

**Integration von
chronisch psychisch kranken Menschen
auf den allgemeinen Arbeitsmarkt**

**Eine Studie zu prädiktiven Faktoren
am Beispiel eines Integrationsprojektes in Deutschland**

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Tanja Hundsdörfer
aus Stuttgart

Tübingen

2009

Tag der mündlichen Qualifikation:

22. Juli 2009

Dekan:

Prof. Dr. Oliver. Kohlbacher

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter

Prof. Dr. K.H. Wiedl

Wenn du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht Leute zusammen, um Holz zu beschaffen, Werkzeuge vorzubereiten, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern wecke in ihnen die Sehnsucht nach dem weiten endlosen Meer.

Antoine de Saint - Exupéry

Die Studie zur vorliegenden Arbeit wurde am Psychologischen Institut, Abteilung für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie, der Universität Tübingen in Kooperation mit den Werkstätten des Rudolf – Sophien – Stifts in Stuttgart durchgeführt.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Martin Hautzinger für die wissenschaftliche Begleitung der Arbeit und die tatkräftige Unterstützung bei der Umsetzung.

Auch bei Herrn Prof. Jürgen Heller möchte ich mich für die gute Beratung bei der Auswertung bedanken.

Weiter gilt mein Dank Frau Dr. Irmgard Plössl für die Initiierung des Projekts und die Möglichkeit es wissenschaftlich begleiten zu dürfen.

Ebenso danke ich Frau Dr. Anja Schwarz für hilfreiche Kritik, unermüdliche Unterstützung, Korrekturen und fruchtbare Diskussionen.

Und Frau Dipl. Psych. Tina Hundsdörfer für ihre Unterstützung, Korrekturlesen und den unbedingten Glauben daran, dass dieses Projekt gelingt. Sowie meiner gesamten Familie für den Rückhalt.

Nicht zuletzt danke ich den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Werkstätten des Rudolf – Sophien – Stifts für ihre Geduld und ihren unermüdlichen Einsatz beim Ausfüllen der Fragebogen

Die Studie wurde mit Mitteln der Heidehof – Stiftung, Stuttgart, finanziert.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Zusammenfassung	S. 1
1. Einleitung	S. 2
2. Theoretischer Hintergrund	S. 5
2.1 Einführung	S. 5
2.2 Rehabilitationskonzepte für psychisch Kranke	S. 10
2.3 Beschreibung der Maßnahme	S. 15
2.4 Ausgewählte Forschungsarbeiten	S. 18
2.5 Kosten und Nutzen von Rehammaßnahmen	S. 46
2.5.1 Beschäftigungs- und Arbeitssituation	S. 46
2.5.2 Formen der Integration in Arbeit bzw. Beschäftigung	S. 48
2.5.3 Grundsätze und Strategien bei Vermittlung bzw. Integration	S. 49
2.5.4 Teilhabe am Arbeitsleben	S. 50
2.6 Krankheitsbilder und die damit verbundenen Vermittlungshemmnisse	S. 52
2.6.1 Hilfebedarf und Eingliederungsziele	S. 52
2.6.2 Krankheitsbilder	S. 52
2.6.2.1 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	S. 53

2.6.2.2	Angsterkrankungen und Zwänge	S. 54
2.6.2.3	Affektive Störungen	S. 56
2.6.2.4	Persönlichkeitsstörungen	S. 56
2.7	Sozialpsychologische Theorien und Herleitung der Fragestellungen	S. 58
2.7.1	Sozialpsychologische Theorien	S. 59
2.7.1.1	Attributionstheorien	S. 59
2.7.1.2	Kontrollüberzeugungen	S. 59
2.7.1.3	Irrationale Einstellungen	S. 61
2.7.1.4	Stressverarbeitung	S. 61
2.7.1.5	Lebensqualität	S. 62
2.7.2	Herleitung der Fragestellung	S. 63
3.	Methodik	S. 65
3.1	Zielsetzungen	S. 65
3.2	Stichprobengewinnung und Drop Outs	S. 66
3.2.1	Stichprobengewinnung	S. 66
3.2.2	Drop – Outs	S. 67
3.3	Studiendesign und Untersuchungsplan	S. 68
3.3.1	ethische Problematik	S. 68
3.3.2	Studiendesign	S. 69
3.3.3	Untersuchungsplan	S. 70
3.3.4	Operationalisierung der abhängigen Variablen /Erfolgskriterien	S. 76
3.3.5	Operationalisierung der unabhängigen Variablen/ Prädiktoren	S. 77

3.4	Bezug des Designs zu den dargestellten Fragestellungen und statistische Auswertung	S. 77
4.	Ergebnisse	S. 81
4.1	Beschreibung der Studienabbrecher	S. 81
4.2	Stichprobenbeschreibung	S. 88
4.3	Rehabilitationsverläufe	S. 90
4.4	Auswertung nach Hypothesen	S. 97
5	Diskussion und Ausblick	S. 132
5.1	Diskussion der Befunde	S. 132
5.2	Methodenkritik	S. 142
5.3	Ausblick	S. 146
5.4	Praktische Umsetzungsperspektiven	S. 147
6.	Literatur	S. 151
7.	Anhang	S.162

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kontinuum – Modell der Rehabilitation	S.6
Abb.2: Stichprobenentwicklung über die Messzeitpunkte	S.71
Abb.3: Stichprobenentwicklung für die Untergruppen	S.72
Abb.4: Anteil Männer und Frauen	S.83
Abb.5: Wohnform	S.84
Abb.6: Schulabschluss	S.85
Abb.7: Ausbildung	S.85
Abb.8: Diagnosen	S.86
Abb.9: Testergebnisse Frau E	S.92
Abb.10: Testergebnisse Herr N	S.94
Abb.11: Testergebnisse Herr Z	S.96
Abb.12: Integration auf einem Außenarbeitsplatz	S.98
Abb.13: Kanonische Diskriminanzfunktion SVF 78	S.108
Abb.14: Kanonische Diskriminanzfunktion FPI	S.119
Abb.15: Kanonische Diskriminanzfunktion AVEM	S.123
Abb.16: Kanonische Diskriminanzfunktion D2	S.126

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Übersicht Stichprobe und Vergleichsgruppe	S.68
Tab.2: exemplarischer Untersuchungsplan	S.70
Tab.3: Aufnahmen in die Studie (Stichprobe)	S.81
Tab.4: Aufnahmen in die Vergleichsgruppe der Studie	S.82
Tab.5: soziodemographische Daten der Stichprobe	S.87
Tab.6: Korr. O-AFP/ Teilhabe am Arbeitsleben (Probanden)	S.99
Tab.7: Korr. O-AFP/Teilhabe am Arbeitsleben (Vergleichsgruppe)	S.100
Tab.8: Korrelationen Gesamtstichprobe/ O-AFP	S.100
Tab.9: Korr. für die Pb zum 2. Messzeitpunkt Teilhabe/ O-AFP	S.101
Tab.10: Korr. für die VG zum 2. Messzeitpunkt Teilhabe/ O-AFP	S.101
Tab.11: Korr. für die Pb Teilhabe am Arbeitsleben mit FKK/ KKG	S.102
Tab.12: Korr. für die VG Teilhabe am Arbeitsleben/FKK/KKG	S.103
Tab.13: Korr. Pb 2. Messzeitpunkt Teilhabe /FKK/KKG	S.103
Tab.14: Korr. VG 2. Messzeitpunkt Teilhabe/FKK/KKG	S.104
Tab.15: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix SVF 78 Pb/VG	S.105
Tab.16: Klassifizierungsergebnisse Diskriminanzanalyse	S.105
Tab.17: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix SVF 78 Pb/Wechsler/VG	S.106
Tab.18: Klassifizierungsergebnisse Diskriminanzanalyse zum zweiten Messzeitpunkt	S.107
Tab.19: ANOVA SVF 78	S.109
Tab.20: Ergebnisse T-Test BSI	S.110
Tab.21: Ergebnisse T-Test WHOQOL	S.111
Tab.22: ANOVA BSI/ WHOQOL	S.112
Tab.23: Korrelation VG Teilhabe am Arbeitsleben/FIE	S.113
Tab.24: Korrelationen KG Teilhabe am Arbeitsleben/ FIE	S.114
Tab.25: Korrelation Gesamtstichprobe Teilhabe/FIE	S.114

Tab.26: Korrelation Pb Teilhabe am Arbeitsleben/FIE zum zweiten Messzeitpunkt	S.115
Tab.27: Korrelation VG Teilhabe am Arbeitsleben/ FIE	S.116
Tab.28: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix FPI Pb/VG	S.117
Tab.29: Klassifizierungsergebnisse FPI Pb/VG	S.118
Tab.30: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix FPI Pb/Wechsler/VG	S.118
Tab.31: Klassifikationsergebnisse FPI Pb/Wechsler/VG	S.120
Tab.32: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix AVEM Pb/VG	S.121
Tab.33: Klassifikationsergebnisse AVEM Pb/VG	S.121
Tab.34: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix AVEM Pb/Wechsler/VG	S.122
Tab.35: Klassifikationsergebnisse AVEM Pb/Wechsler/VG	S.123
Tab.36: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix D2 Pb/VG	S.124
Tab.37: Klassifikationsergebnis D2 Pb/VG	S.124
Tab.38: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix D2 Pb/Wechsler/VG	S.125
Tab.39: Klassifikationsergebnis D2 Pb/Wechsler/VG	S.126
Tab.40: ANOVA FPI	S.128
Tab.41: ANOVA AVEM	S.129
Tab.42: ANOVA D2	S.130
Tab.43: ANOVA MWT-B	S.130

AB	Arbeitsbereich
ALINA	Alternatives integriertes Arbeiten
AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster
BBB	Berufsbildungsbereich
BBW	Berufsbildungswerk
BFW	Berufsförderungswerk
BSI	Brief Symptom Inventory
BTZ	Berufstrainingzentrum
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Naturheilkunde
DRV	Deutsche Rentenversicherung
d2	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test
ebd.	eben da
EU – Rente	Erwerbsunfähigkeitsrente
FIE	Fragebogen zu irrationalen Einstellungen
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar
GAF	Global Assessment of Functioning
IFD	Integrationsfachdienst
InPUT	Individuelle Platzierung Unterstützung und Training
IPS	Programm zur individuellen Platzierung und Unterstützung
KKG	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
MWT-B	Mehrfach-Wortschatz-Intelligenztests
O-AFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil
Pb	Probanden
RPK	Rehabilitation Psychisch Kranker
RRSS	Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift
SE	Supported Employment
SGB	Sozialgesetzbuch
SVF 78	Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogen SVF
VG	Vergleichsgruppe
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

WHOQOL

Quality of Life Questionnaire der WHO

Zusammenfassung

Für die ca. 500.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter, die mit einer chronischen psychischen Erkrankung leben müssen, sollten Möglichkeiten geschaffen werden wieder am Arbeitsleben teilzuhaben.

Dies geschieht in den USA, Europa und auf anderen Kontinenten mit Integrationsprojekten, die den Ansatz des so genannten supported employment verfolgen. Die Forschung ist vor allem im deutschsprachigen Raum noch nicht weit fortgeschritten.

In der vorliegenden Studie wurde eine Stichprobe von 89 Personen untersucht. Diese Personen besuchten entweder die reguläre Maßnahme der untersuchten Werkstatt für behinderte Menschen oder das dort ins Leben gerufene Integrationsprojekt, das sich an den Ansätzen des supported employment orientierte.

Die Personen wurden zu Beginn der Maßnahme, nach einem halben Jahr und nach einem Jahr mit Hilfe von 13 standardisierten Fragebogen und einer Fremdbeurteilungsskala untersucht.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in den einzelnen Fragebogen Skalen gefunden werden können, die die oben genannten Gruppen voneinander unterscheiden und den Erfolg einer Maßnahme vorhersagen können. Vor allem die Skalen des AVEM, des FKK und des d2 scheinen einen Beitrag zur Vorhersage von Integration leisten zu können.

Daneben konnte gezeigt werden, dass die Dauer der Studie zu kurz für einige der gemessenen Konstrukte war und dies in Folgestudien verbessert werden müsste.

1. Einleitung

In Deutschland leben 400 - 500.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter mit einer chronischen psychischen Erkrankung. Etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung wird im Laufe ihres Lebens in irgendeiner Form psychisch erkranken. Diesen Menschen sollte nach einer Phase der Erkrankung und anschließender Rehabilitation wieder ermöglicht werden am Arbeitsleben teilzuhaben. Dies kann in Deutschland auf unterschiedlichen Wegen geschehen.

Für Menschen, die chronifiziert erkrankt sind und somit dem allgemeinen Arbeitsmarkt für die Dauer von mindestens 6 Monaten nicht zur Verfügung stehen, sind dies in aller Regel Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und die Berufsbildungsbereiche der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Für viele Menschen bedeutet die Arbeit in einer Werkstatt ein nahezu unüberwindbares Hindernis. Sie fürchten die damit einhergehende Stigmatisierung, sowie einen Einsatz in einem Bereich der WfbM, der nicht ihren Fähigkeiten und Neigungen entspricht. Zudem ist inzwischen hinlänglich bekannt, dass die Aufnahme einer Tätigkeit in einer WfbM für die meisten die Endstation ihres Berufslebens bedeutet.

Erschwerend kommt für die hier genannte Gruppe hinzu, dass die so genannten Integrationsfachdienste (IFD), die sich um eine Integration psychisch/seelisch Behinderter kümmern sollen, nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen im Mai 2002 ihren Schwerpunkt auf die Vermittlung körperlich und geistig behinderter Menschen verschoben haben. In der Folge geriet das hier untersuchte Klientel, auch aufgrund der Tatsache ins Hintertreffen, dass, zumindest in Baden-Württemberg, der IFD nur für Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis aktiv werden kann und dieser für seelisch Behinderte schwerer zu erlangen ist.

Trotz erheblicher Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker seit der Psychiatrie – Enquete 1975, der Reform des SGB IX 1999 und dem vom Bundestag 2002 beschlossenen Antrag zur Fortentwicklung der Psychiatriereform, gibt es vor allem im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben chronisch psychisch Kranker noch strukturelle Probleme.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Arbeit einen großen Teil der Identitätsfindung und der sozialen Zuordnung ausmacht. Somit trägt Arbeit zu einem großen Teil zur Lebenszufriedenheit des Einzelnen bei. Chronisch psychisch Kranke bilden hier keine Ausnahme. Wie jedoch weiter oben beschrieben, trifft das bislang vorherrschende Angebot nicht die Wünsche und Bedürfnisse vieler psychisch Erkrankter.

Betrachtet man den Dokumentations- und Forschungsverlauf von der Psychiatrie – Enquete 1975 bis 2007, so ergibt sich das einheitliche Bild, dass, über die Zeit stabil, ca. 25% chronisch schizophren erkrankter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr oder weniger dauerhaft integriert werden können. Die übrigen 75% arbeiten zu einem geringen Teil in einer WfbM, sind hospitalisiert oder leben frühberentet.

Um den veränderten Bedürfnissen und auch dem veränderten Verständnis von Rehabilitation Rechnung tragen zu können, gewannen in den letzten zwei Jahrzehnten, zunächst in den USA, so genannte supported – employment – Programme zunehmend an Bedeutung. Erste Versuche, dieses Modell auf den europäischen bzw. deutschen Raum zu übertragen, wurden 1990 in Westfalen unternommen. Ein weiteres wichtiges Projekt in diesem Zusammenhang ist das Berner – Jobcoach – Projekt PASS, das seit 1991 erfolgreich die Integration psychisch Kranker auf den allgemeinen Arbeitsmarkt betreibt.

Trotz der verschiedenen Versuche andere Formen von Rehabilitation zu etablieren, stellen bis heute die Werkstätten für behinderte Menschen anteilig die meisten Arbeitsplätze für chronisch psychisch Kranke. Versicherungspflichtige Arbeitsplätze sind nach wie vor die Ausnahme.

Obwohl inzwischen in vielen Studien bewiesen wurde, dass es möglich ist, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren, ist noch nicht genau bekannt, welche Faktoren die Integration unterstützen.

Es ist essentiell zu verstehen, welche Prädiktoren, eingeschlossen klinische Faktoren, zu einem Erfolg beitragen. Dies auch, damit die Programme besser auf den bedürftigen Personenkreis zugeschnitten werden können.

Auch Werkstätten, wie die des Rudolf – Sophien – Stifts (RRSS) in Stuttgart, Baden-Württemberg, haben sich der Vermittlung chronisch Kranker angenommen. So ist es im Verlauf der letzten Jahre immer wieder gelungen, Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln. Beginnend mit dem jetzigen Jahrtausend zeigte sich jedoch zunehmend, dass die Anzahl vermittelter und vermittelbarer Personen geringer wird. Dies ist zum einen auf die zunehmend ungünstiger werdenden Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und zum anderen auf die Spezifika der Förderung in einer Sondereinrichtung wie der WfbM zurückzuführen.

Diese Erkenntnisse und Überlegungen führten zur Entstehung des Stuttgarter Jobcoach – Projektes InPUT. Da in diesem Fall neben dem Versuch der besseren Integration psychisch kranker Menschen auch die Nützlichkeit der entworfenen Maßnahme überprüft werden sollte, wurde eine Begleitforschung angeregt.

In der folgenden Arbeit sollen nun die ersten Ergebnisse der Studie dargestellt werden. Es handelt sich um die Zusammenfassung der zweijährigen Pilotphase des Projekts. Alle in den ersten zwei Jahren aufgenommenen Teilnehmer haben mindestens ein Jahr der Maßnahme durchlaufen und an drei Testungen teilgenommen. Dies gilt ebenso für die Vergleichsgruppe aus der klassischen Werkstattmaßnahme.

Die Studie bzw. die Aufnahme neuer Teilnehmer geht unterdessen weiter, so dass sich im Laufe der Zeit die Stichprobe weiter vergrößern und die zu diesem Zeitpunkt getroffenen Aussagen weiter erhärten lassen.

Im Folgenden wird zunächst der theoretische Hintergrund, unter anderem die Beschreibung der Maßnahme sowie ausgewählte Forschungsarbeiten erläutert. Im Anschluss daran werden die gewählte Methodik sowie die Ergebnisse dargestellt. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und ein Ausblick gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Einführung

Wie bereits beschrieben, trägt Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur zum Wohlbefinden des Einzelnen, sondern auch zur Entwicklung und Festigung von Sozialkontakten und sozialer Kompetenz bei. Dies kann im weitesten Sinne eine Rückfallprophylaxe darstellen und somit Kosten im Gesundheitswesen reduzieren (Katschnig et al. 1994).

Bei chronisch psychisch Kranken verursacht schon die Erkrankung selbst zahlreiche Probleme, die sie im Alltag und erst recht beim beruflichen Wiedereinstieg einschränken. Meistens ist der Antrieb reduziert und dadurch die Leistungsfähigkeit verringert. Die vorkommenden Denkstörungen, vor allem bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, behindern die Konzentration, Halluzinationen schränken die Wahrnehmung ein und Stress und Lärm können zu Reizüberflutung führen. Ebenso erschweren zahlreiche Ängste die Kommunikation mit möglichen Kollegen und verstärken die Rückzugstendenz der Betroffenen (u.a. ebd.)

Neben diesen Einschränkungen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden, sind die betroffenen Personen, die letztendlich dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen, oft relativ jung erkrankt, so dass sie oftmals keine Ausbildung abschließen konnten. Dies stellt bei einer etwaigen Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ein weiteres Vermittlungshemmnis dar.

Die Erfahrung des Erkrankens ist oft mit einer stark erhöhten Frustrationserfahrung verbunden. Die betroffenen Personen haben schon früh in ihrem Leben erleben müssen, dass sie sich um eine Ausbildung oder einen Arbeitsplatz sehr bemüht haben, aufgrund ihrer Erkrankung aber immer wieder scheiterten oder auf Unverständnis trafen. Diese Erfahrungen verunsichern zusätzlich und sind bei einer Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht hilfreich.

„Mit der Reform des SGB IX (Sozialgesetzbuch) wurde explizit die Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte durch notwendige psychosoziale Hilfen, effektive Vorleistungsregelungen, en-

ge Koordinierung der zuständigen Rehabilitationsträger, volle Nutzung der schon bestehenden Leistungsmöglichkeiten und zielgerichtetes Zusammenspiel medizinischer, beruflicher und sozialer Hilfen“ als Ziel aufgeführt (Aktion psychisch Kranke, 2004 S. 87f). Diese Forderungen sind bis dato nur zum Teil erfüllt worden.

Vor allem im Bereich der chronisch psychisch Kranken erweist sich eine Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in der Mehrzahl der Fälle als schwierig. Es zeigt sich deutlich, dass vor allem Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis deutlich schlechtere Integrationschancen als zum Beispiel Suchtkranke haben (Grausgruber et al. 1994).

Trotz oder gerade deswegen ist die Rehabilitation psychisch kranker Menschen seit der Psychiatrie – Enquete im Jahre 1975 (DGPPN, 1975) weiter in den Fokus gerückt.

Nach der Auslagerung von Psychiatrieplätzen in Werkstätten für Behinderte (WfbM) nahm die Idee, psychisch Kranken mehr und bessere Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, weiter Gestalt an.

Rehabilitation psychisch kranker Menschen fand lange Zeit nach dem Kontinuum – Modell (Pfammatter et al., 2000) statt:

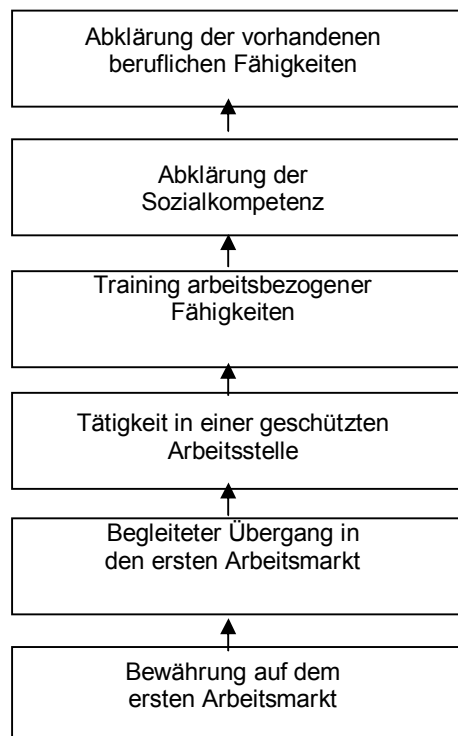


Abb.1: Kontinuum – Modell der Rehabilitation nach Pfammatter et al. 2000

Es zeigte sich im Laufe der Zeit, dass die Integrationsrate von psychisch kranken Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei dieser Form der Rehabilitation gering blieb. Dies lag wahrscheinlich sowohl an der nicht so schnell mitwachsenden Vermittlungskompetenz der Werkstätten, als auch an der Tatsache, dass sich die betroffenen Personen rasch an den Rhythmus einer Werkstatt gewöhnen. Es ist inzwischen gut belegt, dass ein Mensch, der einen Arbeitsplatz in einer WfbM bekommen hat, meist am Ende seiner beruflichen Rehabilitation angelangt ist (Reker et al., 1999).

Erklären lässt sich dies unter anderem dadurch, dass bei der Koordinierung der verschiedenen Maßnahmen noch deutliche Strukturprobleme bestehen. Zum einen ist das System an Einrichtungen und Diensten für psychisch kranke Menschen, für deren Angehörige und zum Teil auch für professionell Tätige nur schwer zu durchschauen und somit intransparent. Zum anderen gibt es große regionale Unterschiede und hohe Zugangsschwellen zu den einzelnen Maßnahmen, da sich diese häufig an den Bedürfnissen des allgemeinen Arbeitsmarktes orientieren und nicht an den Bedürfnissen der Betroffenen.

Ebenso ist durch die teilweise sehr strikte Aufgabentrennung zwischen den einzelnen Diensten eine Fragmentierung des Hilfeprozesses gegeben. Dies kann dazu führen, dass die Hilfe an den Bedürfnissen des jeweilig Betroffenen vorbeigeht. Erschwerend kommt hinzu, dass die Unterstützung, die der jeweilige Betroffene bekommt, meist von den vorhandenen Angeboten und weniger von den jeweiligen Bedürfnissen gesteuert wird. Hierzu gehört auch nach wie vor das Problem der mangelnden Abstimmung und Kooperation zwischen den einzelnen Hilfsangeboten (Aktion Psychisch Kranke, 2003).

Wenn man sich diese Bestandsaufnahme des Rehabilitationswesens betrachtet, scheint es dringlicher denn je zu sein, die starren Strukturen aufzuweichen und Maßnahmen nach den besonderen Bedürfnissen der Betroffenen zu gestalten (ebd.).

Um dieser Notwendigkeit gerecht zu werden und um psychisch kranken Menschen einen neuen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, wurden zunächst in den USA die so genannten „supported – employment“ – Ansätze (SE – Ansatz) entwickelt. Die Entwicklung begann in den USA in den 1980er Jahren und kam ungefähr zehn Jahre später nach Europa.

Der SE - Ansatz verfolgt die Idee, dass zum Erreichen eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr verschiedene Stufen der Rehabilitation in Sondereinrichtungen durchlaufen werden müssen, sondern dass die Rehabilitanden¹ direkt auf einem Trainingsarbeitsplatz außerhalb der WfbM platziert werden. Im Rahmen der dann folgenden Trainingsphase wird auf die Eigenschaften/Fertigkeiten/Fähigkeiten fokussiert, die dem Einzelnen noch Probleme bereiten und eine Vermittlung verhindern könnten. Diese werden dann in speziellen Kursen und Einzelcoachings trainiert.

In den begleitenden Studien (siehe Kapitel 2.4) konnte, zumindest für die USA, nachgewiesen werden, dass dieser Ansatz bei der Vermittlung psychisch Kranker auf den ersten Arbeitsmarkt ungleich erfolgreicher ist, als das bisher praktizierte Kontinuum – Modell der Rehabilitation.

Auch in anderen Ländern/Kontinenten (z.B. Australien, Japan, Großbritannien) gibt es ähnliche Projekte, die wissenschaftlich begleitet werden und die zu ähnlichen Ergebnissen kommen.

Im deutschsprachigen Raum ist SE hingegen noch nicht so weit verbreitet. Als längeres Projekt, das diesen Ansatz verfolgt, kann nur das Berner Jobcoach – Projekt PASS gelten (Hoffman et al., 1997). Dieses Projekt verfolgt seit 1991 den SE – Ansatz und erzielt damit nach eigenen Aussagen große Erfolge. Zudem gibt es noch kleinere Projekte in Hamburg und in Günzburg. Gründe für die bisher geringe Erprobung können unter anderem die starken Schwankungen in der Leistungsfähigkeit, der mitunter fehlende Realitätsbezug in der Selbsteinschätzung dieser Personen, sowie Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken in der Öffentlichkeit sein.

Zudem ist der europäische Arbeitsmarkt deutlich anders strukturiert als der US- amerikanische. In den USA gibt es wesentlich mehr niederschwellige Berufe bzw. Jobs, die es auch Ungelernten ermöglichen ihren Unterhalt selbst zu verdienen. Zudem sind die Hürden für Arbeitgeber aufgrund geringerer Sozialleistungspflichten sehr viel niedriger. Auch ein schlechterer Kündigungsschutz und deutlich flexiblere Arbeitsmodelle scheinen den Einstieg in den USA zu erleichtern.

Insofern ist nachvollziehbar, dass der Ansatz im deutschsprachigen Raum noch ein junger und dementsprechend noch nicht gut beforschter ist. Es gilt

¹ Im Folgenden bedeutet „Rehabilitand“ zugleich auch Rehabilitandin. Dies gilt auch für alle anderen Personenbezeichnungen

also nachzuvollziehen, inwieweit der erfolgreiche Ansatz aus den USA auf Europa bzw. den deutschsprachigen Raum übertragbar ist, welche Bedingungen erfüllt sein müssen und wie erfolgreich der Ansatz für den hiesigen Markt sein kann.

Darüber hinaus soll überprüft werden, ob es Prädiktoren gibt. Prädiktoren geben einen Hinweis darauf, wie der Verlauf einer Maßnahme sein könnte. In diesem Fall Faktoren, die den Erfolg der Maßnahme bei einer bestimmten Person vorhersagen können. Die Erforschung von Prädiktoren ist in der Vergangenheit schwierig gewesen, es gelingt nach wie vor sehr schlecht, individuelle Faktoren aus den einzelnen Studien zu extrahieren. Teils handelt es sich dabei um ein methodisches Problem, teils wird dieser Ansatz in der Fragestellung nicht berücksichtigt.

Fasst man den bisherigen Verlauf der einzelnen Studien zusammen, so ergeben sich bis heute drei Ebenen, mit denen man den Verlauf bzw. den Erfolg rehabilitativer Maßnahmen vorhersagen konnte.

Bisher konnten arbeitsbezogene, krankheitsbezogene und soziale Einflussfaktoren gefunden werden:

Zu den ersteren gehören als negative Einflussgrößen eine längere Arbeitsunterbrechung, sowie eine Finanzierung des Lebensunterhalts durch Dritte. Zu den positiven Einflussfaktoren auf der Arbeitsebene zählt die erfolgreiche Beendigung eines Rehabilitationsprogramms bzw. einer Ausbildung.

Zu den Krankheitsbezogenen Einflussfaktoren gehört das psychopathologische Erscheinungsbild, sowie der bisherige Verlauf und Umfang von Hospitalisierungen. Bei den sozialen Einflussfaktoren spielen vor allem das Ausmaß der sozialen Integration sowie soziale Kompetenzen im weitesten Sinne eine Rolle. Hierbei handelt es sich um wenig greifbare, bzw. größtenteils schwer erfassbare Merkmale (Grausgruber et al, 1994), so dass sich für die vorliegende Studie die Frage stellte, ob es härtere Daten gibt, die als Prädiktoren dienen könnten.

Potentielle Einflussfaktoren auf den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme können die Arbeitsmarktsituation, die Häufigkeit der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste, die Wohnsituation, die familiäre Situation, die medikamentöse Behandlung, die Zukunftserwartung der Patienten, die soziale Unter-

stützung, sowie die psychiatrische Vorerfahrung sein (ebd.). Neben diesen, zum Teil schwer erhebaren, zum Teil unspezifischen Kriterien, stellt sich mit der vorliegenden Untersuchung die Frage, ob es objektivierbare Daten in Form von Fragebogen oder einzelnen Skalen dieser Fragebogen mit prädiktivem Wert gibt. Dies grundsätzlich mit der Intension, den Betroffenen individuell zu helfen und nicht um sie zu kategorisieren.

Gerade auf dem Hintergrund, dass psychisch Kranke nach wie vor zu der Personengruppe gehören, die am schlechtesten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert ist, sollte nach weiteren Wegen gesucht werden, wie ein Teil dieser Menschen ohne dauerhafte Unterstützung arbeiten und leben kann.

Solange die Kompensation von Leistungsdefiziten an einen geschützten Arbeitsplatz geknüpft ist, bleibt der psychisch Kranke an die Institutionen gebunden. Die Gesellschaft und auch die Wirtschaft dürfen nicht aus der Verantwortung gegenüber psychisch Kranken entlassen werden. Deshalb fordert unter anderem Hoffmann (2004), dass Programme, die einen SE – Platz in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes vorsehen, weiter ausgebaut werden sollen.

In den folgenden Unterkapiteln geht es zunächst um die Definition beruflicher Rehabilitation, eine kurze Abhandlung über Rehabilitationskonzepte für psychisch Kranke, sowie eine Beschreibung der untersuchten Maßnahme. Zum Abschluss werden ausgesuchte Forschungsarbeiten auf dem Gebiet, sowie eigene Vorüberlegungen beschrieben.

2.2 Rehabilitationskonzepte für psychisch Kranke

Nach Definition der Vereinten Nationen ist Rehabilitation „...die Summe jener aufeinander abgestimmter Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und/oder seelisch Behinderte bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit

herzustellen oder wieder herzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden“ (Schuntermann, 2005).

Diese Definition impliziert, dass sowohl die ökonomischen Kosten, als auch die psychosozialen Folgen von nicht erfolgter Teilhabe am beruflichen Alltag für die betroffenen Personen und für die Gesellschaft hoch sind.

Es gibt verschiedene Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind dies die Selbständigkeit, ein unbefristetes Arbeitsverhältnis, ein befristetes Arbeitsverhältnis, eine Probebeschäftigung oder die Beschäftigung in einem Integrationsprojekt. Auf dem besonderen Arbeitsmarkt sind dies die WfbM oder Integrationsfirmen. Unter niederschweligen Angeboten versteht man in diesem Sektor Arbeitsgelegenheiten, Zuverdienst, Arbeits- und Qualifizierungsprojekte, sowie tagesstrukturierende Tätigkeiten (Aktion psychisch Kranke, 2004).

Momentan ist festzustellen, dass lediglich mit einer Vollzeittätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden kann. Daraus ergibt sich, dass Arbeitsrehabilitation als Teilaspekt der Rehabilitation einen hohen Stellenwert einnehmen sollte.

In Deutschland gibt es verschiedene Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Es gibt die so genannten Integrationsfachdienste (IFD), die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke (BBW/BFW), berufliche Trainingszentren (BTZ), Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), sowie die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

Unter Arbeitsrehabilitation wird im Sinne von Reker (1998) jede systematische und organisierte Bemühung um eine Integration und Förderung psychisch Kranker und Behinderter in Beruf oder Beschäftigung verstanden.

Psychische Behinderung wird in diesem Zusammenhang wie folgt definiert: „Eine psychische Behinderung liegt vor, wenn als Folge einer vom Arzt festgestellten psychischen Erkrankung erhebliche psychische Störungen bestehen, die die Ausübung der sozialen Funktionen und Rollen nicht nur vorübergehend erheblich beeinträchtigen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1987; S.9/vgl. Brieger et al., 2006).

Da psychische Erkrankungen, vor allem Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, deutliche Schwankungen im Leistungsprofil als ein Symptom zeigen, scheint eine alleinige Fokussierung auf Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt die Möglichkeiten für das Klientel deutlich einzuschränken.

Vielmehr könnte es nötig sein, sich auf den weniger spezifischen Begriff der Teilhabe zu konzentrieren. Zur Vermeidung von übermäßigen Kosten scheint es notwendig, diesem Personenkreis, auch im Hinblick auf eine dauerhafte Stabilisierung, Teilhabe zu ermöglichen, die jedoch auf die besonderen Bedürfnisse zugeschnitten sein sollte. Wichtig wäre es, diesem Personenkreis immer wieder einen Rückzugsort zu bieten und den Druck möglichst gering zu halten, um auf diese Weise einem möglichen Arbeitsplatzverlust durch krankheitsbedingte Dekompensationen entgegen zu wirken.

Ziel beruflicher Rehabilitation psychisch Kranker kann demnach nicht eine simple Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt sein. Vielmehr sollte den Krankheitsbildern Rechnung getragen werden und ein komplexes, tragfähiges Modell/Konzept zur dauerhaften Integration und Teilhabe psychisch Kranker entwickelt werden.

Zu den bisherigen Einrichtungen bzw. Hilfeformen im Einzelnen:

○ RPK:

Bei den RPK handelt es sich um Einrichtungen, die versuchen, vor allem jüngere, psychisch Kranke in einer bis zu zweijährigen Maßnahme einer Ausbildung oder einem Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzuführen.

Der Personenkreis besteht aus volljährigen psychisch Kranken, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch längerer stationärer Nachsorge bedürfen.

Die Maßnahme gliedert sich in die medizinische und in die berufliche Phase.

Ziele sind:

- Abwendung von Ber entung
- Wiederherstellung bzw. Verbesserung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Erwerb oder Erhalt eines Arbeitsplatzes
- Besserung oder Verhütung der Verschlechterung von Krankheit
- Entwicklung einer neuen Perspektive.

- BFW:
Hier geht es um überregionale, außerbetriebliche Einrichtungen, die umfassende Hilfen aus einer Hand anbieten. Von der Abklärung der arbeitsbezogenen Fähigkeiten über Trainings-, Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen bis hin zu Integrationsbemühungen und eventueller Begleitung an einem neuen Arbeitsplatz.
- BTZ:
Hierbei handelt es sich um Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen speziell für psychisch Kranke. Allerdings ist diese Form der Rehabilitation nicht häufig in Deutschland zu finden.
- Qualifizierungsprojekte:
Rehabilitanden werden durch stundenweise Beschäftigung an einem Trainingsarbeitsplatz qualifiziert. Ziele sind die Qualifizierung in einem Berufsfeld, die Abklärung beruflicher Fähigkeiten, sowie die Vermittlung in andere Maßnahmen bzw. in eine Beschäftigung.
- Arbeitsprojekte:
Durch das Angebot niederschwelliger Arbeit, wobei der Schwerpunkt nicht auf der Produktion liegt, soll dem jeweiligen Betroffenen eine tagesstrukturierende, sinnvolle Tätigkeit angeboten werden. Langfristig ist auch die Vermittlung in andere Maßnahmen möglich.
- WfbM:
In der WfbM können Menschen, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mindestens sechs Monate nicht zur Verfügung stehen, eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen. Diese Maßnahme gliedert sich in zwei Abschnitte:
Im ersten Abschnitt, dem so genannten Berufsbildungsbereich (BBB), haben die Personen 27 Monate Zeit, um mit Hilfe verschiedener Trainingsmaßnahmen ihre Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Die Rehabilitanden durchlaufen zunächst ein dreimonatiges Eingangsverfahren und werden im Anschluss daran in die für sie geeignete Abteilung in der WfbM versetzt. In dieser Abteilung trainieren die Rehabilitanden sowohl am Arbeitsplatz, als auch in speziellen Kursen ihre Arbeitsfähigkeiten. Die angebotenen Kurse beziehen sich sowohl auf die psychosozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten, als auch auf die beruflichen. Während dieser Phase ist es dem Rehabilitanden auf eigenen

Wunsch jederzeit möglich, mit Hilfe des Sozialdienstes und des zuständigen Gruppenleiters einen Praktikumsplatz zu suchen.

Sollte es dem Rehabilitanden nach 27 Monaten BBB nicht möglich sein, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen, so hat er die Möglichkeit, in einem 2. Abschnitt in den Arbeitsbereich (AB) der jeweiligen WfbM zu wechseln.

Im AB sorgt nun der Rehabilitand durch seine Arbeitsleistung für einen Teil seiner Entlohnung. Er arbeitet weiterhin in der Produktion seiner Gruppe mit und wird entsprechend der eigenen Leistung entlohnt. Die weitere Finanzierung übernehmen die Sozialhilfeträger. Begleitende Kurse finden nur noch in begründeten Ausnahmen statt. Auch hier ist es dem Rehabilitanden jederzeit möglich auf einen Praktikumsplatz zu wechseln oder eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen.

- IFD:

Ein eher hochschwelliges Angebot, bei dem versucht wird, psychisch kranke Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln. Die Personen sollten schwerbehindert sein und mindestens 18 Stunden pro Woche arbeiten können.

- Integrationsfirmen:

Es handelt sich um Firmen, die ihren Umsatz hauptsächlich aus der produzierenden Tätigkeit ihrer Mitarbeiter machen. Das heißt, dass es neben geringfügig Beschäftigten auch einen Grossteil von versicherungspflichtig Beschäftigten mit einer Arbeitsleistung von mehr als 15 Arbeitsstunden pro Woche gibt. Ziel ist einen dauerhaften Zuverdienst zur Grundsicherung zu gewährleisten. Außerdem soll dadurch der Einstieg in eine Rehabilitation ermöglicht werden.

In Erweiterung der bisher bestehenden Angebote und einer zusätzlichen Flexibilisierung, geht es bei den so genannten SE – Ansätzen darum, die Betroffenen direkt nach ihrer Zuweisung zur Maßnahme auf einem Trainingsarbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu platzieren.

Dies geschieht in den einzelnen Projekten unterschiedlich. So gibt es Projekte, die Rehabilitanden aufnehmen, mit diesen im Einzelkontakt ihre beruflichen Interessen und Perspektiven erarbeiten und dann einen geeigneten

Platz suchen. Während dieser Suche wird der Rehabilitand zwar eingebunden, ist aber weitestgehend zu Hause (z.B. Bad Homburg, Saarland).

Andere Projekte wiederum haben ein gesondertes Eingangsverfahren und wählen dort, ähnlich einem Assessment – Center die geeigneten Rehabilitanden aus und vermitteln diese auf Trainingsarbeitsplätze (z.B. das Berner Job – Coach - Projekt, Schweiz, Hoffman et al., 1997).

Wieder andere haben eine gemeinsame Anfangswoche, lassen die Teilnehmer dann in der angeschlossenen WfbM mitarbeiten, um die arbeitsbezogenen Fähigkeiten nochmals besser erlernen zu können und platzieren dann innerhalb der ersten drei Monate die Rehabilitanden auf einem Trainingsarbeitsplatz (z.B. InPUT, Stuttgart, Baden-Württemberg).

Gemeinsam ist allen diesen Projekten, dass es einer intensiven Einzelbetreuung der Rehabilitanden bedarf, um diese platzieren zu können. Noch wichtiger wird die Einzelbetreuung, wenn es darum geht, den gefundenen Trainingsarbeitsplatz zu halten und die Arbeitgeber entsprechend zu betreuen.

Ebenso arbeiten all diese Projekte mit so genannten Gruppentagen, das heißt, dass die Teilnehmer in regelmäßigen Abständen zusammen kommen, sich über ihre Erfahrungen austauschen können und gezielt zu einzelnen Themen Schulungen erhalten.

Alle beschriebenen Rehabilitationskonzepte sind von ihrer Anlage her unterschiedlich, stellen aber in einem Überblick die benötigte Vielfalt dar.

2.3 Beschreibung der Maßnahme

Die hier beschriebene Studie entstand im Rahmen des Stuttgarter Job – Coach – Projekt InPUT. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Adaption sowie um eine Weiterentwicklung der bisher erprobten Ansätze, SE im deutschsprachigen Raum zu etablieren.

Das Projekt wurde innerhalb der Werkstätten des Rudolf – Sophien – Stifts Stuttgart realisiert. Im Laufe der Durchführung stellte sich immer deutlicher heraus, dass es hilfreich ist, eine Werkstatt im Hintergrund zu haben, um die Schwankungen im Krankheitsverlauf der betroffenen Personen besser auffangen zu können.

Das Projekt wurde in einer zweijährigen Pilotphase von der Heidehof – Stiftung Stuttgart gefördert. Inzwischen trägt es sich selbst.

Die WfbM des Rudolf – Sophien – Stifts (RRSS) leistet mit ihren über 200 Plätzen einen wichtigen Beitrag zur beruflichen Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen. Die Klientel setzt sich hauptsächlich aus Personen zusammen, die an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt sind, und Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, sowie solchen, bei denen eine affektive Erkrankung diagnostiziert wurde.

Die Abteilungen der WfbM reichen von der klassischen Buchbinderei, über Metallverarbeitung und Gärtnereigruppe bis hin zu einfachen Montagearbeiten. Lediglich der Bereich Holzverarbeitung ist in der Werkstatt nicht vertreten. Bis zum Januar 2006 bot die WfbM sowohl den klassischen Berufsbildungsbereich (BBB) mit einer Höchstförderdauer von 27 Monaten, als auch für Personen, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt dauerhaft nicht zur Verfügung stehen, die Möglichkeit in den Arbeitsbereich (AB) zu wechseln und damit die Möglichkeit auf einen dauerhaften Zuverdienst.

Seit Januar 2006 erweiterte sich das Angebot um das Projekt InPUT.

Das Projekt dient dazu psychisch kranken Menschen, zunächst auf einen Trainingsarbeitsplatz und langfristig auf ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln.

In dieser Maßnahme werden viermal im Jahr bis zu 10 Rehabilitanden in Gruppen aufgenommen.

Die Teilnehmer werden entweder durch die Kostenträger (Agentur für Arbeit, DRV Bund, DRV Baden – Württemberg) direkt zugewiesen oder in einem ersten Informationsgespräch vom Aufnahmedienst der WfbM auf die Maßnahme aufmerksam gemacht. Bei den Teilnehmern handelt es sich somit um Personen, die ohne InPUT in die WfbM aufgenommen werden würden.

Aufnahmekriterien sind, dass die Bewerber dem allgemeinen Arbeitsmarkt für die Dauer von mindestens sechs Monaten nicht zur Verfügung stehen, keine akute Suchtproblematik haben, dass sie motiviert und bereit sind auf einen Trainingsarbeitsplatz zu arbeiten, dass sie krankheitseinsichtig sind, berufliche

Vorerfahrung haben und dass die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus durch die Krankheit aktuell nicht so erheblich ist.

