



Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster zur Verbesserung des Integrationserfolgs bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Abschlussbericht Teil A: Ziele, Vorgehensweise und Ergebnisse

Ricardo Baumann

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Impressum

Herausgeber

**Institut für Qualitätssicherung in
Prävention und Rehabilitation GmbH an
der Deutschen Sporthochschule Köln**

Eupener Strasse 70

50933 Köln

Tel.: 0221 277599-0

Internet: www.iqpr.de

Geschäftsführer: Matthias Mozdzanowski

Rechte

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit
Genehmigung des iqpr

**iqpr-Abschlussbericht des Projektes:
Förderung arbeitsbezogener
Bewältigungsmuster zur Verbesserung
des Integrationserfolgs bei
Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
„Ziele, Vorgehensweise und Ergebnisse“**

gefördert durch das

**Bundesministerium für Arbeit und
Soziales**

**Rückfragen zum Inhalt an
Ricardo Baumann (Projektleitung)
baumann@iqpr.de**

Köln, Februar 2014

Inhalt

1	Hintergrund und Ziele des Projekts	5
2	Studiendesign.....	7
3	Projekttablauf	8
3.1	Vorgesehener Projekttablauf.....	8
3.2	Modifizierter Projekttablauf.....	9
4	Projektdurchführung	10
4.1	Datenschutz und Schweigepflicht.....	10
4.2	Fragebogenerhebungen.....	11
4.3	Interventionen	12
4.3.1	Entwicklung der Interventionen	12
4.3.2	Durchführung der Interventionen.....	17
4.3.3	Erfahrungen mit den Interventionen nach Rehabeginn (T0)	18
4.3.4	Erfahrungen mit den Interventionen ab Rehamitte (T1-T2).....	25
4.4	Praktikumserhebungen	26
4.5	Abbrüche.....	27
4.6	Integrationserfolg.....	27
5	Ergebnisse	27
5.1	Beschreibung der Stichprobe	27
5.2	Praktikumserfolg.....	30
5.3	Entwicklung von Bewältigungsmustern im Rehaerlauf	34
5.3.1	Entwicklung von G-, S-, und A-Mustern bis Rehamitte	34
5.3.2	Entwicklung von B-Mustern bis Rehamitte.....	34
5.3.3	Entwicklung von B-Mustern bis Rehamitte je nach Geschlecht	35
5.3.4	Entwicklung von G-Mustern bis Rehaende	37
5.3.5	Entwicklung von S-Mustern bis Rehaende.....	38
5.3.6	Entwicklung von A-Mustern bis Rehaende.....	39
5.3.7	Entwicklung von B-Mustern bis Rehaende.....	40
5.4	Rehaabbrüche.....	41
5.4.1	Maßnahmeverläufe und Abbrucharten.....	41
5.4.2	Rehaabbrüche je nach AVEM-Muster.....	42
5.4.3	Rehaabbrüche in Abhängigkeit der Intervention	44

5.5	Integrationserfolg.....	45
5.5.1	Integration ein halbes Jahr nach Ende der Qualifizierung.....	46
5.5.2	Integration ein Jahr nach Ende der Qualifizierung	47
5.5.3	Dauerhafte Wiedereingliederung.....	49
5.5.4	Abbruch- und Integrationspezifische Aspekte bei Schwerbehinderten ...	50
5.5.5	Weitere integrationsbezogene Ergebnisse.....	51
6	Zusammenfassung und Diskussion.....	62
7	Kernbotschaft	64
8	Verbreitung von Projektergebnissen	67
9	Literatur	68

1 Hintergrund und Ziele des Projekts

Ausgangspunkt für das Projekt waren Studienergebnisse aus dem Jahre 2007 (Baumann, 2007), nach denen Rehabilitand/inn/en einer betrieblichen Integrationsmaßnahme gute Wiedereingliederungschancen hatten, wenn sie ein gesundes Arbeitsbewältigungsmuster hatten, das unter anderem durch mittlere Verausgabungsbereitschaft, geringe Resignationstendenz, offensives Problemlösen und hohe soziale Unterstützung gekennzeichnet ist, während insbesondere Rehabilitand/inn/en mit hoher Resignationstendenz geringe Integrationschancen hatten. Die Studienergebnisse waren mit dem Fragebogeninstrument AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 2008) gewonnen worden, das vier verschiedene arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster unterscheidet: G: Gesund, S: Schon- bzw. Schutzmuster, A: Überengagement, B: Burnout.

A-Muster hatten in der Studie von 2007 im Beobachtungszeitraum durchschnittlich oft einen Arbeitsplatz gefunden, aufgrund theoretischer Annahmen und aufgrund von Querschnittsuntersuchungen (Schaarschmidt & Fischer, 2008) wurde allerdings von einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgegangen. Bei S-Mustern wurde vermutet, dass kaum Gesundheitsrisiken bestehen, aufgrund einer Schon- und Schutzhaltung in Bezug auf Arbeitsanforderungen aber im Vergleich zu G-Mustern reduzierte Integrationschancen bestehen. Bei B-Mustern wurde neben geringen Integrationschancen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko angenommen. Die Autoren des AVEM bezeichnen A- und B-Muster als Risikomuster, während sie G- und S-Muster als Nichtrisikomuster bezeichnen. Das folgende Schaubild illustriert die Annahmen, die aufgrund bisheriger Studien zum AVEM (Schaarschmidt & Fischer 2008, Baumann 2007) gemacht wurden.

Annahmen zu Integrationschancen und Gesundheitsrisiko

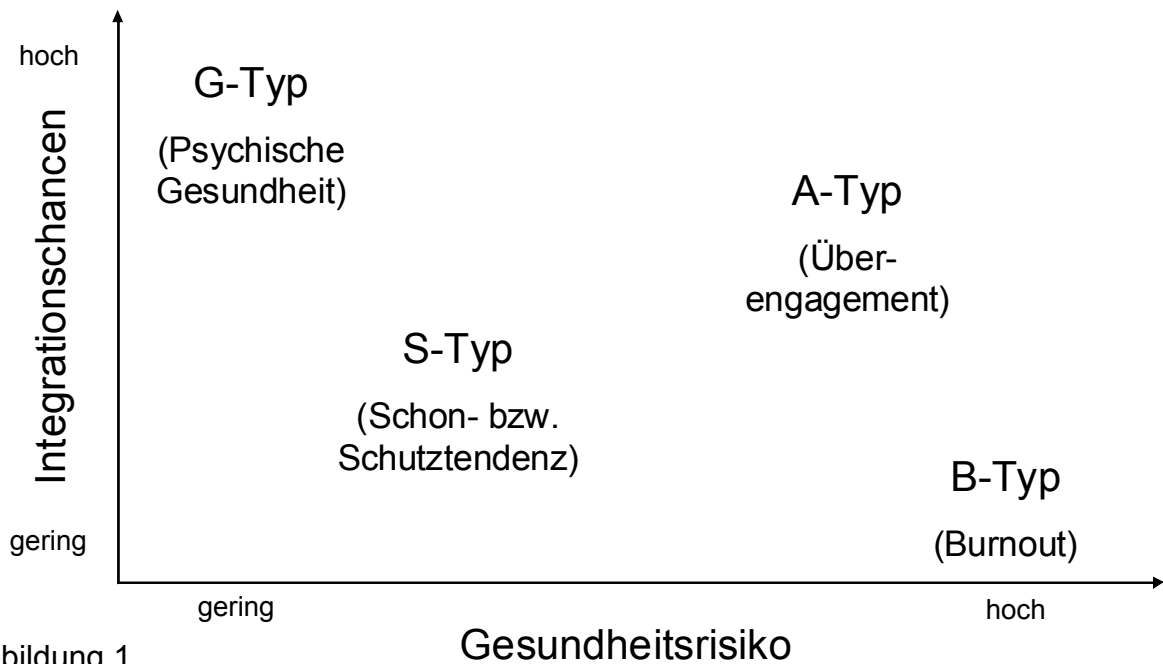


Abbildung 1

Angestrebt wurde im Projekt die Verbesserung der Integrationschancen durch passgenaue Förderung der ungünstigen AVEM-Muster. Die angestrebte Wirkung wird in der nächsten Grafik veranschaulicht.

Angestrebte Wirkung durch passgenaue Förderung

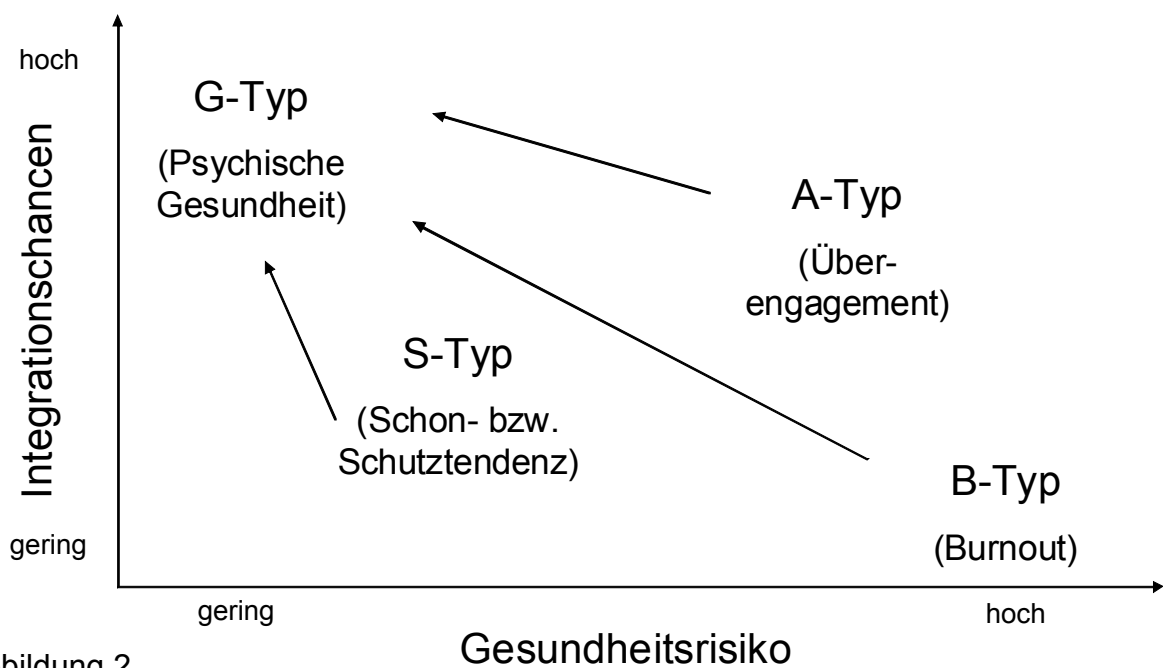


Abbildung 2

2 Studiendesign

Das folgende Schaubild gibt einen Überblick über das Studiendesign des Projektes. Die blauen Felder markieren Interventionsbausteine, während die gelben Felder Messungen markieren. T0 bezeichnet die Befragung der Rehabilitand/inn/en zu Beginn der Qualifizierung. T1 bezeichnet die Fragebogenerhebung am Ende des ersten Qualifizierungsjahres, T3 am Ende der Qualifizierung. T2 bezeichnet die Beurteilung der Praktikumsleistungen durch den Praktikumsbetreuer oder die Praktikumsbetreuerin im Betrieb. T4 und T5 bezeichnen Erhebungen des Integrationserfolgs ein halbes und ein ganzes Jahr nach Beendigung der Qualifizierung. Darüber hinaus erfolgte die Erfassung der Rehaabbrüche.

Studiendesign

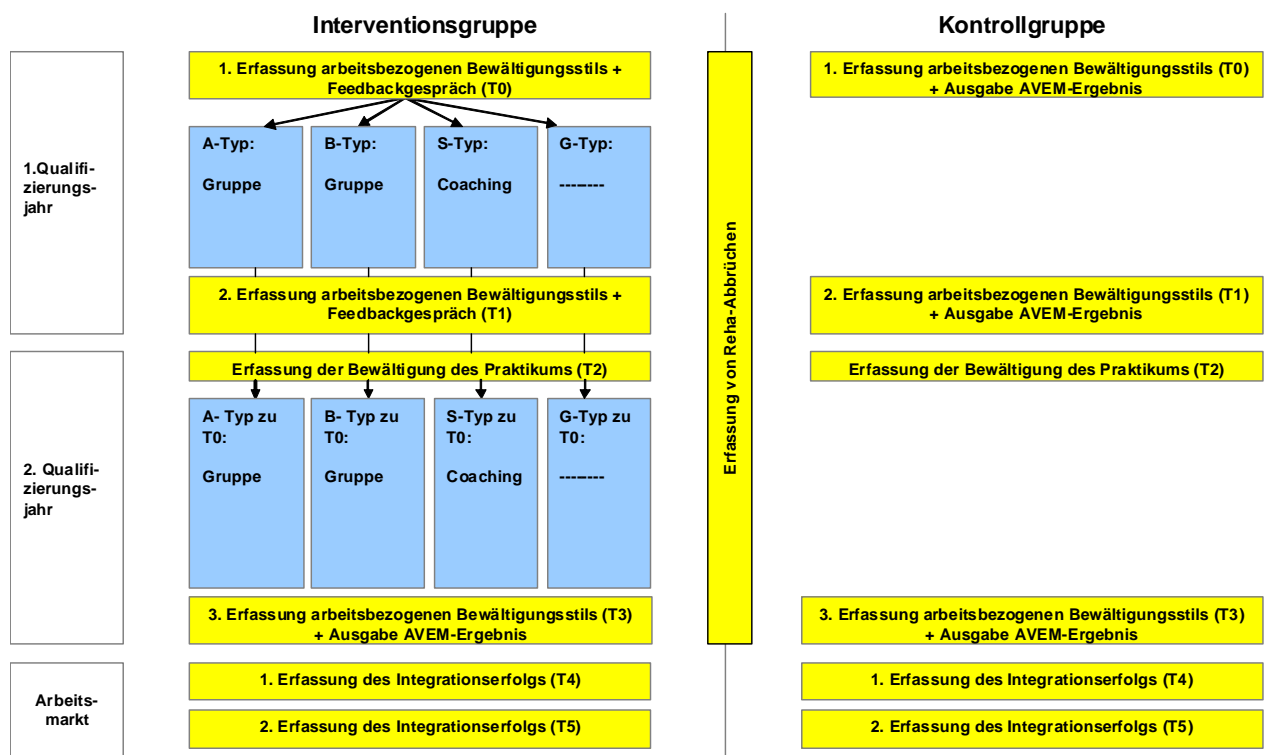


Abbildung 3

3 Projektablauf

3.1 Vorgesehener Projektablauf

Es war zunächst vorgesehen gewesen, insgesamt 1000 Rehabilitand/inn/en in zwei Berufsförderungswerken für das Projekt zu gewinnen. Dabei sollten nur Personen in die Studie eingeschlossen werden, die an zweijährigen Qualifizierungsmaßnahmen teilnahmen. Für die Studie wurden die Berufsförderungswerke Köln und Hamburg gewonnen. Die erste untersuchte Kohorte begann im Juni 2009 die Qualifizierung. Sowohl im Berufsförderungswerk Köln als auch im Berufsförderungswerk Hamburg wurden alle Qualifizierungsteilnehmerinnen und –teilnehmer dieser Kohorte angesprochen, um am Projekt teilzunehmen. Sie sollten die Kontrollgruppe bilden. Das bedeutet, dass diese Personen an allen Erhebungen in der gleichen Weise beteiligt werden sollten wie die Personen der Interventionsgruppe, die ein halbes Jahr später mit der Qualifizierung begannen. Im Gegensatz zur Interventionsgruppe erhielten Personen der Kontrollgruppe nach den Erhebungen zu Beginn der Rehabilitation (T0) und nach den Erhebungen in der Mitte der beruflichen Rehabilitation (T1) kein Feedbackgespräch zum Ergebnis der Fragebogenauswertung, sondern eine schriftliche Rückmeldung mit Interpretationshinweisen und dem Angebot sich bei weitergehenden Fragen an einen Projektmitarbeiter wenden zu können. Im Januar 2010 begann die zweite Kohorte mit der Qualifizierung. Alle Personen in zweijährigen Qualifizierungen erhielten das Angebot am Projekt teilzunehmen. Neben den Erhebungen zu verschiedenen Messzeitpunkten (siehe Studiendesign), die identisch mit denen der Kontrollgruppe waren, erfolgten Feedbackgespräche zu den Fragebogenergebnissen von T0 und T1. Gleichzeitig erhielten A-, B- und S-Muster das Angebot an weiteren Interventionsbausteinen teilzunehmen. A- und B-Muster erhielten das Angebot im ersten Qualifizierungsjahr an Gruppeninterventionen, bestehend aus 8 Modulen von je 90 Minuten Länge teilzunehmen. Im zweiten Qualifizierungsjahr hatten sie die Möglichkeit an weiteren 2 Gruppenmodulen zu je 90 Minuten teilzunehmen. S-Muster erhielten das Angebot, zusätzlich zu den Feedbackgesprächen an zwei Coachinggesprächen teilzunehmen, in denen motivationale Themen bearbeitet wurden.

