

**Zugänge psychisch Kranker in das BTZ und ihre Wege in Qualifizierung und Arbeit – eine  
Verlaufs- und Go-Along-Studie  
(WePsyBTAM)**

**Abschlussbericht des Forschungsprojektes**

Berliner Werkstatt für Sozialforschung UG (haftungsbeschränkt)  
Friedrich-Franz-Straße. 36, 12103 Berlin

**Projektleitung**

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff

**Wissenschaftliche Mitarbeiter**

Niklas Tibbe, M. Ed.

Dr. Alexander Meschnig

**Studentische Mitarbeiter**

Sofia Voll, B. A.

Karim Yade, B. A.

**Statistische Analysen**

Dr. Mathis Elling, (iqpr, Köln)

Projektzeitraum: 01.01.2022 - 31.03.2025

## Abstract

Vor dem Hintergrund eines steigenden Bedarfs an differenzierten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für die heterogene Gruppe schwer psychisch beeinträchtigter Rehabilitanden<sup>1</sup> richtet die vorliegende Studie den Fokus auf Berufliche Trainingszentren (BTZ), da es hierzu bislang nur wenige wissenschaftliche Studien gibt. Die BTZ erfüllen mit ihren integrierten Angeboten eine schnittstellenübergreifende Scharnierfunktion bei der Vorbereitung für eine praxisnahe (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt, für die konkrete Unterstützung beim Einstieg in Beschäftigung oder für eine weitergehende berufliche Qualifizierung. Die hier vorliegende Verlaufsstudie zielt dabei auf die Klärung von zwei zentralen, weitgehend unerforschten Prozessaspekten der beruflichen Rehabilitation: *erstens* die Rekonstruktion der Zugangswege in die BTZ aus Sicht der Rehabilitanden sowie Kriterien und Prozesse der Zuweisungssteuerung in die BTZ aus Sicht der am Prozess beteiligten Fachkräfte und Institutionen; *zweitens* geht es um eine Analyse der konkreten Abläufe von Vorbereitungs-, Qualifizierungs- und Integrationsprozessen anhand charakteristischer Verlaufskarrieren ausgewählter Rehabilitanden.

Der Schwerpunkt der Mixed-Methode Studie liegt auf der qualitativen Erhebung und stützt sich auf die Ergebnisse narrativ-episodischer Interviews mit Rehabilitanden zu zwei Zeitpunkten (49 Interviews; davon mit 17 ausgewählten Teilnehmern zu zwei Zeitpunkten), Experteninterviews mit Akteuren (n = 24), Hospitationen in ausgewählten BTZ-Standorten (n = 12) sowie Fokusgruppen (n = 3) zu spezifischen Themen. Eine längsschnittliche Fragebogenerhebung zu zwei Zeitpunkten zeigt individuelle wie gruppenbezogene Veränderungen aus Sicht der Befragten anhand spezifischer Themen und beschreibt die Zielgruppe anhand soziodemografischer Daten und relevanter Kontextfaktoren.

Die quantitative Teilstudie zeigte eine signifikante Verbesserung der wahrgenommenen psychischen Belastungen und des Gefühls der sozialen Eingebundenheit der Rehabilitanden. Ebenso verbesserte sich der subjektive Gesundheitszustand sowie die selbstberichtete Arbeitsfähigkeit im Laufe der Maßnahmen. Darüber hinaus deuten die Daten darauf hin, dass

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter gleichermaßen.

sich die eingangs an die Maßnahme gestellten Erwartungen der Teilnehmer größtenteils erfüllt haben.

In den Interviews mit Rehabilitanden konnten charakteristische Fallkonstellationen herausgearbeitet werden, die sich vor allem in Alter, Nutzungsverhalten und Kontinuität der Berufs- und Lebensbiografie unterscheiden. Während für einen Teil der Rehabilitanden vor allem eine (neue) berufliche Orientierung im Vordergrund steht, so sehen viele andere Teilnehmer die LTA-Maßnahmen im BTZ vor allem als Möglichkeit zur psychischen Stabilisierung und der Förderung einer realistischeren Selbsteinschätzung.

Im Rahmen der Hospitationen in ausgewählten regionalen BTZ wurde die Bedeutung der Unterstützung durch die Gruppe und dem „BTZ als sozialer Schutzraum“ für die Rehabilitanden nochmals deutlich. Daneben spielen übergeordnete Angebote, die vor allem arbeitsmarktrelevante Sekundärtugenden und (Selbst-)Fürsorge in den Blick nehmen, eine entscheidende Rolle.

Anhand der charakteristischen Fallkonstellationen und mit Hilfe der Ergebnisse aus den Fallvergleichen konnten eine Reihe von förderlichen und hinderlichen Faktoren für die berufliche Rehabilitation im BTZ ausgemacht werden. Die Zuweisung ins BTZ erfolgt dabei überwiegend bedarfsgerecht („die Richtigen kommen ins BTZ“), obwohl es innerhalb des Verfahrens, so die befragten Experten, keine eindeutigen Zuweisungskriterien gibt.

Aus unserer Studie lassen sich zwei zentrale Empfehlungen für die Praxis ableiten. Anhand von im Rahmen des Projektes erstellten Fallvignetten für die Zuweisung und für das BTZ im Übergangsmanagement, lässt sich eine Präzisierung der inhaltlichen Kriterien für passgenaue Zuweisung vornehmen. Dadurch kann das individuelle Fallmanagement weiter verbessert werden.

Weiter empfehlen wir eine „Offenheit“ für unterschiedliche Platzierungswege. Konkret bedeutet dies keine „One Fits All“ Angebote, sondern eine interne Differenzierung und Abstimmung, welches Vorgehen im Einzelfall angemessen ist. Hierbei wäre träger-, sektor- und einrichtungsübergreifende Kooperation denkbar - ein „Managed Cases“ aus einer Hand.

## **Abstract**

Given the increasing demand for differentiated services to support the heterogeneous group of severely mentally impaired rehabilitants in accessing the labor market, this study focuses on vocational training centers for people with mental health conditions ("BTZ"), as there have been only a few scientific studies on them to date. With their integrated services, "BTZ" fulfill a cross-sector bridging function, preparing participants for practical (re-)integration into the labor market, supporting entry into employment, and providing opportunities for further vocational qualification.

This longitudinal study aims to clarify two largely unexplored process aspects of vocational rehabilitation: first, the reconstruction of access routes to "BTZ" from the perspective of rehabilitants, as well as the criteria and processes for referral from the perspective of the professionals and institutions involved; second, the analysis of the specific sequences of preparation, qualification, and integration processes based on characteristic progression trajectories of selected rehabilitants.

The study follows a mixed-methods approach, with a focus on qualitative data collection, drawing on narrative-episodic interviews with rehabilitants at two points in time (49 interviews, including 17 participants interviewed twice), expert interviews with stakeholders (n = 24), on-site observations at selected "BTZ" locations (n = 12), and focus groups (n = 3) on specific topics. In addition, a longitudinal questionnaire survey at two points in time was conducted to identify both individual and group-level changes and to characterize the target group using socio-demographic and relevant contextual data.

The quantitative sub-study revealed a significant improvement in the rehabilitants' perceived psychological burden and their sense of social inclusion. Participants' self-reported health status and perceived work ability also improved over the course of the program. Furthermore, the data suggest that participants' initial expectations regarding the program were largely met.

The interviews with rehabilitants revealed characteristic case constellations, primarily differing in age, usage behavior, and the continuity of their professional and personal biographies. While some rehabilitants focused primarily on (re-)orienting themselves

vocationally, many others viewed their participation in "BTZ" primarily as an opportunity for psychological stabilization and the development of a more realistic self-assessment.

The observations at selected regional "BTZ" locations highlighted the significance of group support and the "BTZ" as a "social safe space" for rehabilitants. In addition, overarching program elements aimed at fostering labor-market-relevant secondary virtues and self-care play a decisive role.

Based on the characteristic case constellations and the case comparison results, a range of promoting and inhibiting factors for vocational rehabilitation within "BTZ" were identified. According to the experts interviewed, referrals to "BTZ" are generally needs-based ("the right people come to the BTZ"), although there are no clearly defined referral criteria within the process.

Two central recommendations for practice can be derived from our study. First, based on the case vignettes developed for referral and transition management within "BTZ," it is possible to define more precise content-related criteria for customized referrals, thereby improving individual case management. Second, we recommend fostering "openness" for diverse placement pathways. Concretely, this means avoiding "one-size-fits-all" solutions and instead pursuing internal differentiation and coordination to determine the most appropriate approach for each individual case. Cross-provider, cross-sector, and cross-institutional cooperation — a "managed case" from a single source — would be a conceivable approach.

## **Vorwort**

Die Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen stellt das deutsche Rehabilitationssystem vor besondere Herausforderungen. Seit ihrer Gründung vor rund 40 Jahren haben sich die inzwischen über 50 Standorte der "Beruflichen Trainingszentren" ("BTZ") zu einem zentralen Scharnier zwischen Psychiatrie, Arbeitsagentur, psychosomatischer Rehabilitation und Arbeitsmarktvorbereitung für schwer psychisch erkrankte Menschen entwickelt.

Bislang liegen fast ausschließlich von den BTZ selbst oder ihren Trägern erhobene und durch die BAG-BTZ veröffentlichte Daten zur Teilnehmerstruktur, zu den Maßnahmen sowie zu den Maßnahmeergebnissen (z. B. Rückkehr in Arbeit, Weiterbildungsempfehlung oder Maßnahmeabbruch) vor (vgl. BAG-BTZ, 2023). Wissenschaftliche Studien zu weiteren Aspekten – etwa zu tatsächlichen Zugangswegen oder individuellen Verläufen in und nach den Maßnahmen – fehlen bislang weitgehend.

Deshalb richtet unsere Studie den Fokus auf die Zugänge der Rehabilitanden zu den "BTZ" sowie auf deren individuelle Verläufe während und nach der Maßnahme, insbesondere auf den Übergang in Arbeit oder weiterführende berufliche Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. in ein Berufsförderungswerk (BFW)).

Zu Beginn des Berichts werden der Ausgangspunkt und die zentralen Fragestellungen des Projekts vorgestellt. Es folgt ein Überblick über den Forschungsstand sowie ein kompaktes Kapitel zum Studiendesign und zur methodischen Herangehensweise – einschließlich der Akquise der Rehabilitanden, der quantitativen Fragebogenerhebung und der konzeptionell im Vordergrund stehenden episodisch-narrativen Interviews. Anschließend werden ausgewählte Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen präsentiert, basierend auf den Interviews mit Rehabilitanden und Experten sowie auf den durchgeführten Hospitationen und Fokusgruppen. Eine abschließende Synopse fasst die Ergebnisse beider Erhebungsstränge zusammen.

Am Ende des Berichts geben wir Empfehlungen für die Praxis. Ziel der Studie ist es, das Wissen über Bedingungen kontinuierlicher beruflicher Teilhabe trotz chronischer psychischer Erkrankungen bzw. erhöhter psychischer Vulnerabilität zu erweitern. Die Ergebnisse können somit auch über die BTZ hinaus relevant sein.

An dieser Stelle danken wir allen beteiligten Einrichtungen und ihren Mitarbeitenden für ihre Kooperationsbereitschaft und Expertise. Insgesamt haben 57 "BTZ" (Einzelstandorte und Außenstellen) an der Studie teilgenommen – ein erheblicher logistischer Aufwand, der jedoch ein breites Spektrum aller "BTZ" in Deutschland abbilden konnte.

Unser Dank gilt auch den Expertinnen und Experten in verschiedenen Kontexten sowie dem wissenschaftlichen Beirat des Projekts:

Erih Novak (BTZ der Fortbildungsakademie der Wirtschaft, faw)

Heiko Kilian (BAG BTZ)

Catharina Raubal (BTZ der Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft, bfz)

Alexander Thomas (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, DVSG)

Stephanie Schmidt (Bundesagentur für Arbeit, BA)

Anja Durst (Deutsche Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg)

Dr. Regine Delbrück (DRV Baden-Württemberg)

Ihnen allen verdanken wir wertvolle Anregungen und hilfreiche Hinweise für die Durchführung des Projekts und die Einschätzung der in drei Beiratssitzungen präsentierten Ergebnisse.

Ebenso danken wir den studentischen Mitarbeiterinnen Rebekka Löschner, Friederike Kotter und Lidia Garoscio für ihre engagierte Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebungen.

Last but not least danken wir allen beteiligten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden herzlich für ihre Zeit und Bereitschaft zur Teilnahme – ohne sie wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff

Berlin, März 2025

Niklas Tibbe, M. Ed.

Dr. Alexander Meschnig

## **Inhaltsverzeichnis**

1 Ausgangspunkt und Idee der Studie.....	15
1.1 Hintergrund.....	15
1.2 Ziele .....	17
1.3 Fragestellungen.....	19
1.4 Nutzen der Studie .....	20
2 Berufliche Trainingszentren als Leistungsanbieter der LTA.....	22
3 Forschungsstand zum RTW psychisch beeinträchtigter Menschen im BTZ.....	25
4 Forschungsdesign .....	32
4.1 Studiendesign und Erhebungsmethoden .....	32
4.2 Quantitativer Teil: Fragebogenstudie .....	33
4.2.1 Ziel der Fragebogenerhebung .....	33
4.2.2 Fragebogenkonstruktion, Pilotierung, Aufbau.....	33
4.2.3 Versendung und Verteilung der Fragebögen.....	36
4.2.4 Auswertungsstrategie.....	37
4.2.5 Limitationen und Gütekriterien.....	38
4.3 Qualitativer Teil: Episodisch-narrative Interviews.....	40
4.3.1 Ziel der Interviews .....	40
4.3.2 Konstruktion des Leitfadens als Orientierungshilfe .....	40
4.3.3 Methodologische Ausrichtung der Fallauswahl .....	40
4.3.4 Durchführung und Ablauf der Interviews .....	41
4.3.5 Auswertungsstrategie (Fallanalysen und Fallvergleiche) .....	42
4.3.6 Limitationen/Gütekriterien.....	42
4.4 Qualitativer Teil: Experteninterviews .....	43
4.5 Qualitativer Teil: Hospitationen in BTZ .....	44

4.6 Fokusgruppen .....	44
4.7 Datenschutz und Ethik.....	45
5 Ergebnisse .....	45
5.1 Quantitative Ergebnisse - Fragebogenerhebung .....	45
5.1.1 Stichprobenbeschreibung .....	45
5.1.2 Krankheitsgeschichte/Gesundungsverlauf/Entwicklung der Arbeitsfähigkeit .....	51
5.1.3 Maßnahmenkarriere vor und im BTZ .....	56
5.1.4 Berufliche Karriere/Zukunftsaussichten .....	58
5.1.5 Formale Wege ins BTZ .....	61
5.1.6 Resilienzfaktoren/Soziales Umfeld.....	62
5.1.7 Erwartungen an die Maßnahme.....	65
5.2 Qualitative Ergebnisse – Episodisch-narrative Interviews .....	67
5.2.1 Genese der Fallvergleiche .....	67
5.2.2 Fallvergleich (1) Herr Alf – Herr Storch .....	72
5.2.3 Fallvergleich (2) Frau Vogel – Frau Hertlein.....	86
5.2.4 Fallvergleich (3) Herr Iller – Frau Georgius .....	101
5.2.5 Fallvergleich (4) Herr Wald – Frau Lewis: „Viele Wege führen zum Ziel“ .....	119
Exkurs: Unterschiede der Indikation und Kontraindikation für eine Krankenhausbehandlung und eine (berufliche) Rehabilitation.....	134
5.3 Qualitative Ergebnisse: Hospitationen.....	140
5.3.1 Auswahl der BTZ für Hospitationen.....	142
5.3.2 Perspektive, Durchführung und Ablauf der Hospitationen .....	145
5.3.3 Ergebnisse der Hospitationen .....	147
5.3.4 Fazit.....	171
5.4 Qualitative Ergebnisse: Experteninterviews.....	173

5.4.1 Zugang und Zugangssteuerung ins BTZ .....	175
5.4.2 Die Maßnahme .....	180
5.4.3 Klientel .....	184
5.4.4 Übergänge aus der Maßnahme.....	187
6 Exkurs zur Debatte um die Priorisierung von Supported Employment gegenüber Prevocational Training.....	190
6.1 Hintergründe der fach- und sozialpolitischen Kontroversen um „first place“ und „first train“ .....	190
6.2 Unterschiedliche Wege zum Ziel und unterschiedliche Schwerpunkte in der Zielsetzung von PVT und SE: Gemeinsamkeiten und Differenzen.....	193
6.3 Ziel- und Interessenkonflikte – Kostenträger, Leistungserbringer, Fachkräfte und Rehabilitanden.....	199
6.4 Fazit: first place oder first train – Es kommt darauf an! .....	203
7 Synopse der Ergebnisse .....	204
8 Empfehlungen .....	217
9 Literaturverzeichnis .....	224
10 Anhang .....	230

## Abkürzungsverzeichnis

AD.....	Ärztlicher Dienst
ALG 1.....	Arbeitslosengeld 1
ASS.....	Autismus-Spektrum-Störungen
BA.....	Bundesagentur für Arbeit
BAG.....	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAR.....	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Bas-AR.....	Basis-Assessment und berufliches Rehatraining
BFW.....	Berufsförderungswerk
bfz.....	Berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft
BT.....	Berufliches Training
BTZ.....	Berufliches Trainingszentrum
BvB.....	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme
DRV.....	Deutsche Rentenversicherung
DVSG.....	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
EBA.....	Erweiterte Berufsfindung und Arbeitserprobung
FAW.....	Fortbildungsakademie der Wirtschaft
IDF.....	Individueller Förderplan
IFD.....	Integrationsfachdienst, Integrationsfachdienst
IPS.....	Individual Placement and Support
JC.....	Jobcenter
LTA.....	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
PTBS.....	Posttraumatische Belastungsstörung
PVT.....	Prevocational Training
RPK.....	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
RTW.....	Return to Work
RVL.....	Reha-Vorbereitungslehrgang
RVT.....	Reha-Vorbereitungstraining
SAW.....	Stay at Work
SE.....	Supported Employment
SRH.....	Stiftung Rehabilitation Heidelberg

TTZ ..... *TagestrainingsZentrum*  
WAI ..... *Work Ability Index*  
WfbM ..... *Werkstatt für behinderte Menschen*

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bedingungsbeziehungen für einen erfolgreichen RTW.....	27
Abbildung 2: Stichprobe nach Kostenträger.....	46
Abbildung 3: Stichprobe nach Überorganisation.....	47
Abbildung 4: Stichprobe nach Geschlecht.....	48
Abbildung 5: Stichprobe nach Altersgruppen und Überorganisation.....	48
Abbildung 6: Höchster Berufs- oder Studienabschluss zu t0 und t1.....	49
Abbildung 7: Höchster Schulabschluss zu t0 und t1 .....	50
Abbildung 8: Anzahl ärztlicher Diagnosen vor Aufnahme in das BTZ .....	51
Abbildung 9: Selbstberichtete psychische Probleme und Störungen.....	52
Abbildung 10: Derzeitiger Gesundheitszustand zu t0 und t1 .....	53
Abbildung 11: Verbesserung des Gesundheitszustandes im Längsschnitt .....	54
Abbildung 12: Allgemeine Arbeitsfähigkeit zu t0 und t1 (WAI 1) .....	55
Abbildung 13: Maßnahmen im BTZ.....	58
Abbildung 14: Berufliche Zukunftsperspektiven zu t0 und t1 .....	60
Abbildung 15: Clusterdarstellung Teilnehmerinterviews.....	71
Abbildung 16: Fallvergleich 1-2 Herr Alf und Herr Storch .....	83
Abbildung 17: Fallvergleich 3-4 Frau Vogel und Frau Hertlein .....	98
Abbildung 18: Fallvergleich Frau Georgius und Herr Iller .....	115
Abbildung 19: Fallvergleich 7-8 Herr Wald und Frau Lewis.....	131
Abbildung 20: Geografische Verteilung der besuchten BTZ-Standorte .....	142
Abbildung 21: Clusterung in charakteristische Fallkonstellationen; eigene Darstellung.....	205

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Dimensionen Sozialer Eingebundenheit; M (SD) .....	63
Tabelle 2: Dimensionen sozialer Auswirkungen; M (SD).....	64
Tabelle 3: Interview Sampling Teilnehmer .....	68
Tabelle 4: Fall 1 (Herr Alf) .....	73
Tabelle 5: Fall 2 (Herr Storch) .....	78
Tabelle 6: Fall 3 (Frau Vogel).....	87
Tabelle 7: Fall 4 (Frau Hertlein).....	92
Tabelle 8: Fall 5 (Frau Georgius).....	102
Tabelle 9: Fall 6 (Herr Iller).....	108
Tabelle 10: Fall 7 (Herr Wald) .....	119
Tabelle 11: Fall 8 (Frau Lewis).....	126
Tabelle 12: Tabellarische Übersicht der Hospitationen .....	143
Tabelle 13: Experteninterviews Liste.....	174

## 1 Ausgangspunkt und Idee der Studie

### 1.1 Hintergrund

Angesichts des steigenden Bedarfs an differenzierten Leistungen für die heterogene Gruppe stark psychisch beeinträchtigter Rehabilitanden richtet das vorliegende Projekt den Focus auf BTZ. Als regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX stellen BTZ ein Bindeglied zwischen der stationären psychiatrischen Versorgung (Akut- und Tageskliniken) und der ambulanten sozialpsychiatrischen Begleitung (Sozialpsychiatrische Dienste, Zuverdienstfirmen) sowie Komplexangeboten wie der *Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke* (RPK) auf der einen und weitergehenden beruflichen Qualifizierungen (etwa in BFW) und/oder der Platzierung in der betrieblichen Arbeitswelt (einschließlich Inklusionsbetriebe) oder auf dem Zweiten Arbeitsmarkt (WfbM) auf der anderen Seite dar. Darüber hinaus stellen BTZ LTA-Angebote zum Wiedereinstieg in für Menschen mit langen Zeiten der Erwerbslosigkeit aufgrund psychischer Beeinträchtigungen – Verknüpfung mit dem Arbeitsmarkt – sowie für Menschen nach psychosomatischer Rehabilitation, deren Arbeitsfähigkeit bedroht ist – Verknüpfung mit der medizinischen Rehabilitation – zur Verfügung. Mit ihrem schnittstellenübergreifenden Angebot sollen sie den Weg in eine stabile Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Personen auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt bahnen.

Die BTZ erfüllen also mit ihren integrierten Angeboten für schwerer psychisch beeinträchtigte Menschen eine wichtige Scharnierfunktion bei der Vorbereitung für eine Qualifizierung und die Arbeitsmarktintegration sowie konkret beim Einstieg in Beschäftigung. Darüber hinaus wird im Angebotsspektrum der BTZ die unter Experten geführte Grundsatzdebatte um unterschiedliche berufliche Integrationskonzepte sichtbar: einerseits eine am deutschen Qualifizierungsrahmen orientierte und dominante „*Train and Place*“-Strategie und andererseits eine „*Place-and-Train*“-Strategie, die eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration von Beginn an im Betrieb favorisiert. Die BTZ stehen damit zwischen den weitergehenden Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen in BFW auf der einen und der Unterstützten Beschäftigung auf der anderen Seite. Für schwer psychisch erkrankte Menschen sind die BTZ – so vorweggenommen eines unserer Ergebnisse – mit ihren flexiblen Angeboten ein bedarfsgerechtes Angebot, um die eigene Leistungs- und Belastungsfähigkeit zu testen und sich in einem fachlich und psychologisch unterstützenden Umfeld zu erproben. Ein durch die

Krankheit beschädigtes Selbstbewusstsein (wieder-)zugewinnen und den Weg (zurück) in die betriebliche Arbeitswelt auch trotz ggf. bleibender psychischer Vulnerabilität zu wagen und/oder sich weiter zu qualifizieren bzw. erstmals eine berufliche Qualifizierung zu erwerben sind weitere Ziele für die Maßnahmenteilnehmer.

Über 95 % der Zuweisungen zu BTZ erfolgen laut dem Ergebnisbericht der Beender (Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ, 2023) durch die BA (36,7 %) und DRV (60,7 %).<sup>2</sup> Die Zielgruppe der Rehabilitanden mit schweren psychischen Beeinträchtigungen wird – teils wegen der geringen Qualifikation<sup>3</sup> vor allem bei den Jüngeren, teils wegen langer Zeiten der Erwerbslosigkeit und/oder Krankengeldbezugs – zu den „Problemgruppen“ des Arbeitsmarkts gezählt, deren Bedarf an Unterstützung bei der Arbeitsmarktintegration hoch, vor allem sehr differenziert und variabel ist (vgl. auch Rauch & Tophoven, 2020). Hinzu kommt, dass sich eine Verschiebung der Altersstruktur andeutet. Im Jahr 2023 waren in den BTZ der BAG fast 40 % der Teilnehmer über 40 Jahre, während der Prozentsatz, der unter 25-jährigen mit ihren biografisch anders gelagerten Unterstützungsbedarfen bei etwa 5 % lag (BAG BTZ, 2023, S. 9). Über die Hälfte, 53 % der Teilnehmer, war vor der Maßnahme arbeitslos gemeldet (Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ, 2023, S. 12). Die Hauptdiagnosen waren bezogen auf das Berufliche Training F3 (44,8 %), hier vor allem Depressionen und F4, vor allem Anpassungsstörungen, mit 24,8 % (BAG BTZ, 2023, S. 14f). Gescheiterter Berufseinstieg, fehlende Ausbildung oder das Herausfallen aus dem Erwerbssystem („Exit from Work“; Bartel, 2018) im höheren Erwerbssalter schichten sich bei den betroffenen Menschen zu biografischer Resignation und Motivationsverlust auf und verstärken psychische Beeinträchtigungen. Auf Systemebene stellen sie zudem einen hohen Kostenfaktor dar. Daher ist die Untersuchung der Zuweisungskriterien aus Sicht aller Beteiligten bedeutsam, weil damit Fragen nach einer bedarfsgerechten Identifikation von Teilnehmern für BTZ-Maßnahmen und nach rechtzeitiger und passender Inanspruchnahme von LTA-Leistungen angesprochen sind. Mit der

---

<sup>2</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ, 2023, S. 6): Für die von uns in der Studie miteingeschlossenen BTZ der FAW liegen uns keine genauen Zahlen vor. Es lässt sich aber aus unseren Ergebnissen schließen, dass in den FAW-Einrichtungen mehr Teilnehmer von der BA kommen, alleine dadurch da die jüngeren Rehabilitanden (oft ohne Abschluss) die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der RV noch nicht erfüllen.

<sup>3</sup> Fast ein Viertel der Maßnahmenteilnehmer in den BTZ verfügt über keinen Berufsabschluss (BAG-BTZ, 2023).

Fokussierung auf die konkreten Verlaufsprozesse während der Maßnahme werden Fragen nach dem Ineinandergreifen der Maßnahmen und ihrer subjektiven Aneignung angesprochen, die aus Sicht aller Beteiligten als relevante Bestimmungsgrößen für den Erfolg oder das Scheitern beim Weg zurück in Arbeit betrachtet werden.

### 1.2 Ziele

Vor dem hier skizzierten Hintergrund konzentriert sich unsere Studie *erstens* auf Zugangswege, Zuweisungsprozesse und die Zugangsteuerung zu niedrigschwelligen und modular angelegten Angeboten der beruflichen Rehabilitation *schwer psychisch erkrankter Menschen* (Gühne et al., 2015), wie sie von den BTZ angeboten werden<sup>4</sup>. In der Kontrastierung zwischen den Erfahrungen der Rehabilitanden beim Zugang zum BTZ und der Expertensicht der zuweisenden Instanzen (Sozialmedizin, Reha-Fachberatung der DRV und der BA, Eingliederungshilfe, Unfallversicherung) sehen wir einen Erkenntnisgewinn für eine verbesserte, d. h. vor allem zielgenauere und kooperativ abgestimmte Reha-Steuerung.

*Zweitens* ging es in unserer Studie darum, die biografischen Verlaufsprozesse von Teilnehmern an Angeboten des BTZ bis hin zum Abschluss einer Qualifikation oder einer Platzierung auf dem Arbeitsmarkt konkret anhand *episodisch-narrativer Interviews* als auch mit Hilfe *ethnografischer Go-Along Begleitung*<sup>5</sup> nachzuzeichnen und dabei die Sichtweisen aller beteiligten Akteure miteinander ins Spiel zu bringen, um kritische Problemzonen in den Interaktionsbereichen innerhalb und zwischen den beteiligten Feldern (z. B.: BTZ, Praktikumsbetriebe, Arbeitsplatz) zu identifizieren. Insgesamt ging es darum, die konkreten im Rehabilitationsprozess auftretenden Erfahrungen sowie förderliche Faktoren und Barrieren an immer wieder kehrenden kritischen Situationen und Übergängen im Prozess des beruflichen Trainings, bei der Qualifizierung und der Platzierung am Arbeitsplatz anhand

---

<sup>4</sup> Für die RPK haben Stengler u. a. (2015a) eine deskriptive Analyse der Aufnahme und Entlassungsdaten vorgenommen, wobei keine Zeitspanne nach der Beendigung der Maßnahme angegeben wurde und vor allem nur wenige Informationen über weitergehende Qualifizierungsmaßnahmen etwa in einem BTZ oder eine weitere Begleitung durch einen Integrationsfachdienst (IFD) vorlagen.

<sup>5</sup> In Verlauf der Studie stellte sich heraus, dass die Go-Along-Begleitungen auf zahlreiche Hindernisse und organisatorische Probleme stießen. Wir haben uns schließlich für Hospitationen in verschiedenen BTZ entschieden (siehe Kapitel 5.3), in denen wir als teilnehmende Beobachter die „Innenwelt“ der BTZ als auch die Sichtweisen unterschiedlicher Akteure in den Mittelpunkt unserer Reflexionen und Analysen stellten.

ausgewählter Maßnahmeteilnehmer und der jeweils beteiligten Akteure (Therapeuten, Sozialarbeiter, Berufsbegleiter, Arbeitskollegen, Vorgesetzte, Arbeitgeber) herauszuarbeiten. Aus dem empirischen Material werden vor dem Hintergrund aktueller fachlicher Diskussionen zur Integration psychisch beeinträchtigter Menschen in den Arbeitsmarkt Empfehlungen zur Verbesserung einer biografisch wie zu den spezifischen Beeinträchtigungen passfähigen Eingliederungsstrategie abgeleitet.

*Praxisbezogen* soll die Zugangsanalyse klären, wie eine rechtzeitige Inanspruchnahme und eine zielgenaue und passfähige Zuweisung („Reha-Steuerung“) verbessert werden können. Von der zweiten Zielperspektive versprechen wir uns neue Erkenntnisse über Förderfaktoren und Barrieren aus Sicht aller beteiligten Akteure. Damit sollten Anhaltspunkte für eine verbesserte Verknüpfung von fachlichen Prinzipien der beruflichen Rehabilitation psychisch Beeinträchtigter mit den Neigungen, Fähigkeiten und Wünschen der Betroffenen und den Belangen der Arbeitswelt (Vorgesetzte, Kollegen, Arbeitsanforderungen) gewonnen werden. Auf einer *konzeptionellen Ebene* war die Betrachtung von Strategien der Nutzung der LTA-Angebote der BTZ in Abhängigkeit von vorgängigen berufsbiografischen Erfahrungen und die Wege der Anpassung an ein Arbeitsleben mit bedingter psychischer Gesundheit ebenso bedeutsam wie die für einen erfolgreichen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben aus Sicht der Teilnehmer und der Fachkräfte förderlichen direkten Elemente der einzelnen Maßnahmen wie die indirekt wirksamen sozialen Arrangements im BTZ-Alltag (Gruppenaktivitäten, Freizeitbegegnungen, Patenmodelle, etc.); darüber hinaus konnten Einsichten für die speziellen Bedarfe bei der Reha-Nachbetreuung im Übergang auf eine (neue) Arbeitsstelle aus unseren Ergebnissen abgeleitet werden. Darauf aufbauend wurden Fortbildungsmaterialien in Form von *Fallvignetten* erstellt, die für eine zielgenauere und kooperativ abgestimmte Zuweisung zu den jeweiligen Maßnahmen sowie für die Nachbegleitungsbedarfe der Rehabilitanden sensibilisieren sollen; die Zielgruppen der Fallvignetten sind dabei Zuweiser (Sozialmediziner, Fachstellen) und Reha-Fachberater.

### 1.3 Fragestellungen

Die Kernfragestellungen des Projekts lauteten auf dem Hintergrund der oben gemachten Ausführungen:

- Welche unterschiedlichen erwerbs- und krankheitsbiografischen Verläufe finden sich bei den Teilnehmern vor ihrem Zugang in das BTZ?
- Welche medizinischen und therapeutischen Maßnahmen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden vor dem Zugang ins BTZ bereits in Anspruch genommen? Welche Maßnahmen wurden dabei als hilfreich und welche als weniger hilfreich erachtet? Was hat den Betroffenen gefehlt? Welche Erwartungen hatten die Betroffenen an das BTZ?
- Welche Auswirkungen auf den Verlauf der beruflichen Rehabilitation und der beruflichen (Wieder-)Eingliederung haben erwerbs- und krankheitsbiografische Spezifika und Entwicklungen? Und worin äußern sie sich und an welchen Stellen werden sie sichtbar?
- Welche zusätzlichen Unterstützungsbedarfe werden artikuliert?
- Wie kommen psychisch kranke Menschen ins BTZ? Rekonstruktion der (berufsbio)grafischen Vorgeschichte, der Zugangswege, Motivation und Ziele aus Teilnehmersicht
- Nach welchen Kriterien werden DRV-Versicherte mit einer F-Diagnose ins BTZ zugewiesen? Wie sieht die Perspektive der beteiligten Entscheider aus? Nach welchen Kriterien wählen Jobcenter- und BA-Teilnehmer für das BTZ aus?
- Wie sind die Verfahrenswege der Zuweisung zum BTZ bei DRV-Versicherten und BA/Jobcenter-Kunden organisiert?
- Wie vollzieht sich der Weg in den Arbeitsmarkt: beobachtet im Alltag beruflichen Trainings, der Qualifizierung und Platzierung? Wo zeigen sich besondere Probleme, Barrieren, was ist förderlich?
- Welche Rolle spielen die Krankheitssymptome bzw. die festgestellten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit und wie werden sie von den Betroffenen wahrgenommen und bearbeitet, wie von den Fachkräften festgestellt?

- Welche Unterstützung bzw. welche Rahmenbedingungen werden als förderlich beim Return to Work (RTW) und Stay at Work (SAW) seitens der Teilnehmer erlebt?
- Welche Nachbegleitungsangebote werden genutzt, zu welchen Problembereichen und von welchen Teilnehmern? Welche Formen der Nachsorgeangebote wünschen sich Rehabilitanden und welche erscheinen weniger hilfreich? Inwieweit akzeptieren Arbeitgeber Nachsorgeangebote, die die die Rehabilitanden am Arbeitsplatz unterstützen?
- Wie werden besondere Nachsorgebedarfe identifiziert?

Diese allgemeinen Fragen strukturierten das Forschungsvorgehen und wurden im Fortgang des Projektes prozessual durch Hinweise aus den Fokusgruppen, aus dem wissenschaftlichen Beirat und den Teilnehmer- und Expertengesprächen weiter differenziert. Die konkrete Frageformulierung folgte dem jeweiligen Gesprächsverlauf, um die subjektiven Relevanzhorizonte und Schwerpunktsetzungen der Rehabilitanden abzubilden. Die Expertengespräche waren stärker strukturiert (themenzentriert) und die Fragen wurden den Handlungsbereichen der befragten Experten angepasst.

#### 1.4 Nutzen der Studie

Den Nutzen und Verwendungsmöglichkeiten unserer Ergebnisse (siehe Kapitel 8) sehen wir abschließend in der

- Analyse der Zugangswege und Zuweisungskriterien zu einer verbesserten Reha-Steuerung aus der Perspektive aller beteiligten Akteure
- Reflexion charakteristischer Anpassungs- und Übergangsprobleme bei den Maßnahme Bestandteilen, bei der betrieblichen Erprobung (Praktikum) und beim Wechsel von der Maßnahme auf den Arbeitsmarkt aus Sicht aller Beteiligten, um die Maßnahmen noch stärker an die individuellen und im Verlauf auch wechselnden Bedarfe der Personen aus der sehr heterogenen Zielgruppe anzupassen
- Rekonstruktion von Verlaufskurven und Wegen der Maßnahmeteilnehmer innerhalb und nach Beendigung der Maßnahmen im BTZ, um mögliche kritische Übergänge zu identifizieren, Gründe für diskontinuierliche Maßnahmenverläufe bei den Teilnehmern

zu eruieren und ggf. erfolgversprechende Unterstützungsformate vorschlagen zu können.

- Erstellung von Handreichungen für eine zielgenaue und bedarfsgerechte Zuweisung unterstützungsbedürftiger Rehabilitanden (Fallvignetten) auf Basis der vergleichenden Fallstudien
- Prüfung, inwieweit Bestandteile unserer Ergebnisse auf andere Bereiche der beruflichen (Wieder-)Eingliederung als psychisch krank diagnostizierter Rehabilitanden übertragen werden können

Abschließend lässt sich sagen, dass unsere Studie eine Vielzahl von Aspekten der BTZ-Maßnahmen beleuchten, die ein wichtiger Teil von Rehabilitations- oder Integrationsprogrammen sein können und dazu dienen, Menschen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Einschränkungen durch gezielte Trainings, problemzentrierte psychologische und sozialpädagogische Gespräche und Erprobungs-, Fortbildungs- und Schulungsangebote auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten. Explizit sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass unsere Studie *keine* Evaluierung der Wirksamkeit von BTZ-Maßnahmen bietet, dafür ist allein in der Studie betrachtete Zeitraum von ca. einem Jahr in der Verlaufsuntersuchung zu knapp. Fragen zum RTW, also inwiefern die BTZ-Maßnahmen zu einer erfolgreichen Integration in den Arbeitsmarkt führen, können mit unseren Daten nicht eindeutig beantwortet werden. Dazu lässt sich auf die umfangreichen und gut dokumentierten Daten der Beender-Berichte der BAG-BTZ zurückgreifen.

Im Mittelpunkt der Studie steht die Identifikation von Erfolgsfaktoren, also die Frage welche Faktoren und Angebotsstrukturen (z. B. spezifische Trainingsinhalte, Methoden, Unterstützungssysteme, individuelle Betreuung) für einen Erfolg der Teilnehmer besonders förderlich sind. Die Beantwortung dieser Frage erfordert eine detaillierte und vertiefte Betrachtung und Analyse der Teilnehmerperspektive, um die Wahrnehmungen und Erfahrungen der Teilnehmer während der BTZ-Maßnahmen genauer zu verstehen. Dieser mikroanalytische Zugang soll die konkreten Herausforderungen identifizieren helfen, die Teilnehmer in den Programmen als eher hilfreich oder auch als hinderlich erleben und zudem klären, ob diese Einschätzungen von bestimmten Charakteristika der Teilnehmer abhängen (Alter, Geschlecht, Berufsbiografie, Art und Schwere der Beeinträchtigung, etc.) Dafür dienen

u.a. die Interviews mit Rehabilitanden (siehe Kapitel 5.2). Die Perspektiven und Einschätzungen der Betroffenen können so zu einer Verbesserung der Methoden und Inhalte der Maßnahmen beitragen. Dazu gehört auch die Untersuchung von Barrieren und Hindernissen, die die Effektivität der BTZ-Maßnahmen einschränken könnten (z. B. gesundheitliche, gesellschaftliche oder organisatorische Barrieren) um mögliche Verbesserungspotenziale aufzuzeigen, die die Teilnahmechancen und den Erfolg für eine breitere Zielgruppe erhöht.

## **2 Berufliche Trainingszentren als Leistungsanbieter der LTA**

Die seit ca. 40 Jahren existierenden Berufliche Trainingszentren in Deutschland, die aus der sozialpsychiatrischen Reformbewegung hervorgegangen sind, sind spezialisierte Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihrem (Wieder)einstieg in Arbeit begleiten und unterstützen. Ihre Entwicklung begann in den 1980er Jahren, als der Bedarf an spezifischen Rehabilitationsangeboten für diese Zielgruppe erkannt wurde. Die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation in Deutschland kann stichwortartig so zusammengefasst werden:

1. Frühere Ansätze der beruflichen Rehabilitation (bis in die 1960er Jahre): In den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts und bis in die 1960er Jahre gab es in Deutschland bereits Ansätze, Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Allerdings waren diese Bemühungen oft isoliert und nicht immer erfolgreich. Viele Menschen mit Behinderungen wurden in Werkstätten für behinderte Menschen untergebracht, die eine sehr geringe Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichten.
2. Gesetzliche Änderungen und Reformen (ab 1970er Jahre): Ab den 1970er Jahren setzte in Deutschland ein Wandel in der Gesetzgebung und in der Gesellschaft ein. Die deutsche Sozialgesetzgebung wurde so reformiert, dass sie Menschen mit Behinderungen nicht nur unterstützte, sondern auch die aktive Integration in den Arbeitsmarkt förderte. Es wurden verstärkt Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingeführt. (Vgl. Gesetz über die Beschäftigung Schwerbehinderter (SchwbG), BGBl. I 1974, S. 993; Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Allgemeiner Teil, BGBl. I 1975, S. 1081; Fünftes Gesetz zur Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes, BGBl. I

1970, S. 1337; Gesetz zur Förderung der Einstellung schwerbehinderter Menschen (Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes), BGBl. I 1975, S. 2022.)

3. Gründung der BTZ (ab den 1980er Jahren): Die Beruflichen Trainingszentren (BTZ) entstanden in dieser Zeit als ein neues Element der beruflichen Rehabilitation. Die Idee zielte darauf, Menschen mit physischen oder psychischen Einschränkungen die Möglichkeit zu eröffnen durch gezielte Trainings- und Qualifizierungsmaßnahmen ihre beruflichen Fähigkeiten zu verbessern und ihnen damit eine Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Inzwischen haben sich die BTZ als wichtige Säule im deutschen Versorgungssystem etabliert. Sie sind vor allem in großen Städten und Ballungsräumen zu finden, aber auch in ländlicheren Gebieten gibt es kleinere Standorte, die den Belangen des regionalen Arbeitsmarkts und der vorhandenen Qualifikationsstruktur Rechnung tragen und für Klienten besser erreichbar sind. Viele BTZ-Einrichtungen gehören zu größeren überregionalen Trägern, die oft noch weitere Fort,- und Weiterbildungsangebote im Bereich der LTA über ganz Deutschland verteilt anbieten (z. B. die FAW oder die SRH). Einige Einzelstandorte haben kleineren Außenstellen in ländlicheren Regionen. Eine Gesamtzahl aller BTZ-Standorte ist nur schwer exakt anzugeben. Die Trägerorganisationen geben folgende Zahlen an:

- 17 BTZ der faw, davon zwei Tagestrainings-Zentren (TTZ) (vgl. <https://www.faw-btz.de/>)
- 23 BTZ die in der BAG-BTZ zusammengeschlossen sind, davon 6 Standorte der Stiftung Rehabilitation Heidelberg (SRH) und zahlreiche Außenstellen der einzelnen Standorte, die in dieser Studie als eigene Standorte gelistet sind (vgl. <https://www.bag-btz.de/standorte/>)
- 6 BTZ der bfz (vgl. <https://btz.bfz.de/standorte/>)

BTZ sind ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX, wobei sich im Maßnahmenangebot der einzelnen Standorte z. T. große Unterschiede zeigen und auch Leistungen aus anderen Bereichen des SGB IX vorgehalten werden. Obwohl die Angebote sowohl in Bezeichnung, Konzeption und Ausgestaltung stark variieren, sind ihnen einige Hauptaufgaben gemeinsam:

- Förderung der beruflichen Fähigkeiten der Teilnehmer und gezielte Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt, z.B. durch Berufliches Training, Erwerbs bzw. Auffrischung grundlegender Kenntnisse im Umgang mit gängigen Softwarepaketen aber auch durch Bewerbungstraining, Präsentation von Ergebnissen vor Kollegen und Vorgesetzten, etc.
- Individuelle Förderung: Jeder Teilnehmer erhält eine maßgeschneiderte Unterstützung, die auf seine persönlichen Stärken und Schwächen abgestimmt ist. Dies kann sowohl praktische als auch theoretische Schulungen umfassen.
- Integration in den Arbeitsmarkt: Die BTZ arbeiten eng mit Unternehmen zusammen, um Praktika bzw. berufliche Erprobungen und Arbeitsplätze für die Teilnehmer zu schaffen und sie bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt zu unterstützen.
- Soziale und persönliche Entwicklung: Neben der beruflichen Qualifizierung legen die BTZ auch Wert auf die soziale und persönliche Entwicklung der Teilnehmer, um ihre Selbstständigkeit, Selbstsorge und Lebensqualität zu verbessern.
- Beratung und Unterstützung: Die BTZ bieten umfassende sozialarbeiterische und psychologische Beratungsdienste an, um den Teilnehmern bei der Bewältigung von Herausforderungen im Berufsleben, bei der Krankheitsbewältigung und im Alltag zu helfen.
- Vorbereitung auf Weiterqualifizierung: Klienten, die krankheitsbedingt nicht mehr in ihrem bisherigen Beruf arbeiten können, werden Wege z.B. zu einer einjährigen Anpassungsqualifizierung oder zu einer zweijährigen Umschulung (etwa in einem BFW) eröffnet, ggf. durch das vorgeschaltete Angebot von RVL oder RVT-Trainings

Die konkreten Maßnahmen und ihre Bezeichnungen, die in den unterschiedlichen BTZ angeboten werden, sind insbesondere im Rahmen der Hospitationen noch einmal genauer betrachtet und werden deshalb in Kapitel 5.3.3 ausführlicher dargestellt. In unserer Studie haben wir die Aussagen der Teilnehmer und der Fachkräfte zu den einzelnen Maßnahme Bestandteilen (Assessment, Arbeitserprobung, EBA, BT, Praktika etc.) erhoben, aber mit Ausnahme des Praktikums keine der Maßnahmen für sich genommen gesondert analysiert.

### 3 Forschungsstand zum RTW psychisch beeinträchtigter Menschen im BTZ

Da es, wie weiter unten erläutert wird, speziell zu den BTZ bislang nur wenig einschlägige Untersuchungen gibt, wird die Forschungslandschaft zur Beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kurz – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – umrissen, um die zentralen Themen anzusprechen, die auch für die Arbeit und die Herausforderungen der BTZ relevant sind. Die zentrale Fragestellung der einschlägigen Studien richtet sich auf die förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Einmündung bzw. – mehrheitlich – bei der Rückkehr von Menschen aus der Zielgruppe der schwerer psychisch beeinträchtigten Menschen in Arbeit (von Kardorff, 2024). Mit Blick auf die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation bzw. der konkreten Einzelmaßnahmen der LTA gibt es eine breit gestreute Evaluationsliteratur, die insgesamt zu dem nicht ganz überraschenden Ergebnis kommt, dass die eingesetzten Maßnahmen insgesamt nicht nur die Chancen auf einen RTW erhöhen, sondern auch ganz konkret dabei recht erfolgreich sind (Blank et al., 2021). Im Einzelnen werden dabei eine Vielzahl von Einflussgrößen genannt, so dass in zusammenfassenden Übersichten immer von multifaktorieller Bedingtheit ausgegangen wird (von Kardorff, 2022). Dennoch haben sich einige zentrale förderliche *personenbezogene Faktoren* herauskristallisiert, die in Übersichtsarbeiten meist übereinstimmend genannt werden. Dazu gehören unter anderem ein positives Selbstwirksamkeitserleben, dispositioneller Optimismus/positive Zukunftserwartungen, ein starker Wunsch nach Rückkehr auf den Arbeitsmarkt, realistische Selbsteinschätzung und Akzeptanz der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und temporären Rückschlägen (Resilienzfaktoren). Auf der Ebene *sozialer Beziehungen* werden übereinstimmend soziale Eingebundenheit und Partnerschaft als positive Prädiktoren für einen erfolgreichen RTW genannt. Mit Blick auf die *Krankheitsverlaufskurven* gelten Anerkennung der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Bemühungen zur Neujustierung des Selbstbildes und Kompetenzen im Umgang mit den Beeinträchtigungen („Krankheitsbewältigung“) als positive Indikatoren, früher Krankheitsbeginn, lange Zeiten von Arbeitslosengeld, AU- und Krankengeldbezug, und damit erkennbar diskontinuierliche Berufsbiografien als Risikofaktoren für einen nachhaltigen RTW.

Mit Blick auf die *Seite der Maßnahmen* zeigt sich, dass ein Erfolgsfaktor für die (Wieder-)Eingliederung in einem an konkreten Beeinträchtigungen unter Zuhilfenahme von ICF-

Kriterien orientierten Assessment besteht, das zusammen mit einem partizipativen Fallmanagement die besonderen individuellen Problemlagen und die heterogenen biografischen Konstellationen der unter dem Begriff Menschen mit „schweren psychische Störung“ zusammengefassten Zielgruppe am besten abbilden kann. Mit Blick auf die aus der Versorgungspraxis stammende Literatur und die Empfehlung zur Förderung von RTW zeigen sich hohe Übereinstimmungen in den sozialpädagogischen Strategien und den psychologischen wie auch berufspraktischen Beratungsthemen; Konsens besteht unter den Fachkräften der sozialpsychiatrischen beruflichen Rehabilitation in der Betonung einer praxisnahen Gestaltung von Fördermaßnahmen. Systematische Vergleiche in Bezug auf die Wirksamkeit und Effizienz einzelner Maßnahmen sind selten und wo die Vergleiche stattfinden, etwa zwischen Supported Employment (SE) („first place and then train“) und Prevocational Training (PVT), ist nicht immer klar, ob tatsächlich gleiche Ausgangslagen (nicht nur Personen mit gleiche Diagnosen) miteinander verglichen wurden und wie sehr sich ggf. die einzelnen unterstützenden Hilfen beider Interventionsformen tatsächlich voneinander unterscheiden und inwieweit weitergehende Ziele wie berufliche Weiterbildung und Passfähigkeit der Qualifikationen für einen sich wandelnden Arbeitsmarkt konzeptionell und arbeitsmarktpolitisch berücksichtigt werden (hierzu weiter unten und ausführlicher in Kapitel 6).

Auf der Ebene des *Arbeitsmarkts* sind es vor allem die Bereitschaft des Arbeitgebers zur Einstellung bzw. Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern mit psychischen Auffälligkeiten, Fähigkeit und Bereitschaft beider Seiten zur Aushandlung von Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsfeldern, die mit bleibenden gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen auf der einen und den betrieblichen Bedingungen und Prozessen auf der anderen Seite kompatibel sind. Nicht zu unterschätzen ist die Rolle von Stigmatisierung und Stigmatisierungsängsten für eine gelingende Platzierung bzw. Wiedereingliederung. Schließlich kann die Angebotsstruktur des regionalen Arbeitsmarkts für eine nachhaltige Integration förderlich, aber auch hinderlich sein.

Die folgende Abbildung 1 aus einer Metasynthese zu RTW-Studien bei chronischen Krankheiten (unter Einschluss psychischer Krankheiten) stellt auf einer abstrakten Ebene die Bedingungsbeziehungen dar, die in Forschung und Praxis bei dem RTW zu berücksichtigen sind (Schwarz et al., 2024, S. 47). In diesem Modell wird zudem deutlich, dass die (Wieder-

)Eingliederung in den Beruf im Vordergrund steht, aber das Leben mit einer Beeinträchtigung auch von der individuellen Lebensgeschichte und den konkreten Lebensbedingungen im privaten Leben geprägt ist und bei der beruflichen Rehabilitation nicht außen vor bleiben kann.

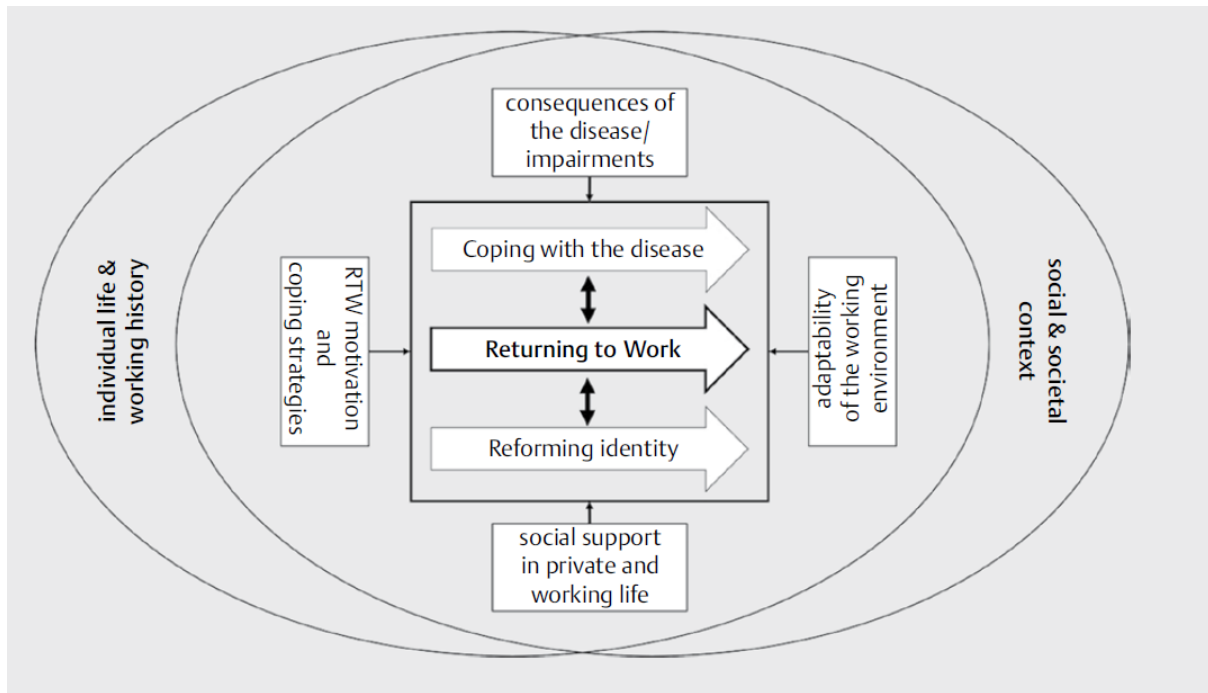


Abbildung 1: Bedingungs- und Prozesszusammenhänge für eine erfolgreiche RTW

Trotz der im Vorhergehenden kurz zusammengefassten Gemeinsamkeiten von förderlichen Faktoren und Barrieren ist der Forschungsstand zur beruflichen Erst – und Wiedereingliederung (RTW) und zur Beschäftigungssicherung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen/Störungen/Krankheiten inzwischen kaum noch zu überblicken und unübersichtlich, teilweise überschneidet er sich auch mit Studien zum RTW, bei denen nicht zwischen körperlichen oder psychischen Krankheiten unterschieden wird. Im Folgenden werden zu einzelnen ausgewählten Aspekten einige systematische Literaturübersichten genannt.

Die Anlage und Themen der einschlägigen Untersuchungen lassen sich z. B. nach Studien einteilen, die den RTW nach *diagnosespezifischen Zielgruppen* analysieren (statt vieler, eine Meta-Analyse zu berufsbezogenen Interventionen bei Erwerbslosen mit Ängsten und Depressionen bei Arena et al. 2023) analysieren oder sich auf *Schweregrade der Beeinträchtigung* richten, etwa nach „common mental disorders“ (vgl. z. B. eine systematische Literaturanalyse bei Fadyl et al., 2020) oder nach „schweren psychischen Störungen“ (vgl.

Definition und quantitative Ausprägung in Deutschland: Gühne et al., 2015; Übersichten über *vocational rehabilitation* bei schweren psychischen Störungen: Stengler et al., 2014; Suijkerbuijk et al., 2017), sich auf die Evaluation bestimmter Interventionsformen (für Individual Placement and Support z. B.: Modini et al., 2016) richten. In diesen systematischen Literaturanalysen werden jeweils unterschiedliche Aspekte des RTW von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen fokussiert. Interessanterweise stehen auch in der internationalen Literatur Gesichtspunkte des Alters und Geschlechts sowie der sozialen Lage eher selten im Fokus.

In der deutschen Rehabilitationslandschaft finden sich eine Reihe von Studien, die den Beitrag einzelner Einrichtungen bzw. Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation für die Zielgruppe zum Gegenstand haben: etwa zu Berufsförderungswerken (Meschnig et al., 2019; Burzlaff, 2023; Dreßke et al., 2024; Dreßke et al. 2025). Studien zu den BTZ in Deutschland gibt es allerdings nur in geringem Umfang; dies betrifft Studien zur Klientel, zu Ablaufprozessen, zur Einbindung in das Versorgungssystem als auch Studien zur Evaluation. Daran hat sich auch während der Zeit der Arbeit an unserer vorliegenden BTZ-Studie nicht geändert: Neben Selbstberichten der BTZ wie den instruktiven „Beender-Studien“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der BTZ (BAG BTZ, 2023; Kilian, 2019), Qualitätsstandards der BAG-BTZ ([https://www.bag-btz.de/site/assets/files/1394/download-qualitätsstandards\\_bag.pdf](https://www.bag-btz.de/site/assets/files/1394/download-qualitätsstandards_bag.pdf)) sowie Praxisberichten etwa zum ICF basierten Screening aus einzelnen BTZ-Einrichtungen gibt es nur wenige Studien, die sich mit einzelnen Maßnahmen wie der „Erweiterten Berufsfindung und Arbeitserprobung (EBA)“ und Drop-out-Quoten im BTZ (Borisch, 2015), mit Spezialfragen wie der Ressourcenwahrnehmung beruflicher Rehabilitanden (Eichert, 2016) beschäftigen oder die Sicht aller an der beruflichen Rehabilitation Beteiligten und der Rehabilitanden (Eichert, 2025) zu Thema machen, psychologische Parametern für den Erfolg beruflicher Rehabilitation psychisch kranker Menschen (Gericke, 2011) benennen oder unterschiedliche (gemeindenähe) Einrichtungen (RPK und BTZ) hinsichtlich ihres Eingliederungserfolgs miteinander vergleichen (Brieger, Valgao & Watzke, 2006) oder Zugangswege zur RPK untersuchen (Stengler u.a., 2015b). Die geringe Anzahl an Studien zum BTZ dürfte zum einen an der kleinen Anzahl der Einrichtungen und ihrer unterschiedlichen Träger liegen, vor allem aber auch daran, dass diese spezielle Organisationsform kein internationales Äquivalent besitzt. Wendet man nämlich den Blick auf

Studien zur beruflichen Erst- und Wiedereingliederung (schwerer) psychisch beeinträchtigter Menschen, ist die Menge der einschlägigen Veröffentlichungen insbesondere der internationalen Forschung äußerst umfangreich, bezogen auf Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung der Zielgruppe existieren vor allem Wirksamkeitsstudien zum SE (Modini et al., 2016). Aus forschungsökonomischen Gründen konzentrieren wir uns auf Studien, die Rehabilitanden mit schweren psychischen Erkrankungen/Severe Mental Illnesses in den Blick nehmen und den Übergang in Qualifizierung und Beschäftigung oder die Begleitung bei der Platzierung im Betrieb fokussieren (vgl. aktuelle Zusammenfassungen bei: Stengler, Riedel-Heller & Becker, 2014; Gühne & Riedel-Heller, 2015). In der englischsprachigen Forschung stehen Studien zum SE/UB bei psychischen Krankheiten im Vordergrund<sup>6</sup>: in einer Meta-Analyse kommen Modini u.a. (2016) zu dem schon von anderen Übersichtsarbeiten (z. B. Crowther et al., 2001) gefundenen Ergebnis: „Individual placement and support is an effective intervention across a variety of settings and economic conditions and is more than twice as likely to lead to competitive employment when compared with traditional vocational rehabilitation.“

Inwieweit diese Ergebnisse mit Blick auf den (Wieder-)Eingliederungserfolg auf die Situation in Deutschland übertragbar sind, muss aufgrund des mit dem angelsächsischen System nicht vergleichbaren Berufsbildungssystems und den damit verbundenen Erwartungen offenbleiben (vgl. Kilian, 2016; kontrovers: Stengler & Becker 2016). Daher geht es uns *nicht* um einen „Test“ der unterschiedlichen „Philosophien“ bei der beruflichen Eingliederung der Zielgruppe, sondern um Kriterien für eine differenzierte Zuweisung zu *Prevocational Training* oder zu einer *direkten betrieblichen Platzierung* (vgl. Kapitel 6). Dabei knüpfen wir an einer biografisch informierten und auf konkreter Beobachtung basierten Perspektive an. In einer aktuellen Studie stellt Knispel (2019) die Bedeutung der Erwerbsbiografien für die berufliche Rehabilitation (u.a. bei BTZ und BFWs) heraus und gelangt zu ähnlichen Ergebnissen wie unsere Arbeitsgruppe (Meschnig et al., 2019). Zur Frage des Zugangs und der

---

<sup>6</sup> Anders als im internationalen Raum wird SE im deutschsprachigen Raum bislang vor allem im bei Menschen mit geistiger Behinderung praktiziert (Doose 2007); von frühen Initiativen der DGSP und der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg abgesehen, wurde der Ansatz des SE vor allem in der Schweiz Mitte der 80er Jahre konzeptionell und praktisch für psychisch Kranke weiterentwickelt (Hoffmann 2013). Im deutschen Sozialrecht ist UB – hier enger als das SE- Konzept- an den besonderen Unterstützungsbedarf bei drohender oder schon eingetretener Schwerbehinderung gebunden (§ 55 SGB IX).

Zuweisungsprozesse zu BTZs und vergleichbaren Anbietern liegen bislang keine Studien vor<sup>7</sup>. Das gilt ebenso für die Analyse der konkreten Prozesse der Platzierung im Betrieb.

Vor dem Hintergrund der kurz skizzierten Forschungslage und der noch offenen Forschungsdesiderate haben wir uns darauf konzentriert,

- (1) Die Zuweisungsprozesse zum BTZ im Kontext seiner Scharnierfunktion zwischen psychiatrischem Versorgungssystem, Erwerbslosigkeit und psychosomatischer Rehabilitation auf der Ebene der bislang in der Forschung nicht analysierten, aber für die Praxis einer zielgenauen Steuerung zentralen Verwaltungsverfahren und der durch die Fachkräfte umgesetzten Verwaltungspraxis zu untersuchen und diese Prozesse im Blick der zugewiesenen Rehabilitanden zu spiegeln. Bei dieser Analyse geht es nicht nur darum, die konkreten Prozesse der Zuweisung durch die beiden zentralen Kostenträger (Bundesagentur für Arbeit und Rentenversicherung) aufzuhellen, sondern um die Frage, inwieweit die „richtigen“ Personen in das BTZ kommen, das neben seiner eigenständigen Vorbereitung auf die (Wieder-)Eingliederung auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt aber selbst eine für die zuweisenden Einrichtungen mittels des Assessments auch eine Filterfunktion für die Zuweisung zu intensiveren Maßnahmen wie sie in den RPK-Einrichtungen angeboten werden, zu den WfbM oder nach Abschluss des BT zu weiterführenden Qualifikationen besitzt.
- (2) Die internen Verlaufsprozesse im BTZ an den Übergängen zwischen einzelnen Maßnahmen bis zum Übergang auf den Arbeitsmarkt oder in eine weitere berufliche Qualifizierungsmaßnahme anhand der Ablaufstrukturen im BTZ, vor allem aber aus der Perspektive der Maßnahmeteilnehmer zu rekonstruieren um die besonderen Herausforderungen der Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt für Menschen mit (schweren) psychischen Störungen herauszuarbeiten. Damit systematisieren wir einerseits das teils in der „grauen“ Literatur dokumentierte und das in der Praxis vorhandene Wissen und suchen besonders anhand exemplarisch vergleichender Fallstudien auch neue Erkenntnisse zu den bei aller Heterogenität charakteristischen

---

<sup>7</sup> Aus projektvorbereitenden Gesprächen geht hervor, dass bislang die Nutzung der Angebote eines BTZ in einem starken Zusammenhang mit der akquirierenden Eigeninitiative der Vertreter der beruflichen Trainingszentren zu stehen scheint.

Problemkonstellationen der Klientel der BTZ. Mit diesem Vorgehen berücksichtigen wir einerseits die Einflussgrößen wie sie in einem allgemeinen Modell des RTW im internationalen Forschungsstand zu finden sind (vgl. Abbildung 1 zu Beginn dieses Kapitels: Schwarz et al., 2024), andererseits beleuchten wir die spezielle Dynamik des Zusammenspiels personaler, einrichtungsbezogener und externer Faktoren bei der Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

- (3) Mit Blick auf den Forschungsstand fällt schließlich auf, dass nur wenige Studien Interaktionsprozesse, wie sie etwa in Aufnahmegesprächen, bei Rückmeldungen in der Gruppe oder im Beruflichen Training stattfinden, in den Blick nehmen, und damit der Prozess, der zu einem gelungenen oder gescheiterten RTW führt, bei vielen Studien eine Art „Black Box“ ist. In der Mehrzahl der quantitativen Studien wird dabei nach einzelnen Wirkfaktoren, meist personale Aspekte (Diagnose, Schwere der Beeinträchtigung, vorausgehende AU-Zeiten, etc. oder Maßnahmentypus, Einrichtungsart, etc.), gesucht, die – vielleicht etwas vorschnell – allein auf den „outcome“, also den RTW und seine Nachhaltigkeit (die Studien haben hier unterschiedlich lange Zeiträume im Blick: zwischen 6 , 12 und 24 Monaten – oder auf den Social Return on Investment gerichtet sind und damit die unserer Ansicht nach wichtigen subjektiv sinnhaften Lernprozesse auf dem Weg zu einem Leben mit bedingter psychischer Gesundheit nicht erfassen; diese Lernprozesse, so unsere Annahme, spielen bei einem gelingenden RTW gerade auch mit Blick auf die weitere Gestaltung des Arbeitslebens eine gewichtige Rolle. Mit Hilfe der ursprünglich vorgesehenen, aber aus Gründen der mangelnden Teilnahmebereitschaft gescheiterten „Go-Alongs“ wollten wir diese Prozesse detaillierter nachverfolgen. Durch die schließlich gewählten Hospitationen (vgl. Kapitel 5) konnten wir dennoch Einblicke in die konkrete Dynamik der Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt gewinnen. Das Zusammenspiel bei der Vorbereitung des (Wieder-)Einstiegs auf den Arbeitsmarkt wird auch von den gemeinsamen, aber auch differenten Perspektiven der konkreten Akteure – hier vor allem der Fachkräfte auf der einen und der Rehabilitanden auf der anderen Seite geprägt; wie Eichert in einem Vergleich beider Perspektiven in der beruflichen Rehabilitation psychisch beeinträchtigter Menschen gezeigt hat, zeigen

sich hier vielfache für den RTW zentrale Gemeinsamkeiten (Eichert, 2025), die so vermuten wir auf langjährige Interaktionsprozesse zurückgehen. In unserer Studie haben wir diese unterschiedlichen Perspektiven speziell für die BTZ auf Basis von Experteninterviews und Gesprächen mit den Rehabilitanden zu erfassen gesucht (vgl. Kap. 3 und 4).

Mit Blick auf den Forschungsstand haben wir mit unserer Perspektive versucht, die Forschungslücke im prozessualen Ablauf für die BTZ ein Stück weit zu schließen und darauf aufbauend einige Empfehlungen entwickelt.

## **4 Forschungsdesign**

### *4.1 Studiendesign und Erhebungsmethoden*

Zur Beantwortung der wichtigsten Fragestellungen unserer Studie wurde ein Mixed-Methods-Design mit einem qualitativen Schwerpunkt gewählt. Dabei wurden die unterschiedlichen Akteure des untersuchten Feldes zu mehreren Zeitpunkten mit Hilfe verschiedener Methoden befragt.

Eine Fragebogenerhebung zu zwei Zeitpunkten (zu Beginn der Maßnahme und etwa 12 Monate später) ermöglichte neben einer detaillierten Beschreibung der Zielgruppe im BTZ durch die Erhebung soziodemografischer Daten auch einen Blick auf persönliche Veränderungen der Rehabilitanden im Verlauf der Maßnahme. Die aus den Rückläufern der Fragebogenerhebung ausgewählten Gesprächspartner für die narrativ-episodischen Interviews liefern, anknüpfend an die Messzeitpunkte der Fragebogenstudie, tiefgehende Berichte der Lebens- bzw. Berufsbiografie sowie den Verlauf der beruflichen Rehabilitation. Die über den Erhebungszeitraum durchgeführten Hospitationen in ausgewählten Beruflichen Trainingszentren geben einen Einblick in z. T. in den Interviews beschriebenen und auch durch die Fragebogenstudie erhobenen alltäglichen Abläufe innerhalb der Einrichtungen. Die durchgeführten Fokusgruppen und die ständige Rückkopplung unserer Ergebnisse mit dem Projektbeirat dienen der Klärung spezifischer Fragen (z. B. der Fragebogenkonstruktion) und des routinemäßigen Projekt-Monitorings.

Die sequenzielle Verknüpfung der erhaltenen Daten erfolgt in der Analyse und Synopse der Ergebnisse. Hierzu werden aufgeworfene Fragen und Themen datenübergreifend diskutiert,

etwaige Paradoxien dargestellt und zentrale Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Forschungsziele mit Hilfe verschiedener Daten untermauert. Im Folgenden werden die Methoden der o. g. Teilstudien beleuchtet.

## 4.2 Quantitativer Teil: Fragebogenstudie

### *4.2.1 Ziel der Fragebogenerhebung*

Ziel der längsschnittlichen Fragebogenerhebung im Prä-Post-Design zu zwei Messzeitpunkten war eine differenzierte Darstellung der befragten Zielgruppe. Neben soziodemografischen Daten sollten auch Krankheits-, Berufs- bzw. Maßnahmenverläufe sowie Erwartungen an die Berufliche Reha im BTZ erfasst werden. Im zweiten Fragebogen (siehe Anhang), zeitlich etwa ein Jahr nach dem ersten ausgegeben, spielten dann retrospektive Bewertungen von Beratungsangeboten und Übergängen (etwa in Arbeit oder eine andere Maßnahme) eine zentrale Rolle. Zu betonen ist an dieser Stelle, dass es sich auch bei der Erfassung z. B. der aktuellen Arbeitsfähigkeit oder der gesundheitlichen Situation der Teilnehmer nicht um eine Evaluation der Maßnahmen im BTZ handelt. Das vorliegende Design, Stichwort: Limitationen, war dafür nicht ausgelegt. Hier hätten, soweit dies überhaupt möglich ist, randomisierte und kontrollierte Interventions- und Kontrollgruppen miteinander verglichen werden müssen und das über einen deutlich längeren Zeitraum von mehreren Jahren, um einen tatsächlichen Effekt im Sinne eines (nicht) erfolgreichen RTW zu messen. Alle von uns untersuchten Veränderungen, insbesondere der gesundheitlichen Situationen, dienen in der späteren sequenziellen Verknüpfung der quantitativen sowie qualitativen Ergebnisse zur Stützung abgeleiteter Thesen der qualitativen Untersuchung.

### *4.2.2 Fragebogenkonstruktion, Pilotierung, Aufbau*

Die Konstruktion der beiden Fragebögen orientierte sich an den leitenden Forschungsfragen der Studie (siehe Kapitel 1.3) und zielte darauf ab, relevante Aspekte der Stichprobe sowie zentrale Themenbereiche im Längsschnitt zu erfassen. Die Themenblöcke wurden dabei nicht zufällig gesetzt, sondern basierten auf inhaltlichen Überlegungen:

- Ergebnissen aus den BAG BTZ Beender-Berichten (2023),

- einer Fokusgruppe mit Vertretern der BAG BTZ sowie der BTZ der faw und
- wissenschaftlichen Erkenntnissen zu wichtigen Faktoren der beruflichen Rehabilitation.

Der erste Fragebogen enthält acht thematische Blöcke:

1. *Soziodemografische Daten*: Erhebung von Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Bildungsstand und Lebenssituation
2. *Krankheitsgeschichte*: Abfrage zu psychischen Erkrankungen, selbstberichteten Symptomen und medizinischen Diagnosen sowie zur aktuellen gesundheitlichen Situation
3. *Vorangegangene Behandlungen und Angebote*: Erhebung der therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen, die vor dem Eintritt ins BTZ in Anspruch genommen wurden
4. *Zugang zum BTZ*: Fokus auf den Zugang zur Maßnahme, inklusive Beratung und Diagnostik
5. *Bewilligte Maßnahmen und Erwartungen*: Erfassung der bewilligten Reha-Maßnahmen und der daran geknüpften Erwartungen
6. *Arbeitsfähigkeit*: Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit anhand von zwei Items des Work Ability Index (WAI)
7. *Soziale Einbindung*: Fragen zur sozialen Unterstützung und Integration
8. *Berufliche Zukunft und Lebenszufriedenheit*: Einschätzung der beruflichen Perspektive und der aktuellen Lebenszufriedenheit

Der erste Fragebogen wurde in zwei Formaten zur Verfügung gestellt: als Paper-Pencil-Version sowie als Online-Version über LimeSurvey. Die Online-Version sollte insbesondere „Digital Natives“ ansprechen und die Rücklaufquote erhöhen. Die Befragten bekamen über ihre jeweilige Einrichtung einen QR-Code sowie einen individuellen Zugangscode auf dem gedruckten Fragebogen.

Der zweite Fragebogen wurde auf Basis der Erkenntnisse aus der ersten Befragung und den Pilotierungsergebnissen entwickelt. Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote der Online-Version

wurde der zweite Fragebogen neben der Paper-Pencil-Version alternativ als ausfüllbares PDF-Formular zur Verfügung gestellt. Dies ermöglichte den Befragten den Fragebogen digital auszufüllen und per E-Mail zurückzusenden.

Der zweite Fragebogen umfasste folgende thematische Blöcke:

1. *Soziodemografische Basisdaten*: Erhebung zur Kontrolle potenzieller Veränderungen.
2. *Formale Angaben zur Maßnahme*: Abfrage zu Dauer und Inhalten der durchlaufenen BTZ-Maßnahme.
3. *Erfahrungen und Erwartungen*: Bewertung der Erfahrungen im BTZ und der Erfüllung von Erwartungen.
4. *Weiterer beruflicher Verlauf*: Differenzierung zwischen unmittelbarem und langfristigen Übergang in Arbeit oder Qualifizierung.
5. *Gesundheitliche Situation*: Wiederholung der Fragen zur gesundheitlichen Lage zur Erhebung von Veränderungen im Zeitverlauf.
6. *Arbeitsfähigkeit*: Analoge Erhebung wie im ersten Fragebogen zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse.
7. *Soziale Einbindung und Lebenszufriedenheit*: Einschätzung der aktuellen sozialen Lage sowie der Zufriedenheit mit dem gesamten Maßnahmenverlauf.