Die Maßnahme dauert bis zu 27 Monaten und wird wie der klassische Berufsbildungsbereich einer WfbM finanziert.

Die Gruppen beginnen mit einer gemeinsamen Eingangswoche. In dieser Woche geht es um Gruppenbildungsprozesse, wie gegenseitiges Kennenlernen und Kohärenzprozesse. Unter Kohärenz versteht man in diesem Zusammenhang die Entstehung eines Zusammengehörigkeitsgefühls. Ebenso findet in dieser Woche die Ersttestung zur hier beschriebenen Studie statt.

Dieses Procedere unterscheidet sich vom Eingangsverfahren der WfbM. Die Personen, die sich eine Aufnahme in die WfbM wünschen, werden einzeln über das Jahr verteilt aufgenommen.

Nach der Eingangswoche werden die Rehabilitanden für 4-6 Wochen einer Abteilung in der WfbM zugewiesen. In dieser Zeit führt der Jobcoach intensive Einzelgespräche, hält Rücksprache mit den Gruppenleitern über die arbeitsbezogenen Fähigkeiten und erarbeitet mit dem Rehabilitanden seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen. Parallel zu diesem Prozess beginnt der Jobcoach mit der Akquise des passenden Trainingsarbeitsplatzes. Teilweise werden die Rehabilitanden bei dieser Suche mit einbezogen.

Die intensive Zeit der Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Rehabilitanden dient den Mitarbeitern auch dazu zu überprüfen, ob der Rehabilitand für einen Trainingsarbeitsplatz außerhalb der WfbM geeignet ist.

Im Idealfall wird innerhalb der ersten 12 Wochen (Eingangsverfahren) entschieden, meist vom Rehabilitanden selbst, ob er in InPUT bleibt oder ob er in den klassischen BBB der WfbM wechselt.

Während der gesamten Dauer der Förderung im Projekt kann es zur Überbrückung von Wartezeiten oder zum Auffangen von Krisen notwendig sein, dass der Rehabilitand übergangsweise wieder in der WfbM arbeitet. Dies kann für den Einzelnen zum Durchhalten der Maßnahme notwendig sein, sollte aber nach Möglichkeit vermieden werden.

Während der maximal 24 Monate dauernden Förderung auf einem ausgelagerten Trainingsarbeitsplatz, werden die Teilnehmer individuell vom Jobcoach betreut. Dieser betreut die Rehabilitanden an ihrem Arbeitsplatz, bietet Raum

für Gespräche und organisiert die Berufsbildenden Kurse. Gegebenenfalls organisiert der Jobcoach einen Wechsel des Trainingsarbeitsplatzes.

Sollte die Trainingsarbeitsphase erfolgreich verlaufen, kümmert sich der Jobcoach nach circa 12, spätestens aber nach 18 Monaten um ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis bzw. um die Überführung in einen dauerhaft ausgelagerten Arbeitsplatz.

Im begleitenden Bereich werden den Rehabilitanden regelmäßig Gruppentage mit verschiedenen Kursen angeboten. Diese beschäftigen sich mit den Themen Stressbewältigung und –verarbeitung, Krankheitsverarbeitung, berufliche Zukunftsplanung, soziales Kompetenztraining, Grundarbeitsfähigkeiten, Konzentrationstraining und Bewerbungstraining. Zusätzlich stehen jedem die Kurse des Berufsbildungsbereichs der WfbM offen. In diesen Kursen können sowohl schulische Grundfertigkeiten, als auch handwerkliche Fertigkeiten, als auch berufsspezifische Kenntnisse erworben werden.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit von beratenden Einzelgesprächen mit dem psychologischen Dienst.

Ziel der Maßnahme ist, dass die Teilnehmer innerhalb der 27 Monate dauernden Höchsthilfszeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln.

Bei Überforderung oder Veränderung der persönlichen Ziele ist während der gesamten Maßnahme, der Wechsel in den BBB der WfbM möglich.

Sollte es einzelnen Teilnehmern nach Ablauf der Höchsthilfszeit von zwei Jahren noch nicht gelungen sein ein Beschäftigungsverhältnis aufzunehmen, so haben sie zum einen die Möglichkeit in den klassischen Arbeitsbereich (AB) der WfbM zu wechseln oder aber auf einem integrierten Außenarbeitsplatz im Rahmen eines Folgeprojektes weiter zu arbeiten, um sich mit beiden Varianten einen dauerhaften Zuverdienst zu Rente oder Grundsicherung zu sichern.

2.4 Ausgewählte Forschungsarbeiten

Gerade für Personen mit chronisch psychischen Erkrankungen hat Arbeit einen sehr hohen Stellenwert. Durch Arbeit haben sie die Möglichkeit auf persönlichen Erfolg und die Chance durch die Bewältigung von äußeren Anforder-

rungen verstärkt zu werden. Zudem haben sie die Gelegenheit sich neben der Rolle des Patienten auch mit einer anderen Facette ihrer Persönlichkeit auseinander zu setzen. Dadurch entsteht soziale Identität, sowie Kontakt und Unterstützung. Zu guter letzt ist Arbeit ein probates Mittel zur Tagesstrukturierung (Aktion Psychisch Kranke, 2004).

Für Personen, die in der Sozialpsychiatrie arbeiten, sind die einleitenden Sätze evident, so dass nicht nochmals die Wichtigkeit von Teilhabe betont werden soll.

Im Folgenden sollen Studien vorgestellt werden, die Programme untersucht haben, welche chronisch psychisch Kranke auf dem Weg zurück zur Teilhabe am Arbeitsleben begleitet haben.

Der so genannte supported - employment - Ansatz (SE) wird in den USA schon länger verfolgt und erforscht, was zur Folge hat, dass überwiegend Studien aus dem US- amerikanischen Raum beschrieben werden. Um die inzwischen weltweite Verbreitung dieses Ansatzes darzustellen, werden exemplarisch auch Studien aus anderen Ländern bzw. von anderen Kontinenten vorgestellt.

Die relevanten Studien aus dem europäischen, vorrangig aus dem deutschsprachigen Raum, zeigen, dass der SE – Ansatz auch in Deutschland angewendet wird. Andererseits zeigt die geringe Anzahl an Studien, dass bisher vergleichsweise noch wenig geforscht wurde.

Da es vor allem in den USA eine Fülle von Studien zum Thema Arbeitsrehabilitation und SE gibt, wurden zur Eingrenzung verschiedene Auswahlkriterien angelegt: Die Ähnlichkeit liegt im begleiteten Klientel, in der Dauer der Studie, der Größe der Stichprobe, sowie in der Vergleichbarkeit der Maßnahmen. Letzteres erwies sich jedoch als Problem, so dass von diesem Kriterium an einigen Stellen abgewichen wurde. Allen Studien ist jedoch gemeinsam, dass die Teilnehmer als Zugangskriterium zu den einzelnen Programmen ihren unbedingten Willen, auf einem versicherungspflichtigen Arbeitsplatz arbeiten zu wollen, bekunden mussten.

Außerdem soll eine Art chronologische Herleitung des Ansatzes bzw. eine Entwicklung über die Jahre im Bereich der Sozialpsychiatrie dargestellt werden.

Schon in den frühen 1980er Jahren gab es Studien, die versuchten den Erfolg von Fördermaßnahmen aufgrund von explorierter Symptomatik vorherzusagen. Anthony & Jansen (1984) fanden in einer Übersichtsarbeit, dass der Erfolg beruflicher Fördermaßnahmen durch den prämorbidem Beschäftigungsgrad und die vormalige Arbeitsleistung chronisch psychisch Kranker zuverlässig vorhergesagt werden kann. Die Symptomatik, die Diagnose oder das soziale Funktionsniveau schienen in diesem Zusammenhang keine Rolle zu spielen.

Die Bedeutung der Negativsymptomatik für den Wiedereingliederungserfolg ist ein wiederkehrender Prädiktor, der inzwischen als gut bewiesen gilt. Negativsymptomatik bedeutet Affektverflachung im Sinne von verstärktem sozialen Rückzug, Traurigkeit und mangelnder Motivation.

Zur selben Zeit wurde von 1983-1988 das „Mannheimer Starthilfe Projekt“ wissenschaftlich begleitet (Waschkowski, 1990). Im Rahmen dieses Programms wurden 350 Patienten, hauptsächlich Personen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, nachklinisch auf 68 Arbeitsversuchs- und Rehaplätzen in lokalen Firmen vermittelt, mit dem Ziel psychisch erkrankte Menschen wieder ins Arbeitsleben zu integrieren. Innerhalb dieses Programms fanden Betreuung der Patienten durch Sozialarbeiter und Austausch unter den beteiligten Firmen bzw. den jeweiligen Anleitern statt.

Etwa zwanzig Prozent der Patienten konnten nach Absolvierung des Programms an einen versicherungspflichtigen Arbeitsplatz zurückkehren. Die Studie hatte sich vornehmlich die Projektbeschreibung bzw. die Erfolgsbeschreibung zur Aufgabe gemacht. Eventuell zu findende Prädiktoren oder notwendige Fertigkeiten und Fähigkeiten der Rehabilitanden waren von untergeordneter Rolle.

Im Unterschied zu InPUT, dienten die Plätze hauptsächlich zur Belastungsprobung, die Vermittlung erfolgte über die Arbeitsämter, somit wurde die eigentliche Integrationsarbeit abgegeben. Außerdem kümmerten sich die Initiatoren nicht um etwaige Erfolgsprädiktoren. Es handelt sich eher um eine Beschreibung aus der Praxis und weniger um eine Begleitstudie.

Zu diesem frühen Zeitpunkt fanden weder in den USA noch im europäischen Raum systematische Studien zu SE – Programmen statt. Zu ersten systematischen Erfassungen verschiedener Beschäftigungsprogramme kam es ab Mitte der 1980er Jahre.

In diesem Zusammenhang betonte Seyfried schon 1990 die Notwendigkeit einer finanziellen Kompensation für Betriebe, die psychisch Behinderte beschäftigen. Er führte dies vor allem auf die Struktur des deutschen Arbeitsmarktes zurück. Anders als in anderen Ländern gäbe es in Deutschland nur noch wenige Jobs für Ungelernte oder Niedrigqualifizierte. In Folge dessen sollten den Arbeitgebern Anreize geschaffen werden, um solche Nischen wieder zu schaffen.

Als weiteren wichtigen Faktor für das Gelingen einer Integration nannte er zum einen die Qualität der Integrationsprogramme, zum anderen die kontinuierliche Nachbetreuung am Arbeitsplatz.

Insgesamt gesehen würden jedoch alle arbeitstherapeutischen bzw. arbeitsrehabilitativen Angebote wesentlich zur Rückfallprophylaxe beitragen.

In einer Übersichtsarbeit von Bond (1992) konnte zur Wirkung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen gezeigt werden, dass die Rehabilitationsbemühungen im Vergleich zu den Kontrollbedingungen zwar zu einem signifikanten Anstieg der Arbeitsaufnahme, Beschäftigungsrate und Beschäftigungsdauer, sowie der Einkommen chronisch psychisch Kranker auf dem besonderen Arbeitsmarkt führen, aber mit Ausnahme von SE – Programmen fast ohne Auswirkung auf die Beschäftigungsraten chronisch psychisch Kranker auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt blieben.

Auf der Gütersloher Fortbildungswoche, unter Leitung von Klaus Dörner, wurde 1994 von Glasbrunner und Schmitz ein Vermittlungsprogramm von WfbM – Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorgestellt.

Es handelte sich um ein Modellprojekt in Bremen, das zwischen den Jahren 1990 und 1993 gefördert wurde. Das Projekt war für 24 Beschäftigte aller Behinderungsarten. Ziel war zu zeigen, dass auch stärker beeinträchtigte Men-

schen in der Lage sind, eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen.

Im Laufe des Projektes zeigte sich für die Beteiligten, dass sie zunehmend unter Vermittlungsdruck gerieten. Die Konsequenz der Autoren war, dass eine Entscheidung zwischen Qualifizierung oder Vermittlung getroffen werden müsse.

Eines der Resultate des Projekts war, dass ein eigener Vermittlungsdienst bei den Bremer Werkstätten eingerichtet wurde, um die Vermittlungsquote innerhalb der Werkstatt zu erhöhen.

Trotz oberflächlich betrachteter Ähnlichkeit zu InPUT sind die beiden Maßnahmen nicht miteinander vergleichbar. Ein wichtiger und erster Unterschied besteht in der beschriebenen Klientel. Bei Glasbrenner und Schmitz werden nicht ausschließlich psychisch Kranke in das Projekt aufgenommen. Im vorliegenden Vortrag wird nicht differenziert, wie viel psychisch Kranke an dem Projekt teilnahmen. Zum zweiten wurde zunächst kein Konzept entwickelt, sondern im Laufe der Zeit Vermittlungsgrundsätze erarbeitet. Als ein Anfang, so wie dieses Projekt wohl auch gedacht war, wies es mit den durch Praxis gewonnenen Erkenntnissen schon damals den Weg, der eine erfolgreiche Vermittlung bedeuten kann.

Lehmann konnte 1995 in einer Metastudie zeigen, dass die meisten Rehabilitationsprogramme einen Einfluss auf arbeitsbezogene Aktivitäten haben.

In einer retrospektiven Studie konnte Rittmannsberger (1996) 135 ehemalige Teilnehmer einer Arbeitstrainingsmaßnahme ein bis neun Jahre nach Beendigung der Maßnahme befragen. Zu diesem Zeitpunkt wiesen 60% der Teilnehmer einen erfolgreichen Abschluss auf. Dies bedeutet, dass sie entweder das Training in der vorgeschriebenen Länge absolviert oder schon vorher in eine andere Form der Berufstätigkeit gewechselt hatten. Zum Zeitpunkt der Studie waren 24% der Stichprobe auf dem allgemeinen und 17% Prozent auf dem geschützten Arbeitsmarkt beschäftigt, während 41% nach Abschluss der Maßnahme keine Beschäftigung finden konnten.

Der Unterschied zur aktuellen Studie besteht zum einen in der Klientel und zum anderen in der Dauer der Maßnahme. Die hier untersuchte Klientel

stand, im Gegensatz zur Klientel von InPUT, dem ersten Arbeitsmarkt weitestgehend zur Verfügung und zeigte somit ein höheres soziales Funktionsniveau. Die Höchstförderzeit war mit 17 Monaten um zehn Monate kürzer als bei InPUT. Auch die Vermittlung von Fertigkeiten und Fähigkeiten unterscheidet sich deutlich.

Im selben Jahr veröffentlichten Hoffmann und Kupper (1996) eine Studie zum Zusammenhang von sozialer Kompetenz, Psychopathologie und Arbeitsleistung, sowie deren prädikativen Wert für die Arbeitsrehabilitation.

In dieser Studie wurden 34 chronisch psychisch Kranke, hauptsächlich mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, die an einem arbeitsrehabilitativen Programm teilnahmen, untersucht.

Die Fragestellungen waren:

1. ob die PANSS, ein Inventar zur Erfassung des Arbeitsverhaltens und ein Rollentest miteinander korrelieren
2. ob soziale Kompetenz ein besserer Prädiktor für die Arbeitsleistung ist als die Psychopathologie

Die Autoren fanden zunächst, dass die Messinstrumente miteinander korrelieren. In der Regressionsanalyse waren die psychopathologischen Indikatoren die besten Prädiktoren für die Arbeitsleistung. In einem vierdimensionalen Modell fanden sie jedoch, dass die Unfähigkeit aufgabenübergreifend zu denken und die konzeptuelle Desorganisation die besten Prädiktoren zur Vorhersage der Arbeitsleistung waren.

Allein schon die Interkorrelation der Messinstrumente macht die Interpretation der Ergebnisse schwierig. Die Autoren gehen weiter davon aus, dass die Negativsymptomatik der Patienten einer der besten Prädiktoren für Arbeitserfolg ist.

Ebenfalls 1996 wurde von Drake et al. die "New Hampshire Study of supported employment for people with severe mental illness" veröffentlicht. Drake et al. untersuchten in dieser Studie 143 Personen, die zwei unterschiedlichen Rehabilitationsprogrammen zugewiesen wurden. Die eine Gruppe besuchte

zunächst ein soziales Fertigkeitstraining, während die andere Gruppe gleich auf einem Trainingsarbeitsplatz platziert wurde.

Eines der wichtigsten Zugangskriterien war der unbedingte Wille der Teilnehmer einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu bekommen. Die Teilnehmer wurden zu vier Zeitpunkten – zu Beginn, sowie nach sechs, zwölf und achtzehn Monaten – interviewt. In die Untersuchung fanden neben dem Interview auch standardisierte Instrumente, wie z.B. die Global Assessment Scale, ihren Eingang.

Das wichtigste Ergebnis war, dass das SE – Programm deutlich erfolgreicher bei der Vermittlung einer versicherungspflichtigen Arbeit war. Zudem arbeiteten die Teilnehmer des SE – Programms mehr Stunden in der Woche und verdienten in der Folge auch mehr. Die Autoren führen dies vor allem darauf zurück, dass in solchen Programmen die Hilfe von einer Hand koordiniert wird und somit effektiver ist. Entgegen ihrer Hypothese fanden sie nicht, dass das vorangegangene Fertigkeitstraining zu mehr Zufriedenheit bei den Teilnehmern führte. Wenn die Teilnehmer erst einmal einen Arbeitsplatz hatten, war die Zufriedenheit in beiden Gruppen annähernd gleich.

Der große methodische Vorteil dieser Studie ist die Zufallszuweisung der Probanden zu einer der Gruppen.

Reker et al. (1998) extrahierten als Teilergebnisse aus der Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie MARS (1996) folgendes:

Sie erhoben prospektiv bei einer Stichprobe von insgesamt 471 Patienten über drei Jahre hinweg Daten zu Soziodemographie, Krankheitsgeschichte, Arbeitsanamnese, soziale Integration und zur Behandlung.

Bei 61% dieser Patienten wurde eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert. 22% Prozent der Patienten äußerten den expliziten Wunsch auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wechseln.

Bemerkenswert an den Ergebnissen scheint die Tatsache zu sein, dass die Verläufe der einzelnen Patienten meist von Konstanz und Verbleib am gleichen Arbeitsplatz gekennzeichnet waren. Elf Prozent aller Untersuchten sind erfolgreich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert worden.

Zu den Erfolgsprädiktoren scheinen sowohl Alter als auch Krankheitsdauer zu zählen. Je kürzer der Krankheitsverlauf und je jünger die Patienten, umso e-

her scheint eine erfolgreiche Integration möglich zu sein. Auch eine bessere Schulbildung und die Distanz zur letzten Berufstätigkeit waren bei den erfolgreicheren Patienten im Mittel höher bzw. lagen kürzer zurück. Ebenso hatten erfolgreichere Patienten eine signifikant niedrigere Belastung bei der Eingangsmessung und ein höheres soziales Funktionsniveau. Zudem scheint auch die Zukunftserwartung der Patienten eine Rolle bei der Integration zu spielen.

Zwar waren 41% der Teilnehmer im Verlauf der drei Jahre hospitalisiert, aber die Erfolgreichen im Schnitt kürzer und seltener.

Weder die psychiatrische Diagnose noch die beruflichen Vorerfahrungen und Qualifikationen scheinen prädiktiv zu sein.

Die Befunde lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass bei ungünstigem Krankheitsverlauf Rehabilitationserfolge sehr unwahrscheinlich sind, umgekehrt ein günstiger Krankheitsverlauf aber nicht automatisch zu einer erfolgreichen Arbeitsrehabilitation führt.

Reker & Eikermann (1998) konnten bei Patienten, die an einer ambulanten Arbeitstherapie teilnahmen, im Vergleich zum Zeitraum vor der Teilnahme, eine bedeutende Reduktion der Rehospitalisierungsraten und der Hospitalisierungsdauer nachweisen. Dieser Effekt ließ sich unabhängig vom Verlauf der Arbeitsrehabilitation für alle Patienten zeigen, die mindestens ein Jahr an der ambulanten Arbeitstherapie teilnahmen. Das heißt, sowohl erfolgreiche Patienten, die eine stabile Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreichten, als auch diejenigen Patienten, welche dauerhaft im geschützten Rahmen verblieben, wurden während eines Drei – Jahres – Zeitraums nach Beginn der Arbeitstherapie signifikant seltener und vor allem kürzer hospitalisiert.

Im selben Jahr veröffentlichten Bailey et al. (1998) eine Studie, die sich mit der Frage beschäftigte, ob Patienten, die über einen langen Zeitraum tagesklinisch behandelt wurden, von einem SE – Programm profitieren können. Dazu wurden 32 Klienten einer Tagesklinik untersucht und über ein Jahr hinweg begleitet. Die Studie arbeitete mit einem Kontrollgruppendesign. Während dieses Jahres wuchs die Anzahl der versicherungspflichtig Beschäftigten von 12,9% auf 64,5%. Durch die Reproduktion der vorangegangenen Ergebnisse

dieser Studie wurde nachgewiesen, dass SE – Programme auch Langzeitpatienten zu einem versicherungspflichtigen Job verhelfen können.

Gute Eingliederungsquoten erzielte auch das PASS- Programm in Bern (Hoffmann 1999/ Hoffmann & Kupper 1997). Da dieses Programm dem hier untersuchten – zumindest im deutschsprachigen Raum – am nächsten kommt, soll es näher beschrieben werden.

Das gesamte Programm verläuft in fünf Phasen und hat eine Höchstförderzeit von achtzehn Monaten. In der ersten Phase, die etwa zwei Wochen dauert, kommen die Teilnehmer in eine Art Assessment – Center, in denen sie mit circa zwanzig standardisierten Erhebungsinstrumenten getestet werden. Zusätzlich dazu werden ihre Motivation und ihr soziales Umfeld abgeklärt. Nach diesen ersten zwei Wochen können ca. 40-50% der Teilnehmer wegen mangelnder Motivation und/oder akuter Symptomatik nicht weiter an dem Programm teilnehmen. In der zweiten Phase, der Werkstattphase, geht es vornehmlich um die Grundarbeitsfähigkeiten. Dadurch soll der einzelne Teilnehmer besser einschätzbar werden. Nach ungefähr drei Monaten wird mit der Suche nach einem Trainingsarbeitsplatz, auf den der Teilnehmer nach Erfüllung aller Voraussetzungen, nach etwa einem halben Jahr wechselt, begonnen. In dieser dritten Phase, die bis zu zwölf Monate dauert, werden sowohl der Teilnehmer als auch der den Arbeitsplatz bereitstellende Betrieb durch Mitarbeiter des Programms betreut. Die vierte Phase dient der tatsächlichen Stellenvermittlung. Wenn diese vier Phasen für den Teilnehmer erfolgreich abgeschlossen sind, findet das Programm in der Nachbetreuung, als fünfter Phase, seine Fortsetzung.

Am Beispiel erläutert bedeutet dies, dass von 155 Angemeldeten noch 68 in die Schnupperphase kommen. Von diesen 68 kommen wiederum 46 in die Werkstattphase und davon 28 auf einen Trainingsarbeitsplatz. Integriert bzw. in der Nachbetreuung sind schließlich und endlich zwanzig Personen.

Die Angehörigen werden von Anfang bis Ende in regelmäßigen Abständen in den Rehabilitationsprozess mit eingebunden.

Trotz der stark vorselektierten Stichprobe können nur circa acht Prozent bis ein Drittel der ursprünglich Angemeldeten letztlich erfolgreich auf einen Arbeitsplatz vermittelt werden.

Gute Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf sind laut Hofmann (1999) ein gutes kognitives und soziales Funktionsniveau, internale Kontrollüberzeugungen sowie positive Zukunftserwartungen. Die Bedeutung von Ausbildungsniveau, beruflicher Vorgeschichte und Diagnose sind laut Autor ungeklärt, die Befunde widersprüchlich.

In der Vorgehensweise ist InPUT dem PASS - Programm sehr ähnlich. Allerdings hat InPUT eine längere Höchstförderdauer und ist weniger selektiv. Somit ist die Auswahl der Teilnehmer bei PASS im Endeffekt eher eine Positivauswahl, was die erhöhte Vermittlungsquote erklären würde. Insgesamt hat sich PASS im deutschsprachigen Raum bisher als einziges, jahrelang bestehendes und erfolgreiches Programm zur beruflichen Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker etabliert.

Reker et al. (1999) fanden in einer weiteren Extraktion aus der Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie (MARS), dass zwei Drittel der insgesamt 61 Patienten nach zwei bis drei Jahren beruflich integriert sind.

Insgesamt wurden 61 Patienten, von denen 54% die Diagnose Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis hatten, über drei Jahre begleitet.

Die Autoren beschreiben, dass der dreijährige Verlauf der Arbeitsrehabilitation in den verschiedenen Einrichtungen des besonderen Arbeitsmarktes durch Konstanz und Verbleib am gleichen Arbeitsplatz gekennzeichnet war. Rund zwei Drittel der Rehabilitanden verblieben konstant an ihrer Arbeitsstelle, jeweils 10% Prozent erreichten eine stabile Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt oder unternahmen erfolglose Arbeitsversuche oder wechselten innerhalb des beschützten Arbeitsmarktes oder fielen ganz aus der Arbeitsrehabilitation heraus und blieben beschäftigungslos.

Die Autoren fanden enge Zusammenhänge zwischen Krankheits- und Rehabilitationsverlauf. So profitierten vor allem hochmotivierte Patienten, bei denen die Rehabilitationsmaßnahme möglichst früh im Krankheitsverlauf begonnen hatte. Verlaufsbestimmende Faktoren waren der Krankheitsverlauf, sowie die Zahl und Dauer psychiatrischer Hospitalisierungen.

Häufigste Gründe für ein Scheitern sind laut den Autoren: Überforderung mit der Arbeit oder die Unmöglichkeit nach Ablauf einer zeitlich befristeten Stelle eine weitere zu organisieren. Zu den subjektiven Faktoren zählen unter ande-

rem eine geringe Stresstoleranz, fehlende berufliche Qualifikationen oder überdauernde krankheitsbedingte Einschränkungen. Einschränkend fügen die Autoren jedoch an, dass es sich hier um eine hochselektierte Gruppe von motivierten, belastbaren und psychisch stabilen Patienten handelte.

Zu beachten ist, dass die Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht das einzige Erfolgskriterium zur Bewertung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ist, da dies oft weder indiziert, noch angestrebt ist. Die Gründe für die niedrigen Eingliederungsquoten liegen sowohl in den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, als auch in den Bedingungen, die geschützte Einrichtungen schaffen.

Die Ergebnisse sprechen für einen möglichst frühen systematischen Einsatz arbeitsrehabilitativer Programme, da sich eine kurze Krankheitsdauer als Erfolgsprädiktor erweist.

In zwei Studien wiesen Drake et al. 1999 die Effektivität von SE – Programmen für den US – amerikanischen Raum nach.

Mecklenburg stellte 1999 zwölf Thesen auf, die seiner Meinung nach die Chancen auf eine dauerhafte berufliche Integration wesentlich verbessern.

Er ist der Ansicht, dass jeder, der arbeitsrehabilitative Maßnahmen anbietet, sich innerhalb dreier Strukturstränge praktischer Arbeit bewegen müsse: die funktionale, die institutionelle und die interaktionelle Struktur. Daneben sind Berufstätigkeit vor Beginn und nach Abschluss der Maßnahme, sowie Krankenhausbehandlung vor und nach der Rehabilitation wichtige Faktoren zur Bestimmung des Erfolgs.

Die Darstellung seiner Wirkfaktoren ist in hypothetischer Form gehalten, da er keine Studie zur Verifizierung oder Falsifizierung der Annahmen machte.

Die zwölf Thesen im Einzelnen:

1. Die Auswahl der Klienten muss sich mehr an der Motivation des Klienten als an harten Prädiktoren orientieren
2. Veränderungen der Einstellung der Professionellen vom „Defizitmodell“ zum „Wachstumsmodell“ verbessern die Chancen auf erfolgreiche berufliche Rehabilitation

3. Ein ausreichender Anteil der Mitglieder des Rehabilitationsteams muss über fundierte psychiatrische Erfahrung verfügen.
4. Die Übergänge von einem Rehabilitationsschritt zum anderen müssen so frühzeitig geplant und eingeleitet werden, dass dazwischen keine „leeren“ Zeiten entstehen.
5. Die Übergänge von einem Rehabilitationsabschnitt zum anderen müssen so gestaltet sein, dass sie für den Klienten nicht in unerträglichem Ausmaß mit Beziehungsabbrüchen verbunden sind.
6. Alle im weiteren Sinne am Rehabilitationsprozess des Klienten Beteiligten müssen ihre Aktivitäten und Hypothesen zu diesem Prozess vernetzen und aufeinander abstimmen.
7. Unter der Voraussetzung einer soliden Motivation auf Seiten des Klienten kann es sinnvoll sein, die Rehabilitationsmaßnahme solange durchzuführen, bis der Klient einen Arbeitsplatz gefunden hat
8. Kriseninterventionsinstrumente, die die berufliche Identität erhalten, sichern den Rehabilitationserfolg eher als klassische therapeutische Strategien
9. Realistische Arbeitskontexte während des Trainings sind besser als therapeutische oder rehabilitative
10. Das Rehabilitationsteam muss selbst die Praktikums- und Arbeitsplätze akquirieren und zwar mit marktgerechten Strategien
11. Die Abstimmung zwischen Klienten, Arbeitgebern und Rehabilitationsbegleitung ist als ein Prozess kontinuierlicher Adaption zu gestalten
12. Gemeindenahe berufliche Rehabilitation ist wohnortsfernem Training überlegen

Mecklenburg postuliert mit seinen zwölf Thesen eine Bevorzugung der weichen vor den harten Kriterien. Andere Autoren, wie z.B. Eikelmann et al. (2005), verweisen darauf, dass berufliche Sozialbeziehungen als eine der besten Indikatoren für eine gelungene Integration angesehen werden können.

Die hier beschriebenen Thesen werden in den meisten Programmen implizit angewendet. Als Prädiktoren scheinen sie jedoch etwas kurz zu greifen.

Als Fazit behauptet Mecklenburg, dass in den meisten Feldern der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation die jeweils angewandten Methoden ihr volles Potential nur dann entfalten können, wenn Beziehungsstrukturen bestehen.

Eine umfangreiche Studie für den deutschsprachigen Raum von Reker et al. (2000) beschreibt für einen Zeitraum von drei Jahren, Arbeitsbeschaffende Programme in Westfalen zwischen 1991 bis 1995.

Die Untersucher interviewten insgesamt 502 Patienten, die an derartigen Programmen teilnahmen. Erfolgskriterien waren: mindestens drei Monate in Arbeit; eine Stelle auf dem zweiten Arbeitsmarkt; Teilnahme an einer Arbeitstherapie oder Arbeitslosigkeit.

Nach drei Jahren waren 11% der Stichprobe in Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 67% auf dem zweiten Arbeitsmarkt, 7% in Arbeitstherapie, 15% arbeitslos.

Betrachtet man ausschließlich die 101 Patienten, die schon beim ersten Interview angaben auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wollen, ergibt sich folgendes Bild: 28% haben einen versicherungspflichtigen Job auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 47% auf dem zweiten Arbeitsmarkt, 6% Prozent sind in der Arbeitstherapie, 26% arbeitslos. Bei allen Teilnehmern stieg das monatliche Einkommen um 100%.

Als Fazit kann konstatiert werden, dass die Motivation und der Wille der einzelnen Teilnehmer bei der Vermittlung, der Erlangung und dem Behalten einer Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine große Rolle spielt.

Pfammatter et al. (2000) versuchten in ihrer Studie verschiedene Strategien von Rehabilitation zu unterscheiden. Sie fanden drei:

Beim personalen Zugang wird versucht, durch bestimmte Trainingsprogramme verloren gegangene oder beeinträchtigte Fähigkeiten beim Betroffenen wieder zu entwickeln.

Beim ökologischen Zugang werden die verschiedenen Lebensbereiche an die funktionellen Einschränkungen durch Schaffung entsprechender Einrichtungen angepasst.

Die psychosoziale Rehabilitation orientiert sich an verschiedenen Grundprinzipien:

- Prinzip der Selbstbestimmung
- Prinzip der Gesundheitsförderung (nicht nur Krankheit im Fokus/ressourcenorientiert)
- Prinzip der Bedürfnisorientierung

- Prinzip der Nähe und Normalisierung der Betreuung

Zusammenfassend stellten sie fest, dass auf der Arbeitsachse der psychosozialen Rehabilitation zwischen Klinikbehandlung und dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein breites Spektrum an personalen, ökologischen, sowie beruflichen Förderungsmaßnahmen existiert. Dieses Angebot reicht von der stationären Arbeitstherapie über geschützte Arbeitsangebote, zum Beispiel in Werkstätten für behinderte Menschen, Zuverdienst- und Selbsthilfefirmen, die den so genannten zweiten Arbeitsmarkt bilden, bis hin zu begleiteten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ebenso bestätigten die Autoren erneut, dass SE – Programme neun bis vierundzwanzig Monate nach Programmbeginn eine Zunahme der Beschäftigungsraten chronisch psychisch Kranker auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von bis zu 30% erreichen. Dabei erweisen sich Modelle, die eine sofortige Platzierung der Rehabilitanden in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarkts beinhalten und in ein umfassendes psychiatrisches Versorgungssystem integriert sind, als überlegen.

Suslow et al. (2000) postulierten erneut den hohen prädiktiven Wert schizophrener Negativsymptomatik. Der Zusammenhang zwischen einem erfolgreichen Arbeitsverhalten und Negativsymptomatik scheint inzwischen gut belegt zu sein.

Im selben Jahr veröffentlichten Racenstein et al. (2000) eine Katamnese – Studie über zehn Jahre zum Zusammenhang zwischen Positivsymptomatik bei Schizophrenie und Arbeitsfähigkeiten.

Dabei wurden Patienten, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt waren, mit Patienten, die an einer affektiven Störung litten, verglichen. Insgesamt wurden 173 Probanden untersucht. Die Studie konnte einen engen Zusammenhang zwischen Positivsymptomatik und zunehmender Arbeitsunfähigkeit über einen Zeitraum von zehn Jahren nachweisen. Ebenso konnten die Autoren einen Zusammenhang zwischen diagnoserelevanten Faktoren und Arbeitsfähigkeit nachweisen. Keinen Zusammenhang fanden sie zwischen der Tatsache, dass ein Mensch an einer Psychose erkrankt war und dem Anspruch seiner Tätigkeit.

Jones et al. (2001) initiierten 1993 eine Studie, um die Effektivität von SE – Programmen nachweisen zu können. In dieser Studie wurden spezifische klinische Vorhersagekriterien gesucht, die einen Erfolg mitbedingen können.

Bisher hatten die Variablen Diagnose, Anzahl der Klinikaufenthalte und Dauer der Krankheit nachgewiesenermaßen keine bzw. eingeschränkte Vorhersagekraft. Auch die bisherige Arbeitsbiographie hatte geringe Vorhersagekraft. Die Beziehung zwischen subjektiven Faktoren und Erfolg ist nach wie vor unklar.

Es flossen Daten aus 21 Gemeinden in die Studie mit ein. Die Teilnehmer waren über 18 Jahre alt und hatten eine diagnostizierte psychiatrische Erkrankung. Als diagnostische Instrumente wurden die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und demographische Informationen verwendet.

Alle Teilnehmer des Programms wurden zwischen März 1993 und Dezember 1997 aufgenommen. In die abschließende Auswertung wurden ausschließlich diejenigen Teilnehmer aufgenommen, die bis März 1999 eine Stelle gefunden hatten. Auf Grundlage dieser Ausschlusskriterien blieben von über 1500 Teilnehmern 907 übrig. Von diesen 907 Teilnehmern waren 507 Männer. 437 Teilnehmer hatten eine diagnostizierte Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis.

Weder Geschlecht, noch Alter, noch Diagnose, noch Krankengeschichte/Hospitalisierung oder gar die aktuelle Befindlichkeit hatten einen Vorhersagewert in Bezug auf das Erfolgskriterium (Finden eines Arbeitsplatzes).

Weder die Monate, die seit dem letzten Klinikaufenthalt vergangen waren, noch die Monate seit der letzten Arbeit oder das längste Intervall an Arbeit hatten einen Vorhersagewert in Bezug auf das Erfolgskriterium.

Variablen wie Geschlecht, Alter, Diagnose, Krankengeschichte/Hospitalisierung und momentane Befindlichkeit scheinen auch die Anzahl der Stunden, die eine Person an Unterstützung braucht, nicht zu beeinflussen. Einfluss darauf, ob eine Arbeit aufgenommen wurde oder nicht, hatte in dieser Studie lediglich die Aktivität und Intensität, mit der sich der Jobcoach um eine Person bemühte.

Einschränkend ist zu sagen, dass die Ergebnisse eher deskriptiver Natur sind und den subjektiven Eindruck der beteiligten Jobcoaches wiedergeben.

Condrau et al. (2001) versuchten in retrospektiven Interviews den Berufsförderungskurs Zürich zu evaluieren.

Die Kurse dauern zwanzig Wochen und sind mit jeweils zwölf Teilnehmern besetzt. Inhaltlich werden neben Training am Arbeitsplatz, arbeitsbezogene und soziale Fertigkeiten und Fähigkeiten vermittelt.

Zunächst wird im Ergebnis darauf hingewiesen, dass mit Dauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit ein größerer Erfolg auf der Arbeitsachse beschrieben werden kann.

Die Daten weisen darauf hin, dass eine bessere Arbeits- und Einkommenssituation im ersten Jahr, eine deutlich reduzierte Rehospitalisierung der Patienten im zweiten Jahr zur Folge hatte.

Insgesamt konnte eine Beschäftigungsrate von 42% erreicht werden. Bei der Zwei-Jahres-Katamnese konnten ca. 50% der Teilnehmer von vollständiger Fremdfinanzierung zu einer Mischfinanzierung mit Teilrente wechseln.

Auch hier betonen die Autoren, dass für den Erfolg eine angemessene Nachbetreuung wichtig war.

Einschränkend ist festzustellen, dass die Ergebnisse eher in deskriptiver Form dargestellt werden.

Rüesch et al. (2002) fanden in einer Metaanalyse, dass die Beschäftigungsrate von chronisch psychisch Kranken, je nach Studie, zwischen 16% und 56% lagen.

Der prognostische Wert der prämorbidem beruflichen und sozialen Anpassung sowie der sozialen Fertigkeiten der Patienten ist in den meisten Studien gut belegt. Ungünstig für eine berufliche Integration sind demnach wenig Berufserfahrung, geringe berufliche Qualifikationen und Defizite im Bereich arbeitspezifischer sowie sozialer Fähigkeiten.

Berufliche Schlüsselqualifikationen scheinen für kompetitiv Beschäftigte wichtig zu sein, für geschützt Beschäftigte jedoch keine Rolle zu spielen.

Kritisch anzumerken ist an den analysierten Studien, dass viele eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als primären Erfolgsprädiktor nehmen, während Beschäftigung im geschützten Rahmen oder andere arbeitsähnliche Tätigkeiten nicht berücksichtigt werden. Zudem handelt es sich meist

um Evaluationsstudien von Rehabilitationseinrichtungen oder –programmen, die mit stark selektierten Patientenstichproben arbeiten.

McGurk et al. (2003) untersuchten den Zusammenhang zwischen kognitiven Funktionen und der damit verbundenen Chance psychisch kranker Menschen Arbeit zu bekommen.

In dieser Studie wurden 30 Klienten bei Eintritt in das SE-Programm und zwei Jahre nach Beendigung des Programms untersucht.

Zur Untersuchung wurden hauptsächlich im amerikanischen Raum verbreitete Fragebogen verwendet. In Europa bekannter sind der Wechsler Intelligenz Test, sowie der Wisconsin Card Sorting Test.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl der Personen, die Arbeit fanden, vom Kontakt mit dem Jobcoach, den Fertigkeiten Arbeiten auszuführen, den Fertigkeiten zum verbalen Lernen, der Aufmerksamkeit, der psychomotorischen Schnelligkeit genauso vorhergesagt wurden, wie von der Abwesenheit psychotischer Symptome.

Es scheint, als ob schizophrene Patienten mit einem höheren kognitiven Funktionsniveau eher in der Lage sind, eine Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden.

Im selben Jahr veröffentlichten Hoffmann und Kupper (2003) eine Studie über „Prädikative Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten“.

Diese Studie versuchte Faktoren zu ermitteln, die zur Vorhersage des Wiedereingliederungserfolgs dienen.

Dazu wurden die Daten von 76 Teilnehmern des Berner PASS – Programms einer retrospektiven Untersuchung unterzogen.

Die Autoren extrahierten mittels einer Faktorenanalyse aus 32 Variablen zehn Faktoren, die für den Arbeitserfolg bzw. das Funktionieren am Arbeitsplatz relevant sein können. Mittels logistischer Regression wurde für diese zehn Faktoren ihr prädiktiver Wert ermittelt.

Es zeigte sich, dass diejenigen Teilnehmer, die innerhalb der zweiwöchigen Abklärungsphase ein gutes Arbeitsverhalten sowie gute soziale Kompetenzen und keinen resignativ – depressiven Bewältigungsstil aufwiesen, am erfolg-

reichsten waren. Von eher untergeordneter Rolle waren dagegen kognitive Defizite und Krankheitssymptome.

Das Fazit der Autoren lautet, dass das Arbeitsverhalten in einem geschützten Rahmen sowie vorhandene soziale Kompetenzen die besten Prädiktoren sind. Zusätzlich sollten Programme entwickelt werden, die die Zuversicht und das Selbstvertrauen der Patienten fördern.

Im Gegensatz zur Studie von Hoffmann und Kupper postulierten Twamley et al. (2003), dass es so etwas wie generelle Prädiktoren nicht gibt.

Die Befunde der einzelnen Studien seien sehr widersprüchlich. Vielmehr sollte Wert auf individuelle Unterschiede gelegt werden, um auf diesem Weg Faktoren zu finden, die eine bessere Integration voraussagen würden. Grundlage der Aussagen ist eine Metaanalyse, die elf einschlägige Studien aus den USA zwischen 1986 und 2001 in die Analyse mit einbezieht.

Salyers et al. (2004) untersuchten erneut eine Stichprobe von 36 Patienten zehn Jahre nach dem Besuch eines SE – Programms.

Mit Hilfe dieser Studie sollten Langzeiteffekte von SE – Programmen sichtbar werden. Die Ergebnisse zeigen, dass 75% der Teilnehmer auch nach dem SE – Programm beschäftigt waren; 33% waren zumindest über einen Zeitraum von fünf Jahren nach Beendigung des Programms weiter versicherungspflichtig beschäftigt. Fünf Prozent (fünf Patienten) bekamen einen dauerhaften, sozialversicherungspflichtigen Job.

Die Studie scheint die Langzeiteffekte von SE – Programmen zu bestätigen.

Oka et al. konnten 2004 für Japan zeigen, dass auch im asiatischen Raum eine Kombination aus SE – Programmen und unterstützender Therapie chronisch psychisch Kranke wieder erfolgreich integrieren können. Im Gegensatz zu den bisherigen, eher westlich orientierten Studien, wurde hier deutlich mehr Wert auf eine unterstützende Familie gelegt.

In die Studie wurden 52 chronisch psychisch kranke Probanden aufgenommen, die hauptsächlich an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt waren.

Muser et al. veröffentlichten 2004 eine weitere kontrollierte Studie zu SE – Programmen. In dieser Studie wurden Patienten, die an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt waren, mit Patienten, die eine diagnostizierte bipolare Störung hatten verglichen.

Insgesamt wurden 204 Personen, die zufällig zu drei Bedingungen – SE- Programm, Vermittlung von sozialen Fertigkeiten und einem arbeitsrehabilitativen Standardprogramm – zugewiesen wurden, untersucht. Diese 204 Teilnehmer wurden mit Eintritt in das Programm und dann halbjährlich über einen Zeitraum von zwei Jahren interviewt. Aufnahmekriterien waren eine schwere psychische Erkrankung; keine Arbeit, die Motivation Arbeit finden zu wollen und die Anwesenheit bei zwei einführenden Veranstaltungen.

Zu Studienbeginn konnten zwischen den einzelnen Gruppen keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Auch in dieser Studie fanden die Teilnehmer des SE – Programms häufiger eine versicherungspflichtige Arbeit, als die Teilnehmer der zwei anderen Bedingungen. In allen anderen Bereichen ähnelten sich die Gruppen auch nach Abschluss der Programme. Die Autoren führen den Erfolg der Teilnehmer des SE – Programms vor allem darauf zurück, dass für sie schnell und individuell eine Arbeitsstelle gesucht wurde.