Nach Abschluss der T0-Erhebungen in Kontroll- und Interventionsgruppe wurde deutlich, dass die angepeilten 1000 Teilnehmer/inn/en mit diesen beiden Kohorten nicht erreicht werden konnten, so dass eine weitere Kohorte in die Studie aufgenommen wurde.

3.2 Modifizierter Projektablauf

In beiden beteiligten Berufsförderungswerken wurde ein weiterer Qualifizierungsjahrgang in das Projekt einbezogen. Tabelle 1 veranschaulicht den dadurch veränderten Projektablauf. Kontrollgruppe 1 und Interventionsgruppe 1 repräsentieren die beiden vor Projektbeginn einkalkulierten Rehabilitandengruppen. Kontrollgruppe 2 und Interventionsgruppe 2 repräsentieren Rehabilitand/inn/en, die im Sommer 2010 mit der Qualifizierung begonnen haben und diese im Sommer 2012 beendeten. Die Dauer der Qualifizierung wird durch die grünen Pfeile illustriert. Die verschiedenen Erhebungszeitpunkte sind mit T0 bis T5 bezeichnet (siehe Studiendesign). Da bei den Erhebungen in den ersten beiden Kohorten im BFW Köln insbesondere die Teilnehmerzahlen in der Kontrollgruppe gering waren und im BFW Hamburg insbesondere die Teilnehmerzahlen in der Interventionsgruppe gering waren, wurden die Personen der dritten Kohorte im BFW Köln der Kontrollgruppe zugeschlagen und im BFW Hamburg der Interventionsgruppe. Ursprünglich war davon ausgegangen worden, dass alle Rehabilitand/inn/en Ende 2011 die Qualifizierung abgeschlossen haben. Durch die erweiterte Stichprobe verlängerte sich das Projekt. Das Ziel war nun, das Projekt im September 2013 abzuschließen. Allerdings stellte sich im Verlauf der Erhebungen zum Integrationserfolg heraus, dass die erforderlichen Daten später beim iqpr eingehen würden als ursprünglich erwartet. Die Verzögerung ergab sich daraus, dass die Berufsförderungswerke nach dem interessierenden Zeitpunkt der Integration, im Falle fehlender Angaben, über mehrere Wochen weiterhin versuchten Informationen zum Integrationsstatus zu bekommen, um einen möglichst vollständigen Sachstand abbilden zu können. Die letzten Daten zum Integrationserfolg wurden demnach für Mitte Oktober 2013 erwartet. Vor dem Hintergrund, dass die Daten verarbeitet, die Ergebnisse interpretiert und in der Zusammenschau mit den anderen Ergebnissen diskutiert und verschriftlicht werden mussten, ging das iqpr von einem Abschluss des Projektes im November 2013 aus.

Endgültiger Projektablauf

	Endgültiger Pool von Studienteilnehmern			
	Ursprünglicher Pool von Studienteilnehmern			
	Kontrollgruppe 1 (K/HH)	Interventions- gruppe 1 (K/HH)	Kontrollgruppe 2 (K)	Interventions- gruppe 2 (HH)
	N = 345	N = 409	N = 155	N = 156
2. Halbjahr 2009	T0			
1. Halbjahr 2010	T1	T0		
2. Halbjahr 2010	T2	T1	T0	T0
1. Halbjahr 2011	T3	T2	T1	T1
2. Halbjahr 2011	T4	T3	T2	T2
1. Halbjahr 2012	T5	T4	T3	T3
2. Halbjahr 2012		T5	T4	T4
1. Halbjahr 2013			T5	T5

Tabelle 1

4 Projektdurchführung

4.1 Datenschutz und Schweigepflicht

Am Projekt waren sowohl Mitarbeiter des iqpr als auch der Berufsförderungswerke Hamburg und Köln beteiligt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden projektbezogen schriftlich auf Einhaltung von Datenschutz und Schweigepflicht verpflichtet.

Die Rehabilitand/inn/en erhielten vor Projektbeginn ein Informationsschreiben zu den Inhalten des Projekts und dem Hinweis auf Freiwilligkeit und der Möglichkeit jederzeit ohne Nachteile von dem Projekt zurücktreten zu können. Die Rehabilitand/inn/en erhielten außerdem ein Hinweisblatt zum Datenschutz. Personen, die zur Teilnahme bereit waren, wurden gebeten eine Einverständniserklärung zu unterschreiben, in der konkretisiert war unter welchen Voraussetzungen sie der Teilnahme zustimmten.

In den Berufsförderungswerken wurden die projektrelevanten personenbezogenen Daten von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die den Teilnehmer/inn/en bekannt waren, verschlüsselt und anschließend an das iqpr weitergegeben. Die Verschlüsselungskodes wurden von den benannten BFW-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sicher aufbewahrt. Im

iqpr wurden die verschlüsselten Daten getrennt von anderen Daten in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt, zu dem lediglich die iqpr-Projektmitarbeiter Zugang hatten. Die Auswertungen der Fragebögen, die für die Feedbackgespräche bzw. zur Rückmeldung an die Teilnehmer/inn/en erforderlich waren, erfolgten im iqpr. Die Ergebnisse wurden dann in einem verschlossenen Umschlag, auf dem die Tn-Kodierung stand, an die BFWs weitergegeben. Die BFW-Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter dekodierten die Informationen und leiteten die verschlossenen Umschläge an die Rehabilitand/inn/en weiter. In der Interventionsgruppe bestimmten die Rehabilitand/inn/en darüber, ob sie dem Projektmitarbeiter bzw. der Projektmitarbeiterin das Ergebnis eröffneten und mit ihm darüber sprechen wollten. In seltenen Fällen ließen sich Rehabilitand/inn/en das Ergebnis aushändigen, ohne von den weiteren Angeboten Gebrauch zu machen.

4.2 Fragebogenerhebungen

Die eingesetzten Fragebögen bestanden aus dem Fragebogen zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2008), Fragen zur subjektiven Gesundheit (SF12; Bullinger & Kirchberger, 1998), Fragen zur subjektiven Arbeitsfähigkeit (In Anlehnung an WAI: Tuomi et al., 2001) und weiteren Fragen, die mit Blick auf Gesundheit und beruflicher Wiedereingliederung von Relevanz erschienen. Zu der Auswahl führte eine umfangreiche Literaturrecherche zu Faktoren beruflicher Wiedereingliederung in unterschiedlichen Kontexten und zur Gesundheitspsychologie. Der AVEM wurde in der Vollversion eingesetzt. Bei den Auswertungen wurde die Norm für die berufsübergreifende Gesamtstichprobe von 2008 gewählt (Schaarschmidt & Fischer, 2008).

4.3 Interventionen

4.3.1 Entwicklung der Interventionen

Grundlagen

Es wurden verschiedene Trainingskonzepte für ähnliche Problemlagen wie denen der AVEM-Risikomuster, insbesondere aus der medizinischen Rehabilitation, gesichtet. Unter anderem wurden die Konzepte von Andreas Hillert¹ und Berit Heitzmann² berücksichtigt. Darüber hinaus wurden empirisch überprüfte theoretische Ansätze zu Faktoren von psychischer Gesundheit gesichtet und bezüglich ihrer inhaltlichen Nähe zur Konzeption des AVEM-Fragebogens untersucht. Nicht zuletzt wurden empirische Befunde zu Zusammenhängen zwischen psychosozialen Faktoren und beruflichen Integrationschancen von Rehabilitand/inn/en zusammengetragen. Hintergrund dieser Vorgehensweise war, dass beim AVEM-Fragebogen zwar eine gute kriteriumsorientierte Validität in Bezug auf verschiedene Gesundheitsmerkmale vorliegt und nach den Ergebnissen der Vorstudie „ASKOR“ auch eine kriteriumsorientierte Validität in Bezug auf den Integrationserfolg von Rehabilitand/inn/en erwartet wurde, dass aber eine Ableitung von konkreten Interventionsschritten zur Verbesserung des Integrationserfolgs nach beruflicher Rehabilitation auf Basis der AVEM-Dimensionen schwer fiel. Welche beeinflussbaren psychosozialen Faktoren für den Integrationserfolg entscheidend sind, ergibt sich nicht eindeutig aus den Dimensionen des Instruments. Darüber hinaus nennen die Autoren des AVEM einige Theorien und Konzepte, in deren Tradition sie den AVEM ansiedeln (Schaarschmidt & Fischer, 2008), eine Ableitung aus diesen Konzepten stellt der AVEM allerdings nicht dar. Es erschien notwendig, einerseits eine Brücke vom AVEM zu den Ergebnissen der aktuellen Rehaforschung bezüglich psychosozialer Prädiktoren für Integrationserfolg zu bauen und andererseits den Dimensionen und Mustern des AVEM plausible empirisch überprüfte theoretische Ansätze aus der Gesundheitspsychologie, Arbeitspsychologie, Medizinsoziologie und Psychotherapieforschung zuzuordnen, um auf dieser Grundlageusterspezifische Interventionen entwickeln zu können, mit denen das angestrebte Ziel „Verbesserung des Integrationserfolgs“ erreichbar schien.

¹ Hillert, Koch, Hedlund, 2007

² Heitzmann, Helfert, Schaarschmidt, 2008

Feedbackgespräche in der Interventionsgruppe nach AVEM-Erhebung zu Reha-beginn (T0)

Die Vorgehensweise im Feedbackgespräch wurde vom iqpr in einem Leitfaden für die durchführenden Projektmitarbeiter/innen in den Berufsförderungswerken festgelegt (siehe Anhang). Der Leitfaden sieht vor, dass Teilnehmer/Innen zunächst über den Zweck des Gesprächs informiert werden. Danach erfolgt eine Aufklärung über den Nutzen des eingesetzten diagnostischen Instrumentes AVEM. Der/die Projektmitarbeiter/in bespricht dann die Ergebnisse mit dem/der Teilnehmer/in. Zum Schluss wird der Interventionsbedarf geklärt, der sich aus dem vorliegenden Muster ergibt und die Veränderungsbereitschaft thematisiert. A-, B- und S-Muster erhalten Informationen zu den im Rahmen des Projektes angebotenen Interventionen, die auf die jeweiligen Muster abgestimmt sind. Die Vorgabe im Projekt lautete, dass allen Teilnehmer/n/innen mit A-, B- und S-Muster ein Interventionsprogramm angeboten wird. Außerdem erhielten alle Teilnehmer/innen unabhängig vom Muster zu T0 das Angebot zu einem weiteren Feedbackgespräch nach der nächsten Erhebung (T1).

Gruppentraining für A-Muster nach Rehabeginn (T0)

Für Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe mit einem A-Muster zu Beginn der beruflichen Rehabilitation wurde vom iqpr für das erste Qualifizierungsjahr ein Trainingsprogramm mit acht Modulen entwickelt, in Workshops mit den Trainern und Trainerinnen der Berufsförderungswerke vorgestellt, diskutiert und gegebenenfalls überarbeitet. Hinweise der BFW-Mitarbeiter/innen bezogen sich insbesondere auf die Art und Weise der Vermittlung von Inhalten. So wurde z.B. auf Rollenspiele verzichtet, da die Akzeptanz als gering eingeschätzt wurde. Die Bestandteile der durchgeführten Trainings sind

- Eine Einführung zum Verständnis des eigenen Arbeitsbewältigungsstils
- Elemente zur Förderung der Entspannungs- und Erholungsfähigkeit
 - Genussübungen
 - Entspannungsübungen
 - Bewegungsübungen
- Elemente zur Veränderung von ungünstigen arbeitsbezogenen Einstellungen und Bewertungen

- Elemente zum Aufbau flexibler arbeitsbezogener Stressbewältigungsstrategien (Problemlösetraining)
- Elemente zu Wahrnehmung und Aufbau sozialer Unterstützung

Die Inhalte des Trainings wurden manualisiert (Abschlussbericht Teil B), so dass allen Trainern und Trainerinnen das gleiche Programm in standardisierter Form vor Beginn des Trainings als Grundlage ihrer Gruppenarbeit vorlag. Im Manual sind übergeordnete und modulweise Ziele angegeben. Außerdem Zeitrahmen, anvisierte AVEM-Dimensionen, zu vermittelnde Inhalte, Methoden und der konkrete Ablauf jedes einzelnen Moduls.

Für die durchzuführenden Schulungen wurden vom iqpr neben dem Manual Schulungsmaterialien entwickelt bzw. bestellt und gruppenweise für die vorgesehene Teilnehmerzahl zusammengestellt. Dabei handelte es sich um

- DIN-A4-Blätter mit Übungsinstruktionen und Einführungstexten für Trainerinnen und Trainer
- vertiefende Literatur zu den Trainingsinhalten für Trainerinnen und Trainer
- Overheadfolien
- Anwesenheitslisten
- Handouts für Teilnehmer/inn/en
- Poster mit den zugrunde liegenden theoretischen Rahmenmodellen
- Plakate mit Gruppenregeln
- Flipchartpapier, Moderationspapier, Moderationskarten, Eddingstifte, Schnellhefter, Klemmbretter, Kugelschreiber, DIN-A4-Papier
- Feedbackbögen für Teilnehmer zur Bewertung des Trainings zum Ende der Veranstaltung

Die Berufsförderungswerke stellten sicher, dass ausreichend große Räume zur Verfügung stehen mit der Möglichkeit Bewegungspausen durchzuführen. Für die Gruppenarbeit bestand außerdem die Möglichkeit, zusammen sitzen zu können, ohne Tische zwischen den Teilnehmer/inn/en. Die Berufsförderungswerke stellten Overheadprojektoren, Flipcharts, Pinwände und Digitalkameras zur Verfügung. Letzteres um Fotoprotokolle von Gruppenergebnissen festhalten zu können, die den Teilnehmer/inn/en zur Verfügung gestellt wurden.

Gruppentraining für B-Muster nach Rehabeginn (T0)

Bei der Bestimmung der Trainingsinhalte für B-Muster wurde genauso vorgegangen wie bei den A-Mustern. Es ergeben sich folgende Bestandteile für das Gruppentraining

- Eine Einführung zum Verständnis des eigenen Arbeitsbewältigungsstils
- Elemente zum Aufbau angenehmer Aktivitäten
- Elemente zur Förderung der Entspannungs- und Erholungsfähigkeit
 - Entspannungsübungen
 - Bewegungsübungen
- Elemente zur Veränderung von ungünstigen arbeitsbezogenen Einstellungen und Bewertungen
- Elemente zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten
- Elemente zum Aufbau von Motivation und Engagement (Vision von einem positiven Arbeitsalltag)

Wie bei den A-Mustern wurden die Inhalte vom iqpr manualisiert (Abschlussbericht Teil B). Weitere Schulungsmaterialien wurden entwickelt, ggf. bestellt und zusammengestellt.