Beide Fragebögen wurden vor der finalen Erhebung im Rahmen einer Pilotierung mit Teilnehmern eines BTZ getestet. Sie erfolgte in einem Berliner BTZ und umfasste ca. 15 Rehabilitanden, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in unterschiedlichen Phasen der BTZ-Maßnahme befanden. Dabei wurde gezielt die Verständlichkeit der Fragen, die Vollständigkeit der Antwortkategorien sowie die Bearbeitungszeit von uns geprüft.

Auf Basis der Rückmeldungen der Pilotierung wurden folgende Anpassungen am Fragebogen vorgenommen:

- *sprachliche Vereinfachungen* bei komplexen Begriffen und Formulierungen
- *Erweiterung der Antwortkategorien* zur besseren Abdeckung spezifischer Lebenssituationen (z. B. „ambulant betreutes Wohnen“)

- *Ergänzung eines offenen Antwortformats* in sensiblen Bereichen wie psychischen Erkrankungen und persönlichen Erwartungen
- *Verkürzung der Gesamtlänge* durch Zusammenführung inhaltlich ähnlicher Fragen

Die finale Version der Fragebögen wurde abschließend in Abstimmung mit dem Projektbeirat verabschiedet.

#### 4.2.3 *Versendung und Verteilung der Fragebögen*

Nach Absprache mit den Standortleitungen bzw. den für das Projekt zuständigen Mitarbeiter der BTZ wurden zu  $t_0$  jeweils nur so viele Fragebögen an die einzelnen Standorte versendet, wie Teilnehmer im ersten Erhebungszeitraum in den jeweiligen Standorten erwartet wurden.

Die Studienunterlagen beinhalteten:

- ausführliche Informationen zur Studie für Teilnehmende und Mitarbeiter und eine ausführliche Aufklärung zum Datenschutz entsprechend DSGVO (siehe Anhang)
- eine Erklärung zur Einwilligung der Datenverarbeitung und erneuten Kontaktaufnahme zu  $t_1$  in doppelter Ausführung (siehe Anhang)
- eine Informationsbroschüre für Teilnehmer mit allgemeinen Informationen zur Studie sowie eine Informationsbroschüre für Fachkräfte im BTZ (siehe Anhang)
- einen frankierten Rückumschlag
- den Fragenbogen  $t_0$  mit einem QR-Code zur alternativen Online-Abfrage der Items über LimeSurvey (siehe Anhang)
- Info-Poster für den Aushang im Gebäude (siehe Anhang)

Auf die tatsächliche Verteilung der Unterlagen in den jeweiligen Einrichtungen hatte das Projektteam nur bedingt weiteren Einfluss. Standorte, von denen im Laufe der Erhebung nur wenige oder keine Fragebögen zurückkamen, kontaktieren wir im Laufe des Erhebungszeitraumes regelmäßig und klärten auftretende Probleme (z. B. Wechsel der zuständigen Personen vor Ort, Probleme beim Paketversand, etc.).

Insgesamt wurden zu  $t_0$  an 57 Einzelstandorte (inkl. Außenstellen) Fragebögen für 3.748 potenzielle Teilnehmer verschickt, davon 2.448 (65,3 %) an die BTZ der BAG, 1.190 (31,8 %)

an die BTZ der faw und 110 (2,9 %) an die BTZ der bfz. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden die Teilnehmer, die sich im ersten Fragebogen zur weiteren Teilnahme bereit erklärt hatten, direkt kontaktiert. Insgesamt wurden der zweite Fragebogen 547 Personen auf digitalem (PDF-Formular) bzw. postalischem (gedruckter Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag) Weg zugesandt. Für den ersten Erhebungszeitpunkt konnten insgesamt  $n_0 = 734$  Bögen zur Auswertung herangezogen werden, für die zweite Befragung waren es  $n_1 = 206$ , was ein Drop-Out von etwa 71,9 % ergibt.

Um die Rücklaufquoten beider Erhebungszeitpunkte genauer zu bestimmen, wurden die BTZ im Anschluss an die erste Erhebungsphase aufgefordert, die nicht ausgehändigten Bögen (z. B. aufgrund geringerer Teilnehmerzahl als erwartet) an unser Institut zurückzusenden. Dieser Bitte kamen 36 von 57 Standorten nach, woraufhin sich die Zahl der tatsächlich an Rehabilitanden ausgehändigten Bögen auf 2.858 reduzierte. Die entsprechend angenäherte Rücklaufquote von 25,7 % zu  $t_0$  ist somit wahrscheinlich noch höher, kann jedoch aufgrund der fehlenden Rücksendungen der Einrichtungen nicht exakt berechnet werden. Für die Versendung der Fragebögen zum zweiten Erhebungszeitpunkt lagen dem Forschungsteam der BWS von insgesamt 547 Teilnehmern Kontaktdaten (Mail- bzw. Postadressen) vor. Nach der ersten Versendung kamen 22 Benachrichtigungen (Mail bzw. postalisch) mit dem Hinweis auf Nicht-Zustellbarkeit zurück, weshalb die tatsächliche Rücklaufquote 206 von 525, also etwa 39,2 % zu  $t_1$  beträgt. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass ursprünglich angegebene Mailadressen womöglich nicht mehr genutzt wurden bzw. Teilnehmer verzogen waren, darüber jedoch keine Benachrichtigungen an unser Institut geschickt wurden, weshalb auch hier die reale Rücklaufquote wahrscheinlich höher liegt. Unabhängig davon war der Rücklauf mehr als zufriedenstellend, berücksichtigt man insbesondere die hohe Vulnerabilität der befragten Zielgruppe.

#### *4.2.4 Auswertungsstrategie*

Zur Analyse der Daten wurden verschiedene statistische Tests angewendet, um Veränderungen sowohl in kontinuierlichen als auch in dichotomen Variablen zu untersuchen. Unterschiede in kontinuierlichen Variablen zwischen den beiden Zeitpunkten wurden mithilfe

des gepaarten t-Tests geprüft. Für dichotome Variablen (z. B. Ja/Nein-Antworten) kam der McNemar-Test zum Einsatz.

Die Studie untersuchte auch die Gründe für psychische Erkrankungen unter Berücksichtigung des Geschlechts. Dabei wurden Analysen sowohl inklusive als auch exklusive diverser Geschlechter durchgeführt, da die Gruppengröße in dieser Kategorie mit nur 12 Personen klein war. Bei den Analysen zum RTW und der Frage zur Zufriedenheit mit dem Übergang in den Arbeitsmarkt (t1 F36) wurden nur die Personen einbezogen, die sich nicht mehr im BTZ befanden.

Um die Ergebnisse der RTW-Analysen visuell darzustellen, wurde ein Alluvial-Plot verwendet. Ergänzend wurde eine Kreuztabelle erstellt, die Einblicke in die absoluten Zahlen bietet und zusätzlich nach Altersgruppe stratifiziert dargestellt wird.

#### *4.2.5 Limitationen und Gütekriterien*

Ein wichtiges Ergebnis der Studie war die hohe Dropout-Rate. Von den ursprünglich 735 Teilnehmenden zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) nahmen nur noch 206 Personen am zweiten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) teil. Diese hohe Ausfallquote führte zu einem Attrition Bias, da sich die Personen, die aus der Studie ausschieden, systematisch von denen unterschieden, die bis zum Ende verblieben. Besonders auffällig war, dass Teilnehmende mit höherem Bildungsniveau häufiger den zweiten Fragebogen ausfüllten als jene mit niedrigerem Bildungsniveau. Hingegen zeigte sich beim Gesundheitszustand und der körperlichen Arbeitsfähigkeit keine systematische Verzerrung.

Ein weiterer Punkt, der die Analysen beeinflusste, war die Tatsache, dass einige Teilnehmende beim Ausfüllen des zweiten Fragebogens sich noch in der Maßnahme befanden. Diese Personen ( $n = 29$ ) wurden in allen Analysen, die den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt betreffen, ausgeschlossen, was die Stichprobengröße zu  $t_1$  reduzierte.

Folgende *Limitationen* der Studie sind an dieser Stelle festzuhalten:

- *Fehlende Kontrollgruppe*: Da die Studie ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde, ist es schwierig festzustellen, ob die beobachteten Veränderungen tatsächlich auf die

Maßnahme zurückzuführen sind oder ob andere Faktoren, wie zeitliche oder umweltbedingte Einflüsse, eine Rolle spielen.

- *Lerneffekte und Erinnerungen:* Es ist möglich, dass Teilnehmende sich an ihre Antworten aus dem ersten Fragebogen erinnern, was ihre Antworten beim zweiten Messzeitpunkt beeinflusst haben könnte.
- *Zwei Messzeitpunkte:* Durch die Beschränkung auf zwei Messzeitpunkte ist die Aussagekraft bezüglich des Verlaufs möglicher Veränderungen begrenzt. Es bleibt unklar, ob Veränderungen sofort oder allmählich eingetreten sind und ob sie langfristig anhalten.
- *Statistische Signifikanz und Kausalität:* Auch wenn statistisch signifikante Unterschiede festgestellt wurden, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass die Maßnahme die Ursache für diese Veränderungen ist. Ohne eine Kontrollgruppe und Randomisierung ist es nicht möglich, alternative Erklärungen wie natürliche Entwicklungen oder externe Faktoren auszuschließen.
- *Einflussnahme auf Verteilung der Fragebögen:* Wie in diesem Kapitel bereits beschrieben konnte das Projektteam nur bedingt Einfluss auf die tatsächliche Verteilung der Fragebögen in den Einrichtungen nehmen. Systematische Verzerrung aufgrund der Rückmeldungen spezifischer BTZ sind so nicht auszuschließen.

Die ausgehändigten Fragebögen wurden von den Teilnehmern der Studie überwiegend positiv bewertet. 80 % der Befragten gaben an, die Fragebögen seien (eher) leicht zu beantworten gewesen, nur 15,4 % bewerteten sie als (eher) zu persönlich und rund 76 % bewerteten sie als (eher) nah an der eigenen Lebenssituation.

Auf weitere konkrete Limitationen – insbesondere in Bezug auf die Interpretation einzelner Ergebnisse – wird im Ergebnisteil (siehe Kapitel 5.1) an den entsprechenden Stellen hingewiesen.

### 4.3 Qualitativer Teil: Episodisch-narrative Interviews

#### 4.3.1 Ziel der Interviews

Das Ziel der durchgeführten narrativ-episodischen Interviews war es, individuelle Verläufe und biografische Erfahrungen von Rehabilitanden im Zusammenhang mit ihrem Weg ins BTZ zu rekonstruieren. Dabei lag der Fokus darauf, typische Muster sowie zentrale Einflussfaktoren zu identifizieren, die den Zugang zu und den Verlauf innerhalb der Maßnahme positiv wie negativ beeinflussen. Die Interviews ermöglichten es, subjektive Deutungsmuster und individuelle Perspektiven der Teilnehmenden zu erfassen und zu analysieren.

#### 4.3.2 Konstruktion des Leitfadens als Orientierungshilfe

Für die Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt, der als Orientierungshilfe diente. Dieser basierte auf der von uns fokussierten Episode des "Weges in das BTZ" und beinhaltete zentrale Aspekte wie:

- die Krankheitsgeschichte,
- die berufliche Karriere,
- den bisherigen Maßnahmenverlauf,
- die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen sowie
- die soziale Unterstützung.

Die Interviews wurden bewusst offen gestaltet, um den Befragten Raum für eine freie Narration zu geben. Die zentrale Eingangsfrage lautete: "*Wie sind Sie ins BTZ gekommen?*" Diese offene Fragestellung ermöglichte den Rehabilitanden, ihre persönlichen Erfahrungen mit selbstgewählten Schwerpunkten darzustellen, während der Leitfaden unterstützend zur Strukturierung einzelner Aspekte eingesetzt wurde.

#### 4.3.3 Methodologische Ausrichtung der Fallauswahl

Die Auswahl der Interviewpartner folgte den Prinzipien des *theoretical sampling* entsprechend der *Grounded Theory*. Grundlage für die Zusammenstellung der Stichprobe bildeten die Rückläufer der vorangegangenen Fragebogenerhebung. Die Auswahl erfolgte

gezielt entlang relevanter Merkmale wie des beruflichen Werdegangs, der Maßnahmenerfahrungen oder sozialer Unterstützung. Dieser Prozess wurde fortgesetzt, bis eine *theoretische Sättigung* erreicht war – also keine neuen relevanten Aspekte mehr aus den Interviews hervorgingen. Ferner wurde darauf geachtet, dass die Teilnehmer an den Interviews auch die Verteilung der erhaltenen Stichprobe entlang soziodemografischer Merkmale wie Alter, Geschlecht und Bildungshintergrund in etwa abbildete und die unterschiedlichen Verlaufstypen, die sich bereits aus den statistischen Daten der Fragebogenerhebung ergaben, gleichermaßen erfasst wurden.

#### *4.3.4 Durchführung und Ablauf der Interviews*

Die Interviews wurden in der Regel in einer vertrauten Umgebung der Teilnehmenden durchgeführt, um eine offene und authentische Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten. In den meisten Fällen fand das erste Interview in den Räumlichkeiten des jeweiligen BTZ statt, das zweite Interview nach ca. 12 Monaten wurde in der Regel bei den Befragten zuhause durchgeführt. Jedes Interview begann mit der offenen Eingangsfrage zur persönlichen BTZ-Geschichte und wurde durch gezielte Nachfragen entlang des Leitfadens ergänzt. Vorab wurden die Befragten kurz über den Hintergrund und die Ziele der Studie und ausführlich über die datenschutzrechtlichen Aspekte der Befragung informiert. Um einen lockeren Einstieg in eine für die Befragten in meisten Fällen völlig neue Interviewsituation zu finden, konnten die Projektmitarbeiter mit den Teilnehmern projektunabhängige Dinge besprechen (Small Talk) und sie bereits auf die Eingangsfrage hinweisen. Dies führte in den meisten Interviews zu einer sichtlichen Entspannung, zumal ein schnell zu erreichendes Vertrauensverhältnis bei einer sehr sensiblen Thematik hilfreich ist. Die Interviewlänge variierte je nach Erzählfluss und betrug in der Regel zwischen 45 und 90 Minuten. Besonders wichtig war es, die Interviewführung flexibel zu gestalten, sodass sich die Teilnehmenden in ihrer Erzählung frei entfalten konnten.

#### 4.3.5 Auswertungsstrategie (Fallanalysen und Fallvergleiche)

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Transkription übernahm dabei ein Transkriptionsbüro das den „komplexen Transkriptionsregeln“ (siehe Anhang) folgte. Die Auswertung folgte einem mehrstufigen Ansatz:

- *Fallanalysen* wurden durchgeführt, um individuelle Verläufe und zentrale Ereignisse innerhalb der Biografie der Befragten zu rekonstruieren. Hierbei wurde die fokussierte Episode aus dem Transkript extrahiert, aufgearbeitet und chronologisch dargestellt, sowie psychologische Phänomene wie Coping-Strategien, Verhaltensmuster, förderliche und hinderliche Einflüsse in der Verlaufskarriere herausgearbeitet.
- Im Rahmen der *Clusterbildung* wurden die untersuchten Fälle zunächst anhand zentraler Parameter geordnet. Hierbei wurden die aus den statistischen Daten der Fragebogenerhebung abgeleiteten Fallgruppen (z. B. jüngere/ältere Rehabilitanden sowie erfolgreicher vs. nicht erfolgreicher Verlauf der Maßnahme) grafisch geordnet, und Fälle mit ähnlichen Mustern oder vergleichbaren Verlaufstypen zusammengeführt.
- Abschließend erfolgten gepaarte *vergleichende Fallanalysen*, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen systematisch herauszuarbeiten. Hier wurden insbesondere sehr ähnliche Fälle oder konträre Fälle miteinander verglichen und unter Berücksichtigung der Fragestellungen analysiert.

Dieser kombinierte Ansatz ermöglichte es, sowohl individuelle Verläufe als auch übergeordnete Muster und Typologien zu erkennen. Er ist in Kapitel 5.2 noch einmal differenzierter beschrieben.

#### 4.3.6 Limitationen/Gütekriterien

Um die Qualität der qualitativen Forschung zu gewährleisten, wurden zentrale Gütekriterien beachtet:

- *Transparenz*: Die Datenerhebung, Transkription und Auswertung wurden systematisch dokumentiert.

- *Reflexivität*: Durch kontinuierliche Reflexion der eigenen Rolle als Forscher wurde sichergestellt, dass Verzerrungen minimiert wurden. Ausgewählte Interviews wurden anhand der Transkripte im Rahmen von Projektsitzungen im Forschungsteam diskutiert.
- *Kommunikative Validierung*: Erste Analyseergebnisse wurden mit ausgewählten Interviewpartnern rückgekoppelt, um die Angemessenheit der Interpretationen zu überprüfen.

Dennoch gibt es einige Limitationen:

- Die Offenheit der narrativ-episodischen Interviews führte dazu, dass bestimmte Themen von einigen Teilnehmenden nur oberflächlich behandelt bzw. über fremde, nicht der engeren Fragestellung der Studie zugehörige, Themen ausführlicher berichtet wurden.
- Zudem besteht aufgrund der selektiven Stichprobenziehung das Risiko, dass bestimmte Perspektiven unterrepräsentiert blieben.

#### 4.4 Qualitativer Teil: Experteninterviews

Insbesondere die in der vorliegenden Studie aufgeworfenen Fragen zur Zuweisungssteuerung und den dazugehörigen Kriterien der Zuweisung in und die Empfehlung für eine LTA-Maßnahme in einem BTZ können vor allem Experten beantworten, die in diesem Aufgabenfeld tätig sind. Über die Fragebogenstudie und narrativ-episodischen Interviews mit Rehabilitanden hinaus wurden deshalb mit ausgewählten Akteuren themenzentrierte Experteninterviews zu spezifischen Fragestellungen geführt.

Mit insgesamt 24 Mitarbeiter der BTZ sowie vor allem Mitarbeiter der Reha-Teams aus DRV und BA wurden Experteninterviews geführt. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte themenspezifisch und auf Grundlage eines explorativen Vorgehens weiter aufgeworfenen Fragestellungen. Alle durchgeführten Interviews wurden aufgezeichnet, entsprechend der sog. „einfachen Regeln“ (siehe Anhang) transkribiert und inhaltlich ausgewertet. Im Rahmen der sequenziellen Verknüpfung der Daten wurden ausgewählte Ergebnisse mit den weiteren Daten aus Fragebogenerhebung, Teilnehmerinterviews, Hospitationen und Fokusgruppen

verglichen und diskutiert. Eine Darstellung des erhaltenen Samplings und weiteren Aspekten der methodologischen Ausrichtung der Interviews erfolgt in Kapitel 5.4.

#### 4.5 Qualitativer Teil: Hospitationen in BTZ

Um den konkreten und alltäglichen Ablauf von LTA-Maßnahmen im Rahmen der Beruflichen Rehabilitation im BTZ besser verstehen zu können, wurden sog. Go-Alongs geplant, bei denen Projektmitarbeiter für einige Zeit ausgewählte Rehabilitanden im BTZ begleiten sollten. Die Komplexität und der logistische Aufwand der Go-Alongs führte dazu, dass sich zu wenige Rehabilitanden im Rahmen der Studie zur Teilnahme an einer solchen Methode bereit erklärten, weshalb alternativ ein- bis zweitägige Hospitationen in ausgewählten Standorten durchgeführten wurden. Wenngleich der Verlaufscharakter der geplanten Go-Alongs durch mehrtägige Besuche nicht gleichsam abzubilden war, konnten die fokussierten Themen nach der Änderung der Methodik behandelt werden. Eine ausführliche Darstellung des methodischen Vorgehens, der Abweichungen zum Go-Along, der Auswahl der BTZ-Standorte und der Ergebnisse folgt in Kapitel 5.3.

#### 4.6 Fokusgruppen

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt drei Fokusgruppen durchgeführt. Zwei davon erfolgten zu Beginn des Projektes und hatten grundsätzliche Erwartungen und Ziele des Forschungsvorhabens aus Sicht der beteiligten Akteure im Fokus. Hierzu nahmen die Leitungen der BAG BTZ, den BTZ der faw, wissenschaftliche Experten sowie Vertreterinnen des Förderers (DRV Baden-Württemberg) teil und diskutierten z. B. Fragen zum erwarteten Nutzen und eines möglichen Transfers der Ergebnisse sowie erste inhaltliche Schwerpunkte vor dem Hintergrund der Zielstellungen des Projektes. Die dazugehörigen Präsentationen dieser zwei ersten online durchgeführten Fokusgruppen sind dem Bericht angehängt (siehe Anhang). Zur Auswertung wurden die Sitzungen aufgezeichnet und entlang der Fragestellungen inhaltlich zusammengefasst.

Eine dritte Fokusgruppe erfolgte im Rahmen der Hospitationen in einem der besuchten BTZ-Standorte. Hier erklärten sich einige Rehabilitanden im Rahmen einer als „Gruppendiskussion“ bezeichneten Sitzung dazu bereit, die Fragen zum BTZ gemeinsam mit zwei hospitierenden

Projektmitarbeitern und einem zuständigen Berufstrainer zu diskutieren. Diese Fokusgruppe hatte vor allem zum Ziel, Abläufe des Alltags im BTZ aus Sicht der Teilnehmer zu eruieren und einen Konsens unter den Rehabilitanden zu erarbeiten. Da in dieser Fokusgruppe auch sensible und emotionale Themen diskutiert wurden, wurde sie in Absprache mit den Teilnehmern nicht aufgezeichnet. Die Ergebnisse fassten die Projektmitarbeiter im Anschluss in einem Gedächtnisprotokoll zusammen. Mit Hilfe der Ergebnisse, die in Kapitel 5.3 dargestellt werden, konnten spezifische Fragen für die weiteren Hospitationen erarbeitet werden.

#### 4.7 Datenschutz und Ethik

Im Vorfeld wurde zur Durchführung der Studie ein ausführliches Datenschutzkonzept erarbeitet, das in Anhang 2 zu finden ist. Neben einer Aufklärung über Grundsätze des Datenschutzes wurden alle beteiligte Einrichtungen und ihre jeweiligen Aufgaben im Projektprozess von uns detailliert dargestellt. Zur weiteren Transparenz des Vorgehens wurden Informationsmaterialien erarbeitet, die bereits zu Beginn des Kapitels (siehe Abschnitt *Fragebogenerhebung*) benannt wurden.

## **5 Ergebnisse**

### 5.1 Quantitative Ergebnisse - Fragebogenerhebung

#### *5.1.1 Stichprobenbeschreibung*

Die Rehabilitanden wurden – wie in Kapitel 4.2.3 beschrieben - zum ersten Erhebungszeitpunkt  $t_0$  über die Einrichtungen, zum zweiten Zeitpunkt  $t_1$  anhand der von ihnen zuvor angegebenen Kontaktdaten direkt angeschrieben. Alle gültigen, d. h. nicht leeren und im vorgegebenen Zeitrahmen zurückerhaltenen Bögen wurden zur weiteren Auswertung herangezogen, wenngleich für die Einbeziehung in die Auswertung nicht alle Fragen eines Bogens ausgefüllt werden mussten.

Nachfolgend werden zunächst die beiden erhaltenen Teilstichproben zu den Messzeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  miteinander verglichen, um mögliche Verzerrungen in der Längsschnittanalyse so

genau wie möglich zu erfassen. In den Fragebögen wurden hierzu einige formale Informationen und soziodemografische Daten erfasst.

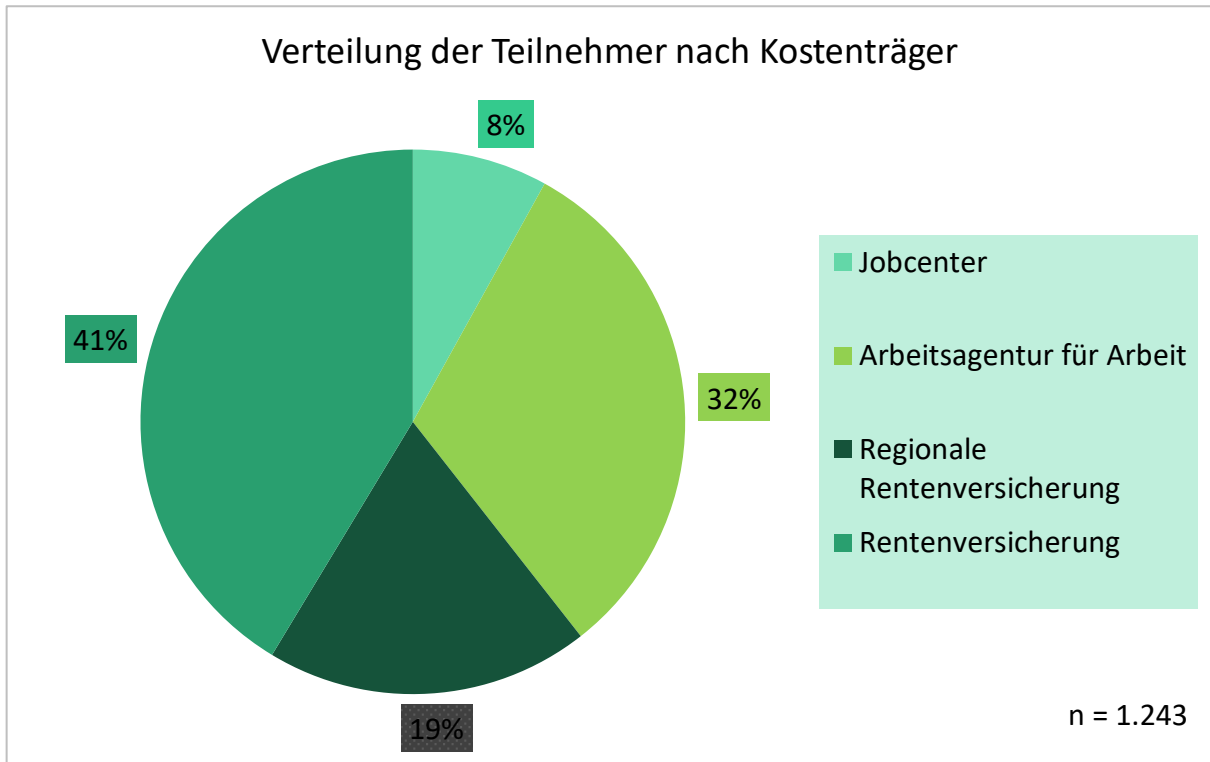


Abbildung 2: Stichprobe nach Kostenträger

Insgesamt geben etwa 60 % mindestens einen der deutschen Rentenversicherungsträger (regionale bzw. Bund) als Träger der eigenen Maßnahme/n an, 40 % die BA bzw. die Jobcenter (JC). Bei der Interpretation von Abbildung 2 ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen möglich waren, n = 1.243 also nicht der Gesamtzahl der Teilnehmenden, sondern der Zahl der Nennungen entspricht, die in Frage 25 („An welchen Maßnahmen im BTZ nehmen Sie teil bzw. haben Sie bislang teilgenommen?“, siehe Fragebogen Anhang 6) gestellt wurde.

Die Verteilung der Rückläufer nach Überorganisation entspricht in etwa auch der Verteilung aller kontaktierten Rehabilitanden der an der Studie teilnehmenden BTZ. Abbildung 3 zeigt, dass etwa ein Drittel der ausgefüllten Fragebögen aus Beruflichen Trainingszentren der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (faw), etwa zwei Drittel aus den BTZ der BAG und ca. 1 % aus den BTZ der bfz kommen.

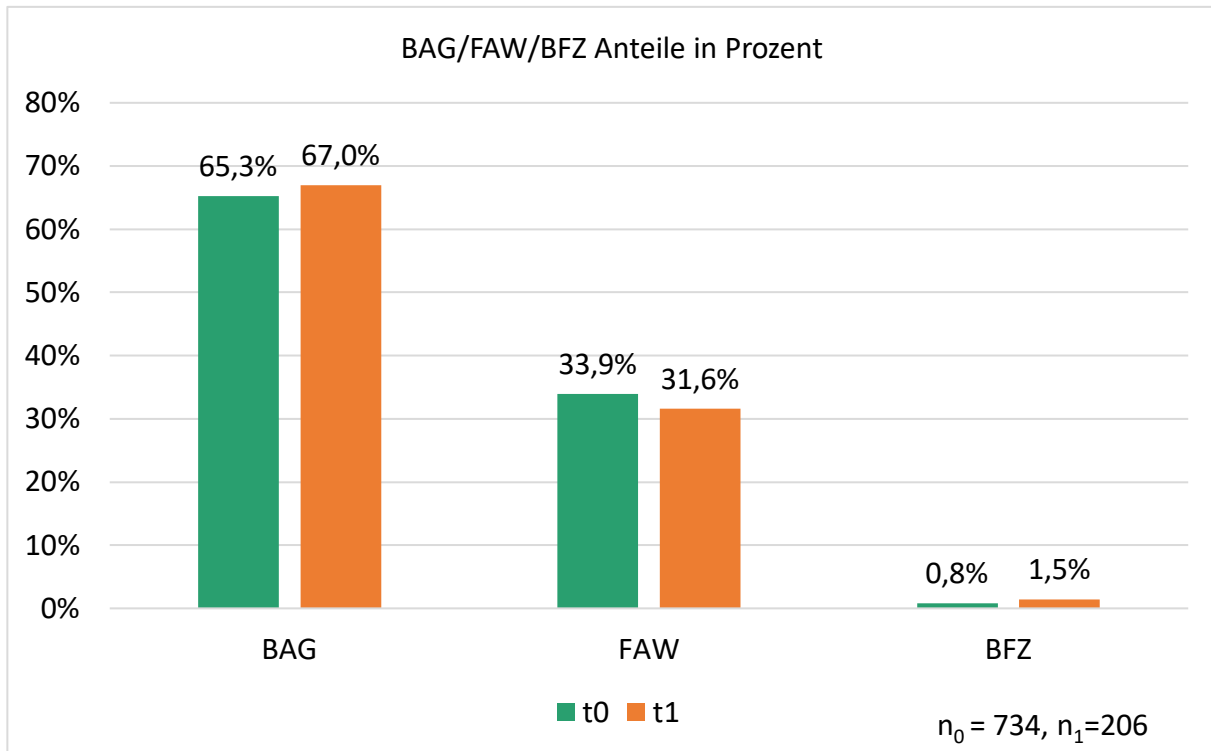


Abbildung 3: Stichprobe nach Überorganisation

An der Studie nahmen zu beiden Zeitpunkten mehr Frauen als Männer teil, der Anteil an Personen, die „divers“ angaben ist zu beiden Erhebungszeitpunkten sehr gering (absolut  $n_0 = 12$  und  $n_1 = 1$ ). Dabei steigt der Anteil der weiblichen Personen zum zweiten Zeitpunkt von 55,8 % auf 59,7 % leicht an, während er bei den männlichen Probanden von 42,6 % auf 39,8 % leicht abnimmt (siehe Abbildung 4). Grundsätzlich ist dieser Unterschied zwischen den Stichproben aber als marginal zu bewerten.

Der Anteil von Teilnehmer mit Migrationshintergrund zum ersten Erhebungszeitpunkt beträgt 14,4 %. Er verringert sich zu  $t_1$  nur leicht auf 12,6 %, weshalb auch hier eine systematische Verzerrung auszuschließen ist.

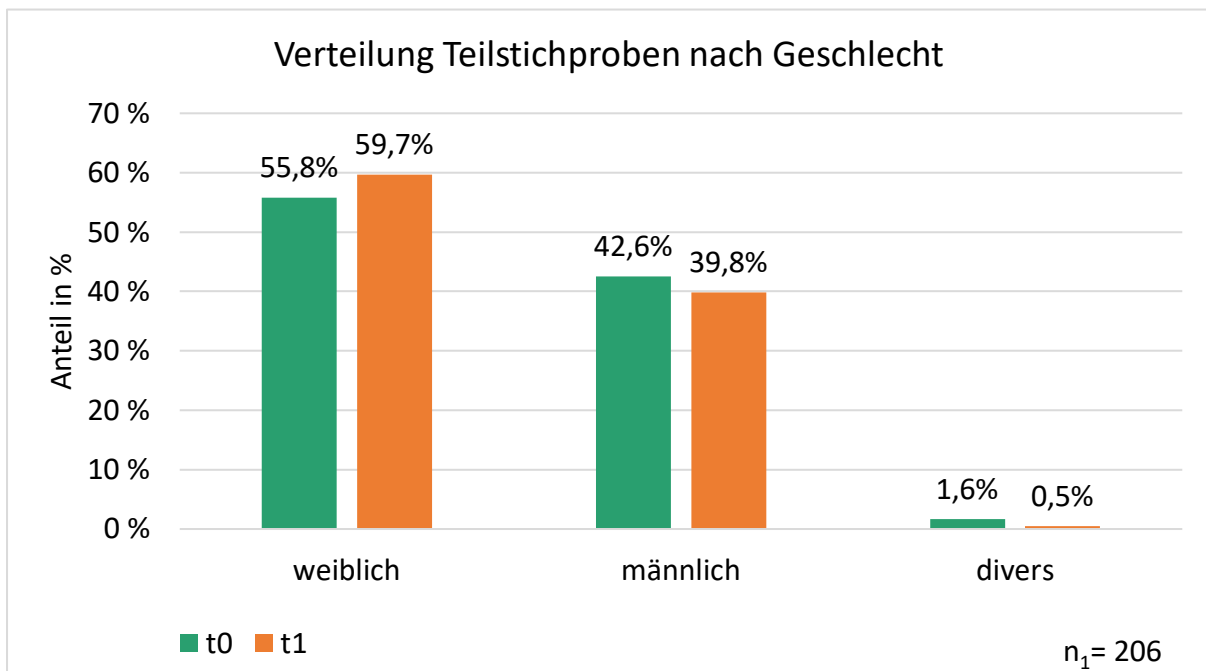


Abbildung 4: Stichprobe nach Geschlecht

Auch die Verteilung nach Alter bzw. Altersgruppen unterscheidet sich zwischen den zwei Teilstichproben  $n_0$  und  $n_1$  kaum. Hier steigt das Durchschnittsalter von 37,6 Jahren auf 42

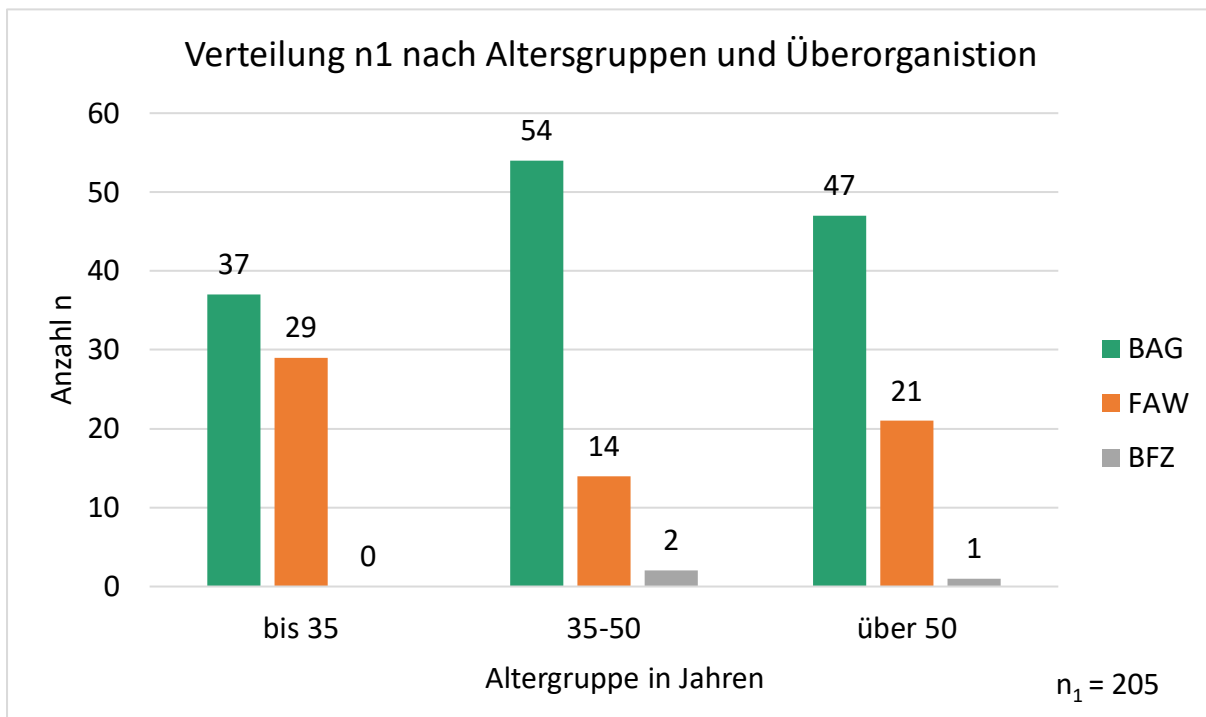


Abbildung 5: Stichprobe nach Altersgruppen und Überorganisation

Jahre, was letztlich durch das Älterwerden der Probanden zwischen den Erhebungszeitpunkten und einem minimal (zu vernachlässigenden) besseren Rücklauf älterer Personen zurückzuführen ist. Interessanter ist im Zuge der Betrachtung der Altersgruppen die Verteilung entsprechend der untersuchten Überorganisationen (BAG, faw, bfz). Sie verändert sich im Stichprobenvergleich nicht, zeigt jedoch, dass verhältnismäßig viele der jüngeren (bis 35 Jahre) und insbesondere die sehr jungen Teilnehmer (unter 25 Jahren) in den BTZ der faw zu finden sind, während der prozentuale Anteil älterer Rehabilitanden (35 bis 50 Jahre und über 50 Jahre) überproportional in den BTZ der BAG zu finden sind. Die hier vorgenommene Einteilung der Altersgruppen (siehe Abbildung 5) ist nicht statistisch, sondern inhaltlich begründet. In den Kapiteln der qualitativen Analysen wird deutlich, dass diese drei Altersgruppen sich sowohl in Krankheitsbildern wie auch in den Verläufen der medizinischen und späteren beruflichen Rehabilitation ähnlich sind.

Die einzige statistisch und auch inhaltlich relevante Abweichung zwischen den beiden erhaltenen Stichproben zu den beiden Messzeitpunkten zeigt sich in Bezug auf die schulische bzw. berufliche Qualifikation. Abbildungen 6 und 7 zeigen, dass zum zweiten Erhebungszeitpunkt insgesamt weniger Personen mit niedrigeren Schul- bzw.

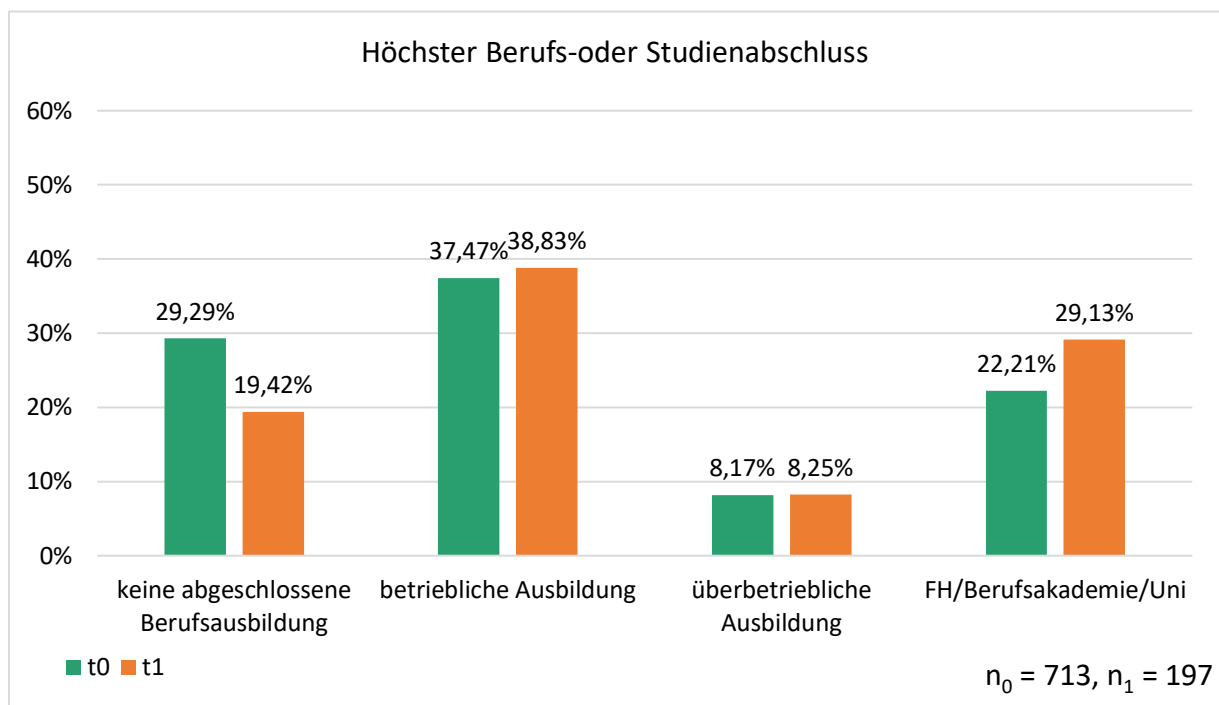


Abbildung 6: Höchster Berufs- oder Studienabschluss zu t0 und t1

Berufsabschlüssen erneut an einer Befragung teilnehmen. So sinkt der prozentuale Anteil an

Förderschül-, Haupt- und Real-/Mittelschul-/OBS-Absolventen bzw. ohne Abschluss um insgesamt etwa 12 %,

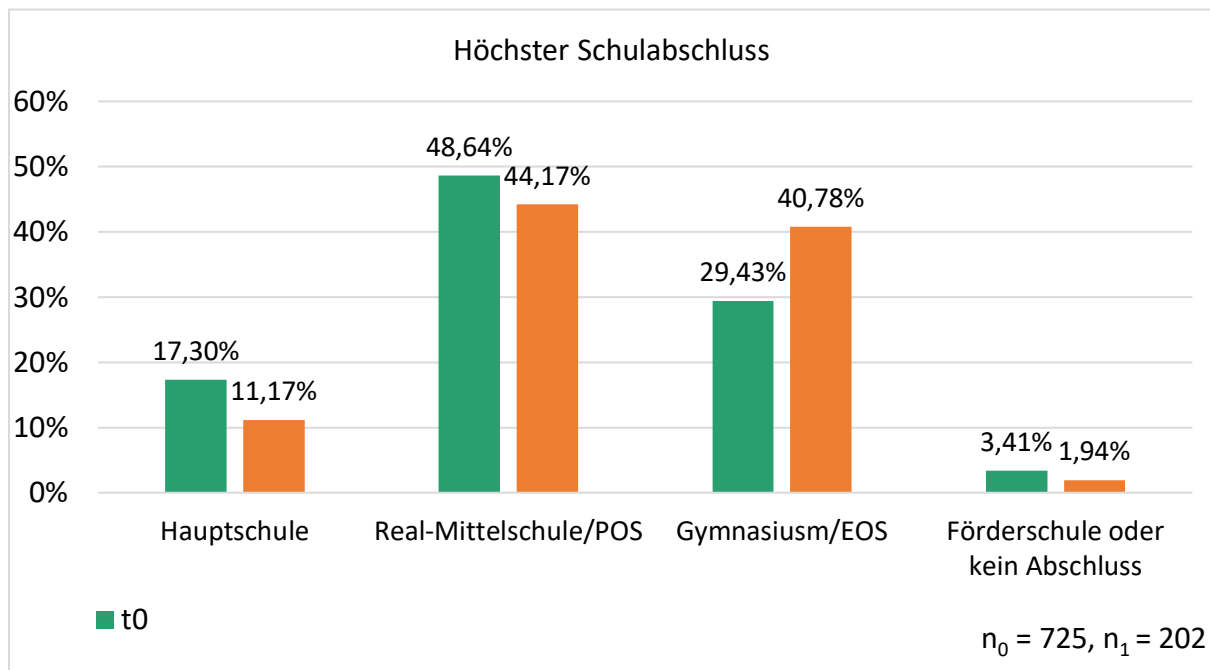


Abbildung 7: Höchster Schulabschluss zu t0 und t1

während er bei Gymnasial- /EOS-Absolventen anstieg (siehe Abbildung 7). Ebenso nahmen knapp 10 % weniger Menschen ohne abgeschlossene Berufsausbildung an der zweiten Befragung teil, während der Anteil der Befragten mit FH-, Berufsakademie- oder Uniabschluss mit knapp 7 % zulegte (siehe Abbildung 6). Dieser Bildungsbias ist in ähnlichen Projekten, die von uns durchgeführt wurden, aber stets zu finden; er bildet hier keine Ausnahme.

Wenngleich auch der Anteil der Befragten mit einem anerkannten Grad der Behinderung zu t<sub>1</sub> signifikant zunimmt (n<sub>0</sub> = 74; n<sub>1</sub> = 92) ist davon auszugehen, dass dies keine inhaltlichen Folgen für die Interpretation bei gruppenbezogenen Vergleichen mit sich zieht. Eine Vermutung, die diesen signifikanten Anstieg begründet, liegt in der Beratung durch die Fachkräfte des BTZ, die die Beantragung eines GdB aus Gründen des Leistungsanspruches forciert haben könnten.

Insgesamt gleichen sich die beiden Stichproben mit Ausnahme des Bildungsbias, weshalb auch gruppenbezogene Vergleiche der Teilgruppen zulässig sind.

### 5.1.2 Krankheitsgeschichte/Gesundungsverlauf/Entwicklung der Arbeitsfähigkeit

Für die Beschreibung der erhaltenen Stichproben der Fragebogenstudie und insbesondere zur Nachzeichnung der individuellen Verläufe wurden in verschiedenen Items der zwei unterschiedlichen Fragebogeninstrumente zu  $t_0$  und  $t_1$  mehrere Fragen zu den Themen *Krankheit* bzw. *Gesundheit* gestellt.

Zu  $t_0$  gaben 82,4 % der Befragten an, in der Vergangenheit bereits schwere psychische Krisen durchlebt zu haben, 63,5 % von ihnen sogar mehrmals. Zu den selbstberichteten Diagnosen der Teilnehmer zählen neben Depressionen (82 %), Angststörungen (39 %), Posttraumatische Belastungsstörungen (21 %) sowie Persönlichkeitsstörungen (19 %) auch Burnout (17 %) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (12 %). Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome ADS/ADHS, Bipolare Störungen oder somatoforme Störungen geben etwa 3-10 % der Befragten an. Dabei berichtet nur ein knappes Viertel der Befragten (23,8 %) *eine* der o. g. Diagnosen, etwa die Hälfte der Teilnehmer geben 2-3 Diagnosen an (52,7 %), jede sechste Person sogar „4 und mehr“ (16,6 %, siehe Abbildung 8). Wir haben es in unserer Stichprobe also häufig mit multimorbiden Personen zu tun, was auch

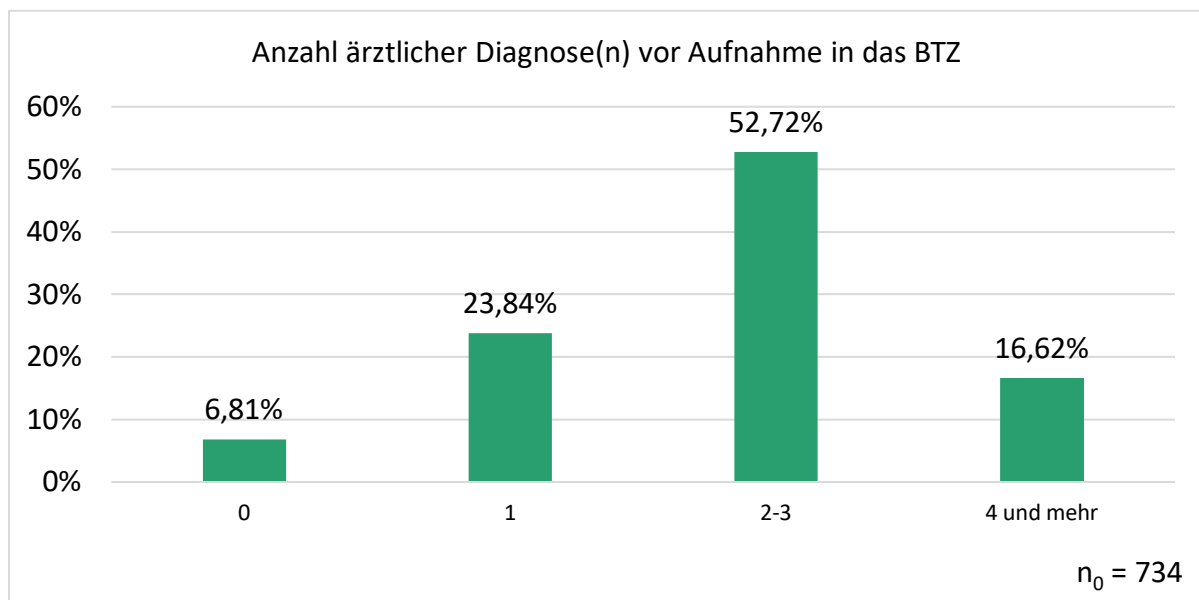


Abbildung 8: Anzahl ärztlicher Diagnosen vor Aufnahme in das BTZ

in den Expertengesprächen bestätigt wird.

Die benannten Gründe für die jeweiligen Krankheitsbilder variieren stark und unterscheiden sich z. T. signifikant je nach Geschlecht der befragten Personen. So sehen 73 % der Frauen die

Ursachen ihrer psychischen Störung eher „in ihrer Kindheit/Jugend“ (56 % der Männer), 20 % in „Beziehungsproblemen in Partnerschaft“ (13 % der Männer) und 19 % in der „Sorge um Familienmitglieder“ (12 % der Männer). Unabhängig vom angegebenen Geschlecht werden etwa gleich häufig „Vererbung/Anlage“, „Lebensentscheidungen“, „Über- oder Unterforderung am Arbeitsplatz“, oder „Konflikte mit Vorgesetzten/Kollegen“ (20-38 %) angegeben. Ursachen wie „finanzielle Probleme“ (15 %), „Arbeitsplatzverlust“ (12 %) oder die „Pflege von Familienmitgliedern“ (4,4 %) werden geschlechtsunabhängig von weniger Befragten benannt.

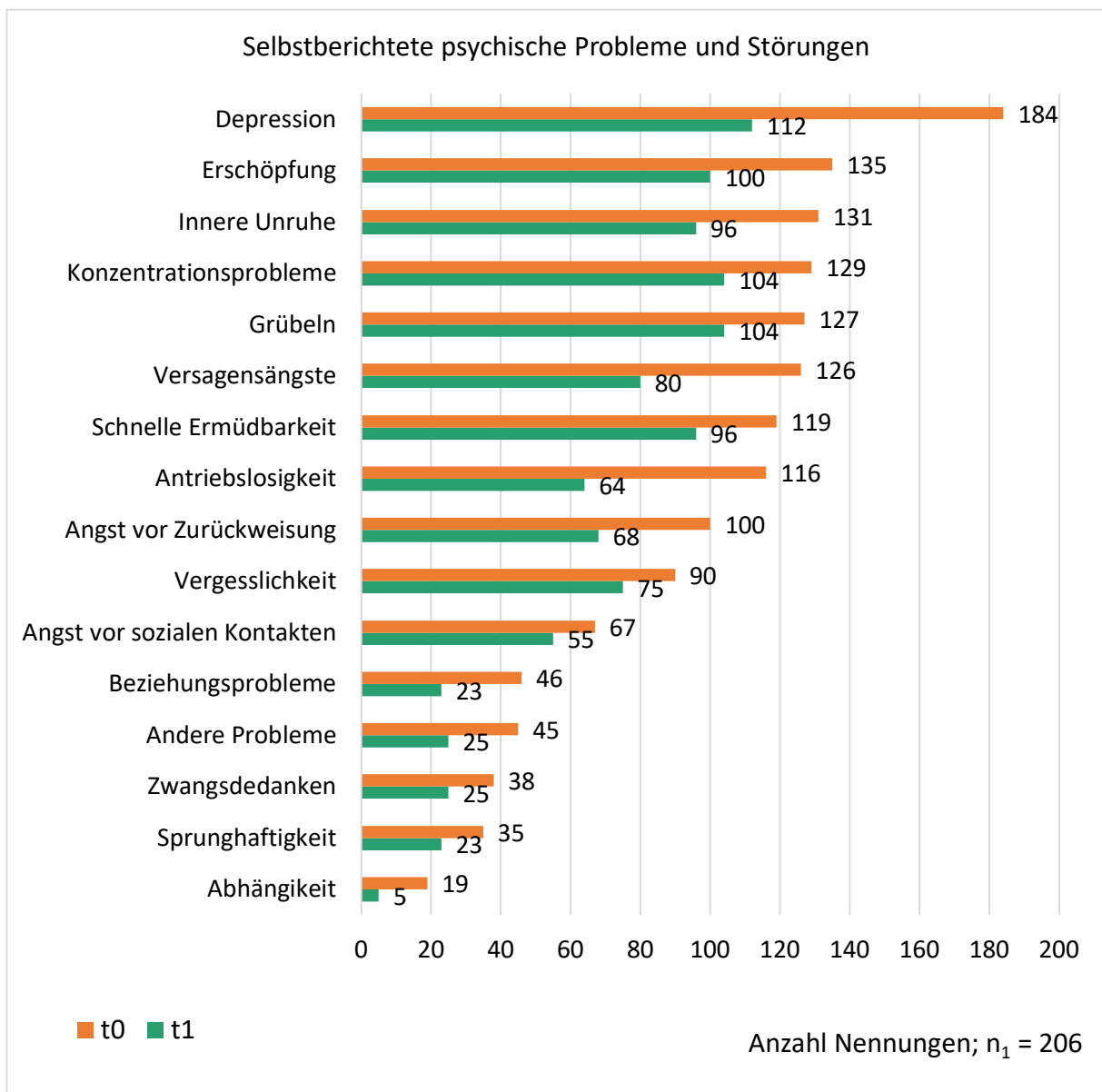


Abbildung 9: Selbstberichtete psychische Probleme und Störungen

Da die ärztliche Diagnose allein noch keine Aussage über die wahrgenommene Krankheitsbelastung bzw. Intensität der Erkrankung zulässt, wurden die Rehabilitanden zu

beiden Erhebungszeitpunkten auch nach den Symptomen der eigenen Störung befragt, durch die sie sich belastet fühlen. Abbildung 9 gibt einen Überblick über die insgesamt benannten psychischen Probleme. Mit weitem Abstand geben hier 184 Personen zu  $t_0$  Depressionen an. Symptome wie *Erschöpfung* (135), *innere Unruhe* (131), *Konzentrationsprobleme* (129), *Grübeln* (127), *Versagensängste* (126), *schnelle Ermüdbarkeit* (119) und *Antriebslosigkeit* (116) werden etwa gleich häufig genannt, während Symptome wie *Abhängigkeit* (19), *Sprunghaftigkeit* (35) oder *Zwangsgedanken* (38) verhältnismäßig selten benannt werden. Deutlich wird bereits in Abbildung 9, dass ausnahmslos alle berichteten Probleme und Störungen zum zweiten Erhebungszeitpunkt zurückgehen, d. h. von insgesamt weniger Befragten als Belastungen angegeben werden. McNemars Chi-Quadrat Tests zeigen für 12 von 16 abgefragten Belastungssymptomen (inkl. „Andere Probleme“) auch signifikante Rückgänge. Gleiches trifft auch auf die berichteten zusätzlichen körperlichen Beschwerden zu, die ebenfalls einen hochsignifikanten Rückgang der Belastungen verzeichnen ( $n_0 = 144$ ,  $n_1 = 110$ ).

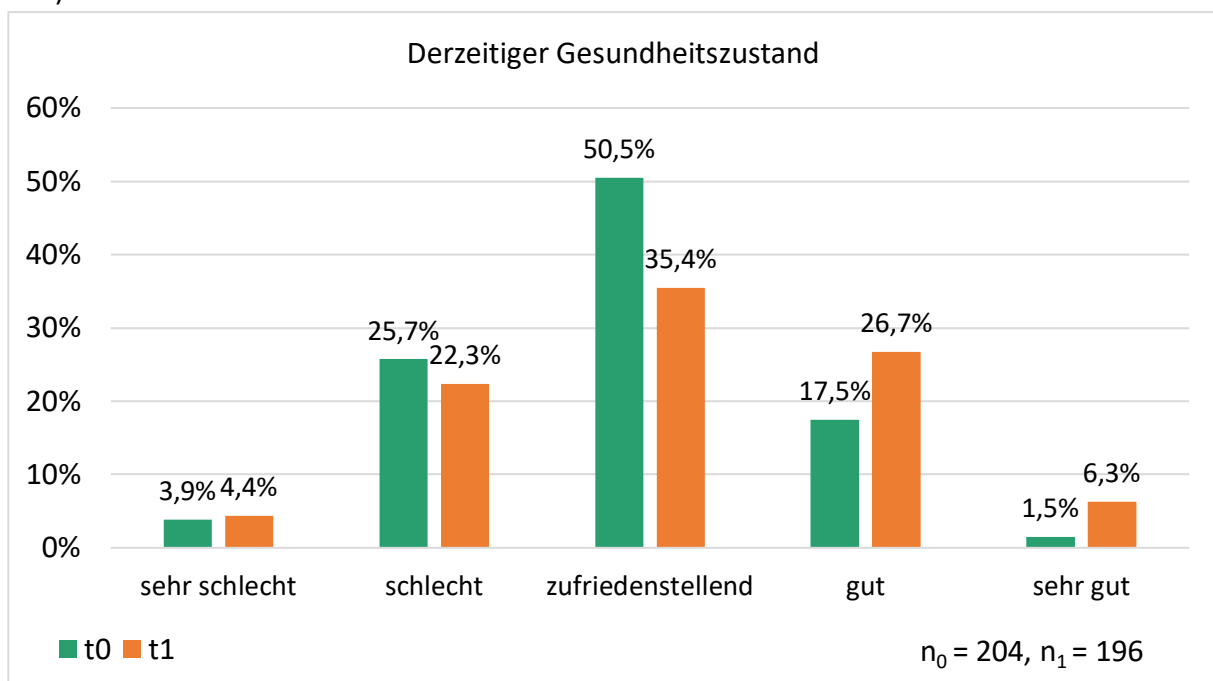


Abbildung 10: Derzeitiger Gesundheitszustand zu  $t_0$  und  $t_1$

Der insgesamt verbesserte (selbstberichtete) Gesundheitszustand zum zweiten Erhebungszeitpunkt zeigt sich nicht nur in den Nachfragen zu konkreten Belastungen, sondern auch in der direkten Abfrage. Entlang einer fünfstufigen Skala verschiebt sich die zunächst leicht rechtsschiefe und somit eher negative Verteilung der Antworten zum Gesundheitszustand zum zweiten Erhebungszeitpunkt zugunsten einer leicht linksschiefen

und damit eher positiven Verteilung (siehe Abbildung 10). „Schlechte“ und „zufriedenstellende“ Werte nehmen ab, „gute“ und „sehr gute“ Nennungen nehmen zu, der prozentuale Anteil von Personen, die einen „sehr schlechten“ Gesundheitszustand angeben bleibt in etwa gleich.

In einer Kontrollfrage wird diese Tendenz noch einmal bestätigt. So gibt etwas mehr als die Hälfte der Befragten zum zweiten Zeitpunkt an, ihr Gesundheitszustand habe sich verbessert,

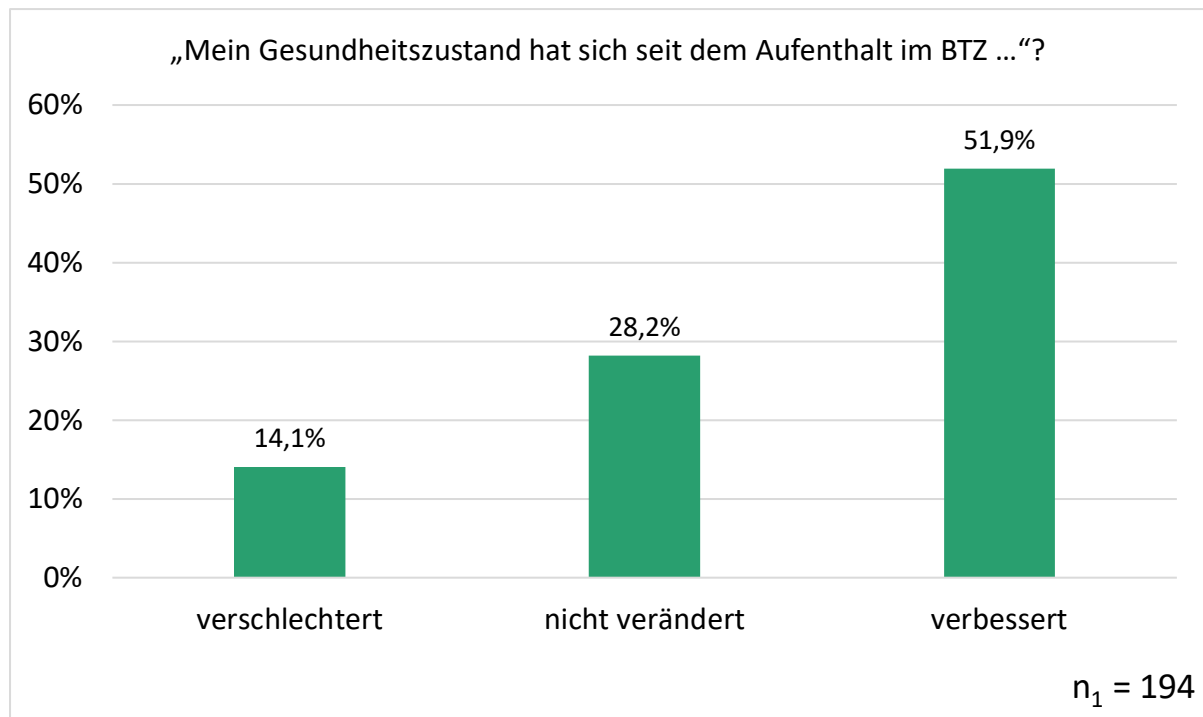


Abbildung 11: Verbesserung des Gesundheitszustandes im Längsschnitt

weniger als ein Drittel der Befragten berichten von keiner Veränderung und nur etwa jede siebte Person merkt eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation an (siehe Abbildung 11).

Dass bei der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes insbesondere die psychische Verfassung die entscheidende Rolle spielt, ist sowohl der untersuchten Zielgruppe von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen als auch des untersuchten Feldes (BTZ) inhärent und zeigte sich bereits in der signifikanten Abnahme der wahrgenommenen Belastungen durch unterschiedliche psychische Symptome.

Doch auch die wahrgenommene Arbeitsfähigkeit in Bezug auf körperliche Anforderungen verbesserte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt, was ggf. durch psychosomatische

Belastungen zu erklären ist. Abbildung 12 zeigt, dass sich entsprechend auch die allgemeine Arbeitsfähigkeit insgesamt deutlich verbessert. Die aus dem WAI entnommenen Frage („Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit auf einer 10-Punkte-Skala ein?“) weist hier zu  $t_0$  noch einen niedrige bis

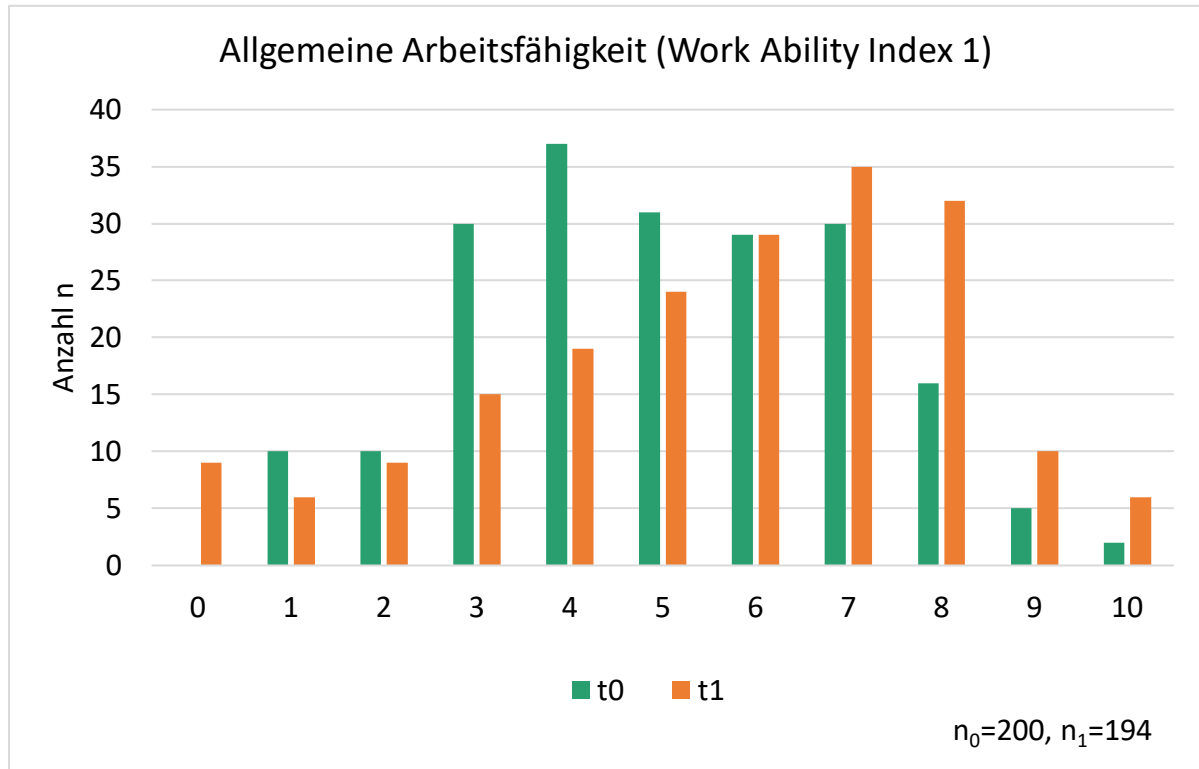


Abbildung 12: Allgemeine Arbeitsfähigkeit zu  $t_0$  und  $t_1$  (WAI 1)

mittlere Werte zwischen 4-7 aus, zu  $t_1$  verlagern sich die Werte deutlich zugunsten höherer Punkte zwischen 5-8 mit einem Peak bei 7 und deutlich weniger niedrigen Werten. Statistisch liegt der mittlere Score der Arbeitsfähigkeit damit zu  $t_0$  bei  $M = 5,00$  ( $SD = 2,03$ ) und verbessert sich zu  $t_1$  auf  $M = 5,57$  ( $SD = 2,44$ ), wobei die Veränderung zwar statistisch signifikant, der Effekt jedoch mit einer Verbesserung von 0,57 im Mittel eher klein bis moderat ist und die Werte sich weiterhin im mittleren Bereich bewegen. Dies deutet darauf hin, dass einige Rehabilitanden deutliche Fortschritte erzielt haben, während sich die Arbeitsfähigkeit anderer wenig bis gar nicht verändert hat.

Die insgesamt bewertete Lebenszufriedenheit erreicht bei den Befragten im Mittel einen Wert von  $M = 5,44$  zu  $t_0$  mit einer Standardabweichung von  $SD = 2,11$ . Die Zufriedenheit der Teilnehmer bewegt sich somit im Schnitt im mittleren Bereich, wobei die Streuung der Antworten recht breit ist. Sowohl der Scoremittelwert ( $M = 5,31$ ) als auch die Standardabweichung ( $SD = 2,72$ ) verändert sich zu  $t_1$  nur minimal. Ein gepaarter t-Test weist

einen Wert von 0,6 aus, was darauf hindeutet, dass die Unterschiede nicht signifikant, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit zufällig sind. Dass sich die Lebenszufriedenheit insgesamt, obgleich der deutlichen Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit, des selbstberichteten Gesundheitszustandes und dem Rückgang psychischer Belastungen nicht auch verbessert, erweist sich zunächst als kontraintuitiv. Dies könnte mitunter auch am zweiten Erhebungszeitpunkt liegen, zu dem sich ein Großteil der Befragten noch immer in der Maßnahme befanden und noch keine zufriedenstellende Lösung ihrer beruflichen (und ggf. auch privaten) Situation gefunden hat (siehe hierzu auch Kapitel 4.2.5).

### *5.1.3 Maßnahmenkarriere vor und im BTZ*

Zur besseren Einschätzung der unterschiedlichen Verläufe wurden im Rahmen der ersten Fragebogenerhebung nach Maßnahmen und Behandlungen gefragt, die die Rehabilitanden vor Eingang im BTZ durchlaufen bzw. die sie in Anspruch genommen hatten. Hier zeigte sich, dass die Vielfalt der möglichen Angebote nicht in der Breite genutzt werden, sondern sich die Inanspruchnahme auf wenige Maßnahmen verteilt. Während Behandlungen wie der psychiatrische Krisendienst (0,7 %) Soziotherapie (2,6 %), Online-Selbsthilfe (3,9 %) oder Telefonseelsorge (4,9 %) von den Befragten nur selten genutzt wurden, hat etwa jeder zehnte Teilnehmer bereits eine Selbsthilfegruppe besucht (11 %) oder Kontakt zum sozialpsychiatrischen Dienst gehabt (12 %). Etwa jede sechste Person gibt an, zuvor in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke gewesen zu sein (16 %). Deutlich häufiger werden „klassische“ Reha-Angebote angegeben. So hatten laut eigener Aussage etwa die Hälfte der Befragten bereits eine medizinische Reha vor Eintritt in das BTZ, etwa 55 % waren zuvor in einer psychiatrischen Klinik, knapp 60 % erhielten vorab eine ärztliche ambulante Reha. Gut zwei Drittel aller Befragten befanden sich bei Eintritt ins BTZ bereits bzw. sogar noch aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (67 %). Weiter geben knapp 5,9 % an, eine Suchtkrankenberatung in Anspruch genommen zu haben. Als spezifische Behandlung ist letztere nur im Vergleich mit den jeweiligen Diagnosen sinnvoll. Hier kann auch eine künstliche Verzerrung vorliegen, da akut süchtige Menschen überhaupt erst nach einer Entgiftung (bei stoffgebundenen Süchten) bzw. Entwöhnung (bei nicht-stoffgebundenen Süchten) Zugang zum BTZ erhalten.

Einige Befragte durchliefen vor Eintritt in das BTZ bereits weitere Maßnahmen, die sich größtenteils – wenngleich nicht alle – ebenfalls der beruflichen Rehabilitation zuordnen lassen. Während die meisten erfragten Maßnahmen wie Probebeschäftigungen, Ausbildungen im BFW, Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB), Integrationsmaßnahmen/Fortbildungen, Umschulungen, Einstiegsqualifizierungen, Begleitungen durch den Integrationsfachdienst (IFD), UB, RPK, WfbM oder Arbeitsangelegenheiten im SGB-II Bezug von jeweils 1 %-7,6 % der Teilnehmer durchlaufen wurden, gab immerhin jeder Zehnte an, an einer Belastungserprobung teilgenommen zu haben. 14 % durchliefen zuvor eine Arbeitserprobung und etwa 16 % (115 von 735 Befragten) kreuzten an, sie hätten zuvor an einer Eignungsabklärung/Berufsfindung teilgenommen. Diese Ergebnisse sind ebenfalls mit Vorsicht zu interpretieren. Der von befragten Experten beschriebene Maßnahmenverlauf in längere Maßnahmen wie BvB oder BT (beide etwa 12 Monate mit Aussicht auf Verlängerung) setzen in den meisten Einrichtungen eine obligatorische kurze Maßnahme voraus. So zeigten sich in den von uns durchgeführten Hospitationen z. T. ähnliche Abläufe innerhalb der Einrichtungen, die in den meisten Fällen eine mehrwöchige Eingangsmaßnahme in den unterschiedlichen Bereichen der BTZ enthielten. Neue Rehabilitanden durchliefen demnach immer zuerst einige Praxiswochen in Arbeitsfeldern wie Handwerk, Hauswirtschaft, Verwaltung, IT, etc., ehe sie in ihre „eigentliche“ längere Maßnahme wechselten. Ein Blick auf die Verteilung der angegebenen Maßnahmen im BTZ gibt dabei nur einen bedingten Eindruck des beschriebenen Ablaufes, da zum ersten Erhebungszeitpunkt sowohl Teilnehmer zu Beginn als auch schon während oder zum Ende ihrer Maßnahme in die Befragung einbezogen worden. Zudem sind in einigen BTZ – so die Ergebnisse aus unseren Hospitationen – die mehrwöchigen Praktika in den unterschiedlichen hausinternen Bereichen keine ausgewiesenen Maßnahmen, sondern Teil der längeren Reha-Maßnahme wie z. B. BvB oder BT. Dennoch lässt sich anhand von Abbildung 13 zeigen, dass gut die Hälfte der Befragten (52 %) eine Arbeitserprobung/Belastungserprobung durchliefen, der Großteil der sich in längeren Maßnahmen befindenden Teilnehmer ein BT absolvieren (43 %) und deutlich weniger Befragte in ein BvB gehen (16 %). Sowohl eine Berufsfindung (19 %) sowie die Kopplung im Rahmen einer EBA (12 %) werden von verhältnismäßig vielen Rehabilitanden durchlaufen. Nur wenige geben an, im BTZ eine Aus- oder Umschulung bzw. ein Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL) oder Reha-Vorbereitungs-Training (RVT) erhalten zu haben.

