

Irmgard Plözl

Evaluation eines Trainingsprogrammes zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Sozialwissenschaften  
in der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften  
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

2001

<b>1. Einführung</b>	7
<b>2. Die Langzeitentwicklung schizophrener Erkrankungen – verlaufsbeeinflussende Faktoren und Arbeitsintegration</b>	11
2.1. Die langfristige Entwicklung und ihre Beeinflußbarkeit	11
2.1.1. Einstellungen und Erwartungshaltungen	11
2.1.2. Therapeutische und rehabilitative Einflüsse	12
2.1.3. Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten	13
2.2. Die Arbeitsintegration schizophrener Erkrankter und der Stellenwert beruflicher Rehabilitation	13
2.2.1. Arbeit und psychische Erkrankung	13
2.2.2. Kurzer Überblick über das rehabilitative Versorgungssystem für schizophrene Patienten in der Bundesrepublik Deutschland	16
<b>3. Qualitätsstandards und Problemstellungen in der beruflichen Rehabilitation schizophrener Erkrankter</b>	19
3.1. Allgemeine therapeutische Prinzipien im Umgang mit schizophrenen Erkrankten	19
3.2. Qualitätsmerkmale von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation psychiatrischer Patienten	21
<b>4. Das Gruppentrainingsprogramm ZERA – Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Inhalte</b>	24
4.1. Zielsetzungen	24
4.2. Rahmenbedingungen	26
4.3. Inhalte	27

<b>5. Darstellung der Studie</b>	33
5.1. Zum Problem der Evaluationsforschung im außer- klinischen setting	33
5.2. Fragestellungen, Operationalisierung und Unter- suchungsdesign	36
5.2.1. Fragestellungen	36
5.2.2. Operationalisierung	37
5.2.3 Untersuchungsdesign	40
5.3. Beschreibung der Stichprobe	42
<b>6. Ergebnisse der Studie</b>	48
6.1. Wissen über die psychische Erkrankung	48
6.1.1. Unterschiede zwischen den Gruppen	48
6.1.2. Veränderungen durch Meßwiederholung	51
6.1.3. Einfluß vorhergehender Teilnahme an psychoedukativen Gruppen	53
6.2. Wissen über das Arbeits- und Unterstützungssystem	56
6.2.1. Unterschiede zwischen den Gruppen	56
6.2.2. Veränderungen durch Meßwiederholung	59
6.3. Stressverarbeitungsstrategien	61
6.3.1. Unterschiede zwischen den Gruppen	63
6.3.2. Veränderungen durch Meßwiederholung	65
6.4. Kontrollüberzeugungen und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	66
6.4.1. Allgemeine Kontrollüberzeugungen	66
6.4.2. Allgemeine krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen	68
6.4.3. Krankheitskonzept der schizophrenen Erkrankung	69
6.5. Leistung im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten	70
6.6. Zufriedenheit und Motivation in der beruflichen Trainingsmaßnahme	72
6.7. Zufriedenheit mit der ZERA-Schulung	76
6.8. Katamnese	78
6.9. Einzelfalldarstellungen	81

<b>7. Zusammenfassung und Interpretation</b>	89
<b>8. Diskussion und Ausblick</b>	98
8.1. Rückfallprophylaxe	98
8.2. Wissenszuwachs	99
8.3. Aktivität und Kompetenz im geschulten Bereich	101
8.4. Stressbewältigung und Kontrollüberzeugungen	101
8.5. Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Maßnahme	104
8.6. Methodische Kritik	105
8.7. Ausblick und weitere Forschung	106

# Vorbemerkungen

Die hier vorgestellte Studie wurde 1998 und 1999 im Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Einrichtung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen, vorwiegend aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Studie entstand im Rahmen eines Projektes, das die Entwicklung und Evaluation des Gruppentrainingsprogrammes ZERA (Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit) zum Thema hatte. Die Studie wurde finanziell gefördert von der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung g.GmbH in Stuttgart. Ich war selbst Mitarbeiterin des Projektes, zusammen mit Herrn Matthias Hammer.

Das Gruppentrainingsprogramm ZERA, das ab 1996 in einer Projektgruppe am Rudolf-Sophien-Stift entwickelt wurde, ist mittlerweile als Schulungsmanual im Psychiatrieverlag erschienen (Plößl et al., 2000). Die hier vorgestellte Studie nutzt teilweise Daten aus der Evaluation des Schulungsprogrammes (Plößl&Hammer, 1999), geht jedoch auch weit über diese hinaus.

Ich danke der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung g.GmbH für die Förderung der Projektarbeit, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Rudolf-Sophien-Stifts, meinen Eltern und Freunden für Wohlwollen und Unterstützung.

# Zusammenfassung

In der vorliegenden Dissertation wird die Evaluation des Gruppentrainingsprogramms **ZERA** (**Z**usammenhang zwischen **E**rkrankung, **R**ehabilitation und **A**rbeit, Plössl et al., 2000) vorgestellt. Im theoretischen Teil der Arbeit werden im Überblick verlaufsbeeinflussende Faktoren für die Langzeitentwicklung schizophrener Erkrankungen und die Arbeitsintegration der Betroffenen dargestellt sowie Qualitätsstandards für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Probleme der Evaluationsforschung im außerklinischen setting werden diskutiert.

Das Trainingsprogramm ZERA wurde zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen, v.a. aus dem schizophrenen Formenkreis, entwickelt. Es umfaßt ca. 23 Einzelsitzungen, die in sieben Unterprogramme gegliedert sind. Vermittelt werden in strukturierter und störungsspezifischer Weise psychoedukative Inhalte, Informationen über das relevante Arbeits- und Unterstützungssystem und Strategien zur Verbesserung von Leistungseinschränkungen im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten. Darüber hinaus wird an der Differenzierung der Selbsteinschätzung und der Entwicklung einer realistischen beruflichen Zukunftsperspektive gearbeitet. Die übergeordnete Zielsetzung des Programmes ist es, die Teilnehmer darin zu unterstützen, das jeweils individuell optimale Belastungsniveau herauszufinden und somit Über- und Unterforderung im beruflichen Bereich so weit wie möglich zu vermeiden.

Zur Evaluation des Trainingsprogrammes wurde eine Kontrollgruppenstudie mit insgesamt 26 Probanden durchgeführt. In der Experimentalgruppe liegen 15 vollständige Datensätze vor, in der Kontrollgruppe 11, die Zuteilung zu beiden Gruppen erfolgte randomisiert. Beide Untersuchungsgruppen erhielten die Standardversorgung im Rahmen einer beruflichen Trainingsmaßnahme in einer Werkstatt für Behinderte, die Experimentalgruppe erhielt zusätzlich das ZERA-Schulungsprogramm. Mit einer Pre-Post-Messung wurden anhand selbstentwickelter und standardisierter Erhebungsinstrumente sowie durch Einbeziehung indirekter Indikatoren der Wissenstand der Teilnehmer in den relevanten Bereichen, ihre Kontrollüberzeugungen, Krankheitskonzepte, Stressverarbeitungsstrategien sowie Zufriedenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten erhoben. Zusätzlich wurden Einzelfallanalysen und eine Ein-Jahres-Katamnese durchgeführt.

Die Rehabilitanden der Experimentalgruppe konnten nach der ZERA-Schulung einen signifikanten Zuwachs an Wissen über die psychische Erkrankung und über das relevante Arbeits- und Unterstützungssystem erzielen, in der Kontrollgruppe kam es zu keinem signifikanten Wissenszuwachs. Dabei profitierten die Teilnehmer unabhängig von ihren psychoedukativen Vorkenntnissen von der Schulung. Im Bereich der Stressverarbeitungsstrategien zeigte sich ein insgesamt leicht erhöhtes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, in der Experimentalgruppe kam es nach der ZERA-Schulung zu einem signifikanten Anstieg bei dem Wunsch nach Ersatzbefriedigung und der Suche nach Selbstbestätigung, in der Kontrollgruppe nahm im gleichen Zeitraum dagegen die Neigung zu gedanklicher Weiterbeschäftigung signifikant zu, die Neigung zu Bagatellisierung und Ersatzbefriedigung dagegen signifikant ab. Die Analyse der Einzelfälle weist auf eine prognostisch wichtige Bedeutung der Verfügbarkeit

aktiver, stressreduzierender Strategien hin. Bezüglich der Krankheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen weisen beide Untersuchungsgruppen unauffällige und durchschnittliche Werte auf, jedoch kommt es in der Experimentalgruppe nach der Teilnahme an der ZERA-Schulung zu einem signifikanten Anstieg der fatalistischen Externalität. Ein direkter Zusammenhang mit den vermittelten psychoedukativen Inhalten sowie der Verfügbarkeit günstiger, die Belastung reduzierender Stressverarbeitungsstrategien wird diskutiert. Verbesserungen im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten konnten bei konkret umschriebenen Einzelproblemen erzielt werden, nicht jedoch bei globaler Erfassung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die Ausnutzung der Rehabilitationsmaßnahme als Indikator für die Motivation verbesserte sich teilweise signifikant. Die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der angebotenen Schulung war hoch, insbesondere mit den informationsvermittelnden Programmteilen. Die Schulung wurde als wichtige Strukturierungs- und Orientierungshilfe erlebt. In der Ein-Jahres-Katamnese zeigten sich keine Effekte auf die Quote der Rehospitalisierungen oder der erfolgreichen beruflichen Integration, jedoch waren in der Experimentalgruppe Abbrüche der Maßnahme ohne Perspektive signifikant seltener.

Weitere Forschung sollte sich insbesondere mit der Frage nach der Umsetzung des signifikant höheren Wissens in konkretes Verhalten befassen sowie mit der Entwicklung geeigneter, verhaltensnaher Erhebungsinstrumente und dem Einfluß bildungs- und geschlechtsspezifischer Unterschiede. Dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend sollte besonderes Gewicht auf die Entwicklung eines Schulungsprogrammes zur Einbeziehung der Angehörigen gelegt werden.

# 1. Einführung

„Für einen psychisch leidenden Menschen ist seelisches Gleichgewicht ein enorm hoher, wenn nicht der höchste Wert. Wer weiß, wie ungeheuer schwierig es sein kann, zwischen Hoch und Tief, zwischen Euphorie und Trauer, zwischen Manie und Depression auszubalancieren? Wer weiß, wie machtlos man sein kann, wenn sich die erneute Manie ankündigt und einen hemmungslos mitreißt? Oder wenn da kein Halt mehr ist und die Depression einen unbarmherzig in die Tiefe zieht. Oder wenn sich die schizophrenen Gedanken gnadenlos aufdrängen, wenn die Gedankenkreise durch nichts in der Welt aufzuhalten sind. Ich sehe in dem Streben nach Stabilität, nach Ausgeglichenheit, nach seelischem Gleichgewicht kein engstirniges, kleinbürgerliches Anliegen, sondern einen Ausdruck der Selbsterhaltung und dem Bedürfnis nach Gesundheit.“

*R. Höflacher, Psychiatrieerfahrener*

Die Schizophrenie zählt zu jenen psychischen Erkrankungen, denen lange Zeit der Ruf des Rätselhaften, Unbeeinflussbaren und unweigerlich Unheilbaren anhaftete. Innerhalb der letzten 20 Jahre fanden jedoch im Bereich der Erforschung der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bedeutsame Weiterentwicklungen statt. Nicht umsonst nannte Heinz Häfner, der langjährige Leiter des Mannheimer Zentralinstituts für seelische Gesundheit, sein im Jahr 2000 erschienenes Buch „Schizophrenie – eine Krankheit wird entschlüsselt“. Die wohl grundlegendsten Weiterentwicklungen basieren auf dem Vulnerabilitäts- Stress-Modell von Zubin & Spring (1977) und dem Drei-Phasen-Modell von Ciompi (1982). Diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie genetisch bedingte und erworbene biologische Einflüsse in Beziehung setzen zu aktuellen Belastungsfaktoren, denen das Individuum ausgesetzt ist sowie zu seinen Bewältigungsstrategien und protektiven Lebensbedingungen.

Auf dieser Grundlage konnten sich unterschiedliche Forschungsrichtungen entwickeln. Die eine, die sich mit den biologischen Bedingungsfaktoren beschäftigt, richtete ihr Augenmerk zunächst überwiegend auf genetische Aspekte sowie erworbene biologische Einflüsse. Durch zunehmend verbesserte technische Untersuchungsmethoden konnten auch strukturelle und funktionelle kortikale Veränderungen untersucht werden, welche beispielsweise die Dopamin-Hypothese oder die Hypofrontalitätshypothese hervorbrachten. Zahlreiche Hinweise für Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels bei schizophrenen Patienten liegen vor, sei es die angenommene überstarke Reaktionsbereitschaft des dopaminergen Systems oder die herabgesetzte Stoffwechselfunktion im frontalen Kortex. Wienberg (1997) stellt jedoch zusammenfassend fest, dass die Forschung auf dem Gebiet der Neurobiochemie des Gehirns, je länger sie dauert, desto verwirrendere und inkonsistentere Ergebnisse zeitigt. Therapeutische Implikationen liegen vorrangig im medizinisch-pharmazeutischen Bereich, beispielsweise der Entwicklung weiterer, atypischer Neuroleptika, die in der Regel von den Patienten positiv beurteilt werden und die Compliance aufgrund geringerer unerwünschter Nebenwirkungen verbessern (Boitz et al., 1999). Eine Brücke zu psychotherapeutischen Bemühungen können hingegen neuere Ansätze der Neuromodulation und Neuroplastizität aufbauen (Spitzer, 1998), welche die zeitlebens bestehende Anpassungsfähigkeit des Gehirns an veränderte Umweltbedingungen sowie die Abhängigkeit der Lern- und Reaktionsfähigkeit eines Menschen vom Neuromodulationszustand seines ZNS betonen.

Der zweite Forschungsstrang, die eher psychologisch-therapeutisch orientierte Richtung, setzte sich zum Ziel, die Bewältigungsstrategien des Individuums zu verbessern und krankheitsspezifische Defizite, beispielsweise im Bereich der selektiven Informationsverarbeitung, aber auch der sozialen Kompetenz, durch gezielte Trainingsprogramme zu beheben oder zu mindern (Überblick bei Schaub, 1999). Zu diesen Programmen zählen sowohl Gruppentrainingskonzepte (Roder et al., 1995; Schaub, 1997), als auch einzeltherapeutische psychologische Programme (Süllwold&Herrlich, 1990) oder EDV-gestützte Konzentrationstrainings (Olbrich, 2001; Kraemer&Heldmann, 2001). Seit einigen Jahren wurden diese Therapieprogramme um die psychoedukativen Ansätze bereichert, welche sich ursprünglich aus einem stärker werdenden Selbstbewußtsein schizophrener Patienten heraus entwickelten sowie ihrem Bestreben, die Erkrankung nicht mehr als passiv Behandelte zu erdulden, sondern aktiv eigene Bewältigungsmöglichkeiten sich zu erarbeiten. Diesem Anspruch der Betroffenen tragen die unterschiedlichen psychoedukativen Programme Rechnung (z.B. Wienberg, 1997; Bäuml, 1995, 1997), welche insbesondere Wissen über Ursachen, Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten schizophrener Erkrankungen vermitteln wollen. Auf diese Weise sollen die Selbstmanagementkompetenzen der Patienten erweitert (Kanfer et al., 1996) sowie die Integration zwischen medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsansätzen erleichtert werden.

Die Effizienz verhaltenstherapeutischer Interventionsformen konnte, bei einer entsprechend langen Therapiedauer und in Kombination mit einer Neuroleptika-Medikation, in mehreren kontrollierten Studien nachgewiesen werden (z.B. Bellack & Muser, 1993). Auch Wunderlich et al. (1996) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass insbesondere die Kombination von medikamentöser Therapie und psychosozialen Interventionsmethoden sinnvoll ist, wobei v.a. kognitive Therapiemethoden gute mittlere Effektgrößen aufwiesen. Allgemein wird heute die Ansicht vertreten, dass durch eine sinnvolle Kombination von medikamentösen und psychosozialen Maßnahmen insbesondere die Rezidivhäufigkeit im Ein- und Zweijahreszeitraum günstig beeinflusst werden kann (z.B. Kraemer&Möller, 1994; Bäuml, 1998). Forschungsergebnisse zum outcome verhaltenstherapeutischer Therapieverfahren zeigen in der Regel, dass selbst bei eher basal angelegten Trainingsprogrammen (wie beispielsweise dem computergestützten Konzentrationstraining) implizit Bewältigungsstrategien geübt werden und Verbesserungen auch eher auf dieser Ebene nachzuweisen sind, weniger auf der Ebene basaler kognitiver Prozesse (Kraemer&Heldmann, 2001). Auf der anderen Seite ist jedoch immer wieder zu beobachten, dass der Transfer erworbener Kompetenzen über den konkreten Therapierahmen hinaus eher gering ist und auch eine Generalisierung auf andere Funktionsbereiche nicht in zufriedenstellendem Ausmaß gefunden werden kann (Bellack & Muser, 1993).

Als Ursache für die fehlende Generalisierung von Therapieergebnissen außerhalb des therapeutischen settings wurde immer wieder der fehlende Bezug therapeutischer Inhalte zum Alltag und den konkreten Anforderungen schizophrener Patienten in Betracht gezogen. Roder (1995) fordert daher beispielsweise die Entwicklung von Programmen, welche - neben allgemeinen sozio- und milieuthérapeutisch orientierten Bemühungen und entsprechender Medikation - problembezogene, ziel- und handlungsorientierte, strukturierte verhaltenstherapeutische Interventionen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich als Erweiterung des sozialen Kompetenzbereichs umfassen. Das von der Berner Arbeitsgruppe um Roder vorgelegte Gruppen-

manual zum Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich (WAF) versucht, diese Lücke zu schließen. Im Bereich der Freizeitaktivitäten konnte bei einer kleinen Stichprobe ein signifikanter Anstieg im Ausmaß der durchgeführten Freizeitaktivitäten sowie ein Anstieg der Kompetenzerwartung der Teilnehmer gezeigt werden (Roder et al., 1995). Der Teil des WAF-Programmes, der den Bereich der Arbeit abdecken soll, hat die primäre Zielsetzung, derzeit beschäftigungslose, häufig noch in einer Klinik lebende schizophrene Erkrankte auf eine berufliche Integration vorzubereiten. Dieser Ansatz greift meiner Einschätzung nach jedoch zu kurz, da die direkte Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt im Anschluß an einen Klinikaufenthalt nur für eine kleine Gruppe von Patienten möglich erscheint und auch die Aufnahme einer Tätigkeit im geschützten Rahmen noch längst nicht das erfolgreiche Ende rehabilitativer Bemühungen darstellt. Für die Zielgruppe derjenigen Patienten aber, die zunächst eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen und somit schrittweise auf die Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden, fehlen meiner Kenntnis nach strukturierte und spezifische Therapie- oder Trainingsprogramme völlig. Zur Unterstützung, Begleitung und sinnvollen Strukturierung der häufig erforderlichen beruflichen Trainingsphase in der Zeit zwischen einer klinischen Behandlung und der Übernahme einer Arbeitstätigkeit gibt es derzeit kein Trainingsprogramm, das geeignet wäre, psychoedukative Inhalte mit beruflichen Fragestellungen zu verknüpfen. Die ZERA-Schulung (Plößl et al., 2000) wurde entwickelt, um diese Lücke in der bestehenden Versorgung zu schließen. Inhaltlich wird versucht, sich dem stark emotional besetzten und oft mit irrationalen Erwartungshaltungen überfrachteten Themengebiet schrittweise zu nähern, stufenweise konkrete Ziele zu erarbeiten und positiv-realistische Zukunftserwartungen zu wecken. Dabei soll insbesondere der komplexe Zusammenhang zwischen Arbeit und schizophrener Erkrankung herausgearbeitet werden: einerseits kann Überforderung am Arbeitsplatz Krankheits-symptome verschlimmern und Rückfälle zur Folge haben, andererseits kann die schrittweise Stabilisierung im Rahmen einer Arbeitstrainingsmaßnahme die Überwindung längerfristiger Krankheitsfolgen und die Wiedererlangung früherer Fähigkeiten und Fertigkeiten beschleunigen und einer Chronifizierung vorbeugen.

Als Ergänzung zu den oben genannten Gruppenprogrammen zielt das ZERA-Schulungsprogramm darauf ab, Psychoedukation in die berufliche Rehabilitation zu integrieren und gleichzeitig konkrete, realistische berufliche Ziele zu planen, basierend auf dem derzeitigen Leistungsniveau der Rehabilitanden (vgl. Abbildung 1). Die ZERA-Schulung stellt demnach ein Gruppenprogramm dar, das krankheitsspezifische Fragestellungen mit beruflichen verbindet. Diese Beziehung zwischen krankheitsbedingten Einschränkungen, deren Veränderbarkeit durch rehabilitative Maßnahmen und ihren Auswirkungen auf die berufliche Zukunft wird im Rahmen der ZERA-Schulung von verschiedenen Seiten her beleuchtet und bearbeitet.

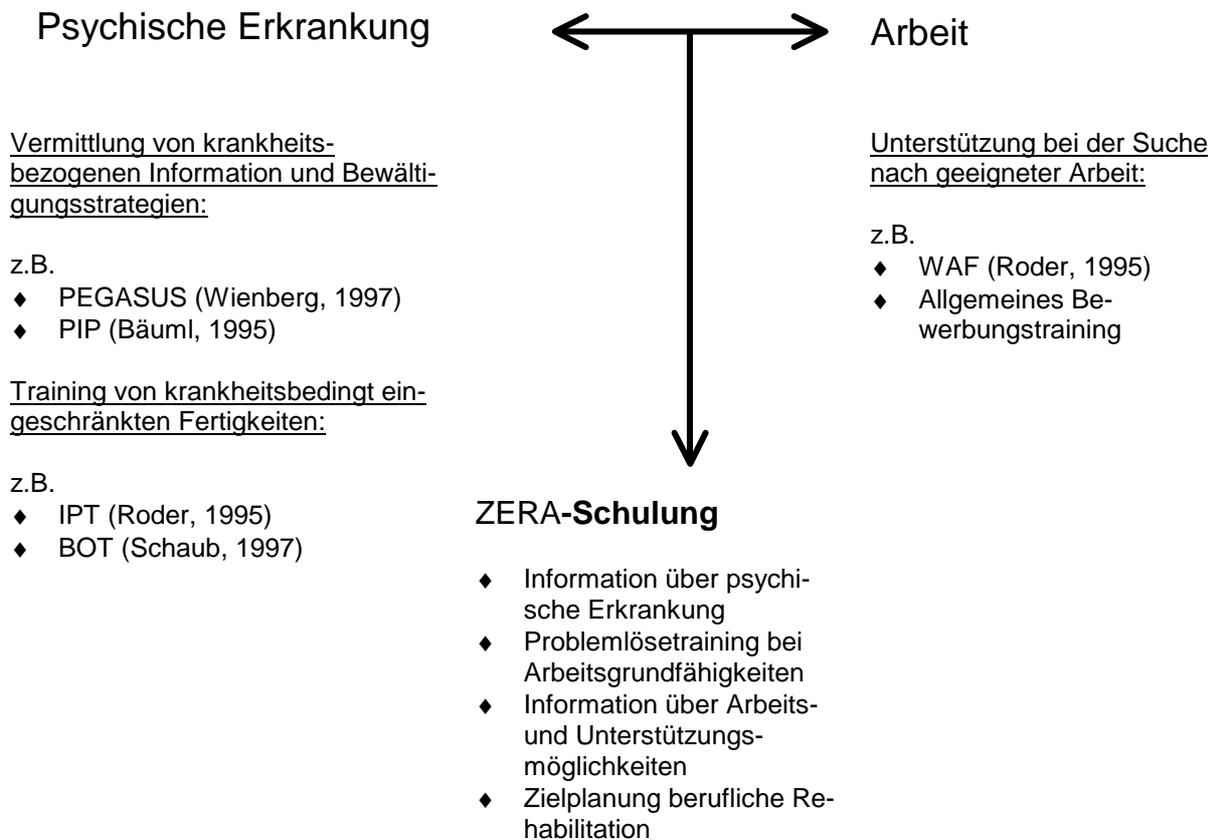


Abbildung 1: Einordnung der ZERA-Schulung in das bestehende Angebot von Gruppentrainingsprogrammen für schizophrene Erkrankte

## **2. Die Langzeitentwicklung schizophrener Erkrankungen – verlaufsbeeinflussende Faktoren und Arbeitsintegration**

### **2.1. Die langfristige Entwicklung und ihre Beeinflußbarkeit**

Die lange Zeit vorherrschende Annahme, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis würden regelhaft einen ungünstigen Verlauf nehmen, konnte durch verschiedene Langzeitstudien widerlegt werden (z.B. Ciompi & Müller, 1976 und Huber et al., 1979). In diesen Studien wurden zwischen 20 und 30% der Patienten durchschnittlich 30 Jahre nach ihrer Ersterkrankung als vollständig geheilt eingestuft, weitere 30% wiesen nur milde Beeinträchtigungen auf. So konnte in insgesamt über 50% der Fälle von einem eher günstigen Verlauf ausgegangen werden. Nur knapp 20% der Patienten zeigten schwere Beeinträchtigungen, bei ca. einem Drittel waren mittelschwere Beeinträchtigungen zu verzeichnen. Vergleichbare neuere Studien, beispielsweise von Marneros (1991) fanden bezüglich der Heilungen ähnliche Werte. Als Kriterium für „Heilung“ wurde beispielsweise untersucht, ob ein Patient in der Lage war, die von ihm geforderten sozialen Rollen zu erfüllen, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder selbständig zu wohnen. Auch, inwieweit er von anderen noch als krank angesehen wurde, spielte eine Rolle. Dabei wird bereits deutlich, dass sich der Verlauf der schizophrenen Erkrankung auf verschiedenen Beurteilungssachsen abbilden lässt, beispielsweise der Wohnsituation, der Arbeitsintegration oder der Erfüllung sozialer Rollen in Partnerschaft, Familie oder Freundeskreis. Dabei ist der Erfolg und Verlauf auf einer dieser Beurteilungssachsen nicht zwangsläufig prädiktiv für einen vergleichbar erfolgreichen Verlauf auf einer anderen Achse (Strauss, 1987). Neben unterschiedlichen biologischen Einflußfaktoren ist für den Verlauf der schizophrenen Erkrankung entscheidend, welchen Lebensbedingungen der Patient ausgesetzt ist und in welchem Maße er von geeigneten therapeutischen und rehabilitativen Programmen profitieren kann.

Wienberg (1997) listet ausführlich verlaufsbeeinflussende Faktoren auf, von denen hier nur diejenigen genannt werden sollen, die auch bezüglich der beruflichen Rehabilitation Schizophrener von Relevanz sind und bei der Entwicklung des Gruppenprogramms ZERA berücksichtigt wurden.

#### **2.1.1. Einstellungen und Erwartungshaltungen:**

In der Literatur wird immer wieder auf die Bedeutung positiv-realistischer Zukunftserwartungen bei Betroffenen, Angehörigen und Betreuern hingewiesen (vgl. auch Hoffmann, 1999). Bereits 1979 konnte Ciompi für die berufliche Rehabilitation zeigen, dass die Rehabilitationserwartungen von Patienten, Angehörigen und Betreuern in einer engeren Beziehung zum Rehabilitationserfolg standen als z.B. krankheitsbezogene Merkmale. Ähnliches fand Dauwalder (1984) zusammen mit Ciompi in einer

kontrollierten Studie. Dabei wurde sowohl der erwartete Rehabilitationserfolg innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes (Zukunftserwartungen), als auch der tatsächliche Erfolg bzw. Verlauf auf einer jeweils 6-stufigen Wohn- und Arbeitsachse erfaßt. Zusätzlich wurden Prädiktoren für den tatsächlichen Erfolg untersucht und es ergab sich, dass 7 der 8 besten Prädiktoren des Rehabilitationserfolges Erwartungsvariablen waren. Besonders günstig waren positive Erwartungen auf allen Seiten, konkrete Rehabilitationspläne bei den Betreuern und realistisch-positive Erwartungen bei den Patienten. Dagegen erwiesen sich alle anderen Prädiktoren, insbesondere auch alle krankheitsbezogenen Variablen als gar nicht oder nur unbedeutend brauchbar für die Vorhersage des Rehabilitationserfolges. Die gezielte Veränderung von Zukunftserwartungen bei Patienten in eine positive Richtung gelang nicht oder nur unzureichend. Es zeigte sich jedoch eine hohe Übereinstimmung zwischen Patienten- und Umgebungserwartungen, woraus Dauwalder folgert, dass der bedeutendste Hebel zur Beeinflussung von Zukunftserwartungen bei den wichtigsten Bezugspersonen und weniger bei den Patienten selber liegen dürfte. Neben den Implikationen, die sich aus dieser Erkenntnis für Personalentwicklung und –qualifizierung in psychiatrischen Einrichtungen ergeben, wird v.a. deutlich, dass der Aufrechterhaltung oder Entwicklung positiv-realistischer Zukunftserwartungen in der Therapie und Rehabilitation schizophrener Patienten eine zentrale Rolle zukommt.

### **2.1.2. Therapeutische und rehabilitative Einflüsse:**

Neben der neuroleptischen Behandlung mit möglichst günstigem Wirkungsprofil sowie der Verfügbarkeit psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Hilfen wurde immer wieder auch die Bedeutung optimaler Rehabilitations-Anforderungen betont. Bereits in den 60er Jahren konnten Wing et al. zeigen, dass Überstimulation im Sinne plötzlicher, neuer Anforderungen („Reha-Druck“) zum Wiederauftreten akuter psychotischer Symptome führen kann (Wing, 1986). Ebenfalls untersuchten sie die schädlichen Wirkungen von Unterstimulation (Wing & Brown, 1970) insbesondere im Zusammenhang mit chronisch-unproduktiven Symptomen (Hospitalismus- bzw. Institutionalismus-Syndrom). Allerdings scheint der Zusammenhang schwächer als ursprünglich angenommen zu sein und keinesfalls können chronisch-unproduktive Symptome ausschließlich oder überwiegend auf milieubedingte Unterstimulation zurückgeführt werden, sondern werden beispielsweise auch als positive Bewältigungsstrategie diskutiert (Strauss, 1989). Ciompi (1980) betont, dass das Hospitalismus-Syndrom nicht auf Krankenhäuser beschränkt bleibe, sondern auch in personell unterdotierten sozialpsychiatrischen, komplementären Institutionen vorkommen kann, beispielsweise auch in beschützenden Werkstätten. Das optimale, Über- und Unterstimulation gleichermaßen vermeidende Anforderungsniveau muß in jedem Einzelfall neu bestimmt werden. Wing prägte in diesem Zusammenhang das Bild eines Seiltanzes zwischen Über- und Unterforderung in der Rehabilitation von Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind (zit. nach Schaub, 1999). Im Rahmen der ZERA-Schulung wird versucht, mit den Teilnehmern eben dieses jeweils individuell optimale Anforderungsniveau zu erarbeiten.

### **2.1.3. Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten:**

Neben der zentralen Bedeutung der verbesserten Informiertheit der Patienten über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Reschke, 1990) müssen im Zusammenhang mit dem Bewältigungsverhalten schizophrener Patienten zusätzlich zu produktiven Symptomen wie Wahn und Halluzinationen, welche bereits seit längerem als Bewältigungsversuch im Zusammenhang mit einer reduzierten Informationsverarbeitungskapazität betrachtet werden, auch chronisch-unproduktive Symptome als Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche angesehen werden. Demnach können chronisch-unproduktive Syndrome als überschießende und schließlich zu Dauerhaltungen fixierte Gegenregulationen betrachtet werden, die als Schutz vor erneuter Überforderung und kompensatorische Vermeidungsstrategien verstanden werden können. Ob diese Bewältigungsstrategien als eher günstig oder eher ungünstig-schädlich angesehen werden müssen, hängt sicherlich vom Grad ihrer Fixierung, Ritualisierung und Stereotypisierung im Einzelfall ab. Es kann aber durchaus schwierig sein, jeweils individuumbezogen zwischen unterfordernden und damit ungünstigen Bedingungen und „positivem“ Rückzug in o.g. Sinne zu unterscheiden. So beschreibt Strauss (1989b) das „Schneckenhaus-Phänomen“ als wichtige Selbstschutz-Phase, welche allerdings im Gegensatz zur chronisch-unproduktiven Symptomatik vorübergehend und reversibel ist. Gemeint ist, dass Rückzug und ein weitgehender (wenn auch nicht vollständiger) Abbruch sozialer Beziehungen vorübergehend ein konstruktives Bewältigungsmuster sein kann. Insbesondere für die längerfristige Prognose kann es günstig sein, wenn Patienten bewußt Phasen des Rückzugs bei drohender Überforderung einleiten. So sind beispielsweise Trainings der sozialen Kompetenz bei Schizophrenen oft zu unspezifisch bezüglich der Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung, während langfristig gesehen ein eher sachlich-distanziertes psychoedukatives Training besser zur Verhinderung von Rückfällen geeignet ist (Lewandowski et al.1994), da es den erforderlichen stressreduzierenden Rückzug der Patienten in belastenden Situationen stärker berücksichtigt.

## **2.2. Die Arbeitsintegration schizophrener Erkrankter und der Stellenwert beruflicher Rehabilitation**

*You can't eat, drink or make love eight hours a day*

L.A. Rowland, R.E Perkins

### **2.2.1. Arbeit und psychische Erkrankung**

Die Übernahme einer bewältigbaren und geeigneten Arbeitstätigkeit stellt für schizophrene Menschen einen wichtigen Schritt hin zu mehr Teilhabe an gesellschaftlicher Normalität dar. Der stabilisierende, rezidivprophylaktische Wert strukturierter Arbeitsangebote wurde in der Literatur immer wieder belegt. So fand Priebe (1999) in der Berliner Enthospitalisierungsstudie, dass in einem Zeitraum von durchschnittlich 2 Jahren 66% der Patienten ohne, aber nur 38% der Patienten mit Arbeit oder Beschäftigung wieder stationär aufgenommen wurden. Auf der anderen Seite ist unbestritten, dass Arbeit als potenzieller Stressor auch ein auslösender Faktor für er-

neute psychotische Krisen sein kann. Für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis hat regelmäßige Arbeitstätigkeit daher sowohl positive, als auch negative Auswirkungen. Zu den möglichen positiven Auswirkungen von Arbeit gehören:

- weitgehende Autonomie in der Lebensführung durch Sicherung der Existenzgrundlage
- Strukturierung des Tages und Entwicklung von Handlungsplänen (Jahoda, 1975)
- Notwendigkeit, sich in normalen sozialen Rollen zu engagieren
- Gefühle des persönlichen Erfolges und der Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung von Erwartungen anderer
- soziale Kontakte und Unterstützung
- gesellschaftlich anerkannter und erwünschter sozialer Status als Arbeitnehmer
- Anregungen, Abwechslung, auffordernde Handlungsfelder

Daneben bestehen jedoch auch mögliche Risiken. Zu den potenziellen negativen Auswirkungen von Arbeit gehören:

- erlebte Überforderung durch zu hohe fachliche oder zeitliche Leistungsanforderungen
- Selbstabwertung aufgrund des eigenen „Versagens“
- unerfreuliche, emotional belastende Sozialkontakte
- Konfrontation mit möglicherweise unerfüllbaren Erwartungshaltungen anderer
- Gefahr der negativen Rückmeldung und des Mißerfolgs

Priebe (1999) unterscheidet darüber hinaus die folgenden Bedeutungsaspekte von Arbeit für psychisch Kranke. Demnach ist Arbeit

- eine unspezifische soziotherapeutische Behandlungsmaßnahme (z.B. zur Tagesstrukturierung und Kontaktgestaltung)
- eine spezifische Therapiemaßnahme (z.B. als Training kognitiver und sozialer Fähigkeiten)
- ein Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität
- ein Weg zur ökonomischen und sozialen Absicherung der Betroffenen
- das letztendliche Ziel der Rehabilitation im Sinne der Verwirklichung eines gesellschaftlichen Anspruchs aller Menschen auf Arbeit

Die Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist jedoch nur für einen kleineren Teil der schizophren Erkrankten ein realistisch zu erreichendes Ziel. So fand Reker (1999), dass nach einem Zeitraum von 3 Jahren von 112 untersuchten schizophren Erkrankten nur 23% auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren, 50% arbeiteten im geschützten Bereich oder in der Arbeitstherapie und 27% der Betroffenen waren beschäftigungslos. Dabei scheint häufig das erste Jahr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entscheidend zu sein: wer dieses durchhält, schafft es oft auch länger. In einer Studie von Reker (1999) waren von 100% ursprünglich auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelten Rehabilitanden nach einem Jahr ein Drittel arbeitslos oder in einem beschützten Bereich tätig, zwei Drittel arbeiteten noch auf dem ersten Arbeitsmarkt. Diese Quote war auch nach zwei und drei Jahren noch stabil. Lüpkes (1999) führt aus, dass, bezogen auf die gesamte Gruppe der psychisch behinderten Rehabilitanden, die Gesamteingliederungsquote bundesweit bei 21,8% liege. Der Autor folgert, dass die berufliche Rehabilitation von psychisch Behinderten ganz andere Zeitmuster aufweisen muß als bei anderen Behinderungsarten. Langfristig müs-

se der Rehabilitationsprozeß offen sein für Erfolge und Rückschläge und könne deshalb nur gestuft, flexibel und in Schritten sowie oft nur mit langfristiger Perspektive erfolgen. Dies leuchtet ein, denn obwohl die langfristige Prognose für über 50% der Erkrankten eher günstig ist (vgl. 2.1.), liegt der Anteil derer, die auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert sind, weit darunter, was vermutlich mehr mit Variablen des Arbeitsmarkts bzw. seiner Zugänglichkeit zu tun hat als mit krankheitsbezogenen Variablen. So kommt auch Weis (1990) in seiner Übersichtsarbeit zu dem Schluß, dass berufsspezifische Prognosefaktoren durch die vorhandenen kulturabhängigen Arbeitsnormen zu einem beträchtlichen Anteil eher spezifisch für den Bereich der Arbeit sind, als spezifisch für die Art oder den Verlauf der psychischen Krankheit.

Auch Kuhnt&Kunow (1988) berichten, das bei Patienten mit neurotischen und Suchterkrankungen sowohl die Ausgangslage, als auch die berufliche Wiedereingliederung besser ist (unter 30% konstant desintegriert) als bei Psychosen (schizophren: 57%, affektiv: 44% konstant desintegriert). Bei Psychosekranken sei auch die Quote beruflicher Ausgliederung höher und weniger reversibel. Wichtig erscheine darüber hinaus die Chronizität des Verlaufs: von den Patienten mit sicher chronischem Verlauf (nach Definition der Autoren: mehr als 5 stationäre Aufenthalte oder ein Aufenthalt von mehr als 12 Monaten Dauer) ist nach Ablauf eines Jahres nur noch knapp ein Fünftel beruflich integriert. Die Autoren ziehen das Fazit, dass die bei den beruflich erfolgreichen Patienten offenbar wirksamen Faktoren durch therapeutische Angebote auch den stärker stützungsbedürftigen Patienten zugänglich gemacht werden müssen. Dazu gehören u.a. die Förderung berufsbezogener Interessen und Aktivitäten sowie die Erarbeitung einer realistisch-positiven beruflichen Zukunftserwartung unter Einbeziehung der bedeutsamen Kontaktpersonen.

Vor diesem Hintergrund fordert beispielsweise v. Kardorff (1999), Arbeit als sinn- und identitätsstiftendes Element müsse vom Ziel der Integration auf den ersten Arbeitsmarkt entkoppelt werden. Vielmehr stellt die Ausübung einer bewältigbaren Arbeitstätigkeit eine wirksame Maßnahme zur Erreichung weiterer Rehabilitationsziele auch in anderen Bereichen dar und verbessert die Lebensqualität der Betroffenen. Arbeit, auch in geschütztem Rahmen, ist ein wichtiges intermediäres Rehabilitationsziel, das die Erreichung von Zielen in anderen Rehabilitations-Bereichen positiv beeinflusst (Priebe, 1999). Dabei können sich positive Einflüsse auf Psychopathologie und Rehospitalisierungsraten unabhängig davon entwickeln, ob die berufliche Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt oder in geschützte Arbeitsverhältnisse erfolgt (Schulze Mönking et al., 1999). Wichtig ist vielmehr, dass die Betroffenen eine Tätigkeit ausüben können, mit der sie sich auf dem für sie jeweils optimalen Anforderungsniveau gefordert fühlen.

So wird bereits deutlich, dass der Zusammenhang zwischen dem Rehabilitationsverlauf schizophrener Patienten und ihrer Integration auf den ersten Arbeitsmarkt vieltätig ist und der Erfolg einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme nicht nur am Ausmaß der erreichten Integration in den ersten Arbeitsmarkt gemessen werden darf. Reker&Eikermann (1999) benennen die folgenden Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf der Arbeitsrehabilitation schizophrener Patienten:

- früher Beginn der arbeitstherapeutischen Maßnahme, d.h. möglichst kurze Wartezeit nach Abschluß der stationären Behandlung
- angemessene Bezahlung für die erbrachte Leistung in der Arbeitstherapie
- höhere Belastbarkeit des Patienten bereits zu Beginn der Maßnahme

- biographisch früher Beginn der Rehabilitationsmaßnahme, d.h. kurze Krankheitsdauer
- möglichst frühe Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt, d.h. möglichst kurzer Aufenthalt in beschützenden Umfeldern, in denen die Gefahr der Hospitalisierung besteht

Die Autoren betonen jedoch auch, dass sich berufliche Integration in der Praxis nicht nur an diesen objektiven Kriterien messen läßt und sich nicht nur auf das Training von Fähigkeiten und die Suche nach einem Arbeitsplatz beschränken darf. Sehr wichtig sind auch folgende subjektive Faktoren, wie sie beispielsweise auch im Gruppentrainingsprogramm ZERA berücksichtigt wurden:

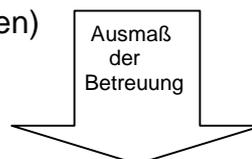
- Adaption beruflicher Erwartungen an die gegenwärtige Situation
- Koordination mit anderen Lebensbereichen
- Konfrontation mit sozialer Normalität
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive

## 2.2.2. Kurzer Überblick über das rehabilitative Versorgungssystem für schizophrene Patienten in der Bundesrepublik Deutschland

Das rehabilitative Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist gekennzeichnet durch eine große Vielfalt, Komplexität und Vernetztheit. Verglichen mit anderen Bereichen der Rehabilitation chronisch Kranker wurde dabei im Bereich der Psychiatrie in den letzten Jahren in beispielhafter Weise das Versorgungssystem ausgebaut und der Übergang von stationären über teilstationäre zu ambulanten Angeboten ausdifferenziert, wobei allerdings insbesondere im ländlichen Raum dieser Vorgang noch nicht abgeschlossen ist. Dabei stehen für die Bereiche der medizinischen Versorgung, des Wohnens und der Arbeit im kurzen Überblick folgende Angebote zur Verfügung:

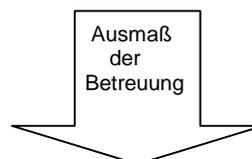
### Medizinische Versorgung:

- psychiatrische Klinik (offen/geschlossen)
- RPK (medizinisch-berufliche Reha)
- psychiatrische Tagesklinik
- niedergelassener Psychiater



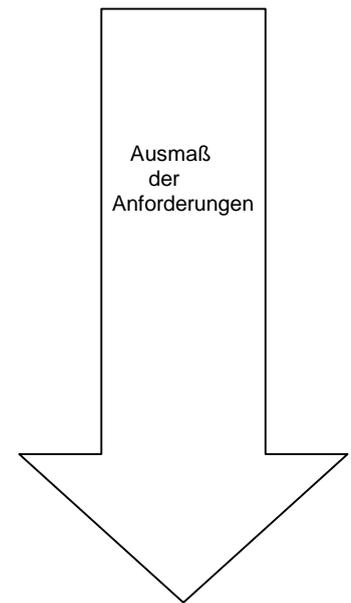
### Wohnen:

- Wohnheim
- Trainingswohnen
- betreutes Wohnen (WG/Einzel)
- unbetreutes Wohnen (WG/Einzel)



## Arbeit:

- stundenweise Arbeitshilfen
- Werkstatt für Behinderte (WfB): Arbeitsbereich
- berufsfördernde Maßnahmen: Arbeitstraining (WfB), Berufsvorbereitung, Anpassungsmaßnahme etc.
- 630-Mark-Job
- komplementärer Arbeitsmarkt
- anforderungsreduzierte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Lohnkostenzuschuß und Unterstützung durch Integrationsdienste (Teilzeit/Vollzeit)
- Ausbildung in geschütztem Rahmen mit internatsmäßiger Unterbringung (BFW, BBW)
- Ausbildung in geschütztem Rahmen ohne internatsmäßige Unterbringung
- Ausbildung auf allgemeinem Arbeitsmarkt, evtl. mit ausbildungsbegleitenden Hilfen
- Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Teilzeit/Vollzeit)



Diese sicherlich vereinfachende Übersicht macht doch deutlich, dass die Betreuungsangebote im Bereich der medizinischen Versorgung und des Wohnens in wenige Kategorien eingeteilt werden können und sich bezüglich der möglichen Betreuung und Unterstützung gut gegeneinander abgrenzen lassen. Diese Angebote orientieren sich demnach am jeweils aktuellen Hilfebedarf eines psychisch kranken Menschen, bei Veränderung dieses Hilfebedarfs ist ein Wechsel zwischen unterschiedlich intensiv betreuten Angeboten möglich und angezeigt.