Coaching für S-Muster nach Rehabeginn (T0)

Bei S-Mustern liegt laut vorliegender Forschungsergebnisse der Autoren des AVEM allenfalls gegenüber G-Mustern ein geringfügig erhöhtes Gesundheitsrisiko vor. Insgesamt gehen die Autoren jedoch davon aus, dass keine Interventionen unter dem Gesundheitsaspekt erforderlich sind, sondern eher Interventionen unter dem Motivationsaspekt angezeigt sein könnten. Im Projekt wurde davon ausgegangen, dass Gesundheit und Lebenszufriedenheit bei S-Mustern insgesamt auf weniger Säulen steht als die von G-Mustern, insofern als die Arbeit als eine potentielle Quelle von Lebenszufriedenheit nur eingeschränkt zur Verfügung steht. Da vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Vorstudie ASKOR im Vergleich zu G-Mustern geringere Integrationserfolge zu erwarten waren, wenn keine Interventionen erfolgen, wurde eine Intervention für S-Muster entwickelt. Rehabilitand/inn/en mit S-Muster wurden aber als heterogene Gruppe eingeschätzt, bei denen davon ausgegangen wurde, dass das relativ geringe Arbeitsengagement unterschiedliche Hintergründe haben dürfte. Bei manchen Teilnehmer/innen erschienen ein geringes Arbeitsengagement und die Verlagerung von Aktivität auf außerhalb der Arbeit

liegende Gebiete als aktive Bewältigungsstrategie vor dem Hintergrund eines zurückliegenden Burnout denkbar. Bei anderen Teilnehmer/innen wurde vermutet, dass das Muster mit geringer Identifikation mit dem zurückliegenden Beruf oder dem aktuellen Berufsziel zusammenhängen könnte. Bei wiederum anderen schien eine berufliche Unterforderung denkbar. Bei manchen war auch eine vorübergehende Priorisierung anderer Lebensbereiche in Betracht zu ziehen. Vor diesen vermuteten verschiedenen Hintergründen erschien es sinnvoll, Teilnehmer/innen mit diesem Muster Coachinggespräche anzubieten, in denen die Entwicklungshintergründe für das S-Muster individuell reflektiert, die Funktionen der Arbeit für jeden einzeln beleuchtet und gegebenenfalls Schritte zur Veränderung erarbeitet werden sollten. Es wurde davon ausgegangen, dass ein Gruppenangebot für Teilnehmer/innen mit „Schonmuster“ von den Teilnehmer/innen, aber auch von anderen Personen im Umfeld der Teilnehmer/innen als Stigmatisierung gewertet werden könnte. Insgesamt wurden zusätzlich zu den Feedbackgesprächen nach AVEM-Erhebungen, die allen Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe angeboten wurden, zwei gesondert vereinbarte Coachinggespräche angesetzt (Abschlussbericht Teil B). Eines davon im ersten Qualifizierungsjahr und eines im zweiten. Die Projektmitarbeiter/innen erhielten einen Leitfaden, in dem die wesentlichen Inhalte und Schritte festgehalten waren.

Intervention für A-, B- und S-Muster im 2. Qualifizierungsjahr

Die Interventionen bestanden für Teilnehmer/innen, die zu T0 A- oder B-Muster waren, jeweils aus 2 Gruppenmodulen. In ihnen sollte die zurückliegende Bewältigung von Praktikumsanforderungen reflektiert werden. Dabei sollten die eingesetzten Strategien überprüft und gegebenenfalls für zukünftige Anforderungssituationen optimiert und angepasst werden. Erfolgreich eingesetzte Strategien sollten unterstützt werden. Bei Teilnehmer/innen, die zu T0 S-Muster waren, sollte die Erreichung der in den Coachinggesprächen gesteckten Zwischenziele überprüft und weitere Schritte zur Zielerreichung unterstützt werden. Gegebenfalls sollte eine Unterstützung bei der Modifikation der Ziele erfolgen.

4.3.2 Durchführung der Interventionen

Die Interventionen wurden innerhalb der regulären Anwesenheitszeiten der Rehabilitand/inn/en angeboten, um sicher zu stellen, dass eine Teilnahme gewährleistet ist. Es wurde darauf geachtet, dass zu den angesetzten Zeiten parallel keine neuen Qualifizierungsinhalte vermittelt wurden. Im BFW Hamburg waren für qualifizierungsbegleitende Kurs- und Beratungsangebote gesonderte Zeitfenster ausgewiesen, in denen auch die Interventionen des Projektes „Arbeitsbezogene Bewältigungsmuster“ stattfanden. Im BFW Köln gab es im Projektzeitraum solche Zeitfenster nicht. Aus diesem Grund wurden mit den Ausbilder/innen die Zeiten der Trainingsgruppen abgestimmt, so dass Teilnehmer/innen der Trainingsgruppen möglichst keine Ausbildungsinhalte verpassten. Die Coachinggespräche mit S-Mustern wurden in beiden Berufsförderungswerken individuell mit den Teilnehmer/innen abgestimmt.

Die Interventionsangebote waren für die Rehabilitandinnen ebenso freiwillig wie auch die Teilnahme am Projekt insgesamt. Da es sich um ein neuartiges Angebot von zunächst ungewisser Wirksamkeit (diese sollte ja im Projekt erst untersucht werden) handelte, das zudem für die Teilnehmer/innen einen nennenswerten Zeitaufwand bedeutete, den sie andernfalls für andere Anstrengungen im Rahmen der Qualifizierung aufwenden konnten, schien eine Verpflichtung weder den Rehabilitand/inn/en noch den Kostenträgern der Rehabilitation gegenüber vermittelbar. Zu berücksichtigen war auch, dass viele Rehabilitand/innen in Berufsförderungswerken eine psychische Erkrankung haben und manche sich vor diesem Hintergrund berechtigterweise mit der Teilnahme an einem Gruppentraining, in dem auch sehr persönliche Themen behandelt werden, schwer tun. Ein Rehabilitand mit einer ausgeprägten sozialen Angst zum Beispiel sollte nicht zur Teilnahme an einer solchen Gruppe verpflichtet werden.

Die Interventionen fanden in den Räumlichkeiten der Berufsförderungswerke statt. Die Berufsförderungswerke stellten die für die Durchführung erforderlichen technischen Geräte (Overheadprojektor, Digitale Fotokamera) zur Verfügung.

Feedbackgespräche, Coachinggespräche und Gruppeninterventionen wurden von Mitarbeiter/innen der Berufsförderungswerke durchgeführt. Dabei handelte es sich überwiegend um Diplom-Psychologinnen und -psychologen. Eine Mitarbeiterin war Diplom-Sozialarbeiterin. Eine Mitarbeiterin war Diplom-Sozialwissenschaftlerin mit langjähriger Gesprächs- und Gruppenleitungserfahrung mit Rehabilitand/inn/en im Berufsförderungswerk.

Die vorgesehene Teilnehmerzahl in Trainingsgruppen lag zwischen 8 und 12 Teilnehmer/innen.

Bei den Gesprächen mit S-Mustern handelte es sich um Einzelgespräche. Im ersten Qualifizierungsjahr erfolgte zusätzlich zum Feedbackgespräch nach T0 ein Coachinggespräch von bis zu 60 Minuten. Im zweiten Qualifizierungsjahr erfolgte zusätzlich zum Feedbackgespräch nach T1 ebenfalls ein Coachinggespräch von bis zu 60 Minuten.

4.3.3 Erfahrungen mit den Interventionen nach Rehabeginn (T0)

Nutzung des Angebots durch Rehabilitand/inn/en

Die Feedbackgespräche nach der AVEM-Erhebung zu Beginn der beruflichen Rehabilitation wurden von nahezu allen Projektteilnehmer/innen genutzt.

Das Angebot der Gruppentrainings für A- und B-Muster wurde in beiden Berufsförderungswerken in geringerem Maße angenommen als erwartet. Von den Personen mit A-Muster in der Interventionsgruppe nahmen 20% mindestens die Hälfte der Gruppentermine wahr. Von den Personen mit B-Muster nahmen 33% mindestens die Hälfte der Gruppentermine wahr. Von den Personen mit S-Muster nutzten 13% das Angebot ein Coachinggespräch zu führen. Die Coachinggespräche wurden von Rehabilitand/inn/en im Berufsförderungswerk Köln stärker genutzt als von Rehabilitand/inn/en des Berufsförderungswerks Hamburg. Von Projektmitarbeiter/innen im Berufsförderungswerk Hamburg wurde häufiger berichtet, dass die Angesprochenen keinen Interventionsbedarf bei sich erkennen konnten.

Rückmeldungen von Interventionsteilnehmer/innen

Teilnehmerrückmeldungen zum Gruppentraining für A-Muster

Die Teilnehmer/innen wurden zum eingeschätzten Nutzen aller 7 Hauptthemen für die Gesundheit und die berufliche Integration befragt:

- Verstehen des eigenen Bewältigungsstils
- Einstellungen reflektieren und verändern
- Genießen
- Soziale Kontakte pflegen

- Problemlösetraining
- Bewegung
- Entspannung

Der eingeschätzte Nutzen lag überwiegend im mittleren und oberen Bereich, wobei der Nutzen für die Gesundheit tendenziell etwas höher eingestuft wurde.

In den Abbildungen 4-7 ist exemplarisch der Nutzen angegeben, den Teilnehmer/innen mit A-Muster aus den Inhalten „Verstehen des eigenen Arbeitsbewältigungsstils“, „Einstellungen reflektieren und verändern“, „Bewegung“ und „Entspannung“ für die Gesundheit zogen. Die Prozentangaben in den einzelnen Säulen geben Auskunft darüber, wie viele Teilnehmer/innen die Aussage über der jeweiligen Abbildung in einem bestimmten Maße für sich als zutreffend empfanden. 72% der Teilnehmer/innen fanden es zum Beispiel zutreffend oder voll und ganz zutreffend, dass die Informationen, die sie zu ihrem Arbeitsbewältigungsmuster erhalten hatten, ihnen Aufschluss zu damit verbundenen Gesundheitsrisiken gegeben haben.

Modul: „Verstehen des eigenen Bewältigungsstils“

N=25

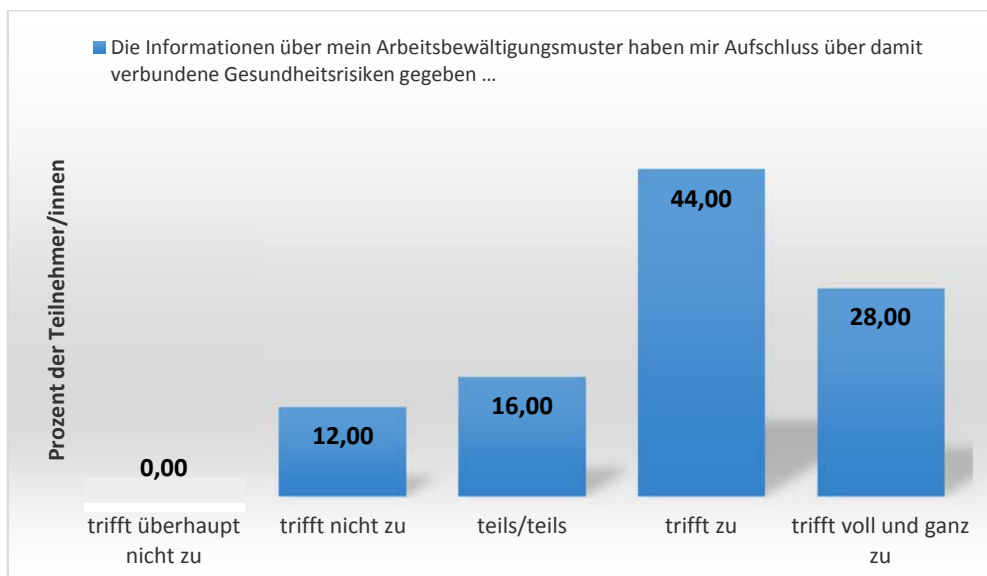


Abbildung 4

Modul: „Einstellungen reflektieren und verändern“

N=26



Abbildung 5

Modulübergreifend: „Bewegung“

N=26

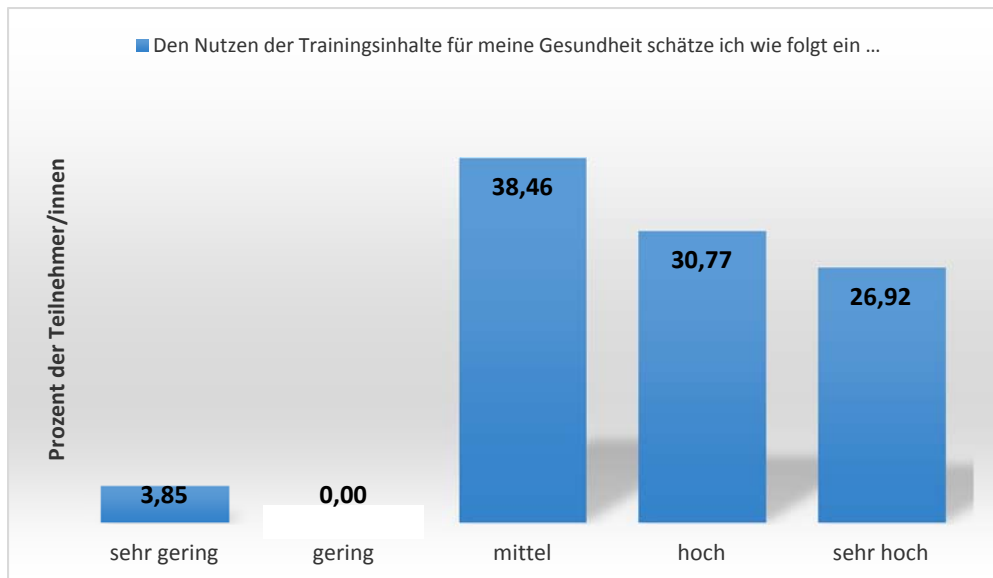


Abbildung 6

Modulübergreifend: „Entspannung“

N=26



Abbildung 7

Teilnehmerrückmeldungen zum Gruppentraining für B-Muster

Die Teilnehmer/innen wurden zum Nutzen aller 7 Hauptthemen für die Gesundheit und die berufliche Integration befragt:

- Verstehen des eigenen Bewältigungsstils
- Vision von einem positiven Arbeitsalltag
- Aufbau angenehmer Aktivitäten
- Bewertungen, Einstellungen, Überzeugungen
- Soziale Anforderungen meistern
- Bewegung
- Entspannung

Der eingeschätzte Nutzen der verschiedenen Inhalte lag bei den Teilnehmer/innen und Teilnehmern überwiegend im mittleren und oberen Bereich.

In den Abbildungen 8-10 ist der Nutzen angegeben, den Teilnehmer/innen mit B-Muster aus den Inhalten „Verstehen des eigenen Arbeitsbewältigungsstils“, „Vision von einem

positiven Arbeitsalltag“ und „Aufbau angenehmer Aktivitäten“ für die Gesundheit bzw. für die berufliche Integration zogen.