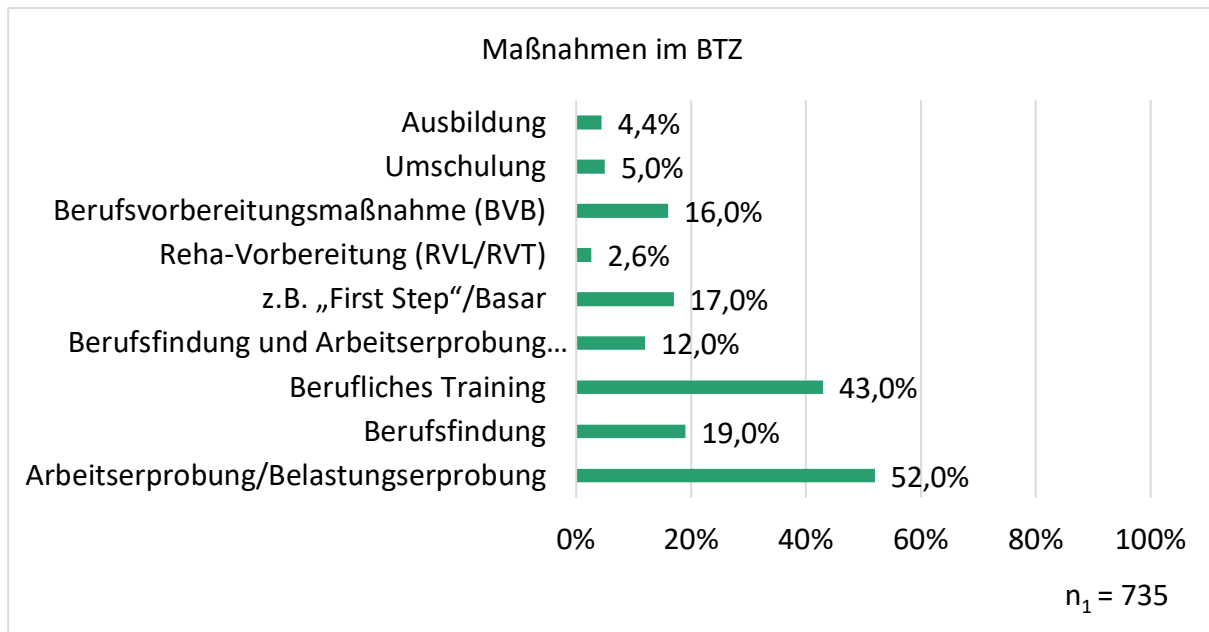


Abbildung 13: Maßnahmen im BTZ

Die beschriebene Verteilung spiegelt in etwa auch die eingangs skizzierte grobe Zweiteilung der untersuchten Zielgruppe von jüngeren Teilnehmern und älteren Teilnehmer wider. Sie sind in ihrem Verhältnis zueinander in etwa repräsentativ (vgl. BAG BTZ, 2023)

Ein wichtiger Unterschied bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen zeigt sich generell im Zeitpunkt, zu dem Rehabilitanden das erste Mal überhaupt Hilfe aufgesucht hatten. Hier lässt sich insbesondere ein großer Unterschied zwischen den Altersgruppen feststellen. Während das Durchschnittsalter der ersten Inanspruchnahme von Hilfen bei 27,2 Jahren liegt, geben die über 50-Jährigen an, im Schnitt erst im Alter von 40,8 Jahren ( $n = 157$ ) Unterstützung gesucht zu haben. Eine breite Mitte der 35- bis 50-Jährigen liegt mit 26,9 Jahren ( $n = 257$ ) etwa im Gesamtdurchschnitt. Auffallend früher nehmen die vielen jungen Rehabilitanden unter 35 Jahre Hilfe in Anspruch: der Durchschnittswert der ersten Inanspruchnahme liegt hier bei 18,2 Jahren ( $n = 318$ ). Dies verweist auf eine grundsätzliche Unterscheidung der sehr heterogenen Einzelfälle in Fallkonstellationen, die ähnliche Charakteristika aufweisen.

#### 5.1.4 Berufliche Karriere/Zukunftsansichten

Der Umgang mit Diskontinuitäten im eigenen Lebenslauf kann den weiteren Verlauf der beruflichen Karriere maßgeblich beeinflussen. Übergänge wie etwa von der Schule in den Beruf können dabei normativ und regelrechter Bestandteil einer üblichen Berufsbiografie

sein. Auf sie wird i. d. R. vorbereitet und sie sind weitgehend planbar. Nicht-normative Übergänge oder Brüche wie das Eingehen oder Auseinanderbrechen einer partnerschaftlichen Beziehung, die Geburt eines Kindes oder der Tod einer Bezugsperson beeinträchtigen eine stabile Lebensphase dagegen, wenngleich auch sie z. T. planbar und absehbar sind. Im Berufskontext sind Übergänge vor allem dann potenziell belastend, wenn das Ergebnis mit einer Herabstufung des beruflichen Status einhergeht. Dies kann bei Wechseln von Arbeitgeber oder Tätigkeitsfeldern, aber insbesondere bei Abbrüchen von Ausbildung und/oder Studium der Fall sein. Da vor allem Abbrüche von Bildungsmaßnahmen oder Berufsausbildungen häufig vorkommen und für die betroffenen Personen einschneidende Ereignisse sind, die nicht selten mit negativen Gefühlen in Bezug auf die eigene Kompetenz einhergehen, wurde im Rahmen der Fragebogenerhebung explizit danach befragt. Mehr als ein Drittel aller Befragten geben hier an, dass es bereits mindestens einmal zu einem Abbruch einer ihrer Ausbildungen gekommen ist (36 %). 86 % davon berichten, der Abbruch wäre aus Eigeninitiative zustande gekommen, 24 % sehen die Verantwortung ihres Abbruchs/ihrer Abbrüche auf Arbeitgeberseite (Mehrfachnennungen möglich). Im Hinblick auf die eingangs beschriebene Zielgruppe der Teilnehmer im BTZ ist es wenig verwunderlich, dass rund die Hälfte aller Befragten angeben, dass bei mindestens einem der Abbrüche auch psychische Probleme eine Rolle spielten (51 %). Auffällig ist, dass knapp ein Viertel aller Befragten angeben, es sei sogar schon mehrfach zu einem Abbruch gekommen, was noch einmal darauf hinweist, dass das Thema Übergänge bzw. Diskontinuitäten eine besondere Rolle in der beruflichen Rehabilitation im BTZ spielt.

Über den weiteren Verlauf der beruflichen Karriere nach der LTA-Maßnahme im BTZ können im Rahmen dieser Studie nur begrenzt Aussagen getroffen werden. Insbesondere über den tatsächlichen RTW liefern die vorliegenden Daten keine belastbaren Ergebnisse (siehe Kapitel 4.2.5). Zwar wurden im Rahmen der Fragebogenerhebungen die aktuelle berufliche Situation zu beiden Erhebungszeitpunkten erfasst, sie dienten jedoch mehr der Zusammenstellung des Interview-Samplings (siehe Kapitel 5.2.1) und ersten Hinweisen auf förderliche und hinderliche Faktoren für einen erfolgreichen RTW. Einschränkend kommt noch hinzu, dass sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein großer Anteil der Befragten nach wie vor in einer Maßnahme im BTZ befanden. Alle statischen Ergebnisse zum RTW sind deshalb nur mit großen

methodischen Unsicherheiten zu interpretieren und werden in diesem Abschnitt deshalb ausgelassen.

Unabhängig vom tatsächlichen RTW, der im Rahmen eines dreijährigen Projektes ohnehin nicht ausreichend untersucht werden kann, da über seine Nachhaltigkeit keine Aussagen getroffen werden können, spielen die beruflichen Zukunftsaussichten der befragten Rehabilitanden aber eine zentrale Rolle für den Erfolg der Maßnahme. Sie wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten erfasst und auf Veränderungen im Laufe der Maßnahme hin untersucht.

Demnach geben nur knapp 5 % der Befragten zu  $t_0$  an, sie würden in näherer Zukunft „krankgeschrieben“ bzw. „arbeitslos“ sein (siehe Abbildung 14). Dieser Anteil verändert sich auch zum zweiten Zeitpunkt kaum. Etwa jede dritte Person gibt an, sich zukünftig als „voll und

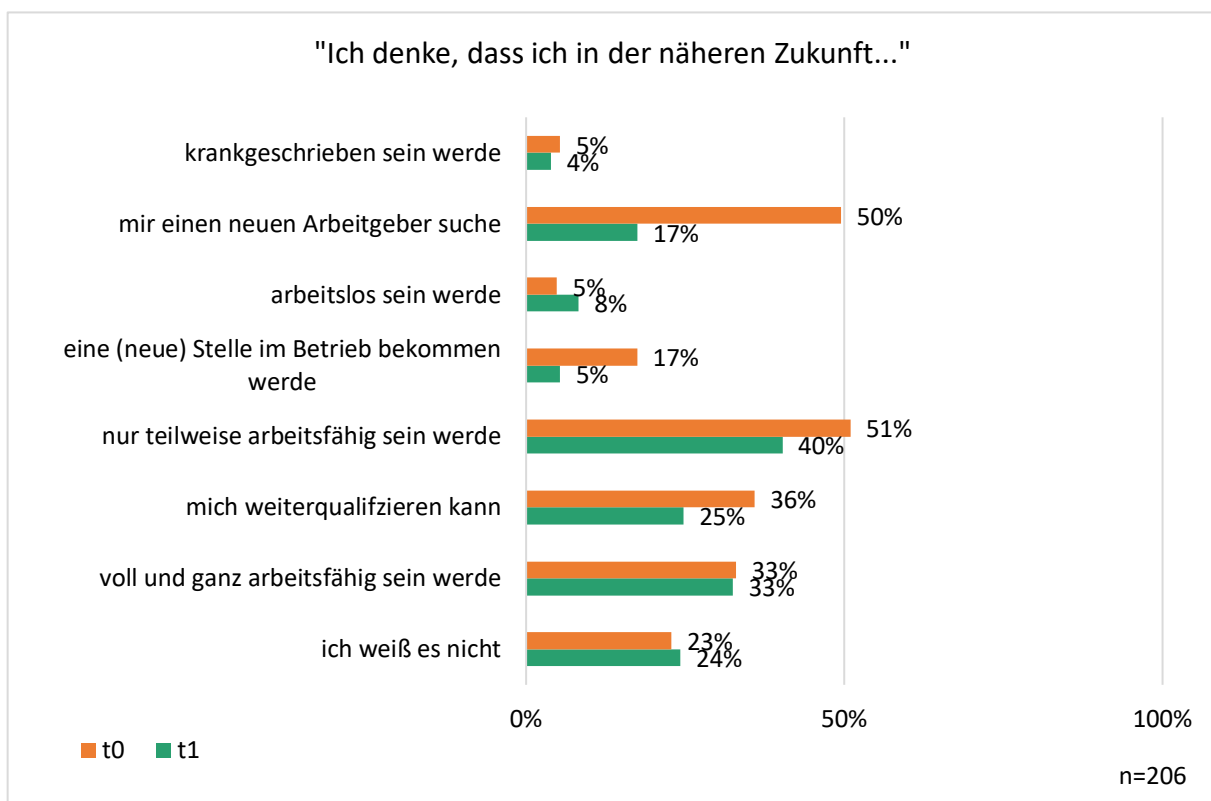


Abbildung 14: Berufliche Zukunftsperspektiven zu  $t_0$  und  $t_1$

ganz arbeitsfähig“ zu sehen. Auch dieser Anteil von rund 33 % ändert sich im Verlauf kaum, dies gilt auch für Personen, die keine Einschätzung ihrer zukünftigen Situation geben können (23 % - 24 % im Längsschnitt).

Deutliche Veränderungen zeigen sich jedoch in einzelnen Antwortkategorien. Gibt zu  $t_0$  noch etwa die Hälfte der Teilnehmer (50 %) an, sich in näherer Zukunft einen neuen Arbeitgeber suchen zu wollen, sinkt dieser Anteil zum zweiten Zeitpunkt auf 17 %. Auch die Zahl der Personen, die sich zukünftig „nur teilweise arbeitsfähig“ sehen, nimmt von 51 % auf 40 % ab. Geringer ist zum zweiten Zeitpunkt auch die Erwartung, sich im Verlauf noch weiterqualifizieren zu können, sie sinkt von 36 % auf etwa 25 %. Ein Erklärungsansatz für diesen Rückgang könnte in einer abnehmenden wahrgenommenen Notwendigkeit der Weiterqualifizierung begründet sein. Das liegt mitunter daran, dass Rehabilitanden sich bereits anderweitig beruflich orientiert haben (positive Lesart) oder sich selbst nicht in der Lage sehen eine Weiterqualifizierung zu durchlaufen, sie ihre eigenen Fähigkeiten also schlechter einschätzen als vor der Maßnahme (negative Lesart). Das Verhältnis von realistischer Selbsteinschätzung und angestrebtem Ziel wird im qualitativen Teil noch ausführlich dargestellt.

#### *5.1.5 Formale Wege ins BTZ*

Der Weg in eine Maßnahme der Beruflichen Rehabilitation im BTZ gestaltet sich für die unterschiedlichen Maßnahmen, die jeweiligen Einrichtungen in den unterschiedlichen Regionen sowie je nach Träger sehr individuell. Entsprechend der ersten Fragenbogenerhebung gaben insgesamt 90,4 % der Befragten an, ihr Erstantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sei direkt bewilligt worden. Nur 9,3 % bekamen eine Bewilligung nach Widerspruch und nur 2 von 735 Rehabilitanden kamen erst nach einem Sozialgerichtsverfahren in eine Maßnahme im BTZ. Eine direkte Bewilligung des Erstantrags auf LTA dauerte entsprechend der befragten Stichprobe im Schnitt  $M = 4$  Monate ( $SD = 6,5$ ), nach Widerspruch mehr als doppelt so lange ( $M = 8,7$  Monate ( $SD = 14,9$ )) und nach Sozialgerichtsverfahren im Schnitt noch zwei Monate länger ( $M = 10$  Monate ( $SD = 14,8$ )).

Trotz der hohen Zahl der unmittelbaren Erstbewilligung und einer verhältnismäßig geringen mittleren Wartezeit von etwa vier Monaten, ist die durchschnittliche Zufriedenheit in Bezug auf den Weg ins BTZ eher gering. Bei einem Zufriedenheitswert von  $M = 4,6$  ( $SD = 3,3$ ; 11-er Skala 0 bis 10) liegt die Bewertung des formalen Weges in die Maßnahme insgesamt im unteren mittleren Bereich und weist ggf. auf Handlungsbedarf hin. Ein Blick auf die

Beratungsangebote gibt Aufschluss darüber, wo die befragten Teilnehmer sich mitunter mehr Unterstützung wünschen: So sehen etwa 30 % „Mangelnde Informationen“ als problematisch (12 % „trifft zu“, 18 % „trifft eher zu“), etwa 28 % eine „Unklare Kommunikation“ (10 % „trifft zu“, 18 % „trifft eher zu“) und 29 % „Unklare Zuständigkeiten“ (11 % „trifft zu“, 18 % „trifft eher zu“). Hervorzuheben ist weiter, dass sich ein Großteil der befragten Rehabilitanden (eher) nicht angemessen beurteilt fühlt, ob von psychologischen Diensten (20 %), ärztlichen Diensten (32 %) oder durch den Entlassbericht der medizinischen Reha (35 %). Die bestehenden Beratungsangebote hingegen werden – sofern sie in Anspruch genommen wurden – als hilfreich beurteilt. So geben rund 96 % an, die Beratung durch das BTZ als eher hilfreich bzw. hilfreich an; auch die Beratungen der DRV (etwa 70 %) und der Bundesagentur für Arbeit (62 %) werden grundsätzlich als Unterstützung wahrgenommen, wenngleich auch etwa 16 % die Beratung der DRV als „gar nicht hilfreich“ wahrnehmen, bei der BA sogar knapp jede vierte befragte Person (24 %). Besonders schlecht schneiden die Beratungsangebote der Berufsgenossenschaften und Integrationsämter ab. Hier geben 91 % der Befragten, die eine BG-Beratung in Anspruch genommen hatten, an sie sei „gar nicht hilfreich“ gewesen, bei den Beratungen der Integrationsämter bzw. Inklusionsämter sind das etwa 85 %. Die Beratungen der Reha-Kliniken werden sehr ambivalent wahrgenommen. Gut die Hälfte der Personen, die diese Beratungsleistungen in Anspruch nahmen, gibt an, sie seien (eher) hilfreich gewesen (58 %). Etwas weniger sehen in der Beratung durch die Reha-Kliniken (eher) keine Hilfe (42 %).

#### *5.1.6 Resilienzfaktoren/Soziales Umfeld*

Die soziale Eingebundenheit ist als eine der zentralen Ressourcen in der Bewältigung psychischer Krise zu identifizieren. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Fallanalysen und Hospitationen (siehe Kapitel 5.2 und 5.3).

Im Rahmen der Fragebogenstudie wurden als wichtige Bezugspersonen neben dem Partner (41 %), der Familie (54 %) und Freunden (54 %) vor allem Fachpersonen wie die betreuenden Psychotherapeuten (41 %) und Mitarbeitende des BTZ (33 %) benannt. Auch Haustiere werden von knapp einem Drittel der Befragten als zentrale soziale Ressource angegeben (27 %). Deutlich weniger werden (Haus)ärzte (14 %) oder andere Teilnehmer (12 %) genannt, wobei sich letztere im Verlauf der Maßnahmen im BTZ zu einer immer wichtiger werden sozialen

Ressource entwickeln. Das zeigte sich, wie eingangs erwähnt, vor allem in den Hospitationen und den Interviews mit Rehabilitanden. Für die quantitative Erhebung ist diese Bedeutung nicht repräsentiert, weil die Frage zu den Bezugspersonen im ersten Fragebogen, d. h. zu Beginn der jeweiligen Maßnahmen, gestellt wurde. Selbsthilfegruppen wurden, ein weiteres Ergebnis, so gut wie gar nicht als Ressource wahrgenommen (4,6 %), wobei positive Effekte vor allem in BTZ internen Selbsthilfegruppen/Gesprächskreisen während der Hospitationen von den Rehabilitanden beschrieben wurden.

Die konkreten Ergebnisse der Fragen zur sozialen Eingebundenheit zeigen, dass zwar im Mittel keine starke Unzufriedenheit bei den Befragten herrscht, soziale Aktivitäten jedoch insgesamt eher gering ausgeprägt sind (siehe Tabelle 1). So nehmen die mittleren Scores der Fragen in diesem Abschnitt Werte von  $M=2,1$  bis  $2,93$  an, wobei *niedrigere Werte* mit einer *höheren Zustimmung* der Aussagen gleichzusetzen sind.

Tabelle 1: Dimensionen Sozialer Eingebundenheit;  $M$  (SD)

Dimension sozialer Eingebundenheit	$t_0$	$t_1$	Interpretation
„Ich fühle mich sozial eingebunden.“	2,10 (0,88)	1,99 (0,85)	eher Zustimmung; verbessert sich leicht
„Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche.“	2,74 (0,88)	2,96 (0,84)	eher weniger Zustimmung; verbessert sich signifikant
„Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemandem sprechen“	2,93 (0,97)	3,06 (0,94)	eher weniger Zustimmung; verbessert sich leicht
„Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.“	2,84 (0,98)	3,03 (0,94)	eher weniger Zustimmung; verbessert sich signifikant
„Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen“	2.60 (1,05)	2.85 (1,06)	eher weniger Zustimmung; verbessert sich signifikant

Wenn auch viele Befragte über Personen verfügen, die ihnen im Alltag Arbeit abnehmen, wenn sie Hilfe brauchen, mit denen sie über persönliche Dinge sprechen können, die sie bei Problemen und Rat fragen können und sie verstehen, bewegen sich die Werte noch mehr im mittleren Bereich und verweisen auf einen Verbesserungsbedarf. Dass vor allem die eigene

psychische Beeinträchtigung für eine Reduktion sozialer Aktivitäten verantwortlich ist, sehen auch die befragten Teilnehmer. Auf einer fünfstufigen Skala geben die Befragten bei einem Wert von  $M = 2,19$  ( $SD = 0,9$ ) an, dass ihre soziale Aktivität durch die eigene Erkrankung abgenommen hat. Tabelle X zeigt jedoch deutlich, dass sich die Situation für die Rehabilitanden im Laufe der Maßnahme verbessert hat. Während die wahrgenommene soziale Eingebundenheit sich leicht verbessert, gibt es in drei weiteren Dimensionen signifikante Änderungen. Die wahrgenommene Teilnahme an sozialen Aktivitäten erhöht sich im Längsschnitt auf  $M = 2,76$  ( $SD = 1,08$ ) signifikant – entsprechend der Skala lässt sich damit zumindest eine Stagnation und keine weitere (bzw. eine deutlich geringere) Abnahme feststellen. Ähnliche Ergebnisse lassen sich in Bezug auf die sozialen Auswirkungen der eigenen psychischen Erkrankung feststellen. Tabelle 2 zeigt die gemittelten Scores entsprechend den unterschiedlichen Dimensionen, wobei *geringere Werte* mit einer *stärkeren Sorge* über die jeweiligen Themen gleichzusetzen sind.

Tabelle 2: Dimensionen sozialer Auswirkungen;  $M$  ( $SD$ )

Dimension sozialer Auswirkungen	$t_0$	$t_1$	Interpretation
„Meine Krankheit belastet mir nahestehende Menschen.“	2,44 (0,89)	2,60 (0,93)	eher Zustimmung; verbessert sich leicht
„Mein Gesundheitszustand geht anderen 'auf die Nerven'.“	2,79 (0,90)	2,91 (0,94)	eher weniger Zustimmung; verbessert sich leicht
„Wegen meiner Krankheit werde ich in der Arbeitswelt nicht akzeptiert.“	2,28 (0,94)	2,73 (1,01)	eher Zustimmung; verbessert sich signifikant

Die Befragten nehmen die Auswirkungen ihrer Erkrankung demnach als negativ auf ihr soziales Umfeld wahr, wenngleich nicht besonders stark. Es zeigen sich hier im Längsschnitt aber ebenfalls z. T. deutliche Verbesserungen. Ein möglicher Erklärungsansatz ist die Thematisierung der eigenen Erkrankung im Rahmen der Maßnahme, vor allem – und das ist als Besonderheit der Beruflichen Trainingszentren hervorzuheben – im sozialen Setting. Rehabilitanden tauschen sich über ihre psychischen Belastungen aus und besprechen mit Berufstrainern auch die Offenlegung der Erkrankung im Berufsleben. Dies stärkt womöglich

auch den Umgang mit der Erkrankung insgesamt und kann soziale Interaktionen im Kontext psychischer Krankheit und Beruf verbessern (siehe hierzu auch Kapitel 7).

### *5.1.7 Erwartungen an die Maßnahme*

Wenngleich nochmals hervorzuheben ist, dass es sich im Rahmen der vorliegenden Fragebogenstudie *nicht* um eine Evaluation der Maßnahmen der Beruflichen Rehabilitation im BTZ handelt, lohnt sich eine Untersuchung der Erwartungen, die die Teilnehmer an die Maßnahme, die Einrichtung und den Ausgang der Beruflichen Reha stellen und ob sie sich im Laufe der Maßnahme erfüllt haben oder nicht. Vorab ist noch einmal zu betonen, dass zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein Großteil der Befragten noch in einer Maßnahme im BTZ waren, weshalb Erwartungen, die mit einem RTW oder mit einer angestrebten beruflichen Situation nach der Beruflichen Reha zusammenhängen, schwer zu interpretieren sind.

Deutlich zeigt sich anhand der Daten, dass 84 % aller Befragten zu Beginn der Maßnahme erwarten, in dieser unterstützt zu werden, etwa 79 % erhoffen sich eine (neue) berufliche Perspektive, etwa 71 % möchten lernen, in der Arbeitswelt mit den Belastungen der eigenen psychischen Erkrankung besser umzugehen und etwa gleich viele Personen (70 %) hoffen durch die Maßnahme im BTZ in eine stabile Beschäftigung zu kommen und mehr Selbstbewusstsein und Zutrauen zu gewinnen (70 %). Weiter erwarten größere Teile der Befragten, ihre Wünsche und Ansprüche an das Berufsleben klären zu können (62 %), durch das BTZ mit ihrem Leben besser zurecht zu kommen (55 %), Konflikte besser lösen zu können (47 %) und ihrem Sosein akzeptiert zu werden (44 %). Etwa ein Drittel erhofft sich durch die Maßnahme, sich besser gegen ihre Vorgesetzten durchsetzen zu können (32 %) bzw. Motivation für eine weitere Qualifizierung zu erhalten (28 %). Die wenigsten Befragten erwarten, in ihrem bisherigen Job weiterarbeiten zu können (7 %).

Im zweiten Fragebogen wurden die Teilnehmer gebeten, in einer Multiple-Choice-Frage alle Erwartungen anzukreuzen, die sich im Laufe ihrer Maßnahme im BTZ zum aktuellen Zeitpunkt erfüllt hatten. Die Interpretation der Ergebnisse gibt einen Hinweis darauf, welche Aspekte der beruflichen Rehabilitation im BTZ als hilfreich und unterstützend wahrgenommen wurden. Ein Nicht-Ankreuzen kann zum einen als Nicht-Erfüllung einer Erwartung interpretiert werden, zum anderen ist es möglich, dass die entsprechende Person diese Erwartung an das BTZ bzw.

die Maßnahme gar nicht erst hatte oder eben sich eben noch in der Maßnahme befindet und noch nichts über die Erfüllung sagen kann. Ein Vergleich der prozentualen Werte der Erwartungen zu  $t_0$  (siehe oben) und erfüllten Erwartungen zu  $t_1$  lässt jedoch mindestens eine Aussage darüber zu, ob grundsätzliche Erwartungen an das BTZ sich für die Rehabilitanden bewahrheiten oder ganz andere Themen relevant sind. Hier lassen sich insbesondere Bezüge zum unterschiedlichen Nutzungsverhalten der Rehamaßnahmen im BTZ herstellen, die in Kapitel 7 auf Grundlage der qualitativen Ergebnisse insbesondere aus den Teilnehmerinterviews analysiert und zusammengeführt werden.

Insgesamt geben zum zweiten Erhebungszeitpunkt 77 % der Befragten an, ihre Erwartung, in der Maßnahme unterstützt zu werden, habe sich erfüllt. Ein ebenfalls großer Prozentsatz von 59 % der Befragten berichten, eine (neue) berufliche Perspektive erhalten zu haben und etwa die Hälfte der Rehabilitanden sagen, sie haben gelernt, in der Arbeitswelt mit ihren psychischen Problemen besser umgehen zu können (51 %). Damit erfüllten sich die drei Haupterwartungen zum ersten Erhebungszeitpunkt für einen Großteil der befragten Teilnehmer nach etwa einem Jahr im BTZ. Viele weitere Rehabilitanden berichten, sie hätten im Laufe der Maßnahme mehr Selbstvertrauen und Zutrauen gewinnen können (56 %), etwas weniger als die Hälfte fühlt sich in ihrer Erwartung bestätigt, in ihrem Sosein besser akzeptiert zu werden (45 %) und ihre Ansprüche und Wünsche an das Berufsleben geklärt zu haben (48 %). Alle weiteren Erwartungen bestätigten sich für den Großteil der Befragten nicht. Hierzu zählen „in eine stabile Beschäftigung zu kommen“ (38 %), „in meinem Leben besser zurecht zu kommen“ (38 %), „Konflikte besser lösen zu können“ (32 %), „Motivation für eine weitere Qualifizierung zu erhalten“ (27 %), oder sich „gegenüber Vorgesetzten und Kollegen besser durchsetzen zu können“ (26 %). Die Erwartung, „in meinem bisherigen Job weiterarbeiten zu können“ erfüllte sich für den mit Abstand größten Teil der Befragten nicht. Hier geben nur knapp 7 % an, diese Erwartung habe sich erfüllt, was nicht verwundert, da zum ersten Zeitpunkt auch nur knapp 7 % den Verbleib im alten Job als explizite Erwartung angegeben haben. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass sich die persönlichen Erwartungen an das BTZ für den Großteil der Befragten erfüllen, die Berufliche Rehabilitation im BTZ also mit keinen großen „Überraschungen“ aufwartet. Das kann zum einen an den ausführlichen und transparenten Aufnahmegesprächen beim Eingang ins BTZ liegen, was sich auch in der zuvor beschriebenen positiven Beurteilung der Beratungsangebote des BTZ widerspiegelt. Zum

anderen berichten einige Rehabilitanden in den geführten Interviews, dass sie keine großen Erwartungen an das BTZ hatten und letztlich nicht genau wussten, was auf sie zukommen würde. Diese geringe Erwartungshaltung könnte dazu geführt haben, dass die Teilnehmer auch kaum enttäuscht werden konnten.

## 5.2 Qualitative Ergebnisse – Episodisch-narrative Interviews

### *5.2.1 Genese der Fallvergleiche*

Nach dem Rücklauf der ersten Fragebogenwelle erfolgte die erste Interviewphase. Ziel war es, die Sichtweisen der zentralen Akteure in der beruflichen Rehabilitation zu beleuchten, zumal auch sehr unterschiedlich ausgestaltete und unterschiedlich bezeichnete Maßnahmen in den z. T. heterogenen Einrichtungen der BTZ bislang noch kaum übersichtlich dargestellt wurden. Neben Experten wurden im Rahmen narrativ-episodischer Interviews vor allem die Rehabilitanden selbst zu ihrem Weg ins BTZ befragt. Der Kontakt zu den Rehabilitanden bestand bereits durch die Fragebogenerhebung, sodass mehrere hundert potenzielle Interviewteilnehmer zur Verfügung standen (von den 735 Rückläufern gaben nicht alle das Einverständnis zu einem Interview). Die ersten Interviews wurden im Juli 2022 geführt. Insgesamt wurden 32 Teilnehmer interviewt, davon 17 erneut zu einem zweiten Zeitpunkt nach ca. 12 Monaten. Während die Interviews zur ersten Interviewphase hauptsächlich in den Räumlichkeiten der BTZ stattfanden, wurden die zweiten Interviews z. T. auch in öffentlichen Räumlichkeiten (z. B. ruhige Cafés), oft auch bei den Teilnehmern zuhause durchgeführt, da sich einige bereits nicht mehr in der Maßnahme befanden.

Allen Interviews voran ging ein kurzes einleitendes Gespräch, indem die Ziele und Hintergründe der Studie erklärt wurden. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und die erhaltenen Audiosequenzen anschließend transkribiert und pseudonymisiert. Zur Dokumentation von Eindrücken vor, während und nach den Interviews wurden strukturierte Memos erstellt. Entsprechend der in Kapitel 4.3.3 beschriebenen methodologischen Ausrichtung wurden so viele Interviewpartner befragt, bis keine neuen (bedeutenden) Erkenntnisse in den Gesprächen hinzukamen (theoretische Sättigung).

Die Analyse der narrativ-episodischen Interviews erfolgte anschließend in mehreren Schritten: So wurden die individuellen Verläufe anhand der Transkripte zunächst inhaltlich ausgewertet

und chronologisch dargestellt sowie auftretende Phänomene (z. B. psychologische Bewältigungs- bzw. Coping-Strategien, etc.) herausgearbeitet.

In einer komparativen Analyse (vgl. Kelle, 1994, S. 289; Glaser & Strauss, 1998, S. 36), wurden strukturähnliche Fälle mit stark kontrastierenden Fällen aufeinander bezogen. Das zentrale Analyse-Verfahren ist dabei der „ständige Vergleich“. Dieser ermöglicht mit den Mitteln des minimalen und des maximalen Kontrasts Fallgemeinschaften und Unterschiede herauszuarbeiten und so die Breite der empirisch vorkommenden Fallkonstellationen zu erfassen. Dies erlaubte es, charakteristische Verläufe zu erkennen, daraus Verlaufgruppen zu definieren und diese zu vergleichen. Zusätzlich erhobene Daten aus den Experteninterviews, die die Auswertung des Materials durch die Perspektive von Praktikern des ambulanten und rehabilitativen Systems und Akteuren und Zuweisern innerhalb des Reha-Systems sowie Experten aus der Versorgungsforschung, erlaubten eine Präzisierung und Überprüfung unserer Ergebnisse aus fachlicher Sicht.

Auf Basis der Interviews konnten vertiefte Einblicke in die biografischen Verläufe der Teilnehmer, Krankheitskarrieren, mögliche Traumata, aber auch Entscheidungsmotive für Berufswahl und familiäre Planung erhoben werden. Die Vorgeschichte der Erkrankung und der Behandlungsverlauf aus Sicht der Teilnehmer waren ebenfalls ein wichtiger Teil der Gespräche. Insgesamt zeigte sich in unserer Sample eine große Heterogenität in den Verläufen, da die BTZ mit sehr unterschiedlichen Teilnehmern konfrontiert sind (siehe Tabelle 3).

*Tabelle 3: Interview Sampling Teilnehmer*

<b>Pseudonym</b>	<b>Alter</b>	<b>Maßnahme(n)</b>	<b>selbstberichtete Diagnose(n)</b>	<b>Inter-views</b>
Frau Kraft	40	BT	Depression	1
Herr Münkler	34	BT	Depression	2
Frau Mronz	42	First Step, Anpassungsfortbildung	Psychose	2

Frau Fitis	58	Arbeitserprobung	Depression	2
Herr Alf	36	Arbeitserprobung	Depression	2
Herr Koch	31	BT	Depression	1
Herr Storch	34	BT	Depression	2
Frau Georgius	25	BvB	Depression, Angststörung	2
Herr Wald	54	BT	Burnout	2
Frau Lewis	57	BT	PTBS, Depression, Panik	2
Frau Sander	21	BvB	PTBS, Depression, Panik	1
Herr Erwin	63	BT	Burnout, Depression	2
Frau Heine	19	BvB	Visuelle Wahrnehmungsstörung, Konzentration	1
Herr Rummel	55	Arbeitserprobung, EBA, BT	Schlafstörung, Grübeln	2
Herr Iller	23	EBA	Depression	2
Frau Meininger	49	Arbeitserprobung, BT	Depression	2
Herr Mattke	46	Arbeitserprobung, EBA	Depression, Soziale Phobie	2
Herr Saikowski	39	Arbeitserprobung	Depression, Angststörung	2
Frau Hertlein	48	Arbeitserprobung	Depression, Long Covid	2

Herr Girlitz	53	Berufsorientierung, BvB	Depression	2
Frau Zeisig	26	Berufsfindung, Eignungsabklärung	Depression	1
Herr Mittelsäger	41	EBA	Borderline	1
Herr Blau	31	BT	Burnout, Depression	1
Frau Kohl	32	First Step, Anpassungsmaßnahme	Depression	1
Frau Vogel	43	Arbeitserprobung, BT	PTBS, Angststörung	2
Herr Reisfink	35	Arbeitserprobung, BT	Sozialphobie, Persönlichkeitsstörung	2
Frau Daune	25	Arbeitserprobung, Berufsfindung	Depression, Angststörung	1
Frau Dohle	45	First Step, Anpassungsmaßnahme	Depression, Angststörung	1
Frau Dresen	45	BT	Depression	1
Frau Bahnke	48	Bas-AR	PTBS, Depression	1

Für die Auswahl der für die Fallvergleiche herangezogenen kontrastierenden Fälle wurden alle Rehabilitanden, die im Zuge der Interviewphasen zu zwei Zeitpunkten befragt werden konnten in einer Clusterdarstellung anhand des Verlaufs der Maßnahme sowie nach Alter grob sortiert (siehe Abbildung 15). Auf der X-Achse befinden sich links in der Abbildung die Teilnehmer, die keinen erfolgreichen RTW nach Ende der Maßnahme haben (entweder EM-Rente, Arbeitslosigkeit oder eine neue Maßnahme), rechts sind die Personen, die in Arbeit sind, differenziert nach Voll-, Teilzeit bzw. Minijob, eingetragen. Auf der Y-Achse sind oben die

älteren Personen, unten die jüngeren aufgeführt. Hier zeichnen sich bereits charakteristische Fallkonstellationen ab, die in Kapitel 7 ausführlich beschrieben werden.

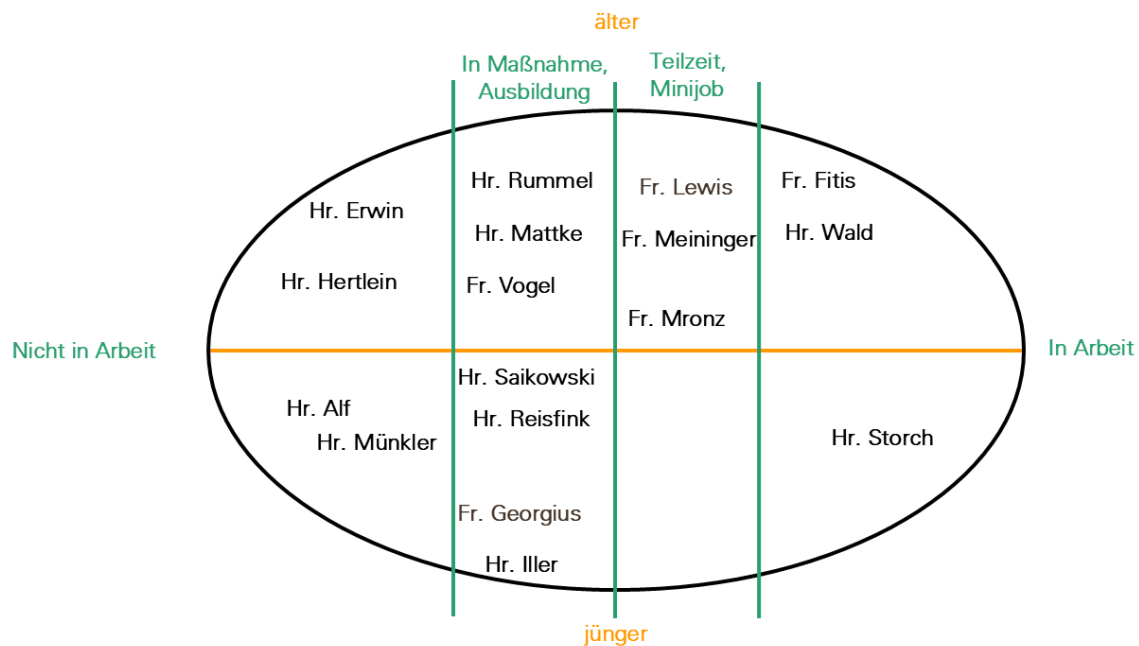


Abbildung 15: Clusterdarstellung Teilnehmerinterviews

Die folgenden Kapitel stellen die Ergebnisse der oben beschriebenen Fallanalysen dar. Hierzu werden in den nächsten Abschnitten insgesamt vier Fallvergleiche vorgestellt, die in ihrer Darstellung folgendem Schema folgen:

1. kurze Einführung der beiden Fälle inkl. Begründung der Gegenüberstellung
2. Vorstellung des ersten Falles inkl. tabellarischer Darstellung der Eckdaten, des „Weges ins BTZ“ sowie der „Maßnahme und des weiteren Verlaufs“
3. Vorstellung des zweiten Falles (Struktur wie beim ersten Fall)
4. Fallvergleich

Abschließend werden übergeordnete Themen, die sich aus den Fallvergleichen ergeben und einen Übertrag auf ähnliche „charakteristische Fallkonstellationen“ zulassen diskutiert und mit den Ergebnissen der weiteren Erhebungen in Beziehung gesetzt.

### 5.2.2 Fallvergleich (1) Herr Alf – Herr Storch

#### Ähnliche Ausgangslage: Resilienz vs. Vulnerabilität

Im Folgenden werden zwei Fallstudien aus unserem Sample vorgestellt, die eine ähnliche Ausgangslage hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildungsstand haben, aber vollkommen unterschiedliche Verläufe zeigen. In einem Fall eine (zunächst) gelungene Rückkehr in Arbeit, im anderen Fall der Wunsch nach Beantragung einer Erwerbsminderungsrente. Den Fällen vorangestellt ist eine tabellarische Zusammenfassung der wichtigsten Daten zu Person, Familienstand, Bildungs- und Berufsabschluss und zum aktuellen Beschäftigungsstatus. Zusätzlich werden die selbst berichtete Diagnose, die Attribution(en) der Krankheitsursachen und behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen angeführt. Danach schließt sich eine stichwortartige biografische Skizze („Kurzvita“) an. Schließlich erfolgt der Fallvergleich.

Die beiden hier ausgesuchten Fälle stehen für die Bedeutung sogenannter „weicher Faktoren“ für den weiteren Verlauf nach einer (beruflichen) Maßnahme. Während Herr Alf der BTZ-Maßnahme von Beginn an kritisch gegenübersteht und eine geringe Resilienz zeigt, kann Herr Storch die Maßnahme für sich als Chance für eine Stabilisierung der eigenen Person und eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit verwenden. Die Motivationslage ganz zu Beginn der Maßnahme ist entscheidend für den weiteren Verlauf. Während Herr Alf ein weiterführendes BT ablehnt, da er sich außerstande fühlt die Anforderungen dafür zu erfüllen, kann Herr Storch innerhalb des Zeitraumes der Maßnahme Selbstvertrauen und Zuversicht aufbauen. Das zeigt, dass subjektive Faktoren eine bedeutende Rolle für den Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme entscheidend sein können. Es muss offenbleiben, ob es für Herrn Alf alternative Angebote gegeben hätte, die einen negativen Verlauf nach der Maßnahme verhindern hätten können. In der Rekonstruktion der biografischen Entwicklung lassen sich einige Hinweise auf mögliche zusätzliche Unterstützungsleistungen finden, etwa eine engmaschigere Betreuung, dennoch stellt sich die Frage, ob die BTZ-Maßnahme für Herrn Alf adäquat war, vor allem auf dem Hintergrund, dass er selbst, wie er im Interview äußert, nicht davon überzeugt war hier gut aufgehoben zu sein.

## Herr Alf

Tabelle 4: Fall 1 (Herr Alf)

<b>Geschlecht:</b>	männlich
<b>Alter:</b>	36 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	alleinlebend
<b>Wohnort:</b>	mittelgroße Stadt
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	immer wiederkehrende depressive Episoden
<b>Komorbidität:</b>	keine bekannt
<b>Attribution</b>	<i>Familie/Soziales:</i> frühe Trennung der Eltern, wenig Kontakt zu Vater und Schwester, soziale Kontakte insgesamt reduziert; Trennung von Freundin führt zu schwerer Krise <i>Beruf:</i> Abbruch Studium, Arbeit in Firma des Schwagers, Überforderung, lange AU-Zeiten/Krankschreibungen
<b>Problemlagen</b>	starker Wunsch nach Partnerschaft, sozial isoliert Überforderung in der Arbeit, geringe Belastbarkeit Mangelndes Selbstwertgefühl
<b>Behandlungen/Reha</b>	psychosomatische Reha 2021 Psychotherapie, ambulante psychiatrische Behandlung
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos/krankgeschrieben
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Arbeit in Firma des Schwagers
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Gymnasium/EOS
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	keinen; abgebrochenes Studium
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	arbeitslos, Antrag auf EM-Rente

## Der Weg ins BTZ

Das erste, etwa einstündige Interview mit Herrn Alf findet im Januar 2023 in seiner kleinen Einzimmerwohnung statt. Herr Alf ist zum Zeitpunkt des Gesprächs 36 Jahre alt und wirkt aufgrund der regelmäßigen Einnahme von Antidepressiva, – wie sich im Laufe des Interviews herausstellt – in seinen Reaktionen und Äußerungen verlangsamt. Er lebt von Arbeitslosengeld und hat seine 6wöchige Maßnahme im BTZ bereits vor mehreren Monaten beendet.

Herr Alf wächst in einem Dorf nahe einer größeren Stadt bei seiner Mutter auf, da sich seine Eltern früh trennen. Der Vater hat noch eine ältere Tochter, zu dieser Halbschwester, 7 Jahre älter, hat er sporadisch Kontakt. Nach seiner Schulzeit, die ohne größere Zwischenfälle verläuft und dem Zivildienst, zieht Herr Alf in die nahegelegene Großstadt. Dort studiert er Informatik und Maschinenbau, schließt sein Studium aber nicht ab, da er in dieser Zeit zum ersten Mal größere psychische Probleme hat:

*Dann kam so ein bisschen meine Krankheit mir in den Weg, da / das, ja, erst mit einer Depression hat es begonnen und ich hatte dann 2014, also so, ja, so eine Art Psychose, psychotisches Erlebnis (Interview 1, S. 1.)*

Den Grund für diese erste Krankheitsepisode führt Herr Alf ursächlich auf die Trennung von seiner damaligen Freundin zurück. Auf diese Situation kommt er in beiden Interviews immer wieder zu sprechen. Sein starkes Bedürfnis nach einer Partnerschaft und einer Familie, das bis dato unbefriedigt bleibt, macht er als Hauptgrund für seine psychischen Probleme aus, wobei er auch konstatiert, dass es hier eine gesellschaftliche Erwartungshaltung gibt, die er glaubt, erfüllen zu müssen. Bis zu der für ihn offenbar traumatischen Trennung von seiner Freundin verlief sein Leben in der Rückschau aber in normalen Bahnen wie er auch im Interview mehrmals bestätigt:

*Nein, davor war nix. Und, also es ist / es ist sehr / also, ja, um das für mich klarzumachen, es / mein Problem ist, denke ich, ich hab / ich / ich habe ein starkes Bedürfnis jetzt nach Beziehung. Aber hab es nie realisiert, irgendwo. Also, (5) ja, also ich denke / ich denke, das ist ein bisschen also ein großes / großer Knackpunkt, wo / warum sich die Probleme so manifestiert haben. (Interview 1, S. 4.)*

Die psychischen Probleme werden in der Folge so groß, dass Herr Alf für drei Wochen stationär in einer psychiatrischen Einrichtung aufgenommen wird. Danach kommt er in eine Tagesklinik

und erhält ein Neuroleptikum, das er ab diesem Zeitpunkt regelmäßig zu sich nimmt. Obwohl er die Nebenwirkungen der Medikamente kritisch sieht, v.a. seine deutlich sichtbare Teilnahmslosigkeit, sieht er die Einnahme als Notwendigkeit an und eine Reduzierung steht derzeit für ihn auch nicht zur Disposition.

Herr Alf entschließt sich in der Folge wieder aus der Großstadt in seinen Heimatort zurückzuziehen, vor allem da es in der Firma seines Schwagers ein Arbeitsangebot für ihn gibt. Mit ein Grund für den Umzug scheint auch der Druck von Seiten der Familie gewesen zu sein, die, nachdem er ein paar Monate nichts gemacht hat, darauf drängt, dass er endlich eine Arbeit suchen muss. Herr Alf wohnt zunächst wieder bei seiner Mutter und arbeitet schließlich 6 Jahre in der Firma seines Schwagers, zunächst Teilzeit mit vier Stunden pro Tag, dann stockt er auf sechs Stunden auf. In der Coronazeit wird er im Unternehmen Speditionsleiter, was einen Vollzeitjob mit sich bringt, der ihn aber auf Dauer zu sehr belastet, sodass er rasch wieder auf vier Stunden Arbeitszeit zurückgeht. In dieser Phase verdichten sich seine Probleme bei der Arbeit wie auch privat, wo er sich zunehmend einsam fühlt. Die eigene Wertlosigkeit, ein häufiges Thema in den beiden Interviews, kommt hier zum ersten Mal explizit zur Sprache:

*Das war so ein bisschen, kam so ein bisschen zusammen beides. Dass einerseits ist die Spedition schlechter gelaufen. Die ist jetzt ziemlich runtergefahren so. Und andererseits auch habe ich gemerkt, gerade dass die / weil das Speditionsgeschäft weniger läuft, da habe ich keinen Platz in der Firma eigentlich. Also in Verbindung mit, dass ich so wenig Stunden schaffe, kann ich da nichts beitragen, was S / Sinn macht so, dass ich / dass ich ein / ein / ein zufriedenes Leben finde. Also ich könnte da höchstens Helfertätigkeiten dann ausführen auf lange Sicht und da kommt ja nicht genug bei rum./ (Interview 1, S. 10*

In der Folge kommt es zu einer weiteren schweren psychischen Krise, die in eine Krankschreibung wegen Depression mündet. Herr Alf erhält in Folge ab Mai 2021 für 78 Wochen Krankengeld. Ende 2021 wird sein Antrag auf eine medizinische Rehabilitation genehmigt. Nach seiner Entlassung stellt er – auf Rat seiner behandelnden Psychiaterin – den Antrag auf eine berufliche Reha. Im Rückblick erzählt er im Interview, dass er im Wartezimmer seiner Psychiaterin einen Flyer der RPK gesehen hat. Nachdem er seine behandelnde Psychiaterin darauf anspricht, erklärt diese, das wäre doch eine Möglichkeit für ihn und stellt gemeinsam mit ihm einen Antrag, der erst abgelehnt, dann aber im Widerspruchsverfahren

bewilligt wird. Allerdings gibt es für Herrn Alf nur die Möglichkeit ins BTZ zu gehen, was nicht genau seinen Vorstellungen entspricht, da er eigentlich ins RPK wollte. Den Vorschlag BTZ nimmt er schließlich, auch aufgrund des Mangels an Alternativen, an und kommt in eine sechswöchige Vorbereitungsmaßnahme, die in der Regel einem einjährigen BT vorgeschaltet ist.

### Die Maßnahme und der weitere Weg

Nachdem Herr Alf die sechswöchige Vorbereitung im BTZ durchlaufen hat, stellt sich die Frage was darauffolgen soll. Die Einschätzung der Fachkräfte im BTZ und Herrn Alfs eigene Selbstwahrnehmung stehen sich hier diametral gegenüber: während das BTZ für ein BT plädiert, sieht sich Herr Alf nicht in der Lage den dafür notwendigen Anforderungen zu entsprechen:

*Das war, es wurde mir halt nahegelegt, na ja, eigentlich / (3) Ja, also am Ende also wurde mir ein berufliches Training angeboten, aber in Vollzeit. Und das in J. Also acht Stunden Präsenz und dann nochmal Dreiviertelstunde, eine Richtung. (...) Nein, das wusste ich, das geht nicht gut. Das wird nicht gutgehen. (Interview 1, S. 14)*

Offenbar kommen die Betreuer nach den sechs Wochen Vorbereitung zu ganz anderen Schlüssen über die Leistungsfähigkeit von Herrn Alf, der in der Retrospektive das Gefühl äußert, hier wäre über seinen Kopf und ohne seine Mitbestimmung etwas entschieden worden, was er, wie er es ausdrückt, *zum eigenen Schutz*, abgelehnt hat. Alternativen, so sein Eindruck, wurden im Prinzip nicht wirklich thematisiert:

*Die Alternative war dann, am Ende habe ich jetzt den / berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung, dass mir Eingliederungszuschüsse bewilligt werden, vom Arbeitgeber, für den Arbeitgeber (Interview 1, S. 15)*

Bei unserem zweiten Gespräch etwa ein Jahr später ist Herr Alf in eine größere und schönere Wohnung umgezogen. Nachdem er nach der sechswöchigen Maßnahme im BTZ eine Zeit lang arbeitslos gemeldet war, absolviert er ein Praktikum in einer IT-Firma und bewirbt sich parallel zum Praktikum für ein Bewerbungs-Coaching. Das Praktikum ist zunächst auf vier Stunden am Tag anberaumt und beinhaltet insbesondere die Pflege der internen IT-Prozesse. Schon nach

kurzer Zeit fühlt sich Herr Alf überfordert, obschon er zunächst davon überzeugt ist, dass er den Arbeitsaufwand bewältigen kann:

*Ja, ich habe mich, ja, ja, ich habe mir schon die Frage / mir schon die Frage gestellt, wie / wie es weiter geht da? Aber ich habe da ja schon immer die Zuversicht, dass das klappt mit dem (unv.) und mit dem / mit einer Arbeit in dem Bereich dann. Also weil ich halt dachte, vier Stunden schaffe ich. (Interview 2, S. 32)*

Die Überlastung führt er vor allem auf inhaltliche Gründe zurück, da vielfach Aufgaben an ihn gestellt werden, die er nicht lösen und allein nicht bewältigen kann, um Hilfe zu fragen scheint ihm in diesem Zusammenhang augenscheinlich aus psychischen Gründen nicht möglich. Zudem belastet ihn darüber hinaus die soziale Situation im Büro, da der Umgang mit Anderen für ihn ein Stressfaktor bildet der sich auch in seinen (fehlenden) sozialen Beziehungen im Alltag reflektiert.

*Die Belastung war ei / war insgesamt eine Vielzahl von Sachen. Also allein schon / allein in dem Büro zusammensitzen mit / mit Kollegen, die inhaltlich / wo man inhaltlich aber was ganz anderes macht jetzt von / v / also es hat / hatte keinen Mehrwert so, sodass / dass man sich austauschen konnte darüber. Aber es hat mich schon gestresst irgendwie, so irgendwie. / (Interview 2, S. 34)*

Die Rahmenbedingungen des Praktikums und sein Eingeständnis nicht wirklich leistungsfähig zu sein führen am Ende dazu das Praktikum nach relativ kurzer Zeit, etwa nach drei Monaten, abubrechen. Schon zuvor häuften sich Fehltage, da sich Herr Alf, wie er im Interview erzählt, *ich mich auch geschämt habe, dass ich ja auch nichts leiste und / Tja. (Interview 2, S. 35)*

Das eigene Versagen und der neuerliche Misserfolg führen, so die Selbsteinschätzung, in der Folge zu einer Verschlechterung seines psychischen Zustandes und einer bereits öfter von ihm angesprochenen Selbstentwertung. Prospektiv sieht Herr Alf für sich in der momentanen Situation keine realistische Arbeitsperspektive und ist auch ratlos, wie seine Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden könnte. Die bisherigen Versuche wieder in Arbeit zu kommen, sieht er als gescheitert an und er will sie in derselben Weise auch nicht mehr wiederholen, da er seine Leistungsfähigkeit als dauerhaft beeinträchtigt sieht und das Vertrauen in sich selbst verloren hat.

*Also ich, ja, ich bin der Meinung, also ich weiß ja, ich kann es / ich kann manche Sachen in dem Zustand nicht schaffen. Vielleicht ist mir möglich, da / dass es einen Weg gibt, um / um zu irgendeiner / zu irgendeiner Widerstandsfähigkeit zurück zu gelangen. Aber / aber so mit einem Hammer funktioniert es halt einfach nicht oder mit der Brechstange, so einfach mal rein und einfach mal machen. (Interview 2, S. 38)*

Den Ausweg aus der momentanen Situation sieht Herr Alf im *zweiten Interview* in der Beantragung einer EM-Rente, die offenbar von seiner behandelnden Psychiaterin (Medikamente plus Verhaltenstherapie), zu der er sporadisch Kontakt hat, empfohlen wird. Wie sich im Gespräch herausstellt, war das Thema EM-Rente bereits im BTZ virulent, dort wurde ihm aber davon abgeraten und eine Erwerbsfähigkeit von sechs Stunden attestiert, was Herr Alf für sich als Rätsel ansieht, da er zu einer ganz anderen Einschätzung kommt. Derzeit sieht er sich, auf Nachfrage, überhaupt nicht mehr in der Lage einer Arbeit nachzugehen, selbst bei einer Stundenreduktion.

### Herr Storch

*Tabelle 5: Fall 2 (Herr Storch)*

<b>Geschlecht:</b>	männlich
<b>Alter:</b>	34 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	in Partnerschaft
<b>Wohnort:</b>	mittelgroße Stadt
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Burnout, depressive Episoden
<b>Komorbidität:</b>	keine bekannt
<b>Attribution</b>	<i>Familie/Soziales:</i> schwieriges Verhältnis zum Vater der früh stirbt  <i>Beruf:</i> Abbruch erstes Studium, Zweitstudium Master Naturschutz, Arbeit in Behörde, Wechsel in Privatwirtschaft, Burnout durch Überforderung

<b>Problemlagen</b>	mangelndes Selbstwertgefühl, Anspruchshaltung an Person sehr hoch, Versagensängste
<b>Behandlungen/Reha</b>	regelmäßig Psychotherapie
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Arbeit in Planungsbüro Naturschutz
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Gymnasium/EOS
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	Universität (Masterabschluss)
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	Vollzeitarbeit (auf ein Jahr befristet)

### Der Weg ins BTZ

Das erste Interview mit Hr. Storch findet im BTZ statt. Zum Zeitpunkt des Gesprächs ist er 37 Jahre alt. Herr Storch wächst in einer mittelgroßen Stadt mit einer älteren Schwester auf, zu der er aber kein besonders enges Verhältnis hat, was er ursächlich auf die Familiensituation zurückführt. Seine Eltern verlieren nach der Wende 1989 ihre Arbeit und müssen in weniger qualifizierten und schlechter bezahlten Jobs arbeiten. Der Vater von Herrn Storch stirbt früh an Krebs, zu diesem Zeitpunkt ist er 13 Jahre alt. Soweit in den Gesprächen klar wird, hatte der Vater aber kein enges Verhältnis zu seinen Kindern, sondern absentiert sich stark vom normalen familiären Leben. Seine psychischen Probleme führt Herr Storch auch auf die nicht aufgearbeitete Beziehung zu seinem Vater und seinen frühen Tod zurück.

*Ja, und das war halt zum Beispiel ein so ein Faktor, so dieser hier, Tod vom Vater nie so richtig aufgearbeitet, was dann halt zu meinen psychischen Spannungen geführt hat. (I: Mhm (zustimmend)) Und / und halt immer so Gefühl unterdrücken und ich / ja, stark sein, sich nichts angewöhn / nichts anmerken lassen. Jungs weinen nicht, so diesen ganzen Komplex, sag ich mal, der mich dann da halt dazu getrieben hat, Zähne zusammenbeißen, keine Schwäche zeigen, keine Therapie machen, du musst dich nur dran gewöhnen, du hältst das durch, so. (Interview 1, S. 15)*

Nach dem Abitur beginnt Herr Storch ein erstes Studium, das er aber nach zwei Semestern abbricht. Danach beginnt er ein Masterstudium Naturschutz und Landschaftsplanung, das er

annähernd in der Regelstudienzeit abschließt. Nach seinem Master 2019 arbeitet er bei einer Behörde, die Baugenehmigungen verteilt. In dieser Zeit beginnen die ersten psychischen Probleme sich zu manifestieren. Latent waren sie aber bereits vorhanden, da Herr Storch im Interview anmerkt, dass er wohl vor dem ersten Job möglicherweise bereits eine Therapie gebraucht hätte. Auf Dauer kann er den Bürojob nicht in sein Selbstbild integrieren, er muss, wie er sich ausdrückt, „raus aus dem Amt“ und fühlt sich dennoch als Versager, da er anderen Ansprüche an sich hat. Ein durchgehendes Lebensgefühl, nichts wert zu sein, auch im privaten Bereich, veranlasst ihn zu kündigen und zum Wechsel des Arbeitsbereiches.

*Also mein allererster Job war ja im Amt. Das, das war / das war eine befristete Geschichte, im Naturschutzbereich. Da ging es mir auch schon nicht so gut, aber ich wollte immer noch / ich war immer noch so, ah, du brauchst auf jeden Fall einen Job. So, und hab dann, sag ich mal, so ein bisschen das Erstbeste, was im Amt da auch noch war, angenommen, also Weg des geringsten Widerstandes, Angst. Und das war dann / da hat sich dann aber mein Zustand weiter verschlechtert, bis ich dann halt auch dort kündigen musste. So, das war quasi mein erster Burnout, ohne dass ich das so richtig gemerkt habe und wusste, was das ist. (Interview 1, S. 14)*

Nach seiner Kündigung wechselt Herr Storch, wie er sich ausdrückt, in „das andere Extrem“, nämlich in ein kleines Planungsbüro in der freien Wirtschaft. Die Arbeitsbedingungen, oft Zwölf-Stunden-Schichten und unklare Aufgabenstellungen, die das Gefühl Allein-gelassen-zu-werden verstärken, führen schnell zu einer weiteren psychischen Krise. Dennoch lässt er sich lange Zeit nicht krankschreiben, sondern versucht sein Arbeitspensum zu erfüllen, da er diesen Job, wie er selbst sagt, als „Rettung vor dem Amt“ sieht. Nach etwa 1,5 Jahren kommt es zu einer einvernehmlichen Kündigung und Herr Storch kommt für kurze Zeit in Arbeitslosengeld (ALG 1). In dieser Zeit beginnt er Antidepressiva zu nehmen die seinen Zustand verbessern, zudem organisiert er sich eine Psychotherapie, die ihn zusätzlich stabilisiert. Seine Therapeutin verfasst auch ein Gutachten an die Arbeitsagentur, dass Herr Storch aus psychischen Gründen kündigen musste. Das führt dazu, dass er in den Reha-Bereich aufgenommen wird, wo ihm verschiedene Optionen angeboten werden, unter anderem auch ein BFW, da Herr Storch angibt nicht mehr in seinem erlernten Arbeitsbereich bleiben zu wollen. Am Ende entscheidet er sich für ein BTZ, vor allem da er nicht nochmals zwei Jahre in eine Ausbildung stecken will.

*Ja, aber, also ich hab ein Master-Studium und hab gedacht so, jetzt noch eine Ausbildung, (...) da müsste ich mir dann schon hundertprozentig sicher sein, dass es das dann ist und dass ich diese Ausbildung auch brauche, um da reinzukommen, und das war es halt nicht. Und deswegen war das eigentlich eine gute / eine gute Option für mich mit dem BTZ. (Interview 1, S. 2)*

### Die Maßnahme und der weitere Weg

Herr Storch absolviert zunächst ein sechswöchiges Assessment im BFW und wartet danach zwei Monate auf das BT im BTZ. Relativ früh wird ihm klar, dass er nicht in den kaufmännischen Bereich möchte: *Also das wollte ich nicht. Für mich war halt am Anfang schon immer eine Option Facheinzelhandel, aber dann halt so dieses Setting so, also ich bin / ich / ich bin Musiker und mein erster Gedanke war, ich geh in nen Gitarrenladen, wo ich auch mein erstes Praktikum hatte. (Interview 1, S. 7)*

Auf das erste Praktikum, wo eine Übernahme nicht möglich ist, da keine finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, folgt ein weiteres Praktikum in einem Buchladen, das Herr Storch sehr gefällt, wo aber ebenfalls von Anfang an klar ist, dass es nur zeitlich begrenzt stattfinden kann. Dennoch ist dieses Praktikum im Rückblick eine wichtige Erfahrung, vor allem das Beraten der Kunden macht Herrn Storch Freude und stärkt sein Selbstbewusstsein. Er bleibt auch mit dem Chef des Ladens in Kontakt und hilft ihm bei anfallenden IT-Problemen. Im Nachhinein bewertet Herr Storch auch die beiden Absagen als positiv, da er sich zu diesen Zeitpunkten noch nicht stabil genug für ein normales Arbeitsverhältnis fühlte.

*„aber im Nachhinein war es vielleicht auch nicht das Schlechteste, weil, das war ja relativ am Anfang. Und ich hab schon jetzt hier in der Zeit auch psychisch für mich immer noch viel Entwicklung durchgemacht (...) so, wo ich mir denke, wenn ich da jetzt sofort wieder raus und so ein bisschen, sag ich mal, das Erstbeste und oah, danke, jetzt kann ich wieder arbeiten, jetzt bin ich endlich wieder normal so, dann, dann hätt ich mich da auch wieder irgendwie in was reingesteigert, was mir nicht gutgetan hätte psychisch. (Interview 1, S. 10)*

Auch wenn das Ziel der Maßnahme, in den Worten von Herrn Storch, darin besteht, *dass die Leute eigentlich schon über ein Praktikum irgendwo reinkommen*, (Interview 2, S. 9) braucht er Zeit, um eine Stabilität aufzubauen die einen SAW ermöglichen. Das dritte Praktikum in

einem Handyladen bricht er schließlich schnell ab, da er das Gefühl hat den Kunden nur Verträge „aufzuschwätzen.“ Prinzipiell hat Herr Storch nach dem Assessment noch keinen konkreten Plan wie er seine weitere berufliche Zukunft gestalten will, die Zeit im BTZ sieht er als willkommene Möglichkeit sich auszuprobieren, das Einzige, was für ihn klar ist und bleibt, eine Umschulung in einen neuen Beruf kommt nicht in Frage. Für Herrn Storch war Arbeit stets ein Teil seiner Selbstdefinition, der Anspruch an sich und seine Arbeit, es musste ein Traumjob sein, sieht er als ursächlich für seine psychischen Probleme. Diesen Anspruch hat er, wie er im Interview ausführt, nun nicht mehr, deshalb ist auch die konkrete Arbeit oder der Arbeitsbereich für ihn nicht besonders wichtig. Entscheidender sind die Arbeitsbedingungen, die für ihn passen müssen, weniger Inhalt und Qualität der Arbeit.

Bei unserem zweiten Gespräch in seiner Wohnung, die er gemeinsam mit seiner Freundin teilt, hat Herr Storch einen (befristeten) Arbeitsplatz gefunden. Noch während der Maßnahme im BTZ wird ihm, aufgrund seiner Fähigkeiten, nahegelegt sich in einer mehr technischen Richtung umzusehen. Nach einigen erfolglosen Bewerbungen erhält er, noch während der Maßnahme, eine Anstellung bei einer Firma in der Nähe seines Wohnortes, spezialisiert auf Medizintechnik. Zunächst erhält er ein Praktikum für vier Wochen, das verlängert wird und schließlich in einer Übernahme mündet. Der befristete Arbeitsvertrag für ein Jahr ist Standard im Unternehmen bei Neueinstellungen. Herr Storch hat unterschiedliche Aufgabengebiete, unter anderem auch Handarbeit an Maschinen. Auf die Frage, ob er diese Arbeit auch ohne die Zeit im BTZ bekommen hätte, bleibt er ambivalent. Die Firma hat Erfahrungen mit Quereinsteigern, für ihn selbst war aber der wichtigste Faktor im BTZ Selbstbewusstsein aufzubauen:

*Das war ja ziemlich im Keller nach meinen ganzen / nach meiner Kündigung und Depression und was weiß ich nicht. Da war das / Da war das so ein: Oh Gott, was soll nur in der Zukunft kommen, wie soll ich nur jemals einen Job finden? Was kann ich überhaupt? Was / Was / Was habe ich überhaupt für Fähigkeiten, die ich irgendwie anbieten könnte? Und da war das BFW tatsächlich ganz doll wichtig. (Interview 2, S. 4)*

Obwohl immer wieder Versagensängste und Selbstwertprobleme auftauchen, macht ihm die Arbeit Spaß, vor allem da sie einem konkreten Plan folgt und er die täglichen einzelnen Schritte und Aufgaben in der Praxis beherrscht, was ihm zum ersten Mal das Gefühl gibt, durch die Arbeit nicht belastet zu sein. Unsicherheitsfaktor bleibt noch die Entfristung seines

Arbeitsvertrages, was temporär zu Ängsten führt, die er aber durch therapeutische Unterstützung bearbeitet und die er selbst als nicht rational einordnet. *Dann kommt es wieder, du musst jetzt alles richtigmachen, sonst wirst du doch entlassen oder irgendwie. Also / Aber das sind halt Kämpfe, die ich selber führen muss, sage ich mal, weswegen ich jetzt ja auch die Therapie wieder mache.* (Interview 2, S. 22)

Prinzipiell wird im zweiten Gespräch deutlich, dass Herr Storch, auch mit Hilfe des BTZ, an Selbstbewusstsein und Souveränität gewonnen hat. Er hat auch seine Leistungsfähigkeit, aktuell arbeitet er in Vollzeit, zurückerlangt. Alles in allem sieht er positiv in die Zukunft und hat sich ein Umfeld geschaffen, das ihn stabilisiert. Man kann hier von einem (zunächst) gelungenen RTW sprechen.

### Fallvergleich

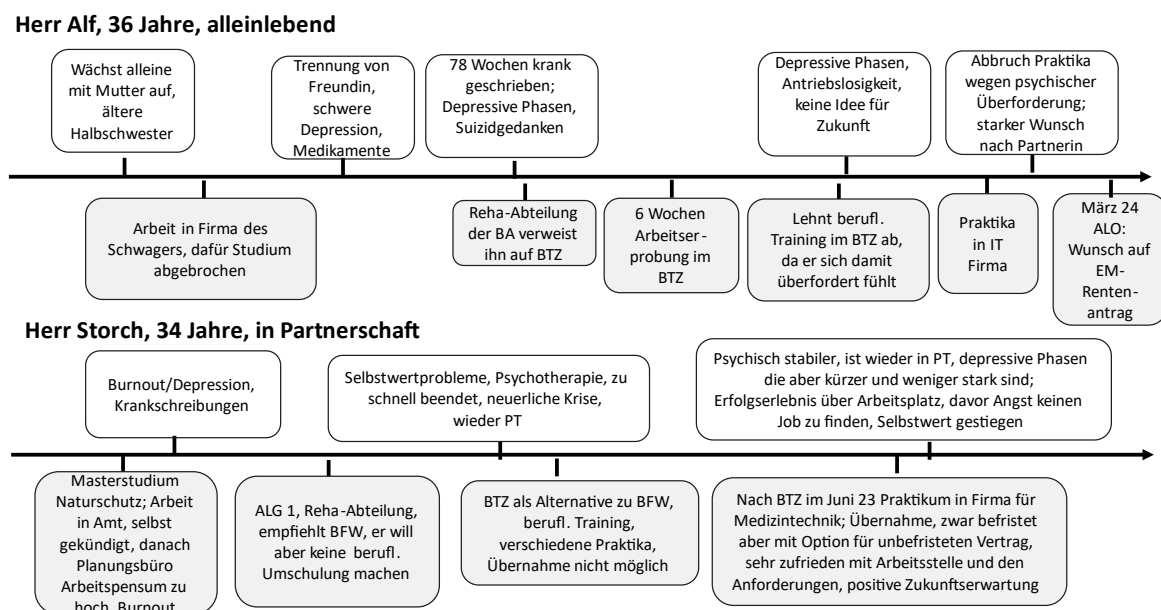


Abbildung 16: Fallvergleich 1-2 Herr Alf und Herr Storch

Die Ausgangssituation bei Herrn Alf wie bei Herrn Storch zeigt auf den ersten Blick einige Ähnlichkeiten, bei genauerer Betrachtung aber auch wesentliche Unterschiede. Zunächst sind beide männlich und in etwa gleich alt. Beide kommen aus schwierigen Familienverhältnissen, der Vater von Herrn Storch stirbt früh, die Eltern von Herrn Alf trennen sich als er noch ein Kind ist. Ihre psychischen Probleme führen beide auch auf Sozialisationserfahrungen zurück

und einer fehlenden Aufarbeitung ihrer Familiengeschichte, wobei Herr Storch „offensiver“ damit umgeht und im Interview explizit auf eigene Versäumnisse verweist. Beide leiden unter mangelndem Selbstbewusstsein und einer latenten Infragestellung der eigenen Fähigkeiten, was zu Entwertungen der eigenen Person führt, da die biografische Entwicklung immer wieder durch Defizite und Situationen des Versagens charakterisiert ist. Herrn Storch gelingt es aber im Laufe der Maßnahme im BTZ Vertrauen in sich aufzubauen, begleitet von Erfolgserlebnissen, die auch psychisch als positive „Trigger“ verarbeitet werden. Im Gegensatz zu Herrn Alf ist die Resilienz von Herrn Storch größer, er probiert sich in unterschiedlichen Situationen aus und wenn auch nicht alles zu seiner Zufriedenheit verläuft, so lässt er sich doch nicht entmutigen und nimmt auch positive Anteile mit, was ihn von Herrn Alf deutlich unterscheidet.

Zwar beginnen beide ein Studium, aber nur Herrn Storch gelingt es nach einem frühen Wechsel des Studienfaches einen Abschluss zu erlangen, während Herr Alf, aufgrund einer ersten psychischen Krise nach der Trennung von seiner damaligen Freundin, sein Studium abbricht und wieder in seine Heimatstadt zurückkehrt, wo er in der Firma seines Schwagers Arbeit erhält, die ihn letztendlich aber überfordert. Nachdem er eineinhalb Jahre Krankengeld bezogen hat und weitgehend passiv in seiner Situation verharrt, wird er nach einer medizinischen Reha auf LTA aufmerksam gemacht. Problematisch scheint in der Rückschau, dass er eigentlich nicht in ein BTZ wollte, da er sich, zunächst uneingestanden, nicht in der Lage fühlt eine längere Ausbildung oder Maßnahme durchzuhalten. Herr Alf ist der einzige Teilnehmer in unserem Sample der ein weitergehendes BT von sich aus ablehnt, obwohl die Mitarbeiter des BTZ ihm dies nahelegen. Hier haben wir es mit einer widersprüchlichen Bewertung der Situation von Teilnehmer und Professionellen zu tun, die offensichtlich nicht aufgelöst werden konnte. Herr Alf scheidet in Folge nach den sechs Wochen Vorbereitung aus eigener Initiative aus dem Angebotssystem aus und landet wieder in der Arbeitslosigkeit, die Kurzmaßnahme hat auch keinen Effekt auf seine weitere Entwicklung, im Prinzip bleibt seine weitgehend passive Haltung bestehen.

Ganz anders Herr Storch: er nutzt das BTZ für sich als eine Neuorientierung und eine Zeit, in der er sich „ausprobieren“ kann, da er das BTZ als einen Schutzraum ansieht, in dem auch Gleichgesinnte ähnliche Probleme wie er haben und ein Austausch in der Gruppe positiv erlebt wird. Auch wenn er bei seinen Praktikums Rückschläge aushalten muss, die immer wieder von

Selbstzweifeln begleitet werden, schafft er es doch auch aus negativen Erfahrungen für ihn wertvolle Schlüsse zu ziehen, etwa die Erkenntnis, dass ein früher Abbruch der BTZ-Maßnahme und der schnelle Übergang auf einen regulären Arbeitsplatz, letztendlich für ihn noch keine Option ist und er sich Zeit nehmen muss.

Bei Herrn Storch wird in den Interviews der Wunsch nach Veränderung deutlich spürbar, während Herr Alf, vielleicht auch aufgrund seiner Medikation, passiv wirkt und im eigentlichen keine Vorstellung davon hat, wie seine Zukunft aussehen soll. Ein wichtiger Faktor für die weitgehend negative Verarbeitung seiner Situation besteht im starken Wunsch nach einer Partnerschaft, da er sich einsam fühlt und fast keine sozialen Beziehungen hat, die ihn stützen können. Herr Storch befindet sich dagegen in einer stabilen Partnerschaft und lebt auch mit seiner Freundin gemeinsam in einer Wohnung. Dazu hat er über verschiedene Hobbys auch Kontakt zu anderen und ist sozial gut eingebunden. Das erleichtert etwa die Verarbeitung negativer Erfahrungen, da er soziale Unterstützung da erlebt, wo Herr Alf alles mit sich allein ausmachen muss. Der private Rückzug von Herrn Alf trägt vieles zu seiner Situation bei, aber er fühlt sich nicht in der Lage nach außen zu gehen und Kontakt aufzunehmen, selbst mit seiner Familie gibt es fast keine Berührungspunkte. Zudem ist der Umgang mit anderen, das zeigt sich auch in seinen Erfahrungen am Arbeitsplatz mit Kollegen, für ihn problematisch, was insbesondere seinem fehlenden Selbstbewusstsein zuzuschreiben ist. So ist er etwa in seinem letzten Praktikum nicht in der Lage sich bei anderen um Hilfe bei offenen Fragen zu wenden, was am Ende zum Abbruch führt, da er den gestellten Aufgaben nicht gewachsen ist. Die Selbstwertproblematik bildet in den Interviews auch eines der zentralen Themen, etwas, was auch in seinen therapeutischen Sitzungen Gegenstand der Gespräche bildet.

Während für Herrn Storch das BTZ vielfache Möglichkeiten bietet sich auszuprobieren, seine Leistungsfähigkeit zu testen und seinen Selbstwert zu steigern, ist für Herrn Alf das – allerdings nur 6wöchige Training – ein weiterer Beweis dafür, dass er im eigentlichen nicht mehr arbeitsfähig ist, auch wenn er das nicht sofort erkennt. Ein Stück weit vollzieht sich hier eine Art „Selffulfilling Prophecy“, da jeder Schritt, den er nach dem BTZ unternimmt, wieder als Beweis dafür herangezogen wird, dass seine Ablehnung eines BT richtig war und die Experten falsch lagen. Der Wunsch nach Beantragung einer EM-Rente ist am Ende das konsequente Ergebnis, zudem wird ihm von Seiten seiner behandelnden Psychiaterin das auch noch nahegelegt. Ob es sich bei Herrn Alf um ein Problem der Zuweisung ins BTZ handelt, lässt sich

wohl erst in der Rückschau sagen. Ob eine andere Maßnahme von seiner Seite akzeptiert worden wäre, ist Spekulation. Im Gegensatz zu Herrn Storch ist bei Herrn Alf keine wirkliche Motivation zu erkennen seine Situation zu ändern, auch wenn der Wunsch existiert. Die Entwicklung der beiden Teilnehmer mündet so in vollkommen diametrale Ergebnisse: einmal ein RTW im Vollzeitjob, auf der anderen Seite der Übergang in eine EM-Rente mit Ende 30.