Die Methodik der Studie schränkt allerdings Reliabilität und Validität ein.

Cook et al. (2005) verglichen in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie, die Teilnehmer eines SE – Programms mit Teilnehmern einer klassischen beruflichen Rehabilitation. Die Ergebnisse zeigten, dass die 1273 Teilnehmer des SE – Programms zu 96% Unterstützung in der beruflichen Rehabilitation – Assessment, Planung von Maßnahmen, Platzierung, Unterstützung und Fähigkeitstraining – für durchschnittlich 74 Stunden erhielten. In der Kontrollgruppe wurde diese Betreuung 67% der Teilnehmer zuteil und diese mit durchschnittlich 43 Stunden auch noch deutlich weniger.

Beide Gruppen erhielten gleich häufig (99%, ca. 124 Stunden) klinische Unterstützung, unter anderem Psychiatrische Beratung, Medikamente, sowie Therapie.

Es zeigte sich, dass bei allen Outcome- Maßen die Experimentalgruppe signifikant überlegen war. Die Teilnehmer hatten häufiger einen Arbeitsplatz auf

dem allgemeinen Arbeitsmarkt, arbeiteten beständiger 40 Stunden und mehr im Monat und hatten insgesamt ein höheres Einkommen.

Zusammengefasst übten 55% der Rehabilitanden aus der Experimentalgruppe eine Tätigkeit unter Wettbewerbsbedingungen aus, jedoch nur 34% aus der Kontrollgruppe.

51 Prozent der Rehabilitanden aus der Experimentalgruppe arbeiteten 40 Stunden oder mehr im Monat, jedoch nur 39% aus der Kontrollgruppe.

Die gefundenen Ergebnisse sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

Auch in dieser Studie zeigt sich erneut die Überlegenheit von SE – Programmen bei der Integration chronisch psychisch Kranker.

Razzano et al (2005) begleiteten in einer zweijährigen Langzeitstudie 1273 Teilnehmer eines SE – Programms.

Die Untersucher führten mit den chronisch psychisch kranken Teilnehmern zu fünf Messzeitpunkten Interviews und füllten zusätzlich die PANSS, sowie selbstentworfene Selbsteinschätzungsskalen aus.

Als Erfolgskriterien wurden erstens ein Beschäftigungsverhältnis mit Mindestlohn oder ein integrierter Platz, der nicht extra für Behinderte geschaffen wurde und zweitens mehr als 40 Stunden Arbeit im Monat umfasste, festgelegt. Beide Variablen wurden einmal im Monat für jeden Teilnehmer erhoben.

Am Ende der Studie konnten 44 bzw. 45% aller Teilnehmer diese Kriterien für wenigstens einen Monat nachweisen, so dass hier zumindest ein kurzfristiger Erfolg dieses SE – Programms nachgewiesen wurde. Die Nachhaltigkeit des Programms wird durch die Ergebnisse stark in Frage gestellt.

Zusätzlich konnten die Untersucher zeigen, dass mit jedem Monat, den die Studie andauerte, mehr Personen eine Beschäftigung aufweisen konnten.

In dieser Studie weisen positive PANSS – Werte verstärkt auf eine Arbeitsaufnahme hin. Ebenso zeigen die Ergebnisse, dass eine schlechte Selbsteinschätzung mit geringerer Arbeitsaufnahme korreliert ist. Auch positive soziale Fertigkeiten der Teilnehmer helfen schneller eine Stelle zu finden, scheinen aber keinen Einfluss auf die Anzahl der gearbeiteten Stunden zu haben. Auch zeigen die Autoren, dass die Anzahl der Symptome zwar einen Einfluss auf die Stunden, die gearbeitet werden können, haben, nicht jedoch auf die Qualität der Arbeit. Krankheitsbedingte Einschränkungen und häufige

Arztbesuche trugen dazu bei, dass die betroffenen Teilnehmer seltener eine Stelle bekamen. Ebenso stellte Substanzabusus ein deutliches Vermittlungshemmnis dar.

Im Gegensatz zu anderen Studien standen Klinikaufenthalte sechs Monate vor Beginn des Programms in Verbindung mit einer geringeren Arbeitsaufnahme.

Vergleichbar mit anderen Studien korrelieren auch hier mehr Krankheitssymptome mit einer geringeren Anzahl an gearbeiteten Stunden.

Die Diagnose, 'Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis', hat laut den Ergebnissen dieser Studie keinen Einfluss auf das Erreichen eines Arbeitsplatzes, aber einen Einfluss auf die Anzahl der Stunden, die geleistet werden können.

Fazit der Autoren ist, dass Mitarbeiter von SE – Projekten besonders gut in Bezug auf die Krankheitsbilder geschult werden müssen, um entsprechende Schwankungen besser auffangen zu können. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist jedoch fraglich, da die Teilnehmer den einzelnen Rehabilitationsformen zugewiesen wurden.

In einer zweiten Langzeitstudie untersuchten Perkins et al. (2005) über elf Jahre die Effektivität eines SE – Programms.

In diesem Zeitraum wurden 4600 Personen begleitet. Die Studie konnte nachweisen, dass SE – Programme effektiv sind und dass die Beschäftigten deutlich zufriedener sind als Personen aus der Vergleichsgruppe. Zudem konnte gezeigt werden, dass eine stabile Beschäftigung für den Einzelnen die Kosten für das Gesundheitswesen deutlich verringert.

Im selben Jahr veröffentlichten Vauth et al. (2005) eine Studie, in der untersucht wurde, ob ein Programm, das kognitive Fähigkeiten trainiert oder ein soziales Fertigkeitentraining, eher zum Erfolg eines arbeitsrehabilitativen Programms beitragen würde.

Zu diesem Zweck wurden zwei Trainingsprogramme entworfen. Eines, das computergestützt kognitive Strategien trainiert und ein Gruppentraining, das bei der Bewältigung der Negativsymptomatik helfen sollte. Insgesamt wurden 138 Patienten, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis

erkrankt waren, untersucht. Sie wurden den drei Bedingungen: Kognitives Training und SE – Programm, Fertigkeitentraining und SE – Programm oder nur Teilnahme an einem SE – Programm zugelost. In einer Ein – Jahres Katamnese erwies sich, dass die Gruppe, die das kognitive Training erhalten hatte, am erfolgreichsten platziert werden konnte.

Watzke et al. konnten, ebenfalls 2005, zeigen, dass sich Arbeitsfähigkeiten auch in stationären und teilstationären Einrichtungen innerhalb von sechs Monaten signifikant verbessern konnten. Es handelt sich bei dem gewählten Messinstrument um das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP), das noch nicht ausreichend validiert ist. In dieser Studie zeigte sich eine Verbesserung auf den Skalen „Lernfähigkeit“ und „Fähigkeiten zur sozialen Kommunikation“. Diese Verbesserungen korrelierten hauptsächlich mit dem Grad der Schulbildung und der Aufmerksamkeitsleistung sowie mit soziodemographischen Aspekten, wie der Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit bzw. der Arbeitstätigkeit oder dem Vorhandensein einer Partnerschaft.

McGurk et al. (2006) untersuchten in einer Vier – Jahres – Katamnese Teilnehmer eines SE – Programms, um zu zeigen, wie kognitive Faktoren Einfluss auf den Beschäftigungsgrad in SE – Programmen nahmen.

Die Stichprobe bestand aus 30 Personen, von denen 23 Männer waren. 16 der Teilnehmer hatten eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, 14 eine schizoaffective Psychose. Acht der Teilnehmer hatten bereits eine Arbeitsbiographie, was in dieser Studie bedeutet, dass der betreffende Teilnehmer mindestens zwölf Monate am Stück gearbeitet haben musste.

Eines der Zugangskriterien war der Wille der Teilnehmer, eine Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu wollen.

Zu den verschiedenen Messzeitpunkten wurden das prämorbid bildungs-niveau, die Aufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis, die psychomotorische Geschwindigkeit, die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, die kognitive Flexibilität, die Problemlösefähigkeiten, sowie das verbale Gedächtnis getestet. Zusätzlich wurde die PANSS ausgefüllt.

Die Untersucher fanden sehr differenzierte Ergebnisse. Zum einen konnten sie beschreiben, dass 40% (zwölf) der Klienten während der ersten zwei Jah-

re an einer bzw. höchstens an zwei Stellen arbeiteten. Von den verbliebenen fünfzehn Teilnehmern, die während der ersten zwei Jahre keine versicherungspflichtige Arbeit gefunden hatten, fand auch in den verbleibenden zwei Jahren keiner eine Arbeit. Insgesamt brachen drei Teilnehmer die Maßnahme ab.

Zudem stellten die Untersucher fest, dass diejenigen Teilnehmer, die schon über Arbeitserfahrung verfügten, mehr Stunden arbeiteten und auch mehr verdienten. Bei den Arbeitsfähigkeiten korrelierten höhere Ausführungskompetenz, besseres Arbeitsgedächtnis, psychomotorische Geschwindigkeit und Aufmerksamkeit mit mehr Arbeitsstunden und Lohn.

Geringere Funktionen bei den Ausführungskompetenzen korrelierten dagegen mit mehr Besuchen des Teams am Arbeitsplatz und mehr Kontakt mit den Arbeitsvermittlern. Die erhobenen kognitiven Fähigkeiten waren ein besserer Prädiktor für einen Arbeitserfolg als die, die zum Beginn des Programms erhoben wurden. Ebenso fanden die Untersucher, dass die Bedeutung der kognitiven Faktoren im Laufe der Zeit wuchs. Sie schlussfolgerten, dass verschiedene Funktionen, wie z.B. erhöhte Ausführungskompetenzen und bessere kognitive Funktionen beim Finden und Behalten von Arbeit einen prädiktiven Wert haben. Auch scheinen die psychomotorische Geschwindigkeit und die Aufmerksamkeit in keinem Zusammenhang zur Komplexität der Arbeit zu stehen. Bei den verbalen Fähigkeiten und der Flexibilität wechselte die Funktion im Verlauf der Studie: Während der ersten zwei Jahre kann man aufgrund von guten verbalen Fähigkeiten die Möglichkeit Arbeit zu bekommen vorher-sagen, nicht aber den Grad der Unterstützung. Die Flexibilität sagte eher etwas über den Grad der benötigten Unterstützung, als über die Fähigkeit einen Arbeitsplatz zu finden aus. In der zweiten Hälfte dreht sich der Effekt um.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass kognitive Funktionen, benötigte Unterstützung und Arbeit einer dynamischen Beziehung folgen. Ebenso konnten die Untersucher zeigen, dass ein höheres Funktionsniveau und bessere Fähigkeiten im Bereich des verbalen Lernens die Anzahl der gearbeiteten Stunden und des Lohnes vorhersagen.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass Ein- bis Zwei – Jahres – Studien nur ein Spotlight auf die Zusammenhänge werfen können und somit insgesamt zu

kurz greifen. Dennoch rechtfertigen die Ergebnisse keine Beschränkung von SE – Programmen auf Personen mit besseren kognitiven Funktionen

Die Untersucher zeigen, dass SE –Programme für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen genauso effektiv wie andere Beschäftigungsprogramme sind. Ihr Fazit ist, dass kognitive Faktoren vor allem bei Personen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und bipolaren Störungen ein aussagekräftiger Prädiktor sind.

Lieberman (2006) und Richter et al. (2006) betonten in ihren Studien, dass Rehabilitation und SE – Programme noch einer genaueren Evaluation bedürfen bzw. dass SE – Programme in Deutschland noch mehr erprobt werden sollen.

Latimer et al. (2006) fanden ähnliche Ergebnisse für den kanadischen Raum. Sie untersuchten 150 psychisch kranke Erwachsene, die zufällig einem SE – Programm oder einer klassischen arbeitsrehabilitativen Maßnahme zugewiesen wurden. Auch hier zeigte sich bei der Ein – Jahres – Katamnese, dass 47% der Teilnehmer des SE – Programms in irgendeiner Form einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hatten.

Albers et al. veröffentlichten 2006 eine retrospektive Literatur- bzw. Aktenstudie zur Evaluation eines Verfahrens zur Erkennung von Personen mit erhöhtem Risiko für vorzeitigen Abbruch einer Maßnahme. Es zeigte sich, dass vor allem Psychiatrieerfahrung und Substanzabusus eine erhöhte Abbruchgefahr darstellen.

Im gleichen Jahr beschrieben Becker et al. (2006) in einer Studie, was ihrer Meinung nach den Erfolg von SE – Programmen vorhersagen kann.

Es handelte sich um eine halbjährige Studie, in der die Teilnehmer mit Hilfe von telefonischen Interviews und Papiertests befragt wurden.

Gegenstand der Untersuchung waren die Effektivität und die Beziehung zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitsrehabilitation. Ebenso flossen die Zusammenstellung der Fälle; das Untersuchungsgebiet und der regionale Arbeitsmarkt in die Studie mit ein. Die Daten wurden mit Hilfe multipler Regres-

sion analysiert. Die Untersucher fanden heraus, dass ein wichtiger Prädiktor für den Erfolg eines Programms die Job – Akquise selbst ist. Die Bedingungen des regionalen Arbeitsmarkts haben ebenfalls prädiktiven Wert.

Die Autoren schlossen, dass SE – Programme erfolgreicher werden, je mehr Personal pro Teilnehmer zur Verfügung steht. Zusätzlich konnten sie zeigen, dass hohe Arbeitslosenraten in den Gebieten, in denen SE – Programme angeboten werden, das Ergebnis solcher Programme beeinflussen.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Arbeitsergebnisse von lokalen Arbeitsvermittlern festgehalten wurden. Ebenso gibt es nur eine geringe bis keine Verbindung zwischen psychischer Gesundheit und Erfolg im SE – Programm.

Burns et al. (2007) untersuchten in einer europaweiten Studie SE – Programme. Unter anderem wurde auch das Projekt in Günzburg durch diese Forschungsgruppe begleitet.

Die Autoren stellen a priori fest, dass sich Europa stark in seinem Arbeitsmarkt und damit auch in den Ergebnissen entsprechender Programme unterscheidet. Ebenso kann das großzügige Wohlfahrtssystem in Europa Auswirkungen auf die Motivation eine Arbeit aufzunehmen haben.

Es wurden 312 Patienten an sechs Orten in Europa untersucht. Alle Teilnehmer hatten seit mindestens zwei Jahren schwerwiegende Probleme aufgrund einer psychischen Erkrankung. Alle Teilnehmer waren motiviert eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen.

Untersucht wurden die Patienten zwischen 2003 und 2004.

Zu fünf Messzeitpunkten wurden strukturierte Interviews geführt. Gemessen wurde zu Beginn der Maßnahme nach sechs, zwölf und achtzehn Monaten, sowie katamnestisch sechs Monate nach Ende der Maßnahme.

Verglichen wurden ein Programm zur individuellen Platzierung und Unterstützung (IPS) und ein beruflicher Beratungsservice.

Bei Ersterhebung konnten keine systematischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen und den Abbrechern gefunden werden. Die IPS – Programme waren an allen Standorten erfolgreicher als die reine berufliche Beratung. Die Teilnehmer der Beratungsprogramme schieden eher aus dem Programm aus und verbrachten doppelt soviel Zeit im Krankenhaus.

Als einziger Anhaltspunkt, um Unterschiede in der Effektivität des IPS der einzelnen Standpunkte zu erklären, konnten die lokalen Arbeitslosenzahlen ausgemacht werden.

Als Fazit konstatieren die Autoren, dass die Studie die Effektivität von IPS deutlich unter Beweis stellt. Trotz unterschiedlicher Voraussetzungen des Arbeitsmarktes kann IPS auch in Europa erfolgreich sein. Im Gegensatz zu den USA konnte hier gezeigt werden, dass sozioökonomische Gesichtspunkte Effekte auf die Erfolgsrate von IPS haben.

Becker et al. konnten in einer Studie (2007) zeigen, dass SE – Programme auch deutliche Langzeiteffekte haben können. Zwölf Jahre nach Durchlaufen eines SE – Programms interviewten die Untersucher 38 von ursprünglich 78 Patienten. Diese 38 Personen waren seit Beendigung des Programms fortwährend in Arbeit.

Als größtes Hindernis erwiesen sich für die Teilnehmer die krankheitsbedingten Einschränkungen. Besonders hilfreich waren die Möglichkeit in Teilzeit zu arbeiten und eine langfristige professionelle Unterstützung.

Großen Einfluss auf den Erfolg hatten der erfolgreiche Umgang mit den eigenen Symptomen, gute Coping – Strategien, die Bevorzugung von Teilzeitarbeit und die Bereitschaft sich unterstützen zu lassen.

Die Autoren schlossen, dass SE – Programme auch einen sehr guten Langzeiteffekt zu haben scheinen.

Liu et al. zeigten 2007 mit einer Studie das SE – Teilnehmer hohe Ziele erreichen können, weil die Programme Barrieren aus dem Weg räumen und die Teilnehmer langfristig unterstützen.

Zu diesem Zweck interviewten sie 30 Teilnehmer zwischen 20 und 65 Jahren, die hauptsächlich an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt waren. Die Interviews waren semistrukturiert und zeitlich unbegrenzt.

Wong et al. konnten 2008 ähnliche Ergebnisse wie in den anderen Studien auf dem chinesischen Markt bzw. in Hongkong für SE – Programme nachweisen.

Fazit

Wie die vorliegenden und im Vorangegangenen beschriebenen Studien zeigen, ist die Idee, chronisch psychisch Kranke wieder in die Gesellschaft zu integrieren, lange im Bereich der Sozialpsychiatrie verankert. Ebenso zeigen die Studien, dass die entsprechenden Programme auf allen Kontinenten erfolgreich sind. Am besten belegt ist die Effektivität dieser Programme für die USA. Dort wird der Ansatz des SE schon deutlich länger verfolgt und wissenschaftlich begleitet.

Unter anderem wird belegt, dass berufliche Rehabilitationsmaßnahmen mit einer Senkung der Rehospitalisierungsrate und der stationären Aufenthaltsdauer einhergehen. Es bleibt jedoch unklar, ob es sich dabei um spezifische Effekte der Arbeitsrehabilitation handelt.

Ebenso kann festgehalten werden, dass Arbeit im geschützten Rahmen positive Effekte, z.B. auf die Psychopathologie haben kann, jedoch der direkten Platzierung in Bezug auf die Arbeitsmarktintegration unterlegen ist.

Bisher fehlen eindeutige Hinweise zur differentiellen Indikation für eine der beiden Maßnahmen.

Bislang ist lediglich klar, dass der unbedingte Wille und die Motivation der jeweiligen Person unabdingbar für eine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind. Alle anderen Ergebnisse sind je nach Studie widersprüchlich oder operieren mit eher schwammigen Begriffen. So ist z.B. der Begriff der sozialen Kompetenz nur unzureichend operationalisiert. Es wird nicht klar, welche der einzelnen Facetten sozialer Kompetenz prädikativen Wert haben.

Die heterogenen Ergebnisse bedeuten, dass je nach Zusammensetzung der Studie einmal diese, einmal jene Faktoren die ausschlaggebenden für einen Erfolg sind. Zusätzlich zum unbedingten Willen der teilnehmenden Personen scheint lediglich der prädiktive Wert der Negativsymptomatik inzwischen verbürgt zu sein. Dies heißt schlussendlich, dass die Ergebnisse von der Fragestellung, den Messinstrumenten, den untersuchten Programmen und der Stichprobe abhängen.

Neben dem bisher Gesagten wurde aus allen bisher genannten Studien ersichtlich, dass nur wenige, wie z.B. PASS aus Bern, die Teilnehmer über einen langen Zeitraum begleiten. Bei langfristig angelegten Studien, handelt es

sich meist um katamnestische Untersuchungen, weniger um dauerhafte Begleitung der jeweiligen Maßnahme.

Zudem beschäftigen sich nur wenige Studien mit eventuellen Erfolgsprädiktoren. Meist geht es um den Beweis erfolgreicher Umsetzung eines Programms.

Wie aus den Studien ebenfalls ersichtlich wird, liegt der Vorteil der amerikanischen Studien vor allem in der Größe der untersuchten Stichprobe. Dies lässt eher eine Generalisierung der Ergebnisse zu.

Vergleiche mit Studien/Programmen aus dem europäischen Raum sind vor allem aufgrund der Unterschiedlichkeit der Systeme schwierig. In den USA sind die Programme anders gestaltet, das gesamte Hilffsystem unterscheidet sich deutlich vom europäischen, respektive vom deutschen und der Arbeitsmarkt unterliegt anderen Gesetzen. So liegt es nahe zu vermuten, dass Menschen, die in den USA hilfebedürftig werden, aufgrund des wenig ausgebauten Hilffsystems eine deutlichere Motivation verspüren Arbeit aufzunehmen, als dies z.B. in Deutschland der Fall sein könnte.

Die Studien im deutschsprachigen Raum sind im Gegensatz zu den Studien aus den USA deutlich kleiner angelegt. Zudem handelt es sich meist um die Begleitung arbeitsrehabilitativer und ergotherapeutischer Maßnahmen und weniger um die Evaluierung reiner Integrationsprojekte.

Es macht den Eindruck, als ob integrative Projekte in Deutschland bisher weder gesellschaftlich noch politisch oberste Priorität haben. Daraus folgt beinahe automatisch, dass die Beschäftigung mit Prädiktoren wenig im Fokus der Aufmerksamkeit war. Dabei soll jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Prädiktorenforschung ein schwieriges und schwer zu operationalisierendes Feld ist.

Aus dem oben Beschriebenen ist deutlich geworden, dass InPUT mit seiner langen Förderdauer, dem professionellen Umfeld, den bereitgestellten Ressourcen, sowie dem teilnehmenden Klientel in dieser Form in Deutschland relativ einmalig ist.

Auf dem Hintergrund der beschriebenen Studien und der nachgewiesenen Effizienz von Integrationsprojekten entstand das vorliegende Projekt.

Das vorliegende Projekt adaptiert den amerikanischen Ansatz für die deutsche Realität. Zielgruppe sind Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mindestens sechs Monaten nicht zur Verfügung stehen.

Neben all den Effektivitätsstudien zu SE – Programmen konnten Bayer et al. (2008) aktuell nachweisen, dass es keinen langfristigen Einfluss kurzer stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Entwicklung psychisch kranker Menschen gibt. Sie unterstreichen nochmals die Notwendigkeit langfristig angelegter, flexibler Programme zur beruflichen Wiedereingliederung chronisch psychisch kranker Menschen.

Um notwendige Integrationsprogramme nicht im luftleeren Raum zu praktizieren, ist es unerlässlich diese Programme wissenschaftlich zu begleiten.

Nach wie vor gilt es die Frage zu beantworten, ob Integrationsprojekte langfristig, auch ohne harte Auswahlkriterien, einen Beitrag zur Integration chronisch psychisch Kranker leisten können. In zweiter Linie sollen Erfolgsprädiktoren gefunden werden, um den betroffenen Personen soviel Frustration wie möglich zu ersparen.

Sollte es gelingen Prädiktoren zu finden und mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung ein erfolgreiches Integrationsprogramm zu etablieren, geht dies sowohl mit einer zunehmenden Normalisierung des Lebens chronisch psychisch Kranker einher, als auch mit einer deutlichen Kostenreduzierung im Rehabilitationsbereich.

2.5 Kosten und Nutzen von Rehamaßnahmen

2.5.1 Beschäftigungs- und Arbeitssituation

Schon im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wurde 2001 festgestellt, dass sich chronisch psychisch Kranke besonders oft in einer wirtschaftlich schlechten Lage befinden.

Die Mehrheit der Betroffenen ist ledig und zwischen 20 und 40 Jahren alt. Etwa die Hälfte davon ist arbeitslos oder berentet. Dementsprechend beziehen

über zwei Drittel der chronisch psychisch Kranken Rente, Sozialhilfe oder leben von der Unterstützung von Verwandten. Von den restlichen 50% sind nur ca. 10% der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert, auf einem geschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt sind 20% beschäftigt, während ca. 5 % Trainingsangebote zur beruflichen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Angebote zur Tagesstrukturierung werden von 15% genutzt (Aktion Psychisch Kranker, 2004).

Wenn man mit Betroffenen spricht und sie nach Verbesserungen ihrer Lebenssituation befragt, wird am häufigsten die Schaffung von Arbeitsplätzen gefordert.

Insgesamt wird im Armuts- und Reichtumsbericht konstatiert, dass der Anteil psychisch Kranker im Rehabilitationsbereich im Vergleich zu anderen Betroffenen relativ gering ist und dies, obwohl der rechtliche Anspruch Rehabilitation statt Rente auch für diese Gruppe gilt.

Über die Arbeitsagenturen steht zur Teilhabe am Arbeitsleben ein breites Spektrum an Leistungen zur Verfügung, auch wenn eine Aufspaltung, wer welche Maßnahme besucht und/oder von ihr profitiert, aufgrund der Datenerhebung der Arbeitsagenturen nicht möglich ist.

Insgesamt wird aber festgestellt, dass Menschen mit einer seelischen Behinderung bei betrieblichen und überbetrieblichen Maßnahmen, im Gegensatz zu allen anderen Behinderungsarten, deutlich unterrepräsentiert sind. Analog dazu ist diese Gruppe in Sondereinrichtungen, wie sie auch Werkstätten für Behinderte darstellen, deutlich überrepräsentiert. Dies gilt vor allem für Menschen, die an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt sind (Aktion Psychisch Kranke, 2004).

Die WfbM stellt für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen demnach ein sehr wichtiges Angebot dar. Viele der Betroffenen hätten keine andere Möglichkeit zu arbeiten bzw. teilzuhaben. Allerdings muss in diesem Zusammenhang immer wieder festgestellt werden, dass die Werkstatt für die meisten Betroffenen das Ende ihrer beruflichen Rehabilitation darstellt. Es scheint so zu sein, dass chronisch psychisch Kranke kaum Chancen haben, sich neben der Werkstatt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu etablieren.

Meist ist mit Eintritt in die Werkstatt die berufliche Laufbahn des Betroffenen beendet, da sich viele sehr schnell auf die Bedingungen der Sondereinrichtung einstellen und ihr Arbeitsverhalten dementsprechend anpassen.

Wie in Kapitel 2.4 gezeigt werden konnte wird in wiederkehrenden Studien deutlich, dass nur etwa ein Viertel der betroffenen chronisch psychisch Kranken einen Platz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erlangen bzw. behalten konnte, während dies im Durchschnitt aller Behinderten (körperlich, geistig, psychisch) bei jedem Dritten erreicht werden kann.

Analog dazu erfolgt bei chronisch psychisch Kranken wesentlich häufiger als im Durchschnitt eine Eingliederung in eine WfbM. Bei Betroffenen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis sogar dreimal so häufig und im Vergleich zu anderen psychisch Kranken immer noch doppelt so häufig (Aktion Psychisch Kranke, 2004).

2.5.2 Formen der Integration in Arbeit bzw. Beschäftigung

Die Bandbreite der Möglichkeiten am Arbeitsleben teilzuhaben, ist breit gefächert. Dies gilt zum einen für die Art der Tätigkeit und zum anderen für die Form des Beschäftigungsverhältnisses. Grundsätzlich kommen auch für den Personenkreis der chronisch psychisch Kranken alle Berufe in Frage, dabei muss jedoch die individuelle Fähigkeits- und Bedürfnislage berücksichtigt werden. Zusätzlich muss das Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis behindertengerecht ausgestaltet werden, d.h., dass Diskontinuitäten und eventuell gemindertes Leistungsvermögen in die Planung mit einbezogen werden müssen.

Folgende Formen von Arbeit sind möglich:

- Selbstständigkeit
- Unbefristetes Arbeitsverhältnis
- Befristetes Arbeitsverhältnis
- Probebeschäftigung
- Arbeit in einem Integrationsbetrieb
- WfbM
- Arbeitsprojekte

- Zuverdienst
- Tagestrukturierende Maßnahmen
- Ehrenamt

(Aktion Psychisch Kranke, 2004)

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass zumindest die Selbstständigkeit für chronisch psychisch Kranke so gut wie nicht zu erreichen ist. Alle anderen Beschäftigungsformen können in Betracht kommen. Praktika und andere Formen der Probebeschäftigung sind auch deshalb schwer zu erlangen, weil Leistungen an Arbeitgeber und Unterstützungsleistungen für Arbeitnehmer nur in Verbindung mit einer sozialversicherungspflichtigen Arbeit gewährt werden. Die Wahlfreiheit wird durch die Tatsache, dass momentan nur mit einer Vollbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden kann, weiter eingeschränkt.

Somit sollte das Ziel aller Rehabilitationsbemühungen in erster Linie Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sein.

Ob dies für einen größeren Kreis der betroffenen Personen ein Ziel sein kann, bzw. unter welchen persönlichen Voraussetzungen, soll in dieser Studie überprüft werden.

2.5.3 Grundsätze und Strategien bei Vermittlung bzw. Integration

Zu den Grundsätzen bei Vermittlung bzw. Integration von chronisch psychisch Kranken zählt, dass die Hilfe möglichst früh einsetzen sollte. Die Hilfen sollten ganzheitlich sowie multiprofessionell und bedarfsgerecht sein, und die Kontinuität der Maßnahmen sollte gewährleistet werden. Schließlich sollte nach den Prämissen ambulant vor stationär, Rehabilitation vor Rente und vor Pflege gehandelt werden.

Im Einzelfall bedeutet dies, dass zunächst der Bedarf des Betroffenen ermittelt werden muss. Auf diesem Hintergrund können der jeweiligen Person dann spezifische Strategien zugeordnet werden.

Dieser Bedarf wird mit der betreffenden Person zum einen über praktische Erprobung und zum anderen mit einer Analyse der Fähigkeiten und Fertigkeiten ermittelt. In der Analyse schlagen sich auch die Defizite und Beeinträchtigungen nieder. Auf dieser Grundlage sollte dann ein individueller Eingliederungsplan erstellt werden. Dabei kann zwischen verschiedenen Unterstützungsstrategien unterschieden werden:

- einfache Suchhilfe z.B. Vermittlungsvorschläge
- leichter Unterstützungsbedarf z.B. spezifisches Training
- berufliche Weiterqualifikation
- komplexer Hilfebedarf, d.h. mehrere aufeinander abgestimmte Maßnahmen
- Sicherung der Grundbedürfnisse, bei schwersten Vermittlungshemmnissen
(Aktion Psychisch Kranke, 2004)

Neben diesen Grundsätzen und Strategien ist bei allem zu beachten, dass die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen berücksichtigt werden müssen und das Recht auf Selbstbestimmung nicht außer Acht gelassen werden darf.

2.5.4 Teilhabe am Arbeitsleben

Wie bisher beschrieben, ist sowohl die Bedeutung von Arbeit als auch die Kontinuität der rehabilitativen Maßnahmen von besonderer Wichtigkeit für den Genesungsprozess. Die Realität der meisten Betroffenen sieht jedoch deutlich anders aus. In der Regel müssen die meist noch jungen psychisch Erkrankten nach einem Klinikaufenthalt eine längere Zeit der Ausgliederung erleben, da sie die Voraussetzungen für Rehabilitation noch nicht erfüllen. Dabei wird von den zuweisenden Stellen davon ausgegangen, dass eine gewisse Krankheitsdauer von Vorteil ist, da die Betroffenen erst dann von einer Rehamaßnahme profitieren können (Aktion Psychisch Kranke, 2004).

In Deutschland sind unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede 86 von 100.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter psychisch krank. Von diesen 86

Personen haben 33 eine Psychose und 53 andere psychische Erkrankungen. Auf die gleiche Einwohnerzahl kommen insgesamt 1.001 behinderte Menschen, aller Behinderungsarten (ebd.)

Eine systematische Erhebung der bisherigen Eingliederungserfolge ist in Deutschland bisher meist Einrichtungsbezogen erfolgt. Lediglich die Agentur für Arbeit erhebt ihre Rehabilitationsfälle bundesweit.

Nach diesen Zahlen konnten bis ins Jahr 2000 und darüber hinaus nur etwa ein Viertel der Betroffenen in den Arbeitsmarkt integriert werden. Bezogen auf alle Behinderten gelang dies bei rund einem Drittel. Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden nach diesen Zahlen immer noch überdurchschnittlich häufig in eine WfbM eingegliedert. Ebenfalls ist aus diesen Zahlen zu ersehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Qualifizierungsmaßnahmen unterdurchschnittlich oft mit einer Prüfung abschließen. Zudem brechen Menschen mit psychischer Erkrankung Maßnahmen überdurchschnittlich häufig ab. Bei Menschen mit Psychose ist dies dreimal, bei Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen doppelt so häufig.

Zudem sind die Kosten von stationärer und teilstationärer Rehabilitation relativ hoch, so dass eine verstärkte Integration psychisch Kranker auch zu einer deutlichen Kostenreduktion beitragen würde.

Dies bedeutet, dass das wichtige Ziel der Teilhabe in weiten Teilen und vor allem im Bereich psychisch Kranker bei weitem noch nicht erfüllt ist. Projekte wie das Stuttgarter Jobcoach – Projekt wollen dazu beitragen, diesem Ziel einen Schritt näher zu kommen und mit den Betroffenen Wege zu finden, die sie gehen können.

2.6 Krankheitsbilder und die damit verbundenen Vermittlungshemmnisse

2.6.1 Hilfebedarf und Eingliederungsziele

Bei der hier beschriebenen Klientel handelt es sich um Menschen, die aufgrund ihrer psychischen/seelischen Behinderung einen komplexen Hilfebedarf haben. Der Bedarf wird analog der im vorigen Kapitel beschriebenen Vorgehensweise ermittelt

Leistungen zur Teilhabe sind in erster Linie auf den Erhalt bzw. den Neuaufbau von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen ausgerichtet. Dieses Ziel wird oftmals aufgrund der Erkrankung, der Symptome und der daraus resultierenden Vermittlungshemmnisse nicht realisiert werden können.

2.6.2 Krankheitsbilder

Unter psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen versteht man Störungen und Beeinträchtigungen psychischer Funktionen, die sich in der Wahrnehmung, im Denken, im Fühlen und im Handeln äußern können (Zimbardo, 1995).

Psychische Erkrankungen verlaufen nicht linear, sondern meist in Phasen. Dies hat zur Folge, dass jederzeit – auch nach längeren, möglicherweise schlechten Verläufen – eine Besserung möglich ist.

Der phasenweise Verlauf und die damit einhergehende schwankende Leistungsfähigkeit, sowie unbeständige Belastbarkeit, stellen eine wesentliche Hürde für Teilhabe am Arbeitsleben und für Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt dar (Aktion Psychisch Kranke, 2004).

Um zu verstehen, warum es für chronisch psychisch Kranke deutlich mehr Vermittlungshemmnisse als für andere gibt, sollen die einzelnen Krankheitsbilder – zumindest die, die in der Stichprobe vorkommen – erläutert werden.

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis stellen die häufigste Erkrankung innerhalb der Stichprobe dar, gefolgt von den affektiven Störungen, sowie den Angsterkrankungen und Zwängen. Die drittgrößte Gruppe bilden die Persönlichkeitsstörungen – und hier vor allem die emotional – instabile.

2.6.2.1 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

Unter dem Begriff `Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis` fasst man mehrere Krankheitsbilder zusammen, denen ein gewisser Verlust des Bezugs zur Wirklichkeit, der Einsichtsfähigkeit und der Fähigkeit, mit den üblichen Lebensanforderungen fertig zu werden, gemeinsam ist. Es stehen sozusagen zwei Wahrnehmungswelten nebeneinander.

Nach Bäuml (1994) erleben etwa ein Fünftel der Erkrankten in ihrem Leben nur eine psychotische Episode, bei etwa der Hälfte der Patienten kommt es zu einem oder mehreren Rezidiven, ca. 20-30% erholen sich nicht mehr vollständig von den Folgen der Erkrankung oder müssen lebenslang mit latenten Symptomen leben.

Die meisten Neuerkrankungen widerfahren den Betroffenen zwischen dem achtzehnten und dem achtundzwanzigsten Lebensjahr.

Die Hauptsymptome lassen sich in zwei Gruppen unterteilen: Die Plus- und die Minussymptomatik.

Unter Plus-symptomatik, also einem Zuviel an Erleben und Wahrnehmen, versteht man Denkstörungen, Erregung und Anspannung, Wahnerlebnisse, Wahnstimmung, Halluzinationen, sowie Ich – Störungen und Fremdbeeinflussungserlebnisse.

Unter Minussymptomatik, also einem Weniger an Erleben bzw. Wohlbefinden, versteht man Verarmung des Gefühlslebens, innere Leere, Niedergeschlagenheit und Depression, Mut- und Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Antriebslosigkeit, fehlende Spontaneität, sowie Rückzugsverhalten und Kontaktverarmung.

Es gibt fünf selbständige Unterformen der Psychose, die nicht immer exakt voneinander abzugrenzen sind. Die Unterformen sind: paranoid – halluzinatorisch, schizoaffektiv, hebefren, kataton und blande.

Trotz weltweiter Bemühungen gibt es bisher keine letztendliche Erklärung, wodurch Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis entstehen. Im multifaktoriellen Erklärungsmodell spielen sowohl genetische Einflüsse, als auch somatische, als auch psychosoziale Faktoren eine Rolle. Die psychosozialen Faktoren sind dabei weniger als Ursache, denn als aufrecht erhaltende Bedingungen zu verstehen.

Weltweit erkrankt ca. 1% der Menschheit an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, womit die Verbreitung ähnlich häufig wie die des Diabetes ist (nach Bäuml, 1994).

Es lässt sich erkennen, dass chronisch psychotisch erkrankte Menschen mit einer Vielzahl von Problemen zu kämpfen haben.

Zunächst einmal der Verlust der bisherigen Wahrnehmungswelt. Die Betroffenen werden durch die Symptome in ihrer bis dahin erlebten Sicherheit erschüttert. Das dadurch entstehende Misstrauen erweist sich beim Aufbau neuer Arbeitsbeziehungen, sowohl auf Seiten des Betroffenen als auch auf Seiten des Arbeitgebers als deutliches Vermittlungshemmnis. Die Betroffenen wirken im Kontakt fremdartig, da sie sich unsicher fühlen und mit dem Realitätsabgleich zu kämpfen haben. Dadurch werden Arbeitgeber und Kollegen abgeschreckt.

Durch die teilweise seltsam anmutenden Verhaltensweisen werden einige der Betroffenen sozial ausgegrenzt. Diese Verhaltensweisen stellen ein Vermittlungshemmnis dar.

Hinzu kommt bei vielen, vor allem in Phasen der Minussymptomatik, eine Vernachlässigung der Körperhygiene. Auch dies stellt ein deutliches Vermittlungshemmnis dar.

2.6.2.2 Angsterkrankungen und Zwänge

Angst als Erkrankung ist ein übersteigertes Erleben des allen bekannten Gefühls. Das heißt, dass die betroffenen Personen in einer, für nicht Betroffene ungefährlichen, Situation übermäßige Angst erleben.

Das Syndrom Angst wird in zwei Hauptkategorien `phobische Ängste` und `Angstzustände` (generalisierte Angst, Panikstörung, Zwangsstörung und posttraumatische Belastungsreaktion) unterteilt.

Phobien sind dabei eine übersteigerte Reaktion auf ein normalerweise nicht angstausslösendes Objekt.

Bei der generalisierten Angststörung ist die übertriebene oder unrealistische Sorge in zwei oder mehr Lebensbereichen das Hauptmerkmal. Diese Sorge muss über mindestens sechs Monate anhalten.

Bei dieser Erkrankung ist die Sorge das größte Vermittlungshemmnis. Die Sorge hindert die Betroffenen eine Stelle zu suchen oder einen Arbeitsplatz aufzusuchen. Im sozialen Kontakt wirken sie umständlich und lösen damit oft Unverständnis und Verärgerung aus.

Bei der Panikstörung treten Episoden von heftig erlebter Angst auf, die für den Betroffenen meist aus heiterem Himmel kommen, ohne dabei einen äußeren oder inneren Auslöser zu erkennen. Die Attacken dauern in der Regel nur wenige Minuten, treten aber meist mehrmals die Woche auf.

In diesem Fall ist die Angst vor der Panikattacke das größte Vermittlungshemmnis. Sie schränkt die Personen in ihrem Wirkungskreis ein und hindert sie daran eine Arbeit aufzunehmen.

Bei der Zwangsstörung setzt sich bei den Betroffenen ein Gedanke, ein Bild oder ein Impuls beharrlich im Kopf fest. Der Betroffene hat meist keine Möglichkeit sich gegen diese Gedanken zu wehren, auch wenn er es versucht. Meist muss der Betroffene dann zur Abwendung des befürchteten Unglücks eine oder mehrere rituelle Handlungen ausführen, die zur Entlastung dienen. Die vor allem mit den Zwangshandlungen verbundene Umständlichkeit stellt ein deutliches Vermittlungshemmnis dar. Die Betroffenen sind meist sehr langsam in der Umsetzung und rufen im Kontakt deutlichen Unmut hervor.

2.6.2.3 Affektive Störungen

Unter affektiven Störungen versteht man Störungen der Stimmung, bei der die Betroffenen entweder extrem niedergeschlagen oder übertrieben euphorisch oder beides abwechselnd sind.

Während einer manischen Phase ist die Stimmung meist sehr gehoben oder gereizt. Bei der depressiven Störung sind in der Regel Gefühle wie Traurigkeit, Entmutigung und Unzufriedenheit im Vordergrund.

In der Manie zählen die übersteigerte Stimmung, die damit verbundenen Aktivitäten und die Unvernunft zu den größten Vermittlungshemmnissen. Die Betroffenen sind getrieben und in der Regel unzuverlässig und unberechenbar.

In der Depression zählen der mangelnde Antrieb, die mangelnde Motivation und die teilweise Vernachlässigung der Körperhygiene zu den deutlichsten Vermittlungshemmnissen. Die betroffenen Personen können in diesen Phasen in der Regel sehr schwer aufstehen und werden in der Folge als unzuverlässig wahrgenommen. Dies ruft bei den meisten Arbeitgebern Verärgerung und Unverständnis hervor.

2.6.2.4 Persönlichkeitsstörungen

Unter Persönlichkeitsstörungen versteht man eine lang anhaltende, deutliche, unflexible und schwer veränderbare Ausprägung einer oder mehrerer Facetten der Persönlichkeit.

In der Regel haben die Betroffenen deutlich weniger Probleme mit ihrem Verhalten als ihre Umgebung.

Man unterscheidet neun Unterformen der Persönlichkeitsstörung: dissoziale, schizoide, schizotypische, narzisstische, paranoide, zwanghafte, dependente, histrionische, sowie die emotional – instabile Persönlichkeit.

Exemplarisch sollen die narzisstische und die emotional – instabile Persönlichkeitsstörung erklärt werden.

Bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung macht sich die betroffene Person ein unrealistisches Bild von sich selbst. Die Person überhöht sich und ihr

Leistungsvermögen in mehr als einem Lebensbereich und erlebt in ihrem darauf folgenden Scheitern immer wieder Frustrationen. Im Gegensatz zu ihrem nach außen gezeigten Bild handelt es sich bei diesen Personen in der Regel um Menschen, die sich selbst gering schätzen und sich wenig leiden können. Gerade die dargestellte Erhöhung ist eines der deutlichsten Vermittlungshemmnisse. Die Personen können sich gut selbst darstellen und enttäuschen in der Regel die in sie gesetzten Erwartungen. Die Betroffenen neigen sehr schnell zum Aufgeben, wenn sie sich nicht entsprechend gewürdigt fühlen.

Die emotional – instabile Persönlichkeitsstörung ist durch ein rasches Auf und Ab der Emotionen gekennzeichnet.

Die betroffenen Personen sind kaum in der Lage enge Beziehungen einzugehen. Sie schwanken zwischen Bewunderung und Ablehnung. Einerseits sehnen sich die betroffenen Personen nach nahen Beziehungen, andererseits sind sie kaum in der Lage die entstandene Nähe auszuhalten. Meist kommt noch selbstschädigendes Verhalten, unter anderem Alkoholabusus, hinzu.

Das stärkste Vermittlungshemmnis bei dieser Störung ist die Unstetigkeit. Den Betroffenen fällt es schwer sich zu entscheiden und kontinuierlich an einer Arbeitsstelle zu erscheinen. Sie erzeugen durch ihr oft impulsives Verhalten Unmut. Den meisten Arbeitgebern ist es nicht möglich, mit derart unkalkulierbaren Umständen zu planen und zu arbeiten.