Modul: „Verstehen des eigenen Bewältigungsstils“

N=55

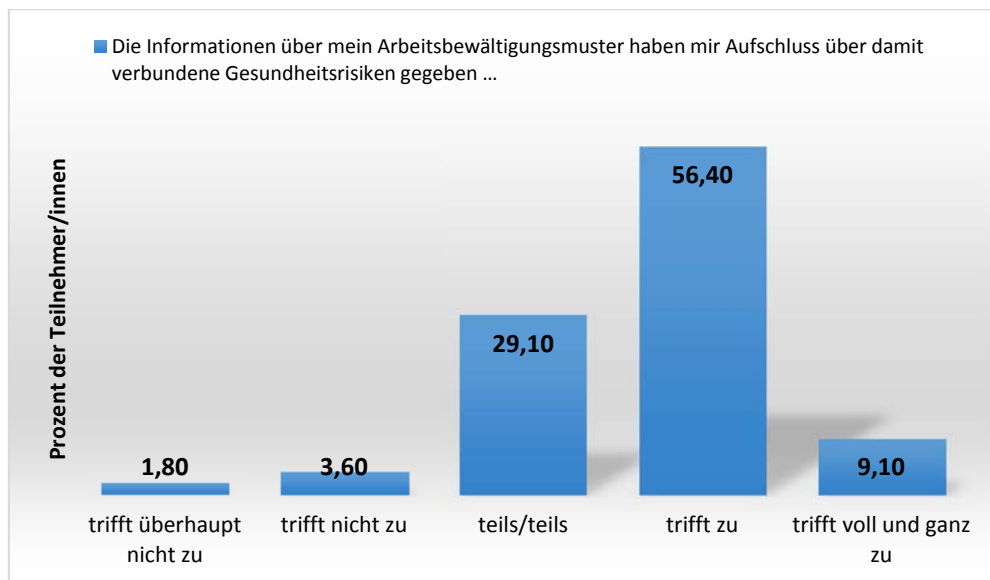


Abbildung 8

Modul: „Vision von einem positiven Arbeitsalltag“

N=56

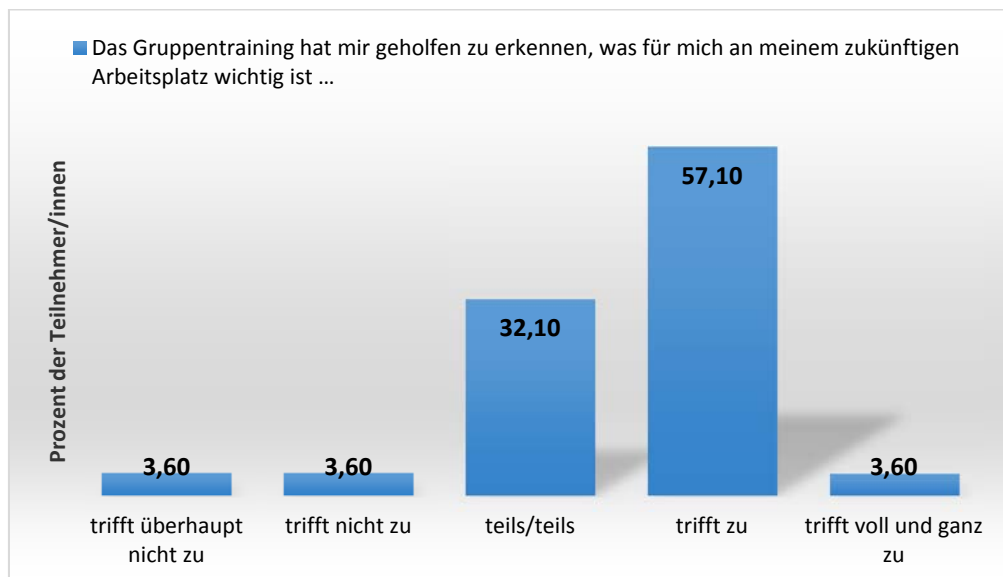


Abbildung 9

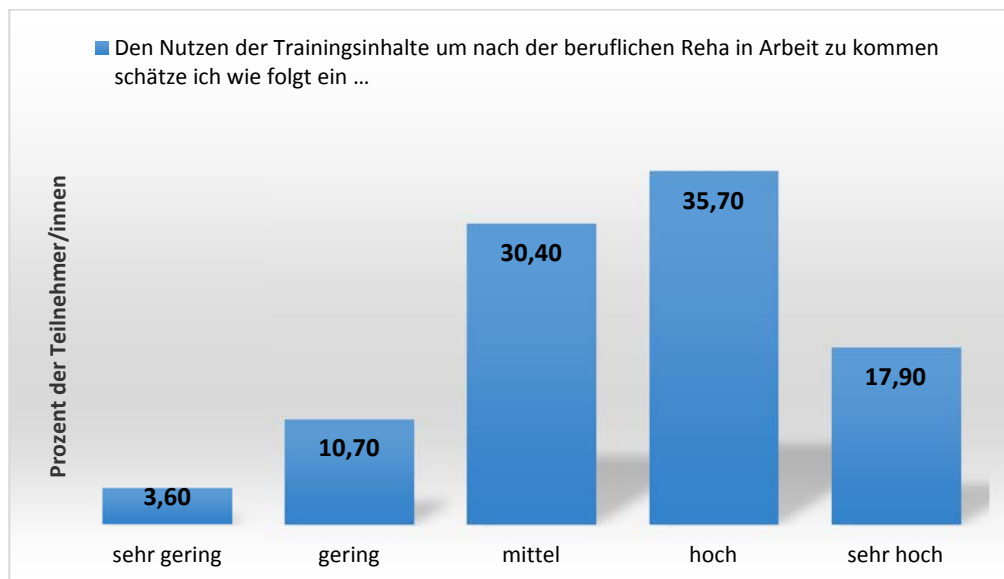


Abbildung 10

Die Teilnehmer/innen schätzten den Nutzen des Moduls „Aufbau angenehmer Aktivitäten“ sowohl für die Gesundheit als auch für die berufliche Wiedereingliederung hoch ein. Dies erscheint plausibel, da mit dem Aufbau angenehmer Aktivitäten ein insgesamt aktivierender Impuls gegeben werden soll, der sich auch auf berufsbezogene Handlungsfelder auswirkt.

Teilnehmerrückmeldungen zum Coachinggespräch

Die Rückmeldungen der Teilnehmer/innen mit S-Muster zum Coachinggespräch waren überwiegend positiv. In den Abbildungen 11-13 sind die Häufigkeiten der Teilnehmer/innen bezüglich des Grades der Zustimmung zu verschiedenen Coachingbezogenen Aussagen wiedergegeben.

Coachinggespräch

N=23

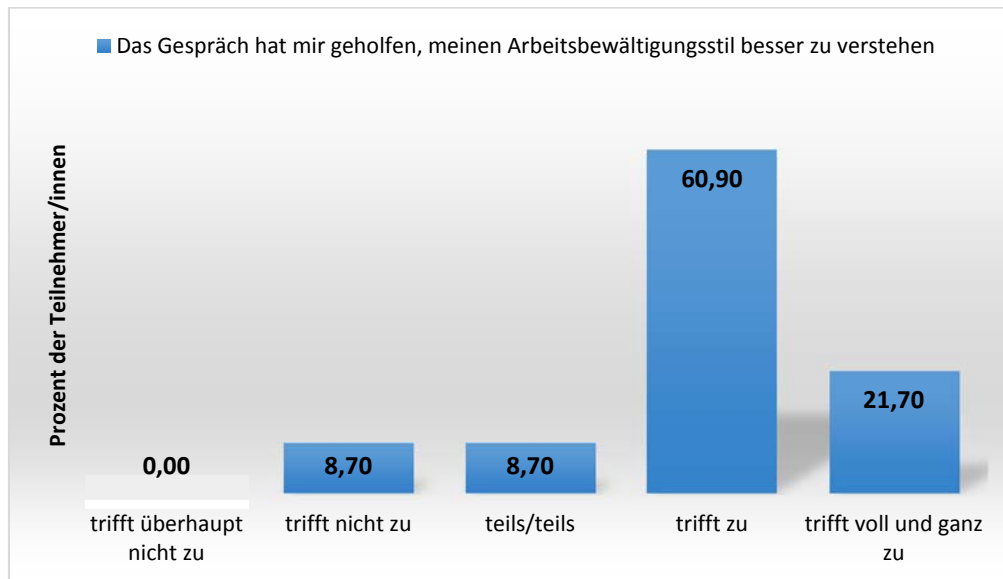


Abbildung 11

Coachinggespräch

N=23

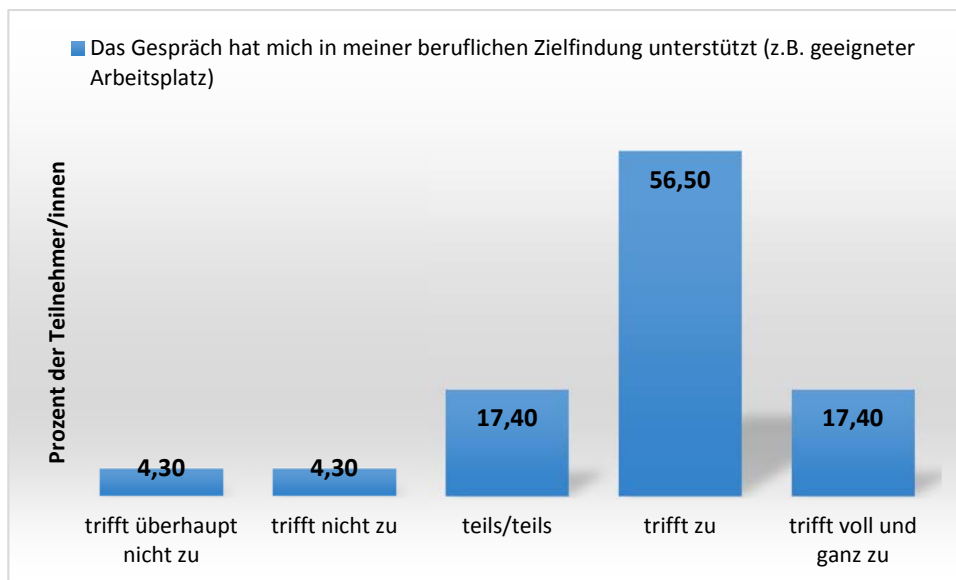


Abbildung 12

Coachinggespräch

N=23

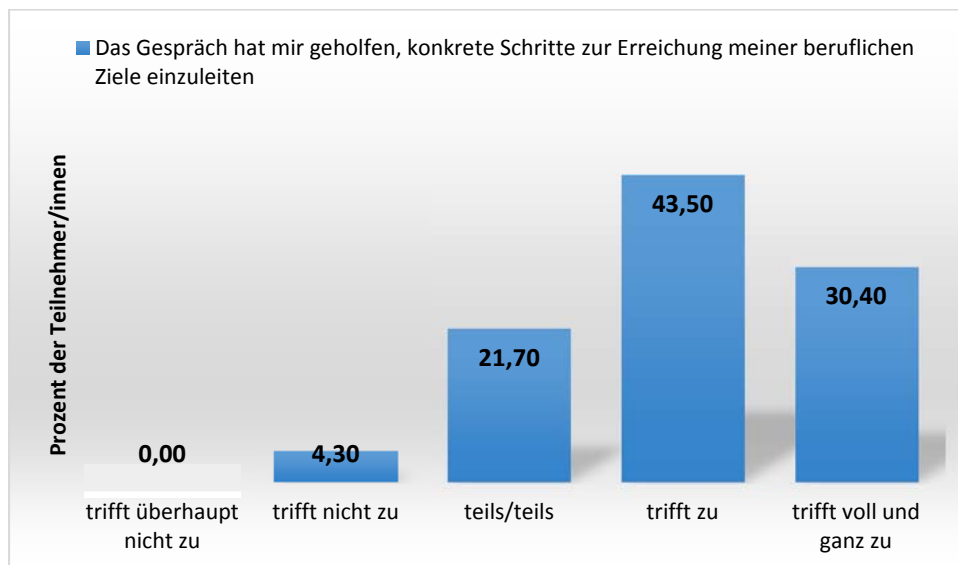


Abbildung 13

Darüber hinaus gaben alle Teilnehmer/innen an, die Gespräche seien auf ihre Belange abgestimmt und gut strukturiert gewesen. Die Teilnehmer/innen gaben überwiegend an, dass ihre berufliche Rolle im Vordergrund gestanden habe. Sie attestierten den Coaches einfühlsam, unterstützend und kompetent gewirkt zu haben.

4.3.4 Erfahrungen mit den Interventionen ab Rehamitte (T1-T2)

Nutzung des Angebots durch Rehabilitand/inn/en

Die Feedbackgespräche nach der AVEM-Erhebung in der Mitte der beruflichen Rehabilitation wurden von 50,7% aller Personen genutzt, die zu Beginn der Reha ihre Bereitschaft erklärt hatten am Projekt teilzunehmen. Allerdings sind in dieser Zahl auch Personen enthalten, die die Qualifizierung abgebrochen haben. Die Teilnahmequote in Bezug auf diejenigen, die die Qualifizierung nicht abgebrochen haben, beträgt 58,2%.

Das Angebot der Gruppentrainings für A- und B-Muster wurde in beiden Berufsförderungswerken nur in sehr geringem Maße angenommen. Nur 6,2 % der Rehabilitand/inn/en mit A- oder B-Muster, die die Qualifizierung nicht abgebrochen haben, nutzten mindestens eines der beiden Gruppenmodule. Als Gründe für diese sehr geringe Teil-

nahmequote nannten die Projektmitarbeiter/innen in den beteiligten Berufsförderungswerken die bevorstehenden Abschlussprüfungen am Ende der zweijährigen Qualifizierung. In der Zeit zwischen Praktikum und Abschlussprüfung im zweiten Qualifizierungsjahr entschieden sich viele Rehabilitand/inn/en dafür, sich ganz auf die Prüfungsvorbereitung zu konzentrieren.

Die Coachinggespräche im zweiten Qualifizierungsjahr wurden nur von 4,7% der Rehabilitand/inn/en mit S-Muster zu T0, die die Qualifizierung nicht abbrachen, wahrgenommen.

4.4 Praktikumserhebungen

Für alle Rehabilitand/inn/en, die am Projekt teilgenommen haben, waren grundsätzlich betriebliche Praktika vorgesehen. Je nach angestrebtem Beruf unterschieden sich die Praktika hinsichtlich Dauer und Zeitpunkt. In der Regel erfolgte ein Praktikum von dreimonatiger Dauer im Verlauf des zweiten Qualifizierungsjahres. Da davon ausgegangen wurde, dass der erfolgreiche Verlauf des Praktikums ein bedeutsamer Prädiktor für die spätere berufliche Wiedereingliederung ist, sollte erhoben werden, wie gut die Rehabilitand/inn/en im Praktikum zurechtkamen. Dabei sollte nicht das subjektive Erleben der Rehabilitand/inn/en als Kriterium herangezogen werden, sondern die Bewertung durch den Praktikumsbetreuer bzw. die Praktikumsbetreuerin im Betrieb. Unter Einbeziehung der Integrationsmanager/innen in den Berufsförderungswerken wurde eine Liste mit arbeitsbezogenen Merkmalen erstellt, die aus der Erfahrung der Berufsförderungswerke für Arbeitgeber von Bedeutung erscheinen, wenn es darum geht, die Leistung eines Mitarbeiters zu beurteilen.

Die Praktikumsbetreuer/innen im Betrieb bewerteten die Ausprägung dieser Merkmale am Ende des Praktikums schriftlich in Form von Schulnoten. Dabei handelte es sich insbesondere um folgende Merkmale: Selbständigkeit, Zuverlässigkeit, Arbeitsorganisation, Arbeitstempo, Arbeitsergebnisse, Belastbarkeit, Verhalten gegenüber Vorgesetzten, Verhalten gegenüber Kollegen und Verhalten gegenüber Kunden. Darüber hinaus wurden die Fehlzeiten im Praktikum erfasst und die Aussage des Praktikumsbetreuers bzw. der Praktikumsbetreuerin, ob er bzw. sie den Rehabilitanden bzw. die Rehabilitandin nach Ende der Qualifizierung übernehmen würde, wenn es die Möglichkeit dazu gäbe.

4.5 Abbrüche

Im Reha-Verlauf wurden die Abbrüche der Projektteilnehmer/innen erfasst. Hierzu wurde auf routinemäßig erfasste Daten der Berufsförderungswerke zurückgegriffen. Bei der Auswertung wurden Personen, die während des Beobachtungszeitraums innerhalb des BFW umgesetzt oder zurückgesetzt (also in ein jüngeres Semester versetzt) wurden, als Nichtabbrecher gewertet, da diese Rehabilitand/inn/en ihre Chance auf einen Abschluss gewahrt hatten.