Bereits auf den ersten Blick wesentlich komplexer stellen sich die Angebote im Bereich der Arbeit dar. Es steht eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen und Möglichkeiten zur Verfügung, welche sich inhaltlich bezüglich der gestellten Anforderungen und der möglichen Betreuung und Unterstützung wesentlich schwerer voneinander abgrenzen lassen als die Angebote im Bereich des Wohnens und der medizinischen Versorgung. Dies bedeutet einerseits, dass psychisch kranke Menschen im Bereich der beruflichen Rehabilitation auf eine relativ große Anzahl von Möglichkeiten zurückgreifen können, jeweils orientiert an ihren aktuellen beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Andererseits kann die Vielzahl potenzieller Möglichkeiten beim Einzelnen häufig ein Gefühl der Verwirrung, Ratlosigkeit, Hilflosigkeit und Unentschlossenheit hervorrufen. Insbesondere psychisch kranken Menschen fällt es oft schwer, vielfältige Informationen richtig zu verarbeiten, zu gewichten und auf dieser Grundlage eine Entscheidung zu treffen. Hinzu kommt, dass eine Voraussetzung für die Wahl des jeweils richtigen Angebots im Bereich Arbeit die realistische Einschätzung der aktuellen beruflichen Leistungsfähigkeit ist, welche insbesondere durch eine schwere psychische Erkrankung oder geringe berufliche Erfahrung eingeschränkt sein kann. Es ist daher besonders wichtig, die relevanten Informationen über das Arbeits- und Unterstützungssystem übersichtlich aufzubereiten und zu vermitteln, um Informiertheit und Handlungskompetenz bei den Betroffenen zu fördern.

Von den zahlreichen dargestellten Arbeitsmöglichkeiten soll hier nur die Werkstatt für psychisch Behinderte (WfB) kurz inhaltlich vorgestellt werden, da das ZERA-Programm primär für dieses setting entwickelt wurde und auch die im folgenden vorgestellte Studie in einer WfB durchgeführt wurde.

Zur Zielgruppe einer WfB gehören vorwiegend Personen, die keiner stationären Behandlung mehr bedürfen bzw. deren medizinische Rehabilitation als abgeschlossen bezeichnet werden kann, die aber dennoch weiterhin psychisch behindert sind und nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Dabei werden die Kosten zunächst für maximal zwei Jahre (die Dauer des sogenannten Arbeitstrainings- bzw. Berufsbildungsbereichs) von den Arbeitsämtern oder den Rentenversicherungsträgern übernommen und anschließend für potenziell unbegrenzte Zeit vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe (sogenannter Arbeitsbereich). Ziel ist, durch Training der Arbeitsgrundfähigkeiten und planmäßige berufliche Bildung die Entwicklung, Erhöhung oder Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden - unter Einschluß der Weiterentwicklung seiner Persönlichkeit sowie seiner Befähigung zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft - zu erreichen. Gleichzeitig soll mit der Reha-Maßnahme ganz allgemein die Entwicklung, Erhaltung, Erhöhung oder Wiedergewinnung sowohl der beruflichen, als auch der lebenspraktischen Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten und die Persönlichkeitsentwicklung, eine körperliche und psychische Stabilisierung und Aktivierung, ein Training der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung sowie eine Heilung, Besserung oder Verhütung der Verschlimmerung von Krankheit erreicht werden. In der Regel bieten WfB zu diesem Zweck verschiedene berufliche Schwerpunktbereiche an sowie im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung geeignete arbeitsbegleitende Maßnahmen.

# **3. Therapeutische Implikationen und Qualitätsstandards in der Rehabilitation schizophrener Erkrankter**

## **3.1. Allgemeine therapeutische Prinzipien im Umgang mit schizophrenen Erkrankten**

Hemsley (1993) sieht die wesentliche Funktionsstörung bei schizophrenen Erkrankten darin, dass der Einfluß gespeicherter Regelmäßigkeiten früherer Erfahrungen auf die aktuelle Wahrnehmung und Verarbeitung geschwächt ist. Es liegt also eine Störung bei der fortlaufenden Integration von aktuellem Input und gespeichertem Material vor. Dabei liegt das Problem nicht in einer fehlerhaften oder verloren gegangenen Speicherung entsprechender Regelmäßigkeiten oder Konzepte im Langzeitgedächtnis, sondern vielmehr darin, dass diese nicht schnell und automatisch verfügbar sind, sondern allenfalls bei bewußter Anstrengung. Es handelt sich also nicht um einen grundlegenden Defekt, sondern um eine funktionelle Labilisierung solcher Prozesse. Nach Braff (1993) ist deren Auftreten um so wahrscheinlicher, je

- komplexer die Reizsituation ist,
- je mehr unterschiedliche Sinnesmodalitäten gleichzeitig beansprucht werden,
- je stärker Ablenkungs- und Störreize sind und
- je mehr Stress erlebt wird.

Diese Störungen der selektiven Aufmerksamkeit, der gerichteten und kategorial auswählenden Aufnahme und Verarbeitung innerer und äußerer Reize scheinen eine für die schizophrene Erkrankung typische Störung darzustellen. Auf der anderen Seite sind Menschen mit dieser Störung bei abstrahierenden, verknüpfenden und integrierenden Funktionen den Gesunden tendenziell überlegen, wenn es um besonders genaue Wahrnehmungsaufgaben geht (Hemsley, 1990). Die Ursache liegt möglicherweise darin, dass Schizophrene weniger dazu neigen, Ordnung in Reizkonstellationen zu bringen, die keine Ordnung haben. Das heißt, die Wahrnehmung Schizophrener ist besonders genau, das Wahrgenommene kann aber schwerer eingeordnet und zugeordnet werden. Trotzdem ist diese Betonung der Fähigkeit zu besonders genauer Wahrnehmung, die sich als Kehrseite der gestörten Informationsverarbeitung ergibt, wichtig, da sie ermöglicht, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nicht nur rein defizit-orientiert zu vermitteln und die besondere Sensibilität und Offenheit der Wahrnehmung Schizophrener hervorzuheben. So kann das Haften am Konkreten bzw. der Konkretismus Schizophrener auch als Fähigkeit zur Wahrnehmung von Details und Besonderheiten angesehen werden.

Aus dem oben Dargestellten ergibt sich, dass schizophrene Erkrankte das Phänomen der Reizüberflutung nicht nur in objektiv sehr reizintensiven Situationen erleben, welche auch für Gesunde schwer zu verarbeiten wären, sondern aufgrund der gestörten Einordnung und Wiedererkennung wahrgenommener Inhalte Reizüberflutung auch in Situationen auftritt, die im Erleben von Gesunden eher vertraut, wenig bedrohlich und

höchstens durchschnittlich stimulierend sind. Schizophren Erkrankte erleben daher wesentlich häufiger ein Bombardement mit nicht einzuordnenden und daher erschwert zu verarbeitenden Reizen. Wichtig ist hierbei, dass diese Störungen unabhängig vom Vorliegen einer akuten psychotischen Symptomatik bestehen können und häufig bestehen.

Wenn demnach der Kern der schizophrenen Verletzlichkeit in einer Störung der Informationsverarbeitung zu sehen ist, dann muß jegliche Therapie generell auf die Stützung und auf eine Verbesserung dieser Informationsverarbeitung ausgerichtet sein. Dies kann im Prinzip auf zwei verschiedenen Wegen geschehen:

1. durch Klärung und Vereinfachung der zu verarbeitenden Information
2. durch Stärkung des informationsverarbeitenden Systems

Vor diesem Hintergrund formulierte Ciompi 10 grundlegende therapeutische Prinzipien für den Umgang mit schizophren erkrankten Menschen (zit. nach Wienberg, 1997):

1. systematische Einbeziehung des relevanten sozialen Umfeldes
2. Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen
3. Weckung gemeinsamer, positiv-realistischer Zukunftserwartungen
4. stufenweises Erarbeiten konkreter, gemeinsamer Behandlungsziele
5. Koordination und Kontinuität (sowohl konzeptionell, als auch personell)
6. Vereinfachung des therapeutischen Feldes (klare Struktur)
7. Einfachheit und Klarheit im Umgang (affektiv-kognitiv übereinstimmende Kommunikation)
8. Fortlaufende Optimierung von Anforderungen (Vermeidung von Über- und Unterstimulation)
9. Flexible Kombination von unterschiedlichen Therapieansätzen (Synergieeffekte von pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Ansätzen)
10. Beachtung spezifischer Zeitfaktoren (zeitliche Dynamiken der Erkrankung, „Eigenzeiten“ und persönliche Tempi der Betroffenen)

Die Übertragung dieser Prinzipien nicht nur auf therapeutische Behandlungskonzepte im klinisch-stationären Setting, sondern auch auf komplementäre Bereiche, stellt eine wichtige Aufgabe dar. Aufgrund der bislang eher geringen Forschungs- und Entwicklungsbemühungen im außerklinischen Bereich ist noch viel Entwicklungsarbeit zu leisten, insbesondere, was die störungsspezifische Gestaltung von Rahmenbedingungen und die geeignete Vermittlung relevanter Informationen betrifft. Das Gruppentrainingsprogramm ZERA stellt einen ersten Schritt in diese Richtung dar.

Auch Fiedler (1995) hebt hervor, dass eine einfache Struktur, Klarheit und Transparenz zu den wichtigsten Rahmenbedingungen der psychologischen Behandlung schizophrener Menschen gehören. Dabei betont er, dass für psychiatrisch schwerer gestörte Patienten strukturierte Therapieangebote grundsätzlich gegenüber wenig strukturierten, einsichts-, affekt- und konfliktorientierten Verfahren bevorzugt werden sollten.

Neben der notwendigen Struktur und Klarheit ist nach Fiedler (1995) insbesondere der Aspekt der Informationsvermittlung als wesentlicher Bestandteil therapeutischer Maßnahmen anzusehen. Er betont, dass eine gute Aufklärung der Patienten per se bereits erhebliche therapeutische Effekte zeitigen kann und sich präventiv die Zahl

vorzeitiger Therapieabbrüche deutlich verringern läßt, wenn Patienten vor ihrer Therapie über alle Aspekte der Behandlung ausreichend informiert wurden. Im Gruppentrainingsprogramm ZERA werden daher Informationen sowohl über die psychische Erkrankung, als auch über das rehabilitative Unterstützungssystem in geeigneter, strukturierter und klarer Form vermittelt.

Reschke (1990) konnte zeigen, dass das Informationsbedürfnis bei Patienten allgemein seit Jahren ständig steigt und jeweils zu Beginn einer Behandlung am größten ist. Wird es jedoch frustriert, so wird der Verlauf rehabilitativer und psychotherapeutischer Maßnahmen unter Umständen erheblich gefährdet, u.a. weil die Patienten falsche Erwartungen an die Maßnahme haben oder durch selbst beschaffte, mitunter falsche Informationen dysfunktionale Krankheitskonzepte entwickeln. Daraus lässt sich die Forderung ableiten, Maßnahmen mit stark informationsvermittelndem Charakter, wie beispielsweise das Gruppentrainingsprogramm ZERA, möglichst früh im Verlauf einer Maßnahme anzubieten und die Patienten über die Zielsetzungen dieses Programmes vorab genau zu informieren.

Die Vermittlung relevanter Informationen in Gruppen bietet, neben der größeren Ökonomie, auch den Vorteil, dass gruppenspezifische kurative Wirkfaktoren genutzt werden können. So können die Teilnehmer voneinander lernen und sich durch die Gemeinschaft mit gleichermaßen von der Erkrankung Betroffenen emotional entlasten, dysfunktionale Einstellungen können korrigiert werden und das Erleben von Solidarität und Hoffnung wird möglich. Yalom (1989) unterscheidet dabei zwischen instrumentellen Gruppenbedingungen wie der Kohäsion, der Offenheit und dem Vertrauen der Teilnehmer untereinander und einer konstruktiven Arbeitshaltung, den spezifischen Gruppenbedingungen wie dem Empfangen, Annehmen und Geben von Feedback, der Unterstützung und dem Modellernen sowie den allgemeinen Wirkfaktoren wie der Universalität des Leidens oder der Vermittlung von Hoffnung. Dabei kann das Herstellen der instrumentellen Gruppenbedingungen durch ein strukturiertes, manualgestütztes Vorgehen mit klaren Zielsetzungen erleichtert werden (vgl. Manual zur ZERA-Schulung, Plößl et al., 2000).

### **3.2. Qualitätsmerkmale von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation psychiatrischer Patienten**

Die durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen Kliniken hat sich von ca. 200 Tagen Anfang der siebziger Jahre auf zunächst durchschnittlich 60 Tage Anfang der neunziger Jahre und mittlerweile durchschnittlich ca. 45 Tage in Baden Württemberg und beispielsweise nur noch 30 Tage in Stuttgart reduziert (Elbelt et al., 1998; Stuttgarter Zeitung vom 14.4.01). Gründe für diese Reduktion liegen sicherlich im immer besseren Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen, jedoch auch im größer werdenden Druck zur Kostenersparnis. Aufgrund der immer kürzer werdenden Verweildauer von psychiatrischen Patienten im stationären Rahmen müssen zunehmend mehr Aufgaben im außerklinischen, teilstationären oder ambulanten Bereich übernommen werden. Somit steigen die Anforderungen, die an rehabilitative Maßnahmen gestellt werden müssen. Eine wichtige Voraussetzung ist zunächst der möglichst frühe Beginn solcher Maßnahmen im Anschluß an eine stationäre Behandlung (Reker & Eikermann, 1999). Inhaltlich ist es erforderlich, den Rehabilitanden ein möglichst breites Angebot an beruflichen Tätigkeiten zur Verfügung zu stellen und sich dabei an

den aktuellen Entwicklungen des Arbeitsmarktes zu orientieren, sowie möglichst häufig Erprobungen in realitätsnahen Arbeitssituationen zu ermöglichen. Berufliche Rehabilitation kann sich jedoch nicht nur auf das Training von Fähigkeiten und die Suche nach einem Arbeitsplatz beschränken. Sehr wichtig sind auch die Bearbeitung von subjektiven, häufig stark emotional besetzten Einstellungen bezüglich der eigenen beruflichen Zukunft und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien (z.B. Kuhnt&Kunow, 1988). So weisen beispielsweise Reker & Eikermann (1999) auf die Bedeutung der Adaption beruflicher Zukunftserwartungen an die gegenwärtige Situation der Patienten hin. Mecklenburg (1999) betont, dass die Motivation der Rehabilitanden einen der wichtigsten Prädiktoren für die langfristige erfolgreiche berufliche Integration darstellt und ein zentrales Thema beruflicher Trainingsmaßnahmen daher der Aufbau und die Aufrechterhaltung dieser Motivation sein muß.

Demgegenüber betont Hoffmann (1999) die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen als Prädiktor für erfolgreiche berufliche Integration. Negativen Einfluß haben externe Kontrollüberzeugungen, reduzierte Zukunftserwartungen und depressiv-resignative Copingstrategien. Wichtig sei es daher, Selbstkonzepte, Attributionsstile und Zukunftserwartungen therapeutisch zu beeinflussen. Patienten sollen durch aktives Handeln interne Kontrolle gewinnen, optimistische berufliche Zukunftserwartungen und positive, selbstwirksame Kontrollüberzeugungen entwickeln. Auf den prognostisch wichtigen Einfluß der Zukunftserwartungen auch auf Seiten der Bezugspersonen haben Dauwalder et al. (1984) hingewiesen (vgl. 2.1.1.). Darüber hinaus hat jedoch auch die globale Bewertung einer Behandlung durch den Patienten einen Vorhersagewert für den Erfolg dieser Behandlung (Priebe, 1992). Wichtig ist, dass der Patient die Maßnahme als sinnvoll im Hinblick auf seine Ziele erlebt.

Sonntag (1992) betont in ihrer Darstellung einer Untersuchung in Werkstätten für psychisch Behinderte, dass Arbeit eine Persönlichkeitsentwicklung möglich mache, wenn es für den arbeitenden Menschen möglich ist, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Arbeit einzusetzen und dort neue Kompetenzen zu erwerben. Die Arbeit müsse also Anforderungen stellen, gleichzeitig dürfe das Ausmaß der Belastungen jedoch nicht zu groß sein, es müssen Handlungsspielräume bestehen und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen wahrgenommen werden. In einer Stichprobe von 25 psychisch Kranken in einer Werkstatt für Behinderte fand Sonntag analog dazu, dass ein relativ großes Arbeitsvolumen im Zusammenwirken mit einem hohen Maß verschiedener, v.a. sozialer Unterstützungsleistungen in positiver Beziehung zur Arbeitszufriedenheit steht. Insgesamt fand die Autorin, dass nur subjektive Merkmale der Arbeitssituation signifikante Zusammenhänge zur Persönlichkeitsentwicklung aufwiesen, während die psychisch behinderten Beschäftigten den Zusammenhang zwischen objektiv durch Beobachter erfassbaren Stressoren und dem individuellen Befinden zu unterschätzen schienen.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Praxis der beruflichen Rehabilitation, insbesondere in den Werkstätten für psychisch Behinderte (WfB), so stellt man fest, dass die an solche Maßnahmen zu stellenden Anforderungen noch nicht ausreichend realisiert sind. Psychiatrische Patienten müssen im Anschluß an eine stationäre Behandlung häufig lange auf den Beginn einer beruflichen Trainingsmaßnahme warten. Zeitspannen von über einem Jahr sind keine Seltenheit. Beginnen sie dann beispielsweise eine Arbeitstrainingsmaßnahme in einer WfB, so haben sie häufig Mühe, den Sinn dieser Maßnahme in Bezug auf ihre jeweiligen beruflichen Ziele zu erkennen. Es fällt ihnen schwer, positive berufliche Zukunftserwartungen zu entwi-

ckeln oder aufrecht zu erhalten, wenn sie sich zugleich mit ihren krankheitsbedingt eingeschränkten Fähigkeiten auseinandersetzen müssen und in ihrer Selbsteinschätzung zunehmend realistischer werden. Es ist daher besonders wichtig, im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Trainingsprogramme anzubieten, die den Teilnehmern dazu verhelfen, bereits den Prozeß der Rehabilitation als sinnhaft und zielführend zu erleben, unabhängig vom erreichbaren Ergebnis dieses Prozesses auf der Arbeitsachse.

Das Gruppentrainingsprogramm ZERA wurde entwickelt, um einen entsprechenden Beitrag zu leisten. Problematisch bei der begleitenden Förderung und Therapie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ist häufig eine zu geringe Überschneidung zwischen therapeutischen Inhalten und tatsächlichen Anforderungen im Alltag der Rehabilitanden, beispielsweise im Bereich der Arbeit. Häufig stehen v.a. nach Abschluß der Akutbehandlung die innerhalb therapeutischer Programme bearbeiteten Inhalte und die Themen, die im Alltag des schizophren Erkrankten wichtig und bedeutungsvoll sind, weitgehend unverbunden nebeneinander. Es bleibt den Betroffenen selbst überlassen, eine Verbindung zwischen beiden Bereichen herzustellen, was häufig mißlingt. Es fehlen Therapieprogramme, die dem Rehabilitanden diese Integrationsleistung erleichtern, indem sie ihm helfen, den Zusammenhang zwischen der schizophrenen Erkrankung und den damit einhergehenden Funktionseinbußen und Auswirkungen auf wichtige Lebensbereiche herzustellen. Diese Beziehung zwischen krankheitsbedingten Einschränkungen, deren Veränderbarkeit durch rehabilitative Maßnahmen und ihren Auswirkungen auf die berufliche Zukunft wird im Rahmen der ZERA-Schulung von verschiedenen Seiten her beleuchtet und bearbeitet.

Das allgemein angestrebte Ziel, psychisch kranken Menschen in ihrer Lebensbewältigung größtmögliche Autonomie und Selbstbestimmtheit zu ermöglichen, kann also im Bereich der Arbeit nur erreicht werden, wenn die Betroffenen

- in strukturierter und übersichtlicher Form alle wichtigen Informationen über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten im beruflichen Bereich vermittelt bekommen,
- ihre aktuelle berufliche Leistungsfähigkeit realistisch einschätzen können und
- in ihrem Entscheidungsprozeß die jeweils notwendige Unterstützung und Begleitung bekommen.

Das ZERA-Schulungsprogramm kann zur Erreichung dieser Ziele einen wichtigen Beitrag leisten. Als Baustein der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen kann es in idealer Weise angewendet werden, wenn die berufliche Orientierung noch nicht abgeschlossen ist und eine Entscheidung über die berufliche Zukunft erst noch gefällt werden muß. Dies ist in der Regel der Fall bei berufsfördernden Maßnahmen, die der Entwicklung, Erhaltung, Erhöhung oder Wiedergewinnung der beruflichen Leistungsfähigkeit dienen, beispielsweise Arbeitstrainingsmaßnahmen im Rahmen einer WfB, aber auch Berufsvorbereitungsmaßnahmen oder Anpassungsmaßnahmen. Aber auch im Anschluß an die akutpsychiatrische medizinische Versorgung, beispielsweise im tagesklinischen setting oder im Rahmen der RPK, findet eine berufliche (Neu-)Orientierung statt, welche durch das ZERA-Programm unterstützt und gefördert werden kann.

# 4. Das Gruppentrainingsprogramm ZERA – Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Inhalte

## 4.1. Zielsetzungen

Das ZERA-Trainingsprogramm wurde entwickelt für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder schizoaffektiven Störungen, die eine berufliche Trainingsmaßnahme absolvieren mit der Zielsetzung, krankheitsbedingte Defizite im Bereich der Arbeitsfähigkeit auszugleichen und nach Möglichkeit die Leistungsfähigkeit so weit zu steigern, dass die Übernahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich wird. Gelingt dies nicht, so ist jedoch auch die Integration auf einen geschützten Arbeitsplatz ein erreichbares und wünschenswertes Ziel solcher Maßnahmen, wie sie beispielsweise im Rahmen einer Werkstatt für Behinderte (WfB), einem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) oder einer Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) durchgeführt werden. Insbesondere in einer WfB besteht für die Teilnehmer daher neben dem Aspekt des Trainings und der Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt immer auch die Möglichkeit, dauerhaft einen geschützten Arbeitsplatz in der Einrichtung zu übernehmen.

Der Zusammenhang zwischen Arbeit und dem Verlauf einer psychischen Erkrankung ist ausgesprochen komplex und phasenabhängig. Überforderung und andauernder, nicht bewältigbarer Stress am Arbeitsplatz gehören zu den möglichen auslösenden Bedingungsfaktoren für eine akute Psychose. Viele schizophren Erkrankte haben rückblickend den Eindruck, ihre Arbeit habe sie krank gemacht. Als Ursache benennen sie beispielsweise fachliche Anforderungen, denen sie nicht gewachsen waren oder zu hohen Zeitdruck, aber auch soziale Stressoren wie Mobbing unter Kollegen oder Konflikte mit Vorgesetzten. Auf der anderen Seite stellt regelmäßige Arbeitstätigkeit einen wichtigen rehabilitativen Faktor dar, welcher einer fortschreitenden Chronifizierung entgegenwirken und Teilhabe an normalen Lebensvollzügen ermöglichen kann.

Menschen, die infolge einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in ihrer Leistungsfähigkeit so weit eingeschränkt sind, dass sie vorübergehend oder dauerhaft den Anforderungen einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gewachsen sind, äußern immer wieder Ängste und Unsicherheiten bezogen auf ihre berufliche Zukunft. Häufig wiederkehrende Themen sind dabei:

- Angst vor einem erneuten Rückfall
- Angst, nie wieder so leistungsfähig werden zu können wie früher
- Angst, durch das soziale Netz zu fallen und die Befürchtung, ohne regelmäßige Arbeit finanziell nicht leben zu können
- Fehlende realistische berufliche Perspektive, oft verbunden mit überhöhten Ansprüchen an die berufliche Zukunft
- Fehlende Kriterien und Erfahrungswerte für eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Geringe oder fehlgerichtete Motivation zur beruflichen Trainingsmaßnahme und fehlende Einsicht in den Sinn

- Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Extreme und festgefügte Überzeugungen zum Thema Arbeit, beispielsweise die Ansicht, wieder gesund zu werden, wenn man erst wieder eine Arbeit habe oder aber die Angst, aufgrund der Erkrankung nie wieder arbeiten zu können

Das ZERA-Schulungsprogramm greift diese Fragen, Ängste und Informationsdefizite auf und vermittelt in strukturierter und ökonomischer Form Informationen und Problemlösestrategien, wobei zusätzlich gruppenspezifische Wirkfaktoren gezielt genutzt werden. Dabei werden psychoedukative Inhalte bewältigungsorientiert mit dem Lebensbereich Arbeit verknüpft

Die übergeordnete Zielsetzung des ZERA-Programmes ist es, die Teilnehmer darin zu unterstützen, das jeweils individuell optimale Belastungsniveau herauszufinden und somit Über- und Unterforderung im beruflichen Bereich so weit wie möglich zu vermeiden. Zur Erreichung dieses Zieles müssen mit den Teilnehmern sowohl ihre krankheitsbedingt veränderte arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit, als auch die vor diesem Hintergrund bestehenden beruflichen Möglichkeiten diskutiert und bearbeitet werden. Es ist daher erforderlich, neben psychoedukativen Inhalten auch Informationen über das bestehende Arbeits- und Unterstützungssystem im rehabilitativen Bereich zu vermitteln und mit den Teilnehmern schrittweise konkrete, realistische Ziele zu erarbeiten, die sie im Hinblick auf ein berufliches Fernziel erreichen können. Im Einzelnen soll das ZERA-Trainingsprogramm der Erreichung folgender Zielsetzungen dienen (vgl. auch Abbildung 2)

- Steigerung der Selbstmanagementfähigkeiten (Kanfer et al., 1996) durch Kenntnis der Verlaufscharakteristika einer schizophrenen Erkrankung, der Frühwarnsymptome und Krisenbewältigungsmöglichkeiten, insbesondere am Arbeitsplatz
- Verdeutlichung konkreter Ansatzpunkte für die Veränderung arbeitsbezogener Schwächen und Erarbeitung von Verbesserungen in kleinen, erreichbaren Schritten
- Vermittlung von Informationen über das rehabilitative Arbeits- und Unterstützungssystem, das eine wichtige soziale Ressource zur Verwirklichung beruflicher Ziele darstellt. Auf diesem Weg kann eine emotionale Entlastung durch bessere Kenntnis der Versorgungsstrukturen sowie eine erhöhte Eigenverantwortung und Handlungskompetenz in der Nutzung dieser Strukturen erreicht werden
- Aufbau einer zielgerichteten Motivation für die berufliche Rehabilitationsmaßnahme durch Planung kurz- und mittelfristiger realistischer Ziele
- Steigerung von Zufriedenheit und Eigeninitiative der Teilnehmer im Rahmen der beruflichen Trainingsmaßnahme und bessere Ausnutzung der Angebote

## Zielsetzungen von ZERA

Vermittlung von Wissen über:

die psychische Erkrankung und  
Krisenbewältigung allgemein und  
am Arbeitsplatz

Arbeits- und Unterstützungs-  
systeme im Reha-Bereich



- ⇒ Optimales Arbeits-Belastungsniveau finden, Über- und Unterforderung vermeiden
- ⇒ Krisenbewältigung im Arbeitskontext verbessern
- ⇒ Differenzierte Einschätzung eigene Fähigkeiten, Adaption beruflicher Zukunftserwartungen an tatsächliche Möglichkeiten
- ⇒ Realistische und konkrete berufliche Zukunftsplanung
- ⇒ Erhöhung von Motivation und Zufriedenheit der Teilnehmer in der beruflichen Trainingsmaßnahme
- ⇒ Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten, Aufbau von Handlungskompetenz

Abbildung 2

## 4.2. Rahmenbedingungen

Das ZERA-Trainingsprogramm wurde so konzipiert, dass es auch im Rahmen der teilstationären oder ambulanten Rehabilitation mit den üblicherweise vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen durchgeführt werden kann. Für die Leitung der Gruppen ist nur ein Trainer erforderlich, gegebenenfalls kann ein Co-Trainer eingesetzt werden. Auch externe Referenten können themenabhängig einbezogen werden. Das Gruppenangebot kann von Psychologen, Sozialpädagogen oder anderen Berufsgruppen mit zusätzlicher Qualifikation durchgeführt werden.

Das Trainingsprogramm umfaßt ca. 23 Sitzungen, die ein- bis zweimal wöchentlich stattfinden sollten. Je nach Häufigkeit pro Woche sollte eine Sitzung zwischen 60 und 90 Minuten umfassen. Für die Durchführung der gesamten Schulung werden ca. drei bis fünf Monate benötigt. Laut Fiedler (1995) kann im Bereich der Gruppenverhaltenstherapie gelten, dass eine Dauer von 25 Sitzungen so etwas wie eine goldene Regel im Bereich der Gruppentherapieangebote (z.B. Bastine, 1992b) darstellt. Für stark behinderte oder eingeschränkte Patienten kann aber auch das noch zu kurz sein. Auch Pitschel-Walz&Engel (1997) fanden in einer Metaanalyse psychoedukativer Programme, dass die Effekte bei Konzepten, die nur wenige Sitzungen umfaßten, ungünstiger waren als bei länger dauernden Programmen und Roder et al. (1995b) empfehlen bei Gruppentrainingsprogrammen für schizophrene Patienten eine Dauer von nicht weniger als 3 Monaten.

Die Gruppengröße sollte idealer Weise sechs bis acht Teilnehmer umfassen. Die Zielgruppe sind Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder schizoaffektiven Erkrankungen, deren medizinische Rehabilitation weitgehend abgeschlossen ist und die zumindest stundenweise im Rahmen einer beruflichen Trainingsmaßnahme arbeiten, d.h. berufliche Fragestellungen sollten von einer gewissen Relevanz für die Teilnehmer sein. Die Einschränkung auf Menschen mit schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankungen ist vor dem Hintergrund der vermittelten, spezifischen psychoedukativen Inhalte wichtig. Im Übrigen stellt diese Personengruppe den weitaus größten Teil des Klientels innerhalb berufsfördernder Maßnahmen dar (v.a. in WfB). Auch Pitschel-Walz&Engel (1997) fanden in ihrer Meta-

Analyse psychoedukativer Programme bezüglich der Vermischung von Diagnosegruppen, dass bei Studien, in die nur schizophrene Teilnehmer und ihre Angehörigen einbezogen wurden, die Ergebnisse tendenziell günstiger ausfielen als bei Studien, die ihre Interventionen diagnoseübergreifend durchgeführt hatten

Für die Durchführung des ZERA-Programmes ist ein separater Raum erforderlich, der über Visualisierungsmöglichkeiten verfügen sollte (Flipchart, Tafel, Wandplakate etc.). Die Teilnehmer erhalten einen Ordner mit schriftlichen Informationsmaterialien und Arbeitsblättern.

Die Kombination von Gruppenmaßnahmen und Einzelgesprächen ist jederzeit möglich, sowohl parallel während der Durchführung der Gruppe, als auch im Anschluß an diese. Problemlos können Gruppen- und Einzelmaßnahmen auch bei demselben Trainer bzw. Ansprechpartner stattfinden. Es ist sogar ein wichtiger ökonomischer Vorteil der ZERA-Gruppe, dass die weitere Begleitung der Teilnehmer im Rahmen der Trainingsmaßnahme auf einem Fundament gründen kann, das nicht erst über viele Einzelkontakte bei jedem einzelnen Rehabilitanden aufgebaut werden muß.

### 4.3. Inhalte des ZERA-Gruppentrainingsprogrammes

Die didaktische Vorgehensweise wurde so gewählt, dass die Inhalte möglichst klar, strukturiert und transparent erarbeitet werden. Das Vorgehen im Einzelnen, einschließlich der verwendeten Arbeitsmaterialien und ausführlicher Anleitungen für Trainer, ist dem ZERA-Schulungsmanual (Plößl et al., 2000) zu entnehmen.

Die übergeordnete Struktur des Programmes orientiert sich an den drei Leitfragen:

- Wo liegen zur Zeit meine Stärken und Schwächen?
- Welche Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten kann ich nutzen?
- Welche Wünsche und Ziele habe ich für meine berufliche Zukunft?

Diese Leitfragen sind im 3-Kreise-Modell zusammengefaßt (vgl. Abbildung 3).

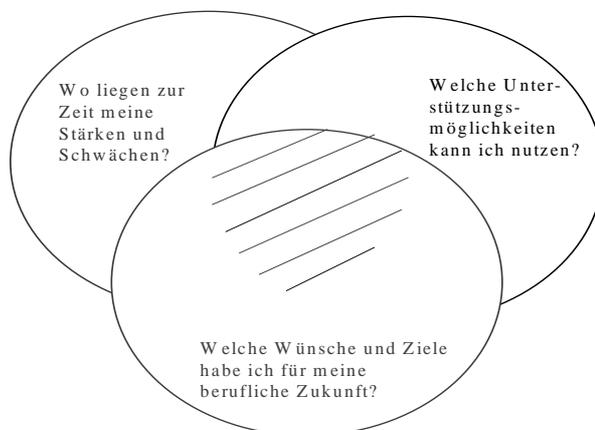


Abbildung 3: übergeordnete Struktur des 3-Kreise-Modells

Das 3-Kreise-Modell stellt die übergeordnete Struktur und Klärungshilfe für die Teilnehmer dar, auf die in den einzelnen Unterprogrammen hingearbeitet wird. Insgesamt umfaßt das Schulungskonzept 7 Unterprogramme, die nachfolgend kurz dargestellt werden sollen. Dabei ist der Aufbau des Schulungsprogrammes baukastenartig, so dass einzelne Bausteine entnommen, flexibel in das jeweilige Rehabilitationskonzept einer Einrichtung eingefügt und an die entsprechende Zielgruppe angepaßt werden können.

### **UNTERPROGRAMM 1: Einführung**

- *Zielsetzung:* Aufbau einer kooperativen Arbeitshaltung, Förderung der Gruppenkohäsion
  - *Inhalte:* Vorstellung, Inhaltsübersicht, Klärung der Rahmenbedingungen etc.
  - *Dauer:* 1 Sitzung
- 

Die Einführung dient dazu, die Teilnehmer mit der Arbeitsweise in der Gruppe vertraut zu machen. Zunächst stellen die Teilnehmer sich mittels eines Partnerinterviews mit vorgegebenen Leitfragen gegenseitig vor und äußern dabei auch ihre Fragen und Erwartungen an das Gruppenprogramm. Der Trainer greift diese Punkte auf, ordnet sie anschließend in die übergeordnete Struktur des 3-Kreise-Modells ein und setzt sie in Beziehung zu den Inhalten des Programmes. Abschließend werden den Teilnehmern die Arbeitsmappen ausgehändigt und die wichtigsten Regeln der Zusammenarbeit in der Gruppe besprochen, beispielsweise der Modus der Entschuldigung bei Krankheit oder Urlaub, die Dauer und Häufigkeit der Sitzungen sowie die Vereinbarung, dass sich jeder Teilnehmer nur in dem Maße beteiligen muß, in dem er dies möchte.

### **UNTERPROGRAMM 2: Einstieg in das Thema Arbeit**

- *Zielsetzung:* Annäherung an das Thema, Differenzierung des Arbeitsbegriffs
  - *Inhalte:* Brainstorming und Strukturierung durch Kartenabfrage
  - *Dauer:* 1 Sitzung
- 

Im zweiten Unterprogramm lernen die Teilnehmer die Arbeitsweise der Kartenabfrage kennen, die im weiteren Verlauf der Schulung immer wieder zum Einsatz kommen wird. Zunächst werden durch Brainstorming und freies Assoziieren Begriffe zum Themenbereich Arbeit gesammelt und auf Kärtchen notiert, anschließend werden diese nach Oberbegriffen geordnet. Zielsetzung dieser Übung ist es, den Teilnehmern die möglicherweise vorhandene Scheu vor der Gruppenarbeit zu nehmen, ihre Beiträge wertzuschätzen und ihnen eine aktive Rolle zuzuweisen (selbständiges Schreiben, Ordnen etc.). Abschließend werden die gefundenen Oberbegriffe in Beziehung gesetzt zu den Inhalten des Gruppentrainingsprogramms und es wird erläutert, in welcher Reihenfolge die einzelnen Aspekte des Themenkomplexes bearbeitet werden.

### UNTERPROGRAMM 3: Zusammenhang zwischen Arbeit und dem Verlauf einer psychischen Erkrankung

- *Zielsetzung:* Vermittlung eines funktionalen Krankheitskonzeptes und Erarbeitung von Strategien zur Rückfallprophylaxe, insbesondere am Arbeitsplatz
- *Inhalte:* Verlaufscharakteristika einer schizophrenen Erkrankung, Vulnerabilitäts-Stress-Modell, Identifikation individueller Stressoren, Frühwarnzeichen und arbeitsbezogener Krisenplan
- *Dauer:* 4-5 Sitzungen

Im dritten Unterprogramm werden zunächst anhand der Leitfrage „Wie hat sich die Psychose bei Ihnen geäußert?“ häufige psychotische Symptome gesammelt und nach Plus- und Minussymptomen geordnet. Eine typische Verlaufsform von Psychosen wird dargestellt: Frühsymptome, schnell ansteigende Plussymptome, nach Abklingen der Plussymptome deutliche Minussymptomatik, die sich langsam verbessert. Innerhalb dieser Verlaufscharakteristik können die Teilnehmer ihr aktuelles Befinden, das in der Regel durch deutliche Minussymptome geprägt ist, einordnen. Darauf aufbauend wird nach möglichen Erklärungsmodellen für den Ausbruch einer akuten Psychose gesucht und als derzeit wissenschaftlich gut abgesichertes Modell das Vulnerabilitäts-Stress-Modell angeboten. Mittels einer vereinfachten Darstellung der biologischen Prozesse an einer Synapse wird die Wirkung der Neuroleptika erläutert und der Zusammenhang zwischen biologisch determinierter Vulnerabilität und alltäglichem Stress sowie kritischen Lebensereignissen verdeutlicht. Die Teilnehmer identifizieren ihre individuellen Stressoren sowie Möglichkeiten der Entlastung und Stressreduktion im Krisenfall und erarbeiten ihre Frühwarnzeichen, insbesondere solche, die auch durch Beobachtung für andere zugänglich sind und beispielsweise am Arbeitsplatz auftreten. Abschließend entwickelt jeder Teilnehmer einen individuellen Krisenplan, wobei Entlastungs- und Interventionsmöglichkeiten im Arbeitskontext besonders berücksichtigt werden. Jeder Teilnehmer legt in einem Verteiler fest, wer eine Kopie seines Krisenplanes erhalten soll, beispielsweise der Anleiter am Arbeitsplatz, Mitarbeiter des Sozialdienstes oder der behandelnde Arzt.

Die in diesem Unterprogramm vermittelten psychoedukativen Inhalte können und sollen nicht die Teilnahme an einer ausführlichen psychoedukativen Gruppe ersetzen (z.B. Wienberg, 1997, Bäuml, 1995). Vielmehr stellen sie eine Auffrischung bereits bekannter Inhalte dar für diejenigen Teilnehmer, die eine solche Gruppe bereits besucht haben. Für andere werden kurze Basisinformationen vermittelt, bei entsprechendem Bedarf können diese in Einzelgesprächen, durch intensiveres Nachfragen beim behandelnden Arzt oder durch Teilnahme an einer psychoedukativen Gruppe vertieft werden.

#### UNTERPROGRAMM 4: Aktuelles Profil der Grundarbeitsfähigkeiten

- *Zielsetzung:* Differenzierung der Selbsteinschätzung im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten und schrittweise Veränderung eines ausgewählten Problembereichs
  - *Inhalte:* Erarbeitung von individuellen Stärken und Schwächen im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten durch Selbst- und Fremdeinschätzung, Umgang mit Rückmeldung, schrittweise selbstgesteuerte Veränderung eines ausgewählten Problembereichs des Arbeitsverhaltens anhand einer Zielerreichungsskala. Die Umsetzung des Veränderungsprozesses wird am Ende des Schulungsprogrammes überprüft
  - *Dauer:* 4-5 Sitzungen
- 

Die Vorgehensweise in diesem Unterprogramm zerfällt in zwei Teile. Im ersten Teil wählen die Teilnehmer aus einer Reihe von zuvor gesammelten Grundarbeitsfähigkeiten je zwei individuelle Stärken und Schwächen für sich aus und bitten ihren Arbeitsanleiter eigeninitiativ um Rückmeldung von ebenfalls zwei Stärken und Schwächen. Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung werden verglichen, Diskrepanzen und der Umgang mit ihnen diskutiert. Abschließend wählt jeder Teilnehmer für sich einen Problembereich aus, an dem er innerhalb der nächsten 6-8 Wochen arbeiten möchte, beispielsweise seine Pünktlichkeit, die Ausdauer oder das Durchsetzungsvermögen. Im zweiten Teil wird mittels einer Zielerreichungsskala für jeden Teilnehmer ein individueller Plan erstellt, in welchem er selbst festlegt, welche Veränderungsschritte er erreichen möchte. Dabei wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Teilnehmer das problematische Verhalten möglichst genau und quantifizierbar beschreiben und aus dieser Problemanalyse kleine, erreichbare Veränderungsziele ableiten. Darauf aufbauend werden Veränderungsstrategien gesammelt, wobei die Gruppenteilnehmer sich gegenseitig unterstützen können. Durch die Arbeit mit der Zielerreichungsskala soll verhindert werden, dass die Teilnehmer sich überhöhte Veränderungsziele vornehmen, dabei rasch scheitern und in der Folge das Bemühen um eine Veränderung völlig aufgeben.

