das schon schwierig, einen Termin zu finden, wo dann alle konnten. Und die ASPlerin dann auch kam.“ (63_HH_T2_RFK)

„Ich würde einmal sagen, so, wenn ich auf der Fallebene gucke, sind das keine festen Personen, sondern es ist immer wieder manchmal gut, mit dem Psychiater von jemandem Kontakt zu haben, mit dem Psychologen von jemandem Kontakt zu haben, mit der ASP oder sonstiger Betreuung.“ (16_HH_T1_RFK)

Der Kontakt der Reha-Fachkräfte zur Ambulanten Sozialpsychiatrischen Begleitung wird in von den Reha-Fachkräften folgendermaßen beschrieben:

Wenn eine Assistenz in der Sozialpsychiatrie von den Rehabilitand*innen in Anspruch genommen wird, stehen die Reha-Fachkräfte oft mit ihnen in regelmäßigem

Austausch, um sich über die Rehabilitand*innen abzustimmen und Aufgaben gemeinsam zu koordinieren. Dabei finden gelegentlich auch gemeinsame Gespräche mit den Rehabilitand*innen, der Assistenz in der Sozialpsychiatrie und den Reha-Fachkräften statt, um die Unterstützung gezielt zu planen und abzustimmen. Besonders wichtig ist der Kontakt zur Assistenz in der Sozialpsychiatrie in Krisensituationen oder bei einer Verschlechterung des psychischen Zustands der Rehabilitand*innen. Allerdings wird auch berichtet, dass die Zusammenarbeit mit der Assistenz in der Sozialpsychiatrie sowie mit anderen externen Akteuren wie Therapeut*innen mitunter herausfordernd sein kann, da die Terminkoordination Schwierigkeiten bereitet.

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass der Kontakt zur Assistenz in der Sozialpsychiatrie ein fester Bestandteil der Arbeit der Reha-Fachkräfte ist, um eine umfassende Unterstützung der Teilnehmenden sicherzustellen.

Rechtliche und pädagogisch Betreuende

*„Auch ganz selten. Also es gibt welche, die rechtliche Begleitung haben, aber ich sage jetzt mal so, in den sechs Jahren habe ich vielleicht ein oder lassen Sie's zweimal gewesen sein, dass ich da mit'm rechtlichen Betreuer gesprochen habe.“
(13_HH_T1_RFK)*

„Manchmal hat man, also so ganz wenig Kontakt mit so Insolvenzverwaltern oder sowas ...Dass man einfach nur mit denen kurz Kontakt aufnimmt und sagt, was brauchen sie für 'n Beleg, dass derjenige jetzt grad' in Zahlenschwierigkeiten ist, weil der Kostenträger was verbockt hat, so.“ (16_HH_T1_RFK)

*„Ja, eigentlich hat sie bei uns nicht so wirklich was zu suchen. Also, sie hat sich da in Sachen mit eingemischt, die nicht ihre Aufgabe waren. Das war ein bisschen schwierig ... Das ist relevanter ... ich habe einen Teilnehmer gerade, der ist sehr, das können wir nicht gut einordnen. Der ist nicht so greifbar, hat halt ein Alkoholproblem. Und da wäre es gut, sich mit der Suchtberatungsstelle auszutauschen, wie die das einschätzen, ob er regelmäßig auch hingeh.“
(26_HH_T1_RFK)*

„Ich habe es jetzt das erste Mal. Ich überlege, ob es sinnvoll wäre, mit dem Kontakt aufzunehmen. Ich habe es bisher noch nicht gemacht. Deswegen habe ich jetzt ganz außen positioniert ... Das ist auch das erste Mal, dass jemand pädagogischen und gesetzlichen Betreuer hat ... Der gesetzliche Betreuer macht mit denen Anträge und so, nur das. Der pädagogische Betreuer, der geht auch mit denen zur Bank und zahlt irgendwie Geld ein für eine Rechnung, die er nicht bezahlt hat. Hilfe, Hilfestellung im allgemeinen Leben.“ (53_HH_T1_RFK)

Der Kontakt der Reha-Fachkräfte zu rechtlichen Betreuenden und anderen rechtlichen Begleitpersonen in der beruflichen Rehabilitation wird insgesamt als eher selten beschrieben. Mehrere Reha-Fachkräfte berichten, dass solche Kontakte meist nur in Ausnahmefällen notwendig sind und teilweise als „ein bisschen schwierig“ wahrgenommen werden. Dennoch gibt es einzelne Fälle, in denen Rehabilitand*innen eine gesetzliche Betreuung haben, insbesondere zur Unterstützung bei finanziellen oder administrativen Angelegenheiten wie dem Stellen von Anträgen oder der Alltagsorganisation. Neben rechtlichen Betreuenden werden auch pädagogische Betreuende genannt, die eine alltagspraktische Begleitung leisten.

Einige Reha-Fachkräfte betonen, dass der Kontakt zu rechtlichen Betreuenden durchaus sinnvoll sein kann, insbesondere wenn diese eine zentrale Rolle im Leben der Teilnehmenden spielen – etwa bei psychischen Erkrankungen oder bei Überschuldung. Gleichzeitig wird jedoch auch auf Herausforderungen in der Zusammenarbeit hingewiesen, etwa wenn rechtliche Betreuende sich in Bereiche einmischen, die nicht zu ihrem Aufgabenbereich gehören.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Kontakt zu rechtlichen Betreuenden zwar nicht zur Regel gehört, aber in bestimmten Fällen eine wichtige Schnittstelle darstellen kann. Die Reha-Fachkräfte pflegen diesen Kontakt bedarfsorientiert, abhängig von der individuellen Situation der Rehabilitand*innen.

Beratungsstellen

„Die Rentenversicherungskandidaten haben ja in der Regel irgendwie Übergangsgelder und sind finanziell gesichert ... Und ich hatte jetzt tatsächlich auch einige, wo das nicht da war, wo plötzlich auch Thema wie Migrationsberatung dazu kam, Schuldenberatung dazu kam ... Amt für Wohnungslosigkeit dazu kam. Das ist was, was superselten passiert, aber was seitdem tatsächlich theoretisch mit draufgekommen ist. Praktisch hat der Herr das dann aber, nachdem wir Kontakte übergeben haben, selber gemacht.“ (67_HH_T2_RFK)

„Ich habe einen Teilnehmer gerade, der ist sehr, das können wir nicht gut einordnen. Der ist nicht so greifbar, hat halt ein Alkoholproblem. Und da wäre es gut, sich mit der Suchtberatungsstelle auszutauschen, wie die das einschätzen, ob er regelmäßig auch hingehht.“ (26_HH_T1_RFK)

„Und zum Beispiel hab ich mich für diese Teilnehmerin auch noch mit (Ernährungsberatungsstelle) ... das ist so für Essstörungen ... da hab ich auch ein oder zwei / ein längeres Telefonat gehabt ... Genau, und das war wirklich toll, weil die hat sich richtig Zeit genommen, hatte ich so n professionellen Austausch mit der. Ich hab so viel gelernt in dem einen Gespräch.“ (03_HH_T1_RFK)

„Genau, die Kollegen. Das ist aber tatsächlich Intervision und Austausch. So wie man dann darüber eben auch auf die verschiedenen Beratungsstellen kommt, aber eben auch so im Sinne seelischer Gesundheit.“ (67_HH_T2_RFK)

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation spielen verschiedene Beratungsstellen eine wichtige Rolle, um den Rehabilitand*innen eine Unterstützung zu bieten. Die Reha-Fachkräfte berichten von Kontakten zu allgemeinen Beratungsangeboten wie Ernährungsberatung, Schuldnerberatung, Therapie und Suchtberatung. Diese Stellen werden als essenziell angesehen, um auf die vielfältigen Bedürfnisse der Rehabilitand*innen einzugehen und sie umfassend zu begleiten. Darüber hinaus werden spezialisierte Beratungsstellen für Autist*innen sowie für Menschen mit Essstörungen genannt. Der Kontakt zu diesen Einrichtungen wird als besonders hilfreich und informativ beschrieben, da sie gezielt auf spezifische Problemlagen eingehen können.

Ein weiterer wichtiger Bereich betrifft Beratungsangebote zur finanziellen und sozialen Absicherung. Hierzu zählen unter anderem Migrationsberatung, Schuldnerberatung und Wohnungslosenhilfe. Diese Stellen werden von den Reha-Fachkräfte insbesondere dann als zentral angesehen, wenn Rehabilitand*innen von existenziellen Sorgen wie Schulden oder drohender Wohnungslosigkeit betroffen sind. Der Kontakt zu diesen Einrichtungen kann entscheidend sein, um eine Stabilisierung der Lebensverhältnisse zu erreichen und somit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation zu schaffen.

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen erfolgt dabei unterschiedlich: Teilweise wenden sich die Rehabilitand*innen selbst an die entsprechenden Stellen, in anderen Fällen wird der Kontakt durch die Reha-Fachkräfte initiiert oder vermittelt. Dabei wird stets auf die Wahrung der Schweigepflicht und die Einholung der Einwilligung der Rehabilitand*innen geachtet. Ergänzend dazu wird auch der Austausch innerhalb der Reha-Fachkräfte-Teams als bedeutsam beschrieben. Durch Intervision und kollegiale Beratung können Empfehlungen für geeignete externe Unterstützungsangebote gezielt ausgesprochen werden.

Alles in allem wird deutlich, dass der Kontakt zu einem breiten Spektrum an Beratungsstellen – von allgemeinen über spezialisierte bis hin zu existenzsichernden Angeboten – als unverzichtbar für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation betrachtet wird. Die Reha-Fachkräfte nutzen diese externen Ressourcen bedarfsorientiert und in enger Abstimmung mit den Rehabilitand*innen, um individuelle Problemlagen wirksam zu adressieren.

Haus der Gesundheit und Arbeit

Einmal genannt wurde der Kontakt zum Haus für Gesundheit und Arbeit in Hamburg, welches individuelles Coaching und Beratung bei psychischen Problemen im Arbeitsleben anbietet.

6.2.1.6 Weitere externe Kontakte

Kontakte zu Bildungsträgern für Fort- und Weiterbildungen von Reha-Fachkräfte und Rehabilitand*innen

„Weiterbildung ... was ich ja tatsächlich auch privat noch mache und plus (LE). Ist mir sehr wichtig. Weil, ich finde ja, man lernt hier mehr, man lernt alles, was man noch nicht weiß. Und wie viel Techniken, das wie so ein Werkzeugkasten, je feiner justiert der ist, ich möchte nicht beim Zahnarzt nicht mit dem Hammer behandelt werden. Je feiner das Werkzeug ist, desto besser wird es.“ (38_HH_T1_RFK)

„Gut unser Angebot, das Präsenzangebot ist, ist klar so. Aber wir haben ja auch schon Nuancen mit Zoom-Gespräch. Ich biete auch im Wechsel mittlerweile nicht nur persönliche Gespräche, sondern auch Zoom-Gespräche an, weil das eine sehr gute Übung ist ... Weil immer mehr Arbeitgeber, die ersten, zweiten Gespräche per Zoom führen ... Vorstellungsgespräche. Also, da bin ich auch, da sage ich, da müssen wir auch mit der Zeit gehen und das auch anbieten ... Einige von uns haben eine, ich weiß nicht mehr genau, ist das einjährige Fortbildung gewesen oder anderthalb? Kam mir so lange vor. Wir haben eine Fortbildung zur Online-Berater.“ (07_HH_T1_RFK)

„Schön wäre es, wenn man noch mehr Kursangebote von extern einkaufen könnte. Also, wir haben einfach nicht die Zeit und vielleicht zum Teil aber auch nicht das Wissen, um Kurse anbieten zu können. Genau. Also, jetzt beispielsweise Word- und Excel-Kurse bieten wir selbst auch nicht mehr an, weil wir die Zeit dafür nicht haben. Sowas haben wir schon mal extern eingekauft. Ist auch ein Riesen-Koordinationsaufwand, aber ist eigentlich schon ganz schön sowas zu haben. Genau. Also, gerade was MS Office angeht. Oder vielleicht auch im Bereich IT nochmal mehr.“ (32_HH_T1T2_RFK)

„Also wir haben natürlich die typischen Dozenten für EDV, soziales Kompetenztraining, Bewerbungstraining et cetera. So, und dann kommt einer und sagt: "Ich möchte aber IT-Admin werden. Ich möchte Physiotherapeut werden", und die begleiten wir auch. Und die Dozentensuche ist etwas, was mich relativ viel ZEIT kostet für nichts.“ (67_HH_T2_RFK)

„Na ja, also, wenn jetzt jemand so was wie Wärmetechnik machen möchte, oder wie auch immer der Kurs wirklich heißt. Dann hat man einen dafür, dann ist so ein E-Learning natürlich irgendwie schick ... (Das erleichtert) ... Also bei Sachen, die viele brauchen, halte ich das für Quark, um ehrlich zu sein oder höchstens ergänzend. Aber gerade bei so Sachen, die relativ speziell und individuell sind,

*finde ich, das ist eine schöne Geschichte, um das nicht unbeleckt zu lassen.“
(67_HH_T2_RFK)*

Viele Reha-Fachkräfte legen großen Wert auf ihre eigene fachliche Weiterentwicklung, um den Anforderungen der beruflichen Rehabilitation gerecht zu werden. Dabei absolvieren sie unter anderem Fortbildungen im psychosozialen Bereich, wie z.B. eine einjährige Weiterbildung zur Online-Beratung. Diese Qualifikation ermöglicht es ihnen, auch digitale Beratungsgespräche anzubieten – ein Format, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, insbesondere da viele Arbeitgebende Vorstellungsgespräche mittlerweile online durchführen.

Neben formalen Fortbildungen engagieren sich die Reha-Fachkräfte auch privat für ihre Weiterbildung, um ihren „Werkzeugkasten“ kontinuierlich zu erweitern. Dabei geht es weniger um rehaspezifische Inhalte, sondern vielmehr um übergreifende Kompetenzen, die in der täglichen Arbeit mit den Rehabilitand*innen hilfreich sind. Die Reha-Fachkräfte sehen zudem Potenzial, ihr Angebot durch den Zukauf externer Schulungen – etwa in IT oder Nachhilfe in Deutsch und Mathematik – zu ergänzen.

Für die Rehabilitand*innen der beruflichen Rehabilitation greifen die Reha-Fachkräfte auf ein breites Spektrum externer Fort- und Weiterbildungsangebote zurück. So bietet ein Bildungsträger Einzelunterricht in Deutsch und Mathematik sowie IT-Kurse an. Weitere Qualifizierungsmaßnahmen werden über Einrichtungen wie Weiterbildung e.V. und den ELBCAMPUS der Handwerkskammer organisiert. Dort können Teilnehmende unter anderem Meisterfortbildungen, Schweißerscheine oder CAD-Kurse absolvieren. Zusätzlich werden interdisziplinäre Dozent*innen für Themen wie EDV, soziales Kompetenztraining und Bewerbungstraining eingesetzt. Ergänzend zu den Präsenzveranstaltungen setzen die Reha-Fachkräfte zunehmend auf E-Learning-Angebote, um den Rehabilitand*innen flexible Lernformate zu ermöglichen. Die Auswahl und Vermittlung dieser Angebote erfolgten bedarfsorientiert und in enger Abstimmung mit den Teilnehmenden, um deren individuelle berufliche Perspektiven bestmöglich zu fördern.

Kontakt zu anderen Leistungserbringer (LTA) und Umschulungsträgern

„Oder wir haben einen Teilnehmenden, wo schon während der Maßnahme klar wird, dass der in ein Produkt übergehen soll, vom Kostenträger aus betrachtet, was im BFW angeboten wird. Und da frühzeitig schon zu koordinieren und abzusprechen, ist natürlich fantastisch. Und dann haben wir diese Möglichkeit der Kooperation, dass die Teilnehmenden irgendwie von dem Angebot des BFW mit profitieren können. Sport, zum Beispiel, Rehasport, fantastisch!“ (16_HH_T1_RFK)

„Und das ist, würde ich hier ein bisschen mit verorten, weil da gibt es Hospitationen im Bereich Ausbildungen im BFW, dass der Teilnehmer da nochmal hin kann und sich das BFW mal anguckt und die Ausbildungen, genau.“ (26_HH_T1_RFK)

„Wir haben auch Teilnehmer schon an [≡TRÄGER_4] verwiesen oder an [≡Träger_5], weil das wohnortnäher war.“ (14_HH_T1_RFK)

„Also habe ich, habe ich wirklich ganz, ganz, ganz selten. Hatte ich nur einmal, jetzt in zwei Jahren ... Genau, ich habe dort angerufen, habe gefragt und dann ist meine Teilnehmerin zum ähm Beratungsgespräch mit der gesetzlichen Betreuerin gefahren. Und dann meinten die ja, alles schick. Ähm ich muss jetzt nur den Abschlussbericht anpassen, musste dann nochmal so die Förderbedarfe hervorheben, warum sie diese Begleitung bei Arinet braucht. Und dann hat das geklappt. Das wurde dann über DRV Bund in Berlin geprüft.“ (68_HH_T2_RFK)

„Teils ja, teils nein. Das ist einfach 'ne schwierige Gemengelage, weil man teilweise kooperiert und teilweise Konkurrent ist. Was ich unglaublich schön fände, wäre, wenn eine neutrale Stelle mal einen Überblick, eine wirkliche Netzwerkkarte der verschiedenen Anbieter mit ihren Leistungen und deren Schwerpunkt machen würde. (16_HH_T1_RFK)

„Also das BBW ... Ausbildungen, genau. Umschulungen nicht. Ausbildungen machen die, ja, für junge Leute eigentlich, bis 25.“ (68_HH_T2_RFK)

„Wir haben es einerseits immer wieder mal, dass bei uns Menschen sind, die doch noch aus welchen Gründen auch immer, eine Umschulung finanziert bekommen. Und dann habe ich schon dann versucht, auf dem kurzen Dienstweg zu schauen ob die da noch jemand mit reinnehmen können. Oder bei einem ITler ging das mal um eine Testung. Ich weiß, am BFW gibt es die Möglichkeit vorab eine Testung zu machen, ob das intellektuelle Fassungsvermögen ausreicht und da ist es natürlich hilfreich, wenn man jemanden kennt.“ (10_HH_T1_RFK)

Die Reha-Fachkräfte berichten von vielfältigen Kontakten und Kooperationen mit unterschiedlichen Bildungsträgern und leistungserbringenden Einrichtungen im Rahmen ihrer Arbeit. Eine zentrale Rolle spielt dabei das Berufsförderungswerk, mit dem v.a. seitens des Beruflichen Trainingszentrum ein besonders enger und regelmäßiger Austausch besteht, weil diese Leistungserbringer an einem Standort und unter gemeinsamer Trägerschaft stehen. Die Zusammenarbeit der Reha-Fachkräfte vom Berufsförderungswerk und Berufliches Trainingszentrum wird als sehr wertvoll beschrieben, insbesondere im Hinblick auf die Maßnahmeplanung, die Vermittlung von Rehabilitand*innen in Umschulungen oder Praktika sowie die Nutzung von Eignungstests.

Neben dem Berufsförderungswerk bestehen auch Kontakte zu weiteren Umschulungsträgern (z.B. Grone, BBW). Diese Träger bieten Qualifizierungen und Weiterbildungen an, die für die Rehabilitand*innen relevant sind. Die Reha-Fachkräfte vermitteln Rehabilitand*innen dorthin, tauschen Informationen aus und organisieren bei Bedarf unterstützende Maßnahmen. Auch wenn diese Kontakte nicht so intensiv wie zum Berufsförderungswerk sind, werden sie als wichtig eingeschätzt.

Darüber hinaus gibt es punktuelle Kontakte zu weiteren Leistungserbringer von LTA. Diese Kontakte sind eher selten und weniger intensiv, werden aber bei spezifischen Unterstützungsbedarfen genutzt. Besonders hilfreich ist in diesem Zusammenhang die räumliche Nähe und institutionelle Vernetzung verschiedener Anbieter, wie sie beispielsweise im Bildungscampus in Hamburg-Farmsen gegeben ist. Diese erleichtert den Austausch und die Kooperation erheblich.

Insgesamt zeigt sich, dass die Reha-Fachkräfte bestrebt sind, ein breites Netzwerk an Kontakten zu verschiedenen Bildungsträgern und Einrichtungen aufzubauen und zu pflegen, um die Rehabilitand*innen zu unterstützen. Während die internen Kontakte als besonders eng und tragfähig beschrieben werden, nehmen externe Kontakte zu anderen Leistungserbringer eher eine ergänzende Rolle ein und sind eher selten.

Gleichzeitig wird deutlich, dass ein trägerübergreifender Austausch sowie eine bessere Übersicht über bestehende Angebote wünschenswert wären, um die Zusammenarbeit weiter zu optimieren. Eine Herausforderung besteht darin, dass die Reha-Fachkräfte von anderen Leistungserbringer mitunter als Konkurrenz wahrgenommen werden, was die Kooperation erschweren kann. Dennoch bleibt der Aufbau und die Pflege eines funktionierenden Netzwerks ein zentrales Anliegen der Reha-Fachkräfte, um die berufliche Rehabilitation erfolgreich zu gestalten.

Kontakte zu Werkstätten für behinderte Menschen

„Die (WfbM) sind tatsächlich eher in Hinsicht auf Arbeitgebende ... Doch, die machen dort auch Praktikum ... Sogar relativ viel. Und es ist natürlich, die sind vertraut mit Menschen mit Einschränkungen. Da muss man vielleicht manche Dinge, die man einem, ich sage jetzt mal, in der freien Wirtschaft agierenden Arbeitgeber, der noch nie sich mit dem Thema auseinandergesetzt hat, erklären muss, sind dort relativ selbstverständlich.“ (38_HH_T1_RFK)

Die Werkstätten für Menschen mit Behinderung spielen für die Reha-Fachkräfte sowohl als potenzielle Arbeitgebende als auch als Anbieter von Praktikumsplätzen eine wichtige Rolle. In Erstgesprächen zeigt sich häufig, ob Rehabilitand*innen eher

auf den zweiten Arbeitsmarkt zusteuern, was die Werkstätten für Menschen mit Behinderung als arbeitgeberorientierte Einrichtungen besonders relevant macht. Gleichzeitig bieten sie Praktikumsmöglichkeiten an, bei denen sie mit den besonderen Bedürfnissen und Einschränkungen der Teilnehmenden vertraut sind.

Darüber hinaus können Werkstätten für Menschen mit Behinderung auch für andere Rehabilitand*innen interessant sein – etwa für Rehabilitand*innen mit handwerklichem Hintergrund, die sich dort eine Tätigkeit als Gruppenleiter vorstellen könnten. Insgesamt wird der Kontakt zu den Werkstätten für Menschen mit Behinderung als wichtig für die Arbeit der Reha-Fachkräfte eingeschätzt, sowohl im Hinblick auf konkrete Beschäftigungs- und Praktikumsmöglichkeiten für Rehabilitand*innen als auch für den fachlichen Austausch.

Die Bedeutung von Integrationsfachdienst, Unterstützter Beschäftigung und Integrationsamt

„Das ist ja schön, ... dass wir immer zwei Events im Jahr haben, wo wir uns auch sehen und man so in Kontakt mit anderen kommt. Das finde ich total super oder, dass der IFD bei uns auch Informationsveranstaltungen für unsere Teilnehmer macht.“ (59_HH_T2_RFK)

„Also, die sind auch wichtig, weil manchmal sagen wir zum Beispiel, wenn jemand eine Schwerbehinderung hat und zurück in Arbeit geht, dann sagen wir gerne, das er sollte andockt werden bei IFD, das ist Integrationsfachdienst ... Ist ein tolles Angebot für Menschen mit Schwerbehinderungen, die arbeiten zum Beispiel. Dass wir sagen, gerne. Oder manchmal ist jemand doch noch, ich sag mal, zu schwach und braucht weitere Maßnahme. Dann kann man gerne auch unterstützende Beschäftigung fragen, ob sie Platz haben.“ (07_HH_T1_RFK)

„Aber das ist natürlich etwas, was für mich auch immer wieder wichtig ist. Wenn Teilnehmende keine ausreichende Arbeitsfähigkeit haben, wo kann es dann hingehen? Und UB ist so ein Zwischending, unterstützte Beschäftigung, erster Arbeitsmarkt oder Werkstatt.“ (47_HH_T2_RFK)

„Da sind wir ja relativ weit außen im Bereich, weil wir da eher weniger mitzutun haben. Weil man manchmal, wenn es auch um Fördermittel oder so geht. Also jetzt gehen wir bei körperlichen Erkrankungen oder ähnliches, dass wir mit denen in Kontakt gehen oder den Firmen auch manchmal sagen, gehen sie über das Integrationsamt, da können sie für alle Gelder beantragen.“ (56_Teil 2_HH_T1T2_RFK)

Der Integrationsfachdienst ist in Hamburg bei dem Leistungserbringer ARINET angesiedelt und bietet auch Unterstützte Beschäftigung an.