4.6 Integrationserfolg

Der Integrationserfolg wurde von den Berufsförderungswerken erfasst. Die Erfassung erfolgte im Rahmen der routinemäßig durchgeführten Befragungen, deren Auswertungen auch Grundlage für die Statistiken sind, die den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden. Dabei wurde darauf geachtet, dass für die Erhebungen in beiden Berufsförderungswerken vergleichbare Zeiträume gewählt wurden und in Bezug auf wesentliche Kriterien des Integrationserfolgs vergleichbare Fragen gestellt wurden. Insbesondere interessierte, ob eine reguläre Beschäftigung vorlag und ob die befragten Personen im Falle einer erfolgten Arbeitsaufnahme davon ausgingen, dass sie die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich auch in den kommenden zwei Jahren ausüben könnten. Als reguläre Beschäftigung galt eine selbständige oder abhängige Beschäftigung, die nicht nur geringfügig war. Personen, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung standen wurden als nicht regulär beschäftigt betrachtet und nicht aus der Untersuchung ausgeschlossen. Praktika, Integrationsmaßnahmen oder Weiterbildungen wurden nicht als reguläre Beschäftigung betrachtet. Alle Personen wurden entweder der einen (regulär beschäftigt) oder der anderen Kategorie (nicht regulär beschäftigt) zugeordnet.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt lagen zu T0 Daten von 1074 Rehabilitand/inn/en vor. Sieben Probanden befanden sich in einer 18-monatigen Qualifizierung. Bei drei Probanden fehlten Werte in über 30% der Items. Bei drei Probanden fehlten die Angaben zum Berufsziel. Dieses

konnte jedoch aufgrund des Testdatums bzw. späterer Angaben rekonstruiert werden. Für die Auswertungen verbleiben 1064 Probanden in der Datenmatrix.

In der Projektstichprobe wiesen 210 (19,7%) Rehabilitand/inn/en im Sinne des AVEM ein gesundes Verhaltens- und Erlebensmuster (G-Typ) auf³. 221 (20,8%) Personen wiesen ein Schon- bzw. Schutzmuster (S-Typ) auf. Bei 239 (22,5%) Personen zeigte sich ein Muster, das auf Überengagement hindeutete (A-Typ). Bei 394 (37,0%) zeigte sich ein Burnout-Muster (B-Typ).

Bewältigungsmuster in der Projektstichprobe zu T0

N=1064

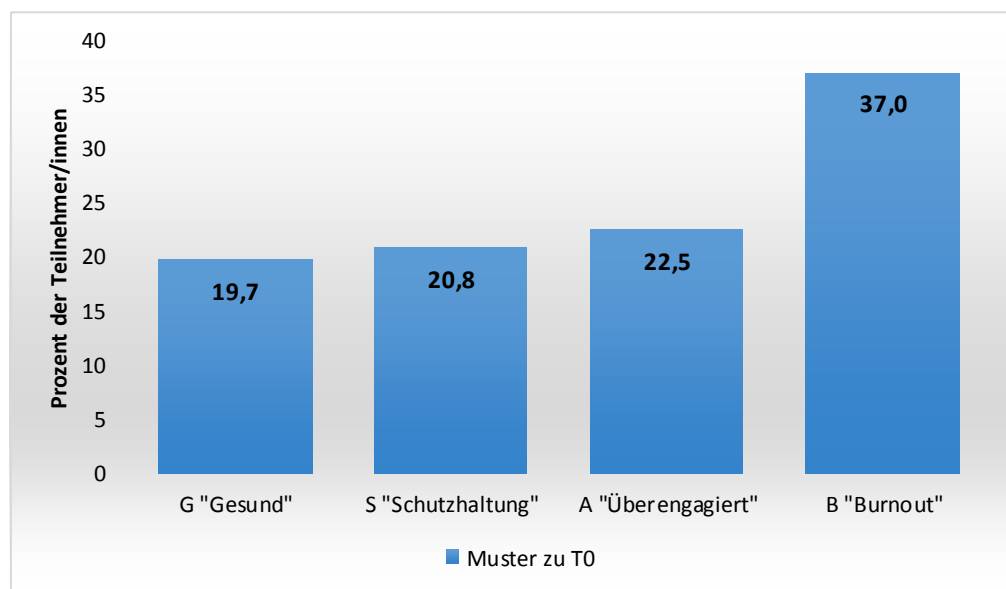


Abbildung 14

Die Ergebnisse zeigen, dass die Projektstichprobe deutlich mehr Personen mit einem Burnoutmuster enthält (37%) als eine berufsübergreifende Stichprobe (Schaarschmidt & Fischer, 2008), die Berufstätige unterschiedlicher Berufsgruppen enthält (20%). Im Vergleich mit der stationären medizinischen Rehabilitation (44%) kommen in der Projektstichprobe Burnoutmuster etwas weniger häufig vor.

³ Die Werte fehlender AVEM-Angaben wurden mit dem Median der Gesamtstichprobe ersetzt.

Bewältigungsmuster in der Projektstichprobe im Vergleich mit anderen Settings

Muster	Stichproben		
	Berufsübergreifend N = 3168 ¹	Medizinische Reha N = 1910 ²	Projektstichprobe N = 1064
G „Gesund“	26%	9%	19,7%
S „Schutzhaltung“	29%	15%	20,8%
A „Überengagement“	25%	32%	22,5%
B „Burnout“	20%	44%	37,0%

Schaarschmidt, 2003¹, Heitzmann, 2005 und 2007²

Tabelle 2

Es haben 410 Frauen (38,5%) und 654 Männer (61,5%) an dem Projekt teilgenommen. Der Altersdurchschnitt der Teilnehmer/inn/en lag zu Beginn der Qualifizierung durchschnittlich bei 35,0 Jahren. 629 (59,1%) Rehabilitand/inn/en strebten einen kaufmännischen Abschluss an. In 197 Fällen (18,5%) erfolgten Qualifizierungen in Berufen aus dem Baubereich oder in handwerklich/technischen Berufen. 162 (15,2%) der Rehabilitand/inn/en machten eine Umschulung in einem Beruf aus dem IT- oder Elektrobereich. 76 (7,1%) der Teilnehmer/inn/en machten eine Umschulung in einem Medienberuf.

Umschulungsberufe in der Projektstichprobe

N=1064

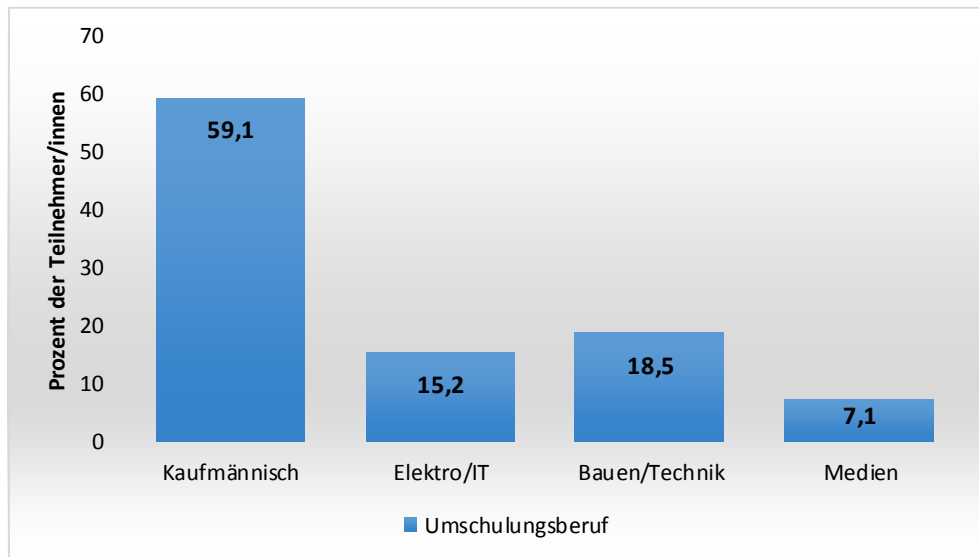


Abbildung 15

588 Projektteilnehmer/inn/en (55,3%) gaben an, dass kein Grad der Behinderung vorliege. 75 (7,0%) gaben einen Grad der Behinderung kleiner 30 an. 154 (14,5%) gaben einen Grad der Behinderung zwischen 30 und unter 50 an. 177 (16,6%) gaben einen Grad der Behinderung von mindestens 50 an. Bei 70 Teilnehmer/inn/en (6,6%) fehlten die Angaben. Mögliche Gründe für fehlende Angaben sind, dass Personen, die Frage übersehen machen wollten.

Für die mit dem Instrument SF-12 erhobene subjektive psychische Gesundheit wurde ein Mittelwert von 44,4 und für die mit demselben Instrument erhobene subjektive körperliche Gesundheit ergab sich ein Mittelwert von 44,7. Die Mittelwerte in der deutschen Normstichprobe liegen für die psychische Gesundheit bei 52,2 und für die körperliche Gesundheit bei 49,0. Der Mittelwert der vorliegenden Stichprobe hinsichtlich der psychischen Gesundheit liegt unter dem 25. Perzentil der Normstichprobe. Bei der körperlichen Gesundheit liegt der Mittelwert in etwa beim 25. Perzentil der Normstichprobe. Das bedeutet, dass über 75% der Normalbevölkerung eine bessere subjektive Gesundheit haben als der Durchschnitt der Rehabilitand/inn/en.

5.2 Praktikumserfolg

In der Kontrollgruppe waren ausgehend von verschiedenen Arbeitsbewältigungsmustern zu Rehabeginn im Betriebspraktikum insbesondere die Unterschiede hinsichtlich der vom

Praktikumsbetreuer bzw. der Praktikumsbetreuerin eingeschätzten Belastbarkeit auffällig. Wie erwartet, erhielten Rehabilitand/inn/en, bei denen zu Rehabeginn ein gesundes Arbeitsbewältigungsmuster bestanden hatte, vom Praktikumsbetreuer im Betrieb hinsichtlich der Belastbarkeit die besten Bewertungen (Durchschnittsnote = 1,9), während Personen, bei denen zu Rehabeginn ein Burnoutmuster vorgelegen hatte, die schlechtesten Bewertungen erhielten (Durchschnittsnote = 2,5). Die Unterschiede sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

AVEM-Typ zu T0 in der Kontrollgruppe und Belastbarkeit im Praktikum

N=293

AVEM-Erhebung zu T0 und Bewertung der Belastbarkeit durch Betreuer im Betrieb 15 Monate später

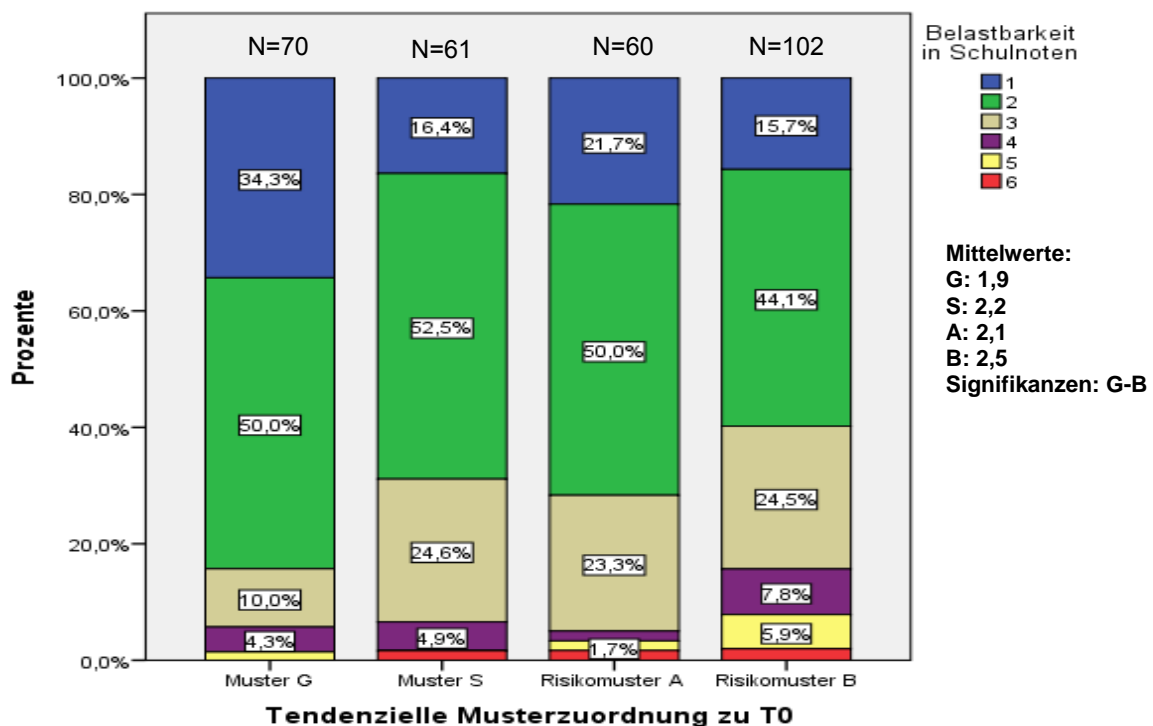


Abbildung 16

Die Balkenanteile in der Abbildung zeigen, dass die unterschiedlichen Mittelwerte sich nicht durch Ausreißer ergeben, sondern über alle Noten hinweg bestehen. Während 34,3% der Personen, die zu Rehabeginn ein G-Muster aufgewiesen hatten, im Praktikum ca. 1,5 Jahre später eine sehr gute (Note 1) Note bekamen, haben nur 15,7% der Personen mit einem B-Muster zu Rehabeginn 1,5 Jahre später vom Praktikumsbetreuer eine sehr gute Note bekommen. Außerdem haben G-Muster aber auch häufiger eine gute Bewertung bekommen als B-Muster, während B-Muster häufiger die Note „befriedigend“, „ausreichend“, „mangelhaft“ und „ungenügend“ bekommen haben als G-Muster. A- und

S-Muster werden mit den Durchschnittsnoten 2,1 und 2,2 schlechter bewertet als G-Muster und besser als B-Muster. Die Unterschiede sind aber statistisch auf dem 5%-Niveau nicht signifikant.

Auch was die Übernahmechancen nach Ende der Qualifizierung betrifft, ergeben sich Unterschiede zwischen G und B. Die Praktikumsbetreuer geben bei G-Mustern signifikant häufiger (83,9%) als bei B-Mustern (64,6%) an, dass sie diese nach Ende der Qualifizierung übernehmen würden, wenn es die Möglichkeit dazu gäbe. A- (78,4%) und S-Muster (79,2%) belegen auch in Bezug auf die geäußerten Übernahmeabsichten durch den Praktikumsbetreuer einen Mittelplatz. Es ergeben sich allerdings keine signifikanten Unterschiede zu G- und B-Mustern.