#### UNTERPROGRAMM 5: Spektrum der Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten

- *Zielsetzung:* Verbesserung der Informiertheit über das relevante Unterstützungssystem, Aufbau von Handlungskompetenz und Abbau von Zukunftsängsten
  - *Inhalte:* Differenzierung relevanter Themenbereiche, Erarbeitung von Informationsbeschaffungsstrategien in Projekten, strukturierte Informationsvermittlung anhand von Referaten und schriftlichen Arbeitsmaterialien
  - *Dauer:* 4-5 Sitzungen
- 

In diesem Kapitel erhalten die Teilnehmer wichtige und für ihren Alltag häufig unmittelbar relevante Informationen über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten. Ziel ist jedoch nicht, diese Informationen in einem unterrichtsähnlichen Stil zu vermitteln. Übergeordnetes Ziel ist vielmehr die Erarbeitung von Strategien zur Bewältigung von Situationen, in denen Unsicherheiten und Fragen bezüglich der vorhandenen Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten bestehen. Die Teilnehmer sollen erlernen,

sich in solchen Situationen über ihre konkreten Fragen klar zu werden und sich selbständig Informationen zur Beantwortung dieser Fragen einzuholen. Zu diesem Zweck werden zunächst die Fragen und Erwartungen der Teilnehmer gesammelt und nach thematischen Rubriken geordnet. Anschließend entscheiden die Teilnehmer, zu welchen Themenkomplexen und in welcher Form sie selbst Informationen beschaffen möchten, die dann in den nachfolgenden Sitzungen vorgestellt und durch Beiträge des Trainers, ggf. durch externe Referenten und durch schriftliche Arbeitsblätter ergänzt werden. Abschließend wählt jeder Teilnehmer für sich aus, auf welche Unterstützungsangebote er in der nächsten Zeit zurückgreifen möchte.

#### **UNTERPROGRAMM 6: Planung der beruflichen Rehabilitation – kurz- und mittelfristige Ziele**

- *Zielsetzung:* Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven, Motivation zur gezielten Ausnutzung der beruflichen Trainingsmaßnahme
- *Inhalte:* Differenzierung beruflicher Wünsche und Ziele, Erarbeitung erreichbarer kurz- und mittelfristiger Ziele und konkreter Trainingsmöglichkeiten im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme
- *Dauer:* 3-4 Sitzungen

---

Im ersten Schritt entwerfen die Teilnehmer für sich anhand eines vorstrukturierten Arbeitsblattes mit Wahlmöglichkeiten eine Vision ihrer beruflichen Zukunft, zunächst durchaus unabhängig von aktuell bestehenden konkreten Möglichkeiten. Dabei soll in Bezug auf Arbeitsinhalte und Rahmenbedingungen einer unnötigen Fixierung der Teilnehmer auf einzelne berufliche Ziele vorgebeugt und der Blick auch für andere Arbeitsmöglichkeiten geöffnet werden. Darauf aufbauend formuliert zur konkreten Zielplanung der beruflichen Trainingsmaßnahme jeder Teilnehmer ein Fernziel sowie möglichst mehrere konkrete und kurzfristig erreichbare Schritte, die auf dieses Ziel hinführen. Zielsetzung ist hierbei, den Teilnehmern deutlicher zu machen, durch welche konkreten Schritte und Tätigkeiten in der beruflichen Trainingsmaßnahme sie ihrem Ziel näher kommen und welchen Sinn diese Maßnahme derzeit für sie haben kann. Dabei sollten die Pläne der Rehabilitanden einer inneren Logik folgen. So kann beispielsweise der Beginn einer Ausbildung im kaufmännischen Bereich das berufliche Fernziel sein, ein Wechsel in die Bürogruppe der Werkstatt wäre ein berufliches Nahziel auf diesem Weg, ein konkreter erster Schritt wäre die Idee, morgens eine Tasse Kaffee zu trinken, um weniger müde bei der Arbeit anzukommen und nicht so oft einzuschlafen.

## UNTERPROGRAMM 7: Zusammenfassung und Ausblick

- *Zielsetzung:* Zusammenfassung der Schulungsergebnisse und Gruppenabschluß
  - *Inhalte:* Zusammenfassung der individuell erarbeiteten Stärken und Schwächen, der relevanten Unterstützungsmöglichkeiten und der kurz- und mittelfristigen beruflichen Wünsche und Ziele im 3-Kreise-Modell und individuelle Auswertung. Evaluation des Problemlösetrainings aus Unterprogramm 4. Abschlußrunde und Feedback
  - *Dauer:* 2-3 Sitzungen
- 

Zum Abschluß des Schulungsprogrammes findet für jeden Teilnehmer die Zusammenfassung der gesamten Schulungsinhalte und Integration in das 3-Kreise-Modell statt. Dabei werden die gesammelten Kärtchen mit Stärken und Schwächen des Rehabilitanden, den von ihm ausgewählten Unterstützungsmöglichkeiten sowie seinen beruflichen Wünschen und Zielen in ein großes 3-Kreise-Modell eingeordnet, beispielsweise an einer Stellwand. Anschließend wird gemeinsam mit der Gruppe überlegt, welche Kärtchen in welche Schnittmenge einsortiert werden können. Die Schnittmenge der drei Kreise enthält dann die jeweils konkret in der nächsten Zeit realisierbaren beruflichen Zielsetzungen unter Berücksichtigung der fernliegenderen Wünsche und Ziele, der Stärken und Schwächen und der angemessenen Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten. Das individuelle 3-Kreise-Modell kann in die weitere Rehabilitationsplanung einbezogen werden.

Abschließend berichtet jeder Teilnehmer, wie weit er mit der Umsetzung des Problemlösetrainings aus Unterprogramm 4 vorangekommen ist und ob ggf. Veränderungen an der Zielerreichungsskala oder den Umsetzungsstrategien vorgenommen werden müssen. Mit einer Auswertungs- und Feedbackrunde endet das Gruppenprogramm.

## 5. Darstellung der Studie

### 5.1. Zum Problem der Evaluationsforschung im außerklinischen setting

Helmchen (2001) führt aus, dass man zwar heute allgemein der Ansicht sei, ein neues Arzneimittel dürfe nicht ohne vorherige Prüfung zugelassen werden, eine ähnliche Übereinstimmung jedoch im Hinblick auf soziale Interventionen nicht bestehe. Dabei sei der Schaden aus der Anwendung irreführender sozialer Theorien oder durch die fehlerhafte Anwendung sensibler Theorien als ähnlich groß zu bezeichnen. Die Evaluation neu einzuführender Interventionsmaßnahmen müsse daher selbstverständlich werden. Nach Biefang (1980) ist Evaluation das wissenschaftliche Bemühen, Planung und Durchführung von Programmen zur Lösung gesellschaftlicher Probleme auf eine rationale Basis zu stellen. Es sollen jene Handlungsalternativen ausgewählt werden, die bestimmte Bedürfnisse am besten befriedigen bzw. die vorgegebenen Ziele am besten erreichen. Evaluationsforschung hat demnach die Darstellung der (Aus- und Neben-) Wirkungen von Interventionsprogrammen in der praktischen Anwendung zum Ziel. Dabei sind nicht selten die nichtintendierten Effekte interessanter als die ursprünglich formulierten Intentionen und sollten daher in der Ergebnisdarstellung besonders hervorgehoben und keinesfalls verschwiegen werden (Brandstädter, 1990). Interessant wäre auch die Darstellung sogenannter *fault trees*, in denen Bedingungen für das Nicht-Erreichen von Zielen aufgeführt werden. Dadurch kann zur schnelleren Lokalisation von Störstellen in einem Interventionsprogramm oder -prozeß beigetragen werden. Daher ist immer auch die Beschreibung einzelner individueller Verläufe in der Evaluationsforschung interessant, beispielsweise die Darstellung von Fällen besonders erfolgreicher Nutzung und von Fällen mit erfolglosem oder problematischem Verlauf. Auch Mundt&Backenstraß (2001) betonen die Wichtigkeit der Veröffentlichung von negativen Studienergebnissen, u.a. weil nach Ansicht der Autoren die Betonung von Therapiezielen wie Symptomreduktion und Funktionsverbesserung wichtige andere Psychotherapieaufgaben, wie z.B. die Begleitung chronisch Kranker, benachteiligt.

Darüber hinaus muß bei der Evaluationsforschung auch immer der Kosten-Nutzen-Aspekt beachtet werden. Es ist von untergeordneter Bedeutung, wie gut ein Programm seine Ziele erreicht, wenn diese Ziele von anderen Programmen effektiver erreicht werden bzw. die Zielerreichung als inhaltlich fragwürdig angesehen werden kann. Andererseits kann ein Programm, mit dem bestimmte Ziele nur annähernd erreicht werden können, dennoch anderen Programmen überlegen sein, mit denen eine Zielerreichung noch weniger gewährleistet ist oder mit erheblich höheren Kosten verbunden wäre.

Die Versorgung psychiatrischer Patienten im stationären Rahmen einer Klinik, beispielsweise einer Langzeitstation oder einer Rehabilitationsstation, stellt mittlerweile für das Gros der Patienten die Ausnahme dar (vgl. Kap. 3.2. zur Reduktion der Verweildauer in psychiatrischen Kliniken). Dementsprechend muß sich die Evaluationsforschung mehr dem setting außerhalb der vollstationären Betreuung zuwenden, da die meisten Patienten in diesem setting längerfristig betreut werden und beispiels-

weise auch therapeutische Maßnahmen oder Trainingsprogramme oft nur noch in diesem Rahmen zur Anwendung kommen können. Für Untersuchungen in solchen non-academic-sites sind jedoch die unter Laborbedingungen anzulegenden Maßstäbe wissenschaftlicher Genauigkeit oft nur schwer aufrecht zu erhalten. Nach Brandstädter (1990) besteht die methodische Kunst der Evaluationsforschung darin, unter feldexperimentellen Bedingungen zu hinreichend validen bedingungsanalytischen Folgerungen zu gelangen. Probleme bestehen dabei zunächst bei der Auswahl und Zusammenstellung von Stichproben. Oftmals ist eine Randomisierung nicht erreichbar, da nicht einem Teil der Klienten eine potenziell erfolversprechende Intervention vorenthalten werden soll. Auf der anderen Seite schränkt eine möglicherweise doch durchgeführte Randomisierung teilweise die externe Validität unnötig ein, da Gruppen künstlich zusammengestellt werden, in einer Weise, die so in der Praxis nie vorkäme. Dennoch stellt nach Mundt&Backenstraß (2001) für den grundsätzlichen Beweis der Wirksamkeit eines neuen Verfahrens das Modell der randomisierten, kontrollierten Studien nach wie vor den Goldstandard dar. Ziel müsse es u.a. sein, eine rationale, über die Schulen und Disziplinen hinweg nachvollziehbare und replizierbare Bewertung des Nutzens von Psychotherapien zu erreichen (evidence-based-psychotherapy).

Hinzu kommt bei Evaluationsforschung im außerklinischen setting die oftmals unübersichtliche Zahl an Stör- und Kontrollvariablen (Rittmannsberger, 1993). Diese können zwar in der Regel nicht kontrolliert werden, man sollte sich jedoch über ihre Existenz und ihren möglichen Einfluß im Klaren sein. Dabei darf man auch Prozesse innerhalb der untersuchten Interventionsmaßnahme selbst nicht übersehen. Psychisch Kranke werden mehrdimensional behandelt und es ist enorm schwierig, die Einflüsse verschiedener pharmakologischer, psychotherapeutischer oder soziotherapeutischer Maßnahmen zu unterscheiden (Eikelman&Reker, 1998). Mögliche Störgrößen sind:

- Individuelle Faktoren: Spontanverlauf der Erkrankung, Reifung etc.
- Soziale Faktoren: private Ereignisse, life events, gesellschaftliche Ereignisse (Arbeitsmarktsituation) etc.
- Therapeutische Faktoren: Klima der Institution, sonstiges Angebot, Beziehung Klient-Trainer, Mehrfachbehandlung (Psychopharmaka, Therapie) etc.
- Methodische Faktoren: Datenerfassung, Qualität der Instrumente, Art der Erhebung, Ausfälle. Effekte durch Meßwiederholung, Modellversuchsbedingungen, Selektionsprozesse bei Gruppenbildung, drop-outs, statistische Regression etc.

Allerdings kann angenommen werden, dass bei genügend großen Gruppen und einer randomisierten Zuteilung zu Experimental- und Kontrollgruppe sich die Störgrößen auf beide Gruppen gleichmäßig auswirken und damit die Unterschiede zwischen beiden Gruppen hauptsächlich auf Effekte des Interventionsprogrammes zurückzuführen sind. Jedoch wirkt auch dieses nicht auf alle Untersuchungsteilnehmer der Experimentalgruppe in gleicher Weise, so dass selbst bei standardisierten, manualgestützten Interventionen nicht von einem wirklich vergleichbaren Treatment für alle Untersuchungsteilnehmer ausgegangen werden kann. Hinzu kommt, dass auch die sogenannte Standardbehandlung, wie sie beispielsweise Experimental- und Kontrollgruppe erhalten, nicht von allen Teilnehmern in gleicher Weise genutzt wird und sich weitere Verzerrungen ergeben können. So besteht ein schwer aufzulösender Konflikt zwischen interner und externer Validität einer experimentellen Untersuchung: Die Ergebnisse einer Untersuchung sind um so aussagekräftiger, je homogener man die Klientengruppe wählt und je mehr es gelingt, störende Einflüsse fernzuhalten. Um

dies zu erreichen, muß man jedoch eine extreme Selektion vornehmen und Bedingungen für die Untersuchung schaffen, die von den üblichen weit abweichen, so dass diese Aussagen dann wiederum nur für einen kleinen Teil aller Patienten und für ganz besondere Bedingungen gelten können, was die Verallgemeinerbarkeit und somit die externe Validität stark beeinträchtigt. Evaluationsforschung im psychiatrischen Bereich ist daher oft eher als Verlaufsforschung unter definierten Bedingungen zu verstehen denn als kontrollierte Evaluation einer bestimmten Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahme (Rittmannsberger, 1993; Mundt&Backenstraß, 2001).

Um die kurzfristigen Effekte einer Maßnahme, die beispielsweise auch durch die unspezifischen Effekte besonderer Zuwendung oder abwechslungsreicher Interventionen entstanden sein können, von längerfristig tragfähigen Veränderungen unterscheiden zu können, sind langfristig differenzierende Effektkontrollen notwendig (Fiedler, 1996). Insbesondere können sich dabei kurzfristig positive Effekte als längerfristig negativ erweisen, wenn beispielsweise bei schizophrenen Patienten eher aktive, affektprovozierende Bewältigungsstrategien eingeübt werden, welche kurzfristig positive Ergebnisse erzielen, langfristig jedoch die Rückfallzahlen ansteigen lassen (Lewandowski, Buchkremer & Stark, 1994, zit. nach Fiedler, 1996). Daher sollte die Durchführung von Katamnese-Untersuchungen als fester Bestandteil von Evaluationsforschung angesehen werden.

Buchkremer&Klingberg (2001) unterscheiden klinische Wirksamkeitsstudien nach Efficacy und Effectiveness, wobei efficacy für die Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen steht, Effectiveness für die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen. Dabei sind Merkmale von Efficacy-Studien (RCT, randomized clinical trial):

- explizite Ein- und Ausschlusskriterien
- randomisierte Zuteilung
- Einbeziehung einer Kontrollgruppe
- manualisierte Therapie mit festgelegten Rahmenbedingungen
- operationalisierte Zielkriterien
- „blinde“ Rater bzw. minimal: therapeutenunabhängige Erfolgsbeurteilungen
- statistische Auswertung im Sinne konfirmativer Hypothesenprüfung

Dagegen seien explizit geforderte Merkmale von Effectiveness-Studien:

- operationalisierte outcome-Erfassung
- prospektives Design
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Lebensqualität als eines der Zielkriterien (keine Beschränkung auf reine Symptomveränderungen)
- weiter gefasste Einschlusskriterien (u.a. auch Berücksichtigung von Komorbiditäten)

Wie in diesem Kapitel noch dargelegt werden wird, erfüllt die hier vorgestellte Studie mit einer Ausnahme alle Anforderungen an klassische kontrollierte Studien mit störungsspezifischem Vorgehen und manualgestützter Therapie. Die einzige Abweichung besteht darin, dass es weder „blinde“ Rater noch eine therapeutenunabhängige Erfolgsbeurteilung gab, abgesehen von der Bewertung in standardisierten Fragebögen. Auf der anderen Seite erhöht diese Einschränkung aber die Adherence des angewandten Trainingsverfahrens und wurde durch größtmögliche wissenschaftliche Redlichkeit zu kompensieren versucht. Aber auch die Anforderungen an Effective-

ness-Studien werden von unserem Design annähernd erfüllt. Neben reinen Fragebogen-Erhebungen werden auch andere outcome-Variablen erhoben, die sich teilweise auf die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Maßnahme bei den Rehabilitanden beziehen, auch katamnestische Daten werden einbezogen. Die Interpretation der Ergebnisse wird eine Kosten-Nutzen-Analyse umfassen. Bei den Einschlusskriterien für die Studie spielte Komorbidität keine Rolle, sofern eine schizophrene Primärerkrankung bestand.

Abschließend sei noch auf das augenfällige Problem der Verflechtung von Erkenntnis und Interesse in der Evaluationsforschung hingewiesen (Brandstädter, 1990), welches beispielsweise besteht, wenn Forscher ein selbstentwickeltes Programm evaluieren. Priebe (1999) faßt zusammen, dass Studien, deren Autoren selbst entwickelte oder selten verwendete Skalen benutzten, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Wirksamkeit der jeweils getesteten Behandlungsmethode aufzeigten. Der meist große Interpretationsspielraum, den Feldstudien im Vergleich zu kontrollierten Experimenten aufweisen, zwingt bei der Analyse und Gewichtung der gefundenen Ergebnisse zu besonderer Sorgfalt und dem Versuch, dem Streben nach Dissonanzreduktion bei der Interpretation zu widerstehen. So wehrten beispielsweise in einem Experiment von Lord, Ross & Lepper (1979) die Versuchspersonen einstellungsdiskrepante Evidenz ab, indem sie die methodischen Schwachpunkte der betreffenden Studie besonders herausstellten. Bei Studien mit einstellungskonformen Ergebnissen wurden dagegen die entsprechenden methodischen Vorzüge hervorgehoben (zit. nach Brandstädter, 1990). Beachtet man jedoch diese Gefahr bei der Dateninterpretation, so hat die Evaluation selbstentwickelter Interventionsprogramme im alltäglichen Arbeitskontext den großen Vorteil, dass die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis schnell und problemlos erfolgen kann und zugleich Erkenntnisse, die während der praktischen Anwendung gefunden wurden, in das Evaluationsvorhaben mit einfließen können. Auf diese Weise ist ein enger Zusammenhang zwischen wissenschaftlicher Forschung und praktischer Anwendung gegeben, der über das sonst übliche Maß weit hinausgeht.

## **5.2. Fragestellungen, Operationalisierung und Untersuchungsdesign**

### **5.2.1. Fragestellungen:**

Wie bereits in Kapitel 4.1. dargestellt, sollen mit der ZERA-Schulung v.a. die Selbstmanagementfähigkeiten der Teilnehmer, ihre Informiertheit über die psychische Erkrankung und das Arbeits- und Unterstützungssystem, ihre Motivation und Zufriedenheit in der beruflichen Trainingsmaßnahme sowie ihre Problemlösekompetenz im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten verbessert werden. Konkret formulierte ich die folgenden gerichteten Unterschiedshypothesen:

Durch die Teilnahme an der ZERA-Schulung...

- ⇒ erhöht sich das Wissen über die psychische Erkrankung
- ⇒ erhöht sich das Wissen über das relevante Arbeits- und Unterstützungssystem
- ⇒ gelingt es den Teilnehmern besser, konkrete und realistische berufliche Zukunftsperspektiven zu entwickeln

- ⇒ werden dysfunktionale Krankheitskonzepte widerlegt und durch funktionale Krankheitskonzepte ersetzt
- ⇒ erhöht sich der Anteil günstiger Stressverarbeitungsstrategien und verringert sich der Anteil ungünstiger, passiv-depressiver Verarbeitungsmuster
- ⇒ verbessert sich die erlebte Selbstwirksamkeit und das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, sowohl bezogen auf den Umgang mit der Erkrankung, als auch allgemein auf die Lebensbewältigung
- ⇒ verbessert sich die Leistung im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten
- ⇒ zeigen sich konkrete Verbesserungen bei einzelnen Grundarbeitsfähigkeiten
- ⇒ erhöht sich die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der beruflichen Trainingsmaßnahme
- ⇒ verbessert sich die Motivation der Teilnehmer und die Nutzung der Maßnahme

Es handelt sich in allen Fällen um gerichtete Unterschiedshypothesen, d.h. die Richtung der erwarteten Veränderung ist vorab klar und theoretisch begründbar. Aus diesem Grund wird die Signifikanzprüfung überwiegend für einseitige Fragestellungen vorgenommen werden. Dagegen erschien es nicht möglich, vorab jeweils ein genau erwartetes Signifikanzniveau festzulegen oder eine Effektgröße, also den mindestens zu erwartenden Unterschied zwischen beiden Gruppen. Da es sich um eine erste, teilweise hypothesengenerierende Untersuchung im interessierenden Umfeld und die erstmalige Überprüfung der ZERA-Schulung handelte und darüber hinaus ein  $\alpha$ -Fehler keine gravierenden Konsequenzen finanzieller oder ethischer Art hätte, erschien mir eine Signifikanzprüfung auf dem 10%-Niveau bei einseitiger Fragestellung als ausreichend.

### **5.2.2. Operationalisierung:**

Zur Erfassung der abhängigen Variablen wurden vorrangig Fragebögen gewählt. Zum einen sind diese in der Regel ökonomisch in Gruppenerhebungen durchführbar und für die Teilnehmern weniger verunsichernd als beispielsweise psychologische Testverfahren. Zum anderen können auf diese Weise neben vorgegebenen Antwortalternativen oder semantischen Differentialen auch freie Antwortmöglichkeiten angeboten werden, so dass auch qualitative Daten erhoben werden können. Unsere Recherchen ergaben jedoch, dass zwar standardisierte Fragebögen für die Erhebung von Stressverarbeitungsstrategien, Kontrollüberzeugungen und Krankheitskonzepten vorliegen, nicht jedoch solche zur Erfassung des Wissens über die psychische Erkrankung oder das Arbeits- und Unterstützungssystem oder Bögen zur Erfassung der durchschnittlichen Arbeitsleistung bei psychisch kranken Mitarbeitern innerhalb einer Arbeitstrainingsmaßnahme. Es war daher erforderlich, für diese Bereiche selbst Meßinstrumente zu entwickeln. Darüber hinaus griffen wir auf Daten durch Fremdbeobachtung durch die Trainer sowie indirekte Beobachtungsmaße (beispielsweise die Teilnahme an freiwilligen Angeboten als Maß für die Motivation) zurück, um nicht nur auf Selbstaussagen der Teilnehmer in Fragebögen angewiesen zu sein.

Tabelle 1 zeigt, mit welchen Meßinstrumenten jeweils welche abhängigen Variablen operationalisiert wurden. Die selbstentwickelten Fragebögen befinden sich im Anhang.

Abhängige Variable	Erhebungsinstrument
Informiertheit über die psychische Erkrankung	Allgemeiner Fragebogen, Teil A*, 9 Fragen
Informiertheit über das Arbeits- und Unterstützungssystem	Allgemeiner Fragebogen, Teil B*, 12 Fragen
Fähigkeit, konkrete, realistische Zukunftsperspektiven zu formulieren	Allgemeiner Fragebogen, Teil C*, 23 Fragen
Krankheitskonzept	Krankheits-Konzept-Skala, Linden (1988)
Stressverarbeitungsstrategien	Stressverarbeitungs-Fragebogen SVF, Janke (1985)
allgemeines Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen FKK, Krampen (1991)
krankheitsbezogenes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit KKG, Lohaus (1989)
Leistungsfähigkeit im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten	Beurteilungsskala* für Arbeitsanleiter mit 15 Kriterien, drei- bis fünffach gestuft, in Anlehnung an MELBA (1998) sowie Fremdbeurteilung durch die Trainer anhand einer Zielerreichungsskala*
Zufriedenheit der Teilnehmer in der Trainingsmaßnahme	Selbstaussagen im Allgemeinen Fragebogen, Teil C*, 23 Fragen
Motivation der Teilnehmer und Ausnutzung der beruflichen Trainingsmaßnahme	Teilnahme an fakultativen Angeboten in der Maßnahme und an Praktika

Tabelle 1: Operationalisierung.

\* = selbstentwickeltes Instrument

Zusätzlich wurde die Zufriedenheit der Schulungsteilnehmer mit dem ZERA-Gruppentrainingsprogramm erhoben, jedoch nicht als abhängige Variable. Darüber hinaus wurde als abhängige Variable zweiter Ordnung die Anzahl der Rehospitalisierungen erfaßt, da wir zwar aufgrund des verbesserten Wissens über die psychische Erkrankung einen eher günstigen Effekt in diesem Bereich erwarteten, jedoch nicht davon ausgehen können, dass allein aufgrund einer Schulung mit eher informativem Charakter und nur wenigen Sitzungen zu diesem Themenbereich ein direkter Effekt nachzuweisen ist.

Tabelle 2 bringt nochmals die Erhebungsinstrumente mit den erwarteten Ergebnissen in Zusammenhang, unterschieden nach Aussagen über die gesamte Stichprobe und solchen, die auf die Teilnahme an der ZERA-Schulung zurückgeführt werden sollen.

Meßinstrument	Erwartete Ergebnisse bezogen auf die Gesamtstichprobe	Erwartete Veränderungen nach der ZERA-Schulung
Wissensfragebogen Teil A: Wissen über psychische Erkrankung	geringer Punktescore	höherer Punktescore
Wissensfragebogen Teil B: Wissen über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten	geringer Punktescore	höherer Punktescore
Wissensfragebogen Teil C: Einstellungen und Zukunftserwartungen	Antworten insgesamt eher wenig realitätsbezogen, unkonkret und wenige Alternativen	Antworten insgesamt stärker realitätsbezogen und konkreter, mehr Alternativen
KK-Skala	überdurchschnittlich hohe Werte bei Negativ-Erwartungen, Schuld, Zufallskontrolle und idiosynkratischen Annahmen	geringere Werte bei Negativ-Erwartungen, Schuld, Zufallskontrolle und idiosynkratischen Annahmen
SVF	wenige aktive Stressverarbeitungsmuster, Überwiegen passiv-depressiver Verarbeitungsmuster	Zunahme positiver, aktiver Stressverarbeitungsstrategien, Reduktion passiv-depressiver Verarbeitungsmuster
FKK	überdurchschnittliche Externalität, insbesondere fatalistische Externalität. Geringer Wert bei Selbstwirksamkeit und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Reduktion von Externalität und fatalistischer Externalität. Höherer Wert bei Selbstwirksamkeit und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten
KKG	überdurchschnittlich hohe Werte bei fatalistischer Externalität, unterdurchschnittliche Werte bei Internalität und sozialer Externalität	geringere Werte bei fatalistischer Externalität, höhere Werte bei sozialer Externalität und Internalität
Grundarbeitsfähigkeits-Bogen	geringerer Gesamt-Score	höherer Gesamt-Score
Selbstaussagen der Teilnehmer	Skepsis gegenüber der Maßnahme, eher geringer Bezug zu eigenen beruflichen Wünschen und Plänen	erhöhte Zufriedenheit und Eigenbeteiligung an der Maßnahme durch konkret erkennbaren Bezug zu eigenen beruflichen Wünschen und Plänen

Tabelle 2: Operationalisierung und konkrete erwartete Veränderungen

Die Psychopathologie wurde nur bei der jeweiligen Ersterhebung mit dem BPRS (Overall et al., 1996) erfaßt, um zu überprüfen, ob die Stichproben diesbezüglich vergleichbar waren (vgl. 5.3.). Auf eine Einstufung der Psychopathologie als abhängige Variable wurde verzichtet, da die meisten Aspekte psychopathologischer Gestörtheit nicht im Zusammenhang mit verschiedenen Maßen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit zu stehen scheinen (Vauth et al., 2000). Insbesondere die Positivsymptomatik hatte in den Studien von Vauth keinen Einfluß z.B. auf den Rehabilitationserfolg oder die soziale und berufliche Kompetenz. Dagegen fanden beispielsweise Kraemer&Heldmann (2001) in einer Übersichtsarbeit über die Wirksam-

keit computergestützter kognitiver Trainingsprogramme für schizophrene Patienten, dass im Zusammenhang mit computergestütztem kognitiven Training und fast ausschließlich im Vergleich mit einer Kontrollgruppe sich die Psychopathologie signifikant verbesserte, bei allen anderen abhängigen Variablen zeigten sich über die Studien hinweg inkonsistente Ergebnisse. Es besteht also die Gefahr, bei jeder Art von Intervention einen unspezifisch positiven Einfluß auf die Psychopathologie auszuüben, wobei diese zusätzliche zahlreichen unkontrollierbaren Einflüssen unterliegt und nur einen geringen Zusammenhang mit Prädiktoren des Rehabilitationsverlaufs aufweist (vgl. auch 8.1.).

Zur Überprüfung längerfristiger Effekte sowie der weiteren Entwicklung der Teilnehmer wurde nach einem Jahr eine Katamnese durchgeführt, bei der es leider nicht möglich war, die Teilnehmer erneut vollständig zu befragen. Vielmehr konnte nur ihre Entwicklung anhand folgender Kriterien beschrieben werden:

- ⇒ befinden sich die Teilnehmer zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Werkstatt?
- ⇒ befanden sie sich seit Ende der Studie durchgehend in der Werkstatt?
- ⇒ gab es einen Wechsel in eine andere Einrichtung?
- ⇒ haben Teilnehmer die Maßnahme ohne konkrete Perspektive abgebrochen?
- ⇒ gab es Rehospitalisierungen?
- ⇒ gab es eine erfolgreiche Integration auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt?
- ⇒ wurden weitere Praktika absolviert und/oder fakultative Angebote innerhalb der Maßnahme genutzt?

### **5.2.3. Untersuchungsdesign:**

Die Studie wurde in den Werkstätten des Rehabilitationszentrums Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart durchgeführt. Als Untersuchungsteilnehmer standen die Rehabilitanden aus der Arbeitstrainingsmaßnahme zur Verfügung (vgl. 5.3.), für die Durchführung der ZERA-Gruppen konnten die Räumlichkeiten der Einrichtung genutzt werden. Die Zuweisung zu Experimental- und Kontrollgruppe aus der Grundgesamtheit der Rehabilitanden im Arbeitstrainingsbereich erfolgte randomisiert. Es war unserer Einschätzung nach vertretbar, eine solche Randomisierung vorzunehmen und somit den Rehabilitanden der Kontrollgruppe zunächst die ZERA-Schulung vorzuenthalten, da es sich um ein neues, bisher in seiner Wirksamkeit nicht überprüftes Verfahren handelte, welches jedoch nicht unabdingbare Voraussetzung für einen günstigen Verlauf der beruflichen Trainingsmaßnahme ist. Darüber hinaus wurde allen Teilnehmern der Kontrollgruppe zugesichert, dass sie nach Abschluß der gesamten Studie ebenfalls an einer ZERA-Schulung würden teilnehmen können. Als etwas problematisch erwies sich allerdings, dass durch die randomisierte Zuweisung die Experimentalgruppen bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit und des intellektuellen Niveaus recht heterogen besetzt waren (vgl. 5.3), was zwar die interne Validität erhöht, jedoch die Verallgemeinerbarkeit einschränkt, da Trainer in der Regel darauf achten werden, ihre Schulungsgruppen bezüglich kognitiver Merkmale möglichst homogen zusammenzustellen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Studie durch diesen Umstand eher verschlechtert werden und dass mit einer günstigeren Gruppenzusammensetzung bessere Ergebnisse zu erzielen sind. Tabelle 3 zeigt, welches Treatment die beiden Gruppen jeweils erhielten:

---

**Kontrollgruppe****Experimentalgruppe**

---

Standardversorgung im Rahmen der Arbeitstrainingsmaßnahme, Teilnahme am Arbeitstraining für mindestens 4 Stunden täglich, regelmäßige nervenärztliche Behandlung

zusätzlich Teilnahme an 3-monatigem ZERA-Gruppentraining

---

Tabelle 3: Aufbau der Studie

Die Rehabilitanden aus beiden Gruppen erhielten also die Standardversorgung im Rahmen der Arbeitstrainingsmaßnahme. Hierzu gehören ein mindestens 4-stündiges tägliches Arbeitsangebot unter Anleitung eines Arbeitsgruppenleiters, mindestens halbjährliche Verlaufsgespräche unter Einsatz halbstandardisierter Fragebögen, Teilnahme an fakultativen arbeitsbegleitenden Angeboten (z.B. Training der sozialen Kompetenz, Unterricht in schulischen Basisfächern, PC-gestütztes Konzentrations-training etc.) sowie bei Bedarf Einzelgespräche beim psychologischen oder sozialpädagogischen Dienst. Der einzige Unterschied zwischen beiden Gruppen bestand darin, dass die Rehabilitanden aus der Experimentalgruppe zusätzlich die ZERA-Schulung erhielten. Da einige Inhalte der ZERA-Schulung jedoch auf die eine oder andere Weise, wenn auch eher unsystematisch und weniger explizit, auch im Rahmen des Arbeitstrainings vermittelt werden, legten wir eine hohe Meßlatte an für den Nachweis der Wirksamkeit des ZERA-Programmes. Positive Ergebnisse wären sicherlich leichter nachzuweisen gewesen, wenn wir die Experimentalgruppe mit einer echten Leer-Kontrollgruppe verglichen hätten, beispielsweise mit Rehabilitanden, die erst auf den Beginn einer Arbeitstrainingsmaßnahme warten und derzeit beschäftigungslos sind. Es wäre dann jedoch schwierig geworden, die gezeigten Unterschiede zwischen beiden Gruppen eindeutig auf den Effekt des ZERA-Programmes zurückzuführen, da beide Gruppen auch darüber hinaus sehr unterschiedlichen und teilweise wirkungsvollen Einflußfaktoren ausgesetzt gewesen wären, insbesondere dem Einfluß regelmäßiger, tagesstrukturierender und Erfolgserlebnisse bietender Arbeit sowie den sozialen Kontakten und dem anregenden Umfeld einer Rehabilitationseinrichtung. Um den Einfluß dieser zahlreichen, nicht zu kontrollierenden Störvariablen zu minimieren, erschien es uns sinnvoll, beide Gruppen aus dem selben Milieu kommen zu lassen und nur das Treatment der ZERA-Schulung unterschiedlich anzubieten. Auch Buchkremer&Klingberg (2001) betonen, dass mit einem solchen „Add-on-Ansatz“, bei dem eine Gruppe der Studie die Komponente neben einer gleichgehaltenen sonstigen Therapie erhält, im randomisierten Design Unterschiede mit einiger Plausibilität auf diese Komponente attribuiert werden können. Dadurch bestünde allerdings die Gefahr, dass der Effekt bei der intensiver therapeutisch behandelten Gruppe eher unterschätzt werde.

Für die Durchführung der ZERA-Schulung standen zwei Trainer zur Verfügung, beide auch Autoren des Programmes und Mitarbeiter des Forschungsprojektes. Durch diesen Umstand konnte eine zusätzliche Adherence-Prüfung entfallen, da die tatsächlich durchgeführte Intervention dem standardisierten Schulungsmanual voll ent-

sprach. Da die optimale Gruppengröße bei schizophrenen Patienten bei einer Anfangsgröße von 6-8 Teilnehmern liegt, konnte nicht die gesamte Experimentalgruppe zu einem Zeitpunkt geschult werden. Insgesamt wurden drei ZERA-Gruppen durchgeführt. Abbildung 4 zeigt den zeitlichen Ablauf der Studie.

### Zeitlicher Ablauf der Studie

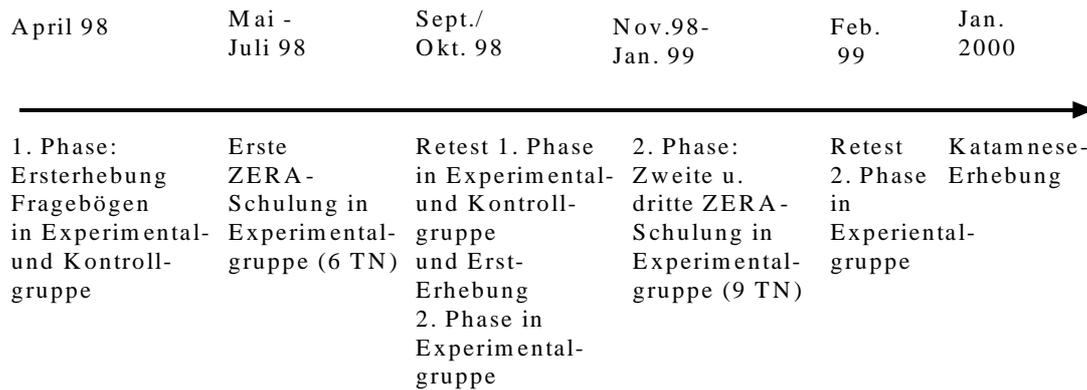


Abbildung 4: zeitlicher Ablauf der Studie

Neben den Untersuchungsteilnehmern wurden auch deren Arbeitsanleiter anhand eines selbstentwickelten Erhebungsbogens zu den Grundarbeitsfähigkeiten befragt (vgl. 5.2.2). Diese Befragung fand etwa zeitgleich mit der der Rehabilitanden statt, also vor und nach der Schulung für die jeweiligen Experimentalgruppen und parallel zur ersten Experimentalgruppe für die Kontrollgruppe. Die Fremdbeurteilung durch die Trainer wurde jeweils im Anschluß an die ZERA-Schulung erhoben, ebenso die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Programm.

### 5.3. Beschreibung der Stichprobe

Die Grundgesamtheit, aus der die Untersuchungsteilnehmer ausgewählt wurden, waren alle Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die zum Zeitpunkt der Studie eine Arbeitstrainingsmaßnahme im Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift absolvierten und folgende Kriterien erfüllten:

- Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder schizoaffektive Erkrankungen
- maximale bisherige Dauer der Maßnahme anderthalb Jahre, Mindestdauer von 3 Monaten
- ausreichende Kenntnisse in Deutsch sowie Lesen und Schreiben, um dem Schulungsprogramm folgen zu können

Eine Beschränkung auf die schizophrenen und schizoaffektiven Diagnosegruppen ist sowohl aufgrund der wissenschaftlichen Verwendbarkeit der Studienergebnisse, als

auch wegen des für diese Diagnosen spezifischen psychoedukativen Teils des Schulungsprogrammes erforderlich. Eine Eingrenzung der bisherigen Maßnahmedauer auf maximal anderthalb Jahre erschien uns sinnvoll wegen des mit zunehmender Maßnahmedauer anwachsenden Erfahrungs- und Wissensschatzes der Teilnehmer sowie der sich verändernden relevanten Fragestellungen und Zielsetzungen. Eine noch deutlichere Eingrenzung, beispielsweise auf ein halbes Jahr, hätte jedoch den Kreis potenzieller Teilnehmer zu sehr eingeschränkt. Die erforderliche Mindestdauer von 3 Monaten wurde zum Schutz der Rehabilitanden gewählt, da neue Maßnahmeteilnehmer in der ersten Orientierungsphase nicht durch die Studie verunsichert oder abgelenkt werden sollten. Demgegenüber sind ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sowie Lese- und Schreibkenntnisse nicht nur für die Untersuchungsteilnahme bedeutsam, sondern auch erforderlich für die Teilnahme an einer ZERA-Gruppe ganz allgemein. Aussagen aufgrund der Untersuchungsergebnisse können sich daher nur auf diese Grundgesamtheit beziehen, nicht aber beispielsweise auf schizophren Erkrankte, die derzeit keiner Arbeit oder Beschäftigung nachgehen oder auf Rehabilitanden in einer Trainingsmaßnahme, die an einer anderen Art von Behinderung leiden.

Alle potenziell in Frage kommenden Rehabilitanden wurden schriftlich und mündlich im Einzelgespräch über die geplante Studie informiert. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, den Rehabilitanden zu erläutern, dass die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse anonym geschieht und dass vor Studienbeginn nicht gesagt werden könne, ob sie an der ZERA-Schulung teilnehmen oder in der Kontrollgruppe sein würden. Es wurde ihnen jedoch in Aussicht gestellt, nach Abschluß der gesamten Studie in jedem Fall an einer ZERA-Schulung teilnehmen zu können, wenn dies dann noch gewünscht würde. Fast alle potenziellen Teilnehmer akzeptierten diese Bedingungen. Bei den wenigen Rehabilitanden, die sich nicht an der Studie beteiligen wollten, waren in der Regel organisatorische Gründe ausschlaggebend (beispielsweise ein geplantes Praktikum in nächster Zeit), es war nicht erkennbar, dass es bei den Nicht-Teilnehmern einen systematischen Bias in eine bestimmte Richtung geben könnte.

Als Untersuchungsteilnehmer ausgewählt wurden schließlich 33 Personen. Die Zuweisung zu Experimental- und Kontrollgruppe erfolgte randomisiert per Losverfahren, jedoch nach vorheriger Parallelisierung bezüglich folgender Kriterien:

- Geschlecht
- Ausbildung oder qualifizierte Berufserfahrung

Beide Kriterien könnten wichtige Einflußfaktoren für den Verlauf der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme darstellen (vgl. Weis, 1990; Kuhnt&Kunow, 1988; Hoffmann-Richter, 2000) und somit Variablen sein, die kontrolliert werden müssen. Eine Parallelisierung bezüglich weiterer wichtiger Faktoren (beispielsweise Anzahl der Klinikaufenthalte oder Alter bei Ersterkrankung) war aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht möglich. Wie Tabelle 4 zeigt, war dies jedoch auch nicht erforderlich, da die Grundgesamtheit der Rehabilitanden innerhalb von Arbeitstrainingsmaßnahmen offensichtlich bezüglich dieser Kriterien eine recht homogene Gruppe darstellt. Die Relevanz des Themenbereichs Arbeit und psychische Erkrankung war für alle Teilnehmer recht hoch, da sie sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme befanden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass alle Rehabilitanden zumindest durchschnittlich motiviert waren. Wunderlich et al. (1996) weisen in einer Metaanaly-

se zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei schizophrenen Patienten darauf hin, dass auch die Therapiemotivation des Patienten, seine allgemeine Zugänglichkeit und Kooperationsbereitschaft wesentlich am Therapieerfolg beteiligt seien und in den meisten Studien nicht diskutiert würden.

Beide Stichproben können aufgrund des randomisierten Zuteilungsverfahrens als unabhängig bezeichnet werden. Vollständige Datensätze zu beiden Erhebungszeitpunkten der Studie konnten von 26 Teilnehmern ausgewertet werden, davon 15 aus der Experimentalgruppe und 11 aus der Kontrollgruppe. Insgesamt gab es sieben Studienabbrecher, dabei kam es in der Experimentalgruppe zu zwei Rehospitalisierungen während der Studie, in der Kontrollgruppe waren es drei. Zwei Rehabilitanden waren nicht bereit, die Fragebögen beim Retest nochmals auszufüllen und werden somit ebenfalls als Abbrecher gewertet. Dabei stammte ein Rehabilitand aus der Experimentalgruppe und eine Rehabilitandin aus der Kontrollgruppe. Somit ergibt sich eine Gesamt-Stichprobengröße für die Studie von  $n = 26$ . Diese ist vorrangig durch die vorgefundenen Rahmenbedingungen in der Einrichtung sowie die zeitliche Begrenzung der Studie bestimmt, Überlegungen bezüglich einer optimalen Stichprobengröße für bestimmte Effektgrößen konnten leider nicht angestellt werden. Allerdings kann mit dieser Stichprobengröße in der Regel auch bei parameterfreien Testverfahren davon ausgegangen werden, dass die Daten angenähert normalverteilt sind.