### 5.2.3 Fallvergleich (2) Frau Vogel – Frau Hertlein

#### Akzeptanz vs. Nicht-Akzeptanz der eigenen psychischen Erkrankung

Im Folgenden wird ein Vergleich zweier Fälle mit unterschiedlichem Ausgang nach der Maßnahme im BTZ dargestellt. Die Interviewten weisen ähnliche soziale Merkmale auf. Beide sind Frauen im mittleren Alter. Sie unterscheiden sich aber im Hinblick auf ihren Familienstatus – eine Person ist alleinlebend, eine in Partnerschaft. Dieser Unterschied ist entscheidend für die Wahrnehmung der finanziellen Sicherheit. Es besteht aber vor allem ein *maximaler Kontrast* im Umgang mit der psychischen Erkrankung (Akzeptanz und Nichtakzeptanz der psychischen Erkrankung) und den Bewältigungsstrategien (Rückgriff auf soziale und professionelle Netzwerke) sowie in der beruflichen Erfahrung beziehungsweise Situation vor Eintritt ins BTZ. Die Entscheidung für die Maßnahme, die soziale Integration im BTZ, die (Nicht-)Entwicklung einer beruflichen Perspektive sowie das Nutzungsverhalten sind weitere wichtige Indikatoren. Sie bilden entscheidende Kristallisationspunkte, an denen sich die Fälle verdichten und vergleichen lassen. Frau Vogel akzeptiert ihre psychische Erkrankung und entscheidet sich bewusst für die Maßnahme im BTZ. Sie sieht im BTZ die Möglichkeit der psychischen Stabilisierung und eine Chance zur beruflichen Umorientierung, entwickelt eine berufliche Perspektive, integriert sich im BTZ und macht anschließend eine Umschulung. Frau Vogel weist so eine hohe Resilienz und Selbstwirksamkeit auf. Frau Hertlein umgekehrt akzeptiert ihre psychische Erkrankung nicht, entscheidet sich aus Mangel an Alternativen für die BTZ-Maßnahme und ist skeptisch gegenüber der Organisation und anderen Rehabilitanden. Im BTZ fühlt sie sich schnell miss- und unverstanden. Das BTZ ist ein Ort eines schmerzlichen „Downsizings“ für sie. Sie bricht die Maßnahme deshalb nach fünf Monate ab und beantragt eine Erwerbsminderungsrente. Frau Hertlein hat einen deterministischen Blick auf ihre Lebenssituation und fühlt sich durch ihre Erkrankung stark eingeschränkt. Bei ihr

spielen vor allem externale Kontrollüberzeugungen eine entscheidende Rolle. Anhand der Kontrastierung der Fälle werden im Folgenden Indikatoren des Erfolgs beziehungsweise Misserfolgs der Maßnahme dargestellt.

### Frau Vogel

*Tabelle 6: Fall 3 (Frau Vogel)*

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	43 Jahre
<b>Persönliche Situation:</b>	war verheiratet, in neuer Partnerschaft lebend
<b>Wohnort:</b>	ländlich, in einem Dorf
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	PTBS, Angststörung, depressive Episoden
<b>Komorbidität:</b>	keine bekannt
<b>Attribution</b>	<i>Familie/Soziales:</i> Fehlgeburt als Auslöser psychischer Erkrankungen, Tod des Vaters & Tod der Mutter an Corona führt zu psychischem Einbruch  <i>Beruf:</i> mehrere Jobs im Dienstleistungssektor, Teilzeitbeschäftigung in Bankfiliale wegen Überforderung, AU/Krankschreibung
<b>Problemlagen</b>	familiäre Schicksalsschläge  Überforderung in der Arbeit, geringe Belastbarkeit
<b>Behandlungen/Reha</b>	Abbruch einer Kur nach Fehlgeburt, erfolglose Psychotherapie, psychiatrische Behandlung mit medikamentöser Einstellung, psychosomatische stationäre Reha
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos/krankgeschrieben
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Arbeit im Kundenservice einer Bank in Teilzeit

<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Real-/Mittelschule/POS
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	überbetriebliche Ausbildung
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	Umschulung im BFW zur Kauffrau für ECommerce

### Der Weg ins BTZ

Frau Vogel wird das erste Mal Ende 2022 interviewt. Das Interview findet in dem BTZ das Frau Vogel besucht, statt. Zu diesem Zeitpunkt ist sie 43 Jahre alt und wirkt aufgeschlossen und freundlich. Sie betont mehrfach im Vorgespräch, dass sie gerne an der Studie teilnimmt, damit den nachfolgenden Teilnehmenden besser geholfen werden kann. Das zweite Interview erfolgt ein Jahr später 2023 und findet bei ihr zuhause statt.

Frau Vogel hat im Alter von 27 Jahren im neunten Monat eine Totgeburt. Anschließend nimmt sie eine Kur in Anspruch, die sie nach kurzer Zeit abbricht, da die Kurklinik zu weit weg von ihrer Heimat entfernt liegt und sie sich dort kontrolliert und unwohl fühlt. Sie hat Panikattacken, Ängste und depressive Episoden. Danach beginnt sie eine ambulante Psychotherapie, die jedoch nach zwei Jahren nicht den erhofften Erfolg bringt. Den Misserfolg rechnet sie vor allem der Psychotherapeutin an, die nach ihrer Aussage immer wieder in der Therapie eingeschlafen ist. Daraufhin wendet sich Frau Vogel, auf Rat ihrer Mutter, an einen Neurologen und wird medikamentös eingestellt, diese Medikamente nimmt sie bis heute. Einige Jahre darauf stirbt ihr Vater innerhalb eines Jahres an Speiseröhrenkrebs, sieben Jahre später die Mutter an Corona. Diese Schicksalsschläge sind Auslöser dafür, dass Frau Vogel sich proaktiv um ihre psychische Gesundheit kümmert. Sie wendet sich an ihren Neurologen, der eine medizinische Rehabilitation bei der Krankenkasse in die Gänge leitet.

*jetzt hab ich auch auf den ((schmunzelnd)) Scheiß keinen Bock mehr (.) ich möchte jetzt einfach wieder gesund werden (.) und hab das für mich in Angriff genomm äh mal 'ne Rehabilitation zu machen, halt äh in Form von einer richtigen Reha, 'ne stationäre Reha, damit man das einfach alles mal aufarbeitet was man so runter schluckt (Interview 1, S.12)*

Sie beschreibt sich im Interview vor ihrer psychischen Krise als sozial eingebunden und berichtet von einem großen Freundeskreis. Frau Vogel war verheiratet und hat sich von ihrem Mann getrennt. Für ihren neuen Partner zieht sie in eine fremde Stadt. Dort beginnt Frau

Vogel verschiedene Jobs unter anderem als Fahrkartenkontrolleurin in der Straßenbahn beim hiesigen Verkehrsverbund sowie beim technischen Support eines Mobilfunkanbieters, was ihr Spaß bereitet. Schließlich vermittelt ihr Mann ihr einen Job im Kundenservice in einer Bank, bei der er ebenfalls angestellt ist. Sie arbeitet dort aufgrund der hohen Leistungsanforderungen in Teilzeit.

*und ähm das hab ich aber aufgrund dessen, dass ich halt da schon gemerkt hab dass der Druck extrem ist (.) beziehungsweise die Leistung sehr hoch ist die man erbringen muss, nur 25 Stunden gemacht (.) also nur Teilzeit (.) weil ich hab's auf 30 Stunden probiert, das ging gar nicht (.) also da war ich so fertig da hab ich nur geheult (.) (Interview 1, S. 17)*

Neben der Arbeit im Kundenservice ist Frau Vogel zusätzlich mit einem Kleingewerbe selbständig tätig, was nach ihrer Aussage zu einer Leidenschaft geworden ist. Sie sammelt so auch positive Arbeitserfahrung.

In der Bankfiliale arbeitet sie mehr als neun Jahre. Frau Vogel geht mit ihrer psychischen Erkrankung offen im Beruf um und informiert ihren Vorgesetzten darüber. Ihr Vorgesetzter schlägt ihr in Folge einen Aufhebungsvertrag des Arbeitsverhältnisses vor, da er mit der Leistung von Frau Vogel nicht zufrieden ist. Aufgrund ihrer psychischen Probleme lässt sie sich krankschreiben, vorauf ihr Vorgesetzter Abmahnungen schreibt. Sie geht deshalb gerichtlich vor und bekommt Recht. Danach ist sie dreieinhalb Jahre krankgeschrieben, jedoch weiter in der Bankfiliale angestellt.

In der stationären psychosomatischen Rehabilitation, während Frau Vogels Krankschreibung, wendet sie sich an den Sozialdienst und ihre Ärzte mit dem Anliegen sich beruflich umorientieren zu wollen.

*Ja, also ich hab dann der Psychologin schon ganz klar gesagt, also (I: (räuspert sich)) ich möchte das machen, egal was kommt, (I: Mhm (zustimmend)) ich werde auch nicht Ruhe geben (Interview 2, S. 14)*

Nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik wird sie von der DRV zur Arbeitserprobung eingeladen. Zuständig ist bei Frau Vogel eigentlich die BA, jedoch übernimmt in ihrem Fall die DRV die Kosten, da sie sich nach der medizinischen Rehabilitation direkt an die DRV wendet. Nach der Rehabilitation nimmt sie weiter an einer Selbsthilfegruppe, ein Nachsorgeangebot der Rehabilitationsklinik, teil.

## Die Maßnahme und der weitere Weg

Auf Vorschlag der Rentenversicherung geht Frau Vogel für vier Wochen in die Arbeitserprobung. Danach wechselt sie für drei Monate ins BT im kaufmännischen Bereich. Sie findet sich zunächst schwer im BTZ ein, da sie die Maßnahme aufgrund der Eigenverantwortung und ihren Konzentrationsschwierigkeiten überfordert. Zu Beginn der Maßnahme nimmt sie auch andere Teilnehmer als zu depressiv wahr und lehnt diese kategorisch ab. Durch Entspannungsübungen lernt sie sich davon abzugrenzen und versucht danach die Gruppenatmosphäre aktiv mitzugestalten.

*[...] und mittlerweile ist es so dass ich viele Leute auch aus unserer Gruppe mitreißen kann so, ne (?) mit meiner guten Laune und mit meiner Art einfach, mal 'n flapsigen Spruch bring oder einfach mal zusammen lachen (Interview 1, S. 26)*

Zu Beginn des BT spielt sie mit dem Gedanken sich als Ergotherapeutin zu versuchen. Davon wird ihr jedoch aufgrund der hohen psychischen Belastung abgeraten. Nach einer Hospitation in der Umschulungsmaßnahme zu eCommerce, hat sie den Wunsch ihre Belastbarkeit zu steigern, um eine Umschulung zur Kauffrau im eCommerce zu machen. Der Kostenträger schlägt ihr daraufhin einen dreimonatigen RVL im dortigen BTZ vor, Voraussetzung für die anschließende dreimonatige Umschulung. Frau Vogel entscheidet sich aber aufgrund der engen psychologischen Betreuung durch die Mitarbeiter im BT gegen das Angebot.

*[...] aber hier ist es halt so hier hat man seine Ansprechpartner (.) hier hab ich 'ne Psychologin mit der ich sprechen kann (.) hier hab ich ein psychosozialen Dienst mit den ich sprechen kann (.) ich hab ne Trainerin mit der ich sprechen kann (.) egal was mir quer hängt oder egal was=was für mich jetzt momentan schwer ist (.) ich kann rund um die Uhr irgendjemanden fragen und mir wird geholfen (.) und das hab ich (..) auf der anderen Seite halt nicht (..) beim RVL (.) da hab ich halt wie 'n ganz normalen Lehrer (.) [...] weil das halt schon wieder 'ne ganz andere Abteilung ist (.) und darum hab ich gesagt möchte ich mir die Zeit eigentlich gönn und gerne hier bleiben (.) [...] weil ich hier noch meinen geschützten Bereich hab (.) hier hab ich Welpenschutz (Interview 1, S. 19f.)*

Sie verlängert das BT im kaufmännischen Bereich um weitere drei Monate und möchte danach ein vierwöchiges Praktikum im eCommerce absolvieren, um ihre Leistungsfähigkeit zu testen.

Während der Maßnahme im BTZ wird sie von ihrem Mann finanziell unterstützt, was ihr Sicherheit gibt.

Zum Ende des ersten Interviews konstatiert Frau Vogel die positiven Effekte des BTZ. Vor dem BTZ habe sie sich unsicher gefühlt, jetzt sei sie gelassener und strukturierter in ihrem Tagesablauf.

*und jetzt sag ich, nein ich will hier nicht weg (.) weil's einfach toll ist (.) und ich auch merk dass es mir gut tut (.) es hilft mir (Interview 1, S. 23)*

Ihre Zeit im BTZ beschreibt sie insgesamt durch den „geschützten Rahmen“ und die Gruppendynamik als sehr positiv.

*Man fühlt sich geschützt, ne? (I: Ja) Man fühlt sich (gut?) (I: (räuspert sich)) geschützt und weiß so, die Leute wissen, worum es bei einen geht, (I: Mhm (zustimmend)) ne, die wissen ähm, dass man halt so hier oder da noch sein Defizit hat. Die nehmen es halt nicht so übel, wenn man da mal einen raushaut, ne, (I: Mhm (zustimmend)) oder wenn man mal irgendwie was sagt. (Interview 2, S. 22 f.)*

Nach dem sechsmonatigen BT nimmt Frau Vogel für drei Monate an einem RVL teil, um sich auf die Umschulung vorzubereiten. Die Entscheidung zur Umschulung fällt Frau Vogel nicht leicht, da ihr von der BA davon abgeraten wird. Dennoch entscheidet sie sich dafür, was zeigt, dass Frau Vogel ihr Leben sowie ihren beruflichen Weg aktiv gestaltet und sich auch von Unsicherheiten nicht entmutigen lässt. Sie vertraut dabei auf ihre Fähigkeiten und ihre Interessen, wenngleich sie mit der Umschulung nicht unbedingt glücklich ist.

*Aber dann hab ich gedacht: Nein, das ist eigentlich genau das, was du willst. Du kannst deine Kreativität ausleben in den Online-Shops, du kannst / du kannst Sachen schön präsentieren, du kannst verkaufen, du kannst alles tun, was du willst und das ist so mega, das (I: Ja) musst du machen. (I: Ja) Und scheiß drauf, ob du danach gleich einen Job (I: (räuspert sich)) kriegst oder nicht, irgendwie kriegen wir das schon hin, aber ich hab ein Abschluss und den kann mir keiner. (Interview 2, S. 8f.)*

## Frau Hertlein

Tabelle 7: Fall 4 (Frau Hertlein)

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	48 Jahre
<b>Persönliche Situation:</b>	alleinlebend
<b>Wohnort:</b>	Großstadt
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Long Covid, Nervenschmerzen, Arthrose, depressive Episoden
<b>Komorbidität:</b>	Chronisches Fatigue-Syndrom mit Belastungsintoleranz
<b>Attribution</b>	<i>Familie/Soziales:</i> frühe Trennung der Eltern, wenig Kontakt zur Halbschwester, schlechtes Verhältnis zum Vater, soziale Kontakte insgesamt reduziert seit Coronapandemie  <i>Beruf:</i> 10 Jahre in Finanzdienstleistung und Personalwesen tätig, zuletzt Leitung einer Personalabteilung mit schlechten Arbeitsbedingungen, Weiterbildung in der Organisationsentwicklung aufgrund Oberschenkelhalsbrüches und Coronainfektion abgebrochen
<b>Problemlagen</b>	keine Akzeptanz der psychischen und körperlichen Erkrankung, hohe berufliche Ambitionen, jedoch keine körperliche Leistungsfähigkeit, Probleme mit „Downsizing“, externale Kontrollüberzeugung
<b>Behandlungen/Reha</b>	medizinische Rehabilitation vor BTZ, Abbruch BTZ-Maßnahme für medizinische Reha
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos/krankgeschrieben
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Weiterbildung in der Organisationsentwicklung
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Gymnasium/EOS

<b>Höchster Berufsabschluss</b>	Fachhochschule/Berufsakademie
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	arbeitslos, Antrag auf EM-Rente

### Der Weg ins BTZ

Frau Hertlein wird im Dezember 2022 das erste Mal im BTZ, das sie besucht, interviewt, ein Jahr später erfolgt das zweite Interview. Zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs ist sie 50 Jahre alt.

Frau Hertleins Eltern leben getrennt und sie wächst größtenteils bei der Mutter auf, hat aber zu ihrem Vater regelmäßigen Kontakt. Zu ihrer 18 Jahre jüngeren Halbschwester pflegt sie so gut wie keinen Kontakt. Frau Hertlein ist alleinstehend, war zehn Jahre selbstständig und danach in verschiedenen Unternehmen im Bereich Finanzdienstleistung und Personalwesen tätig. Zuletzt war sie als Leiterin einer Personalabteilung bei einem mittelständigen Unternehmen angestellt. Ihren damaligen Chef betitelt sie als „Psychopathen“, der seine Mitarbeiter oftmals im Büro angeschrien habe. Sie selbst sah sich kurz vor einem Burnout stehen, wird schließlich „freigesetzt“ und entscheidet sich für eine Weiterbildung in der Organisationsentwicklung für Training, Coaching und systemische Prozessbegleitung. Ihr Ziel ist es bei einem Bildungsträger oder bei der BA als Dozentin zu arbeiten. Im Interview berichtet sie immer wieder von positiven Erfahrungen mit Arbeitgebern, wie die Förderung durch Weiterbildungen von Arbeitgebern, wodurch sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit und Person bestätigt sieht.

*Also was ich schon auch an / an / an Weiterbildung übern Arbeitgeber bezahlt bekommen habe, weil sie das Potenzial in mir gesehen haben und einfach meine Lust an Leistung-bringen genutzt haben. (Interview 1, S. 11)*

Aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs und einer anschließenden Coronainfektion mit Long Covid bricht Frau Hertlein die berufliche Weiterbildung in der Organisationsentwicklung ab. Sie leidet an Nervenschmerzen und Arthrose, was zeitweise zu depressiven Episoden führt, wobei sie in den Interviews klarstellt, dass Depression generell bei ihr kein Thema sind. Eine hier bereits zu konstatierende fehlende Krankheitseinsicht zieht sich durch beide Interviews.

Frau Hertlein nimmt eine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Danach stellt sie auf Anraten einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und möchte die berufliche Weiterbildung in der Organisationsentwicklung wiederaufnehmen. Die Rentenversicherung lehnt dies aber ab und bietet ihr eine Maßnahme im BTZ an. Nach einem Erstgespräch im BTZ entscheidet sie sich aus Mangel an Alternativen ohne Überzeugung für das BTZ.

*Und für mich war schon unterschwellig klar, wenn ich das nicht annehme, kriege ich auch / gibt es keine Alternativen, was Vergleichbares im Angebot. Also war das schon eher so eine Mach-mit-oder-steig-aus-Situation so. (Interview 1, S. 2)*

### Die Maßnahme und der weitere Weg

Frau Hertlein geht direkt ins BT und entscheidet sich für das gewerbliche Training in der Werkstatt des BTZ, da sie in diesem Bereich die Maßnahme früher beginnen kann. Der Bereich sagt ihr zu, da sie sich dort ausprobieren kann, wenngleich ihre körperliche Belastbarkeit nicht mit einem Handwerkerberuf vereinbar ist. Frau Hertlein beschreibt sich während des Gesprächs oft als „Randerscheinung“, da sie selbst sich von den anderen Teilnehmern abgrenzt, die im BTZ aufgrund von psychischen Themen zugewiesen sind und nicht, wie sie ihrer eigenen Einschätzung nach, wegen vorrangig körperlicher Einschränkungen. Von Menschen mit psychischen Erkrankungen grenzt sie sich in den Interviews deutlich ab:

*[...] dass das BTZ ja mehr eigentlich für Leute mit / mit / mit psychischen Indikationen ist. Und das habe ich auch hinterher hier im / im Alltag gemerkt, dass ich mit meinen, ja, für mich vordergründigen körperlichen Thematiken manchmal dann nicht ganz ins Konzept passe, so, auch wenn es trotzdem noch gut für mich ist. (Interview 1, S. 2)*

Die Gruppe im BTZ beschreibt Frau Hertlein als hilfreich, jedoch auch aufgrund der unterschiedlichen individuellen Problemlagen mit Spannungen versehen. Sie selbst spricht sich explizit gegen zu viel Rücksicht in der Maßnahme aus. So berichtet sie von einer Mitrehabilitandin, die eine umfassende Rücksichtnahme durch die Teilnehmer einfordert. Frau Hertlein bewertet diese Forderung als egoistisch und möchte auch selbst keine Rücksichtnahme durch andere.

*Und ich habe dann zum Beispiel in so einer Feedback-Runde gesagt [...] Aber da habe ich dann auch gesagt: "Leute, auch wenn es dann lauter ist und Krach macht und mir auch die Ohren*

*klingseln, ey, bitte, lacht weiter, ne? Seid weiter ausgelassen, weil ich finde, das ist die richtige Art, so." (Interview 1, S. 5)*

Frau Hertlein fühlt sich insgesamt in ihrer individuellen Problemlage im BTZ nicht ernst genommen, da sie ihre Bestlastbarkeit erproben will, das BTZ sie aber daran hindert, indem ihr unzutreffende Denkmuster aus ihrem alten Berufsleben zugeschrieben werden. Besonders das psychische Fürsorgeangebot der Einrichtung in Form von Übungen zur Stressreduktion lehnt sie entschieden ab, da dieses in ihren Augen mit dem Ziel ihre Leistungsfähigkeit zu überprüfen und zu steigern in Konkurrenz steht.

*Und dann hatte ich zwischendurch Phasen, da konnte ich mich wieder mit einem / mit einem Mal normal bewegen und bin dann gerne auch im Laufschrift durch die Werkstatt gelaufen, habe gerne wieder schnelle Bewegungen gemacht, habe das genossen. [...] Das wurde hier natürlich ganz anders interpretiert, ne? Da wurde dann interpretiert, okay, die ist in ihrem alten Törn drin. Die hat von der Arbeit immer, vom Chef immer Druck gekriegt, die musste immer schnell, schnell machen. Und wir müssen sie doch jetzt mal langsam runterkriegen, dass auch langsam okay ist. Und das sind so die Punkte, wo ich sage, na ja, da bin ich halt dann so eine Randerscheinung, ne? (Interview 1, S. 3)*

Ihr soziales Umfeld sieht Frau Hertlein ebenfalls nicht als Hilfe zur Bewältigung ihrer psychischen Probleme an. Während der Coronapandemie und Frau Hertleins Erkrankung sind einige ihrer Freundschaft auseinandergebrochen.

*Aber letztendlich helfen kann soziales Umfeld auch nicht, die sind nicht dazu ausgebildet, ne? (Interview 1, S. 14)*

Weiter berichtet sie im Gespräch über Schwierigkeiten bei der Diagnose ihrer Erkrankung. Sie fühlt sich von ihrem Umfeld und den Ärzten in ihrer Krankheit nicht ernst genommen. Auch ihr Vater würde ihre Erkrankung nicht ernstnehmen, teilweise werde sie von ihm ausgelacht, wie sie im zweiten Interview berichtet. Das Verhältnis zu ihrem Vater hat sich seit ihrer Erkrankung sehr verschlechtert, was sie psychisch belastet.

Im BTZ findet Frau Hertlein keinen Anschluss an ihre Gruppe. Dafür macht sie vor allem die unterschiedlichen Bedürfnisse und das Einfordern von Rücksichtnahme auf Bedürfnisse anderer verantwortlich. Sie bezeichnet rückblickend die Maßnahme im BTZ aufgrund der anderen Teilnehmer als „anstrengend“ für sie:

*Also da haben sich jetzt so für mich keine Freundschaften oder so gebildet, sondern das war eher so, jeder so sein Ding, seine eigenen Bedürfnisse. Und das war für mich halt auch anstrengend, wenn andere die Bedürfnisse meinten mir mit aufzutragen oder halt mit meinen korrelierten. (Interview 2, S. 37)*

Frau Hertlein nimmt insgesamt fünf Monate am beruflichen Training teil. Sie macht zwei Praktika, eines in einem privat vermittelten Unternehmen, ein anderes in der sozialen Hilfe für geflüchtete Menschen mit Lernschwierigkeiten aus der Ukraine. Frau Hertlein sieht ihre beruflichen Perspektive mit einem negativen Blick. Nach ihrer Einschätzung ist für sie, aufgrund ihrer Erkrankung und der daraufhin geschmälernten Leistungsfähigkeit, lediglich eine Beschäftigung im Bereich Mini- oder Midijob (Low-Budget-Sektor, Helfersektor, Quereinsteigersektor) möglich. Ihr Wunsch besteht jedoch in einer Vollzeitbeschäftigung. Die Erkenntnis, dass sie ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr wie vor ihrer Erkrankung abrufen kann und die daraus folgende Abkehr von ihren früheren beruflichen Zielen und Ambitionen sind für sie nur schwer zu akzeptieren.

*Aber dieses, wo ich vorher mitarbeiten konnte, mit meiner Konzentration, mit meiner Auffassungsgabe, mit meiner überdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit, das ist mir ja jetzt erst mal alles genommen worden und es ist ja mehr ein Drauf-hoffen, dass ich wieder in die Situation reinkomme, es zu können. Aber wie gesagt, dann am Markt auch noch gewollt zu werden, das sehe ich ganz schwierig. (Interview 1, S. 19)*

Das BTZ symbolisiert für sie im Nachgang den Inbegriff ihres beruflichen Abstiegs. Ihr Weg sei von der Rentenversicherung vorgegeben, da sie nicht das Angebot erhalten habe eine Weiterqualifizierung oder Umschulung zu machen, sondern dem BTZ zugewiesen wurde. In ihrer aktuellen Situation sieht sie einen beruflichen Abstieg, der noch dadurch bestätigt wird, dass ihr Reha-Fachberater einen ähnlichen Eindruck vermittelt.

*[...] Das war auch das Argument vom Rentenberater, da sagte: "Ich kann Sie ja nur downsizen." Ja, aber dann zu sagen, wir gucken, ob ich überhaupt über ein Praktikum irgendwo reinkomme als Quereinsteiger am Markt, anstatt in eine Behindertenwerkstatt zu gehen, das ist ja noch weiter down. So. Also da ist halt für mich mit der ganzen Nummer im Endeffekt die Erkenntnis hochgekommen, du hast verloren, ne? (Interview 1, S. 18f.)*

Auf Anraten ihrer Ärzte unterbricht sie schließlich aus gesundheitlichen Gründen die Maßnahme im BTZ und entscheidet sich für eine medizinische Reha. Geplant ist ein Wiedereinstieg in den sechsten Monat ihrer Maßnahme, dafür besteht bereits die mündliche Zusage des BTZ.

Ihr Reha-Antrag wird nach der medizinischen Rehabilitation in einen befristeten Rentenantrag für zwei Jahre verwandelt und bewilligt. Rückblickend empfindet Frau Hertlein die medizinische Rehabilitation hilfreicher als den Aufenthalt im BTZ, auch wenn sich die medizinische Rehabilitation als körperlich sehr herausfordernd herausstellt. In der Reha werden ihre Probleme, ein Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz, deutlich. Die Psychologen in der Einrichtung, so Frau Hertlein, hätten ihr ebenfalls geraten ihre Erkrankung und Leistungseinschränkung zu akzeptieren. Sie hat jedoch den Wunsch eine psychologische Unterstützung zu finden, die auf organische Probleme spezialisiert ist, da sie ihre Probleme in diesem Bereich verortet.

Für die Zukunft hofft sie in einer Studie zu Long-COVID aufgenommen zu werden, die ein Medikament testet, wovon sie sich langfristig eine Besserung erhofft. Im Interview betont sie, dass sie eventuell zum Pflegefall werden oder ihre Krankheit zum Multiorganversagen führen könnte, was sie stark belastet.

## Fallvergleich

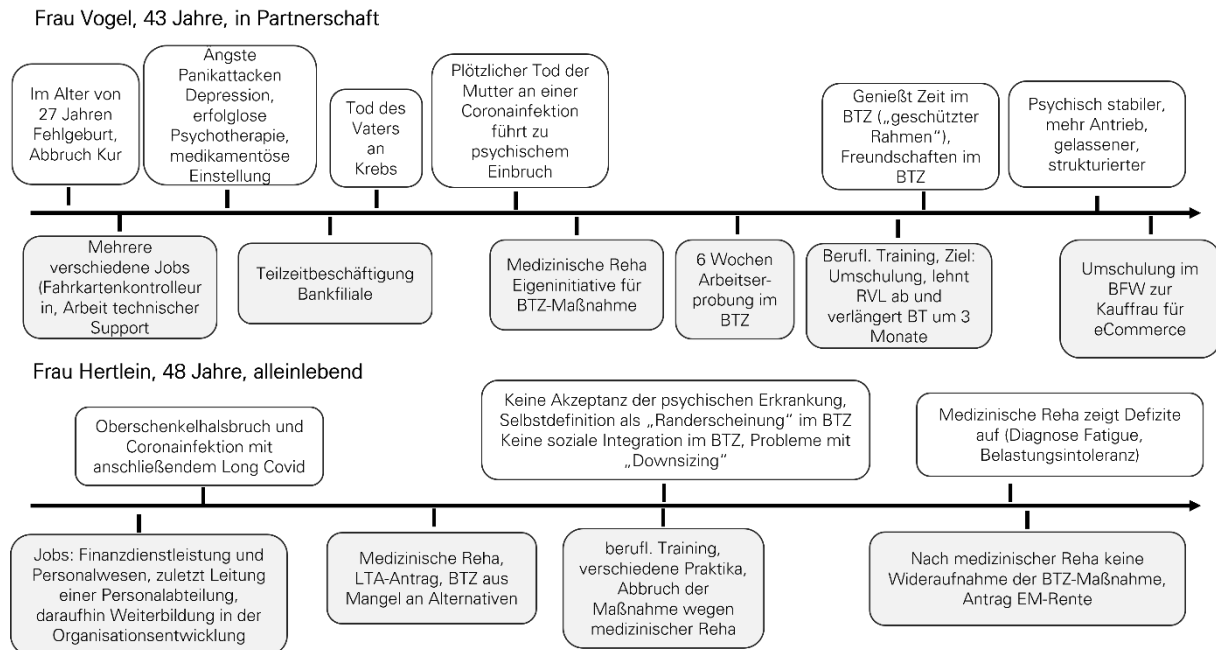


Abbildung 17: Fallvergleich 3-4 Frau Vogel und Frau Hertlein

Die beiden Fälle lassen sich anhand verschiedener Kriterien vergleichen. Vor dem Eintritt ins BTZ erleiden beide Frauen einen krankheitsbedingten arbeitsbiographischen Bruch. Frau Vogel entwickelt aufgrund kritischer Lebensereignisse eine psychische Erkrankung und sucht sich daraufhin professionelle Hilfe (Psychotherapie, medizinische Rehabilitation). Sie akzeptiert ihre psychische Erkrankung und sieht eine hohe Wirksamkeit in professionellen Hilfsangeboten. So absolviert sie eine Psychotherapie und wendet sich aktiv für eine medikamentöse Einstellung an einen Facharzt. Insgesamt zeichnet sie eine starke Resilienz aus. Ihre Fähigkeit, trotz Rückschlägen aktiv nach Lösungen zu suchen – wie etwa das Suchen nach professioneller Unterstützung (Psychotherapie) oder eine medizinische Rehabilitation und den Besuch des BTZ – ist ein Ausweis für ihre Anpassungsfähigkeit und psychische Widerstandsfähigkeit. Frau Hertlein hingegen akzeptiert ihre Erkrankung (Post-Covid) und deren Auswirkungen nur schwer und weist vor allem eine psychische Erkrankung weit von sich weg. Sie betont im Interview immer wieder, dass die psychische Erkrankung nicht im Vordergrund stehe und weist den Vorschlag mehrerer Psychologen die psychische Erkrankung zu akzeptieren brüsk ab. Auch in der (Nicht)Inanspruchnahme von professionellen, vor allem psychotherapeutischen Hilfsangeboten, spiegelt sich diese Haltung wider. So sucht Frau Hertlein gezielt nach Therapeuten, die ihre körperliche Erkrankung in den Vordergrund stellen und weniger ein psychisches Problem sehen. Während Frau Vogel ein hohes Maß an

Eigeninitiative aufweist, entscheidet sich Frau Hertlein aus Mangel an Alternativen für das BTZ. Frau Vogel kämpft in der medizinischen Rehabilitation für eine Maßnahme im BTZ und strebt schon dort eine berufliche Umorientierung an. Sie entscheidet sich somit bewusst für die Maßnahme, während Frau Hertlein dem Angebot der Rentenversicherung, aus vermeintlichem Zwang, im Rehabilitationsversorgungssystem bleiben und damit die Möglichkeit zu haben wieder arbeiten zu können, Folge leistet. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass beide Frauen in ihrer beruflichen Biografie starke Differenzen haben. Frau Vogel ist vielfältigen Beschäftigungen nachgegangen und arbeitete als Angestellte. Frau Hertlein hat in einer Führungsposition gearbeitet und strebte vor ihrer Erkrankung eine Weiterbildung an. Sie zeigt ein hohes Maß an beruflicher Ambition und eine starke Identifikation über ihre berufliche Tätigkeit. Dementsprechend empfindet sie das BTZ als Ort des beruflichen Abstiegs. Die beiden Frauen kommen so mit verschiedenen Ausgangssituationen und Haltungen zum BTZ in die Maßnahme.

Beide berichten zunächst von anfänglichen Schwierigkeiten mit anderen Teilnehmern. Während Frau Vogel aber lernt sich abzugrenzen und im Laufe der Maßnahme Freundschaften mit anderen Rehabilitanden knüpft, sieht sich Frau Hertlein weiter als Außenseiterin und betont besonders Probleme mit anderen Teilnehmern. Dafür macht sie die Nichtpassung der Maßnahme zur ihrer individuellen Problemlage verantwortlich.

Ein weiterer Unterschied, der auch in der sozialen Einbindung einen entscheidenden Bezugspunkt hat, besteht im Umgang mit der finanziellen Sicherheit, bei der insbesondere Frau Hertlein als alleinlebende Frau große Angst zeigt. Frau Vogel hingegen wird finanziell von ihrem Partner unterstützt. Im Verlauf der BTZ-Maßnahme entwickelt Frau Vogel eine berufliche Perspektive und setzt sich das Ziel, ihre Arbeitsleitung für eine Umschulung zu steigern. Der Fürsorgeaspekt der Einrichtung („geschützter Rahmen“) ist für sie ausschlaggebend, um weiterhin in der Maßnahme zu bleiben und den vorgeschlagenen Reha Vorbereitungskurs abzulehnen. Frau Vogel verlängert das BT und macht eine Umschulung im angrenzenden BFW. Sie sieht das BTZ als ersten Schritt für eine gelungene Reorientierung mit persönlichem Mehrwert für ihren Alltag (mehr Tagesstruktur, mehr Antrieb nach BTZ). Frau Vogel betrachtet die Möglichkeit, ihre Kreativität und kommunikative Stärke im Beruf zu nutzen, als sinnstiftend. Sie sieht die Umschulung als Weg, eine berufliche und persönliche Erfüllung zu finden. Auf ihr soziales Netzwerk, das sie im BTZ aufgebaut hat, greift sie bei

persönlichen Herausforderungen zurück. Frau Vogel hat eine starke Resilienz und entwickelt Coping Strategien, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Sie nutzt dabei sowohl problemfokussierte Bewältigungsstrategien (z. B. durch berufliche Neuorientierung) als auch emotionsfokussierte Strategien wie Entspannungsübungen und soziale Unterstützung. Sie betont die Bedeutung der „geschützten Atmosphäre“ des BTZ für ihre psychische Stabilisierung. Auch weist sie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung auf, da sie die berufliche Umschulung im Bereich eCommerce trotz Unsicherheiten aufnimmt und auf ihre Fähigkeiten und Interessen vertraut. Frau Hertlein sieht das BTZ mehr als Überprüfung und Erprobung ihrer Leistungsfähigkeit an, jedoch ist sie mit ihrer Perspektive unzufrieden, da sie für ihre Zukunft einen beruflichen und ökonomischen Abstieg sieht. Frau Hertlein zeigt eine gewisse Resilienz, indem sie sich trotz gesundheitlicher Rückschläge und beruflicher Enttäuschungen weiterhin bemüht, Perspektiven zu entwickeln. Allerdings wirkt ihre Resilienz eingeschränkt, da sie wiederholt von ihrer Frustration und Enttäuschung über ihre berufliche und gesundheitliche Lage berichtet und eine pessimistische Sichtweise auf ihr zukünftiges Leben hat. Die Erkenntnis, dass ihre Leistungsfähigkeit geschmälert und die damit verbundenen beruflichen Ambitionen kaum erreichbar sind, verdichten sich für Frau Hertlein im BTZ. Das BTZ steht so symbolisch für einen beruflichen Abstieg und einer schmerzlichen Einsicht in ihre mangelnde Leistungsfähigkeit. Durch ihren Reha-Fachberater wird sie in der Abkehr von ihren beruflichen Zielen noch bestätigt. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist bei Frau Hertlein ambivalent. Einerseits ist sie stolz auf ihre bisherigen beruflichen Erfolge, andererseits fühlt sie sich durch ihre gesundheitlichen Einschränkungen und die Rentenentscheidung als gescheitert. Sie knüpft keine Freundschaften im BTZ und fühlt sich fremd gegenüber ihren Mitrehabilitanden. Sie bricht die Maßnahme nach fünf Monaten ab und wechselt in die medizinische Reha. Nach dieser nimmt sie die Maßnahme nicht mehr auf. Auch in der medizinischen Reha akzeptiert Frau Hertlein ihre psychische Erkrankung nicht. Sie beantragt danach vorläufig eine Erwerbsminderungsrente. Externale Kontrollüberzeugungen spielen bei ihr eine entscheidende Rolle. Ihre Erkrankung sieht sie als Schicksalsschlag an und blickt negativ auf ihre Lebenssituation. Nur das „richtige Medikament“, so ihre Überzeugung, kann ihr helfen.

Anhand der beiden Fälle wird deutlich, dass der Umgang mit der psychischen Erkrankung und persönliche Ressourcen wie Resilienz, Selbstwirksamkeitserwartung und Coping Strategien,

die Haltung zum BTZ, die Integration im BTZ, die Auffassung und die Nutzbarmachung des BTZ für eine erfolgreiche Maßnahme entscheidende Indikatoren sind.

#### *5.2.4 Fallvergleich (3) Herr Iller – Frau Georgius*

##### Abbruch vs. erfolgreiche BvB-Maßnahme

Herr Iller und Frau Georgius nehmen in unserem Sample aufgrund ihres Alters eine Sonderrolle ein. Beide befinden sich in ihren frühen 20ern und nehmen an der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB) teil. Diese Maßnahme erfährt in den deutschen BTZ zunehmend Zulauf, da sich die Altersstruktur der Teilnehmenden verändert. Die Maßnahme richtet sich an Menschen ohne eine berufliche Erstausbildung und kann als Antwort einiger BTZ auf die neuen Bedürfnisse und Anforderungen junger Teilnehmender im BTZ verstanden werden (bspw. BTZ Gotha, BTZ Kassel, BTZ SRH Leipzig).

Angesichts der Entwicklung der BTZ im Hinblick auf ihre Maßnahmenvielfalt und der damit einhergehenden Veränderung der Zielgruppe (siehe Kapitel 2) ist es für unsere Untersuchung unerlässlich, die Perspektiven junger BTZ-Teilnehmender näher zu betrachten und die vergleichsweise neue BvB-Maßnahme eingehender zu analysieren. Die Fälle von Herrn Iller und Frau Georgius eignen sich hierfür besonders, da sie beide über keine berufliche Erstausbildung verfügen, beide zu Beginn ihrer Maßnahme beruflich orientierungslos waren und bereits vor dem BTZ ambulante psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Eine zentrale Forschungsfrage war, ob sich diese Gemeinsamkeit auch in der Gestaltung ihrer jeweiligen LTA-Maßnahmen widerspiegelt.

Bei genauerer Betrachtung ihrer individuellen Lebensläufe zeigt sich jedoch, dass biografische und persönliche Unterschiede die Verläufe innerhalb und nach dem BTZ erheblich beeinflussten. Dies verdeutlicht, dass eine vordergründige Kategorisierung nicht ausreicht, um die Vielfalt der Erfahrungen von Rehabilitanden im BTZ und in BvB-Maßnahmen angemessen zu erfassen.

## Frau Georgius

Tabelle 8: Fall 5 (Frau Georgius)

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	25 Jahre
<b>Persönliche Situation:</b>	ledig, t <sub>0</sub> = Wohngemeinschaft, t <sub>1</sub> = alleinlebend
<b>Wohnort:</b>	Großstadt
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Borderline-Persönlichkeitsstörung
<b>Komorbidität:</b>	Depressionen, bipolare-Störung, soziale Angststörung
<b>Attribution</b>	<i>Beruf:</i> Perspektivlos <i>Familie/Soziales:</i> Strenge Eltern und Gewalterfahrungen durch den Vater
<b>Problemlagen</b>	Aufarbeitung der eigenen Jugend, aktuelles Verhältnis zu der Familie, Mangel an sozialen Kompetenzen im beruflichen/akademischen Kontext
<b>Behandlungen/Reha</b>	Psychotherapie(mehrfach), Klinikaufenthalte psychosomatische Reha & Psychiatrie(mehrfach)
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Studium
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Gymnasium/EOS
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	keiner; drei abgebrochene Studiengänge
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	arbeitslos/krankgeschrieben

Frau Georgius kam überpünktlich zum verabredeten Gesprächszeitpunkt und wirkte schon zum Vorgespräch aufgeschlossen und freundlich. Sie verwies auf ihren sozialwissenschaftlichen Hintergrund (Erfahrungen im Studium) und konnte sich deshalb gut auf die Interviewsituation einlassen. Sie erkundigte sich vorab noch einmal über die genauen Ziele der Studie, die ich ihr kurz umriss (Schwerpunkt läge meinen Ausführungen nach auf der

Rekonstruktion der Zugangswege der Rehabilitanden ins BTZ). Mit der Aufzeichnung des Gespräches erklärte sie sich einverstanden.

### Der Weg ins BTZ

Frau Georgius wächst in einer von strengen Regeln geprägten Familie der Zeugen Jehovas auf. Persönlich kann sie der Glaubensrichtung ihrer Eltern wenig abgewinnen und bezeichnet sie in unserem ersten Interview abwertend als eine Sekte. Zudem ist ihr Vater ihr und der Mutter gegenüber gewalttätig. Ab dem 15. Lebensjahr beginnt Frau Georgius mit selbstverletzendem Verhalten und erlebt gelegentlich depressive Phasen. In der Schule bringt sie trotzdem immer Leistung. Den Wunsch eine Psychotherapie zu beginnen, verwehren ihr ihre Eltern indes und raten Frau Georgius dazu, mehr zu beten, dann würde *schon alles gut* werden. Genaue Beschreibungen für ihre damaligen Empfindungen zu finden, fällt Frau Georgius retrospektiv auch heute noch sehr schwer, da sie laut eigener Aussage keinen oder nur sehr schwer Zugang zu ihrer damaligen Gefühlswelt habe. Lediglich eine Selbstoffenbarung gegenüber der Vertrauenslehrerin ihrer damaligen Schule bleibt Frau Georgius noch in Gedanken. Bei unserem Treffen erzählt sie, dass ihre Kindheit und Jugend *einfach nicht unbedingt ein schönes Leben* waren. Außerhalb dieses familiären und religiösen Regelsystems rebelliert Frau Georgius – vorerst ungeachtet von ihrem Vater – in dem sie raucht und einen Freund hat. Dies wird von dem Vater allerdings erkannt, wodurch das Familienleben weiteren Schaden nimmt. Mit 17 Jahren tritt sie bei den Zeugen Jehovas aus.

Im Jahr 2017 besteht Frau Georgius dann ihr Abitur und beginnt ein Studium der Soziologie & Kulturanthropologie. Ihr psychischer Zustand verschlechtert sich jedoch drastisch. Laut Frau Georgius haben ihre sozialen Ängste dazu geführt, dass sie in der Universität keine Präsentationen halten konnte und somit bestimmte Module nicht bestand. Dieser selbstwahrgenommene Abfall ihres Leistungsniveaus habe Frau Georgius stark belastet und habe auch zum Wiedererstarken ihrer Depression geführt. Nach drei Monaten schlussendlich wendet sie sich an den psychologischen Dienst der Universität und beginnt eine Psychotherapie. Ihr Studium bricht sie daraufhin ab. Trotz schlechtem Verhältnis zu ihrer Therapeutin bessert sich Frau Georgius Zustand, ehe sie ausgelöst von einer manischen

Episode kurzzeitig Drogen konsumiert. Es folgt ein Zusammenbruch samt Suizidalität und eine dreimonatige Notfalleinweisung in die Psychiatrie (Ende 2017).

Bei einem zweiten Therapieversuch fühlt sich Frau Georgius daraufhin wohler und verfolgt diese Verhaltenstherapie – in der bei ihr eine Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt wird - zwei Jahre lang. In dieser Diagnose erkennt sich Frau Georgius auch wieder, anders als bei einer später diagnostizierten bipolaren Störung, die sie ablehnt. So schreibt sie beispielsweise ihre hypomanischen Phasen eher ihrer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu als einer bipolaren Störung.

Mit einiger Unterbrechung wiederholt sich diese Abfolge aus Studienaufnahme und Abbruch wegen psychischer Belastungen noch zweimal – einmal studiert sie deutsches und französisches Recht, einmal Französisch- und Erziehungswissenschaften. Tatsächliche Ambitionen eines Studienabschlusses verfolgt Frau Georgius damals aber schon nicht mehr.

*also ich war auch in der Uni teilweise nur eingeschrieben und Scheinstudentin, weil mit der Depression ging gar nichts. Aber ich habe BAföG bekommen. Also auch dieser finanzielle Aspekt ist natürlich irgendwie wichtig. Deswegen, ja, war ich länger eingeschrieben als nötig zuzusagen. (3) Aber da war ich schon sehr perspektivlos, muss ich sagen, ja. Da dachte ich mir schon, okay, das wird nichts mit Arbeit. (Interview 1, S. 17)*

Ihre Universitätskarriere bricht sie im März 2022 endgültig ab. Zuvor ist sie von Dezember bis Januar 2024 bereits in einer stationären Klinik.

In der Klinik erfährt Frau Georgius über eine Sozialarbeiterin erstmals von der Möglichkeit einer beruflichen Reha im BTZ. Sie ruft dort selbstständig an und vereinbart einen Termin. Für Frau Georgius wirkt das BTZ zu dem Zeitpunkt alternativlos. Aus dem einfachen Grund, dass ihr von niemandem eine andere Option vorgeschlagen wurde. In eben dieser Zeit wechselt Frau Georgius aber, aufgrund eines Umzugs, die Reha-Beratung bei der Agentur für Arbeit. Ihre Aufnahme ins BTZ wird dadurch verzögert. Es folgt eine viermonatige Arbeitslosigkeit bis zur Aufnahme ins BTZ im August 2022. Trotz einem Mangel an Alternativen fühlt sich Frau Georgius bei unserem ersten Interview sehr wohl mit der Entscheidung für das BTZ.

*Ja, es hat mich / Ja, ich dachte, doch, das ist das Richtige für mich. Und vor allem, dass es auch psychologisch alles betreut wird. Und das hat mir sehr viel Sicherheit gegeben, das, ja, dass ich hier dann richtig bin und mir geholfen werden kann und ich weiterkomme. (Interview 1, S. 2)*

Begleitend durchläuft Frau Georgius stets eine ambulante Psychotherapie.

### Die Maßnahme und der weitere Weg

Nach einer Assessment-Maßnahme bietet sich für Frau Georgius mit ihren 25 Jahren die Möglichkeit zur Teilnahme an einer elfmonatigen BvB, der sie dann auch zusagt. Auch nur ein Jahr älteren Teilnehmenden wird eine Teilnahme an dieser Maßnahme in ihrer Rehaeinrichtung hingegen bereits verwehrt. Auch in anderen BTZ wird diese Maßnahme vorwiegend jüngeren Teilnehmenden empfohlen, da als Ziel eine Ausbildung fokussiert wird.

Die erste Zeit im BTZ setzt Frau Georgius sehr zu. Trotz eines reduzierten Arbeitspensums von sechs Stunden am Tag hat sie in dieser Zeit zuhause nur *geschlafen* oder *geweint*. Im BTZ bekommt sie anstatt einer üblichen zweiwöchigen psychologischen Betreuung, einwöchige Einzelgespräche und fühlt sich dort aufgehoben. Im Alltag belasten sie ihre Störungen vor allem durch zweierlei Aspekte.

*Ja, Stimmungsschwankungen auf jeden Fall immer noch ein großes Thema. Ich kann meine Stimmung / Gut, also ich stehe morgens auf und weiß nicht, wird es mir heute gut gehen oder nicht. Heute habe ich einen ziemlich guten Tag. (lächelt) Das kann ich halt / könnte sich noch ändern, aber ich will nicht so pessimistisch sein. Ja und dann im sozialen Kontakt so mit den anderen. Also die ersten paar Wochen waren wirklich sehr anstrengend, das hat mich sehr / also hat mir sehr viel Energie weggenommen. (Interview 1, S. 6)*

So probiert sich in der Küche und in der Holzwerkstatt, ehe sie sich für den Bereich Wirtschaft und Verwaltung entscheidet. Mit der Zeit gelingt es ihr ihre Arbeitszeit auf Vollzeit anzuheben. Allerdings erledigt sie die ersten Wochen hier noch kaum inhaltliche Aufgaben. Die berufsbezogene Auseinandersetzung mit ihrer Zukunft sei zu diesem Zeitpunkt aber sowieso von nicht allzu großer Relevanz gewesen.

*Ja, darüber habe ich jetzt noch nicht ganz so viel nachgedacht oder, ja, mir Gedanken gemacht, weil es erstmal darum ging, dass ich stabil bin und hier gut ankomme und, ja, überhaupt arbeitsfähig bin, um hierher zu kommen so. Und, genau, das wäre jetzt gerade ein bisschen zu viel gewesen, mir darüber auch noch ganz viele Gedanken zu machen. (Interview 1, S. 11)*

Von Ihrem beruflichen Trainer findet sie sich dahingehend jedoch unter Druck gesetzt. Dieser erkenne in ihr ein großes Potential, welches er gerne aktiv fördern würde. Jedoch führt sie an, dass es ihr stets schwerfällt, sich gegenüber äußeren Anforderungen an ihre Person klar abzugrenzen. Dies führt sie auf ihre Vergangenheit bei den Zeugen Jehovas zurück. Es fällt ihr schwer, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und entsprechend zu handeln. Prinzipiell könne sie sich jedoch vorstellen nach der BTZ-Maßnahme eine Ausbildung zu beginnen und letztendlich in den ersten Arbeitsmarkt integriert zu werden. Wie realistisch dieses Ziel aufgrund ihrer aktuellen psychischen Verfassung sei, stellt sie zu unserem ersten Interview in Frage. An dieser Stelle berichtet sie auch von einem bereits vorbelasteten Verhältnis zu eben jenem beruflichen Trainer. Dieser habe aus Berichten mit ihrer externen Psychologin – zu denen er qua unterzeichneter Schweigepflichtsentbindung durch Frau Georgius Zugriff hat – erfahren, dass Frau Georgius Anzeichen für eine bulimische Störung aufweist und sie dann bezüglich ihres eigenen Körperbilds konfrontiert hat. Frau Georgius hat dies als unangemessen und übergriffig empfunden.

Ebenfalls meidet sie Kontakt zu anderen Teilnehmenden im BTZ zu unserem ersten Interviewtermin noch. Teilweise führt sie ihre bewusste Abgrenzung zu den anderen Teilnehmenden auf ihre introvertierte Persönlichkeit zurück.

*Und, ja, also ich habe / ich habe, ehrlich gesagt, nicht so unbedingt Bock, mich richtig zu integrieren, einfach weil, ich weiß nicht, ich bin da ein bisschen misanthropisch, glaube ich, (lächelt) veranlagt. (Interview 1, S. 13-14)*

Das aus ihrer Sicht unharmonische gesellschaftliche Klima wirkt sich ebenfalls negativ auf ihre Bereitschaft zur sozialen Integration aus. Sie ergänzt, dass für diese Einschätzung ausschlaggebend sei, dass im BTZ negativ und herablassend von Teilnehmenden über andere Teilnehmende und das BTZ gesprochen werde. Auch auf Ihre zukünftigen Karriereplanungen hat dies Einfluss, da sie nun eher vorstellt einen Beruf auszuüben bei sie sehr wenig Kontakt zu anderen Menschen hat.

Demgegenüber steht, dass Frau Georgius eine unterstützende Beziehung zu ihrer aktuellen Therapeutin pflegt und ihren Freundeskreis als wichtige Ressource betrachtet.

*Also ich habe / also mein / meine sozialen Kontakte sind schon sehr stabil. Und ich habe drei, vier Freunde, denen ich wirklich sehr vertraue, also ich kann mit denen über alles reden. Ja, da*

*bin ich schon sehr, sehr froh, dass das auf jeden Fall (lächelt) funktioniert, ja. (Interview 1, S. 14)*

Mit ihren Eltern hat sie sich mittlerweile auch angenähert, obgleich Frau Georgius die Beziehung immer noch als distanziert wahrnimmt.

Abschließend wies mich Frau Georgius am Ende unseres Gespräches daraufhin, dass in naher Zukunft bei ihr noch ein Umzug in erste eigene Wohnung anstehe. Sie sei deswegen leicht hypomanisch und habe in den letzten Tagen kaum geschlafen und gegessen.

Zu unserem zweiten Interview wirkt Frau Georgius vollkommen wesensverändert. Wirkte sie trotz ihrer eigenen Zuschreibung als „introvertierte Person“ im ersten Gespräch noch offen und zugänglich, zeigte sie sich im zweiten Gespräch verlangsamt und dysphorisch, wenngleich sie auch zu diesem Interviewtermin angibt, dass es ihr gut gehe. Sie befindet sich nach wie vor in der BvB-Maßnahme.

Nach dem zweiten Interview war Frau Georgius noch wenige Monate im BTZ, bevor sie ihre Maßnahme vorzeitig pausiert hat. Aufgrund einer neuerlichen psychischen Krise, die Frau Georgius einer medikamentösen Umstellung zuschreibt, sei sie wieder stark suizidal geworden. Das BTZ hatte noch versucht sie psychisch adäquat zu betreuen zum Verständnis von Frau Georgius, war dies aber letztlich nicht mehr möglich. Eindrücklich schildert Frau Georgius ihre damalige Situation:

*Also ich war halt einfach nicht arbeitsfähig. Es ging nicht mehr um Stabilisierung, damit ich dann irgendwann arbeitsfähig werde und auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten kann, sondern erstmal einfach komplett nur um meine Gesundheit. Um mein / meine Sicherheit, nicht mehr unbedingt Wohlbefinden, sondern erstmal wirklich um meine Sicherheit. (Interview 2, S. 2)*

Allen Beteiligten war somit zu diesem Zeitpunkt klar, dass eine weitere Fortführung der Maßnahme nach sieben absolvierten Monaten im BTZ nicht zielführend ist. Frau Georgius begab sich dann in eine stationäre Klinik.

Nach dem Klinikaufenthalt beantragt Frau Georgius auf eigenen Wunsch hin mit ihrem Reha-Berater einer Wiederaufnahme der BvB-Maßnahme im BTZ. Die Skepsis bezüglich ihrer zukünftigen Arbeitsfähigkeit bleibt bestehen.

*Grundsätzlich bin ich immer noch nicht stabil genug, um auf dem erst / ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten und, ja, so, dass ich mich wirklich auch sicher fühle. (...)Also (3) ich bin gerade relativ skeptisch, ob ich hier aus dem BTZ rauskomme und wirklich arbeitsfähig sein werde. Da bin ich mir nicht sicher, ob dieses elf Monate reichen werden. (Interview 2, S. 7)*

Sie hält anschließend einen weiteren Klinikaufenthalt für wahrscheinlich. Ihre Therapeutin hingegen ist sehr zuversichtlich, dass Frau Georgius nach Beendigung der Maßnahme in der Lage sein wird, zumindest eine Ausbildung in Teilzeit zu beginnen.

Trotzdem kann Frau Georgius dem BTZ einiges positives abgewinnen. So ist sie sehr erfreut über die Routine, die ihr das BTZ gibt und bewertet das soziale Miteinander im BTZ diesmal auch als harmonischer. Allerdings leide sie nach wie vor an starken Stimmungsschwankungen und könne daher ihrem persönlichen Einschätzungsvermögen nicht trauen.

Kurze Zeit nach unserem zweiten Interview beendet der Reha-Berater von Frau Georgius, ohne ihr Einverständnis, die berufliche Rehabilitation im BTZ, aufgrund zu hoher Fehlzeiten.

## Herr Iller

*Tabelle 9: Fall 6 (Herr Iller)*

<b>Geschlecht:</b>	männlich
<b>Alter:</b>	23 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	t <sub>0</sub> = ledig, t <sub>1</sub> = in einer Beziehung
<b>Wohnort – und situation:</b>	Großstadt, Alleinlebend
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	ADHS
<b>Komorbidität:</b>	leichte Depressionen, Panikattacken
<b>Attribution</b>	<i>Beruf:</i> aversive Erfahrungen im Berufspraktikum; sowohl zwischenmenschliche Spannungen mit der Praktikumsleitung als auch Anforderungsniveau zu hoch.  <i>Soziales:</i> Umstellung der Ausbildungsbedingungen aufgrund der Corona-Pandemie

<b>Problemlagen</b>	symptombedingte Belastung im Arbeitsumfeld, mangelndes Selbstwertgefühl
<b>Behandlungen/Reha</b>	Psychotherapie
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Ausbildung zum Erzieher
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Gymnasium/EOS
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	betriebliche Ausbildung zum Erzieher abgebrochen
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	Wiederaufnahme der Ausbildung zum Erzieher (Unter anderen Konditionen)

Bei unserem ersten Gespräch empfängt mich Herr Iller in den Räumlichkeiten des BTZ. Die Terminfindung für das Gespräch mit Herrn Iller verlief unkompliziert und zügig. Beim Interview fiel mir jedoch eine gewisse Anspannung auf, die auch nach dem Starten des Aufnahmegeräts nicht nachließ. Als ich ihn am Ende nach seinem Wohlbefinden während des Gesprächs fragte, erwähnte er, dass ihn die Präsenz des Aufnahmegeräts überraschte – trotz vorheriger Aufklärung über den Ablauf des Interviews. Seine Nervosität zeigte sich in eher kurzen Antworten und gelegentlichem „Verhaspeln“, für das er sich entschuldigte. Interessanterweise öffnete er sich nach dem Ausschalten des Geräts und sprach ausführlicher über seine familiäre Situation.

### Der Weg ins BTZ

Nach dem Fachabitur möchte Herr Iller eine Ausbildung zum Erzieher beginnen, für welche er sich bereits seit der zehnten Klasse interessierte. Zuvor spielte er kurzzeitig mit dem Gedanken Vermessungstechnik zu studieren, da er eine Affinität für Zahlen hat und in dem Bereich während der Schulzeit bereits positiv erlebte Praktika absolviert hatte. Die Anmeldung zur Vorausbildung zum Sozialassistentin, welche in Sachsen notwendig ist, um eine Erzieherausbildung zu beginnen, verpasst Herr Iller terminlich, weswegen er zuerst ein Freiwilliges Soziales Jahr im Kindergarten beginnt. Die Zeit und Erfahrungen während diesem Jahr haben Herrn Iller sehr gefallen, was auch für die darauffolgende Ausbildung zum

Sozialassistenten gilt. Nach über zwei Jahren bereichernd wahrgenommener Praxiserfahrungen und der Aneignung von Fachwissen in pädagogischen Arbeitsbereichen ist Herr Iller anschließend schlussendlich in der Lage seine langersehnte duale Ausbildung zum Erzieher zu beginnen. Zu seiner großen Enttäuschung verläuft diese aber seinen Erfahrungen und Hoffnungen zuwider. Als einschneidenden Wendepunkt berichtet Herr Iller wiederkehrend von einem misslungenen Praktikum im zweiten Ausbildungsjahr. Im Praktikum ist es so, dass Herr Iller einige unangenehme Konfrontationen mit seiner Betreuerin erfährt.

*.. da bin ich einfach mit meiner Mentorin nicht klargekommen und, weiß ich nicht, da hat sie ab und zu ab / ja, ein bisschen was an mir ausgelassen und ich konnte damit halt einfach nicht umgehen. Und ich war dann auch echt froh, als das Praktikum vorbei war (Interview 1, S.11)*

Aber auch sich selbst macht her Herr Iller in dem Zusammenhang Vorwürfe. Ein Mangel an Selbstvertrauen habe zu den unangenehmen Erfahrungen während des Praktikums verstärkend beigetragen, wie er in unserem zweiten Interview offenbart. Darüber hinaus empfindet Herr Iller die damalige Neigung zum Prokrastinieren als eine seiner größten Schwächen. Er sei immer wieder an seiner Unstrukturiertheit gescheitert, habe Aufgaben unter anderem für die Ausbildung zuhause erst spät begonnen und spät fertiggestellt und konnte dann aufgrund von Schlafmangel im Praktikum nicht seine Leistungen bringen. Herr Iller erinnert sich, dass diese Erlebnisse ihn zum damaligen Zeitpunkt ein wenig sehr zugesetzt haben; er bezeichnet diese Zeit sogar als traumatisch. Auch seiner beruflichen Zukunft ist sich Herr Iller im Anschluss an das Praktikum nicht mehr sicher.

Wieder in der Schule wurden dann die Lehrveranstaltungen wie vielerorts, aufgrund der Corona-Pandemie, direkt auf Home-Office umgestellt, was Herr Iller vollends aus der Bahn wirft. Er findet nicht mehr die Motivation Aufgaben für seine Ausbildung zu erledigen, geschweige denn Antrieb für private Termine oder dergleichen wahrzunehmen.

*ich habe mich halt echt jeden Tag einfach nur aus dem Bett gequält und wusste echt nicht, ob / wie es jetzt weitergehen soll, hatte keine Perspektive, war einfach nur unglücklich. Habe vielen Freunden abgesagt, die was mit mir machen wollten, habe da keine Energie mehr rausbekommen. (Interview 1, S.15)*

Die Ausbildung bricht Herr Iller dann zwei Monate nach dem Praktikum, aufgrund ebendieser depressiven Phasen, ab und mit fortschreitender Arbeitslosigkeit verschlimmert sich der

gesundheitliche Zustand von Herrn Iller. Herr Iller erklärt mir, dass er in dieser Phase schlichtweg arbeitsunfähig war. Nach einiger Zeit beginnt er erstmalig eine Psychotherapie. Die verstrichene Zeit bis zum Beginn der Psychotherapie bedauert er retrospectiv sehr, da ihm eigentlich unmittelbar nach dem Praktikum klar war, dass er Hilfe benötigt. In der Psychotherapie wird ihm die Diagnose ADHS gestellt.

Nach zwei Jahren empfiehlt das JC Herrn Iller eine berufliche Reha im BTZ zu machen. Diese berufliche Unterstützung, wie Herr Iller sie nennt, nimmt er dankend an. Seinem ursprünglichen Interesse nachzugehen und Erzieher zu werden kam für Herrn Iller zu diesem Zeitpunkt schon überhaupt nicht mehr in Frage.

*Weil ich wollte danach erst mal nichts im pädagogischen Bereich anfangen und mich da erst mal neu finden. Aber ich hatte / habe echt keinen Plan gehabt, wie es dann weitergeht oder wo ich da so die Erfahrungen sammeln kann. Und, ja, da kam mir das eigentlich ganz recht, dass mir da das Jobcenter die Reha angeboten hat. (Interview 1, S.1)*

Die familiären Verhältnisse waren bei Herrn Iller bereits vor den depressiven Phasen gelegentlich angespannt. Zu seiner Mutter und seinen Geschwistern pflegt er einen positiven Kontakt, seinen Stiefvater hingegen meidet er kategorisch. Diese Unruhen führten bei Herrn Iller regelmäßig dazu, eine gewisse Unzufriedenheit mit sich selbst zu empfinden. Im Rahmen seiner Psychotherapie wurden diese Problematiken aber immer wieder adressiert.

Dafür erzählt mir Herr Iller bei unserem ersten Gespräch, dass er unmittelbar vor seiner Teilnahme an der ersten Maßnahme im BTZ wieder einen sehr aktiven Freundeskreis hat und in seiner Freizeit ein deutlich höheres Aktivitätsniveau zeigt, verglichen mit der Zeit nach seinem Ausbildungsabbruch zwei Jahre zuvor. So übernimmt er in seiner Freizeit selbst auch gerne wieder Verantwortung und hilft beispielsweise bei der Organisation eines E-Sport-Events. Bezüglich seines sozialen Umfelds wirkt Herr Iller zu beiden Interviewterminen stets zufrieden. Er ist sichtlich froh Freunde zu haben die ihm sehr ähneln und mit denen er die gleichen Hobbys teilen kann. Er vergewissert mir in unserem ersten Interview, dass ihm im BTZ nun lediglich ein Karrierepfad aufgezeigt werden muss.

## Die Maßnahme und der weitere Weg

Herr Iller entscheidet sich wegen seiner beruflichen Orientierungslosigkeit für die elfmonatige BvB-Maßnahme. Er will sich für seine beruflichen Entscheidungen Zeit nehmen. Sein Ziel ist aber immer klar definiert. Er möchte zukünftig unbedingt auf 40h/Woche Arbeitszeit kommen und das am besten in einer Tätigkeit, die Herr Iller als *Berufung* versteht.

Anfänglich ist Herr Iller allen Trainingsbereichen im BTZ gegenüber sehr aufgeschlossen. Vor allem aufgrund seiner mathematischen Fähigkeiten und seinem früheren Interesse für einen Ingenieursstudiengang zeigt Herr Iller zu Beginn seiner BTZ-Maßnahme ein gesteigertes Interesse für den IT-Bereich. In diesem sammelt er im BTZ dann auch reichlich Erfahrung. Trotzdem ist er bei unserem ersten Interviewtermin zu ebendieser Zeit wehmütig über seine Entscheidung, der pädagogischen Arbeit möglicherweise endgültig den Rücken zugekehrt zu haben. Er führt auch hier wieder sehr deutlich an, wieviel Spaß er als Erzieher hatte.

Es dauert aber nicht lange im BTZ, bis Herr Iller wieder eine berufliche Umorientierung anstrebt.

*Also ich habe recht schnell für mich dann gemerkt, ja, da / da, das ist es nicht. dann war das / dann war das so ein Hin und Her. Und dann habe ich noch mal so ein / so einen (unv.) Test gemacht und da kam dann mit Abstand heraus, dass ich dann doch für den pädagogischen oder halt den sozialen Bereich geschaffen bin. Und das war mir, ehrlich gesagt, auch schon die ganze Zeit bewusst, aber ich wollte unbedingt mal was anderes ausprobieren, weil ich immer nur das jetzt probiert hatte. (Interview 2, S.2)*

Er findet über das BTZ ein sechswöchiges Praktikum in einem Kinderladen, was nach anfänglichen Schwierigkeiten immer besser anläuft. Diesmal versteht er sich auch mit dem Kollegium super. Er sammelt zu Beginn des Praktikums direkt *erste Erfolge mit den Kindern*, sodass im Verlauf des Praktikums sein Selbstbewusstsein kontinuierlich erstarkt, woraufhin für ihn am Ende des Praktikums der Entschluss für eine Wiederaufnahme der Erzieherausbildung unausweichlich erschien. Er bewirbt sich noch aus dem BTZ heraus direkt bei verschiedenen Erzieher Schulen mit dem großen Unterschied diesmal bewusst eine schulische Ausbildung, anstatt einer praktischen Ausbildung, anzustreben. Die Praktische Ausbildung ist auf vier Jahre ausgelegt und sieht auch Termine an Wochenendtagen vor, wohingegen die theoretische Ausbildung drei Jahre dauert und ausschließlich Termine unter

der Woche beinhaltet. Herr Iller habe aus seinen Erfahrungen Schlüsse gezogen und schätzt seine Freizeit heutzutage zu sehr, als dass er wieder bereit ist eine Doppelbelastung aus simultanen praktischen und theoretischen Anforderungen einzugehen. Bei der praktischen Ausbildung müsse man einfach mehr *ranklotzen* und auch nach der praktischen Arbeit lernen. Eine Situation die Herr Iller bewusst vermeiden will.

Die elfmonatige BTZ-Maßnahme bricht Herr Iller nichtsdestotrotz nicht frühzeitig ab, sondern beendet sie ordnungsgemäß. Zu seiner Freude wird ihm auch eine zusätzliche dreiwöchige Verlängerung der BTZ-Maßnahme gewährt, sodass er nahtlos vom BTZ in die Ausbildung zum Erzieher starten kann.

Zum Zeitpunkt unseres zweiten Interviewtermins befindet sich Herr Iller gerade wieder im Praktikum Rahmen seiner Ausbildung zum Erzieher, welches er diesmal bewusst in einem Hort abhält, um erstmalig Berufserfahrungen mit älteren Kindern zu erlangen. Gerade an diesem neuralgischen Punkt seiner Ausbildung berichtet mir Herr Iller sehr lebhaft von seinen positiven Erlebnissen, die im starken Gegensatz zu seinen Praktikumserfahrungen während der letzten Ausbildung stehen. Er schwärmt förmlich von seinen Aufgaben und seinem wertschätzenden Kollegium. Die Erfahrungen aus dem BTZ spiegeln sich indes klar in den neu erlernten Fertigkeiten von Herr Iller wider.

*Das, was ich im BTZ gelernt habe ist, also könnte ich jetzt nicht auf den Erzieherberuf übertragen, sondern eher so auf Sachen, die ich außerhalb machen muss, zum Beispiel Briefe beantworten für das Amt, weiß ich. Oder an Deadlines für die die Sch / Leistungsmessungen halten oder so. Oder Kommunikation im Team, das hat man ja da auch gelernt. Das würde ich auch behaupten, das hilft mir da weiter. Genau, so / solche Dinge. Eher so Strukturierung, mich selber am Arbeitsplatz, wo ich / wo ich gut arbeiten kann. (Interview 1, S.4)*

Aufgaben aus der Ausbildung mit nach Hause zu nehmen und dort verspätet zu erledigen, ein altes Verhaltensmuster von Herr Iller, konnte er somit erfreulicherweise ablegen. Aber auch in seiner beruflichen Herangehensweise habe sich einiges geändert. Herr Iller sagt voller Stolz, wie ihm immer wieder berichtet wird, was für selbstbewusste und ruhige Art er im Umgang mit den Kindern hat. Als einen großen Faktor nennt Herr Iller hier immer und immer wieder die Kraft, die er aus dem kollegialen Miteinandern zieht. Er geht seine Ausbildung jedoch auch deutlich bewusster an. Seine Arbeit trage heute dazu bei, dass er ausgeglichener sei. Eine

Erfahrung, die ihm in der Form während der Ausbildung vorher verwehrt geblieben ist. Den Anstoß für diese positive Entwicklung sieht Herr Iller in seinem ersten Praktikum als Erzieher im BTZ.

Allerdings gibt es immer noch Phasen in denen Herr Iller droht bei Belastungen in alte Muster zu verfallen. Auf die Hilfe des BTZ in Form einer Nachbetreuung oder dergleichen sei Herr Iller aber nie angewiesen gewesen.

*Also ans BTZ habe ich mich, nachdem ich damit abgeschlossen habe, nicht mehr gewendet. Ich hätte, glaube ich, immer die Möglichkeit, noch mal nachzufragen nach Tipps, Tricks und so. Aber das war nicht notwendig, ich habe dann meine eigenen Ressourcen dann benutzt, also die Freunde und meine Partnerin oder Klassenkameraden. Das hat meistens jetzt eigentlich immer gereicht. (Interview 2, S.5-6)*

Noch während dem BTZ ist Herr Iller eine feste Beziehung eingegangen und lebt heute quasi mit seiner Freundin zusammen. Er hat in seinem Freundeskreis immer noch ein starkes soziales Netz und ist in einem Verein aktiv. Auch deswegen hat er zu Teilnehmenden im BTZ nie wirklich Kontakt aufgebaut oder gar gesucht. Er sah hier zu keinem Zeitpunkt persönlichen Bedarf, wie er sagt. Zu seinen zwei Brüdern und der Mutter habe er nach wie vor einen sehr guten Kontakt. Mit dem Verhältnis zu seinem Stiefvater habe sich aber nichts geändert. Selbst gemeinsame familiäre Feiertage möchte Herr Iller in seiner Anwesenheit nicht besuchen. Herr Iller bewertet seine Privatleben trotzdem als problemlos.

Zukünftig erwägt Herr Iller trotz allem die Wiederaufnahme einer Psychotherapie. Seit dem BTZ leidet Herr Iller unter einer Gastritis, die ihm Sorge bereitet. Diese Besorgnis löste in jüngerer Vergangenheit auch schon Panikattacken bei Herrn Iller aus. Durch die körperlichen Beschwerden kommt es ferner immer wieder zu Fehltagen während seiner aktuellen Ausbildung und sein großes Ziel des zügigen Ausbildungsabschlusses scheint dadurch gelegentlich gefährdet. Herr Iller machte auf mich diesbezüglich aber einen sehr entschlossenen Eindruck. Er sagte mir deutlich, dass er sich sicher ist, die Ausbildung erfolgreich zu beenden. Sein Selbstvertrauen sei einfach auf einem *ganz anderen Niveau*, als noch vor Beginn seiner Maßnahmen im BTZ.