AVEM-Typ zu T0 in der Kontrollgruppe und Job-Chancen im Praktikumsbetrieb nach Rehaende

N=234

AVEM-Erhebung zu Rehabeginn und Angabe des Praktikumsbetreuers im Betrieb 15 Monate später

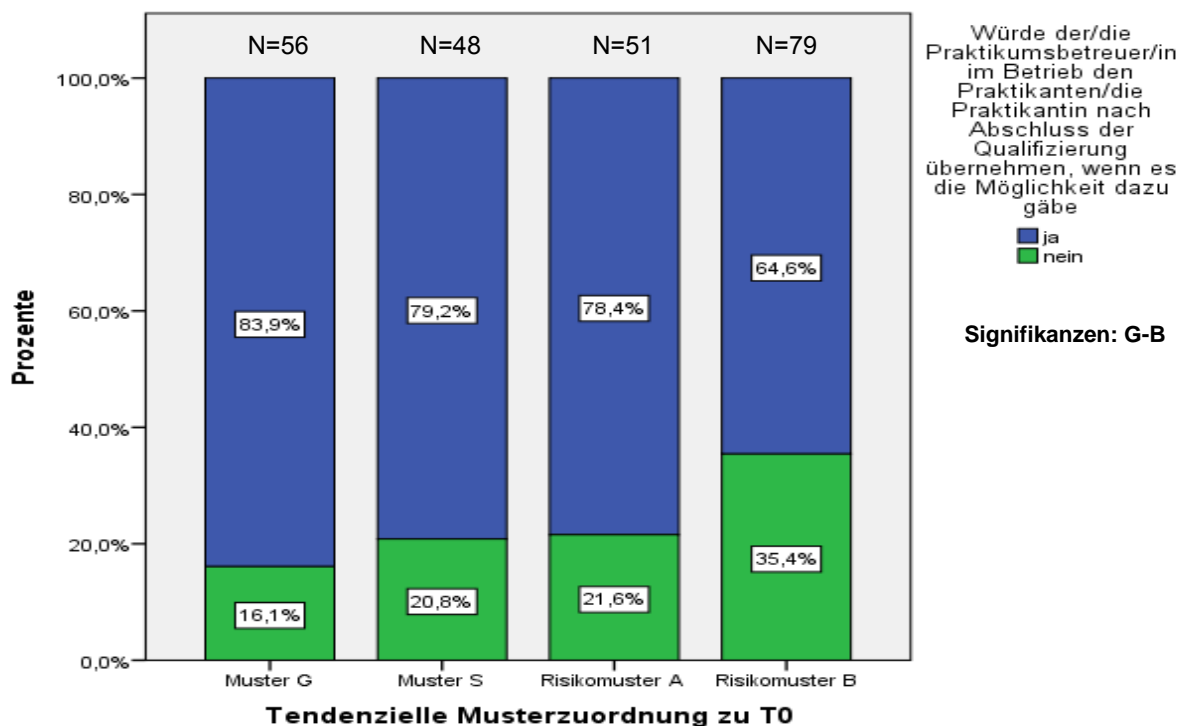


Abbildung 17

Innerhalb der Gruppe der B-Muster ergibt sich bei Personen, die mindestens an vier Gruppenmodulen im ersten Qualifizierungsjahr teilgenommen haben, eine signifikant bessere Belastbarkeit (Durchschnittsnote = 2,0) im Praktikum als in der Kontrollgruppe (Durchschnittsnote = 2,5). Auffällig ist dabei, dass bei einer getrennten Betrachtung von

Frauen und Männern, geschlechtsspezifische Effekte sichtbar werden. Während sich bei Frauen der Interventionsgruppe die Belastbarkeit im Praktikum signifikant von der Belastbarkeit der Frauen in der Kontrollgruppe unterscheidet, finden sich bei Männern keine auf dem 5%-Niveau signifikanten Unterschiede. Frauen mit B-Mustern haben von den Interventionen offenbar in höherem Maße profitiert als Männer mit B-Mustern. Die Ergebnisse finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

Bei A-Mustern wurden keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gefunden. Diese waren aufgrund der geringen Stichprobengröße in der Interventionsgruppe auch kaum auffindbar.

Belastbarkeit bei B-Mustern je nach Treatment

Belastbarkeit, bewertet durch den Praktikumsbetreuer im Betrieb in Schulnoten - 15 Monate nach der Erhebung des AVEM-Musters

Muster	N			Treatment IG	Durchschnittsnote		Test	Signifikanz
	Gesamt	IG	KG		IG	KG		
Männer und Frauen	150	48	102	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	2,0	2,5	T-Test	p=.015*
Frauen	69	22	47	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	1,9	2,6	T-Test	p=.021*
Männer	81	26	55	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	2,1	2,3	T-Test	p=.307

Tabelle 3

In Bezug auf die Übernahmeabsichten durch den Praktikumsbetreuer ergeben sich bei B-Mustern der Interventionsgruppe in 81,1% der Fälle Übernahmeabsichten, während es in der Kontrollgruppe nur 64,6% sind. Allerdings sind diese Unterschiede auf dem 5%-Niveau nicht signifikant. Die geringe Stichprobengröße bei den Auswertungen bezüglich der Übernahmemechanismen ergibt sich daraus, dass Praktikumsbetreuer häufig keine Angaben zu dieser Frage gemacht haben.

Job-Chancen bei B-Mustern je nach Treatment

Job-Chancen, eingeschätzt durch den Praktikumsbetreuer im Betrieb - 15 Monate nach der Erhebung des AVEM-Musters

Muster	N			Treatment Interventionsgruppe	Praktikumsbetreuer würde Tn übernehmen, wenn es die Möglichkeit dazu gäbe		Test	Signifikanz
	Gesamt	IG	KG		IG	KG		
B	116	37	79	Teilnahme an mindestens 4 von 8 Gruppenmodulen	81,1 %	64,6 %	chi ²	p=.071

Tabelle 4

5.3 Entwicklung von Bewältigungsmustern im Rehaverlauf

5.3.1 Entwicklung von G-, S-, und A-Mustern bis Rehamitte

Rehabilitand/inn/en mit G-, S- und A-Muster aus der Interventionsgruppe wechselten bis zum Ende des ersten Qualifizierungsjahres nicht signifikant häufiger in ein Nichtrisikomuster als Rehabilitand/inn/en mit A-, S- und G-Muster aus der Kontrollgruppe.

5.3.2 Entwicklung von B-Mustern bis Rehamitte

Wie aus der folgenden Abbildung hervorgeht, haben Personen mit B-Muster in der Interventionsgruppe, die an mindestens vier Gruppenmodulen im ersten Qualifizierungsjahr teilgenommen haben, tendenziell häufiger das arbeitsbezogene Bewältigungsmuster hin zu einem Nichtrisikomuster gewechselt als Personen mit B-Muster in der Kontrollgruppe. Allerdings ist das Ergebnis auf dem 5%-Niveau nicht signifikant.

Entwicklung von B-Typen T0 – T1

Unterschiede zwischen IG und KG sind nicht signifikant (zweiseitig, $p=0,051$)

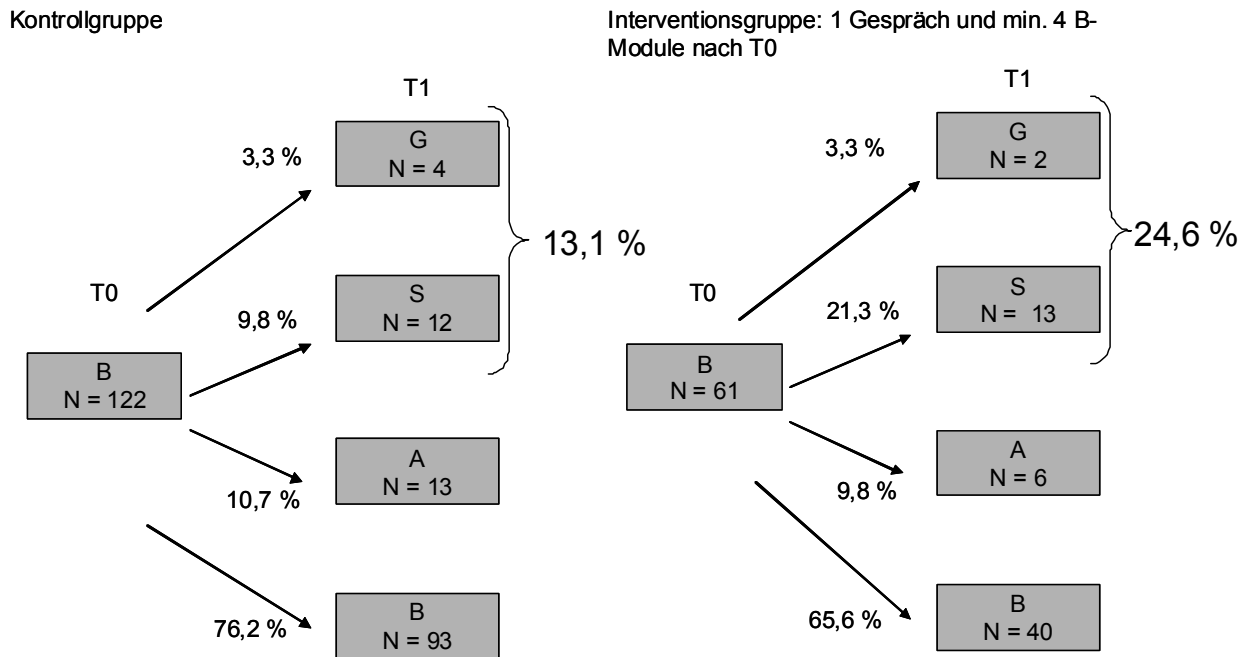


Abbildung 18

5.3.3 Entwicklung von B-Mustern bis Rehamitte je nach Geschlecht

Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, dann findet man signifikante Unterschiede zwischen Frauen der Interventionsgruppe und Frauen der Kontrollgruppe, während bei Männern keine Unterschiede erkennbar sind. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle wiedergegeben. Frauen, die zu Rehabeginn ein B-Muster aufwiesen und an mindestens vier Gruppenmodulen der Interventionsgruppe teilgenommen haben, wechselten in 32,1% der Fälle bis zum Ende des ersten Qualifizierungsjahres zu einem Nichtrisikomuster (S- oder G-Muster), während Frauen der Kontrollgruppe in 8,3% der Fälle in ein Nichtrisikomuster wechselten. Männer mit B-Muster, die an mindestens vier Gruppenmodulen der Interventionsgruppe teilgenommen haben, wechselten in 18,2% der Fälle in ein Nichtrisikomuster, während es in der Kontrollgruppe 17,7% waren. Die Unterschiede sind also sehr gering und auf dem 5%-Niveau nicht signifikant.

Entwicklung von B-Typen T0 – T1

Geschlechtsunterschiede je nach Treatment, Frauen der IG entwickeln im ersten Qualifizierungsjahr signifikant häufiger ein Nichtrisikomuster als Frauen der KG

Geschlecht				Muster zu T1		Gesamtsumme
				kein Risiko	Risiko	
Frauen	Treatment	Interventionsgruppe	Anzahl	9	19	28
			% in IG	32,1%	67,9%	100,0%
	Kontrollgruppe	Anzahl	5	55	60	
		% in KG	8,3%	91,7%	100,0%	
	Gesamtsumme		Anzahl	14	74	88
			% Frauen	15,9%	84,1%	100,0%
Männer	Treatment	Interventionsgruppe	Anzahl	6	27	33
			% in IG	18,2%	81,8%	100,0%
	Kontrollgruppe	Anzahl	11	51	62	
		% in KG	17,7%	82,3%	100,0%	
	Gesamtsumme		Anzahl	17	78	95
			% Männer	17,9%	82,1%	100,0%

Tabelle 5

5.3.4 Entwicklung von G-Mustern bis Rehaende

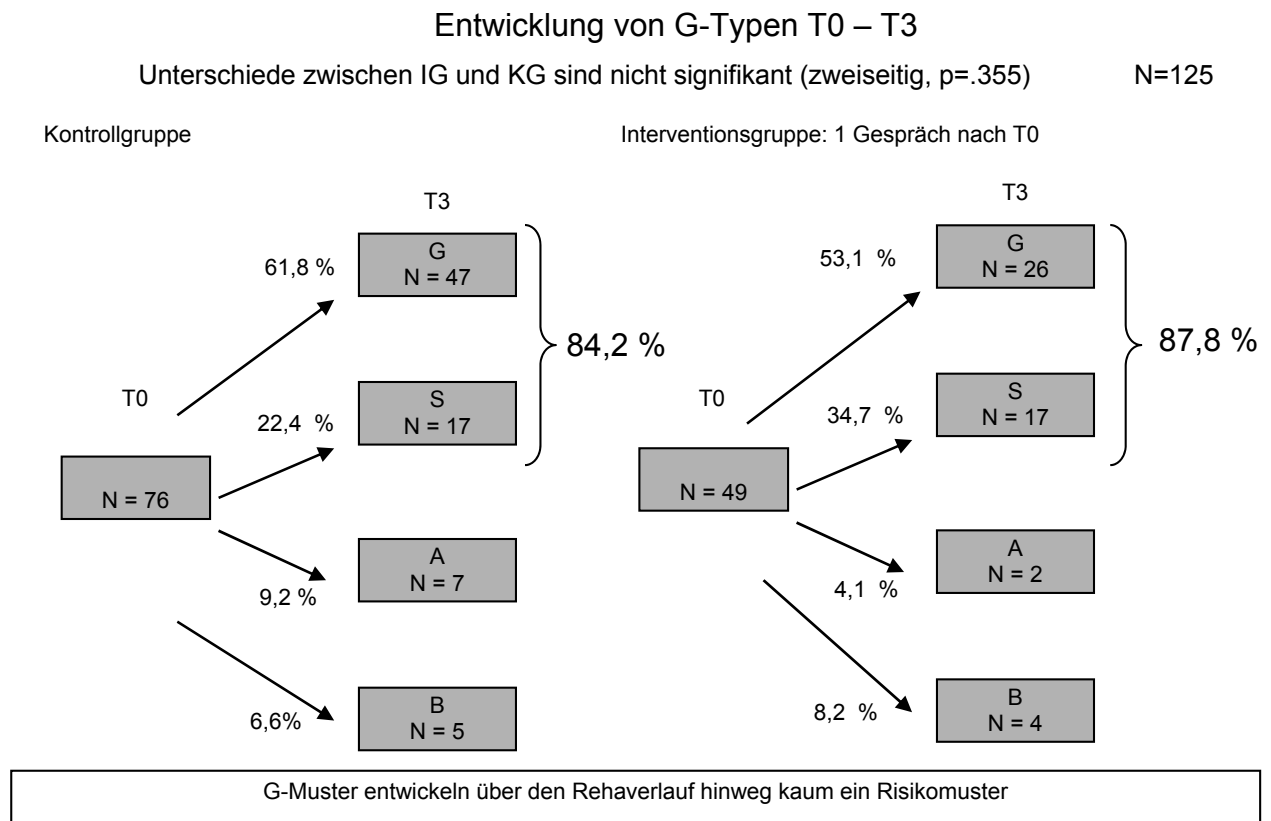


Abbildung 19

Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn der beruflichen Rehabilitation ein G-Muster aufwiesen, hatten in der großen Mehrheit am Ende der beruflichen Reha ein Nichtrisikomuster (Kontrollgruppe: 84,2%, Interventionsgruppe: 87,8%). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Kontrollgruppe, die lediglich nach den Fragebogenerhebungen zu T0 und T1 das AVEM-Ergebnis mit einer Interpretationshilfe erhalten hatten und Teilnehmern der Interventionsgruppe, die nach den Fragebogenerhebungen zu T0 und T1 ein Feedbackgespräch zu ihrem AVEM-Ergebnis erhalten hatten.