Der **Integrationsfachdienst** wird von den Reha-Fachkräften als besonders wichtiger Kooperationspartner wahrgenommen, insbesondere bei der Unterstützung von Menschen mit Schwerbehinderung oder psychischen Erkrankungen. Der Integrationsfachdienst begleitet Rehabilitand*innen beim Übergang in den Arbeitsmarkt und bietet darüber hinaus Informationsveranstaltungen an, an denen auch Reha-Fachkräfte teilnehmen können. Besonders geschätzt wird die Möglichkeit, Rehabilitand*innen auch nach Abschluss der LTA weiter durch den Integrationsfachdienst betreuen zu lassen. Die Reha-Fachkräfte sehen den Integrationsfachdienst als zentrale Anlaufstelle, um Fragen zu klären, Unterstützung zu erhalten und Rehabilitand*innen gezielt weiterzuvermitteln. Die Zusammenarbeit ist eng, praxisnah und wird als große Erleichterung für die eigene Arbeit beschrieben.

Die **Unterstützte Beschäftigung** stellt für die Reha-Fachkräfte ein zentrales Instrument dar, um Rehabilitand*innen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf auf dem Weg in den Arbeitsmarkt zu begleiten. Sie richtet sich an Personen, die mehr Zeit und intensive Begleitung benötigen, um eine geeignete berufliche Perspektive zu entwickeln. Die Unterstützte Beschäftigung wird als niedrigschwellige Maßnahme beschrieben, die zwischen der Werkstatt für behinderte Menschen und dem ersten Arbeitsmarkt angesiedelt ist – ein „Zwischending“, wie es einige Reha-Fachkräfte formulieren. Angeboten wird sie unter anderem von Organisationen wie ARINET. Auch wenn nicht alle Reha-Fachkräfte mit den Details der Unterstützten Beschäftigung vertraut sind, wird sie als sinnvolle Ergänzung zu anderen Maßnahmen gesehen, um Rehabilitand*innen individuell und bedarfsgerecht zu fördern.

Das **Integrationsamt** spielt für die Reha-Fachkräfte eine eher ergänzende Rolle, insbesondere im Vergleich zum Integrationsfachdienst. Während es im Bereich psychischer Erkrankungen weniger relevant erscheint, kann es für Rehabilitand*innen mit körperlichen Erkrankungen oder Behinderungen eine wichtige Anlaufstelle sein. Das Integrationsamt stellt Fördermittel für Betriebe bereit, die Menschen mit Behinderung beschäftigen, und kann so zur Schaffung von Arbeitsplätzen beitragen. Die Reha-Fachkräfte empfehlen Teilnehmenden gelegentlich, sich an das Integrationsamt zu wenden, um finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten zu prüfen.

Die Rolle von Handels- und Handwerkskammer

„Weil die Handelskammer, da hätte ich echt gerne viel mehr Kontakt zu. Es ist einfach so, und so wie zur Handwerkskammer ... Auch um Unternehmen zu akquirieren und ich finde, die Handelskammer und die Handwerkskammer könnte

auch eine bessere Arbeit leisten, Firmen zu beraten bezüglich Inklusion und so.“ (56_Teil 2_HH_T1T2_RFK)

„Aber tatsächlich, man fühlt sich bei einigen Unternehmen, und dann nehme ich die Handwerkskammer und Handelskammer ein bisschen als Bittsteller. Also bitte nehmen sie ... Ich glaube, sie haben nicht viel Ahnung von Rehabilitanden. Das ist einfach so. Es ist so, das ist nicht deren Feld und das sollten die wirklich, nicht sollten, würde ich mir wünschen, dass dann mehr Beirat drin (wäre).“ (56_Teil 2_HH_T1T2_RFK)

Die Handels- und Handwerkskammer können eine zentrale Rolle in der beruflichen Weiterbildung und Umschulung einnehmen und werden von den Reha-Fachkräfte als wichtige Ansprechpartner und Kooperationspartner wahrgenommen. Besonders im Kontext der Betreuung von Umschulungen wird ihre Bedeutung zunehmend erkannt. Die Kammern fungieren dabei nicht nur als Prüfungsinstanz, sondern auch als potenzielle Unterstützungsinstanz in der beruflichen Integration.

Ein zentrales Aufgabenfeld der Kammern liegt in der Sensibilisierung und Beratung von Unternehmen zum Thema Inklusion. Die Reha-Fachkräfte sehen hier großes Potenzial, um Betriebe für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu gewinnen und langfristig tragfähige Arbeitsverhältnisse zu schaffen. Auch der Austausch über aktuelle Entwicklungen, Prüfungsanforderungen und Rahmenbedingungen wird als wertvoll erachtet.

Allerdings wird auch Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Reha-Fachkräften/Leistungserbringern und den Kammern deutlich. Die Reha-Fachkräfte wünschen sich mehr Verständnis und Offenheit seitens der Kammern für die besonderen Herausforderungen, mit denen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation konfrontiert sind. Ein Vorschlag ist die Einrichtung eines Beirats oder eines festen Austauschgremiums, um die Kommunikation zu verbessern und gegenseitiges Verständnis zu fördern. Die Handels- und Handwerkskammern können zentrale Akteure im Netzwerk der beruflichen Bildung sein, deren Potenzial für die Unterstützung von Rehabilitand*innen noch stärker genutzt werden könnte – vorausgesetzt, die Zusammenarbeit wird weiterentwickelt und strukturell gestärkt.

Die Bedeutung von Arbeitskreisen und -gruppen

„Also Arbeitskreise und Arbeitsgruppen, gibt es natürlich auch noch, was weiß ich, einen Arbeitskreis psychische Gesundheit und so, das ist aber tatsächlich very, very weit außen.“ (38_HH_T1_RFK)

„Ja, vielleicht so einen Arbeitskreis oder so einen Austausch mit anderen Rehaeinrichtungen. Aber wie gesagt, das habe ich einfach aus zeittechnischen Gründen, weil wir so ein kleines Team sind und da einfach auch anders arbeiten ... habe ich das noch nicht geschafft. Aber ich würde es cool finden, wenn man so ein regelmäßiges Treffen hätte.“ (26_HH_T1_RFK)

„Wie Sie vorhin zum Beispiel gefragt haben: "Sind Sie auf dem Kolloquium?", oder, "Ist man im Arbeitskreis organisiert?", dass man sich eben wieder trifft, das auffrischt und das warum hält. Weil wie schnell geht das, dann ruft man irgendwo an, sagt: "Nee, der Mitarbeiter ist nicht mehr da." Oder dass man mal mitkriegt, was für neue Projekte irgendwo gemacht werden. Was für zum Beispiel Gesetzesänderungen in den Werkstätten für behinderte Menschen gibt, die vielleicht für uns dann relevant werden könnten für die Menschen, mit denen wir arbeiten. Das kann man sich sozusagen alles irgendwie anlesen und erarbeiten. Wenn es nicht im eigenen Arbeitsalltag vorkommt, geht das dann flöten manchmal. Und das ist superangenehm, das einfach dann mal im Austausch mit Kollegen von anderen Leistungserbringern. Aber eben auch so im Austausch in Arbeitskreisen et cetera mal zu besprechen. Und auch zu besprechen, was bedeutet das für die einzelnen Abläufe und wie positiv, negativ schätzt man das ein. Und deshalb glaube ich wirklich, dass Kontinuität total wichtig ist. Und das / sich gesehen zu haben, hilft auch total.“ (67_HH_T2_RFK)

Arbeitskreise und -gruppen können für die Reha-Fachkräfte eine wichtige Rolle spielen, sowohl für den fachlichen Austausch als auch für die Weiterentwicklung ihrer Arbeit. Allerdings sind nur wenige Reha-Fachkräfte aktiv in solchen Arbeitskreisen eingebunden. Sie schätzen insbesondere die Möglichkeit, sich mit Kolleg*innen aus anderen Leistungserbringern über neue Entwicklungen, Angebote und gesetzliche Änderungen auszutauschen. Dieser Informationsaustausch hilft ihnen, ihre Arbeit aktuell und bedarfsgerecht zu gestalten.

Ein zentrales Element der Arbeitskreise oder -gruppen ist die Vernetzung und der Aufbau persönlicher Kontakte. Regelmäßige Treffen ermöglichen es den Reha-Fachkräften, tragfähige Beziehungen zu anderen Reha-Fachkräften aufzubauen und zu pflegen. Diese persönlichen Kontakte erleichtern nicht nur den Informationsfluss, sondern fördern auch die Zusammenarbeit über Einrichtungsgrenzen hinweg. Besonders wertvoll ist dies, wenn es um gemeinsame Themen und Problemlösungen geht – etwa im Umgang mit Leistungsträgern oder bei der Suche nach geeigneten Praktikumsplätzen für Rehabilitand*innen.

Darüber hinaus bieten Arbeitskreise den Reha-Fachkräften die Möglichkeit, fachliche Impulse zu erhalten und voneinander zu lernen. Der Austausch über Methoden, Erfahrungen und Herausforderungen wird als bereichernd empfunden und trägt zur

Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Rehabilitations-Arbeit bei. Einige Arbeitskreise haben zudem eine interessenpolitische Funktion, indem sie gemeinsame Anliegen gegenüber Entscheidungsträgern vertreten und so zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beitragen.

Allerdings berichten nur wenige Reha-Fachkräfte von Beteiligung an Arbeitskreisen und -gruppen. Einige Reha-Fachkräfte hatten bislang weniger Gelegenheit, sich in übergreifende Arbeitskreise einzubringen, äußern jedoch den Wunsch, künftig stärker daran teilzunehmen. Sie erhoffen sich davon neue Impulse für ihre Arbeit und die Möglichkeit, von den Erfahrungen anderer zu profitieren. Als Hürde wird dabei häufig der Mangel an zeitlichen Ressourcen genannt, der eine regelmäßige Teilnahme erschwert.

Insgesamt zeigt sich, dass Arbeitskreise und Kooperationen von den Reha-Fachkräften als wertvolle Ergänzung zur direkten Beratungsarbeit gesehen werden. Sie bieten Raum für Austausch, Weiterbildung, Interessenvertretung und Netzwerkpflege – allesamt zentrale Elemente für eine erfolgreiche und nachhaltige berufliche Rehabilitation.

Herausforderungen und Konflikte in den beruflichen Kontakten der Reha-Fachkräfte in Hamburg

„Na ja, ich glaube, es gibt manchmal ein Spannungsfeld. Und dieses Spannungsfeld ist halt zwischen dem, was sich Teilnehmende vielleicht wünschen wo es hingehet und was der Kostenträger für akzeptabel hält, so. Und da kommt das positive-negative Leistungsbild rein. Dann kommt rein, manche denken ja, ne Reha, da kriegen sie ne Umschulung. Das ist aber nicht so.“ (02_HH_T1_RFK)

„Also die sind halt vielschichtig, die Gründe. Es kommt zum Beispiel vor, dass ich oder dass wir, vielleicht Maßnahmen, Anschlussmaßnahmen empfehlen und Kostenträger sagen: „Oh, das ist viel zu teuer.“ Also, die Teilnehmer haben einen Anspruch darauf, die haben einen Reha-Antrag gestellt. Eine Umschulung ist Teil dieses Reha-Prozesses. Und wenn halt so eine Umschulung mit speziellen Extras noch empfohlen wird, also vielleicht Teilzeitemschulungen, weil wir doch Klientel haben, die psychisch sehr herausgefordert sind und es ja auch um Inklusion geht und Menschen mit hohem Hilfebedarf zu fördern sind, also das ist gesetzlich verbrieft, da kommt es halt vor, dass Kostenträger sagen: „Nein, das ist ja viel zu teuer.“ Und dann halt im Vorwege sagen: „Das finanzieren wir nicht.“ Jetzt muss erst mal ein Widerspruchsverfahren dann laufen und dann wird es dann doch / Also hatte ich gerade erst gehabt. Teilzeitemschulung wurde von mir empfohlen, mit auch einer Internatsunterbringung, weil die Berufsschule halt nicht in Hamburg ist, sondern in Lübeck und ein täglicher Fahrtweg nach Lübeck unzumutbar ist. Agentur sagt: „Ist zumutbar.“ Es wurde Widerspruch eingelegt.

Und jetzt haben die das dann doch irgendwie, aus Zauberhand, bewilligt.“ (51_HH_T2_RFK)

„Natürlich kann's mal sein, dass in Praktikumsbetrieben da Probleme auftauchen mit Teilnehmenden ... So, das ist zum Glück ja nicht so häufig der Fall, aber manchmal passiert's ja. Wenn das ein paarmal hintereinander passiert, ist nicht so günstig. Dann sagt der Betrieb, jetzt haben wir keine Lust mehr.“ (08_HH_T1_RFK)

„Also der Klassiker und der tief in die Maßnahme eingebauter ist der Konflikt im Dreieck: Teilnehmender, wir und Reha-Fachberatung. Das ist etwas, was ist einfach da. Problematisch wird es immer dann, wenn wir die Meinung haben, dass ein Reha-Fachberater sein Entscheidungsspielraum ausschöpfen sollte, zugunsten des Teilnehmenden und derjenige sagt: „Das seh' ich so aber nicht.“ Oder: „Ich möchte von Teilnehmenden dafür Folgendes sehen“ – ist ein schwieriges Dreieck. So, weil wir dann, genau. Der Teilnehmende ist auch oft / Die können ihre Reha-Fachberater direkt kontaktieren. Das ist aber selten. Das heißt, wir sind oft nicht in einem Dreieck, sondern in so 'ner Kette wo wir in der Mitte steh'n. Das kann man immer wieder auflösen, weil die Reha-Fachberater ihren Leuten auch zur Verfügung stehen. Manchmal kann man das auch nutzen, weil die Reha-Fachberaterinnen auch manchmal den ‚bad cop‘ spielen und wir dann den ‚good cop‘ spielen können. Um so bestimmte Entscheidungen oder sowas halt immer ein bisschen Geschwindigkeit reinzubringen, so, ne. Also das ist einfach manchmal ganz gut. Also da ist es super nützlich, auch weil die so Fall engagiert sind, aber es gibt halt auch Konflikte.“ (16_HH_T1_RFK)

„Wir haben ja eine ganz andere Zielsetzung. Es kann manchmal sein, dass Therapeuten und Ärzte sich auch sperren und sagen, wir möchten ... Ja, es kann sein, dass sie sagen, was geht sie das an oder andere Meinung sind. Die arbeiten manchmal ja auch nicht mit Absicht, sondern aus Unwissenheit, manchmal gegen Therapeuten und manchmal die Therapeuten gegen uns. Also, das ist immer so ein Austangieren.“ (56_Teil 2_HH_T1T2_RFK)

„Konflikte theoretisch oder schwierige ... gibt es ja natürlich auch immer mit der Leitung. Ne? Also wenn ich sage: "Das geht so nicht." Aber die Leitung sagt: "Doch, das muss so gehen." Dann (lacht) schwierig.“ (66_HH_T2_RFK)

In den Interviews mit den Reha-Fachkräften werden verschiedene Herausforderungen und Konflikte deutlich, mit denen Reha-Fachkräfte im Rahmen ihrer Netzwerkarbeit konfrontiert sind. Ein besonders häufiger Konfliktpunkt besteht im Spannungsfeld zwischen den Interessen der Leistungsträger und den Zielen der Reha-Fachkräfte. Während Leistungsträger häufig auf Kostenbegrenzung und die Einhaltung von Maßnahmezeiträumen achten, setzen sich die Reha-Fachkräfte für eine möglichst passgenaue und nachhaltige Förderung der Rehabilitand*innen ein. Dies führt regelmäßig zu Auseinandersetzungen, insbesondere bei der Beantragung

von Maßnahmeverlängerungen oder zusätzlichen Unterstützungsleistungen. In solchen Fällen müssen die Reha-Fachkräfte ihre Vorschläge gut begründen und argumentativ untermauern.

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich aus den unterschiedlichen Sichtweisen und Erwartungen von Rehabilitand*innen, Leistungsträgern und Reha-Fachkräften. Während Rehabilitand*innen eigene Vorstellungen von ihrer beruflichen Zukunft haben, stehen diese nicht immer im Einklang mit den Einschätzungen der Reha-Fachkräfte oder den Vorgaben der Leistungsträger. Diese Zielkonflikte erfordern viel Vermittlungsarbeit und Fingerspitzengefühl.

Auch im Kontakt mit Praktikumsbetrieben kann es zu Konflikten kommen – etwa wenn Erwartungen an Rehabilitand*innen nicht erfüllt werden oder es zu Missverständnissen über Aufgaben und Betreuung kommt. In solchen Fällen müssen die Reha-Fachkräfte vermitteln und Lösungen finden, um die Zusammenarbeit aufrechtzuerhalten.

Innerhalb der Teams der Reha-Fachkräfte treten ebenfalls gelegentlich Konflikte auf, etwa bei der Urlaubsplanung, der Verteilung von Seminaren oder der Klärung von Zuständigkeiten. Diese internen Spannungen erfordern eine gute Kommunikation und klare Absprachen, um das Teamklima stabil zu halten.

Die Zusammenarbeit mit externen Akteur*innen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen wie Ärzt*innen, Therapeut*innen oder rechtlichen Betreuer*innen kann ebenfalls herausfordernd sein – insbesondere, wenn unterschiedliche fachliche Einschätzungen oder Kommunikationsstile aufeinandertreffen. Hier ist es wichtig, im Sinne der Rehabilitand*innen gemeinsame Lösungen zu finden.

Sehr vereinzelt berichten Reha-Fachkräfte auch von Spannungen mit ihrem eigenen Arbeitgebenden, etwa wenn unterschiedliche Interessen oder Prioritäten aufeinandertreffen. Auch hier ist eine offene Kommunikation entscheidend, um tragfähige Kompromisse zu finden.

Die Arbeit der Reha-Fachkräfte ist stark von der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur*innen geprägt. Konflikte entstehen häufig durch unterschiedliche Zielsetzungen, Kommunikationsprobleme oder strukturelle Rahmenbedingungen. Die Fachkräfte bemühen sich jedoch, diese Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen und tragfähige Lösungen zu finden.

6.2.2 Schleswig-Holstein: Netzwerkanalyse der Reha-Fachkräfte

Die detaillierte Ergebnisdarstellung der Netzwerkanalyse zu den einzelnen Qualitäten der sozialen Kontakte der Reha-Fachkräfte in Schleswig-Holstein konnte bis zur Abgabe dieses Berichtes nicht abgeschlossen werden, weshalb im Anschluss direkt ein Gesamtvergleich erfolgt.

Folgende Abbildung zeigt die Gesamt-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte in Schleswig-Holstein:

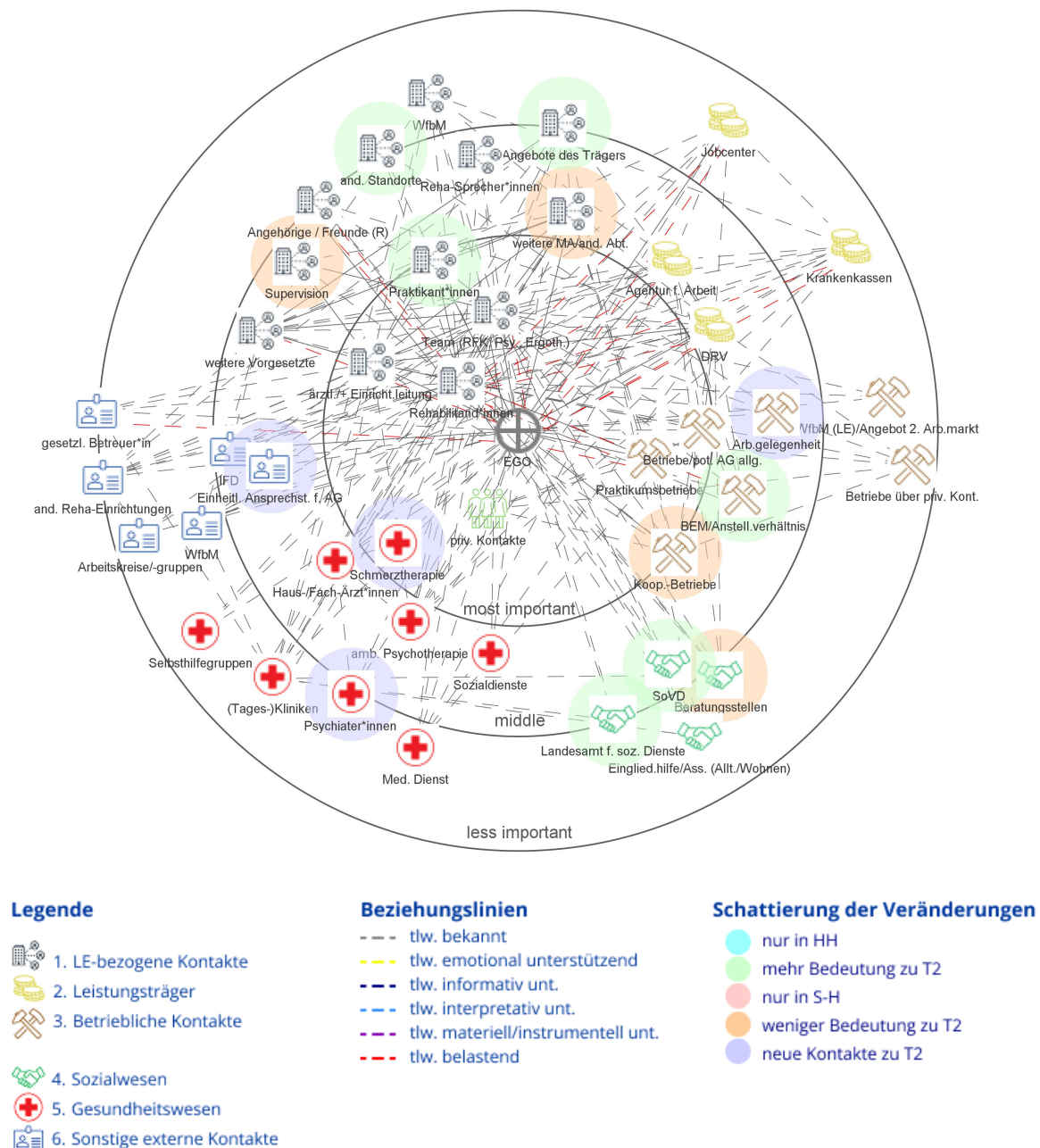


Abbildung 7 Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte zu T2 Schleswig-Holstein

6.2.3 Gesamtschau auf Hamburg und Schleswig-Holstein

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse weiterer inhaltsanalytischer Auswertungen dargestellt. Aus der Perspektive der Reha-Fachkräfte aus Hamburg und Schleswig-Holstein wird die allgemeine Zufriedenheit mit ihren Netzwerken (6.2.3.1) und die signifikanten Veränderungen in den Kontakten vom ersten (T1) zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) beschrieben (6.2.3.2). Daraufhin werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Netzwerken der Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein näher beleuchtet (6.2.3.3).

Des Weiteren werden Erkenntnisse aus den Fragen an die Reha-Fachkräfte zu perspektivisch wünschenswerten Kontakten (6.2.3.4) und Unterstützungsbedarfen (6.2.3.5) sowie den Voraussetzungen für ein funktionierendes Netzwerk dargestellt (6.2.3.6).