Gemeinsam ist allen Betroffenen mit einer chronisch psychischen Erkrankung die Erfahrung des fundamentalen ‚Anders sein‘. Sie erleben sehr häufig, wie anfängliche Besorgnis im Laufe der Zeit in Wut und Unverständnis umschlägt, wie sich ihr Umfeld nach und nach auflöst und sie immer mehr vom normalen Leben isoliert werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass es bei psychischen Krankheiten im Gegensatz zu Erwerbsarbeit keine Pausen und keinen Feierabend gibt, so dass die Krankheit sehr viel Energie und Kapazitäten bindet, die für die Erledigung alltäglicher Anforderungen nötig wären.

Durch den Verlust der äußeren Verstärker sowie der andauernden Erfahrung nicht verstanden zu werden, verringert sich das ohnehin nicht mehr große Selbstbewusstsein noch weiter. Die Betroffenen müssen oftmals mit weiteren

sozialen Phänomenen kämpfen. Entweder werden sie stark unter Druck gesetzt, sich wieder in die Gesellschaft einzugliedern und das zu erfüllen, was die Gesellschaft und ihre nähere Umgebung von ihnen erwartet oder sie werden verstärkt geschont und in ‚Watte‘ gepackt. Es wird ihnen in der Folge fast alles abgenommen und nichts mehr zugetraut. Dies verunsichert die Betroffenen zusätzlich und lässt sie weiter an sich und ihren Fähigkeiten zweifeln.

Zusätzlich zu den störungsspezifischen Vermittlungshemmnissen gibt es störungsübergreifende Defizite in den Arbeitsfähigkeiten, die die Betroffenen im Hinblick auf die Aufnahme einer Arbeit behindern. Zu diesen grundlegenden Arbeitsfähigkeiten gehören Pünktlichkeit, Motivation, Konzentration, logisches Denken und Selbstvertrauen, die bei den meisten Betroffenen unter der Krankheit leiden und somit eine Arbeitsaufnahme erschweren.

2.7 Sozialpsychologische Theorien und Herleitung der Fragestellungen

Gerade in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit scheinen die resignativen Tendenzen von prädiktivem Wert. Zum Verständnis der oft ungünstigen kognitiven Strategien bei der Verarbeitung von Misserfolgen und Kränkungen, spielen irrationale Überzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen ebenso wie die Leistungsmotivation eine wichtige Rolle. Auch positive Stressverarbeitungsstrategien sind von prädiktivem Wert.

2.7.1 Sozialpsychologische Theorien

2.7.1.1 Attributionstheorien

Attribution ist der meist unbewusste Prozess, durch den die Wirkung von äußeren Ereignissen unmittelbar diesen distalen Objekten zugeschrieben wird (Zimbardo, 1995).

Heider (1958) dehnte den Gedanken auf die ursächliche Zuschreibung für Wohltat und Schaden, Erfolg und Misserfolg, Wünsche und Gefühle aus.

Ursachen werden also dem subjektiven oder objektiven Pol zugeschrieben. Ein Misserfolg hat äußere oder innere Gründe. Die Attributionsforschung übernimmt dabei die Aufgabe, überdauernde Muster, Schemata oder Kategorien zu beschreiben, die dazu verwendet werden, Ereignisse oder Handlungen zu erklären. Zusätzlich stellt sie die Schlussfolgerungsprozesse dar, die angewendet werden, um die Gründe und Ursachen zu finden, die den beobachtbaren Handlungen oder Ereignissen zugeschrieben werden.

Aus diesen Überlegungen heraus entstand die Idee, die Attributionen der Teilnehmer abzufragen und zu überprüfen, inwieweit Attributionen und die daraus resultierenden Gedanken den Rehabilitationsprozess beeinflussen.

2.7.1.2 Kontrollüberzeugungen

Einer der wichtigsten Vertreter der Theorien zur Kontrollüberzeugung ist Rotter mit seinem Konzept des Locus of Control.

Der Begriff der Kontrollüberzeugung ist eng mit dem Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung verwandt. Es wird damit die generalisierte Erwartung, Handlungserfolge unter Kontrolle zu haben bzw. Opfer der Situation zu sein, definiert. Dieser Ort der Kontrolle wird entweder in der eigenen Person oder in äußeren Bedingungen gesehen. Als Kontrollort werden in diesem Falle generalisierte Erfolgs – bzw. Misserfolgserfahrungen bezeichnet. Diese beeinflussen das künftige Kontrollverhalten bzw. das künftige Vertrauen in die Selbstwirksamkeit. Als Kontrollmotivation gilt das allgemeine Streben zu zeigen, dass man aufgrund eigener Fähigkeiten und durch eigenes Verhalten positive

Umwelteffekte erzielen kann. Mit Hilfe dieser Theorie lässt sich die Entstehung von Motivation und Grundarbeitsfähigkeiten erklären, da es evident ist, dass eine Person internale Kontrollüberzeugungen haben muss, um sich als handlungsfähig zu erleben.

Zusätzlich zum Locus of Control nach Rotter ist die Self – Efficacy – Theorie von Bandura anzuführen. Unter Selbstwirksamkeit versteht man den Effekt, dass durch interne Prozesse bewertet wird, ob ein Verhaltensziel erreicht worden ist oder nicht. In diesem Prozess findet je nach Verlauf eine emotionale Selbstbelohnung oder Selbstbestrafung statt. Dies macht das eigene Verhalten von externen Bekräftigungen relativ unabhängig. Zu diesem Prozess gehört auch die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung bzw. Selbstüberwachung. Wichtig ist dabei, dass die Güte der eigenen Leistung an eigenen Maßstäben gemessen wird. Dieser Prozess kann insgesamt als ein Teilprozess der Motivation angesehen werden (Schneewind, 1992).

Zum Konstrukt der Selbstwirksamkeit haben Regenold et al. (1999) eine Studie veröffentlicht: sie untersuchten inwieweit dieses Konstrukt als Prädiktor für Arbeitsleistung gelten kann. Sie befragten 86 Personen mit einer psychischen Erkrankung in einem Zeitraum von dreizehn Monaten, die sich wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt etablieren wollten.

Die Untersucher fanden zwei fundamentale Gründe, warum es Menschen mit psychischen Erkrankungen schwer fallen könnte, sich wieder zu integrieren. Zum einen Defizite in den Grundarbeitsfähigkeiten, wie z.B. kognitive Defizite, zum anderen Defizite in ihren Fertigkeiten, wie z.B. Impulskontrollschwäche oder ein schlechtes Selbstbewusstsein.

Die Probanden wurden mit einem speziellen Trainingsprogramm geschult. Gemessen wurde mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) und der Career Search Efficacy Scale (CSES).

Die Untersucher fanden heraus, dass eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung den Probanden dabei half ihre Arbeitsziele zu erreichen. Sie zeigten mit Hilfe einer Regressionsanalyse, dass in dieser Studie allein die Selbstwirksamkeitserwartung ein guter Prädiktor war.

2.7.1.3 Irrationale Einstellungen

Albert Ellis (1991) geht davon aus, dass jeder Mensch persönliche Überzeugungen über sich und die Welt, in der er lebt, hegt. Diese Überzeugungen bestimmen die Reaktionen auf die verschiedenen Situationen im Leben. Manche Menschen haben Einstellungen, die weitestgehend irrational sind. Dies bringt sie zu Handlungen, die unangemessen sind und ihre Chancen auf Erfolg beeinträchtigen. Wichtige irrationale Einstellungen in Bezug auf Arbeit sind:

- Die Vorstellung, man muss in jeder Hinsicht ganz und gar kompetent, leistungsfähig und erfolgreich sein
- Die Vorstellung, es sei katastrophal, wenn Dinge nicht so sind, wie man sie gern haben möchte
- Die Vorstellung, die eigene Vergangenheit übe einen übermächtigen Einfluss auf das gegenwärtige Verhalten aus
- Die Vorstellung, es gebe unveränderlich eine richtige, passende und perfekte Lösung und es sei eine Katastrophe sie nicht zu finden.

(Comer, 1995)

Es kann passieren, dass Personen, die übermäßig viele irrationale Überzeugungen haben, neue Erfahrungen, wie auch eine neue Stelle, mit Misserfolgs- und Katastrophenerwartungen aufnehmen. Oder aber, dass sie Erreichtes nicht ihren Fähigkeiten, sondern den Umständen zuschreiben. Es gelingt ihnen somit sehr schlecht Selbstvertrauen aufzubauen.

2.7.1.4 Stressverarbeitung

Stress ist ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen einer Person auf ein Ereignis, das das interne Gleichgewicht eines Menschen stört und ihre Fähigkeiten zur Bewältigung strapaziert.

Bei der Stressreaktion gibt es mannigfaltige individuelle Unterschiede. Manche ertragen viel Stress und können damit umgehen, während andere schon bei weniger Stress an ihre Grenzen kommen. Die Fähigkeit zur Stressverarbeitung hängt von Moderatorvariablen ab. Diese Variablen, die kognitive Be-

wertung und die Ressourcen, die dem Individuum zur Verfügung stehen, sind Teil des Stressverarbeitungsprozesses. Die Bewertung eines Stressors und die individuellen Ressourcen sind für die Auswahl der geeigneten Bewältigungsstrategie wichtig. Aufgrund der Bewertung kann man einen Stressor als Herausforderung oder als Bedrohung erleben.

Als Reaktion auf Stress kommt es nach Lazarus zu zwei Bewertungsprozessen: In einem ersten Schritt wird die Bedeutung einer Anforderung bewertet. Wenn die Person entscheidet, dass etwas unternommen werden muss, folgt der zweite Schritt. In diesem entscheidet die Person, welchen Schritt sie zur Lösung unternehmen will. Sollte die gewählte Variante unwirksam sein, muss die betreffende Person sich einen neuen Lösungsweg suchen.

Neben der physiologischen Stressreaktion gibt es auch eine psychologische. Leichter Stress erhöht die Wachsamkeit, während andauernder, unbewältigter Stress zu fehlangepassten Verhaltensweisen, wie erhöhter Reizbarkeit, schlechter Konzentration, beeinträchtigter Produktivität und chronischer Ungeduld führen. Schwerer Stress kann Verhalten unterdrücken und zu völliger Unbeweglichkeit bzw. Hilflosigkeit führen. Ebenso kann anhaltender Stress kognitive Beeinträchtigungen auslösen, die Flexibilität und Effizienz des Denkens erschweren.

Chronisch psychisch Kranke erleben meist unbewältigten oder schweren Stress. Dies kann zu Unbeweglichkeit und wiederholten Frustrationserlebnissen führen. Bei schlechter Stressverarbeitung und damit einhergehender Frustration werden die Betroffenen hilflos und neigen zu Resignation.

2.7.1.5 Lebensqualität

Das Konzept Lebensqualität lässt sich in drei Bereiche unterteilen: materielle Ressourcen, objektives Funktionieren und subjektives Wohlbefinden. Lebensqualität hat demnach mit den grundlegenden Bedürfnissen des Menschen zu tun. Diese Bedürfnisse werden durch Krankheit eingeschränkt, insbesondere (nach Maslow) das Bedürfnis nach Sicherheit und Stabilität, soziale Bedürfnisse, sowie das Bedürfnis nach Autonomie und andere psychologische Be-

dürfnisse. Die Vermutung ist, dass durch erhöhte Chancen zur Teilhabe und durch verstärkte Befriedigung der Bedürfnisse die Lebensqualität subjektiv steigt.

Die Theorien zeigen, dass chronisch psychisch Kranke mit einer Vielzahl an Defiziten bzw. mangelnden Fertigkeiten zu kämpfen haben. Für eine erfolgreiche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt benötigt es neben den Grundarbeitsfähigkeiten, soziale Kompetenzen und persönliche Fertigkeiten. Besonders wichtig für eine Integration sind eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung, Problemlösefähigkeiten, internale Kontrollüberzeugungen sowie weiter gefasste soziale Kompetenzen und Grundarbeitsfähigkeiten, wie zum Beispiel die Fähigkeit sich zu konzentrieren.

2.7.2 Herleitung der Fragestellung

Seit Beginn der Psychiatrie – Enquete 1975 ist viel Bewegung in die Psychiatrie gekommen. Zur Verhinderung massiver Hospitalisierung ist die Psychiatrie mitsamt ihrer Behandlungsansätze offener geworden.

Zunehmend rückte die Arbeit als wichtiger Aspekt zur Erhaltung von Lebensqualität und des sozialen Status in den Fokus der Bemühungen. In diesem Zusammenhang kamen, zunächst in den USA, die so genannten supported – employment – Ansätze auf. Hierbei wurde vor allem die Idee des frühzeitigen Platzierens und des nachfolgenden Trainierens verfolgt. Dieser Ansatz ist eine deutliche Veränderung zum bisherigen Kontinuum – Modell der Rehabilitation. Er wurde vor allem im US – amerikanischen Raum gut untersucht. In Europa wird dieser Ansatz seit gut zehn Jahren verfolgt, dies allerdings nur an wenigen Standorten. Zusätzlich haben betroffene Personen aufgrund ihrer Krankheit zusätzliche Vermittlungshemmnisse.

Allen bisherigen Studien ist gemeinsam, dass sie fast ausschließlich im nicht deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden und dass die Prädiktorensuche nur teilweise erfolgreich war.

Aus den bisher erfolgten Studien und den Vorüberlegungen wurden folgende Fragestellungen entwickelt:

- 1) Personen, die am Projekt teilnehmen, haben eine höhere Chance sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. an Arbeit teilzuhaben.
- 2) Grundarbeitsfähigkeiten, wie z.B. Zuverlässigkeit, soziale Kompetenz, Verständnis von Arbeitsanweisungen etc. im beschützten Rahmen indizieren einen Erfolg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
- 3) Höhere Werte bei den internalen Kontrollüberzeugungen führen zu einer besseren Integration.
- 4) Bei den Probanden wird in den einzelnen Skalen des SVF 78, wie z.B. Resignationstendenz, ein niedrigerer Wert als bei der Versuchsgruppe erwartet.
- 5) Die Lebensqualität der Probanden ist nach der Maßnahme höher als vor der Maßnahme und insgesamt höher als die Lebensqualität der Personen aus der Vergleichsgruppe.
- 6) Höhere Werte bei den irrationalen Einstellungen gehen mit einem geringeren Selbstwert und einer geringeren Integrationsrate einher.
- 7) Unterschiede zwischen den Teilnehmern und der Vergleichsgruppe lassen sich in FPI-R, AVEM, d2 und dem MW T – B abbilden.
- 8) InPUT verursacht keine höheren Kosten und entlastet durch Integration in der Folge die Kassen, dadurch ist das Kosten – Nutzen – Verhältnis optimaler.

Die Hypothesen werden empirisch untersucht. Dabei soll herausgefunden werden, ob einzelne Fragebogen zu den angedachten Konstrukten oder aber einzelne Skalen der Fragebogen mögliche Prädiktoren für eine erfolgreiche Integration darstellen. Zusätzlich wird der Zusammenhang zwischen erfolgreicher Integration und Befindlichkeit bzw. Psychopathologie untersucht.

3. Methodik

3.1 Zielsetzungen

Das vorliegende Projekt wurde ins Leben gerufen, um chronisch psychisch kranken Menschen im Raum Stuttgart, die von den bisherigen Angeboten nicht profitieren konnten, eine Möglichkeit zu geben, sich wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integrieren zu können. In Stuttgart und in ganz Deutschland gibt es chronisch psychisch Kranke, die sich von den klassischen Rehabilitations- und Teilhabeangeboten nicht angesprochen fühlen. Einerseits sind sie aufgrund ihrer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren, andererseits möchten sie gerne arbeiten bzw. am Arbeitsleben teilhaben. Die meisten Betroffenen möchten aber mit der WfbM und den damit verbundenen Stigmata nicht in Verbindung gebracht werden.

Um diesem Personenkreis eine Chance zur Teilhabe zu geben, wurde das Projekt ins Leben gerufen.

Da es im deutschsprachigen Raum nur wenige Projekte dieser Art gibt, wurde zeitgleich zur Entwicklung des Projektes eine wissenschaftliche Begleitung aufgebaut. Dies um den Nutzen des Projektes, sowie den Nutzen der vermittelten Inhalte zu überprüfen. Teil der wissenschaftlichen Begleitung ist auch der Versuch Erfolgsprädiktoren zu extrahieren.

Die bisherigen Studien widersprechen sich zum Teil in ihren Ergebnissen, vor allem im Finden von Prädiktoren. In den wenigsten Untersuchungen werden Prädiktoren gefunden bzw. gesucht. Bisher scheint lediglich klar zu sein, dass Negativsymptomatik ein guter Prädiktor zu sein scheint. Analog zum oben Beschriebenen gibt es aber auch zahlreiche Studien, die der Bedeutung der Psychopathologie widersprechen.

Bisher ist noch nicht ausreichend geklärt, ob der Ansatz des supported – employment im deutschsprachigen Raum umsetzbar ist.

Ziel der vorliegenden Studie ist, mit Hilfe verschiedener Fragebogen zu überprüfen, ob es Prädiktoren gibt, die Erfolg, im Sinne einer Teilhabe am Arbeits-

leben, vorhersagen. Dabei soll untersucht werden, inwieweit Kontrollüberzeugungen, irrationale Einstellungen, Stressverarbeitungsstrategien und die damit verbundenen Problemlösefertigkeiten zum Erfolg beitragen. Ebenso soll der Zusammenhang von Teilhabe am Arbeitsleben und Lebensqualität überprüft werden.

Ein weiteres Ziel der Studie ist, neben der Extraktion etwaiger Prädiktoren die Überprüfung, ob der Ansatz des supported – employment in der in den USA entwickelten und vorgestellten Art und Weise in Deutschland umsetzbar ist.

3.2 Stichprobengewinnung und Drop Outs

3.2.1 Stichprobengewinnung

Da die Studie das Projekt InPUT in den Werkstätten des Rudolf – Sophien – Stifts begleitete, erfolgte die Rekrutierung der Stichprobe und der Vergleichsgruppe in diesem Rahmen. Die letzte Aufnahme in die Studie erfolgte im Dezember 2008. Für den hier referierten Teil der Studie wurde im Dezember 2007 ein cut off gesetzt, so dass für einen Teil der Probanden Werte über ein Jahr Maßnahmeverlauf ausgewertet werden können.

Probanden

Die Probanden wurden über die Zuweisung zu InPUT rekrutiert. Die Teilnehmer wurden zunächst überwiegend aus den Kliniken und mit zunehmender Dauer des Projektes auch direkt durch die Kostenträger zugewiesen. Insgesamt werden circa 40% der Teilnehmer durch die Kostenträger, 32% durch Kliniken und die restlichen 28% durch Fachärzte, sozialpsychiatrische Dienste oder Sonstige zugewiesen.

Im ersten Jahr (2006) wurden 23 Teilnehmer in drei Gruppen in die Maßnahme aufgenommen. Im Jahr 2007 weitere 25 Teilnehmer in vier Gruppen.

Den Teilnehmern wurde zu Beginn der Maßnahme die Studie mit ihrem Konzept vorgestellt. Im Anschluss daran wurden sie gebeten, an der Studie teilzunehmen. Wenn sie sich dazu bereit erklärten, füllten sie die Fragebogen

aus und nahmen an einer Konzentrationstestung teil. Nicht in die Maßnahme aufgenommen wurden Personen mit florider Symptomatik, akuter Suchtproblematik, sowie forensischem Hintergrund.

Vergleichsgruppe

Die Personen für die Vergleichsgruppe wurden je nach Aufnahmezeitpunkt in die WfbM in die Studie aufgenommen. Im Gegensatz zur Gruppe der Probanden erfolgte also keine Aufnahme in Gruppen sondern Einzelaufnahmen. Zunächst wurde jeder Einzelne über die Studie und den Beitrag, den er dazu leisten könne, aufgeklärt und gebeten an der Studie teilzunehmen.

Wenn sich die Person dazu bereit erklärte, füllte sie ebenfalls die Fragebogen aus und nahm an einer Konzentrationstestung teil.

Bis Dezember 2007 wurden 48 Personen in die Vergleichsgruppe aufgenommen. Ausschlusskriterien waren mangelnde Deutschkenntnisse, Substanzabusus, ein forensischer Hintergrund, sowie aktuelle Substanzabhängigkeit.

Insgesamt zeigte sich, dass es den Personen aus der WfbM – Maßnahme leichter fiel, die Teilnahme an der Studie abzulehnen oder nach einiger Zeit abubrechen.

3.2.2 Drop – Outs

Probanden

Insgesamt schieden 14 Teilnehmer aus der Studie aus. Drei Personen brachen die Maßnahmen komplett ab, aus Frustration oder falschen Erwartungen an das Projekt, vier verweigerten sich der Studie und erklärten, dass die Fragebogen sie unangenehm auf ihre Krankheit zurückwerfen würden und die übrigen sieben Teilnehmer mussten aufgrund wiederkehrender, langer krankheitsbedingter Unterbrechungen aus der Studie genommen werden.

Vergleichsgruppe

Hier schieden insgesamt 14 Teilnehmer aus der Studie aus. Von diesen 14 brachen sieben die Maßnahme komplett ab, während sich fünf nach dem ers-

ten Studienabschnitt gegen eine Teilnahme an der Studie entschieden und zwei wegen Krankheit aus der Studie genommen werden mussten.

Tab.1: Übersicht Stichprobe und Vergleichsgruppe

Kriterium	Stichprobe	Vergleichsgruppe
Aufnahmen gesamt	48	48
Maßnahmeabbrüche	3 (6,25%)	7 (14,5%)
Drop out Studie	7	7
Integration auf 1. Arbeitsmarkt	1	0
Durchschnittliche Ver- weildauer auf einem Au- ßenplatz	25 Wochen (36,2%)	0

3.3 Studiendesign und Untersuchungsplan

3.3.1 ethische Problematik

Eine der wichtigsten Fragen bei der Beschäftigung mit psychisch Kranken ist das Problem der ethischen Vertretbarkeit der Zuweisung zu verschiedenen Hilfsangeboten im Rahmen einer Studie. Oberstes Gebot muss sein, weitere Hospitalisierung oder Dekompensation durch Misserfolgserleben zu vermeiden bzw. auf ein Minimum zu reduzieren. Gleichzeitig muss den Probanden zu jeder Zeit der Sinn und Hintergrund der Untersuchung klar sein. Dies entspricht den Anforderungen der American Psychological Association (1973) zu den Prinzipien der Forschung am Menschen. Für den Fall, dass während des Forschungsprozesses neue Probleme oder Bedürfnisse entstehen oder alte

aktualisiert werden, müssen den Probanden angemessene Hilfsangebote zur Verfügung stehen. Diese Voraussetzung ist durch die Anbindung an die WfbM und den dortigen sozialen Dienst erfüllt.

Die einzige Möglichkeit, weitere Schäden, z.B. durch Überforderung, von den Probanden abzuwenden, ist in diesem Fall die Zufallszuweisung zu einer Maßnahme zu unterlassen und die Probanden bereits vorab gezielt zuzuweisen. Dies ist auch deswegen notwendig, weil sich die klassische WfbM – Maßnahme von InPUT erheblich unterscheidet.

Aus diesen Gründen ist es auch nicht möglich, ein klassisches Kontrollgruppendesign aufrecht zu erhalten.

3.3.2 Studiendesign

Die Studie stellt eine erste Annäherung an den Ansatz des supported – employment im deutschsprachigen Raum dar. Aufgrund der wenigen Vergleichsmöglichkeiten und aufgrund der oben angeführten ethischen Problematik, ist es nicht möglich, auf ein klassisches Kontrollgruppendesign zurückzugreifen.

Aus diesem Grund wurde die Studie als Vergleichsstudie angelegt, in der die Probanden die gemeinsame Erfahrung des Erkranktseins, sowie die Bemühungen um Reintegration, allerdings in unterschiedlichen Settings, teilen. Die Teilnehmer konnten wählen, an welcher Maßnahme sie teilnehmen wollten.

Wenn in dieser Studie erste Unterschiede bzw. Erfolge erkennbar gemacht werden können, müsste im Zusammenhang mit neuen Untersuchungen sicherlich auch über einen neuen Zugang zum Forschungsfeld nachgedacht werden.

3.3.3 Untersuchungsplan

Die Aufnahme der Versuchsgruppe erfolgte zu drei Zeitpunkten, mit jeweils circa zehn Rehabilitanden: Im Februar, Juni und November des Jahres 2006.

Im Februar, Mai, Juli und Oktober 2007 erfolgten weitere Aufnahmen.

Zum Zeitpunkt des Eintritts in die Maßnahme erhalten die Teilnehmer ein Fragebogenpaket von elf Fragebögen. Zusätzlich nehmen sie an einer Konzentrationstestung teil. Ebenso wird in den ersten Wochen ein Fremdeinschätzungsbogen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeiten ausgefüllt. Nach sechs Monaten erfolgt ein Re – Test mit etwa der Hälfte der Fragebögen und nach zwölf Monaten ein kompletter Re – Test einschließlich einer erneuten Konzentrationstestung. Die einzelnen Messinstrumente werden später ausführlich erläutert.

Der Untersuchungsplan sieht demzufolge für den einzelnen Teilnehmer wie folgt aus:

Tab.2: exemplarischer Untersuchungsplan

Fragebogen	T1 (Eintritt)	T2 (½ Jahr)	T3 (1 Jahr)	T4 (1½ Jahre)	T5 (2 Jahre)
FPI-R	X	X	X	X	X
FKK	X	X	X	X	X
FIE	X	X	X	X	X
KKG	X	X	X	X	X
SVF 78	X	X	X	X	X
AVEM	X		X		X
O-AFP	X		X		X
MWT-B	X				
d2	X		X		X
BSI	X	X	X	X	X
WHOQOL	X	X	X	X	X

Die Maßnahme geht über längstens 27 Monate, kann aber, z.B. wenn ein Arbeitsplatz gefunden wurde, verkürzt werden.

In der Vergleichsgruppe erfolgt die Aufnahme nicht gruppenweise. Hier war es notwendig, für jeden Teilnehmer der Vergleichsgruppe einen individuellen

Testplan zu entwickeln. Dies auch um die Vergleichbarkeit der Testzeitpunkte zu gewährleisten. Ansonsten war der Untersuchungsplan analog zum Untersuchungsplan der Probanden.

In der folgenden Abbildung wird die Stichprobenentwicklung der Gesamtstichprobe dargestellt. Es wird sichtbar, dass die größten Verluste in der Stichprobe nach einem Jahr Untersuchungsdauer zu verzeichnen sind. Nach zwei Jahren Untersuchung ist demnach nur noch ein Drittel der ursprünglich untersuchten Stichprobe in der Studie. Wobei einschränkend anzumerken ist, dass zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht alle Untersuchungsteilnehmer alle Messzeitpunkte durchlaufen haben, so dass die Zahlen für T4 und T5 als vorläufig anzusehen sind.

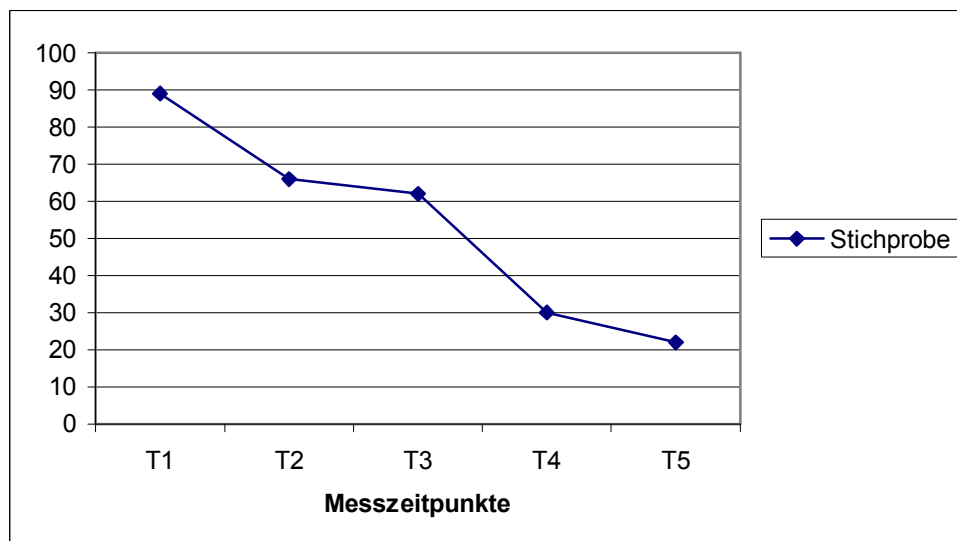


Abb.2: Stichprobenentwicklung über die Messzeitpunkte

Betrachtet man die Stichprobenentwicklung für die drei Untergruppen so zeigt sich, dass vor allem in der Vergleichsgruppe im zweiten Jahr ein deutlicher Verlust zu verzeichnen ist. In der Probandengruppe ist der Verlust deutlich geringer. Auch hier gilt, dass die Zahlen für T4 und T5 als vorläufig anzusehen sind.

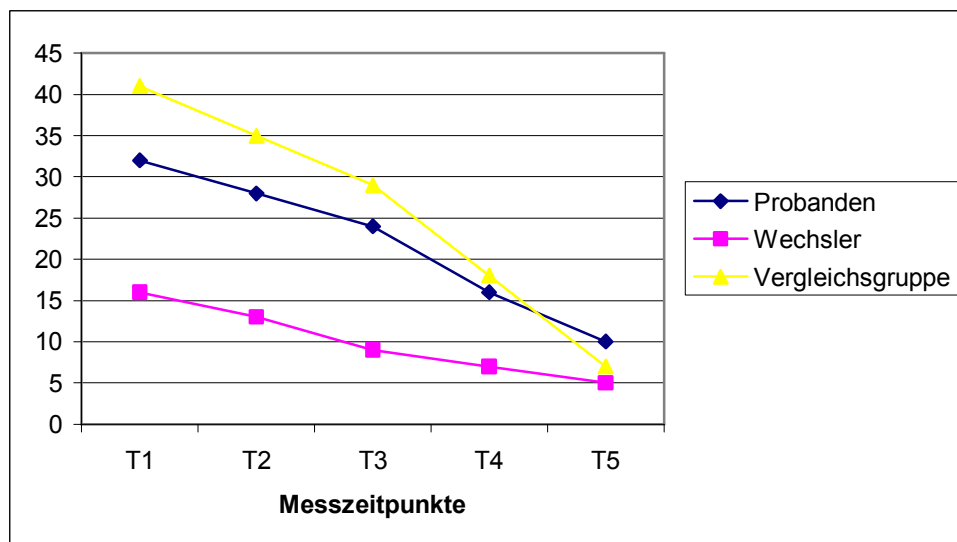


Abb.3: Stichprobenentwicklung für die Untergruppen

Die bereits erwähnten Forschungsinstrumente werden nun erläutert und zu einem späteren Zeitpunkt in diesem Kapitel den einzelnen Fragestellungen zugeordnet.

Eingeführt wurden:

als Maße der Persönlichkeits- bzw. Eigenschaftsmessung:

- das Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg et al., 2001/FPI –R)
- der Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991/FKK)
- der Fragebogen irrationaler Einstellungen (Klages, 1989/FIE)
- der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (Lohaus et al., 1989/KKG)
- die Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogens SVF 120 (Jahnke et al., 2004/SVF 78).

als Maße der Arbeitsfähigkeit:

- das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt et al., 2003/AVEM)
- das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (Wiedl et al., 2006/O-AFP).

als Leistungsmaße:

- der Mehrfachwahl – Wortschatz – Intelligenztest (Lehrl, 1977/MWT – B)
- der Aufmerksamkeits- Belastungs- Test (Brickenkamp, 2002/d2).

als Maße der Lebensqualität und zur Bestimmung der Belastung durch Symptome:

- das Brief Symptom Inventory (Franke, 2000/BSI)
- der WHOQOL (Angermeyer et al, 2000)

Zu den Messinstrumenten im Einzelnen:

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg et al., 2001/FPI – R) erfasst die Persönlichkeit auf 12 Dimensionen. Es ermittelt auf ökonomische Weise die verschiedenen Facetten der Persönlichkeit, wie z.B. soziale Verantwortung, Leistungsorientierung und Extraversion. Die Validität des Fragebogens liegt bei $r \geq .15$

Der Fragebogen irrationaler Einstellungen (Klages, 1989/FIE) erfasst vier Dimensionen irrationaler Einstellungen: negative Selbstbewertung, Abhängigkeit, Internalisierung von Misserfolgen und Irritierbarkeit. Der Fragebogen misst den Zusammenhang zwischen psychischen und/oder somatischen Befindlichkeitsstörungen und dysfunktionalen Denkgewohnheiten.

Die Zuverlässigkeit der Eichstichprobe liegt zwischen $\alpha = .68$ und $.83$ (Cronbach's Alpha).

Der Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991/FKK) ist ein Instrument zur Erfassung generalisierter Erwartungen. Das Ziel ist die Erfassung von Kompetenz- und Kontingenzerwartungen, die über verschiedene Handlungsklassen, Handlungs- und Lebenssituationen generalisiert sind. Seine Skalen konzentrieren sich auf das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und drei Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen. Es werden drei Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen unterschieden: a) Internalität; b) sozial bedingte Externalität; c) fatalistische Externalität. Die Ergebnisse sind nur auf dem Hintergrund der aktuellen Lebens-

situation zu interpretieren. Die Sekundär- bzw. Tertiärskalen sind konzeptuell unscharf. Validität und Reliabilität sind ausreichend. Die Eichstichprobe ist ausreichend groß.

Der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (Lohaus et al., 1989/KKG) fragt allgemeine Kontrollüberzeugungen ab, die sich auf Gesundheit und Krankheit beziehen. Die drei Skalen beziehen sich auf das Konzept der generalisierten Kontrollerwartungen und das Erleben eigener Möglichkeiten zur individuellen Einflussnahme. Hieraus ergeben sich Bezüge zu Handlungsweisen, mit denen das eigene somatische Befinden beeinflusst werden kann. Die angegebenen Beschwerden müssen bei der Interpretation der Ergebnisse mit einbezogen werden.

Die Retest – Reliabilität liegt zwischen .66 und .78 und die internen Konsistenzen zwischen .64 und .77.

Die Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogens SVF 120 (Jahnke et al., 2004/SVF 78) dient der Erfassung der individuellen Tendenz, unter Belastung verschiedene Stressverarbeitungsstrategien einzusetzen. Die Verarbeitungsweisen sind durch 15 Subtests mit jeweils 6 Items definiert. Bei allen Subtests bestehen hohe innere Konsistenzen (Cronbach's alpha zwischen .74 - .95) und split – half – Reliabilitäten. Sowohl zwischen den einzelnen Subtests als auch zwischen den Sekundär tests gibt es nur geringe Interkorrelationen.

Das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt et al., 2003/AVEM) erlaubt Aussagen über gesundheitsfördernde bzw. – gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen.

Hohe interne Konsistenz für alle 11 Skalen (Cronbach's Alpha zwischen .78 und .87). Die Validität ist gut belegt.

Der WHOQOL (Angermeyer et al, 2000) wurde als Instrument zur international vergleichenden, detaillierten Erfassung der subjektiven Lebensqualität entwickelt. Ziel ist eine möglichst vollständige Erfassung aller Aspekte der Lebensqualität.

Die Reliabilität des WHOQOL-100 ist insgesamt zufrieden stellend. Die interne Konsistenz ist für die Gesamtstichprobe und den Gesamttest bei $\alpha = .84$, für die Gruppe der psychiatrischen Patienten bei $\alpha = .89$ und für alle Domänen

mit $\alpha = .70$ ausreichend hoch. Die inhaltliche Validität des WHOQOL-100 ist gut.

Das Brief Symptom Inventory (Franke, 2000/BSI) erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 53 körperliche und psychische Symptome in einem Zeitfenster von sieben Tagen. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $\alpha = .75$ und $.89$.

Es ist bekannt, dass der BSI keine gute prädiktorische Qualität hat, da er die Minussymptomatik nicht gut erfasst. Trotzdem wurde er als Forschungsinstrument gewählt, da er die momentane Befindlichkeit und Symptombelastung gut abbildet und dies im Zeitverlauf einen guten Indikator darstellt.

Das Osnabrücker Arbeitsprofil (Wiedl et al., 2006/O-AFP) bildet Defizite und Entwicklungsmöglichkeiten in den Bereichen Förderung der kognitiven Lernfähigkeit, sozialer Kommunikationsfähigkeit sowie von Anpassung und Konformität ab. Insgesamt liegen gute bis sehr gute Konsistenzwerte (Cronbach's α zwischen $.89$ und $.94$) und mittlere Retest- Korrelationen ($.58$ bis $.69$) vor. Die Trennschärfen sind gut bis sehr gut. Die Überprüfung der Verteilungsform ergab, dass die drei Skalen signifikant von der Normalverteilung abweichen. Aufgrund dieser Tatsache werden die Normen als Prozentränge angegeben. Die Eichstichprobe zur Validierung ist nicht ausreichend groß. Trotz dieser Schwächen gibt es momentan auf dem deutschen Markt kein anderes Instrument zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weswegen der Fragebogen hier dennoch verwendet wurde.

Der Aufmerksamkeits- Belastungs- Test (Brickenkamp, 2002/d2) gehört zur Kategorie der allgemeinen Leistungstests. Durch sein Prinzip „Aufmerksamkeit ist Selektion“ ergibt sich, dass der d2 ein Aufmerksamkeitstest ist. Er verlangt eine auf externe visuelle Reize bezogene Konzentrationsleistung. Diese Leistung manifestiert sich in drei Verhaltenskomponenten: a) im Tempo, b) in der Qualität und c) im zeitlichen Verlauf der Leistung. Er hat eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = .90$). Zudem lässt sich zumindest eine vorläufige Validität des d2 feststellen.

Der Mehrfachwahl – Wortschatz – Intelligenztest (Lehrl, 1977/MWT – B) misst die allgemeine Intelligenz. Grundlage ist das Konstrukt der kristallinen und flüssigen Intelligenz. Zudem ist er ökonomisch und den anderen gängigen Intelligenztests in den Gütekriterien nicht unterlegen. Allerdings hat er die

Schwäche, dass er in Bereichen unter IQ 70 und über IQ 125 nicht mehr differenziert. Zudem misst er keine spezifischen Intelligenzkomponenten.

Für die Belange der Studie ist diese Form der Intelligenzmessung ausreichend, da die Intelligenz nur als grober Indikator angesehen wird. Spezifische Teilkomponenten werden, soweit es notwendig ist, über andere Verfahren abgefragt.

Outcome – Kriterium: Arbeitsfähigkeit

Zu den Outcome – Kriterien zählt zum einen die Integrationsrate, das heißt die Tage, die die jeweilige Person auf einem Außenarbeitsplatz verbringt. Zum anderen die Tage, die der Teilnehmer in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung verbringt. Analog zu anderen Studien ist dabei jeweils ein Tag, den ein Teilnehmer auf einem versicherungspflichtigen Arbeitsplatz verbringt, ausreichend. In Anlehnung an andere Studien wurde zusätzlich die Zeit, die der Rehabilitand am Arbeitsleben Teil hat, ohne versicherungspflichtig beschäftigt zu sein, als Kriterium aufgenommen.

Bei der vorliegenden Arbeit wird als Zwischenergebnis der Durchlauf der Maßnahme für ein Jahr für zwei Drittel der Teilnehmer errechnet.

Nach Abschluss der Projektphase und der Beendigung der zweijährigen Maßnahmezeit für alle Teilnehmer, werden die Daten vollständig ausgewertet.

Als Erweiterung werden im Verlauf der nächsten zwei Jahre Daten aus weiteren Rehabilitationsmaßnahmen in die Studie aufgenommen. Konkret handelt es sich um Personen, die eine Rehabilitation für psychisch Kranke durchlaufen, im Gegensatz zu der hier untersuchten Klientel, dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

3.3.4 Operationalisierung der abhängigen Variablen /Erfolgskriterien

Zu den Erfolgskriterien zählen die Tage, die ein Beteiligter auf einem Außenarbeitsplatz und/oder die Tage, die er auf einem versicherungspflichtigen Arbeitsplatz verbracht hat. Analog zu anderen Studien wurde dabei als cut off ein Tag auf dem jeweiligen Arbeitsplatz für ausreichend angenommen. Als

weitere Kriterien sollen die Krankheitstage, die Rückfallquote, sowie Abbrüche der Maßnahme herangezogen werden.

3.3.5 Operationalisierung der unabhängigen Variablen/ Prädiktoren

Als Prädiktoren sollen zunächst einmal alle Skalen der verwendeten Fragebogen angenommen werden. Im Verlauf der Studie bzw. bei der Berechnung der Ergebnisse sollen dann diejenigen Fragebogen bzw. Fragebogenskalen extrahiert werden, die gut zwischen den Gruppen trennen.

Ebenso werden die soziodemographischen Daten herangezogen.

3.4 Bezug des Designs zu den dargestellten Fragestellungen und statistische Auswertung

Zu den erneut aufgeführten Fragestellungen sollen nun die unabhängigen und abhängigen Variablen in Verbindung mit der Berechnungsmethode aufgeführt werden.

Die Stichprobe wird a priori zum ersten Messzeitpunkt einer Diskriminanzanalyse unterzogen. Zum einen um zu überprüfen, ob sich die Teilnehmer in ihrer Grundgesamtheit unterscheiden und zum anderen um zu zeigen, dass bereits zu diesem Zeitpunkt verschiedene Skalen der Fragebogen zwischen den Gruppen unterscheiden. Voraussetzung für die Durchführung einer Diskriminanzanalyse ist die Normalverteilung der Stichprobenkennwerte. Dies wird bei der Diskriminanzanalyse automatisch mit geprüft. Aufgrund der Normalverteilung der Stichprobe und ihrer Größe wurde parametrisch getestet.

Zur Zuordnung der einzelnen Methoden:

1 Personen, die am Projekt teilnehmen, haben eine höhere Chance sich im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. an Arbeit teilzuhaben

Hierbei geht es zunächst um eine deskriptive Beschreibung. Es werden diejenigen Personen erfasst, die sich im Laufe des ersten Jahres auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert haben. Hinzu kommen die Personen, die im gleichen Zeitraum einen Trainingsarbeitsplatz bekommen haben .

2 Grundarbeitsfähigkeiten, wie z.B. Zuverlässigkeit, soziale Kompetenz, Verständnis von Arbeitsanweisungen etc., im beschützten Rahmen indizieren einen Erfolg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Hier werden die Maße des AVEM und des O-AFP mit dem Erfolgskriterium zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt korreliert.

3 Höhere Werte bei den internalen Kontrollüberzeugungen fördern die Integration

Die Rechnung erfolgt analog zu Hypothese zwei. Allerdings sollen hier die abhängigen Variablen die Skalen zur internen Kontrollüberzeugung des FKK und des KKG sein.

4 Bei den Probanden wird in den einzelnen Skalen des SVF 78, wie z.B. Resignationstendenz, ein niedrigerer Wert als bei der Versuchsgruppe erwartet

Hier sollen mit Hilfe der Diskriminanzanalyse zum ersten Messzeitpunkt und mit der Varianzanalyse zum zweiten Messzeitpunkt Skalen aus dem SVF 78 extrahiert werden, die zwischen den Gruppen trennen. Wobei zum ersten Messzeitpunkt die später gefundene Gruppe der Wechsler a priori mit in die Rechnung einbezogen wird.

5 Die Lebensqualität der Probanden ist nach der Maßnahme höher als vor der Maßnahme und insgesamt höher als die Lebensqualität der Personen aus der Vergleichsgruppe

Hierbei werden die Skalen des BSI und des WHOQOL zum ersten Messzeitpunkt einer Diskriminanzanalyse unterzogen, um Unterschiede zwischen den Gruppen herausarbeiten zu können. Zum zweiten Messzeitpunkt werden die Ergebnisse mit Hilfe des T-Tests auf ihre Richtigkeit überprüft. Zum ersten Messzeitpunkt werden wiederum die später gefundenen Gruppen a priori festgelegt und die Unterschiede zwischen den dann drei Gruppen herausgearbeitet.

6 Höhere Werte bei den irrationalen Einstellungen gehen mit einem geringeren Selbstwert und einer geringeren Integrationsrate einher

Analog zu den Hypothesen zwei und drei werden hier die Skalen des FIE mit dem Erfolgskriterium zum ersten und zweiten Messzeitpunkt korreliert.