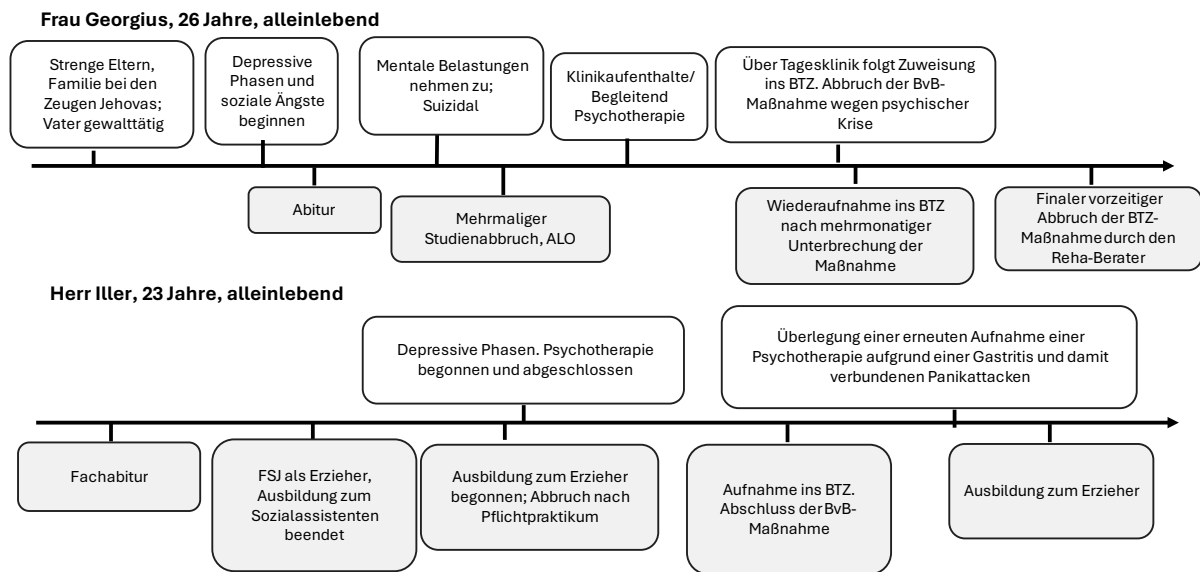


Abbildung 18: Fallvergleich Frau Georgius und Herr Iller

Herr Iller berichtet zwar schon vor seinem Ausbildungsabbruch von familiären, selbstwertverletzenden Spannungen, misst diesen in unseren Gesprächen aber keine allzu große Bedeutung bei. Der für ihn erfreuliche Kontakt zu seiner Mutter und den Geschwistern wird lediglich durch sein belastetes Verhältnis zu seinem Stiefvater und der erweiterten Familie betrübt. Die familiären Verhältnisse von Frau Georgius hingegen sind in unseren Interviews immer wieder Thema, auch im klaren Zusammenhang mit ihren psychischen Problemen und als Folge dessen auch mit ihrem Reha-Bedarf. Frau Georgius psychische Probleme beginnen bereits in der Jugend und setzen sich bis ins Erwachsenenalter fort. Insbesondere ihr Vater ist hierbei für Ihre frühen aversiven Erfahrungen verantwortlich. Dieser ist ihr und der Familie gegenüber gewalttätig. Bei Frau Georgius treten psychische Leiden demnach nicht nur früher im Leben auf als bei Herrn Iller, sondern sie scheinen auch stärker familiär begünstigt zu sein. Zudem hält der Vater auch dann an den strengen Glaubenssetzen der Zeugen Jehovas fest, als Frau Georgius zum damaligen Zeitpunkt bereits psychotherapeutische Unterstützung nutzen möchte. Die fehlende emotionale Öffnung zur damaligen Zeit führt Frau Georgius heute auch selbst an, wenn sie erklärt, warum eine gesundheitsförderliche Aufarbeitung ihrer psychischen Probleme viel Zeit in Anspruch nimmt und genommen hat. Die Forschungsergebnisse von Beutler et al. (2002) unterstützen die These von Frau Georgius, in dem sie aufzeigen, dass vor allem bei Menschen die zu internalisierenden Problembewältigungsstrategien psychischer Probleme neigen,

einsichtsorientierte Interventionen von Erfolg gekrönt sind. Diese zielen darauf ab, das Verständnis des Klienten für vergangene und gegenwärtige Erfahrungen zu entwickeln.

Das Verhältnis zu ihrem Vater hat sich zwar gebessert, Frau Georgius gibt aber an, dass sie nach wie vor ein misstrauisches Verhältnis zu ihrem Vater unterhält. Der familiäre Konflikt hält also an. Es könnte sich konstatieren lassen, dass eine verspätete psychotherapeutische Intervention bei Frau Georgius zu einer Chronifizierung ihrer Problematiken geführt haben könnte, während Herr Iller zumindest den Beginn seiner psychotherapeutischen Behandlung frei gestalten konnte. Und dies auch, nach eigenem Empfinden zwar zu spät, aber im Vergleich zu Frau Georgius doch recht zeitnah nach seinem selbstdiagnostizierten Behandlungsbedarf. Auch zeigt sich hier, dass es bei Herrn Iller eben diesen einen, klar zeitlich abgrenzbaren Einschnitt im Leben gab, der ihn dazu veranlasst hat, eine Psychotherapie zu beginnen. Herr Iller erwähnt seine depressiven Phasen beispielweise nur im direkten Zusammenhang mit seinem abgebrochenen Praktikum. Nach dem Abitur fällt Frau Georgius hingegen immer wieder in teils lebensbedrohliche psychische Krisen. Es scheint so zu sein, dass Frau Georgius mit dem Abitur in der Lage gewesen ist, dem regelgeleiteten Leben bei den Zeugen Jehovas und auch familiär, zu entkommen, was sie wiederum in eine Identitätskrise stürzt. Schon der Abschluss des Abiturs ist bei den Zeugen Jehovas verpönt. Viel eher ist es für Frauen angesehen, eine Ausbildung zu machen, wie Frau Georgius mitteilt. Nach dem Abitur gibt es für Frau Georgius deshalb keinen vorgezeichneten Weg, keine „Leitplanken“ oder wie sie es selbst sagt, keinerlei Vorstellungen wie ihre Zukunft aussehen mag. Es scheint, dass sie noch kein kohärentes Selbstbild entwickelt hat. Sie experimentiert mit verschiedenen Studiengängen und auch mit verschiedenen Drogen. Frau Georgius kann in diesem Zusammenhang aber keine zukünftigen beruflichen Perspektiven für sich entdecken.

Anders verhält es sich bei Herrn Iller dessen beruflicher Werdegang nach der Schule äußerst stringent erscheint und auch schon vor Beendigung des Fachabiturs mutmaßlich vorgezeichnet war. Eine Unsicherheit bezüglich seiner beruflichen Zukunft erfährt er nur in einem entmutigenden Praktikum. Verstärkend hinzu kommen die veränderten Arbeitsbedingungen an der Berufsschule nach seiner Rückkehr, für die Herr Iller zum damaligen Zeitpunkt ohne Unterstützung keine Lösungen findet. Erst mit Hilfe einer Psychotherapie gelingt es Herrn Iller seine für seine beruflichen Tätigkeiten hinderlichen Verhaltensmuster zu verstehen und Gründe für den negativen Verlauf seines Praktikums zu

identifizieren. In den Symptomen von einer ADHS erkennt sich Herr Iller wieder und seine Selbstbeschreibungen decken sich mit den weitläufig beschriebenen sekundären Folgen dieser Neurodivergenz. Arbeitsplatzbezogene Problematiken betreffen einen Großteil der Menschen mit ADHS. Die Planung und Strukturierung des Tages von der auch Herr Iller berichtet ist hier zentral (Fuermaier et al., 2021; Stockreiter et al., 2024). Somit hat Herr Iller bereits vor dem Beginn der BTZ-Maßnahme eine Vorstellung davon, inwieweit er sich persönlich verändern muss, um beruflich Erfolg haben zu können. Denn Arbeit und Berufstätigkeit scheinen für Herrn Iller einen hohen Stellenwert zu haben. Ebendiese beruflichen Erfahrungen hat Herr Iller auch schon im Rahmen eines freien sozialen Jahres gesammelt. Außerdem hat er streng genommen mit der Ausbildung zum Sozialassistenten bereits eine abgeschlossene Ausbildung. Frau Georgius fehlen diese Erfahrungen einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und auch neue Selbstwirksamkeitserfahrungen im beruflichen oder akademischen Kontext hat Frau Georgius nach dem Ablegen des Abiturs nicht mehr machen können. In unserem ersten Interview spricht Herr Iller so bereits davon durch die Unterstützung des BTZ wieder eine Berufung finden zu wollen und von seinen Ambitionen nach Beendigung der Maßnahme klare berufliche Pläne entwickelt haben zu wollen. Vor Beginn seiner Maßnahme hat Herr Iller seine Psychotherapie auch bereits abgeschlossen und betrachtet das BTZ eher als eine reine berufsorientierende Einrichtung, ohne darin die Notwendigkeit zu erkennen, soziale Kontakte aufzubauen.

Frau Georgius befindet sich zu Beginn des Jahres, in dem sie das BTZ aufsucht, erneut in einer Klinik aufgrund einer akuten und ausgeprägten depressiven Symptomatik. Bezüglich des Schweregrads ihrer psychischen Störungen sind hier ebenfalls klare Unterschiede zu Herrn Iller zu erkennen. Herr Iller spricht durchweg von depressiven Phasen. Dies kann sowohl eine subklinische als auch subsyndromale Ausprägung einer Depression bedeuten; infolgedessen könnte man hier gegebenenfalls sogar von einer Monomorbidität der ADHS sprechen. Frau Georgius spricht indes klar von einer Depression einschließlich Suizidalität, sowie von weiteren schweren psychischen Störungen.

Auch bezüglich der Akuität ihrer Erkrankungen und der Phase des psychotherapeutischen Behandlungsprozesses zu Beginn der BTZ-Maßnahme sind beide Fälle unterschiedlich. Zu Beginn der Maßnahme ist Frau Georgius beispielsweise medikamentös noch gar nicht abschließend eingestellt. Auch identifiziert sie sich zu Teilen nicht mit ihren Diagnosen bzw.

könnte der Prozess der Akzeptanz noch nicht abgeschlossen sein. Ferner erhofft sich Frau Georgius im BTZ ohnehin in erster Linie eine gewisse psychologische Stabilisierung zu erfahren und fasst schon nebensächlich erwähnt sie in unseren Gesprächen die Möglichkeit der beruflichen Orientierung. Dies macht sie allem voran in unserem zweiten Interview, nach ihrem Rückfall, deutlich. Aber bereits in unserem ersten Interview lässt sich diese Priorisierung in der Zielsetzung erkennen. Frau Georgius sieht das BTZ eher als eine Fürsorgeeinrichtung und stellt entsprechende Anforderungen daran, die jedoch schnell enttäuscht werden und sie desillusioniert zurücklassen. Eventuell hätte Frau Georgius an dieser Stelle von einer kriteriengeleiteten Zuweisung ins BTZ profitieren können. (siehe Kapitel *Exkurs*) Nach einem ersten Gespräch mit einer Sozialarbeiterin in der Klinik ergreift Frau Georgius nämlich eigenständig die Initiative und bewirbt sich beim BTZ. Sie konsultiert zwar gezwungenermaßen die Agentur für Arbeit, bemängelt aber, dass diese sie nicht ausreichend über das BTZ informiert hat. Sie sagt ergänzend in unserem zweiten Interview, dass sie eigentlich eine Einrichtung benötige, welche Angebote im Spektrum zwischen den Maßnahmen im BTZ, mit klarer beruflicher Ausrichtung und den Behandlungsmaßnahmen in einer Klinik anbietet. Herrn Iller dagegen wird vom JC eine Teilnahme an einer BTZ-Maßnahme nahegelegt. Im Nachhinein war dies ein voller Erfolg und die richtige Entscheidung. Ihm boten sich dadurch die Möglichkeiten zum einen durch die Praktika selbstwertstärkende Erfahrungen zu sammeln, aber zum anderen auch Probleme der Selbst- und Aufgabenstrukturierung gezielt anzugehen. Somit bot ihm das BTZ den idealen Rahmen, um Fertigkeiten zu erlernen, die ihm störungsbedingt schwerfallen.

Vor allem letzteres gestaltet sich bei Frau Georgius schwieriger. Wir haben im Rahmen unseres Forschungsprozesses von einigen Teilnehmenden mit einer sozialen Angststörung erfahren, dass sie vom Austausch mit anderen Teilnehmenden im BTZ profitiert haben. Auch Frau Georgius leidet unter einer Angststörung und hat diese in unserem ersten Interview explizit als ursächlich für ihr Scheitern im Studium genannt. Hierzu ist aber eine gewisse Eigenmotivation, mit anderen Teilnehmenden in Kontakt zu treten, unabdingbar. Wie Frau Georgius uns in einem dritten außerordentlichen (Follow-Up-)Interview mitgeteilt hat, war sie während ihrer Erstaufnahme im BTZ, aufgrund ihrer psychischen Verfassung, noch gar nicht dazu bereit in einen gesunden Kontakt mit anderen Teilnehmenden zu kommen (siehe Kapitel

*Exkurs*). In Kombination mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung sind die Aussichten auf Erfolge einer Behandlung von Angststörungen umso mehr gemindert (Dammann, 2014).

In der Nachbetrachtung lässt sich vermuten, dass Frau Georgius im BTZ zum Zeitpunkt ihrer Erstaufnahme weder das Angebot der beruflichen Orientierung hätte wahrnehmen können, noch und eventuell viel wichtiger, in der Lage war, ihr selbstgestecktes Ziel der psychischen Stabilisierung, zu verfolgen und störungsspezifische Defizite im Umgang mit anderen Menschen und im beruflichen Kontext auszugleichen. Es bleibt also fraglich, ob eine Aufnahme von Frau Georgius im BTZ zum ersten Zeitpunkt erfolgsversprechend war.

Zum Zeitpunkt ihrer Wiederaufnahme sind Frau Georgius berufliche Ambitionen vollends erloschen. Ob das BTZ zu diesem Zeitpunkt die passende Rehabilitationseinrichtung war, lässt sich vermutlich sogar verneine. (siehe Kapitel *Exkurs*).

#### 5.2.5 Fallvergleich (4) Herr Wald – Frau Lewis: „Viele Wege führen zum Ziel“

##### Gelungener RTW (Vollzeit) vs. Gelungener RTW (Teilzeit)

##### Herr Wald

*Tabelle 10: Fall 7 (Herr Wald)*

<b>Geschlecht:</b>	männlich
<b>Alter:</b>	54 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	alleinlebend
<b>Wohnort:</b>	Gemeinde am Rande einer Großstadt in Mitteldeutschland
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Burnout; (Eigendiagnose ADD/ADS nach BTZ)
<b>Komorbidität:</b>	Schlafstörungen; innere Erschöpfung
<b>Attribution</b>	<i>Familie/Soziales:</i> alleinlebend; familiäre Bezugspersonen versterben in relativ kurzer Zeit, was letztlich die psychische Krise herbeiführt

	<i>Beruf:</i> Medienmeteorologe; große Identifikation mit dem Beruf; starke Veränderung der Tätigkeitsbereiche führen zu Überlastung und Überforderung; zunehmend fachfremde Aufgabenbereiche; abnehmende Akzeptanz der Kollegen; zunehmender Leistungsdruck
<b>Problemlagen</b>	sozialer Rückhalt bricht kurzfristig nahezu gänzlich weg; Veränderung der eigenen Tätigkeitsbereiche im Job vs. hohe Identifikation führen zu Überforderung in der Arbeit, mangelndem Selbstwertgefühl, starkem Leistungsdruck
<b>Behandlungen/Reha</b>	Verhaltenstherapie und Reduktion der Arbeitszeit ab Oktober 2020; vollständige Krankschreibung bis Ende 2020; zweiwöchiger Aufenthalt Akutklinik Frühjahr 2021; Einnahme Psychopharmaka ab März 2021; fünfwöchige medizinische Reha im Sommer 2021; Reha-Assessment BFW November 2021
<b>AU-Status vor BTZ</b>	arbeitslos/krankgeschrieben
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	erlernter Beruf als Medienmeteorologe
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Gymnasium
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	Universität (Medienmeteorologe)
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	In Vollzeit beschäftigt nach Umschulung

### Der Weg ins BTZ

Herr Wald wurde im Oktober 2022 im BTZ zum ersten Mal interviewt. Zu diesem Zeitpunkt ist er 54 Jahre alt und zeigt sich gesprächsoffen und reflektiert, insgesamt jedoch eher ruhig, etwas unsicher und introvertiert. Das zweite Interview im September 2023 findet in den Räumlichkeiten seines neuen Arbeitgebers statt – einem Steuerbüro in der gleichen Stadt. Herr Wald zeigt sich weiterhin offen und reflektiert, insgesamt auch weiterhin ruhig, aber

sicherer in seinem Auftreten. Nach dem ersten Gespräch und etwas Mailverkehr ist die Atmosphäre vertrauter und gelöster als zum ersten Zeitpunkt.

Herr Wald berichtet, dass er ursprünglich als Medienmetrologe tätig war, ein Beruf, den er mit großer Begeisterung ausübte. Im Zuge der Digitalisierung und strukturellen Veränderungen (Technisierung) wandelten sich seine Aufgabenbereiche stark. Redaktionelle Tätigkeiten, die früher sein Schwerpunkt waren, wurden durch Aufgaben in der IT und im Bereich Online-Medien abgelöst, die ihm weniger lagen. Er beschreibt in diesem Zusammenhang auch eine generelle Reduktion seiner Tätigkeiten:

*„Und am Schluss war das noch von diesen drei Jobs, noch / noch nicht mal mehr ein halber oder knapper halber Job übrig.“ (Interview 1, Seite 1)*

Herr Wald versuchte, sich anzupassen und übernahm programmiertechnische Aufgaben, die laut eigener Aussage jedoch weder zu seinen Stärken gehörten noch seinen Interessen entsprachen. Auch identifizierte er sich zunehmend weniger mit der ihm aufgetragenen Arbeit und verlor mehr und mehr die Perspektive. Persönliche Schwierigkeiten im Umgang mit einem „fachlich inkompetenten“ Vorgesetzten und die Übertragung immer größerer Verantwortung führten schließlich zu einer zunehmenden Überforderung. Herr Wald berichtet hierbei auch von mehr und mehr Druck durch Vorgesetzte und Kollegen und beschreibt eine abnehmende Akzeptanz:

*„Da fing das eigentlich an irgendwie, dass ich mir so irgendwie nicht mehr / nicht mehr geliebt, in Füßchen, ein bisschen hoch aufgehängt, aber nicht [...] nicht mehr akzeptiert vorkam, dass das irgendwie von da an halt nicht mehr lief.“ (Interview 1, Seite 4)*

Parallel zu den beruflichen Problemen durchlebte Herr Wald mehrere familiäre Schicksalsschläge: Innerhalb von neun Monaten starben seine Mutter, Schwiegermutter und seine Lieblingstante, was ihn emotional stark belastete. Diese Ereignisse, zusammen mit der steigenden beruflichen Überforderung, führten zu Schlafstörungen und einer zunehmenden inneren Erschöpfung. Hinzu kamen Schuldgefühle, z. T. auch forciert durch einen Vorwürfe erhebenden Vorgesetzten, unklare neue Aufgabenstellungen, die Herr Wald mitunter auch in seiner Freizeit einspannten und die Einarbeitung von Studierenden. Im Sommer 2020 bemerkte er erstmals, dass er auch im Urlaub nicht mehr abschalten konnte:

*„Also ei / also eigentlich hätte ich was machen müssen schon im Sommer 2020, weil ich da schon nicht mehr abschalten konnte, also / als ich Urlaub hatte, die zwei Wochen, drei Wochen, drei Wochen, glaube ich, wie gesagt, habe ich da irgendwie nicht mehr abschalten können, nur Firma gedacht, konnte mich überhaupt nicht entspannen.“ (Interview 1, Seite 3)*

Im Oktober 2020 suchte Herr Wald daraufhin ärztliche Hilfe und begann eine Verhaltenstherapie, reduzierte seine Arbeitszeit und hoffte, damit die Belastung bewältigen zu können. Doch trotz dieser Maßnahmen verschlechterte sich sein Zustand weiter, und er musste sich vollständig krankschreiben lassen. Die Reduktion der Arbeitszeit bewertete Herr Wald im Nachhinein als „größten Fehler“, da sich das Krankengeld dadurch zwangsläufig reduzierte.

Im Frühjahr 2021 absolvierte Herr Wald auf Empfehlung seiner Psychotherapeutin einen zweiwöchigen Aufenthalt in einer Akutklinik, wo seine Medikation angepasst und seine Belastbarkeit geprüft wurde. In der Akutklinik beantragte Herr Wald einen weiteren Aufenthalt in einer Rehaklinik, welcher auch kurze Zeit später bewilligt wurde. Während des fünfwöchigen Aufenthaltes in der medizinische Reha im Sommer 2021 erhielt Herr Wald seine Kündigung, was seinen Gesundheitszustand weiterhin verschlechterte und eine Erhöhung der Medikation notwendig machte. Schließlich nahm Herr Wald Kontakt mit dem Sozialdienst auf, der ihn über die Möglichkeiten zur beruflichen Neuorientierung durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) informierte.

Bereits März 2021 begann Herr Wald überdies mit der Einnahme von Psychopharmaka, die er von seiner Psychotherapeutin/Psychiaterin verschrieben bekommen hatte:

*„Ich war da nicht so begeistert, aber ich habe dann auch den Eindruck gehabt, irgendwie gerade geht sonst nichts mehr.“ (Interview 1, Seite 9)*

Nach Bewilligung der LTA im Oktober 2021 absolvierte Herr Wald auf Anraten der Rentenversicherung im November 2021 ein Reha-Assessment im Berufsförderungswerk Bad Vilbel. Doch die dort durchgeführten Tests erzeugten bei ihm starken Leistungsdruck, und die Maßnahme wurde aufgrund von Überforderung vorzeitig beendet.

Bis zum Jahresende blieb Herr Wald zuhause. In dieser Zeit empfahl ihm seine Reha-Beraterin eine Basismaßnahme im BTZ. Herr Wald willigte ein und begann im BTZ Mainz mit einer Basismaßnahme (Bas-AR). In der Retrospektive beschreibt Herr Wald, dass die Empfehlung

zum BTZ durchaus zum richtigen Zeitpunkt kam und er mindestens während des Aufenthalts in der Akutklinik nicht in der Lage gewesen wäre, eine derartige Maßnahme überhaupt anzutreten.

Im Nachtrag zum Gespräch teilt Herr Wald per Mail noch einige zusätzliche Infos, die er während des Gespräches vergessen hatte. Hierbei berichtet er u. a. davon, dass er bei der Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Bereich der Medienmeteorologie und einer damit einhergehenden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes keinen Anspruch mehr auf Krankengeld haben werde. Über seine Motivation schreibt er:

*„Ich habe auf einer Skala von 0 bis 10 die 10 angegeben. Aber wenn diejenigen, die sehr motiviert und arbeitswillig sind, nicht oder kaum unterstützt werden bei ihren Bemühungen, dann ist das Wasser auf die Mühlen derjenigen, die keinen oder wenig Einsatz zeigen, weil es ja ohnehin „nix bringt“. Das wäre überhaupt kein gutes Signal. Ich habe ohnehin gehört, dass aus Studien hervorgeht, dass bewusst das breite Mittelmaß unterstützt wird.“ (Mail vom 24.10.2022)*

#### Die Maßnahme und der weitere Weg

In einer zweiwöchigen Erprobungsphase probierte Herr Wald Tätigkeiten in der Küche, im Bereich Wirtschaft und Verwaltung sowie in der Holzwerkstatt aus. Die Erprobungsphase beschreibt er positiv und berichtet, dass er sich letztlich für den Bereich Wirtschaft und Verwaltung entschied. In der weiterführenden Basismaßnahme ging es dann vor allem darum, die Arbeitsfähigkeit sukzessive zu steigern:

*„Und hier wurde dann schon gesagt, dass es halt dieses Basismaßnahme, diese drei Monate und wenn das gut läuft und dann wird auch langsam ja wieder die Belastung steigen. Das heißt, von einer Halbtagsbelastung auf eine Ganztagsbelastung. Und wenn das gut läuft, schließt sich halt dieses berufliche Training dann an mit Unterstützung bei Bewerbungen.“ (Interview 1, Seite 20)*

Im November 2022 begann Herr Wald im BTZ dann das BT als vertiefende Maßnahme im Bereich Wirtschaft und Verwaltung. Parallel dazu absolvierte er Weiterbildungen in Steuerrecht, die ihn forderten und eine intensive Einarbeitung in den neuen Stoff verlangten. Herr Wald beschreibt die Herausforderung:

*„Das war eine Zeit nochmal für mich, die sehr anstrengend war. (...) Am zweiten Tag wurde es dann besser, dann habe ich mich da auch reingefunden.“ (Interview 2, Seite 25)*

Zusätzlich begann er ein Praktikum in einer Steuerkanzlei, das ihm praktische Einblicke in das neue Tätigkeitsfeld ermöglichte und ihm half, seine Fähigkeiten im Arbeitsalltag zu erproben. Dieses Praktikum diente als eine Art Belastungstest, bei dem sowohl Herr Wald als auch die Kanzlei prüfen konnten, ob er den Anforderungen des Berufsfeldes gewachsen war. Trotz anfänglicher Konzentrationsprobleme und gelegentlicher „Aussetzer“, wie er sie nennt, gelang es ihm, zunehmend an Sicherheit zu gewinnen.

*„Insgesamt bin ich zufrieden, also ist / ist eigentlich alles wirklich kontinuierlich nach und nach immer besser geworden.“ (Interview 2, Seite 24)*

Der Reha-Berater der Rentenversicherung unterstützte Herr Wald in diesem Prozess, indem er ihm eine individuelle Qualifizierungsmaßnahme zusicherte, die die Einarbeitung in Steuerrecht und die Nutzung der Buchhaltungssoftware DATEV umfasste. Diese Fortbildungen im BTZ und in einem externen Seminarzentrum stärkten seine Fachkenntnisse und halfen ihm, sich für eine Tätigkeit in der Steuerberatung zu qualifizieren.

Die Weiterbildungen brachten für Herrn Wald jedoch auch einige strukturelle Hürden mit sich, da die Rentenversicherung zu Beginn Zweifel an der langfristigen Umsetzbarkeit der Maßnahme äußerte. Nachdem Herr Wald dies mit seinem Reha-Berater klären konnte, erhielt die Kanzlei eine Zuschussung für seine Ausbildung und für zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen. Er beschreibt diese Phase als „anstrengend“, da er morgens im Steuerrechtskurs und nachmittags im BTZ tätig war:

*„Ich war nachmittags teilweise komplett Batterie leer.“ (Interview 2, Seite 25)*

Im Verlauf des Jahres 2023 stellte Herr Wald fest, dass das BTZ für ihn nicht nur berufliche Kompetenzen förderte, sondern auch seine psychische Stabilität unterstützte. Durch die regelmäßige Teilnahme an der Maßnahme und die Begleitung durch den Reha-Berater gewann er Vertrauen in seine neue berufliche Perspektive und entwickelte ein neues Selbstbewusstsein. Das BTZ ermöglichte ihm, sein Interesse für Zahlen und wirtschaftliche Zusammenhänge weiterzuentwickeln und sich beruflich neu zu orientieren.

Der aktuelle Stand (Interviewzeitpunkt September 2023) zeigt, dass Herr Wald inzwischen fest in seinem Praktikumsbetrieb verankert ist und auf die Fortsetzung seines Weges in der Steuerberatung setzt.

Im Nachgang zum zweiten Interview meldete sich Herr Wald erneut mit zusätzlichen Informationen per Mail, die er im Gespräch vergessen bzw. nicht ausreichend betont hatte. Er berichtet über seinen überdurchschnittlichen Ehrgeiz in den ersten drei Monaten im neuen Job, die bei ihm insgesamt zu einer merklichen Ermüdung führten, wenngleich er von einer „Opferbereitschaft“ spricht, die „man erbringen müsse“. Z. T. habe er sich in der ersten Zeit „von Wochenende zu Wochenende gehängt.“ Insbesondere die Anfangszeit sei es gewesen, in der Herr Wald Probleme hatte, dem (selbstgemachten) Erwartungsdruck standzuhalten, dies verbesserte sich jedoch im Laufe der Zeit immer weiter. Zur Verbesserung habe insbesondere auch Autogenes Training, guter Schlaf und viel Verständnis von Arbeitgeberseite beigetragen, letztlich jedoch vor allem eine forcierte Selbstreflexion durch die fortgesetzte Arbeit am Praktikumsbericht. Herr Wald resümiert hierzu:

*„Fazit: Soll heißen, es hat mich schon erhebliche Mühe gekostet und lief häufig auch nicht so rund, aber ich habe die Frustration (unnötige Fehler und/oder Ärger über mich) und Erschöpfung versucht beiseitezuschieben und einfach weiterzumachen.“ (Mail vom 20.09.2023)*

Zur gesundheitlichen Situation führt Herr Wald weiterhin aus, dass sich auch über Literatur mit seiner Symptomatik weiter auseinandergesetzt hat. Und obgleich – so schränkt er im Weiteren ein – er keine Selbstdiagnose stellen und erst von den Medikamenten „wegkommen“ müsse, finde er viele seiner Probleme in den beschriebenen Symptomen von ADS/ADHS wieder:

*„Ich habe während meiner Gruppentherapie eine Buchempfehlung bekommen - Titel „Zwanghaft zerstreut“ Darin werden viele Beispiele für ADD besprochen, und erschreckend viel davon trifft leider schon seit meiner Kindheit- zumindest phasenweise und in weniger drastischer Form als dort in einigen Fällen geschildert - auf mich zu, so dass ich fürchte, dass ich zumindest ein weniger schwerer Fall dieser Krankheit sein könnte. Angeblich ist das gut behandelbar, Ritalin etc. Oft wurde ich schon früher "zerstreuter Professor" genannt...“ (Mail vom 20.09.2023)*

## Frau Lewis

Tabelle 11: Fall 8 (Frau Lewis)

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	57 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	alleinlebend
<b>Wohnort:</b>	Großstadt in Südwestdeutschland
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	PTBS, Panik-Attacken; Depressionen
<b>Komorbidität:</b>	Ängste, körperliche Ermüdung
<b>Attribution</b>	<i>Familie/Soziales:</i> problematische Kindheit führen früh zu PTBS und Panikattacken; eigene Kinder als zentrale Ressource; weitere problematische Beziehungen mit unterschiedlichen Partnern (Gewalt, Drogen, Missbrauch); Kinder geraten auch in problematische Lebenslagen; <i>Beruf:</i> abgebrochene Ausbildung im Einzelhandel; häufig wechselnde ungelernte Bürojobs, die durch viel Unsicherheit geprägt sind und zu Präsentismus führen
<b>Problemlagen</b>	sozialer Rückhalt bricht kurzfristig nahezu gänzlich weg; Veränderung der eigenen Tätigkeitsbereiche im Job vs. hohe Identifikation führen zu Überforderung in der Arbeit, mangelndem Selbstwertgefühl, starkem Leistungsdruck
<b>Behandlungen/Reha</b>	psychologische Therapie (Fokus auf PTBS); danach psychosomatische Reha 2021;
<b>AU-Status vor BTZ</b>	krankgeschrieben (länger als 6 Monate)
<b>Letzte Tätigkeit vor BTZ:</b>	Bürotätigkeit
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Real-/Mittelschule/POS
<b>Höchster Berufsabschluss</b>	keiner; betriebliche Ausbildung nicht abgeschlossen
<b>Erwerbsstatus nach BTZ:</b>	in Teilzeit beschäftigt (ungelernte Bürotätigkeit)

## Der Weg ins BTZ

Frau Lewis wurde im Oktober 2022 im BTZ das erste Mal interviewt. Sie zeigte sich von Anfang an als sehr offene und kommunikative Person, was auch zu ihrer derzeitigen Tätigkeit im BTZ passte, bei der sie im Rahmen ihrer Maßnahme am Empfang arbeitete. Das zweite Interviews erfolgte im September 2023 aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten telefonisch.

Frau Lewis beschreibt ihre Kindheit als von schweren Traumata geprägt, die sie nachhaltig beeinflusst haben:

*„Also ich persönlich denke eigentlich, dass es in meiner frühen Kindheit schon begonnen hat, weil ich einige PTBS hatte, was ich zum damaligen Zeitpunkt nicht wusste.“ (Interview 1, Seite 1)*

Schon früh beschreibt sie Panikattacken und körperliche Reaktionen, die sich auch in späteren Lebensphasen fortsetzten. Ihr familiäres Umfeld war stark belastet: Ihre Mutter war Alkoholikerin und es gab gewalttätige und missbräuchliche Übergriffe in ihrer Familie. Diese Erfahrungen prägten ihren Umgang mit Beziehungen und ihre Lebensstrategien.

Als eine entscheidende Ressource in ihrem Leben beschrieb Frau Lewis ihre Kinder. Sie beschreibt zu mehreren Zeitpunkten, wie ihre Verantwortung als Mutter ihr auch in schwierigen Lebensphasen Halt und einen Sinn gab:

*„Ich habe den Halt bei meinen Kindern.“ (Interview 1, Seite 4); „Und ich habe aber immer wieder den Blick fokussiert, dass / dass ich meinen Kindern was anderes bieten möchte als ich erlebt habe, ja? Dass ich mir niemals gewünscht habe, dass die in solche Situationen kommen. Und ich stand in einem so / so ein Zwiespalt in mir selbst, was mich teilweise innerlich zerrissen hat und dann aber auch wieder Kraft gegeben hat, wo ich gesagt habe: "Du musst jetzt weitermachen, du hast deine Kinder, du musst einfach für deine Kinder da sein." (Interview 1, Seite 13)*

Nach der Geburt ihrer Kinder begann Frau Lewis, sich beruflich zu orientieren. Sie absolvierte eine Ausbildung im Einzelhandel, schloss diese jedoch nicht ab, da psychische Belastungen sie immer wieder zurückwarfen. Sie arbeitete ungelernt in verschiedenen Bürojobs, schaffte es jedoch durch Eigeninitiative und große Anpassungsfähigkeit, sich in diese Tätigkeiten einzuarbeiten.

Ihre berufliche Laufbahn war von Unsicherheit und Überforderung geprägt. Ihre Arbeitsplätze beschreibt Frau Lewis in der Retrospektive als Orte, an dem sie sich oft beweisen wollte, gleichzeitig jedoch mit geringer Wertschätzung zu kämpfen hatte:

*„Ich war eher so duckmäuserig, dass ich in mich gekehrt war und alles gemacht habe und auch Überstunden und so weiter. Ja, natürlich mache ich die, ja? Und auch immer so ein Helfersyndrom hatte.“ (Interview 1, Seite 2)*

Dieses Muster führte zu einer chronischen Überlastung, die schließlich ihren Körper und Geist stark beanspruchte.

Neben ihrer beruflichen Situation war auch ihr familiäres Umfeld von vielen zusätzlichen Herausforderungen geprägt. Ihr erster Ehemann war arbeitslos, missbräuchlich und überdies in kriminelle Aktivitäten verstrickt. Diese Beziehung hinterließ tiefe Spuren und verstärkte laut Frau Lewis ihre Ängste und Panikstörungen. Auch ihre Kinder wurden in schwierige Lebenssituationen gezogen, insbesondere ihre Söhne, die später auch mit psychischen Problemen und Drogenabhängigkeit kämpfen mussten.

Der Verlust von familiärem Rückhalt durch belastete Beziehungen und Konflikte umschrieb Frau Lewis als zentralen Faktor für ihre psychische Verfassung. Trotz allem blieb Frau Lewis ihrem Optimismus treu und versuchte, mit den schwierigen Umständen umzugehen:

*„Und, ja, ich habe halt immer wieder versucht, mich so über Wasser zu halten. Habe sehr viel über Psychologie gelesen. Und, ja, (seufzt) oder halt, genau, diese Fehler, die meine Eltern gemacht haben, wollte ich nicht machen.“ (Interview 1, Seite 4)*

Frau Lewis beschreibt, wie ihre gesundheitliche Verfassung sich weiter verschlechterte. Wiederkehrende Panikattacken, eine dauerhafte Überlastung am Arbeitsplatz und familiäre Konflikte führten dazu, dass sie in eine immer ernstere Krise geriet. In dieser Phase wurde ihr schließlich klar, dass sie professionelle Unterstützung benötigte und sie begann eine psychologische Therapie, bei der erstmals tiefer auf ihre Kindheit und ihre Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eingegangen wurde.

Im Rahmen einer psychosomatischen Reha 2021 wurde sie auf die Möglichkeit einer beruflichen Trainingsmaßnahme aufmerksam gemacht. Dort stellte die Klinik für sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bei der Rentenversicherung. Dieser Antrag wurde zunächst abgelehnt, jedoch legte Frau Lewis erfolgreich Widerspruch ein.

Nach einer formellen Bewerbung und einem Vorgespräch mit dem BTZ wurde sie aufgenommen. Im BTZ begann sie mit einem individuellen Rehabilitationsplan, der ihre psychischen Belastungen, beruflichen Fähigkeiten und Ziele berücksichtigte.

### Die Maßnahme und der weitere Weg

Frau Lewis beschreibt ihren Beginn im BTZ als eine Phase der Orientierung und des Neuanfangs. Ihre anfängliche Skepsis wich bald einer positiven Wahrnehmung der Unterstützung, die sie dort erhielt:

*„Und das ist auch das hier am BTZ, was ich hier mega gut finde, weil es eine Matrix ist, die ineinandergreift und wo ich für mich sehr viele Schlüsselmomente habe.“ (Interview 1, Seite 4)*

Die strukturierte und gleichzeitig individuell angepasste Herangehensweise im BTZ half ihr, Vertrauen zu fassen und sich auf die Maßnahmen einzulassen. Sie empfand es als wertvoll, dass sie die Zeit bekam, ihre Fähigkeiten wiederzuentdecken und neue Perspektiven zu entwickeln. Besonders hob sie hervor, dass sie durch die Maßnahme begann, Muster in ihrem Verhalten zu erkennen, die sie zuvor nicht verstanden hatte

Während ihrer Zeit im BTZ beschreibt Frau Lewis deutliche Fortschritte, auch wenn sie immer wieder mit Rückschlägen zu kämpfen hatte. Ein zentraler Aspekt ihrer Entwicklung war die Auseinandersetzung mit ihrer Vergangenheit und deren Auswirkungen auf ihr Verhalten. Sie lernte, ihre Panikattacken und Ängste besser zu regulieren, auch autogenes Training und Entspannungstechniken spielten dabei eine entscheidende Rolle:

*„Nein, es war definitiv das BTZ, weil dort habe ich erstmal, ich sage mal so, mich selbst kennengelernt und viel über Resilienz und so weiter erfahren, was ich vorher überhaupt nicht wusste. Und ich habe auch dort gelernt, mit meinen Schwächen und mit meinen Stärken umzugehen und einfach zu sehen, dass man nicht 100 Prozent funktionieren muss. Dass es auch ein Leben gibt, wo man auch einfach mal sagen kann, okay, ich bin jetzt nicht 100 Prozent stark, sondern ich lasse mir einfach auch mal helfen und so weiter. Und das hatte ich bis zu diesem Zeitpunkt, habe ich das nicht kapiert gehabt.“ (Interview 2, Seite 39).*

Dennoch war der Weg nicht frei von Schwierigkeiten. Immer wieder wurde sie mit Erinnerungen an ihre traumatischen Erlebnisse konfrontiert. Besonders schwer war für sie der

Umgang mit Schuldgefühlen, die sie gegenüber ihren Kindern empfand, da sie sich teilweise verantwortlich für deren Probleme fühlte.

Das BTZ bot ihr nicht nur psychologische Unterstützung, sondern auch ein Umfeld, in dem sie sich sicher fühlte. Sie lernte, wie sie ihre beruflichen Fähigkeiten weiterentwickeln konnte, ohne sich selbst dabei zu überfordern. Nach Abschluss der Maßnahme stand Frau Lewis vor der Herausforderung, die erlernten Strategien im Alltag umzusetzen. Sie berichtete von gemischten Gefühlen: Auf der einen Seite spürte sie eine neue Stärke und Zuversicht, auf der anderen Seite hatte sie Angst vor Rückfällen in alte Muster. Eine große Stütze war für sie der fortlaufende Kontakt zu ehemaligen Betreuern und Teilnehmer aus dem BTZ. Diese Netzwerke halfen ihr, in schwierigen Situationen Rat und Unterstützung zu finden.

*„Ich sage mal so, also ich muss natürlich sehr aufpassen, dass ich in solche alten Verhaltensmuster wieder reinfalle. Es gab zwischendurch auch Phasen, wo ich gemerkt hab, okay, es geht jetzt gerade gar nicht oder es fällt mir sehr schwer. Und dann konnte ich aber, also ich hatte Ansprechpartner im BTZ, mit denen ich da drüber sprechen konnte, auch die Psychologen und Pädagogen hauptsächlich. Und die haben mir da wieder rausgeholfen, ja, dass ich sagen konnte: Okay, ich brauche jetzt einfach eine Auszeit, ich kann jetzt gerade gar nichts machen. Da war das in Ordnung. Und dann haben die mich aber auch wieder aufgebaut und haben mir gezeigt, was ich vielleicht verändern kann oder wo ich einfach mehr auf mich aufpassen muss und so weiter. Also es war für mich eine sehr gute Unterstützung.“ (Interview 2, Seite 41)*

Auch ihre Kinder, insbesondere ihre Töchter beschrieb Frau Lewis als wichtigen Rückhalt.

In den Monaten nach der Maßnahme arbeitete Frau Lewis daran, ihre berufliche und persönliche Situation weiter zu stabilisieren. Sie übernahm eine neue Tätigkeit in Teilzeit, die ihr die Möglichkeit bot, sich gleichzeitig um ihre Gesundheit zu kümmern. Privat arbeitete sie weiterhin daran, die Beziehungen zu ihren Kindern zu stärken. Besonders die Verbindung zu ihrem jüngeren Sohn, der weiterhin mit psychischen Problemen kämpfte, war für sie eine Herausforderung. Sie betonte, wie wichtig es ihr sei, für ihn da zu sein, ohne sich selbst dabei zu verlieren.

### Fallvergleich

Die sehr unterschiedlichen Lebens- und Berufsbiografien der zwei vorgestellten Fälle weisen spezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf, die letztlich beide in einen „erfolgreichen“ RTW münden. Über dessen Nachhaltigkeit lässt sich im Rahmen der Untersuchung zwar zunächst keine Aussage treffen, jedoch geben die übergeordneten Themenschwerpunkte des vorliegenden Fallvergleiches Hinweise auf mögliche *förderliche oder hinderliche Faktoren* im Zuge einer Beruflichen Rehabilitation im BTZ.

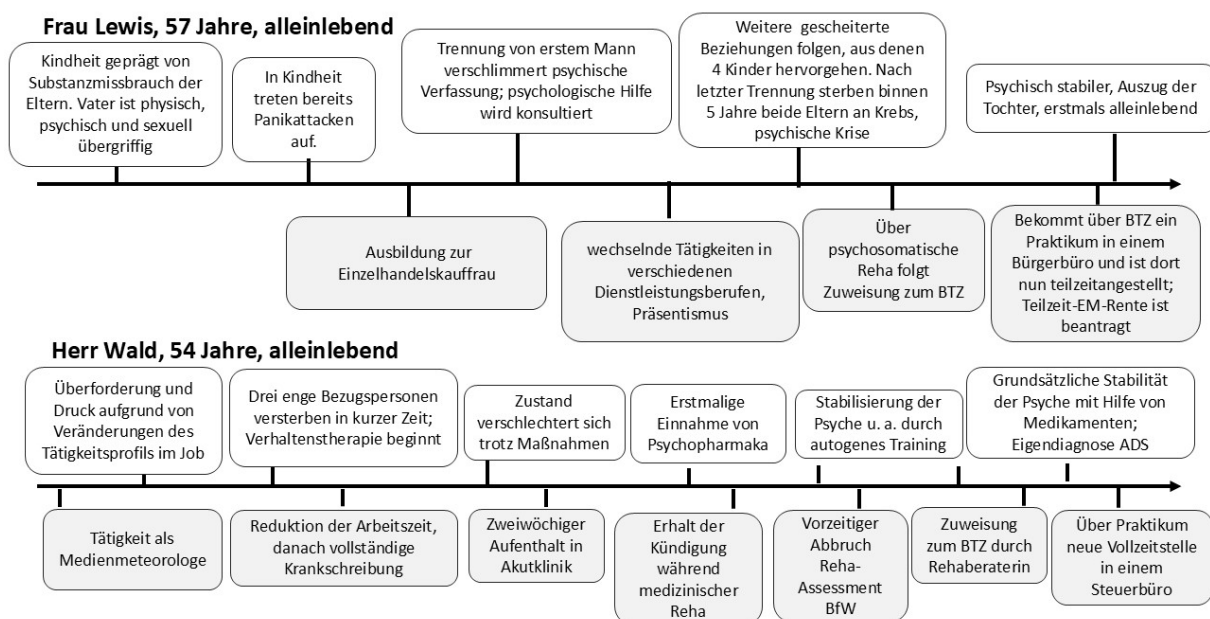


Abbildung 19: Fallvergleich 7-8 Herr Wald und Frau Lewis

### Berufliche Schwierigkeiten und gesundheitliche Folgen:

Trotz der sehr unterschiedlichen privaten und sozialen Ausgangslagen, berichten sowohl Herr Wald als auch Frau Lewis von einer Vielzahl von Konflikten und Momenten der Überforderung am Arbeitsplatz. Während Herr Wald vor allem die Veränderung der eigenen Tätigkeitsbereiche seines Berufs voranstellt, sucht Frau Lewis die Ursache bei einem „Helfersyndrom“, das sie immer wieder dazu antrieb, trotz Überlastungen weiterzumachen und zu arbeiten. Unabhängig von der Ursache zeichnet sich bei beiden Fällen ein ausgeprägter Präsentismus ab. Denn, obgleich keine Daten über die tatsächlichen Gesundheitszustände und Krankheitstage im Beruf vorliegen, beschreiben beide Befragten den Antrieb, „ihr Bestes zu geben“, „sich anzupassen“ und letztlich trotz akuter Beschwerden die Arbeit fortzusetzen, bis beide in einen Zustand geraten, in dem dies nicht mehr möglich war. Aktuelle einschlägige

Projekte<sup>8</sup> untermauern, dass diese Dynamik keineswegs bei Einzelfällen zu beobachten ist. Präsentismus ist ein zunehmendes Problem insbesondere in handwerklichen Berufsbildern und kann aufgrund der Nichtbehandlung von Erkrankungen (körperliche wie psychische Leiden) und zusätzlicher Belastung zu Chronifizierungen führen und längerfristige negative Auswirkungen auf Betriebe und Unternehmen haben – insbesondere aber Berufs- und Lebensbiografien fördern, wie sie in diesem Fallvergleich beschrieben wurden.

#### (späte) Akzeptanz der psychischen Erkrankung:

Der beschriebene Präsentismus führte in den vorliegenden Fällen dazu, dass beide Befragte sich in Bezug auf den Krankheitsverlauf recht spät – beide formulieren die erste Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung sogar als „zu spät“ – um professionelle (ärztliche) Unterstützung bemühten. Eine weitere zentrale Gemeinsamkeit zeigte sich demnach aber auch in der damit einhergehenden Akzeptanz der eigenen psychischen Erkrankung, die als eine zentrale Ressource für den erfolgreichen Verlauf der beruflichen Reha-Maßnahmen gesehen werden kann, wenngleich die Ausgangsvoraussetzungen wie im vorliegenden Fallvergleich konträr sind.

#### Identifikation als „Causal Agents“/

Neben der reinen Akzeptanz der psychischen Erkrankung ist vor allem eine grundlegend positive Einstellung auf die Veränderbarkeit der eigenen psychischen Verfassung und privaten sowie beruflichen Situationen als zentrale Ressource zu identifizieren. Die beiden Befragten begreifen sich in ihrer negativen gesundheitlichen Situation nicht als determiniert, sondern erkennen, dass sie sich (zum positiven) beeinflussen lassen. Hierbei sehen Herr Wald wie auch Frau Lewis – im Gegensatz zu anderen Rehabilitanden – vor allem sich selbst als die wichtigsten Akteure (causal agents) ihrer eigenen Lebenswelt, entsprechend der „Causal Agency Theorie“ der Selbstbestimmung (vgl. Shogren et al., 2017). Beide zeigen demnach eine Offenheit gegenüber Unterstützungsangeboten und Maßnahmen im Rahmen der beruflichen

---

<sup>8</sup> Insbesondere Projekt „ReHand“; Zugriff unter: <https://bws-institut.de/referenzen/chronische-erkrankungen-im-handwerk-exemplarische-bestandsaufnahme-von-reha-bedarfen-reha-zugang-und-teilhabesicherung-bei-bremer-handwerkswerksbetrieben-strategien-zur-unterstuetzung-der/>

Rehabilitation im BTZ. Dies zeigt sich auch in der späteren Reflexion, bei der beide Befragte die Maßnahmen als unterstützend und passend für ihre jeweilige Situation beschreiben und insbesondere die strukturierte Unterstützung der beruflichen Neuorientierung hervorheben.

#### Positive Entwicklungen:

Obgleich – wie bereits eingangs erwähnt – sowohl die Ursachen für die psychischen Erkrankungen als auch die selbstberichteten Diagnosen und Komorbiditäten beider Fälle stark divergieren, sind bei beiden deutliche Verbesserungen der psychischen Stabilität und der beruflichen Perspektiven durch die Maßnahmen im BTZ zu beobachten. Die positiven Auswirkungen zeigen sich zum einen in der wahrgenommenen Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung und nicht zuletzt auch im erfolgreichen RTW, der bei beiden dargestellten Fällen auch die Akzeptanz eines „Downshiftings“ der eigenen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit bedeutet. So muss Frau Lewis lernen, dass ihre Kapazitäten, Arbeitsleitungen zu erbringen, erschöpflich sind und entscheidet sich letztlich für eine Teilzeitbeschäftigung, Herr Wald hingegen lernt mit der veränderten Arbeitswelt seines Ausbildungsberufes umzugehen und orientiert sich anhand seiner Stärken in einem anderen Berufsfeld. Und so unterschiedlich die Strategien auch sind, entwickeln beide im Laufe der beruflichen Reha-Maßnahme individuelle Möglichkeiten zur Bewältigung ihrer persönlichen Herausforderungen: Herr Wald durch wiederholende selbstreflektierende Auseinandersetzungen und autogenes Training, Frau Lewis durch Entspannungstechniken und die erstmalige (professionelle und therapeutische) Auseinandersetzung bzw. systematische Aufarbeitung der eigenen Traumata.

#### Herausforderungen in der Neuorientierung:

Neben einer grundsätzlich positiven Entwicklung, treten in beiden gezeigten Fällen auch nach Beendigung der Maßnahme spezifische Probleme auf, mit denen die beiden befragten Rehabilitanden umgehen müssen. So zeigten sich sowohl bei Herrn Wald als auch Frau Lewis individuelle Hürden bei der Umsetzung der erlernten Strategien im Alltag. Beide berichten zudem davon, dass sie weiteren Rückschlägen (z. B. unveränderte private Situation der Kinder

von Frau Lewis oder bürokratische Hürden bei Herrn Wald) zum Trotz, auch nach Abschluss der beruflichen Reha weiterhin an sich und ihren Strategien arbeiten müssten.

### Unterschiedliche Wege – ähnliche Ergebnisse

Der formale Weg ins BTZ, die Kriterien der Zuweisung, die Formen der Beratung und Passung der Maßnahmen sind insbesondere für Schnittstellenakteure wie Reha-Berater der BA und DRV, aber auch Leistungserbringer wie die Beruflichen Trainingszentren oder Berufsförderungswerke zentrale Themen. Die vorliegenden Fälle zeigen exemplarisch, dass sehr unterschiedliche Wege zu positiven Ergebnissen führen können – abhängig von den Bedingungen, unter denen die jeweiligen Maßnahmen dann ablaufen. So „scheitert“ Herr Wald im Anschluss an einen Klinikaufenthalt zunächst an einem Reha-Assessment, ehe ihm ein BT in einem BTZ angeboten wird, für das er sich dann auch entscheidet. Frau Lewis hingegen „erkämpft“ sich ihre Maßnahme eigeninitiativ im zweiten Anlauf nach einem zunächst abgelehnten LTA-Antrag. Die Ergebnisse der Expertengespräche mit zuweisenden Reha-Berater der BA und DRV deuten darauf hin, dass sich „prototypische BTZ-Teilnehmer“ nicht ausmachen lassen. Vielmehr lässt sich eine große Zahl hochgradig individueller Verläufe in unterschiedliche Fallkonstellationen zusammenführen, die jedoch noch immer sehr heterogen ausgestaltet und wenig trennscharf sind. Die vorgestellten Fallbeispiele von Frau Wald und Frau Lewis verdeutlichen diese Beobachtung: Zwei etwa gleichaltrige Personen mit einer hohen Arbeitsmotivation (bis hin zum Präsentismus) kommen zu völlig unterschiedlichen Zeitpunkten mit völlig unterschiedlichen Lebens- und Berufsbiografien ins BTZ, durchlaufen die gleiche Maßnahme (BT) und gelangen zu ihrem individuellen Erfolg.

#### *Exkurs: Unterschiede der Indikation und Kontraindikation für eine Krankenhausbehandlung und eine (berufliche) Rehabilitation*

Die Fallvergleiche verdeutlichen im besonderen Maße wie wichtig die passende Beurteilung (therapierelevanter) Merkmale von Rehabilitanden für eine erfolgsversprechende Zuweisung zu einer beruflichen Rehabilitation und den erfolgreichen Verlauf einer Maßnahme in einem BTZ ist. In diesem kleinen Exkurs soll insbesondere auf die unterschiedliche Akuität der jeweiligen psychischen Störungen und die individuelle Krankheitsverarbeitung und den -

verlauf eingegangen werden, die in den Fallvergleichen bereits Erwähnung gefunden haben. Unter diesen Gesichtspunkten lässt sich der unterschiedliche Bedarf für eine –(ausschließlich) berufliche Rehabilitation mancher Teilnehmer im BTZ dann diskutieren.

Ein besonders aufschlussreiches Beispiel für die Rolle der psychischen Faktoren stellt der Fall von Frau Georgius dar. Ein Blick auf ihren Fall, der in zwei Abbrüchen endet, wirft die Frage auf, ob die Zuweisung zum BTZ zum Zeitpunkt des ersten Maßnahmenantritts für Frau Georgius passend war. Im Rahmenkonzept zu den LTA der DRV wird den BTZ explizit die Funktion psychischer Stabilisierung im Vorfeld einer Umschulung oder Ausbildung zugesprochen (Deutsche Rentenversicherung, 2018, S. 25). Allerdings weist Frau Georgius einige Merkmale auf, die einer erfolgreichen Stabilisierung ihrer psychischen Verfassung im BTZ entgegenstehen. Allen voran ist hier die Erwartungshaltung von Frau Georgius gegenüber dem BTZ zu nennen, die sich nicht mit der Zielsetzung des BTZ deckt. Frau Georgius wünscht sich vom BTZ eine intensive psychologische Betreuung und hat bei ihrer Erstaufnahme ins BTZ wenig berufliche Ambitionen. Von ihrem beruflichen Trainer fühlt sie sich unter Druck gesetzt, da dieser sie zu einer beruflichen Orientierung motivieren will. Den Mitarbeitern gegenüber äußert sich Frau Georgius laut eigener Aussage mehrfach dahin, dass sie aktuell nicht arbeitsfähig sei. Das hätte möglicherweise auch schon in ihrer Feststellungsmaßnahme erkannt werden müssen. So berichtet Frau Georgius, dass sie während ihrer Feststellungsmaßnahme – aufgrund zu weniger Auskünfte bezüglich der Maßnahmengestaltung im BTZ durch die Agentur für Arbeit – zu ihrer Überraschung, mit den beruflichen Anforderungen vollkommen überfordert war. Weiter führt Frau Georgius zwar an, dass sie den psychosozialen Dienst im BTZ, den sie häufig in Anspruch nimmt, als positiv empfindet, sie spricht jedoch gleichzeitig anderen Mitarbeitern im BTZ ihre Kompetenzen im Umgang mit ihrer psychischen Störung brüsk ab.

Der hohe Bedarf an psychotherapeutischer Einzelbetreuung deutet bereits früh darauf hin, dass eine Krankenhausbehandlung besser auf Frau Georgius' Störungsbild abgestimmt gewesen wäre als eine berufliche Rehabilitation (Köllner et al., 2018). Das gilt ebenso für die hohen Qualifikationsanforderungen, die sie an das gesamte Personal im Umgang mit psychischen Störungen stellt.

Zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der BvB-Maßnahme äußert Frau Georgius bereits selbst, dass eine berufliche Rehabilitation für sie nicht die richtige Maßnahme ist. Ihrem Wunsch nach

sollte ihre Rehabilitation zu diesem Zeitpunkt ausschließlich aus einer intensiven psychotherapeutischen Intervention bestehen. Angesprochen auf ihre Zukunft nach der BvB-Maßnahme wiederholt Frau Georgius in unserem Gespräch das Bedürfnis nach intensiver Psychotherapie, sie zieht sogar einen potenziellen weiteren Klinikaufenthalt in Erwägung. Nichtsdestotrotz erfolgte die wiederholte Zuweisung von Frau Georgius ins BTZ; nicht zuletzt aufgrund ihres eigenen Zutuns.

Die Prognose für einen erfolgreichen Abschluss der Maßnahme ist dementsprechend schlechter als bei der Erstaufnahme ins BTZ. Das Ziel einer Teilzeitausbildung, formuliert durch ihre ambulante Therapeutin, steht dieser Prognose zunächst entgegen. Wie Bohart und Wade (2013) aber herausarbeiten, ist die Übereinstimmung über Therapieziele ein wesentlicher Bestandteil wirksamer Psychotherapie. Um verlässlich zu beurteilen, ob sich diese Erkenntnis auch auf die Zieldiskrepanz zwischen Frau Georgius und dem BTZ übertragen lässt, fehlt zum aktuellen Zeitpunkt die nötige Evidenz. Die ambulante Psychotherapeutin von Frau Georgius steht aber durch eine Entbindung von der Schweigepflicht bereits seit der Erstaufnahme von Frau Georgius im engen Austausch mit dem BTZ. Daher lässt sich folgern, dass aufgrund des hohen Betreuungsbedarfs von Frau Georgius ein Konsens zwischen dem BTZ und ihrer Psychotherapeutin hinsichtlich der Maßnahmengestaltung und Betreuung besteht, wodurch ähnliche Wirkmechanismen in Bezug auf die Auswirkungen der fehlenden Zielübereinstimmung angenommen werden können. Es lässt sich mutmaßen, dass eine fehlende Zieldiskrepanz im besonderen Maße bei Teilnehmern im BTZ einen negativen Einfluss auf den Erfolg ausübt, da letztere das BTZ vor allem aufgrund der psychischen Betreuung favorisieren (zur Überprüfung dieser Hypothese wäre aber weitere Forschung nötig).

Die Situation von Frau Georgius im BTZ zum Zeitpunkt unseres zweiten Gesprächs nach ihrer Wiedereingliederung in die BvB-Maßnahme veranlasste uns, sie nach Beendigung der Maßnahme – etwa ein Jahr nach unserem zweiten Interview – für ein drittes Gespräch zu kontaktieren, um einen Abgleich unserer Erwartungen und den weiteren Verlauf von Frau Georgius zu rekonstruieren. Wie bei den beiden ersten Interviews war Frau Georgius auch diesmal dazu bereit, kurzfristig mit uns über ihren weiteren Maßnahmenverlauf seit dem zweiten Interview zu sprechen.

Frau Georgius wirkte bei diesem Gespräch heiter und voller Energie. Die BvB-Maßnahme im BTZ wurde nach unserem zweiten Interview aufgrund anhaltender Fehlzeiten auf Drängen ihres Reha-Beraters vom BTZ ohne ihr Einverständnis beendet. Nach Beendigung der Maßnahme nimmt sie eine medizinische Reha in Anspruch, in der sie medikamentös neu eingestellt wird. Abschließend bemüht sie sich um eine stationäre beruflich-medizinische Reha in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) von deren Angeboten sie im Verlauf der medizinischen Reha erfährt.

Zum Zeitpunkt unseres dritten Treffens hat sie bereits die ersten drei Monate in einer RPK verbracht und hatte eine Verlängerung von weiteren drei Monaten erhalten. Sie fühlt sich dort gut aufgehoben, da ihr die Struktur und das soziale Miteinander zugutekommen. Letzteres empfand sie im BTZ als für sie unzulänglich, allerdings mit dem Hinweis, dass diese Einschätzung auch auf ihre damalige psychische Verfassung und Überforderung zurückzuführen ist. In den vorherigen Interviews hatte Frau Georgius ihre Zurückgezogenheit und Isolation im BTZ noch auf ihre introvertierte Persönlichkeit und ihre Neigung zur Misanthropie zurückgeführt, im dritten Interview erklärt sie die Abgrenzung von den anderen Teilnehmern nun als Folge ihres damaligen psychischen Zustands. Frau Georgius fügt in diesem Zusammenhang hinzu, dass es für ihre psychische Stabilisierung hilfreich ist, dass in der aktuellen Maßnahme die berufliche Orientierung zunächst zurückgestellt wird. In Bezug auf ihren beruflichen Werdegang scheint die Entscheidung für diese Maßnahme zwar einen Schritt zurück, konkret empfindet Frau Georgius das aber eindeutig als Vorteil. Eine anschließende Maßnahme in einem anderen BTZ hält sie, da sich derzeit psychisch stabil fühlt, auch für möglich.

Im dritten Interview wird noch einmal deutlicher, dass das BTZ zum Zeitpunkt ihrer Erstmaßnahme keine adäquate Betreuung gewährleisten konnte. Ihr komplexes aber vor allem auch zu diesem Zeitpunkt akutes Störungsbild machte eine psychische Stabilisierung im BTZ wenig erfolgsversprechend. Die Verschreibung neuer Medikamente gegen ihre psychischen Belastungen können dabei symbolisch als Hinweis für ihre hohe Behandlungsbedürftigkeit betrachtet werden.

Ein weiterer Indikator für eine fehlende Passung der Maßnahme ist die mangelnde Akzeptanz der eigenen Erkrankung, also die Krankheitseinsicht, die wir in unserem Projekt immer wieder als hinderlichen Einflussfaktor für einen erfolgreichen Maßnahmenabschluss identifizieren

konnten. Bei Frau Georgius betrifft diese fehlende Einsicht zwar nur einen Teil ihrer Multimorbidität – ihre bipolare Störung – dennoch sollte vor Beginn einer beruflichen Rehabilitation eine derart wichtige Problemlage erkannt werden, insbesondere da es sich bei einer bipolaren Störung um eine für die Person und ihr Umfeld sehr belastende Erkrankung handelt, bei deren Behandlungsmethoden der Schulung des Patienten im Erkennen möglicher Frühwarnsymptome einer Episode große Bedeutung beigemessen wird (Margraf & Schneider, 2018; Oliva et al., 2024). Ob Frau Georgius tatsächlich eine bipolare Störung hat, können wir mit den uns vorliegenden Informationen nicht eindeutig beurteilen, sie beruhen auf ihren Selbstangaben. Unabhängig von ihrem speziellen Fall ist entscheidend, dass die psychische Diagnosestellung und im besten Falle auch die Frage nach der Akzeptanz einer Erkrankung bereits *vor Beginn* der BTZ-Maßnahme erfolgt sein sollte.

In diesem Zusammenhang ist auch der Fall von Frau Hertlein bedeutsam. Eine fehlende Krankheitseinsicht wurde in ihrem Fallvergleich als ausschlaggebend für eine erfolglose BTZ-Maßnahme herausgearbeitet. Frau Hertlein befindet sich im BTZ in einem sehr frühen Stadium ihrer Krankheitsbewältigung, was darauf hinweist, dass eine Einrichtung, die im Vergleich zur beruflichen Rehabilitation einen stärkeren Fokus auf psychische und therapeutische Aspekte legt, besser für sie geeignet sein könnte. Sie grenzt sich klar von den anderen Teilnehmern ab, die bei sich einen hohen Betreuungsbedarf wahrnehmen. Zudem hebt sie öfters im Interview hervor, dass sie keine psychischen Beeinträchtigungen hat oder wenn überhaupt, dann nur als unmittelbare Folge ihrer körperlichen Einschränkungen - diese wurden u. A. durch einen Unfall verursacht. Frau Hertlein trauert ihrem früheren Leistungsniveau nach, wobei diese Attribuierung einem selbstwertdienlichen Muster folgt. Ihre frühe hohe Leistungsfähigkeit war das Produkt ihrer Leistungsbereitschaft und ihrer Arbeitsqualitäten, wo hingegen der deutliche Abfall im aktuellen Leistungsniveau ohne ihr eigenes Mitwirken geschah. Obwohl wissenschaftliche Erkenntnisse gibt, die darauf hindeuten, dass ein solcher Attributionsstil dem Erhalt der psychischen Gesundheit dienlich ist, verhindert er bei Frau Hertlein einen gesunden Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden (Greenberg et al., 1992). Sollte sie in der Lage sein die eigene Erkrankung zu akzeptieren und den eigenen, wenn auch eingeschränkten, Handlungsspielraum zu erkennen wäre eine positive Entwicklung auch in einem BTZ durchaus möglich. Das wurde ihr auch von einigen ambulanten und stationären Psychologen im Verlauf ihrer Krankheitsgeschichte mitgeteilt. Die Verdrängung der Ursachen ihres Leidens erschwert

es dem BTZ jedoch, im Rahmen des beruflichen Trainings konstruktiv darauf eingehen zu können.

Im Unterschied zu Frau Georgius lässt sich festhalten, dass sich der hohe Behandlungsbedarf bei Frau Hertlein nicht in einer starken Nutzung des psychosozialen Angebots des BTZ sondern in deren Ablehnung ausdrückt. Von einer spärlichen Nutzung des psychosozialen Betreuungsangebots im BTZ lässt sich so *nicht immer* eindeutig ein Rückschluss auf einen geringeren psychischen Behandlungsbedarf folgern.

Wie Frau Georgius nimmt auch Frau Hertlein nach dem Abbruch ihrer Maßnahme eine medizinische Rehabilitation in Anspruch, die sie als hilfreich empfindet. Dort macht sie auch erste Fortschritte bezüglich der Akzeptanz ihrer Erkrankung. Auch Herrn Alf hätte vermutlich eher von einer Rehabilitation mit medizinisch-psychologischem Fokus profitiert.

Herr Alf nimmt die psychische Belastung während der Feststellungsmaßnahme als äußerst belastend wahr und hat bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit eine diametral andere Auffassung als die Mitarbeiter des BTZ. Herr Alf entschließt sich lediglich aus Mangel an Alternativen, da sein Antrag für eine RPK abgelehnt wird, für eine Aufnahme im BTZ. Er selbst wie auch seine begleitende Psychiaterin in der Rehaklinik – in der sich Herr Alf vor Beginn der Maßnahme im BTZ aufhält – halten beide eine RPK-Maßnahme für erfolgsversprechender. Es lässt sich in diesem Kontext die Frage stellen, wieso Herr Alf eine RPK verwehrt blieb, obwohl er und seine Psychiaterin diese als adäquate Maßnahme für eine Verbesserung der Situation von Herrn Alf einschätzten. Betrachtet man die Fortschritte, die Frau Georgius in ihrer RPK-Maßnahme gemacht hat, erscheint die Ablehnung von Herrn Alfs Antrag in der Retrospektive als besonders unglücklich.

Abschließend lässt sich eine der Kernergebnisse unseres Forschungsprojektes hier nochmals festhalten, nämlich, dass die richtigen Personen den Weg ins BTZ finden. Für den Gros der Teilnehmenden gilt diese Aussage. Aber es gibt einen kleinen Teil an Teilnehmern, die aus unterschiedlichen Gründen im BTZ landen, obwohl aufgrund der Akuität und der Krankheitsbewältigung eigentlich eine Indikation für eine andere Einrichtung vorliegt. Um das zu erkennen, bedarf es einer Menge „Fingerspitzengefühl“ und eines vermehrten Einbezugs der Betroffenen. Denn diese schätzen ihre Situation hier, zumindest in den drei zitierten Fällen, präzise ein. Herrn Alf bereits vor der Aufnahme ins BTZ, Frau Hertlein und Frau

Georgius recht früh während der Zeit im BTZ, wahrscheinlich bereits in der Feststellungsmaßnahme.

Es ist an dieser Stelle klar zu betonen, dass nicht der Eindruck vermittelt werden soll, das BTZ sei nicht die passende Einrichtung für Menschen, die in ihrer Krankheitsgeschichte unter schweren psychischen Belastungen oder körperlichen Einschränkungen leiden. Als ein Beispiel lässt sich hier Frau Mronz nennen. Dieser Fall wurde nicht in den Fallvergleichen besprochen, verdeutlicht aber, wie selbst Teilnehmer mit psychotischen Episoden im Vorfeld der BTZ-Maßnahme einen gelungenen RTW vollziehen können. Im Fall von Frau Mronz gelingt dies dank eines erfolgreich abgeschlossenen Aufenthalts in einer Akutpsychiatrie, bevor die Maßnahme im BTZ beginnt. In diesem Fall empfahl ihr die Bundesagentur für Arbeit sogar noch eine weitere medizinische Maßnahme – die auch erfolgte – ehe die Maßnahme im BTZ begann. Medikamentös war sie so vor Maßnahmenbeginn zufriedenstellend eingestellt und konnte die Zeit im BTZ erfolgreich nutzen.

Letztendlich ist die ausreichende psychische Stabilisierung der Teilnehmer vor der BTZ-Maßnahme und hier vor allem auch die Perspektive der Betroffenen stärker in den Fokus zu nehmen.

### 5.3 Qualitative Ergebnisse: Hospitationen

Statt der ursprünglich im Antrag vorgesehenen Go-Alongs<sup>9</sup>, einer speziellen Form der teilnehmenden Beobachtung, die im beantragten Projekt dazu dienen sollte, die Perspektive der Teilnehmenden im Wiedereingliederungsprozess in actu zu begleiten, haben wir uns entschlossen zwölf ein- bis mehrtägige Hospitationen an unterschiedlichen BTZ-Standorten durchzuführen. Der Grund hierfür war, dass wir keinen ausreichenden Zugang zu Go-Alongs erreichen konnten, da es kaum Teilnehmende gab, die sich für eine über mehrere Tage

---

<sup>9</sup> Bei Go-Alongs (Kusenbach, 2016) werden Teilnehmer in typischen Situationen in ihrem Alltag begleitet, beobachtet und zu ihren subjektiven Eindrücken, Emotionen, Erfahrungen und Einschätzungen befragt. Go-Alongs bieten somit die Möglichkeit die situative Vollzugswirklichkeit im Kontext zu beschreiben und zu verstehen sowie insbesondere Abläufe aus Sicht der Teilnehmenden nachzuzeichnen. In sogenannten „Walking-Interviews“ (Kühl, 2016) werden gezielte Nachfragen zu den Interaktionsprozessen und deren Bedeutsamkeiten formuliert. So können nicht nur Handlungen der Teilnehmenden rekonstruiert, sondern auch Interaktionen mit anderen Teilnehmenden sowie Fachkräften geführt, beobachtet und mit Blick auf Konflikte aber auch auf besonders für die eigene Entwicklung als gelungen eingeschätzte Prozesse analysiert werden. Die Ergebnisse werden in Protokollen zusammengeführt.

geplante kontinuierliche Begleitung durch den BTZ-Alltag durch Go-Alongs bereit erklärten. Dies dürfte auf die erhöhte Vulnerabilität der Teilnehmenden, auf Vorbehalte in fremde Beobachter von außen sowie auf Unsicherheiten darüber, was auf sie zugekommen wäre, zurückzuführen sein; zum anderen gab es unter Verweis auf eben die Vulnerabilität, für deren Schutz sie sich verantwortlich fühlen, auch eine Skepsis gegenüber Go-Alongs bei den Fachkräften einzelner BTZ. Um dennoch *punktueller* Einblicke in den Alltag der BTZ zu erhalten, wurden Hospitationen als alternatives Vorgehen gewählt, das bei den angefragten BTZ auch überwiegend auf eine positive Resonanz stieß; nur bei einer angefragten Einrichtung erhielten wir eine Absage, bei einer anderen konnten wir mit Rehabilitanden nur im Beisein einer Fachkraft sprechen. Mit dem Verzicht auf Go-Alongs ging zwar die angestrebte Prozessperspektive und die Rekonstruktion der konkreten Erfahrungen im Vollzug der BTZ-Maßnahmen verloren. Dennoch konnten wir mit den angekündigten und vorher mit den 12 ausgewählten BTZ abgesprochenen Hospitationen zusätzliche und vertiefende Erkenntnisse zum Alltag und zum Kontext der Maßnahmen im BTZ aus unterschiedlichen Perspektiven gewinnen: z. B. durch die Beobachtung der räumlichen Lage, der Anordnung der Arbeits-, Seminar- und Erholungsräume und ihre Gestaltung sowie der sachlichen Ausstattung, durch aushängende Informationsplakate und Flyer, durch Erläuterungen zu Organisation und Ablauf der Maßnahmen und durch vereinzelt Teilnahme an Kursen, an Gruppengesprächen und kurze Gespräche mit Teilnehmenden, Berufstrainern, Werkmeistern, Sozialpädagogen in unterschiedlichen Situationen (etwa in einer Holzwerkstatt, in Lehrküchen, bei Erstinformationsgesprächen, etc.) sowie durch längere Interviews mit Psycholog, Berufstrainern und Einrichtungsleitungen. Mit diesen vielfältigen Informationen konnten wir die Ergebnisse der Interviews, der Expertengespräche und der Fokusgruppen aus eigener Anschauung ergänzen und präzisieren. Dabei ergaben sich auch einige wichtige Einsichten aber auch neue Fragestellungen (siehe Kapitel 5.3.3).

### 5.3.1 Auswahl der BTZ für Hospitationen

Zur Durchführung der Hospitationen wurden insgesamt zwölf BTZ-Standorte ausgewählt. Die Auswahl erfolgte gezielt nach mehreren Indikatoren, um einen möglichst umfassenden und repräsentativen Einblick in die strukturellen, organisatorischen und atmosphärischen Gegebenheiten der BTZ zu gewinnen. Entscheidend für die Auswahl der Standorte waren die Trägerschaft (faw, BAG, bfz), die geografische Verteilung (Nord-, Ost-, Süd- und Westdeutschland) sowie der städtische oder ländliche Standort der jeweiligen Einrichtung. Darüber hinaus spielte auch die Größe der BTZ eine wichtige Rolle: In die Untersuchung wurden sowohl große Einrichtungen mit über achtzig Teilnehmenden als auch kleinere BTZ mit weniger als fünfzehn Teilnehmenden einbezogen.



Abbildung 20: Geografische Verteilung der besuchten BTZ-Standorte

Die folgende tabellarische Übersicht fasst die besuchten Standorte und die Elemente des Hospitationsprogramms, das wir jeweils absolvieren konnten, zusammen.