Die folgende Abbildung zeigt die Gesamt-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte aus Hamburg und Schleswig-Holstein:

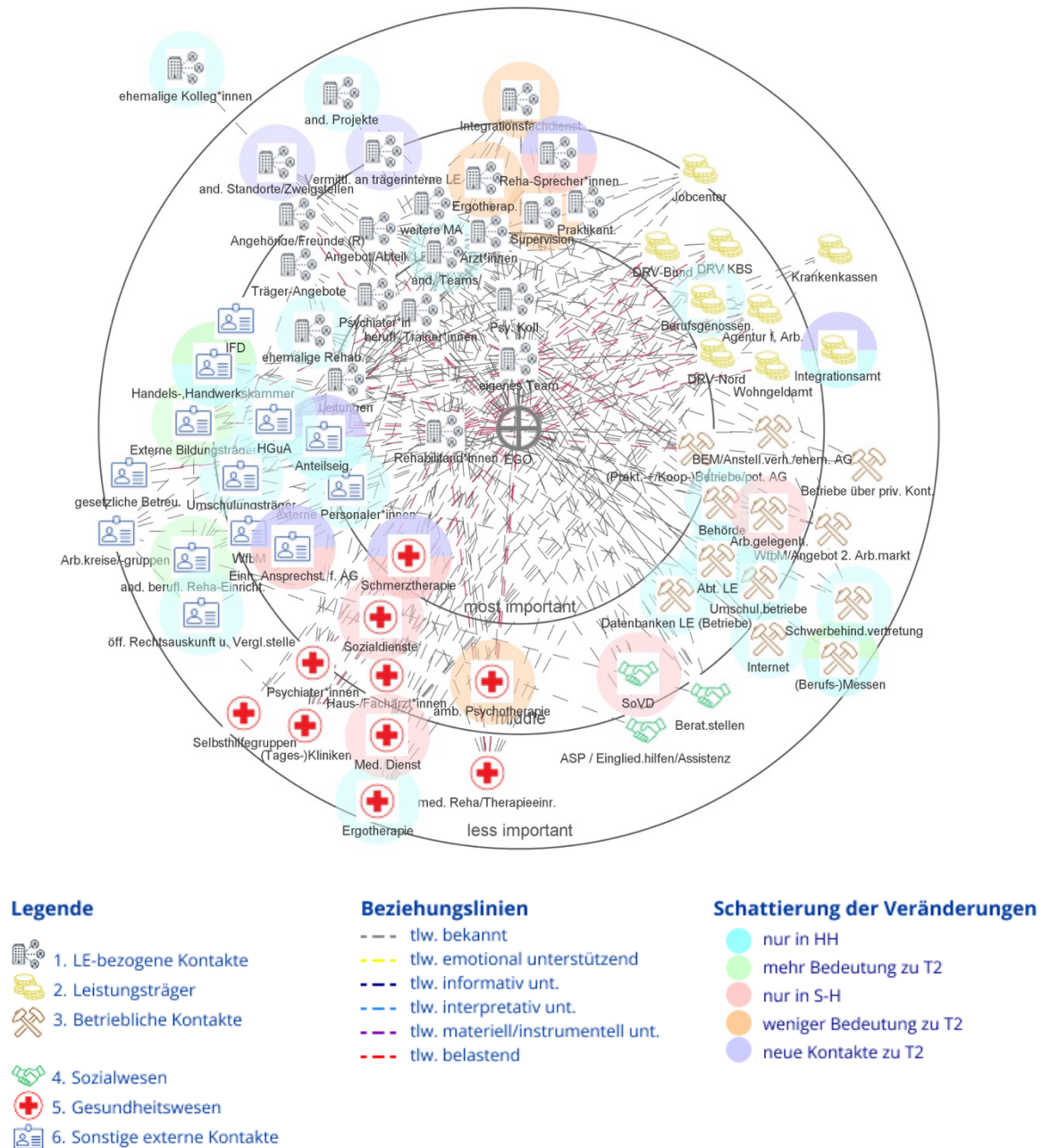


Abbildung 8 Gesamt-Netzwerkmappe der Reha-Fachkräfte zu T2

6.2.3.1 Zufriedenheit der Reha-Fachkräfte mit ihren Netzwerken

Insgesamt zeigen die Aussagen und Ergebnisse der Inhaltsanalysen, dass die Reha-Fachkräfte mit ihren Netzwerken und den daraus resultierenden Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Unterstützung zufrieden sind. Verbesserungspotenziale und Unterstützungsbedarfe werden ebenso wie die Grundlagen für ein funktionierendes Netzwerk weiter unten näher ausgeführt.

Die Reha-Fachkräfte berichten jedoch auch von verschiedenen **Herausforderungen** und **Konflikten** in ihren beruflichen Netzwerken. Ein nicht seltenes Thema sind Schwierigkeiten in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit Leistungsträgern. Oft gibt es Unstimmigkeiten bei der Bewilligung von Leistungen oder Maßnahmen, da die Leistungsträger andere Vorstellungen und Ziele haben als die Rehabilitand*innen oder die Reha-Fachkräfte. Auch die Erreichbarkeit und Transparenz der Leistungsträger werden manchmal als problematisch beschrieben. Teilweise kommt es zu Konflikten, wenn Leistungsträger Maßnahmen ablehnen oder einschränken, obwohl die Reha-Fachkräfte diese für sinnvoll erachten. Herausforderungen gibt es auch in Kontakten zum Gesundheits- und Sozialwesen, etwa wenn deren Einschätzungen und Empfehlungen (z.B. von Psychotherapeut*innen oder Assistenz in der Sozialpsychiatrie-Betreuer*innen) nicht mit denen der Reha-Fachkräften übereinstimmen. Sehr vereinzelt berichten die Reha-Fachkräfte auch von Spannungen im Reha-Team selbst oder mit Vorgesetzten. Konflikte mit Rehabilitand*innen kommen ebenfalls vor, etwa wenn deren Wünsche und Vorstellungen nicht realisierbar sind. Insgesamt zeigt sich, dass die Vernetzung und Kooperation im Reha-Prozess eine Herausforderung darstellen, bei der es immer wieder zu Abstimmungsschwierigkeiten und Interessenskonflikten kommt.

6.2.3.2 Veränderungen in den Netzwerken der Reha-Fachkräfte

Im Verlauf der Reha- und Praktikumsphasen über T1 und T2 hinweg wurde bei den Reha-Fachkräften deutlich, dass sich ihr berufliches Netzwerk in mehrfacher Hinsicht verändert hat. Einerseits sind neue Kontakte hinzugekommen, andererseits haben sich bestehende Beziehungen in ihrer Qualität gewandelt. Dazu werden die Reha-Fachkräfte aus Hamburg und Schleswig-Holstein getrennt betrachtet.

Hamburg: Besonders hervorzuheben ist der Aufbau neuer Beziehungen zu Kolleg*innen aus anderen Unternehmensbereichen, die inzwischen (zum Ende der Praktikumsphase der Rehabilitand*innen) als wichtige Ansprechpartner*innen wahrgenommen werden. Auch der Kontakt zu Leistungsträgern, hat sich zum Ende der beruflichen Rehabilitation intensiviert. Ein weiterer neuer Aspekt ist die regelmäßige Teilnahme an Supervisionen, bei denen auch teilweise Konsiliarärzt*innen eingebunden sind – ein Format, das im ersten Interview noch keine Rolle spielte. Zudem pflegten einige Reha-Fachkräfte nun einen aktiven Austausch mit anderen Leistungsanbietern, auch wenn diese teilweise in einem Konkurrenzverhältnis stehen. Darüber hinaus hat die Vernetzung mit anderen

Teilnehmenden der LTA, insbesondere im Rahmen der wöchentlichen Termine während der Praktikumsphase, an Bedeutung gewonnen.

Gleichzeitig haben sich einige Kontakte verändert oder sind in ihrer Bedeutung zurückgegangen. So wird der Kontakt zu ehemaligen Praktikumsbetrieben inzwischen weniger intensiv gepflegt. Eine Kollegin, die in den Ruhestand gegangen ist, hinterlässt zudem eine teilweise vakante Rolle im Team. Neu hinzugekommen ist eine Kollegin, die von der Reha-Fachkraft dem „inneren Netzwerk“ zugeordnet wird und somit eine wichtige Rolle im unmittelbaren Arbeitsumfeld einnimmt. Ergänzend dazu zeigt sich, dass E-Learning-Angebote zunehmend genutzt werden und an Bedeutung gewinnen – sowohl für die eigene Weiterbildung als auch im Rahmen der Unterstützung der Rehabilitand*innen.

Schleswig-Holstein: Hier ist die Zusammenarbeit der Reha-Fachkräfte mit verschiedenen Beratungsstellen im Sozialwesen angestiegen. So wurden die Kontakte zur Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung, zum Sozialverband, zum Integrationsfachdienst sowie zum kommunalen Sozialdienst intensiviert. Diese Einrichtungen haben sich zu zentralen Ansprechpartnern für die Rehabilitand*innen entwickelt und spielen eine wichtige Rolle bei der Begleitung über die Maßnahme hinaus.

Zusätzlich wurden neue Kooperationen aufgebaut bzw. bestehende intensiviert. Dazu zählen unter anderem Betriebe, der Sozialdienst der Techniker Krankenkasse, die Tagesklinik, die Bürgerbeauftragte sowie die Institutsambulanz und das ambulante Zentrum. Letztere werden von den Reha-Fachkräften aktiv genutzt oder empfohlen, um Rehabilitand*innen ein möglichst breites Unterstützungsangebot zu bieten. Auch die Zusammenarbeit mit bestimmten Betrieben wurde ausgebaut und erfolgt mittlerweile regelmäßig.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Einbindung von Praktikant*innen, die durch ihre Fragen und Perspektiven einen wertvollen Beitrag zur Reflexion und Weiterentwicklung der Arbeit der Reha-Fachkräfte leisten. Zusätzlich wurde die Rentenberatung als bedeutende Ressource identifiziert, die den Rehabilitand*innen bei Fragen zur finanziellen Absicherung nach der Maßnahme zur Verfügung steht. Im Gegensatz dazu hat der Kontakt zur Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) an Bedeutung verloren. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass die Reha-Fachkräfte ihr Netzwerk nicht nur erweitern, sondern auch strategisch neu ausrichten, um den wandelnden Anforderungen und Bedürfnissen der Rehabilitand*innen gerecht zu werden.

6.2.3.3 Unterschiede in den Reha-Fachkraft-Netzwerken

In Hamburg und Schleswig-Holstein waren die in den Netzwerkkarten aufgeführten beruflichen Kontakte zu Personen oder Personengruppen bzw. Institutionen größtenteils identisch bzw. konnten den Clustern und ihren Untergruppen gleichermaßen zugeordnet werden. Ein Vergleich zeigt jedoch regionale Unterschiede in der Bedeutung und Ausgestaltung beruflicher Kontakte. Diese Unterschiede werden im Folgenden thematisch den Clustern der beruflichen Kontakte zugeordnet.

Leistungserbringerbezogene Kontakte

In Schleswig-Holstein spielen interne Ergotherapeut*innen eine deutlich wichtigere Rolle als in Hamburg. Auch Psycholog*innen sind dort stärker ins Team eingebunden, was unter anderem daran liegt, dass in einigen Leistungserbringern mehr Ergotherapeut*innen und Psycholog*innen als Reha-Fachkräfte tätig sind. Studentische Praktikant*innen haben in Schleswig-Holstein große Bedeutung, da sie als wertvolle Impulsgeber wahrgenommen werden, in Hamburg gab es in den Leistungserbringer keine Praktikant*innen. Die Supervision hingegen ist in Hamburg etwas bedeutsamer. Ärztliche und Einrichtungsleitungen sind in Schleswig-Holstein häufiger vertreten und werden als wichtiger eingeschätzt. Weitere Mitarbeiter*innen und Abteilungen sind in Schleswig-Holstein ebenfalls relevanter, während berufliche Trainer*innen dort seltener vorkommen und weniger wichtig sind als in Hamburg, wo sie eine zentrale Rolle spielen. In Hamburg sind die Einrichtungen oft größer, mit mehreren Teams und internen Angeboten, die als wichtig bis sehr wichtig gelten. In Schleswig-Holstein beschränken sich die Angebote meist auf trägerinterne Strukturen wie die Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Eine Besonderheit in Schleswig-Holstein ist die Rolle der Rehasprecher*innen, die als Vertretung der Rehabilitand*innen fungieren und als wichtige Kontaktpersonen gelten. In Hamburg hingegen wurden auch ehemalige Rehabilitand*innen und Kolleg*innen als relevante Kontakte genannt.

Leistungsträger-Kontakte

Die Deutsche Rentenversicherung und die Agentur für Arbeit sind in beiden Regionen zentrale Akteure. Das Jobcenter hingegen wird in beiden Bundesländern als weniger bedeutsam wahrgenommen. In Hamburg wurden zusätzlich das Wohngeldamt, das Integrationsamt sowie die Berufsgenossenschaft als Leistungsträger in der Netzwerkkarte aufgeführt, während diese in Schleswig-Holstein keine Rolle spielten.

Betriebliche Kontakte

Praktikumsbetriebe, potenzielle Arbeitgebende und Betriebe im Allgemeinen sind in beiden Regionen wichtig, in Schleswig-Holstein jedoch noch bedeutsamer, vielleicht weil es schwieriger ist, tragfähige Kontakte zu Betrieben aufzubauen. Dort spielen auch ruhende Arbeitsverhältnisse und Arbeitsgelegenheiten eine größere Rolle. In Hamburg wurden darüber hinaus Behörden, ehemalige Arbeitgebende, Schwerbehindertenvertretungen, Umschulungsbetriebe, interne Abteilungen der Leistungserbringer, betriebliche Datenbanken sowie, das Internet und Berufs- bzw. Bildungsmessen als zusätzliche Kontaktquellen genannt.

Sozialwesen

Beratungsstellen waren in Schleswig-Holstein zum ersten Erhebungszeitpunkt (T1) wichtiger als in Hamburg, zum zweiten Zeitpunkt (T2) hat sich dieser Unterschied jedoch weitgehend angeglichen. Der Sozialverband und das Landesamt für soziale Dienste wurden nur in Schleswig-Holstein genannt und als wichtig eingestuft. Eine Besonderheit in Hamburg ist das Vorhandensein der Assistenz der Sozialpsychiatrie. Während ambulante Betreuung in beiden Regionen ähnlich wichtig ist, wird das ambulant betreute Wohnen in Hamburg als relevanter eingeschätzt.

Gesundheitswesen

Ambulante Psychotherapeut*innen, Haus- und Fachärztinnen, Selbsthilfegruppen sowie Sozialdienste in medizinischen Einrichtungen haben in Schleswig-Holstein eine größere Bedeutung als in Hamburg. (Tages-) und Reha-Kliniken hingegen sind in Hamburg etwas wichtiger. Der medizinische Dienst der Techniker Krankenkasse wurde in Schleswig-Holstein zusätzlich genannt, spielt dort jedoch nur eine untergeordnete Rolle. In Hamburg wurden ergänzend medizinische Reha- und Therapieeinrichtungen sowie die ambulante Ergotherapie erwähnt, allerdings mit geringerer Relevanz.

Sonstige externe Kontakte

In Schleswig-Holstein sind gesetzliche Betreuungen, andere berufliche Reha-Anbieter und Werkstätten für Menschen mit Behinderung als Praktikumsgeber*innen weniger wichtig als in Hamburg. Eine Besonderheit in Schleswig-Holstein ist die Nennung der Einheitlichen Ansprechstelle für Arbeitgebende als wichtiger Kontakt durch eine Person. In Hamburg hingegen wurde ein breites Spektrum an weiteren externen Kontakten genannt, darunter die Handels- und Handwerkskammer, externe Bildungsträger, und Umschulungsträger, das Haus der Gesundheit und Arbeit sowie

die öffentliche Rechtsauskunft und Vergleichsstelle in den Netzwerkkarten verortet. Der Integrationsfachdienst ist in Schleswig-Holstein nicht in den Rehaeinrichtungen verortet, wurde aber zum zweiten Erhebungszeitpunkt als etwas wichtiger eingestuft als in Hamburg.

Die Unterschiede zwischen den Reha-Fachkraft-Netzwerken in Hamburg und Schleswig-Holstein sind vor allem auf die unterschiedlichen sozialen Unterstützungsangebote der beiden Bundesländer sowie auf die Art der Leistungserbringer zurückzuführen. In Schleswig-Holstein wurden die meisten Rehabilitand*innen in RPKs befragt, in denen medizinische und berufliche Rehabilitation stärker miteinander verknüpft sind.

Zur vereinfachten Darstellung und Präsentation von Ergebnissen über Hamburg und Schleswig-Holstein hinweg wurde eine **Gesamt-Netzwerkkarte** erstellt, in der alle Kontakte aus beiden Bundesländern eingetragen sind. Dadurch veränderten sich die Positionen einzelner Kontakte ein wenig (s. Anlage 18 Gesamt-Netzwerkkarte der Reha-Fachkräfte).

6.2.3.4 Perspektivisch wichtige berufliche Kontakte der Reha-Fachkräfte

Die Reha-Fachkräfte äußerten in den Interviews, dass Sie gerne mehr berufliche Kontakte pflegen würden. Im Folgenden werden diese Wünsche orientiert an den Clustern dargestellt:

Leistungserbringerbezogene Kontaktwünsche

Zur besseren Ausübung ihrer Tätigkeit wünschen sich einige Reha-Fachkräfte mehr Kontakte zu *externen Kursanbieter*innen* für die Rehabilitand*innen. Die Reha-Fachkräfte bzw. Leistungserbringer haben nicht die Zeit und teilweise auch nicht das Wissen, spezifische Kurse anzubieten. Die externen Angebote würden die Arbeit sehr erleichtern und wären sehr hilfreich, insbesondere im Bereich der IT- und Office-Anwendungen. Allerdings sind Bewerbungstrainings oder ähnlich spezifische Angebote besser intern zu gestalten, da sie auf die besonderen Bedürfnisse der Rehabilitand*innen ausgerichtet sein müssen. Zusätzlich wäre es wichtig, interdisziplinäre Dozent*innen zu finden, die Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen beruflichen Zielen unterstützen können. E-Learning-Angebote können eine sinnvolle Ergänzung zu Präsenzkursen sein, vor allem bei sehr spezifischen Themen, bei denen nicht genug Rehabilitand*innen für einen Präsenzkurs zusammenkommen.

Einige Reha-Fachkräfte fänden es sinnvoll, das Verständnis der *Angehörigen* für den Rehabilitationsprozess zu fördern, damit sie die Rehabilitand*innen positiv unterstützen können. Stattdessen kommt es teilweise vor, dass Angehörige die Rehabilitation sogar herabwürdigen. Eine verstärkte Angehörigenarbeit wäre daher wünschenswert, um diese Herausforderungen anzugehen und wichtige Angehörigen besser in den Rehabilitationsprozess einzubinden.

Leistungsträger-Kontakte

Die Reha-Fachkräfte äußern vielfältige Wünsche hinsichtlich der Kontakte zu Leistungsträgern und medizinischen Diensten, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu verbessern und die Versorgung der Rehabilitand*innen zu optimieren. Grundsätzlich wird der Austausch als wertvoll angesehen, da er einen umfassenden Blick auf die Rehabilitand*innen ermöglicht. Gleichzeitig wird jedoch betont, dass die Komplexität der beteiligten Strukturen und die unterschiedlichen institutionellen Perspektiven die Zusammenarbeit erschweren können. Um dem entgegenzuwirken, wünschen sich die Reha-Fachkräfte mehr persönlichen Kontakt und regelmäßigen Austausch. Dabei wird die Bedeutung von Kontinuität und dem Aufbau vertrauensvoller Beziehungen hervorgehoben. Persönliche Treffen und direkter Kontakt werden als besonders hilfreich angesehen, um Informationen effizient auszutauschen, Prozesse zu vereinfachen und die Rehabilitand*innen bestmöglich zu unterstützen. Die Corona-Pandemie hat diese Kontinuität in den Kontakten jedoch erheblich beeinträchtigt.

Konkret wünschen sich die Reha-Fachkräfte eine engere Zusammenarbeit mit der Deutsche Rentenversicherung Nord und Bund. Ein regelmäßiger persönlicher Austausch soll den direkten Informationsfluss über aktuelle Fälle und Entwicklungen ermöglichen. Darüber ist eine gute Vernetzung mit weiteren Leistungsträger wie der Agentur für Arbeit und Jobcenter notwendig, um stets über relevante Entwicklungen informiert zu bleiben. Ein direkterer Kontakt und ein effizienterer Informationsaustausch ist wichtig, um soziale Notlagen der Rehabilitand*innen frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Einbindung der Rehabilitand*innen selbst. Einige Reha-Fachkräfte wünschen sich, dass die Leistungsträger die Rehabilitand*innen stärker in Entscheidungsprozesse einbeziehen und gemeinsam mit ihnen sowie den Reha-Fachkräfte Maßnahmen besprechen. Abschließend wird deutlich, dass für den Aufbau und die Pflege dieser Kontakte mehr Zeit und personelle Ressourcen erforderlich sind.

Betriebliche Kontaktwünsche

Die Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein betonen die zentrale Bedeutung von Betriebskontakten für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation.

In **Hamburg** wünschen sich die Reha-Fachkräfte insbesondere mehr Kooperationen mit größeren Unternehmen, da bisher vor allem kleinere Betriebe eingebunden sind. Sie sehen in der Zusammenarbeit mit großen Unternehmen ein großes Potenzial, um zusätzliche Praktikums- und Beschäftigungsmöglichkeiten für ihre Rehabilitand*innen zu schaffen. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass der Aufbau und die Pflege solcher Netzwerke sehr zeitintensiv sind und aufgrund von Personalmangel sowie hoher Arbeitsbelastung häufig zu kurz kommen. Der Zugang zu größeren Betrieben gestaltet sich zudem schwierig, da Ansprechpartner oft nicht leicht zu identifizieren oder zu erreichen sind.

Ein weiteres Anliegen der Reha-Fachkräfte in Hamburg ist die kontinuierliche Pflege bestehender Betriebskontakte, um stabile und belastbare Beziehungen aufzubauen. Darüber hinaus äußern sie den Wunsch nach mehr Verständnis und Wertschätzung seitens der Betriebe für die Arbeit der Reha-Fachkräfte und die besonderen Herausforderungen ihrer Rehabilitand*innen. Eine offeneren und engagierteren Haltung der Unternehmen wird als förderlich für eine erfolgreiche Zusammenarbeit angesehen. Um kurzfristige Lösungen zu ermöglichen, schlagen einige Reha-Fachkräfte zudem die Einrichtung eines „Notnagel“-Pools an Betrieben vor, bei denen kurzfristig Praktikumsplätze akquiriert werden können.

Auch die Zusammenarbeit mit Kammern wie der **Handwerks- und Handelskammer** wird als wichtig erachtet, um Betriebe für das Thema Inklusion zu sensibilisieren. Allerdings berichten die Befragten von Schwierigkeiten in der Kooperation, da die Kammern teilweise wenig Verständnis für die Belange der beruflichen Rehabilitation zeigen.

In **Schleswig-Holstein** äußern die Reha-Fachkräfte ähnliche Wünsche. Auch hier wird der Aufbau eines größeren Pools an kooperationsbereiten Betrieben angestrebt, mit denen eine langfristige und vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist. Besonders wichtig sind Praktikumsplätze in unterschiedlichen Branchen, auch in umkämpften Bereichen wie der Verwaltung, um den Rehabilitand*innen Orientierung und Belastungserprobung zu ermöglichen. Dabei wird betont, dass jeder Betrieb individuell ist und die Netzwerkpfege entsprechend aufwendig und schwer zu standardisieren ist. Die Reha-Fachkräfte wünschen sich daher eine systematischere

Organisation der Arbeitgeberkontakte oder die Einrichtung einer zentralen Leitstelle. Aktuell müssen viele Reha-Fachkräfte eigenständig Kontakte zu Betrieben aufbauen, was als sehr zeitintensiv empfunden wird. Die Vernetzung mit Arbeitgebenden und Unternehmen sollte auch ausgebaut werden, um präventiv Unterstützung anbieten zu können, bevor Arbeitsmarktferte entsteht.

Insgesamt zeigt sich in beiden Bundesländern, dass der Aufbau und die Pflege von Betriebskontakten eine zentrale Herausforderung für die Reha-Fachkräfte darstellen. Sie wünschen sich mehr zeitliche und strukturelle Ressourcen sowie eine stärkere Unterstützung durch übergeordnete Stellen, um den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitand*innen besser gerecht werden zu können.

Kontaktwünsche Gesundheitswesen

Viele Reha-Fachkräfte betonen die große Bedeutung einer stärkeren Vernetzung mit dem Gesundheitswesen, um die Versorgung und Begleitung der Rehabilitand*innen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu verbessern. Besonders im Fokus stehen dabei vor allem Kliniken, Psychotherapeut*innen, seltener Psychiater*innen und manchmal auch Hausärzt*innen.