7 Unterschiede zwischen den Teilnehmern und der Vergleichsgruppe lassen sich in FPI-R, AVEM, d2 und dem MW T – B abbilden

Hierbei wird zunächst zum ersten Messzeitpunkt über alle genannten Fragebogen eine Diskriminanzanalyse gerechnet. Zum zweiten Messzeitpunkt werden die gefundenen Ergebnisse mit Hilfe der Varianzanalyse erhärtet. Die unabhängige Variable ist die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen, wobei beim zweiten Messzeitpunkt wieder davon ausgegangen wird, dass als dritte Gruppe diejenigen hinzukommen, die von INPUT in die klassische WfbM wechseln. Die abhängige Variable sind dabei die einzelnen Fragebogenskalen.

8 Da InPUT keine höheren Kosten verursacht und durch Integration in der Folge die Kassen entlastet, ist das Kosten – Nutzen – Verhältnis optimaler

Hierbei handelt es sich um den deskriptiven Vergleich der Maßnahme mit der WfbM – Maßnahme. Vor allem geht es um die Beschreibung, wie viele Personen durch Integration die Kassen entlasten und dadurch das Kosten – Nutzen – Verhältnis optimieren.

Die Prädiktoren wird zum ersten Messzeitpunkt mit Hilfe der Diskriminanzanalyse, sowie der Korrelation extrahiert, zum zweiten mit Hilfe der Varianzanalyse, die zusammenfassend über die abhängigen Variablen hinweg als ANOVA angewendet wird.

Die Daten für die Analyse werden zu zwei Messzeitpunkten erhoben.

4. Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten werden nun die Ergebnisse des bisherigen Verlaufs der Studie vorgestellt.

Zunächst wird sowohl die Stichprobe in ihrer Gesamtheit beschrieben als auch auf die Unterschiede zwischen den Gruppen eingegangen.

Im Anschluss werden die Studienabbrecher bei den Probanden und in der Vergleichsgruppe beschrieben.

Folgend werden exemplarisch Rehabilitationsverläufe von drei Probanden beschrieben, dabei wurden ein besonders positiver, ein eher üblicher und ein zunächst eher wenig zielführender in die Auswahl mit aufgenommen.

Zum Abschluss des Kapitels erfolgt die statistische Auswertung anhand der Hypothesen.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe setzt sich aus 48 Personen zusammen, die in sieben Gruppen im Zeitraum zwischen Januar 2006 und Dezember 2007 in die Studie aufgenommen wurden.

Tab.3: Aufnahmen in die Studie (Stichprobe)

Gesamtaufnahmen in InPUT seit 2/2006	48
Nach einem Jahr noch in der Maßnahme	34 (70,8%)
Wechsel in WfbM	11 (23%)
Abbrüche	3 (6,25%)

Nach einem Jahr verblieben ca. 70% der Teilnehmer in der Maßnahme und somit in der Studie.

Ebenfalls in der Studie verblieben die meisten der 11 Wechsler in die WfbM. Diese Gruppe wird teilweise gesondert analysiert.

Für die Vergleichsgruppe wurden im selben Zeitraum 51 Personen gebeten an der Studie teilzunehmen. Hier brachen sieben Personen (13,7%) die Maßnahme komplett ab, während sich acht Personen nicht in der Lage sahen die Fragebogen auszufüllen. Die zehn Personen, die den ersten Messzeitpunkt nicht komplettieren konnten bzw. die Fragebogen nicht ausfüllen wollten, werden in der folgenden Beschreibung nicht mit aufgenommen, so dass 41 Personen beschrieben werden.

Tab.4: Aufnahmen in die Vergleichsgruppe der Studie

Gesamtaufnahmen in InPUT seit 2/2006	51
Nach einem Jahr noch in der Maßnahme	36 (70,6%)
Verweigerer	8 (15,7%)
Abbrüche	7 (13,7%)

Die Probandengruppe setzte sich aus 22 Männern und 26 Frauen zusammen. Der jüngste Teilnehmer war 21 Jahre, der älteste Teilnehmer 56 Jahre alt. Die Vergleichsgruppe setzte sich aus 25 Männern und 16 Frauen zusammen. Abbildung vier zeigt den Anteil männlicher und weiblicher Teilnehmer in der Probanden- und in der Vergleichsgruppe:

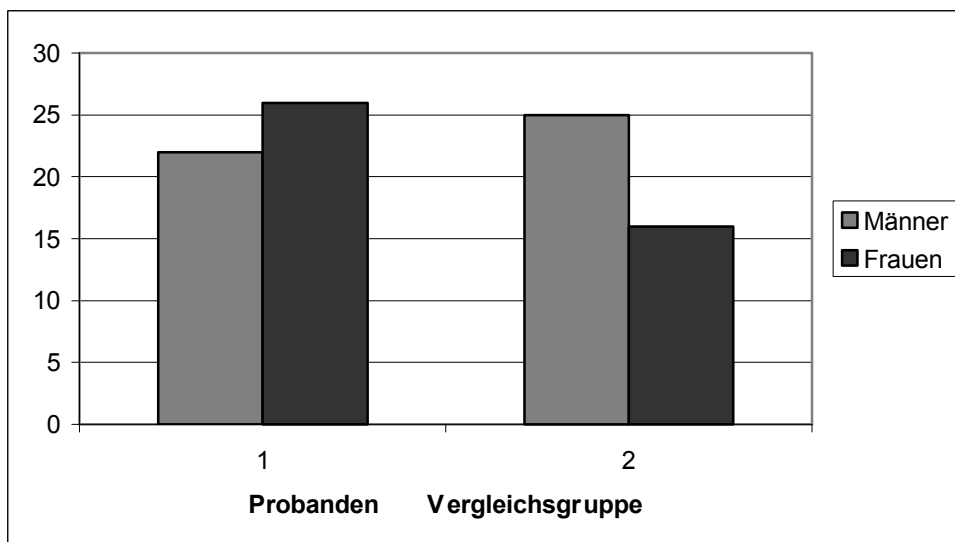


Abb.4 Anteil Männer und Frauen

In der Gruppe der Probanden ist der Frauenanteil etwas höher als in der Vergleichsgruppe. Deutlich höher ist der Frauenanteil im Vergleich zur gesamten WfbM. Bei den Probanden beträgt der Frauenanteil 54,2% und in der Vergleichsgruppe 47%. In der WfbM des RRSS beträgt der Frauenanteil insgesamt ca. 34%.

In der Gesamtstichprobe liegt das Durchschnittsalter zwischen 36-38 Jahren, wobei die jüngsten Teilnehmer Anfang 20 und die ältesten Ende 50 sind. Hier stimmen die Zahlen von Probanden und Vergleichsgruppe weitestgehend überein.

Bei den Probanden sind 80% der Teilnehmer ledig, 16,6% verheiratet, die übrigen 3,4% sind geschieden oder verwitwet.

Bei der Vergleichsgruppe sind 87,8% der Teilnehmer ledig, 4,9% verheiratet, die restlichen 7,3% der Teilnehmer sind geschieden oder getrennt.

Unterschiede zeigen sich bei der Wohnform, dargestellt in Abbildung fünf.

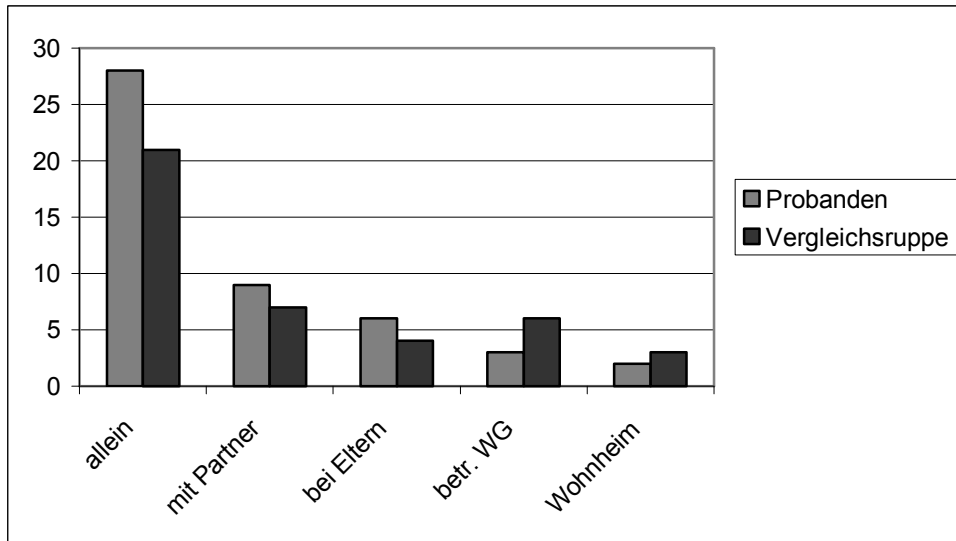


Abb.5: Wohnform

Die Teilnehmer aus der Probandengruppe leben häufiger in selbstständigen Lebensformen, während die Personen aus der Vergleichsgruppe eher in betreuten Wohnformen leben.

In der Regel leben die Probanden allein oder mit einem Partner zusammen, während sie in betreuten Wohngemeinschaften oder in Wohnheimen nur sehr selten wohnen.

Im Vergleich zur Gruppe der Probanden leben die Teilnehmer aus der Vergleichsgruppe zwar häufiger in betreuten Wohnformen, aber auch in dieser Gruppe betrifft dies nur ca. 1/3 der Teilnehmer (33.3%).

Abbildung sechs zeigt, dass die Teilnehmer der Probandengruppe eher den höheren Schulabschluss haben. In dieser Gruppe ist auch niemand ohne Schulabschluss.

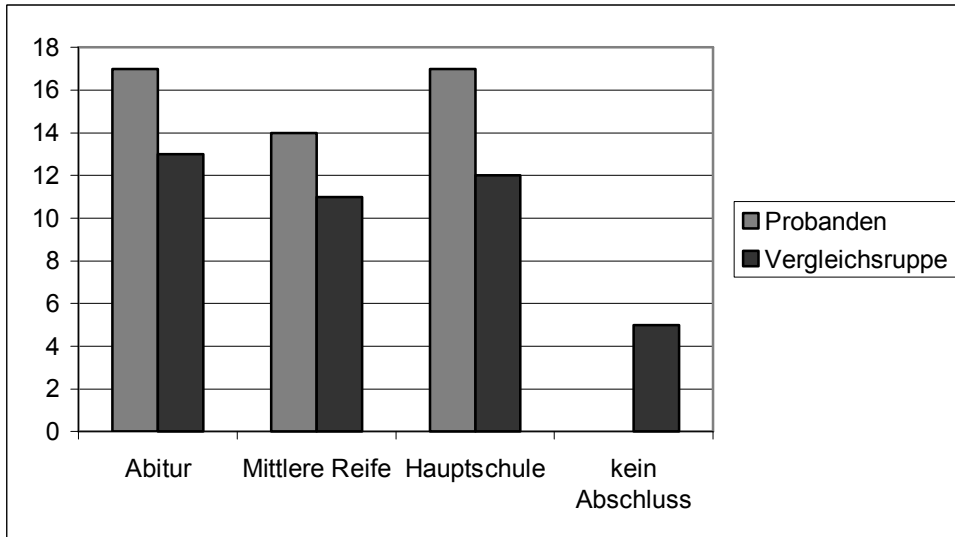


Abb.6: Schulabschluss

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Ausbildungen ab. Die Teilnehmer der Probandengruppe haben eher den höheren Bildungsabschluss. Zudem ist in dieser Gruppe bei dem Personenkreis, der keine Ausbildung hat, eine große Anzahl von Personen, die verschiedene Ausbildungs- oder Studiumsversuche absolviert, aber keinen Abschluss erreicht hat.

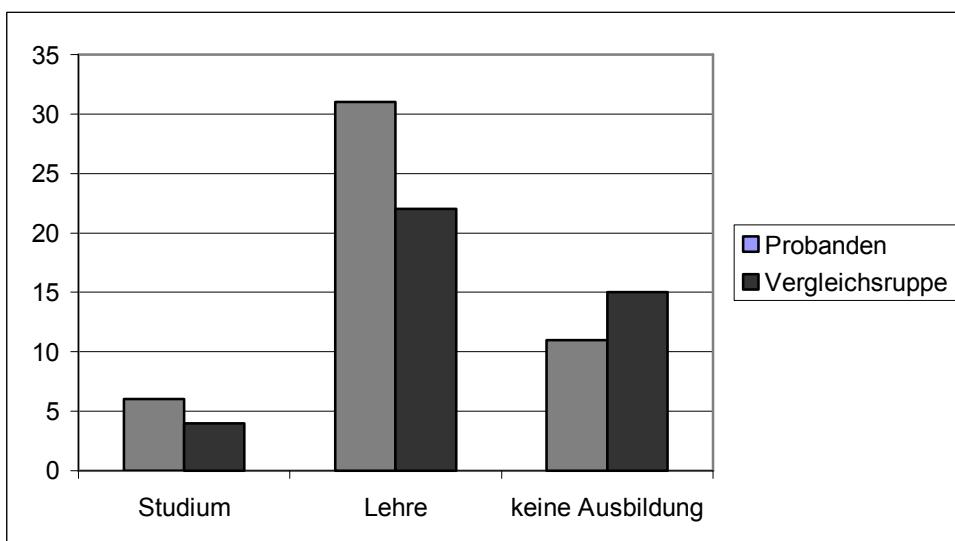


Abb.7: Ausbildung

Abbildung acht zeigt die Verteilung der Diagnosen. Dabei wird deutlich, dass Teilnehmer mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis in beiden Gruppen deutlich überwiegen, in der Vergleichsgruppe stellen sie ca. 70% der Teilnehmer, während sie bei den Probanden 50% stellen.

In die Beschreibung sind ausschließlich die Hauptdiagnosen eingeflossen, Doppeldiagnosen und Komorbiditäten wurden dabei nicht berücksichtigt.

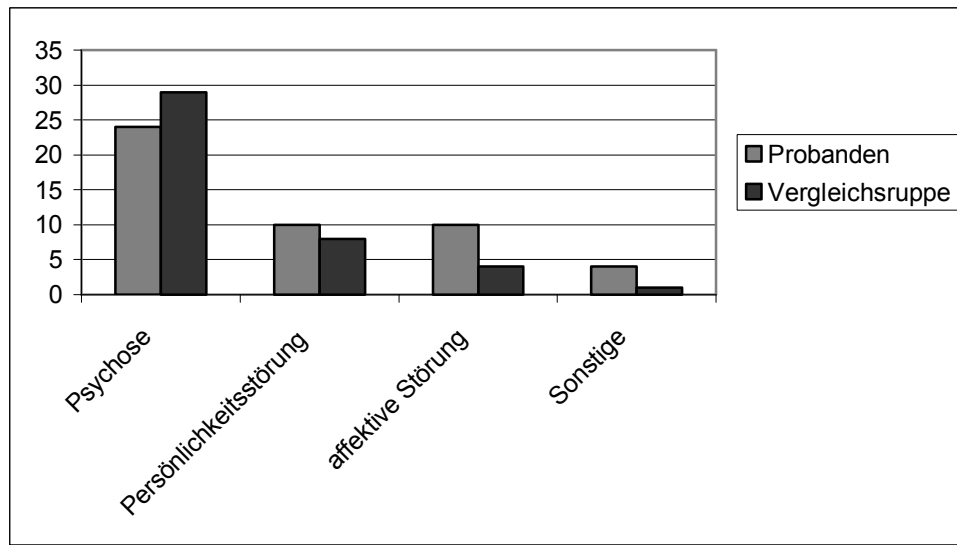


Abb.8: Diagnosen

Die Anzahl der Klinikaufenthalte vor der Aufnahme liegt bei den Probanden mit durchschnittlich 2,75 Aufenthalten niedriger als in der Vergleichsgruppe mit durchschnittlich 4,3 Aufenthalten. Auch verbrachten die Teilnehmer der Probandengruppe mit durchschnittlich 3,86 Monaten weniger Zeit in vorangehenden Rehabilitationsmaßnahmen wie die Teilnehmer der Vergleichsgruppe mit durchschnittlich 6,3 Monaten.

Eine Gesamtübersicht über die soziodemographischen Daten gibt Tabelle 5:

Tab. 5: Gesamtübersicht soziodemographische Daten der Stichprobe

Kriterium	Stichprobe InPUT	Vergleichsgruppe WfbM
Anzahl	48 Personen	51 Personen
Geschlechterverteilung	22 Männer 26 Frauen	25 Männer 16 Frauen
Alter	Ø 38,5 Jahre min. 21 Jahre max. 55 Jahre	Ø 36,4 Jahre min. 19 Jahre max. 58 Jahre
Familienstand	36 ledig 7 verheiratet 3 geschieden 2 Sonstige	36 ledig 2 verheiratet 3 geschieden
Wohnsituation	28 wohnen alleine 9 wohnen mit Partner 6 bei den Eltern 3 in betreuter WG 2 im Wohnheim	21 wohnen alleine 7 wohnen mit Partner 4 bei den Eltern 6 in betreuter WG 3 in Wohnheim
Schulabschluss	17 Abitur 14 Mittlere Reife 17 Hauptschule	13 Abitur 11 Mittlere Reife 12 Hauptschule 5 kein Abschluss
Ausbildung	6 beendetes Studium 31 Lehre 11 ohne Ausbildung	4 beendetes Studium 22 Lehre 15 ohne Ausbildung
Diagnosen	24 Psychose 10 Affektive Störungen 10 Persönlichkeitsstörung 4 Sonstige	29 Psychose 8 Affektive Störungen 4 Persönlichkeitsstörung 1 Sonstige
Klinikaufenthalte vor Aufnahme	Ø 2,75 Aufenthalte vor Aufnahme	Ø 4,3 Aufenthalte vor Aufnahme
Vorzeiten in Reha- maßnahmen	Ø 3,86 Monate vor Aufnahme	Ø 6,3 Monate vor Aufnahme

Es ist deutlich zu erkennen, dass die Personen aus der Stichprobe aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. Bei den Personen, die für das Projekt ausgewählt wurden, handelt es sich nach den obigen Daten nicht um eine Positivauswahl.

4.2 Beschreibung der Studienabbrecher

Stichprobe

Insgesamt wurden von Januar 2006 bis Dezember 2008 48 Personen in die Stichprobe aufgenommen. Von diesen 48 Personen verließen drei die Maßnahme vor Vollendung des ersten Messzeitpunktes.

Von den verbliebenen Personen brachen 14 Personen die Studie oder die Maßnahme vor Ablauf eines Jahres ab.

In der ersten aufgenommenen Gruppe brachen zwei von sieben aufgenommenen Personen die Studie ab. Wobei eine Person nach dem ersten Messzeitpunkt das Ausfüllen der Fragebogen nach schnellem Wechsel in die Werkstatt verweigerte. Die zweite Person brach die Maßnahme nach nur zwei Wochen komplett ab und wechselte in eine medizinische Rehabilitation.

In der zweiten Gruppe brach eine von zehn aufgenommenen Personen die Maßnahme ab. In diesem Fall handelte es sich um einen schweren Rückfall, auf Grund dessen die Person längere Zeit in der Psychiatrie verbringen musste.

In der dritten Gruppe brachen fünf von sechs Personen die Studie ab. Wobei drei Personen aufgrund von längerer Erkrankung bzw. längerer Klinikaufenthalte nicht mehr an der Studie teilnehmen konnten. Die anderen beiden Personen fühlten sich durch die Fragebogen unangenehm auf ihre Krankheit zurückgeworfen und weigerten sich die Fragebogen weiter auszufüllen.

In der vierten Gruppe vollendeten drei von vier aufgenommenen Personen ein Jahr in der Maßnahme und die damit verbundenen drei Messzeitpunkte. Die vierte Person konnte aufgrund stark erhöhter Fehlzeiten nicht weiter in der Studie verbleiben.

In der fünften Gruppe verblieben alle acht Aufgenommenen in der Studie, wobei eine Person aufgrund einer längeren Unterbrechung die Fragebogen nach einem Jahr nicht ausfüllen konnte, da diese Person jedoch an allen weiteren Messzeitpunkten teilnahm, wird sie hier nicht als Studienabbrecher gewertet.

In der sechsten Gruppe schied eine Person von vier aufgenommenen aus. Auch hierbei handelt es sich um einen krankheitsbedingten Abbruch.

In der siebten Gruppe beendeten vier von acht aufgenommenen Personen ein Jahr der Maßnahme.

Eine Person wechselte relativ schnell in die Werkstatt und wollte in der Folge keine Fragebogen mehr ausfüllen. Eine weitere Person verblieb nahezu ein Jahr in der Maßnahme und erlitt kurz vor Beendigung des ersten Jahrs einen Rückfall und brach in dieser Zeit die Maßnahme ab. Eine dritte Person brach die Maßnahme aufgrund von schweren Krankheitssymptomen relativ schnell nach Beginn der Maßnahme ab, während die vierte Person nach zwei gescheiterten Anläufen erkennen musste, dass ein Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Zeit noch nicht möglich ist.

Vergleichsgruppe

In der Vergleichsgruppe vollendeten insgesamt 41 Personen den ersten Messzeitpunkt. Nach einem Jahr verblieben noch 36 Personen in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt wurden in der Vergleichsgruppe 51 Personen gebeten die Fragebogen auszufüllen.

Acht Personen weigerten sich von Beginn an die Fragebogen auszufüllen. Zwei Personen brachen die Maßnahme zu einem so frühen Zeitpunkt ab, dass sie die Fragebogen nicht komplettieren konnten und weitere fünf Personen beschlossen innerhalb des ersten Jahres nicht mehr an der Studie teilzunehmen.

Insgesamt zeigt sich, dass in der Gruppe der Probanden mehr Personen krankheitsbedingt abbrechen und die Maßnahme verlassen mussten. Im Verlauf der Studie verweigerten eher die Teilnehmer der Vergleichsgruppe die weitere Teilnahme an der Studie. Auch schien es den Teilnehmern der Vergleichsgruppe insgesamt leichter zu fallen, die Teilnahme an der Studie zu

verweigern. Die Probanden schienen insgesamt eher eine Verpflichtung zu fühlen an der Studie teilzunehmen. Teilweise äußerten sie auch Befürchtungen, dass sich eine Nicht – Teilnahme negativ für sie auswirken könnte. Auch die Versicherung, dass dies nicht der Fall sei, konnte die Teilnehmer nicht wirklich entlasten.

4.3 Rehabilitationsverläufe

Zu Beginn soll der Verlauf der Rehabilitation bei einer erfolgreichen Teilnehmerin beschrieben werden. Sodann wird eher der „typische“ Verlauf einer Rehabilitation beschrieben, um zum Abschluss den Verlauf eines Teilnehmers zu beschreiben, der zunächst einsehen musste, dass es für ihn im Moment noch keine Möglichkeit für eine Integration auf den ersten Arbeitsmarkt gibt.

Bei allen drei Personen handelt es sich um Teilnehmer aus der Probandengruppe.

Frau E begann als eine der ersten Teilnehmerinnen im Februar 2006 die Maßnahme im RRSS. Frau E war zu Beginn der Maßnahme 40 Jahre alt und ledig. Frau E machte vor ihrer Erkrankung Abitur und schloss erfolgreich ein Studium ab. Bis ins Jahr 2004 arbeitete sie in ihrem erlernten Beruf und hatte einen hohen Lebensstandard. Ihre Erkrankung begann im Jahr 2000. Frau E leidet unter einer Angst- und Zwangsstörung. Vor allem die Symptome der Zwangsstörung erschwerten ihr das Arbeiten zunehmend. Seit 2004 war die Teilnehmerin arbeitslos. Vor Beginn der Maßnahme war die Teilnehmerin in verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen – es gelang allerdings nicht, sie mit Hilfe dieser Maßnahmen wieder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren. Frau E war, entsprechend den Voraussetzungen für die Aufnahme in die Maßnahme, extern therapeutisch und psychiatrisch gut angebunden.

Schon zu Beginn der Maßnahme zeigten sich die Einschränkungen, die vor allem durch die Zwangserkrankung von Frau E bedingt waren, sehr deutlich. Frau E gelang es nur sehr selten pünktlich zu kommen. Zudem war sie bei der Ausführung der Aufgaben umständlich und musste sich immer wieder der Richtigkeit ihres Handelns versichern. Dadurch arbeitete sie sehr langsam.

Sie äußerte immer wieder Ängste aus der Maßnahme ausgeschlossen zu werden. Schon in der Anfangsphase zeigte sich, dass Frau E viel Unterstützung in Form von Gesprächen und unterstützenden Maßnahmen (Begleitung zu neuen Arbeitsplätzen, Planen von Arbeitsabläufen und Entschärfung der Zwangsgedanken) brauchte. Zunächst frischte Frau E ihre EDV – Kenntnisse im RRSS auf und begann in der Folge sehr schnell ein Praktikum. Frau E wurden immer wieder Fleiß und Anstrengungsbereitschaft attestiert, aber auch, dass sie sehr passiv sei und zu wenig nachfrage. Sie wartete bis ihr Arbeit gegeben wurde, auch hier suchte sie nicht aktiv. Das Praktikum wurde immer wieder über die vereinbarte Zeit hinaus verlängert. Allerdings hatte Frau E auch immer wieder mit schwereren körperlichen Erkrankungen zu kämpfen, wobei nicht klar wurde, inwieweit die Beschwerden einen psychosomatischen Hintergrund hatten. Im Verlauf des Praktikums wurde immer wieder deutlich, dass Frau E starke Ängste, vor allem vor Neuem, hatte.

Trotzdem schaffte es Frau E parallel einen zweiten Praktikumsplatz auszufüllen. Nach einer schwierigen Anfangsphase hatte sie sich sehr gut an die Situation gewöhnt und füllte beide Stellen gut aus. Der Stand nach einem Jahr in der Maßnahme war sehr positiv und viel versprechend.

Da Frau E zum Zeitpunkt der Veröffentlichung die Maßnahme bereits beendet hat, sei der Vollständigkeit halber erwähnt, dass Frau E diese Kombination über die vollen 27 Monate der Maßnahme durchhielt. Als es jedoch darum ging noch ein neues PC – Programm zu lernen, um auf einer ihrer Praktikastellen übernommen zu werden, siegten die Ängste und Zwänge und Frau E entschied sich in den Arbeitsbereich der WfbM zu wechseln und nicht außerhalb zu arbeiten.

Die Auswertung ausgewählter Testergebnisse der Rehabilitandin über die Messzeitpunkte zeigt folgendes Ergebnis:

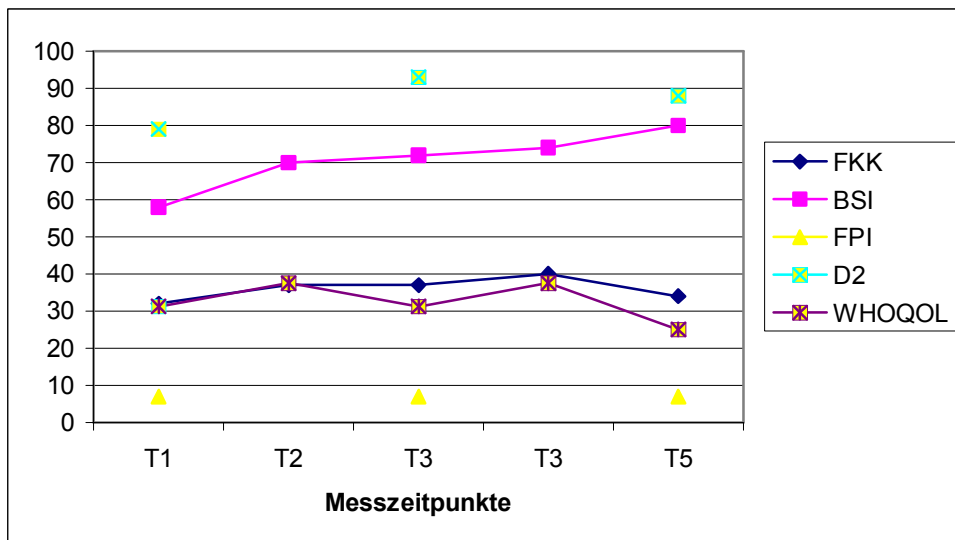


Abb.9: Testergebnisse Frau E

Der Gesamtscore des FKK ist in Bezug auf die gefühlte Selbstkontrolle zu Beginn der Maßnahme recht schwach ausgeprägt. Im Verlauf des ersten Jahres stieg die gefühlte Selbstkontrolle deutlich an, um zum Ende der Maßnahme wieder nachzulassen.

Beim BSI steigt die Belastung im Laufe der zwei Jahre Maßnahme kontinuierlich an.

Die Selbstbeschreibung im FPI-R bleibt über die zwei Jahre ebenso konstant wie die Konzentrationsleistung im d2.

Betrachtet man den Gesamtwert des WHOQOL so sind die Werte zu den einzelnen Messzeitpunkten ähnlich. Lediglich beim letzten Messzeitpunkt zeigt sich ein deutlicher Abwärtstrend. Dies könnte mit der Enttäuschung erklärt werden, die Frau E aufgrund ihres Rückzugs aus dem Praktikum erlebt hat. Analog dazu sind auch die Werte des FKK zu interpretieren. Da sich Frau E im Laufe der Maßnahme als kompetent erlebte, stieg ihre gefühlte Selbstkontrolle an. Zum Ende der Maßnahme fühlte sich Frau E dagegen wieder deutlicher von ihren Symptomen und ihrer Krankheit beeinträchtigt und bestimmt, so dass die wahrgenommene Selbstkontrolle über das eigene Leben wieder gesunken ist.

Die Testergebnisse spiegeln den Verlauf der Maßnahme wieder. Zu Beginn war Frau E eher verunsichert, aber noch nicht so belastet. Im Laufe der Zeit nahm die Sicherheit von Frau E zu, gleichzeitig stieg auch die Belastung an. Zum Ende der Maßnahme fühlte sich Frau E sehr stark belastet und wieder deutlich unsicher. Ihre subjektive Belastung und ihr depressiver Wahrnehmungs- und Denkstil drücken sich in den durchgehend niedrigen Werten im WHOQOL aus.

Herr N begann die Maßnahme im Juni 2006. Er war zu Beginn der Maßnahme 32 Jahre alt. Herr N besuchte die Realschule und absolvierte erfolgreich eine Lehre. Im Anschluss arbeitete er im ausbildenden Betrieb weiter. Herr N leidet an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Seinen ersten Krankheitsschub hatte er mit Anfang 20. Nach einem längeren Klinikaufenthalt konnte er wieder an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren. Nach einem zweiten Krankheitsschub, der deutlich länger und stärker war, schloss sich bei Herrn N eine lange Phase der Rekonvaleszenz und Rehabilitation an. Auch bei ihm gelang es nicht, ihn mit Hilfe dieser Maßnahmen wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren.

Herr N wirkte zu Beginn der Maßnahme sehr naiv und unschuldig. Er zeigte sich stark sozial erwünscht und sehr anpassungsbereit. Er hatte sehr starke Angst davor Fehler zu machen. Zudem zeigte sich immer wieder seine Unsicherheit durch viele Nachfragen und Rückversicherungen. Es wurde im Verlauf der Maßnahme nicht klar, inwieweit er krankheitseinsichtig war oder inwieweit er durch seine langjährige Erfahrung wusste, was die professionellen Helfer von ihm hören wollten.

Da Herr N noch über einen ruhenden Vertrag verfügte und die Vorgesetzten und Kollegen sehr viel Verständnis für seine Erkrankung hatten, konnte Herr N in seiner alten Firma auf einem Trainingsarbeitsplatz anfangen.

Er nahm seine alte Tätigkeit zum Teil wieder auf, wurde allerdings aus dem Akkord genommen und arbeitete an Sonderaufgaben, für die im Alltag die Zeit fehlte.

Im Verlauf des ersten Jahres hatte Herr N immer wieder Ansätze von Rückfällen – er zeigte typische Rückfallsymptome – konnte einen Rückfall aber mit

Hilfe seines Psychiaters und eines sehr verständnisvollen Chefs verhindern. So gelang es ihm die Zeit ohne Rückfall zu meistern.

Schwierigkeiten zeigten sich bei Herrn N immer dann, wenn es sozial schwierig wurde oder er mehrere Probleme parallel zu lösen hatte. Er wurde in diesen Zeiten zunehmend unsicherer und auch anhänglicher. Trieb viel Sport und wurde körperlich unruhiger.

Nach einem Jahr der Maßnahme hatte Herr N seinen Trainingsarbeitsplatz weiter inne und konnte ohne nennenswerte Symptome seine Arbeit und den Alltag bewältigen.

Da auch Herr N die Maßnahme bereits beendet hat, sei auch hier der Vollständigkeit halber erwähnt, dass Herr N nach wie vor seinen Außenarbeitsplatz inne hat und inzwischen auch ein kleines Entgelt bekommt. Er meistert seinen Alltag weitestgehend problemlos und bekommt weiterhin Unterstützung durch die Einrichtung. Eine Vollbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist aufgrund seiner Belastungsfähigkeit nach derzeitigem Stand nicht möglich.

Die Auswertung der individuellen Testergebnisse zeigt folgendes Ergebnis:

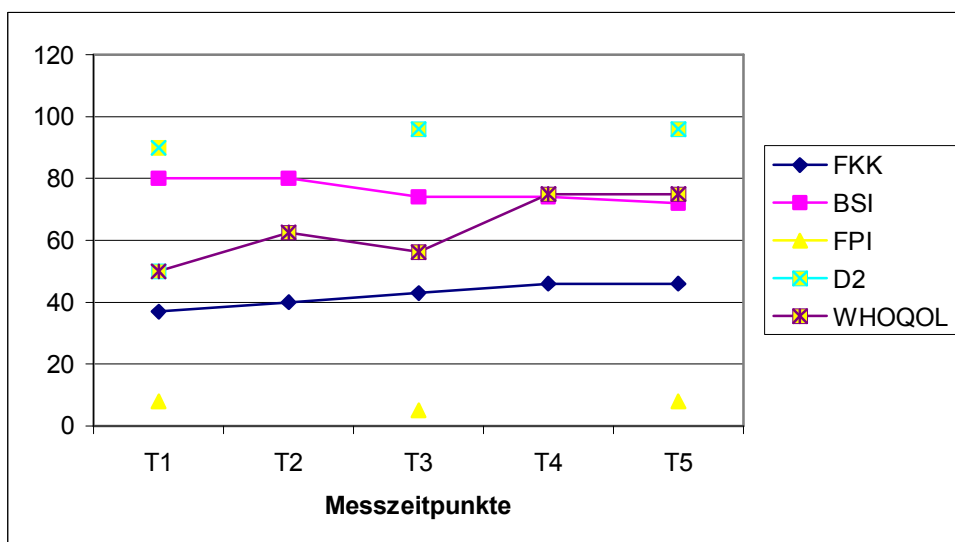


Abb.10: Testergebnisse Herr N

Wie schon bei Frau E gezeigt werden konnte, sind auch bei Herrn N die Werte des d2 und des FPI-R nahezu konstant. Die Belastung im Gesamtscore des BSI nimmt bei Herrn N im Verlauf der Maßnahme kontinuierlich ab, während die Befindlichkeit, die mit dem Gesamtwert des WHOQOL gemessen wird,

kontinuierlich zunimmt. Ebenso steigert sich die gefühlte Selbstkontrolle im FKK über die Dauer der Maßnahme hinweg.

Auch hier wird der Verlauf der Maßnahme in einem Teil der Ergebnisse wieder gespiegelt. Herr N wurde im Verlauf der Maßnahme immer sicherer und konnte sein Wohlbefinden durch seine Erfolgserlebnisse steigern. Durch die Sicherheit, seinen Praktikumsplatz behalten zu können, ließen seine Symptome nach und er wurde immer ruhiger.

Herr Z begann die Maßnahme im Mai 2007. Herr Z war zu Beginn der Maßnahme 41 Jahre alt. Herr Z machte sein Abitur und schloss danach ein Studium erfolgreich ab. Nach Abschluss seines Studiums arbeitete Herr Z für zwei Jahre in seinem erlernten Beruf. Diese Arbeit musste er krankheitsbedingt aufgeben. Nach vier Jahren krankheitsbedingter Pause arbeitete Herr Z noch für zwei Jahre fachfremd. Seit 2002 bezieht Herr Z EU – Rente und versuchte sich in verschiedenen Rehabilitations- und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Diese Maßnahmen waren alle nicht erfolgreich.

Herr Z ist seit 1993 wiederkehrend erkrankt. Zunächst an Depressionen, präzisiert zur Diagnose schizoaffektive Psychose, auf dem Boden einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

Herr Z zeigte sich von Beginn der Maßnahme an als eloquenter und wissbegieriger Teilnehmer. Zuweilen verhielt er sich den anderen Teilnehmern und den Professionellen gegenüber sehr provokativ und betonte seine Kompetenz im sozialen Bereich. Er zeigte sich als ein Teilnehmer, der sehr schnell sehr viel wollte und sich doch nicht festlegen konnte. Er machte von Beginn an viel Druck und wollte schnell auf einen Trainingsarbeitsplatz. Auf den internen Praktikaplätzen bewährte er sich und wurde in seiner positiven Eigenschaft bestätigt. Er betonte immer wieder seine kreative Ader und wusste sehr genau, welche Arbeit für ihn nicht auszuführen war. Auf diesem Weg versuchte er von vornherein das Finden einer passenden Stelle unmöglich zu machen. Schließlich fand er einen Trainingsarbeitsplatz, der für ihn passend war. Er selber fühlte sich dort sehr wohl. Von seinen Anleitern bekam er die Rückmeldung, dass er unpünktlich sei, ungenau arbeite und schnell in die Überforderung käme. Dieses Feedback wollte er vordergründig nicht wahrhaben. Durch sein Verhalten in der Folgezeit bereitete er sein Scheitern weitestgehend vor.

Er betonte immer wieder wie schnell er sich unterfordert fühle und wie schnell ihn Arbeit langweile. In der Realität scheiterte er jedoch an den Anforderungen. Nach einer langen Zeit der Krankheit und seiner subjektiven Wahrnehmung, dass er zu Praktika gedrängt werden sollte, die er nicht könne oder nicht wolle, entschloss sich der Teilnehmer in der WfbM zu verbleiben. Auf diesem Platz fühlt er sich bis dato wohl. Er ist einer der Besten und muss sich weder seinen Ängsten noch sei nem realen Scheitern stellen. So hat er für sich das optimale Gleichgewicht gefunden und kann ein für ihn sehr zufrieden stellendes Leben führen.

Da Herr Z die Maßnahme zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht vollendet hatte, können im Folgenden nur die Testergebnisse für die ersten vier Messzeitpunkte betrachtet werden:

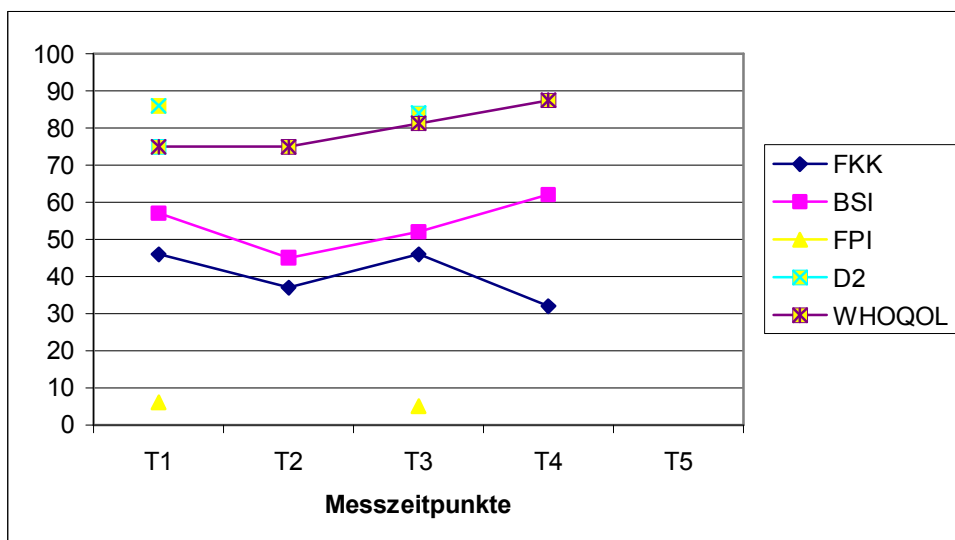


Abb.11: Testergebnisse Herr Z

Auch bei Herrn Z bleiben die Werte für den FPI-R und den d2 über die zwei Messzeitpunkte hinweg konstant. Der FKK spiegelt sehr deutlich den Verlauf der Maßnahme von Herrn Z wieder. Bei ihm wechselten sich Phasen, in denen er das Gefühl hatte sein Leben und die darin vorkommenden Ereignisse unter Kontrolle zu haben, mit Phasen, in denen er das Gefühl hatte nichts unter Kontrolle zu haben ab. Auch der BSI zeigt, dass Phasen von Wohlbefinden mit Phasen von stärkerer Belastung wechseln. Das subjektive Wohlbefinden ist bei Herrn N über den gesamten Verlauf der Maßnahme hoch. Auch dies spiegelt Herrn N gut wieder.

Bislang bestätigen die Ergebnisse, dass die Entscheidung von Herrn N in der WfbM zu verbleiben für sein Wohlbefinden die richtige war.

Aus allen drei Verläufen wird ersichtlich, dass sich Rehabilitation und Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nur bedingt planen lassen. Die Entwicklungen sind nicht vorhersehbar und verlaufen oftmals auch entgegengesetzt zu den Erwartungen. Auch zeigt sich, zumindest individuell betrachtet, dass Ausbildung und Eloquenz nicht unbedingt ein Indikator für Integrationsfähigkeit sind.

4.4 Auswertungen nach Hypothesen

Die statistische Auswertung aufgrund der Hypothesen erfolgte mit Korrelationen, der Diskriminanzanalyse, dem T- Test für unabhängige Stichproben zwischen zwei Messzeitpunkten und der univariaten Varianzanalyse zwischen den Messzeitpunkten. Zum ersten Messzeitpunkt kamen 89 Personen in die Analyse, zum zweiten Messzeitpunkt nach einem Jahr 60 Personen.

Da es sich bei der Diskriminanzanalyse um ein parametrisches Verfahren handelt und die entsprechenden Kennwerte normalverteilt sein müssen, wurde die Stichprobe in diesem Zusammenhang auf Normalverteilung getestet. Alle Personen der Stichprobe sind aus der gleichen Grundgesamtheit. Die Probanden stellen keine Positivauswahl dar, die Werte sind normalverteilt. Bei der Diskriminanzanalyse wurden die Koeffizienten in die Auswertung mit einbezogen, die einen Wert von .500 überschreiten, da erst ab dieser Größe von einer gewissen Aussagekraft ausgegangen werden kann.

Bei der Ergebnisdarstellung werden die wichtigsten Kennwerte im Text als Tabellen oder Abbildungen dargestellt. Die Probanden aus InPUT werden im Folgenden mit Pb abgekürzt, die Vergleichsgruppe aus der WfbM mit VG.

Hypothese 1

Personen, die am Projekt teilnehmen, haben eine höhere Chance sich im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. an Arbeit teilzuhaben.

Im Laufe der Studie stellte sich heraus, dass es während des ersten Jahres der Maßnahme nur einer Person gelang sich auf dem ersten Arbeitsmarkt voll zu integrieren, so dass eine Auswertung nicht möglich ist. Etwas anders sieht es aus, wenn man sich die Zahlen für eine Integration auf einem Trainingsarbeitsplatz bzw. einem ausgelagerten Werkstattplatz betrachtet. Nach einem Jahr der Maßnahme waren 22 der 48 Teilnehmer zu Beginn bzw. 22 der 34 noch verbliebenen Teilnehmer, also 45,8% bzw. 64,7% der Teilnehmer auf einem Trainingsarbeitsplatz dauerhaft integriert.

In der Vergleichsgruppe war zum gleichen Zeitpunkt eine Person von 41 bzw. von 36 Personen, also 2,4% bzw. 2,8%, integriert.