Tabelle 12: Tabellarische Übersicht der Hospitationen

Standort	Besucher-Programm
BTZ SRH Rhein-Neckar Hannover	Absprache und Führung durch die Einrichtung durch den Leiter des BTZ-Standorts; Gespräche mit Teilnehmenden
BTZ BFW Berlin Charlottenburg	Absprache und Kontaktvermittlung zu den Rehabilitanden mit der Leiterin des Standorts; Gespräche mit Teilnehmenden
BTZ SRH Cottbus	Führung durch die Einrichtung; Gespräche mit Personal (Berufstrainer; etc.) sowie mit Teilnehmenden
BTZ SRH Leipzig	Führung durch die Einrichtung; Gespräche mit Personal und Teilnehmenden
BTZ SRH München	Führung durch verschiedene Abteilungen; Besuch der Schreinerwerkstatt und Gespräche mit Personal und Rehabilitanden; Teilnahme an einem Gruppengespräch zur Nachbesprechung eines Praktikums; Einzelgespräch mit der Psychologin; Abschlussgespräch mit dem Einrichtungsleiter
bfz faw München	Führung durch das Haus; Gespräche mit Werkstattleiter und dem Koch der Lehrküche; Interview mit der Leiterin der Einrichtung
BTZ faw Mainz	Führung durch die Einrichtung; Gespräche mit Anleitern, Berufstrainer, Psychologen; Gespräche mit Teilnehmenden; Fokusgruppe mit Teilnehmenden; Teilnahme an Seminaren (Bewerbungstraining); Teilnahme an BTZ-Inside Redaktionssitzung; Mitarbeit in der Lehrküche

BTZ SRH Dresden (Friedrichstraße & Lohrmannstraße)	Führungen durch die Einrichtungen; Gespräche mit dem Personal (Anleitern, Psychologen, Berufstrainer); Gespräche mit Teilnehmenden; Teilnahme an Fallbesprechung; Teilnahme an Erstaufnahmegesprächen
BTZ SRH Bautzen	Führung durch die Einrichtung; Gespräche mit dem Personal (Berufstrainer, Psychosozialer Dienst, Leitung) und mit Teilnehmenden; Teilnahme an Beratungsgesprächen (IDF)
BTZ Stiftung Friedehorst Bremen-Lesum	Führung durch die Einrichtung Teilnahme an einem Deutschkurs, Teilnahme an einem Erstinformationsgespräch für das BT
BTZ faw Kassel	Führung durch die Einrichtung; Gespräche mit Personal (u. a. Integrationsbeauftragte); Gespräche mit der Leitung; Gespräche mit Teilnehmenden; Teilnahme an Maßnahmen; Teilnahme an Beratungsgespräch
BTZ SRH Rhein-Neckar Stuttgart	Führung durch die Einrichtung; Gespräch mit einem Teilnehmenden; Gespräche mit dem Personal (Psychologen, Berufstrainer); Teilnahme an Fallbesprechungen und Team-Meetings; Teilnahme am Bewerbungstraining

### 5.3.2 Perspektive, Durchführung und Ablauf der Hospitationen

Bei Hospitationen sind die Forscher *Gäste*, die eine fremde Organisation, hier das BTZ, näher kennenlernen wollen. In unserem Fall haben wir uns einer ethnografischen Haltung bedient, bei der wir möglichst unbefangen als neugierige Neulinge die BTZ besucht haben und in Form einer freischwebenden Aufmerksamkeit versucht haben, mit einem möglichst weiten Blick alles aufzunehmen, was auf uns eingeströmt ist; diese in Memos festgehaltenen Eindrücke wurden später im Teamgespräch auf ihre Relevanz mit Blick auf unsere Fragestellungen diskutiert und eingeordnet. Als Besucher erhielten wir die Gelegenheit, die BTZ, deren Innenleben uns bislang unbekannt war, offen zu erkunden. Für die Fachkräfte wiederum bieten Hospitationen die Möglichkeit, „ihre“ Einrichtung auch mit professioneller Kompetenz und mit Stolz nach außen zu präsentieren, die eigene Tätigkeit darzustellen, Innovationen zu vermitteln, aber auch Herausforderungen nach außen zu kommunizieren. Auch wenn bei derartigen Besuchen eher die positiven Seiten hervorgehoben und Probleme auf der Hinterbühne weniger gezeigt werden, ist das zu verschmerzen, weil problematische Aspekte von der Forschergruppe in der Zusammenschau der Ergebnisse der Hospitationen mit den Daten aus Fragebogen, Interviews, Expertengesprächen und Fokusgruppen sichtbar gemacht werden können. Dazu weiter unten zu den Ergebnissen sowie zur Darstellung in der Synopse. Insgesamt wurde uns in den BTZ mit großer Offenheit und Auskunftsbereitschaft auch zu kritischen Fragen begegnet, wofür wir den Mitarbeitenden der BTZ und den Rehabilitanden auch hier noch einmal sehr danken möchten.

Bei den Hospitationen sind erste Eindrücke zum Gebäude, den Räumlichkeiten und der Atmosphäre entstanden, die wir direkt nach Abschluss der Begehung in Beobachtungsprotokollen und Memos festgehalten haben. Dabei war unsere Rolle der der Maßnahmeteilnehmer nicht unähnlich, die erstmals in einem BTZ ankommen; auch sie werden zu Beginn von Fachkräften oder auch schon von länger im BTZ anwesenden Rehabilitanden (vgl. das Patenmodell einiger BTZ weiter unten) mit der Einrichtung, den Regeln und Abläufen bekannt gemacht. Um möglichst unterschiedliche individuelle Eindrücke aus der Forscherperspektive zu gewinnen (Forschertriangulation) wurden die Hospitationen von drei wissenschaftlichen und drei studentischen Mitarbeitern des Teams durchgeführt.

Die Anwesenheit der Forscher wurde durch vorherige Absprache mit der jeweiligen Einrichtungsleitung situativ gerahmt und beim Besuch gegenüber den Rehabilitanden und

dem BTZ-Team noch einmal kurz erläutert. So wurden wir als Forscher den Mitarbeitenden und Rehabilitanden als (relativ) unwissende Personen wahrgenommen, die, so unsere vorab gegebene Information, „einfach mal reinschnuppern“ und den Alltag im BTZ kennenlernen wollten, um für ihre Forschungsarbeit einen möglichst praxisnahen Einblick in die Abläufe des BTZ zu erhalten. Dadurch wurden wir in unterschiedliche Situationen eingeführt und konnten aber auch selbst Situationen „herstellen“, etwa indem wir aktiv Gespräche mit Teilnehmer und Fachkräften initiierten. Bei unseren Besuchen konnten wir daher nicht nur die jeweiligen Organisationsabläufe und die unterschiedliche Ausgestaltung von Maßnahmen, sondern auch Interaktionsprozesse der beteiligten Akteure im BTZ am Rehabilitationsprozess beobachten und dokumentieren.

Die Hospitationen gestalteten sich sehr unterschiedlich, je nach Möglichkeit und Organisationskultur der Einrichtung in ihrer Ausgestaltung. Neben der Führung durch die einzelnen Räumlichkeiten und entsprechenden Präsentationen der Maßnahmen wurde es uns in manchen Einrichtungen ermöglicht, an Maßnahmen teilzunehmen. Die Forscher konnten so auch in die Rolle von Teilnehmenden schlüpfen. Auch organisationale Formate wie Fallbesprechungen, Beratungsgespräche zwischen Rehabilitanden und Mitarbeitern, (Erst-)Aufnahmegesprächen sowie einzelne Gespräche mit Rehabilitanden der Maßnahmen, waren Teil der Hospitationen. Letztere unter vorheriger Zustimmung und Absprache mit den entsprechenden Teilnehmenden und Mitarbeiter. Daneben gab es auch Interviews und Gespräche mit Fachkräften (Berufstrainer, Psychologen, Soziarbeiter, Werkmeister, Lehrkräfte) und den Leitungspersonen.

Die zugrundeliegende Methodik der Hospitationen umfasst teilnehmende Beobachtung und ethnographische Gespräche, die in Feldnotizen festgehalten werden. Die Rekonstruktion von Interaktionen und Situationen wurden in Memos (Glaser & Strauss, 1998) und „analytical notes“ (Breidenstein et al., 2012) festgehalten mit deren Hilfe die Beobachtungen zu expliziert und implizite Sinngehalte erschlossen wurden. Auf dieser Grundlage wurden Hospitationsberichte erstellt und anschließend in einem Themenkatalog zusammengeführt. Mittels Kodierung nach Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998) wurden die Daten analysiert. Die Kodes umfassten Umgebung, Gebäude, Wirkung der Räumlichkeiten, Atmosphäre (Umgangston, „Stimmung“), Maßnahmen, Praktikum, Interaktion (Beziehung der Teilnehmer untereinander und zu den Fachkräften), Bewertungspraktiken (Mitarbeiter

bewerten Teilnehmende), Essen, Organisation (Betreuung, Personalstruktur, Probleme, Kopplung von Organisationszwecken), Unternehmenskultur, Rolle der Reha-Berater, Gruppendynamik, Klientel, Bedeutung des BTZ für die Teilnehmenden, Erwartungen der Teilnehmenden und der Umgang mit der hospitierenden Person.

### *5.3.3 Ergebnisse der Hospitationen*

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hospitationen dargestellt. Hierzu lassen sich die oben genannten Codes in verschiedene Kategorien einteilen: (a) Umgebung, Räumlichkeiten und Ausstattung, (b) Atmosphäre und Unternehmenskultur, (c) Maßnahmen (Zielsetzung, Ablauf, Funktionen), (d) Klientel, Gruppendynamik und Betreuung, (e) Erwartungen an das BTZ und Bedeutungen des BTZ für die Teilnehmenden und (f) besondere Problemkonstellationen.

#### *a) Umgebung, Räumlichkeiten und Ausstattung*

##### *Umgebung und Lage*

Die Lage der besuchten BTZ reichte von zentraler Innenstadtlage – in Bahnhofsnähe wie das bfcz München oder die BTZ SRH München und BTZ Stuttgart oder verfügen über eine Anbindung an den städtischen ÖPNV wie die BTZ Mainz, Dresden und Leipzig – bis zu einer vorstädtischen Lage mit längerer Anfahrtszeit wie z. B. Bremen-Lesum). Der Standort hat Gewicht, etwa mit Blick auf die Attraktivität für die Teilnehmer wie etwa die Leitung des SRH-BTZ Dresden feststellt: die günstige Lage sieht er als Ursache für den hohen Zulauf zu dieser Einrichtung im Verhältnis zum entfernteren BTZ Dresden eines anderen Trägers. BTZ ohne gute regionale ÖPNV-Anbindung können für die Teilnehmer aus ländlichen Gebieten oft nur – mit teilweise mit langen Anfahrten (z. B. BTZ Bautzen) – mit dem Auto erreicht werden, was auch für jüngere Teilnehmer oder für Rehabilitanden mit geringen finanziellen Mitteln eine Hürde darstellt. Viele BTZ bieten nicht nur aus diesem Grund zusätzlich eine Internatsunterbringung für die Dauer der Maßnahmen an (z. B. Leipzig, Dresden, Bremen-Lesum und Kassel) an. Die Standortwahl eines BTZ ist strategisch mit den Berufsintegrationszielen verknüpft. Das zeigt sich etwa in folgender Aussage: *“Die Teilnehmenden gehen hier ganz normal ins Geschäft und deswegen ist unser Gebäude auch in einen Geschäftskonzern integriert. Und nicht künstlich, ein Haus im Grünen, wie wenn man in*

*die Reha geht. Wir versuchen hier so wenig künstliche Arbeitswelt wie nötig.*“ (Hospitation Stuttgart, Standortleitung). Das BTZ soll eine der Arbeitswelt und der (städtischen) Lebenswelt möglichst ähnliche Situation vermitteln, die nach außen, vor allem aber nach innen als vorrangig auf Arbeitswelt und Beruf vorbereitende und weniger als psychorehabilitative Einrichtung wahrgenommen wird („Reha im Grünen“). Die gesetzlich vorgegebene, wie auch die praktische Zielrichtung aller Maßnahmen im BTZ ist auf eine Tätigkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet. Dies ist auch Konsens bei den Fachkräften in den BTZ; in vielen Gesprächen mit Berufstrainern und Psychologen wurde zugleich deutlich, dass dies aber bei einem Großteil der Teilnehmer vor allem eine intensive, teils auch kleinschrittige psychosoziale Arbeit im Einzelgespräch und in den Gruppen bedeutet: das fängt bei der Abgleichung von eigenen Ansprüchen mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit an, umfasst Konzentration und Fokussierung auf zeitgerecht zu erledigende Aufgaben im Berufstraining, bedeutet den Erwerb von sekundären Arbeitstugenden und Selbstfürsorge vor allem bei den jungen Teilnehmer und beinhaltet den Umgang mit der Krankheitsdiagnose und Bewerbungstraining reicht bis zum Training von Stressresilienz, kritischer Selbstreflexion, Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstbewusstsein sowie zur Ermutigung, Förderung und Aufforderung zur Eigenaktivität.

Ein weiterer wichtiger Aspekt mit Blick auf eine enge Verzahnung der Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt im BTZ mit gewünschten und erfolgversprechenden weiterqualifizierenden Maßnahmen ist die räumliche Nähe zu anderen Rehabilitationseinrichtungen (z. B. BFW oder RPK). So befindet sich bei einigen BTZ befindet sich das BFW desselben Trägers in unmittelbarer Nachbarschaft zum BTZ oder ist sogar auf demselben Gelände angesiedelt (z. B. Bremen-Lesum). Dies ermöglicht eine enge Vernetzung und kann Synergieeffekte schaffen: so können beispielsweise Räumlichkeiten wie Werkstätten gemeinsam genutzt werden (siehe BTZ Stiftung Friedehorst Bremen-Lesum) oder Praktika und Berufstraining direkt in einem dem BTZ angeschlossenen Hotelbetrieb absolviert werden wie im BTZ Plauen<sup>10</sup>. Diese Gelegenheitsstrukturen erleichtern geeigneten und motivierten Teilnehmer den Übergang vom BTZ in eine weiterführende Maßnahme (Anpassungsqualifizierung oder Umschulung) fließend ohne große Reibungsverluste. Andererseits besteht dabei der auch in

---

<sup>10</sup> Das BTZ-Plauen der FAW haben wir anlässlich der Vorstellung unseres Vorhabens bei der gemeinsamen Sitzung der BTZ-Leitungen der FAW besucht; es war aber nicht expliziter Bestandteil der Hospitationen.

Expertengesprächen mit Kostenträgern geäußerte Verdacht, dass durch diese Nähe beim selben Träger den Teilnehmer möglicherweise berufliche Weiterqualifizierungsmaßnahmen auch empfohlen werden, um freie Plätze in den insgesamt im Verhältnis zu den BTZ weniger stark belegten BFW aufzufüllen (siehe Kapitel 5.4).

### *Räumlichkeiten und ihre Funktionen*

Die Anzahl der zu Verfügung stehenden Räumlichkeiten unterscheiden sich in den BTZ je nach Gebäudegröße und der maximalen Teilnehmerauslastung. Die Räume sind je nach Gestaltung der Maßnahme (Übungsfirmen im BTZ oder nur Trainingsbereiche mit hauptsächlich Praktikum) unterschiedlich und funktional ausgestattet.

Neben den Büros und Besprechungsräumen für die Mitarbeiter und den gesonderten Büro- und Werkstattbereichen sowie den Unterrichts- und Gruppenräumen für Rehabilitanden gibt es in den meisten von uns besuchten BTZ Lehrküchen und Gemeinschaftsräume sowie (nur bei den großen Einrichtungen) eine Kantine. In einigen BTZ erfüllen die Lehrküchen mehrere Organisationszwecke: die Wissensvermittlung und Vorbereitung auf eine Arbeit in der Gastronomie, die Vermittlung von Grundkenntnissen über gesunde Ernährung (etwa durch in der Lehrküche von den Teilnehmern entwickelte Poster zu diesen Themen, bfz-München) und die eigene Zubereitung einfacher Mahlzeiten (v. a. bei jungen und bei alleinlebenden Teilnehmern) sowie die gemeinschaftsstärkende Funktion gemeinsamer Gespräche beim Essen.

Manche BTZ-Standorte verfügen darüber hinaus über Bibliotheken, die auch als Trainingsbereiche dienen (BTZ SRH Leipzig, BTZ Stuttgart, BTZ Kassel, BTZ Dresden) und auch zum individuellen Arbeiten anregen. Die Mehrzahl der von uns besuchten BTZ verfügen darüber hinaus oft von den Rehabilitanden mitgestaltete Freizeit-, Ruhe- und Rückzugsräume, etwa mit Lesecken, Couch und bequemen Sesseln (z. B. BTZ SRH-München; bfz München) und bieten Teilnehmer eine Möglichkeit, sich zwischendurch zu erholen, wenn sie sich etwa zu Beginn der Maßnahmen etwa beim Berufstraining schnell erschöpft fühlen. In manchen Freizeiträumen finden sich auch Gelegenheiten zu Bewegung und Spiel (Kicker, Darts, etc.). Damit wird sowohl den individuellen Bedürfnissen Rechnung getragen wie auch Gelegenheiten zum sozialen Austausch unter den heterogenen Teilnehmer, die aber

gleichwohl im gemeinsamen Bewusstsein aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung im BTZ zu sein, soziale Beziehungen im BTZ freier gestalten können, als ihnen dies oft „draußen“ möglich ist. In einigen BTZ speisen Teilnehmer und Mitarbeitende in der Kantine gemeinsam, so dass auch hier Gelegenheiten zu informelleren Gesprächen gegeben sind (z. B. BTZ Mainz, BTZ Kassel oder im BTZ bfz München), wobei unserer Beobachtung nach Teilnehmer und Mitarbeiter auch hier eher unter sich bleiben.

Auch die Art, wie die Räumlichkeiten aufgeteilt sind und welche Übungsfirmen bzw. Trainingsbereiche im BTZ angeboten werden, wirkt sich auf die Gesamtatmosphäre aus. Neben klassischen Büroräumen und Seminarräumen für Mitarbeiter und Rehabilitanden sind jeweils je nach Maßnahme und Standort Holz--, Metall-, Druck-, Floristikwerkstätten, Elektromontage, Lehrküchen, aber auch Kreativwerkstätten (Fotografieren, Nähen, Textildruck, oder Malwerkstatt, u. v. m.) vorhanden. Die Aufteilung der Räumlichkeiten folgt dabei unterschiedlichen Gliederungsprinzipien. Im BTZ Stuttgart ist eine Aufteilung nach Maßnahmen vorhanden. Was bedeutet, dass ein Stock für das BT genutzt werden, während der andere Stock für die EBA oder andere Maßnahmen wie *IntegrationPlus* genutzt wird. Im BTZ Dresden findet beispielsweise eine Aufteilung der Stockwerke nach Trainingsbereichen statt. In kleineren BTZ wie in Bautzen sind die Räumlichkeiten begrenzt, sodass beispielsweise der Pausenraum auch als Beratungsraum genutzt wird und so eine enge Absprache zwischen den Rehabilitanden und Mitarbeitenden notwendig ist.

Die Atmosphäre in den BTZ-Räumlichkeiten wurde von uns überwiegend als einladend und freundlich wahrgenommen, wozu teilweise farbenrohe, lichtdurchflutete und moderne Räumlichkeiten beitrugen. In vielen BTZ-Standorten wird die Atmosphäre durch die Teilnehmer aktiv mitgestaltet: so finden sich beispielsweise im Eingangsbereich des BTZ Stuttgart oder auch im BTZ Mainz Monitore, auf denen digital Buchempfehlungen, Erfahrungen und ermutigende Formulierungen für die anderen Teilnehmer präsentiert werden. In einigen BTZ-Standorten (BTZ Stuttgart, BTZ Bautzen, BTZ SRH Leipzig) wurden uns auch berichtet, dass die Teilnehmenden an der Gestaltung der Räumlichkeiten z. B. durch das Streichen der Wände mitwirken. Im BTZ Kassel wird besonders darauf geachtet, dass sich Teilnehmende durch individuell gestaltete Empfangsbereiche wohlfühlen, die von ihnen selbst dekoriert wurden. Daneben bieten Informationstafeln und Pinnwände, wie z. B. im BTZ

Cottbus Informationen für die in jeder Gruppe gerade anstehenden Aufgaben, sportliche oder kulturelle Angebote, etc.

### *Ausstattung*

Umgebung, Räumlichkeiten und technische Ausstattung wirken sich auf Motivation und Lernprozesse der Teilnehmenden aus. Die Ausstattung der BTZ unterscheidet sich erheblich: während viele der von uns besuchten Einrichtungen moderne Techniken verwenden, die auch in der aktuellen Arbeitswelt genutzt werden, weisen andere eher eine veraltete Ausstattung auf, so dass die Infrastruktur keine Videokonferenzen ermöglicht. So kann beispielsweise im Bereich der IT ein 3D-Drucker oder eine neue Programmiersoftware Teilnehmende motivieren Neues auszuprobieren oder Interessen nachzugehen. Viele BTZ-Standorte legen Wert auf ergonomische Arbeitsplätze, die eine gesunde Arbeitsumgebung fördern. So sind etwa im BTZ Bremen-Lesum höhenverstellbare Schreibtische und hochwertige, ergonomische Bürostühle vorhanden. Auch große Bildschirme an PC-Arbeitsplätzen tragen zur angenehmen Arbeitsatmosphäre in den BTZ-Standorten bei. Flipcharts und Pinnwände können unter anderem zur Unterstützung von Gruppenarbeiten herangezogen werden. Hierbei werden teilweise moderne Methoden zum kollaborativen Arbeiten herangezogen. So konnten wir beispielsweise im BTZ Mainz miterleben, wie Teilnehmende eine Besprechung mit einem „Scrum Board“<sup>11</sup> durchführten und dort die wichtigsten Aspekte festhielten.

Zusammengefasst reflektieren die Räumlichkeiten im BTZ sowohl funktionale Anforderungen der beruflichen Rehabilitation als auch psychosoziale Aspekte, die das Wohlbefinden und die soziale Interaktion der Teilnehmenden unterstützen.

### *b) Atmosphäre und Unternehmenskultur*

Die Atmosphäre in den BTZ variiert je nach Standort und spiegelt unterschiedliche Formen der Unternehmenskultur. Im BTZ Cottbus wird eine besonders wertschätzende und vertraute

---

<sup>11</sup> Ein Scrum Board ist ein visuelles Werkzeug, das verwendet wird, um den Fortschritt von Aufgaben innerhalb eines Meetings zu verfolgen. Es dient dazu, Transparenz zu schaffen und das Team bei der Organisation und Verwaltung seiner Arbeit zu unterstützen.

Atmosphäre beschrieben: *"Alle begrüßten sich stets höflich und kannten sich gegenseitig beim Namen – sowohl Mitarbeitende als auch Teilnehmende."* (Hospitation Cottbus). Auch das soziale Miteinander der Rehabilitanden ist hier besonders stark ausgeprägt: *„Die Teilnehmenden gaben untereinander aufeinander acht, respektierten sich gegenseitig und waren ebenso neugierig voneinander zu lernen.“* (ebd.)

Auch in anderen BTZ-Standorten wird die Atmosphäre von den Hospitierenden als positiv wahrgenommen. So auch im BTZ Kassel, das als "sehr warm" beschrieben wurde. Besonders während eines Workshops zum Thema "Lebenslauf" wurde eine unterstützende und offene Dynamik wahrgenommen, selbst wenn unterschiedliche Leistungsniveaus und Meinungen aufeinandertrafen; eine ähnliche Erfahrung konnten wir beim „Deutsch-Kurs“ der „Moin-Runde“ im BTZ Bremen-Lesum machen.

Im BTZ SRH Leipzig betonen Teilnehmende den "geschützten Rahmen" und die kleine Größe des Standortes als Vorteile, die Stress reduzieren und eine ruhige Arbeitsatmosphäre schaffen.

Ein weiteres Beispiel für eine offene Unternehmenskultur ist z. B. in den BTZ Dresden und SRH Leipzig zu finden, wo nahezu jede Tür – einschließlich der Büros der beruflichen Trainer und des psychosozialen Dienstes – offensteht. Beim Vorbeigehen grüßen sich alle wie selbstverständlich, was eine einladende Stimmung schafft.

Unterschiede zwischen den BTZ-Standorten werden zudem durch strukturelle Aspekte wie Namensschilder und Arbeitskleidung sichtbar. Während in den faw BTZ-Standorten Kassel und Mainz Mitarbeitende Namensschilder tragen, um sich klar zu identifizieren, tragen in den SRH BTZ-Standorte wie Dresden für Mitarbeitende und Teilnehmende keine Namensschilder. Dies führt dazu, was uns im BTZ Dresden von Teilnehmenden berichtet wird, dass es für neue Teilnehmende oft nicht eindeutig ist, wer Mitarbeitender und wer Teilnehmender ist.

Die Unternehmenskultur innerhalb der BTZ bewegt sich somit zwischen eher hierarchiebetonten Strukturen, die sich auch optisch durch Arbeitskleidung manifestieren, und eher freundschaftlich geprägten Umgangsformen, die sich durch Offenheit und geringe Hierarchieunterschiede auszeichnen.

### *c) Maßnahmen und ihre Funktionen*

Wie in Kapitel 2 dargestellt, bieten die BTZ unterschiedliche Maßnahmen an, die grob, wie im Folgenden dargestellt, zusammengefasst werden können; eine genaue Beschreibung der jeweiligen Angebote findet sich jeweils auf den Webseiten der einzelnen Einrichtungen. Da die das Maßnahmenangebot vielfältig ist, z. T. gleich bezeichnete Maßnahmen völlig unterschiedlich ausgestaltet, bzw. gleich ausgestaltete Maßnahmen unterschiedlich bezeichnet sind, wird im Folgenden vor allem auf die besonderen Beobachtungen und Gespräche bei den Hospitationen eingegangen. Die beschriebenen Ergebnisse können demnach auch von ähnlich bezeichneten Maßnahmen abweichen bzw. bei gleicher Ausgestaltung andere Bezeichnungen tragen. Eine vollständige Auflistung aller möglichen Maßnahmen ist weder möglich noch zielführend, die folgende Liste erhebt daher auch keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit, sondern gibt nur einen groben Überblick:

- (1) „Eingangsverfahren: Assessment, Arbeitserprobung, Berufsfindung, Arbeits- und Belastungserprobung, die in der Regel je nach zwei bis fünf Wochendauern können;
- (2) die „Erweiterte Berufsfindung und Arbeitserprobung (EBA)“, die ggf. dem Berufstraining vorgeschaltet sein können, aber auch eigenständig angeboten werden und in der Regel sechs Monate
- (3) das Kernangebot der BTZ, das etwa elf Monate dauernde BT
- (4) die Betriebspraktika bzw. die beruflichen Erprobungen, die mit dem BT verzahnt sind;
- (5) die BvB, die vor allem für junge Teilnehmer aus der Zielgruppe ohne Berufsabschluss oder mit unzureichender schulischer Bildung von einigen BTZ angeboten werden
- (6) weitere Maßnahmen wie „IntegrationPlus“ oder „Move“

Im Folgenden werden alle aufgezählten Maßnahmen noch einmal kurz beleuchtet.

*(1) Eingangsverfahren: Assessment, Arbeitserprobung, Berufsfindung, Arbeits- und Belastungserprobung*

In den Eingangsverfahren absolvieren die Teilnehmer verschiedene Aufgaben aus unterschiedlichen Trainingsbereichen, um ihre Belastbarkeit zu testen und ihre Interessen auszuloten. Dabei werden sie eng durch psychosoziale Fachkräfte (Psychologen, Sozialpädagogen) und Berufstrainer begleitet.

In einigen BTZ-Standorten gibt es spezialisierte First Step-Angebote. So bietet das BTZ Bremen-Lesum die "MOIN-Runde" als vierwöchiges Assessment und Arbeitserprobung an, in dem Teilnehmende ihre Leistungsfähigkeit in Bereichen wie Mathematik, PC-Kenntnissen oder berufspraktischen Fertigkeiten überprüfen und erproben können. Am Ende wird auf Basis einer zusätzlichen psychosozialen Untersuchung und gemeinsam mit der Leitung des MOIN-Kurses ein Leistungsbild erstellt und mit den Teilnehmenden besprochen. Am faw-Standort Mainz gibt es eine ähnliche Maßnahme, die jedoch drei Monate andauert. In der Mainzer „Bas-AR“-Variante durchlaufen die Teilnehmer in den ersten drei Monaten verschiedene Abteilungen wie den kaufmännischen, den handwerklichen, den informationstechnologischen sowie den Küchenbereich. Die Arbeitszeit der Teilnehmenden wird dabei in Absprache mit den psychosozialen Mitarbeitern schrittweise erhöht. Die Teilnehmenden lernen so alle Trainingsbereiche des BT kennen und entscheiden sich daraufhin für einen Bereich. Hinter den sehr unterschiedlichen Namen verbergen sich auch unterschiedliche Formen der Eingangsangebote („First Step“, „Basar“, „Moin-Runde“, etc.). Bei allen Maßnahmen geht es um ein differenziertes Leistungsbild mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit unter Einbezug von Kompetenzen und Ressourcen, aber auch von Problemen, besonders zu fördernden Fähigkeiten und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen; dabei variieren die Maßnahmen in ihrer Dauer (von ein paar Wochen, über mehrere Monate – etwa bei der EBA – oder bis zu einem Jahr beim BT mit Eingangsmaßnahme) und ihrer Ausgestaltung (von generalisierten Basiskompetenz erproben und erlernen bis hin zur Erprobung von praktischer Arbeit in den „Übungsfirmen“ oder im Tagesgeschäft der BTZ). Neben fachlichen Fähigkeiten werden auch soziale Kompetenzen wie Teamarbeit, Kommunikationsfähigkeit und Selbstorganisation gefördert. Durch gezielte Beobachtung und Gespräche mit Fachkräften wird festgestellt, welche weiteren Schritte in der beruflichen Rehabilitation sinnvoll sind. Daneben hat die Maßnahme zum Ziel eine Übergangsvorbereitung auf weitere Maßnahmen, wie

beispielsweise im BTZ Mainz, zu ermöglichen. Solche Maßnahmen sind besonders für Menschen mit langen Ausfallzeiten oder gesundheitlichen Einschränkungen wichtig, um einen graduell abgestuften Wiedereinstieg in eine weitere berufsbildende Maßnahme (Anpassungsqualifizierung oder Umschulung etwa in einem BTZ) oder direkt ins Arbeitsleben zu ermöglichen.

### *(2) Erweiterte Berufsfindung und Arbeitserprobung (EBA)*

Diese in der Regel sechs Monate dauernde Maßnahme ist besonders für Teilnehmer gedacht, deren berufliche Ziele und deren dauerhafte beeinträchtigungsbedingte Arbeitsfähigkeit weder von ihnen selbst noch von den Fachkräften gut eingeschätzt werden kann gedacht; sie soll zu einem realistischen Leistungsbild unter angenähert arbeitsmarktähnlichen Bedingungen führen und ist mit Blick auf die Inhalte flexibel gestaltet, um auch die Wünsche der Teilnehmer in eine möglichst stabile Orientierung einmünden zu lassen. Die Maßnahme kann für sich genommen stehen oder aber in ein anschließendes BT einmünden.

### *(3) Berufliches Training*

Das BT ist eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation, die Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei unterstützt, ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und zu stabilisieren. Diese in allen BTZ angebotene zentrale Maßnahme dauert i. d. R. elf Monate und hat zum Ziel die Teilnehmenden auf einen nachhaltigen (Wieder-)Einstieg auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt unter möglichst realistischen Bedingungen vorzubereiten, etwa durch die Arbeit Übungsfirmen, in denen konkrete Aufgaben etwa aus dem kaufmännischen oder verwaltungstechnischen Bereich bearbeitet werden. Es dient dazu, die fachlichen und sozialen Kompetenzen zu stärken, die Belastbarkeit schrittweise zu steigern und praxisnahe Einblicke in verschiedene Berufsfelder zu ermöglichen. Darüber hinaus bietet das BT eine strukturierte Tagesgestaltung, um Arbeitsfähigkeit wiederzugewinnen, Selbstorganisation und Eigeninitiative zu fördern, aber auch mit bedingter psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz umzugehen.

Die Maßnahme umfasst neben der konkreten Erfüllung der konkreten beruflichen Aufgaben auch Stressbewältigung und Resilienztraining, also Techniken zur emotionalen Regulation und

Strategien zur Stressreduktion, soziale Kompetenzförderung durch Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösungsfähigkeiten im Arbeitskontext sowie Selbstmanagement und Strukturierung des Arbeitsalltags und Förderung eigenverantwortlichen Handelns. Zusätzlich wird die (Weiter-)Entwicklung beruflicher Kompetenzen durch praxisorientierte Übungen und gezielte Trainings gefördert.

Das BT weist eine ausgeprägte Multifunktionalität auf, die die verschiedenen Ausgangs- und Bedarfslagen der Teilnehmenden abdecken kann. Erstens wird dort Berufsorientierung ermöglicht und die (Wieder-)Herstellung von Arbeitstugenden (Pünktlichkeit, Sorgfalt, Fokussierung und Konzentration, Durchhaltefähigkeit, Absprachen einhalten, Nachfragen bei Unklarheiten, Zusammenarbeit gestalten, die Rollen der anderen im Unternehmen berücksichtigen, rechtzeitiges Signalisieren von Überlastung, etc.) aber auch Lebensführungsprobleme aufgreifen und einüben. Das BT orientiert sich an generalisierten Kompetenzen, die für das Bestehen in der Arbeitswelt erforderlich sind und ist weniger auf konkrete Berufsbilder hin ausgerichtet; derartige Kompetenzen sind etwa der Umgang und das Training des Umgangs mit den üblichen Office-Programmen, Virtuelle Zusammenarbeit, Terminabstimmung und Aufgabenerledigung, Recherchen im Internet, etc. im Bürobereich oder das Lesen von technischen Zeichnungen und der Umgang mit Holz- oder Metallbearbeitungsmaschinen. Generalisierte Kompetenzen werden in Form von Seminaren oder Einzelgesprächen abgedeckt. In einzelnen BTZ (BTZ Dresden, BTZ Bautzen) gibt es dazu einen „Individuellen Förderplan (IDF)“, der einzelne Bedarfslagen im Bereich der beruflichen Kompetenzen sowie der psychosozialen Gesundheit abfragt und mittels Bewertungsschema einerseits die Fremd- und Selbsteinschätzung trainieren, sowie andererseits Fortschritte in der Berufsqualifizierung oder der psychischen Gesundheit aufzeigen soll. Die Bewertung findet mittels Benotung auf einer Skala von eins bis zehn durch die Teilnehmende und anschließender Benotung durch die Mitarbeiter statt. Ein weiteres Instrument, das vor allem auf individueller und kollektiver Ebene genutzt wird, sind Feedback- und Reflexionsgespräche. Nicht nur die Betreuung durch Trainer und den psychologischen Dienst in Einzelgesprächen als Angebot in der Maßnahme, sondern auch weitere Angebote, die auf die Gesundheit der Teilnehmenden hinwirken, sind wichtige Bestandteile. Darüber hinaus werden Entlastungsformate durch bewegte Pausen (BTZ Bautzen) oder Sportangebote (BTZ Cottbus)

sowie Formate zur Stärkung der Gruppendynamik als feste Bestandteile in die Maßnahme integriert.

#### *(4) Betriebspraktika bzw. berufliche Erprobung*

Im Rahmen des beruflichen Trainings spielen die Praktika eine zentrale Rolle; meist müssen die Teilnehmer sich die Praktikumsstellen selbst suchen, nur wenn es gar nicht klappt gibt das BTZ eine Hilfestellung und vermittelt in bereits bekannte Betriebe. Die Ausgestaltung der Maßnahmen lassen sich in Typus Praktikum und Arbeiten im Trainingsbereich des BTZ sowie Typus Arbeiten in Übungsfirma im BTZ mit anschließender Praktikumszeit differenzieren. Darüber hinaus werden Praktika in den von uns besuchten BTZ recht flexibel gehandhabt; das betrifft sowohl die Dauer als auch die Häufigkeit der Praktika; die Teilnehmer sollen hier – auch in ggf. sehr kurzen Praktika herausfinden, was zu Ihnen passt. In allen Fällen sind Praktika also integraler Bestandteil des Maßnahmenpakets. In der Nichtpraktikumszeit arbeiten die Teilnehmenden im Trainings- bzw. Arbeitsbereich des jeweiligen BTZ. Sind in einem BTZ „Übungsfirmen“ vorhanden, so liegt das Augenmerk zunächst meist auf dem Arbeiten in der Übungsfirma mit anschließender Praktikumszeit. Eine Übungsfirma ist, wie der Name schon verrät, angelegt, um ein Einüben von Arbeitspraxis in einem Berufsbereich zu ermöglichen. Teilnehmer aus unterschiedlichen Maßnahmen arbeiten dort gemeinsam und trainieren individuell im jeweiligen Bereich (kaufmännische und verwaltungsbezogene Arbeitsfelder). In den simulierten Unternehmensstrukturen übernehmen Teilnehmende reale Aufgaben, um praxisnahe Arbeitsprozesse zu erlernen. Das simulierte Arbeiten findet beispielsweise auch in Werkstätten, Küchen oder in der kaufmännischen Verwaltung statt. Arbeiten kann sich jedoch auch abseits des simulierten Arbeitens vollziehen, so beispielsweise im „echten“ Tagesgeschäft der BTZ, schließlich fallen hier Instandhaltungs-, Versorgungs- und Verwaltungsaufgaben an. Die Arbeits- und Trainingsbereiche im BTZ sind hier mit der Betriebsorganisation im BTZ verbunden. Teilnehmende werden in realitätsnahe Arbeitsabläufe des BTZ eingebunden, beispielsweise in der Verwaltung oder in technischen Bereichen. So wird beispielsweise der Empfang im BTZ durch Teilnehmende besetzt.

Die verschiedenen Arbeits- und Trainingsbereiche mit den teilweise regional übergreifend organisierten Übungsfirmen lassen sich in drei Bereiche unterteilen: den kaufmännischen

Bereich, den technischen und handwerklichen Bereich sowie Dienstleistungsbereiche wie Gastronomie. In allen von uns besuchten BTZ sind die kaufmännischen Bereiche Wirtschaft und Verwaltung sowie die technischen Bereiche IT und Medien vertreten. Teilnehmende sind hier beispielsweise für die Arbeitsmaterialverwaltung, Inventur, die Post oder den Empfang zuständig sowie auch teilweise für die Werbungsgestaltung. Daneben bieten BTZ auch häufig einen Trainingsbereich im Dienstleistungsbereich an. Arbeiten im Veranstaltungsservice (Räumlichkeiten organisieren, herrichten etc.), Bibliotheksservice oder auch teilweise im Küchen- und Kantinenbetrieb werden für die Teilnehmenden je nach Standort ermöglicht. Auch das kreative handwerkliche Arbeiten in der Holz-, Metall- oder Textilverarbeitung sind Bereiche, in denen Teilnehmende sich erproben können. Darunter fallen zum Beispiel auch vereinzelt die Instandhaltung der Räumlichkeiten (Wände streichen) und der Außenbereiche der BTZ (Pflege der Terrasse). Daneben bieten BTZ ebenso Bereiche, die - unter Anwesenheit und Betreuung durch Trainer - durch die Teilnehmenden selbst geleitet werden. So konnten wir im BTZ Mainz an einer Redaktionssitzung für ein durch Teilnehmende publiziertes und veröffentlichtes Magazin teilnehmen. Auch in anderen BTZ werden die Teilnehmenden zum selbstgeleiteten Arbeiten angewiesen. Sei es bei der Selbstorganisation eines Sommerfests (BTZ Stuttgart) oder in der graphischen und konzeptionellen Gestaltung eines Monitors (BTZ Mainz, BTZ Stuttgart).

Das Praktikum ist jedoch das zentrale Element dieser Maßnahme und bietet in einem stärkeren Maße eine Art beruflichen Realitätscheck. Schon die Praktikakquise gilt dabei als Element des beruflichen Trainings und ist individuell. Meist, so berichten es uns die Mitarbeiter, würden (und sollten) sich die Teilnehmer ihre Praktikumsplätze selbst suchen. In einigen BTZ können die Teilnehmenden außerdem schon auf bestehende Netzwerke zurückgreifen (z. B. BTZ Bautzen). Sie bekommen Verzeichnisse mit Unternehmen an die Hand, zu denen das BTZ schon einen Kontakt pflegt. Praktika dienen dabei zur Erprobung von Arbeitsfähigkeit außerhalb des BTZ und zur Vertiefung von Interessen und Fähigkeiten. Auch Überforderungen und Zumutungen werden dort erlebt, sodass der Umgang mit der psychischen Erkrankung hier auf die Probe gestellt wird. Die Reflexion des Praktikums wird deshalb als ein zentrales Element der Maßnahme behandelt. In manchen BTZ wird der Begriff „Betriebliche Erprobung“ anstelle der Bezeichnung „Praktikum“ verwendet (siehe auch Kapitel 7), der z. T. von älteren Teilnehmern abgelehnt wird. Von Seiten der Teilnehmenden

wird die Bedeutung des Praktikums jedoch unterschiedlich bewertet. So konnten wir in einem Gespräch im BTZ SRH München mit Teilnehmenden über ihre Erfahrungen in den Praktika sprechen. Während einige Teilnehmende berichten, dass sie als "billige Arbeitskräfte" (Hospitation München, SRH) behandelt wurden, sehen andere es als essenziellen Schritt um wieder in der Arbeitswelt Fuß zu fassen.

Neben dem Erproben in den Trainingsbereichen und den Praktika zur beruflichen Orientierung, wird auch die (Weiter-)Entwicklung von beruflichen und sozialen Kompetenzen sowie der Umgang mit psychologischen Problemlagen thematisiert. Training findet so auch in dem berufsspezifischen Erlernen von fachlichen Kenntnissen sowie arbeitsbezogenen Basiskompetenzen statt. Angebote wie Lernplattformen und Literatur aus den hauseigenen Bibliotheken können von Teilnehmende für ihre individuelle Weiterbildung genutzt werden. Bewerbungstraining zur Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen und Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche findet in Form von Seminaren oder in Einzelgesprächen mit Trainern statt. Die Reflexion der Arbeitspraxis im BTZ sowie die der Erfahrungen aus den Praktika bilden ein wichtiges Instrument in den Maßnahmen. Diese Feedback- und Reflexionsgespräche finden in Form von Einzelgesprächen mit dem jeweiligen Trainer oder teilweise in kollektiven Gesprächsrunden statt. Darüber hinaus werden auch Aspekte der psychosozialen Gesundheit in Einzelgesprächen mit den Sozialpädagogen, Psychologen und Ergotherapeuten abgedeckt. Diese sind jedoch auch Teil des Trainings in der Maßnahme und werden mit dem Arbeits- und Trainingsbereich verknüpft. So wird beispielweise im BTZ München (bfz) das Arbeiten in der Küche gleichzeitig als eine Form des Erlernens von Selbstfürsorge ausgestaltet (selbst zu Hause kochen, Kenntnis von Lebensmitteln, gesunder Ernährung, Küchenhygiene, etc.). Im BTZ Dresden finden wöchentliche Arbeitsbesprechung der Teilnehmenden als Sozialkompetenz-Training statt.

#### *(5) BvB- Maßnahmen nach §§ 51 ff SGB III und §§ 112 ff SGB III.*

Die von einigen BTZ bedarfsentsprechend angebotene BvB richtet sich an junge Menschen, die noch keine abgeschlossene Berufsbildung oder keine ausreichende schulische Bildung erworben haben. Der Fokus dieser Maßnahme liegt vor allem auf individueller Förderung und beruflicher Orientierung sowie dem Erwerb bzw. der Förderung von beruflich erforderlichen

Basisqualifikationen. Es umfasst Themen wie Gesundheit, Ernährung, Tagesstruktur, Ausdauer und Sozialkompetenz sowie das Bewerbungstraining. An dieser Stelle ist anzuführen, dass Maßnahmen teilweise auch bereichs- und häuserübergreifende Projekte beinhalten. Im BTZ Mainz findet beispielweise in der BvB-Maßnahme ein häuserübergreifendes Projekt mit dem faw Standort Kaiserslautern statt. Dort erarbeiten Teilnehmende etwa zur Planung von Lebenserhaltungskosten hybride Präsentationen, um sich so auf hybride Arbeits- und Kommunikationsformate vorzubereiten und dabei sicher mit diesem Format umzugehen.

#### *(6) Weitere Maßnahmen wie „IntegrationPlus“ oder „Move“*

Einige innovative und auf veränderte Bedarfe und Teilnehmerstruktur zugeschnittene Integrationsmaßnahmen wie „IntegrationPlus“ oder „Move“ adressieren in erster Linie ältere Teilnehmer und werden auch zur Nachbetreuung herangezogen. Auch sie werden je nach Träger unterschiedlich ausgestaltet und bezeichnet. Die jeweils übliche Teilnehmerzahl in diesen Maßnahmen variiert stark standortbezogen. In vielen BTZ wurde berichtet, dass sich die Klientel der Teilnehmenden eher im mittleren Alter befindet, während andere BTZ-Standorte von einer verstärkten Nachfrage der BvB Maßnahme berichteten. Vor allem der BTZ-Standort Stuttgart weist eine hohe Teilnehmerzahl in der Maßnahme „IntegrationPlus“ im Vergleich zu anderen BTZ der SRH Rhein-Neckar auf. Daneben bieten viele BTZ-Standorte weitere Maßnahmen wie „Move“ oder „PAS“ (BTZ Bremen-Lesum) an. Alle von uns besuchten BTZ-Standorte bieten die Maßnahme des beruflichen Trainings an. Im Nachfolgenden wird vor allem das Augenmerk auf die Ausgestaltung des beruflichen Trainings gerichtet. Dieses weist ebenfalls große, standortbezogene Differenzen auf.

#### *d) Klientel, Gruppendynamik, Betreuung*

##### *Klientel*

Die Teilnehmenden der Maßnahmen unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich ihres Alters. Jüngere Teilnehmende sind häufig in den BvB-Maßnahmen oder im RVT für eine Umschulung vertreten, während ältere Teilnehmende überwiegend im BT anzutreffen sind. Das Alter der Teilnehmenden, so wird es in den zahlreichen Hospitationen berichtet, liegt meist im mittleren Alter. Einzelne Träger, wie beispielsweise faw, weisen eine höhere Anzahl

von Teilnehmenden im jüngeren Alter (meist BvB-Maßnahme auf) im Vergleich zu anderen BTZ-Standorten auf. Bei der Hospitation in Dresden wird uns sogar von einer Polarisierung des Alters der Klientel berichtet: *„Es gibt immer mehr ältere und immer mehr jüngere Teilnehmende was der Standortleiter bedauerte, weil durch die vielen jungen Teilnehmenden eine schulklassenähnliche Atmosphäre entstünde. Gerade viele junge Teilnehmende mit sozialen Angststörungen hätten jedoch früher von der Altersheterogenität und dem außerschulischen Flair profitiert. Im Durchschnitt sind die Teilnehmenden 33 Jahre alt.“* (Hospitation Dresden, nachgezeichnete Aussage der Standortleitung). Altersheterogenität ist also nicht nur eine statistische Variable, sondern beeinflusst Atmosphäre und Wirkung der Maßnahmen.

Früher profitierten insbesondere junge Teilnehmende mit sozialen Angststörungen von der Altersheterogenität und dem außerschulischen Charakter der BTZ. Durch die veränderte Zusammensetzung kann sich die Gruppendynamik verändern, was für einige Teilnehmende nachteilig sein kann. Daraus lässt sich schließen, dass eine Herausforderung darin besteht, Maßnahmen und Angebote so zu gestalten, dass sowohl jüngere als auch ältere Teilnehmende bestmöglich integriert werden und in beispielsweise maßnahmenübergreifenden Angeboten voneinander profitieren können.

Immer wieder wurde uns von einer größeren psychischen Instabilität der Klientel berichtet. Vor allem nach der Corona-Pandemie habe sich dies deutlich bemerkbar gemacht. Als Grund hierfür wird bei der Hospitation in Bremen-Lesum für die auch nach Corona anhaltende Veränderung der Klientel die größere Elastizität des ersten Arbeitsmarkts sowie der Fachkräftemangel und der demographische Faktor angeführt. Bei der Hospitation in Stuttgart wurde die Instabilität der Klientel sogar als Begründung für die Beschränkung der Hospitation auf Gespräche mit Mitarbeiter und auf ein Gespräch mit einem Teilnehmenden angeführt. Daneben weisen zunehmend mehr Teilnehmende Komorbiditäten wie Suchterkrankungen oder auch körperliche Erkrankungen auf, wie uns von den Fachkräften an verschiedenen Standorten berichtete wurde. BTZ-Standorte berücksichtigen diese Komorbiditäten, indem sie beispielweise ein Verbot von Drogen erlassen oder ergonomische Arbeitsplatzausstattung anbieten. Im BTZ Bremen-Lesum wird uns geschildert, dass Teilnehmende mit Migrationshintergrund eher die Ausnahme sind, was einerseits auf Filterprozesse und Zugangsprobleme im Vorfeld der Zuweisung verweist, aber mindestens ebenso sehr darauf,

dass diese Personengruppe auch durch proaktive Angebote nur schwer erreicht (und motiviert) werden kann. Dies treffe auch auf Teilnehmende aus schwierigen und sozial deklassierten Milieus zu.

### *Gruppendynamik*

Die Gruppendynamik in den BTZ-Standorten wird maßgeblich durch die Heterogenität der Teilnehmenden geprägt. Diese resultiert neben der bereits erwähnten Altersstreuung aus den unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, Lebens- und Arbeitserfahrungen und den individuellen Leistungsniveaus. In vielen BTZ-Standorten wird diese Vielfalt als positiv empfunden, da sie eine bereichernde Dynamik innerhalb der Gruppen schafft und gegenseitiges Interesse, Verständnis und Unterstützung fördert.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse aus den Hospitationen ist die Bedeutung der Unterstützung durch andere Teilnehmende. Diese wird sowohl durch die Gestaltung der Maßnahmen, die Gelegenheitsstrukturen (siehe oben den Abschnitt zu den Räumlichkeiten) als auch durch die gemeinsame Aufgabenerfüllung, das gemeinsame Ziel der Einmündung in Arbeit und das Bewusstsein der gemeinsamen Betroffenheit von einer psychischen Beeinträchtigung, die jeden in unterschiedlicher Weise aus der Bahn geworfen hat, gestärkt. Im BTZ Bautzen beispielsweise wird die Gruppendynamik durch das kollektive Arbeiten, wie die gemeinsame "Postrunde", gefördert: *„Die Postrunde ist für die Teilnehmenden das Entlastungsformat, eine Art bewegte Pause, bei der die Teilnehmenden gemeinsam auf dem Gelände die Post abholen. Es wird gefragt, wer kommt mit?“* (Hospitation Bautzen, Aussage einer Mitarbeiterin).

Auch im BTZ Kassel sind Entlastungsformate wie das gemeinsame Ausführen von Lockerungsübungen im Büro anzutreffen. Die Teilnehmende haben dort auch die Möglichkeit, an gemeinsamen maßnahmenübergreifende Freizeitaktivitäten teilzunehmen. So können Teilnehmende, die in Kassel übernachten gemeinsam mit BvB-Teilnehmer einmal wöchentlich nach den üblichen Betreuungszeiten unter Leitung des BTZ, gemeinschaftlich Aktivitäten in der Stadt organisieren. Im BTZ Kassel werden ebenso wöchentliche eineinhalbstündige Spaziergänge angeboten. Diese haben einerseits die Funktion soziale Kontakte zu stärken, andererseits dienen sie vor allem dazu gruppendynamische Prozesse zu beobachten: *"Ziel ist es zum einen, sich ein wenig zu bewegen und zum anderen gruppendynamische Prozesse zu*

*beobachten“* (Koordinator des BT). So wird manchen Teilnehmenden nahegelegt, doch auch mal an so einem Spaziergang teilzunehmen. Dies bietet dem BTZ Kassel die Möglichkeit auch außerhalb des Arbeitskontextes zu schauen, wie sich die Teilnehmenden untereinander Verhalten oder man sieht wer „voran geht“ und wer eher verschlossen ist und „hinterherläuft“. In diesem Kontext hat der BT auch ergänzend erzählt, dass das BTZ solche gemeinschaftlichen Aktivitäten auch nutzt, um „Ressourcen zu bündeln“. Das BTZ Kassel hat laut ihm große Probleme, Mitarbeitende zu finden. (Hospitationen Kassel, Koordinator Trainingsbereich/Berufstrainer).

Maßnahmen, in denen das selbstorganisierte Arbeiten im Vordergrund steht, wie Arbeitsbesprechungen als Training sozialer Kompetenzen (BTZ Dresden) tragen ebenso zur Unterstützung der Arbeit und Abstimmung in einer Gruppe bei. Im BTZ Dresden werden beispielsweise wöchentliche Besprechungen genutzt, um Teilnehmende an Gruppenprozesse heranzuführen und sie auf Kommunikation im Arbeitsalltag vorzubereiten. Solche Runden bieten auch die Möglichkeit, Ängste vor dem Sprechen in Gruppen abzubauen und soziale Interaktionen zu üben: *„Viele Teilnehmende empfinden das Sprechen vor anderen und in der Gruppe als herausfordernd. Die Arbeitsbesprechung bot einen geschützten Rahmen, um genau das zu üben. Es herrschte eine entspannte Atmosphäre, und es wurde miteinander gelacht, wenn sich mal jemand verhaspelt hat. Auch den langsameren Teilnehmenden wurde geduldig zugehört. [...] Bis auf einige wenige Male kam der Input größtenteils von den Teilnehmenden des BTZ und nicht von den beruflichen Trainern.“* (Hospitation Dresden).

Auch Reflexions- und Feedbackrunden spielen eine wichtige Rolle für die Gruppendynamik. Im BTZ Bremen-Lesum wurde beispielsweise beobachtet, dass der Austausch in der "MOIN-Runde" von allen Teilnehmenden als positiv empfunden wurde und das Gruppenklima „konzentriert, aber trotzdem offen und zugewandt“ (Hospitation Bremen-Lesum) war. Im Gespräch mit Teilnehmenden aus dem beruflichen Training konnten wir erfahren, dass die „Gruppe eine wichtige unterstützende Funktion habe, so müsse man sich den anderen gegenüber nicht immer wieder erklären, alle wüssten, dass sie in ähnlicher Lage seien“ (ebd.) Ein geschützter sozialer Raum, in dem Betroffene offen über ihre Erfahrungen sprechen können, ist ein zentraler Faktor in den BTZ-Standorten. Die Bedeutung einer geschützten Gemeinschaft innerhalb der BTZ wird immer wieder in den Hospitationen hervorgehoben. Die Teilnehmenden im BTZ Mainz betonen, dass der "geschützte Rahmen" des BTZ ihnen

Sicherheit bietet, um sich wieder in die Arbeitswelt einzugliedern. Im BTZ Mainz äußerten sich Teilnehmende besonders positiv über den Austausch untereinander. In einer durchgeführten Fokusgruppe erzählen die Teilnehmenden von ihren Krankheitskarrieren und Berufsbiografien. Sie trösten und ermutigen sich dabei gegenseitig. Auf Nachfragen an Teilnehmende zur Gruppendynamik fallen Aussagen wie: "Gemeinsam mehr erreichen" (Hospitation Mainz), "jemand da, der einen auffängt" (ebd.) und "Die Teilnehmer hier haben ein Helfersyndrom" (ebd.) – Aussagen, die verdeutlichen, dass gegenseitige Unterstützung – auch wenn es mal zu viel ist – eine zentrale Rolle spielt. Das Gefühl eines sicheren Raumes, in dem sich Teilnehmende gegenseitig unterstützen und austauschen können, ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Maßnahmen.

Je nach Maßnahme kommt es jedoch auch zu einer Veränderung der Gruppendynamik. So wird uns im BTZ Dresden von Teilnehmenden geschildert, dass die Assessment-Maßnahmen und die EBA die in festen Gruppen erfolgen, es ermöglicht Freundschaften zu schließen und ein „richtiges Gemeinschaftsgefühl“ (Hospitation Dresden) schafft. Bei länger andauernden Maßnahmen wie dem BT nimmt dies jedoch oft ab, da Anwesenheitszeiten variieren und sich die Teilnehmenden stärker auf individuelle Aufgaben konzentrieren. Dennoch bleibt die soziale Unterstützung durch die Gruppe ein essenzieller Bestandteil der BTZ-Struktur.

Darüber hinaus werden in vielen BTZ Patenschaftsmodelle organisiert, bei denen erfahrene Teilnehmende die Neuankommenden begleiten. Immer wieder wird uns in den Hospitationen die positive Wirkung des Patenschaftsmodells auf die soziale Eingliederung neuer Teilnehmer geschildert. Ein Teilnehmender aus dem BTZ Stuttgart verglich die soziale Beziehung im BTZ mit denen im Arbeitsleben und erzählt von seiner ersten Begegnung mit seinem „Schützling“: *"Es ist wie in einer Firma. Da hat man auch seine kollegialen Freundschaften und die Patenschaft hilft auch. [...] genau, also das ist für Teilnehmende, die schon länger dabei sind und dann so für Neulinge. Da bin ich auch Pate. Bei uns war das ganz cool, weil die, die neu kam, hat mich gleich gefragt, wo der Empfang ist und dann hab ich ihr den gleich gezeigt und gesagt, dass ich ihr Pate bin."* (Hospitation Stuttgart, Aussage eines Rehabilitanden)

Die Gruppendynamik in den BTZ-Standorten erfüllt wichtige Funktionen. Sie bietet soziale Unterstützung und Sicherheit für die Teilnehmenden. Der Austausch über persönliche Probleme, Erfahrungen und Biografien ermöglicht es, dass Teilnehmende sich verstanden fühlen und durch andere Teilnehmende ermutigt werden. Die Gemeinschaft bietet so

emotionale Unterstützung und kann das Durchhaltevermögen in den Maßnahmen positiv beeinflussen. Zudem bieten organisierte Patenschaftsmodelle die Möglichkeit, sich schneller im BTZ einzufinden, wodurch eine bessere Integration ermöglicht wird. Auch die Förderung von sozialen Kompetenzen durch die Maßnahmen kann sich positiv auf das Gruppengefüge auswirken. Gruppenaktivitäten schaffen feste kollektive Strukturen im Alltag der Teilnehmenden. Diese Aspekte zeigen, dass die Gruppendynamik weit über das reine Miteinander hinausgeht und eine *zentrale Rolle in der beruflichen Rehabilitation* spielt.

### *Individuelle Begleitung*

Die Betreuung/Begleitung in den BTZ ist zentral für die individuelle Unterstützung der Teilnehmenden. Sie wird vielfach durch ein „Tandem-Modell“ in einem interdisziplinären Team aus psychosozialen Mitarbeitern und beruflichen Trainern getragen, die oft eine Doppelrolle zwischen fachlicher Anleitung im Arbeits- und Trainingsbereich und individueller Unterstützung als Trainer einnehmen. Der Betreuungsschlüssel variiert je nach Standort. Im BTZ Dresden liegt er bei ca. 1:3 bis 1:4 (100 Teilnehmende, 34 Mitarbeitende), während in BTZ Kassel die Betreuung im Bereich BT bei 1:8 liegt, im psychosozialen Dienst bei 1:16 und bei den Psychologen bei 1:20.

Die Betreuung findet sowohl in regelmäßigen wöchentlichen bis zweiwöchentlichen Einzelgesprächen als auch bei individuellem Bedarf statt. So wird eine engmaschige Begleitung gewährleistet. Während Berufstrainer eher für Themen wie die Erwerbsbiografie, der Bewerbungspraxis, der Praktikumsakquise und den Aufgaben in den Arbeitsbereichen zuständig sind, so liegt die Zuständigkeit für die Krankheitsbiografie und die psychische Stabilisierung beim psychosozialen Dienst bzw. den Psychologen und sozialpädagogischen Mitarbeiter. Die Beeinträchtigung durch die Medikation, der Umgang mit den Symptomen im Beruf und im Alltag sowie Selbstfürsorge, Stresswahrnehmen und Stressprävention sind Themen, die in der Betreuung relevant sind. Daneben bieten die Gespräche ebenfalls den Raum die individuelle Anpassung des Umfangs der Arbeitszeit in der Maßnahme einzuschätzen. Darüber hinaus sind die ein Reflexionsangebot und erfüllen die zentrale Funktion einer kontinuierlichen Rückmeldung durch die fachliche Fremdeinschätzung, in der Fortschritte ebenso wie noch zu lösende Probleme besprochen werden.; damit können die

Teilnehmer eine realistische Selbsteinschätzung erhalten. Diese Rückmeldungen sind in einer Reihe von BTZ auch standardisiert und basieren auf der Rückmeldung zu den jeweils erreichten Zielen des IDF wie er als Bezugspunkt für die Gespräche etwa in den von uns besuchten Standorten Dresden und Bautzen verwendet wird. Der IDF ist ein Bewertungsbogen, in dem die Teilnehmenden ihre Selbsteinschätzung auf einer Skala von 1-10 zu den Themen Arbeitsbelastbarkeit, Pausen und persönliche Interessengebiete sowie Gesundheit und Alltag abgeben und eine Fremdeinschätzung durch die Mitarbeiter zu den Themen erhalten. Die Einzelgespräche werden alle vier bis sechs Wochen mit der sozialpädagogischen Mitarbeiterin<sup>12</sup> (Themen: Gesundheit und Alltag) und den beruflichen Trainern (Themen: z. B. Arbeitsbelastung, Arbeitsverhalten, zeitgerechte Bewältigung der Aufgaben, Pausen, Interessensgebiete) geführt. Ziel ist die jeweilige individuelle Bedeutung der Themen in den Maßnahmen für die Teilnehmenden herauszuschälen und Teilziele zu setzen. Die Beurteilung und die dazu erledigenden Aufgaben bzw. Ziele werden in einem Plan eingetragen, die die Mitarbeiter und die Teilnehmer jeweils ausfüllen. Eine Mitarbeiterin hebt den Lerneffekt durch diese Form der Einzelgespräche hervor: *„Die Teilnehmenden lernen daraus ja auch, wie man mit Bewertungen von außen umgeht und meistens sind die Einschätzungen der Teilnehmenden kritischer als unsere. Das ist auch ein Lernen“* (Hospitation Bautzen, Aussage einer Mitarbeiterin).

Bei vielen Hospitationen hatten wir die Möglichkeit, bei Einzelgesprächen anwesend zu sein, so beispielweise auch bei Erstaufnahmegesprächen. *„Sehr offen werden die Probleme, Funktionsbeeinträchtigungen und die Krankheitsgeschichte von der Bewerberin geschildert und detailliert darauf mit zielbezogenen Nachfragen eingegangen“* (Hospitation Bremen-Lesum). Die Atmosphäre in den Gesprächen stellte sich für uns als vertrauensvoll, wertschätzend und offen dar.

### *Zum persönlichen und fachlichen Umgang mit der Diagnose*

Zur Diagnose der arbeitsrelevanten Beeinträchtigungen wird an BTZ-Standorten der der BAG-BTZ angeschlossenen Einrichtungen eine spezielle ICF-Klassifikation verwendet (Helferich,

---

<sup>12</sup> Im BTZ Bautzen zum Beispiel setzt sich die Personalstruktur aus drei beruflichen Trainern und einer sozialpädagogischen Mitarbeiterin zusammen.

2016) um funktionale Beeinträchtigungen zu bewerten und die Maßnahme entsprechend anzupassen. Teilnehmende werden ermutigt, offen mit ihren Diagnosen umzugehen, insbesondere im Bewerbungsprozess. Sie lernen einerseits in den individuellen Einzelgesprächen mit den Mitarbeitern ihre Erfahrungen zu reflektieren und den Umgang mit ihrer Erkrankung in Bezug auf ihre Berufsbiografie darzustellen. Andererseits gibt es teilweise in BTZ-Standorten, wie beispielsweise im BTZ Stuttgart, auch Seminare, die sich dem Thema Umgang mit Erkrankung im Bewerbungsprozess annehmen.

Ebenso wird in den Einzelgesprächen der Umgang mit anderen Teilnehmenden thematisiert. Äußert ein Teilnehmer Probleme mit einem anderen Teilnehmer so wird dies als Lernprozess gesehen, in der die Teilnehmende lernen kann Herausforderungen selbstständig zu bewältigen. In einem Gespräch mit einer sozialpädagogischen Mitarbeiterin, die von einer Teilnehmenden berichtet, die sich aufgrund von Problemen mit ihrer Sitznachbarin, an sie gewendet hat, lässt sich erfahren, wie Mitarbeiter auf solche Problemlagen reagieren: *„Daraufhin hab ich [Mitarbeiterin] gesagt: ‘Jetzt stellen sie sich vor, das wäre ihre Arbeitskollegin, die sie tagtäglich auf der Arbeit sehen müssten. Wie würden sie damit umgehen? Was können sie tun?’ Weil in der Arbeitswelt ist es ja wirklich so“* (Hospitation Bautzen, Aussage einer Mitarbeiterin).

Nicht nur das Ermutigen zur selbständigen Problemlösung, sondern auch zur notwendigen Abgrenzung bei zu vielen Aufgaben ist ein immer wiederkehrendes Thema: „Pause ist Selbstfürsorge. Die Teilnehmenden müssen ihre eigenen Strategien finden, um Pause zu machen“. Die Berufstrainerin ergänzt dazu: *„Wir haben da auch unsere eigenen Strategien, wenn jemand keine Pause macht, dann bekommt er halt Arbeit zugeschaufelt, bis es heißt: ‘es geht nicht mehr, es ist zu viel Arbeit’“* (Hospitation Bautzen, Aussage einer Mitarbeiterin).

Die BTZ-Mitarbeiter unterstützen die Teilnehmer schließlich auch bei bürokratischen Aufgaben, wie der Weiterbewilligung bzw. Verlängerung von Maßnahmen sowie bei der Sicherung von Übergangsgeld. Gerade beim Übergangsgeld, das oft verzögert ausgezahlt wird zeigen sich immer wieder Probleme, bei denen die Fachkräfte die Teilnehmer unterstützen. Im BTZ Kassel wurde beobachtet, dass die Arbeitsagentur im letzten Monat einer Maßnahme oft erst nachträglich die letzten zwei Wochen bezahlt, sodass Teilnehmende nach Beendigung der Maßnahme kurzfristig ohne Einkommen dastehen.

Ein mit der Krankheitsdiagnose zusammenhängender Bestandteil der Aufmerksamkeit der Fachkräfte für die Teilnehmer ist die Förderung der Compliance: *„Wichtig sei es auch, die Teilnehmer zu motivieren, externe psychotherapeutische Angebote anzunehmen oder sich immer wieder mit ihrem behandelnden Arzt abzusprechen“* (Hospitation München SRH).

Die beruflichen Trainer und psychosozialen Mitarbeitenden übernehmen eine komplexe und bedeutsame Rolle. Sie ermutigen Teilnehmenden zu mehr Selbständigkeit sowie auch zu notwendigen Abgrenzung bei zu vielen Aufgaben und zur Inanspruchnahme zu Unterstützung bei Problemen. Gleichzeitig müssen sie eine professionelle Distanz wahren, die sich z. B. darin zeigen kann, dass Teilnehmer und BTZ-Mitarbeiter sich siezen. Auch dienen interne Fallbesprechungen zur Abgrenzung und zum Informationsaustausch über die Entwicklung einzelner Teilnehmer. Diese interdisziplinären Gespräche tragen dazu bei, die Betreuung individuell anzupassen und die bestmögliche Unterstützung für die Teilnehmenden sicherzustellen.

Nach Abschluss einer Maßnahme bieten alle BTZ eine Nachbetreuung an, die zwischen sechs Monaten und bis zu einem Jahr variiert. Dies umfasst Gespräche über Herausforderungen im neuen Arbeitsumfeld sowie Unterstützung bei Bewerbungen. Auch profitieren die Teilnehmende im BTZ von Gesprächen mit ehemaligen Teilnehmenden. Im BTZ Bremen-Lesum wird uns dazu geschildert, dass ehemalige Rehabilitanden an Gruppengesprächen teilnehmen und ihre Erfahrungen im Beruf mit anderen teilen.

Die Betreuung in den BTZ erfüllt eine zentrale Funktion in der Stabilisierung und Förderung der Teilnehmenden. Sie bietet sowohl fachliche als auch psychosoziale Unterstützung und hilft bei der Integration in die Arbeitswelt und dem Umgang mit der psychischen Erkrankung. Die Betreuungspraxis unterscheidet sich je nach Standort in Bezug auf Intensität, Bewertungssysteme und Methoden, doch das Ziel bleibt überall gleich: Die Teilnehmenden auf ihrem Weg in den Arbeitsmarkt bestmöglich zu begleiten.

#### *e) Erwartungen an das BTZ und Bedeutung des BTZ für die Teilnehmenden*

Für viele Teilnehmende stellt das BTZ eine essenzielle Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung dar. Es bietet ihnen einen geschützten Rahmen, um ihre Arbeitsfähigkeit zu erproben, neue berufliche Perspektiven zu entwickeln und soziale Kompetenzen zu stärken.

Viele Teilnehmer berichten, dass sie sich durch die strukturierte Tagesgestaltung wieder an einen geregelten Arbeitsalltag gewöhnen können. Eine Teilnehmerin beschreibt das BTZ als ein "Fußballtrainingslager fürs Hirn" (Hospitation Mainz, Aussage einer Rehabilitandin) in dem sie ihre Fähigkeiten gezielt trainieren kann, bevor sie wieder in den Arbeitsmarkt eintritt.

Bei einer Gesprächsrunde mit Teilnehmenden im BTZ Bremen-Lesum konnten wir mehr über die Erwartungen herausfinden. Die individuellen Erwartungen an das BTZ variieren je nach persönlicher Krankengeschichte und beruflicher Vergangenheit. Ein Teilnehmer, ein ehemaliger Krankenpfleger (55 Jahre), der nach der Amputation beider Unterschenkel längere Klinikaufenthalte hatte, sieht das BTZ als Chance zur beruflichen Umorientierung, möglicherweise als Berater in einem Sanitätshaus. Ein anderer Teilnehmender (58 Jahre, ehemals Polier, umgeschult zum Mechaniker) sucht nach einer Möglichkeit, trotz körperlicher Einschränkungen wieder ins Berufsleben einzusteigen, während ein Informationstechniker (Anfang 30) das BTZ vor allem als Gelegenheit sieht, seine Konzentrationsfähigkeit zurückzugewinnen und eine neue berufliche Richtung zu finden.

Die Heranführung an und die (Wieder-)Eingliederung in die Arbeitswelt ist die Hauptaufgabe der BTZ. Ein Teilnehmender aus dem BTZ Stuttgart beschreibt dies wie folgt: *„Hier hat man mehr Zeit. Es gibt ja auch die Trainer. Blaumann zu tragen oder Sicherheitsschuhe, wie es von meiner alten Arbeit kenne, ist hier auch Pflicht. Es ist aber schon eher ein ruhiges Arbeitsleben. Hier ist alles mit Nachsicht. Es gibt kein „muss“. Aber was es auch gibt, ist das Abstempeln, das ist wie in einer Firma. Und die Selbstorganisation ist auch anders. Man muss Termine mit den Mitarbeitern machen und hat einen Wochenplan und dann bekommt man ja auch individuell Aufgaben, was ja auch sinnvoll ist.“* (Hospitation Stuttgart, Aussage eines Rehabilitanden). Diese Aussage beschreibt sehr gut auch das gestufte Vorgehen im BTZ: etwas langsamer als in der realen Arbeitswelt, aber mit den vergleichbaren Aufgaben und Verantwortlichkeiten und einem Blick, der über die bloße funktionale Aufgabenerfüllung hinausgeht.

Die strukturierten Abläufe erleichtern vielen Teilnehmenden den Wiedereinstieg in ein geregeltes Berufsleben. Die Bedeutung des BTZ geht über die reine berufliche Qualifikation hinaus. Im BTZ SRH Leipzig berichten Teilnehmende, dass sie sich im BTZ verstanden fühlen und dadurch kaum Absentismus herrscht – ein deutlicher Kontrast zu schulischen Erfahrungen. Die Tagesstruktur im BTZ wird als wesentlicher Faktor für Stabilisierung und Genesung betrachtet. Im BTZ Bremen-Lesum wird betont, dass die „regelmäßigen Arbeits-

und Anwesenheitszeiten nicht nur eine gewisse Normalität wiederherstellen, sondern auch zur Wiederanpassung an die Arbeitswelt beitragen. Der Rhythmus von 08:00 bis 16:00 da zu sein, wird als wichtig empfunden, vor allem, wenn schon allein die Anfahrt eine besondere Belastung darstellt.“ (Hospitation Bremen-Lesum)

Neben der Vorbereitung auf den (Wieder-)Einstieg ins Arbeitsleben spielt die psycho-soziale Integration und der Umgang mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen die zentrale Rolle für das hochgradig vulnerable Klientel. In vielen BTZ gibt es Patenschaftsprogramme, bei denen erfahrenere Teilnehmende neue Teilnehmende begleiten und unterstützen. Auch regelmäßige Gruppenaktivitäten fördern den Zusammenhalt und ermöglichen den Austausch über gemeinsame Erfahrungen.

Zusammenfassend ist das BTZ für die Teilnehmenden auch ein Ort der Stabilisierung, der persönlichen Weiterentwicklung, des (Wieder-)Erlernens des Arbeitslebens mit bedingter Gesundheit und des sozialen Austauschs.

#### *f) Beobachtete und berichtete Problemkonstellationen*

Im Rahmen der Betreuung treten verschiedene Herausforderungen auf, die sich auf die Teilnehmenden und Mitarbeitenden auswirken können. Es bestehen kaum größere Konflikte zwischen Teilnehmenden und Mitarbeitenden. Bei der ein oder anderen Hospitation wurde uns geschildert, dass es immer mal wieder Probleme mit „schwierigen“ Teilnehmenden gebe. Im BTZ Hannover berichtet ein Teilnehmender von Problemen mit seinem beruflichen Trainer und schildert uns seine Perspektive auf das Verhältnis. *„Grund dafür ist [...] dessen schlechte Beratungskompetenz, mangelnde Ernsthaftigkeit, was der Teilnehmer an konkreten Beispielen wie etwa der Nichteinhaltung im Vorfeld abgesprochener Termine.“* (Hospitation Hannover, nachgezeichnete Aussage eines Rehabilitanden). Außerdem übt der Rehabilitand auch Kritik an der Praktikumsakquise. Er habe sich *„gewünscht, es gäbe eine Art Liste mit Adressen von Unternehmen, die bereit sind mit Teilnehmenden des BTZ ein Praktikums- oder sogar Beschäftigungsverhältnis einzugehen“* (ebd.). Hier setzen die Fachkräfte aber bewusst auf Eigenaktivität und schalten sich erst ein, wenn die Bemühungen der Teilnehmer zu keinem Erfolg geführt haben.

Ein weiteres Problem zeigt sich in Neid und unterschiedlichen Reifegraden innerhalb der Gruppen. Im BTZ Stuttgart beschrieb ein beruflicher Trainer, dass es Teilnehmende oft als ungerecht empfinden, wenn andere mehr Pausen machen dürften als sie selbst. Auch Abbrüche von Maßnahmen sind ein sensibles Thema, zugleich wird bei der Hospitation in Mainz von einer Mitarbeiterin betont: „Abbrüche sind okay“ (Hospitation Mainz, stellvertretende Leitung). Die Abbruchquote für das BT in den BTZ liegen laut Beender-Berichten der BAG-BTZ (2023, S. 19) bei 18,3 %, wobei zwei Drittel der Abbrüche aus krankheitsbedingten Gründen erfolgen (siehe auch Kapitel 7).