Im Bereich der ***Kliniken*** wünschen sich die Reha-Fachkräfte eine intensivere Zusammenarbeit mit Tageskliniken, Reha-Kliniken und insbesondere deren Sozialdiensten. Ziel ist es, die Mitarbeitenden dieser Einrichtungen besser über die Angebote der beruflichen Rehabilitation zu informieren und so frühzeitig geeignete Rehabilitand*innen zu gewinnen. Der Kontakt zu den ***Sozialdiensten*** wird als besonders wichtig angesehen, da diese eine Schlüsselrolle bei der Vermittlung in weiterführende Maßnahmen spielen. Einige Reha-Fachkräfte berichten, dass sie früher selbst aktiv Kontakte zu Kliniken aufgebaut und dort Informationsveranstaltungen angeboten haben. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung ist dies jedoch kaum noch möglich, wird aber weiterhin als sehr wünschenswert betrachtet. Der Ausbau der Kooperation mit Kliniken wird als zentraler Hebel gesehen, um Übergänge in die berufliche Rehabilitation zu erleichtern und Versorgungslücken zu vermeiden.

Psychotherapeut*innen und ***Psychiater*innen*** werden von vielen Reha-Fachkräfte als essenziell für den Rehabilitationsprozess eingeschätzt. Viele Rehabilitand*innen benötigen psychotherapeutische Unterstützung, doch der Zugang ist häufig durch lange Wartezeiten und strukturelle Engpässe erschwert. Die Reha-Fachkräfte wünschen sich eine bessere Anbindung an diese Berufsgruppen sowie bei Bedarf

einen regelmäßigeren und direkteren Austausch mit den behandelnden Therapeut*innen und Psychiater*innen. Einige Reha-Fachkräfte berichten, dass sie selbst aktiv Kontakt aufnehmen, um ihre Rehabilitand*innen zu unterstützen, wünschen sich jedoch, dass auch von Seiten der Therapeut*innen mehr Initiative zur Kooperation ausgeht. Konkrete Vorschläge beinhalten die Einrichtung von Listen mit freien Therapieplätzen zur gezielten Vermittlung sowie regelmäßige Netzwerktreffen mit allen Beteiligten, um Informationen auszutauschen und Übergänge zu erleichtern. Insgesamt wird deutlich, dass der Aufbau und die Pflege eines funktionierenden Netzwerks mit Psychotherapeutinnen und Psychiater*innen eine zentrale Herausforderung darstellen, der mehr strukturelle Unterstützung bedarf.

Hausärzt*innen sind häufig erste Anlaufstelle für die Rehabilitand*innen, jedoch ist es aufgrund des großen Einzugsgebiets (vor allem in Schleswig-Holstein) schwierig, ein direktes Netzwerk mit ihnen aufzubauen. Die Reha-Fachkräfte bemühen sich dennoch, die ambulante Versorgung aufrechtzuerhalten oder neu zu etablieren, insbesondere wenn Rehabilitand*innen keine laufende psychotherapeutische Betreuung haben. In solchen Fällen unterstützen sie aktiv bei der Suche nach geeigneten Hausärzt*innen und bei der Terminvereinbarung. Gleichzeitig sehen die Reha-Fachkräfte Potenzial in einer verbesserten Informationslage: Hausärzt*innen sollten besser über die Angebote der Leistungserbringer informiert sein, um gezielter über dessen Angebote aufklären und vermitteln zu können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Reha-Fachkräfte eine engere und strukturiertere Zusammenarbeit mit Akteur*innen des Gesundheitswesens anstreben. Ziel ist es, Versorgungslücken zu schließen, Übergänge zu erleichtern und die Rehabilitand*innen ganzheitlich und nachhaltig zu unterstützen.

Kontaktwünsche Sozialwesen

Die Reha-Fachkräfte sehen in der Zusammenarbeit mit der **Assistenz in der Sozialpsychiatrie** und weiteren Akteur*innen der **ambulanten Betreuung** ein großes Potenzial zur Verbesserung der ganzheitlichen Unterstützung ihrer Rehabilitand*innen. Die Angebote sind eine wertvolle Ergänzung im Rehabilitationsprozess, da sie die Rehabilitand*innen einerseits psychisch stabilisieren. Andererseits benötigen einige Rehabilitand*innen eine kontinuierliche Begleitung im Alltag wie z.B. Unterstützung bei der Haushaltsführung. Insbesondere in krisenhaften Situationen kann die Unterstützung durch weitere Akteur*innen im Hintergrund hilfreich sein, da die Leistungserbringer allein die Rehabilitand*innen

möglicherweise nicht ausreichend stabilisieren kann. Der Kontakt zu **rechtlicher Betreuung** wird hingegen nicht generell als notwendig angesehen, sondern nur dann, wenn er tatsächlich benötigt wird. Eine engere Zusammenarbeit durch mehr Kontakt zu Beratungsstellen wäre hilfreich für die Rehabilitand*innen, ebenso wie Kontakte zum Integrationsfachdienst, um die Rehabilitand*innen bei Formalitäten und der Beantragung von Leistungen besser unterstützen zu können.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die praktische Umsetzung dieser Zusammenarbeit im Austausch auch mit Rehabilitand*innen herausfordernd ist – sei es aufgrund von Kapazitätsengpässen, unklaren Zuständigkeiten oder fehlenden Strukturen für den regelmäßigen Austausch. Die Angebotslandschaft ist zudem sehr vielfältig, sodass es hilfreich wäre, wenn die Reha-Fachkräfte einen besseren Überblick darüber hätten. Eine enge Kooperation und Abstimmung mit allen Einrichtungen und Personen aus dem Sozialwesen, die für Rehabilitand*innen relevant sind, wird von den Reha-Fachkräfte als sinnvoll erachtet, um an einem Strang zu ziehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Reha-Fachkräfte eine Ausweitung ihres Netzwerkes anstreben. Ein zentrales Anliegen ist dabei die Intensivierung und Optimierung bereits bestehender Kontakte, die bislang oft nur lose oder selten gepflegt werden. Gleichzeitig besteht ein klarer Wunsch nach dem Aufbau neuer Kontakte, um das Netzwerk strategisch zu erweitern und neue Kooperationspotenziale zu erschließen. Hervorgehoben wird der Bedarf an mehr und engeren Kontakten zu Betrieben und der persönliche Austausch mit den Reha-Fachberater*innen der Leistungsträger soll verbessert werden, da dieser als zentral für eine reibungslose Zusammenarbeit und passgenaue Maßnahmenplanung angesehen wird. Darüber hinaus wünschen sich die Reha-Fachkräfte eine stärkere Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, um Synergien zu nutzen und die Versorgung der Rehabilitand*innen umfassender zu gestalten.

Die Reha-Fachkräfte sehen einen Trend hin zu mehr digitalen Angeboten wie Online-Beratung und Videokonferenzen, da immer mehr Menschen diese Kanäle nutzen. Allerdings spielen diese digitalen Elemente bislang noch eine eher untergeordnete Rolle. Einige Befragte sehen hier jedoch großes Potenzial für die Zukunft.

6.2.3.5 Unterstützungsbedarfe der Reha-Fachkräfte

Die Reha-Fachkräfte in Hamburg und Schleswig-Holstein formulieren in den Interviews direkt wie indirekt eine Vielzahl an Unterstützungs- und Entwicklungsbedarfen, die sowohl strukturelle Rahmenbedingungen als auch inhaltliche und gesellschaftliche Aspekte der beruflichen Rehabilitation betreffen.

Ein zentrales Anliegen ist die Stärkung der **Sichtbarkeit und Bekanntheit der beruflichen Rehabilitation**. Viele Reha-Fachkräfte berichten, dass das Angebot in der Öffentlichkeit, bei potenziellen Rehabilitand*innen, zuweisenden Stellen und Betrieben noch zu wenig bekannt ist. Daher wird eine intensivere **Öffentlichkeitsarbeit** gefordert, die gezielt über Inhalte, Zielgruppen und Nutzen der beruflichen Rehabilitation informiert damit mehr Menschen davon erfahren und rechtzeitig darauf aufmerksam gemacht werden.

Auch innerhalb des Reha-Systems wünschen sich die Fachkräfte mehr **Transparenz über das Leistungsspektrum** anderer Einrichtungen, um besser zu verstehen, „wer was genau für wen“ anbietet. Dazu sich die Mitarbeitenden eine bessere Übersicht über die verschiedenen Anbieter und deren Leistungen, um Rehabilitand*innen zielgerichtet beraten zu können. Zur Verbesserung der Kooperationen wird der Aufbau **stabiler Netzwerkstrukturen zwischen den Leistungserbringern** angestrebt. Die Bildung von Arbeitskreisen oder Arbeitsgruppen rund um das Thema berufliche Rehabilitation wird als sinnvoll erachtet, um den fachlichen Austausch zu fördern und gemeinsame Strategien zu entwickeln.

Des Weiteren könnte ein **Alumni-Netzwerk** eine wertvolle Ressource für die LTA-Maßnahmen sein. Ehemalige Rehabilitand*innen, die erfolgreich wieder im Beruf Fuß gefasst haben, könnten von ihren Erfahrungen und Werdegang berichten und so als Vorbilder und Ratgeber*innen für aktuelle Rehabilitand*innen dienen. Dies würde nicht nur den Rehabilitand*innen helfen, sondern auch den Kontakt zu Unternehmen stärken, da die Alumni möglicherweise Verbindungen zu ihren Arbeitgebenden haben. Solch ein Netzwerk könnte sowohl positive Verläufe als auch Verbesserungsvorschläge beinhalten, um das Programm stetig zu optimieren.

Auch **Supervisionen** und **Intervisionen** – sowohl im Einzel- als auch im Teamsetting – werden als wichtige Instrumente zur Qualitätssicherung und zur Reflexion der eigenen Arbeit gesehen. Teamsitzungen sollen zudem durch die Einbindung weiterer Fachpersonen wie Psycholog*innen oder Konsiliarärzt*innen erweitert werden, um **multiprofessionelle Perspektiven** stärker zu integrieren.

Die Reha-Fachkräfte sehen Bedarf für Arbeitsgruppen, in denen sie sich mit Kolleg*innen über ihre Arbeit austauschen können. Außerdem wünschen sie sich ein regelmäßiges Format zur **Psychohygiene**, in dem sie ihre eigene psychische Gesundheit und Belastungen reflektieren können. Die bestehende Supervision wird als hilfreich empfunden, aber als nicht ausreichend, da sie im großen Team weniger Raum für individuelle Themen lässt. Einige Reha-Fachkräfte äußern den Wunsch nach zusätzlichen Einzelsupervisionen, um herausfordernde Fälle oder persönliche Belastungen besser bearbeiten zu können. Insgesamt zeigt sich der Bedarf an Formaten, die den fachlichen Austausch, die Reflexion der eigenen Rolle und Belastungen sowie die Förderung der psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden stärker in den Fokus rücken.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der fachlichen **Weiterbildung**, insbesondere zu Themen wie psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und professioneller Umgang mit Betroffenen. Die Reha-Fachkräfte wünschen sich hier mehr Fortbildungsangebote, um ihre Handlungssicherheit im Alltag zu stärken. Darüber hinaus äußern die Reha-Fachkräfte konkrete Wünsche zur Verbesserung der Rahmenbedingungen ihrer Arbeit. Sie wünschen sich mehr Zeit für Tagungen und fachlichen Austausch, um Netzwerke zu pflegen und voneinander zu lernen.

Gleichzeitig wird auch ein gesamtgesellschaftlicher Beitrag zur **Entstigmatisierung** psychischer Erkrankungen gefordert. Der Abbau von Vorurteilen sei eine wichtige Voraussetzung für gelingende Teilhabe und Integration.

In **Schleswig-Holstein** sind die folgenden Punkte zusätzlich zu den bisher genannten geäußert worden: Einheitliche Startertermine ohne Nachzügler*innen würden die Gruppenprozesse stabilisieren und die pädagogische Arbeit erleichtern. Die Möglichkeit, auch mit wenigen Rehabilitand*innen Einzelmaßnahmen durchzuführen, wird als notwendig angesehen, um individuelle Bedarfe besser abdecken zu können. Bei technischen Problemen wünschen sich die Reha-Fachkräfte schnellere und verlässlichere Unterstützung. Inhaltlich wird ein differenziertes Unterrichtsangebot gewünscht, das insbesondere Teilnehmende anspricht, die sich auf eine Ausbildung vorbereiten. Dabei geht es auch um die Frage, ob sie sich das Lernen oder den Umgang mit einer Schulsituation wieder zutrauen. Ergänzend dazu wird ein (bezahltes) Bewerbungstraining für ehemalige Rehabilitand*innen, die noch nicht in Arbeit sind, als sinnvolle Maßnahme vorgeschlagen. Ein weiterer Wunsch betrifft die

Offenheit der Kostenträger für Umschulungen sowie mehr Zeit für die Berufsfindung, um tragfähige Perspektiven zu entwickeln. Auch die finanzielle Ausstattung der Einrichtungen wird thematisiert: Mehr Mittel würden es ermöglichen, zusätzliches Personal einzustellen, bessere Gehälter zu zahlen und vielfältigere Methoden und Materialien einzusetzen. Schließlich wird der zeitnahe Zugang zu einem Therapieplatz als entscheidend für den Reha-Erfolg angesehen.

6.2.3.6 Funktionierende berufliche Reha-Fachkraft-Netzwerke

Zum Abschluss dieses Unterkapitels werden die Rahmenbedingungen für ein funktionierendes Netzwerk der Reha-Fachkräfte zusammengefasst. Die befragten Reha-Fachkräfte sind im Allgemeinen zufrieden mit ihren Netzwerken, betonen jedoch mehrere wichtige Aspekte für ein gut funktionierendes Netzwerk.

Strukturelle Voraussetzungen

Ein funktionierendes Netzwerk setzt zunächst verlässliche strukturelle Rahmenbedingungen voraus. Dazu gehört insbesondere, dass den Reha-Fachkräfte ***ausreichend zeitliche Ressourcen*** zur Verfügung stehen, um Netzwerkarbeit aktiv betreiben zu können. Der Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung von Kontakten benötigen kontinuierliche Aufmerksamkeit, was im Arbeitsalltag nur möglich ist, wenn diese Tätigkeiten auch zeitlich eingeplant und priorisiert werden – selbst bei hoher Arbeitsbelastung.

Ebenso wichtig ist eine ***ausreichende personelle Ausstattung***. Netzwerkarbeit kann nicht „nebenbei“ erfolgen, sondern erfordert feste Zuständigkeiten. Einige Einrichtungen haben gute Erfahrungen mit einer „Netzwerkbeauftragten“ Person gemacht, die gezielt für die Koordination und Pflege von Kontakten verantwortlich ist. Auch eine kontinuierliche Personalabdeckung – etwa bei Krankheit oder Urlaub – ist essenziell, um Verlässlichkeit im Netzwerk zu gewährleisten.

Darüber hinaus braucht es ***ausreichende finanzielle Mittel***, etwa zur Finanzierung von Fortbildungen, Materialien oder zusätzlichen Fachkräften. Auch die ***räumliche und technische Infrastruktur*** spielt eine Rolle: Angemessene Arbeitsplätze, funktionierende IT-Systeme und gepflegte Datenbanken erleichtern die Kommunikation und Dokumentation innerhalb des Netzwerks erheblich.

Kooperationskultur und Kommunikation

Ein funktionierendes Netzwerk lebt von einer ***offenen, transparenten und wertschätzenden Kommunikation*** zwischen allen Beteiligten. Dazu zählen nicht nur

die Reha-Fachkräfte untereinander, sondern auch externe Partner wie Leistungsträger, Betriebe, Kliniken oder soziale Dienste. Regelmäßige Treffen, Austauschformate und Supervisionen fördern den Dialog und stärken das Vertrauen.

Zentral sind auch die **Verbindlichkeit und Kontinuität** in der Zusammenarbeit. Langfristige Kooperationen mit festen Ansprechpartner*innen ermöglichen es, tragfähige Beziehungen aufzubauen und gemeinsam auf Veränderungen zu reagieren. Klare Zuständigkeiten, transparente Abläufe und eine eindeutige Aufgabenverteilung schaffen Orientierung und erleichtern die Zusammenarbeit im Alltag.

Darüber hinaus ist eine **engagierte Grundhaltung** aller Beteiligten entscheidend. Netzwerkarbeit gelingt nur, wenn alle Akteur*innen bereit sind, sich aktiv einzubringen, Verantwortung zu übernehmen und aufeinander zuzugehen.

Fachliche und inhaltliche Voraussetzungen

Neben strukturellen und kommunikativen Aspekten braucht ein funktionierendes Netzwerk auch eine solide fachliche Basis. Dazu gehört die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** im Team und mit externen Partner*innen. Die Einbindung von Psycholog*innen, Ärzt*innen, Sozialdiensten oder Reha-Fachberater*innen in Teamsitzungen und Fallbesprechungen erweitert die Perspektiven und verbessert die Qualität der Betreuung.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die **regelmäßige Fort- und Weiterbildung**, insbesondere zu Themen wie psychische Gesundheit, Krankheitsbildern und dem professionellen Umgang mit psychisch belasteten Rehabilitand*innen. Diese Angebote stärken die fachliche Kompetenz und Handlungssicherheit der Reha-Fachkräfte.

Ergänzt wird dies durch **Supervisionen und Interventionen**, die Raum für Reflexion, Entlastung und kollegiale Beratung bieten. Sie tragen wesentlich zur Qualitätssicherung und zur emotionalen Stabilität der Fachkräfte bei.

Netzwerkstruktur und -ausbau

Ein funktionierendes Netzwerk basiert sowohl auf **der Pflege bestehender Kontakte als auch auf dem Aufbau neuer Kooperationen**. Viele Reha-Fachkräfte berichten, dass sich ihre Netzwerke über Jahre hinweg entwickelt haben und heute tragfähige Strukturen bieten. Dennoch sehen sie Potenzial, neue Partner*innen – etwa aus dem

Gesundheits- oder Sozialwesen – einzubinden, um das Unterstützungsangebot zu erweitern.

Wichtig ist dabei eine **breite Vielfalt an Netzwerkpartner*innen**, darunter Betriebe, Behörden, Beratungsstellen, Kliniken, Sozialdienste und Bildungsträger. Diese Vielfalt ermöglicht es, flexibel auf unterschiedliche Bedarfe der Rehabilitand*innen zu reagieren.

Zur strukturierten Zusammenarbeit empfehlen die Reha-Fachkräfte die **Einrichtung von Arbeitskreisen oder thematischen Plattformen**, in denen sich Fachkräfte regelmäßig austauschen, voneinander lernen und gemeinsame Strategien entwickeln können.

Ganzheitlicher Ansatz

Schließlich betonen die Reha-Fachkräfte die Bedeutung eines **ganzheitlichen Verständnisses von Netzwerkarbeit**. Dazu gehört die Einbeziehung des sozialen Umfelds der Rehabilitand*innen – etwa Angehörige oder gesetzlich Betreuende – ebenso wie die Berücksichtigung ihrer individuellen Lebenslagen, Bedürfnisse und Perspektiven.

Ein funktionierendes Netzwerk ist mehr als die Summe seiner Kontakte: Es ist ein lebendiges, dynamisches Gefüge, das auf Vertrauen, Kommunikation und gemeinsamer Verantwortung basiert. Nur durch ein kontinuierliches, ganzheitliches Engagement aller Beteiligten kann es langfristig erfolgreich bestehen und zur nachhaltigen Teilhabe der Rehabilitand*innen beitragen.

6.2.4 Ergebnisse der Fokusgruppe mit Reha-Fachkräften in Hamburg

Im September 2024 wurde in Hamburg zusätzlich eine Fokusgruppe mit erfahrenen Reha-Fachkräften durchgeführt. An der dreistündigen Fokusgruppe nahmen vier Reha-Fachkräfte aus kooperierenden Leistungserbringern teil, darunter ARINET, das Berufliches Trainingszentrum und das Berufsförderungswerk teil.

Ziel der Fokusgruppe war die kommunikative Validierung der bisherigen Ergebnisse und deren Diskussion im Hinblick auf die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen zur Optimierung der beruflichen Rehabilitation. Der Ablauf der Fokusgruppe gliederte sich in mehrere Phasen:

Zunächst wurden die Ergebnisse der Reha-Fachkraft-Netzwerkanalysen aus Hamburg vorgestellt. Anschließend wurden zentrale Erkenntnisse aus diesen Ergebnissen

gesammelt und deren Bedeutung für die Arbeitsprozesse in der beruflichen Rehabilitation diskutiert. In einer Kleingruppenarbeit entwickelten die Teilnehmenden schließlich Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten zur Verbesserung der beruflichen Rehabilitation (s. Anlage 10 Leitfaden/Ablaufplan Fokusgruppe).

Die bedeutsamsten Erkenntnisse der Reha-Fachkräfte in Hamburg aus den Ergebnissen der Netzwerkanalysen waren folgende:

1. Die große **Bedeutung von Netzwerken** und beruflichen Kontakten für die Arbeit und deren Einfluss auf den Erfolg der beruflichen Reha.
2. Die wichtige **Rolle** und der **Einfluss der Reha-Fachberater*innen** der Leistungsträger.
3. Gute **Kontakte zu Betrieben** sind sehr wichtig.
4. Mehr Informationen und der Aufbau von **Kontakten zum Hilfesystem** wären förderlich für den Reha-Prozess.
5. Die Notwendigkeit der **Öffnung der Reha-Fachkraft-Netzwerke nach Außen** (nicht nur leistungserbringerinterne Kooperationen).
6. Der große **Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit** für die berufliche Rehabilitation auf verschiedenen Ebenen (Gesellschaft, Zuweisende, Betriebe).

Diese verschiedenen Aspekte werden im Folgenden näher ausgeführt.

6.2.4.1 Bedeutung von Netzwerken

„Unsere Arbeit meiner Meinung nach ohne vorhandene Netzwerke schwieriger. Das merkt man ja, wenn man einsteigt, sozusagen in dem Bereich. Erste Rutsche Reha-Teilnehmende, die haben sicherlich nicht die Begleitung wirklich erfahren können, wie jetzt in Folgezeiten oder Folgegenerationen das hatten, weil sich Netzwerke langsam aufbauen. Und, klar, wenn ich was nicht weiß, dann muss ich gucken, wo kriege ich die Informationen her? Oder wenn ich was suche, muss ich gucken, wer kann mich da unterstützen? Deswegen steht und fällt die Arbeit meiner Meinung nach mit Netzwerken“. (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Ich hatte zwei Situationen, wo schon die Wohnungssituation, die sich plötzlich geändert hat, ein sehr kritischer Moment war und das fast zu einem Abbruch geführt hätte. Letztlich nicht, aber ... Und da wäre es tatsächlich hilfreich gewesen für mich, noch mehr Netzwerke zu haben, wo ich hin verweisen kann“. (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Und bin da immer dankbar für, wenn ich auch andere Anregungen kriege aus dann irgendeinem Netzwerk, was sich im Laufe der Jahre entwickelt hat. Ja, genau, und freue mich auch, wenn es irgendwie sich erweitert. Sodass ich irgendwie sehr relevant finde, dass das so ein lebendes Konstrukt ist. Also es muss halt immer

*weitergeführt werden und auch weitergegeben werden.“
(Fokusgruppe_HH_20240924)*

„Wir haben ja hier auch schon gehört, dass es in ganz unterschiedliche Richtungen geht. Mal brauche ich einen Arbeitgeber, der mir eine Fragestellung beantwortet. Mal brauche ich eine Fachauskunft oder ... Und es ist ein Erfahrungsschatz. Und damit meine ich auch, das ist auch ein bisschen bei uns in den einzelnen Trägern, also Anbietern, wenn ein Mensch geht, ich nehme das mit. Es ist nicht irgendwo festgehalten. Also es gibt eigentlich nicht ... keine Verschriftlichung, ja, keine Datenbanken oder weiß ich nicht.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Und es passiert nicht nebenbei, sondern Leitung muss sehen, dass Netzwerkkontakte, also Kontakte pflegen, überhaupt sie angehen, ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist und dass das Zeit kostet ... Das ist nicht einfach so, das fällt nicht vom Himmel.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

Netzwerke sind ein zentraler Bestandteil der Arbeit von Reha-Fachkräfte und gelten als unverzichtbare Ressource im beruflichen Alltag. Ihre Bedeutung zeigt sich besonders deutlich beim Einstieg neuer Mitarbeiter*innen, die noch nicht über den nötigen Erfahrungsschatz verfügen. In solchen Fällen erleichtern funktionierende Netzwerke den Zugang zu Informationen, ermöglichen schnelle Unterstützung und fördern den fachlichen Austausch. Sie sind somit ein wichtiger, unterstützender Bestandteil der täglichen Praxis.