5.3.5 Entwicklung von S-Mustern bis Rehaende

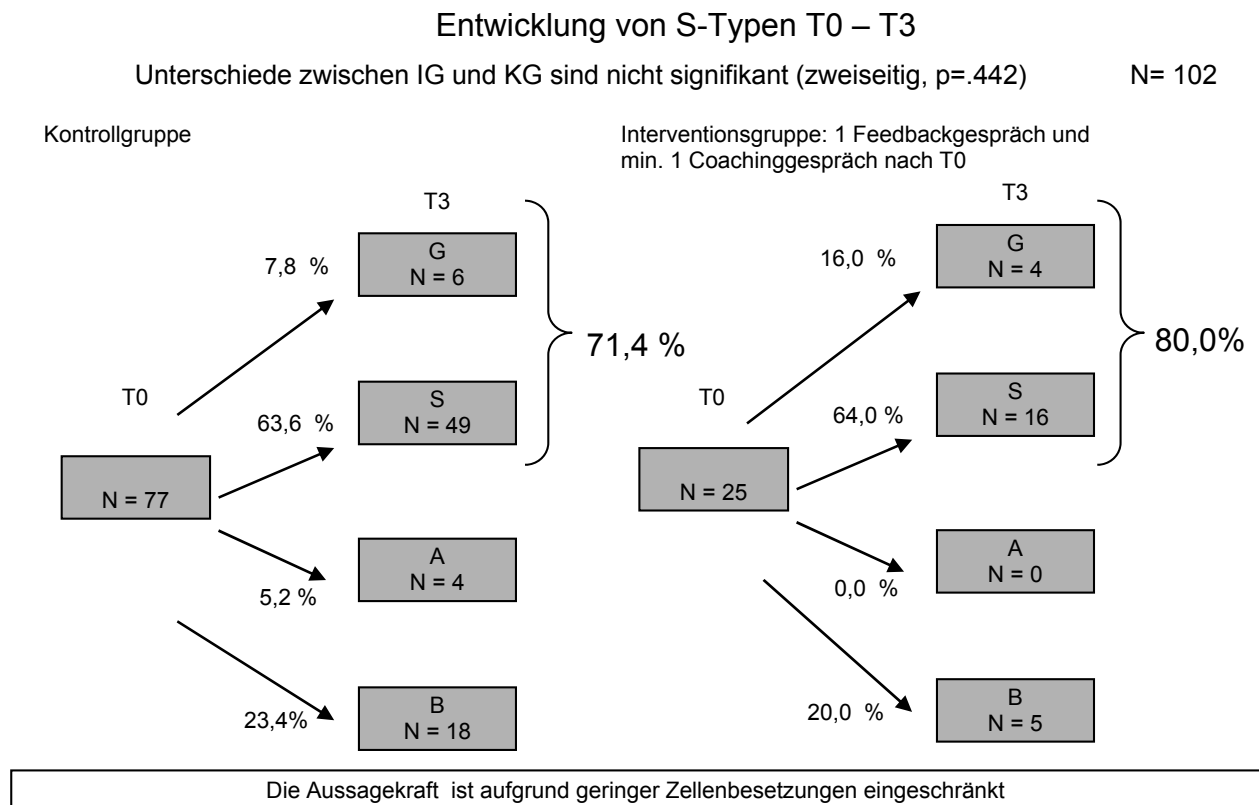


Abbildung 20

Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn der beruflichen Rehabilitation ein S-Muster aufwiesen, hatten in der großen Mehrheit am Ende der beruflichen Reha ein Nichtrisikomuster (Kontrollgruppe: 71,4%, Interventionsgruppe: 80,0%). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Kontrollgruppe, die lediglich nach den Fragebogenerhebungen zu T0 und T1 das AVEM-Ergebnis mit einer Interpretationshilfe erhalten hatten und Teilnehmern der Interventionsgruppe, die mindestens ein Coachinggespräch zu motivationalen Aspekten des individuellen AVEM-Profiles erhalten hatten. Die Aussagekraft der Studienergebnisse ist jedoch eingeschränkt, da nur wenige Teilnehmer mit einem S-Muster an einem Coaching teilgenommen haben.

5.3.6 Entwicklung von A-Mustern bis Rehaende

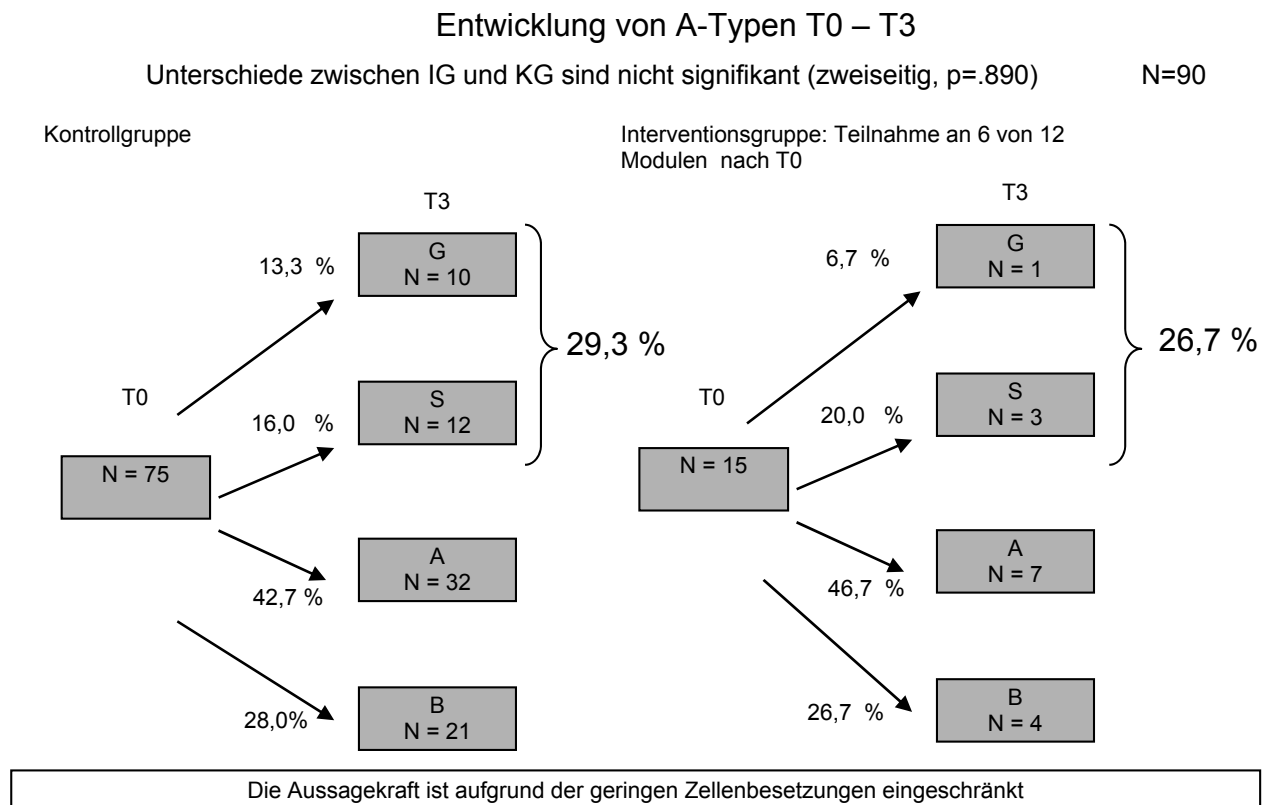


Abbildung 21

Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn der beruflichen Rehabilitation ein A-Muster aufwiesen, hatten nur in relativ seltenen Fällen am Ende der beruflichen Reha ein Nichtrisikomuster (Kontrollgruppe: 29,3%, Interventionsgruppe: 26,7%). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Kontrollgruppe, die lediglich nach den Fragebogenerhebungen zu T0 und T1 das AVEM-Ergebnis mit einer Interpretationshilfe erhalten hatten und Teilnehmern der Interventionsgruppe, die mindestens an sechs von insgesamt 12 Interventionsmodulen (2 Feedbackgespräche und 10 Gruppenmodule) teilgenommen haben. Die Aussagekraft der Studienergebnisse ist jedoch eingeschränkt, da nur wenige Teilnehmer mit einem A-Risikomuster an sechs Modulen teilgenommen haben.

5.3.7 Entwicklung von B-Mustern bis Rehaende

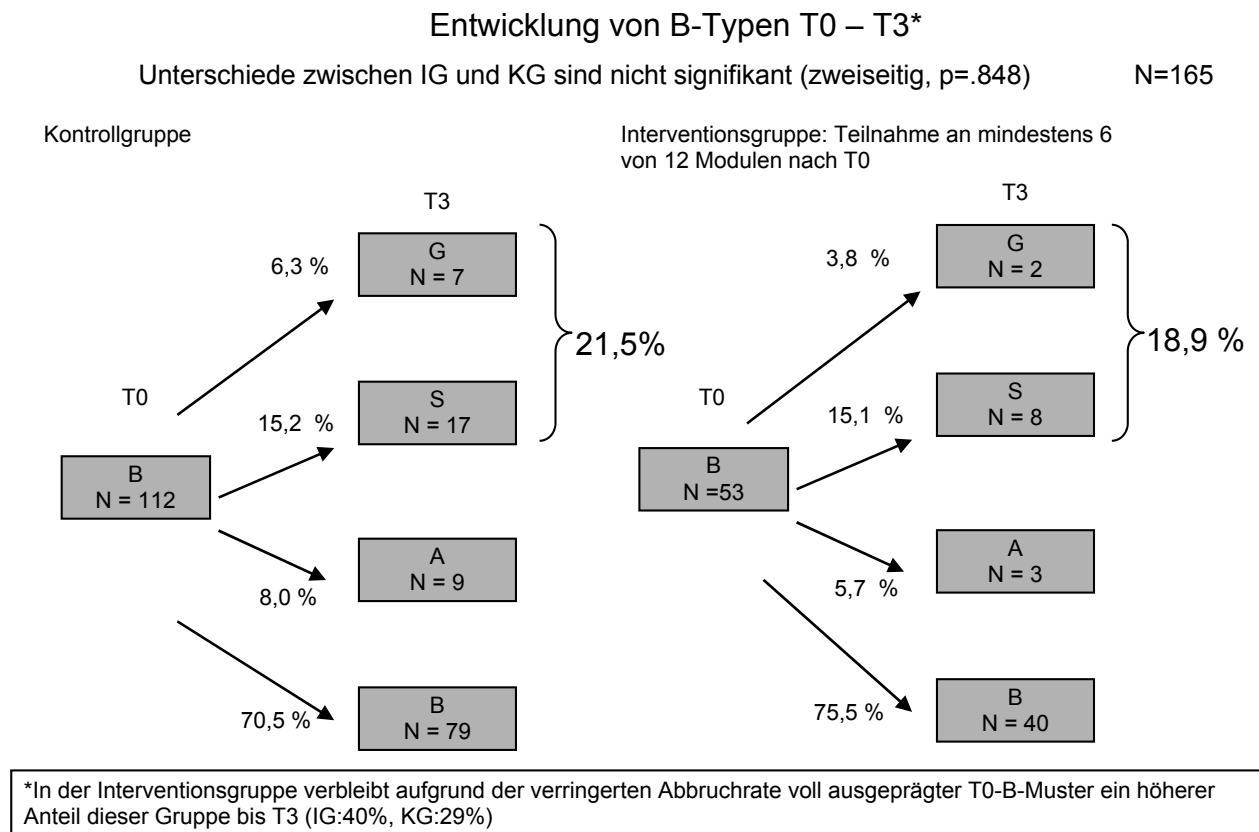


Abbildung 22

Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn der beruflichen Rehabilitation ein B-Muster aufwiesen, hatten nur in relativ seltenen Fällen am Ende der beruflichen Reha ein Nichtrisikomuster (Kontrollgruppe: 21,5%, Interventionsgruppe: 18,9%). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmer/inn/en der Kontrollgruppe, die lediglich nach den Fragebogenerhebungen zu T0 und T1 das AVEM-Ergebnis mit einer Interpretationshilfe erhalten hatten und Teilnehmer/inn/en der Interventionsgruppe, die mindestens an sechs von insgesamt 12 Interventionsmodulen (2 Feedbackgespräche und 10 Gruppenmodule) teilgenommen haben. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Interventionsgruppe weniger Teilnehmer/inn/en mit voll ausgeprägtem B-Muster die Qualifizierung abgebrochen haben (siehe Kapitel 6.4), so dass in der Interventionsgruppe mehr von diesen Rehabilitand/inn/en zum Rehaende an der letzten AVEM-Erhebung teilgenommen haben. Da voll ausgeprägte B-Muster sich besonders stark von Nichtrisikomustern unterscheiden, haben sie es besonders schwer in ein solches Muster zu wechseln. Dies muss bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

5.4 Rehaabbrüche

5.4.1 Maßnahmeverläufe und Abbrucharten

Insgesamt haben 76,5 % aller Teilnehmer/inn/en von Vollqualifizierungsmaßnahmen die Ausbildung wie vorgesehen abgeschlossen. Das bedeutet, dass diese Rehabilitand/inn/en in der vorgesehenen Ausbildungszeit den Abschluss, den sie zu Beginn der beruflichen Reha anstrebten, in dem Berufsförderungswerk, in dem sie die Ausbildung begonnen haben, auch erworben haben. Eine Unschärfe ergibt sich jedoch dadurch, dass einige der Teilnehmer/inn/en, die zu Projektbeginn erfasst wurden, vor Projektbeginn bereits im Berufsförderungswerk oder bei einem anderen Bildungsträger an einer Qualifizierung oder Integrationsmaßnahme teilgenommen haben dürften, so dass die wahre Zahl der Rehabilitand/inn/en, die eine Vollqualifizierung regulär abschließen, niedriger sein dürfte als oben angegeben.

Maßnahmeverläufe	Häufigkeit	Prozent
Qualifizierung planmäßig beendet	814	76,5
Nahtlose Umsetzung im selben Jahrgang	16	1,5
Nahtlose Zurücksetzung bzw. Neubeginn	33	3,1
Nach Unterbrechung andere Maßnahme	1	,1
Nach Unterbrechung Zurücksetzung bzw. Neubeginn	23	2,2
Vorzeitige Beendigung mit unklarer Perspektive	161	15,1
Vorzeitige Beendigung mit Integration	5	,5
Wechsel in den Mutterschutz	4	,4
Abbruch, keine weiteren Angaben	3	,3
Berufsfindung in einem BFW	1	,1
Nahtlose Umsetzung in ein anderes BFW	1	,1
Nahtlose Umsetzung zu einem Bildungsträger ohne begleitende Dienste	2	,2
Gesamtsumme	1064	100,0

Tabelle 6

Ca. 15 % der Rehabilitand/inn/en im Projekt, die eine Vollqualifizierung anstrebten, haben die Ausbildung in dem Sinne abgebrochen, dass mit der vorzeitigen Beendigung keine neue Perspektive, wie etwa ein Neubeginn, bekannt war. Für die weiteren Auswertungen werden Personen, mit vorzeitiger Integration, mit Wechsel in den Mutterschutz und ohne

differenzierte Angaben zum Abbruch (z.B. Abbruchdatum) nicht berücksichtigt. Erste werden nicht berücksichtigt, da nicht klar ist, wie der Abgang zu bewerten ist. Einerseits ist eine vorzeitige Integration positiv zu bewerten, andererseits ist nicht klar, ob eventuell wieder im alten Beruf gearbeitet wird. Letztere werden nicht berücksichtigt, weil nicht klar ist, ob es sich tatsächlich um einen Abbruch handelt. Als Abbrecher werden Personen definiert mit vorzeitiger Beendigung ohne neue Perspektive und Personen, die in eine Berufsfindung gehen.

5.4.2 Rehaabbrüche je nach AVEM-Muster

Abbrüche in der Kontrollgruppe nach AVEM-Muster⁴

N=498

Muster	B-Tend	B-Voll	S-Tend	S-Voll	A-Tend	A-Voll	G-Tend	G-Voll	AVEM-Tend
N	169	62	105	28	114	15	110	23	498
Abbruch N	32	21	14	7	17	2	12	4	75
Abbruch %	18,9%	33,9%	13,3%	25,0%	14,9%	13,3%	10,9%	17,4%	15,1%

Tabelle 7

In der oben eingefügten Tabelle sind die Abbruchquoten in der Kontrollgruppe aufgeführt. Dabei wurde das Muster zu Beginn der Qualifizierung zugrunde gelegt und in Bezug gesetzt zu Abbrüchen im weiteren Reha-Verlauf. Auffällig bei den Abbruchquoten sind die Personen mit voll ausgeprägtem B-Muster. 33,9% dieser Personengruppe haben die Qualifizierung abgebrochen. Ein voll ausgeprägtes Muster liegt dann vor, wenn das AVEM-Profil in sehr hohem Maße (95% Zuordnungswahrscheinlichkeit) mit einem Referenzmuster übereinstimmt. Tendenzmuster können hingegen Abweichungen zum Referenzprofil aufweisen. Entscheidend für die Zuordnung ist, dass die Zuordnungswahrscheinlichkeit zu einem der vier Referenzprofile (Cluster) größer ist als zu den anderen drei Referenzprofilen. Im hier verwendeten Sprachgebrauch bilden voll ausgeprägte Muster eine Teilmenge der Tendenzmuster. Die folgenden beiden Abbildungen illustrieren die Unterschiede am Beispiel der B-Muster.