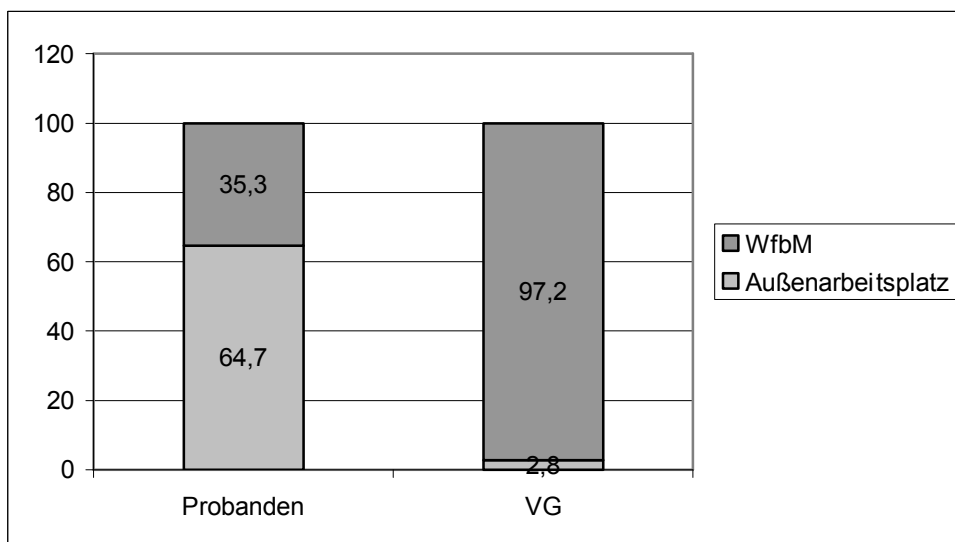


Abb.12: Integration auf einem Außenarbeitsplatz

Die Hypothese, dass es zu mehr Integration kommt, kann somit verworfen werden, während die Hypothese, dass die Teilnehmer des Projekts eher am Arbeitsleben teilhaben können aufrechterhalten werden kann.

Hypothese 2

Grundarbeitsfähigkeiten, wie z.B. Zuverlässigkeit, soziale Kompetenz, Verständnis von Arbeitsanweisungen etc. im beschützten Rahmen indizieren einen Erfolg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Zur Verifizierung oder Falsifizierung der Hypothese wurden die drei Skalen des Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofils mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben korreliert.

Wie Tabelle sechs zeigt, korreliert bei den Probanden die Skala Anweisungsverständnis $r = .013$, die Skala Fähigkeiten zur sozialen Kommunikation mit $r = -.123$ und die Skala Anpassungsfähigkeit mit $r = .052$. Es ergibt sich somit kein signifikantes Ergebnis bei sehr geringer Korrelation. Die Skalen Anweisungsverständnis und Anpassungsfähigkeit interkorrelieren auf dem 1 % - Niveau mit $r = .451$.

Tab.6: Korrelationen O-AFP/ Teilhabe am Arbeitsleben (Pb)

T1			Teilhabe	OAFP1_1	OAFP2_1	OAFP3_1
Pb	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	,013	-,123	,052
		Signifikanz (2-seitig)	,	,934	,414	,731
	OAFP1_1	Korrelation nach Pearson	,013	1	,091	,451**
		Signifikanz (2-seitig)	,934	,	,548	,002
	OAFP2_1	Korrelation nach Pearson	-,123	,091	1	,048
		Signifikanz (2-seitig)	,414	,548	,	,753
	OAFP3_1	Korrelation nach Pearson	,052	,451**	,048	1
		Signifikanz (2-seitig)	,731	,002	,753	,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Bei der Vergleichsgruppe zeigt Tabelle sieben, dass die Skala Anweisungsverständnis mit $r = -.313$ auf dem 5% - Niveau signifikant, die Skala Fähigkeit zur sozialen Kommunikation mit $r = -.118$ und die Skala Anpassungsfähigkeit mit $r = -.175$ korreliert. In diesem Fall interkorrelieren die Skalen Anweisungsverständnis und Fähigkeit zur sozialen Kommunikation auf dem 1 % - Niveau mit

$r = .420$ und die Skalen Anweisungsverständnis und Anpassungsfähigkeit mit $r = .560$ auf dem 1 % - Niveau.

Tab.7: Korrelationen O-AFP/ Teilhabe am Arbeitsleben (VG)

T1			Teilhabe	OAFP1_1	OAFP2_1	OAFP3_1
VG	Teilhabe	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	1 ,	-,313* ,050	-,118 ,469	-,175 ,280
	OAFP1_1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,313* ,050	1 ,	,420** ,007	,560** ,000
	OAFP2_1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,118 ,469	,420** ,007	1 ,	,340* ,032
	OAFP3_1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,175 ,280	,560** ,000	,340* ,032	1 ,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Im Gegensatz zur Probandengruppe ergibt sich ein negativer Zusammenhang zwischen den drei Skalen des O-AFP und dem Kriterium.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigt Tabelle acht Korrelationen von $r = -.205$ der Skala Anweisungsverständnis mit dem Kriterium, von $r = -.078$ mit der Skala Fähigkeit zur sozialen Kommunikation und mit der Skala Anpassungsverständnis eine Korrelation von $r = -.172$.

Tab.8: Korrelationen Gesamtstichprobe/ O-AFP

		Teilhabe	OAFP1_1	OAFP2_1	OAFP3_1
Teilhabe	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	1 ,	-,205 ,058	-,078 ,475	,172 ,113
OAFP1_1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,205 ,058	1 ,	,278** ,009	,369** ,000
OAFP2_1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	-,078 ,475	,278** ,009	1 ,	,179 ,098
OAFP3_1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	,172 ,113	,369** ,000	,179 ,098	1 ,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Auch in diesem Fall interkorrelieren die Skalen Anweisungsverständnis und Fähigkeit zur sozialen Kommunikation auf dem 1 % Niveau mit $r = .278$ signifi-

kant und die Skalen Anweisungsverständnis und Anpassungsfähigkeit ebenfalls auf dem 1 % Niveau mit $r = .369$.

Legt man die Werte des zweiten Messzeitpunkts zu Grunde, erhöhen sich die Korrelationen für alle drei Skalen. Wie Tabelle neun zeigt, korreliert die Skala Anweisungsverständnis mit dem Kriterium mit $r = .162$ und Skala Anpassungsfähigkeit mit $r = .174$. Hingegen verändert sich die Korrelation der Skala soziale Kommunikationsfähigkeiten mit $r = .011$ von einer negativen Korrelation zum ersten Messzeitpunkt hin zu einer sehr schwachen positiven Korrelation.

Tab.9: Korrelationen für die Pb zum zweiten Messzeitpunkt Teilhabe/ O-AFP

T2			Teilhabe	OAFP1_2	OAFP2_2	OAFP3_2
Pb	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	,162	,011	,174
		Signifikanz (2-seitig)	,	,392	,952	,358
	OAFP1_2	Korrelation nach Pearson	,162	1	-,019	,430*
		Signifikanz (2-seitig)	,392	,	,922	,018
	OAFP2_2	Korrelation nach Pearson	,011	-,019	1	-,069
		Signifikanz (2-seitig)	,952	,922	,	,717
	OAFP3_2	Korrelation nach Pearson	,174	,430*	-,069	1
		Signifikanz (2-seitig)	,358	,018	,717	,

Bei der Vergleichsgruppe verstärkt sich bei zwei Skalen die negative Korrelation. Die Skala Anweisungsverständnis korreliert nun mit $r = -.375$ und die Skala Anpassungsber-eitschaft mit $r = -.249$ mit dem Kriterium.

Tab.10: Korrelationen für die VG zum zweiten Messzeitpunkt Teilhabe/ O-AFP

T2			Teilhabe	OAFP1_2	OAFP2_2	OAFP3_2
VG	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	-,374	,188	-,249
		Signifikanz (2-seitig)	,	,079	,379	,240
	OAFP1_2	Korrelation nach Pearson	-,374	1	,066	,593**
		Signifikanz (2-seitig)	,079	,	,763	,003
	OAFP2_2	Korrelation nach Pearson	,188	,066	1	,050
		Signifikanz (2-seitig)	,379	,763	,	,818
	OAFP3_2	Korrelation nach Pearson	-,249	,593**	,050	1
		Signifikanz (2-seitig)	,240	,003	,818	,

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Bei der Skala soziale Kommunikationsfähigkeit vollzieht sich eine ähnliche Veränderung wie in der Gruppe der Probanden. Die Skala korreliert beim zweiten Messzeitpunkt mit $r = .188$ mit dem Kriterium. Auch beim zweiten Messzeitpunkt interkorrelieren die Skalen auf dem 1% - Niveau signifikant miteinander.

Hypothese 3

Höhere Werte bei den internalen Kontrollüberzeugungen führen zu einer besseren Integration

Für diese Hypothese wurden die Skalen zu internalen Kontrollüberzeugungen und zur gefühlten Selbstkontrolle des Fragebogens zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK), sowie die Skala zur internalen Kontrollüberzeugung des Fragebogens zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben korreliert.

Tabelle 11 zeigt, dass sich bei den Probanden für die internalen Kontrollüberzeugungen eine Korrelation von $r = -.086$, für die Skala Selbstkontrolle eine Korrelation von $r = -.058$ und für die Skala internale Kontrollüberzeugungen des KKG eine Korrelation von $r = -.192$ ergibt. Es interkorrelieren die Skalen internale Kontrollüberzeugungen und Selbstkontrolle des FKK signifikant auf dem 1 % - Niveau mit $r = .579$.

Tab.11: Korrelationen für die Pb Teilhabe am Arbeitsleben mit FKK/ KKG

T1			Teilhabe	FKKI_1	FKKSK_1	KKGI_1
Pb	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	-,086	-,058	-,192
		Signifikanz (2-seitig)	,	,573	,705	,206
	FKKI_1	Korrelation nach Pearson	-,086	1	,579**	,284
		Signifikanz (2-seitig)	,573	,	,000	,059
	FKKSK_1	Korrelation nach Pearson	-,058	,579**	1	,300*
		Signifikanz (2-seitig)	,705	,000	,	,045
	KKGI_1	Korrelation nach Pearson	-,192	,284	,300*	1
		Signifikanz (2-seitig)	,206	,059	,045	,

Bei der Vergleichsgruppe, wie Tabelle 12 zeigt, korreliert die Skala internale Kontrollüberzeugungen des FKK mit $r = .128$ mit dem Kriterium, die Skala

Selbstkontrolle mit $r = .141$ und die internalen Kontrollüberzeugungen des KKG mit $r = .150$.

Tab.12: Korrelationen für die VG Teilhabe am Arbeitsleben mit FKK/ KKG

T1			Teilhabe	FKKI_1	FKKSK_1	KKGI_1
VG	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	,128	,141	,150
		Signifikanz (2-seitig)	,	,408	,362	,331
	FKKI_1	Korrelation nach Pearson	,128	1	,286	,279
		Signifikanz (2-seitig)	,408	,	,060	,067
	FKKSK_1	Korrelation nach Pearson	,141	,286	1	,053
		Signifikanz (2-seitig)	,362	,060	,	,734
	KKGI_1	Korrelation nach Pearson	,150	,279	,053	1
		Signifikanz (2-seitig)	,331	,067	,734	,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Zum zweiten Messzeitpunkt verändern sich die Korrelationen zwischen den genannten Skalen und dem Kriterium in der Gruppe der Probanden. Tabelle 13 stellt dar, dass die Skala internale Kontrollüberzeugungen des FKK mit $r = .112$, die Skala Selbstkontrolle mit $r = .083$ und die Skala internale Kontrollüberzeugungen des KKG mit $r = -.047$ mit dem Kriterium korreliert. Daraus lässt sich ein leichter Zusammenhang zwischen den internalen Kontrollüberzeugungen und dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben ableiten. Dennoch ist der Zusammenhang so gering, dass es noch weiterer Untersuchungen bedarf, um von gesicherten Ergebnissen auszugehen.

Tab.13: Korrelationen Pb zum zweiten Messzeitpunkt Teilhabe am Arbeitsleben und FKK/KKG

T2			Teilhabe	FKKSK_2	FKKI_2	KKGI_2
Pb	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	,083	,112	-,047
		Signifikanz (2-seitig)	,	,645	,527	,806
	FKKSK_2	Korrelation nach Pearson	,083	1	,295	-,001
		Signifikanz (2-seitig)	,645	,	,095	,997
	FKKI_2	Korrelation nach Pearson	,112	,295	1	,252
		Signifikanz (2-seitig)	,527	,095	,	,179
	KKGI_2	Korrelation nach Pearson	-,047	-,001	,252	1
		Signifikanz (2-seitig)	,806	,997	,179	,

Bei der Vergleichsgruppe zeigt Tabelle 14 ein anderes Bild. Hier korreliert die Skala internale Kontrollüberzeugungen des FKK mit $r = .108$, die Skala Selbst-

kontrolle mit $r = .191$ und die internalen Kontrollüberzeugungen des KKG mit $r = .166$ mit dem Kriterium. Für die ersten beiden Skalen ergibt sich somit ein geringerer Zusammenhang, während die Korrelation mit den internalen Kontrollüberzeugungen des KKG leicht angestiegen ist.

Wie auch bei der Probandengruppe ergibt sich auch zum zweiten Messzeitpunkt kein signifikanter Zusammenhang.

Tab.14: Korrelationen VG zum zweiten Messzeitpunkt Teilhabe am Arbeitsleben/FKK/KKG

T2		Teilhabe	FKKSK_2	FKKI_2	KKGI_2	
VG	Teilhabe	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	1 ,	,191 ,295	,108 ,555	,166 ,408
	FKKSK_2	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	,191 ,295	1 ,	,528** ,002	,042 ,845
	FKKI_2	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	,108 ,555	,528** ,002	1 ,	,166 ,439
	KKGI_2	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	,166 ,408	,042 ,845	,166 ,439	1 ,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 4

Bei den Probanden wird in den einzelnen Skalen des SVF 78, wie z.B. Resignationstendenz, ein niedrigerer Wert als bei der Versuchsgruppe erwartet

Die Diskriminanzanalyse ergab zunächst mit einem Box- M Wert 139,790, dass die beiden Gruppen, Probanden und Vergleichsgruppe aus derselben Grundgesamtheit stammen und in sich ähnlich sind. Wilks Lambda mit $r = .636$ gibt an, dass der Test insgesamt für die Trennung der Gruppen nicht so relevant ist. Wenn man die einzelnen Skalen in Tabelle 15 auswertet, tragen vor allem die Skalen Situationskontrolle $r = .718$, Positive Selbstinstruktion $r = .638$, gedankliche Weiterbeschäftigung $r = .598$ und Resignationstendenz $r = .504$ zur Trennung bei. Betrachtet man diese vier Skalen in der Strukturmatrix, so ergibt sich vor allem für die Skalen Situationskontrolle mit $r = .563$ und gedankliche Weiterentwicklung $r = .510$ ein mittlerer Zusammenhang. Für die Skalen positive Selbstinstruktion mit $r = .342$ und Resignationstendenz mit

$r = .174$ ein geringerer Zusammenhang. Es scheinen vor allem die Skalen Situationskontrolle und gedankliche Weiterbeschäftigung zwischen den Probanden und der Vergleichsgruppe zu diskriminieren.

Tab.15: Diskriminanzfunktionskoeffizienten und Strukturmatrix SVF 78 Pb/VG

	Diskriminanzkoeffizient	Strukturmatrix
	Funktion 1	Funktion 1
SVFHER_1	,096	-,233
SVFSCH_1	-,053	-,105
SVFABL_1	-,093	-,060
SVFERS_1	-,399	-,205
SVFSKO_1	,718	,563
SVFRKO_1	-,146	,267
SVFPOS_1	,638	,342
SVFSOZ_1	,056	,230
SVFVER_1	-,339	,008
SVFFLU_1	,076	-,033
SVFGEW_1	,598	,510
SVFRES_1	,504	,174
SVFSEC_1	-,328	,167

Mit dem SVF 78 würden 79,2% der Getesteten richtig den Probanden zugeordnet werden, in der Vergleichsgruppe wären es 73,2%.

Tab.16: Klassifizierungsergebnisse Diskriminanzanalyse

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
		T1	Pb	VG	
Original	Anzahl	Pb	38	10	48
		VG	11	30	41
	%	Pb	79,2	20,8	100,0
		VG	26,8	73,2	100,0

a 76,4% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Entgegen der ursprünglichen Annahme haben die Personen aus der Vergleichsgruppe die niedrigeren Werte in den einzelnen Skalen. Die Probanden liegen bei einem Mittelwert = .69 und einer Standardabweichung = 1,02. Die

Vergleichsgruppe liegt bei einem Mittelwert = $-.81$ und einer Standardabweichung = $.98$. Das heißt, dass die Vergleichsgruppe nicht nur geringere Werte hat, sondern auch in ihrer Gesamtheit homogener geantwortet hat.

Wenn man nun die drei Gruppen, die im Laufe der Studie entstanden sind, a priori anlegt, ergibt sich, wie in Tabelle 17 gezeigt wird, folgendes Bild:

Tab.17: Diskriminanzfunktionskoeffizient und Strukturmatrix SVF 78 Pb/Wechsler/VG

	Diskriminanzkoeffizient		Strukturmatrix	
	Funktion	Funktion	Funktion	Funktion
	1	2	1	2
SVFHER_1	-,118	,532	-,245*	,039
SVFSCH_1	,191	-,591	-,005	-,359*
SVFABL_1	-,258	,362	-,104	,158*
SVFERS_1	-,366	-,180	-,246*	,143
SVFSKO_1	,837	-,081	,487*	,275
SVFRKO_1	-,409	,581	,141	,451*
SVFPOS_1	,890	-,414	,310*	,11*
SVFSOZ_1	-,104	,394	,121	,387*
SVFVER_1	-,216	-,391	,007*	,005
SVFFLU_1	-,067	,359	-,077	,156*
SVFGEW_1	,288	,908	,388	,426*
SVFRES_1	,795	-,545	,184*	-,036
SVFSEC_1	-,159	-,494	,126	,141*

* Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion

Die Grundgesamtheit ist weiterhin, bestätigt über den Box- M von 317,566, ähnlich und homogen. Wilks Lambda zeigt mit einem Wert $r = .477$, dass der Test in dieser Konstellation insgesamt mehr zur Trennung der Gruppen beiträgt. Zwischen den Personen, die aus der Probandengruppe in die WfbM wechselten und der Vergleichsgruppe (Funktion 1), trennen die Skalen Situationskontrolle mit $r = .837$, positive Selbstinstruktion mit $r = .890$ und Resignationstendenz mit $r = .795$ besonders gut. Die drei Skalen tragen mit Korrelationskoeffizienten von $r = .184$ und $r = .487$ nur gering zu einer inhaltlichen Aufklärung bei. Zwischen den Probanden und der Vergleichsgruppe (Funktion 2) trennen die Skalen Herunterspielen mit $r = .532$, Reaktionskontrolle mit $r = .581$

und gedankliche Weiterbeschäftigung mit $r = .908$ besonders gut. Die Skalen tragen mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = .039$ und $r = .451$ nur mittelmäßig zu einer inhaltlichen Aufklärung bei. Sehr wenig zur Unterscheidung der Gruppen tragen die Skalen Selbstbeschuldigung mit $r = -.591$ und Resignationstendenz mit $r = -.545$ bei.

Dementsprechend steigt auch die Fehlerquote zur Probandengruppe. Es werden in diesem Fall nur noch 56,3% richtig zugeordnet, zur Gruppe der Wechsler immerhin 68,8% und zur Vergleichsgruppe 70,7%. Auch hier liegt der Mittelwert der Vergleichsgruppe leicht unter dem der Probanden, wobei der Mittelwert der Gruppe der Wechsler noch leicht unter dem Mittelwert von Probanden und Vergleichsgruppe liegt.

Tab.18: Klassifizierungsergebnisse Diskriminanzanalyse zum zweiten Messzeitpunkt

		Vorhergesagte Gruppenzugehörig- keit				Gesamt
		T1	Pb	Wechsler	VG	
Original	Anzahl	Pb	18	6	8	32
		Wechsler	4	11	1	16
		VG	9	3	29	41
	%	Pb	56,3	18,8	25,0	100,0
		Wechsler	25,0	68,8	6,3	100,0
		VG	22,0	7,3	70,7	100,0

a 65,2% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Abbildung 13 zeigt die Ergebnisse der Diskriminanzanalyse für den gesamten Test:

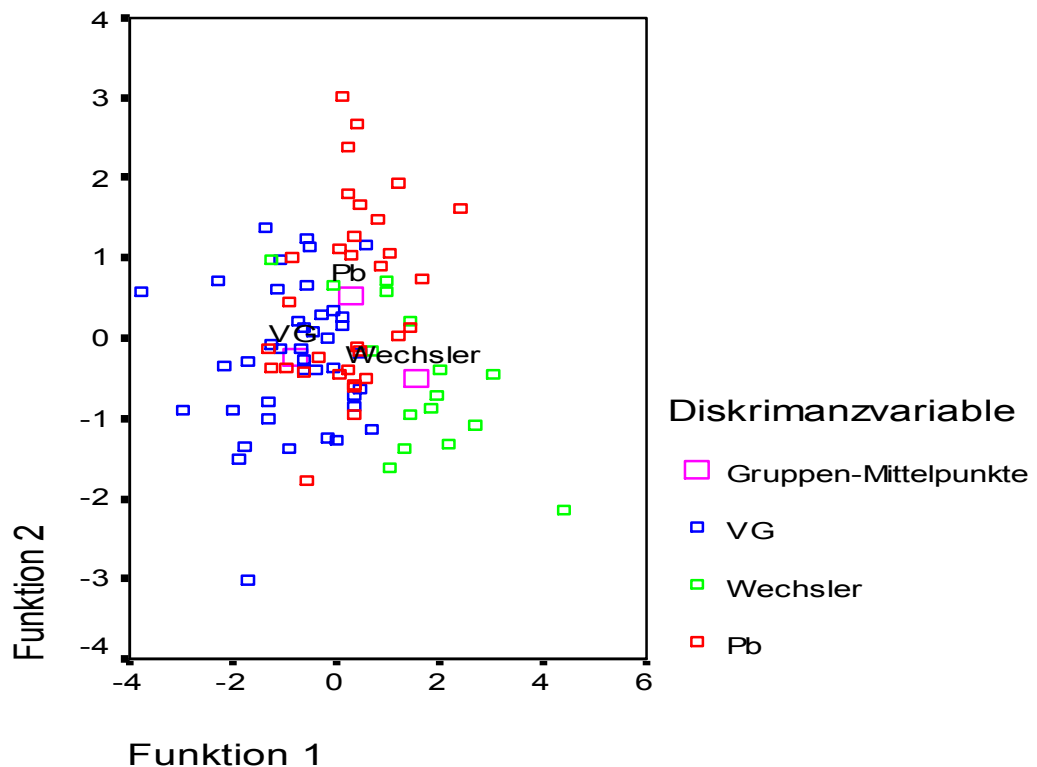


Abb.13: Kanonische Diskriminanzfunktion SVF 78

Insgesamt werden die Ergebnisse durch die Verringerung der Stichprobengröße unschärfer.

In der anschließenden ANOVA zum zweiten Messzeitpunkt kann gezeigt werden, dass die meisten Varianzen zwischen den Gruppen bzw. die Mittelwerte der einzelnen Fallgruppen gleich sind. Lediglich Ergebnisse der Skalen Situationskontrolle mit $F= 8,516$ bei einer Signifikanz von 0,00 zum ersten Messzeitpunkt und $F= 4,636$ bei einer Signifikanz von 0.014 zum zweiten Messzeitpunkt, sowie die Skala positive Selbstinstruktion mit $F= 3,318$ bei einer Signifikanz von 0,041 zum ersten Messzeitpunkt, ebenso die Skala Vermeidungsverhalten mit $F= 2,621$ bei einer Signifikanz von 0,082 zum zweiten Messzeitpunkt und die Skala gedankliche Weiterbeschäftigung mit $F= 6,433$ bei einer Signifikanz von 0,002 zum ersten Messzeitpunkt weisen ungleiche Varianzen

auf. Bei ihnen ist die Nullhypothese zu verwerfen. Tabelle 19 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse.

Tab.19: ANOVA SVF 78

		F	Signifikanz
SVFHER_1	Zwischen den Gruppen	2,016	,139
SVFHER_3	Zwischen den Gruppen	1,795	,176
SVFSCH_1	Zwischen den Gruppen	,990	,376
SVFSCH_3	Zwischen den Gruppen	,166	,848
SVFABL_1	Zwischen den Gruppen	,556	,576
SVFABL_3	Zwischen den Gruppen	1,788	,177
SVFERS_1	Zwischen den Gruppen	2,186	,119
SVFERS_3	Zwischen den Gruppen	,820	,445
SVFSKO_1	Zwischen den Gruppen	8,516	,000
SVFSKO_3	Zwischen den Gruppen	4,639	,014
SVFRKO_1	Zwischen den Gruppen	2,223	,114
SVFRKO_3	Zwischen den Gruppen	,019	,981
SVFPOS_1	Zwischen den Gruppen	3,318	,041
SVFPOS_3	Zwischen den Gruppen	,750	,477
SVFSOZ_1	Zwischen den Gruppen	1,636	,201
SVFSOZ_3	Zwischen den Gruppen	,902	,412
SVFVER_1	Zwischen den Gruppen	,002	,998
SVFVER_3	Zwischen den Gruppen	2,621	,082
SVFFLU_1	Zwischen den Gruppen	,383	,683
SVFFLU_3	Zwischen den Gruppen	,092	,912
SVFGEW_1	Zwischen den Gruppen	6,433	,002
SVFGEW_3	Zwischen den Gruppen	1,127	,331
SVFRES_1	Zwischen den Gruppen	1,143	,324
SVFRES_3	Zwischen den Gruppen	,125	,883
SVFSEC_1	Zwischen den Gruppen	,688	,505
SVFSEC_3	Zwischen den Gruppen	,078	,925

Die Ergebnisse zeigen, analog zur Diskriminanzanalyse, dass einzelne Skalen des SVF 78 zu einer Trennung der Gruppen beitragen und sie somit zur Vorhersage dienen können.

Hypothese 5

Die Lebensqualität der Probanden ist nach der Maßnahme höher als vor der Maßnahme und insgesamt höher als die Lebensqualität der Personen aus der Vergleichsgruppe

Zur Testung dieser Hypothese wurden die Werte des BSI und des WHOQOL einem T – Test für unabhängige Stichproben zum ersten Messzeitpunkt unterzogen. Hier konnten für die einzelnen Werte des BSI, wie Tabelle 20 in der Übersicht zeigt, keine signifikanten Unterschiede im T- Test gefunden werden.

Tab.20: Ergebnisse T-Test BSI

		Levene - Test		T-test für Mittelwertgleichheit		
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
BSI1_1	Varianzen sind gleich	1,258	,265	-,168	87	,867
	Varianzen nicht gleich			-,164	73,628	,870
BSI2_1	Varianzen sind gleich	1,116	,294	1,203	87	,232
	Varianzen nicht gleich			1,190	79,931	,238
BSI3_1	Varianzen sind gleich	2,159	,145	-,299	87	,766
	Varianzen nicht gleich			-,303	86,995	,763
BSI4_1	Varianzen sind gleich	,364	,548	-,306	87	,761
	Varianzen nicht gleich			-,304	82,597	,762
BSI5_1	Varianzen sind gleich	,279	,598	1,430	87	,156
	Varianzen nicht gleich			1,430	84,768	,156
BSI6_1	Varianzen sind gleich	,013	,911	,776	87	,440
	Varianzen nicht gleich			,778	85,706	,439
BSI7_1	Varianzen sind gleich	,379	,540	,474	87	,636
	Varianzen nicht gleich			,476	85,794	,635
BSI8_1	Varianzen sind gleich	,003	,959	-,916	87	,362
	Varianzen nicht gleich			-,918	85,702	,361
BSI9_1	Varianzen sind gleich	,284	,595	,167	87	,868
	Varianzen nicht gleich			,166	82,713	,869
BSIGSI_1	Varianzen sind gleich	,008	,931	,160	87	,874
	Varianzen nicht gleich			,159	83,682	,874
BSPST_1	Varianzen sind gleich	,001	,981	,500	87	,618
	Varianzen nicht gleich			,498	83,146	,620
PSDI_1	Varianzen sind gleich	,061	,805	,272	87	,786
	Varianzen nicht gleich			,270	82,365	,788

Mit T –Werten zwischen $T = -.916$ und $T = 1,430$ und Signifikanzen $r = .232$ und $r = .867$, ist die Wahrscheinlichkeit für die Gleichheit der Varianzen so hoch, dass die Hypothese für den BSI zu verwerfen ist. Es ist also davon auszugehen, dass die Mittelwerte in beiden Gruppen, also Probanden und Vergleichsgruppe, gleich sind. Es zeichnet sich kein Unterschied zwischen den Gruppen ab.

Auch im T – Test für den WHOQOL ergaben sich, wie Tabelle 21 zeigt, keine signifikanten Unterschiede für die Skalenmittelwerte der zu vergleichenden Gruppen. Es ergaben sich T-Werte zwischen $T = -1,510$ und $T = 1,685$ bei einer Signifikanz zwischen $r = .096$ und $r = .989$.

Tab.21: Ergebnisse T-Test WHOQOL

		Levene - Test		T-Test für Mittelwertgleichheit		
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
WHPHY 1	Varianzen sind gleich	1,457	,231	-1,409	87	,162
	Varianzen nicht gleich			-1,421	86,793	,159
WHPSY 1	Varianzen sind gleich	2,358	,128	-,559	87	,577
	Varianzen nicht gleich			-,568	86,799	,571
WHUNA 1	Varianzen sind gleich	1,307	,256	-1,510	86	,135
	Varianzen nicht gleich			-1,533	85,962	,129
WHSOZ 1	Varianzen sind gleich	,044	,834	1,685	87	,096
	Varianzen nicht gleich			1,691	85,845	,095
WHUMW 1	Varianzen sind gleich	,057	,811	,758	87	,451
	Varianzen nicht gleich			,758	84,880	,451
WHSPI 1	Varianzen sind gleich	,308	,580	,539	86	,591
	Varianzen nicht gleich			,535	80,538	,594
WHGES 1	Varianzen sind gleich	,146	,704	-,014	87	,989
	Varianzen nicht gleich			-,014	83,602	,989

Insofern ist die Hypothese für den ersten Messzeitpunkt zurückzuweisen.

Bei der anschließenden ANOVA ergibt sich ein ähnliches Bild wie beim T-Test zum ersten Messzeitpunkt. Die Varianzen bzw. die Mittelwerte der einzelnen Skalen sind, bis auf die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt mit $F = 4,882$, bei einer Signifikanz von 0,01 zum zweiten Messzeitpunkt und die Skala Ängstlichkeit mit $F = 3,314$ bei einer Signifikanz von 0,043 gleich. Tabelle 22 gibt einen Gesamtüberblick über die Ergebnisse.

Tab.22: ANOVA BSI/ WHOQOL

		F	Signifikanz
BSI1_1	Zwischen den Gruppen	,128	,880
BSI1_12	Zwischen den Gruppen	1,504	,231
BSI2_1	Zwischen den Gruppen	,835	,437
BSI2_12	Zwischen den Gruppen	2,281	,111
BSI3_1	Zwischen den Gruppen	,046	,955
BSI3_12	Zwischen den Gruppen	4,882	,011
BSI4_1	Zwischen den Gruppen	,137	,872
BSI4_12	Zwischen den Gruppen	,583	,561
BSI5_1	Zwischen den Gruppen	1,072	,347
BSI5_12	Zwischen den Gruppen	3,314	,043
BSI6_1	Zwischen den Gruppen	,302	,740
BSI6_12	Zwischen den Gruppen	1,265	,290
BSI7_1	Zwischen den Gruppen	2,199	,117
BSI7_12	Zwischen den Gruppen	,456	,636
BSI8_1	Zwischen den Gruppen	,705	,497
BSI8_12	Zwischen den Gruppen	,520	,597
BSI9_1	Zwischen den Gruppen	,222	,802
BSI9_12	Zwischen den Gruppen	,281	,756
BSIGSI_1	Zwischen den Gruppen	,023	,977
BSIGSI_12	Zwischen den Gruppen	,997	,375
BSPST_1	Zwischen den Gruppen	,162	,851
BSPST_12	Zwischen den Gruppen	1,896	,159
PSDI_1	Zwischen den Gruppen	,068	,934
PSDI_12	Zwischen den Gruppen	,349	,707
WHPHY_1	Zwischen den Gruppen	,994	,374
WHPHY_3	Zwischen den Gruppen	1,364	,264
WHPSY_1	Zwischen den Gruppen	,319	,728
WHPSY_3	Zwischen den Gruppen	,468	,629
WHUNA_1	Zwischen den Gruppen	1,664	,196
WHUNA_3	Zwischen den Gruppen	,197	,821
WHSOZ_1	Zwischen den Gruppen	1,449	,241
WHSOZ_3	Zwischen den Gruppen	,657	,522
WHUMW1	Zwischen den Gruppen	,299	,742
WHUMW3	Zwischen den Gruppen	1,937	,154
WHSPI_1	Zwischen den Gruppen	,479	,621
WHSPI_3	Zwischen den Gruppen	,353	,704
WHGES_1	Zwischen den Gruppen	,001	,999
WHGES_3	Zwischen den Gruppen	1,151	,324

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Befindlichkeit bzw. die Lebensqualität nur einen geringen Beitrag zur Vorhersage, ob ein Teilnehmer integriert werden kann oder nicht, liefert.

Hypothese 6

Höhere Werte bei den irrationalen Einstellungen gehen mit einem geringeren Selbstwert und einer geringeren Integrationsrate einher

Für die Probanden ergaben sich, wie aus Tabelle 23 ersichtlich, zwischen den vier Skalen des FIE Korrelationen zwischen $r = -.045$ und $r = .156$. Die Skala negative Selbstbewertung korreliert mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben mit $r = .111$, die Skala Abhängigkeit mit $r = .003$, die Skala Internalisierung von Misserfolgen mit $r = -.045$ und die Skala Irritierbarkeit durch äußere Störreize mit $r = .155$.

Tab.23: Korrelation Pb Teilhabe am Arbeitsleben/FIE

T1			Teilhabe	FIE1_1	FIE2_1	FIE3_1	FIE4_1
Pb	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	,111	,003	-,045	,155
		Signifikanz (2-seitig)	,	,453	,983	,760	,292
	FIE1_1	Korrelation nach Pearson	,111	1	,628**	,746**	,604**
		Signifikanz (2-seitig)	,453	,	,000	,000	,000
	FIE2_1	Korrelation nach Pearson	,003	,628**	1	,595**	,665**
		Signifikanz (2-seitig)	,983	,000	,	,000	,000
	FIE3_1	Korrelation nach Pearson	-,045	,746**	,595**	1	,643**
		Signifikanz (2-seitig)	,760	,000	,000	,	,000
	FIE4_1	Korrelation nach Pearson	,155	,604**	,665**	,643**	1
		Signifikanz (2-seitig)	,292	,000	,000	,000	,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Für die Vergleichsgruppe liegen die Korrelationen, wie in Tabelle 24 dargestellt, zwischen $r = -.268$ und $r = .000$. Die Skala negative Selbstbewertung korreliert mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben mit $r = -.268$, die Skala Abhängigkeit mit $r = .000$, die Skala Internalisierung von Misserfolgen mit $r = -.123$ und die Skala Irritierbarkeit durch äußere Störreize mit $r = -.098$.

Tab.24: Korrelationen KG Teilhabe am Arbeitsleben/ FIE

T1		Teilhabe	FIE1_1	FIE2_1	FIE3_1	FIE4_1	
VG	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	-,268	,000	-,123	-,098
		Signifikanz (2-seitig)	,	,090	,998	,445	,544
FIE1_1	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	-,268	1	,499**	,721**	,510**
		Signifikanz (2-seitig)	,090	,	,001	,000	,001
FIE2_1	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	,000	,499**	1	,557**	,691**
		Signifikanz (2-seitig)	,998	,001	,	,000	,000
FIE3_1	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	-,123	,721**	,557**	1	,624**
		Signifikanz (2-seitig)	,445	,000	,000	,	,000
FIE4_1	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	-,098	,510**	,691**	,624**	1
		Signifikanz (2-seitig)	,544	,001	,000	,000	,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Für die Gesamtstichprobe ergeben sich Korrelationen von $r = -.101$ bis $r = .041$:

Tab.25: Korrelation Gesamtstichprobe Teilhabe am Arbeitsleben/ FIE

		Teilhabe	FIE1_1	FIE2_1	FIE3_1	FIE4_1
Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	-,047	-,086	-,101	,041
	Signifikanz (2-seitig)	,	,665	,423	,348	,702
FIE1_1	Korrelation nach Pearson	-,047	1	,571**	,738**	,561**
	Signifikanz (2-seitig)	,665	,	,000	,000	,000
FIE2_1	Korrelation nach Pearson	-,086	,571**	1	,578**	,677**
	Signifikanz (2-seitig)	,423	,000	,	,000	,000
FIE3_1	Korrelation nach Pearson	-,101	,738**	,578**	1	,634**
	Signifikanz (2-seitig)	,348	,000	,000	,	,000
FIE4_1	Korrelation nach Pearson	,041	,561**	,677**	,634**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,702	,000	,000	,000	,

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die Skala negative Selbstbewertung korreliert mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben mit $r = -.047$, die Skala Abhängigkeit mit $r = -.086$, die Skala Internalisierung von Misserfolgen mit $r = -.101$ und die Skala Irritierbarkeit durch äußere Störreize mit $r = .041$.

Abhängig vom gemessenen Konstrukt interkorrelieren die Skalen des FIE sehr hoch und auf dem 1% Niveau signifikant miteinander.

Für den ersten Messzeitpunkt kann die Hypothese verifiziert werden. Die Probanden haben tendenziell geringere Werte auf den Skalen des FIE und sind häufiger auf einem Trainingsarbeitsplatz integriert. Insgesamt haben sie aber im Vergleich zur Normalbevölkerung noch sehr hohe irrationale Einstellungen, was die Integration insgesamt erschwert.

Legt man anschließend die Daten des zweiten Messzeitpunkts zugrunde, ergibt sich, wie aus Tabelle 26 ersichtlich, folgendes Bild: für die Probanden korrelieren die einzelnen Skalen des FIE mit dem Kriterium von $r = -.375$ bis $r = -.108$. Die Skala negative Selbstbewertung korreliert mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben mit $r = -.167$, die Skala Abhängigkeit mit $r = -.375$, die Skala Internalisierung von Misserfolgen mit $r = -.176$ und die Skala Irritierbarkeit durch äußere Störreize mit $r = -.108$. Die negative Korrelation der Skala Abhängigkeit mit dem Kriterium Teilhabe ist auf dem 5% - Niveau signifikant.

Tab.26: Korrelation Pb Teilhabe am Arbeitsleben/FIE zum zweiten Messzeitpunkt

			Teilhabe	FIE1_3	FIE2_3	FIE3_3	FIE4_3
Pb	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	-,167	-,375*	-,176	-,108
		Signifikanz (2-seitig)	,	,378	,041	,352	,569
FIE1_3		Korrelation nach Pearson	-,167	1	,831**	,895**	,826**
		Signifikanz (2-seitig)	,378	,	,000	,000	,000
FIE2_3		Korrelation nach Pearson	-,375*	,831**	1	,836**	,744**
		Signifikanz (2-seitig)	,041	,000	,	,000	,000
FIE3_3		Korrelation nach Pearson	-,176	,895**	,836**	1	,777**
		Signifikanz (2-seitig)	,352	,000	,000	,	,000
FIE4_3		Korrelation nach Pearson	-,108	,826**	,744**	,777**	1
		Signifikanz (2-seitig)	,569	,000	,000	,000	,

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Für die Vergleichsgruppe liegen die Korrelationen zum zweiten Messzeitpunkt zwischen $r = -.125$ und $r = .055$. Die Skala negative Selbstbewertung korreliert mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben mit $r = -.112$, die Skala Abhängigkeit mit $r = .055$, die Skala Internalisierung von Misserfolgen mit $r = -.096$ und die Skala Irritierbarkeit durch äußere Störreize mit $r = -.125$. Auch zum zweiten Messzeitpunkt interkorrelieren die Skalen des FIE auf dem 1% - Niveau signifikant miteinander.

Tab.27: Korrelation VG Teilhabe am Arbeitsleben/ FIE

		Teilhabe FIE1_3 FIE2_3 FIE3_3 FIE4_3					
VG	Teilhabe	Korrelation nach Pearson	1	-,112	,055	-,096	-,125
		Signifikanz (2-seitig)	,	,556	,771	,615	,511
	FIE1_3	Korrelation nach Pearson	-,112	1	,647**	,923**	,875**
		Signifikanz (2-seitig)	,556	,	,000	,000	,000
	FIE2_3	Korrelation nach Pearson	,055	,647**	1	,676**	,676**
		Signifikanz (2-seitig)	,771	,000	,	,000	,000
	FIE3_3	Korrelation nach Pearson	-,096	,923**	,676**	1	,863**
		Signifikanz (2-seitig)	,615	,000	,000	,	,000
	FIE4_3	Korrelation nach Pearson	-,125	,875**	,676**	,863**	1
		Signifikanz (2-seitig)	,511	,000	,000	,000	,

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 7

Unterschiede zwischen den Teilnehmern und der Vergleichsgruppe lassen sich in FPI-R, AVEM, d2 und dem MW T – B abbilden

Zur Überprüfung der Hypothese wurden die Fragebogen FPI-R, AVEM, d2 und MWT – B einer Diskriminanzanalyse unterzogen.

FPI-R

Im FPI-R wurde mit Box- $M = 105,144$ erneut bestätigt, dass die beiden Versuchsgruppen aus derselben Grundgesamtheit stammen. Wilks Lambda weist mit einem Wert von $r = .833$ darauf hin, dass das FPI als Gesamttest sehr wenig zur Unterscheidung der beiden Gruppen beiträgt. Als Einzelskalen trennen vor allem die Skalen Lebenszufriedenheit mit $r = .615$, Beanspruchung mit

$r = .536$ und die Emotionalität mit $r = .929$. In der Strukturmatrix zeigt sich, dass vor allem die Skala Beanspruchung mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = .506$ inhaltlich zu einer Trennung zwischen den Gruppen beiträgt, ebenso die Skala Emotionalität mit einem Koeffizienten von $r = .356$. Die Skala Lebenszufriedenheit mit einem Koeffizienten von $r = .143$ scheint nur wenig aussagekräftig. Insgesamt haben die Personen aus der Vergleichsgruppe einen niedrigeren Mittelwert. Die Vergleichsgruppe hat einen Mittelwert von $\mu = -.48$, während die Probanden einen Mittelwert von $\mu = .41$ hat.

Dies würde bedeuten, dass geringe Werte auf den Skalen Lebenszufriedenheit, Emotionalität und Beanspruchung dafür sprechen, dass die betreffende Person in der Gruppe der Probanden zu finden wäre.

Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse im Überblick:

Tab.28: Diskriminanzfunktionskoeffizient und Strukturmatrix FPI-R Pb/VG

	Diskriminanzkoeffizient Funktion 1	Strukturmatrix Funktion 1
FPI1_1	,615	,143
FPI2_1	-,146	,002
FPI3_1	,135	,252
FPI4_1	-,208	-,125
FPI5_1	,257	,388
FPI6_1	-,368	-,016
FPI7_1	,536	,506
FPI8_1	-,099	,156
FPI9_1	-,506	-,188
FPI10_1	-,242	-,032
FPI11_1	,282	,204
FPI12_1	,929	,356

Das FPI-R hat insgesamt eine hohe Fehlerquote. Aufgrund der Aussagen aus dem FPI-R würden bei den Probanden 32,5% falsch zugeordnet werden und in der Vergleichsgruppe 36,2%.

Tab.29: Klassifizierungsergebnisse FPI-R Pb/VG

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
		T1	InPUT	KG	
Original	Anzahl	Pb	30	17	47
		VG	13	27	40
		%Pb	63,8	36,2	100,0
		VG	32,5	67,5	100,0

a 65,5% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Wenn man die im Verlauf der Studie entstandenen drei Gruppen (Probanden, Wechsler und Vergleichsgruppe) zum ersten Messzeitpunkt annimmt, entsteht, wie in Tabelle 30 dargestellt, folgendes Bild:

Tab.30: Diskriminanzfunktionskoeffizient und Strukturmatrix FPI-R Pb/Wechsler/VG

	Diskriminanzkoeffizient		Strukturmatrix	
	Funktion	Funktion	Funktion	Funktion
	1	2	1	2
FPI1_1	,686	,064	,227*	-,132
FPI2_1	-,170	-,004	-,096	,189*
FPI3_1	-,071	,397	,189*	,173
FPI4_1	,164	-,681	-,140*	,003
FPI5_1	,349	-,077	,382*	,098
FPI6_1	-,073	-,596	,155	-,335*
FPI7_1	,642	-,017	,439*	,239
FPI8_1	-,487	,616	-,133	,598*
FPI9_1	-,502	-,159	-,200*	-,017
FPI10_1	-,417	,217	-,129	,182*
FPI11_1	,497	-,274	,279*	-,098
FPI12_1	,697	,666	,149	,475*

* Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion

Die Skalen Lebenszufriedenheit $r = .686$, Beanspruchung $r = .642$ und Emotionalität $r = .697$ trennen gut zwischen den Probanden und der Vergleichsgruppe (Funktion 1). Mit Korrelationskoeffizienten von $r = .149$ für die Skala Emotionalität, $r = .227$ für die Skala Lebenszufriedenheit und $r = .439$ für die Skala Beanspruchung tragen diese Skalen auch zur inhaltlichen Aufklärung bei.