Dabei sind Netzwerke keineswegs statisch, sondern vielmehr ein lebendiges Konstrukt, das sich ständig weiterentwickelt. Ihre Dynamik zeigt sich in der kontinuierlichen Anpassung an neue Anforderungen, personelle Veränderungen und fachliche Entwicklungen. Gute Netzwerke basieren häufig auf persönlichen Beziehungen und gewachsenem Vertrauen – sie sind somit stark personengebunden. Wenn erfahrene Mitarbeiter*innen ausscheiden, geht auch ein großer Teil des impliziten Wissens und der gewachsenen Kontakte, was die Arbeit der verbleibenden Kolleg*innen erschweren kann.

Der Aufbau, die Pflege und der Ausbau solcher Netzwerke stellen für die Reha-Fachkräfte jedoch auch eine Herausforderung dar, da sie sowohl persönliche als auch zeitliche Ressourcen erfordern. Diese Aufgaben lassen sich nicht nebenbei erledigen, sondern benötigen gezielte Aufmerksamkeit und Unterstützung – insbesondere durch Führungskräfte. Gleichzeitig fehlt es häufig an systematischen Strukturen zur Dokumentation des in Netzwerken enthaltenen Wissens, was den Wissenstransfer zusätzlich erschwert und die Nachhaltigkeit gefährdet.

In der praktischen Arbeit zeigt sich der Nutzen von Netzwerken in vielfältiger Weise: Sie bieten schnelle Hilfe bei konkreten Fragen, etwa zu Arbeitgeberkontakten, Fachauskünften oder in Krisensituationen wie plötzlichem Wohnungsverlust bei Klientinnen. Je nach Situation ermöglichen sie den Zugang zu passenden Ansprechpartnerinnen und spezifischer Expertise. Damit leisten sie einen entscheidenden Beitrag zur Qualität und Effizienz der beruflichen Rehabilitation. Um diese Wirkung langfristig zu sichern, ist es unerlässlich, Netzwerke aktiv zu pflegen, weiterzugeben und als strategisches Element der Reha-Arbeit zu verstehen.

6.2.4.2 Rolle und Einfluss der Reha-Fachberater*innen

„Also, ich habe exakt heute so einen Fall gehabt, gerade bei Rente Bund, da haben wir halt auf der Ebene die Reha-Fachberater, aber die obere Ebene mit Berlin noch ... Die da noch einen viel längeren Hebel hat und wo mir oft genug die Reha-Berater tatsächlich sagen: "Oh, das wird schwierig. Weil das Leistungsbild finde ich auch furchtbar, dieses Leistungsbild, da sind zu viele Kreuzchen an bestimmten Stellen, da werde ich wahrscheinlich gar nichts machen können." Und da frage ich mich dann manchmal, was für eine Bedeutung haben wir als diejenigen ... wir kriegen die Teilnehmenden ja mit einem Auftrag zu uns, und wir haben dann eine Einschätzung. Eine, die aufgrund von Training, aufgrund von Gesprächen und so weiter ja entsteht. Oder auch aus Praxis, wenn die in Praktika sind oder so. Und die haben dann weniger Bedeutung als diese blöden Kreuzchen auf diesen Leistungsbildern.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Also wie eng sieht der einzelne Reha-Fachberater das? Und das wäre natürlich nur rauszubekommen in einem persönlichen Kontakt und nicht auf so einer Metaebene, auf so einer formalen Ebene.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

*„Oftmals ist das ein sozialmedizinischer Dienst des Leistungsträgers, halt von der Deutschen Rentenversicherung ... Ärzt*innen, genau (wo die Teilnehmenden dann waren) ... Genau, einmal. Und manchmal nicht mal das. Manchmal ist es sogar aus Aktenlage heraus, also das haben wir auch schon durchaus gehabt. Im besten Fall haben sie sie wenigstens mal einmal gesehen.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)*

„Immer bei psychisch erkrankten Menschen (wird) die sozialen Bereiche konsequent im Leistungsbild ausgeklammert ... Ja, fast grundsätzlich ... Aber wenn jemand in die Pflege will, geht das wiederum.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Rechtlich ist es ja so, dass man es gar nicht ausschließen kann, eigentlich. Also, das ist auch schon eine Grauzone. Es gibt ja ein Wahlrecht, also jeder Mensch kann arbeiten, wo er will. Also, man kann ... rechtlich kann der Reha-Träger gar nicht ... und das wird auch groß diskutiert, wie damit umgangen werden muss. Man müsste sich eigentlich noch klarer, aus meiner Sicht, auch politisieren und sagen: "Die Menschen haben die freie Wahl." Und wenn jemand sagt, er will in den sozialen Bereich, dann kann er das auch erst mal per se, oder sie, auch machen.“

So. Ich finde, die Rolle insgesamt ... von den Reha-Beratern unwahrscheinlich schwammig. Weil die Erwartungshaltung auch sehr unterschiedlich ist. Manche sehen es eigentlich eher, man ist Dienstleister und erbringt quasi die Maßnahme, und sagen: "Wir möchten gerne, erwarten von Ihnen folgende Leistungen Sie erbringen." Und manche sagen: "Wir wollen das eigentlich eher gemeinsam gestalten, und wir sprechen mit Ihnen ab. Und was ist das Beste für den Teilnehmenden? Und wie kriegen wir das irgendwie hin, durch die Krisen zu kommen?" Und das macht es, finde ich, schwierig in der Zusammenarbeit auch so". (Fokusgruppe_HH_20240924)

Die Rolle der Reha-Fachberater*innen der Leistungsträger wird im beruflichen Reha-Prozess als ambivalent und oft herausfordernd beschrieben. Einerseits nehmen sie eine zentrale Position ein, da sie für die Zuweisung und Finanzierung von Maßnahmen verantwortlich sind. Andererseits empfinden viele Leistungserbringer die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen die Reha-Fachberater*innen agieren, als stark einschränkend. Vorgaben seitens der Kostenträger werden häufig als „starr und schwammig“ wahrgenommen, was zu Unsicherheiten in der Umsetzung führt. Hinzu kommt eine hierarchische Struktur zwischen Bundes- und Landesebene, die den Handlungsspielraum der Reha-Fachberater*innen zusätzlich begrenzt – nicht selten mit dem Verweis, „die Hände seien gebunden“.

Ein zentrales Steuerungsinstrument ist das sogenannte Leistungsbild, das meist durch den sozialmedizinischen Dienst erstellt wird. Dieses Leistungsbild hat erheblichen Einfluss auf die Gestaltung des Reha-Prozesses, etwa bei der Auswahl von Maßnahmen oder der beruflichen Zielsetzung. Es basiert jedoch häufig auf einmaligen Begutachtungen oder sogar ausschließlich auf Aktenlage – ohne persönlichen Kontakt zu den Teilnehmenden. Dadurch entsteht eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Reha-Fachberater*innen und der tatsächlichen Lebensrealität der Rehabilitand*innen. Die Expertise der Leistungserbringer, die auf intensiver Beobachtung und Begleitung basiert, findet in diesem Kontext oft zu wenig Beachtung. Zwar besteht theoretisch die Möglichkeit, gegen das Leistungsbild Widerspruch einzulegen, doch ist dies in der Praxis selten umsetzbar, da der Prozess langwierig ist und Maßnahmen häufig bereits abgeschlossen sind.

Die Zusammenarbeit zwischen Reha-Fachberater*innen und Leistungserbringern gestaltet sich sehr unterschiedlich und ist stark personen- bzw. typenabhängig. Während einige Reha-Fachberater*innen offen für Austausch und Kooperation sind, erleben andere die Zusammenarbeit als schwierig. Diese Unterschiede spiegeln sich auch im Rollenverständnis wider: Manche betrachten Leistungserbringer als

gleichwertige Kooperationspartner, andere hingegen eher als Dienstleister. Trotz der engen Vorgaben zeigen sich viele Reha-Fachberater*innen grundsätzlich offen für individuelle Lösungen – sofern die Rahmenbedingungen es zulassen.

Vor diesem Hintergrund werden Verbesserungspotenziale deutlich. Besonders hilfreich wären persönliche, direkte Kontakte und kurze Kommunikationswege, um Abstimmungen effizienter zu gestalten. Einige Reha-Fachkräfte regen an, den Reha-Prozess stärker dialogisch zu gestalten – ähnlich wie in der Eingliederungshilfe – mit regelmäßigem Austausch und der Möglichkeit, Ziele und Maßnahmen flexibel anzupassen. Eine solche stärkere Kooperation auf Augenhöhe könnte dazu beitragen, die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden besser zu berücksichtigen und den Reha-Erfolg nachhaltig zu verbessern.

6.2.4.3 Kontakte zu Betrieben

„... Weil wir immer so den Punkt sagen, nach der Inhouse-Phase versuchen wir immer mit diesen Menschen mindestens mit in ein Praktikum auf die Arbeitsebene zu gehen, also dass sie irgendwo Arbeitserfahrung sammeln, oder auch wenn wir eben wissen, wird wahrscheinlich eher nichts. Und für solche Menschen ist es oder für solche Teilnehmer ist es natürlich wichtig, da auch, ja, Kooperationspartner, Netzwerkkontakte im Arbeitgebermarkt zu haben, die dann eben, ja, sagen: „Okay, wir probieren das aus, ne?“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Also vielleicht einfach so aus meiner Perspektive nochmal, was ja so spannend ist, es gibt ja unwahrscheinlich viele Betriebskontakte per se durch die ganzen Praktika. Und, also, es gibt ja eigentlich ein Riesenfundus an Kontakten. Also, wenn man sich die Datenbank angucken würde, wahrscheinlich in die Häuser, würde man sagen: „Wie viele Betriebe kennt ihr eigentlich?“ Was aber nicht gemacht wird, ist halt irgendwie eine so ein bisschen systematische Erhebung, was braucht ihr eigentlich? Was haben wir sonst noch bei uns im Betrieb?“ Also, ich glaube, das ist so ein Thema, was vielleicht auch effektiver ist, als wenn man jetzt das ganz ausschüttet und einfach nur so in der S-Bahn (Werbung) macht. Aus meiner Sicht, also man müsste diese Betriebskontakte viel besser nutzen. Und sonst ist natürlich immer die Frage, welche Zielgruppe will ich erreichen? Und wenn ich jetzt psychisch belastete Menschen erreichen will, ist die Frage, wo sind die eigentlich? Und die Schwierigkeit ist, dass sie oftmals ja nicht, dann, sage ich mal, irgendwie überall unterwegs sind, sondern halt man eigentlich an anderen Stellen auch vielleicht ansetzen muss. Nämlich da, wo sie vielleicht vor den Maßnahmen sind. Und wenn wir zu Messen gehen, dann fragt man sich immer, ist das eigentlich eine gute Messe, wo wir dahinlaufen? Oder wen interessiert das eigentlich? Also, wer läuft auf dieser Messe herum, der bei uns landen könnte?“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

*„(Interviewer*in: Und dann vielleicht gleich mit der Frage verbunden auch, was heißt das für die Arbeitsprozesse?) ... "Das ist ganz wichtig, und man kommt da so rein. Oder man lernt das so ein bisschen, wo sind die und lernt auch dann vielleicht im besten Falle von älteren Kollegen, die das so ein bisschen übergeben, dass man so dranbleibt, so." Aber es scheint nicht selbstverständlich zu sein, und vor allem gibt es diese Skepsis sozusagen: "Möchte ich die teilen?" ... Dann hat man so seine üblichen Verdächtigen, wo man weiß, erstes Praktikum, easy Geschichte, ruft man an, können die gleich hin. Braucht man ja manchmal auch sozusagen. Und ist halt so die Frage, will ich diese einfachen Praktikumsanbahnungen einfach so aus der Hand geben? Und dann kommt einer bei mir um die Ecke, und dann sind die alle besetzt, und dann sind die alle auch tausend Jahre besetzt, weil die dauerhaft durchgesetzt werden. Und dann steht man da, sozusagen. Und denkt, jetzt brauche ich auch mal so ein easy Joker ... (Also es ist letztendlich eine knappe Ressource) ...Ja, genau ... Genau, also da kommt man leicht rein. Das ist dann manchmal schon ärgerlich. Wo ich mir denke, so: "Jetzt sind die alle besetzt und werden nie wieder frei." (Fokusgruppe_HH_20240924)*

Die Kontakte zu Betrieben spielen eine zentrale Rolle in der beruflichen Rehabilitation, insbesondere bei der Vermittlung von Praktika und dem Übergang in den Arbeitsmarkt. Sie ermöglichen nicht nur praktische Erfahrungen für Rehabilitand*innen, sondern dienen auch als Türöffner für weiterführende Beschäftigungsmöglichkeiten. Darüber hinaus sind sie wichtig für die Zusammenarbeit mit anderen Trägern, um nach der Inhouse-Phase geeignete Einsatzorte zu finden.

Dabei zeigt sich, dass die Qualität und Verfügbarkeit dieser Kontakte stark vom persönlichen Engagement der Reha-Fachkräfte abhängen. Viele Reha-Fachkräfte haben über Jahre hinweg eigene, sogenannte „warme Kontakte“ zu Betrieben aufgebaut, die auf Vertrauen und kontinuierlicher Zusammenarbeit basieren. Der Austausch über solche Kontakte mit Kolleg*innen kann hilfreich sein, erfolgt jedoch häufig informell und nicht systematisch.

Ein zentrales Spannungsfeld ergibt sich aus dem Umgang mit betrieblichen Kontakten als knappe Ressource. Da diese Kontakte für die eigene Vermittlungsarbeit essenziell sind, besteht oft eine gewisse Zurückhaltung, sie offen zu teilen. Manche Reha-Fachkräfte führen daher eigene Listen mit Betriebskontakten, die nicht in den offiziellen Datenbanken erfasst sind – was zu einer Art „doppelter Buchführung“ führt. Die Frage „Will ich diese Kontakte teilen?“ spiegelt die Sorge wider, dass durch zu breite Nutzung die Qualität oder Exklusivität der Kontakte verloren gehen könnte.

Hinzu kommt, dass die Pflege und Aktualisierung betrieblicher Datenbanken zeitintensiv ist und nicht immer systematisch erfolgt. Die Qualität der Einträge variiert stark, was die gezielte Suche nach passenden Praktikumsplätzen erschwert. Eine systematischere Erfassung und gemeinsame Nutzung der vorhandenen Kontakte könnte hier Abhilfe schaffen und die Effizienz der Vermittlung deutlich erhöhen. Statt immer wieder neue Kontakte zu akquirieren, wäre es sinnvoll, bestehende Netzwerke besser zu organisieren und zugänglich zu machen.

Insgesamt wird deutlich, dass betriebliche Kontakte als wertvolle, aber bislang nicht optimal genutzte Ressource gelten. Eine stärkere Koordination und transparente Nutzung dieser Kontakte könnte nicht nur die Vermittlungsarbeit erleichtern, sondern auch die Qualität der beruflichen Rehabilitation insgesamt verbessern.

6.2.4.4 Kontakte zum Hilfesystem

„... Also Kontakt zu anderen Trägern zu haben. Genau. Auf der einen Seite, also das ist für mich sogar fast noch wichtiger als Netzwerkkontakte in die Arbeitgeberlandschaft.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Es gibt Teilnehmer, die ASP haben, oder Ergotherapeuten und -therapeutinnen, die das dann sozusagen übernehmen, das Angebot der Alltagsstrukturierung. Und mit denen kann man in Kontakt gehen, also wenn man das möchte. Und aber meistens ist das dann jetzt auch, also ich biete das dann schon auch an, wenn ich denke, es läuft nicht. Aber die meisten Teilnehmenden wollen das dann auch nicht so unbedingt zwingend ... Aber andersherum kommt das natürlich schon auch immer wieder mal vor, nicht so oft, nicht regelhaft. Aber es kommt natürlich immer wieder mal vor, dass Menschen, dass deutlich wird bei uns im Prozess: "Boah, Messi. Oder ADHS, beides". Also der bräuchte eigentlich was, dieser Mensch. Also, und dann wäre es für mich, finde ich, es total gut, dass wir da eine Brücke schlagen könnten und wüssten.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

Ein funktionierendes Hilfesystem ist ein zentraler Erfolgsfaktor für die berufliche Rehabilitation. Kontakte zu Psychotherapeut*innen, Hausärzt*innen, sozialrechtlichen Beratungsstellen oder Angeboten der Assistenz in der Sozialpsychiatrie können – insbesondere bei psychisch belasteten Rehabilitand*innen – entscheidend dazu beitragen, Stabilität zu fördern und Reha-Abbrüche zu vermeiden. Dennoch sind diese Kontakte in der Praxis häufig nur schwach ausgeprägt oder wenig systematisch eingebunden.

Dabei ist der Unterstützungsbedarf der Rehabilitand*innen sehr unterschiedlich. Viele verfügen über ein relativ stabiles psychisches und soziales Funktionsniveau, was den Reha-Prozess erleichtert. Andere hingegen benötigen dringend zusätzliche Hilfen

im Alltag, etwa durch therapeutische Begleitung oder sozialpädagogische Unterstützung. Fehlt diese Anbindung, steigt das Risiko, dass Maßnahmen abgebrochen werden – insbesondere bei Teilnehmenden ohne bestehende therapeutische Versorgung.

Ein zentrales Problem stellt die unzureichende Vernetzung mit dem Hilfesystem dar. Reha-Fachkräfte berichten, dass der Kontakt zu externen Akteuren wie Ärzt*innen oder Beratungsstellen oft fehlt oder nur punktuell besteht. Hinzu kommt ein genereller Mangel an Informationen über verfügbare Angebote, etwa zu freien Therapieplätzen oder regionalen Anlaufstellen. Diese Informationslücken erschweren eine gezielte Weitervermittlung und verhindern eine ganzheitliche Unterstützung der Teilnehmenden.

In der Praxis greifen die Reha-Fachkräfte daher häufig auf den Erfahrungsschatz von Kolleg*innen zurück, um geeignete Hilfsangebote zu identifizieren. Diese informellen Netzwerke sind wertvoll, ersetzen jedoch keine systematische Struktur. Eine institutionalisierte Erfassung und Pflege solcher Kontakte könnten die Qualität der Unterstützung deutlich verbessern.

Zusammenfassend wird deutlich, dass ein gut vernetztes, zugängliches und transparentes Hilfesystem eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation bildet. Der gezielte Ausbau dieser Strukturen sowie eine bessere Kooperation zwischen Reha-Fachkräften und externen Hilfsangeboten könnten die individuelle Unterstützung deutlich verbessern und langfristig zur Stabilisierung der Rehabilitand*innen beitragen.

6.2.4.5 Öffnung der Reha-Fachkraft-Netzwerke nach Außen

„Die wichtigsten Kontakte finden hauptsächlich intern statt. Habe ich mir die Frage gestellt, besteht da nicht auch eine gewisse Gefahr, also, dass wir uns, in so einer, in unserer eigenen Bubble bewegen? Und, ja, vielleicht nicht die ausreichende Unterstützung bieten können, als wenn wir noch mehr auch im Außen die Kontakte wieder verstärken?“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Also mehr Austausch zwischen den Trägern, Kostenträgern und auch Institutionalisierung, Treffen zwischen den RFKs der einzelnen Anbieter wäre eine feine Sache. Ich möchte mehr, ich möchte die anderen auch mal besuchen und deren Angebote kennenlernen.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Hatte ich jetzt bisher nicht so viel den Fall, aber inwiefern man mit anderen Trägern irgendwie zusammenarbeiten kann. Also, ich höre es von einzelnen Teilnehmenden, dass sie vorher in einem anderen Haus in einer Maßnahme

irgendwie waren, eben Vorbereitung, Orientierung oder so. Aber, ja, interessant ist es auf jeden Fall natürlich auch so, was kann man da noch machen, sozusagen.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

*„...Wir haben festgestellt, Sie arbeiten unheimlich gut intern zusammen, ne? In großen Einrichtungen wie Ihnen (?), sozusagen über Einrichtungstypen hinaus. Und gleichzeitig sozusagen fehlt da, und da könnte man das sogar fast dazunehmen, im Gesundheitswesen, ja, auch im Sozialwesen, was vielleicht noch auch ein Stück weit genauso nahelege wie die Ärzt*innen, haben wir wenig Kontakte oder geringere Kontakte festgestellt. Vielleicht diskutieren Sie das nochmal so ein Stück weit? Also wie viele arbeiten nach innen und was ist da auch gut daran, was braucht man auch dran? Und auch so die Frage von Supervision, Intervention, Beratung, wurde ja als nützlich herausgestellt. Aber auf der anderen Seite auch, was machen wir vielleicht zu wenig im Außen? Und ist es ein Thema, ist das ein Problem oder ist es okay so? (Fokusgruppe_HH_20240924)*

Die berufliche Rehabilitation ist in vielen Leistungserbringern derzeit stark auf interne Strukturen und Kooperationen fokussiert. Die Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Organisation funktioniert meist gut, doch diese Konzentration birgt auch Risiken. Es besteht die Gefahr, sich in einer „eigenen Bubble“ zu bewegen, wodurch externe Perspektiven und zusätzliche Unterstützungsangebote möglicherweise nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies kann dazu führen, dass Rehabilitand*innen nicht die bestmögliche Förderung erhalten.

Vor diesem Hintergrund wird der Wunsch nach Leistungserbringer- bzw. trägerübergreifender Zusammenarbeit deutlich. Viele Reha-Fachkräfte wünschen sich mehr Austausch mit anderen Leistungserbringern, um deren Angebote besser kennenzulernen und gemeinsam passgenaue Lösungen für Rehabilitand*innen zu entwickeln. Eine stärkere Vernetzung könnte insbesondere dabei helfen, Übergänge zwischen Maßnahmen zu verbessern und Anschlussangebote gezielter zu vermitteln.

Ein zentrales Hindernis für diese Öffnung nach außen ist der Mangel an Informationen über externe Programme und Hilfsangebote. Vielen Mitarbeitenden fehlt der Überblick über Maßnahmen anderer Leistungserbringer, was die Weitervermittlung erschwert. Diese Informationslücke betrifft nicht nur konkrete Programme, sondern auch mögliche Perspektiven für Rehabilitand*innen nach Abschluss der eigenen Maßnahme.

Zwar existieren bereits Arbeitskreise und Austauschformate auf Leitungsebene, doch werden diese häufig als zu formal und wenig praxisnah empfunden. Der Bedarf richtet sich vielmehr auf einen direkten, fachlichen Austausch auf

Mitarbeiter*innenebene, bei dem konkrete Fallarbeit und praktische Fragen im Vordergrund stehen. Ein solcher Austausch könnte helfen, voneinander zu lernen und die Qualität der Reha-Angebote insgesamt zu verbessern.

Ein Vorschlag, der in diesem Zusammenhang geäußert wurde, ist der Aufbau eines trägerübergreifenden Arbeitskreises auf Ebene der Reha-Fachkräfte. Dieser könnte einen echten Mehrwert bieten, indem er den Austausch über Fallverläufe, Anschlussoptionen und Kooperationsmöglichkeiten fördert. Gleichzeitig wird jedoch auch das Zeitproblem als reale Hürde benannt – viele Reha-Fachkräfte sehen sich im Arbeitsalltag bereits stark ausgelastet, was die regelmäßige Teilnahme an zusätzlichen Formaten erschwert.

Im Ganzen zeigt sich, dass eine stärkere Öffnung der Netzwerke nach außen und eine intensivere Kooperation mit anderen Leistungserbringer als notwendig und sinnvoll erachtet werden.

6.2.4.6 Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit

*„Wir dürfen was sozusagen Akquise angeht oder Außendarstellung, Werbung angeht, da, wir dürfen in die Kliniken fahren, wir dürfen wo auch immer hinfahren, wir dürfen auf Messen gehen. Und das haben wir, schätzen wir beide sehr, dass wir da sozusagen das alles machen dürfen, aber auch nicht alles machen müssen.“
(Fokusgruppe_HH_20240924)*

*„Also deswegen, es wäre für uns beide jetzt persönlich auch ein Rückschritt, wenn dann es eine Person wäre, die das zukünftig macht, und wir sozusagen außen vor gelassen werden. Das wäre für uns jetzt blöd. Und wir glauben auch, da würde was verloren gehen, nämlich, dass also dein Wissen, unser Wissen, unsere Kontakte, unser Auftreten irgendwo würde dann eben nicht mehr stattfinden.“
(Fokusgruppe_HH_20240924)*

Die gesellschaftliche Wahrnehmung der beruflichen Rehabilitation ist aus Perspektive der Reha-Fachkräfte nach wie vor unzureichend. In der breiten Öffentlichkeit ist kaum bekannt, was berufliche Rehabilitation leistet, für wen sie gedacht ist und welchen Beitrag sie zur Teilhabe am Arbeitsleben leisten kann. Dies führt nicht nur zu Missverständnissen, sondern auch zu einem Rückgang der Teilnehmendenzahlen – insbesondere bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die häufig schwerer erreichbar sind. Öffentlichkeitsarbeit könnte hier nicht nur zur besseren Sichtbarkeit beitragen, sondern auch zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und zur Aufwertung der Rehabilitation als gesellschaftlich relevante Maßnahme.