Die in Tabelle 4 dargestellten soziodemographischen Daten der Stichproben sollen im folgenden genauer betrachtet werden. Dabei werde ich zunächst die Experimental- mit der Kontrollgruppe vergleichen und anschließend beide Gruppen zusammengefasst der Gruppe der Studienabbrecher gegenüberstellen. Ein Mann-Whitney-U-Test zum Vergleich der beiden unabhängigen Stichproben Experimental- und Kontrollgruppe ergab, dass bezüglich der soziodemographischen Daten keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen. Das Durchschnittsalter ist mit 32 und 33 Jahren gut vergleichbar, der arithmetische Mittelwert ist hier repräsentativ, da in beiden Gruppen Median und Modalwert ähnlich sind. Der deutlich höhere Anteil an Männern in beiden Gruppen entspricht dem auch insgesamt höheren Anteil männlicher Rehabilitanden im Arbeitstrainingsbereich der Werkstatt. Zwar sind beide Stichproben diesbezüglich vergleichbar, sicherlich schränkt dieser Bias jedoch die Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf weibliche Rehabilitanden ein.

Kriterium	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe	Studienabbrecher
Anzahl	15	11	7
Alter	33 Jahre*	32 Jahre*	30 Jahre*
Geschlecht	Männer: 12 Frauen: 3	Männer: 10 Frauen: 1	Männer: 4 Frauen: 3★
Diagnose	F 20: 11 F 25: 3 F 34: 1	F 20: 8 F 25: 3	F 20: 6 F 25: 1
Alter bei Ersterkrankung	22 Jahre*	24 Jahre*	22 Jahre*
Durchschnittliche Erkrankungsdauer	9,4 Jahre*	5,9 Jahre*	7,4 Jahre*
Anzahl bisheriger Klinikaufenthalte	4,6*	4,6*	4,4*
Ausbildung	Ja: 9 Nein: 6	Ja: 5 Nein: 6	Ja: 2 Nein: 5
Dauer bisheriger Berufstätigkeit	5,4 Jahre*	6,4 Jahre*	2,8 Jahre*
Schulabschluss	Abitur/FHS: 9 RS: 1 HS: 5	Abitur/FHS: 3 RS: 5 HS: 3	Abitur/FHS: 0 RS: 1 ★★★ HS: 6
Wohnsituation	Wohnheim: 6 bei Eltern: 3 Betreute WG: 2 eigene Wohnung: 4	Wohnheim: 5 bei Eltern: 2 Betreute WG: 1 eigene Wohnung: 3	Wohnheim: 0 bei Eltern: 2 Betreute WG: 2 eigene Wohnung: 3
BPRS-Gesamtscore	46*	47*	50*

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Stichprobe.

\* = arithmetisches Mittel; ★★★ signif. auf 1%-Niveau bei zweiseitiger Fragestellung;

★ signif. auf 10%-Niveau bei zweiseitiger Fragestellung

Betrachtet man die krankheitsbezogenen Merkmale, so überwiegend bei den Diagnosen in beiden Gruppen die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, zusätzlich gibt es jeweils drei schizoaffektiv erkrankte Teilnehmer und in der Experimentalgruppe einen Teilnehmer mit einer zyklotyphen Erkrankung, der jedoch darüber hinaus als Differentialdiagnose eine schizoaffektive Erkrankung hatte. Das durchschnittliche Alter bei Ersterkrankung wird ebenfalls gut durch das arithmetische Mittel repräsentiert, Median und Modalwert liegen in ähnlicher Höhe. Die durchschnittliche Anzahl bisheriger Klinikaufenthalte ist in beiden Gruppen identisch, hier liegt jedoch in der Kontrollgruppe sowohl der Median, als auch der Modalwert bei 3, in der Experimentalgruppe dagegen der Median bei 3 und der Modalwert bei 2. Dies bedeutet, dass in beiden Gruppen der Durchschnittswert durch einzelne Ausreißer mit einer höheren Anzahl an Klinikaufenthalten verzerrt wird, der überwiegende Teil der Rehabilitanden jedoch nur 2-3 Klinikaufenthalte hatte. Zwischen beiden Gruppen besteht kein signifikanter Unterschied ( $U=78$ ,  $z=-0,236$ ). Deutlich unterschiedlich ist dagegen in beiden Gruppen die durchschnittliche Dauer der Erkrankung zum Zeitpunkt des Studienbeginns. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe waren durchschnittlich 5,9 Jahre erkrankt, wobei der Median mit 3,5 und der Modalwert mit 3 noch geringer sind. Demgegenüber waren die Teilnehmer in der Experimentalgruppe bereits seit durchschnittlich 9,4 Jahren erkrankt, auch Median und Modalwert mit jeweils 8 liegen deutlich höher. Der Unterschied ist jedoch mit einem z-Wert von  $-1,331$  bei zweiseitiger Fragestellung nur auf dem 20%-Niveau signifikant.

Bei den beruflichen Merkmalen fällt auf, dass in der Experimentalgruppe 60% der Rehabilitanden eine Ausbildung abgeschlossen haben, während es in der Kontrollgruppe nur 45,5% sind. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ( $U=70,5$ ,  $z=-0,721$ ) und wird teilweise durch die in der Kontrollgruppe höhere Dauer der Berufstätigkeit ausgeglichen. Auch hier stellt das arithmetische Mittel jedoch kein gutes Maß dar, da in beiden Gruppen zwar der Median in ähnlicher Höhe liegt (4 in der Experimentalgruppe und 5 in der Kontrollgruppe), der Modalwert jedoch in beiden Gruppen bei 0 liegt. Dies bedeutet, dass einzelne Rehabilitanden mit längerer Berufstätigkeit und eine größere Zahl an Rehabilitanden ohne jegliche Berufstätigkeit in die Berechnung einfließen. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist nicht signifikant ( $U=75,5$ ,  $z=-0,367$ ). Auch die Unterschiede beim Schulabschluss sind im U-Test nicht signifikant ( $U=66,5$ ,  $z=-0,895$ ), jedoch augenfällig. Der deutlich höhere Anteil an Rehabilitanden mit Abitur oder Fachhochschulreife in der Experimentalgruppe (60%) wird ausgeglichen durch einen höheren Anteil an Rehabilitanden mit Realschulabschluss in der Kontrollgruppe (45%). In beiden Gruppen liegt der Anteil der Rehabilitanden mit Hauptschulabschluss (hier teilweise auch Hauptschulabschluss im Rahmen der Sonderschule) in vergleichbarer Höhe, 27% in der Kontrollgruppe und 33% in der Experimentalgruppe.

Die Wohnsituation der Rehabilitanden ist ebenfalls gut vergleichbar. Zwar ist die Unterbringung in einem Wohnheim in beiden Gruppen die am häufigsten besetzte Kategorie, insgesamt besuchen jedoch in beiden Gruppen über 50% der Teilnehmer die Werkstatt extern. Der BPRS-Gesamtscore, der nur zu Untersuchungsbeginn erhoben wurde, ist in beiden Gruppen fast identisch, wird jedoch nur in der Experimentalgruppe durch das arithmetische Mittel gut repräsentiert (Mittelwert: 46,9; Median: 48; Modus: 48) während in der Kontrollgruppe der Modalwert deutlich niedriger liegt (Mittelwert: 47; Median: 48; Modus: 33), so dass in dieser Gruppe der Mittelwert durch einige Ausreißer mit hohem Gesamt-Score verzerrt wird. Insgesamt scheint also die aku-

te Psychopathologie in der Kontrollgruppe etwas geringer ausgeprägt zu sein, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant ( $U=81,5$ ,  $z=-0,052$ ).

Vergleicht man die Teilnehmer der Studie aus Experimental- und Kontrollgruppe zusammengenommen mit den Studienabbrechern (von denen ursprünglich 3 aus der Experimentalgruppe und 4 aus der Kontrollgruppe stammten), so findet man im U-Test zunächst ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Variablen Durchschnittsalter, Diagnosen, Alter bei Ersterkrankung, Erkrankungsdauer und Anzahl bisheriger Klinikaufenthalte sind gut vergleichbar. Auffällig ist, dass der Anteil der Frauen in dieser Gruppe mit 43% erheblich höher liegt als bei Experimental- und Kontrollgruppe, der Unterschied ist bei zweiseitiger Fragestellung auf dem 10%-Niveau signifikant ( $U=83$ ,  $z=-1,764$ ). Aufgrund des insgesamt schon zu Beginn der Studie geringen Anteils an Frauen (nur 21%) können hier keine Aussagen über einen systematischen Trend gemacht werden, es sollte jedoch in der weiteren Forschung zunehmend beachtet werden, ob die Zahl derer, die eine Rehabilitationsmaßnahme vorzeitig abbrechen, bei den weiblichen Teilnehmern höher ist.

Bezüglich der beruflichen Merkmale unterscheiden sich die Studienabbrecher von den Studienteilnehmern deutlich, jedoch nicht signifikant. Nur zwei Personen aus der Gruppe der Abbrecher haben eine Ausbildung abgeschlossen ( $U=93$ ,  $z=-1,046$ ), die durchschnittliche Dauer der bisherigen Berufstätigkeit ist mit 2,8 Jahren deutlich geringer ( $U=82,5$ ,  $z=-1,319$ ). Der einzige signifikante Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht beim Schulabschluss, hier gibt es in der Gruppe der Studienabbrecher keinen mit Abitur oder Fachhochschulreife, nur einen mit Realschulabschluss, jedoch 6 Rehabilitanden mit Hauptschulabschluss oder Sonderschulbesuch. Dieser Unterschied ist mit einem z-Wert von  $-2,557$  bei zweiseitiger Fragestellung auf dem 1%-Niveau signifikant. Hingegen bestehen bei der Wohnsituation und dem BPRS-Gesamtscore keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich der soziodemographischen Merkmale nicht signifikant unterscheiden, allerdings haben die Rehabilitanden der Experimentalgruppe in der Tendenz eine deutlich längere Erkrankungsdauer, häufiger eine Ausbildung abgeschlossen und einen höheren Schulabschluss als die Rehabilitanden aus der Kontrollgruppe. Demgegenüber unterscheidet sich die Gruppe der Abbrecher von beiden Untersuchungsgruppen durch signifikant geringere Schulabschlüsse sowie in der Tendenz durch einen geringeren Anteil an Ausbildungsabschlüssen und eine kürzere durchschnittliche Dauer der bisherigen Berufstätigkeit. Frauen sind in beiden Untersuchungsgruppen deutlich unterrepräsentiert.

## 6. Ergebnisse der Studie

Die Signifikanzprüfung erfolgt anhand parameterfreier Verfahren, vorrangig dem Mann-Whitney-U-Test zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben, dem Wilcoxon-Test zum Vergleich von zwei abhängigen Stichproben bei Meßwiederholung und verschiedenen  $\chi^2$ -Tests. Auf die Anwendung des t-Tests wurde verzichtet, da bei den Fragebogenergebnissen nicht immer Intervallskalenniveau vorliegt, die Verteilungsform der Merkmale in der Grundgesamtheit größtenteils unbekannt ist, Normalverteilung nicht vorausgesetzt werden kann und der Umfang beider Stichproben kleiner als 50 ist. Zwar ergab der F-Test bei einigen Fragestellungen gleiche Stichprobenvarianzen und die Stichprobenumfänge sind annähernd gleich groß, dennoch schien mir die Anwendung verteilungsfreier Verfahren angebrachter, zumal U- und T-Werte für  $n=10$  bzw.  $n_1+n_2=25$  angenähert normalverteilt sind und z-transformiert werden können.

### 6.1. Wissen über die psychische Erkrankung

Der Wissensstand der Teilnehmer über ihre psychische Erkrankung wurde mit Teil A des Allgemeinen Fragebogens erhoben, welcher neun größtenteils offene Fragen umfaßt (vgl. Anhang). Die Auswertung erfolgte mittels eines vorgegebenen Bewertungsschemas (vgl. Anhang), anhand dessen für die offenen Antworten Punkte vergeben wurden. Da die Bewertungskriterien recht genau festgelegt und beschrieben worden waren, kann von einer für diese Fragestellungen ausreichenden Reliabilität der Bewertung ausgegangen werden, zumal die Auswertung sämtlicher Fragebögen durch dieselbe Person erfolgte. Im Teil A des Wissensfragebogens konnten maximal 19 Punkte erzielt werden.

#### 6.1.1. Unterschiede zwischen den Gruppen:

Betrachtet man zunächst, ob vor oder nach der ZERA-Schulung Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe bestanden haben, so findet man die in Tabelle 5 dargestellten Ergebnisse. Die Tabelle zeigt, dass vor der Schulung zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Wissens über die psychische Erkrankung bestanden, die Mittelwerte beider Gruppen sind ähnlich, wobei in der Experimentalgruppe die Verteilung asymmetrisch ist und gehäuft geringe Wissensstände auftreten. Nach der ZERA-Schulung verändert sich dieses Bild, nun besteht ein Unterschied im Wissensstand zwischen beiden Gruppen, der auf dem 5%-Niveau signifikant ist. Dabei kam es in der Experimentalgruppe zu einem durchschnittlichen Wissenszuwachs von 5 Punkten, in der Kontrollgruppe jedoch nur von 0,4 Punkten. Die Verteilung ist nun in beiden Gruppen asymmetrisch, auch in der Kontrollgruppe treten gehäuft geringe Wissensstände auf, was möglicherweise ein Motivationsproblem bei der zweiten Erhebung widerspiegelt.

---

Gesamtergebnis Teil A, Allgemeiner Fragebogen

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 77,5*	U = 47*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -0,261	z = -1,847**
Kontrollgruppe	AM = 9,6 Md = 8 Mo = 8	AM = 10 Md = 10 Mo = 3
Experimentalgruppe	Am = 8,6 Md = 10 Mo = 3	AM = 13,6 Md = 14 Mo = 8

---

Tabelle 5: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Wissen über die psychische Erkrankung

★★signif. auf 5%-Niveau

Schlüsselt man das Gesamtergebnis noch genauer auf, so findet man bedeutsame Veränderungen v.a. bei den folgenden Fragestellungen:

---

Teil A, Allgemeiner Fragebogen, Frage 5: Plus- und Minussymptome

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 71,5*	U = 27,5*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -1,236	z = -3,385***
Kontrollgruppe	AM = 0 Md = 0 Mo = 0	AM = 0 Md = 0 Mo = 0
Experimentalgruppe	Am = 0,26 Md = 0 Mo = 0	AM = 1,3 Md = 2 Mo = 2

---

Tabelle 6: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Plus- und Minussymptome

wobei 0 = falsche Antwort, 1 = teilweise richtig, 2 = vollständig richtige Antwort

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau

Vor der Schulung bestand zwischen beiden Gruppen kein Unterschied, die Rehabilitanden konnten mit den Begriffen Plus- und Minussymptome nichts anfangen. Beim Retest war dies in der Kontrollgruppe unverändert, während die Teilnehmer der ZERA-Schulung die Bedeutung dieser Begriffe mittlerweile gelernt hatten und auch mehrheitlich richtig wiedergeben konnten. Der Unterschied ist hoch signifikant. Ähn-

lich deutlich sind die Veränderungen bei der Frage nach den persönlichen Frühwarnzeichen:

---

Teil A, Allgemeiner Fragebogen, Frage 6b: persönliche Frühwarnzeichen

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 31,5*	U = 74,5*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -2,986***	z = -0,512
Kontrollgruppe	AM = 1,9 Md = 2 Mo = 2	AM = 1,5 Md = 2 Mo = 2
Experimentalgruppe	Am = 0,867 Md = 1 Mo = 0	AM = 1,67 Md = 2 Mo = 2

---

Tabelle 7: U-Test\* für unabhängige Stichproben: persönliche Frühwarnzeichen wobei 0 = falsche oder keine Antwort, 1 = ein Frühwarnzeichen wurde benannt, 2 = mehr als ein Frühwarnzeichen wurde benannt  
 \*\*\*signif. auf 1%-Niveau

Bei der Ersterhebung besteht ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen, die Rehabilitanden der Kontrollgruppe sind besser in der Lage, ihre Frühwarnzeichen zu benennen, während dies der Mehrzahl der Rehabilitanden in der Experimentalgruppe nicht gelingt. Nach Teilnahme an der ZERA-Schulung sind sie dazu jedoch erheblich besser in der Lage und können mehrheitlich mehrere Frühwarnzeichen benennen, während es in der Kontrollgruppe zu keiner Veränderung kommt. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen vor der Schulung ist hoch signifikant und besteht nach der Schulung nicht mehr. Warum die Rehabilitanden der Kontrollgruppe von vornherein besser über ihre Frühwarnzeichen informiert sind, bleibt unklar, zumal zwischen beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied bezüglich der vorhergehenden Teilnahme an einer Psychoedukativen Gruppe bestand (vgl. 6.1.3). Ein ähnliches Problem zeigt sich bei Frage 7b nach dem Vorliegen eines persönlichen Krisenplanes (vgl. Tabelle 8). Hier haben sowohl vor, als auch nach der ZERA-Schulung signifikant mehr Rehabilitanden aus der Experimentalgruppe ihren eigenen Angaben zufolge einen solchen Krisenplan, während in der Kontrollgruppe die Mehrzahl der Teilnehmer angibt, keinen Krisenplan zu haben. Woher dieser Unterschied vor der Schulung kommt, bleibt unklar. Der signifikante Unterschied zwischen den Gruppen bleibt bestehen, ist jedoch nach der Schulung nur noch auf dem 5%-Niveau signifikant.

---

Teil A, Allgemeiner Fragebogen, Frage 7b: persönlicher Krisenplan

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 33*	U = 46*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -2,793***	z = -2,277**
Kontrollgruppe	Mo = 2	Mo = 2
Experimentalgruppe	Mo = 1	Mo = 1

---

Tabelle 8: U-Test\* für unabhängige Stichproben: persönlicher Krisenplan

wobei 1 = ja, 2 = nein

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau, \*\*signif. auf 5%-Niveau

Bei allen übrigen Fragestellungen bestehen weder vor noch nach der ZERA-Schulung signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe.

### 6.1.2. Veränderungen durch Meßwiederholung

Die Ergebnisse der Rehabilitanden im Wissenstest (Teil A, Allgemeiner Fragebogen) vor und nach der ZERA-Schulung bzw. der Wartezeit für die Kontrollgruppe wurden mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben auf signifikante Veränderungen überprüft. Dabei zeigt sich, dass bei der Experimentalgruppe zwischen den Ergebnissen im Wissenstest vor und nach der Schulung ein hoch signifikanter Unterschied besteht, während sich die Ergebnisse zu beiden Meßzeitpunkten in der Kontrollgruppe nicht signifikant unterscheiden (vgl. Tabelle 9).

---

Gesamtergebnis Teil A, Allgemeiner Fragebogen

---

	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe
Wilcoxon T2 vs. T1	z = -3,219***	z = -0,476
negative Ränge (T2<T1)	1	4
Positive Ränge (T2>T1)	14	5
Bindungen (T2=T1)	0	2

---

Tabelle 9: Wilcoxon für abhängige Stichproben: Gesamtergebnis Teil A: Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

wobei T1=Ersterhebung, T2=Retest

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau

Dabei liegt das durchschnittliche Ergebnis im Wissenstest bei der Experimentalgruppe nach der Teilnahme an der ZERA-Schulung deutlich höher als bei der Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 5). Auch die Richtung der Veränderung ist in der Experimental-

gruppe gleichmäßiger, nur ein Rehabilitand schneidet bei der zweiten Erhebung schlechter ab als bei der ersten, alle anderen haben sich verbessert. In der Kontrollgruppe zeigen dagegen nur 5 Rehabilitanden bei der zweiten Erhebung ein verbessertes Ergebnis. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den bereits unter 6.1.1. dargestellten signifikanten Veränderungen.

---

Experimentalgruppe: Signifikante Veränderungen bei einzelnen Fragen

---

	vorher	nachher
<i>Frage 5: Plus- und Minussymptome</i>		
$z^* = -2,828$ ***		
Mittelwert	0,627	1,333
Median	0	2
Modus	0	2
<i>Frage 6a: Frühwarnzeichen allgemein</i>		
$z^* = -2,332$ ***		
Mittelwert	0,867	1,533
Median	1	2
Modus	0	2
<i>Frage 6b: Frühwarnzeichen konkret</i>		
$z^* = -2,460$ ***		
Mittelwert	0,867	1,667
Median	1	2
Modus	0	2
<i>Frage 9: Funktion Medikamente</i>		
$z^* = -1,667$ **		
Mittelwert	1,267	1,600
Median	1	2
Modus	2	2

---

Tabelle 10: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Einzelergebnisse Teil A, Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau, \*\*signif. auf 5%-Niveau

Wie Tabelle 10 zeigt, kommt es bei den Rehabilitanden der Experimentalgruppe im Anschluß an die Teilnahme an der ZERA-Schulung zu einem signifikanten Wissenszuwachs v.a. bei den Fragen nach krankheitsspezifischen Symptomen und der Funktion der Medikamente. Auch bei allen anderen Fragen ist im Durchschnitt ein Wissenszuwachs zwischen den Meßzeitpunkten zu verzeichnen, jedoch nicht signifikant. Demgegenüber treten in der Kontrollgruppe nur zwei signifikante Veränderungen ein, jedoch in einer eher unerwünschten Richtung, wie Tabelle 11 zeigt.

---

Kontrollgruppe: Signifikante Veränderungen bei einzelnen Fragen

---

	vorher	nachher
<i>Frage 6b: Frühwarnzeichen konkret</i>		
$z^* = -1,633\star$		
Mittelwert	1,909	1,546
Median	2	2
Modus	2	2
 <i>Frage 9: Funktion Medikamente</i>		
$z^* = -1,667\star\star$		
Mittelwert	1,363	1,000
Median	1	1
Modus	1	0

---

Tabelle 11: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Einzelergebnisse Teil A, Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

★★signif. auf 5%-Niveau, ★signif. auf 10%-Niveau

Die Rehabilitanden der Kontrollgruppe beschreiben demnach sowohl ihre konkreten persönlichen Frühwarnzeichen, als auch die Wirkungsweise der Neuroleptika bei der zweiten Erhebung eher weniger zutreffend bzw. ausführlich als bei der ersten Erhebung, was jedoch bei dieser Gruppe auch auf ein Motivationsproblem beim Retest zurückzuführen sein kann. Bei allen anderen Fragen in diesem Teil kommt es in der Kontrollgruppe nur zu minimalen Veränderungen zwischen den Meßzeitpunkten.

### 6.1.3. Einfluß vorhergehender Teilnahme an psychoedukativen Gruppen

Da der psychoedukative Teil der ZERA-Schulung in Unterprogramm 3 für diejenigen Rehabilitanden, die zuvor bereits eine ausführlichere psychoedukative Gruppe besucht hatten, eine Wiederholung darstellt, ist es interessant, zu überprüfen, ob es auch bei diesen Teilnehmern noch zu einem Wissenszuwachs kommt und wie sie sich unterscheiden von denjenigen, die im Rahmen der ZERA-Schulung erstmals etwas über psychoedukative Inhalte gelernt hatten. In der Kontrollgruppe hatten fünf Rehabilitanden bereits eine psychoedukative Gruppe besucht, in der Experimentalgruppe waren es neun. Keine entsprechenden Vorkenntnisse hatten demzufolge jeweils sechs Rehabilitanden in der Experimental- und Kontrollgruppe. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant (4-Felder- $\chi^2 = 0,540$  bei  $df = 1$ )

Betrachtet man zunächst über die Experimental- und Kontrollgruppe hinweg nur diejenigen Versuchspersonen, die zuvor eine psychoedukative Gruppe besucht hatten und vergleicht sie mit denjenigen, die keine entsprechenden Vorkenntnisse hatten, so findet man das in Tabelle 12 dargestellte Ergebnis:

## Einfluß der vorherigen Teilnahme an psychoedukativen Gruppen

	vorher	nachher
alle Versuchspersonen mit Psychoed. Gruppe n1 = 14	AM = 10,722 Md = 11 Mo = 15	AM = 14 Md = 15,5 Mo = 16
	$z = -2,406^{***}$ $U^* = 37,5$	$z = -2,217^{**}$ $U^* = 41$
alle Versuchspersonen ohne Psychoed. Gruppe n2 = 12	AM = 6,066 Md = 6 Mo = 8	AM = 9,916 Md = 10 Mo = 14

Tabelle 12: U-Test\* für unabhängige Stichproben

\*\*\* signif. auf 1%-Niveau, \*\* signif. auf 5%-Niveau

Wie die Tabelle zeigt, schneiden die Versuchspersonen, die bereits eine psychoedukative Gruppe besucht hatten, durchweg im Wissenstest besser ab als diejenigen ohne Vorkenntnisse, wobei die Unterschiede zwischen diesen Gruppen zu beiden Meßzeitpunkten signifikant sind, beim Retest allerdings nur noch auf dem 5%-Niveau. Betrachtet man nun jeweils getrennt für die Experimental- und Kontrollgruppe die Teilnehmer mit und ohne Vorkenntnisse, so wird deutlich, dass das schlechte Abschneiden derjenigen ohne vorherige psychoedukative Gruppe auch beim Retest vorrangig auf diejenigen Teilnehmer zurückzuführen ist, die nicht die ZERA-Gruppe besucht haben. Tabelle 13 zeigt die Maße der zentralen Tendenz für die jeweiligen Untergruppen sowie die Ergebnisse der U-Tests für unabhängige Stichproben zu jeweils beiden Meßzeitpunkten. Hier zeigt sich, dass sich in der Experimentalgruppe die Teilnehmer mit und ohne Vorkenntnisse nicht signifikant unterscheiden in ihren Leistungen im Wissenstest, weder vor noch nach der ZERA-Schulung. In beiden Gruppen kommt es zu einem Lernzuwachs, wobei dieser bei der Gruppe ohne Vorkenntnisse besonders deutlich ausfällt. Demgegenüber unterscheiden sich die Rehabilitanden mit und ohne Vorkenntnisse in der Kontrollgruppe bereits bei der Ersterhebung, wobei es sich um ein zufälliges Ungleichgewicht handeln muß. Dieser Unterschied ist vor der Schulung auf dem 5%-Niveau signifikant, nach der Schulung jedoch auf dem 1%-Niveau, da es in der Gruppe mit Vorkenntnissen zu einem leicht verbesserten Ergebnis gekommen ist, in der Gruppe ohne Vorkenntnisse jedoch zu einem schlechteren Ergebnis beim Retest.

Einfluß der vorherigen Teilnahme an psychoedukativen Gruppen

	vorher		nachher
Experimentalgruppe mit Psychoed. Gruppe n1 = 9	AM = 9,778 Md = 11 Mo = 11	↘	AM = 13,889 Md = 16 Mo = 16
			↘
		$z = -1,124$ $U^* = 17,5$	$z = -0,532$ $U^* = 22,5$
		nicht signif.	nicht signif.
Experimentalgruppe ohne Psychoed. Gruppe n2 = 6	AM = 6,833 Md = 6,5 Mo = 3	↗	AM = 13,333 Md = 14 Mo = 14
			↗
Kontrollgruppe mit Psychoed. Gruppe n1 = 5	AM = 12,4 Md = 14 Mo = 15	↘	AM = 14,2 Md = 15 Mo = 10
			↘
		$z = -2,314^{**}$ $U = 2,5$	$z = -2,373^{***}$ $U = 2$
Kontrollgruppe ohne Psychoed. Gruppe n2 = 6	AM = 7,333 Md = 7,5 Mo = 8	↗	AM = 6,5 Md = 5,5 Mo = 3
			↗

Tabelle 13: U-Test\* für unabhängige Stichproben

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau, \*\*signif. auf 5%-Niveau

Überprüft man nun noch den Lernzuwachs der jeweiligen Gruppen zwischen den Erhebungszeitpunkten mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben bei Meßwiederholung, so ergibt sich folgendes Bild:

Einfluß der vorherigen Teilnahme an psychoedukativen Gruppen

	Lernzuwachs zwischen den Erhebungszeitpunkten
Experimentalgruppe mit Psychoed. Gruppe	$z = -2,255^{**}$
Experimentalgruppe ohne Psychoed. Gruppe	$z = -2,214^{**}$
Kontrollgruppe mit Psychoed. Gruppe	$z = -1,604^*$
Kontrollgruppe ohne Psychoed. Gruppe	$z = -0,742$

Tabelle 14: Wilcoxon-Test\*: \*\*signif. auf 5%-Niveau; \*signif. auf 10%-Niveau

Bei denjenigen Teilnehmern, die die ZERA-Schulung besuchten, kommt es in jedem Fall zu einem Zuwachs an Wissen, der auf dem 5%-Niveau signifikant ist. Bei den Teilnehmern ohne ZERA-Schulung ist ein schwach signifikanter Wissenszuwachs zwischen den Erhebungszeitpunkten zu verzeichnen, wenn sie psychoedukative Vorkenntnisse hatten, jedoch keinerlei Zuwachs ohne entsprechende Vorkenntnisse. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass

- Versuchspersonen mit psychoedukativen Vorkenntnissen zu beiden Meßzeitpunkten denjenigen ohne Vorkenntnisse überlegen sind,
- dieser Unterschied v.a. auf die schlechten Ergebnisse derjenigen zurückzuführen ist, die weder eine Psychoedukative Gruppe, noch die ZERA-Schulung besucht haben,
- die Teilnahme an der ZERA-Schulung sowohl bei den Teilnehmern mit, als auch bei denen ohne Vorkenntnisse zu einem signifikanten Lernzuwachs führt,
- ohne die Teilnahme an der ZERA-Schulung bei Rehabilitanden ohne Vorkenntnisse kein Wissenszuwachs auftritt, wobei sich diese Versuchspersonen sogar noch verschlechtern,
- in der Experimentalgruppe die psychoedukativen Vorkenntnisse nicht zu signifikant besseren Leistungen im Wissenstest führen, in der Kontrollgruppe dagegen schon.

## **6.2. Wissen über das Arbeits- und Unterstützungssystem**

Der Wissensstand der Teilnehmer über das für sie relevante Arbeits- und Unterstützungssystem wurde mit Teil B des Allgemeinen Fragebogens erhoben, welcher zwölf größtenteils offene Fragen umfaßt (vgl. Anhang). Die Auswertung erfolgte wie bereits bei Teil A mittels eines vorgegebenen Bewertungsschemas (vgl. Anhang), anhand dessen für die offenen Antworten Punkte vergeben wurden. Im Teil B des Wissensfragebogens konnten maximal 28 Punkte erzielt werden.

### **6.2.1. Unterschiede zwischen den Gruppen:**

Vergleicht man den Wissensstand der Teilnehmer in beiden Gruppen vor und nach der Schulung, so zeigt sich, dass es hier – im Gegensatz zum Bereich des Wissens über die psychische Erkrankung – in *beiden* Gruppen zwischen den Meßzeitpunkten zu einem Wissenszuwachs gekommen ist. Dieser fällt zwar in der Experimentalgruppe größer aus, die Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind jedoch nicht signifikant. Tabelle 15 zeigt, dass zwar der Wissensanstieg in der Experimentalgruppe mit 4,4 Punkten deutlich höher ausfällt als in der Kontrollgruppe mit nur 1,55 Punkten, es scheinen jedoch in der Kontrollgruppe insbesondere diejenigen Rehabilitanden mit eher geringem Wissen bei der Ersterhebung beim Retest besser abgeschnitten zu haben, die Verteilung ist symmetrisch, alle drei Maße der zentralen Tendenz fallen zusammen. Demgegenüber kommt es in der Experimentalgruppe zwar bei der Hälfte der Teilnehmer zu einem hohen Wissenszuwachs und einem guten Punktwert, wie der höher als der Mittelwert liegende Median zeigt, die andere Hälfte der Rehabilitanden hat jedoch nach wie vor eher geringe Werte.

---

Gesamtergebnis Teil B, Allgemeiner Fragebogen

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 80*	U = 62*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -0,131	z = -1,066
Kontrollgruppe	AM = 12,45 Md = 14 Mo = 2	AM = 14 Md = 14 Mo = 14
Experimentalgruppe	AM = 13,47 Md = 14 Mo = 15	AM = 17,87 Md = 21 Mo = 10

---

Tabelle 15: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Wissen über das Arbeits- und Unterstützungssystem

Schlüsselt man das Gesamtergebnis noch genauer auf, so findet man bei einigen Fragestellungen bedeutsame Veränderungen. Bei Frage 14 nach dem Unterschied zwischen Arbeitstraining und Arbeitsbereich kommt es zu einer auf dem 5%-Niveau signifikanten Veränderung, die Teilnehmer der Experimentalgruppe können nach der ZERA-Schulung zumindest anhand eines Kriteriums den Unterschied benennen (Median und Modalwert verändern sich von 0 nach 1), während die Rehabilitanden der Kontrollgruppe dies mehrheitlich nach wie vor nicht können (Median und Modalwert bleiben unverändert bei 0).

---

Teil B, Allgemeiner Fragebogen, Frage 14: Unterschied zwischen Arbeitstraining und Arbeitsbereich

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 75,5*	U = 46,5*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -0,423	z = -2,086★★

---

Tabelle 16: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Unterschied AT/AB

★★signif. auf 5%-Niveau,

Auch auf die Frage, wovon man in einer WfB leben könne, ergaben sich nach der ZERA-Schulung signifikant bessere Antworten in der Experimentalgruppe, wobei die Veränderungen gering sind (der Mittelwert verändert sich in der Experimentalgruppe von 0,533 auf 1,067 und in der Kontrollgruppe von 0,545 auf 0,636, Median und Modalwert liegen in beiden Gruppen stets bei 1) und der Unterschied zwischen den Gruppen nach der Schulung nur auf dem 5%-Niveau signifikant.

---

Teil B, Allgemeiner Fragebogen, Frage 15b: Wovon lebt man in einer WfB?

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 81,5*	U = 53,5*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -0,60	z = -1,698**

---

Tabelle 17: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Finanzierung in WfB

\*\*signif. auf 5%-Niveau,

Gleiches gilt für die Frage, ob man in einer WfB sozialversichert sei. Auch hier stieg die Anzahl richtiger Antworten in der Experimentalgruppe an, der Unterschied ist auf dem 5%-Niveau signifikant.

---

Teil B, Allgemeiner Fragebogen, Frage 15c: Ist man in einer WfB sozialversichert?

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 76,5*	U = 67,5*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -0,426	z = -1,685**

---

Tabelle 18: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Sozialversicherung WfB

\*\*signif. auf 5%-Niveau,

Die Frage, welche Voraussetzungen man für den Erhalt einer Erwerbsunfähigkeitsrente erfüllen müsse, konnten bei der Ersterhebung deutlich weniger Rehabilitanden der Experimentalgruppe richtig beantworten, der Unterschied ist auf dem 5%-Niveau signifikant. Dieser Unterschied verschwindet nach der ZERA-Schulung, die Rehabilitanden der Experimentalgruppe haben das notwendige Wissen erworben, Median und Modalwert verändern sich von 0 auf 1, während sie in der Kontrollgruppe unverändert bei 1 bleiben.

---

Teil B, Allgemeiner Fragebogen, Frage 17: Erwerbsunfähigkeitsrente

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 47,5*	U = 66,5*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -2,060**	z = 0,936

---

Tabelle 19: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Voraussetzungen EU-Rente

\*\*signif. auf 5%-Niveau,

Auf die Frage nach dem für sie zuständigen Reha-Berater bei Arbeitsamt bestehen bei der Ersterhebung keine Unterschiede zwischen den Gruppen, beim Retest ist der Unterschied auf dem 5%-Niveau signifikant, wobei die Experimentalgruppe besser

abschneidet. Der Mittelwert ist von 0,667 auf 0,733 minimal angestiegen, Median und Modalwert sind jeweils 1, in der Kontrollgruppe ist der Mittelwert leicht gesunken von 0,455 auf 0,363, Median und Modalwert sind 0. Die Veränderungen sind zwar insgesamt gering, jedoch können offensichtlich die Teilnehmer der ZERA-Schulung anschließend häufiger den Namen ihres zuständigen Reha-Beraters benennen.

---

Teil B, Allgemeiner Fragebogen, Frage 19: zuständiger Reha-Berater?

---

	vorher	nachher
Unterschied zwischen beiden Gruppen*	U = 65*	U = 52*
Unterschied zwischen beiden Gruppen	z = -1,061	z = 1,848**

Tabelle 20: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Finanzierung in WfB

\*\*signif. auf 5%-Niveau,

Bei allen übrigen Fragestellungen bestehen weder vor noch nach der ZERA-Schulung signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe.

### 6.2.2. Veränderungen durch Meßwiederholung:

Auch die Ergebnisse der Rehabilitanden im Wissenstest über das Arbeits- und Unterstützungssystem (Teil B, Allgemeiner Fragebogen) wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten jeweils für die Experimental- und Kontrollgruppe verglichen. Dabei zeigt sich, dass bei der Experimentalgruppe zwischen den Ergebnissen im Wissenstest vor und nach der Schulung ein hoch signifikanter Unterschied besteht, während sich die Ergebnisse zu beiden Meßzeitpunkten in der Kontrollgruppe nicht signifikant unterscheiden (vgl. Tabelle 21).

---

Gesamtergebnis Teil B, Allgemeiner Fragebogen

---

	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe
Wilcoxon T2 vs. T1	z = -2,563***	z = -0,892
negative Ränge (T2<T1)	3	3
Positive Ränge (T2>T1)	12	6
Bindungen (T2=T1)	0	2

Tabelle 21: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Gesamtergebnis Teil A: Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

wobei T1=Ersterhebung, T2=Retest

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau

Wie die Tabelle zeigt, kommt es in der Experimentalgruppe zu einem Zuwachs an Wissen, der sich beim Retest signifikant auf dem 1%-Niveau vom Ergebnis der Ersterhebung unterscheidet (vgl. Tabelle 15), während sich die Ergebnisse der Kontroll-

gruppe nicht signifikant unterscheiden. Der Vergleich der Ergebnisse jeweils einer Stichprobe zu den verschiedenen Meßzeitpunkten erbringt also auch beim Teil B des allgemeinen Fragebogens ein signifikantes Ergebnis, während dies beim Vergleich zwischen beiden Gruppen nicht der Fall gewesen war (vgl. 6.2.1.).

---

Experimentalgruppe: Signifikante Veränderungen bei einzelnen Fragen

---

	vorher	nachher
<i>Frage 11: Berufsbegleitender Dienst (3 Teile)</i>		
a: $z^* = -1,996^{**}$ , b: $z^* = -2,236^{***}$ , c: $z^* = -2,972^{***}$		
Mittelwert	a: 0,6, b:0,2, c:0,2	a: 1,267, b: 0,533, c: 1
Median	a: 0, b: 0, c: 0	a: 2, b: 1, c: 1
Modus	a: 0, b: 0, c: 0	a: 2, b: 1, c: 1
<i>Frage 14: Arbeitstraining vs. Arbeitsbereich</i>		
$z^* = -2,333^{***}$		
Mittelwert	0,533	1
Median	0	1
Modus	0	1
<i>Frage 15b: Verdienst in WfB</i>		
$z^* = -2,271^{***}$		
Mittelwert	0,533	1,067
Median	1	1
Modus	1	1
<i>Frage 17: EU-Rente</i>		
$z^* = -2,111^{**}$		
Mittelwert	0,333	0,8
Median	0	1
Modus	0	1

---

Tabelle 22: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Einzelergebnisse Teil B, Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

\*\*\*signif. auf 1%-Niveau, \*\*signif. auf 5%-Niveau

Wie die Tabelle zeigt, kommt es bei den Rehabilitanden der Experimentalgruppe im Anschluß an die Teilnahme an der ZERA-Schulung zu einem signifikanten Wissenszuwachs v.a. bei den Fragen nach personellen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten sowie der WfB. Diese Ergebnisse stehen gut im Einklang mit den unter Tabelle 16-20 dargestellten Vergleichen zwischen den Gruppen. Demgegenüber kommt es in der Kontrollgruppe zwar im Gesamtwert in Teil B nicht zu einem signifikanten Wissenszuwachs, jedoch bei einzelnen Fragen, wie Tabelle 23 zeigt.

---

Kontrollgruppe: Signifikante Veränderungen bei einzelnen Fragen

---

	vorher	nachher
<i>Frage 10a: Aufgaben des BIZ</i>		
$z^* = -1,663^{**}$		
Mittelwert	1,091	1,454
Median	1	2
Modus	1	2
 <i>Frage 15a: wie lange Arbeit in WfB möglich?</i>		
$z^* = -2,000^{**}$		
Mittelwert	0,363	0,727
Median	0	1
Modus	0	1

---

Tabelle 23: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Einzelergebnisse Teil B, Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

\*\*signif. auf 5%-Niveau

Wie die Tabelle zeigt, ergibt sich beim Wissen über Arbeits- und Unterstützungssysteme auch in der Kontrollgruppe ein Wissenszuwachs, wenn auch bei anderen Fragestellungen. Insgesamt sind die Unterschiede weniger deutlich als beim Vergleich der Ergebnisse aus Teil A. Auch diese Befunde stehen im Einklang mit den Unterschieden zwischen den beiden Gruppen, die unter 6.2.1. dargestellt wurden.

### 6.3. Stressverarbeitungsstrategien

Zur Erhebung der Stressverarbeitungsstrategien wählten wir den SVF von Janke et al. (1985). Dieser dient der Erfassung der Tendenz, in Belastungssituationen mit bestimmten Stressverarbeitungsmaßnahmen zu reagieren. Es werden 19 Stressverarbeitungsstrategien abgedeckt (Bagatellisierung; Herunterspielen durch Vergleich; Schuldabwehr; Ablenkung von Situationen; Ersatzbefriedigung; Suche nach Selbstbestätigung; Situationskontrollversuche; Reaktionskontrollversuche; Positive Selbstinstruktion; Bedürfnis nach sozialer Unterstützung; Vermeidungstendenz; Fluchtstendenz; Soziale Abkapselung; Gedankliche Weiterbeschäftigung; Resignation; Selbstbemitleidung; Selbstbeschuldigung; Aggression; Pharmakaeinnahme), die durch jeweils sechs Items operationalisiert sind. Der SVF erlaubt eine sehr differenzierte Erfassung von Stressverarbeitungsmaßnahmen und bezieht neben kognitiven Bewältigungsmustern auch verhaltensorientierte mit ein. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass sich der SVF noch in der Entwicklung befinde und dass Aspekte der Validität und der Standardisierung noch nicht ausreichend geklärt seien, um beispielsweise eine individuelle Diagnostik rechtfertigen zu können, der Einsatz als Forschungsinstrument sei jedoch vertretbar. Darüber hinaus erfaßt der SVF wohl eher solche Stressverarbeitungsreaktionen, die über die Zeit relativ stabil bleiben und ist somit - ähnlich wie der FKK (vgl. 6.4.1.) - für die Erfassung von Veränderungen weniger ge-

eignet. Möglicherweise stellen jedoch die Stressverarbeitungsstrategien, ähnlich wie die Kontrollüberzeugungen, nicht nur eine abhängige Variable dar, sondern auch eine Kontrollvariable, die Einfluß auf den Verlauf der Maßnahme und den Lernfortschritt durch das Treatment ausübt.

Betrachtet man zunächst die Maße der zentralen Tendenz für alle 19 Subskalen, so zeigt sich, dass die von uns untersuchten Stichproben in jeder Hinsicht recht unauffällig sind und in ihren Stressverarbeitungsstrategien und Reaktionsweisen in belastenden Situationen nicht von der Standardisierungsstichprobe (hier: männlich, 20-34 Jahre, nach Bildung geschichtet) abweichen. Die Werte der Kontrollgruppe liegen sämtlich im durchschnittlichen Bereich, es gibt keinerlei Abweichungen. Bei der Experimentalgruppe dagegen gibt es einige auffällige Abweichungen, die jedoch teilweise schon vor der ZERA-Schulung bestanden, wie Tabelle 24 zeigt.