Zwischen den Wechslern und der Vergleichsgruppe (Funktion 2) trennen vor allem die Skalen körperliche Beschwerden $r = .616$ und Emotionalität $r = .666$ gut. Mit Korrelationskoeffizienten von $r = .598$ für die Skala körperliche Beschwerden und $r = .189$ für die Skala Emotionalität, ist zumindest die erst genannte Skala aussagekräftig. Wilks Lambda zeigt mit einem Koeffizienten von $r = .705$, dass der Test insgesamt wenig zur Trennung der drei Gruppen beiträgt.

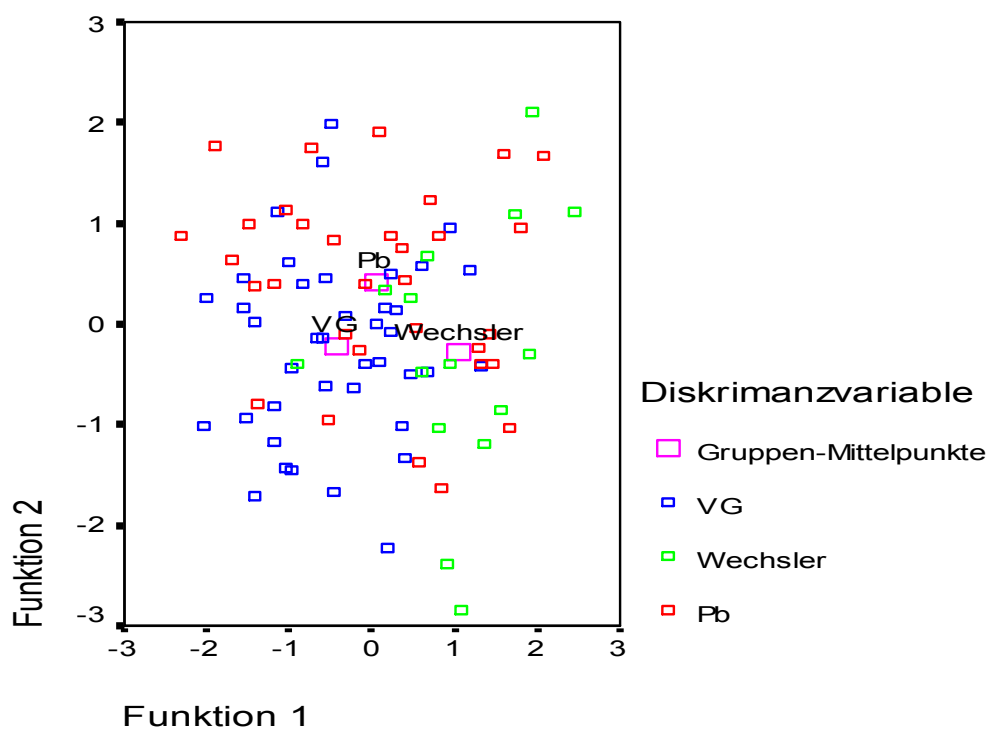


Abb. 14: Kanonische Diskriminanzfunktion FPI-R

Mit einem Prozentsatz von 52,9% richtig klassifizierter Fälle zeigt sich auch hier, dass die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen mit Hilfe des FPI-R nur knapp über Zufall liegt.

Tab.31: Klassifikationsergebnisse FPI-R Pb/Wechsler/VG

Original	Anzahl		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
			Pb	Wechsler	VG	
		Pb	13	10	9	32
		Wechsler	4	10	1	15
		VG	11	6	23	40
	%	Pb	40,6	31,3	28,1	100,0
		Wechsler	26,7	66,7	6,7	100,0
		VG	27,5	15,0	57,5	100,0

a 52,9% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Das FPI-R scheint in seiner Gesamtheit kein geeignetes Instrument zur Unterscheidung der Gruppenzugehörigkeit zu sein.

AVEM

Im AVEM trennt vor allem die Skala Resignationstendenz $r = .608$ gut zwischen den Probanden und der Vergleichsgruppe, während die Skala Distanzierungsfähigkeit $r = -.643$ besonders wenig zur Trennung beiträgt. Mit entsprechender Korrelation von $r = .527$ gibt die Skala Resignationstendenz auch inhaltlich einen guten Anhaltspunkt. Die Gruppe der Probanden hat einen Mittelwert von $\mu = .40$ und die Vergleichsgruppe einen Mittelwert von $\mu = -.47$, das heißt, dass ein niedriger Wert auf der Skala Resignationstendenz die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die betreffende Person in der Vergleichsgruppe ist. Wilks Lambda von $r = .840$ weist jedoch darauf hin, dass der Test insgesamt nur wenig zur Unterscheidung der Gruppen beiträgt.

Tabelle 32 stellt die Ergebnisse nochmals im Überblick dar.

Tab.32: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix AVEM Pb/VG

	Diskriminanzkoeffizient	Strukturmatrix
	Funktion	Funktion
	1	1
AVEM1_1	-,380	,013
AVEM2_1	-,134	,022
AVEM3_1	,176	,289
AVEM4_1	,083	,402
AVEM5_1	-,643	-,673
AVEM6_1	,608	,527
AVEM7_1	,149	-,001
AVEM8_1	-,162	-,451
AVEM9_1	,051	,064
AVEM10_1	,434	,050
AVEM11_1	,211	,339

Mit falschen Zuordnungen von 31,7% bei den Probanden und 33,3% bei der Vergleichsgruppe ist die Fehlerquote bei diesem Fragebogen recht hoch.

Tab.33: Klassifikationsergebnisse AVEM Pb/VG

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
		T1	VG	KG	
Original	Anzahl	Pb	32	16	48
		VG	13	28	41
	%	Pb	66,7	33,3	100,0
		VG	31,7	68,3	100,0

a 67,4% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Bei der Unterscheidung der drei Gruppen trennt die Skala Resignationstendenz mit $r = .718$ und die Skala Lebenszufriedenheit mit $r = .883$ gut zwischen den Wechslern und der Vergleichsgruppe (Funktion 1). Mit Korrelationskoeffizienten von $r = .439$ (Resignationstendenz) und $r = .203$ (Lebenszufriedenheit) tragen sie auch inhaltlich zur Aufklärung bei. Das bedeutet, dass geringere Werte auf den Skalen Resignationstendenz und Lebenszufriedenheit die

Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die betreffende Person richtig in der Vergleichsgruppe eingeordnet ist.

Zwischen der Gruppe der Probanden und der Vergleichsgruppe (Funktion 2) trennen die Skalen subjektive Bedeutsamkeit $r = .979$ und Lebenszufriedenheit $r = .772$ sehr gut. Mit Korrelationskoeffizienten von $r = .372$ (subjektive Bedeutsamkeit von Arbeit) und $r = .307$ tragen die beiden Skalen auch inhaltlich einigermaßen zu einer Aufklärung bei. Auch hier bedeutet dies, dass ein niedriger Wert auf den Skalen subjektive Bedeutsamkeit von Arbeit und Lebenszufriedenheit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die betreffende Person im Projekt richtig zugeordnet ist. Tabelle 34 zeigt die beschriebenen Ergebnisse in der Übersicht.

Tab.34: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix AVEM Pb/Wechsler/VG

	Diskriminanzkoeffizient		Strukturmatrix	
	Funktion	Funktion	Funktion	Funktion
	1	2	1	2
AVEM1_1	,081	,979	,192	,372*
AVEM2_1	-,235	-,162	-,015	-,080*
AVEM3_1	,190	-,015	,275*	-,092
AVEM4_1	-,215	-,599	,240	-,429*
AVEM5_1	-,695	,054	-,647*	,208
AVEM6_1	,718	,061	,439*	-,300
AVEM7_1	-,088	-,498	-,007	-,012*
AVEM8_1	-,067	,224	-,411*	,185
AVEM9_1	-,078	-,264	,092*	,045
AVEM10_1	,883	,772	,203	,307*
AVEM11_1	,066	-,333	,233	-,296*

* Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion

Abbildung 15 zeigt das Ergebnis der Diskriminanzanalyse im Bild.

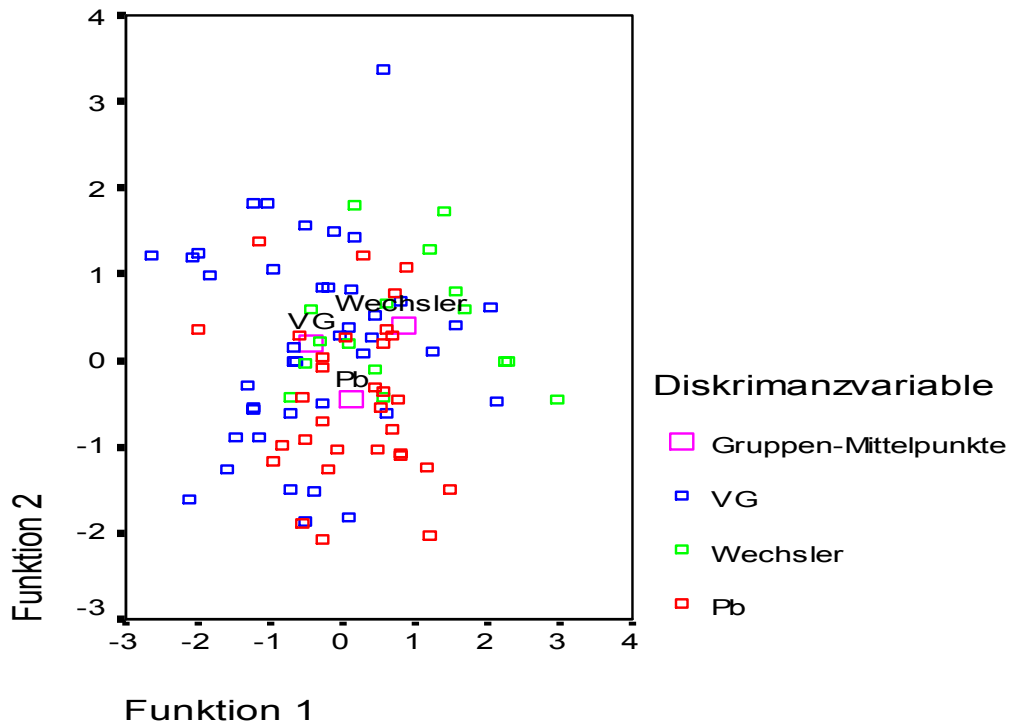


Abb.15: Kanonische Diskriminanzfunktion AVEM

Auch hier sind die Anzahl der richtig zugeordneten Fälle mit 57,3% nur geringfügig über dem Zufall und die Fehlerquote dementsprechend hoch.

Tab.35: Klassifikationsergebnisse AVEM Pb/Wechsler/VG

Original	Anzahl	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt	
		Pb	Wechsler	VG		
		Pb	19	6	7	32
		Wechsler	2	9	5	16
		VG	8	10	23	41
	%	Pb	59,4	18,8	21,9	100,0
		Wechsler	12,5	56,3	31,3	100,0
		VG	19,5	24,4	56,1	100,0

a 57,3% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

d2

Im d2 trennt vor allem die Gesamtzahl der bearbeiteten Zeichen $r = 1.990$ zwischen den Probanden und der Vergleichsgruppe. Tabelle 36 stellt die Ergebnisse dar:

Tab.36: Diskriminanzfunktionskoeffizient und Strukturmatrix d2 Pb/VG

	Diskriminanzkoeffizient	Strukturmatrix
	Funktion	Funktion
	1	1
d2GZ_1	1,990	,703
d2F_1	,371	-,101
d2GZF_1	-,722	,448
d2KL_1	-,835	,047

Wie Tabelle 36 zeigt, trägt die Konzentrationsleistung mit $r = -.835$ nichts zur Trennung der beiden Gruppen bei. Die Probanden haben einen Mittelwert von $\mu = .38$, während die Vergleichsgruppe einen Mittelwert von $\mu = -.46$ hat. Das lässt die Interpretation zu, dass ein geringer Wert im d2 die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die betreffende Person zur Vergleichsgruppe gehört. Wilks Lambda weist mit einem Wert von $r = .848$ allerdings darauf hin, dass der Test an sich nicht viel zur Unterscheidung der Gruppen beiträgt.

Mit Hilfe dieses Verfahrens konnten 77,1% der Probanden und 71,8% der Vergleichsgruppe richtig zugeordnet werden.

Tab.37: Klassifikationsergebnis d2 Pb/VG

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt
		T1	VG	KG	
Original	Anzahl	Pb	37	11	48
		VG	11	28	39
	%	Pb	77,1	22,9	100,0
		VG	28,2	71,8	100,0

a 74,7% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Wenn man nun wieder die drei Gruppen zugrunde legt, trennt die Gesamtzahl der bearbeiteten Zeichen mit $r = 2.219$ besonders gut zwischen den Wechslern und der Vergleichsgruppe (Funktion 1). Die Gesamtzahl der richtig bearbeiteten Zeichen mit $r = 1.902$ trennt gut zwischen den Probanden und den Wechslern (Funktion 2). Tabelle 38 stellt das Ergebnis in der Übersicht dar:

Tab.38: Diskriminanzkoeffizient und Strukturmatrix d2 Pb/Wechsler/VG

	Diskriminanzkoeffizient		Strukturmatrix	
	Funktion	Funktion	Funktion	Funktion
	1	2	1	2
d2GZ_1	2,219	-,926	,620*	,527
d2F_1	,336	,220	-,136	,199*
d2GZF_1	-1,104	1,902	,314	,827*
d2KL_1	-,791	-,316	-,022	,407*

* Größte absolute Korrelation zwischen jeder Variablen und einer Diskriminanzfunktion

Das Ergebnis lässt den Schluss zu, dass eine geringere Anzahl der bearbeiteten Zeichen die Wahrscheinlichkeit für die betreffende Person erhöht, dass sie der Vergleichsgruppe und nicht den Wechslern angehört. Ebenso erhöht eine geringere Anzahl von richtig bearbeiteten Zeichen die Wahrscheinlichkeit, dass die betreffende Person in der Gruppe der Wechsler ist. Wilks Lambda weist mit $r = .799$ wiederum darauf hin, dass der Test im Gesamten nur wenig zur Aufklärung beiträgt.

Abbildung 16 veranschaulicht die Ergebnisse für den d2:

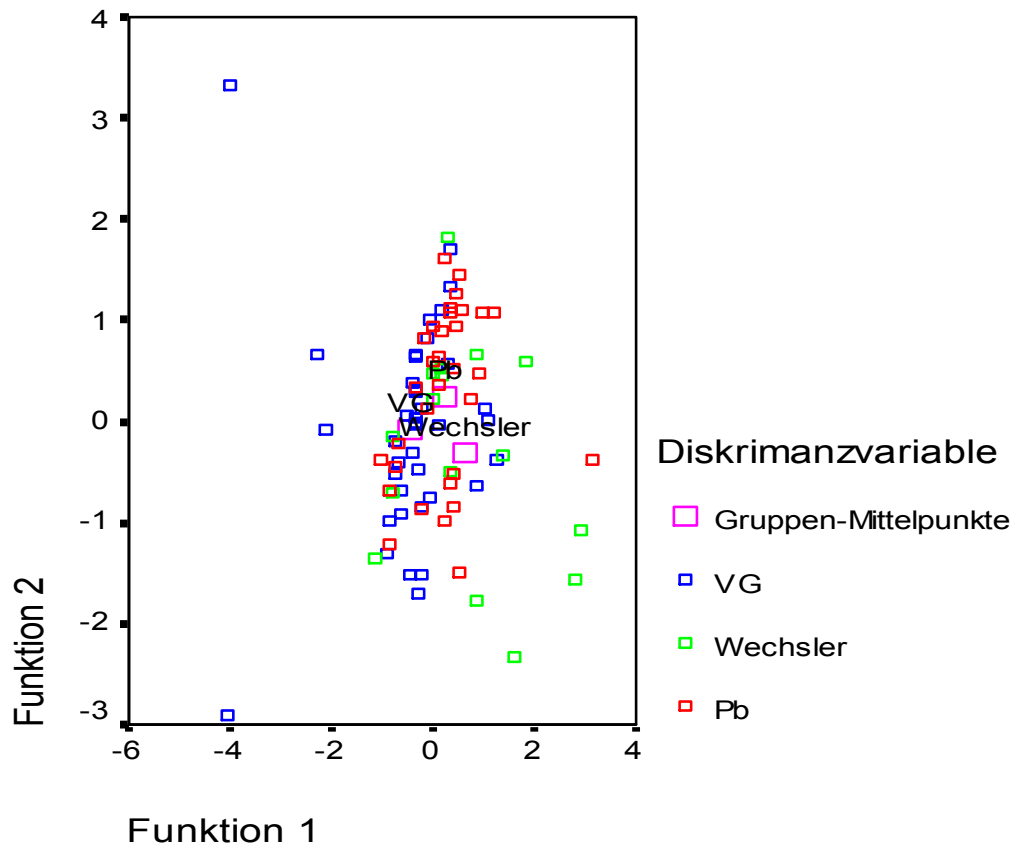


Abb.16: Kanonische Diskriminanzfunktion d2

Die Anzahl der richtig zugeordneten Fälle sinkt auf 59,8%. Die Verringerung der richtigen Klassifizierung kann auch mit der Verkleinerung der untersuchten Stichproben zusammenhängen. Tabelle 39 fasst die Ergebnisse der Klassifikation zusammen:

Tab.39: Klassifikationsergebnis d2 Pb/Wechsler/VG

		Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit				Gesamt
		T1	Pb	Wechsler	VG	
Original	Anzahl	Pb	19	6	7	32
		Wechsler	6	7	3	16
		VG	9	4	26	39
%		Pb	59,4	18,8	21,9	100,0
		Wechsler	37,5	43,8	18,8	100,0
		VG	23,1	10,3	66,7	100,0

a 59,8% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

MWT-B

Im MWT – B lässt sich keine Differenzierung zwischen den Gruppen feststellen. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass es sich bei den Probanden um keine Positivauswahl handelt. Sowohl der Diskrimanzfunktionskoeffizient als auch die Strukturmatrix ergeben den Wert 1,000.

Die Hypothese, dass sich Unterschiede abbilden lassen, kann zumindest für einzelne Skalen der Fragebogen aufrechterhalten werden.

Die Daten der vier genannten Fragebogen wurden im Anschluss zum zweiten Messzeitpunkt einer ANOVA unterzogen.

FPI-R

In der anschließenden ANOVA zeigt sich, wie Tabelle 40 darstellt für das FPI-R folgendes Bild:

Tab.40: ANOVA FPI-R

		F	Signifikanz
FPI1_1	Zwischen den Gruppen	,736	,482
FPI1_2	Zwischen den Gruppen	,309	,735
FPI2_1	Zwischen den Gruppen	,305	,738
FPI2_2	Zwischen den Gruppen	,940	,397
FPI3_1	Zwischen den Gruppen	,418	,659
FPI3_2	Zwischen den Gruppen	,970	,385
FPI4_1	Zwischen den Gruppen	,213	,808
FPI4_2	Zwischen den Gruppen	,937	,398
FPI5_1	Zwischen den Gruppen	1,952	,148
FPI5_2	Zwischen den Gruppen	,203	,817
FPI6_1	Zwischen den Gruppen	1,000	,372
FPI6_2	Zwischen den Gruppen	3,384	,041
FPI7_1	Zwischen den Gruppen	2,740	,070
FPI7_2	Zwischen den Gruppen	4,880	,011
FPI8_1	Zwischen den Gruppen	1,654	,197
FPI8_2	Zwischen den Gruppen	,174	,841
FPI9_1	Zwischen den Gruppen	,300	,742
FPI9_2	Zwischen den Gruppen	1,583	,214
FPI10_1	Zwischen den Gruppen	,494	,612
FPI10_2	Zwischen den Gruppen	,255	,776
FPI11_1	Zwischen den Gruppen	1,158	,319
FPI11_2	Zwischen den Gruppen	,995	,376
FPI12_1	Zwischen den Gruppen	1,247	,293
FPI12_2	Zwischen den Gruppen	2,749	,072

Zum ersten Messzeitpunkt sind die Varianzen zwischen den Gruppen bzw. die Mittelwerte gleich. Zum zweiten Messzeitpunkt kann die Nullhypothese für die Skalen Aggressivität mit $F= 3,384$ bei einer Signifikanz von 0,041 und Beanspruchung mit $F= 4,880$ bei einer Signifikanz von 0,011 verworfen werden. Für die Skala Emotionalität mit $F= 2,749$ bei einer Signifikanz von 0,072 ist die Möglichkeit der Verwerfung der Nullhypothese fraglich. Hier könnte eine Vergrößerung der Stichprobe deutlicher Aufschluss geben.

AVEM

Beim AVEM zeigt sich, wie in Tabelle 41 dargestellt, dass für die Skalen Ver- ausgabungsbereitschaft mit $F= 3,804$ bei einer Signifikanz von 0,028 zum zweiten Messzeitpunkt, Perfektionsstreben mit $F= 3,093$ bei einer Signifikanz von 0,053 zum zweiten Messzeitpunkt und für die Skala Distanzierungsfähig- keit mit $F= 4,143$ bei einer Signifikanz von 0,019 die Nullhypothese verworfen werden kann. Für alle anderen Skalen gilt, dass die Varianzen zwischen den Gruppen gleich sind.

Tab.41: ANOVA AVEM

		F	Signifikanz
AVEM1_1	Zwischen den Gruppen	1,105	,336
AVEM1_2	Zwischen den Gruppen	2,071	,135
AVEM2_1	Zwischen den Gruppen	,037	,963
AVEM2_2	Zwischen den Gruppen	2,063	,136
AVEM3_1	Zwischen den Gruppen	,752	,475
AVEM3_2	Zwischen den Gruppen	3,804	,028
AVEM4_1	Zwischen den Gruppen	1,551	,218
AVEM4_2	Zwischen den Gruppen	3,093	,053
AVEM5_1	Zwischen den Gruppen	4,143	,019
AVEM5_2	Zwischen den Gruppen	,392	,677
AVEM6_1	Zwischen den Gruppen	2,292	,107
AVEM6_2	Zwischen den Gruppen	1,373	,262
AVEM7_1	Zwischen den Gruppen	,001	,999
AVEM7_2	Zwischen den Gruppen	,360	,699
AVEM8_1	Zwischen den Gruppen	1,760	,178
AVEM8_2	Zwischen den Gruppen	1,296	,281
AVEM9_1	Zwischen den Gruppen	,091	,913
AVEM9_2	Zwischen den Gruppen	,105	,901
AVEM10_1	Zwischen den Gruppen	,902	,410
AVEM10_2	Zwischen den Gruppen	1,467	,239
AVEM11_1	Zwischen den Gruppen	,989	,376
AVEM11_2	Zwischen den Gruppen	,735	,484

d2

Beim d2 zeigt Tabelle 42, dass sich lediglich bei der Gesamtzahl der bearbeiteten Zeichen die Varianzen mit $F = 3,726$ bei einer Signifikanz von 0.028 zwischen den Gruppen unterscheiden. Die anderen Varianzen sind zu beiden Messzeitpunkten zwischen den Gruppen gleich.

Tab.42: ANOVA d2

		F	Signifikanz
d2GZ_1	Zwischen den Gruppen	3,726	,028
d2GZ_2	Zwischen den Gruppen	1,084	,346
d2F_1	Zwischen den Gruppen	,229	,795
d2F_2	Zwischen den Gruppen	1,534	,225
d2GZF_1	Zwischen den Gruppen	2,119	,126
d2GZF_2	Zwischen den Gruppen	1,731	,187
d2KL_1	Zwischen den Gruppen	,318	,728
d2KL_2	Zwischen den Gruppen	2,148	,127

MWT-B

Für den MWT-B ergibt sich bei der ANOVA das gleiche Bild wie bei der Diskriminanzanalyse. Die Varianzen zwischen den Gruppen sind gleich.

Tab.43: ANOVA MWT-B

		F	Signifikanz
MWTB_1	Zwischen den Gruppen	1,084	,343

Hypothese 8

Da INPUT keine höheren Kosten verursacht und durch die Integration in der Folge die Kassen entlastet, ist das Kosten – Nutzen – Verhältnis optimaler.

Da sich im Verlauf der Studie herausstellte, dass die Integrationsrate, zumindest mit diesem Projekt, nicht erhöht werden kann, sondern weiter im Durchschnitt der Vermittlung einer WfbM liegt, ist diese Hypothese falsifiziert.

Insgesamt kann resümiert werden, dass es mit Hilfe der Diskriminanzanalyse gelungen ist, trennende Skalen der einzelnen Fragebogen zwischen den Gruppen zu finden. Noch ist unklar, inwieweit diese Skalen zur Erfolgsvorhersage dienen können.

5. Diskussion und Ausblick

5.1 Diskussion der Befunde

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, sind die Ziele des Projektes nicht erreicht worden.

Das erste Ziel höherer Integration von psychisch kranken Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt kann mit vorliegender Konzeption des Projekts nicht verwirklicht werden. Dies kann verschiedene Gründe haben:

Einer der Gründe liegt sicherlich im europäischen Arbeitsmarkt. Im Gegensatz zum US – amerikanischen Arbeitsmarkt gibt es in Europa weniger Jobs für nicht oder gering qualifizierte Kräfte. Ebenso gibt es nicht so viele Jobs im Dienstleistungssektor (wie z.B. Menschen, die die Tüten im Supermarkt einpacken) wie in den USA. Auch die hohen Lohnnebenkosten erschweren die Integration. Da Arbeit in Europa und vor allem in Deutschland sehr viel kostet, wird im Gegenzug vom Arbeitnehmer eine hohe Leistung erwartet. Diese Leistung kann von den meisten betroffenen Personen nicht mehr erbracht werden, so dass sich viele Arbeitgeber überlegen, ob sich eine Einstellung unter diesen Bedingungen für sie überhaupt lohnt.

In Deutschland ist ein weiterer Hinderungsgrund das soziale System. Für viele Betroffene ist es finanziell oftmals ein Abstieg, wenn sie aus dem System aussteigen und wieder Arbeit aufnehmen. Für sie besteht also die Gefahr, dass sie ihre Gesundheit weiter gefährden und zusätzlich noch finanzielle Einbußen hinnehmen müssen. In den USA gibt es in diesem Sinne kein soziales Netz, so dass für die meisten Betroffenen, die keine Familie haben, die sie unterstützt, nur die Möglichkeit bleibt wieder zu arbeiten.

Zudem wurden zumindest in den USA, den dortigen Werkstätten mit Hilfe des SE – Ansatzes die Grundlage zur Weiterarbeit entzogen, so dass die betroffenen Personen zumeist keine andere Möglichkeit haben, als sich wieder in irgendeiner Form zu integrieren.

Ein weiterer Grund für die geringe Vermittlungsquote, die nicht über der einer normalen Werkstatt liegt, könnte sein, dass das Projekt wenig selektiv in der Auswahl der Teilnehmer war. Die Teilnehmer des Projektes rekrutierten sich aus der Klientel der WfbM und brachten die damit verbundenen Schwierigkei-

ten mit. Wenn man im Vergleich die Projektdaten aus Bern heranzieht, zeigt sich, dass dort insgesamt selektiver und stringenter vorgegangen wird, was die Vermittlungszahlen dementsprechend erhöht.

In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, die Konzeption des untersuchten Projekts zu überdenken. Es gilt entweder über eine effizientere Zielerreichung oder über eine Neudefinition der Ziele nachzudenken.

Die im Sinne von Vermittlung erfolgreichen Projekte zeichnen sich alle durch eine klare Zieldefinition und eine klare Zielverfolgung aus.

Es sieht so aus, als ob die Vermischung von Qualifizierung auf der einen Seite und Teilhabe am Arbeitsleben auf der anderen Seite in einem Projekt nicht zu verwirklichen sind.

Die Auswertung zu Hypothese 1 war in zwei Teile geteilt. Bezogen auf die Integration ist die Hypothese zu verwerfen. In Bezug auf Teilhabe sind die Quoten mit 45,8% bzw. 64,7% zufrieden stellend hoch. Es scheint, als ob das Projekt in Bezug auf Teilhabe am Arbeitsprozess ein Erfolg ist. Für die geringe Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt können verschiedene Gründe ursächlich sein. Zum einen vergleichen sich die Betroffenen oft mit deutlich Besseren. Dieser Aufwärtsvergleich führt bei vielen zu einem Abbau des Selbstwerts und zu einer Geringschätzung ihrer Fähigkeiten. In der Folge trauen sie sich weniger zu und vermeiden so eine Arbeitsaufnahme. Auch die in Kapitel 2.6 beschriebene Erfahrung des „Anders sein“ verunsichert die Betroffenen zunehmend, so dass sie sich in „normalen“ Umgebungen fremd fühlen, und auch der Ansicht sind, dass andere sie dementsprechend wahrnehmen und abwerten. Aus diesem Grund wollen sie sich dem Vergleich nicht aussetzen und fühlen sich im Status als Praktikant deutlich wohler, da weniger von Ihnen erwartet wird. Die meisten tun sich mit Verantwortungsübernahme schwer.

Ein weiterer Grund liegt außerhalb der Betroffenen. Die oben beschriebene Arbeitsmarktstruktur, verbunden mit den hohen Lohnnebenkosten und dem guten sozialen System erschwert eine Integration zusätzlich.

Wenn man InPUT und WfbM miteinander vergleicht, zeigt sich jedoch, dass das Projekt die Teilhaberquote im Vergleich zur herkömmlichen Werkstattmaßnahme deutlich erhöht.

Bei Hypothese 2 wurden im Sinne der Prädiktorensuche die drei Skalen des O-AFP mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben korreliert. Es zeigten sich für die Gruppe der Probanden nur geringe Zusammenhänge.

Dies kann verschiedene Gründe haben. Wie in Kapitel 5.1 bereits beschrieben gibt es beim O-AFP eine hohe Fehlerwahrscheinlichkeit, die an der Zuverlässigkeit der Ergebnisse zweifeln lassen, zum anderen ist nicht sicher, inwieweit die Fähigkeiten der Betroffenen durch diesen Fragebogen realistisch abgebildet werden. Es ist in diesem Rahmen und aufgrund des Messinstruments nicht klärbar inwieweit Anpassungsfähigkeit, Fähigkeiten zur sozialen Kommunikation und Anweisungsverständnis als Prädiktoren für möglichen Integrationserfolg dienen können. Von den Vorüberlegungen her ist davon auszugehen, dass vor allem die Anpassungsfähigkeit einen hohen prädiktiven Wert haben sollte. Für künftige Studien wäre es also sinnvoll ein geeignetes Instrument zu finden, mit dem die abgefragten Konstrukte besser abgebildet werden können.

Vergleicht man die Ergebnisse der Probanden mit denen der Vergleichsgruppe – die auf allen drei Skalen einen negativen Zusammenhang haben – zeigt sich allerdings, dass die Idee, dass die Skalen Anweisungsverständnis und Anpassungsfähigkeit als Prädiktoren dienen können, nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Es zeigen sich geringe Zusammenhänge, die in Folgestudien besser untersucht werden müssen.

Auch die Auswertung des zweiten Messzeitpunktes bringt keine Erhellung in die offenen Fragen. Zwar erhöhen sich die Korrelationen der drei Skalen mit dem Kriterium, dies kann aber daran liegen, dass die Probandengruppe zum zweiten Messzeitpunkt deutlich kleiner war, was die Anzahl der auf einem Trainingsplatz integrierten Personen im Verhältnis zur gesamten Stichprobe und gegenüber dem ersten Messzeitpunkt prozentual erhöht hat. Dadurch, dass die Werte der Vergleichsgruppe zum zweiten Messzeitpunkt mit dem Kriterium ausschließlich negativ korreliert, lässt sich hier doch die Idee zu den Inhalten unterstützen. Es scheint so zu sein, als ob Anweisungsverständnis, Kommunikationsfähigkeiten und Anpassungsfähigkeiten durchaus Kriterien für eine erfolgreiche Teilhabe sein können.

Im Zusammenhang mit Hypothese 3 ergaben sich negative Korrelationen zwischen den Skalen für Kontrollüberzeugungen und dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben. Die angenommenen Zusammenhänge scheinen nicht vorhanden zu sein. Es könnte also möglich sein, dass Kontrollüberzeugungen gegenteilig wirken und zu starke Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf Teilhabe eher hinderlich sind.

Gründe dafür können sein, dass es im FKK vor allem um private Situationen geht und die Beziehung zum Arbeitsleben nicht explizit hergestellt werden kann oder, dass die Betroffenen durch die langwährende Erfahrung der Hilflosigkeit inzwischen zu der Überzeugung gelangt sind, dass sie tatsächlich keine Kontrolle über den Verlauf ihres Lebens haben und deswegen andere Fertigkeiten und Fähigkeiten in sich abrufen um Erfolg zu haben.

Im KKG geht es um Kontrollüberzeugungen in Bezug auf die Erkrankung. Auch hier ist es durchaus möglich, dass die Betroffenen im Verlauf ihrer Erkrankung so viele Hilflosigkeitserfahrungen gemacht haben, dass sie schließlich zu der Überzeugung gelangt sind, dass sie in diesem Bereich keinen Einfluss haben.

Eine weitere Erklärung könnte auch die aktuelle Situation der Betroffenen sein. Durch die Unsicherheit, inwieweit ihre Zukunft gestaltet wird, kann sich das subjektive Gefühl von Kontrolle verringern.

Durch die Limitierungen, die die Messinstrumente mit sich bringen und den fehlenden Abgleich mit der aktuellen Situation, ist eine abschließende Aussage, inwieweit Kontrollüberzeugungen als Prädiktoren dienen, nicht möglich.

Bei der Vergleichsgruppe ergeben sich positive Korrelationen. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Personen durch ihre Entscheidung in einer WfbM zu arbeiten und zunächst in dieser Sicherheit zu leben, ihr subjektives Kontrollempfinden erhöht haben. Im Gegensatz zu den Probanden ist ihr Weg zunächst sehr deutlich vorgezeichnet und gibt mehr Sicherheit und Zuverlässigkeit. Aus diesem Grunde haben sie deutlicher das Gefühl Kontrolle über ihr Leben zu haben.

Die Umkehrung der zunächst angenommenen Hypothese kann also damit zusammen hängen, dass die Vergleichsgruppe durch die vermittelte Stabilität eines zunächst vorgezeichneten Weges mehr Kontrolle erlebt.

Zum zweiten Messzeitpunkt scheinen sich die Annahmen der Hypothese zumindest ansatzweise zu bestätigen. Die Korrelationen erhöhen sich und das Konstrukt der internalen Kontrollüberzeugungen scheint durchaus in der Lage zu sein, einen Beitrag zur Vorhersage leisten zu können. Auch kann davon ausgegangen werden, dass sich die Probanden im Verlauf der Maßnahme stabilisieren und subjektiv wieder mehr Kontrolle über ihr Leben zurückbekommen.

Bei der Vergleichsgruppe ist dagegen eher zu beobachten, dass die Teilnehmer im Laufe der Maßnahme zunehmend resignieren und immer weniger das Gefühl haben ihr Leben und die darin vorkommenden Ereignisse unter Kontrolle zu haben. Sicherlich bedarf es weiterer Untersuchungen, um das gefundene Ergebnis zu erhärten. Es scheint sich jedoch abzuzeichnen, dass die Hypothese in die richtige Richtung geht.

In Bezug auf Hypothese 4 zeigen sich ähnliche Tendenzen wie bei Hypothese 3. Entgegen der ursprünglichen Annahme haben auch hier die Personen aus der Vergleichsgruppe die niedrigeren Werte im SVF 78.

Schaut man sich die trennenden Skalen im Einzelnen an, ergibt sich folgendes Bild. Die Probanden erleben in schwierigen und unsicheren Situationen weniger Kontrolle über die gesamte Situation. Zudem scheinen sie sich mit schwierigen Situationen gedanklich länger auseinander zu setzen und schneller zu resignieren als die Personen aus der Vergleichsgruppe. Herauszuheben ist allerdings auch, dass die Probanden sich in schwierigen Situationen besser selbst positiv instruieren können. Vor allem der Mangel an erlebter Situationskontrolle und die langandauernde gedankliche Weiterbeschäftigung mit diesen Situationen trennen die Probanden von den Personen aus der Vergleichsgruppe.

Es kann sein, dass die Personen aus der Probandengruppe insgesamt noch mehr Träume, Wünsche und Hoffnungen haben. Sie beschäftigen sich mehr mit schwierigen Situationen und sind insgesamt bereiter sich noch mit Dingen auseinanderzusetzen. Die erhöhte Resignationstendenz kann auch Ausdruck dessen sein, dass Personen, die sich mehr für sich erhoffen, auch schneller enttäuscht sein können. Die erhöhte Fähigkeit zur positiven Selbstinstruktion

deutet darauf hin, dass die Probanden noch einen konstruktiveren Umgang mit sich selbst pflegen.

Auch wenn man die drei Gruppen, Probanden, Vergleichsgruppe und Wechsler betrachtet, ergibt sich ein ähnliches Bild. Im Vergleich zu den Probanden weisen die Wechsler geringere Werte im SVF 78 als die Probanden und die Vergleichsgruppe wieder geringere Werte als die Wechsler auf. Insofern scheint auch in diesem Fall die zunehmende Beruhigung der Situation durch klarere Verhältnisse wirkungsvoll und die jeweils Betroffenen begraben ihre Selbstzweifel, aber auch ihre Hoffnungen, und stabilisieren sich somit.

Im Vergleich zur gesunden Bevölkerung sind die Werte von beiden Gruppen sehr hoch, was nach wie vor darauf hindeutet, dass die Betroffenen mit schwierigen Situationen insgesamt schlecht umgehen können.

Mit der ANOVA konnte bestätigt werden, dass die Probanden eher das Gefühl haben stressreiche Situationen unter Kontrolle zu haben. Dieses Ergebnis verstärkt sich noch zum zweiten Messzeitpunkt. D.h. in diesem Fall, dass ein höherer Wert auf der Skala „Situationskontrolle“ die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Betroffene eher im Sinne von Teilhabe integriert werden kann. Ebenso verhält es sich mit der positiven Selbstinstruktion. Bei der Skala „Vermeidung“ zeigt sich, dass die Varianzen zum ersten Messzeitpunkt gleich sind, während zum zweiten Messzeitpunkt die Teilnehmer aus der Probandengruppe weniger zu Vermeidung neigen.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Teilnehmer aus der Probandengruppe im Laufe der Maßnahme einen konstruktiveren Umgang mit sich und schwierigen Situationen lernen. Während die Unterschiede zum ersten Messzeitpunkt noch gering waren, zeigten sie sich zum zweiten Messzeitpunkt deutlich ausgeprägter. Insgesamt wäre es interessant, ob sich die Befunde noch deutlicher nach zwei Jahren der Maßnahme darstellen lassen. Es zeichnet sich ab, dass Teilnehmer aus der Probandengruppe stressresistenter und konstruktiver mit sich und den auf sie zukommenden Situationen umgehen.

Auch in Bezug auf Hypothese 5 zeigt sich, dass die Annahmen falsch waren. Auch hier wäre die Erklärung, dass die Probanden durch die unsichere Situation, die unklaren beruflichen Perspektiven und die erhöhte Hoffnung, die sie sich machen, insgesamt unzufriedener sind. Durch die Einstellung auf immer

wieder neue Situationen wird die Unsicherheit erhöht. Viele der Betroffenen verspüren zunehmende Verunsicherung, entweder durch eine Erhöhung der körperlichen Symptome oder aber durch eine Erhöhung der psychischen Symptome. Dies kann somit zu einer erhöhten Unzufriedenheit führen.

Die Vergleichsgruppe ist hier wieder insofern im Vorteil, als dass sie durch eine klare Perspektive, aber auch durch die Verabschiedung von unrealistischen Wünschen, wieder eine Beruhigung erfährt und dadurch zufriedener wird und deutlich weniger Symptome verspürt.

Die Unzufriedenheit bei den Probanden kann damit zusammenhängen, dass sie noch nicht abgeschlossen haben und mehr von sich und ihrem Leben erwarten, während die Vergleichsgruppe zufriedener ist, weil sie eine klare Entscheidung getroffen hat und sich so besser in ihrem Leben einrichten und es nach ihren Wünschen gestalten kann.

Es bleibt zu klären, inwieweit sich die Lebenszufriedenheit der Probanden verändert, wenn sie am Arbeitsleben teilhaben und annähernd ein Leben führen können, wie sie es sich vorgestellt haben.

Der zweite Messzeitpunkt belegt, dass die Messinstrumente wohl zu unscharf sind bzw. nicht die ausschlaggebenden Konstrukte messen. Es zeigt sich, dass die Teilnehmer der Probandengruppe unsicherer und ängstlicher sind als die Personen aus der Vergleichsgruppe. Es bestätigt sich, dass die Personen aus der Probandengruppe durch die immer wiederkehrenden Anforderungen und neuen Aufgaben in einem – fast schon – Dauerzustand der Verunsicherung leben und dadurch subjektiv keine höhere Lebensqualität spüren können. Dies muss in folgenden Untersuchungen dazu führen, dass Lebensqualität mit anderen Instrumenten gemessen werden muss. Die hier verwendeten Instrumente sind deutlich zu symptomlastig, was bei chronisch psychisch Kranken nicht zu einem positiven Ergebnis in Bezug auf Lebenszufriedenheit führen kann.

Bei Hypothese 6 zeigte sich in den Ergebnissen, dass die vier Skalen des FIE nur sehr gering mit dem Kriterium Teilhabe am Arbeitsleben korrelieren. In diesem Fall wird deutlich, dass die hohen Werte im FIE tatsächlich ein Hindernis für eine erhöhte Integration sind. Hinsichtlich sozial- und persönlichkeitspsychologischer Überlegungen ist das Ergebnis nur folgerichtig. Je schlechter eine Person sich selbst und ihre Fähigkeiten einschätzt, desto ge-

ringer ist ihr Selbstwert und desto weniger wird sie sich zutrauen eine Arbeit auszufüllen.

Dieser Befund setzt sich auch beim Betrachten der Vergleichsgruppe fort. Die Werte der Vergleichsgruppe korrelieren negativ mit dem Kriterium Teilhabe. Die Personen aus der Vergleichsgruppe schätzen sich und ihre Fähigkeiten noch schlechter ein als die Probanden. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sie sich noch weniger zutrauen eine Arbeit aufzunehmen.

Die Ergebnisse des zweiten Messzeitpunkts bestätigen das Ergebnis des ersten Messzeitpunkts. Hier zeigt sich, dass die Teilnehmer insgesamt eine sehr schlechte Einstellung zu sich haben. Dies hindert, zumindest die Teilnehmer aus der Probandengruppe nicht am Arbeitsleben teilzuhaben. Die Ergebnisse, die entgegen zur Hypothese stehen, können auch darin begründet sein, dass die Stichprobe in diesem Fragebogen mit der Normalbevölkerung verglichen wird. Es kann also sein, dass die Probanden durchaus weniger irrationale Gedanken über sich haben, als die Personen aus der Vergleichsgruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung, aber deutlich irrationaler über sich denken und deswegen in diesem Verfahren kein Zusammenhang gefunden werden konnte.

Für Hypothese 7 konnte gezeigt werden, dass sich in den Fragebogen FPI-R, AVEM, d2 und MWT-B Unterschiede zwischen den Gruppen abbilden lassen. Im FPI-R zeigt sich zum ersten Messzeitpunkt, dass die Personen aus der Vergleichsgruppe lebenszufriedener, weniger emotional und weniger beansprucht sind. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass die Personen aus der Vergleichsgruppe insgesamt durch die klare Perspektive und die Aufgabe von manchen Wünschen und Hoffnungen insgesamt ruhiger sind und sich selber sicherer fühlen. Dadurch wirken sie insgesamt stabiler und fühlen sich auch zufriedener. Sie sind insgesamt weniger aus der Ruhe zu bringen. Durch die gleichmäßige und teilweise nicht sehr anspruchsvolle Arbeit, sowie durch den geringeren Erwartungsdruck fühlen sie sich auch weniger beansprucht.