Auch auf der Ebene der zuweisenden Stellen besteht ein deutlicher Informationsbedarf. Einrichtungen wie Tageskliniken oder sozialpsychiatrische Dienste verfügen oft über zu wenig Wissen über konkrete Reha-Angebote und deren Inhalte. Der Rückgang von Informationsveranstaltungen in diesen Einrichtungen verschärft das Problem zusätzlich. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit gegenüber Zuweisenden könnte helfen, Anschlussfähigkeit und Vermittlungswege zu stärken und die berufliche Rehabilitation als Option sichtbarer zu machen.

Ein weiterer zentraler Bereich ist die Aufklärung von Betrieben. Viele Arbeitgebende wissen wenig über die berufliche Rehabilitation, ihre Ziele und ihren Nutzen – insbesondere im Hinblick auf den Fachkräftemangel und die Potenziale von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Rehabilitand*innen sehen sich häufig in der Situation, erklären zu müssen, warum sie als Erwachsene ein Praktikum absolvieren. Öffentlichkeitsarbeit sollte daher auch darauf abzielen, Betriebe als Kooperationspartner zu gewinnen, Vorurteile abzubauen und die Integration von Rehabilitand*innen als Chance zu vermitteln.

Die Frage, wer die Öffentlichkeitsarbeit leisten soll, bleibt jedoch offen. Reha-Fachkräfte sehen sich durch ihre alltäglichen Aufgaben und begrenzte Ressourcen oft nicht in der Lage, diese Aufgabe zusätzlich zu übernehmen. Auch finanzielle Mittel für professionelle Öffentlichkeitsarbeit fehlen vielerorts. Daher wird angeregt, diese Aufgabe auf eine übergeordnete, institutionelle Ebene zu heben, um Wirkung und Reichweite zu erhöhen und die Einrichtungen zu entlasten. Dies wird jedoch nicht von allen Reha-Fachkräften der Fokusgruppe mitgetragen.

Insgesamt zeigt sich, dass eine systematische, zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit auf allen Ebenen – gesellschaftlich, institutionell und betrieblich – notwendig ist, um die berufliche Rehabilitation sichtbarer zu machen, Vorurteile abzubauen und die Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu verbessern.

Ergebnisse der Kleingruppenarbeit zur Entwicklung von Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten zur Optimierung der beruflichen Rehabilitation

Die in den Kleingruppen der Fokusgruppe entwickelten Maßnahmen orientieren sich an den thematischen Schwerpunkten zur Stärkung von Kooperation mit Betrieben, mit anderen Leistungserbringern und allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit für die berufliche Rehabilitation.

Ein zentrales Anliegen der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen ist es, dass Reha-Fachkräfte aktiv in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden bleiben. Sie betonen, dass ihr Wissen, ihre Kontakte und ihr persönliches Auftreten einen wichtigen Beitrag zur Außendarstellung leisten. Eine Auslagerung dieser Aufgabe an eine einzelne Person würde aus ihrer Sicht nicht nur einen Rückschritt bedeuten, sondern auch wertvolle Ressourcen und Erfahrungen ungenutzt lassen.

Gleichzeitig wird der Wunsch nach einer stärkeren trägerübergreifenden Öffentlichkeitsarbeit deutlich. Die berufliche Rehabilitation sei insgesamt zu wenig bekannt – sowohl in der Gesellschaft als auch bei Arbeitgebende. Um dem entgegenzuwirken, schlagen die Reha-Fachkräfte gemeinsame Informationsveranstaltungen vor, etwa in Kooperation mit Handelskammern. Dort könnten Arbeitgebende gezielt über die Potenziale der beruflichen Rehabilitation informiert werden – insbesondere im Kontext des Fachkräftemangels. Ziel ist es, die Rehabilitation als qualifizierten Beitrag zur Fachkräftesicherung zu positionieren.

Auch die Formate der Öffentlichkeitsarbeit sollen überdacht werden. Klassische Jobmessen werden als wenig effektiv empfunden, da sie häufig nicht die passende Zielgruppe erreichen. Stattdessen wünschen sich die Reha-Fachkräfte niedrigschwellige, informelle Veranstaltungen wie Sommerfeste mit Gewinnspielen oder Tombolas. Solche Formate könnten mehr Menschen ansprechen und gleichzeitig Raum für Begegnung und Austausch schaffen – jenseits des typischen Berufssettings.

Ein weiterer Vorschlag betrifft den fachlichen Austausch unter Reha-Fachkräften. Hier wird angeregt, regelmäßige, informelle Treffen – etwa in Form von „Stammtischen“ – zu etablieren. Diese sollen den persönlichen Kontakt und den informellen Wissenstransfer fördern, der in formellen Arbeitsgruppensitzungen oft zu kurz kommt. Solche Formate könnten auch die trägerübergreifende Vernetzung stärken.

Darüber hinaus sehen die Reha-Fachkräfte deutlichen Verbesserungsbedarf in der digitalen Kommunikation. Die Internetseiten einiger Einrichtungen wirken veraltet und wenig einladend. Ein professioneller Relaunch wird als notwendig erachtet, um einen besseren ersten Eindruck zu vermitteln – auch im Hinblick auf Bewerbungen von Teilnehmenden. Ebenso wird die Nutzung von Social Media als ausbaufähig beschrieben. Plattformen wie Instagram oder TikTok werden bislang kaum genutzt, obwohl sie für jüngere Zielgruppen zentrale Informationsquellen darstellen.

Schließlich wird auch die Kooperation mit Betrieben als verbesserungswürdig beschrieben. Bestehende Rückmeldebögen für Praktikumsbetriebe sollten digitalisiert und systematisch ausgewertet werden. Ziel ist es, die Bedarfe der Betriebe besser zu verstehen und die Reha-Maßnahmen entsprechend anzupassen. Dafür braucht es jedoch personelle Ressourcen, um die Rückmeldungen zu bündeln und daraus konkrete Maßnahmen abzuleiten.

Insgesamt wird deutlich, dass eine moderne, vielfältige und gut koordinierte Öffentlichkeitsarbeit notwendig ist, um die berufliche Rehabilitation sichtbarer zu machen, Vorurteile abzubauen und neue Zielgruppen zu erreichen. Dabei sollten sowohl Fachkräfte als auch Träger gemeinsam Verantwortung übernehmen – mit professioneller Unterstützung, aber ohne den persönlichen Beitrag der Mitarbeitenden zu vergessen.

Die in der Kleingruppenarbeit entwickelten Verbesserungsvorschläge können gut genutzt werden, um diese in leistungserbringerinternen oder -übergreifenden Settings zu vertiefen, auszubauen und im Besten Falle umzusetzen.

Zum Abschluss dieses Unterkapitels folgen ein paar Ankerbeispiele, die die Arbeit der Kleingruppen im Rahmen der Fokusgruppe von Reha-Fachkräfte in Hamburg illustrieren:

„Also deswegen, es wäre für uns beide jetzt persönlich auch ein Rückschritt, wenn dann es eine Person wäre, die das zukünftig macht, und wir sozusagen außen vorgelassen werden. Das wäre für uns jetzt blöd. Und wir glauben auch, da würde was verloren gehen, nämlich, dass also dein Wissen, unser Wissen, unsere Kontakte, unser Auftreten irgendwo würde dann eben nicht mehr stattfinden“.
(Fokusgruppe_HH_20240924)

„Genau, dann haben wir als dritten Punkt trägerübergreifendes Bekanntmachen. Also, da haben wir uns wirklich gedacht „Berufliche Reha, was ist das eigentlich? Das ist viel zu wenig bekannt. Und wir könnten uns vorstellen, dass man vielleicht auch trägerübergreifend zusammen, in einer Handelskammer einen Tisch machen, dass eben Arbeitgebende auch mehr Informationen bekommen. Oder das sind da ja Multiplikatoren, dass die mehr Informationen zur beruflichen Rehabilitation insgesamt bekommen.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Also, wenn es zum Beispiel um Fachkräftemangel oder so geht, ne? Dann gibt es irgendwelche Veranstaltungen in der Handelskammer. Fachkräfte kann man auch über berufliche Rehabilitation generieren. Die sind ja gut ausgebildet oftmals. Und da sind wir nie. Wir sind dann immer nur auf so komischen Jobmessen, wo 16-jährige Schüler kommen. Die hoffentlich noch keine Rehabilitation brauchen. Entschuldigung.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Also deswegen, es wäre für uns beide jetzt persönlich auch ein Rückschritt, wenn dann es eine Person wäre, die das zukünftig macht, und wir sozusagen außen vorgelassen werden. Das wäre für uns jetzt blöd. Und wir glauben auch, da würde was verloren gehen, nämlich, dass also dein Wissen, unser Wissen, unsere Kontakte, unser Auftreten irgendwo würde dann eben nicht mehr stattfinden.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Stammtisch ... dass man sich, was ich ja vorhin schon gesagt habe, auf der Ebene der Reha-Fachkräfte noch mal trifft. Und vielleicht auch eben einen lockereren Ausklang hat, ne? Wenn man sich in Arbeitsgruppen trifft, dann trifft man sich von 15:00 bis 16:30 Uhr, dann wollen alle nach Hause. Ist ja auch richtig so, und es ist halt sehr steril in so einem Raum mit künstlichem Licht, man sitzt im Kreis. Und dass man halt irgendwie da eben auch nochmal, ja, anders nochmal in Kontakt kommt. Muss man sich aber auch die Zeit für nehmen, das weiß ich auch, ist nicht so einfach.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Auf jeden Fall regelmäßige Darstellung unserer Angebote, aber irgendwie in so einem leichteren Setting. Nicht immer so diese typischen Messen, wo man ist, da ist nur Bildungsträger oder ... also so einseitig sind die Veranstaltungen dann oftmals. Also so nicht, sondern, keine Ahnung, mal ein Sommerfest, wo die Leute auch sagen: "Ja, da komme ich auch hin, weil da gibt es eine Tombola und da gibt es Douglas-Gutscheine, und das ist eine tolle Sache, wenn ich da gewinne." Also was auch was Lockeres hat, sozusagen. Dass wir nicht nur immer in so einem Berufssetting da zusammenkommen.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Weil unsere Internetseite dürfte gerne mal einen Relaunch erfahren ... und da braucht es halt professionelles Know-how. Das kann nicht so nebenbei gemacht werden. Bei uns wird es so nebenbei gemacht, und so sieht es dann auch aus. Und das ist ein nicht guter Eindruck. Also, Teilnehmende sagen zu uns schon auch, unsere Internetseite, überschrieben mit: "Hier geht es um psychische Erkrankung, ist kein Türöffner, wenn ich mich irgendwo bewerbe und dann steht da (LE) mit drauf. Sondern das muss irgendwie schöner werden“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Social Media, hier, Instagram, Tiktok, etc. sind auf jeden Fall eher semibespielt, würde ich sagen. Ich glaube, dass jüngere Menschen, wenn ich jetzt meine Tochter nehme, die informiert sich hauptsächlich über Instagram und Tiktok. Die würde so das gar nicht mitkriegen. Und ich glaube, da müssten wir auch mal gucken, dass wir da ein bisschen nacharbeiten.“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

„Im ersten Blick fiel uns ein, dass Kooperation mit Betrieben irgendwie ausbaufähig ist, und wie man das machen könnte. Es gibt bei uns schon sogenannte Fragebögen, die die Praktikumsbetriebe ausfüllen sollen. Das ist aber irgendwie ausbaufähig. Und die Fragebögen selber könnten wahrscheinlich noch mal überarbeitet werden. Und es wäre toll, wenn das digital stattfinden könnte, weil die werden eingesammelt, dann die Bögen, und dann, im besten Fall werden sie auch irgendwo abgegeben. Und dann wird es gesammelt, und dann fehlt aber

manchmal auch der Rückschluss, was passiert eigentlich damit? Also, es bedarf im nächsten Schritt dann auf jeden Fall auch einer oder vielleicht auch mehrerer Personen, das weiß ich nicht genau, um dann die Ergebnisse daraus zu bündeln und auch Maßnahmen abzuleiten. Also im Hinblick tatsächlich darauf, wie verändert sich denn der Arbeitsmarkt? Was ist denn überhaupt notwendig, was wollen, was brauchen die Arbeitgeber, um auch unsere Maßnahmen vielleicht entsprechend anzupassen?“ (Fokusgruppe_HH_20240924)

6.3 Netzwerke der Personalverantwortlichen/Anleitenden

Die Netzwerke der Personalverantwortlichen/Anleitenden wurden aufgrund der geringen Anzahl an Interviews in Schleswig-Holstein zusammen mit denen aus Hamburg in einer Netzwerkkarte dargestellt und ausgewertet (s. auch Anlage 16 Netzwerkkarte der Personalverantwortlichen/Anleitenden).

Die folgenden **Ergebnisse** der Netzwerkanalyse der Personalverantwortlichen/Anleitenden sind noch rudimentär und werden im Rahmen einer **Dissertation** weiter ausgearbeitet. Die Dissertation wird der Deutsche Rentenversicherung nach erfolgter Begutachtung bzw. Veröffentlichung zugesandt.

Die Netzwerkkontakte der Personalverantwortlichen/Anleitenden konnten in folgende **Cluster** zusammengefasst werden:

1. **Betriebsinterne und externe Kontakte**
2. **Leistungserbringende Einrichtungen**
3. **Leistungsträger**
4. **Betriebsexterne Kontakte**
5. **Behörden / staatliche Institutionen**
6. **Gesundheitswesen**
7. **Sozialwesen**
8. **Sonstige externe Kontakte**
9. **Digitale Plattformen**

Am **wichtigsten (innerer Kreis)** waren den Personalverantwortlichen/Anleitenden neben den Rehabilitand*innen der Kontakt zu Reha-Fachkräften der leistungserbringenden Einrichtungen, Bewerber*innen, Geschäftsführung bzw. Leitung (im Betrieb), Anleiter*innen der Praktikant*innen sowie das eigene Team. Daneben waren Familie und Freund*innen im beruflichen Kontext wichtig sowie Betriebsärzt*innen und Aufsichtsrat. Hinzu kamen gemeinnützige Institutionen und

soziale Einrichtungen im selben Haus. Spender*innen wurden ebenfalls als sehr wichtig angesehen sowie die IT-Beratung des Unternehmens und die Teilnahme an Messen.

Wichtige Kontakte (mittlerer Kreis) bestanden intern zu anderen Abteilungen und Standorten des Unternehmens, zum Personalrat, zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, zu weiteren Mitarbeiter*innen, zur Schwerbehindertenvertretung sowie zu internen und externen Schulungsangeboten. Extern wichtige Kontakte waren Kund*innen/Nutzer*innen, Vermieter*innen, leistungserbringende Einrichtungen, diverse Leistungsträger sowie Stiftungen, Vereine und soziale Einrichtungen, Behörden (wie z.B. im Bereich rechtliche Betreuung) und vereinzelt Kontakte über sozialen Medien und zu der Bürger*innenvertretung. Darüber hinaus bestanden Kontakte zu Zuliefer*innen, Steuerberatung, ehemaligen Mitarbeiter*innen, Unternehmensverband Nord, Industrie und Handelskammer, Kooperationsunternehmen sowie Beratungsstellen und Werkstätten für behinderte Menschen.

Als **weniger wichtig (äußerer Kreis)** für den beruflichen Alltag wurden Kontakte zu Suchtkliniken, die Praktikant*innen vermitteln, zu Krankenkassen, zum Psychosozialen Dienst, zu Beratungsstellen, zum Integrationsamt, zur Sozialbehörde, zum Fachamt Eingliederungshilfe sowie zu weiteren Behörden, zum Betriebliches Eingliederungsmanagement/Betriebliche Gesundheitsmanagement und zu Gleichstellungsbeauftragten eingeschätzt. Weniger wichtig waren zudem Selbsthilfegruppen, Autor*innen, Bildungsträger, Kirche und soziale Medien.

Herausforderungen oder Konflikte in den Betrieben/Institutionen gab es innerhalb der Teams, auf verschiedenen Hierarchieebenen sowie mit anderen Abteilungen, insbesondere im Behördenverbund, etwa wenn unterschiedliche Interessen und Perspektiven aufeinandertreffen. Hier versuchen die Verantwortlichen, durch offenen Dialog, Coaching und Vermittlung Lösungen zu finden. Relevante Konflikte, Schwierigkeiten oder besondere Anliegen bezüglich der Rehabilitand*innen werden an die Leistungserbringer weitergeleitet. Weitere interne Maßnahmen zur Lösung von Konflikten oder Schwierigkeiten mit der Rehabilitand*innen wurden nicht ergriffen. Vereinzelt kam es bei der Übernahme von Praktikant*innen zu Unstimmigkeiten bei der Eingruppierung. Darüber hinaus wurden gelegentlich Konflikte mit der Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebsrat genannt. Auseinandersetzungen mit externen Netzwerkpartner*innen wie kooperierenden Behörden, Kostenträgern

oder Bildungsträgern sowie mit Kund*innen und Nutzer*innen treten seltener auf, sind aber ebenfalls Teil des Alltags und werden durch Verhandlungen und Kompromissbereitschaft beidseitig bewältigt. Die meisten Herausforderungen und Konflikte können meist konstruktiv gelöst werden.

Voraussetzungen für ein funktionierendes Netzwerk waren aus Sicht der Personalverantwortlichen/Anleitenden flache Hierarchien, eine offene, aktive Kommunikation und Mitbestimmung innerhalb des Betriebs/Institution. Dies setzt u.a. regelmäßige Mitarbeiter*innengespräche voraus. Auf Abteilungsebene war es wichtig, eine koordinierende Stelle zu haben, die bei Problemen alle Beteiligten an einen Tisch bringt. Von Bedeutung ist hierbei, dass sich die Akteur*innen gut untereinander kennen und wissen, wer welche Aufgaben und Bedürfnisse hat. Ein wertschätzender Umgang sowie eine fehlerfreundliche Arbeitskultur waren ebenfalls hilfreich. Grundsätzlich sollte genügend Zeit und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Kontakte im Netzwerk zu pflegen.

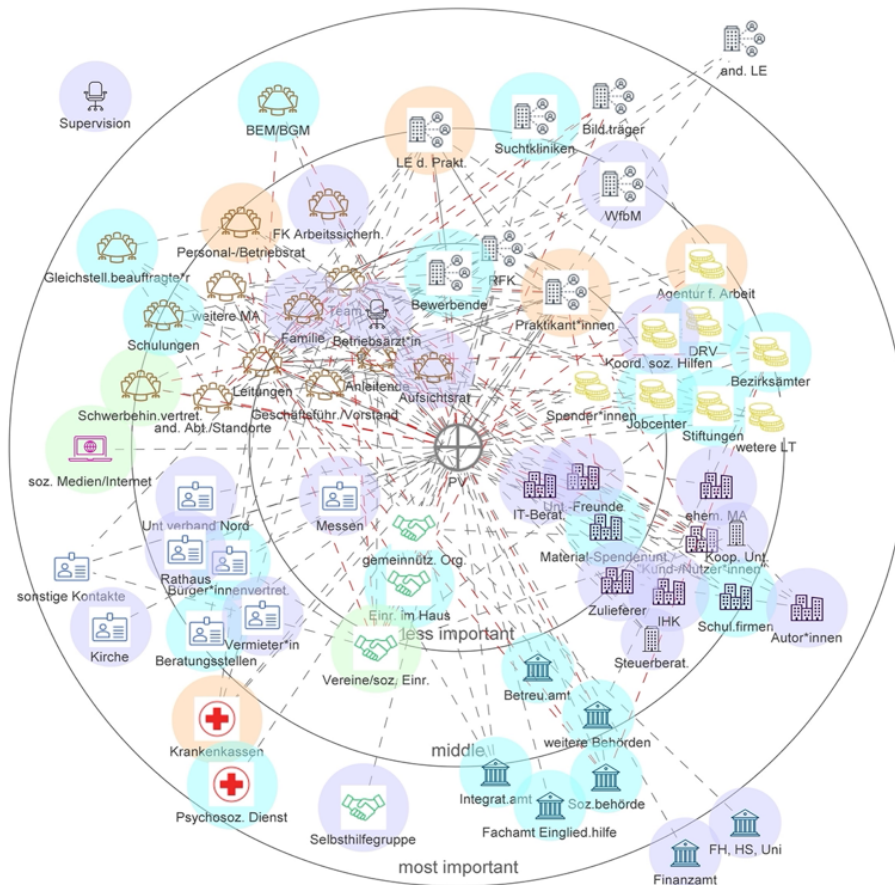


Abbildung 9 Gesamt-Netzwerkkarte der Personalverantwortlichen/Anleitenden

7 Diskussion und Ausblick

Im Folgenden werden die bislang dargestellten Ergebnisse vor dem Hintergrund der Netzwerktheorie und -forschung diskutiert und vor allem Hinweise zu notwendigen Veränderungen bei den Leistungserbringern bzgl. der Netzwerkarbeit gegeben.

Die Effekte der Netzwerk- und Unterstützungsqualitäten können auf verschiedenen Ebenen zugeordnet werden (vgl. Abbildung 10): Auf der **Mikroebene** geht es um Personen, zuvorderst Rehabilitand*innen, die in der Verbesserung ihrer sozialen Netzwerken Unterstützung durch Professionelle erhalten. Die Professionellen selbst benötigen soziale Netzwerke für ihre Arbeit, einerseits um Netzwerkressourcen für z. B. Rehabilitand*innen erschließen zu können und andererseits für den fachlichen Austausch mit anderen Fachkräften zur Qualitätssicherung, soziale Beziehungen zu formellen und informellen Netzwerken.

Die Netzwerkarbeit der Fachkräfte findet wiederum auf der **Mesoebene** in einem organisationalen Rahmen statt, wie sie zum Beispiel innerhalb des durch das SGB VI und das SGB IX mehr oder weniger vorgegebenen rechtliche und finanziellen Rahmens der beruflichen Rehabilitation statt, der sich als Netzwerk zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern, Betrieben und Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes verstehen lässt.

Auf der **Makroebene** wirken Mikro- und Mesoebene im Rahmen eines Netzwerks aus politischen Vorgaben und Leitideen eines marktwirtschaftlich organisierten Arbeitsmarktes und einer Zivilgesellschaft (Röh/Werner 2025).



Abbildung 10 Netzwerkebenen nach Röh/Werner 2025

Die Wirkungen von Netzwerken lassen sich auf allen drei Ebenen finden, in unserem Projekt fokussierten wir die Mikroebene, indem wir die dort zu erfassenden Netzwerke der Rehabilitand*innen und der Reha-Fachkräfte, wobei bzgl. deren Netzwerke eine Rückwirkung auf die Mesoebene zu konstatieren ist.

Netzwerke der Rehabilitand*innen

Basierend auf den umfangreichen Ergebnissen der Netzwerkanalysen der Rehabilitand*innen zeigt sich, wie ihre sozialen Netzwerke ihre Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt beeinflussen (vgl. auch von Kardorff 2024). Die Analyse zeigt, dass soziale Netzwerke eine zentrale Ressource darstellen – sowohl als Unterstützungssystem als auch als potenzielle Herausforderung, sie angesichts von Krankheitsverlauf und -bewältigung als auch an deren Entwicklungen zu gestalten.

Die Bedeutung ***informeller Netzwerke*** für die berufliche Wiedereingliederung ist nicht zu unterschätzen: Stabile Partner*innenschaften und enge familiäre Bindungen bieten emotionale Sicherheit, praktische Hilfe und Motivation. Gleichzeitig können familiäre Konflikte die Rehabilitation belasten und die berufliche Wiedereingliederung erschweren. Enge Freund*innen leisten emotionale und praktische Unterstützung – auch bei der Jobsuche oder Bewerbung. Freizeitfreundschaften und Bekannte bieten soziale Teilhabe, was das psychische Wohlbefinden stärkt. Virtuelle Kontakte können ebenfalls unterstützend wirken, insbesondere bei sozialer Isolation. Nachbarschaften bieten niederschwellige soziale Kontakte, die Zugehörigkeit und Alltagshilfe ermöglichen (Kupfer/Nestmann 2025). Das Gesamt an sozialer Unterstützung bildet dann auch dann Maß an sozialem Kapital (Marbach 2008; Vonneilich 2020) ab, das für den Rehabilitationsprozess und die andauernde Krankheitsbewältigung eingesetzt werden kann.