Auffällig ist, dass die Experimentalgruppe von vornherein ein überdurchschnittliches Bedürfnis nach Ersatzbefriedigung und sozialer Unterstützung in Belastungssituationen hat. Außerdem ist die Suche nach Selbstbestätigung nach der zweiten Erhebung knapp überdurchschnittlich. Die Rehabilitanden der Experimentalgruppe neigen also in Situationen, die sie als belastend erleben, in überdurchschnittlichem Maße dazu, sich positiven Aktivitäten und Situationen zuzuwenden und sich Aussprache, soziale Unterstützung und Hilfe zu suchen. Beide Bedürfnisse steigen zwischen beiden Erhebungszeitpunkten noch an, ebenso ist das Bedürfnis danach, sich Erfolge, Anerkennung und Selbstbestätigung zu verschaffen, bei der zweiten Erhebung auf ein knapp überdurchschnittliches Maß gestiegen. Insbesondere das hohe Bedürfnis nach sozialer Unterstützung ist interessant und könnte ein Spezifikum der männlichen schizophrenen Patienten sein, da diese gerade im Vergleich mit der männlichen Standardisierungsstichprobe überdurchschnittlich abschneiden. Für Frauen werden höhere Durchschnittswerte von den Autoren angegeben (Mittelwert  $x = 13,08$ ,  $s = 5,79$ ), in unserer Experimentalgruppe gab es jedoch nur einen 20%igen Anteil Frauen.

Stressverarbeitungsstrategien		
	Experimentalgruppe	Standardisierungsstichprobe
<i>Skala: Ersatzbefriedigung, Ersterhebung</i>		
Mittelwert	13,4	8,09, s = 4,18
Median	13	
Modus	13	
<i>Skala: Ersatzbefriedigung, Retest</i>		
Mittelwert	14,80	8,56, s = 5,08
Median	15	
Modus	15	
<i>Skala: Suche nach Selbstbestätigung, Retest</i>		
Mittelwert	14,20	10,22, s = 4,76
Median	14	
Modus	14	
<i>Skala: Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Ersterhebung</i>		
Mittelwert	16,4	10,69, s = 5,75
Median	16	
Modus	15	
<i>Skala: Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Retest</i>		
Mittelwert	17,07	11,41, s = 5,63
Median	17	
Modus	12	

Tabelle 24: Maße der zentralen Tendenz bei Unterskalen mit überdurchschnittlichen Werten: Experimentalgruppe, beide Erhebungszeitpunkte

### 6.3.1. Unterschiede zwischen den Gruppen:

Wie bereits dargestellt, liegen die mittleren Kennwerte der Kontrollgruppe alle im durchschnittlichen Bereich, bei der Experimentalgruppe gibt es einige Abweichungen. Vergleicht man beide Gruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten miteinander, so findet man das in Tabelle 25 dargestellte Ergebnis.

## Stressverarbeitungsstrategien: Vergleich zwischen den Gruppen

	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe
<b>Skala: Bagatellisierung</b>		
<b>Ersterhebung.</b> $U^* = 80$		
$z = -0,130$		
Mittelwert	11,53	10,09
Median	12	12
Modalwert	6	7
<b>Skala: Bagatellisierung</b>		
<b>Retest.</b> $U^* = 49,5$		
$z = -1,719 \star \star$		
Mittelwert	11,67	8,27
Median	12	8
Modalwert	13	12
<b>Skala: Ablenkung</b>		
<b>Ersterhebung.</b> $U^* = 43,5$		
$z = -2,036 \star \star$		
Mittelwert	14,47	10,82
Median	14	12
Modalwert	16	11
<b>Skala: Ablenkung</b>		
<b>Retest.</b> $U^* = 59$		
$z = -1,228$		
Mittelwert	14	11,36
Median	14	13
Modalwert	12	14
<b>Skala: Ersatzbefriedigung</b>		
<b>Ersterhebung.</b> $U^* = 70,5$		
$z = -0,627$		
Mittelwert	13,4	11,18
Median	13	13
Modalwert	13	13
<b>Skala: Ersatzbefriedigung</b>		
<b>Retest.</b> $U^* = 32$		
$z = -2,630 \star \star \star$		
Mittelwert	14,80	8,64
Median	15	8
Modalwert	15	8
<b>Skala: Selbstbestätigung</b>		
<b>Ersterhebung.</b> $U^* = 54$		
$z = -1,488 \star$		
Mittelwert	12,07	9,36
Median	11	10
Modalwert	9	6
<b>Skala: Selbstbestätigung</b>		
<b>Retest.</b> $U^* = 35,5$		
$z = -2,449 \star \star \star$		
Mittelwert	14,2	9,55
Median	14	11
Modalwert	14	12

Tabelle 25: U-Test\* für unabhängige Stichproben: Stressverarbeitungsstrategien  
 $\star \star \star$  signif. auf 1%-Niveau,  $\star \star$  signif. auf 5%-Niveau,  $\star$  signif. auf 10%-Niveau

Zusammenfassend zeigt die Tabelle, dass bezüglich der Neigung zu Ersatzbefriedigung und Selbstbestätigung in belastenden Situationen zunächst keine oder nur schwach signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen, nach der ZERA-Schulung die Experimentalgruppe jedoch hoch signifikant häufiger zu diesen

Strategien neigt als die Kontrollgruppe. Darüber hinaus neigt die Experimentalgruppe beim Retest signifikant häufiger zu Bagatellisierung als die Kontrollgruppe. Ein ursprünglich bestehender signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen bei der Neigung zu Ablenkung besteht beim Retest nicht mehr. Auf allen anderen Subskalen bestehen weder bei der Ersterhebung, noch beim Retest signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

### 6.3.2. Veränderungen durch Meßwiederholung

Überprüft man, welche Veränderungen innerhalb einer Gruppe zwischen den Erhebungszeitpunkten eingetreten sind, so findet man interessanter Weise bei der Kontrollgruppe mehr Veränderungen als bei der Experimentalgruppe, wie die folgenden Tabellen 26 und 27 zeigen.

#### Stressverarbeitungstrategien: Meßwiederholung, Kontrollgruppe

	vorher	nachher
<b>Skala Bagatellisierung</b>		
$z^* = -2,384$ ★★★		
Mittelwert	10,09	8,27
Median	12	8
Modus	7	12
<b>Skala: Ersatzbefriedigung</b>		
$z^* = -1,605$ ★		
Mittelwert	11,18	8,64
Median	13	8
Modus	13	8
<b>Skala: Gedankliche Weiterbeschäftigung</b>		
$z^* = -2,067$ ★★		
Mittelwert	14,36	16,64
Median	14	18
Modus	14	18

Tabelle 26: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten  
 ★★★signif. auf 10%-Niveau ★★signif. auf 5%-Niveau, ★signif. auf 10%-Niveau

#### Stressverarbeitungstrategien: Meßwiederholung, Experimentalgruppe

	vorher	nachher
<b>Skala: Ersatzbefriedigung</b>		
$z^* = -2,056$ ★★		
Mittelwert	13,4	14,8
Median	13	15
Modus	13	15
<b>Skala: Selbstbestätigung</b>		
$z^* = -2,138$ ★★		
Mittelwert	12,07	14,2
Median	11	14
Modus	9	14

Tabelle 27: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten  
 ★★signif. auf 5%-Niveau

Zusammenfassend zeigen die Tabellen, dass es in der Experimentalgruppe zwischen den Erhebungszeitpunkten zu den bereits beschriebenen Anstiegen der Neigung zu Ersatzbefriedigung und Selbstbestätigung kommt, die beide auf dem 5%-Niveau signifikant sind. Demgegenüber neigen die Rehabilitanden der Kontrollgruppe beim Retest weniger zu Bagatellisierung und Ersatzbefriedigung als zuvor, dafür verstärkt zu gedanklicher Weiterbeschäftigung, wobei dies hier keine lösungsorientierte Beschäftigung meint, sondern vermehrtes Grübeln und sich gedanklich nicht lösen zu können. Da es auch in der Kontrollgruppe zu signifikanten Veränderungen kam, liegt es nahe, diese auf methodische Probleme bei wiederholter Messung zurückzuführen. Allerdings geben die Autoren eine ihrer Einschätzung nach durchgehend zufriedenstellende Reliabilität der Unterskalen bei Meßwiederholung an.

## **6.4. Kontrollüberzeugungen und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten**

### **6.4.1. Allgemeine Kontrollüberzeugungen**

Als Erhebungsinstrument für Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen wählte ich den FKK-Bogen von Krampen (1991). Mit diesem Bogen können die generalisierten, zeitlich und situativ relativ stabilen selbstbezogenen Erkenntnisse einer Person erhoben werden. Insofern ist dieses Instrument sicherlich für die Abbildung von Veränderungen wenig geeignet. Andererseits betont Krampen den indikativen und evaluativen Wert der handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen für psychologische Interventionen, die oftmals für die Individuen ungewohnt, neuartig und zu Beginn mehrdeutig und damit kognitiv schlecht strukturierbar sind. Gerade in solchen Situationen – wie sie beispielsweise auch die Teilnahme an der ZERA-Schulung darstellt – sei der Beschreibungs- und Vorhersagewert handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen hoch, v.a. der von Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Insofern könnten diese nicht nur eine abhängige Variable, sondern auch eine Kontrollvariable darstellen, welche Einfluß auf den Lernzuwachs und weiteren Verlauf der Maßnahme bei einzelnen Teilnehmern ausübt.

Der FKK umfaßt vier Primärskalen mit je acht Items (Internalität; Sozial bedingte Externalität; Fatalistische Externalität; Selbstkonzept eigener Fähigkeiten), zwei Sekundärskalen mit je 16 Items (generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen; generalisierte Externalität und Kontrollüberzeugungen) sowie eine Tertiärskala mit allen 32 Items (generalisierte Internalität versus Externalität in Kontrollüberzeugungen). Der FKK ist gut testtheoretisch fundiert und standardisiert, der Autor gibt neben Rohwerten und T-Werten auch kritische Differenzen mit 10%-igem Konfidenzintervall für den Vergleich zweier Testwerte oder den Profilvergleich an.

Betrachtet man die Ergebnisse beider Untersuchungsgruppen beim FKK, so findet man zunächst mit dem U-Test keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, weder bei der Ersterhebung, noch beim Retest. Insgesamt haben sich die Werte zwischen beiden Erhebungszeitpunkten kaum verändert, so dass für die Kontrollgruppe auch mit dem Wilcoxon-Test keine signifikanten Veränderung zwischen beiden Meßzeitpunkten gefunden werden. Darüber hinaus liegen für die Kontrollgruppe sämtliche Mittelwerte im

für die Kontrollgruppe sämtliche Mittelwerte im durchschnittlichen Bereich. Für die Experimentalgruppe erbringt der Wilcoxon-Test dagegen zwei signifikante Veränderungen, die in Tabelle 28 dargestellt sind.

Experimentalgruppe: signifikante Veränderungen bei FKK		
	vorher	nachher
<i>Skala: Fatalistische Externalität</i>		
z = -2,575***		
Mittelwert	23,333	26,733
Median	22	26
Modalwert	15	22
 <i>Skala: generalisierte Externalität in Kontrollüberzeugungen</i>		
z = -1,666**		
Mittelwert	53,267	56,733
Median	52	58
Modalwert	36	58

Tabelle 28: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Experimentalgruppe: signifikante Veränderungen bei FKK: Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten  
 \*\*\*signif. auf 1%-Niveau, \*\*signif. auf 5%-Niveau

Diesen Ergebnissen zufolge steigt in der Experimentalgruppe die fatalistische Externalität nach der ZERA-Schulung hoch signifikant an, d.h. die Erwartung, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech oder dem Zufall abhängen. Damit einher geht ein auf dem 5%-Niveau signifikanter Anstieg der generalisierten Externalitäts- und Kontrollüberzeugungen, zu denen neben der Fatalistischen Externalität („chance control orientation“) auch die sozial bedingte Externalität („powerful others control orientation“) gehört, d.h. die generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluß anderer Personen abhängen. In beiden Fällen sind die Verteilungen der Werte beim Retest symmetrischer als bei der Ersterhebung, die Modalwerte gleichen sich den Mittelwerten und dem Median an, es gibt weniger Personen mit geringen Merkmalsausprägungen. Allerdings sind die absoluten Differenzen zwischen den Mittelwerten doch gering und liegen weit unter den vom Autor angegebenen kritischen Differenzen für die Interpretierbarkeit zweiter Testwerte. Betrachtet man die einzelnen Mittelwerte, so liegt die Experimentalgruppe beim Selbstkonzept eigener Fähigkeiten zu beiden Erhebungszeitpunkten leicht unterdurchschnittlich und auch die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sind zu beiden Erhebungszeitpunkten nur knapp durchschnittlich ausgeprägt. Dieses insgesamt zu meinen Hypothesen konträre Ergebnis (ich hatte erwartet, das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und die Internalität würden sich erhöhen), soll in Kapitel 7 diskutiert werden.

## 6.4.2. Allgemeine krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen

Zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen, die sich auf den Umgang mit einer Erkrankung bzw. den Erhalt von Gesundheit beziehen, verwendeten wir zunächst die KKG-Skala von Lohaus (1989), da diese gut standardisiert ist. Sie besteht aus drei Dimensionen (Internalität, soziale Externalität und fatalistische Externalität) mit jeweils sieben Items, die auf einer sechsstufigen Antwortskala zu bearbeiten sind. Der KKG-Fragebogen ist also in erster Linie ein Erhebungsinstrument, das sich allgemein auf Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit bezieht. Die Bedeutung dieser Kontrollüberzeugungen ergibt sich aus ihren Bezügen zu Handlungsweisen, mit denen das eigene somatische Befinden beeinflusst werden kann. Hierbei ist v.a. zwischen gesundheitsförderndem Handeln im Krankheitsfalle und krankheitsvermeidendem Handeln im Gesundheitsfall zu unterscheiden. Problematisch bei der Interpretation der Daten ist es, dass die Versuchspersonen oft an völlig verschiedene Arten von Erkrankungen denken, wenn sie die Skala ausfüllen. Zwar folgten wir der Empfehlung des Autors und instruierten unsere Versuchspersonen explizit, an ihre psychische Erkrankung zu denken, da jedoch die Fragen teilweise auf körperliche Erkrankungen und körperliches Befinden bezogen sind, ist unklar, inwieweit dies die Versuchspersonen verwirrt hat. So gaben die Versuchspersonen teilweise schriftlich auf den Bögen an, sie hätten an körperliche Beschwerden gedacht, entgegen unserer ursprünglichen Instruktion. Die Ergebnisse können daher nur im Sinne eines mehr oder weniger allgemeinen Umgangs mit Erkrankungen jedweder Art verstanden werden, der spezifische Umgang mit der psychischen Erkrankung wurde mit der KK-Skala erfragt (vgl. 6.4.3.).

Zwischen beiden Stichproben besteht gemäß U-Test für unabhängige Stichproben kein signifikanter Unterschied, weder bei der Ersterhebung, noch beim Retest. Erneut hat sich in der Kontrollgruppe zwischen den Erhebungszeitpunkten wenig verändert, der Wilcoxon-Test ergibt keine signifikanten Veränderungen innerhalb der Kontrollgruppe. Bei der Experimentalgruppe hat sich – analog zu den Ergebnissen beim FKK (vgl. 6.4.1) - die fatalistische Externalität zwischen beiden Erhebungszeiträumen erhöht, wie Tabelle 29 zeigt.

---

### Experimentalgruppe: signifikante Veränderungen bei KKG

---

	vorher	nachher
<i>Skala: Fatalistische Externalität</i>		
$z = -2,304 \star \star \star$		
Mittelwert	18,2	21,93
Median	17	24
Modalwert	15	24

---

Tabelle 29: Wilcoxon\* für abhängige Stichproben: Experimentalgruppe: signifikante Veränderungen bei KKG: Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten

★ ★ ★ signif. auf 1%-Niveau

Sowohl vor, als auch nach der ZERA-Schulung liegen jedoch beide Werte im durchschnittlichen Bereich. Auch alle anderen Meßwerte liegen in beiden Stichproben zu beiden Erhebungszeitpunkten im durchschnittlichen Bereich, wobei in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten die soziale Externalität recht hoch ist, jedoch noch knapp im durchschnittlichen Bereich (Mittelwert in der Experimentalgruppe  $x=28,73$  bei T1 und  $x=29,73$  bei T2, in der Kontrollgruppe Mittelwert  $x=27$  bei T1 und  $x=27,27$  bei T2, der vom Autor angegebene durchschnittliche Bereich liegt bei 11-30).

### 6.4.3. Krankheitskonzept der schizophrenen Erkrankung

Als Krankheitskonzept definieren Linden et al. (1988) die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitszustandes. Linden entwickelte auf der Basis bestehender Erhebungsinstrumente einen Fragebogen speziell für schizophrene Patienten. Der Bogen enthält in seiner abschließenden Form 29 Items, die 7 Dimensionen zugeordnet sind (Medikamentenvertrauen, Arztvertrauen, Negativerwartungen, Schuld, Zufallskontrolle, Anfälligkeit und Idiosynkratische Annahmen). Zu jedem Item soll auf einer 5fach gestuften Antwortskala Stellung genommen werden. Der Bogen wurde an einer Stichprobe von insgesamt 174 schizophrenen Patienten evaluiert, davon 56 mit Testwiederholung. Die Skala sowie auch die einzelnen Dimensionen genügen test-theoretischen Mindestanforderungen. Es konnten die theoretisch postulierten Dimensionen in der empirischen Faktorenanalyse weitgehend bestätigt werden. Wir wählten die Befragung mit der KK-Skala, da diese nicht nur allgemein Krankheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen erhebt, sondern diese spezifisch auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bezieht. Dies erschien uns wichtig, da beim Umgang mit und der Bewältigung von einer schizophrenen Erkrankung andere Überzeugungen und Strategien erforderlich sind als beispielsweise beim Umgang mit einem grippalen Infekt.

Leider konnten mit der KK-Skala keine Effekte der ZERA-Schulung gezeigt werden, auch Auffälligkeiten beider Stichproben bei den Maßen der zentralen Tendenz gab es nicht. Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden sich auf keiner der genannten Dimensionen, weder vor noch nach der Schulung signifikant (U-Test). Auch innerhalb der Gruppen gibt es zu den beiden Meßzeitpunkten keine signifikanten Veränderungen. Bei allen Subskalen liegen die Mittelwerte im durchschnittlichen und somit unauffälligen Bereich (vgl. Tabelle 30), die Verteilungen scheinen symmetrisch zu sein, Mittelwert, Median und Modalwert sind einander jeweils sehr ähnlich.

	Medikam.- vertrauen	Arzt- vertrauen	Negativer- wartungen	Schuld	Zufalls- kontrolle	Anfällig- keit	Idiosynk. Annahmen
Mittelwert T1*	14,35	10,89	7,53	4,69	6,92	7,53	7,15
Mittelwert T2*	14,27	11,27	7,38	4,58	7,46	7,19	6,81
Mittelwert der Eichstichprobe	14,44	12,11	8,49	4,64	9,77	6,94	9,17
s=	4,82	3,35	5,15	3,19	4,58	3,12	3,71
krit. Grenzwert (für gute Compliance)	<16	<13	>7	>5	fehlt	>8	fehlt

Tabelle 30: KK-Skala. Vergleich Untersuchungs- und Standardisierungsstichprobe

\* = jeweils Experimental- und Kontrollgruppe gemeinsam, da keine signifikanten Unterschiede

Die Autoren geben kritische Mittelwerte an, anhand derer sich in ihrer Untersuchung die Patienten mit guter Compliance von denjenigen mit schlechter Compliance unterscheiden ließen. Dabei sei die Compliance um so besser, je höher das Medikamen-

tenvertrauen, das Arztvertrauen und die Erwartung persönlicher Krankheitsanfälligkeit ist. Die Compliance sei dagegen um so geringer, je mehr Krankheit als eigene Schuld angesehen wird und je höher die Negativerwartungen sind. Gemessen an diesen kritischen Werten zeichnen sich die Rehabilitanden unserer beiden Untersuchungsgruppen nicht durch eine auffällig gute Compliance aus.

## 6.5. Leistung im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten

Um zu überprüfen, ob es durch die Teilnahme an der Gruppe bei den Rehabilitanden zu Veränderungen im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten kommt, wurde im Anschluß an die Schulung in einem Fremdbeurteilungsverfahren durch die Trainer eingeschätzt, in welchem Maße die von den Teilnehmern selbst in einer Zielerreichungsskala im vierten Unterprogramm (vgl. 4.3) formulierten Veränderungsziele erreicht werden konnten. Es handelte sich dabei um eingegrenzte Zielsetzungen im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten, beispielsweise die Verbesserung der Pünktlichkeit oder des äußeren Erscheinungsbildes, die Reduktion der Pausenzeiten oder die Steigerung der Ausdauer bei der Arbeit. Abbildung 5 zeigt beispielhaft eine solche Zielerreichungsskala.

		Beschreibung
+ 2 Ziel	Was würde eine große Verbesserung darstellen?	mindestens zweimal pro Woche etwas ablehnen oder nein sagen.
+ 1 Ziel	Was würde eine leichte Verbesserung darstellen?	bevor ich eine Anweisung befolge, wenigstens mal kurz innehalten und überlegen oder z.B. nachfragen, was genau gemeint ist oder warum ich das machen soll. Einmal innerhalb von zwei Wochen etwas ablehnen oder nein sagen.
0 Ist	Was ist der momentane Zustand?	ich lasse mir immer alles gefallen, befolge jede Anweisung, lasse mich auch immer von anderen anpumpen und traue mich nicht, etwas abzulehnen oder nein zu sagen.
- 1	Was würde eine Verschlechterung darstellen?	andere könnten ablehnend oder ärgerlich auf mich reagieren. Andere könnten mir dann auch Hilfe und Unterstützung verweigern. Ich könnte zu viel über mein Verhalten nachgrübeln.

Abbildung 5: Zielerreichungsskala einer Teilnehmern aus der ZERA-Gruppe

Abbildung 6 zeigt, dass 73% der Teilnehmer Verbesserungen in diesen ausgewählten Problembereichen erzielen konnte. Dabei handelte es sich bei der überwiegenden Mehrheit von neun Teilnehmern (60%) um leichte Verbesserungen, die von den Teilnehmern als erster erreichbarer Schritt innerhalb der nächsten Wochen in der Zielerreichungsskala formuliert worden waren. Bei immerhin zwei Teilnehmern (13,3%) hatte sich nach Einschätzung der Trainer eine erhebliche Verbesserung eingestellt, wie sie in der Regel als zweiter Schritt in der Zielerreichungsskala formuliert worden war, obwohl eine so große Verbesserung angesichts der Kürze der Zeit (nur wenige Wochen zwischen Erarbeitung der Zielerreichungsskala und der Fremdeinschätzung durch die Trainer) nicht unbedingt zu erwarten gewesen wäre. Bei einem Teilnehmer (6,7%) kam es zu keiner Veränderung, für drei Teilnehmern (20%) konnte keine Einschätzung vorgenommen werden, teilweise, weil die Rehabilitanden nicht mehr in der Einrichtung waren, sondern ein externes Praktikum absolvierten. Ein Vergleich mit der Kontrollgruppe konnte in diesem Bereich nicht vorgenommen werden, da die Rehabilitanden der Kontrollgruppe keine Zielerreichungsskala für sich

ausgefüllt hatten, sondern diese nur im Rahmen der ZERA-Schulung erarbeitet wurde.

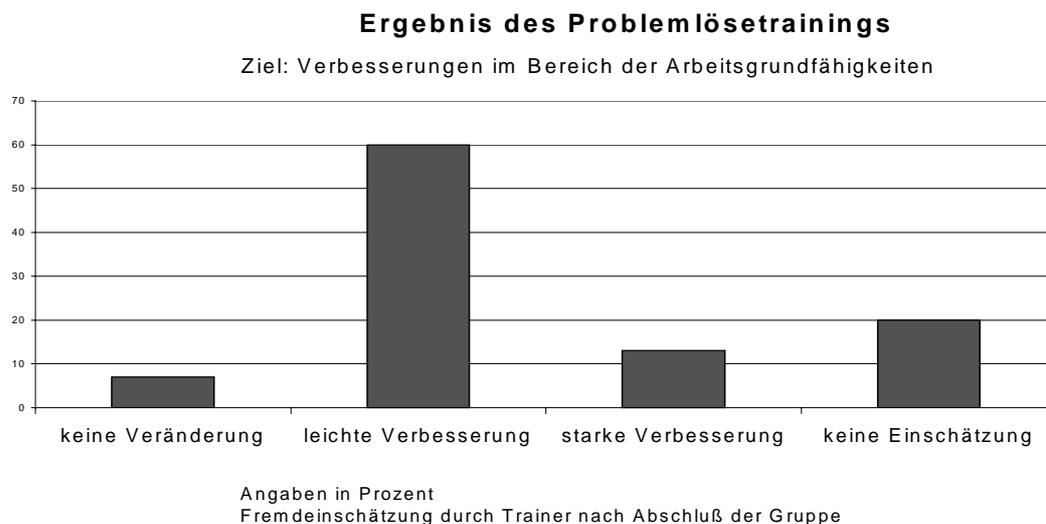


Abbildung 6: Prozentangaben gerundet

Zusätzlich zu dieser Einschätzung durch die ZERA-Trainer wurde eine Fremdbeurteilung der Leistungsfähigkeit im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten bei den Arbeitsgruppenleitern erhoben, welche die Rehabilitanden am Arbeitsplatz in der Werkstatt betreuen. Diese erfolgte anhand eines Bewertungsbogens (vgl. Anhang), der insgesamt 15 Items umfaßt, welche jeweils drei bis fünf Merkmalsausprägungen haben. Der Bogen wurde in enger Anlehnung an das MELBA-Verfahren (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1998) entwickelt, welches im Bereich der beruflichen Rehabilitation Behinderter ein verbreitetes Instrument zur Abschätzung des Integrationspotenziales ist. Dabei wurden sowohl die Merkmalskategorien, als auch die Umschreibungen der einzelnen Profilwerte aus dem MELBA-Handbuch übernommen.

Leider konnten mit diesem Fremdbeurteilungsverfahren keinerlei Veränderungen über die Zeit hinweg abgebildet werden. Weder bei der Ersterhebung, noch beim Retest gab es Unterschiede zwischen den Gruppen, auch innerhalb der Experimental- und Kontrollgruppe veränderte sich nahezu nichts. Der Gesamtscore im Einschätzungsbogen liegt für die Experimentalgruppe bei der Ersterhebung bei 33,73 Punkten und beim Retest bei 34,4 Punkten, für die Kontrollgruppe liegt er in der Ersterhebung bei 34,27 und beim Retest bei 33,8 Punkten. Auch die Maße der zentralen Tendenz bei den einzelnen Items verändern sich zwischen beiden Erhebungszeitpunkten nur minimal. Dies weist einerseits auf eine gute Vergleichbarkeit beider Stichproben bezüglich der Leistungen im Bereich der Arbeitsgrundfertigkeiten und zusätzlich auf eine hohe Retest-Reliabilität des Erhebungsinstrumentes hin, andererseits wird deutlich, dass die durch die ZERA-Schulung angestoßenen Veränderungen nur durch verhaltensnahe, konkrete und auf umschriebene Bereiche begrenzte Erhebungen abgebildet werden können (vgl. Zielerreichungsskala).

## 6.6. Zufriedenheit und Motivation in der beruflichen Trainingsmaßnahme

Die Erfassung von Motivation und Zielstrebigkeit im Rahmen der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme über einen Fragebogen ist problematisch, da die Teilnehmer dazu neigen werden, die leicht durchschaubaren Fragen im Sinne sozialer Erwünschtheit zu beantworten, insbesondere dann, wenn die Untersuchung von Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird und die Teilnehmer möglicherweise Nachteile befürchten, wenn sie sich nicht ausreichend motiviert zeigen (vgl. Ergebnisse bei den entsprechenden Items im Allgemeinen Fragebogen, Teil C, weiter unten in diesem Kapitel). Darüber hinaus besteht zwischen einer im Fragebogen geäußerten Motivation und der Umsetzung in konkretes Verhalten ein oftmals geringer Zusammenhang (zum Zusammenhang zwischen angegebenem Verhalten und tatsächlich beobachtbarem Verhalten vgl. auch Janke et al., 1985). Es schien mir daher sinnvoll, als Indikator für gestiegene Motivation und Zielorientierung in der beruflichen Trainingsmaßnahme die Ausnutzung dieser Maßnahme zu nehmen. Erhöhte Aktivität und Zielstrebigkeit müßte sich meiner Einschätzung nach äußern durch:

- vermehrte interne Praktika zur Erprobung verschiedener Arbeitsbereiche und zur beruflichen Orientierung
- vermehrte externe Praktika zur Überprüfung des Leistungsvermögens unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes
- vermehrte Nutzung freiwilliger arbeitsbegleitender Förderangebote (z.B. Gruppen zur sozialen Kompetenz, Unterricht in schulischen Basisfächern, Konzentrations-training am PC)
- einer geringeren Anzahl an Klinikaufhalten oder Maßnahmeabbrüchen

Einige Wochen nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt wurde für beide Stichproben erfaßt, wie häufig die Rehabilitanden interne oder externe Praktika absolviert oder an arbeitsbegleitenden Angeboten teilgenommen hatten und wie oft es zu Klinikaufhalten oder Maßnahmeabbrüchen kam (vgl. Tabelle 31). Beiden Gruppen standen die Angebote gleichermaßen offen, so dass die Vergleichbarkeit gewährleistet war. Da die Rehabilitanden jeweils nur den Merkmalsausprägungen „teilgenommen“ versus „nicht teilgenommen“ bzw. „ja“ versus „nein“ zugeordnet wurden, erfolgte die Signifikanzprüfung mit dem 4-Felder- $\chi^2$ -Test für jeweils ein zweifach gestuftes Kriterium.

---

Motivation und Zielorientierung: Ausnutzung der Maßnahme

---

	nein	ja
<b>Interne Praktika (AV)</b>		
Experimentalgruppe	10	5
Kontrollgruppe	10	1
$\chi^2 = 2,101$ ★ bei df = 1		
<b>Externe Praktika (AV)</b>		
Experimentalgruppe	12	3
Kontrollgruppe	8	3
$\chi^2 = 0,189$ bei df = 1		
<b>Teilnahme an arbeitsbegleitenden Angeboten</b>		
Experimentalgruppe		
Kontrollgruppe	9	6
$\chi^2 = 0,077$ bei df = 1		
	6	5
<b>Teilnahme an internen oder externen AV oder arbeitsbegleitenden Angeboten: gesamt</b>		
Experimentalgruppe	4	11
Kontrollgruppe	5	6
$\chi^2 = 0,990$ bei df = 1		
<b>Klinikaufenthalte oder Maßnahmeabbrüche</b>		
Experimentalgruppe	13	2
Kontrollgruppe	8	3
$\chi^2 = 0,794$ bei df = 1		

---

Tabelle 31: \*4-Felder-  $\chi^2$ -Test: Motivation und Zielorientierung: Ausnutzung der Maßnahme: Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe  
★signif. auf 10%-Niveau bei einseitiger Fragestellung

Obwohl teilweise deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen, konnte im 4-Felder-  $\chi^2$ -Test nur eine signifikante Differenz gefunden werden. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen bei der Teilnahme an internen Arbeitsversuchen ist bei einseitiger Fragestellung auf dem 10%-Niveau signifikant. Die Rehabilitanden der Experimentalgruppe haben sich also häufiger in verschiedenen Arbeitsfeldern erprobt und diesbezüglich Eigeninitiative gezeigt. Der Unterschied bei der Gesamtteilnahme an allen freiwilligen Angeboten (arbeitsbegleitende Förderung oder Praktika) ist augenfällig, jedoch nicht signifikant.

Neben diesen indirekten Maßen für Zufriedenheit und Motivation in der beruflichen Rehabilitation befragten wir die Teilnehmer auch direkt nach ihren beruflichen Zielen und dem Sinn, den sie in der aktuell absolvierten Maßnahme diesbezüglich sehen. Selbstverständlich sind solche Fragen leicht durchschaubar und werden von den Teilnehmern mitunter im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet (s.o.). Dennoch sollen hier im Überblick einige Ergebnisse aus Teil C des Allgemeinen Fragebogens (vgl. Anhang) dargestellt werden. Da sich bei den meisten Items weder Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden, noch Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten auftreten, werden auch rein deskriptiv einige Ergebnisse beschrieben:

- in beiden Gruppen geben über 80% der Teilnehmer an, ihre Ziele mit Hilfe der Arbeitstrainingsmaßnahme eher verwirklichen zu können als ohne diese. Der Wert bleibt über die Zeit stabil. Da die Teilnehmer also von Beginn an ihre Trainingsmaßnahme als sinnvoll zu erleben scheinen, konnte hier aufgrund der ZERA-Schulung keine weitergehende Verbesserung erzielt werden.
- mit ihrer derzeitigen Tätigkeit in der Werkstatt sind in beiden Gruppen ca. 70% der Rehabilitanden zufrieden, auch hier tritt keine Veränderung ein. Allerdings fühlen sich die Rehabilitanden der Experimentalgruppe häufiger durch ihre derzeitige Tätigkeit manchmal oder meistens unterfordert (50% in Experimentalgruppe versus ca. 20% in Kontrollgruppe), dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant und verändert sich nicht zwischen den Erhebungszeitpunkten.
- mit ihrem derzeitigen Leistungsniveau sind die Rehabilitanden der Experimentalgruppe bei der Ersterhebung signifikant unzufriedener als die Rehabilitanden der Kontrollgruppe ( $U = 47,5$ ,  $z = -2,037$ , 5%-Niveau), bei der zweiten Erhebung besteht dieser signifikante Unterschied nicht mehr. Ob sich das Leistungsniveau verbessert hat oder die Rehabilitanden damit einfach zufriedener sind, kann nicht beurteilt werden.
- mit einer längerfristigen Beschäftigung in der Werkstatt wären in beiden Gruppen über 50% der Rehabilitanden eher unzufrieden. Dazu paßt auch das Ergebnis, dass in beiden Gruppen über 80% der Rehabilitanden ziemlich stark bis sehr stark beunruhigt sind von der Vorstellung, vielleicht nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten zu können. Hier bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen und zwischen den Erhebungszeitpunkten. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Rehabilitanden einen hohen Druck empfinden, sich beruflich weiter zu entwickeln. Befragt, welche Alternativen zu einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sie für sich sehen würden, können die Rehabilitanden der Experimentalgruppe bei der Ersterhebung signifikant weniger Alternativen benennen als diejenigen der Kontrollgruppe ( $U = 50$ ,  $z = -1,903$ , 10%-Niveau bei zweiseitiger Fragestellung), beim Retest besteht dieser Unterschied nicht mehr, die Rehabilitanden der Experimentalgruppe sehen nun auch mehr Alternativen für sich.
- die Überzeugung, die Verwirklichung der eigenen beruflichen Pläne hänge stark oder total von den persönlichen Anstrengungen ab, wird in der Kontrollgruppe von sehr vielen Rehabilitanden vertreten, beim Retest sogar von allen. In der Experimentalgruppe sehen die Rehabilitanden dies jedoch gelassener und teilweise nur einen mäßigen Zusammenhang. Der Unterschied ist beim zweiten Erhebungszeitpunkt auf dem 1%-Niveau signifikant ( $U = 26$ ,  $z = -2,633$ ).

- die Rehabilitanden der Experimentalgruppe schätzen nicht nur den Einfluß ihrer persönlichen Anstrengung bei der Verwirklichung ihrer beruflichen Pläne etwas geringer ein, sie sehen auch einen höheren Einfluß ihrer Eltern in diesem Bereich. Zu beiden Erhebungszeitpunkten ist dieser Unterschied auf dem 5%-Niveau signifikant (T1:  $U = 44$ ,  $z = -2,076$ ; T2:  $U = 43$ ,  $z = -2,149$ ).
- ein weiterer Unterschied zwischen den Stichproben, der zu beiden Erhebungszeitpunkten bestehen bleibt, wird bei der Frage nach dem Zeitdruck deutlich, unter dem die Rehabilitanden ihrer Einschätzung nach bei der Verwirklichung ihrer beruflichen Ziele stehen. Hier erleben zu beiden Zeitpunkten 7 von 15 Rehabilitanden der Experimentalgruppe einen Zeitdruck, in der Kontrollgruppe ist es nur einer von 11, ebenfalls zu beiden Zeitpunkten. Der Unterschied ist jeweils auf dem 10%-Niveau bei zweiseitiger Fragestellung signifikant (T1:  $U = 51,5$ ,  $z = -2,011$ ; T2:  $U = 51,5$ ,  $z = -2,011$ ). Die Rehabilitanden der Experimentalgruppe geben mehrheitlich an, dies sei ein persönlicher Druck, unter den sie sich selbst setzen würden. Warum die Rehabilitanden der Kontrollgruppe diesen Zeitdruck nicht erleben, obwohl auch sie stark beunruhigt sind von der Vorstellung, nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten zu können und nicht längerfristig in der Werkstatt bleiben möchten, ist unklar.
- auf die Frage, wie es ihnen gesundheitlich gehen würde, wenn sie nicht arbeiten würden, äußern die Rehabilitanden der Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten sehr einheitlich, es ginge ihnen auf jeden Fall schlechter. Die Rehabilitanden der Experimentalgruppe sind sich da bei der Ersterhebung nicht so sicher, nur 66% sind dieser Meinung, der Unterschied ist auf dem 10%-Niveau bei zweiseitiger Fragestellung signifikant ( $U = 55$ ,  $z = -2,082$ ). Bei der zweiten Erhebung besteht dieser Unterschied nicht mehr, nun sind auch 87% der Rehabilitanden in der Experimentalgruppe der Ansicht, ohne Arbeit ginge es ihnen gesundheitlich schlechter.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die überwiegende Mehrzahl der befragten Rehabilitanden die von ihnen absolvierte berufliche Trainingsmaßnahme als sinnvoll im Hinblick auf ihre beruflichen Ziele erlebt und auch mit dem Anforderungsniveau ihrer Tätigkeit in der Werkstatt überwiegend zufrieden ist. Den Zusammenhang zwischen einer beruflichen Tätigkeit und ihrer psychischen Gesundheit sehen sie positiv und meinen überwiegend, ohne Arbeit würde es ihnen schlechter gehen. Ihre beruflichen Wünsche und Ziele liegen jedoch klar nicht in der Werkstatt für Behinderte, die Mehrzahl wäre mit einer dauerhaften Beschäftigung dort eher unzufrieden und fühlt sich beunruhigt durch die Vorstellung, es nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schaffen zu können. Insgesamt treten wenig Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten ein, im Sinne unserer Hypothesen können allenfalls die höhere Anzahl vorstellbarer Alternativen zum allgemeinen Arbeitsmarkt und die gestiegene Zufriedenheit mit dem eigenen Leistungsniveau bei der zweiten Erhebung in der Experimentalgruppe angesehen werden. Insgesamt scheinen die Rehabilitanden der Experimentalgruppe etwas differenzierter und möglicherweise weniger im Sinne sozialer Erwünschtheit zu antworten als die Rehabilitanden der Kontrollgruppe. So räumen sie beispielsweise ein, sich durch die Tätigkeit in der Werkstatt mitunter unterfordert zu fühlen, mit ihrem Leistungsniveau unzufrieden zu sein, unter Zeitdruck bei der Verwirklichung ihrer beruflichen Pläne zu stehen und dabei weniger eigenen Einfluß und mehr Einfluß der Eltern zu sehen. Ob hier Unterschiede zwischen den Stichproben bestehen oder die Rehabilitanden der Experimentalgruppe nur offener und differenzierter geantwortet haben, muß unklar bleiben.

## 6.7. Zufriedenheit mit der ZERA-Schulung

Im Anschluß an die ZERA-Schulung wurde jedem Teilnehmer ein Bewertungsbogen vorgelegt, in dem eingeschätzt werden sollte, wie informativ, hilfreich oder unterhaltsam etc. die inhaltlich umfangreicheren Unterprogramme drei bis sechs vom Teilnehmer erlebt worden waren (vgl. Anhang). Dabei konnten Schulnoten von 1 = sehr gut bis 5 = unbefriedigend vergeben werden. Anschließend sollten die Teilnehmer die Unterprogramme drei bis sechs in eine Reihenfolge bringen, geordnet nach der Wichtigkeit, die sie jeweils für sie hatten. Darüber hinaus war es möglich, freie Äußerungen über die Teilnahme an der ZERA-Schulung aufzuschreiben.

Betrachtet man zunächst die Zufriedenheit der Teilnehmer mit den einzelnen Unterprogrammen unter verschiedenen Aspekten, so kann festgehalten werden, dass die Bewertungen im Durchschnitt alle zwischen den Noten eins und zwei liegen, wie auch Tabelle 32 zeigt.

**Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit der ZERA-Schulung**

	Arbeit und psychische Erkrankung	Stärken und Schwächen	Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten	kurz- und mittelfristige Ziele
Hilfreich	2,0	1,6	1,5	1,7
Interessant	1,8	1,7	1,4	1,8
Nützlich	1,7	1,5	1,3	1,7
Verständlich	1,6	1,4	1,7	1,6
<b>Gesamt</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>

Jeweils Mittelwerte

Schulnoten von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft

Tabelle 32: abschließende Bewertung der ZERA-Schulung

Dabei sind die Verteilungen in der Regel symmetrisch, Median und Modalwert liegen in ähnlicher Höhe. Betrachtet man die Reihenfolge, in die die einzelnen Unterprogramme von den Teilnehmern ihrer Wichtigkeit nach gebracht wurden und vergibt dabei für den ersten Rangplatz 4 Punkte, für den zweiten Rangplatz 3 Punkte, für den dritten Rangplatz 2 Punkte und für den vierten Rangplatz einen Punkt, so ergibt sich das in Tabelle 33 dargestellte Bild.

	Rangplatz 1	Rangplatz 2	Rangplatz 3	Rangplatz 4	Punktzahl
Arbeit und psychische Erkrankung	5 Angaben	2 Angaben	3 Angaben	4 Angaben	36 Punkte
Stärken und Schwächen	keine Angaben	5 Angaben	6 Angaben	3 Angaben	30 Punkte
Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten	8 Angaben	1 Angabe	1 Angabe	2 Angaben	43 Punkte
kurz- und mittelfristige Ziele	1 Angabe	6 Angaben	2 Angaben	5 Angaben	31 Punkte

Tabelle 33: Bewertung der Unterprogramme durch die Teilnehmer nach der Schulung anhand von Rangplätzen, dabei Rangplatz 1 = 4 Punkte; Rangplatz 2 = 3 Punkte; Rangplatz 3 = 2 Punkte; Rangplatz 4 = 1 Punkt.

Wie bereits auch ansatzweise in Tabelle 32 deutlich wurde, in der das fünfte Unterprogramm etwas bessere Benotungen erhielt, scheinen die Informationen über das Arbeits- und Unterstützungssystem als besonders hilfreich erlebt worden zu sein. So setzen die Teilnehmer dieses Unterprogramm auch mehrheitlich an die erste Stelle, wenn sie beurteilen sollen, welcher Teil der Schulung für sie besonders wichtig war. Darauf folgen die Informationen über den Zusammenhang zwischen Arbeit und dem Verlauf einer psychischen Erkrankung und – relativ gleichwertig – die Unterprogramme, in denen eigene Stärken und Schwächen sowie konkrete berufliche Ziele erarbeitet werden. Insgesamt scheinen also diejenigen Unterprogramme, in denen eher Informationen vermittelt werden, etwas besser bewertet worden zu sein als diejenigen, in denen an individuellen Fragestellungen gearbeitet wird.