Bei Betrachtung der drei entstehenden Gruppen ergibt sich ein ähnliches Bild. Je näher der jeweilig Betroffene der WfbM ist, umso zufriedener und stabiler kann er sich präsentieren.

Die ANOVA zum zweiten Messzeitpunkt zeigt, dass die Personen aus der Vergleichsgruppe deutlich aggressiver sind als die Probanden, die sich als deutlich beanspruchter beschreiben. Dies bestätigt, dass eintönige Arbeit, wenige Herausforderungen und neue Aufgaben zu mehr Unzufriedenheit und damit auch zu erhöhter Aggressivität führen. Die Probanden fühlen sich aufgrund der anderen Belastung und der vielfältigen neuen Aufgaben fast schon folgerichtig beanspruchter. Eine Interpretation im Sinne von Prädiktoren erscheint eher schwierig, da es sich um Folgen der Maßnahme handelt.

Auch im AVEM zeigt sich, dass Personen aus der Vergleichsgruppe im Vergleich zu den Probanden weniger schnell resignieren. Dies kann auch daran liegen, dass die Personen aus der Vergleichsgruppe weniger Grund zum resignieren haben. Sie vergleichen sich nicht mehr mit Personen, die außerhalb einer WfbM arbeiten und fühlen sich durch das Nichterfüllen von Aufgaben nicht so schnell frustriert. Außerdem haben sie durch das schonende Umfeld die Möglichkeit selbstwertschätzend arbeiten zu können.

Der soziale Vergleich, dem die Probanden ausgesetzt sind, erhöht deren Resignationstendenz erheblich. Durch diesen Vergleich wird bei den Probanden ein Prozess in Gang gesetzt, der dazu führt, dass sie insgesamt unzufriedener sind.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Distanzierungsfähigkeit. Die Probanden können sich insgesamt besser von Arbeitsproblemen distanzieren. Das bedeutet, dass sie im Vergleich zur Vergleichsgruppe deutlich konstruktiver mit sich umgehen können und eher mal in der Lage sind abzuschalten.

Betrachtet man die drei entstandenen Gruppen, so zeigt sich erneut, dass die Gruppe der Wechsler zwischen den Probanden und den Personen aus der Vergleichsgruppe stehen. Sie können sich auch von der Arbeit und den damit verbundenen Problemen distanzieren, allerdings nicht so gut wie die Probanden. Ihre Resignationstendenz ist geringer, allerdings nicht so gering wie die der Vergleichsgruppe.

Auch hier kann festgestellt werden, dass die Probanden deutlich aktiver sind, sich mehr vergleichen, somit mehr in Konkurrenz gehen und zielstrebig ihre Wünsche verfolgen.

Die Ergebnisse des AVEM zum zweiten Messzeitpunkt scheinen zu bestätigen, dass die Probanden insgesamt bereit sind sich zu verausgaben und

perfektionistischer in ihrer Arbeitsausführung. Dies deutet darauf hin, dass die Probanden noch nicht so resigniert sind, für sich und ihr Leben noch etwas vorhaben und bereit sind für ihre Ziele zu arbeiten.

Gleichzeitig können sie sich weniger von Problemen distanzieren. Probleme, die auftreten, beleuchten sie ausführlicher und finden in der Folge eher konstruktive Lösungen. Der AVEM scheint als Prädiktor einen wertvollen Beitrag zu leisten. Die Ergebnisse sollten mit einer größeren Stichprobe sicherlich zu erhärten sein.

Im d2 zeigte sich, dass die Stichprobe in ihrer Grundgesamtheit zwar ähnlich ist, dass die Probanden aber besser in der Lage sind sich zu konzentrieren. Sie arbeiten schneller und machen weniger Fehler.

Gründe hierfür sind die höhere Motivation bei den Probanden. Zudem scheinen sie weniger symptomnah zu sein als die Personen aus der Vergleichsgruppe. Wie bereits angedeutet, scheint der d2 als ein Maß der kognitiven Leistungsfähigkeit durchaus als Prädiktor geeignet zu sein.

Wenn man die drei entstehenden Gruppen betrachtet, zeigt sich erneut, dass die Gruppe der Wechsler zwischen den Probanden und der Vergleichsgruppe in der Leistung steht. Sie sind etwas unkonzentrierter als die Probanden, aber sorgfältiger als die Personen aus der Vergleichsgruppe. Auch dieses Ergebnis bestätigt, dass Maße der kognitiven Leistungsfähigkeit einen guten Beitrag zur Prädiktorenwahl leisten können. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, wie sich die Ergebnisse verändern, wenn andere Maße der Leistungsmessung verwendet werden.

Das Ergebnis der ANOVA zeigt, dass Probanden in der Regel fitter und besser in der Lage sind schnell zu arbeiten. Insgesamt scheinen Leistungstests ein guter Prädiktor zu sein. Dies sollte in Folgestudien berücksichtigt und entsprechend aufgegriffen werden.

Wie weiter oben erwähnt, zeigen sich im MWT-B keine Differenzierungsmerkmale. Das bedeutet, dass die Probanden aus derselben Grundgesamtheit stammen und über ein ähnliches prämorbidestes Leistungsniveau verfügen.

Analog zum ersten Messzeitpunkt bestätigte auch die ANOVA, dass die Varianzen im MWT-B zwischen den Gruppen gleich sind. Sprachliche Intelligenz scheint sich nicht als Prädiktor zu eignen.

Hypothese 8 kann aufgrund der Ergebnisse nicht beantwortet werden. Die Gründe dafür wurden weiter oben diskutiert. Zum einen ist die konzeptionelle Stringenz in diesem Projekt nicht gegeben, zum anderen stellt sich die Arbeitsmarktsituation in Europa anders dar als in den USA. Zum dritten sollte überlegt werden, dass in Folgeuntersuchungen weitere Konstrukte untersucht werden, um optimalere Ergebnisse erzielen zu können.

Trotz aller Schwierigkeiten ist klar geworden, dass es durchaus Skalen der einzelnen Messinstrumente gibt, die zwischen den Gruppen trennen. Noch ist die Stichprobe zu klein, um die Ergebnisse erhärten zu können. Auch müssen in Folgestudien weitere oder andere Instrumente gefunden werden, um die gewünschten Konstrukte besser erheben zu können.

Nach der ersten Annäherung an die Thematik kann jedoch festgehalten werden, dass es lohnenswert ist, sich diesem Forschungsfeld zu widmen und die noch offenen Fragen weiter zu erforschen.

5.2 Methodenkritik

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie gibt es einige Punkte, die zu optimieren sind.

Die Auswahl der Stichprobe stellt eine Schwierigkeit dar. Die einzelnen Teilnehmer konnten und wurden den zwei Gruppen nicht zufällig zugewiesen. Insofern könnte eine Generalisierung der Ergebnisse schwierig sein. Allerdings hat die Auswertung gezeigt, dass alle Teilnehmer aus der gleichen Grundgesamtheit stammen, so dass davon auszugehen ist, dass etwaige Verzerrungstendenzen trotz einer gezielten Zuweisung minimiert werden konnten.

Eine zweite Unsicherheit stellt sicherlich auch die Vorselektion der Vergleichsgruppe dar. Es wurden nur Personen in die Vergleichsgruppe aufgenommen, die keine akute Suchtproblematik hatten und die aufgrund ihrer

Sprachkenntnisse und ihrer kognitiven Fähigkeiten in der Lage waren an der Studie teilzunehmen. Im Vergleich zu den Probanden konnte so Ähnlichkeit hergestellt werden. Auch in die Gruppe der Probanden wurden keine Personen aufgenommen, die eine Suchtproblematik hatten oder die über zu wenig kognitive Fähigkeiten verfügten.

Im Vergleich zur Werkstatt stellt die Vergleichsgruppe in diesem Sinne allerdings eine Positivauswahl dar. Die Vergleichsgruppe ist für die Werkstatt nicht repräsentativ – es entsteht ein systematischer Bias.

Ebenfalls fielen diejenigen aus der Vergleichsgruppe, die sich weigerten die Fragebogen auszufüllen. Auch dies stellt eine Positivauswahl dar, da sich in der Regel Personen mit einer Persönlichkeitsstörung weigerten. In der Gruppe der Probanden gab es, zumindest zum ersten Messzeitpunkt, keine Personen, die sich weigerten die Fragebogen auszufüllen.

Im Zusammenhang mit der Vorselektion und der Weigerung an der Studie teilzunehmen, stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse in diesem Sinne generalisierbar sind.

Ebenso wurde der Ausländeranteil nicht systematisch erfasst. Etwaige, damit einhergehende Probleme durch den Ausschluss von Personen, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, wurden zu vermeiden versucht.

Die Stichprobe ist im Vergleich zur Grundgesamtheit der Werkstattbeschäftigten eher klein, so dass sich erneut die Frage nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse stellt.

Neben der Auswahl der Stichprobe ist die Auswahl einiger Messinstrumente eher kritisch zu sehen.

Zunächst einmal das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil. Die einzelnen Skalen des O-AFP interkorrelieren sehr hoch miteinander, was an der Trennung der erfragten Konstrukte zweifeln lässt. Außerdem gibt es nur sehr wenige Normen. Die deutsche Adaption des Work Personality Profile von Boston & Roessler (1986) befindet sich nach mehreren Überarbeitungen nach wie vor in der Normierungsphase.

Der zweite Schwachpunkt besteht darin, dass die Bewertung mit Hilfe von Fremdbeurteilern vorgenommen wird. Zwar gibt es Schulungen, die die Feh-

lerquellen minimieren sollen, es besteht aber durch die weichen und wenig objektiven Bewertungskriterien die Gefahr von Strenge- oder Mildefehlern.

Bei der Auswahl des Konzentrationstests d2 ist nicht bedacht worden, dass er nicht die Art von Konzentration misst, die für Arbeitsleistungen von Nöten sind. Mit dem d2 lässt sich gut der Konzentrationsaufbau messen, während der Konzentrationsverlauf vernachlässigt wird. Bei weiteren Studien müsste über eine veränderte Messung der Konzentrationsleistung nachgedacht werden.

Auch mit dem MWT –B wurde ein Testverfahren gewählt, das eher dazu geeignet ist, das prämorbidale Leistungsniveau zu messen. Es kann sich in diesem Fall nur um einen Richtwert handeln. Zudem misst er ausschließlich die sprachliche (fluide Intelligenz nach Catell) Intelligenz – es kann somit zu Über- oder Unterschätzungen des Intelligenzniveaus kommen. Die Schwächen des MWT-B fallen in diesem Fall nicht so ins Gewicht, da Intelligenz nicht als eigenes Konstrukt in die Studie eingeht, sondern nur als Indikator genommen werden sollte.

Fehlend in dieser Studie waren eine ausdrückliche Motivations- und Motivmessung. Ebenso wäre es sicherlich interessant gewesen, die familiären Strukturen genauer zu erfassen, denn über diesen Weg könnte der Grad der sozialen Unterstützung besser erfasst werden. Dadurch könnten die Aussagen zum Grad der sozialen Unterstützung objektiviert werden, da in der vorliegenden Studie lediglich die subjektive Wahrnehmung über den WHOQOL erfragt wird, was eine Verfälschung durch Wahrnehmungsfehler impliziert.

Im Sinne einer Prädiktorensuche könnte es sein, dass zu wenig Maße der kognitiven Leistungsfähigkeit eingeführt wurden. Auch neuere Veröffentlichungen zeigen, dass sowohl Maße der kognitiven Fähigkeit als auch neurobiologische Maße einen hohen Beitrag zur Aufklärung und zum Auffinden möglicher Prädiktoren leisten könnten.

Im Zusammenhang mit dem methodischen Vorgehen fallen auch einige Kritikpunkte auf:

Im Vergleich zur Grundgesamtheit der Werkstattbeschäftigten ist die Stichprobe einerseits klein, wodurch die externe Validität der Studie begrenzt wird, andererseits ist die Stichprobe selektiv, was die interne Validität einschränkt.

Aufgrund der Tatsache, dass hauptsächlich Personen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis in die Stichprobe aufgenommen wurden, stellt sich die Frage, inwieweit die gefundenen Ergebnisse auf Personengruppen mit anderen Erkrankungen zu übertragen sind.

Die Laufzeit der Studie könnte, zumindest für den referierten Teil, zu kurz sein, da nur ein Ausschnitt des Verlaufs gezeigt werden kann. Dies könnte auch eine Rolle bei der Messung der Konstrukte spielen. In der Studie werden relativ stabile, zeitüberdauernde Konstrukte, wie z.B. Kontrollüberzeugungen gemessen, die sich in der relativ kurzen Zeit nicht genügend verändern und somit keine klaren Aussagen über ihren prädiktiven Wert zulassen.

Durch die vielen Drop – Outs verkleinert sich die Stichprobe zusätzlich, was zu weiteren Verzerrungen der Ergebnisse führt. In der Gesamtschau verbessert sich, umgerechnet auf die verkleinerte Stichprobe, die Quote z.B. der Vermittlung. Wenn man die Ausgangsstichprobe nimmt, ist die Quote wieder schlechter. Durch die Verkleinerung der Stichprobe verringern sich Validität und Generalisierbarkeit zusätzlich.

Aufgrund der kleinen Stichprobe geben die Ergebnisse der Kreuzvalidierung innerhalb der Diskriminanzanalyse ausschließlich eine Idee und keinen soliden Hinweis. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass die Befunde mehr als nur zufällig sind.

Die Stichprobengröße verhindert auch die Berechnung von Effektgrößen, die die praktische Umsetzbarkeit bzw. Nützlichkeit der Ergebnisse angeben würde.

Einige der methodischen Kritikpunkte lassen sich durch eine Vergrößerung der Stichprobe minimieren, was durch weitere Aufnahmen in die Studie in nachfolgenden Publikationen gegeben sein wird.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine erste Annäherung an die Thematik im deutschsprachigen Raum handelt, sind die methodischen Kritikpunkte in folgenden Studien sicherlich zu minimieren.

5.3 Ausblick

Für Folgestudien wäre es sinnvoll über Messinstrumente bzw. weitere zu messende Konstrukte nachzudenken.

Eine mögliche Erweiterung der Fragestellung könnte in Richtung der Neuropsychologie gehen. Es wird in der neueren Forschung immer wieder angemerkt und teilweise auch schon erforscht (z.B. Brieger, 2008), dass neuropsychologische Korrelate durchaus als Prädiktoren geeignet sein können.

Weiterhin könnte nochmals darüber nachgedacht werden, inwieweit soziale Kompetenzen als Prädiktor geeignet sind. Im Anschluss an den hier abgebildeten Kompetenzen, wie Kommunikations- und Anpassungsfähigkeit, könnte überlegt werden, welche Kompetenzen ebenfalls eine Rolle spielen, wichtiger sind und mit welchen Instrumenten diese zuverlässig gemessen werden können.

Wie sich bisher zeigte, sind nicht unbedingt diejenigen Personen erfolgreich, die auf den ersten Blick einen kompetenten und eloquenten Eindruck machen, sondern es stellt sich die Frage, wie deren Motivation reliabel und valide gemessen und abgebildet werden kann. Im engeren Sinne könnte man sich über Leistungsmotivation und soziale Motive Gedanken machen.

Multicenter – Studien könnten eventuelle Verzerrungen durch unterschiedliche Gesetzgebungen und verschiedene äußere Bedingungen abmildern.

Folgende Fragen könnten für weitere Forschungen interessant sein:

- welche Prädiktoren sind aussagekräftig?
- wie müssen erfolgreiche Konzepte aussehen?
- ist die Lösung „ein Programm für alle“ die Richtige?
- verändert sich etwas an den Ergebnissen durch eine größere Stichprobe bzw. durch andere Instrumente?

- kann SE in der in den USA geprägten Form in Deutschland überhaupt erfolgreich sein?
- wie lässt sich Selbstwert und die Verbesserung desselben stabil, reliabel und valide messen?

Als ergänzende Informationen wäre es für Folgeprojekte sicherlich interessant, die Krankenhausaufenthalte vor und während der Maßnahme zu erfassen und in Bezug zur aktuellen Situation zu setzen. In diesem Zusammenhang könnte auch die Dauer der Krankenhausaufenthalte erfasst werden und diese in Zusammenhang mit Leistungsfähigkeit und Symptomnähe gesetzt werden.

Außerdem könnte ein ähnliches Konzept die Erfassung des Lebensstils vor der Erkrankung und dessen Auswirkung auf das Leistungsniveau und auf den Verlauf der Rehabilitation überprüfen.

Ein weiterer wichtiger Punkt wäre die Einbeziehung des Alters und der prä-morbiden Arbeitslosigkeit, im Zusammenhang mit der allgemeinen Arbeitslosigkeit. Dabei könnte man überprüfen, ob Alter und Dauer von Arbeitslosigkeit auch für Menschen ohne Handicap ein Vermittlungshemmnis sind und inwieweit zwischen den Kriterien und den zu vermittelnden Gruppen Korrelationen bestehen.

5.4 Praktische Umsetzungsperspektiven

Die Frage nach den Umsetzungsperspektiven wirft die allgemeine Thematik auf, ob es überhaupt möglich ist, alle Personen mit einem Handicap in irgendeiner Form in die Gesellschaft zu integrieren. Auch die Mehrheit braucht ihre Randerscheinungen die die Norm stützen. Es wird also immer Personen geben, die in irgendeiner Form am Rand der Gesellschaft stehen. Abgesehen von diesem Phänomen lassen sich aus der vorliegenden Studie praktische Umsetzungsmöglichkeiten ableiten.

Wenn man sich die Ergebnisse der Studie und des Projekts genauer betrachtet, scheint es unumgänglich zu sein, über die Konzepte von Rehabilitation genauer nachzudenken.

Zum einen scheint es wichtig, gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein individuelles Konzept für die eigene Rehabilitation zu entwickeln. Insgesamt müssten die Konzepte flexibler und mehr auf die Person zugeschnitten sein. Programme, die ins Leben gerufen werden und auf die meisten Betroffenen angewendet werden, scheinen in der Regel an den Bedürfnissen vorbei zu gehen und keine Verbesserung der Lage der Betroffenen herbeizuführen.

Es zeigte sich im Laufe der Studie immer wieder, dass Personen, von denen es nicht vermutet worden wäre, sich erfolgreich auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz behaupten konnten und dass Personen, denen dies zugetraut wurden, sich nicht in der Lage sahen sich zu etablieren und lieber in der WfbM verblieben. Generell kann gesagt werden, dass eine individuelle Planung, Zeit und möglichst wenig Druck gute Erfolge erzielen können.

Zum anderen scheint es wichtig, die Diagnoseinstrumente zu verfeinern und sehr viel im Gespräch zu erfahren, wobei der Exploration der Motive und der Motivation besondere Bedeutung zukäme.

Eventuell wäre es auch sinnvoll über ähnliche Modelle wie in Bern nachzudenken. In diesem Fall werden die Rehabilitanden wie Zeit- und Leiharbeitskräfte bei der jeweiligen WfbM angestellt und werden dann, entsprechend ihren Fähigkeiten, bei anfragenden Firmen eingesetzt.

Eine weitere Möglichkeit wäre die bessere Vermarktung der Leistungen, die Menschen aus einer WfbM erbringen können. Es gilt also Nischen zu finden, z.B. im Dienstleistungssektor, die dann über Klienten aus der Werkstatt gefüllt werden können. Für Betriebe außerhalb des sozialen Bereichs müssen Anreize geschaffen werden, die es ihnen mehr oder weniger unmöglich machen, an den Leistungsmöglichkeiten einer Werkstatt vorbei zu gehen. In diesem Zusammenhang sollte es auch gelingen die Stigmatisierung einer WfbM zu verringern und eher den wertvollen Beitrag, den sie leistet, herauszustellen.

Eine weitere Perspektive ist die Möglichkeit, störungsspezifische Konzepte zu entwerfen. Verschiedene Erkrankungen erfordern verschiedene Umgehensweisen. Bislang wird dies in den Rehabilitationsprozessen der Werkstätten

weitestgehend außer Acht gelassen. Eventuell würde ein störungsspezifischer Rehabilitationsplan die Erfolge verbessern.

Im Bereich der klassischen Werkstattklientel scheint eher Teilhabe als Vermittlung möglich zu sein.

Künftige Programme sollten auf die Vermittlung von

- positiver Selbstinstruktion
- Training von Kompetenzen
- Selbstwerttraining
- Kognitiven Techniken
- und Entspannungstechniken

Wert legen und insgesamt Ressourcenorientierter sein.

Programme wie z.B. ALINA (RRSS, Stuttgart), d.h. alternatives, integriertes Arbeiten, scheinen für Großteile der Klientel eine große Chance zu sein, dass das Arbeiten auf ausgelagerten Arbeitsplätzen mit dem vollen Unterstützungsangebot der WfbM ermöglicht.

Es scheint, als sei Hilfe bei der Organisation eines Trainings- oder Praktikumsplatzes für sehr viele Betroffene notwendig. Aber auch die bestmögliche Unterstützung bei der Suche und beim Bestehen der verschiedenen Schwierigkeiten ist keine Garantie dafür, dass eine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt. Gründe für das Fehlschlagen sind meist zu hohe interne Ansprüche der Rehabilitanden und Überforderung, sowie der falsche Umgang mit sich selbst.

Wenn diese Studie auch nur einen minimalen Effekt eines Projektes wie INPUT nachweisen konnte, so ist der Ansatz dennoch ein Schritt in die richtige Richtung.

Die Gesellschaft ist verpflichtet chronisch psychisch kranken Menschen bei der Suche ihres Weges die Unterstützung zuteil werden zu lassen, die sie brauchen, wenn der Gedanke der Integration trotz psychischer Behinderung

ernst gemeint ist. Wünschenswert wären ein Prozess des Umdenkens in der Gesellschaft, sowie eine Wertediskussion, was ein Leben lebenswert macht.

Aktion Psychisch Kranke e.V. (2004). *Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie – Verlag

Albers, M, Bruns, M. (2006): *Probleme der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen – ein einfaches Verfahren zur Erkennung von Personen mit erhöhtem Risiko für vorzeitigen Abbruch einer Maßnahme*. Gesundheitswesen 68: 697-703

Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version*. Göttingen: Hogrefe

Anthony, W.A., Jansen, M.A. (1984). *Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research an policy implications*. Am. Psychol. 39: 537-544

Asendorpf, J.B. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit: Grundlagen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer – Verlag

Bäumli, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag

Bailey, E.L., Ricketts, S.K., Becker, D.R., Haiyi, X., Drake, R.E. (1998). *Do Long – Term Day Treatment Clients Benefit From Supported Employment?* Rehabilitation Journal, 22: 24-29

Bayer, W., Köster, M., Salize, H.J., Höhl, W., Machleidt, W., Wiedl, K.H., Buchkremer, G., Längle, G. (2008). *Längerfristige Auswirkungen stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Integration schizophrener Patienten*. Psychiat Prax 35: 170-174

Becker, D.R., Xie, H., McHuog, G.J., Halliday, J., Martinez, R.A. (2006). *What predicts supported employment program outcomes?* Community Mental Health Journal 42 (3): 303-313

Becker, D., Whitley, R., Bailey, E.L, Drake, R.E. (2007). *Long – Term Employment Trajectories among participants with severe mental illness in supported employment.* Psychiatric Services 58 (7): 922-928

Beutel, M. E.; Zwerenz, R.; Kayser, E., Schattenburg, L. & Knickenberg, R. J. (2004). *Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM für psychisch und psychosomatisch Kranke?* Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2004, 33 (2), 110-119

Bond, G.R. Vocational rehabilitation. In: RP Liberman (ed.). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation.* New York: Macmillan Press, 1992, 244-263

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Becker, D.R. (1997). *An update on supported employment for people with severe mental illness.* Psychiatr. Serv. 48, 335-346

Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler.* Berlin: Springer – Verlag

Bortz, J., Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler.* Berlin: Springer

Brickenkamp, R. (2002). *Test d2 Aufmerksamkeits- Belastungs- Test.* 9. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe

Brieger, P., Watzke, S., Galvao, A., Hühne, M., Gawlik, B. (2006). *Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen. Forschung für die Praxis.* Bonn: Psychiatrie Verlag

Brosius, Felix (2004). *SPSS 12. Das mitp – Standardwerk*. Bonn: mitp – Verlag

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Busschbach, J. van, White, S., Wiersma, D. (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*. *Lancet* 370: 1146-1152

Comer, R.J. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum

Condrau, M., Müller, C., Eichenberger, A., Gossweiler, L., Rössler, W. (2001). *Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt. Evaluation des Berufsförderungskurses Zürich*. *Psychiat. Praxis* 28: 270-274

Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R., Gold, P.B., Goldberg, R.W., Mueser, K.T., Toprac, M.G., McFarlane, W.R., Shafer, M.S., Blankertz, L.E., Dudek, K., Razzano, L.A., Grey, D.D., Burke-Miller, J. (2005). *Results of a Multisite Randomized Trial of Supported Employment Interventions for Individuals with severe mental illness*. *Arch Gen Psychiatry* Vol. 62

Corrigan, P.W., McCracken, S.G. (2005). *Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabilitation*. *Social Work* 50: 31-39

Davidson, G.C. & Neale, J.M. (1998). *Klinische Psychologie*. Weinheim: PVU

DGPPN (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland*. http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html

Drake, R.E., McHugo, G.J., Becker, D.R., Anthony, W.A., Clark, R.E. (1996). *The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness*. *J. Cons. Clin. Psychology* 64, 391-399

Drake, R.E., Becker, D.R., Clark, R.E., Mueser, K.T. (1999). *Research on the individual placement and support model of supported employment*. Psychiatric Quaterly Vol. 70, 289-301

Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout; R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R., Qimby, E. (1999). *A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders*. Arch Gen Psychiatry Vol. 56 627-633

Eikelmann, B., Zacharias- Eikelmann, B., Richter, D., Reker, T. (2005). *Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben*. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102 Heft 16, S. 1104-1112

Fahrenberg, Jochen; Hampel, Rainer & Selg, Herbert (2001). *FPI – R. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 7. überarbeitete Auflage*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL – 90 –R) – Deutsche Version- Manual*. Göttingen: Beltz Test, GmbH

Frey, D. & Irle, M. (1993). *Theorien der Sozialpsychologie. Band I: Kognitiver Theorien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Fröhlich, W.D. (1996). *Wörterbuch Psychologie*. München: dtv

Glasbrenner, S., Schmitz, P., (1995). Vermittlung von WfB – Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Dörner, H. (Hrsg.): *Jeder Mensch will notwendig sein*. Gütersloh: Jakob van Hoddi s; 56-69

Grausgruber, A., Mörth, I., Rittmannsberger, H., Atzlinger, G. (1994). *Integration durch Arbeit? Soziale und berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Problemen am Beispiel des Arbeitstrainingszentrums Oberösterreich*. Linz: edition pro mente

Häcker, H. & Stapf, K.H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber

Häfner, H. (1997). *Ein Vierteljahrhundert Rehabilitation psychisch Kranker in Deutschland*. Gesundheitswesen 59: 69-78

Hoffmann, H., Kupper, Z., (1996). *Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational Rehabilitation of schizophrenic outpatients*. Schizophrenia Research 23: 69-79

Hoffmann, H., Kupper, Z., (1997). PASS – ein integriertes Programm zur beruflichen Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker. In Dittmar, V., Klein, HE, Schön, D (Hrsg.): *Die Behandlung schizophrener Menschen – Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit*. Regensburg: Röder, 65-88

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

Hoffmann, H., Kupper, Z. (2003). *Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten*. Psychiat. Prax 30: 312-317

Hoffmann, H. (2004). „Supported Employment“ *Ein neuer Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt*. Schizophrenie 20, 50-53

Jahnke, Wilhelm; Erdmann, Gisela (2004). *SVF 78. Eine Kurzform des Stressverarbeitungsboogens SVF 120*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe

Jones, C.J., Perkins, D.V., Born, D.L. (2001). *Predicting work outcomes and service use in Supported Employment Services for persons with psychiatric disabilities*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* Volume 25 Number 1: 53-59

Katschnig, H. & König, P. (1994). *Schizophrenie und Lebensqualität*. Wien, New York: Springer – Verlag

Klages, Ulrich (1989). *Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE)*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe

Krampen, Günter (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe

Lehman, A.F. (1995). *Vocational Rehabilitation in Schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin* 21 (4): 645-656

Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M.-S., Therrien, C., Xie, H. (2006). *Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial*. *British Journal of Psychiatry* 189: 65-73

Lehrl, S. (1977). *Mehrfachwahl – Wortschatz – Intelligenztest MWT – B*. Erlangen: Verlag Dr. med. D. Straube

Lieberman, R.P. (2006). *Supplementary Skills Training in Supported Employment Programs*. *Psychiatr Serv* 57: 419-420

Liu, K.W.D., Hollis, V., Warren, S., Williamson, D.L. (2007). *Supported employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia*. *American Journal of Occupational Therapy* 61: 543-554

Lohaus, Arnold; Schmitt, Gustel Mattias (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe

Lysaker, P., Bell, M.A., Bryson, G., Shestopal, A., Goulet, J. (1993). *Work capacity in schizophrenia*. Hospital and Community Psychiatry 44, 278-280

MacDonald- Wilson, K.L., Rogers, E.S., Massaro, J.M., Lyass, A., Crean, T. (2002). *An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi – site study*. Community Mental Health Journal 38 (1): 35-50

McGurk S.R., Mueser, K.T., Harvey, P.D., LaPuglia, R., Marder, J. (2003). *Cognitive and symptoms of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment*. Psychiatric Services Vol. 54 No. 8: 1129-1135

McGurk, S. R. & Mueser, K.T. (2006): *Cognitive and Clinical Predictors of Work Outcomes in Clients with Schizophrenia Receiving Supported Employment Services: 4-year Follow- Up*. Ment Health& Ment Health Serv Res 33: 598-606

Mecklenburg, H. (1999). *Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter*. Psychiat. Praxis 26: 227-232

Moll, S., Huff, J., Detwiler, L. (2003). *Supported employment: evidence for a best practice model in psychosocial Rehabilitation*. Revue Canadienne D'Ér-gotherapie 70 (5): 298-310

Mueser, K.T., Clark, R.E., Haines, M., Drake, R.E., McHugo, G.J., Bond, G.R., Essock, S.M., Becker, D.R., Wolfe, R., Swain, K. (2004). *The Hartford Study of Supported Employment for persons with severe mental illness*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 72 (3): 479-490

Oka, M., Otsuka, K., Yokoyama, N., Mintz, J., Hoshina, K., Niwa, S.I., Lieberman, P. (2004). *An evaluation of a hybrid occupational therapy and supported employment program in Japan for persons with schizophrenia*. American Journal of Occupational Therapy 58: 466-475

Perkins D.V., Born, D.L., Raines, J.A., Galka, S.W. (2005). *Programm Evaluation from an ecological perspective: supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities*. Psychiatric Rehabilitation Journal Vol. 28 No. 3: 217-224

Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z., Brenner, H.D. (2000). *Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. Praxis 68, 61-69

Petermann, F., Kusch, M., Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: PVU

Racenstein, J.M., Harrow, M., Reed, R., Martin, E., Herbener, E., Penn, D.L. (2001). *The Relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: a 10 year follow – up study*. Schizophrenia Research 56: 95-103

Razzano, L.A., Cook, J.A., Burke-Miller, J.K., Mueser, K.T., Pickett-Schenk, S.A., Grey, D.D., Goldberg, R.W., Blyler, C.R., Gold, P. B., Leff, H.S., Lehman, A.F., Shafer, M.S., Blankertz, L.E., McFarlane, W.R., Toprac, M.G., Carey, M.A. (2005). *Clinical Factors associated with employment among people with severe mental illness. Findings from the Employment Intervention Demonstration Programm*. Journal of Nervous and Mental Disease Vol. 193, 11: 705-713

Regenold, M., Sherman, M.F., Fenzel, M. (1999). *Getting back to work: self – efficacy as a predictor of employment outcome*. Rehabilitation Journal 22: 361-368

Reker, T., Mues, C., Eikelmann B. (1990): *Perspektiven der Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – ein Überblick über den Stand und die Probleme im Landesteil Westfalen*. Öff. Gesundh. – Wes. 52: 691-695

Reker, T., Eikelmann, B., Schonauer, K., Folkerts, H. (1998). *Arbeitsrehabilitation chronisch psychisch Kranker. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über 3 Jahre*. Psychiat. Praxis 25: 76-82

Reker, T., Eikelmann, B. (1999). *Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung*. Psychiatr. Praxis 26 218-223

Reker, T. (1999). *Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse*. Psychiatr. Praxis 26: Sonderheft 1: 12-15

Reker, T., Hornung, W.P., Schonauer, K., Eikelmann, B. (2000). *Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years*. Acta Psychiatr Scand 2000:101: 457-463

Richter, D., Eikelmann, B., Reker, T. (2006). *Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen*. Gesundheitswesen 68: 704-707

Rittmansberger, H. Grausgruber, A., Mörth, I., Atzlinger, G., Heilbrunner, C. (1996). *Zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker*. Psychiatr. Praxis 23 79-83

Rüesch, P., Meyer, P.C., Graf, J., Hell, D. 2002. *Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken*. Psychiatr. Prax. 29. 68-75

Salyers, M.P., Becker, D.R., Drake, M.D., Torrey, W.C., Wyzik, P.F. (2004). *A Ten-Year Follow-Up of a supported employment program*. Psychiatric Services 55: 302-308

Schaarschmidt, Uwe; Fischer, Andreas (2003). *Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster. AVEM*. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger B.V.

Schneewind, K.A. (1992). *Persönlichkeitstheorien Band I und II*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Seyfried, E. (1990). *Neue Formen der Arbeit für psychisch Kranke*. Psychiat Prax 17: 71-77

Stroebe, W.; Hewstone, M. & Stephenson, G. M. (Hrsg.) (1997). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag

Suslow, T., Schonauer, K., Ohrmann, P., Eikelmann, B., Reker, T. 2000. *Predictions of Work Performances by Clinical Symptoms and Cognitive Skills in Schizophrenic Outpatients*. Journal of nervous and Mental Disease 188,2. 116-118

Tsang, H., Pearson, V. (2000). *Reliability and validity of a simple measure for assessing the social skills of people with schizophrenia necessary for seeking and securing a job*. Canadian Journal of Occupational Therapy 67, 250-259

Twamley, E.W., Dilip, V.J., Lehman, A.F. (2003). *Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and other Psychotic Disorders. A Literature Review and Meta – Analysis of Randomized Controlled Trials*. The Journal of Nervous and Mental Disease 191: 515-523

Vauth, R., Corrigan, P.W., Clauss, M., Dietl, M., Dreher-Rudolph, M., Stieglitz, R.-D., Vater, R. (2005). *Cognitive Strategies versus self – management skills as adjunct to Vocational Rehabilitation*. Schizophrenia Bulletin 31/1: 55-66

Waschkowski, H. (1990). *Erfahrungen mit dem „Mannheimer Starthilfe – Projekt“ – fünf Jahre Arbeitsversuchs- und Rehaplätze für psychisch Behinderte*. Psychiat. Praxis 17: 66-70

Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M., Brieger, P. (2005). *Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch Kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation*. Psychiat Prax 32: 292-298

Weig, W. (1991). *Gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung: ein neuer Weg zur Eingliederung psychisch behinderter Menschen in das Arbeitsleben?*. Psychiatr. Praxis 18, 99-104

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

Wiedl, K. H., Uhlhorn, S. (2006). *Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil*. Göttingen: Hogrefe

Wong, K.K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., Chiu, S.N. (2008). *A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong*. Psychiatric Services 59: 84-90

Zimbardo, P.G. (1995). *Psychologie*. Berlin Heidelberg New York: Springer – Verlag

Anhang

Einverständniserklärung	S. 163
Verlauf der Maßnahme	S. 164
Überblick Außenarbeitsplätze	S. 165

Einverständniserklärung



Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

wir führen zurzeit eine Studie durch (Projekt InPUT), in der es darum geht, herauszufinden, wie die Teilnehmer von Rehabilitationsmaßnahmen in unserer Einrichtung diese erleben und welche Faktoren eine Rolle spielen für den Verlauf. Dabei vergleichen wir auch Maßnahmen auf dem freien Arbeitsmarkt mit Maßnahmen in unserer Werkstatt. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie nun bitten, einige Fragebogen für uns auszufüllen, die wir im Rahmen dieser Studie verwenden. Die Ergebnisse werden absolut vertraulich behandelt und nicht dem Kostenträger oder anderen Außenstehenden mitgeteilt. Die Fragebogen sind soweit anonymisiert, dass nur von bestimmten Personen zurückverfolgt werden kann, wer den Bogen ausgefüllt hat (namentlich Frau Hundsdörfer).

Wenn Sie es wünschen, erhalten Sie von Frau Dipl. Psych. Tanja Hundsdörfer persönlich eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Fragebogen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, wir wären Ihnen jedoch sehr dankbar, wenn Sie mitmachen würden. Sie leisten damit auch einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Qualität von Rehabilitationsmaßnahmen.

Rehabilitationszentrum Rudolf – Sophien – Stift

Dr. Irmgard Plößl
Dipl. – Psych.
Psychosoziale Leitung WfbM

Tanja Hundsdörfer
Dipl. – Psych.
Projekt InPUT

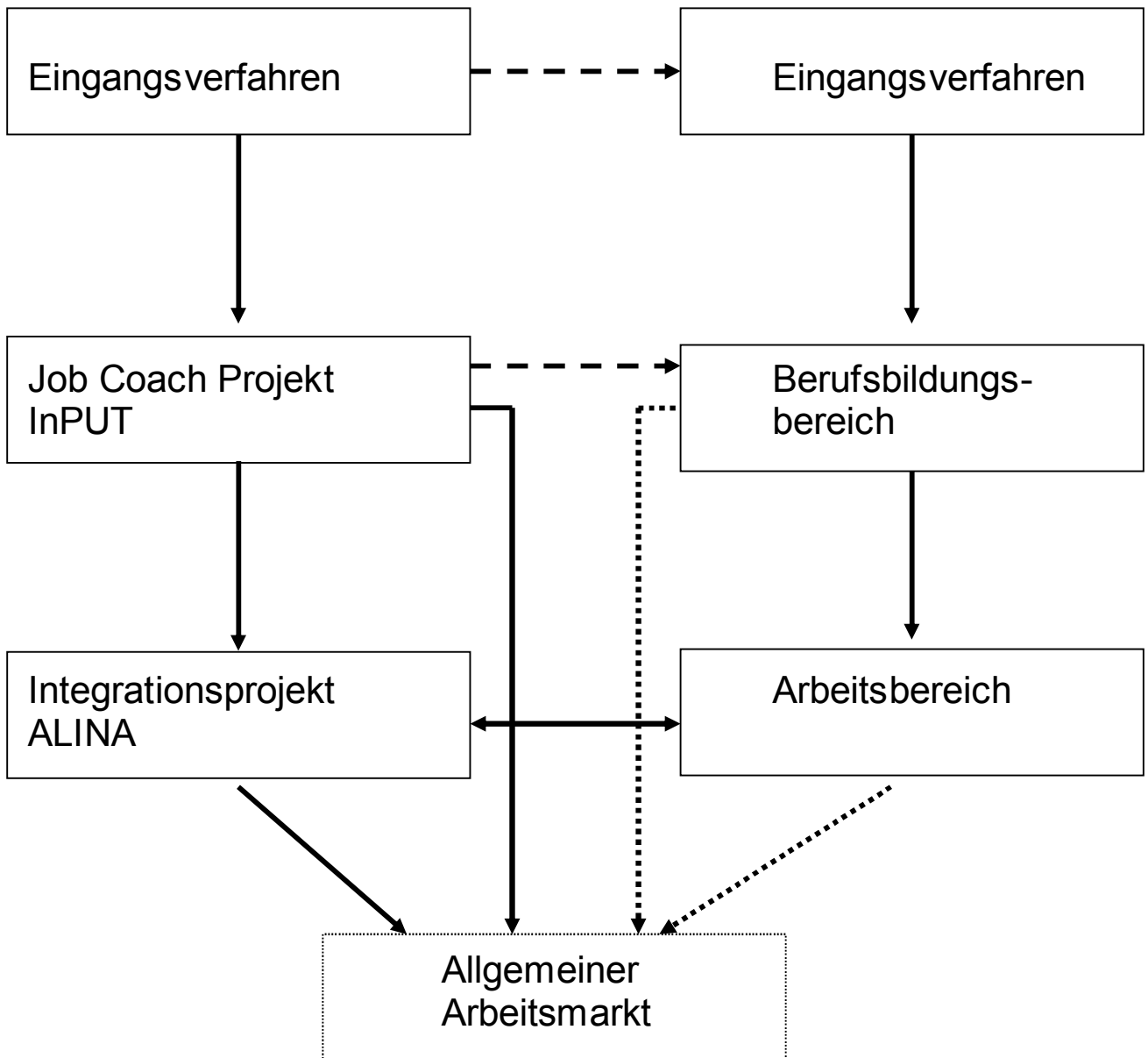
Einverständniserklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Teilnahme an der Studie im Rahmen des InPUT – Projektes einverstanden bin.

Stuttgart, den

Unterschrift Rehabilitand/in

Verlauf der Maßnahme



Übersicht der Außenarbeitsplätze

Arbeitgeber	Bereiche	Tätigkeiten
Tiefbauamt Stadt Stuttgart	Büro/Archivierung	Neuorganisation der Akten, Archivierung, Schriftverkehr mit Bürgern
Imtech Baufirma	Büro	Assistenz für Bauingenieure, Exposé, Angebotslisten erstellen
Kopie-Shop Hausmann	Dienstleistung	Bindungen, Kundenaufträge - Kopierarbeiten, Kasse/Verkauf
Steinmann, Büroartikel	Verkauf	Regalpflege, Kundenbedienung
Amanou – privater Dienstleister	Büro	Schreibarbeiten z.B. Gutachten im medizinischen oder technischen Bereich
EWO Produktionsfirma	Büro	Einkauf-leichte Sachbearbeitung, Ablage, Empfang, Telefondienst
	Versand	Verpackung und Versand
Hochbauamt Stadt Stuttgart	Büro	Archivierung von Bauplänen, Scanning
Texparts Produktion	Produktion	Einzelfertigung, Qualitätskontrolle
GEO- Center Reiseliteratur	Lager	Kommissionierung von Kundenaufträgen, Wareneingang
IB-Hotel	Service	Frühstücksservice, Kundenbedienung
SSB- Zentrum	Küche	Mitarbeit in der Betriebskantine

Lindencmuseum	Büro Museumsshop	Dateneingabe – Archivierung von Kunstgegenständen Verkauf, Kassenbedienunq
Lothar- Christmann- Haus	Büro	Datenpflege, allgemeiner Schriftverkehr
Toom- Baumarkt	Verkauf	Kundenberatung im Elektrober- reich
Kindergarten RRSS	Kinderbetreuung	Mitarbeit bei der Tagesversor- gung und Beschäftigung
Alphacom	Büro	Scanning von z.B. Personalak- ten
Diakonisches Werk	Büro	Erstellung einer Datenbank für das Sekretariat
Fa. Häberle Produktion	Produktion	Vorfertigung von z.B. Medi sko- pen
Max-Planck-Institut	Labor	Präparation und Analyse von Metallen für die Forschung
Baden württembergisches Landesmuseum	Büro	Erstellung einer Datenbank für den technischen Bereich
SPDI Birkach	Küche	Zubereitung von Tagesessen, Hausmeistertätigkeiten
CAP-Markt	Verkauf	Regalpflege, Kundenbedienunq
EnBW	Büro	Dateneingabe – Erstellung ei- nes Rohrleitungsnetzes
Deutsche Rentenversi- cherung Bezirksstelle Vaihingen	Archivierung	Akten nach Auftrag aus dem Archiv für die Bearbeitung holen bzw. wieder einsortieren
SPDI Vaihingen	Büro	Empfang, Telefonzentrale, all- gemeiner Schriftverkehr
Agentur Jealous Kid	Büro	Mediengestaltung

Habitat, Handelsgesellschaft	Verkauf	Regalpflege und Kundenberatung
Lebenshilfe WfbM	Sozialbereich	Hilfskraft bei der Behindertenbetreuung
Staatstheater Stuttgart	Büro	Dateneingabe
Garten- und Friedhofsamt Stadt Stuttgart	Landschaftsgärtnerei	Bepflanzung, Pflege von Grünanlagen