Die Rolle ***formeller Netzwerke*** in der Rehabilitation und beim Übergang in Arbeit ist ebenfalls von großer Bedeutung. Reha-Fachkräfte sind zentrale Akteur*innen im Reha-Prozess und ersetzen fehlende Sozialbeziehungen und damit soziales Kapital, indem sie soziale Unterstützung bieten: Sie bieten fachliche Orientierung, emotionale Unterstützung und helfen bei der Praktikums- oder Arbeitsplatzsuche. Ihre Verfügbarkeit, Kompetenz und Empathie sind entscheidend für den Reha-Erfolg. Negative Erfahrungen können den Rehabilitationsprozess erheblich beeinträchtigen. Der Austausch mit Mit-Rehabilitand*innen wird auch als sehr unterstützend erlebt. Gemeinsame Erfahrungen schaffen Verständnis und Solidarität. Diese Kontakte

fördern Selbstwirksamkeit und Motivation. Die Erfahrungen mit Leistungsträgern sind ambivalent. Feste Ansprechpartner*innen werden als hilfreich erlebt, während starre Vorgaben und mangelnde Transparenz als hinderlich empfunden werden. Eine partizipative Einbindung der Rehabilitand*innen in Entscheidungsprozesse wird gewünscht. Positive Beziehungen zu Vorgesetzten und Kolleg*innen im Praktikum stärken das Selbstvertrauen und fördern die Integration in den Arbeitsmarkt. Konflikte oder mangelnde Unterstützung können hingegen Rückschläge bedeuten. Integrationsbeauftragte spielen eine Schlüsselrolle bei der Vermittlung geeigneter Arbeitsplätze.

Das Gesundheits- und Sozialwesen bietet ergänzende Unterstützung. Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen bieten emotionale Stabilisierung, Reflexion und Rückfallprävention. Ihre Rolle verändert sich im Verlauf der Rehabilitation – von intensiver Begleitung hin zu punktueller Unterstützung. Sie sind besonders wichtig für die psychische Stabilität und damit indirekt auch für die berufliche Wiedereingliederung. Selbsthilfegruppen und Angebote zur sozialen Teilhabe nach dem SGB IX bieten Gemeinschaft, Austausch und praktische Hilfe. Sie fördern Eigenverantwortung und soziale Teilhabe. Herausforderungen und Spannungsfelder bestehen in Konflikten in sozialen Beziehungen, fehlenden oder instabilen Netzwerken, unzureichender Kommunikation zwischen Reha-Akteur*innen und Stigmatisierung durch Bekannte oder Kolleg*innen.

Die Ergebnisse zeigen, dass **soziale Netzwerke** – sowohl informelle als auch formelle – **eine zentrale Rolle für die berufliche (Re-)Integration spielen**. Sie bieten emotionale Stabilität, praktische Hilfe, Orientierung und Motivation. Entscheidend ist jedoch die Qualität der Beziehungen: Vertrauen, Verlässlichkeit und gegenseitige Unterstützung sind die wichtigsten Faktoren. Gleichzeitig müssen Rehabilitand*innen lernen, mit belastenden Beziehungen umzugehen und sich abzugrenzen. Eine Wiedereingliederung gelingt am besten, wenn tragfähige Netzwerke bestehen, die sowohl privat als auch institutionell verankert sind.

Insgesamt ist die **Zufriedenheit der Rehabilitand*innen** mit der erfahrenen sozialen Unterstützung durch ihr informelles und formelles soziales Umfeld relativ hoch und die Rehabilitand*innen nehmen die erhaltene Unterstützung als wertvolle Ressource wahr.

Obwohl viele soziale Kontakte in materieller, informativer und interpretativer Hinsicht zur Stärkung der Rehabilitand*innen beigetragen haben, scheint ihre Bedeutung ***vor allem von der erfahrenen emotionalen Unterstützung*** abzuhängen. Die Familie scheint eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit und damit indirekt auch für die Erwerbstätigkeit zu spielen. Enge Freund*innen, Partner*innen, Kinder und Haustiere vermitteln sehr wichtige emotionale Unterstützung und scheinen zum Teil eine kompensatorische Funktion für konfliktbehaftete oder fehlende familiäre Beziehungen aufzuweisen.

Dennoch haben die Rehabilitand*innen vielfältige soziale Unterstützungsbedürfnisse, die von emotionaler Ermutigung bis hin zu praktischer und professioneller Hilfe reichen. Einige Rehabilitand*innen wünschen sich mehr soziale Kontakte oder eine*n Partner*in, da sie sich isoliert fühlen. Für einige ist eine bessere Beziehung zu nahen Familienangehörigen besonders wichtig. Professionelle Hilfe wird vor allem im Alltag, bei Behördengängen, beim Ausfüllen von Anträgen oder bei der Arbeitssuche benötigt.

Analysiert man die ***Teilhabledimensionen entlang der ICF***, so stellt sich heraus, dass jene Teilhabledimensionen als am wichtigsten beurteilt wurden, die sich auf Beziehungen bezogen. Hieraus entwickelte sich jeweils ein Zusammenhang mit anderen Funktionen, die hierzu entweder befähigten oder die Beziehungsfähigkeit einschränkten. Die berichteten Qualitäten der sozialen Beziehungen beeinflussen nicht nur den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme, sondern wirken sich auf die Erfahrungen in den integrierten Praktika sowie auch perspektivisch bzgl. der Erwerbstätigkeit. (vgl. die Masterthesis von Frederik Rost)

Verlauf der Rehabilitation

Im Verlauf der beruflichen Rehabilitation bzw. zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten zeigten sich bei den Rehabilitand*innen vielfältige Veränderungen in ihren sozialen Netzwerken. Diese betrafen sowohl die Zusammensetzung als auch die Qualität der Beziehungen.

1. Wandel bestehender Beziehungen

Viele Rehabilitand*innen berichteten, dass sich die Unterstützung durch enge Bezugspersonen wie Partner*innen oder Freund*innen im Laufe der Zeit verändert hat. In einigen Fällen wurde die Unterstützung als entlastender und stabiler erlebt, da sich die Lebenssituation verbessert hatte. Gleichzeitig kam es bei anderen zu einer gewissen Distanzierung, da sie selbstständiger wurden und weniger Hilfe benötigten.

Auch familiäre Beziehungen blieben häufig stabil, wurden jedoch teils weniger intensiv oder blieben angespannt.

2. Bedeutungsverlust bestimmter Kontakte

Einige soziale Beziehungen verloren im Verlauf der Rehabilitation an Relevanz – insbesondere frühere Freundschaften, Kontakte zu Ex-Kolleg*innen oder auch zu bestimmten Fachpersonen wie Reha-Fachkräften, Psychotherapeut*innen oder medizinischen Diensten. Dies spiegelte oft eine zunehmende Eigenständigkeit oder veränderte Lebensumstände wider.

3. Aufbau neuer Netzwerke

Gleichzeitig entstanden neue, teils tragfähige soziale Verbindungen – insbesondere im beruflichen Kontext durch Mit-Rehabilitand*innen, Kolleg*innen in Praktikumsbetrieben oder neue Arbeitgebende. Auch neue Freundschaften im privaten Umfeld sowie Kontakte über Selbsthilfegruppen, Tageskliniken oder soziale Einrichtungen gewannen an Bedeutung.

4. Zunehmende Bedeutung sozialer Teilhabe

Besonders hervorzuheben ist die wachsende Relevanz von Kontakten im Rahmen sozialer Teilhabe – etwa über die Assistenz der Sozialpsychiatrie, Beratungsstellen oder Gruppenangebote innerhalb der Rehabilitation. Auch Beziehungen zu Nachbar*innen, Schwäger*innen oder Nichten und Neffen wurden für viele Rehabilitand*innen wichtiger.

Praxistransfer bzgl. der Netzwerkarbeit bei Rehabilitand*innen

Dadurch, dass sich die Netzwerke der Rehabilitand*innen während des Rehabilitationsprozesses sehr dynamisch und individuell verändern – manche Beziehungen verlieren an Bedeutung, dafür entstehen neue, oft tragfähige Verbindungen und wiederum andere verändern ihre Qualität – erweist sich die Bedeutung einer ***professionellen Beachtung der Veränderungen im Netzwerk*** als ebenso bedeutsam, wie die dafür notwendige sozialdiagnostische Feststellung (Röh 2018; Kupfer/Nestmann 2018; Pantucek-Eisenbacher 2019) in der ersten Phase der Rehabilitation, um mögliche Stabilitätsressourcen oder Verlustrisiken erkennen zu können. Insgesamt zeigt sich, dass soziale Netzwerke ein zentraler Faktor für Stabilität, Selbstwirksamkeit und berufliche Wiedereingliederung sind.

Die sozialen Netzwerke der interviewten Rehabilitand*innen erwiesen sich als vergleichsweise (vgl. Modrow 2017) vielfältig und stabil, waren jedenfalls in keinem

Fall ein starker Risikofaktor für den Rehabilitationserfolg. Abhängig von der Netzwerkqualität und v.a. den darin aufgehobenen sozialen Unterstützungsressourcen, kann davon ausgegangen werden, dass im Einzelfall eine soziale Netzwerkarbeit zum Aufbau oder der Verbesserung sozialer Beziehung durch die Reha-Fachkräfte notwendig wird.

Die festgestellten Netzwerkqualitäten wären, wie andere relevante Merkmale auch, im Sinne einer **kooperativen, personenzentrierten Versorgung**, mindestens im Einzelfall, prozessual zu beachten. Ein umfassenderes **Case-Management**, das nicht nur von den Leistungsträgern betrieben wird (Keck, Gödecker-Geenen, Mennemann 2014; Arling, Knispel, Spijkers 2016; DRV 2017), könnte dieses Defizit beheben (Giertz/Ehlers 2022). Es müsste eine kontinuierliche Begleitung der Rehabilitand*innen durch Beratung, Krisenintervention und Vermittlung von Unterstützungsangeboten ebenso umfassen wie die Kooperation mit Leistungsträgern und Betrieben. Zudem könnten darin den sozialen Netzwerken der Rehabilitand*innen eine besondere Bedeutung beigemessen werden, da sie, wie gezeigt wurde, eine hohe Bedeutung haben. Vorstellbar wären auch sozialtherapeutische Angebote, wie etwa soziales Kompetenztraining, sozio-educative Gruppen mit dem Thema der Netzwerke oder auch entsprechende Beratungsgespräche (Röh 2020; Stimmer/Ansen 2016, 103-113).

Netzwerke der Reha-Fachkräfte

Die Netzwerke der Reha-Fachkräfte spielen eine zentrale Rolle bei der Wiedereingliederung der Rehabilitand*innen in den Arbeitsmarkt. Ihre **mikrosoziale Dimension**, wie also die Netzwerke jeder einzelnen Fachkraft aussieht, korrespondiert mit der **mesosozialen Ebene**, also wie die Leistungserbringer als Organisation in die Versorgungslandschaft eingebunden ist.

Sie sind die wichtigsten Ansprechpartner*innen für die Rehabilitand*innen und bieten sowohl fachliche als auch emotionale Unterstützung. Innerhalb der Dienste und Einrichtungen sind regelmäßige Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Supervision zentral und kommt Vorgesetzten und Fachleitungen als wichtige Ansprechpartner*innen, insbesondere bei schwierigen Fällen oder Maßnahmenabbrüchen, eine besondere Funktion zu. Bei den Diensten und Einrichtungen angestellte Psycholog*innen und Konsiliarärzt*innen (Psychiater*innen) bieten wertvolle Unterstützung bei psychischen Belastungen der Rehabilitand*innen.

Die Zusammenarbeit mit Leistungsträgern ist eng, aber auch herausfordernd, da unterschiedliche Interessenlagen, v.a. bzgl. des Maßnahmenverlaufs und der Maßnahmendauer zu Spannungen führen können.

Praktikumsbetriebe sind zentrale Partner für die berufliche Rehabilitation. Die Reha-Fachkräfte pflegen enge Kontakte zu den Betrieben und begleiten die Rehabilitand*innen während der Praktika.

Der Kontakt zu medizinischen Einrichtungen wie Reha-Kliniken und (Tages-)Kliniken ist punktuell, aber wichtig für die Übergänge zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Die Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen ist ebenfalls eher lose, aber notwendig für die psychische Stabilisierung der Rehabilitand*innen. Beratungsstellen und Angebote zur sozialen Teilhabe (nach SGB IX) bieten wichtige Unterstützung bei sozialen und finanziellen Problemen. Externe Kontakte zu Bildungsträgern, Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfachdiensten sind wichtig für die berufliche Qualifizierung und Integration der Rehabilitand*innen.

Insgesamt ist feststellbar, dass die internen Kontakte und Netzwerkbeziehungen, innerhalb der eigenen Institution stärker sind als jene zum Gesundheits- und Sozialwesen.

Zusammenfassend sind die ***Reha-Fachkräfte mit ihren Netzwerken zufrieden***, sie haben sich über die Jahre etabliert und bieten wichtige Unterstützungsformen. Die Bedeutung ihrer beruflichen Kontakte steht in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Kontakte.

Die Reha-Fachkräfte äußern ***konkrete Wünsche für den Auf- und Ausbau ihres Netzwerkes***. Der Kontakt zu Betrieben/Unternehmen wird als zentral für die Vermittlung von Praktika und Arbeitsplätzen angesehen. Hier bestehen jedoch Herausforderungen, da größere Betriebe schwer zu erreichen sind und die Reha-Fachkräfte vermeiden möchten, Betriebe durch unpassende Vermittlungen zu überfordern. Auch der Kontakt zu den Leistungsträgern wird als sehr wertvoll eingeschätzt, insbesondere wenn er regelmäßig und persönlich erfolgt. Hier gibt es jedoch teilweise Unterschiede zwischen den Leistungsträgern, die die Zusammenarbeit erschweren. Generell wird der Wunsch nach mehr Abstimmung und Verständnis zwischen den verschiedenen Institutionen und Akteur*innen geäußert. Eine engere Kooperation mit dem Gesundheitssystem (z.B. Tageskliniken, Psychotherapeut*innen) und dem Sozialwesen (z.B. Beratungsstellen) könnte die

psychische Stabilität der Rehabilitand*innen stärken, die individuelle Situation der Rehabilitand*innen besser erfassen und gezielte Hilfsangebote bereitstellen. Ein wesentliches Hindernis für eine intensivere Vernetzung sind die begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen. Eine bessere Verteilung der Zuständigkeiten und systematischere Strukturen könnten helfen, die Zusammenarbeit mit den relevanten Akteur*innen effektiver zu gestalten.

Weitere Verbesserungspotenziale liegen in **Öffentlichkeitsarbeit und Marketing** der beruflichen Rehabilitation, auch um Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen abzubauen. Zudem besteht der Wunsch nach mehr Kontakt und Austausch mit anderen Reha-Fachkräften/Leistungserbringern und Leistungsträgern, um die Angebotslandschaft besser kennenzulernen und Synergien zu nutzen. Regelmäßige **Arbeitskreise oder Netzwerktreffen** könnten hier hilfreich sein. Insgesamt wünschen sie sich mehr Ressourcen, Flexibilität und Mitspracherecht, um die berufliche Rehabilitation bestmöglich gestalten zu können. Die Arbeit der Reha-Fachkräfte könnte zudem durch gezielte Fortbildungen zu psychischen Erkrankungen, regelmäßige Supervisionen und Zeit für Austausch gefördert werden. Die Befragten erwarten, dass ihre bestehenden Netzwerke weitgehend stabil bleiben, sehen aber Veränderungspotenzial durch den **digitalen Wandel** (Online-Beratung oder Social Media).

Praxistransfer bzgl. der Netzwerkarbeit bei den Reha-Fachkräften

Wie aus den Ergebnissen der Netzwerkanalysen erkennbar und durch die Fokusgruppe mit Reha-Fachkräften bestätigt, sind die **Netzwerke mit Diensten und Einrichtungen des Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Rechtswesens ausbaufähig, aber gewünscht**. Hier stünde eine stärkere Vernetzung im Sinne eines **Care- bzw. Versorgungsmanagements** an, die den fachlichen Austausch, die Bekanntheit und die fallbezogene Zusammenarbeit mit dem gesamten Unterstützungssystem an, um die Gesundheitsversorgung mit dem System der beruflichen Rehabilitation zu verbinden (Hildenbrandt/Trojan 2021). Bereits Klügel und Riedel (2015) argumentierten im Rahmen des Gesamtprojekts "RehaFutur" für die Verbesserung der Koordination in der beruflichen Rehabilitation durch eine Steuerung des Gesamtprozesses, wie es global für das gesamte Gesundheitswesen bereits der Sachverständigenrat (2007) festgestellt hat. Dieses überinstitutionelle Care Management würde das ansatzweise vorhandene Case Management (Löcherbach/Wendt 2020; insb. Rexrodt/Toepler 2020) in der beruflichen

Rehabilitation ergänzen bzw. dessen Erfolg im Einzelfall durch fallübergreifende Koordination ergänzen. Einzusetzen und zu finanzieren wären z.B. die Möglichkeiten zu einem regelmäßigen Austausch zwischen Reha-Fachkräften, Betrieben (bzw. ihren Verbänden, wie den Industrie- und Handels- bzw. Handwerkskammern oder Unternehmensverbänden) und den Leistungsträgern. Vorstellbar wären auch gemeinsame **Fallkonferenzen** zum Zwecke der besseren Abstimmung der Zusammenarbeit und der Qualitätssicherung (z.B. zur ICF-orientierten Teilhabeplanung und Umsetzung der Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der ICF) sowie **regionale Netzwerkplattformen**, die auch online organisiert sein könnten. Diese größeren Netzwerkstrukturen könnten auch die gewünschte Bekanntheit der beruflichen Rehabilitation durch gemeinsame Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erhöhen.

Netzwerke der Personalverantwortlichen/Anleitenden

Im Folgenden wird (auf Basis des Posters, das auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 2025 präsentiert wurde) diskutiert, welche Bedeutung Netzwerke und insbesondere Kooperationsverhältnisse zu den Leistungserbringern, von denen die Praktikant*innen kommen, spielen. Diese Diskussion ist als vorläufig zu betrachten, da die Promovendin weitere Auswertungen vornehmen wird.

Die Bedeutung beruflicher Kontakte der Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden steht in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Kontakte.

Im Großen und Ganzen waren die **Praktikumsbetriebe mit den Rehabilitand*innen sowie der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zufrieden**.

Wünschenswert waren vor allem Kontakte zu weiteren Kooperationspartnern wie Bildungseinrichtungen oder Unternehmen mit gleichen Zielen sowie eine Intensivierung der Kontakte im bestehenden Netzwerk. Ebenso gewünscht waren mehr Kolleg*innen, um weitere Projekte ins Leben rufen zu können. Nach der Übernahme von Rehabilitand*innen spielte das Team eine wichtige Rolle, ebenso wie Verwaltung, Geschäftsführung, Personal- und Betriebsrat sowie ggf. die Schwerbehindertenvertretung.

Unterstützend wäre ein engerer Austausch mit den Leistungserbringern sowohl im Hinblick auf Vorabinformationen über die zu beachtenden Grenzen von Rehabilitand*innen als auch in Form von Rückmeldungen bzgl. konkreter

Erwartungen der Leistungserbringer an die Betriebe. Auch sollte es mehr Informationen über Fördermöglichkeiten und eine Entbürokratisierung der Antragsmodalitäten geben. Als weiteren wichtigen Aspekt stellte sich zukünftig die (Re-)Integration von Geflüchteten mit psychischen Beeinträchtigungen dar.

Praxistransfer bzgl. der Kooperation von Praxisbetrieben und Leistungserbringern

Aus den Interview- und Netzwerkanalysen der Personalverantwortlichen bzw. Anleitenden sowie aus den genannten Unterstützungsbedarfen ergeben sich konkrete Hinweise auf **Optimierungspotenziale** der beruflichen Rehabilitation. So wäre die Kooperation, zuvorderst die **einzelfallbezogene Kooperation**, insofern zu intensivieren, als die Betriebe und Unternehmen sich mehr Informationen über die Rehabilitand*innen bzw. Praktikant*innen wünschen als bislang regelhaft gegeben werden. Auch ergibt sich ein Zusammenhang zu einem Case Management, wie es oben beschrieben wurde: Im Rahmen systematisch durchgeführten Assessments, anschließender Bedarfsfeststellungen und koproduktiv getroffener Zielvereinbarungen könnte geklärt werden, ob und inwieweit eine **Bekanntgabe der noch bestehenden psychischen Beeinträchtigungen** für das Gelingen der Praktika sowie die (Re-)Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. konkret einen bestimmten Arbeitsplatz hilfreich ist. Für einen Selbsttest eingesetzt werden könne dabei die von Niehaus u.a. entwickelte webbasierte Reflexionshilfe (<https://sag-ichs.de/start>) (Greifenberg et al. 2022). Neben der Selbsteinschätzung der Rehabilitand*innen, ob und wie sie über ihre Beeinträchtigungen sprechen, spielt auch die davon unabhängige Beratung (inkl. Krisenintervention) während der Praktika eine Rolle, um etwaige psychische Belastungen und Abbrüche zu verhindern.

Als weiteren wichtigen Aspekt stellte sich in den Interviews der von mehreren Interviewten geäußerte Bedarf einer zukünftig stärkeren Integration von Geflüchteten mit psychischen Beeinträchtigungen heraus.

Theoretische Reflexion anhand des APC-Modells, der ICF sowie des Capabilities Approachs

Im Antrag gingen wir davon aus, dass sich das **APC-Modell** (Schwarz et al. 2018), ursprünglich für die neurologische Rehabilitation entwickelt, auch auf die psychiatrische Rehabilitation übertragen ließe. Auf Basis unserer Ergebnisse kann diese Annahme bestätigt werden:

Anpassung an die neue Situation (Adaptiveness): Die psychische und soziale Anpassung an die neue Situation, hier der Bedarf an der Entwicklung neuer oder der Weiterentwicklung vorhandener Fähigkeiten, an einer möglicherweise beruflichen Neuorientierung und der Arbeit an Bewältigungsformen (siehe z.B. oben die Frage nach der Offenheit im Umgang mit der Benennung von psychischen Beeinträchtigungen vor und während der Praktika) wurde in den Interviews thematisiert.

Zielausrichtung aller Beteiligten (Purposefulness): Die Zielausrichtung auf den (Wieder-)Einstieg in das Arbeitsleben verfolgen alle Beteiligten, indem die Maßnahmen durch Inhouse-Qualifizierungsangebote bei den Leistungserbringern sowie die Suche und das Absolvieren der Praktika und die in beiden Stadien vorfindliche Befassung mit der eigenen psychischen Gesundheit, mit Bewältigungsformen und konkreten Vorbereitungen auf das Praktikum sowie in Einzelfällen auch die direkt anschließende Beschäftigung in den Praktikumsbetrieben (oder anderen) darauf abzielen, dass die berufliche Rehabilitation erfolgreich abgeschlossen und eine (Wieder-)Eingliederung in Aussicht steht.

Kooperation in der Rehabilitation (Cooperativeness): Im Zentrum des Forschungsprojektes standen Netzwerke und damit auch Kooperationsverhältnisse und zwar im Dreieck von Rehabilitand*innen, Leistungserbringern bzw. Reha-Fachkräften und Betrieben bzw. Personalverantwortlichen resp. Anleiter*innen. Die jeweiligen Schenkel dieses Dreieckes lassen sich wie folgt beschreiben:

- Rehabilitand*in – Reha-Fachkraft/Leistungserbringer: Die enge Kooperation bietet die Grundlage für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation, im Sinne des erfolgreichen Abschlusses der Rehabilitationsmaßnahme als solcher und der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen (Wieder-)Eintritts ins Erwerbsleben (siehe Kapitel 6.1.1.4).
- Rehabilitand*in – Personalverantwortlichen resp. Anleitenden: Die Qualität dieses Verhältnisses wurde sehr unterschiedlich beschrieben, als dafür entscheidend wurde Persönlichkeit und Führungsstil genannt. Die Art und Weise, wie sie die Praktikant*innen begleiten, wird einen mittelbaren Einfluss, zumindest auf das erfolgreiche Absolvieren der Praktika, ggf. auch auf die Erfahrung allgemein wieder arbeiten zu gehen, haben (siehe Kapitel 6.1.1.5).
- Reha-Fachkraft – Leistungserbringer – Betrieben/Personalverantwortlichen resp. Anleitenden: Wie oben bereits benannt, wünschen sich die

Interviewpartner*innen, mindestens in Einzelfällen, mehr Informationen über die Rehabilitand*innen, um ihnen adäquat(er) begegnen zu können. Gleichzeitig heben die Reha-Fachkräfte die zentrale Bedeutung der Zusammenarbeit mit den Betrieben hervor, wobei sie die eher aktive Rolle übernehmen, was den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung eines Netzwerks an Praktikumsbetrieben betrifft (siehe Kapitel 6.1.2.3).