Die Möglichkeit, sich auch in freier Form zu der ZERA-Schulung zu äußern, wurde von vielen Teilnehmern genutzt. Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über häufig vorkommende Rückmeldungen:

⇒ Stellenwert der Schulung in der beruflichen Trainingsmaßnahme: die Schulung wurde von den Teilnehmern als Bereicherung erlebt, sie habe der Arbeit eine Zielrichtung gegeben, die Rehabilitation mache mehr Spaß und man komme lieber in die Werkstatt, sie erleichtere den Einstieg in den Tagesbeginn und sei eine angenehme Ablenkung. Die Teilnehmer schätzten, dass sie Anregungen erhalten hatten, sich über ein Thema Gedanken zu machen, z.B. darüber, was Arbeit bedeutet. Die Auseinandersetzung mit einem Thema rege an, sich selbst in der Trainingsmaßnahme damit zu befassen (z.B. mit dem Training bestimmter Arbeitsgrundfertigkeiten, dem Thema Ausbildung, Arbeitsplatzsuche etc.). Ein Teilnehmer beschrieb, die entwickelte berufliche Zielsetzung mindere für ihn das Gefühl, nur so dahinzuschwimmen in der Reha-Maßnahme. Ein anderer gab an, er arbeite jetzt doch etwas bewußter und sei sich über seine Stärken und Schwächen klar geworden, auch wenn ihm die Umsetzung in die Praxis noch schwer falle.

- ⇒ Gruppendynamik: teilweise kritisierten die Teilnehmer, es habe zu wenig Gruppengespräch untereinander gegeben. Dagegen sei es gut gewesen, sich mit den Probleme anderer besser auseinandersetzen, diese besser zu verstehen. Das offene Gespräch in der Gruppe sei gut, wenn die Gruppe gut zusammenarbeitet und ein guter Austausch zwischen den Teilnehmern entsteht, wird dies als positiv hervorgehoben. Der Erfahrungsaustausch mit anderen wird positiv erlebt.
- ⇒ Inhaltliche Rückmeldungen: die Teilnehmer schätzten den Kontakt mit Vertretern externer Dienste in der Gruppe und bemerkten bei sich einen Zuwachs an Wissen. Auch sei ihre Selbsteinschätzung realistischer geworden, die Gruppe rege zum Nachdenken an, z.B. über Stärken und Schwächen. Auch die entsprechende Rückmeldung vom Gruppenleiter wurde als positiv erlebt. Wichtige Informationen über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten seien besonders hilfreich, ebenso wie die erhaltenen Ordner mit Unterlagen. Es wird der Wunsch geäußert, dass die Gruppe länger dauert. Teilweise werden Ängste bei der Formulierung von Erwartungen und Zielen angegeben. Teilnehmer empfinden es als positiv, wenn der Trainer auf ihre Themenvorschläge und Interessen eingeht und sich allgemein an ihnen orientiert (z.B. auf Überforderung Rücksicht nimmt), statt das geplante Programm durchzuziehen. Ebenfalls positiv empfinden sie es, wenn andere Teilnehmer in Unterprogramm 5 über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten berichten. Es wird also nicht als minderwertig empfunden, wenn dies nicht vom Trainer übernommen wird.

## 6.8. Katamnese

Zur Überprüfung längerfristiger Effekte einer Intervention und zur Aufdeckung von – möglicherweise auch unerwünschten – Langzeitfolgen ist die Durchführung einer Katamnese unerlässlich und sollte, wo immer möglich, zum Untersuchungsdesign gehören. Bei der von mir durchgeführten Untersuchung handelt es sich um eine Ein-Jahres-Katamnese. Der Retest für die erste der drei Treatmentgruppen sowie für die Kontrollgruppe (vgl. 5.2.3.) fand im September und Oktober 1998 statt, der Retest für die zweite und dritte Treatmentgruppe ca. im Februar 1999. Die Katamnese-Erhebung gibt den Stand zum Zeitpunkt Februar 2000 wieder.

Wie bereits unter 5.2.2. dargestellt, konnte leider keine vollständige Erhebung mit Fragebögen zum Katamnesezeitpunkt durchgeführt werden. Vielmehr konnte nur die weitere Entwicklung der Untersuchungsteilnehmer verfolgt und anhand folgender Kriterien kategorisiert werden:

- ⇒ befinden sich die Teilnehmer zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Werkstatt?
- ⇒ befanden sie sich seit Ende der Studie durchgehend in der Werkstatt?
- ⇒ gab es einen Wechsel in eine andere Einrichtung?
- ⇒ haben Teilnehmer die Maßnahme ohne konkrete Perspektive abgebrochen?
- ⇒ gab es Rehospitalisierungen?
- ⇒ gab es eine erfolgreiche Integration auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt?
- ⇒ wurden weitere Praktika absolviert und/oder fakultative Angebote innerhalb der Maßnahme genutzt?

Zum Zeitpunkt der Katamnese konnten von ehemals 15 Rehabilitanden der Experimentalgruppe noch für 14 Personen Informationen erhalten werden. Zwei von ihnen waren in eine andere Einrichtung gewechselt, zwei hatten die Werkstatt ohne konkrete Perspektive verlassen, drei hatten eine Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden oder eine Ausbildung begonnen und sieben befanden sich aktuell in der Werkstatt des Rudolf-Sophien-Stifts. Von ehemals 11 Rehabilitanden der Kontrollgruppe konnten noch für 9 Personen Informationen erhoben werden. Ein Rehabilitand war in eine andere Einrichtung gewechselt, vier hatten die Werkstatt ohne konkrete Perspektive verlassen, zwei hatten eine Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden oder eine Ausbildung begonnen und zwei befanden sich aktuell in der Werkstatt des Rudolf-Sophien-Stifts. Tabelle 34 gibt wieder, welche Unterschiede bei der Katamnese zwischen den Stichproben bezüglich der genannten Verlaufskriterien gefunden wurden. Da die Rehabilitanden jeweils nur den Merkmalsausprägungen „ja“ versus „nein“ zugeordnet wurden, erfolgte die Signifikanzprüfung mit dem 4-Felder- $\chi^2$ -Test für jeweils ein zweifach gestuftes Kriterium.

Die Frage nach den Rehospitalisierungen konnte nicht für alle Rehabilitanden sicher beantwortet werden, v.a. bei denjenigen nicht, die die Einrichtung verlassen hatten. Teilweise lagen zwar auch über diese Informationen vor, dennoch ist der Stichprobenumfang beider Gruppen hier kleiner als bei den anderen Fragestellungen.

Das auffälligste Ergebnis ist sicherlich, dass nur zwei Rehabilitanden der Kontrollgruppe zum Katamnesezeitpunkt noch oder wieder in der Einrichtung waren, während dies in der Experimentalgruppe mit sieben Personen die Hälfte der Rehabilitanden dieser Gruppe waren. Dieser Unterschied ist bei einseitiger Fragestellung auf dem 10%-Niveau signifikant. Ebenso deutlich ist der Unterschied bei den Abbrüchen der Maßnahme ohne konkrete Perspektive. Dies trat in der Kontrollgruppe in vier Fällen auf, in der Experimentalgruppe nur in zwei. Auch dieser Unterschied ist auf dem 10%-Niveau bei einseitiger Fragestellung signifikant. Keine Unterschiede ergaben sich dagegen bei den positiven Verläufen, weder beim Wechsel in eine andere Einrichtung, noch bei der Integration auf den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt oder dem Verlauf der Maßnahme ohne Unterbrechung. Auch bezüglich etwaiger Rehospitalisierungen unterschieden sich die Gruppen nicht. Ein hoch signifikanter Unterschied ergab sich dagegen für die weiteren Teilnahmen an Praktika oder arbeitsbegleitenden Angeboten. Diese wurden von den Rehabilitanden der Experimentalgruppe viel häufiger genutzt, wobei sich ein Trend fortsetzt, der bereits nach Abschluß der ZERA-Gruppe festgestellt worden war (vgl. 6.6.). Einschränkend muß jedoch festgehalten werden, dass von den neun Rehabilitanden der Kontrollgruppe, die keine Praktika oder Begleitangebote nutzten, viele nur noch kurze Zeit in der Einrichtung waren.

Ein-Jahres-Katamnese		
	nein	ja
<b>Aktuell in der Werkstatt?</b>		
Experimentalgruppe	7	7
Kontrollgruppe	7	2
$X^{2*} = 1,775 \star$ bei $df = 1$		
<b>Ohne Unterbrechung in der Werkstatt?</b>		
Experimentalgruppe	9	5
Kontrollgruppe	7	2
$X^{2*} = 0,471$ bei $df = 1$		
<b>Wechsel in andere Einrichtung?</b>		
Experimentalgruppe	12	2
Kontrollgruppe	8	1
$X^{2*} = 0,049$ bei $df = 1$		
<b>Weggang/Abbruch ohne konkrete Perspektive?</b>		
Experimentalgruppe	12	2
Kontrollgruppe	5	4
$X^{2*} = 2,584 \star$ bei $df = 1$		
<b>Eine oder mehrere Rehospitalisierungen?</b>		
Experimentalgruppe	6	4
Kontrollgruppe	3	1
$X^{2*} = 0,280$ bei $df = 1$		
<b>Integration auf ersten oder zweiten Arbeitsmarkt?</b>		
Experimentalgruppe	11	3
Kontrollgruppe	7	2
$X^{2*} = 0,002$ bei $df = 1$		
<b>Weitere Praktika oder Begleitangebote genutzt?</b>		
Experimentalgruppe	6	8
Kontrollgruppe	9	0
$X^{2*} = 7,886 \star \star \star$ bei $df = 1$		

Tabelle 34: \*4-Felder-  $\chi^2$ -Test: Ein-Jahres-Katamnese: Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

$\star \star \star$  signif. auf 1%-Niveau,  $\star$  signif. auf 10%-Niveau bei einseitiger Fragestellung

## 6.9. Einzelfalldarstellungen

Abschließend möchte ich noch einige Einzelfälle vorstellen und anhand des Verlauf der Maßnahme sowie des Profils der Rehabilitanden bei den Erhebungsbögen diskutieren, ob sich Bedingungen für günstige oder ungünstige Verläufe herauskristallisieren lassen, anhand derer sich auch beschreiben läßt, ob und inwiefern ein Rehabilitand von der ZERA-Schulung profitieren können wird. Selbstverständlich lassen sich aus solchen Einzelfalldarstellungen nur spekulative Schlußfolgerungen ziehen, die auch im Zusammenhang mit den bisher dargestellten, gruppenübergreifenden Ergebnissen gesehen werden müssen. Jedoch betont auch Roder (1995,b), dass es methodisch speziell in Therapiestudien mit schizophrenen Patienten wichtig sei, jeder einzelnen Person über eine Veränderungsmessung Bedeutung beizumessen und somit die Wechselwirkung zwischen Therapie und Person zu berücksichtigen.

Da die soziale Externalität im FKK und in der KKG bei fast allen Rehabilitanden überdurchschnittlich ist, wurde sie nur dann extra aufgeführt, wenn sie unter dem Durchschnitt liegt.

⇒ **Herr X1**: Abitur, abgebrochenes Studium, Anfang 30, keine Ausbildung, schizoaffektive Erkrankung. Herr X1 wies bei den meisten Skalen durchschnittliche Werte auf.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
SVF		Reaktionskontrollversuche positive Selbstinstruktion	soziale Abkapselung	positive Selbstinstruktion
KK-Skala				Arztvertrauen Zufallskontrolle

Herr X1 profitierte deutlich von der ZERA-Schulung, nahm zuverlässig, aber auch kritisch teil, konnte im Problemlösetraining deutliche Verbesserungen erzielen und begann ca. ein Jahr später eine Ausbildung.

⇒Herr X2: Mitte 30, Mittlere Reife, Berufsausbildung, schizophrene Erkrankung. Herr X2 füllte bei der Ersterhebung die Fragebögen aus, besuchte einmal die ZERA-Gruppe und wollte dann nicht mehr teilnehmen, da er für sich keinen Sinn in dieser Maßnahme sah. Auch die Fragebögen beim Retest wollte er nicht mehr ausfüllen, so dass nur Daten von der Ersterhebung vorliegen.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
FKK	Fatalistische Externalität generalisierte Externalität	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit		
SVF	Vermeidung Flucht Resignation Selbstbemitleidung Selbstbeschuldigung Pharmakaeinnahme	Herunterspielen Schuldabwehr Ablenkung Suche nach Selbstbestätigung Situations- oder Reaktionskontrolle positive Selbstinstruktion		
KK-Skala	Anfälligkeit	Arztvertrauen		

Herr X2 verfügt offensichtlich kaum über positive oder aktive Stressbewältigungsstrategien und scheint generell subjektiv bei der eigenen Person eine ausgesprochen geringe Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personspezifischen Umwelt wahrzunehmen. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass er sich mit seiner Problematik und seiner beruflichen Zukunft auch nicht im Rahmen der ZERA-Gruppe auseinandersetzen wollte. Herr X2 absolvierte zwar die Trainingsmaßnahme bis zum Ende, verhielt sich jedoch stets mißtrauisch, paranoid anmutend und wenig anstrengungsbereit. Als der Förderzeitraum ausgeschöpft war, beantragte er eine Rente und verließ ohne konkretes Ziel die Einrichtung.

⇒Herr X3: Ende 30, Berufsausbildung, schizoaffektive Erkrankung, überwiegend depressives Erscheinungsbild.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
FKK	Fatalistische Externalität generalisierte Externalität	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit	Fatalistische Externalität generalisierte Externalität	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit
SVF		Suche nach Selbstbestätigung	Ersatzbefriedigung	
KK-Skala	Anfälligkeit			

Herr X3 nahm sehr zuverlässig und interessiert an der ZERA-Gruppe teil, allgemein war er eher still und zurückhaltend, konnte im Rahmen der Gruppe jedoch zunehmend mehr Aktivität entwickeln. Zwar scheint auch er generell subjektiv bei der eigenen Person eine ausgesprochen geringe Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personspezifischen Umwelt wahrzunehmen, er konnte jedoch zumindest eine überdurchschnittlich ausgeprägte aktive Stressbewältigungsstrategie beim Retest angeben. Herr X3 suchte nach Ende der ZERA-Gruppe aktiv nach einem Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsplatz und fand auch einen, den er über längere Zeit innehatte.

⇒**Herr X4:** Anfang 40, Berufsausbildung und lange Berufserfahrung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, schizophrene Erkrankung mit vorherrschender Minussymptomatik.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
FKK	generalisierte Externalität	generalisierte Selbstwirksamkeit	generalisierte Externalität Internalität Fatalistische Externalität	
SVF	Flucht Resignation Selbstbeschuldigung	Herunterspielen	Ablenkung Suche nach Selbstbestätigung Bedürfnis nach soz. Unterstützung	Selbstbeschuldigung Aggression
KK-Skala	Anfälligkeit		Medikamentenvertrauen Arztvertrauen Anfälligkeit	Negativerwartungen Zufallskontrolle

Bei Herrn X4 hat sich zwischen den Erhebungszeitpunkten recht viel verändert, er konnte einige positive Stressbewältigungsstrategien entwickeln und passiv-depressive Strategien abbauen, Internalität und generalisierte Externalität haben sich erhöht, Arzt- und Medikamentenvertrauen sind gestiegen. Herr X4 nahm sehr interessiert an der ZERA-Gruppe teil und äußerte sich sehr zufrieden über dieses Angebot. Nach der Schulung blieb er noch einige Zeit in der Werkstatt, dann entschied er, nicht mehr arbeiten zu wollen. Mittlerweile lebt er von einer Rente, beschäftigt sich im künstlerischen Bereich, die Minussymptomatik hat sich deutlich zurückgebildet, er erscheint wesentlich wacher als früher.

⇒**Frau X5:** Ende 30, Abitur, keine Berufsausbildung oder Berufserfahrung, schizophrene Erkrankung mit langer Krankheitsgeschichte, überwiegend Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen und beschützten Umfeldern.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
FKK	generalisierte Externalität	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit	generalisierte Externalität	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit
SVF	Resignation	Bagatellisierung Herunterspielen Ablenkung Suche nach Selbstbestätigung Situations- oder Reaktionskontrolle positive Selbstinstruktion		Bagatellisierung Herunterspielen Schuldabwehr Ablenkung Suche nach Selbstbestätigung Situations- oder Reaktionskontrolle positive Selbstinstruktion Pharmakaeinnahme
KK-Skala		Medikamentenvertrauen		Medikamentenvertrauen Arztvertrauen

Frau X5 hatte die ZERA-Gruppe sehr motiviert besucht und sich gefreut, so viele Informationen zu bekommen. Sie konnte im Anschluß ihre sonstige vorsichtige und ängstliche Haltung etwas ablegen, machte ein internes Praktikum und schien eine positive Entwicklung zu nehmen. Allerdings wird be-

reits aus den SVF-Ergebnissen deutlich, dass sie kaum über aktive, positive Stressbewältigungsstrategien verfügte und in belastenden Situationen zu Bewältigungsmustern neigte, mit denen die Schwere der Belastung hervorgehoben und passiv-depressiv verarbeitet wird. Außerdem zeichnete sich in der KK-Skala bereits ab, dass ihre Compliance sich verschlechtert hatte, nach einiger Zeit setzte sie die Medikamente eigenständig ab und erkrankte wieder akut. Es schloß sich ein langer Klinikaufenthalt an, mittlerweile ist Frau X5 wieder in der Werkstatt. Warum sie trotz psychoedukativer Informationen, die sie ausdrücklich begrüßt hatte, die Medikamente absetzte, bleibt unklar und ist evtl. im Zusammenhang mit den fehlenden positiven Stressbewältigungsstrategien zu sehen.

⇒ **Herr X6:** Anfang 20, Realschulabschluß, schizoaffektive Erkrankung, primär depressives Erscheinungsbild, keine Berufsausbildung oder Berufserfahrung.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
KKG	fatalistische Externalität			
FKK	generalisierte Externalität	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit		Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit
KK-Skala	Arztvertrauen Negativ-erwartungen Idiosynkrat. Annahmen		Medikamenten-vertrauen Arztvertrauen Negativ-erwartungen Idiosynkrat. Annahmen	
SVF	soziale Abkapselung Resignation Selbstbemitleidung Selbstbeschuldigung Aggression	Reaktionskontrollversuche positive Selbstinstruktion Pharmakaeinnahme	Ablenkung Ersatzbefriedigung soziale Abkapselung Resignation Selbstbemitleidung Selbstbeschuldigung Aggression	positive Selbstinstruktion Pharmakaeinnahme

Herr X6 war ein stiller, aber interessierter Teilnehmer der ZERA-Gruppe. Er ist seither ohne Unterbrechung in der Werkstatt, seine Entwicklung ist langsam, aber stetig positiv, er absolvierte einige Praktika und arbeitsbegleitende Angebote und plant eine Ausbildung. Zwar sind seine generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen weiterhin unterdurchschnittlich und er neigt in Belastungssituationen zu Rückzug und Selbstabwertung, er konnte jedoch auch zwei aktive Stressbewältigungsmuster erwerben und seine Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme hat sich verbessert.

⇒ **Herr X7:** Ende 30, Hauptschule, handwerkliche Berufsausbildung und lange Berufserfahrung, jedoch auch lange Krankheitsgeschichte mit häufigen Wiedererkrankungen, schizophrene Grunderkrankung.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
FKK	Internalität generalisierte Selbstwirksamkeit	fatalistische Externalität generalisierte Externalität	Internalität	soz. bedingte Externalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Externalität
SVF	Ersatzbefriedigung Suche nach Selbstbestätigung Bedürfnis nach soz. Unterstützung Flucht Resignation	Selbstbeschuldigung Pharmakaeinnahme	Ersatzbefriedigung Suche nach Selbstbestätigung Bedürfnis nach soz. Unterstützung	Selbstbeschuldigung
KK-Skala	Schuld	Zufallskontrolle		Negativerwartungen

Herr X7 nahm sehr motiviert an der ZERA-Gruppe teil und konnte sich sowohl mit seinen arbeitsbezogenen Defiziten, als auch mit seiner beruflichen Zukunft gut auseinandersetzen. Er verfügt über zahlreiche positive Stressbewältigungsstrategien und eine eher hohe Internalität, v.a. jedoch eine auffällig geringe Externalität. Nach der ZERA-Gruppe absolvierte er mehrere interne Praktika, zog aus seinem Wohnheim in eine eigene, unbetreute Wohnung und fand einen Arbeitsplatz, wobei er Wert darauf legt, wenig professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

⇒ **Herr X8:** Mitte 30, keine Berufsausbildung, keine Berufserfahrung, schizophrene Erkrankung. Herr X8 nahm an der Ersterhebung teil und besuchte einige Sitzungen der ZERA-Gruppe, erkrankte dann jedoch wieder akut und konnte weder die Gruppe beenden, noch am Retest teilnehmen.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
KKG	fatalistische Externalität	soziale Externalität		
FKK	Internalität fatalistische Externalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit			
SVF	Herunterspielen	Ablenkung gedankliche Weiterbeschäftigung Resignation Selbstbeschuldigung		
KK-Skala	Negativerwartungen	Medikamenten-Vertrauen Arztvertrauen		

Herr X8 setzte die Medikamente ab (vgl. geringe Compliance in der KK-Skala), verließ die Werkstatt und auch die betreute WG, in der er gewohnt hatte und verwahrloste zunehmend. In seiner – sicherlich übersteigerten – Internalität und bei der gering ausgeprägten sozialen Externalität konnte und wollte er nicht auf Hilfsangebote zurückgreifen.

⇒ **Herr X9:** Anfang 40, handwerkliche Berufsausbildung und längere Berufserfahrung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, schleichender Erkrankungsverlauf über längere Zeit, persistierende paranoide Symptomatik, schlechte Compliance.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
KKG			fatalistische Externalität	
FKK		fatalistische Externalität	generalisierte Externalität	
SVF		Bagatellisierung Reaktionskontrolle Gedankliche Weiterbeschäftigung	Ersatzbefriedigung Resignation Selbstbemitleidung	Aggression Bagatellisierung
KK-Skala	Negativerwartungen		Negativerwartungen Anfälligkeit	Schuld

Herr X9 entwickelte im Rahmen der ZERA-Schulung eine erheblich verbesserte Compliance und konnte seine mißtrauisch-aggressive Grundstimmung etwas ablegen. Er konnte eine realistische Zukunftsperspektive entwickeln, beantragte eine Rente und arbeitete weiterhin in der Werkstatt. Dabei entstand jedoch der Eindruck, dass er gewissermaßen aufgegeben hat, ihm fehlten Anstrengungsbereitschaft und Zielorientierung, er beschäftigte sich sehr mit seinen Beschwerden und war stets darauf bedacht, sich zu schonen. Diese veränderte Grundhaltung zeigt sich auch in der gestiegenen Neigung zu Resignation und Selbstbemitleidung, in der Befürchtung, besonders anfällig zu sein sowie einer gestiegenen Externalität und Neigung, Verantwortung und Kontrolle abzugeben.

⇒Herr X10: Mitte 40, Abitur, abgebrochenes Studium, keine Berufsausbildung oder Berufserfahrung, schizophrene Erkrankung mit langer Krankheitsgeschichte und zeitweise forensischer Unterbringung.

Test	überØ bei Ersterhebung	unterØ bei Ersterhebung	überØ bei Retest	unterØ bei Retest
KKG	Internalität		Internalität	
FKK	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit	Fatalistische Externalität	Internalität Selbstkonzept eigener Fähigkeiten generalisierte Selbstwirksamkeit	Fatalistische Externalität
SVF	Bagatellisierung Herunterspielen Schuldabwehr Ablenkung Ersatzbefriedigung Suche nach Selbstbestätigung Situations- oder Reaktionskontrolle positive Selbstinstruktion Bed. nach sozialer Unterstützung Vermeidung Flucht Abkapselung Selbstbemitleidung Pharmakaeinnahme	Gedankliche Weiterbeschäftigung Resignation	Herunterspielen Ersatzbefriedigung Suche nach Selbstbestätigung Abkapselung Selbstbemitleidung Aggression Pharmakaeinnahme	Gedankliche Weiterbeschäftigung Resignation
KK-Skala	Schuld	Zufallskontrolle		

Herr X10 zeichnet sich durch zahlreiche aktive Stressbewältigungsstrategien aus, die vorrangig zum Ziel haben, Dissonanz zu reduzieren und eine Auseinandersetzung zu vermeiden. Ähnlich präsentierte er sich sowohl in der ZERA-Gruppe, als auch in der beruflichen Maßnahme. Äußerlich unauffällig und im Kontakt freundlich und humorvoll, zeigte er doch keinerlei Anstrengungsbereitschaft und hielt – etwa im Sinne einer „doppelten Buchführung“ – an völlig unrealistisch überzogenen beruflichen Plänen sowie subjektiven, dysfunktionalen Krankheitskonzepten fest. Beides veränderte sich auch durch die Teilnahme an der ZERA-Gruppe nicht, zumal Herr X10 aufgrund seiner überdurchschnittlichen Internalität und den ausgeprägten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen wenig Wert auf soziale Unterstützung legte. Herr X10 veränderte sein Verhalten nach der ZERA-Schulung nicht, wurde jedoch längere Zeit danach zunehmend aggressiv, hielt sich nicht mehr an Vereinbarungen und wurde in eine Klinik verlegt. Heute lebt er in einer Langzeiteinrichtung für chronisch Schizophrene.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei einem Großteil der Untersuchungsteilnehmer die Werte in den einzelnen Subskalen, insbesondere die für Internalität und Externalität in Kontrollüberzeugungen, im durchschnittlichen Bereich liegen, während die soziale Externalität meist überdurchschnittlich ausgeprägt ist. Betrachtet man jedoch diejenigen Rehabilitanden, die für die Einzelfalldarstellungen ausgewählt wurden, so lassen sich grob zwei Gruppen unterscheiden.

Zunächst sind da diejenigen Rehabilitanden mit einer hohen generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen, meist gepaart mit einem geringen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten. Bei diesen Rehabilitanden scheint es sich für den Verlauf ungünstig auszuwirken, wenn sie ausschließlich über passiv-depressive Stressbewältigungsstrategien verfügen (z.B. Selbstbeschuldigung, Flucht, Vermeidung, Resignation) bei gleichzeitigem Fehlen positiver, aktiver Strategien, die geeignet wären, entweder die Stress-Situation aktiv zu bewältigen oder für Ablenkung, Ersatzbefriedigung oder Dissonanzreduktion zu sorgen. Zusätzlich wirkt es sich ungünstig aus, wenn die Compliance bei diesen Rehabilitanden eher gering ist. Umgekehrt finden sich Anzeichen dafür, dass der Verlauf günstig beeinflusst wird, wenn zumindest ansatzweise positive, aktive Stressbewältigungsstrategien entwickelt werden können und die Compliance wenigstens im durchschnittlichen Bereich liegt. Bei Rehabilitanden mit geringer Internalität könnten demnach die Verfügbarkeit günstiger Stressbewältigungsstrategien sowie eine gute Compliance günstige verlaufsbeeinflussende Faktoren sein.

Auf der anderen Seite lassen sich Rehabilitanden ausmachen, die sich von vornherein durch eine eher hohe Internalität in Kontrollüberzeugungen und eine geringe generalisierte Externalität auszeichnen, teilweise auch durch eine auffällig geringe soziale Externalität. Diese Rehabilitanden scheinen häufig über eine große Auswahl an aktiven Stressbewältigungsstrategien zu verfügen, die meist den Charakter der Ablenkung, Ersatzbefriedigung oder Dissonanzreduktion haben. Günstig wirkt es sich aus, wenn auch das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung besteht und die Compliance zumindest im durchschnittlichen Bereich liegt. Ungünstig ist es bei Rehabilitanden mit hoher Internalität und eher geringer Externalität in Kontrollüberzeugungen, wenn diese unterdurchschnittlich compliant sind und weder bei den Stressverarbeitungsstrategien, noch in anderen Bereichen ein gesteigertes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung aufweisen. Diese Rehabilitanden scheinen wenig beeinflussbar zu sein.

Betrachtet man abschließend noch die Veränderungen, die sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ergeben haben, so zeigt sich, dass im Bereich der Kontrollüberzeugungen wenig Veränderungen auftreten, diese scheinen zeitlich relativ stabil zu sein, nur in einem Fall hat sich die Internalität erhöht. Bei den Stressverarbeitungsstrategien ist es in einigen Fällen gelungen, positive, aktive Bewältigungsstrategien aufzuzeigen, die beim Retest von den Rehabilitanden häufiger als überdurchschnittlich bezeichnet werden. Dabei könnte es sich um einen prognostisch wichtigen Faktor handeln. Bezüglich des Krankheitskonzepts treten ebenfalls wenig Veränderungen auf. Diejenigen Rehabilitanden, die bei der Ersterhebung unterdurchschnittlich compliant und eher skeptisch gegenüber der medizinischen Behandlung sind, behalten diese Haltung in der Regel bei. Bei den anderen erhöht sich teilweise das Medikamenten- oder Arztvertrauen. Einige Rehabilitanden waren zunächst in überdurchschnittlichem Maße davon überzeugt, an ihrer Erkrankung selbst schuld zu sein, diese Einstellung konnte beim Retest nicht mehr gefunden werden.

## 7. Zusammenfassung und Interpretation

Auf den beiden folgenden Seiten sind, Bezug nehmend auf Tabelle 2 aus Kapitel 5.2.2., nochmals zusammenfassend die Ergebnisse der Studie dargestellt und in Beziehung gesetzt zu den ursprünglichen Erwartungen und Fragestellungen (Tabelle 35).

Das Wissen über die psychische Erkrankung hat sich zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Experimentalgruppe signifikant erhöht, auch der Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe nach der Schulung ist signifikant, unsere diesbezügliche Hypothese kann als bestätigt gelten. Da sich vorrangig solche Wissensgebiete verbessert haben, die in der ZERA-Schulung bearbeitet wurden (beispielsweise Plus- und Minussymptome, Frühwarnzeichen, Krisenplan), der Wissenszuwachs einheitlich bei fast allen Rehabilitanden der Experimentalgruppe zu verzeichnen war und alle Untersuchungsteilnehmer ansonsten den gleichen Bedingungen ausgesetzt waren, kann dieser Unterschied mit einiger Plausibilität auf die Teilnahme am ZERA-Programm zurückgeführt werden. Vorwissen aus dem früheren Besuch psychoedukativer Gruppen spiegelt sich durch höhere Punktwerte im Wissenstest bereits bei der Ersterhebung wieder, auch diese Teilnehmer profitieren jedoch durch einen Wissenszuwachs von der ZERA-Schulung, ebenso wie Teilnehmer ohne psychoedukatives Vorwissen. Keinerlei Wissenszuwachs oder Veränderung gab es dagegen bei der Gruppe derjenigen Rehabilitanden, die weder eine psychoedukative Gruppe, noch die ZERA-Schulung besucht hatten. Anscheinend wird krankheitsbezogenes Wissen im Rahmen einer beruflichen Trainingsmaßnahme nicht von selbst oder durch flankierende Maßnahmen und Gespräche erworben. Psychoedukative Inhalte sollten daher fester Bestandteil von beruflichen Trainingsmaßnahmen für schizophran erkrankte Rehabilitanden werden.

Ein wenig anders stellen sich die Ergebnisse im Bereich des Wissens über das relevante Arbeits- und Unterstützungssystem dar. Zwar kommt es auch hier in der Experimentalgruppe zu einem signifikanten Wissenszuwachs zwischen den Erhebungszeitpunkten, was unsere Hypothese insgesamt bestätigt, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind jedoch nicht signifikant und auch in der Kontrollgruppe konnten einige Rehabilitanden ihr Wissen erweitern, insbesondere diejenigen, die bei der Ersterhebung über wenig Kenntnisse verfügten. Dies spricht dafür, dass die relevanten Informationen innerhalb von beruflichen Trainingsmaßnahmen auch auf andere Weise, v.a. vermutlich in Einzelgesprächen sowie im Austausch der Rehabilitanden untereinander, vermittelt werden. Möglicherweise sind die Rehabilitanden auch bereit, sich zu diesen für sie relevanten Fragestellungen eigeninitiativ Informationen zu beschaffen. Vor diesem Hintergrund wird nochmals verständlicher, warum die Teilnehmer mit dem Unterprogramm 5 der ZERA-Schulung besonders zufrieden waren, da hier die relevanten Informationen über das Arbeits- und Unterstützungssystem für alle Teilnehmer übersichtlich und strukturiert vermittelt werden.

Meßinstrument	Erwartete Ergebnisse bezogen auf die Gesamtstichprobe	empirisch bestätigte Ergebnisse	Erwartete Veränderungen nach der ZERA-Schulung	empirisch bestätigte Ergebnisse
Wissensfragebogen Teil A: Wissen über psychische Erkrankung	geringer Punktescore		höherer Punktescore	signifikanter Wissensanstieg in der Experimentalgruppe
Wissensfragebogen Teil B: Wissen über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten	geringer Punktescore		höherer Punktescore	signifikanter Wissensanstieg in der Experimentalgruppe
Wissensfragebogen Teil C: Einstellungen und Zukunftserwartungen	Antworten insgesamt eher wenig realitätsbezogen, unkonkret und wenige Alternativen	Realitätsbezug vorhanden; in Experimentalgruppe eher wenig Alternativen, in Kontrollgruppe mehr Alternativen bekannt	Antworten insgesamt stärker realitätsbezogen und konkreter, mehr Alternativen	keine Veränderung bei Realitätsbezug, in Experimentalgruppe mehr Alternativen verfügbar
KK-Skala	überdurchschnittlich hohe Werte bei Negativ-Erwartungen, Schuld, Zufallskontrolle und idiosynkratischen Annahmen	alle Werte im durchschnittlichen Bereich	geringere Werte bei Negativ-Erwartungen, Schuld, Zufallskontrolle und idiosynkratischen Annahmen	alle Werte im durchschnittlichen Bereich. In Einzelfällen Reduktion von Schuld
SVF	wenige aktive Stressverarbeitungsmuster, Überwiegen passiv-depressiver Verarbeitungsmuster	überwiegend durchschnittliche Werte, in Experimentalgruppe überdurchschnittliche Werte bei Ersatzbefriedigung und Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	Zunahme positiver, aktiver Stressverarbeitungsstrategien, Reduktion passiv-depressiver Verarbeitungsmuster	in Experimentalgruppe weiterer signifikanter Anstieg von Ersatzbefriedigung und Selbstbestätigung, höheres Bedürfnis nach sozialer Unterstützung
FKK	überdurchschnittliche Externalität, insbesondere fatalistische Externalität. Geringer Wert bei Selbstwirksamkeit und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten in Experimentalgruppe knapp unterdurchschnittlich	Reduktion von Externalität und fatalistischer Externalität. Höherer Wert bei Selbstwirksamkeit und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	gegenteiliges Ergebnis: signifikanter Anstieg der fatalistischen sowie der generalisierten Externalität, aber noch durchschnittliche Werte.

KKG	überdurchschnittlich hohe Werte bei fatalistischer Externalität, unterdurchschnittliche Werte bei Internalität und sozialer Externalität	soziale Externalität knapp überdurchschnittlich, restliche Werte durchschnittlich	geringere Werte bei fatalistischer Externalität, höhere Werte bei sozialer Externalität und Internalität	gegenteiliges Ergebnis, signifikanter Anstieg der fatalistischen Externalität, jedoch noch durchschnittliches Ergebnis
Grundarbeitsfähigkeits-Bogen	geringerer Gesamt-Score		höherer Gesamt-Score	keinerlei Veränderung zwischen den Erhebungszeitpunkten
Selbstaussagen der Teilnehmer	Skepsis gegenüber der Maßnahme, eher geringer Bezug zu eigenen beruflichen Wünschen und Plänen	hohe Zufriedenheit mit der Trainingsmaßnahme, Bezug zu eigenen Zielen vorhanden	erhöhte Zufriedenheit und Eigenbeteiligung an der Maßnahme durch konkret erkennbaren Bezug zu eigenen beruflichen Wünschen und Plänen	gleichbleibend hohe Zufriedenheit
Erfassung Praktika und arbeitsbegleitende Angebote			bessere Ausnutzung der Maßnahme als Indikator für höhere Motivation und Eigeninitiative in Experimentalgruppe	häufigere Teilnahme der Experimentalgruppe an Begleitangeboten und Praktika, signifikant bei internen Praktika
Zielerreichungsskala			konkrete Verbesserungen bei ausgewählten Arbeitsgrundfertigkeiten	leichte Verbesserung bei 60%, große Verbesserung bei 13,3% in Experimentalgruppe
Zufriedenheitserhebung			hohe Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Angebot	Zufriedenheit in Schulnoten durchgängig zwischen 1 und 2, 5. Unterprogramm auf dem ersten Rangplatz
Katamnese-Kriterien			günstigere Verläufe in Experimentalgruppe, evtl. seltener Rehospitalisierungen	sign. häufiger Verbleib in Werkstatt und Teilnahme an internen Praktika, sign. seltener Abbruch ohne Perspektive in Experimentalgruppe

Tabelle 35: Übersicht über die Ergebnisse

Bezüglich der Stressverarbeitungsstrategien lagen die Rehabilitanden größtenteils im durchschnittlichen Bereich, die eher passiv-depressiven Strategien überwogen nicht einhellig. In der Experimentalgruppe gab es jedoch von vornherein ein überdurchschnittliches Bedürfnis nach Ersatzbefriedigung und sozialer Unterstützung in Belastungssituationen, wobei v.a. letzteres bei den männlichen Rehabilitanden in auffälliger Weise von den männlichen Versuchspersonen der Standardisierungsstichprobe abweicht. Möglicherweise erkennen Menschen, die lange mit einer chronischen psychischen Erkrankung leben, leichter den Stellenwert von Austausch mit Bezugspersonen und sozialer Unterstützung. Beide Bedürfnisse steigen beim zweiten Erhebungszeitpunkt noch an, ebenso das Bedürfnis nach Selbstbestätigung. Auch die Einzelfallanalyse ergab, dass die Teilnehmer der ZERA-Schulung beim Retest häufiger zumindest eine aktive Stressbewältigungsstrategie benennen konnten, während zuvor vor allem diejenigen Rehabilitanden mit überdurchschnittlicher Externalität und eher geringem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten häufig nur über passiv-depressive Strategien berichteten. Im Gegensatz zur Ersterhebung bestand bei der zweiten Befragung ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen, in der Experimentalgruppe wurden häufiger Ersatzbefriedigung und das Bedürfnis nach Selbstbestätigung als Bewältigungsmuster in Stress-Situationen genannt. Man könnte vor diesem Hintergrund die These formulieren, dass in der ZERA-Schulung durch die Beschäftigung mit der psychischen Erkrankung und den Stressfaktoren am Arbeitsplatz und im Alltag die Entwicklung aktiver Stressbewältigungsmuster angeregt wird. Auf sich allein gestellt, ohne diese strukturierte Auseinandersetzung in der Gruppe, können die Rehabilitanden solche Muster möglicherweise nicht entwickeln. Ein Hinweis in diese Richtung ist, dass in der Kontrollgruppe bei der zweiten Erhebung die Neigung zu gedanklicher Weiterbeschäftigung (im Sinne von nicht-lösungsorientiertem Grübeln) signifikant angestiegen war, während die Neigung zu Bagatellisierung und Ersatzbefriedigung (im Sinne einer Abwertung der Schwere der Belastung und einer Zuwendung zu positiven Aktivitäten) signifikant gesunken waren, der Trend also gegenläufig ist zu dem der Experimentalgruppe. Auch wenn die Ergebnisse nicht eindeutig und nur durch einen geringen Stichprobenumfang abgesichert sind, könnten v.a. die aktiven Stressbewältigungsstrategien also durchaus eine abhängige Variable sein, deren Verfügbarkeit durch die Teilnahme an der ZERA-Schulung im Sinne unserer Ausgangshypothese verbessert wird. Zugleich gibt es auch Hinweise darauf, dass die Stressbewältigungsstrategien allgemein eine verlaufsbeeinflussende Kontrollvariable darstellen (vgl. auch Kapitel 8 sowie Kraemer&Schickor, 1991). Insbesondere bei Rehabilitanden mit ausgeprägter sozialer und fatalistischer Externalität sowie geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen scheint die Verfügbarkeit aktiver Bewältigungsmuster in Belastungssituationen einen günstigen Einfluß auf den weiteren Verlauf zu haben. Da die Beschäftigung mit der eigenen Erkrankung und der beruflichen Zukunft, zumal auf konkrete Weise, Ängste und Spannungsgefühle auslösen kann, ist dieser Zusammenhang durchaus plausibel. Bei Rehabilitanden mit hoher Internalität und geringer Externalität scheint es dagegen eher wichtig zu sein, dass die in der Regel bei diesen Menschen verfügbaren aktiven Bewältigungsmuster auch eine soziale Einflußnahme zulassen.

Im Gegensatz zu den Stressbewältigungsmustern sprechen die Ergebnisse bei den Kontrollüberzeugungen dafür, dass diese keine abhängige Variable in unserer Untersuchung sind, sondern eine zeitlich recht stabile, jedoch verlaufsbeeinflussende Kontrollvariable. Unsere ursprüngliche These, durch die Teilnahme an der ZERA-Schulung müßten sich die Internalität, das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und

die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen erhöhen sowie die fatalistische Externalität reduzieren lassen, muß als falsch zurückgewiesen werden. Es kommt bei der zweiten Erhebung in der Experimentalgruppe zu einem hoch signifikanten Anstieg der fatalistischen Externalität (sowohl im FKK, als auch in der KKG) sowie zu einem schwach signifikanten Anstieg der generalisierten Externalität, wobei letztere auch die soziale Externalität umfaßt, welche v.a. bei chronischen Erkrankungen als Indikator für eine eher gute Compliance, jedoch auch eine eher geringe erlebte eigene Kontrolle gilt. Die Werte liegen zwar in beiden Fällen noch im durchschnittlichen Bereich und die Veränderungen sind nicht sehr groß, dennoch ist dieser Trend, der sich in zwei verschiedenen Erhebungsinstrumenten gezeigt hat, zu beachten, zumal es in keiner Weise zu der ursprünglich angenommenen Erhöhung von Internalität und erlebter eigener Kontrolle kam. Über mögliche Erklärungen kann nur spekuliert werden. Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit, die das Ergebnis verzerren könnten, sind bei der fatalistischen Externalität nicht zu erwarten, da diese – im Gegensatz zur sozialen Externalität – nicht als besonders erwünscht angesehen werden kann und es in der Kontrollgruppe nicht zu einem vergleichbaren Trend kam. Eine wahrscheinlichere Erklärung wäre, dass eine hohe Internalität bei einer komplexen chronischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eine eher inadäquate Überzeugung darstellt, die vielleicht im Sinne der Selbstbestätigung von einigen Rehabilitanden aufrecht erhalten werden kann, insgesamt jedoch subjektiv zu häufig durch erneute und schwere akute Erkrankungen widerlegt worden ist. Im Austausch mit erfahrenen Psychiatern konnte ich bestätigt finden, dass ihrer Einschätzung nach oft gerade die Einsicht in die häufige Unabwendbarkeit und tatsächlich oftmals doch geringe Beeinflussbarkeit dieser Erkrankung einen ersten Schritt hin zu einer verbesserten Krankheitseinsicht und Compliance bei ihren Patienten darstellt. In diesem Sinne wäre eine erhöhte fatalistische Externalität bei einer schizophrenen Erkrankung möglicherweise ein Indiz für eine adäquate Krankheitseinsicht, zumindest dann, wenn sie mit positiven und nicht nur mit passiv-depressiven Bewältigungsmustern zusammenfällt. Durch die Einzelfalldarstellungen wird diese These ansatzweise gestützt. Ich möchte jedoch dieses Ergebnis auch nicht schön reden, zumal es meiner Einschätzung nach auf eine generelle Gefahr bei psychoedukativen Programmen und der Vermittlung von Informationen über das Vulnerabilitäts-Stress-Modell an Betroffene hinweist. Die Teilnehmer können den Eindruck gewinnen, tatsächlich nur wenig Einfluß auf eine Erkrankung zu haben, an der sie zwar nicht schuld sind, mit der sie jedoch auch nur in sehr vorsichtiger Weise, quasi „in kleinen Dosen“, leben können. Dieser Gefahr muß begegnet werden, indem man in psychoedukativen Programmen niemals vergißt, auch Hoffnung zu vermitteln und den behandelten Inhalten ihre Schwere zu nehmen. Durch die Verknüpfung mit dem Themenbereich Arbeit und die Behandlung von Stressoren und Bewältigungsstrategien könnte dies in der ZERA-Schulung ansatzweise gelungen sein, es sollte jedoch künftig noch mehr Gewicht auf die Entwicklung von positiven Bewältigungsstrategien gelegt werden, die geeignet sind, Lebensfreude zu erhalten.