Schließlich stellt die zunehmende Bürokratisierung eine Belastung für die Betreuung sowie für die Einrichtungen dar. Im BTZ Dresden wurde kritisiert, dass der Dokumentationsaufwand stetig steigt und dadurch weniger Zeit für die eigentliche Betreuung bleibt.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Problemkonstellationen sowohl individuelle als auch strukturelle Ursachen haben. Während einige Herausforderungen aus der Betreuung und der Gruppendynamik entstehen, sind andere auf externe Faktoren wie bürokratische Hürden oder Personalengpässe zurückzuführen.

#### *5.3.4 Fazit*

Die Hospitationen an den BTZ-Standorten haben sich als **zielführend** erwiesen, da sie nicht nur Einblicke aus der Perspektive der Teilnehmenden ermöglichten, sondern auch aus Sicht der Mitarbeitenden. Wichtige Erkenntnisse wurden in den Bereichen sozialräumlicher Kontext, Atmosphäre, Maßnahmen, Gruppendynamik, Klientel, Betreuung, Bedeutung und Erwartungen der Teilnehmenden sowie benannte Problemkonstellationen gewonnen. Diese Beobachtungen zeichnen ein umfassendes und **differenziertes Bild der BTZ-Standorte** und ihrer Funktionsweise.

Die Hospitationen verdeutlichten, dass sich die räumlichen Bedingungen der BTZ-Standorte erheblich unterscheiden und einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden haben. Die Räumlichkeiten sind so gestaltet, dass sie eine angenehme Arbeits- und Regenerationsatmosphäre schaffen, indem sie Struktur und Orientierung bieten (z. B. Informationstafeln), simulierte Arbeitsweltbedingungen ermöglichen und ergonomische sowie gesundheitliche Aspekte berücksichtigen. Zudem

stärken sie die soziale Integration und Gruppendynamik, indem sie sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Bedürfnisse der Teilnehmenden einbeziehen.

Die Maßnahmen innerhalb der BTZ sind vielseitig und decken unterschiedliche Bedarfslagen der Teilnehmenden ab. Sie ermöglichen einerseits die Berufsorientierung und die (Wieder-)Herstellung von Arbeitstugenden und adressieren andererseits auch lebensführungsbezogene Herausforderungen. An einigen Standorten gibt es individualisierte Förderpläne (z. B. IDF im BTZ Dresden, BTZ Bautzen), die spezifische berufliche und psychosoziale Entwicklungsbedarfe der Teilnehmenden erfassen. Hierbei spielen Selbsteinschätzungen und Fremdeinschätzungen eine wesentliche Rolle, um Fortschritte in der Berufsqualifizierung oder der psychischen Gesundheit nachvollziehbar zu machen. Darüber hinaus ergänzen Feedback- und Reflexionsgespräche die Betreuung und helfen, individuelle Herausforderungen zu bewältigen. Daneben spielt die individuelle Selbstfürsorge eine zentrale Rolle in den Maßnahmen. Entlastungsformate wie bewegte Pausen (BTZ Bautzen) oder Sportangebote (BTZ Cottbus) tragen zur körperlichen und psychischen Stabilisierung der Teilnehmenden bei und sind fester Bestandteil der Maßnahmen.

Die Heterogenität der Teilnehmenden stellt eine zentrale Herausforderung dar, wird jedoch gleichzeitig als förderlich für die Gruppendynamik beschrieben. Die Gruppenprozesse innerhalb der BTZ spielen eine bedeutende Rolle für die soziale Unterstützung, die emotionale Sicherheit und die berufliche Rehabilitation der Teilnehmenden. Der Austausch über persönliche Erfahrungen ermöglicht es den Teilnehmenden, sich gegenseitig zu ermutigen und ihre Belastbarkeit zu steigern. Zudem erleichtern organisierte Patenschaftsmodelle die Integration neuer Teilnehmender, indem sie von erfahreneren Teilnehmenden begleitet werden. Gruppenaktivitäten und gemeinsame Rituale schaffen kollektive Strukturen im Alltag der Teilnehmenden und tragen dazu bei, soziale Kompetenzen zu stärken. Die Hospitationen haben somit verdeutlicht, dass Gruppendynamik weit über das soziale Miteinander hinausgeht und einen essenziellen Bestandteil der beruflichen Rehabilitation darstellt.

Die Betreuung innerhalb der BTZ ist ein zentraler Bestandteil der Maßnahmen und unterstützt die Teilnehmenden sowohl fachlich als auch psychosozial. Dabei gibt es standortspezifische Unterschiede hinsichtlich der Betreuungspraxis, insbesondere in Bezug auf die Intensität und die Bewertungsmethoden. Ziel bleibt es in allen Fällen, die Teilnehmenden auf ihrem Weg in

den Arbeitsmarkt bestmöglich zu begleiten und ihnen Strategien zur Bewältigung ihrer individuellen Herausforderungen zu vermitteln.

Für viele Teilnehmende ist das BTZ weit mehr als ein berufliches Trainingszentrum – es ist ein geschützter Raum für Stabilisierung, persönliche Weiterentwicklung und sozialen Austausch. Sie schätzen die klare Tagesstruktur, die ihnen hilft, sich wieder an einen geregelten Arbeitsalltag zu gewöhnen, sowie die Möglichkeit, neue berufliche Perspektiven zu entwickeln. Die Möglichkeit, sich innerhalb eines geschützten Rahmens schrittweise an den Arbeitsmarkt heranzutasten, wird von vielen Teilnehmenden als essenziell beschrieben.

Während die Hospitationen viele positive Aspekte der Einrichtung der BTZ verdeutlicht haben, wurden auch zentrale Herausforderungen identifiziert. Teilnehmende sind mit individuellen Leistungsunterschieden und individuellen Maßnahmengestaltungen vor allem im BT konfrontiert. Ein weiteres Problem ist der Fachkräftemangel, insbesondere im BTZ Kassel, wodurch die Betreuungskapazitäten begrenzt sind. Zudem wurde festgestellt, dass bürokratische Hürden – wie der verzögerte Erhalt des Übergangsgeldes – den Übergang in eine Anschlussmaßnahme oder eine Beschäftigung erheblich erschweren können (BTZ Kassel). Ein weiteres Problem ist die steigende Bürokratisierung, die von Mitarbeitenden als Belastung empfunden wird, da sie den Fokus von der direkten Arbeit mit den Teilnehmenden auf administrative Aufgaben verlagert.

#### 5.4 Qualitative Ergebnisse: Experteninterviews

Im Rahmen der Studie wurden mit insgesamt 24 Experten aus unterschiedlichen Bereichen Experteninterviews zu Fragen des Zugangs ins BTZ, der eigentlichen Maßnahme im BTZ, der Veränderung der Klientel und der Situation der Teilnehmer nach der Maßnahme themenzentriert durchgeführt. Im Gegensatz zu offenen Interviews, die breiter angelegt sind, konzentriert sich das themenzentrierte Experteninterview auf ein spezifisches Thema oder eine Fragestellung. Es ging uns in den Gesprächen mit den Experten darum, tiefgehende und fundierte Informationen zu einem bestimmten Fachbereich und bestimmten Fragestellungen zu erhalten. Die Interviewpartner sind dabei in der Regel Personen mit spezifischem Wissen und Erfahrung in einem Fachgebiet, einer Organisation oder Institution und haben in der Regel mit Entscheidungsprozessen in Verfahren der beruflichen Rehabilitation zu tun. In den

Interviews wurde versucht sicherzustellen, dass alle relevanten Themenbereiche abgedeckt werden, dafür wurde ein Leitfaden von uns erarbeitet, der im Verlauf der Studie aufgrund neuer Informationen aus den Experteninterviews stetig modifiziert wurde. In den Interviews gab es jedoch auch Raum für spontane Fragen und Antworten, um flexibel auf interessante Aspekte oder neue Themen, die wir bis dato noch nicht im Blick hatten, im Gespräch einzugehen. Fragen und Antworten konnten dadurch vertieft werden, um die Perspektiven und Meinungen der Experten besser zu verstehen.

Insgesamt zielten die Experteninterviews neben der Evaluierung des Forschungsfeldes auf die Erreichung von spezifischen Forschungszielen oder die Beantwortung bestimmter Fragestellungen, die sich in unserer Studie ergaben. Die Fragen und Themen, die von uns angesprochen wurden, dienten dazu, diese Ziele zu erreichen. Wie bei anderen qualitativen Methoden, war es uns wichtig, dass die Interviewteilnehmer über die Verwendung ihrer Aussagen informiert und eine persönliche Einwilligung zur Teilnahme gaben. Anonymität und Vertraulichkeit wurden dadurch gewährleistet, um die Offenheit und Ehrlichkeit der Antworten zu fördern.<sup>13</sup>

Tabelle 13 zeigt eine Übersicht der interviewten Experten mit ihrer jeweiligen Funktion innerhalb des Versorgungssystems:

*Tabelle 13: Experteninterviews Liste*

<b>Name</b>	<b>Funktion</b>
Frau S	Rehaberaterin (BA)
Frau H	Rehaberaterin (BA)
Frau C + Frau K	Beide ärztlicher Dienst (BA)
Herr W	Sozialmediziner (BA)
Frau R	Fachärztin für Psychiatrie (BA)
Frau B	Fachpsychologin Regionaldirektion (BA)
Frau S	Rehabedarfserkennung (BA)

<sup>13</sup> Zum Experteninterview allgemein vgl.: Meuser & Nagel (2009); Bogner et al. (2009) und Flick (2023)

Herr G	Leiter berufspsychologischer Service (BA)
Frau B + Frau S	Stabsstelle Reha; Jugendlichenbetreuung bei Ersteingliederung
Frau S	Jobcoach/Trainerin BTZ
Herr K+ Frau R	Diplompsychologe und Bereichsleiter des BT; Diplompsychologin BTZ
Frau P+ Frau B	Sozialpädagogen BTZ
Herr D	Diplompsychologe, Leitung BTZ
Herr T	Ehemals Leiter der Rehafachberatung (DRV)
Frau G	Rehaberaterin (DRV)
Frau M	Rehaberaterin (DRV)
Frau Z	Leiterin des Rehaberatungsbereichs (DRV)
Frau R	Leiterin BTZ
Frau K.	Diplompsychologin (BTZ)
Herr W	Leiter BT (BTZ)

Zwecks einer besseren Übersicht werden im Folgenden die Hauptthemen der Experteninterviews einzeln behandelt. Zu Beginn dieses Kapitels werden zunächst Fragen rund um den Zugang bzw. der Zugangssteuerung ins BTZ behandelt. Um die Anonymität der Personen zu gewährleisten, wird bei wörtlichen Zitaten jeweils nur die Funktion der Interviewpartner genannt.

#### *5.4.1 Zugang und Zugangssteuerung ins BTZ*

Eine der zentralen Fragen unserer Studie zielt auf die Zugangssteuerung ins BTZ, verkürzt: kommen die „richtigen Menschen“ ins BTZ und wie wird diese Auswahl bei den unterschiedlichen Leistungsträgern getroffen? Zunächst ein paar Zahlen zu den Zugängen wie sie uns von den Experten, insbesondere Leitern von BTZ, genannt wurden. Im Erwachsenenbereich kommen etwa 60 % der Teilnehmer über die Rentenversicherung ins BTZ

und etwa 35 % über die BA, hier stets über die Reha-Abteilungen. Bei jüngeren Personen unter 25 Jahren stammen über 90 % der Teilnehmer von der Agentur für Arbeit da hier ja die versicherungsrelevanten Voraussetzungen (noch) nicht erfüllt sind. Die meisten Rehabilitanden erhalten eine Empfehlung zum BTZ von Kliniken, Ärzten, Psychotherapeuten oder vom medizinischen Dienst der DRV. Insbesondere Klienten aus Pflege- und Sozialberufen stellen auch von sich aus Anträge auf BTZ-Maßnahmen da sie über die entsprechenden Informationen verfügen. Akademiker, meist ohne Abschluss, werden häufig über die BA in BTZ-Maßnahmen vermittelt. Rehabilitanden, die schon lange im Beruf waren, haben oft klare Ziele und formulieren detaillierte Erwartungen an die LTA-Maßnahmen, Erwartungen, die häufig nicht mit der persönlichen Situation kompatibel sind.

Jeder Antragsteller wird, so die Expertenaussagen, zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Die Antragstellung wird durch medizinische und psychologische Prüfungen begleitet, die Eingliederungschancen und Unterstützungsbedarf evaluieren. Nach dem Gespräch gehen Klienten zu Informationsveranstaltungen oder zum Einzelgespräch ins BTZ. Bei den Empfehlungen für eine BTZ-Maßnahme werden sowohl bei der BA wie auch bei der DRV Lebenslauf, also die bisherige Berufsbiografie, die Krankheitsgeschichte, AU-Zeiten und das vorhandene Leistungsbild zu Grunde gelegt. Kritisiert wird von einigen Experten das bislang das Wunsch- und Wahlrecht bei der Maßnahmenauswahl nur wenig Berücksichtigung findet. So werden von der BA immer wieder BTZ-Maßnahmen auch ohne vorherige Information der Klienten angestoßen, etwas, was dem Wunsch- und Wahlrecht diametral widerspricht. Des Weiteren wird von den von uns interviewten Experten kritisiert, dass es seit dem Abzug der Reha-Fachberater der DRV aus den Reha-Kliniken, vermehrt zu Fehlzusweisungen kommt oder keine weitergehenden LTA-Empfehlungen ausgesprochen werden. Damit verlängern sich in der Sicht der Experten die Wege zur Antragstellung, da die Kliniksozialarbeiter oft zu wenig Wissen über mögliche LTA-Maßnahmen haben. Anders liegt hier die Situation in den psychiatrischen Kliniken, in denen die Sozialarbeiter besser geschult und mit den Maßnahmen vertraut sind.

Prinzipiell erfolgt der Zugang zu BTZ in der Regel durch Empfehlungen auf Basis eines ärztlichen Gutachtens. Wie der Leiter eines Ärztlichen Dienstes (AD) im Interview ausführt, kann der AD eine Maßnahme wie das BTZ vorschlagen, jedoch nicht verbindlich anordnen.

*„Wir dürfen der Reha-Abteilung gegenüber keine konkreten Vorschläge machen, wie die weitere Versorgung sein soll.“ (Leiter AD)*

Die Letztentscheidung obliegt dem Reha-Berater der Rentenversicherung oder der Arbeitsagentur. Als Voraussetzung für die Zuweisung ins BTZ nennt der AD: Schwere und langanhaltende psychische Problematiken und bereits vorgängige medizinische oder therapeutische Maßnahmen. Informationen wie Diagnosen müssen häufig aktiv vom AD angefordert werden, was sich in der Praxis aufwändig gestaltet, da die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten in der Regel schwierig ist (z. B. verzögerte Befundübermittlung). Zudem wird eine fehlende Kommunikation und unklare Schnittstellen mit den Reha-Abteilungen bemängelt. Insgesamt wird die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten wie auch mit den Reha-Kliniken, was die Befundberichte anbelangt, kritisch gesehen: *„Wir müssen dann einfordern entsprechend eine Schweigepflichtentbindung, um an die jeweiligen Befunde ranzukommen. Sei es von den niedergelassenen Kollegen, sei es von den entsprechenden Kliniken, wo Klinikaufenthalte stattfanden. Es fehlt oft das Verständnis darüber, was wir brauchen und warum wir das brauchen.“ (Leiter AD)*

Ähnlich äußert sich im Interview dazu auch eine Mitarbeiterin der BA. Grundtenor ihrer Aussagen: Die Abstimmung zwischen den Akteuren ist teilweise intransparent und zeitaufwändig. Es fehlt an systematischer Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Stellen. Es gibt Schwierigkeiten bei der Beschaffung medizinischer Befunde, was den Prozess verzögert, da oft ein Unverständnis in den Praxen, die in der Regel überlastet sind, herrscht. *„Manchmal wird man auch regelmäßig angeblökt von den Praxen. Ja, was glauben Sie, was hier zu tun ist?“ (Reha-Beraterin BA)*

Kritisch wird vom AD auch das Verhältnis und die Verbindung von der BA zu den BTZ gesehen, auch hier hängt offenbar vieles von persönlichen Kontakten und weniger von klaren formalen Strukturen ab. *„A priori gibt es zugegebenermaßen keinen Kontakt. Den gibt es nur so ein bisschen auf Eigeninitiative.“ (Leiter AD).*

Differenziert man die Zugangsfrage nach BA und DRV lassen sich wichtige Unterschiede festhalten. Während bei der BA der Reha-Berater eine starke Position hat, ist bei der DRV die starke Rolle des med. Dienstes hervorzuheben, da hier traditionell ein stärkerer Fokus auf die Krankheit gelegt wird. Eine Reha-Fachberaterin der DRV fasst diesen Unterschied in knappen

Worten zusammen: „Bei der BA entscheidet der Reha-Berater Alles, bei der DRV schwebt der medizinische Dienst über allem.“

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen der BA- und der DRV-Zuweisungssteuerung besteht darin, dass die BA einen größeren Gestaltungsspielraum bei der Wahl und Kombination von Maßnahmen besitzt, als das bei DRV der Fall ist. Umgekehrt hat die Reha-Beratung der BA die Schwierigkeit, dass sie im Unterschied zu den Reha-Fachberatern der DRV keinen Einblick in die Diagnosen und Entlassberichte aus der medizinischen Reha hat. Die BA-Mitarbeiter haben keinen Einblick in die Diagnosen und dürfen auch die Entlassberichte aus den Kliniken nicht lesen. Das kann zu Problemen bei der Planung krankheitsangepasster Empfehlungen führen.

Kritisch betrachten einige Experten die langen Übergangszeiten zwischen Klinikaufenthalt und der Bewilligung der Maßnahme bzw. die Zeit zwischen der Bewilligung und dem Beginn der Maßnahme (zwischen zwei bis zu sechs Monaten bei der DRV). Hier fehlen Übergangsangebote. Die langen Wartezeiten haben ihren Grund aber auch in der Frage nach der Zuständigkeit, da sich je nach Lage hier die Kostenträgerschaft ändert. Eine befragte Mitarbeiterin der BA beschreibt die dadurch entstehende Lage im Interview:

*„Es ist von uns generell oft ein Gefühl, dass die Antragstellung auf Leistung zur Teilhabe mit Absicht herausgezögert wird, weil sich dann die Kostenträgerschaft ändert. Zuständigkeitserklärung ist ein riesen Problem und es könnten manchmal Prozesse verkürzt werden, wenn aus der medizinischen Reha heraus sofort durch die Sozialarbeiter ein Antrag gestellt werden würde. Und dann hat man den Antrag und dann habe ich ja noch dieses ganze Prüfverfahren und die Anmeldung im BTZ, aber wenn ich natürlich erst nach einem halben Jahr oder noch länger erst dann einen LTA-Antrag stelle, habe ich mindestens sechs Monate verloren“ (Reha-Beraterin BA)*

Neben diesen mehr organisatorischen und institutionellen Problemen sehen einige Experten Schwierigkeiten bei der adäquaten Vermittlung einer Maßnahme auch bei der Klientel selbst. Eine Reha-Beraterin der BA drückte das folgendermaßen aus: „Selbst- und Fremdwahrnehmung gehen sehr weit auseinander“ Sie betont im Interview auch die Heterogenität der Rehabilitanden und die flexible Handhabung, was Zuweisungen betrifft. Jeder Fall ist so ein individueller, was verbindliche Standards, wir kommen darauf zurück,

praktisch verunmöglicht. *„Tatsächlich habe ich hier gelernt, hier ist nichts typisch und nichts gleich. Es ist alles sehr komplex, aber auch immer unterschiedlich. Und wenn ich bei dem einen Fall sage, das ist so und so, heißt es noch lange nicht, dass es bei dem anderen auch so sein wird. Es gibt sehr viele Teilnehmer oder beziehungsweise Kunden, die sich falsch einschätzen“* (Reha-Beraterin BA).

Diese Differenz zwischen Eigenwahrnehmung der Teilnehmer und der Maßnahmenempfehlung wird in den Interviews auch von den Mitarbeitern in den BTZ bestätigt. Bei den Beratungsgesprächen werden diese Differenzen deutlich sichtbar und oft müssen zunächst, vor allem bei Teilnehmern, die aus Langzeitarbeitslosigkeit kommen, persönliche Probleme (Schulden, Krisen) gelöst werden. Bei einigen Teilnehmern entsteht durch das bevorstehende Auslaufen des Krankengeldes psychologischer und Zeitdruck. Und zudem sind einige Teilnehmer auch sehr ängstlich und unsicher und *„brauchen auch erstmal eine Unterstützung unter der Käseglocke.“* (Reha-Berater DRV).

Mitarbeiter der BTZ äußerten sich in den Gesprächen auch kritisch zu den Zugängen. Früher, so die Aussagen, gab es stets Vorgespräche zur besseren Passung der Teilnehmer für einzelne Maßnahmen, diese Gespräche werden aufgrund von Kostendruck zunehmend abgeschafft. Es zeigt sich auch eine Tendenz, dass Teilnehmer ohne notwendige Motivation oder Zielsetzung in die BTZ geschickt werden, was auf die Wirksamkeit der Maßnahme einen negativen Effekt hat. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Zuweisung ins BTZ keinen klar definierten Regeln folgt, obwohl es natürlich bestimmte Leitlinien gibt, die von den Trägern angewandt werden. Die Heterogenität der Klienten und die im Einzelnen sehr individuellen Problemlagen lassen sich mit allgemein gültigen Standards oft nicht einfach vereinbaren. Es gibt, so eine Gutachterin der BA, keinen festgelegten Kriterienkatalog für die Empfehlung für ein BTZ. Die Entscheidung basiert auf der individuellen Einschätzung der Ärzte und der Reha-Abteilung. Es ist also mehr die angesammelte „Erfahrung“ der Mitarbeiter und Entscheider, die hier zu Anwendung kommt. Kurz und prägnant fasst die Gutachterin der BA zusammen: *„Es gibt tatsächlich keinen wirklich greifbaren Katalog. Wir entscheiden das eher nach unseren Kriterien, die jeder von uns hat.“* (Gutachterin BA)

In den Gesprächen wurde auch ein zunehmendes Kostenbewusstsein in der RV angesprochen, dass kürzere Maßnahmen favorisiert. *Die Rentenversicherung will Kosten sparen und bevorzugt oft kürzere Maßnahmen. Wir hören dann: Muss es das teure Berufsbildungswerk*

*sein, oder gibt es günstigere Alternativen?“ (Reha-Beraterin DRV). Diese Prüfungen auf weniger kostenintensive Maßnahmen werden zum einen als sinnvoll angesehen. „Wir leben alle nicht im luftleeren Raum, und insofern hat auch die Medizin eine gesellschaftliche Verantwortung, mit den Sozialgeldern verantwortungsvoll umzugehen, zum anderen können dadurch inhaltlich als sinnvoll angesehene Maßnahmen nicht in jedem Fall durchgesetzt werden: „Der Druck auf Effizienz ist spürbar: Wir müssen genau prüfen, ob die Unterstützung wirklich notwendig ist.“ (Reha-Beraterin DRV)*

Insgesamt wird von den Experten aber auch umgekehrt kritisiert, dass Teilnehmer aufgenommen werden müssen, selbst wenn diese nicht optimal für die angebotenen Maßnahmen geeignet sind. Für die Zugänge ins BTZ fasst eine Mitarbeiterin das zusammen: *„Früher gab es immer noch Vorgespräche [...]. Das fällt jetzt weg. Wenn der Kostenträger sagt, wir möchten, dass die da reinkommen, dann kommen die hier rein.“*

Insgesamt besteht, so fast alle Experten, ein verstärkter Kostendruck. Die Reha-Abteilungen prüfen sehr genau, ob eine teure Maßnahme wie das BTZ notwendig ist oder ob eine günstigere Alternative ausreicht. Kürzere und kostengünstigere Maßnahmen werden zunehmend bevorzugt, sofern sie denselben rehabilitativen Effekt versprechen. Auch die ärztliche Begutachtung orientiert sich an Wirtschaftlichkeitskriterien, da teure Maßnahmen wie Einzel-Fahrdienste oder längerfristige Reha-Maßnahmen nur bei klarer Indikation empfohlen werden.

#### *5.4.2 Die Maßnahme*

Insgesamt, so ein Leiter Reha-Fachberatung DRV, ist die Zahl der Bewerbungen für BTZ zurückgegangen. Das wird auch auf den derzeit vorhandenen Arbeitskräftemangel zurückgeführt. *Wenn z. B. jemand ärztlich attestiert bekommt, dass er nicht mehr in Schicht arbeiten kann, dann kommt die Person heute nicht mehr in das BTZ in Umschulung, sondern der Arbeitgeber, etwa in der Pflege, findet selbst mit dem Mitarbeiter eine andere Lösung angesichts des Arbeitskräftemangels in diesem Bereich (Leiter Reha-FB DRV).* Dennoch haben unserer Erfahrung nach die BTZ kein „Teilnehmerproblem“, insbesondere da die Zahl von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen kontinuierlich wächst und komplexe Problemlagen zunehmen, für die das BTZ als Einrichtung mit seiner engmaschigen Betreuung

eine wichtige Rolle im Versorgungssystem spielt. Hier ist auch die Flexibilität in der Maßnahme als ein besonders wichtiger Punkt zu nennen.

Prinzipiell ist der Einstieg ins BTZ variabel und in der Regel an die Teilnehmer angepasst. So gibt es etwa die Möglichkeit eines individuell flexiblen Einstiegs in die Maßnahme, um danach die Stundenzahl schrittweise zu erhöhen. Allerdings gilt: *„Teilnehmende müssen mindestens sechs Stunden anwesend sein, um Übergangsgeld zu erhalten. Viele schaffen das am Anfang einfach nicht.“* (Sozialpädagoge BTZ)

Obwohl in unseren Interviews mit den Teilnehmern die allermeisten über eine Arbeitserprobung in das BT kamen, ist das laut Experten nicht immer der Fall. Relativ viele Teilnehmer kommen direkt in das BT und nicht in die Arbeitserprobung, nämlich genau dann, wenn das Leistungsbild schon klar ist: *„Also da nur, wenn wir Zweifel haben, dass der das nicht schaffen könnte, so, dass jemand nicht so / dann machen wir sowas davor, aber ansonsten“* (Reha-Beraterin DRV). Hier gibt es, so auch unserer Erfahrung nach den Gesprächen mit Experten, aber große regionale Unterschiede. In manchen Regionen scheint die Arbeitserprobung unter verschiedenen Namen obligatorisch, in anderen nicht. So gibt es *in Hamburg etwa keine vorgeschalteten Maßnahmen (etwa First Step), in der Regel erfolgt eine Direkteinstieg ins BT (Reha-Beraterin DRV).*

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Trägern besteht darin, dass bei der DRV ein Reha-Berater für eine Reha-Einrichtung zuständig ist, was bei der BA nicht der Fall ist. Die unterschiedlich stark ausgeprägte Arbeitsmarktorientierung (je nach Regionen und einzelnen Einrichtungen) bestimmt die Gesamtsituation. Einzelne BTZ haben sich in Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen auf bestimmte Diagnosegruppen spezialisiert (z. B. Autisten), andere BTZ lehnen eine Spezialisierung ihrer Maßnahmen auf konkrete Diagnosen und Krankheitsbilder ab. Für Akademiker gibt es aber besondere psychologische Angebote, vor allem das Training von Soft Skills (etwa bfz-München)

In den dem BT oft vorgelagerten Assessment geht es, so die Experten unisono, immer mehr um die Vermittlung von „Sekundärtugenden“ (Pünktlichkeit, Genauigkeit, Kommunikation) damit die Versicherten überhaupt in der Lage sind eine längere Maßnahme erfolgreich zu durchlaufen. Wesentlich für einen Erfolg der Maßnahme bleibt aber die Motivation des Rehabilitanden wie eine Mitarbeiterin der BA im Gespräch festhält: *Reha ist geprägt von*

*Motivation und Mitwirkung, es ist ein freiwilliges Angebot, da ist kein großer Zwang dahinter, den wir ausüben* (Reha-Beraterin BA)

Ein wichtiges Element innerhalb der Maßnahme ist für die von uns befragten Experten, das haben wir bereits in den Teilnehmerinterviews gesehen, die Rolle der Gruppe. Anders als es vielleicht naheliegt, wird dabei die Heterogenität der Gruppe nicht als Hindernis, sondern als Chance gesehen. Eine wechselseitige Stärkung und Ermutigung untereinander und ein überwiegend respektvoller Umgang hat, das berichten auch die Rehabilitanden, einen positiven Effekt auf die eigene psychische Situation. Dazu kommt, dass eine offene Kommunikation über die eigene Erkrankung eine wechselseitige Akzeptanz erlaubt und gleichzeitig ein „Lernen am Modell der Anderen“ neue Perspektiven eröffnet. Das BTZ als „Schutzraum“ ist ein Thema das uns sowohl bei den Rehabilitanden als auch bei den Experten immer wieder begegnet. Hier können sich die Teilnehmer ohne den Druck der normalen Erwerbsarbeit „ausprobieren“ und lernen mit schwierigen Situationen umzugehen. *„Die allermeisten gehen mit viel mehr Selbstbewusstsein hier raus. [...] Sie wissen, was sie brauchen, um gesund zu arbeiten.“* (BTZ-Mitarbeiterin).

Das Ziel der Maßnahme besteht vielfach, obwohl der Begriff BTZ den Schwerpunkt auf den Beruf suggeriert, in der Schaffung der psychischen und individuellen Voraussetzungen, um wieder am Arbeitsleben teilnehmen zu können: *„Struktur geben, Selbstbewusstsein wiedererlangen – das steht oft viel mehr im Vordergrund als die berufliche Qualifikation.“* (BTZ-Mitarbeiterin).

Die Hauptthemen der Rehabilitanden in der Maßnahme sehen die Experten in folgenden Punkten:

- Umgang mit Absagen und Scheitern
- Anpassung des Selbstbilds und Anspruchsniveaus an die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
- Frage nach der Veröffentlichung der psychischen Krankheit bei Bewerbungen
- Mobbing Erfahrungen am Arbeitsplatz
- Stärkung von „Sekundärtugenden“ v.a. bei jüngeren Teilnehmern
- Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und privaten Belastungen (Pflege, Kinder)

- gesundheitliche Selbstsorge und äußeres Erscheinungsbild

Eine wichtige Rolle für die Wiedererlangung der eigenen Arbeitsfähigkeit spielen auch die Praktika innerhalb der BTZ-Maßnahmen, wobei, wie bereits in Kapitel 5.3.3 erwähnt wurde, von Seiten der BTZ öfters der Begriff „*berufliche Erprobung*“ verwendet wird, da er besser als Praktikum klingt, ein Begriff, der von vielen Teilnehmern negativ gesehen wird (Leiterin bfz). Die „berufliche Erprobung“ dient im eigentlichen dem Austesten der eigenen Fähigkeiten, der Leistungseinschätzung und der Orientierung für den angestrebten Beruf. Die Praktikumsstellen werden in der Regel von den Rehabilitanden selbst gesucht, nur im Notfall schaltet sich das BTZ hier ein. Die Dauer der beruflichen Erprobung variiert dabei und kann von den Teilnehmern flexibel gehandhabt werden (Länge sowie Anzahl der Praktika). Auch wenn einige Teilnehmern von der Ausnutzung als „billige Arbeitskräfte“ berichten, spielt die berufliche Erprobung eine wichtige Rolle im Rahmen der Maßnahme. Zum Teil werden Rehabilitanden im Praktikum übernommen und oft stärken sie das Gefühl noch etwas „leisten“ zu können und ein positives Feedback über die eigene Person zu bekommen.

Abschließend soll hier noch das Thema Abbruch einer Maßnahme betrachtet werden. Zunächst gibt es verschiedene Formen von Abbrüchen, vor allem krankheitsbedingt scheidet ein gewisser Prozentsatz der Teilnehmer frühzeitig aus, kann aber zu einem späteren Zeitpunkt wieder in die Maßnahme einsteigen. Beim Abbruch wegen einer Krankheitsepisode ist ein Wiedereinstieg innerhalb von sechs Monaten möglich.

Dazu kommen diejenigen Personen, die noch während des BT in Arbeit kommen und die Maßnahme deshalb abbrechen. Für letztere wird, so einige Expertenaussagen, eine 6-wöchige Nachbetreuung angeboten. In dieser Zeit sind noch verschiedene Leistungen möglich. Inhaltlich interessant ist, dass die BTZ in der Regel nicht empfehlen, dass die Teilnehmer sofort in Arbeit wechseln, wenn sie ein Arbeitsangebot bekommen, da oftmals noch keine notwendige Stabilität vorhanden ist. Das 12-monatige BT frühzeitig abzuberechnen, wird in den Augen der Experten vielfach als kontraproduktiv empfunden da das Hauptziel der Maßnahme eine Stabilisierung, also einen SAW, bildet. Ob hier auch monetäre Gründe eine Rolle spielen, jeder Abbruch „kostet“ der Einrichtung natürlich Geld, soll an dieser Stelle offenbleiben.

### 5.4.3 Klientel

Auch die BTZ müssen sich die letzten Jahre auf eine Veränderung der Teilnehmerstruktur einstellen. Die Frage nach den dadurch entstehenden spezifischen Herausforderungen spielten in den Interviews mit den Experten eine entscheidende Rolle. Die wichtigsten Ergebnisse dazu werden im Folgenden knapp zusammengefasst.

Wie bereits oben schon angedeutet stellen sich, so praktisch unisono die Aussagen der befragten Experten, besonders bei Langzeitarbeitslosen mit psychischen Problemen vor einer LTA-Maßnahme häufig Themen wie Schuldentilgung, die Bearbeitung der konkreten Lebensbewältigung oder Beziehungsprobleme. Insgesamt konstatieren die befragten Experten eine Veränderung bei Diagnosen und Problemen der betroffenen Klientel. Eine Leiterin bfz nennt dabei vor allem Multiproblemfälle, also Menschen mit schwierigen sozialen Verhältnissen, erlebten Traumata, aber auch mit Wohnungsproblemen. Dazu kommen, so ein Reha-Fachberatungsleiter DRV, immer mehr Personen mit körperlichen und psychischen Problemen, etwa auch in Folge von Substanzmittelmissbrauch. Zunehmend berichten Rehabilitanden von Überlastungen, v.a. in Sozial- und Pflegeberufen und dies auch bei jüngeren Personen. *„Es gibt immer mehr Leute, die aus psychischen Gründen systemrelevante Berufe verlassen. Erzieherberufe, Pflege, also Lehrkräfte.“* (Psychologin BTZ).

Dazu kommen vermehrt ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) als Diagnosen, was spezielle Programme benötigt. Eine besondere Rolle spielt aktuell auch die soziale Isolation durch die staatlichen Corona-Maßnahmen, in der Hilfsbedürftige längere Zeit keine Hilfe erhalten haben und unter den Folgen ihrer Isolation, besonders bei Alleinlebenden, heute noch leiden.

Die in den BTZ sehr heterogene Zielgruppe umfasst Menschen mit psychischen Störungen wie Depressionen, Anpassungsstörungen oder PTBS, aber auch vermehrt junge Menschen, die von den Experten als „verloren“ und orientierungslos beschrieben werden, wie folgende Aussagen zeigen:

*„Die wirken alle auf mich völlig verloren, frei flottierend, kein wirkliches Ziel vor Augen, auch ehrgeizlos. (...) Da hat man wirklich den Eindruck, dass viele gar nicht so richtig wissen, wo ihre Fähig- und Fertigkeiten liegen. (...) Erschreckend, wie viele junge Leute das betrifft. (...) Viele sind restlos überfordert. Das Elternhaus hat einen Riesenanteil, weil die Elternhäuser nicht*

*mehr in der Lage oder bereit sind, entsprechende Leitplanken einzuziehen.“ (Stabsstelle Ersteingliederung).*

Hier entsteht ein hoher Unterstützungsbedarf, insbesondere bei jungen Menschen, die ohne Tagesstruktur oder Berufserfahrung zunächst an einen „geregelten Alltag“ herangeführt werden müssen. Weiters wird hoher Betreuungsbedarf dadurch generiert, dass es zunehmend Klienten gibt, deren berufliche Erfahrungen und Ziele unklar sind, was eine intensive Betreuung (z. B. Berufsfindung) erforderlich macht. Dazu kommt das bereits genannte Problem einer Passung der eigenen Selbsteinschätzung und der realen Möglichkeiten wie eine Mitarbeiterin eines BTZ betont: *„Es geht oft um Kunden, die in völlig frische berufliche Felder eingestiegen sind, die mit ihrer Persönlichkeitsstruktur überhaupt nicht in Übereinstimmung zu bringen sind.“*

Insgesamt stehen in den BTZ schwerere psychische Erkrankungen im Vordergrund: *„Der Anteil der psychisch-psychiatrischen Probleme ist enorm. (...) Hauptsächlich sind es die klassischen F3/4-Diagnosen, Depressionen, Ängste, Anpassungsstörungen.“* (Mitarbeiterin, BTZ). An dieser Stelle muss nochmal die Rolle der Diagnosen betrachtet werden. Diese ist nur bei von der DRV zugewiesenen Rehabilitanden bekannt (nicht bei BA). Das hat den Vorteil fallspezifische Arrangements bei Beginn der Maßnahme, Belastungsgrenzen oder spezifische psychosoziale Angebote (z. B. Bewältigung von Sozialängsten) zu präzisieren.

Eine hauptamtliche Gutachterin der BA fasst die Teilnehmerstruktur im Interview knapp zusammen:

- Ein hoher Anteil der Klientel kommt aus dem SGB-II-Bereich, darunter viele Menschen mit Migrationshintergrund.
- Es gibt eine zunehmende Zahl junger Menschen mit komplexen psychischen Störungen (z. B. ASS) und ohne Schulabschluss, die häufig aus Förderschulen kommen.
- Ein bemerkenswerter Trend ist der Anstieg psychischer Erkrankungen bei Menschen aus systemrelevanten Berufen (z. B. Pflege, Erziehung, Lehrkräfte), die aufgrund von Belastungen aus diesen Berufen ausscheiden.
- Suchterkrankungen, insbesondere durch Crystal Meth und Mediensucht, haben in bestimmten Regionen zugenommen, was das Klientel zusätzlich verändert.

Der größte Teil der Rehabilitanden hat bereits auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gearbeitet. Besonders unter den Teilnehmern, die von der BA zugewiesen werden (mit Ausnahme der jüngeren Personen), sind aber häufig Personen mit vielfachen Arbeitsplatzwechseln und diskontinuierlichen Erwerbsbiografien zu finden. Nach Aussagen einer BTZ-Leiterin kommen einige Teilnehmer ihrer Entlassung auch durch die eigene Kündigung zuvor. Prinzipiell findet man aber alles in den BTZ: Lange Berufskarrieren mit zunehmenden Belastungssymptomen, diskontinuierliche Berufsbiografien und meist jüngere Personen ohne irgendeine berufliche Qualifikation. Generell lässt sich, so eine BTZ-Mitarbeiterin, sagen: *„Was fast alle mitbringen, ist ein ganz, ganz, ganz schwaches Selbstbewusstsein. Dass sie sich gar nicht trauen, irgendwo hinzugehen überhaupt.“* (Mitarbeiterin BTZ)

Auch der Bildungsstand der Teilnehmer ist sehr heterogen. Der Zugang von Akademikern zum BTZ hängt von regional vorhandenen alternativen Bildungsträgern ab. Die meisten Akademiker in den BTZ sind aber Studienabbrecher oder solche, die nie in ihrem Beruf gearbeitet haben. Hier müssen oft die eigenen Ansprüche „heruntergestuft“ werden, da - so die Experten - das Selbstbild oft stark beeinträchtigt und dadurch realistische Lösungen erschwert sind. Dass es hier zu Konflikten kommen kann, ist evident, ebenso bei der zunehmenden Zahl von Personen mit Persönlichkeitsstörungen (etwa durch Misstrauen). Bei jüngeren Teilnehmern fehlen oft notwendige Sekundärtugenden, was insbesondere den Übergang in Arbeit erschwert. Zudem müssen sich die BTZ, insbesondere bei jüngeren Personen, auf eine veränderte Klientenstruktur einstellen: *„Gerade viele Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen sind oft besser in spezialisierten Einrichtungen als in Berufsbildungswerken aufgehoben.“* (Mitarbeiterin BTZ)

Dass die Klientel sich insgesamt verändert hat, insbesondere was die Leistungsfähigkeit anbelangt, wird immer wieder in den Interviews betont. Es kommen nun vermehrt Personen ins BTZ die früher keinen Platz bekommen hätten. Nur eine exemplarische Stimme dazu: *Es hat sich verändert: Früher waren viele Akademiker hier. Heute sind auch Ungelernte da oder Leute mit einem sehr niedrigen Niveau.“* (BTZ-Mitarbeiterin)

Zusammengefasst sehen die Experten neue Herausforderungen für die BTZ durch veränderte Problemlagen der Rehabilitanden. Dazu gehören zunehmend junge Menschen, besonders aus Förderschulen, oft mit ASS oder geistigen Entwicklungsproblemen. Auch kommen immer mehr Menschen, die systemrelevante Berufe wie Pflege oder Erziehung wegen psychischer

Überlastung verlassen müssen, hinzu. Ebenso beobachten die Experten eine Zunahme von Suchterkrankungen, vor allem auch Medien- oder Spielsucht, verstärkt bei den jüngeren Klienten. Insgesamt wird eine sinkende Leistungsfähigkeit der Teilnehmer festgestellt, sowohl kognitiv als auch bei basalen Kriterien wie Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Belastbarkeit, Voraussetzungen für den Arbeitsmarkt. Besonders im Jugendbereich wird ein Rückgang der grundlegenden Arbeitskompetenzen beobachtet. Auf die Zunahme bestimmter Gruppen haben BTZ vereinzelt bereits mit neuen Maßnahmen reagiert. *„Wir haben spezielle Maßnahmen für Autisten, Essstörungen und Trauma – mit entsprechend geschultem Personal und 1:1-Betreuung, wenn nötig.“* (BTZ-Leiterin)

#### 5.4.4 Übergänge aus der Maßnahme

Nicht zuletzt aufgrund des aktuell guten Arbeitsmarkts und des Fachkräftemangels finden auch Menschen mit Beeinträchtigungen derzeit leichter Stellen. Darüber hinaus sind auch die Arbeitgeber insgesamt offener für die Beschäftigung mit Beeinträchtigten geworden, was auch die Experten in den Gesprächen bestätigen: *„Wenn man jemanden mit UB platzieren kann und der sich bei einer begrenzten Aufgabe bewährt, dann benötigt man keine langen Verlaufsketten mit BT, sondern kann schneller auf den ersten Arbeitsmarkt kommen, so der Leiter einer Reha-Fachabteilung DRV. Die Bereitschaft Personen mit geringerer Leistungsfähigkeit zu beschäftigen, steigt in den letzten Jahren, aufgrund eines Arbeitskräftemangels aber auch wegen eines veränderten Umgangs mit beeinträchtigten Arbeitnehmern an, was Konsequenzen für die Arbeit der BTZ hat.“*

Für die BTZ ist die gestiegene Bereitschaft der Arbeitgeber auch Menschen mit Beeinträchtigungen einzustellen ambivalent. Sie erlaubt zwar öfter den nahtlosen Übergang aus dem Praktikum in eine Beschäftigung, was positiv zu sehen ist, dieser frühzeitige Abgang ist aber wiederum für die BTZ mit finanziellen Verlusten verbunden, vor allem wenn es sich um eine auf 12 Monate bewilligte Maßnahme handelt. Der sofortige Übergang in Arbeit wird, wie schon oben genauer ausgeführt, von den BTZ nicht primär forciert, entscheidender ist für die Experten die nachhaltige Beschäftigungssicherung (SAW) der Teilnehmer.

Kritisch sehen einige Experten die Empfehlungen zu weitergehenden Bildungsmaßnahmen. Zu längeren Verlaufsketten mit anschließender Neuqualifizierung sollte, so eine Expertin der

DRV-Bund explizit, nicht unbedingt geraten werden: *„Man muss heute wirklich gucken, was sinnvoll ist und warum“.*

In unserem Interviewsample mit Rehabilitanden zeigte sich auch, dass etwa die Hälfte der Interviewten in eine weitere Maßnahme vermittelt wurde. Die Person verschwindet in diesem Fall für ein paar Jahre aus dem Arbeitsmarkt. Das ist, so ein Experte im Gespräch, nicht die Perspektive der RV und auch nicht immer die des Rehabilitanden. Letzterem wird mit weitergehenden Maßnahmen hier ein „Floh ins Ohr gesetzt, wie ein Leiter der Reha-FB DRV anmerkt: *„Der Arbeitsmarkt fragt die Leute nach, auch ohne ein IHK-Zertifikat. Und genau an der Stelle prallen wir auf die Welten vieler BTZ, die halt noch sehr in ihrem, na ja, wenn die jetzt einmal reinkommen, dann lassen wir die auch drei Jahre nicht mehr raus. Und dieser, das ist ein Vorwurf, der ist jetzt auch ein bisschen, der ist sehr vereinfacht ...“*

Was die Nachsorge anbelangt, wird des Öfteren in den Interviews betont, dass Begleitmodelle wie *„Integration plus“* mit kurzer Antragszeit ohne medizinische Begleitung wünschenswert wären. Dazu wären individuell passgerechte flexible Nachbegleitungszeiten für die (wenigen) Rehabilitanden, die dies brauchen wichtig. Als sinnvoll angesehen wird in Einzelfällen beim Übergang vor allem eine Unterstützung bei der Aushandlung leidensgerechter Arbeitsbedingungen. Hier rückt das Thema Kooperation mit den Betrieben in den Mittelpunkt, ein Thema, das in den Expertengesprächen aber nur eine marginale Rolle spielt, obwohl manche der interviewten Experten diese Zusammenarbeit betonen. *„Wir betreuen nicht nur Teilnehmende, sondern schulen auch Arbeitgeber, wie sie mit psychisch Beeinträchtigten umgehen können.“* (BTZ-Mitarbeiterin)

Was durchgehend als problematisch erscheint und uns auch in unserem Interviewsample mit Rehabilitanden begegnet ist die Problematik einer frühen Erwerbsminderungsrente oder dem Antrag auf eine EM-Rente. Frühzeitige Rentenbewilligungen, teilweise unbefristet bei sehr jungen Teilnehmern, werden sehr kritisch gesehen, da sie Entwicklungsmöglichkeiten blockieren. Hier nur zwei Aussagen von BTZ-Mitarbeiterin dazu:

*„Wir erleben leider, dass junge Teilnehmer unbefristete Erwerbsminderungsrenten erhalten – mit Anfang 20. Das blockiert jede Entwicklung.“* (...) *„Frühzeitige Erwerbsminderungsrente für junge Leute ist aus gesellschaftlicher Sicht ein Wahnsinn – wir müssen Teilhabe ermöglichen, nicht verhindern.“*

Was am derzeitigen System in den Interviews öfter kritisiert wurde, ist das Fehlen einer systematischen Nachverfolgung des Erfolgs der Teilnehmer nach Abschluss der Maßnahme. Der von den Experten kritisierte Mangel an systematischer Rückmeldung über die Wirksamkeit der Maßnahmen erschwert eine Kenntnis über mögliche Verbesserungen und eine eventuelle Neuausrichtung und Änderung der Angebote. Dazu gibt es aber widersprüchliche Aussagen: manche Experten betonen, dass die BTZ der RV gegenüber immer in der Pflicht sind und die Wirksamkeit der Maßnahmen einer permanenten Kontrolle ausgesetzt ist, also eine Evaluation der Maßnahmen auf diesem Wege laufend stattfindet. *„Die Rentenversicherung prüft regelmäßig den Erfolg der Maßnahmen, auch gerade den Rentenversicherungsträgern gegenüber müssen die BTZ liefern.“* (Mitarbeiterin BTZ).

Hierzu gibt es aber widersprüchliche Aussagen der Experten, wie sich insgesamt sagen lässt, dass die verschiedenen Professionen, je nach inhaltlichem Schwerpunkt, zu unterschiedlichen Aussagen und Einschätzungen kommen. Betonen manche, vor allem Psychologen und Sozialpädagogen, wie weiter oben beschrieben, etwa den Wert einer durchgehenden Maßnahme, um den Erfolg zu verstetigen, finden wir auch andere Stimmen, hier etwa exemplarisch der Leiter eines BTZ: *„Eine gute Maßnahme ist eine kurze Maßnahme – im Schnitt verlassen unsere Teilnehmenden das BTZ nach sieben Monaten mit einer Arbeitsstelle.“*

Unterschiedliche Bewertungen in den Interviews fanden wir schließlich bei der Frage nach der Zukunft der BTZ. Die Heterogenität der Klienten, im Einzelfall mit ganz speziellen Erkrankungen, etwa ASS, machen für manche Experten eine Spezialisierung der BTZ sinnvoll: *„BTZ müssen sich spezialisieren – nicht jeder kann alles anbieten. Es braucht Spezialisten, spezialisierte Angebote und Kontinuität.“* (Leiterin BTZ). Hier finden wir aber auch diametral andere Auffassungen, die in einer Spezialisierung keinen nennenswerten Vorteil sehen, sondern gerade in der breiten Aufstellung des BTZ eine für die Teilnehmer adäquate Ausrichtung sehen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass das System der beruflichen Rehabilitation von einer komplexen Interaktion zwischen verschiedenen Akteuren (Ärztlicher Dienst, Reha-Berater, Rentenversicherung) geprägt wird und dabei Herausforderungen in der Zusammenarbeit, der Kommunikation und der Effizienz entstehen. Maßnahmen wie das BTZ werden von den befragten Experten als gezielte, aber kostenintensive Option nur für schwerwiegende psychische Problemlagen empfohlen, wobei der Zugang durch administrative Hürden und

mangelnde Rückmeldungen erschwert wird. Gleichzeitig zeigt sich ein Wandel in der Klientel, insbesondere eine zunehmende Überforderung und Orientierungslosigkeit bei jungen Menschen, die einen strukturierten Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt erschweren. Herausforderungen und Grenzen des Rehabilitationssystems sind, so weitgehend der Konsens, im Spannungsfeld von Einzelfallentscheidungen, gesellschaftlichen Veränderungen und den Anforderungen einer kosteneffizienten Steuerung zu finden.

## **6 Exkurs zur Debatte um die Priorisierung von Supported Employment gegenüber Prevocational Training**

### *Vorbemerkung*

Auch wenn der Gegenstand unserer Studie ausdrücklich *keine* Evaluierung der BTZ, etwa mit Blick auf nachhaltigen RTW und SAW beabsichtigt, möchten wir im Folgenden anhand unserer im Verlauf der Studie gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse kurz auf die seit einigen Jahren intensiv geführten Diskussion über das Für-und-Wider von Ansätzen des PVT (first train, then place) wie sie die BTZ anbieten gegenüber Modellen des SE (first place, then train) bei der (Wieder-)Eingliederung der Zielgruppen von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen eingehen. Dabei möchten wir gestützt auf unsere Ergebnisse mit dem PVT der BTZ verdeutlichen, dass bei Entscheidungsoptionen für die eine oder andere Variante neben den ganz individuellen Ausgangssituationen der zugewiesenen Klienten auch strukturelle Rahmenbedingungen (z. B. sozialpolitische Zielsetzungen, Arbeitsmarkt) relevant sind, sodass die vor allem aus dem angelsächsischen Bereich herangezogenen Studien zur Überlegenheit des SE nur begrenzt übertragbar sind und auch im Sinne eines individuellen Fallmanagements Entscheidungen für das eine oder andere Maßnahmenformat nur fallbezogen und nicht durch ein Entweder-oder getroffen werden können.

### 6.1 Hintergründe der fach- und sozialpolitischen Kontroversen um „first place“ und „first train“

Folgt man dem ersten „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013) zeigt sich, dass ca.

- 50 % der Menschen mit chronischen psychischen Störungen im erwerbsfähigen Alter keinerlei Erwerbstätigkeit nachgehen,
- 20 % in einer WfbM tätig sind und
- 15 % Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch nehmen.

Wenn man zusätzlich berücksichtigt, dass nicht alle im Teilhabebericht erfassten Personen mit chronischen/chronifizierten psychischen Beeinträchtigungen unter die enge Definition von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen fallen (zur Definition: vgl. Gühne & Riedel-Heller, 2015), dürfte der Anteil der Menschen aus dieser Zielgruppe, die keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung haben oder in WfbM ausgesteuert werden – mit einer nur ca. 1%-igen Chance auf eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt – noch größer sein. Vor diesem Hintergrund ist das politische Ziel einer möglichst umfassenden Teilhabe der Zielgruppe am Arbeitsleben (vgl. Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention) noch in weiter Ferne. Dies gilt trotz einer insgesamt breiten Palette an Leistungsansprüchen im SGB IX, im SGB III, im SGB II, im SGB VI und im SGB VII sowie in dem seit 2019 geltenden Teilhabechancengesetz vorgesehenen Eingliederungshilfen und einer Vielzahl einschlägiger Einrichtungen und Dienste, die Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben vorhalten (vgl. von Kardorff, 2024). Für die Zielgruppe der schwer psychisch beeinträchtigten Menschen sind dies z. B. das Komplexangebot (ärztliche, psychologische, sozialpädagogische, ergotherapeutische Begleitung) der *RPK*, die *BTZ* und die *Inklusionsfirmen* sowie ambulante Beratungsangebote wie sie von unterschiedlichen kommerziellen und freigemeinnützigen Trägern vorgehalten werden wie z. B. IFD oder auch Angebote der UB nach § 38a SGB IX (InBeQ) und § 55 SGB IX; letztere wird bislang für die hier relevante Zielgruppe erst ansatzweise genutzt, ihre Ausdehnung aber verstärkt befürwortet (vgl. Stengler et al., 2021). Vor diesem Hintergrund stellt sich für die Kostenträger, die Öffentlichkeit, die im System tätigen Fachkräfte und Experten und nicht zuletzt für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen die Frage, wie die geringe Arbeitsmarktteilhabe der Zielgruppe verbessert werden kann und welche Angebote dabei als besonders wirksam, effizient und mit Blick auf eine nachhaltige (Wieder-)Eingliederung in Arbeit auch einen Social Return on Investment aufweisen. Daher verwundert es nicht, dass in der Wissenschaft und der Versorgungspraxis seit einigen Jahren eine intensive Diskussion zur den erfolgversprechenden, effizienten und von Rehabilitanden wie Fachkräften als zielführend eingeschätzten sowie aus fachlicher und

finanzieller Sicht erforderlichen Herangehensweisen bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen existiert. In konzeptioneller Hinsicht geht es dabei um die im deutschsprachigen Raum (mit Ausnahmen in der Schweiz: Hoffmann, 2013; Schaufelberger und Mösch Payot, 2013) vorherrschende Praxis des „first train, then place“ (= PVT) im Gegensatz zu der vor allem mit fachlichen Konzepten des SE<sup>14</sup> verbundenen und im angelsächsischen Raum vorherrschenden Praxis des „first place and then train“ (Stengler & Becker, 2016).

Auch wenn wir in unserer Untersuchung zu den BTZ nur die Perspektive und Praxis des PVT untersucht haben und keinen empirischen Vergleich zu den inzwischen auch in Deutschland bislang in geringem Umfang etablierten Erfahrungen mit SE vornehmen konnten, stellt sich – mit Blick auf Erfahrungsberichte und unsere eigenen Erhebungen – die Differenz zwischen beiden Ansätzen keineswegs so pointiert dar, wie sie zuweilen nicht zuletzt auch von Kosten- und Einrichtungsträgern oder von unterschiedlichen Disziplinen mit ihren jeweils eigenen organisations- und professionsbezogenen Interessen akzentuiert wird. Während einige internationale randomisierte Kontrollgruppenstudien zeigen, dass Maßnahmen des Individual Placement and Support (IPS; vgl. Bond et al., 2020) dem PVT überlegen sind (z. B. Modini et al. 2016) gelangen etwa Kinoshita et al. (2013) – auf der Basis eines Reviews vergleichender randomisierter Kontrollgruppenstudien – zu einer etwas vorsichtigeren Schlussfolgerung: *„The limited available evidence suggests that supported employment is effective in improving a number of vocational outcomes relevant to people with severe mental illness, though there appears to exist some overall risk of bias in terms of the quality of individual studies“*. Suijkerbuijk et al. (2017) differenzieren die Ergebnisse zur Wirksamkeit und Effizienz von SE dahingehend, dass Maßnahmen des „augmented supported employment“, das neben der

---

<sup>14</sup> Der fachliche Begriff des „Supported Employment“ (Debrunner, 2016), der in den USA bereits Ende der 80er Jahre des 20. Jh entwickelt und erprobt wurde, ist weiter gefasst und stärker ausdifferenziert als die im deutschen Sozialrecht im § 55 SGB IX definierte „Unterstützte Beschäftigung“, die dort auf Menschen mit einer Behinderung beschränkt und zeitlich auf maximal 2 Jahre begrenzt ist und zudem keine regelhafte multiprofessionelle Begleitung oder trägerübergreifende Kooperation vorsieht. In Deutschland wird SE bislang vorrangig in Bereich der Unterstützung von Menschen mit geistiger und Lernbehinderung zur Alltagsunterstützung praktiziert (vgl. Doose, 2012); in der Schweiz wurden Projekte des SE in den späten 80er Jahren schon mit psychisch kranken Menschen erprobt (Hoffmann, 2013). Seit einigen Jahren existieren auch einschlägige Projekte in Deutschland (Nischk et al., 2024) sowie auch das Reha-Projektmodellprojekt LIPSY in Leipzig, das vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health evaluiert wird ([https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektdaten/Projektdarstellung\\_LIPSY.html](https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektdaten/Projektdarstellung_LIPSY.html)).

Begleitung durch einen Jobcoach weitere, etwa kognitive Trainingselemente enthält, dem einfachen SE und dem PVT überlegen sind. Die Beschreibung der PVT-Programme beschränkt sich hier allerdings auf Assessments und Trainingselemente beruflicher Fähigkeiten und der Vermittlung von Social Skills, die für die Arbeitswelt relevant sind, bezieht aber keine Maßnahmentypen ein, die wie die BTZ in Deutschland als wesentliches Element sowohl ein BTZ etwa in arbeitsmarktähnlichen Übungsfirmen als auch darin enthaltene Praktika bei Firmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als verpflichtenden Bestandteil ihrer Maßnahme anbieten. Daher erscheinen die bislang vorliegenden Studien nur begrenzt auf die Situation der BTZ oder der RPK in Deutschland übertragbar, die beide Elemente des „train“ und des „place“ anbieten und bei der Arbeitsmarktintegration erfolgreich sind (vgl. BAG-BTZ Beender-Berichte). Damit scheint es geboten, die stark polarisierte Diskussion (etwa Hoffman, 2013) stärker auf die tatsächlich zu beobachtenden Varianten in der praktischen Umsetzung der Vorbereitung und Platzierung der Zielgruppe auf dem Arbeitsmarkt zurückzuführen und nach den differenziellen Effekten für die heterogene Zielgruppe zu suchen. Dennoch bleiben mit Blick auf arbeitsmarkt- und sozialpolitische Zielsetzungen einige grundsätzliche Differenzen beider Ansätze bestehen, die im Folgenden ebenso aufgegriffen werden, wie die zu dieser Fragestellung relevanten Ergebnisse aus unserer Untersuchung der Praxis in den BTZ.

### 6.2 Unterschiedliche Wege zum Ziel und unterschiedliche Schwerpunkte in der Zielsetzung von PVT und SE: Gemeinsamkeiten und Differenzen

Zunächst verfolgen BTZ und SE gemeinsam das Ziel einer möglichst nachhaltigen (Wieder-)Eingliederung schwer psychisch erkrankter Menschen jedoch auf *etwas* unterschiedlichen Wegen und mit unterschiedlichen sozialpolitischen Zielsetzungen. Ob nämlich eine direkte Platzierung mit einer intensiven begleitenden multiprofessionellen Unterstützung, die durchaus zwei Jahre dauern kann, für die betreffende Personengruppe „geeigneter“ und nachhaltiger ist als etwa ein PVT entscheidet sich *zum einen* an den Aussagen der Betroffenen und an ihrer Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit zu Beginn, im Verlauf und zum Ende der Maßnahme, gespiegelt an der z. B. mit Hilfe qualitativer Methoden rekonstruierten Veränderung der Lebensumstände, die den Weg (zurück) in die Arbeitswelt charakterisieren und *zum anderen* am begründeten empirischen Vergleich zwischen der Art, der Qualität und

des Umfangs der erreichten Beschäftigungsverhältnisse und ihrer Nachhaltigkeit über einen längeren Zeitraum (mindestens zwei Jahre) hinweg.

Wie bereits im Forschungsstand für Deutschland kurz angedeutet, gibt es hierzulande bislang keine systematischen Studien, die die unterschiedlichen Ansätze mit Blick auf Wirksamkeit, Nachhaltigkeit, Social Return on Investment, subjektive Akzeptanz und Zufriedenheit oder mit Blick auf die Heterogenität der Zielgruppen miteinander verglichen haben. Hier wäre u. a. eine Zufallsverteilung der bislang von den Rentenversicherungsträgern bzw. der BA/JC nach administrativen und sozialmedizinischen Kriterien zugewiesenen Klienten auf BTZ und Angebote des SE erforderlich. Eine nachträgliche Zwillingsbildung mit Blick auf ICF codierte Beeinträchtigungen wäre dabei unseres Erachtens näher an der Versorgungswirklichkeit als ein Vergleich von BTZ-Teilnehmern mit von der Psychiatrie für SE ausgewählten Klienten. Mit Blick auf die Erfolgskriterien müsste zudem noch die Vermittlung in weitergehende berufsqualifizierende Maßnahmen erfasst werden, da dies auch ein Qualitätsmerkmal für eine (potenziell) erfolgreiche LTA-Maßnahme für Menschen darstellt, die krankheitsbedingt nicht mehr in ihrem bisherigen Arbeitsfeld oder Beruf arbeiten können. Da derartige Studien aber bislang nicht vorliegen, ist man zumindest für Angebote aus dem Spektrum des PVT auf die von den BTZ-Einrichtungen auf Basis der Nutzerdaten selbst erstellten Berichte angewiesen (vgl. etwa die Beender-Berichte der BAG-BTZ). Diese Berichte zeigen einen guten Erfolg bei der (Wieder-)Eingliederung in Arbeit, so dass beide Ansätze als zielführend und erfolgreich bewertet werden können, ohne dass jenseits der Outcome-Daten unseres Wissens detaillierte Informationen über formative, also prozessbegleitende Mechanismen für SE vorliegen (eine der wenigen Ausnahmen: Shankar et al., 2021); für die BTZ konnten wir in unserer Studie hierzu einige Ergebnisse gewinnen (s. u.). An dieser Stelle besteht also noch erheblicher Forschungsbedarf, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine begründete Stellungnahme für eine dichotome Entscheidung für das eine oder andere Maßnahmenformat formuliert werden kann. Dies liegt nicht daran, dass sich SE in den angelsächsischen Ländern in einigen Outcome-Parametern nicht als dem PVT überlegen gezeigt hätte, sondern daran, dass zentrale Aspekte, die auf *sozialpolitischen Zielvorstellungen* beruhen in die Studien aus dem angelsächsischen Bereich nicht mit eingeflossen sind (schon: Kilian, 2013).

Während SE auf eine direkte Platzierung auf dem Arbeitsmarkt setzt und bedarfsentsprechend im Verlauf unterschiedliche begleitende Hilfen durch Jobcoaches einsetzt, ist das Angebot der

BTZ darauf gerichtet, auf der Grundlage einer teils mehrwöchigen Eingangsphase Arbeitsfähigkeit, Belastbarkeit, besondere Aspekte der individuellen Krankheits-, Bildungs- und Berufsbiografie und der aktuellen Lebenssituation zu klären und die beruflichen Orientierungen der Rehabilitanden mit ihnen gemeinsam herauszuarbeiten. Dieses Assessment bildet den Ausgangspunkt für die Entwicklung einer aussichtsreichen an Prinzipien des individuellen Fallmanagements orientierte Strategie zur Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt, die sowohl der Heterogenität der Teilnehmer gerecht zu werden versucht als auch deren Belastungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Zuweisung in Rechnung stellt.

### *Übergreifende sozialpolitische Ziele und die Perspektive des Arbeitsmarkts*

LTA sollen als politische Zielvorgabe Menschen mit Beeinträchtigungen den Zugang zu einem inklusiven Arbeitsmarkt eröffnen (UN-BRK Art. 27), Betroffene dabei unterstützen nach langen Zeiten krankheitsbedingter Abwesenheit vom Arbeitsplatz und krankheitsbedingter oder -assoziierter Erwerbslosigkeit den Weg wieder zurück in Arbeit zu finden und schließlich ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben in eine Erwerbsminderungsrente zu verhindern. Diese sozial-, arbeitsmarkt- und rehabilitationspolitischen Zielsetzungen werden nicht zuletzt von den Bedingungen des Arbeitsmarkts, wie der quantitativen Nachfrage nach Arbeitskräften, den qualitativen Anforderungen an Qualifikationsprofile der Arbeitssuchenden sowie der Bereitschaft der Arbeitgeber gerahmt. Diese Gesichtspunkte sind auch bei der Gewährung unterschiedlicher LTA-Maßnahmenformate für verschiedene Zielgruppen in Rechnung zu stellen.

### *Junge Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen – BvB-Maßnahmen*

Die Bedeutung einer derartigen arbeitsmarktbezogenen Kontextualisierung lässt sich etwa am Beispiel der den BTZ zugewiesenen Gruppe der jüngeren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zeigen, die oft ohne Schulabschluss, aus dem Übergangssystem<sup>15</sup>, ohne

---

<sup>15</sup> Dazu gehören: „die unterhalb einer qualifizierten Berufsausbildung liegen bzw. zu keinem anerkannten Ausbildungsabschluss führen, sondern auf eine Verbesserung der individuellen Kompetenzen von Jugendlichen zur Aufnahme einer Ausbildung oder Beschäftigung zielen und zum Teil das Nachholen eines allgemein bildenden Schulabschlusses ermöglichen.“ (Konsortium Bildungsberichterstattung (2006) zitiert nach Maier (2021))

Berufsausbildungsabschluss häufig nach mehrfach abgebrochener Lehre in die Maßnahme kommen. Für diese jungen Menschen, von denen einige schon eine lange Geschichte gescheiterter Maßnahmenkarrieren hinter sich haben, bildet ein PVT wie die Teilnahme an einer BvB oft die einzige Chance um anschließend in eine Ausbildung einzumünden und nicht langfristig auf Gelegenheitsjobs im Niedriglohnsektor angewiesen zu sein. Für diese Gruppe bietet sich eine direkte Platzierung auf dem Arbeitsmarkt nicht an, für einige Betroffene wird ggf. im weiteren Verlauf eher noch eine Platzierungsunterstützung durch ein Budget für Ausbildung oder ein Budget für Arbeit in Frage kommen.

### *Berufliche Neuorientierung: Anpassungsqualifizierung und Umschulung*

In den BTZ-Eingangsverfahren und Assessments stellt sich für eine Reihe von Teilnehmern vielfach die Frage nach einer Beruflichen (Neu- und Um-)Orientierung. Dies trifft nicht nur für sehr junge Rehabilitanden unter 25 Jahren zu, sondern auch für jüngere Menschen zwischen 25 und 35, zu denen auch Personen mit abgebrochener akademischer Ausbildung zählen und für solche, denen ein Einstieg in den Beruf nie richtig gelungen ist sowie für einige ältere Rehabilitanden – die auch körperliche Komorbiditäten aufweisen (siehe hierzu auch Kapitel 7). Neben didaktischen Formaten wie der Berufswegeplanung hilft den Teilnehmern hier auch der Austausch mit den anderen Rehabilitanden, das Ausprobieren verschiedener Tätigkeitsbereiche in den Werkstätten und Übungsbüros, vor allem aber die Erfahrungen mit den berufsvorbereitenden Praktika bzw. beruflichen Erprobungen in einem Rahmen, der Zeit für Erprobung und Reflexion bietet – so die Ergebnisse unserer Studie.

Mit Blick auf die Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt stellt sich für viele, auch den von uns befragten Teilnehmern die Frage, ob sie mit ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in ihrem bisherigen Beruf, ggf. mit reduzierter Stundenzahl oder in einer weniger exponierten Position noch weiterarbeiten können oder, ob sie sich beruflich neu orientieren müssen; diese Einsicht bedeutet für die Betroffenen einen (oftmals schmerzlichen, weil mit dem Abschied von eigenen Ansprüchen und Selbstbildern verbundenen) Lernprozess, der sich im geschützten Rahmen des BTZ vollzieht und durch eine sozialmedizinische Beurteilung durch

den Kostenträger bestätigt werden muss<sup>16</sup>. Die psychologisch begleitete Auseinandersetzung führt dann fallweise zu einem dem Leistungsbild angemessenen „downgrading“ der bisherigen Ansprüche an sich selbst und/oder zur Beantragung weiterführender LTA-Maßnahmen, etwa zu einer einjährigen Anpassungsqualifizierung oder einer zweijährigen Umschulung in einem BFW, ggf. mit einem vorgeschalteten dreimonatigen RVT oder RVL. Auch wenn derartige Maßnahmenketten die Zeit PVT deutlich verlängern, eröffnen sie Chancen zu einer nachhaltigen Platzierung auf dem Arbeitsmarkt und verringern das Risiko eines vorzeitigen Ausscheidens in eine Erwerbsminderungsrente. Dabei ist nicht auszuschließen, dass institutionelle Effekte (Vermittlung von Weiterqualifizierungsmaßnahmen innerhalb eines Trägers, vom BTZ in das zugehörige BFW) zu den beschriebenen verlängerten Maßnahmenketten beitragen und eine frühere Platzierung auch möglich wäre. Aber auch hier sind immer kostenträgerseitige Kontrollen über die Weiterbewilligungsverfahren beteiligt. In der beruflichen Rehabilitation lässt es sich zudem nicht vermeiden, dass eine krankheitsbedingt gewährte LTA-Maßnahme auf die sich verändernden Qualifikationsprofile des Arbeitsmarkts mit beruflichen Bildungsangeboten reagieren muss, um das Ziel einer nachhaltigen beruflichen Integration zu erreichen. Mit Blick auf den unter anderem am *Deutschen Qualifikationsrahmen* ([https://www.dqr.de/dqr/de/home/home\\_node.html](https://www.dqr.de/dqr/de/home/home_node.html)) orientierten Arbeitsmarkt geht eine gute berufliche Qualifikation gerade auch für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer mit einer erhöhten Chance auf Beschäftigung einher; zum anderen ist die berufliche Qualifizierung insbesondere für psychisch beeinträchtigte Menschen mit diskontinuierlichen Berufsbiografien auch ein Schutz vor einem dauerhaften Verbleib im Niedriglohnssektor und in prekärer Beschäftigung. Das bedeutet nicht, dass es unter den in die BTZ zugewiesenen Personen keine Teilnehmer gäbe, für die nach der Assessment-Phase (die ja auch bei SE der eigentlichen Platzierung vorgeschaltet ist) eine direkte Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit der fachkompetent vorhandenen Begleitung durch BTZ-Mitarbeiter möglich wäre – hier wäre etwa an Teilnehmer zu denken, die nach langen Zeiten kontinuierlicher qualifizierter Beschäftigung ohne lange

---

<sup>16</sup> Diese sozialmedizinische Einschätzung zur Erforderlichkeit eines Berufswechsels oder des Ausschlusses einer bestimmten Form der Berufstätigkeit aufgrund einer bestimmten psychiatrischen Diagnose kann schon bei der Beantragung einer LTA-Maßnahme vorliegen. Dass diese sozialmedizinische Einschätzung – etwa bei vorliegender psychischer Krankheit, keine Berufstätigkeit mit Kundenkontakt auszuüben – fachlich höchst umstritten ist und von der Praxis mit Fragezeichen versehen wird, steht auf einem anderen Blatt und hier nicht zur Diskussion.

Zeiten vorausgehender Erwerbslosigkeit durch eine psychische Krise „aus der Bahn geworfen“ wurden und den starken Wunsch nach Rückkehr in Arbeit formulieren. Aus unserer Sicht setzt das neben der Zustimmung der Betroffenen (Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung) auch eine Berücksichtigung der gesamten bisherigen, nicht nur der (berufs-)biografischen Verlaufskurve und der aktuellen Lebenssituation beim Eintritt in die Maßnahme voraus. Auf der Seite der sozialrechtlichen Grundlage der BTZ- Maßnahmen nach § 51 SGB IX würde dies eine Flexibilisierung der Vertragsgestaltung seitens der Kostenträger mit den BTZ voraussetzen (vgl. auch die „Gemeinsamen Empfehlungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR, 2022), etwa die enge Vorgabe, dass 50 % des Maßnahmenzeitraums stationär im BTZ erbracht werden müssen. Hinsichtlich der das BT begleitenden beruflichen Erprobungen zeigt sich in den Gesprächen mit Fachkräften und Teilnehmern bei den Hospitationen bereits eine große fallbezogene Flexibilität bezogen auf Anzahl und Dauer an einzelnen BTZ-Standorten.

Vor diesem Hintergrund sollte unserer Auffassung nach das SE nicht gegen das PVT wie es in den BTZ angeboten wird, ausgespielt werden. Stattdessen erschiene es sinnvoll eine *flexible und situationsgerechte Nutzung von PVT und SE und Jobcoaching* im Sinne des individuellen Fallmanagement anzustreben.

Eine weitere Flexibilisierung scheint uns auch mit Blick auf die *Nachsorge* erforderlich: während die befragten Fachkräfte der BTZ überwiegend darin übereinstimmten, dass die in jedem BTZ angebotene Nachsorge insgesamt nur von einem kleineren Teil der Teilnehmer aktiv genutzt und benötigt werde, befänden sich jedoch unter diesen Personen auch ehemalige Rehabilitanden, denen es vor allem aufgrund ihrer gesundheitlichen Instabilität und Vulnerabilität nicht gelänge, im Arbeitsleben Fuß zu fassen. Für diese Personen müssten fallbezogen flexible und damit längere Nachbetreuungszeiten ermöglicht werden. Dies dürfte auch SE-Maßnahmen betreffen, wenn die Beschäftigung erfolgreich platzierter Rehabilitanden wegen von Krankheitsrückfällen und persönlichen Krisen aufgrund ihrer hohen verbliebenen Vulnerabilität gefährdet ist.