Als eine wichtige Gruppe, mit denen auf gewisse Weise kooperiert werden muss, sind die anderen Rehabilitand*innen innerhalb der Inhouse-Phase zu nennen (siehe Kapitel 6.1.1.4) sowie die Kolleg*innen während der Praktika (siehe Kapitel 6.1.1.5).

Wie oben bereits dargestellt, stellte sich die **ICF** als wichtige Referenz heraus, sodass die kodifizierbaren Teilhabedimensionen herausgearbeitet wurden (vgl. die Masterthesis Frederik Rost). In seiner Thesis konnte F. Rost auch zeigen, dass der Capabilities Approach bzw. seine Adaption für eine Handlungstheorie daseinsmächtiger Lebensführung (nach Röh 2013) eine Bedeutung für das Verständnis der Rehabilitationsprozesse hat.

Der **Capabilities Approach** geht von einer bifokalen Sicht auf Gerechtigkeit aus, da es einerseits um die persönliche Handlungsfähigkeit (agency) geht (internal capabilities) und andererseits um die zur Herstellung oder Aufrechterhaltung wichtige Umwelt (external capabilities). In gleicher Weise, weil aufbauend auf dem Capabilities Approach nach Nussbaum (2010, 2015) konzeptualisiert Röh (grundlegend 2013) die **daseinsmächtige Lebensführung** als dann gegeben, wenn der persönliche und der gesellschaftliche Möglichkeitsraum zueinander passen.

Im Fall der beruflichen Rehabilitation wäre das gegeben, wenn die persönlichen Ressourcen der **Rehabilitand*innen** entweder vorhanden sind oder, was häufig in der Inhouse-Phase zentral ist, reaktiviert oder neu aufgebaut werden müssen. Dabei handelt es sich häufig um berufliche Fähigkeiten, aber eben auch um soziale oder emotionale Ressourcen, die die berufliche (Re-)Integration und gesundheitliche stabilisieren. Bezüglich der Netzwerke der Rehabilitand*innen kommt es darauf an, dass sie ihre sozialen Beziehungen pflegen, was mitunter auch Konfliktbewältigung beinhaltet, insb. im Freund*innen- und Familienkreis, aber auch unter den Rehabilitand*innen. In den allermeisten untersuchten Fällen lag ein gutes bzw. ausreichendes Maß an sozialer Unterstützung vor und wo dies nicht der Fall war oder die Beziehungen schwierig, geben die Reha-Fachkräfte soziale Unterstützung. Die

wichtigste diesbezügliche Ressource ist die emotionale Unterstützung, aber auch die instrumentelle und die interpretative Unterstützung sind von Bedeutung.

Die **Reha-Fachkräfte** selbst zeigen auch eine hohe Zufriedenheit mit ihren Netzwerken, diese bestehen vor allem aus internen Kontakten innerhalb der Teams, Abteilungen oder ganzen Einrichtungen. Um die sozialen Ressourcen anderer Leistungsanbieter, aber auch des Sozial- und Gesundheitswesens, besser nutzen zu können, wünschen sich die Fachkräfte mehr Kontakte und vor allem stabile Netzwerkstrukturen zum Austausch und zudem zur Steigerung der Bekanntheit der beruflichen Rehabilitation. Die Netzwerke der Reha-Fachkräfte sowie letztlich auch die noch herzustellenden Kontakte des Gesamt-Netzwerks der Versorgungslandschaft stellen damit einen wichtigen Teil des gesellschaftlichen Möglichkeitsraums dar.

Weiterhin geben die Rehabilitand*innen auch an, dass sich die materielle Lage, auch und v.a. während der Übergänge von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation wie auch während der beruflichen Rehabilitation als wichtige gesellschaftliche Ressource auswirkt.

Schließlich kann das gesamte "Ökosystem" der Rehabilitation als gesellschaftlicher Möglichkeitsraum verstanden werden, der darauf abzielt, Teilhabe am Arbeitsleben und darüber hinaus zu ermöglichen. Eine wichtige Voraussetzung für ein funktionierendes Ökosystem sind allerdings funktionale Netzwerkstrukturen.

Ausblick

Im Projektzeitraum konnten nicht alle Projektziele erreicht werden (Ziele/Fragestellungen (Kap. 1) und Projektverlauf (Kap. 5), weshalb eine weitere Befassung erfolgen wird. Zwei bisherige Versuche (bei der Deutsche Rentenversicherung Bund sowie beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 'Förderung der Forschung zur Gesundheit in der Arbeitswelt'), eine Projektförderung für den erkannten Bedarf der Eruierung und Evaluation von Maßnahmen der Nachbetreuung bzw. der Nachsorge zu erhalten, blieben leider erfolglos. Eine detaillierte Rückmeldung aus dem Begutachtungsprozess liegt leider nicht vor, allerdings wiesen die Rückmeldungen auf keine qualitativen Mängel hin, sondern den Anträgen wurde eine geringere Priorität gegenüber anderen Anträgen in der Förderung beigemessen. Beide Anträge zielten auf die Nachhaltigkeit durch eine anschließende Unterstützung durch die Leistungserbringer oder weitere Institutionen. Denn um den nachhaltigen Erfolg der beruflichen Rehabilitation zu sichern, bedarf es, mindestens für den Personenkreis der chronisch psychisch

erkrankten und damit auch mindestens periodisch in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigten Menschen, einer nachhaltigen bedarfsgerechten Unterstützung, um den Verbleib im Arbeitsleben zu sichern.

Dieser Strang soll mittels weiterer Förderanträge weiterverfolgt werden. Im kommenden Jahr, u.a. im Rahmen eines Forschungssemesters im Jahr 2026, werden daher durch Prof. Dr. Röh weitere **Auswertungen** für Rehabilitand*innen und Reha-Fachkräfte erfolgen, die sich auf die **Anschlussperspektiven der Rehabilitand*innen und eben die Nachbetreuung bzw. Nachsorge und den nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation** beziehen. Entsprechende erste Hinweise waren bereits in die o.g. Anträge eingeflossen.

Weitere Auswertungsthemen sind die **gesundheitliche Entwicklung und Lerneffekte der Rehabilitand*innen** und die **Frage der Bekanntgabe der psychischen Beeinträchtigung** sowie von den Befragten genannten **Optimierungspotenziale und Erfolgsdimensionen** (z.B. hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern, aber auch der Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit), die es aus dem Material noch detaillierter herauszuarbeiten gilt.

Limitationen

Limitationen der Studie bestehen in folgenden Bereichen:

- Der Zugang zu Interviewpartner*innen erfolgte ausschließlich über die kooperierenden Leistungserbringer. In Schleswig-Holstein kamen die Interviewpartner*innen hauptsächlich aus der RPK, außer AVISTA konnten dort keine weiteren Leistungserbringer für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden.
- Die Personalverantwortlichen/Anleitenden stammen aus spezifischen Wirtschaftssektoren, v.a. aus Dienstleistungsbetrieben, öffentlichen Einrichtungen und aus dem Sozial- und Bildungsbereich.
- Ein Stadt-Land-Vergleich konnte nicht erreicht werden, da die Leistungserbringer sich ausschließlich in den beiden Großstädten des östlichen Schleswig-Holsteins befanden. Stattdessen können die institutionellen Unterschiede von RPKs und Leistungserbringern, die keine eigene medizinische Rehabilitationsleistungen erbringen, herausgearbeitet werden.

8 Liste der Publikationen und Präsentationen

8.1 Wissenschaftliche Publikationen

Folgende **Publikationen** sind bis zur Berichtslegung **veröffentlicht**:

Röh, D., Werner, S. (2025): Netzwerkarbeit in der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt und Praxishinweise. Forum Sozialarbeit und Gesundheit, Heft 3/25, 16-20.

Werner, S., Jädicke, S., Röh, D. (2024): Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation (NEKOBERE). 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial vom 18. bis 20. März 2024 in Bremen, DRV Schriften, Band 130, 79-81.

In **Bearbeitung** sind zwei Artikel für ein Schwerpunktheft der "Die Rehabilitation" zum Forschungsschwerpunkt "Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation" der DRV in Zusammenarbeit mit anderen FSP-Projekten:

- „Zusammenarbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (mit BTHG-RB, ANSAB und Reha-Routes)
- „Aufgaben und Rollen von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (mit SABER und ANSAB)

Geplant sind weitere Artikel aus dem NEKOBERE-Projekt (Arbeitstitel):

- „Netzwerke und Bedarfe von Rehabilitand*innen in der beruflichen Rehabilitation“ (z.B. in "Die Rehabilitation")
- „Fallanalysen von Rehabilitand*innen im Rahmen einer typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse“

Möglich wären noch weitere Artikel zu den im Ausblick angegebenen Themen (z.B. „Optimierungspotenziale der beruflichen Rehabilitation aus Perspektive von Reha-Fachkräften und Rehabilitand*innen“)

8.2 Wissenschaftliche Präsentationen

Folgende Beiträge wurden im Rahmen des Projektverlauf auf wissenschaftlichen Tagungen, Kongressen u.ä. präsentiert:

2022

- FSP-Kick-Off-Veranstaltung, 14.02.2022, online (Poster, Science Pitch)
- Handelskammer Hamburg, AK Betriebliche Gesundheit, 16.02.2022 (Vortrag)
- Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Münster, 7.-9.03.2022, online (Poster, mündlich ergänzt)
- DRV FSP 1. Jahrestreffen, Erkner, 14./15.06.2022 (Vortrag)
- DRV RRVO Projektpräsentation 22.10.2022 (Vortrag)
- DVSG-Bundeskongress, Münster, 10.09.2022 (Poster)
- DGNet-Kongress, Darmstadt, 29.11.2022 (Vortrag)
- HAM-NET Symposium, Hamburg, 08.12.2022 (Poster)

2023

- Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Hannover, 20.-22.02.2023 (Vortrag)
- MasterSalon HAW, Hamburg, 09.05.2023 (Vortrag)
- ECCSW Fachtagung, online, 11.05.2023, (Poster)
- DRV FSP 2. Jahrestreffen, Erkner, 15./16.06.2023 (Vortrag)
- Berliner Methodentreffen der IQS, Berlin, 8./9.07.2023 (Poster, Workshop-Beitrag)

2024

- Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bremen, 18.-20.03.2024 (Vortrag)
- DRV FSP 3. Jahrestreffen, Erkner, 20.-22.06.2024 (Vortrag)
- DGSA Jahrestagung, Jena, 26./27.04.2024 (Vortrag)
- DVSG Bundeskongress, Erfurt, 10./11.10.2024 (Vortrag, Poster, Forum)

2025

- Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Nürnberg, 18.-20.03.2024 (Vortrag)
- Fachtagung: Berufliche Reha & Inklusion, Paderborn, 17./18.03.2024 (Vortrag)

Geplant sind zukünftig weitere Präsentationen:

- Fachtagung berufliche Rehabilitation, Abschlusstagung FSP, Halle, 10.09.2025 (Vortrag, Poster)
- DVSG Bundeskongress, Düsseldorf, 15./16.10.2026 (Vortrag, Forum)

Literaturverzeichnis

- Arling et al. (2016): RehaFuturReal®: Evaluation der Implementierung und Umsetzung – Ein Ergebnisüberblick, Rehabilitation. Stuttgart. 55(04): 230-237 DOI: 10.1055/s-0042-106854.
- Arling V., Spijkers W. (2019): Berufliche Rehabilitation in Deutschland. In: Kauffeld S., Spurk. D. (Hrsg.): Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer Reference Psychologie. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48750-1_3 (20.01.21).
- Baldwin C, Brusco N (2011): The effect of vocational rehabilitation on return-to-work rates post stroke: a systematic review. In: Top Stroke Rehabil., 18(5), 562–72.
- Baur, N. und Blasius, J. (Hrsg.) (2022): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- BfArM (2021): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM), Version 2021. Bonn: BfArM.
- BMAS (2016): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?_blob=publicationFile&v=4. (04.01.2021)
- Boden-Albala B, Litwak E, Elkind MS, Rundek T, Sacco RL. (2005): Social isolation and outcomes post stroke. Neurology. 64(11):1888-92. doi: 10.1212/01.WNL.0000163510.79351.AF. PMID: 15955939.
- Burgess, R. G. (1984): In the Field: An Introduction to Field Research. Routledge.
- Burt, R. S. (1984): Network items and the general social survey. Social Networks, 6, 293-339.
- Dettmers, S. (2019): Praxisfeld Rehabilitation. In: Dettmers, S.; Biskhopf, J. (Hrsg.). Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – Lehrbuch für Studium und Praxis. ReinhardtVerlag, 177-183.
- Dettmers, S., Neuderth, S., Vogel, H. (2019) (Hrsg.): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 32, Heft 2.
- Donker-Cools, BH., Daams JG., Wind, H, Frings-Dresen, MH. (2016): Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. In: Brain Inj. 30(2), 113-31.
- Dresing, T., Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Aufl. Marburg.
- DRV (2017): Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung. Online verfügbar unter: https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungsprojekte/abschlussbericht_fallmanagement_konzept.html (06.08.2025).

- DRV Bund (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung.
- Elloker, T., Rhoda, A.J. (2018): The relationship between social support and participation in stroke: A systematic review, *African Journal of Disability* 7(0), a357.
<https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.357>.
- Flick, U. (2000): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. 5. Aufl. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2022): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (9. Aufl.). Rowohlt.
- Fuhse, J. A. (2018): *Soziale Netzwerke: Konzepte und Forschungsmethoden*. 2. Auflage. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Giertz, K., Ehlers, C. (2022): Recovery, Resilienz und Stärkenorientierung. In: Giertz, K. Große, L., und Röh, D. (Hrsg.): *Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag. 116-131.
- Greifenberg, A., Bauer, J.F., Chakraverty, V., Niehaus, M. (2022): Working with chronic health conditions and the disclosure decision-conflict: Development of a web-based interactive self-test to support an informed decision – A brief report. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 56(2):203-207. doi:10.3233/JVR-221183.
- Hack, C. (2019): Erfahrungen mit der Verknüpfung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse und der qualitativen strukturalen Analyse am Beispiel der Explikation von Netzwerkkonstellationen [21 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 20(3), Art. 25, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-20.3.3381>
- Hawkins, R.L., Maurer, K. (2011): Unravelling Social Capital: Disentangling a Concept for Social Work. In: *British Journal of Social Work*, Jg. 42, Nr. 2, S. 1–18.
- Helfferrich, C. (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herz, A.; Peters, L.; Truschkat, I. (2015): How to do qualitative struktural Analyse? Die qualitative Interpretation von Netzwerkkarten und erzählgenerierenden Interviews. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 16 (1). Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2092>, (11.03.2021).
- Hetzel, C. (2015): Mehrebenenanalysen zu Arbeitsmarkt und Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. In: *Die Rehabilitation*, 54(1), 16–21.
- Hildenbrandt, H., Alf T. (2021): Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. Online verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierteversorgung/>. (04.06.2025).
- Hopf, C., Schmidt, C. (1993): Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. *Dokumentation und Erörterung*

- des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. Institut für Sozialwissenschaften der Universität Hildesheim. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-456148>.
- Kahn, Robert L., Antonucci, Toni C. (1980): Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. In Paul Baltes/Orville Brim (Hrsg.), Life-span development and behavior. New York, NY: Psychology Press. 253-268.
- Karbach, U., Stamer, M., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C., Meyer, T. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland – ein exemplarischer Überblick. In: Das Gesundheitswesen. (74), 516-525.
- Keck, T. (2014): Case Management als Handlungsmethode im Kontext der Rehabilitation, Deutsche-
rentenversicherung.de. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2014/Artikel/heft_4_keck_goedecker_mennemann.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (08.06.2025).
- Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., von der Lippe, H., Vonneilich, N. (Hrsg.) (2020): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung. 1. Aufl. Braunschweig: Springer VS.
- Klügel, T., Riedel, HP. (2015): Zukunftsweisende Vorgaben und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation. In: Mülheims, L., Hummel, K., Peters-Lange, S., Toepler, E., Schuhmann, I. (eds) Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08840-8_26.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2020): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Wiesbaden Heidelberg: Springer VS.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundagentexte Methoden. 5. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kupfer, A., Nestmann, F. (2018): Netzwerkdiagnostik. In: Buttner, Peter/Gahleitner, Silke/Hochuli Freund, Ursula/Röh, Dieter (Hrsg.): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin: Deutscher Verein, 172-182.
- Kupfer, A., Nestmann, F. (2025): Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie: Zwischenmenschliche Beziehungen stärken - soziale Einbindung fördern. Kröger, C., Höbelbarth, S., Alberternst, C./Gahleitner, S. B. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln. Entwicklung einer Fachsozialarbeit. Höchberg: ZKS Verlag, 25-53, 29.
- Löcherbach, P., Wendt, W.R. (Hrsg.) (2020): Care und Case Management: transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lorant, V., Nazroo, J., Nicaise, P., (2017): Optimal network for patients with severe mental illness: A social network analysis. Administration and Policy in Mental Health, 44(6), 877-887.

- Marbach, J. (2008): Netzwerk und Sozialkapital. Dynamische Zusammenhänge im Licht von Paneldaten der Umfrageforschung. In *Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie*, Hrsg. Christian Stegbauer. Wiesbaden: Springer VS, 347–358.
- Mattaini, M. (1993): *More Than a Thousand Words: Graphics for Clinical Practice*. Washington, DC: NASW Press.
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Gütthlin, C., Patzelt, C., Stamer, M. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier. Teil 1: Gegenstandsbestimmung. In: *Das Gesundheitswesen*. (74), 510-515.
- Modrow, K. (2017): Netzwerkforschung in der ambulanten Psychiatrie. *Soziale Arbeit* 66(10): 390–398.
- Nussbaum, M. C. (2010): *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität, Spezieszugehörigkeit*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Nussbaum, M. C. (2015): *Fähigkeiten schaffen. Neue Wege zur Verbesserung menschlicher Lebensqualität*. Freiburg/München: Verlag Karl Alber.
- Ommert, J. (2020): *Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Bedeutende Kontextfaktoren und Wechselwirkungen für Frauen mit Schizophrenie*. Wiesbaden: SpringerVS.
- Pantucek-Eisenbacher (2019): *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht.
- Patton, M. Q. (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- Przyborski A.; Wohlrab-Sahr M. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag.
- Reichert, J. (2013): *Gemeinsam interpretieren. Die Gruppeninterpretation als kommunikativer Prozess*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rexrodt, C., Toepler, E. (2020): Von sektoraler Rehabilitation zu personenorientierter Teilhabe - Überwindung von sektoralen Grenzen und institutionellen Barrieren. In: Peter Löcherbach, Wolf Rainer Wendt (Hrsg.): *Care und Case Management : transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 88-105.
- Richter, C. und Mojescik, K. (Hrsg.) (2021): *Qualitative Sekundäranalysen. Daten der Sozialforschung aufbereiten und nachnutzen*. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Röh, D. (2013): *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Röh, D., Baumgardt, J.; Nauwerth, M.; Wiese A. (2018a): *Soziale Teilhabe, Selbstbestimmung und Verwirklichungschancen*. Fachbeitrag D17-2018 auf reha-recht.de.
- Röh, D. (2018b): *Egozentrierte Netzwerkdagnostik mit Sozialraumbezug*. In: Buttner, Peter/Gahleitner, Silke/Hochuli Freund, Ursula/Röh, Dieter (Hrsg.): *Handbuch Soziale*

- Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin: Deutscher Verein, 328-332.
- Röh, D. (2020): Sozialtherapie in der Sozialpsychiatrie – Was sie ist und was sie leisten kann. In: Lammel, U. A./Pauls, H. (Hrsg.): Sozialtherapie: sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: Verlag modernes lernen, 137-148.
- Röh, D., Werner, S. (2025): Netzwerkarbeit in der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt und Praxishinweise. Forum Sozialarbeit und Gesundheit, Heft 3/25, 16-20.
- Schwarz B., Claros-Salinas D., Streibelt M. (2018): Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. In: J Occup Rehabil. ;28(1): 28-44.
- Schwarz, B., Stegmann, R., Wegewitz, U. (2020): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke und -angebote zur Unterstützung des Return to Work nach psychischer Krise: Zwischen gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung und Selbstmanagement der Zurückkehrenden. In: Rehabilitation (59), 263-272.
- Stimmer, Ansen (2016): Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern Grundlagen - Prinzipien - Prozess. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stamer, M., Güthlin, C., Holmberg, C., Karbach, U., Patzelt, C.,/Meyer, T. (2015): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. In: Das Gesundheitswesen (77) 966-975.
- Stegmann, S., Schröder, U. (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden: Springer.
- Stegbauer, C., Häußling, R.(Hrsg.) (2010): Handbuch Netzwerkforschung. Band 4. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Entwicklung im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf. (04.06.2025).
- Tausch, A. P., Menold, N. (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? (GESIS Papers, 2015/12). Köln: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.21241/ssar.44016>
- UN-BRK (2018): Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hg.): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. Stand: November 2018.
- Vonneilich, N. (2020): Soziale Beziehungen, soziales Kapital und soziale Netzwerke – eine begriffliche Einordnung. In Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die

- Forschung, Hrsg. Andreas Klärner et al., 33–48. Wiesbaden: Springer.
- von Kardorff, E. (2024): Soziale Netzwerke in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen. In: Stegbauer, C., Häußling, R. (eds) Handbuch Netzwerkforschung. Netzwerkforschung. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37507-2_62-1
- Wege, N., Angerer, P. (2013): Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. In: Psychiatrie, 2, 71-81.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. Deutsche Fassung der WHO, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Genf: Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html (11.06.2025).
- Werner, S., Jädicke, S., Röh, D. (2024): Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation (NEKOBERE). 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial vom 18. bis 20. März 2024 in Bremen, DRV Schriften, Band 130, 79-81.
- Wiese, A.; Mayer, G.; Nauwerth, M.; Röh, D.; Baumgardt, J. (2020): Soziale Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Verwirklichungschancen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Bedeutung ambulanter sozialpsychiatrischer Eingliederungshilfen. In: Soziale Arbeit 11/2020, 409-418
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Social Research (Volume 1, Nr. 1. Art. 22). Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> (15.03.2021).
- Yin, R. (2014): Case study research: Design and methods (5. edition). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington, DC: SAGE.
- Zapfel, S., Reins, N., Niehaus, M. (2020): Soziale Netzwerke und Behinderung – Zugang und Stabilisierung der Einbindung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., von der Lippe, H., Vonnellich, N. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung. Wiesbaden: Springer VS, 347-368.

Anlagenverzeichnis

Anlage 01	Ethikvotum HAW
Anlage 02	Rehabilitand*innen Info Datenschutz Einwilligung
Anlage 03	Reha-Fachkraft Infos Datenschutz Einwilligung
Anlage 04	Personalverantwortliche Infos Datenschutz Einwilligung
Anlage 05	Leitfaden Rehabilitand*innen T1
Anlage 06	Leitfaden Reha-Fachkraft T1
Anlage 07	Leitfaden Rehabilitand*innen T2
Anlage 08	Leitfaden Reha-Fachkraft T2
Anlage 09	Leitfaden Personalverantwortliche
Anlage 10	Leitfaden Ablaufplan Fokusgruppe HH
Anlage 11	Eingangsfragebogen Rehabilitand*innen
Anlage 12	Übersicht-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen HH T2
Anlage 13	Übersicht-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen S-H T2
Anlage 14	Übersicht-Netzwerkkarte Reha-Fachkräfte HH T2
Anlage 15	Übersicht-Netzwerkkarte Reha-Fachkräfte S-H T2
Anlage 16	Übersicht-Netzwerkkarte Personalverantwortliche HH S-H
Anlage 17	Gesamt-Netzwerkkarte Rehabilitand*innen HH S-H
Anlage 18	Gesamt-Netzwerkkarte Reha-Fachkräfte HH S-H
Anlage 19	Zwischensachbericht 2022
Anlage 20	Zwischensachbericht 2022

NEKOBERE

Hamburg, Juni 2025