Durch unsere Fragebogenerhebungen konnten wir auch unsere ursprünglichen Annahmen, die Rehabilitanden hätten ein dysfunktionales Krankheitskonzept mit idiosynkratischen Annahmen sowie unrealistische oder unkonkrete berufliche Zukunftsperspektiven, nicht bestätigen. Das Krankheitskonzept lag, bezogen auf die psychische Erkrankung, in allen Dimensionen im durchschnittlichen Bereich, die Zukunftsperspektiven waren realitätsbezogen. Teilweise waren bei den Rehabilitanden der Experimentalgruppe wenig Alternativen zum allgemeinen Arbeitsmarkt vorstellbar, dies hatte sich nach der ZERA-Schulung jedoch verändert. Offenbar sind die Rehabi-

litanden in ihren Überzeugungen zu Krankheit und beruflicher Zukunft weniger auffällig, als ursprünglich angenommen. Hinzu kommt, dass die Fragen in beiden Themenblöcken leicht durchschaubar waren und möglicherweise im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet wurden, zumal sie einen direkten Bezug zur beruflichen Trainingsmaßnahme aufwiesen und die Teilnehmer vielleicht Nachteile befürchteten, wenn sie sich wenig compliant oder in ihren Zielsetzungen unrealistisch oder wenig motiviert gezeigt hätten.

Auch unsere ursprüngliche These, die Leistungen der Rehabilitanden im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten würden sich ganz allgemein verbessern, konnte nicht bestätigt werden. In diesem Fall scheint jedoch die mangelnde Eignung des Erhebungsinstrumentes eine Rolle zu spielen. Mit den in Anlehnung an MELBA formulierten Kriterien können offensichtlich nur relativ zeitstabile Merkmale erfaßt werden, kleinere Veränderungen schlagen sich nicht durch veränderte Profilwerte nieder, möglicherweise auch, weil die Rater ihre Rehabilitanden in Kategorien von „gut“ über „durchschnittlich“ bis „eher schwach“ einstufen und ein Verlassen dieser Kategorien nur bei auffälligen und damit seltenen Veränderungen möglich ist. Dagegen konnten bei konkret beschriebenen Problembereichen und genau formulierten Veränderungsschritten in der Zielerreichungsskala mehrheitlich kleinere und teilweise auch größere Verbesserungen im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten gezeigt werden. Noch bessere Ergebnisse wären möglicherweise durch genaue, teilnehmende Beobachtung am Arbeitsplatz möglich gewesen, diese ist jedoch in der Praxis kaum umsetzbar. Dennoch ergeben sich aus diesen Befunden auch Implikationen für die Begleitforschung und maßnahmebezogene Dokumentation von Veränderungszielen im Arbeitsbereich. Diese dürfen nicht nur durch kategoriale Erhebungsinstrumente mit vorgegebenen Einstufungskriterien erfaßt werden, sondern müssen auch anhand konkret beschriebener und regelmäßig fortgeschriebener Veränderungsziele abgebildet werden.

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Arbeitstrainingsmaßnahme sowie die Sinnhaftigkeit, die sie in ihr erkennen, konnte sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten nicht mehr erhöhen, da es bereits zu einem Deckeneffekt bei der Erhebung im Sinne einer sehr hohen Zufriedenheit gekommen war. Auch hier könnte jedoch das bereits beschriebene Problem der sozialen Erwünschtheit eine Rolle spielen. Bei den Rehabilitanden der Experimentalgruppe gab es jedoch immerhin die Entwicklung, dass sie nach der ZERA-Schulung zufriedener mit ihrem Leistungs-niveau waren und überzeugter davon, dass es ihnen gesundheitlich schlechter gehen würde, wenn sie nicht arbeiten würden. Möglicherweise sind diese Veränderungen auf die Beschäftigung mit dem Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Erkrankung zurückzuführen. Dagegen konnte die These, dass sich durch die ZERA-Gruppe die Motivation der Teilnehmer zur Ausnutzung der beruflichen Trainingsmaßnahme erhöht, durch indirekte Maße bestätigt werden. So absolvierten die Rehabilitanden der Experimentalgruppe signifikant mehr interne Praktika, auch bei externen Praktika und arbeitsbegleitenden Angeboten gab es eine Überlegenheit, die jedoch nicht signifikant war. Eine Ursache könnte sein, dass die internen Praktika für die Teilnehmer am leichtesten zugänglich waren und daher schneller genutzt werden konnten, während externe Praktika nicht immer leicht zu finden sind und arbeitsbegleitende Angebote nicht zu jeder Zeit zur Verfügung stehen. Die signifikant häufigere Nutzung interner Praktika setzte sich in noch deutlicherem Maß in der Katamnese-Erhebung fort. Auch die Zufriedenheit mit der Schulungsmaßnahme selbst war hoch, die Teilnehmer erlebten sie als Bereicherung und als Orientierungs- und Strukturie-

rungshilfe sowie als wichtige Quelle von Informationen. Besonders positiv wurden die Unterprogramme zum Arbeits- und Unterstützungssystem sowie zum Zusammenhang zwischen Arbeit und dem Verlauf einer psychischen Erkrankung bewertet, in denen vorrangig Informationen vermittelt werden.

Im Katamnesezeitraum von ca. einem Jahr zeigte sich kein Einfluß auf die Rehospitalisierungsraten sowie die Quote der Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt oder in Ausbildung. Diese Entwicklungen hängen von zahlreichen Faktoren ab und können kausal nicht in erheblichem Maße durch die ZERA-Schulung beeinflusst werden. Es zeichnet sich jedoch ab, dass die Rehabilitanden zuverlässiger und dauerhafter in der Einrichtung verbleiben, wenn sie die ZERA-Schulung absolviert haben. Dieses zunächst wenig erstrebenswert erscheinende Ziel stellt dennoch eine positive Entwicklung dar. Obwohl die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden innerhalb des ersten Jahres der beruflichen Trainingsmaßnahme angibt, nicht gerne längerfristig in einer Werkstatt bleiben zu wollen, stellt dies für einen Großteil der Rehabilitanden angesichts der geringen Zugänglichkeit des Arbeitsmarktes, der ständig steigenden Anforderungen und der persistierenden krankheitsbedingten Einschränkungen das einzige realistisch zu erreichende Ziel dar. Gelingt es den Teilnehmern der ZERA-Schulung, dieses Ziel als für sie adäquat zu akzeptieren und die Maßnahme nicht ohne konkrete neue Perspektive zu beenden, so stellt dies in jedem Fall einen Erfolg dar.

Abschließend soll in diesem Kapitel noch versucht werden, anhand einer Kosten-Nutzen-Analyse zu erörtern, ob vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse eine breite Umsetzung des ZERA-Trainingsprogrammes in der Praxis der beruflichen Rehabilitation Schizophrener empfohlen werden kann. Tabelle 36 stellt Kosten und Nutzen einander gegenüber.

Kosten	Nutzen
ein/e Trainer/in für ca. 23 Sitzungen, incl. Vor- und Nachbereitung ca. 50 Stunden	Kostensparnis, da relevante Informationen in einer Gruppe ökonomischer vermittelt werden können als in Einzelsitzungen
ggf. Schulung für die Trainer, 3-4 Arbeitstage und Kosten pro Teilnehmer/in von 500 bis 1000 DM, abhängig von Übernachtungen, Anreise etc.	hohe Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Schulung, Angebot wird als Strukturierungs- und Orientierungshilfe erlebt
1 Raum für die Gruppensitzungen, der ca. 23 Stunden belegt ist	Wissenszuwachs im Bereich psychische Erkrankung und Arbeits- und Unterstützungssysteme
Materialien: Ordner für die Teilnehmer, Kopien der Arbeitsblätter, Flipchart, Tafel, Stifte	aktivere Ausnutzung der Trainingsmaßnahme, vermehrte Teilnahme an fakultativen Angeboten und Praktika
	weniger Abbrüche der Maßnahme ohne konkrete Perspektive, zuverlässigerer Verbleib der Teilnehmer in der Einrichtung, sofern keine geeigneteren Alternativen zur Verfügung stehen

Tabelle 36: Kosten-Nutzen-Analyse

Da das ZERA-Trainingsangebot explizit für die praktische Anwendung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt wurde, entstehen für die Umsetzung vergleichsweise geringe Kosten, die zusätzlich noch mit der Ersparnis durch die ökonomischere Informationsvermittlung in Gruppen gegengerechnet werden müssen. Angesichts des dabei entstehenden Nutzens kann eine Umsetzung des Programmes in die Praxis empfohlen werden, wobei auf die ausreichende Qualifikation der Trainer Wert gelegt werden muß.

## 8. Diskussion und Ausblick

Setzt man die Ergebnisse meiner Studie in Beziehung zu den in der Literatur dargestellten Wirksamkeitsuntersuchungen anderer Programme, so findet man vorwiegend Ergebnisdarstellungen zu psychoedukativen Programmen, häufig unter Einbeziehung der Angehörigen, sowie zu anderen, eher alltagsbezogenen verhaltenstherapeutischen Trainings. Dabei wird die Wirksamkeit dieser Programme in der Regel anhand folgender Kriterien beurteilt:

- Rehospitalisierungen
- Wissenszuwachs
- Aktivität und Kompetenz im geschulten Bereich
- Stressbewältigung und Kontrollüberzeugungen
- Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Maßnahme

Im folgenden möchte ich zunächst die Ergebnisse einiger ausgewählter Untersuchungen mit meiner eigenen Studie vergleichen und dann Schlußfolgerungen ziehen.

### 8.1. Rückfallprophylaxe

Brenner&Pfammatter (1996) berichten, dass in verschiedenen Untersuchungen für längere familientherapeutische Interventionen (1-2 Jahre) deutlich positive Effekte auf die Rückfallraten gefunden worden sind, z.B. bei Hogarty et al. (1991):

Intervention	N	Rückfälle nach 12 Monaten (%)	Rückfälle nach 24 Monaten (%)
Familientherapie	21	19	29
Fertigkeitstraining	20	20	50
Kombination	20	0	25
Pharmakotherapie	29	38	62

Vergleichbare Effekte zeigten sich nicht, wenn nur kurzfristige Familieninterventionen, z.B. im stationären Rahmen durchgeführt wurden. Kritisch sehen die Autoren rein psychoedukative Lernprogramme ohne zusätzliche verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Auch deren alleinige Durchführung führe meist nicht zu einer Verringerung der Rückfallraten. Daher scheine Psychoedukation zwar ein wichtiger Bestandteil familientherapeutischer Behandlungsansätze, für sich allein aber keineswegs eine hinreichende Therapiemaßnahme zu sein. Langfristige Therapieeffekte resultierten erst aus stressreduzierenden Interventionen, z.B. Kommunikations- oder Problembewältigungstrainings.

Bäumli et al. (1998) berichten, dass durch psychoedukative Familieninterventionen sich die Rückfallraten im Ein- und Zweijahreszeitraum um bis zu 20% senken lassen. Interessant war in Bäumlis PIP-Studie, dass die psychoedukative Familienarbeit keine Effekte auf die Rehospitalisierungsraten bei den ersterkrankten Patienten und bei denen mit chronischer Erkrankung (zuvor 6 und mehr Klinikaufenthalte) zeigte. Dagegen fand Bäumli einen hoch signifikanten Unterschied zwischen Experimental- und

Kontrollgruppe nach psychoedukativem Training bei den mittel-chronischen Patienten mit 2-5 bisherigen Krankheitsmanifestationen. Bezüglich der Katamnese zeigte sich ein großer Unterschied im ersten Jahr (14% Rehospitalisierungen in der Experimentalgruppe, 42% in der Kontrollgruppe), danach steigen beide Kurven gleichmäßig an, d.h. es kommt nicht zu einem verzögerten übermäßigen Anstieg der Rehospitalisierungen in der Experimentalgruppe. Bäuml untersuchte auch, welchen Einfluß die gleichzeitige Behandlung von Patienten und Angehörigen hatte. Im Einjahreszeitraum fand er bei Patienten, die ohne Angehörige teilgenommen hatten, eine Rehospitalisierungsrate von 29%, bei Patienten, bei denen auch die Angehörigen teilgenommen hatten, dagegen von nur 14%. Dies zeigt seiner Einschätzung nach, dass auch Psychoedukation allein mit den Patienten der Routinebehandlung überlegen ist, eine erhöhte Effizienz aber erst bei der kombinierten Behandlung der Angehörigen zu erwarten ist.

Pitschel-Walz&Engel (1997) fanden in einer Meta-Analyse zu psychoedukativen Programmen, dass die Rezidivrate um 20 Prozentpunkte gesenkt werden kann, wenn die Angehörigen in die Behandlung einbezogen werden. Die durchschnittliche Einjahresrezidivrate bei Standardbehandlung lag bei ca. 50%. Insgesamt hatten die eher therapeutisch orientierten Interventionen eine höhere Effektstärke als die rein psychoedukativen, wobei letztere auch eine kürzere Dauer aufwiesen. Wenn die psychoedukativen Programme länger dauerten, erbrachten auch sie hohe Effektstärken, wobei anzunehmen ist, dass mit zunehmender Dauer neben rein psychoedukativen Inhalten auch therapeutische Interventionen angewandt wurden.

In meiner Studie zeigte sich dagegen keine Überlegenheit der Experimentalgruppe bezüglich der Rehospitalisierungsraten im Einjahreszeitraum. Die Gründe dafür können jedoch methodischer Natur sein, denn die Rückfallrate in der Experimentalgruppe, die fast vollständig nachvollzogen werden konnte, liegt mit 28% ohnehin nicht sehr hoch und etwa vergleichbar mit der Quote, die Bäuml et al. angeben für diejenigen Patienten, die ohne ihre Angehörigen eine psychoedukative Gruppe besucht hatten. Eine ähnliche Rückfallquote fanden auch Hornung et al. (1995) ein Jahr nach einem Psychoedukativen Medikamententraining. Ein Vergleich mit der Kontrollgruppe ist im Grunde nicht möglich, da hier nur für 4 von ursprünglich 11 Teilnehmern Daten erhoben werden konnten. In künftigen Studien wäre es daher sehr wichtig, das Augenmerk auf die systematische Erfassung von Rehospitalisierungsraten nach der ZERA-Schulung zu legen und eine größere Stichprobe sowie längere Katamnesezeiträume zu nutzen.

## **8.2. Wissenszuwachs**

Auch Bäuml et al. (1998) fanden in der Münchner PIP-Studie bei den Patienten der Experimentalgruppe (n=63) einen hoch signifikanten Wissenszuwachs, gemessen mit einem Wissensfragebogen. Allerdings fällt dieser Wissenszuwachs in der Experimentalgruppe mit 12% deutlich geringer aus als in unserer Experimentalgruppe, in der er bei 58% liegt (in der Kontrollgruppe sind es in der Studie von Bäuml et al. 1%, in unserer Studie 4%). Dies kann jedoch auch auf die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente zurückzuführen sein, da Bäuml einen Multiple-Choice-Fragebogen verwendete. Interessant ist, dass Bäuml et al. einen Zusammenhang des Wissenszuwachses mit dem Bildungsabschluß fanden, wobei die Patienten mit Volksschulbildung mit 17% den stärksten Wissenszuwachs hatten, bei Realschulabschluß waren

es 8%, mit Abitur 10%. Allerdings profitierten alle Patienten, unabhängig von ihrem Bildungsniveau, deutlich im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Pitschel-Walz&Engel (1997) fanden in ihrer Meta-Analyse, dass sich in der Regel ein signifikanter Wissenszuwachs bei längerfristigen psychoedukativen Angeboten zeigte, während kurze reine Informationsveranstaltungen zwar als sinnvoll erlebt wurden, jedoch keinen meßbaren Effekt erbrachten.

Bezüglich des Wissenszuwachses sind die Ergebnisse meiner Studie eindeutig, es zeigt sich in der Experimentalgruppe ein signifikanter Wissenszuwachs, sowohl bezogen auf die psychische Erkrankung, als auch auf das Arbeits- und Unterstützungssystem. Während der Wissenszuwachs in psychoedukativen Gruppen – bei genügend langer Dauer und geeigneter Methodik – immer wieder belegt worden ist, kenne ich keine Untersuchung, die die Vermittlung von Wissen über das relevante Arbeits und Unterstützungssystem im Rehabilitationsbereich untersucht. Aufgrund unserer Ergebnisse kann angenommen werden, dass die ZERA-Schulung ein geeignetes und ökonomisches Instrument zur Wissensvermittlung in beiden Bereichen darstellt. Unterschiede bezüglich des Bildungsniveaus konnten aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nicht systematisch untersucht werden. Allerdings zeigte sich in der Gruppe der Abbrecher ein signifikant geringeres Bildungsniveau, was konträr zu den Ergebnissen von Bäuml et al. (1998) wäre, jedoch nicht unbedingt in kausalem Zusammenhang zum Abbruch der Studie stehen muß. Vielmehr ergeben sich aus der Erfahrung der Gruppendurchführung Hinweise darauf, dass es sinnvoll ist, die Teilnehmergruppe bezüglich des Bildungs- bzw. des derzeitigen kognitiven Niveaus homogen zusammenzustellen. In einem solchen Umfeld profitieren auch Teilnehmer mit geringer Schulbildung deutlich, sie geraten jedoch leicht ins Hintertreffen, wenn sie mit mehreren Rehabilitanden mit erheblich höherer Schulbildung in derselben Gruppe sind. In diesem Bereich hat die heterogene Zusammenstellung der Experimentalgruppen zwar für eine höhere interne Validität gesorgt, jedoch möglicherweise zu einer Unterschätzung des Effektes beigetragen.

Generell kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse die These von Fiedler (1996), dass Information bereits für sich hochgradig therapeutisch wirkt, zunächst gestützt werden. So fand beispielsweise Reschke (1990), dass das Informationsbedürfnis bei Patienten ständig steigt und zu Beginn einer Behandlung am größten ist. Wird es jedoch frustriert, so wird der Verlauf rehabilitativer und psychotherapeutischer Maßnahmen unter Umständen erheblich gefährdet (vgl. 3.1.). Diese Befunde stehen im Einklang mit den Ergebnissen der Katamnese in der ZERA-Studie, bei der signifikant mehr Rehabilitanden der Experimentalgruppe noch oder wieder an der Maßnahme teilnahmen, während signifikant mehr Rehabilitanden der Kontrollgruppe die Einrichtung ohne konkrete Perspektive verlassen hatten. Auch wenn diese Unterschiede sicherlich nicht nur auf den Informationsvorsprung in der Experimentalgruppe zurückzuführen sind, würde ich doch dafür plädieren, das Angebot der ZERA-Trainingsgruppe künftig den Rehabilitanden so früh wie möglich zu machen und beispielsweise nicht erst nach einer Wartezeit von einem halben Jahr. Allerdings weisen Pitschel-Walz&Engel (1997) in ihrer Meta-Analyse darauf hin, dass therapeutische Anteile in Gruppenprogrammen den Effekt vergrößern gegenüber Programmen, die nur reine Information vermitteln, wobei dies auch eine Folge der längeren Dauer sein kann. Es empfiehlt sich daher, neben rein informationsvermittelnden Einheiten auch therapeutische Inhalte anzubieten, um die längerfristige Wirksamkeits-Permanenz zu gewährleisten. Diese Kombination ist im ZERA-Trainingsprogramm enthalten.

### **8.3. Aktivität und Kompetenz im geschulten Bereich**

Abgesehen von Studien zur sozialen Kompetenz gibt es wenige Untersuchungen, in denen dargestellt wird, inwieweit die schizophrenen Teilnehmer eines verhaltenstherapeutischen Trainingsprogrammes im rehabilitativen Bereich im Anschluß an die Gruppe eine erhöhte Aktivität im intendierten Bereich zeigen. Eine solche erhöhte Aktivität kann sowohl als Maß für die Motivation, als auch als Ausdruck gesteigerter Kompetenz angesehen werden. Roder et al. (1995b) beschreiben in einer ersten Studie zum Freizeit-Manual des WAF-Programmes bei einer kleinen Stichprobe signifikante Verbesserung beim Ausmaß der Durchführung von Freizeitaktivitäten bei 5 von 6 Teilnehmern sowie einen nicht-signifikanten Anstieg bei der Anzahl durchgeführter Freizeitbeschäftigungen. Darüber hinaus fanden sie durchgängig signifikante Veränderungen bei Kompetenzerwartung, Kompetenzeinschätzung und Relevanz des Themas im Verlauf der Intervention. 5 von 6 Teilnehmern schätzten ihre Kompetenzerwartung und ihre Kompetenz bezüglich Freizeitaktivitäten zu Therapieende signifikant höher ein als vorher, dafür die Relevanz des Themas geringer, vermutlich, weil sie sich intensiv damit beschäftigt hatten. Alle Veränderungen wurden mit einem selbstentwickelten Fragebogen erfaßt.

Verglichen mit den Ergebnissen nach der ZERA-Schulung zeigt sich, dass es auch hier zu einem signifikanten Anstieg der Aktivitäten im intendierten Bereich kam, allerdings nur, wenn diese Aktivitäten relativ leicht zugänglich waren, wie beispielsweise interne Praktika. Die Aktivitäten in schwerer zugänglichen Bereichen wie dem allgemeinen Arbeitsmarkt konnten nicht erhöht werden, wobei dies mit dem Gruppentrainingsprogramm auch nicht primär intendiert war. Bezüglich der Kompetenz- und Kontrollerwartungen kam es in der ZERA-Studie entweder zu keinen Veränderungen bei den Rehabilitanden der Experimentalgruppe oder zu einem Anstieg der fatalistischen Externalität. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den von Roder et al. berichteten, sind jedoch mit einiger Plausibilität darauf zurückzuführen, dass Roder et al. nach konkreten Kontroll- und Kompetenzerwartungen im geschulten Bereich gefragt hatten und nicht nach allgemeinen, relativ überdauernden Überzeugungen. In künftigen Untersuchungen zum ZERA-Programm sollte daher mehr Wert auf die Erfassung konkreter Kompetenzerwartungen gelegt werden.

### **8.4. Stressbewältigung und Kontrollüberzeugungen**

Zu Stressbewältigungsstrategien bei schizophrenen Patienten legten Kraemer & Schickor (1991) eine Studie vor mit durchschnittlich 30-jährigen Patienten mit mehrheitlich akuten paranoid-halluzinatorische Psychosen, bei der ebenfalls der SVF von Janke et al. (1985) verwendet wurde. Dabei unterschieden die Autoren zwischen Situationen, die von den Untersuchungsteilnehmern als belastend eingestuft wurden und solchen, die nicht als belastend erlebt wurden. Die schizophrenen Patienten stufen insgesamt nicht mehr Situationen als belastend ein als gesunde Kontrollpersonen. In wenig belastenden Situationen fanden sich keine Unterschiede in den Coping-Strategien zwischen Gesunden und Schizophrenen. In belastenden Situationen traten auf 10%-Niveau signifikant häufiger die Neigung zu Ersatzbefriedigung, das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, die Einnahme von Genußmitteln und die Selbstverstärkung auf. Bezüglich der Kontrollüberzeugungen (erfaßt mit dem IPC von Krampen, 1985) zeigten schizophrene Patienten in der Studie von Kraemer & Schi-

ckor signifikant mehr soziale Externalität, keine Unterschiede zu Gesunden bestanden dagegen bezüglich Internalität und fatalistischer Externalität. In belastenden Situationen verwendeten schizophrene Patienten signifikant häufiger passiv-depressive Coping-Strategien als in wenig belastenden. Bei Gesunden war dies zwar auch der Fall, sie zeigten aber auch vermehrt aktive Strategien, hatten also insgesamt ein größeres Repertoire an Coping-Möglichkeiten. Schizophrene Patienten mit höherer Externalität neigten mehr zu passiv-depressiven Coping-Strategien in belastenden Stress-Situationen, Patienten mit höherer Internalität zeigten mehr aktive Strategien. Solche Korrelationen zwischen interner/externer Kontrolle und bestimmten Bewältigungsstrategien traten in belastenden Situationen bei Patienten häufiger auf als bei Gesunden. Bei extern kontrollierten Schizophrenen fanden sich häufiger Strategien der Resignation, Vermeidung, Flucht, Grübeln, Selbstmitleid, Selbstbeschuldigung und Bedürfnis nach sozialer Unterstützung. Die intern kontrollierten Patienten verwendeten mehr aktive Strategien wie Ablenkung, Reaktionskontrolle oder positive Selbstinstruktion. Kraemer&Schickor ziehen das Fazit, dass Schizophrene in einer von ihnen als belastend erlebten Stress-Situation eher solche Strategieformen bevorzugen, mit denen die Stress-Situation umgangen, Belastung reduziert und Verantwortung abgegeben werden kann. Dies stehe sicherlich im Zusammenhang mit geeigneten Strategien bei speziell dieser Erkrankungsform. Gesunde verfügen demgegenüber über ein differenzierteres und flexibleres Repertoire an Strategien der Stressverarbeitung.

Die Ergebnisse von Kraemer&Schickor stehen voll im Einklang mit den Ergebnisse der hier vorgelegten Studie und stützen diese. Auch wir fanden mit dem SVF in der Experimentalgruppe ein überdurchschnittliches Bedürfnis nach Ersatzbefriedigung und sozialer Unterstützung, wobei beide zwischen den Erhebungszeitpunkten noch anstiegen, ebenso wie das Bedürfnis nach Selbstbestätigung, so dass in der Experimentalgruppe bei der zweiten Erhebung signifikant häufiger einige aktive Strategien genannt wurden. Der von Kraemer&Schickor beschriebene Zusammenhang zwischen externalen Kontrollüberzeugungen und eher passiv-depressiven Stressbewältigungsmustern konnte v.a. in der Einzelfallanalyse nachvollzogen werden, bei welcher sich auch das Überwiegen aktiver Bearbeitungsmuster bei Rehabilitanden mit hoher Internalität bestätigte. Es scheint daher wichtig, durch geeignete Trainingsmaßnahmen die Entwicklung aktiver Stressbewältigungsstrategien anzuregen, wobei diese bei schizophrenen Erkrankten neben Strategien der Ablenkung, Ersatzbefriedigung und Selbstbestätigung auch die soziale Unterstützung und Einflußnahme umfassen sollten. Die Zunahme aktiver Bewältigungsstrategien in der Experimentalgruppe bei gleichzeitiger Abnahme dieser Strategien und einer verstärkten Neigung zum Grübeln in der Kontrollgruppe weisen darauf hin, dass eine solche Aktivierung ansatzweise im Rahmen des ZERA-Programmes gelungen sein könnte.

Bei den Kontrollüberzeugungen fand sich in unserer Untersuchung neben einer knapp überdurchschnittlichen sozialen Externalität in beiden Gruppen (ähnlich wie bei Kraemer&Schickor) ein signifikanter Anstieg der fatalistischen Externalität zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Experimentalgruppe, wobei die Werte jedoch noch im durchschnittlichen Bereich lagen. Wie bereits in Kapitel 7 dargestellt, muß dieses Ergebnis auch im Zusammenhang mit unerwünschten Effekten von psychoedukativem Training diskutiert werden. So weisen bereits Brenner et al. (1988) darauf hin, dass im Umgang mit Krankheitssymptomen Aktivität und Bewußtmachung bzw. problemorientierte Bewältigungsstrategien möglicherweise eine Fixierung auf die Symptomatik fördern können. Klinitz (1997) bezieht sich v.a. auf psychoedukati-

ve Familienarbeit und kritisiert, dass Patienten und Angehörigen ein somatisches Krankheitsverständnis vermittelt wird, das eine passive Haltung der Erkrankung gegenüber fördern kann. Das ätiologische Modell eines Stoffwechseldefekts führt bei Patienten zur Entwicklung eines passiven Krankheitsmodells, als Handlungsstrategie bleibe ihnen nur das mehr oder weniger schicksalhafte Ertragen der Erkrankung und ihrer Behandlung. So sei es falsch, nur Früherkennung und Sicherstellung der Medikation mit den Patienten zu bearbeiten, die gleichwertig anzusehenden Elemente wie Stressbewältigung oder Problemlösetraining aber immer aus der Psychoedukation auszuklammern. Klinitz betont, dass die Compliance-Erhöhung als alleiniges Behandlungsziel auf Seiten der Betroffenen eine einschüchternde Übervorsichtigkeit bzw. eine Lähmung von Aktivitäten zur Folge haben kann, beispielsweise aufgrund der gehäuften Konfrontation mit Krisenplänen oder Frühwarnzeichen.

Wienberg (1998) fand in einer Nutzer- und Anwender-Befragung zum PEGASUS-Programm, bei der 34 Patienten und 23 Therapeuten befragt wurden, dass fast ein Drittel der Patienten und fast ein Viertel der Therapeuten das psychoedukative Konzept für weniger geeignet oder ungeeignet halten, um auf Seiten der Patienten ein positives Selbstbild zu fördern. Wienberg schlußfolgert, dass die explizite Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Zuschreibung einer besonderen, im Prinzip lebenslang fortbestehenden Verletzlichkeit und verminderten Belastbarkeit für einen Teil der Betroffenen nicht geeignet sind, um ein positives Selbstkonzept aufrechtzuerhalten bzw. zu fördern. Auf der anderen Seite betrachteten sowohl Patienten, als auch Therapeuten bei der Frage nach möglichen unerwünschten Wirkungen des Programmes die Gefahr der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung als die unerwünschte Wirkung mit der höchsten Wahrscheinlichkeit (fast ein Drittel der Patienten und fast ein Viertel der Therapeuten stufen diese Gefahr als hoch bis sehr hoch ein). Auch Wienberg betont, im Laufe der Therapie sei bei einer nicht geringen Zahl von Teilnehmern zu beobachten, dass sie zunehmend optimistischer im Hinblick auf ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten werden und teilweise die Vorstellung entwickeln, mit Hilfe des erworbenen psychoedukativen Wissens „alles im Griff“ zu haben. Es sei daher zwar wichtig, die self-efficacy der Patienten gezielt zu fördern, zugleich aber unrealistischen positiven Erwartungen entgegenzuwirken.

Vor diesem Hintergrund kann unsere ursprüngliche Hypothese, durch die Teilnahme an der ZERA-Schulung lasse sich ganz allgemein die erlebte Selbstwirksamkeit und Internalität erhöhen, weder empirisch bestätigt, noch inhaltlich aufrecht erhalten werden. Zwar beinhaltet die ZERA-Schulung keine ausschließliche Beschäftigung mit krankheitsspezifischer Symptomatik, sondern trägt durch die Thematisierung der beruflichen Zukunft auch zum Aufbau optimistischer beruflicher Zukunftsperspektiven bei, dies jedoch möglicherweise noch nicht in ausreichendem Maße. Darüber hinaus werden nicht nur optimistische Zukunftserwartungen aufgebaut, es werden auch unrealistische Wünsche und Ziele als solche identifiziert. Sofern die These zutrifft, dass eine gute Compliance und Krankheitseinsicht bei chronisch schizophrenen Patienten einher gehen kann mit einer hohen sozialen und generalisierten Externalität sowie einer nicht unrealistisch überhöhten Internalität, so erscheint es bedeutsam, in Schulungen mit psychoedukativen oder auch relevanten beruflichen Inhalten unbedingt auf die Entwicklung positiver, aktiver Bewältigungsstrategien zu achten sowie auf die Erzeugung und Aufrechterhaltung von Hoffnung und Motivation. Insbesondere die Trainer und Therapeuten solcher Programme sollten diesen Aspekt berücksichtigen. Dennoch sollte auch das Ziel, eine höhere Kompetenzerwartung bei den Teilneh-

mern zu erreichen, nicht gänzlich aufgegeben werden, es wird jedoch eher mit konkreten, verhaltensbezogenen Erhebungsinstrumenten zu erfassen sein als mit globalen, einstellungsbezogenen Fragebögen (vgl. 8.3.).

## **8.5. Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Maßnahme**

Wienberg (1998) fand in einer Machbarkeitsstudie zum PEGASUS-Programm, bei der Nutzer und Anwender befragt wurden, dass die Teilnehmer die Gruppengespräche und den Erfahrungsaustausch der Patienten untereinander als wichtig bis sehr wichtig einstufen, in noch größerem Maße jedoch die Vermittlung von Information durch die Therapeuten. Inhaltlich beurteilten 88% der Teilnehmer das Programm als sehr gut bis gut, nur 12% als befriedigend. Ähnliche Zahlen legen Bäuml et al. (1998) vor. In ihrer Untersuchung erlebten 93% der Patienten die Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe als hilfreich bis sehr hilfreich, 91% der Patienten fühlten sich hinterher zum Thema Psychosen gut informiert. Auch Längle et al. (2000) berichten von sehr hohen Zufriedenheitswerten bei der Evaluation des therapeutischen Arbeitsversuchs.

Diese Ergebnisse stimmen gut überein mit der Beurteilung, die die Teilnehmer der ZERA-Schulung nach Beendigung des Programmes abgaben. Auch hier lagen die Einschätzungen durchschnittlich zwischen sehr gut und gut, wobei die Unterprogramme mit einem Schwerpunkt auf der Informationsvermittlung besonders geschätzt wurden. Ein Vergleich mit der Kontrollgruppe war nur bezogen auf die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme allgemein, der angebotenen Tätigkeit etc. möglich. Hier konnten keine Unterschiede gefunden werden, da es aufgrund der bereits bei der Ersterhebung hohen Zufriedenheit zu einem Deckeneffekt gekommen war.

Generell sind reine Zufriedenheitsbefragungen methodisch problematisch. Bezogen auf die Arbeitssituation fand Sonntag (1992) in einer Studie mit 25 psychisch Kranken in einer WfB, dass es nicht eine allgemein beschreibbare Arbeitssituation geben kann, die für alle psychisch Behinderten günstig ist. Die Arbeit sei vielmehr so zu gestalten, dass Variabilität, Chancen, Menge und Schwierigkeit der Arbeit subjektiv als angemessen erlebt werden. Eikermann&Reker (1993) führten eine Studie mit 502 schizophrenen Personen aus 30 verschiedenen beschützten beruflichen Einrichtungen durch, bei der die subjektive Arbeitszufriedenheit – ähnlich wie in unserer Studie - allgemein recht hoch war, die Werte lagen durchgängig höher als bei gesunden Arbeitnehmern, wobei v.a. die sozialen Kontakte, aber auch die Art der Tätigkeit und die Arbeitsbedingungen als Ursache genannt wurden. Arbeit stellt demnach einen ausgesprochen positiv besetzten Lebensbereich dar, wobei anhand einfacher Fragen nach der Arbeitszufriedenheit nicht unterschieden werden kann zwischen Zufriedenheit, die aus der Befriedigung wesentlicher Bedürfnisse entsteht und einer resignativen Zufriedenheit, die mangels echter Alternativen im Laufe der Zeit entsteht. Das Ergebnis sei daher eher als grundsätzliches Einverständnis mit einer Arbeitssituation zu interpretieren, zu der es für viele Betroffene keine realistische Alternative gibt. Demgegenüber weise eine höhere Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen Arbeitssituation, v.a. bei jüngeren Rehabilitanden mit kürzerer Krankheitsgeschichte, eher auf eine günstigere berufliche Prognose hin, da diese Rehabilitanden sich noch nicht resignativ abgefunden hätten. Ähnliche Zusammenhänge berichtet

auch Mecklenburg (1999), der betont, dass diejenigen Rehabilitanden mit günstiger beruflicher Prognose häufiger unzufrieden sind im geschützten Arbeitsumfeld.

Obwohl also die Ergebnisse reiner Zufriedenheitserhebungen methodisch problematisch sind, stehen unsere Ergebnisse voll im Einklang mit den in der Literatur berichteten und möglicherweise auch mit unseren Katamnese-Ergebnissen. Zwar hatte bei der Befragung vor und unmittelbar nach der ZERA-Schulung die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden angegeben, sie wären mit einer längerfristigen Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte eher unzufrieden, ein Jahr später waren jedoch in der Experimentalgruppe 50% der Teilnehmer noch oder wieder in der Einrichtung tätig, nur 13% hatten den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt geschafft. Da der Prozentsatz derjenigen, die eine längerfristige Beschäftigung in der Werkstatt als derzeit einzige Alternative für sich akzeptieren konnten, in der Experimentalgruppe signifikant höher lag, kann der Schluß gezogen werden, dass die Teilnahme an der ZERA-Gruppe dazu beitragen kann, dieses Erkenntnis zu gewinnen und mithin die – wenn auch teilweise resignativ gefärbte – Zufriedenheit der Beschäftigten auch längerfristig zu erhöhen.

## **8.6. Methodische Kritik**

Obwohl es bei der Interpretation selbst erhobener Daten naheliegt, aus Gründen der Dissonanzreduktion (vgl. Brandstädter, 1990 und 5.1.) nur diejenigen Erhebungsinstrumente kritisch zu beleuchten, mit denen die erwarteten Effekte nicht gezeigt werden konnten, möchte ich darauf hinweisen, dass auch der von uns entwickelte Wissensfragebogen nicht über methodische Kritik erhaben ist. Zwar wurde durch das standardisierte Auswertungsschema sowie die Auswertung durch nur eine Raterin der Versuch der größtmöglichen Objektivierung unternommen, bei der großen Anzahl offener Fragen ist jedoch eine subjektive Verzerrung bei der Interpretation nicht auszuschließen. So fanden beispielsweise Bäuml et al. (1998) mit einem Multiple-Choice-Wissensfragebogen zwar ebenfalls einen hoch signifikanten Wissenszuwachs, jedoch in erheblich geringerem prozentualen Umfang als in unserer Studie (vgl. 8.2). Wienberg (1998) hat gar bisher zum PEGASUS-Programm noch keine Evaluationsergebnisse im Sinne der Outcome-Forschung mit vergleichsweise objektiven Kriterien vorgelegt und begründet dies mit den Bedingungen der außeruniversitären Regelversorgung sowie dem Fehlen geeigneter Erhebungsinstrumente, beispielsweise für Lernzielkontrollen, die man nicht auf reinen Wissenszuwachs reduzieren könne.

Auch die verwendeten Fragebögen zu Stressbewältigungsstrategien, Kontrollüberzeugungen und Krankheitskonzept sind zwar für eine erste, teilweise auch hypothesengenerierende Analyse geeignet, sollten jedoch in künftigen Untersuchungen durch weniger globale und stärker änderungssensitive Instrumente ersetzt werden. Vauth (2000) fordert ebenfalls den Einsatz von änderungssensitiven Instrumenten für Evaluationsstudien im Bereich der Arbeitsrehabilitation, wobei der CPT wenig geeignet sei, besser hingegen das Work Personality Profile, das Lysaker et al. beschreiben.

Generell müssen die verwendeten Erhebungsinstrumente verhaltensnah und konkret sein. Dies bedeutet beispielsweise im Bereich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen die Erhebung möglichst konkreter Erwartungen mit Bezug zu den im

Trainingsprogramm vermittelten Inhalten. Im Bereich der Arbeitsfähigkeit können durch globale Einstufungskriterien wie das MELBA-Verfahren kleinere Veränderungen ebenfalls nicht abgebildet werden, auch hier müssen konkret formulierte kleinere Veränderungsschritte, die regelmäßig fortgeschrieben werden, eingesetzt werden. In diesem Bereich der Arbeitsrehabilitation besteht sicherlich ein großer Bedarf an Entwicklung neuer Erhebungsverfahren zu Forschungszwecken. Teilweise wurde in einem zweiten Forschungsprojekt zum ZERA-Verfahren bereits versucht, verhaltensnahe Fragebögen einzusetzen (Hammer&Plöchl, 2000).

## 8.7. Ausblick und weitere Forschung

Der renommierte Sozialpsychiater Asmus Finzen beklagt in einem Artikel in der FAZ vom 27.12.00, dass die Psychiatriereform in mancher Hinsicht zu einer ideologisch durchwirkten, praktischen Angelegenheit geworden sei, gestützt auf Ergebnisse angelsächsischer Forschung, ohne eigene wissenschaftliche Fundierung. An den Universitäten im deutschsprachigen Raum gebe es nur noch ein halbes Dutzend sozialpsychiatrische Abteilungen mit eigenständigen Forschungsaufträgen, davon mehr als die Hälfte in Österreich und der Schweiz. Als eine der Ursachen macht er die latente Wissenschaftsfeindlichkeit vieler Sozialpsychiater sowie die Randstellung der Sozial- und Kulturwissenschaften in der gegenwärtigen Medizin aus. Finzen gibt der Befürchtung Ausdruck, dass es in spätestens 15 Jahren im deutschsprachigen Raum keine wissenschaftliche Sozialpsychiatrie mehr geben könnte.