### 6.3 Ziel- und Interessenkonflikte – Kostenträger, Leistungserbringer, Fachkräfte und Rehabilitanden

#### *Fachlich-konzeptionelle Gemeinsamkeiten und Differenzen*

Eine vergleichende Betrachtung der *Ziele*, der *thematischen Inhalte*, der identifizierten *Problembereiche* und der *fachlichen Konzepte* der kontrovers diskutierten Maßnahmenformate des PVT der BTZ und der IPS-Vorgaben des SE ergibt in zentralen Punkten *eine hohe Übereinstimmung*; die zentrale konzeptionelle Differenz liegt darin, ob eine direkte Platzierung mit paralleler Begleitung etwa durch einen Jobcoach oder eine berufsvorbereitende Maßnahme generell geeigneter oder erfolgversprechender ist. Sowohl aus den Gesprächen mit BTZ-Fachkräften, aus den Interviews mit Rehabilitanden und aus den Beobachtungen und begleitenden Gesprächen bei den durchgeführten Hospitationen hat sich gezeigt, dass sehr viele Rehabilitanden zu Beginn der Maßnahme schnell erschöpft sind und Ruhepausen benötigten und die *schrittweise* Steigerung von Belastungen bei gleichzeitig verbindlichen an die Betriebsrealität auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angenäherten Regeln zu einer Zunahme an Selbstwirksamkeitserleben, der Motivation „am Ball“ zu bleiben, beiträgt. Dieses Prinzip der graduellen Steigerung zusammen mit der Unterstützung in der Gruppe und die individuelle flexible Gestaltungsmöglichkeit der Leistungsanpassung ohne frustrierende Überforderung scheint für viele Personen aus der Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen eine Gelingensbedingung für einen erfolgreichen RTW zu sein, besonders, wenn sie – wie bei vielen Teilnehmern im BTZ – vorher krankheitsbedingt lange Zeiten der Erwerbslosigkeit und/oder des Krankengeldbezugs durchlaufen hatten. Festzuhalten ist an dieser Stelle jedoch, dass keineswegs alle der den BTZ zugewiesenen Maßnahmeteilnehmer auch alle von der Psychiatrie – und dort auch kontrovers diskutierten – Merkmale von Personen mit „schweren psychischen Störungen“ aufweisen; dennoch zeigt sich im Verlauf des Assessments bei allen Personen eine besondere durch unterschiedliche Faktoren bedingte hohe psychische Vulnerabilität, die zu der besonderen beruflichen Problemlage und dem Unterstützungsbedarf entscheidend beiträgt und sich auch in den nicht-beruflichen Lebensbereichen niederschlägt. Auch wenn ein Großteil der Teilnehmer, die unseren Fragebogen beantwortet haben, parallel zur Maßnahme im BTZ ambulante fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Angebote nutzen, bleiben viele von ihnen während der Maßnahme auf eine Atmosphäre angewiesen, die ihnen – wie oben erwähnt –

eine schrittweise Annäherung an die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ermöglicht. Diese aus den BTZ berichteten Erfahrungen sprechen auch für die Sinnhaftigkeit eines *relativen Schutzraums mit Leitplanken und Stufen*, die den Weg zurück in Arbeit strukturieren; dies gilt auch dann, wenn dieser Schutzraum nicht für alle Teilnehmer gleichermaßen erforderlich ist, was sich in unserer Studie u. a. daran zeigt, dass ein Teil der Rehabilitanden stärker berufsorientiert, ein anderer stärker auf die Bearbeitung der psychischen Probleme hin ausgerichtet ist (siehe Kapitel 7).

### *Die Perspektive der Fachkräfte der BTZ und die treibende Kraft der psychiatrischen Profession beim SE*

Aus der Perspektive der Fachkräfte der BTZ besteht ein breiter Konsens über Ziele, Herausforderungen, und die fachlichen Standards beim Assessment mit Hilfe ICF-orientierter Bedarfsfeststellung, der Förderung und der Vorbereitung der Zielgruppe psychisch beeinträchtigter Menschen auf den Weg zurück auf den Arbeitsmarkt unter anderem auf der Grundlage des personenbezogenen und partizipativen Fallmanagements; all dies weist eine große Übereinstimmung mit den IPS-Kriterien des SE auf. Hinsichtlich der *Professionen* ist es vor allem die Psychiatrie, die das SE für die Zielgruppe besonders stark macht (vgl. Stengler et al., 2021; Gühne & Riedel-Heller, 2021) und dafür plädiert, nach Abschluss der stationären oder teilstationären psychiatrischen Behandlung keine Zeit zu verlieren, sondern gerade auch die Patienten mit schweren psychischen Störungen direkt ohne einen „Umweg“ über Maßnahmen des PVT bei der Wiedereingliederung am (bisherigen) Arbeitsplatz zu begleiten. Unsere Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass zu Beginn der Maßnahme viele Rehabilitanden oft aufgrund der langen durch Krankheit und/oder durch Erwerbslosigkeit bedingten Absenz vom Arbeitsmarkt, durch multiple Krisen in ihrer Lebenslage und -situation und die störungsspezifischen Symptome in ihrer Belastbarkeit so weit eingeschränkt sind, dass sie Zeit und Raum benötigen, um sich an die Grenze ihrer dauerhaften Belastbarkeit heranzutasten. Gerade hier haben Berufsgruppen wie Arbeitspsychologen, Berufstrainer, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter eine besondere Kompetenz, die durch die psychiatrische Kompetenz ergänzt werden kann.

## *Zur Rolle der Kostenträger und der Leistungserbringer in der Debatte um SE und PVT*

Für die Kostenträger von LTA-Maßnahmen stehen Zielerreichung und Zielgenauigkeit, Effektivität, Effizienz und Qualitätssicherung (auch als Mittel der Kontrolle der Leistungserbringer), Transparenz und Nachhaltigkeit der Maßnahmen und mit Blick auf die Rehabilitanden auch die Erforderlichkeit als ein wichtiger Gesichtspunkt zum Nachweis einer kosteneffizienten Leistungsgewährung zur politischen Legitimation gegenüber der Versicherungsgemeinschaft bei der Zulassung und Gewährung von Leistungen im Fokus. Mit Blick auf die Kosten spielt bei der Vertragsgestaltung mit Leistungsanbietern auch der Wettbewerbsgedanke (der idealerweise als Kosten- und Qualitätswettbewerb fungieren soll) eine wichtige Rolle. Gerahmt wird dies durch die gesetzlichen Bedingungen, deren Überprüfung und Veränderung von Kostenträgern und Leistungsanbietern sowie anderen politischen Akteuren auf der Ebene der BAR selbst durch Empfehlungen an den Gesetzgeber stark beeinflusst wird.

Vor diesem einleitend skizzierten Hintergrund ist es zunächst einleuchtend, dass Kostenträger sich an möglichst evidenzbasierten Studien<sup>17</sup> orientieren, wenn sie über die Priorisierung von Maßnahmen reflektieren. Und hier existiert im Gegensatz zu der bislang geringen Forschungsliteratur zu den BTZ eine große Anzahl von bislang überwiegend angelsächsischen Studien zum SE, die sich sehr stark auf Rehabilitanden mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit bipolaren und mit Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline) und ggf. mehr als zwei stationären Aufenthalten in der Psychiatrie beziehen. Eine neuere (nicht randomisierte) Studie von Nischk et al. (2024) mit einer sehr kleinen Stichprobe legt nahe, dass an IPS-Kriterien orientiertes SE für die zuletzt genannten Diagnosegruppen im Vergleich zu „Rehabilitation as usual“-Maßnahmen auch einen höheren Social Return on Investment erbringt. Die große Heterogenität, der in BTZ zugewiesenen Rehabilitanden mit einem breiten Spektrum an Lebenskonstellationen und unterschiedlichen (berufs-)biografischen Zugangspunkten sollte eine gewisse Skepsis gegenüber randomisierten Kontrollstudien mit sehr spezifischen Auswahlkriterien mit sich bringen. Gegenwärtig ist der Forschungsstand hier

---

<sup>17</sup> Der hierfür als Bezugsgröße angegebene, vor allem aus der Medizinischen Versorgungsforschung gängige „Goldstandard“ sind randomisierte Kontrollgruppenstudien; dieser Standard ist allerdings mit Blick auf sozialwissenschaftliche Studien, in denen Kontexte (und nicht einzelne „Variable“) auch immer wieder als Entscheidungsgrundlage kritisiert worden (vgl. hierzu allgemein u.a. von Kardorff 2021).

noch keineswegs ausreichend um eine Priorisierung von Maßnahmen sinnvollerweise vornehmen zu können. Es drängt sich bei dem teilweise vehement vorgetragenen Plädoyer für SE (z. B. Jaeckel & Nischk, 2024) aus psychiatrischen Einrichtungen der Verdacht auf, dass sich die Psychiatrie im Bereich der beruflichen Rehabilitation auch ein neues Arbeitsfeld und Finanzierungsmöglichkeiten erschließen möchte. Damit kommt sie seitens der Leistungserbringer in der aus unserer Sicht einseitig als Entweder-oder geführten Debatte um PVT vs. SE ins Spiel. Auf Seiten der Leistungserbringer, die wir in unserer Studie untersuchen konnten, steht die erfahrungsbasierte Weiterentwicklung der bewährten Angebote und ihre Anpassung an die veränderte Klientel und die veränderten Anforderungen des Arbeitsmarkts (berufliche Anforderungen, technische Voraussetzungen) im Vordergrund; dazu werden fortlaufend neue und flexible und zieldifferente sowie möglichst auf die individuellen Reha-Bedarfe zugeschnittene Maßnahmen weiterentwickelt und neue Angebote erprobt. Dabei ist für einzelne Rehabilitanden nach dem Assessment auch eine direkte Platzierung denkbar; einige Teilnehmer wechseln auch direkt vom Praktikum in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen, ohne das BT abzuschließen („Abbruch nach oben“). Natürlich haben die etablierten Leistungsträger ein legitimes Eigeninteresse an Bestandssicherung und auch an einer Erweiterung ihrer Tätigkeitsbereiche: dabei kommt ihnen das über Jahrzehnte angesammelte Erfahrungswissen im Zusammenspiel zwischen beruflicher Qualifizierungsarbeit und psychosozialer Unterstützung zugute. Hinzu kommt eine aktiv aufgebaute regionale und überregionale Netzwerkstruktur mit übergreifenden Fortbildungsangebote für die Fachkräfte im Bereich der beruflichen Rehabilitation, sodass sich für die BTZ eine Erweiterung und Ergänzung ihrer Angebote auf SE-Maßnahmen sehr gut eignen würde, auch um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden. Insgesamt scheint uns – auch aus der Erfahrung anderer Projekte an unserem Institut – mit Blick auf eine nachhaltige (Wieder-)Eingliederung (nicht nur) von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein engerer Kontakt mit den Arbeitgebern und regionalen Strukturen wie Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen sowie den Interessenvertretungen der Beschäftigten wichtig, um die Bereitschaft zur Beschäftigung(ssicherung) der immer noch stark stigmatisierten und von Diskriminierung betroffenen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch für beide Seiten – die Betroffenen wie für die Betriebe – geeignete und potentiell erfolgversprechende Arbeitsplätze und –formen zu fördern.

#### 6.4 Fazit: first place oder first train – Es kommt darauf an!

Wie bei allen Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben spielen auch für die Zielgruppen von PVT oder von SE auch sozial- und arbeitsmarktpolitische Rahmensetzungen und Zielvorgaben eine mindestens ebenso wichtige Rolle wie das operative Ziel der (Wieder-)Eingliederung (RTW) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und die nachhaltige Beschäftigungssicherung (SAW); daraufhin sind die Einzelmaßnahmen zu beziehen und anzupassen. Das breite in Deutschland im Bereich der beruflichen Rehabilitation bzw. der LTA entwickelte wissenschaftliche und in der Praxis aufgeschichtete und weiterentwickelte Erfahrungswissen legen auch für die hier in Frage stehende besondere Zielgruppe keine Entweder-oder-Lösungen nahe, sondern verweisen auf die flexible Nutzung, Ergänzung, Weiterentwicklung und Anpassung des gesamten Spektrums an wirksamen Maßnahmen.

Bezogen auf die heterogene Zielgruppe scheint eine sowohl an den störungsbedingten beruflichen Beeinträchtigungen wie an einer darüber hinausgehenden am individuellen Fallmanagement orientierte Differenzierung in einem umfassenden Assessment nach wie vor zielführend, so, wie es von den BTZ für die von DRV und BA zugewiesenen Rehabilitanden bereits angeboten wird: *Erst danach* ist aus unserer Sicht eine gemeinsame Entscheidung mit dem Rehabilitanden sinnvoll, ob eher first place oder zunächst first train passt.

Eine zentrale Begründung hierfür sehen wir in einer kontextualisierten Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe, so wie wir sie in unserer Studie dokumentieren konnten und die über das Spektrum der medizinisch-psychiatrischen Diagnosen – die für sich genommen mit Blick auf die berufliche Zukunft nur begrenzt aussagefähig sind – weit hinausreicht, indem sie spezifische berufsrelevante Fähigkeiten wie Beeinträchtigungen ebenso umfasst, wie die konkrete Lebensphase, Berufsbiografie und Lebenssituation der Betroffenen beim Eintritt in die Maßnahme. So verfügen einige Teilnehmer zu Beginn der Maßnahme weder über eine Tagestruktur noch über ausreichende berufsbezogene Arbeitstugenden bzw. haben diese aufgrund langer Zeiten der Erwerbslosigkeit oder des Krankengeldes verloren; einige Teilnehmer sind zusätzlich in ihrer Lebensbewältigung (Hygiene, Kleidung, Ernährung, Selbstfürsorge) hilfebedürftig, haben zunehmend – so die befragten Fachkräfte in den BTZ – auch Anpassungsstörungen, die die „Arbeitsmarktgängigkeit“ negativ beeinflussen. In Einrichtungen des PVT bietet, wie wir in den Hospitationen aber auch aus der Befragung der Rehabilitanden und in den Interviews mit den Fachkräften bestätigen konnten, die

Gemeinschaft der Gleichbetroffenen im BTZ einen Raum, indem die Gruppe auch als Form der wechselseitigen Kontrolle und der Lernmöglichkeiten wirkt, eine Abgleichung der eigenen Situation durch kommentierte und nicht kommentierte Rückmeldungen der Anderen ermöglicht sowie Agency und Selbstbewusstsein der Rehabilitanden stärkt und vor allem Sicherheit vor Stigmatisierung und Diskriminierung bietet, weil sich alle bewusst sind, dass die psychischen Störungen der Grund ihrer Anwesenheit in der Maßnahme sind.

Vor diesem Hintergrund sehen wir die Kontroverse und vor allem die Zuspitzung auf ein „Entweder-oder“ bezüglich „First place“ vs. „First train“ als wenig hilfreich, auch wenn wir wie wiederholt betont SE selbst nicht evaluiert haben. Vielmehr kommt es bei der Entscheidung für das eine oder das andere Maßnahmenformat „darauf an“ – und zwar auf die vielen in diesem Kapitel skizzierten Aspekte.

## **7 Synopse der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse unserer Studie noch einmal zusammenfassend dargestellt und nach einzelnen Themen geordnet. Wie auch in unseren früheren Studien (vgl. InVerPsych, WEMRE, Berlin-Brandenburg)<sup>18</sup> bereits sichtbar wurde, zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung sowohl in den quantitativen als auch in den qualitativen Daten eine große Heterogenität der Teilnehmer und vor allem eine große Heterogenität der psychischen Beeinträchtigungen mit Blick auf die vom Arbeitsmarkt erwarteten Anforderungen. Die Zielgruppe des BTZ sind Menschen mit „Schweren psychischen Beeinträchtigungen“ (severe mental illness). Ihre Kategorisierung leitet sich nicht so sehr von der psychiatrischen Diagnose ab – auch wenn Psychosen, schwere Depressionen und Persönlichkeitsstörungen in dieser Gruppe stark vertreten sind – als vielmehr von *ihrem komplexen medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Behandlungsbedarf* (vgl. Gühne & Riedel-Heller, 2015, Hervorhebung von uns). Dies zeigt sich in der häufigen Nutzung akutpsychiatrischer und ambulanter sozialpsychiatrischer Hilfen, langen Krankheitskarrieren und oft zusätzlichen Diagnosen wie Abhängigkeitserkrankungen; bei vielen Betroffenen liegt zudem der Behandlungsbeginn im jüngeren Lebensalter. Im Einzelfall handelt es sich um

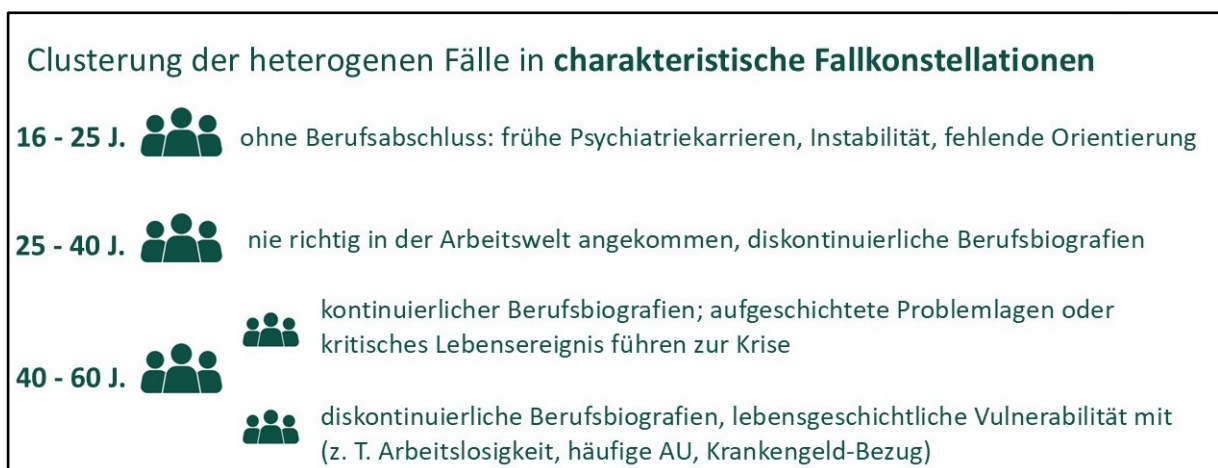
---

<sup>18</sup> siehe unter: <https://bws-institut.de/referenzen/>

unterschiedlich starke und oft schwankende Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltags und der Erfüllung beruflicher Anforderungen. In unserer Studie hat sich gezeigt, dass erstens die konkreten beruflichen Beeinträchtigungen nicht aus der mitgebrachten, selbst angegebenen Diagnose abgeleitet werden können. Zweitens zeigt sich, dass viele Betroffene, die aus der psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen wurden, mehr unter die Kategorie der „Common Mental health disorders“ fallen, aber dennoch besonders komplexe individuelle und zeitlich langanhaltende Lebensprobleme aufweisen, die sich nachteilig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Diese Individualität bedeutet aber nicht, dass sich keine übergreifenden Problemkonstellationen und Muster in einer detaillierten Analyse zeigen. Denn auch die komplexen Lebensprobleme in den Fallkonstellationen haben nur eine begrenzte Variabilität, wenn man davon ausgeht, dass die komplexen Herausforderungen der Lebensbewältigung in Gesellschaft und Berufswelt sich allen Menschen in ähnlicher Weise stellen.

### *Fallkonstellationen*

Aus den empirischen Daten unserer Studie ergeben sich charakteristische Fallkonstellationen, die sich in vier Hauptgruppen einteilen lassen (siehe Abbildung 21).



*Abbildung 21: Clusterung in charakteristische Fallkonstellationen; eigene Darstellung*

Die von uns als charakteristische Varianten bezeichneten Fälle lassen sich strukturell deutlich voneinander unterscheiden, auch wenn sich in den analysierten Fällen immer wieder Mischformen zeigen, sie also nicht in jedem Fall trennscharf sind. Empirisch zeigt sich dies insbesondere im Hinblick auf den Ausgangspunkt und die konkreten Anlässe für die Entwicklung psychischer Vulnerabilität, die dazu führt, dass besonders länger anhaltende

Belastungen, sei es im Beruf oder in der Familie oder ein kritisches Lebensereignis (z. B. Scheidung; Kündigung; Tod eines nahestehenden Menschen), nicht mehr mit den individuell erlernten Bewältigungsstrategien kompensiert werden können. Zudem finden wir sehr unterschiedliche berufsbiografische Verläufe, zum Teil altersbedingt, zum Teil aber auch eigenen beruflichen Entscheidungswegen geschuldet. Die vier identifizierten Fallkonstellationen können folgendermaßen beschrieben werden:

1. jüngere und sehr junge Personen (ca. 16 – 25 Jahre) ohne eine abgeschlossene schulische Bildung und/oder Berufsbildung, deren psychische Störungen sich bereits im frühen Alter manifestieren (PTBS, Psychosen, ASS, starke Anpassungsstörungen, etc.). Dazu gehören etwa die in Kapitel 5.2.3 und dargestellten Fälle Frau Georgius und Herr Iller sowie im Rahmen dieses Berichtes nicht weiter dargestellte Fälle wie Frau Heine und Frau Sander (siehe Tabelle 3).
2. vulnerable Personen mittleren Alters zwischen 25-40 mit abgeschlossener schulischer Bildung – aber auch mit abgebrochener Lehre oder abgebrochenem Studium – die den Einstieg in eine kontinuierliche Berufsbiografie nicht gefunden und „nie richtig Fuß gefasst haben.“ Dazu gehört auch, dass sie den Erwartungen einer „Normalbiografie:“ partnerschaftliche Beziehung, Job, Heirat und Kinder durch ihre psychische Verfasstheit nicht realisieren konnten, was im Laufe der Zeit Versagensgefühle aufkommen lässt und sie für psychische Krisen relativ früh anfällig werden lässt. Hierzu gehören etwa die in Kapitel 5.2.1 dargestellten Fälle Herr Storch und Herr Alf und Herr Storch sowie Herr Münkler (siehe Tabelle 3).
3. ältere Personen ab 40 Jahren, mit langen und meist unauffälligen, kontinuierlichen Berufsbiografien, deren psychische Krisen und ein damit einhergehender psychischer Zusammenbruch durch Veränderungen in der Berufswelt und/oder Schicksalsschläge in der Familie bzw. aufgeschichtete oder nicht aufgearbeitete Lebensprobleme oder besondere berufliche Belastungen oder Enttäuschungen ausgelöst werden. Hierzu gehören, als eine Art Quergruppe, auch Personen, die akzeptieren lernen müssen, dass sie nicht mehr in derselben Weise leistungsfähig sind wie vor ihrer psychischen Erkrankung. Das Thema *Downsizing* – wie gehe ich mit meiner verminderten Leistungsfähigkeit im Beruf adäquat um? - ist in den BTZ vielfach präsent. Hierzu

gehört etwa der in Kapitel 5.2.4 dargestellte Fall Herr Wald sowie Herr Erwin (siehe Tabelle 3).

4. Als vierte charakteristische Konstellation sind schließlich ältere Personen ab 40 Jahren mit diskontinuierlichen Berufsbiografien, langen Maßnahmenkarrieren und häufigen AU-Zeiten oder Klinikaufenthalten bzw. langen Phasen der Erwerbslosigkeit zu nennen. Für sie ist das BTZ eine Möglichkeit, sich zu erproben und zu einer realistischen Einschätzung des eigenen Arbeits- und Leistungsvermögens zu kommen, sich beruflich neu zu positionieren. Für einige Personen aus dieser Gruppe besteht die Gefahr frühzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden (EM-Rentenanspruch). Hierzu gehört etwa der in Kapitel 5.2.4 dargestellte Fall Frau Lewis sowie Frau Fitis (siehe Tabelle 3).

Eine Identifikation dieser Gruppen könnte auch dazu dienen zieldifferente gruppenspezifische Zuweisungen zu internen Maßnahmen zu erleichtern.

Für die Gruppe 1 bedeutet dies, arbeitsmarktrelevante Qualifikationen bzw. die Voraussetzungen dazu überhaupt erst zu erwerben: das kann sowohl in fachlicher Hinsicht eine BVB-Maßnahme sein oder in psychosozialer Hinsicht das Einüben sekundärer Arbeitstugenden (Bearbeitung von Anpassungsstörungen), Unterstützung bei der Persönlichkeitsentwicklung und ggf. Einübung von Selbstversorgungsfähigkeiten (Hygiene, Kleidung, Ernährung, Sport, etc.). Für Personen aus dieser Gruppe ist oft auch eine intensivere, ggf. auch länger andauernde Begleitung beim Übergang in eine Ausbildung oder eine Beschäftigung hilfreich.

Für diese psychisch besonders vulnerable Gruppe 2 steht oft weniger die fachlich-berufliche Qualifikation im Vordergrund als vielmehr eine psychosoziale Bearbeitung oft über viele Jahre verfestigter „Misserfolgsbiografien“, die mit häufig mit vermindertem Selbstwertgefühl und Versagensängsten einhergehen. Diesen Personen ist es trotz vieler Anläufe bis dato nicht gelungen eine stabile Beschäftigungsbiografie aufzubauen. Hier geht es darum kleinschrittig Selbstbewusstsein aufzubauen und kleine Erfolgserlebnisse zu verstärken und die Belastungs- und Durchhaltefähigkeit langsam zu steigern. Für eine Reihe von Personen aus dieser Gruppe kommt auch eine weiterführende berufsqualifizierende Maßnahme bzw. eine Umschulung nach einer Orientierungs- und Erprobungsphase in Frage, die zu den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Rehabilitanden passt;

Für die dritte Gruppe steht die Krisenbewältigung – seien es akute Ereignisse im privaten oder beruflichen Leben, seien es Erschöpfungssyndrome durch dauerhafte und aufgeschichtete Problemlagen – im Vordergrund. Hier geht es vor allem um Techniken der Selbstsorge (z.B. Abgrenzung gegen Überforderung; Reduktion von Ansprüchen an die eigene Person „downshifting“) und der Krisenbewältigung etwa durch verbesserte Achtsamkeit gegenüber Belastungssymptomen. Für Personen aus dieser Gruppe, die in der Regel beruflich und fachlich bereits gut qualifiziert sind und Erfahrungen der Arbeitswelt mitbringen, könnte auch eine direkte Platzierung mit begleitendem Coaching und psychologischer Betreuung in Frage kommen.

Die vierte Gruppe ist aus unserer Sicht mit Blick auf eine Stabilisierung der Beschäftigung besonders gefährdet, weil sie sich aufgrund ihrer langjährigen starken psychischen Belastungen und diskontinuierlichen Berufsbiografien in oft prekären Arbeitsverhältnissen befinden. Personen aus dieser Gruppe sind in der Regel stark motiviert die eigene Situation zu verbessern, scheitern aber immer wieder aufgrund häufiger Rückfälle und/oder der beruflichen Anforderungen, denen sie nicht dauerhaft gewachsen sind. Für diese Personen ist der Schutz- und Erprobungsraum im BTZ besonders wichtig, damit sie zunächst einmal zur Ruhe und zu sich selbst kommen und Perspektiven für ihre berufliche Zukunft entwickeln können. Einige Personen dieser Gruppe werden voraussichtlich während ihres gesamten Berufslebens immer wieder auf Begleitung und Unterstützung angewiesen sein, um nicht, sei es in Langzeiterwerbslosigkeit, sei es in eine EM-Rente ausgesteuert zu werden.

#### *Nutzungsverhalten / Strategien der Bewältigung*

Ein zentrales Ergebnis der Fallanalysen zeigt sich im unterschiedlichen Nutzungsverhalten der Maßnahmenangebote in den BTZ. Über alle untersuchten Fälle hinweg lassen sich hier grundsätzlich zwei Herangehensweisen ausmachen, die sich auch in den Fallvergleichen spiegeln. Der Fokus liegt dabei auf individuellen Erwartungshaltungen der Rehabilitanden gegenüber dem BTZ und der ihnen zugewiesenen bzw. empfohlenen und ausgewählten Reha-Maßnahmen. So lässt sich feststellen, dass ein großer Teil der befragten Teilnehmer vor allem ihre emotionale und psychische Situation ver- bzw. bearbeiten wollen und der Themenbereich Arbeit/Beruf insgesamt eine eher untergeordnete Rolle spielt. Rehabilitanden wie Frau Lewis,

die sich weniger über ihre Arbeit definieren, deren psychische Erkrankungen vor allem in traumatischen Erfahrungen und Schicksalsschlägen ihre Ursache haben und deren Auslöser für psychische und/oder körperliche Zusammenbrüche vor allem auf internale Faktoren zurückzuführen sind, benötigen demnach vor allem Strategien der „emotionalen Heilung“ zur Bewältigung ihrer zumeist eingeschliffenen psychisch instabilen Arbeitssituation. Hier stehen v. a. Unterstützungs- und Therapieangebote bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen und dem Umgang bzw. der Offenlegung der psychischen Erkrankung im Alltag im Mittelpunkt der Beruflichen Rehabilitation.

Rehabilitanden wie Herr Wald, die sich in erster Linie über ihre Arbeit definieren, deren psychische Erkrankungen auch oder vor allem von den Betroffenen auf ihre Arbeitssituation (Stress, Überforderung, Mobbing, etc.) zurückgeführt werden, profitieren hingegen eher von strukturellen Lösungen und den Angeboten zur beruflichen Weiterentwicklung im Rahmen der BTZ-Maßnahme. Es geht hierbei v. a. um die Förderung von arbeitsplatzbezogener Selbstreflexion (Umgang mit Kollegen; realistische Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit; Vermeidung von Überforderung; Erkennen von Warnzeichen) und der Fähigkeit zur Abgrenzung im beruflichen Kontext (z. B. nicht alle Aufgaben anzunehmen; Überforderung rechtzeitig anzuzeigen), der schrittweisen Steigerung der Belastungsfähigkeit, dem Ausbau von Fachkompetenz und dem Aufzeigen neuer beruflicher Perspektiven bzw. der Anpassung der Arbeitsaufgaben an die individuelle Belastungsfähigkeit.

Dass die beiden Gruppen nicht in jedem Fall exakt voneinander zu trennen sind, zeigt sich auch am Fallvergleich Lewis/Wald (siehe Kapitel 5.2.4). So muss Frau Lewis insbesondere im beruflichen Kontext lernen, sich abzugrenzen und auch Herr Wald muss den Tod enger Bezugspersonen emotional verarbeiten. Letztlich lässt in den meisten Fällen eine Tendenz in Richtung einer der beiden Nutzungsschwerpunkte beobachten.

#### *Förderliche Faktoren im Rahmen der Beruflichen Reha*

Eine große Heterogenität möglicher Verläufe bringt zwangsläufig auch eine Vielzahl von unterschiedlichen und zumeist sehr individuellen Hürden mit sich, welche in den verschiedenen Maßnahmen der Beruflichen Rehabilitation im BTZ bewältigt werden müssen. Die Fallvergleiche verdeutlichen exemplarisch die förderlichen Faktoren der Angebote der

Beruflichen Trainingszentren, die von den Rehabilitanden auch insgesamt – so zeigen die Ergebnisse der quantitativen Längsschnittstudie – als unterstützend und hilfreich wahrgenommen werden und einen positiven Effekt auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand und die eingeschätzte Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden haben.

Eine ausgeprägte **Ressourcenorientierung** in der Bearbeitung von Aufgaben bzw. therapeutischen Sitzungen lässt sich grundsätzlich als eine der zentralen Einflüsse auf einen positiven Reha-Verlauf ausmachen. Was zunächst trivial erscheint, stellt sich in der individuellen Ausgestaltung der Maßnahmen vielfältig dar. So können neben sozialen Ressourcen (stabile Beziehungen zu Bezugspersonen, die Einbindung in Sportvereine und Peer-Groups), personalen Ressourcen (hohe Arbeitsmotivation, Resilienz, ausgeprägte Selbstwirksamkeit, etc.) auch Umfeldressourcen (regionale Angebote, Wohnort, Wetter, ÖPVN-Anbindung, etc.) oder emotionale Ressourcen (die Wahrnehmung der Rolle als Mutter, die Identifikation als „Kämpfer/in“, etc.) tragende Rollen spielen. Sie sollen im Folgenden kurz beleuchtet und entsprechende konkrete Interventionen im BTZ aufgezeigt werden.

*Soziale Ressourcen* zeigen sich vor allem in Übergangssituationen als wichtiger Einflussfaktor für das Gelingen oder Scheitern an neuen Aufgaben. Dabei ist vor allem die Qualität der Beziehung zu einem Familienmitglied, einem Peer oder auch einer sozialen Gruppe von entscheidender Bedeutung. Gerade für diejenigen Rehabilitanden, die eher eine geringe soziale Einbindung aufweisen oder über ihre Krankheit nicht mit Außenstehenden sprechen wollen, bieten Gruppenstruktur und -atmosphäre der BTZ Angebote zur sozialen Unterstützung, zum sozialen Vergleich und zum stigmatisierungsfreien wechselseitigen Austausch. Die BTZ bieten im Vergleich mit anderen Einrichtungen der Rehabilitation bzw. Therapie hier einen besonderen Raum: Der Kontakt zu „Leidensgenossen“, die ähnlich negative Erfahrungen gemacht haben schafft ein grundsätzliches reziprokes Verständnis für emotionale Krisen und auffällige (krankheitsbedingte) Verhaltensweisen am Arbeitsplatz. Betreuungspersonen können in konkreten Situationen vermitteln und beraten und auch insgesamt entsteht eine „Verständniskultur“, die von Rehabilitanden als spezieller Schutzraum wahrgenommen wird. Dies zeigte sich in der Studie insbesondere bei den Hospitationen, in denen Teilnehmer sich gegenseitig unterstützten, „Selbsthilfegruppen“ innerhalb der Einrichtungen etablierten und explizit von einem positiven Miteinander berichteten.

*Personale Ressourcen* sind sowohl hochkomplex als auch zentral, wenn es um den Erfolg von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation geht. Die bereits in vorigen Abschnitten beschriebene Identifikation als „Causal Agents“ und damit verbundene Erfolgsmotivation im Hinblick auf den Ausgang der Beruflichen Rehabilitation kann im Einzelfall allen anderen Ressourcen vorangestellt sein. Eine zentrale Aufgabe der unterschiedlichen Maßnahmen im BTZ ist daher insbesondere Selbstwirksamkeit und die Selbstreflexion mit Blick auf eine realistische Selbstwahrnehmung und eine Abgleichung mit dem bisherigen Selbstkonzept zu fördern; dabei helfen die Rückmeldungen der Fachkräfte in den Beratungs- und Evaluationsgesprächen wie auch die der Peers im BTZ-Alltag. Welche Dimensionen in welchem Ausmaß gefördert werden müssen, ist dabei hochgradig individuell und muss in den ersten Wochen der Maßnahme eruiert und mit den Rehabilitanden rückgekoppelt werden. Bei beiden vorgestellten Fallvergleichen zeigte sich, dass eine Bearbeitung der individuellen psychischen Problemlagen maßgeblich zum Erfolg beitragen kann. So half eine Förderung der Selbstreflexion z. B. in Praktikumsberichten Herrn Wald, eigene Erwartungen und den erlebten Druck besser regulieren zu können. Frau Lewis hingegen lernte, ihre Grenzen besser wahrzunehmen und sich im Arbeitskontext besser abzugrenzen, was zu einer Stärkung ihres Selbstbewusstseins und ihres Selbstwirksamkeitserlebens beitragen konnte. Mit diesen Interventionen konnte bei beiden Fällen einer Überlastung vorgebeugt werden und ein gesundheitsförderndes Arbeitsverhalten etabliert werden. Dazu gehören auch *emotionale Ressourcen* als Teil der personalen Ressourcen, die jedoch mehr auf einer affektiven als auf einer kognitiven Ebene liegen. Deshalb geht es darum, vorhandene Emotionen für die Betroffenen gewinnbringend zu aktivieren und die Rehabilitanden zu ermutigen, mit ihren Emotionen „zu arbeiten“. Eine Aktivierung kann deshalb auch im Rahmen des BTZ lohnend sein, wenngleich deutlich gemacht werden muss, dass vor allem die Rehabilitanden selbst – und nicht ausschließlich emotionsbeladene Themen „im Außen“ – zur Besserung der eigenen Situation beitragen können.

*Umfeldressourcen* oder sog. Kontextvariable können häufig nicht beeinflusst werden, sollten bei Fördermaßnahmen im Rahmen Beruflicher Reha-Angebote aber unbedingt mitgedacht und beleuchtet werden. Sie beziehen sich dabei zum einen auf die Situation selbst, in der sich die Rehabilitanden beim Ein- und Austritt sowie während der Maßnahme befinden, zum anderen ist die Maßnahme selbst ein Umfeld, das wiederum von den BTZ aktiv gestaltet

werden kann. Bei Überlegungen zu Strategien der Bewältigung psychischer Probleme im Berufsalltag sollten deshalb bereits in der Maßnahme Wohnort und regionale Besonderheiten, die Anbindung an den Öffentlichen Personennahverkehr oder auch vorhandene Freizeit- und Kulturangebote mit den Teilnehmern reflektiert werden. Menschen wie Herr Wald, der im Anschluss an das Berufliche Training im BTZ retrospektiv typische Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung bei sich selbst diagnostiziert, profitieren von einer strukturierten und ggf. reduzierten (z. B. ländlichen) Umgebung. Externe Auslöser für psychische Krisen könnten demnach umgangen werden, wenn bereits in der Maßnahme Strategien entwickelt werden, diese zu identifizieren und einen Umgang damit zu finden (Teil einer allgemeinen Resilienzförderung). Innerhalb des BTZ lassen sich diese Strukturen bereits simulieren und mit den Teilnehmern rückkoppeln. So kann es helfen Rehabilitanden im BTZ schrittweise an immer höhere Anforderungen heranzuführen.

Ein Ergebnis unserer Studie war, dass eine schrittweise Belastungssteigerung und die damit verbundene sukzessive Erhöhung von Arbeitszeit und Anforderungen im BTZ den meisten Teilnehmern halfen, Selbstwirksamkeit aufzubauen und Erfolgserlebnisse zu akkumulieren. Therapeutische Maßnahmen wie autogenes Training oder Stressmanagement, die die Rehabilitanden durch psychologische und ärztliche Behandlung außerhalb des BTZ erlernt haben, erwies sich ebenfalls als sinnvoll und förderlich. Im Hinblick auf die vorgestellten unterschiedlichen Nutzungsverhalten der BTZ-Angebote und damit verbundenen unterschiedlichen Attribuierung der eigenen Erkrankung, lohnt es sich, einen besonderen Fokus auf die Gründe und Auslöser für psychische Krisen zu legen. Die Unterscheidung von internalen und externalen Faktoren kann helfen, spezifische Strategien mit den Rehabilitanden zu erarbeiten und letztlich – als übergeordnete Aufgabe der psychologischen Aufgaben im BTZ – eine allgemeine Resilienz zu fördern.

#### *Das BTZ als Schutz- und Erprobungsraum*

Die Ergebnisse aus den Interviews mit den Teilnehmern sowie die Hospitationen verdeutlichen, dass das BTZ von vielen Rehabilitanden als ein bedeutender „Schutzraum“ wahrgenommen wird. Dieser bietet nicht nur physische Sicherheit, sondern erfüllt zentrale Funktionen für die persönliche Stabilisierung und die berufliche (Re-)Integration.

Zunächst stellt das BTZ eine geschützte Lernumgebung bereit, in der sich die Teilnehmer ohne Angst vor negativen Konsequenzen oder externem Leistungsdruck auf ihre Entwicklung konzentrieren können. Besonders für Menschen, die durch langanhaltende Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Beeinträchtigungen und damit häufig einhergehende soziale Isolation belastet sind, eröffnet sich hier ein stressfreier Raum, um sich schrittweise (wieder) an berufliche Anforderungen heranzutasten. Die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten auszuprobieren, ohne sofort bewertet zu werden, trägt wesentlich zum Abbau von Ängsten bei – ein Aspekt, den viele Rehabilitanden als zentrales Ziel der Maßnahme benennen.

Darüber hinaus ermöglicht das BTZ eine individuelle Förderung, die an die persönlichen Bedürfnisse und Ressourcen der Teilnehmenden angepasst ist. Neben fachlicher Unterstützung umfasst dies auch psychologische und soziale Begleitung. Auf diese Weise können Motivation und Selbstvertrauen gestärkt bzw. wiedergewonnen werden – insbesondere nach negativen Erfahrungen im Berufsleben oder längerer Arbeitslosigkeit, Krankengeldbezug und /oder häufigen und längeren AU-Zeiten. Die als unterstützend empfundene Atmosphäre im BTZ trägt laut Aussagen der Teilnehmer und Experten zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls und zur Bereitschaft bei, sich neuen Herausforderungen zu stellen.

Neben der persönlichen Stärkung erfüllt das BTZ eine zentrale rehabilitative Funktion: Es unterstützt den behutsamen Übergang zurück in den Arbeitsmarkt bzw. weitere Maßnahmen. Im geschützten Rahmen haben die Teilnehmer die Möglichkeit, ihre beruflichen und sozialen Kompetenzen schrittweise zu erproben und weiterzuentwickeln. Die Zusammenarbeit in der Gruppe sowie der Kontakt mit Betreuern fördern insbesondere die Teamfähigkeit und soziale Interaktionskompetenzen, die für eine nachhaltige berufliche Integration von Bedeutung sind. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung (siehe Kapitel 5.1.6).

Der Schutz- und Erprobungsraum BTZ wirkt somit auf mehreren Ebenen: Er bietet physische Sicherheit, psychologische Stabilisierung und soziale Unterstützung. Gleichzeitig schlägt er eine Brücke zwischen den oft belastenden Lebensrealitäten der Rehabilitanden und den Anforderungen des Arbeitsmarktes. In dieser *Doppelrolle* als Ort der beruflichen Vorbereitung und persönlichen Stärkung (siehe Abschnitt zum Thema „Nutzungsverhalten“) liegt aus Sicht der Teilnehmer der besondere Mehrwert der Einrichtungen.

Wenn in der Studie vom Schutz- und Erprobungsraum gesprochen wird, dann darf dies nicht mit einer „Hängematte“ gleichgesetzt werden. Während nicht alle Teilnehmer das BTZ als Schutzraum benötigen, etwa Personen aus Gruppe drei (kontinuierliche Berufsbiografie), bietet er für andere den notwendigen zeitlichen und psychischen Raum, um sich überhaupt zu „fangen“, Vertrauen in andere und Selbstvertrauen wiederzugewinnen, sich zu erproben und von dort schrittweise eine nachhaltige Stabilisierung zu erreichen. „Schutzraum“ bedeutet nicht Passivität, sondern Aktivität in dem individuell möglichen Rahmen.

### *Übergangmanagement*

Der Übergang von der Maßnahme auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt beginnt bereits mit dem Beruflichen Training, Kursen zur Bewerbung und vor allem mit den Praktika bzw. der Beruflichen Erprobung und der anschließenden Nachbesprechung und Reflexion und nicht erst beim Übergang von der Maßnahme in eine Beschäftigung oder eine weiterqualifizierende Maßnahme. Übergänge sind immer auch Zeiten potenzieller Krisen, die eine verstärkte Aufmerksamkeit besonders für diejenigen Personen erfordern, die das BTZ hauptsächlich als Schutzraum betrachten und Ängste vor dem „feindlichen“ Außen artikulieren. In den allermeisten Fällen – so kann festgehalten werden – gelingt der Übergang; als problematisch erweist er sich vor allem für die vierte Gruppe (siehe oben) mit Ausnahme von denjenigen, die in eine weitere Maßnahme vermittelt werden. Bei der ersten Gruppe (junge Teilnehmer) erfolgt in der Regel ein Übergang in eine fortführende Maßnahme (z. B. Ausbildung), so dass die Übergänge noch in anderer Weise extern begleitet werden. In der einschlägigen Forschung zu Transitionsprozessen bei jüngeren Rehabilitanden stellen z. B. Denner und Schuhmacher fest: „Junge Menschen, die ein positives Selbstkonzept, mindestens eine stabile Beziehung zu einer Bezugsperson und ein klar strukturiertes institutionelles Umfeld haben, laufen [...] weniger Gefahr, an den Aufgaben des Übergangs zu scheitern (Denner und Schumacher, 2014).

### *Die Rolle der Praktika/beruflichen Erprobungen*

Eine wichtige Rolle für die Wiedererlangung der eigenen Arbeitsfähigkeit spielen, wie vor allem auch in den Experteninterviews deutlich wurde, die Praktika innerhalb der BTZ-

Maßnahmen. Die „beruflichen Erprobungen“, wie Praktika von den BTZ-Mitarbeitern bezeichnet werden, dienen dem Austesten der eigenen Fähigkeiten, der Leistungseinschätzung und der Orientierung, ob das gewählte Berufsfeld individuell als passend empfunden werden kann. Die Praktika sind dabei in erster Linie darauf ausgelegt, den Teilnehmern praktische Fähigkeiten und Erfahrungen zu vermitteln, die sie für eine spätere berufliche Tätigkeit benötigen und sollen Menschen, die eine berufliche Neuorientierung oder eine Weiterbildung anstreben, praxisnahe Einblicke und Kompetenzen in ihrem gewünschten Berufsfeld geben. Dazu gehört der Erwerb praktischer Fähigkeiten, das Sammeln von Berufserfahrungen, der Erhalt einer (neuen) beruflichen Orientierung, eine schrittweise Integration in den Arbeitsmarkt und die Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen. Die berufliche Erprobung im BTZ kann also eine wichtige Brücke zwischen theoretischem Wissen und der tatsächlichen beruflichen Praxis darstellen. Die Teilnehmer erhalten durch dieses Element die notwendige Unterstützung, um ihre beruflichen Fähigkeiten zu erweitern, sich wieder den Routinen und Anforderungen des Arbeitsalltags anzunähern und so ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die BTZ den Übergang von beruflicher Erprobung in Erwerbsarbeit während der Maßnahme (was einem vorzeitigen Abbruch entspricht) in der Regel aber nicht forcieren. In vielen Fällen, siehe etwa exemplarisch Herr Storch, ist der Übergang in Erwerbsarbeit, vor allem zu Beginn der Maßnahme, für die Teilnehmer auch zu „früh“, so dass eine Verstetigung des Übergangs in Arbeit in Gefahr ist. Manche Teilnehmer sind zunächst zwar enttäuscht, wenn sie an ihrem Praktikumsplatz nicht übernommen werden, in der Retrospektive äußern aber die meisten, dass es wahrscheinlich gut für sie war, da die eigene Vulnerabilität noch zu groß gewesen ist. „Besser auf sich zu schauen“ und seine eigene Leistungsfähigkeit abschätzen zu können sind wichtige Themen für die Versicherten und werden auch im BTZ häufig thematisiert. Auch wenn wenige Teilnehmer von der Ausnutzung als „billige Arbeitskräfte“ in der beruflichen Erprobung berichten, spielt sie eine wichtige Rolle im Rahmen der Maßnahme, da vor allem das Gefühl noch etwas „leisten“ zu können ein positives Feedback über die eigene Person gibt.

### *Abbruch im BTZ*

Abbrüche einer Maßnahme im BTZ können aus verschiedenen Gründen erfolgen. Im Schnitt liegen sie, nach Aussage von Experten, bei etwa 20 Prozent. Ein Abbruch bedeutet zunächst aber nur, dass der Teilnehmer die Maßnahme nicht bis zum geplanten Ende fortführt, was Auswirkungen auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation oder Weiterbildung haben kann. Miteingeschlossen sind hier aber auch *Abbrüche nach „oben“*, d. h. die Übernahme eines Arbeitsplatzes noch während der Maßnahme. Manchmal entscheiden sich Teilnehmer während der Maßnahme, eine Arbeitsstelle anzunehmen, bevor das Programm abgeschlossen ist, was zu einem Abbruch der Maßnahme führt. Das 12-monatige berufliche Training frühzeitig abubrechen, wird in den Augen der Experten aber vielfach als kontraproduktiv empfunden, da das Hauptziel der Maßnahme eine Stabilisierung, also einen Stay at Work bildet. Ob hier auch monetäre Gründe eine Rolle spielen – jeder Abbruch „kostet“ der Einrichtung natürlich Geld – soll an dieser Stelle offenbleiben.

Die wichtigste Ursache für einen Abbruch der Maßnahme sind aber gesundheitliche Gründe: Wenn gesundheitliche Probleme auftreten – in den vorliegenden Fällen vor allem psychische Krisen – die eine Teilnahme an der Maßnahme erschweren oder unmöglich machen, kann dies zu einem Abbruch führen (vgl. den Fall Frau Georgius).

Seltener sind Motivationsprobleme, meist bei Teilnehmern, die mit den Anforderungen des Programms oder der damit verbundenen Veränderungen in ihrem Leben überfordert sind. Aber auch familiäre oder private Belastungen und Probleme können dazu führen, dass Rehabilitanden nicht weiter an der Maßnahme teilnehmen können.

Einige Teilnehmer haben möglicherweise nicht die nötigen Vorqualifikationen oder Fähigkeiten, um mit den Inhalten des Programms zurechtzukommen. Auch eine fehlende berufliche Vorbildung kann zu einem Abbruch führen. Darüber hinaus können auch Probleme mit der Betreuung oder dem Umfeld einen Abbruch herbeiführen: etwa fehlende oder Kommunikation zwischen den Teilnehmern und den Fachkräften im BTZ oder mangelnde Unterstützung. Mögliche zwischenmenschliche Konflikte innerhalb des BTZ-Umfelds können ebenfalls zu einem Abbruch führen, wenn sie nicht adäquat gelöst werden können.

Insgesamt kann der Abbruch als Unterbrechung der beruflichen Integration dazu führen, dass Teilnehmer ihre beruflichen Ziele nicht erreichen und möglicherweise wieder in eine Phase

der Unsicherheit oder Arbeitslosigkeit zurückfallen. In einigen Fällen besteht die Möglichkeit, die Maßnahme später fortzusetzen, eventuell mit einer anderen Ausrichtung. Auch eine Beratung zu alternativen Bildungswegen oder beruflicher Unterstützung kann nach einem Abbruch hilfreich sein. Wenn ein Abbruch erfolgt, ist es wichtig, dass Teilnehmer weiterhin Unterstützung erhalten. Fachkräfte im BTZ bieten in der Regel Beratung und Hilfe an, um Rehabilitanden bei der Suche nach einer Lösung oder einer neuen beruflichen Perspektive zu unterstützen. Eine Expertin der DRV äußerte sich dazu wie folgt:

*„Wir erwarten, dass sich das BTZ intensiv um die Teilnehmer kümmert auch bei auftretenden Problemlagen. Maßnahmen werden aber auch aufgrund von diagnostischer/medizinischer Entwicklung abgebrochen. Es besteht aber die Option, dass Person nach Stabilisierung wieder in die Maßnahme eintritt. Unsere Berater schicken Personen auch in das BTZ, wenn sie annehmen, dass Person noch rundum intensivere Betreuung braucht. Andernfalls gibt es Alternativmaßnahmen. Flexibilität hinsichtlich Eingehen auf Teilnehmer wird von BTZ erwartet. (vorbereitende Fokusgruppe Februar 2022)*

Zusammengefasst erfolgen die allermeisten Abbrüche im BTZ krankheitsbedingt oder wegen einer vorzeitigen Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis, Dabei ist wichtig, dass die Betroffenen gut betreut werden, um eine passende Lösung für ihre Situation zu finden und ihre berufliche Integration weiter zu fördern.

## **8 Empfehlungen**

Aus den Ergebnissen der in der Synopse gebündelten zentralen Erkenntnisse der Studie haben wir eine Reihe von Empfehlungen entwickelt.

Eine Gruppe von Empfehlungen bezieht sich auf Verbesserungen der *Zuweisungsprozesse zum BTZ*. Weitere Empfehlungen beziehen sich auf *Verlaufsprozesse innerhalb der Maßnahmen*. Schließlich finden sich Empfehlungen zum *Übergangsmanagement auf den Arbeitsmarkt bzw. auch weiterführende Qualifizierungsmaßnahmen*. Die Empfehlungen sind jeweils zielgruppenspezifisch (Rehabilitanden; Zuweisende Einrichtungen; BTZ-Fachkräfte; externe Akteure) differenziert.

In unseren Empfehlungen verzichten wir auf die Darstellung von bereits in den BTZ in unterschiedlicher Form und in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzte Alltagspraxen (z. B.

individuelles Fallmanagement). In unserer Studie hat sich gezeigt, dass viele der bereits praktizierten Strategien und Handlungsansätze als zielführend und von den Rehabilitanden als hilfreich angenommen werden (z. B. Praktika, BT, Gruppenangebote, individuelle Gespräche und Rückmeldungen, Thematisierung des Umgangs mit der psychischen Erkrankung etc.). Wir fokussieren uns bei den Empfehlungen auf die Verbesserung struktureller Defizite (z. B. mangelnde Informationen bei Rehabilitanden und im begleitenden Vorfeld wie Ärzte, Psychologen; etc.), Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation bei Zuweisungsprozessen.

Noch vor den Zuweisungsprozessen im engeren Sinne geht es darum, das Angebot der BTZ bzw. überhaupt die Kenntnis über dieser Angebotsform breiter und niedrigschwellig bekannt zu machen. Dies betrifft sowohl die potenzielle Zielgruppe als auch Berufsgruppen (Ärzte, Psychotherapeuten) und Versorger (Kliniken, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Schulen) *im Vorfeld* einer möglichen Zuweisung.

- ✓ Niedrigschwellige Informationen über LTA in BTZ frühzeitig bereitstellen (ggf. schon in Hausarztpraxen, Psychotherapeuten) z. B. in Form von Flyern, Kurzvideos, etc., die jeweils auf die Zielgruppe abgestimmt sind
- ✓ deutlich machen, an welche Personengruppen (charakteristische Fallkonstellationen) sich BTZ richten und welche möglichen Alternativangebote zur Verfügung stehen (z. B. RPK, BFW, SE) und welche individuellen Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen
- ✓ über das Angebotsspektrum von LTA-Maßnahmen im BTZ informieren:
  - die soziale Einbindung im Rahmen Gleichbetroffener, die psychosozialen Unterstützungsangebote durch die qualifizierten Fachkräfte und den „geschützten Erprobungsraum“ herausstellen und als zentrale Ressource zur Genesung und zur Rückkehr in Arbeit verdeutlichen
  - die beruflichen Perspektiven, die über das BTZ vermittelt werden können, aufzeigen

### *Empfehlungen für die Zuweiser:*

Experten der BA als auch der DRV – die die Hauptzuweiser zu den BTZ sind - sehen selbst Verbesserungsbedarfe (vgl. Kap. 4.4) bei der Zuweisungssteuerung zu LTA-Maßnahmen in die BTZ, insbesondere bei der schnittstellenübergreifenden Zusammenarbeit und hinsichtlich eines verbindlichen Kriterienkatalogs zur Auswahl potenzieller Rehabilitanden.

(1) *Schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit:* Insgesamt werden fehlende Kommunikation und unklare Schnittstellen zum *primärärztlichen System* (vor allem mit Hausärzten, Psychotherapeuten), mit den *Reha-Kliniken* (z. B. verspätete Bereitstellung von Befunden und Entlassungsberichten), zwischen *Abteilungen* (z. B. vom Job-Center zu Reha-Abteilung der BA) sowie intransparente Abstimmungsprozesse zwischen den beteiligten Akteuren bemängelt. Träger-, sektor- und einrichtungsübergreifende Kooperationen ermöglichen eine schnellere Klärung von Zuständigkeiten: dazu ließe sich das Konzept eines *systemübergreifenden Case-Managements* verwenden, um längere Wartezeiten, unklare Kostenträgerzuständigkeiten oder zu hohe bürokratische Hürden für Betroffene zu reduzieren.

- ✓ Rechtzeitige Bereitstellung der entscheidungsrelevanten Informationen und Dokumente
- ✓ Verbesserte Kommunikation zwischen den Versorgungsbereichen und den beteiligten Abteilungen
- ✓ Verstetigen der Kommunikation zum primärärztlichen System durch Bereitstellung verbesserter Informationen vor allem über Inhalte und Abläufe von LTA-Maßnahmen und einfachen Formblättern zur Rückmeldung

(2) *Gestaltung der Zuweisungsprozesse ins BTZ:* Nach wie vor erfolgen Entscheidungen, Klienten eine LTA-Maßnahme in einem BTZ nahezulegen vor allem auf Grundlage von Erfahrungen der zuweisenden Träger – in Person die Reha-Berater der Reha-Teams aus BA und DRV und nicht anhand verbindlicher *inhaltlicher* Vorgaben und Kriterien

- ✓ Spezifikation verbindlicher *Auswahlkriterien* zur Zuweisung ins BTZ: Menschen mit komplexen psychischen Problemlagen, die sich als Hindernis für dauerhafte (Weiter-)Beschäftigung, für den Weg aus Erwerbslosigkeit oder

den Einstieg in den Arbeitsmarkt erweisen; hier können unsere Fallkonstellationen als Orientierung dienen (vgl. Synopse: Kapitel 7; vgl. auch Fallvignetten).

- ✓ Vermeidung der aufgrund ungeklärter Zuständigkeiten langen Übergangszeiten zwischen Klinikaufenthalt und der Bewilligung der Maßnahme bzw. zwischen Bewilligung und Beginn der Maßnahme. Hier wären Übergangsangebote für potenzielle Teilnehmer zu empfehlen, um psychische Stabilisierung nach der Reha nicht zu gefährden und die Motivation zum Wiedereinstieg in Arbeit aufrechtzuerhalten
- ✓ Entwicklung und Abstimmung von *Checklisten und Verfahrensschritten*, die trägerübergreifend eingesetzt werden können; dazu können die in unserer Studie entwickelten Problemdefinitionen (z.B. komplexe psychosoziale Lebenslagen) zusammen mit spezifischen *arbeitsrelevanten* psychischen Beeinträchtigungen herangezogen werden
- ✓ *Transparente* für die Klienten/Kunden nachvollziehbare und *partizipativ* gestaltete Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts

✓

a) Spezielle Empfehlungen für die Zuweisung durch die Reha-Abteilung der BA:

- ✓ *Schulung der Jobcenter-Mitarbeiter mit Hilfe der Fallvignetten*: Sensibilisierung für die besonderen Problemlagen zur Auswahl der potenziellen Personen für das BTZ
- ✓ Stärkere Berücksichtigung des *Wunsch- und Wahlrechts* bei der Maßnahmenauswahl. So werden von der BA immer wieder BTZ-Maßnahmen auch ohne vorherige Information der Klienten angestoßen, was dem Wunsch- und Wahlrecht entgegensteht.
- ✓ Verbesserte standardisierte und regelmäßige Kommunikation zwischen BA und BTZ
- ✓ Möglichkeit für BA-Mitarbeiter, die Entlassungsberichte aus der Reha einzusehen, um den Zuweisungsprozess fachlich abzusichern und zielgenauer zu steuern

b) Spezielle Empfehlungen für die Zuweisung durch die Reha-Fachberatung bei den DRV-Trägern

- ✓ Keine ausschließliche Orientierung an der psychiatrischen Diagnose, sondern Ausrichtung an den spezifischen psychischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit, idealerweise auf Basis der ICF-Klassifikation und der jeweils spezifischen Lebenssituation
- ✓ Aufgrund der uns von Experten genannten Zunahme von Fehlzuweisungen von Klienten aus Reha-Kliniken sollte eine Beratung potenzieller BTZ-TN durch die Reha-Fachberater in den psychosomatischen Reha-Kliniken wieder aufgenommen werden, weil die Kliniksozialdienste bislang zu wenig über das Spektrum der LTA-Leistungen informiert sind (anders als etwa Sozialdienste in psychiatrischen Fachkliniken); alternativ dazu bietet sich eine gezielte Schulung der Kliniksozialarbeiter im Bereich LTA und Return to Work an
- ✓ Ermöglichung einer größeren Flexibilität bei Empfehlungen seitens der Reha-Fachberatung etwa bei Verlängerung oder Ergänzung von Maßnahmen.

*Maßnahmenbezogene Empfehlungen*

Ein Spezifikum der BTZ ist die schrittweise Hinführung besonders vulnerabler, psychisch und vielfach im Sozialverhalten aufgrund komplexer und problembehafteter Lebenslagen beeinträchtigter Menschen zur Wiedergewinnung von arbeitsmarktrelevanten Kompetenzen und der Steigerung der Belastungs- und Durchhaltefähigkeit. Diese Vorbereitung auf einen (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt erfolgt dabei innerhalb eines flexibel gehandhabten Schutz- und Erprobungsraums. Hier geht es vor allem um die Herstellung eines Sozial- und Begegnungsraums in dem sich der Einzelne angst- und diskriminierungsfrei erproben kann und Rückmeldungen vom Gleichbetroffenen und Fachkräften erhält.

- ✓ Die *Verankerung des Konzeptes „Schutz- und Erprobungsraum BTZ“* und der besonderen Rolle des sozialen Gefüges sowie Förderung sozialer Kompetenzen in der Gruppe im BTZ fördert einen nachhaltigen Erfolg bei der individuellen Stabilisierung und der Einübung arbeitsmarktgängiger Anforderungen (etwa in der beruflichen Erprobung) und fachlicher Kompetenzen (etwa im BT)

- ✓ Die Verstärkung und Ausweitung der Vorbereitung, Durchführung und (ggf. gemeinsamen) Reflexion von Bewerbungsverfahren und Praktika wirkt positiv auf den Verlauf der Maßnahme
- ✓ der Fokus auf eine psychische Stabilisierung besonders vulnerabler Teilnehmer zu Beginn der Maßnahme kann Überforderungen und Abbrüchen vorbeugen
- ✓ Fallvignetten mit charakteristischen Fallkonstellationen können die Planung und Entwicklung individueller Lösungsstrategien ähnlicher Fälle im BTZ erleichtern
- ✓ bedarfsgerechte Nutzung des gesamten Spektrums möglicher Maßnahmen und Wege bei LTA für die Zielgruppe auf Basis einer zeitlich ausreichend dimensionierten Phase eines berufsspezifischen und psychosozialen Assessments
- Ermöglichung von und Ermunterung zu größerer Flexibilität der Maßnahmengestaltung entsprechend des individuellen Fallmanagements: „mehr Beinfreiheit“ für die Anbieter/Leistungserbringer seitens der Kostenträger und Öffnung gesetzlicher Vorgaben im SGB IX, z.B. Kombination der in § 51 vorgesehenen Maßnahmen mit Jobcoaching, UB und weiteren berufseinstiegsbegleitenden Maßnahmen
- ✓ Abschied von der Idee eines „one fits all“ Konzepts, aber auch keine Schaffung neuer Strukturen – etwa eigener Angebote zum SE –, wohl aber verstärkte interne Differenzierung und Abstimmung, welches Vorgehen z. B. „first train“ oder „first place“ im Einzelfall passt.

### *Empfehlungen für Übergänge*

- ✓ Flexibilisierung und Erweiterung passgerechter und flexibler Nachbetreuungszeiträume; für einige wenige Rehabilitanden ist eine über die verankerten sechs Monate hinausgehende Nachbetreuungsmöglichkeit ohne Neubeantragung einer Maßnahme und eine verstärkte Nutzung von Modellen wie „Integration plus“ zu empfehlen
- ✓ Engere und erweiterte Kooperation mit den Arbeitgebern und ggf. regionalen Handwerks- und Handelskammern, mit Innungen und der regionalen (sozial-

)psychiatrischen Versorgung. Diese Zusammenarbeit sollte sowohl auf struktureller Basis verankert werden (regelmäßige Kontakttreffen und Schulungen für Arbeitgeber im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Mitarbeitern) als auch ganz konkret erfolgen, z.B. Unterstützung der Rehabilitanden bei der Aushandlung leidensgerechter Arbeitsbedingungen.

- ✓ Einige Experten der Kostenträgerseite beurteilten die Anzahl der Weitervermittlung von Rehabilitanden aus dem BTZ an weiterführende berufsqualifizierende Maßnahmen wie etwa Umschulungen in einem BFW skeptisch. Aus unseren Ergebnissen erfolgt diese Weitervermittlung fachgerecht und entsprechend den Vorgaben eines individuellen Fallmanagements. Insbesondere dann, wenn der Betroffene nachvollziehbar aufgrund seiner psychischen Erkrankung nicht mehr im alten Beruf tätig sein kann oder die Gefahr besteht, dass er nur eine Beschäftigung im Niedriglohnsektor findet, ist eine weiterqualifizierende Maßnahme auch aus Rentenversicherungsperspektive in der Regel angezeigt und sinnvoll.
- ✓ Der von den meisten Experten kritisierte Mangel an systematischer Rückmeldung über die nachhaltige Wirksamkeit der Maßnahmen erschwert eine Kenntnis über mögliche Verbesserungen und eine eventuelle Neuausrichtung und Änderung der Angebote. Hier wäre eine systematische und kontinuierliche Nachverfolgung auf Basis etwa der RSD-Files der Rentenversicherung und der Datenbasis der BA, ergänzt um eine fragebogenbasierte Nacherhebung sinnvoll.

## 9 Literaturverzeichnis

Arena, A. F., Mobbs, S., Sanatkar, S., Williams, D., Collins, D., Harris, M., Harvey, S. B., & Deady, M. (2023). Mental health and unemployment: A systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 335, 450–472. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.027>

BAG BTZ (Hrsg.). (2023). *Ergebnisbericht Beender\*innen 2023*. [https://www.bag-btz.de/site/assets/files/1459/jahresauswertung\\_icf\\_2023.pdf](https://www.bag-btz.de/site/assets/files/1459/jahresauswertung_icf_2023.pdf)

Bartel, S. (2018). *Arbeit, Gesundheit, Biographie: Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben*. Transcript.

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping Style. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (S. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0017>

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (Hrsg.). (2009). *Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3., grundlegend überarbeitete Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bohart, A., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 219–257.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*, 19(3), 390–391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>

Borisch, R. (2015). *Wirkfaktoren und Verläufe bei der beruflichen Wiedereingliederung psychisch beeinträchtigter Rehabilitanden* [Unveröffentlichte Masterarbeit].

Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H., & Nieswand, B. (2020). *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung* (3., überarbeitete Auflage). UVK Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838552873>

Brieger, P., Watzke, S., Galvao, A., Hühne, M., & Gawlik, B. (2012). *Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Ergebnisse einer kontrollierten Studie* (7. Auflage). Psychiatrie-Verlag.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2013). *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

Burzlaff, C. (2023). *Berufliche Rehabilitation in Zeiten multipler Herausforderungen: Exemplarische Statusanalyse anhand der Situation von Berufsförderungswerken in Deutschland*.

- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003080>
- Dammann, G. (2014). Psychotherapeutischer Prozess und Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 59(2), 119–129. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-1020-6>
- Debrunner, A. (2016). Arbeitsintegration durch Supported Employment. In I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger, & R. Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik*. Verlag Julius Klinkhardt.
- Denner, L., & Schumacher, E. (2014). *Übergänge in Schule und Lehrerbildung: Theorie, übergangsdidaktik, praxis* (A. Gold, C. Rosebrock, R. Valtin, & R. Vogel, Hrsg.; 1. Aufl.). Kohlhammer Verlag. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflucht-1293236>
- Deutsche Rentenversicherung. (2018). *Rahmenkonzept zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*. Deutsche Rentenversicherung. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept\\_Ita\\_datei.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Ita_datei.html)
- Doose, S. (2012). Supported employment in Germany. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(3), 195–202. <https://doi.org/10.3233/JVR-2012-0614>
- Dreßke, S., Ohlbrecht, H., & Quehl, C. (2024). Biografische Passungsarbeit und institutionelle Handlungslogiken bei Verläufen der beruflichen Rehabilitation in Berufsförderungswerken. *Sozialer Fortschritt*, 73(8–9), 653–669. <https://doi.org/10.3790/sfo.2024.1445007>
- Dreßke, S., Ohlbrecht, H., & Quehl, C. (2025). Die Aushandlung von Versorgungsverläufen in der beruflichen Rehabilitation. Passungsverhältnisse von sozialstaatlichen Interventionen und Lebensentwürfen. *Zeitschrift Für Sozialreform*, 71(1), 15–35. <https://doi.org/10.1515/zsr-2024-0011>
- Eichert, H. C. (2016): Ressourcenwahrnehmung bei Rehabilitand(inn)en in der beruflichen Rehabilitation. In: 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. (S. 253-256) Berlin: DRV Bund.
- Eichert, H.-C. (2025): Berufliche Rehabilitation aus Sicht der Beteiligten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Nürnberg. S. 140-143.
- Fadyl, J. K., Anstiss, D., Reed, K., Khoronzhevych, M., & Levack, W. M. M. (2020). Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(10), e039699. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039699>
- Flick, U. (2023). *An introduction to qualitative research* (7th edition). SAGE.
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Butzbach, M., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Tucha, O. (2021). ADHD at the workplace: ADHD symptoms, diagnostic status, and work-related functioning. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1021–1031. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02309-z>

Gericke, C. (2011). *Einflussfaktoren der beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen*.

Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Glaser, B. G. (1998). *Grounded theory—Strategien qualitativer Forschung*. Huber.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Burling, J., & Tibbs, K. (1992). Depression, self-focused attention, and the self-serving attributional bias. *Personality and Individual Differences*, 13(9), 959–965. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90129-D](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90129-D)

Gühne, D. U., & Riedel-Heller, D. S. G. (2021, Dezember 6). Erst platzieren, dann qualifizieren: Wie sich die Integration psychisch kranker Menschen in Beschäftigung verbessern lässt. *IAB-Forum*. <https://www.iab-forum.de/erst-platzieren-dann-qualifizieren-wie-sich-die-integration-psychisch-kranker-menschen-in-beschaeftigung-verbessern-laesst/>

Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J., & Riedel-Heller, S. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis*, 42(08), 415–423. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552715>

Gühne, U., & Riedel-Heller, S. G. (2015). *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Gesundheitsstadt Berlin e.V.

Helferich, S. (2016). *ICF basiertes Screening zur Erfassung der integrationsrelevanten Funktionseinschränkungen bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen*. (BAG BTZ, Hrsg.). Berlin: Eigenverlag.

Hoffmann, H. (2013). Nachhaltige Arbeitsplatzintegration für psychisch Kranke. *Rosenfluh Publikationen AG*. <https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2013-01/nachhaltige-arbeitsplatzintegration-fuer-psychisch-krank>

Jäckel, D., & Nischk, D. (2024). Warum tun wir eigentlich nicht, was wir schon wissen? *Sozialpsychiatrische Informationen*, 54(3), 29–32.

Kelle, U. (1997). *Empirisch begründete Theoriebildung: Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung* (2. Aufl.). Dt. Studien-Verl.

Kilian, H. (2016). Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland – Pro. *Psychiatrische Praxis*, 43(05), 242–243. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109424>

Kilian, H. (2019, September 25). *Wie Rückkehr gelingt – Der Beitrag beruflicher Trainingszentren zur Beruflichen Rehabilitation psychisch beeinträchtigter Menschen*.

Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., Bond, G. R., Huxley, P., Amano, N., & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>

Knispel, J. (2019). *Past in head, future in view—The relevance of occupational biography for vocational rehabilitation: Lehr- und Forschungsgebiet Gesundheitspsychologie* [PhD Thesis, RWTH Aachen University]. <https://doi.org/10.18154/RWTH-2019-10080>

- Köllner, V., Hildenbrand, G., & Gündel, H. (2018). Psychosomatische Rehabilitation – Unterschiede zur Krankenhausbehandlung und Differentialindikation. *Ärztliche Psychotherapie*, 13(1), 6–15.
- Konsortium Bildungsberichterstattung. (2006). *Bildung in Deutschland: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Bertelsmann.
- Kühl, J. (2016). Walking Interviews als Methode zur Erhebung alltäglicher Raumproduktionen. *Europa Regional*, 23.2015(2), 35–48.
- Kusenbach, M. (2016). The Go-Along Method. In *Sensing the City* (S. 154–158). Birkhäuser. <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/9783035607352-015/html?lang=de>
- Maier, T. (2021). *Die drei Sektoren der beruflichen Bildung – Übergangssystem*. bpb.de. <https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/332647/die-drei-sektoren-der-beruflichen-bildung-uebergangssystem/>
- Margraf, J., & Schneider, S. (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen Psychologischer Therapie* (4th ed). Springer Berlin / Heidelberg.
- Meschnig, A., Von Kardorff, E., & Klaus, S. (2019). Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Die Rehabilitation*, 58(03), 153–162. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101814>
- Meuser, M., & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview—Konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth, & D. Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft* (S. 465–479). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23)
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Nischk, D., Herwig, U., Senner, S., & Rockstroh, B. (2024). Effektivität und Kosteneffizienz von Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland – eine Vergleichsstudie bei Menschen mit Psychosen. *Psychiatrische Praxis*, 51(02), 84–91. <https://doi.org/10.1055/a-2165-8728>
- Oliva, V., Fico, G., De Prisco, M., Gonda, X., Rosa, A. R., & Vieta, E. (2024). Bipolar disorders: An update on critical aspects. *The Lancet Regional Health - Europe*, 48, 101135. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101135>
- Rauch, A., & Tophoven, S. (Hrsg.). (2020). *Integration in den Arbeitsmarkt: Teilhabe von Menschen mit Förder- und Unterstützungsbedarf* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-035726-6>
- Schaufelberger, D., & Mösch Payot, P. (2013). *Supported Employment: Arbeitsintegration für Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt*. interact Verlag für Soziales und Kulturelles.

- Schwarz, B., Banaschak, H., Heyme, R., Von Kardorff, E., Reims, N., Streibelt, M., & Bethge, M. (2024). A Mega-Ethnography of Qualitative Meta-Syntheses on Return to Work in People with Chronic Health Conditions. *Die Rehabilitation*, 63(01), 39–50.  
<https://doi.org/10.1055/a-2129-2731>
- Shankar, J., Li, L., & Tan, S. (2021). Work Experiences and Challenges to Employment Sustainability for People With Mental Illness in Supported Employment Programs. *SAGE Open*, 11(3), 21582440211033558–21582440211033558.
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., & Palmer, S. B. (2017). Causal Agency Theory. In M. L. Wehmeyer, K. A. Shogren, T. D. Little, & S. J. Lopez (Hrsg.), *Development of Self-Determination Through the Life-Course* (S. 55–67). Springer Netherlands.  
[https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6\\_5](https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6_5)
- Stengler, K., Bechdorf, A., Becker, T., Döring, A., Höhl, W., Jäckel, D., Kilian, H., TheiBing, A., Torhorst, A., Wirtz, G., Zeidler, R., & Riedel-Heller, S. (2021). Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 92(9), 955–962. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01038-0>
- Stengler, K., & Becker, T. (2016). Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland? – Kontra. *Psychiatrische Praxis*, 43(05), 243–244. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109358>
- Stengler, K., Kauffeldt, S., TheiBing, A., Bräuning-Edelmann, M., & Becker, T. (2015a). Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland: Analyse der Aufnahme- und Entlassungsdaten. *Der Nervenarzt*, 86(5), Article 5.  
<https://doi.org/10.1007/s00115-014-4207-3>
- Stengler, K., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2014). Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 85(1), 97–107. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3846-0>
- Stengler, K., Riedel-Heller, S. G., Gühne, U., & Becker, T. (2015b). Gemeindepsychiatrische Versorgung. *PSYCH up2date*, 9(02), 113–128. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100094>
- Stockreiter, D., Reuss, F., Holzgreve, F., Germann, U., Oremek, G., Ohlendorf, D., & Wanke, E. M. (2024). Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) am Arbeitsplatz. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 74(5), 234–240.  
<https://doi.org/10.1007/s40664-024-00534-3>
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., Van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Von Kardorff, E. (2021). Kritische Anmerkungen zu einigen Annahmen und Strategien von Evidenzbasierter Public Health. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hrsg.), *Public Health* (S. 331–348). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-30377-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-658-30377-8_18)

Von Kardorff, E. (2024). Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. In Y. Kahl & D. Röh (Hrsg.), *Sozialraumorientierung in der Psychiatrie* (S. 114–128). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.5771/9783966052887-114>