In Übereinstimmung mit Finzen sehe ich auch eine große Lücke zwischen der Bereitschaft, eine Vielzahl konkreter Programme, Aktionen und Angebote in der sozialpsychiatrischen Praxis zu entwickeln und der Bereitschaft, sie bezüglich ihrer Wirkungen einer wissenschaftlichen Evaluation zu unterziehen. Auf der anderen Seite ist die Verlagerung wissenschaftlicher Forschungsbemühungen heraus aus den Universitätskliniken in die ambulante und teilstationäre Praxis mit all ihren unkontrollierbaren Rahmenbedingungen ebenfalls noch nicht sehr weit gediehen. Dabei bestünde an inhaltlich relevanten Fragestellungen kein Mangel. Allein aus der vorgelegten Evaluation des Gruppentrainingsprogrammes ZERA lassen sich eine Reihe weiterer Themenbereiche ableiten, die einer genaueren Untersuchung bedürfen und im folgenden abschließend benannt werden sollen:

- *Wissenszuwachs und konkretes Verhalten:*

der nachgewiesene Wissenszuwachs führt noch nicht zwangsläufig zu veränderten Verhaltensweisen im Alltag, welche sich in einer erwünschten Richtung auswirken würden. Daher sollte anhand geeigneter Indikatoren wie Rückfallrate (s.u.), Ausnutzung der Trainingsmaßnahme, Erreichung von Lernzielen im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten etc. längerfristig überprüft werden, ob es nach der ZERA-Schulung zu stabilen Veränderungen kommt. Dabei betonen Wunderlich et al. (1996), dass die Effektgrößen in Katamnesestudien teilweise über die Jahre hinweg wieder ansteigen, da die Teilnehmer das in der Trainingsmaßnahme erworbene Wissen erst durch einen längerfristigen Lernprozeß in der Praxis umsetzen können. Dies spricht für die Durchführung von Katamnese-Erhebungen in größeren Zeitabständen, wobei dafür erheblich größere Stichprobenumfänge notwendig wären

- *Einfluß auf Rehospitalisierungsrate:*

ebenfalls als Indikator für die Umsetzung erworbenen Wissens im Alltag, jedoch auch als wichtiges Qualitätskriterium für Trainingsprogramme bei schizophrenen Patienten sollte in künftigen Studien der Einfluß auf die Rückfallrate systematisch erhoben und beachtet werden

- *Einfluß der Schulbildung:*

der von Bäuml et al. (1998) beschriebene Einfluß des Bildungsniveaus, der in unserer Studie nicht in vergleichbarer Weise bestätigt werden konnte, sollte künftig gezielt überprüft werden

- *Einsatz änderungssensitiver Erhebungsinstrumente:*

in künftige Forschungsvorhaben zur Evaluation des ZERA-Gruppentrainingsprogrammes, aber auch vergleichbarer Angebote, sollten verbesserte Erhebungsinstrumente einbezogen werden. Diese sollten änderungssensitiv, verhaltensnah, weniger global und einstellungsbezogen sein und kleinere Veränderungsschritte im arbeitsrehabilitativen Bereich abbilden können

- *Einbeziehung von Angehörigen:*

da in der Literatur der günstige Einfluß einer bifokalen Schulung von Patienten und Angehörigen umfangreich und einheitlich belegt ist, sollte auch das ZERA-Trainingsprogramm um ein Modul für Angehörige erweitert werden. Da in diesem Programm nicht nur psychoedukative Inhalte, sondern auch relevante berufliche Fragestellungen sowie Informationen sozialrechtlicher und finanzieller Art bearbeitet werden, könnte es geeignet sein, auch bei Angehörigen positiv-realistische und v.a. mit den Patienten übereinstimmende Zukunftserwartungen aufzubauen. Für die Relevanz dieses Bereichs spricht auch, dass in unserer Experimentalgruppe die Rehabilitanden stärker der Ansicht waren, die Verwirklichung ihrer beruflichen Ziele hänge auch vom Einfluß ihrer Eltern ab

- *Fatalistische Externalität und Stressbewältigungsstrategien:*

die Gefahr einer erhöhten fatalistischen Externalität bei der Beschäftigung mit psychoedukativen Inhalten, aber auch evtl. durch die Konfrontation mit den eingeschränkten Möglichkeiten in der eigenen beruflichen Zukunft besteht und sollte durch gezielte Übungen zum Aufbau aktiver Stressbewältigungsstrategien im Bereich der Ersatzbefriedigung, Ablenkung und Selbstbestätigung sowie durch die Vermittlung optimistischer, hoffnungsvoller Zukunftserwartungen vermindert werden. Das ZERA-Schulungsprogramm sollte gezielt bezüglich dieser Inhalte überarbeitet werden, da sie scheinbar bereits implizit transportiert werden, jedoch noch deutlicher hervorgehoben werden sollten. Auch bei der Ausbildung von Trainern für die ZERA-Schulung muß auf diesen Punkt Wert gelegt werden

- *Nachbetreuungssitzungen:*

zur Effektverlängerung könnte es sinnvoll sein, nach Abschluß des ZERA-Programmes regelmäßige Nachbetreuungssitzungen mit geringerer Therapieintensität und Häufigkeit anzubieten (Roder et al., 1995; Wunderlich et al. 1996).

- *Geschlechtsspezifische Unterschiede:*

der eher geringe Anteil an Frauen in der vorgestellten Untersuchung sowie der Umstand, dass sich bei den Abbrechern der Studie ungewöhnlich viele Frauen befanden, sollte Anlaß geben, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Verlauf und auch der individuellen Schwerpunktsetzung bei beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen genauer zu untersuchen und in Beziehung zu setzen zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen (z.B. Hoffmann-Richter, 2001).

## Literatur

- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Kissling, W. (1995). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige. In: Stark, A. (Hrsg.). Verhaltenstherapeutische und Psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis; Bd. 29). 217-255. Tübingen
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Kissling, W. (1997). Psychoedukative Gruppenarbeit bei schizophrenen Psychosen. *Psycho* 23, 38-45
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Kissling, W. (1998). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen: Spezifische Auswirkungen eines bifokalen Ansatzes auf die Krankheitsbewältigung und Rezidivraten im 4-Jahreszeitraum. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. *Schizophrenie* 13, 25-38
- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.): *Klinische Psychologie*. Band 2. 179-308. Stuttgart
- Bellack, A.S., Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 19, 317-336
- Biefang, S. (Hrsg.) (1980). *Evaluationsforschung in der Psychiatrie. Fragestellungen und Methoden*. Stuttgart
- Boitz, K., Angermeyer, M., Löffler, W., Müller, P., Priebe, S. (1999). "Lieber dick und geistig da...". Patienten beurteilen Clozapin. *Psychiatr. Praxis* 26, 188-193
- Braff, D.L. (1993). Information processing and attention in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19, 223-259
- Brandstädter, J. (1990). Evaluationsforschung: Probleme der wissenschaftlichen Bewertung von Interventions- und Reformprojekten. *Zeitschr. für Päd. Psychol.* 4, 215-227
- Brenner, H.D., Pfammatter, M. (1996). Effektivität psychologischer Behandlungsansätze bei schizophrenen Erkrankungen. *Psycho* 22, 728-740
- Brenner, H.D., Böker, W., Müller, J., Spichtig, L., Würigler, S. (1988). On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta psychitr. scand* 75, 405-411
- Buchkremer, G., Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 1, 20-30

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1998). MELBA – ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Manual. Siegen

Ciampi, L., Müller, C. (1976). Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Berlin

Ciampi, L. (1980). Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? – Argumente und Gegenargumente. Fortschr. Neurol. Psychiat. 48, 237-248

Ciampi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Stuttgart

Eikelmann, B., Reker, T. (1993). Psychiatrische Arbeitsrehabilitation – Wer nutzt sie, was bietet sie, wie wird sie beurteilt? Sozialpsychiatr. Informationen 1, 17-22

Eikelmann, B., Reker, T. (1998). Effizienzbeurteilung und Perspektiven der multimodalen Behandlung schizophrener Menschen – am Beispiel der tagesklinischen Therapie. Schizophrenie 13, 19-24

Elbelt, U., Müller, P., Schaefer, E. (1998). Zur beruflichen Integration schizophrener Patienten unter derzeitigen Behandlungsbedingungen. Psychiatr. Praxis 25, 33-37

Fiedler, P. (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim

Häfner, H. (2000). Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München

Hammer, M., Plößl, I. (2001). Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit (ZERA). Ein Schulungsprogramm zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Rehabilitation 40, 28-35

Hammer, M., Plößl, I. (2000). Evaluation eines Schulungsprogrammes (ZERA) im Rahmen einer multizentrischen Studie. Projektbericht.

Helmchen, H. (2001). Therapeutische Wirksamkeit. Wirkungen, Wirksamkeit und Wertigkeit therapeutischer Maßnahmen. Der Nervenarzt 1, 56-60

Hemsley, D.R. (1990). Information processing and schizophrenia. In: Straube, E.R., Hahlweg, K. (Hrsg.): Schizophrenia. Concepts, vulnerability, and intervention. Berlin

Hemsley, D.R. (1993). A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia. Behav. Res. Ther. 31, 633-645

Hoffmann, H. (1999). Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? Psychiatr. Praxis 26, 211-217

Hoffmann-Richter, U. (2000). Sind Frauen anders schizophren? Schizophrenie 16, 47-53.

- Höflacher, R.: Initiative Psychiatrieerfahrener Stuttgart. Internet: <http://www.ipe-s.de>
- Hornung, W.P., Holle, R., Schulze Mönking, H., Klingberg, S. (1995). Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen. Ergebnisse einer 1-Jahres-Katamnese. *Der Nervenarzt* 66, 828-834
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. (1979). Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Berlin
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F., Zeisel, H. (1933, neue Aufl. 1975). Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt
- Janke, W., Erdmann, G., Kallus, W. (Hrsg.) (1985). Streßverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis. Berlin
- Kardorff, v., E. (1999). Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. *Psychiatr. Praxis* 26, Sonderheft 1, S25-S29
- Klinitz, H. (1997). Psychoedukative Familienarbeit bei Schizophrenen – ein populäres Konzept? *Psychiatr. Praxis* 24, 110-116
- Kraemer, S., Schickor, I. (1991). Streßbewältigungsstrategien schizophrener Patienten: Eine Pilotstudie. *Verhaltenstherapie* 1, 212-218
- Kraemer, S., Möller, H.-J. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Störungen. In: M. Hautzinger (Hrsg.): *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen*. 13-38. Berlin
- Kraemer, S., Heldmann, B. (2001). Klinische Studien zur spezifischen Wirksamkeit computergestützter kognitiver Trainingsverfahren für schizophrene Patienten. *Nervenheilkunde* 2, 96-103
- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen
- Kuhnt, S., Kunow, J. (1988). Prognostische Faktoren beruflicher Wiedereingliederung - Ergebnisse einer Einjahres-Katamnese. *Gruppendynamik* 19 (2), 137-146.
- Längle, G., Köster, M., Mayenberger, M., Günthner, A. (2000). Der therapeutische Arbeitsversuch. Eine Annäherung an die Arbeitswelt für Psychiatriepatienten. *Psychiatr. Praxis* 27, 176-182
- Lewandowski, L., Buchkremer, G., Stark, M. (1994). Das Gruppenklima und die Therapeut-Patient-Beziehung bei zwei Gruppentherapiestrategien für schizophrene Patienten. *Psychoth., Psychosomatik, Med. Psychol.* 44, 115-121

- Linden, M., Nather, J. Wilms, H.U. (1988). Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. Fortschr. Neurol. Psychiat. 56, 35-43
- Lohaus, A., Schmitt, G.M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Bern
- Lüpkes, H.-A. (1999). Berufliche Reintegration von psychisch Behinderten in den Arbeitsmarkt. Psychiatr. Praxis 26, Sonderheft 1, S16-S20
- Marneros, A., Deister, A., Rohde, A. (1991). Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Berlin.
- Mecklenburg, H. (1999). Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. Psychiatr. Praxis 26, 227-232
- Mundt, C., Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. Der Nervenarzt 1, 11-19
- Olbrich, R. (2001). Computergestütztes Training in der Psychiatrie. Nervenheilkunde 2, 90-95.
- Overall, J.E., Gorham, D.R. (1996). Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). In: Internationale Skalen für Psychiatrie. Göttingen
- Plößl, I., Hammer, M., Schelling, U. (2000). ZERA – Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Ein Gruppentrainingsprogramm zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Psychosoziale Arbeitshilfen, 16. Bonn
- Plößl, I., Hammer, M. (1999). Entwicklung und Evaluation eines Schulungsprogrammes (ZERA) über den Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Projektbericht
- Pitschel-Walz, G., Engel, R.R. (1997). Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. Ergebnisse einer Metaanalyse. Psycho 23, 22-34
- Priebe, S. (1999). Welche Ziele hat psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie? Psychiatr. Praxis 26, Sonderheft 1, S36-S40
- Priebe, S. (1992). Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Göttingen
- Reker, T. (1999). Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. Psychiatr. Praxis 26, Sonderheft 1, S12-S15
- Reker, T., Eikemann, B. (1999). Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. Psychiatr. Praxis 26, 218-223

- Reschke, K. (1990). Gestaltung gesundheitsrelevanter Informationen. In: R. Schwarzer (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. 461-474. Göttingen
- Rittmannsberger, H. (1993). Zur Evaluation beruflicher Rehabilitation. Sozialpsych. Informationen 1, 11-16
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N., Hodel, B. (1995). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). 3 Auflage. Weinheim
- Roder, V., Jenull, B., Brenner, H.D., Heimberg, D., Hirsbrunner, A. (1995). Kognitive Verhaltenstherapie mit schizophren Erkrankten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich: erste Ergebnisse. Verhaltenstherapie 5, 68-80
- Rowland, L.A., Perkins, R.E. (1988). You can't eat, drink or make love eight hours a day: the value of work in psychiatry – a personal view. Health trend, 20, 75-79
- Schaub, A. (1997). Bewältigungsorientierte Gruppentherapie für schizophren und schizoauffektiv Erkrankte in Verbindung mit Angehörigenarbeit. In: Lasar, M., Trenckmann, U.: Psychotherapeutische Strategien der Schizophreniebehandlung. Lengerich, Berlin
- Schaub, A. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Psychosen. Historischer Hintergrund und aktuelle Situation. Fundamenta Psychiatrica 13, 89-101
- Schulze Mönking, H., Buchkremer, G., Hornung, W.P. (1999). Zusammenhang zwischen der Arbeitsintegration schizophrener Patienten und mittelfristigem Krankheitsverlauf. Psychiatr. Praxis 26 , 224-226
- Sonnentag, S. (1992). Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken – Ergebnisse einer Untersuchung in Werkstätten für Behinderte. Psychiatr. Praxis 19, 201-206
- Spitzer, M. (1998). Zur Bedeutung von Neuroplastizität und Neuromodulation bei integrativen Therapieverfahren schizophrener Psychosen. Schizophrenie 13, 6-18
- Strauss, J.S. (1987). Process of healing and chronicity in schizophrenia. In: Häfner, H., Gattaz, W.F., Janzarik, W. (Hrsg.): Search for the causes of schizophrenia. Berlin.
- Strauss, J.S. (1989). Intermediäre Prozesse in der Schizophrenie: zu einer neuen, dynamisch orientierten Psychiatrie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Bern
- Süllwold, L., Herrlich, J. (1990). Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. Stuttgart
- Vauth, R., Dietl, M., Stieglitz, R.-D., Olbrich, H.M.: (2000). Kognitive Remediation. Eine neue Chance in der Rehabilitation schizophrener Störungen? Der Nervenarzt 1, 19-29

Weis, J. (1990). Die berufliche Wiedereingliederung psychisch Kranker - ein Literaturüberblick zur Erforschung und Evaluation der beruflichen Rehabilitation. Psychiatr. Praxis 17, 59-65

Wienberg, G. (Hrsg.) (1997). Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Bonn

Wienberg, G. (1998). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten: Konzeption und erste Ergebnisse einer Nutzer- und Anwenderbefragung. Schizophrenie 13, 39-53

Wing, J. (1986). Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern

Wing, J., Brown, G.W.: (1970). Schizophrenia and institutionalism. London

Wunderlich, U., Wiedemann, G., Buchkremer, G. (1996). Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. Verhaltenstherapie 6, 4-13

Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. J. Abn. Psychol. 86, 103-126

Yalom, I.D. (1989). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. München

## **Anhang**

1. Allgemeiner Fragebogen, Teil A, Teil B und Teil C. Aus Platzgründen verkleinert
2. Auswertungsmatrix für Allgemeinen Fragebogen, Teil A und Teil B. Aus Platzgründen verkleinert
3. Bewertungsbogen Arbeitsgruppenleiter, in Anlehnung an MELBA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1998). Aus Platzgründen verkleinert
4. Zufriedenheitsbewertung nach Abschluß der ZERA-Gruppe

## Allgemeiner Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Im folgenden interessieren wir uns für Ihre Kenntnisse über Ihre psychische Erkrankung und über berufliche Möglichkeiten und Perspektiven. Wir möchten dabei nicht Ihr persönliches Wissen bewerten, sondern nur einen allgemeinen Überblick darüber bekommen, wie gut bestimmte Informationen bekannt sind. Versuchen Sie deshalb bitte, möglichst alle Fragen zu beantworten, so gut Sie können. Wenn Sie auf eine Frage keine Antwort wissen, so vermerken Sie dies bitte auf dem Bogen. Wenn Sie bei einer Frage zu wenig Platz haben, schreiben Sie bitte auf der Rückseite des Blattes weiter und geben die Nummer der Frage dazu an.

**Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitwirkung!**

### Zunächst interessieren wir uns für Ihre Kenntnisse über Ihre psychische Erkrankung:

**Frage 1:** Haben Sie bereits eine psychoedukative Gruppe besucht (dies ist eine Gruppe, in der Informationen über die Erkrankung, Medikamente etc. vermittelt werden)?

Nein  
Ja

Wenn Ja: Wie lange ist es ungefähr her?.....

**Frage 2:** Wie würden Sie selbst Ihre psychische Erkrankung bezeichnen?

**Frage 3:** Was versteht man unter Vulnerabilität?

**Frage 4:** Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Faktoren Ihrer Meinung nach Hauptursachen für eine schizophrene Psychose sind (auch mehrere möglich):

seelische Konflikte	Vererbung	Konflikte mit anderen
falsche Ernährung	zu viel Streß	Umweltverschmutzung
Veranlagung	Lärm	Medikamente
falsche Erziehung in der Kindheit		

**Frage 5:** Was versteht man unter Plus- und Minussymptomatik? Nennen Sie Beispiele für Plus- und Minussymptome.

**Frage 6:** Was versteht man unter Frühwarnzeichen?

Nennen Sie beispielhaft einige Ihrer persönlichen Frühwarnzeichen:

**Frage 7:** Was ist ein persönlicher Krisenplan für die psychische Erkrankung?

Haben Sie selbst einen persönlichen Krisenplan?

Ja  
Nein

**Frage 8:** Was würden Sie konkret tun, wenn es Ihnen psychisch schlechter geht?

**Frage 9:** Welche Funktion hat die Einnahme von Medikamenten bei einer psychischen Erkrankung?

**Im Folgenden haben wir ein paar Fragen zu Ihren Kenntnissen über Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation:**

**Frage 10:** Welche Aufgaben hat ein Berufsinformationszentrum (BIZ)?

Wo ist das nächstgelegene, für Sie zuständige BIZ?

**Frage 11:** Welche Aufgaben hat ein Fachdienst zur Eingliederung von Behinderten (FEB)?

Welcher FEB ist für Sie zuständig?

Unter welchen Umständen würden Sie sich an einen FEB wenden?

**Frage 12:** Welche Aufgaben verfolgt ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)?

Welcher SPDi ist für Sie zuständig?

Welche Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes kennen Sie? Welche davon nutzen Sie?

**Frage 13:** Welche Ziele werden generell mit einer Arbeitstrainingsmaßnahme verfolgt?

**Frage 14:** Was ist der Unterschied zwischen Arbeitstraining und Arbeitsbereich?

**Frage 15:** Wie lange kann man in einer WfB arbeiten?

Wieviel kann man verdienen bzw. wovon lebt man?

Ist man sozialversichert?

**Frage 16:** Wann hat man Anspruch auf Arbeitslosengeld?

**Frage 17:** Wann hat man Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente?

**Frage 18:** Wann kann man sich wegen finanzieller Unterstützung an das Sozialamt wenden?

**Frage 19:** Welches Arbeitsamt ist für Sie zuständig?

Wer ist Ihr zuständiger Berater?

**Frage 20:** Welche Unterstützungsangebote haben Sie bisher genutzt?

**Frage 21:** Welche Arbeitsmöglichkeiten kennen Sie außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes?

**Nun haben wir noch ein paar Fragen zu Ihren beruflichen Interessen und Ihrer psychischen Erkrankung:**

**Frage 22:** Wie stark beeinträchtigt fühlen Sie sich in Ihrer Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz durch die psychische Erkrankung?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)

**Frage 23:** Inwieweit können Sie sich trotz der psychischen Erkrankung in Ihrer Arbeit verwirklichen?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)

**Frage 24:** Wie stark wirkt sich die psychische Erkrankung auf die Verwirklichung Ihrer beruflichen Ziele und Wünsche aus?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)

**Frage 25:** Welche beruflichen Ziele haben Sie?

**Frage 26:** Welche Alternativen sehen Sie für sich, wenn Sie Ihr vorrangiges Berufsziel nicht erreichen?

**Frage 27:** Welche konkreten Schritte haben Sie sich in nächster Zeit vorgenommen, um dieses Ziel zu erreichen?

**Frage 28:** Wie wichtig sind Ihre beruflichen Ziele für Sie?  
sehr wichtig wichtig mäßig wichtig unwichtig

**Frage 29:** Glauben Sie, daß Sie Ihre beruflichen Ziele mit Hilfe der Arbeitstrainingsmaßnahme eher verwirklichen können als ohne?  
Ja  
Nein  
Weiß nicht

**Frage 30:** Glauben Sie, daß Sie Ihre beruflichen Ziele grundsätzlich erreichen können?  
ganz sicher wahrscheinlich wenig wahrscheinlich unwahrscheinlich

**Frage 31:** Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit in der WfB?  
sehr zufrieden ziemlich zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

**Frage 32:** Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Leistungsniveau?  
sehr zufrieden ziemlich zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

**Frage 33:** Wie zufrieden wären Sie mit einer längerfristigen Beschäftigung in der WfB?  
sehr zufrieden ziemlich zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

**Frage 34:** Wie stark beunruhigt Sie die Vorstellung, vielleicht nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten zu können?  
sehr stark ziemlich stark eher wenig gar nicht

**Frage 35:** Welche Alternativen sehen Sie für sich, falls Sie nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten könnten?

**Frage 36:** Wie schätzen Sie Ihre berufliche Zukunft ein?  
weiß nicht  
eher positiv  
eher negativ

**Frage 37:** Wie stark ist die Verwirklichung ihrer beruflichen Pläne abhängig:  
von Ihren persönlichen Anstrengungen?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)  
vom Verlauf Ihrer Krankheit?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)  
von den Mitarbeitern des Rudolf-Sophien-Stifts?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)  
von Ihren Eltern?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)  
von den Kostenträgern (Arbeitsamt, Rentenversicherungsträgern etc.)?  
total (100%) stark (75%) mäßig (50%) ein wenig (25%) gar nicht (0%)  
Welche Einflussfaktoren gibt es noch, von denen Ihre berufliche Zukunft abhängig ist?

**Frage 38:** Stehen Sie unter Zeitdruck bei der Verwirklichung Ihrer beruflichen Ziele?  
Ja  
Nein. Wenn Ja: Gründe für den Zeitdruck:

**Frage 39:** Welchen Einfluß hat die Arbeit in der WfB auf Ihre psychische Gesundheit?  
Ich fühle mich besser            ich sehe keinen Einfluß            ich fühle mich schlechter

**Frage 40:** Wie würde es Ihnen gesundheitlich gehen, wenn Sie nicht arbeiten würden?  
Besser            unverändert            schlechter

**Frage 41:** Wie würde es Ihnen gesundheitlich gehen, wenn Sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten würden?  
Besser            unverändert            schlechter

**Frage 42:** Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre derzeitige Tätigkeit in der WfB gefordert?  
meistens            manchmal            optimal            manchmal            meistens  
überfordert            überfordert            gefordert            unterfordert            unterfordert

**Frage 43:** Unter welchen Arbeitsbedingungen sehen Sie für sich ein erhöhtes Rückfallrisiko?

**Frage 44:** Welche Erwartungen haben Ihre Eltern in beruflicher Hinsicht an Sie?  
Arbeit in einer WfB  
Frühere Tätigkeit wieder aufnehmen  
Beginn einer Umschulung  
Hauptsache keinen Rückfall  
keine konkreten Erwartungen  
Weiß ich nicht

## Auswertungsschema: Teil A: Bereich Psychische Erkrankung

### Frage 1:

Auswertung: Ja/Nein und zusätzlich: kürzer/länger als ein Jahr her.

### Frage 2:

2 Punkte	Jede korrekte Wiedergabe der Diagnose, wenn auch allgemein (z.B. Schizophrenie)
1 Punkt	Reine Zustands- oder Stimmungsbeschreibungen (z.B. fühle mich depressiv, starke Verwirrungszustände) oder rein individuelle Bezeichnungen der Erkrankung
0 Punkte	Nennung falscher Diagnose oder Erklärungen, z.B. Geistige Behinderung, allgemeine körperliche Schwäche etc. Ebenfalls 0 Punkte, aber gesondert auflisten: bezeichnet sich nicht als psychisch krank.

### Frage 3:

2 Punkte	Verletzlichkeit, Krankheitsanfälligkeit, möglichst mit Bezug zur psychischen Erkrankung (wurde aber nicht explizit gefragt)
1 Punkt	Vage Antworten, wie z.B. allgemeine Schwäche, Anfälligkeit, Sensibilität
0 Punkte	Falsche Antworten (vermutlich hier selten, dann eher "Weiß nicht")

### Frage 4:

Als richtige Antworten gelten „Vererbung“, „Veranlagung“ und „zu viel Streß“.

2 Punkte	<b>Netto</b> mindestens zwei richtige Nennungen, d.h. nach Abzug der falschen Antworten
1 Punkt	<b>Netto</b> mindestens eine richtige Nennung, d.h. nach Abzug der falschen Antworten
0 Punkte	<b>Netto</b> keine richtige Nennung mehr, d.h. nach Abzug der falschen Antworten

### Frage 5:

2 Punkte	Genaue Beschreibung von Symptom-Beispielen und/oder Nennung des definitorischen Unterschiedes
1 Punkt	Eines von beiden richtig benannt oder mit Beispielen beschrieben.
0 Punkte	Guter/schlechter Verlauf. Ereignisse, die sich positiv/negativ auf den Verlauf auswirken.

### Frage 6 a):

2 Punkte	Korrekte Umschreibung (z.B. erste Anzeichen für das Auftreten einer Psychose), evtl. mit Beispielen
1 Punkt	Frühwarnzeichen einer Psychose ohne genauere Erklärung
0 Punkte	Keine Definition, sondern bereits Nennung der eigenen Frühwarnzeichen. Falsche Antworten, wie z.B. Körperliche Beschwerden.

### Frage 6 b):

2 Punkte	Mehr als 1 Frühwarnzeichen wurde benannt
1 Punkt	Mindestens 1 Frühwarnzeichen wurde benannt
0 Punkte	falsche Frühwarnzeichen (z.B. körperliche Symptome)

### Frage 7 a):

2 Punkte	Zusammenhang zwischen Frühwarnzeichen und Handlungen im Krisenfall wird beschrieben. Evtl. zusätzlich Schriftlicher Charakter wird erwähnt.
1 Punkt	Nennung der Inhalte des Krisenplans (z.B. zum Arzt gehen), ohne den allgemeinen Sinn zu beschreiben.
0 Punkte	Allgemeine Aussagen wie "Maßnahmen zur Überwindung der Erkrankung"

**Frage 7 b):** 1 Punkt bei Ja, 0 bei Nein.

### Frage 8:

2 Punkte	Maßnahmen, die den Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Streß bei beginnender Krise berücksichtigen, hier v.a. Arzt aufsuchen, Medikamente verändern, Gespräch mit Vertrauensperson suchen, sich Hilfe holen, Streß reduzieren.
1 Punkt	Eher individuelle Maßnahmen, die den Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Streß bei beginnender Krise nur teilweise berücksichtigen, z.B. „sich zurückziehen“, „viel laufen“ etc., wenn sonst nichts weiter benannt wurde.
0 Punkte	Keine Maßnahme, die den Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Streß bei beginnender Krise berücksichtigt oder Benennung der offenkundigen Hilflosigkeit bzw. Unfähigkeit, in einer Krise etwas zu tun.

### Frage 9:

2 Punkte	Eine spezifische Wirkung muß benannt werden, entweder Antipsychotische Wirkung durch Dämpfung wird irgendwie erkannt, am besten Botenstoffe-/Rezeptorenerklärung, Überreizung/Reizüberflutung abbauen, normales Denken ermöglichen etc., oder beruhigende, sedierende Wirkung.
1 Punkt	Eher unspezifische Wirkungen wie Stimmungsverbesserung oder überwiegende Nennung von Nebenwirkungen.
0 Punkte	Medikamenten wird keine Funktion zugeschrieben oder es kann keine angegeben werden, außer daß man sie nehmen soll. Oder ausschließliche Nennung von Nebenwirkungen.

## Auswertungsschema: Teil B: Bereich Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten

### Frage 10 a):

2 Punkte	Genauere Antworten, z.B. Infos über Berufsbilder, Ausbildungsberufe, Anforderungen, persönliche Auswahl, Demo-Möglichkeiten (Filme etc.), Beratung etc.
1 Punkt	Informationen über Berufe oder Arbeit allgemein
0 Punkte	Falsche Antworten, z.B. Verbindung mit Stellensuche wird hergestellt, Unterstützung wird erwartet.

**Frage 10 b):** richtig 1 Punkt, falsch 0 Punkte

### Frage 11 a):

2 Punkte	Behinderte in Arbeit zu vermitteln, zu unterstützen, Eingliederung etwas genauer beschrieben, als bereits im Namen enthalten
1 Punkt	Allgemeine Unterstützung bzw. Wiedergabe des Namens (FEB)
0 Punkte	z.B. unterstützen Behinderte finanziell, bieten Arbeitsmöglichkeiten

**Frage 11 b):** richtige Antwort 1 Punkt, falsche bzw. keine Antwort 0 Punkte

### Frage 11 c):

2 Punkte	Wenn bei Arbeitssuche Unterstützung benötigt wird oder Nennung spezifischer Unterstützungswünsche, z.B. bei Bewerbungen
1 Punkt	Arbeitssuche allgemein
0 Punkte	Ansicht, man sei nicht behindert und der FEB deshalb nicht zuständig oder Nennung falscher Gründe, z.B. wenn es mir schlechter geht.

### Frage 12 a):

2 Punkte	Beschreibung als Anlaufstelle für psychisch Kranke und Angehörige und/oder Nennung mehrerer Hilfsangebote des SPD.
1 Punkt	Hilfe oder Unterstützung ganz allgemein. Nennung einzelner spezieller Angebote, ohne die allgemeine Funktion zu erkennen (z.B. nur "die betreuen einen zuhause").
0 Punkte	Nennung falscher Hilfsangebote

**Frage 12 b):** richtige Antwort 1 Punkt, falsche bzw. keine Antwort 0 Punkte

**Frage 12 c):** die Frage, welche genutzt werden, ist nur von allgemeinem Interesse Gewertet wird nur, was benannt wird. Evtl. ist dieser Fragenteil nicht auswertbar, da nur diejenigen Angebote benannt wurde, die die Probanden kennen.

2 Punkte	Mehr als 1 konkretes Hilfsangebot wird benannt
1 Punkt	Zumindest 1 konkretes Hilfsangebot wird benannt
0 Punkte	Falsche Hilfsangebote werden vermutet.

### Frage 13:

2 Punkte	Nennung mehrerer, verschiedener Ziele, z.B. Tagesstruktur, Stabilisierung, Ablenkung, soziale Kontakte, Wiedereingliederung (mind. 2 verschiedene)
1 Punkt	Nur 1 Ziel wird genannt, v.a. bezüglich Arbeit, z.B. arbeitsfähig werden, arbeiten können, Arbeit bewältigen: eindimensional. Oder nur: fit für draußen werden.
0 Punkte	Falsche Antwort, z.B. nur auf Wiedereingliederung bezogen oder Vorbereitung auf Ausbildung, oder Berufsausbildung selbst etc.

### Frage 14:

2 Punkte	Unterscheidung bezüglich mindestens zwei Merkmalen: Erwähnung der Zeitdauer, des Lohns im Arbeitsbereich, Steigerung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit, unterschiedliche Kostenträger etc.
1 Punkt	Unterscheidung bezüglich einer Dimension, v.a. Üben und richtig Arbeiten.
0 Punkte	Falsche oder undifferenzierte Antworten (z.B. tun und machen)

### Frage 15 a):

2 Punkte	Differenzierung zw. AT und AB
1 Punkt	Begrenzung auf 2 Jahre oder undifferenziert "so lange man will", "lange", "bis man fit für draußen ist" etc.
0 Punkte	Falsche Antworten, auch Zeitbegrenzungen ohne Sinn, z.B. 5 Jahre

### Frage 15 b):

2 Punkte	Differenzierung zw. AT und AB, zusätzlich Sozialhilfe oder Rente
1 Punkt	Nennung von nur einer – meist der aktuellen – Finanzierung, z.B. ABG/ÜBG
0 Punkte	Falsche Angaben und Bewertungen wie z.B. "nicht viel" ohne weitere Angaben.

**Frage 15 c):** richtige Antwort 1 Punkt, falsche bzw. keine Antwort 0 Punkte

### Frage 16:

2 Punkte	Richtige Antwort, d.h. wie lange muß man in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt haben (grob) und/oder man muß dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.
1 Punkt	Vage Angaben, z.B. wenn man eine gewisse Zeit draußen gearbeitet hat.
0 Punkte	Wenn man nicht mehr in der WfB arbeitet, wenn man eine Ausbildung hat. Allgemeine Angaben über die Dauer des Anspruchs (1 Jahr)

**Frage 17:**

2 Punkte	Nennung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (grob) und der Leistungsminderung
1 Punkt	Wenn man wegen der Erkrankung (körperlich/psychisch) arbeitsunfähig ist ohne nähere Angaben der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Allgemein: wenn man seine Arbeit nicht mehr machen kann
0 Punkte	Flasche Antworten, z.B. wenn man im Rentenalter ist

**Frage 18:**

2 Punkte	Ungefähre Nennung der finanziellen Einkommensgrenze, ab der man sich an das Sozialamt wenden kann. Wird jedoch eine völlig fiktive grenze benannt, gibt's nur einen Punkt
1 Punkt	"Wenn man nicht genügend Geld hat für Wohnung und Verpflegung" ohne näherer Eingrenzung
0 Punkte	Unvollständige bzw. nur auf eine Situation bezogene Antworten, z.B. "wenn das Arbeitsamt die Zahlungen einstellt" oder "jetzt" oder ganz allgemein "wenn man nicht genügend Geld hat".

**Frage 19 a):** richtige Antwort 1 Punkt, falsche bzw. keine Antwort 0 Punkte

**Frage 19 b):** richtige Antwort 1 Punkt, falsche bzw. keine Antwort 0 Punkte

**Frage 20:**

Sollte nicht mit Punkten bewertet werden, da ja der eine oder andere aus gutem Grund evtl. noch keine Angebote genutzt hat.

Statt dessen Kategorisierung der genannten Unterstützungsmöglichkeiten:

Finanzielle Unterstützung

- Berufliche Maßnahmen oberhalb der WfB
- WfB
- SPD
- BBD
- Psychotherapie
- Sonstige
- keine

**Frage 21:**

2 Punkte	Nennung von 2 richtigen Arbeitsmöglichkeiten
1 Punkt	Nennung von 1 richtigen Arbeitsmöglichkeit
0 Punkte	Falsche Antworten oder undifferenziert "der zweite Arbeitsmarkt"

## Bewertungsbogen Arbeitsgruppenleiter

**Name:**

**Monat:**

**1. Fehltage im letzten Monat:**

	unentschuldigt gefehlt	entschuldigt gefehlt	krank
Anzahl Tage			

**2. Pünktlichkeit (Arbeitszeit, Pausenzeit etc.) in den letzten 4 Wochen (MELBA-Merkmal 19):**

ist häufig nicht in der Lage, zeitliche Übereinkünfte auch nur annähernd einzuhalten  
 hält zeitliche Übereinkünfte bisweilen ein  
 hält vereinbarte Termine ein

**3. Einhalten der Pausenzeiten in den letzten 4 Wochen:**

hält sich überhaupt nicht an die vorgegebenen Pausenzeiten  
 überzieht die Pausen oft um einige Minuten  
 überzieht die Pausen manchmal um wenige Minuten  
 hält die Pausenzeiten meistens ein

**4. Arbeitsstunden pro Tag in den letzten 4 Wochen:**

weniger als 4 Stunden  
 4 Stunden  
 4-6 Stunden  
 6-8 Stunden

**5. Ausdauer in den letzten 4 Wochen (MELBA-Merkmal 5):**

bedarf ständig äußerer Motivation, um auch nur kurzfristig Aufgaben zu verfolgen und/oder ist sehr leicht ablenkbar  
 kann für kurze Zeit auch uninteressante Arbeitsaufgaben ausführen  
 kann über einen längeren Zeitraum Arbeitsaufgaben ausführen und/oder benötigt gelegentlich einen Wechsel in der Aufgabenstellung  
 kann einzelne, wenig motivierende Tätigkeiten über einen langen Zeitraum hinweg ausführen  
 kann auch selten wechselnde, extrem unmotivierende, anspruchslose Tätigkeiten über einen sehr langen Zeitraum stetig ausführen

**6. Interesse/Motivation in den letzten 4 Wochen:**

verhält sich der Arbeit gegenüber ablehnend und arbeitet überhaupt nur auf Aufforderung, ohne jegliches Interesse  
 verhält sich der Arbeit gegenüber nicht ablehnend und scheint sich für sie zu interessieren, fragt aber nicht interessehalber nach und äußert keine arbeitsbezogenen Wünsche  
 interessiert sich gelegentlich von sich aus für die Arbeit, fragt mitunter aus Interesse nach, äußert manchmal arbeitsbezogene Wünsche  
 interessiert sich oft von sich aus für die Arbeit, fragt häufig aus Interesse nach, äußert arbeitsbezogene Wünsche

**7. Mißerfolgstoleranz in den letzten 4 Wochen (MELBA-Merkmal 16):**

reagiert verzweifelt auf Mißerfolge, auch wenn die Aufgabe mit sehr geringem Aufwand wiederholt werden kann und/oder weigert sich weiterzuarbeiten, sobald eine Arbeitsaufgabe nicht sofort klappt und/oder ein erfolgreicher Abschluß einer Arbeitsaufgabe muß im Vorfeld abgesichert sein  
 ist in der Lage, Tätigkeiten nach Mißerfolg erneut zu verrichten, solange dies mit einem geringen Aufwand verbunden ist und/oder ist in der Lage, nach Mißerfolg noch wenige Versuche durchzuführen  
 kann Tätigkeiten verrichten, die bei wertlosem Arbeitsergebnis eine erneute Zuwendung von höherem Ausmaß erfordern und/oder versucht mehrmals einen erfolgreichen Abschluß zu erreichen  
 kann Tätigkeiten verrichten, die bei wertlosem Arbeitsergebnis eine erneute Zuwendung von beträchtlichem Ausmaß erfordern und/oder zeigt Engagement, auch wenn die Arbeitsaufgabe zuvor nicht erfolgreich abgeschlossen wurde  
 kann Tätigkeiten verrichten, die bei wertlosem Arbeitsergebnis eine erneute Zuwendung über einen erheblichen Zeitraum erfordern und/oder zeigt ein hohes Maß an Engagement, auch wenn die Arbeitsaufgabe zuvor mehrmals nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

**8. Kritisierbarkeit in den letzten 4 Wochen (MELBA-Merkmal 13):**

reagiert äußerst ablehnend oder unreflektiert zustimmend auf jede Art von Hilfestellung, Korrektur oder Anregung und/oder reagiert bei Kritik fassungslos  
 geht auf berechtigte Kritik ein, wenn sie vorsichtig vorgetragen wird und/oder reagiert mit Hilfslosigkeit  
 kann berechtigte Kritik annehmen und diese umsetzen bzw. angemessen darauf reagieren

### **9. Kritische Kontrolle der eigenen Arbeit in den letzten 4 Wochen (MELBA-Merkmal 12):**

erkennt eigene Fehler nicht und/oder benötigt ständig Kontrollen und/oder ist völlig unreflektiert und/oder findet sein Arbeitsergebnis bzw. seine Arbeitsleistungen kritiklos prima oder sehr schlecht und/oder kann die Qualität seines Tuns nicht einschätzen

kann auf Aufforderung hin kritisch betrachten und gelangt dann zu einer tendenziell richtigen Einschätzung und/oder kann manchmal Entscheidungen treffen, wenn mögliche Fehlentscheidungen nur geringen Schaden bedingen und/oder zwingendes Kontrollieren

überprüft seine Tätigkeit von Zeit zu Zeit aus eigenem Antrieb und/oder kann Unkorrektheiten erkennen und korrigieren  
überprüft seine Tätigkeiten eigenständig und/oder kann häufig Entscheidungen über die Art der Arbeitsausführung treffen  
betrachtet aufmerksam und dauernd seine Tätigkeit und/oder strebt selbständig nach Optimierung und/oder kann viele verschiedene und komplexe Tätigkeitselemente berücksichtigen

### **10. Zielstrebigkeit in den letzten 4 Wochen:**

scheint keine beruflichen Nah-Ziele zu haben und wirkt auch allgemein unmotiviert und desinteressiert an der Reha-Maßnahme

wirkt allgemein bemüht und motiviert, scheint jedoch keine konkreten beruflichen Nah-Ziele zu haben

hat zwar ein berufliches Nah-Ziel, das er/sie in den nächsten 3 Monaten erreichen möchte, unternimmt aber keine erkennbaren Schritte auf dieses Ziel hin

hat ein berufliches Nah-Ziel, das er/sie in den nächsten 3 Monaten erreichen möchte, und unternimmt erkennbar Schritte auf dieses Ziel hin

### **11. Arbeitsbezogenes Verhalten in den letzten 4 Wochen:**

verhält sich wie ein Patient (trägt Kleidung wie in der Klinik, beschäftigt sich überwiegend mit seiner Erkrankung und schont sich die ganze Zeit)

verhält sich eher wie ein kranker Mitarbeiter (trägt Arbeitskleidung, spricht aber noch häufig über Krankheit und neigt dazu, sich eher zu schonen)

verhält sich wie ein Mitarbeiter (trägt Arbeitskleidung, spricht selten über Krankheit, Klinik etc. und häufiger über Arbeit, fordert sich bei der Arbeit)

### **12. Durchhaltevermögen in den letzten 4 Wochen:**

macht häufig zusätzliche Pausen, ohne sich um den Arbeitsprozeß zu kümmern

braucht kurze zusätzliche Pausen, kann diese jedoch nicht selbständig machen und muß dazu aufgefordert werden

macht kurze zusätzliche Pausen, die er/sie in Abhängigkeit von der Arbeit selbständig macht und nicht überzieht

macht keine zusätzlichen Pausen

### **13. Beobachtbare krankheitsbedingte Einschränkungen am Arbeitsplatz in den letzten 4 Wochen :**

wirkte durch die Erkrankung sehr stark bzw. durchgehend deutlich eingeschränkt in der Leistungsfähigkeit

wirkte durch die Erkrankung deutlich bzw. meistens erkennbar eingeschränkt in der Leistungsfähigkeit

wirkte durch die Erkrankung nur gelegentlich bzw. nur leicht eingeschränkt in der Leistungsfähigkeit

krankheitsbedingte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit waren nicht zu erkennen

### **Welche berufliche Zukunftsperspektive hat Ihrer derzeitigen Einschätzung**

**nach Herr/Frau \_\_\_\_\_ ?**

Leistungsfähigkeit für allgemeinen Arbeitsmarkt kann mit großer Wahrscheinlichkeit erreicht werden

positiver Verlauf der Reha ist wahrscheinlich, es ist jedoch unklar, ob Leistungsfähigkeit für allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden kann

Integration in eine WfB und gesundheitliche Stabilität sind das höchste erreichbare Ziel

derzeit erscheint ein erneuter Rückfall sehr wahrscheinlich

es ist unklar, ob die Leistungsfähigkeit für den Rahmen einer WfB ausreicht

### **Wie groß ist Ihrer Einschätzung nach derzeit die Wahrscheinlichkeit, daß er/sie seine/ihre beruflichen Ziele erreicht?**

eher wahrscheinlich

eher unwahrscheinlich

berufliche Ziele des Rehabilitanden nicht bekannt

## Auswertung

Bewerten Sie bitte die vier Themenblöcke der Schulung. Vergeben Sie dabei Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (unbefriedigend). In der ersten Spalte steht jeweils die Frage bzw. das Kriterium, nach der Sie den Themenblock bewerten sollen.

	Arbeit und psychische Erkrankung	Stärken und Schwächen	Arbeits- und Unterstützungsmöglichkeiten	Kurz- und mittelfristige Ziele
Wie hilfreich war dieser Teil für Sie?				
Verständnis der psychischen Erkrankung				
nützliche Informationen				
Wissenszuwachs				
Lernerfolg				
Handlungskompetenz				
Spaß gemacht				
Wohl gefühlt in der Gruppe?				
Wie stark war Ihr Interesse am Thema?				
Eingehen der Leiter auf ihre Wünsche				
Waren die Inhalte verständlich dargelegt?				
Didaktik der Leiter				

Bringen Sie die vier Themen in eine Reihenfolge nach der Wichtigkeit für Sie:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.