⁴ fehlende Werte im AVEM wurden ersetzt

Voll ausgeprägtes AVEM-B-Muster

Reduziertes Arbeitsengagement, einhergehend mit verminderter Belastbarkeit und negativem Lebensgefühl

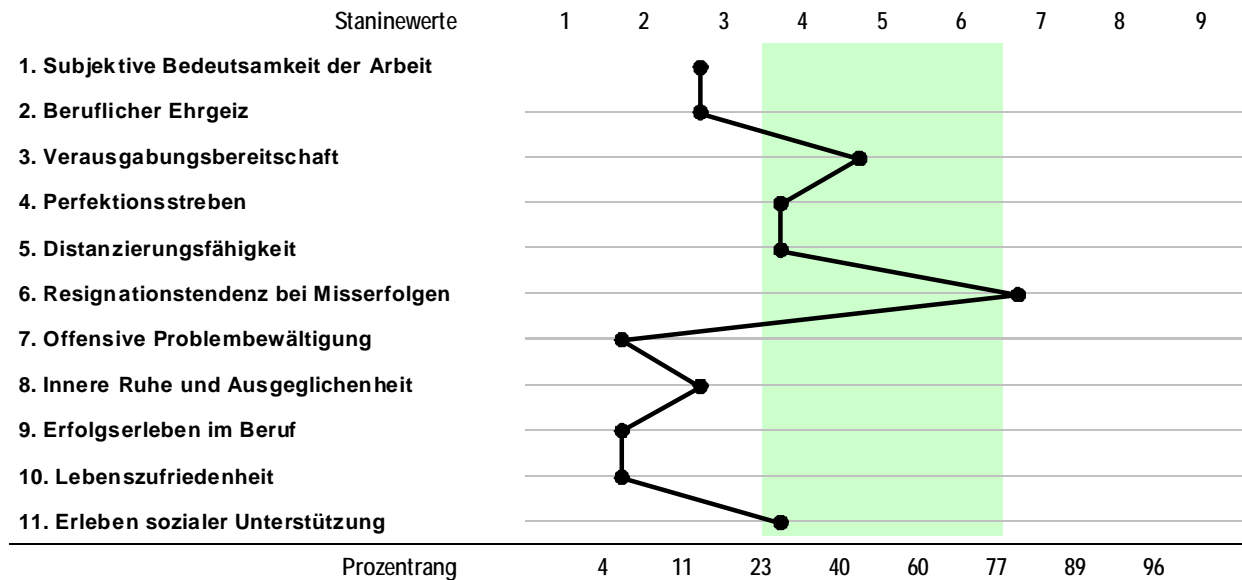


Abbildung 23

Tendenzausprägung eines AVEM-B-Musters

Zuordnungswahrscheinlichkeit zu B ist am größten. Abweichungen vom Referenzprofil deuten auf Anteile anderer Muster hin.

Veranschaulichung: Bei Veränderung in Pfeilrichtung Zunahme von S-Anteilen

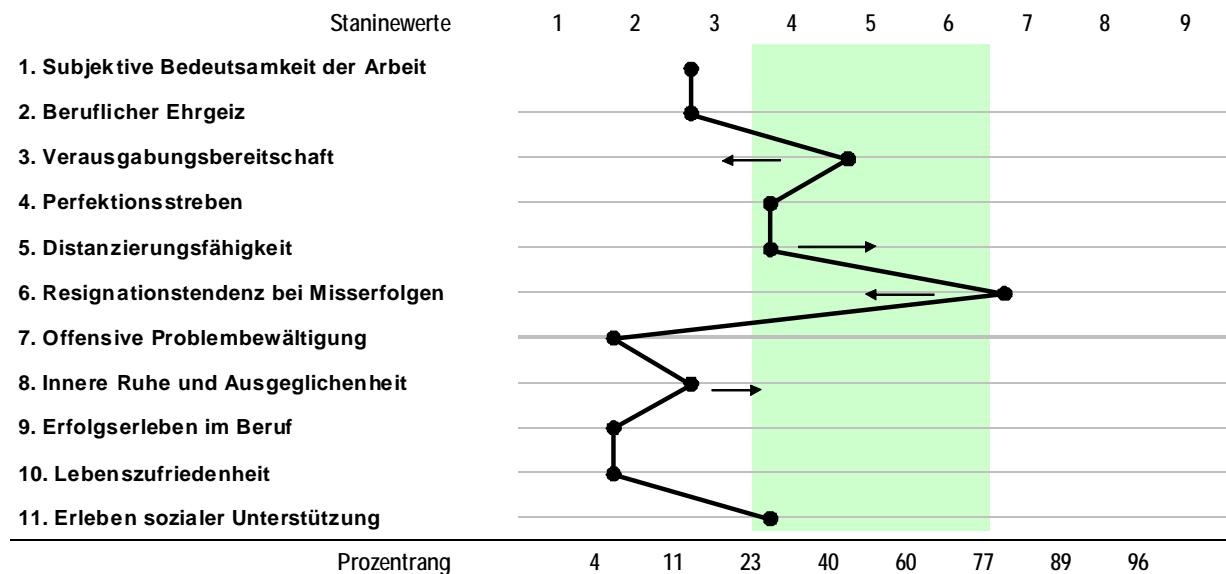


Abbildung 24

Während in allen bisherigen Ausführungen immer von Tendenzmustern ausgegangen wurde, da in der Vorstudie ASKOR, die den Ausgangspunkt für die vorliegende Studie bildet, ebenfalls Tendenzmuster ausschlaggebend für spätere Integrationserfolge gewesen waren, werden bezüglich des Abbruchverhaltens auch voll ausgeprägte Muster betrachtet.

Es erscheint plausibel, dass ein Bewältigungsstil, der besonders stark von Resignation, passivem Problemlöseverhalten und geringem Erfolgserleben geprägt ist, ein höheres Abbruchrisiko birgt als ein Bewältigungsstil, bei dem diese Merkmale in abgeschwächter Form auftreten.

5.4.3 Rehaabbrüche in Abhängigkeit der Intervention

Da in der Kontrollgruppe lediglich bei voll ausgeprägten B-Mustern ein auffälliges Abbruchverhalten vorliegt, wurde untersucht, ob sich in dieser Gruppe Vorteile durch das Interventionsangebot ergeben. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Einschlusskriterium in der Interventionsgruppe. Einerseits liegt es nahe, die Teilnahme an einer Mindestzahl von Interventionen vorauszusetzen, wenn man Interventionseffekte untersuchen will, andererseits war es in der vorliegenden Untersuchung so, dass das Kriterium der Teilnahme an mehreren Interventionsmodulen die Anwesenheit der jeweiligen Teilnehmer/inn/en von mehreren Monaten im BFW vorausgesetzt hätte. Alle Abbrüche, die in den ersten Monaten der beruflichen Reha stattfinden, wären in der Interventionsgruppe nicht beachtet worden und hätten zu einem unzulässigen und schiefen Vergleich mit den Teilnehmer/inn/en der Kontrollgruppe geführt. Aus diesem Grund wurden alle Teilnehmer/inn/en betrachtet. Die folgende Tabelle gibt die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bei voll ausgeprägtem B-Muster wieder.

Unterschiede bei Abbrüchen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bei voll ausgeprägtem B-Muster zu Rehabeginn

N=143

		Abbruchverhalten			
		kein Abbruch	Abbruch	Gesamtsumme	
Treatment	Interventionsgruppe	Anzahl	72	9	81
		Prozent	88,9%	11,1%	100,0%
	Kontrollgruppe	Anzahl	41	21	62
		Prozent	66,1%	33,9%	100,0%
Gesamtsumme		Anzahl	113	30	143
		Prozent	79,0%	21,0%	100,0%

Tabelle 8

In der Interventionsgruppe haben nur 11,1% der Personen mit voll ausgeprägtem B-Muster die Qualifizierung abgebrochen. Der χ^2 -Wert beträgt 10,974 und ist auf dem 1%-Niveau signifikant ($p=0,001$, 2-seitig). Die Unterschiede im Abbruchverhalten von Rehabilitand/inn/en mit stark ausgeprägtem resignativem Arbeitsbewältigungsstil sind je nach Treatment also höchst signifikant und sprechen für eine abbruchrisikomindernde Wirkung des eingesetzten Resilienztrainings.

5.5 Integrationserfolg

Als Kriterien für einen frühzeitigen Integrationserfolg wurden festgelegt:

- Berufstätigkeit ein halbes Jahr nach Ende der beruflichen Reha
- Bei der Tätigkeit handelt es sich um eine befristete oder unbefristete abhängige Beschäftigung oder um eine berufliche Selbständigkeit
- Besondere Arbeitsverhältnisse wie geringfügige Beschäftigung, ABM, 1-Euro-Job, Praktikum, PSA und Ich-AG zählen nicht als Integrationserfolg

Als Kriterien für den Integrationserfolg ein Jahr nach der Reha wurde die Wiedereingliederung zum Zeitpunkt ein Jahr nach Abschluss der Qualifizierung festgelegt. Ansonsten gelten die gleichen Kriterien wie für den Integrationserfolg nach einem halben Jahr.

Darüber hinaus wurde ein Kriterium für Hinweise auf eine dauerhafte Wiedereingliederung festgelegt. Nach diesem Kriterium ergeben sich Hinweise auf eine dauerhafte Wiedereingliederung, wenn eine Person ein Jahr nach Ende der beruflichen Rehabilitation einen regulären Arbeitsplatz hat (wie oben) und darüber hinaus sicher ist, die ausgeübte Tätigkeit auch in den kommenden zwei Jahren ausüben zu können.

5.5.1 Integration ein halbes Jahr nach Ende der Qualifizierung

In der nachfolgenden Tabelle sind die Integrationsquoten in der Gesamtstichprobe je nach AVEM-Muster zu T0 wiedergegeben. Die Rücklaufquote zum Zeitpunkt T4 beträgt 53,6% (N=477). Diese Quote bezieht sich auf Rehabilitand/inn/en, die am Projekt teilgenommen haben und die Qualifizierung regulär abgeschlossen haben. Nicht enthalten sind Integrationsquoten von Rehaabbrechern, da diese standardmäßig nicht von den beteiligten Berufsförderungswerken erhoben werden. Die Rücklaufquote ist vergleichbar mit anderen Integrationserhebungen in Berufsförderungswerken. Slesina & Rennert (2009) geben eine Rücklaufquote von 51% an (allerdings ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitation). Wie erwartet sind G-Muster häufiger in einem regulären Arbeitsverhältnis als B-Muster. Allerdings ist der Unterschied auf dem 5%-Niveau nicht signifikant ($\chi^2=1,503$; $df=1$; $p=0,220$). Für G-, S- und A-Muster sind die Integrationsquoten vergleichbar.

Erwerbsstatus ½ Jahr nach Ende der Reha über alle Teilnehmer hinweg

N=477

		Erwerbsstatus ½ Jahr nach Ende der Qualifizierung		Gesamt	
		reguläres Arbeitsverhältnis	kein reguläres Arbeitsverhältnis		
AVEM-Muster zu T0	G	Anzahl	56	38	94
		Prozent	59,6%	40,4%	100,0%
	S	Anzahl	61	43	104
		Prozent	58,7%	41,3%	100,0%
	A	Anzahl	65	42	107
		Prozent	60,7%	39,3%	100,0%
	B	Anzahl	89	83	172
		Prozent	51,7%	48,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	271	206	477	
	Prozent	56,8%	43,2%	100,0%	

Tabelle 9

Zwischen B-Mustern der Kontrollgruppe und B-Mustern der Treatmentgruppe, die an mindestens vier Gruppenmodulen im ersten Qualifizierungsjahr teilgenommen haben, besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Integrationsquoten ein halbes Jahr nach der Reha.

Erwerbsstatus ½ Jahr nach Ende der Reha bei B-Mustern je nach Treatment

N=129

B-Muster zu T0			Erwerbsstatus ½ Jahr nach Ende der Qualifizierung		Gesamt
			reguläres Arbeitsverhältnis	kein reguläres Arbeitsverhältnis	
Treatment	Interventionsgruppe	Anzahl	17	16	33
		Prozent	51,5%	48,5%	100,0%
	Kontrollgruppe	Anzahl	54	42	96
		Prozent	56,3%	43,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl		71	58	129
	Prozent		55,0%	45,0%	100,0%

Tabelle 10

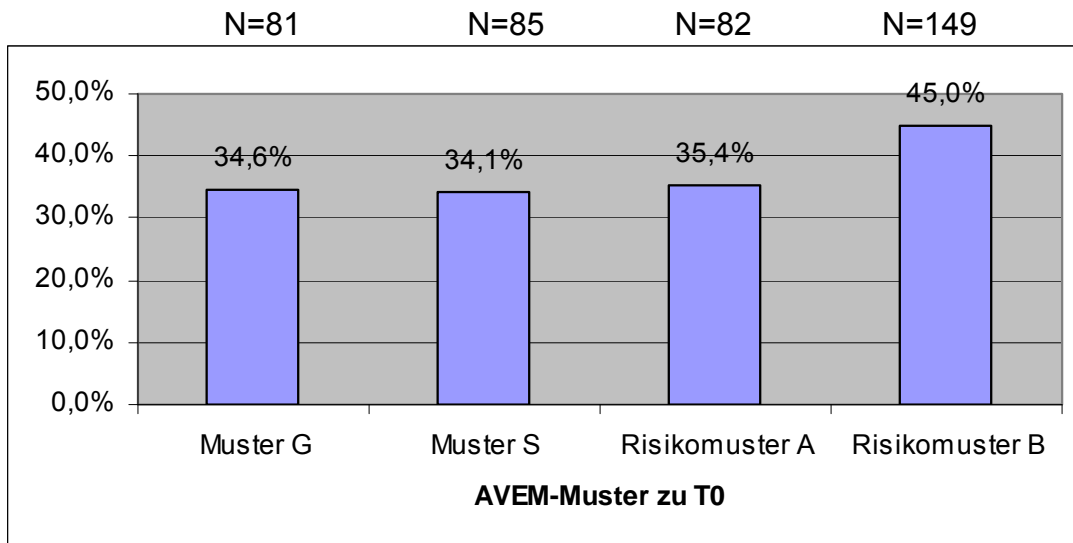
5.5.2 Integration ein Jahr nach Ende der Qualifizierung

Die Rücklaufquote zum Zeitpunkt T5 beträgt 37,3% (N=387). Geringe Rücklaufquoten in Bezug auf den Erwerbsstatus ein Jahr nach Ende der Qualifizierung bestehen insbesondere im Berufsförderungswerk Hamburg, wobei die Problematik vor allem bei den letzten beiden Kohorten auftritt. Das Berufsförderungswerk Hamburg verzichtete bei der Einjahresbefragung der letzten beiden Kohorten darauf, Absolventen, die nicht auf die schriftliche Befragung zum Erwerbsstatus geantwortet hatten, zusätzlich telefonisch zu befragen. Während sich für das BFW Köln über alle Kohorten hinweg Rücklaufquoten von durchschnittlich 62,1% ergeben, ergeben sich für das BFW Hamburg Rücklaufquoten von durchschnittlich 28,9%, wobei die letzten beiden Kohorten mit jeweils 20% extrem von den restlichen Rücklaufquoten abweichen. Die Rücklaufquote der ersten Kohorte im BFW Hamburg beträgt 45,2%. Die Ergebnisse zum Erwerbsstatus ein Jahr nach Ende der Qualifizierung könnten vor diesem Hintergrund verzerrt sein.

In der folgenden Abbildung sind die Integrationsquoten je nach AVEM-Muster zu T0 über alle Rehabilitand/inn/en hinweg dargestellt. Personen mit B-Muster zu T0 hatten zu 55% ein reguläres Arbeitsverhältnis, während Personen mit einem anderen AVEM-Muster zu etwa 65% einen regulären Arbeitsplatz hatten. Zwischen den Mustern ergeben sich jedoch keine auf dem 5%-Niveau signifikanten Unterschiede.

Erwerbsstatus über alle Teilnehmer hinweg

Anteil erwerbsloser Rehabilitand/inn/en ein Jahr nach Rehaende
(Durchschnitt: 38,5%, N=397)



Unterschiede zwischen den einzelnen Mustern sind nicht auf dem 5%-Niveau signifikant.
Unterschied zwischen B-Muster vs. alle anderen Muster ist auf dem 5%-Niveau signifikant.

Abbildung 25

Bei der vergleichenden Betrachtung von B-Mustern in der Interventionsgruppe, die an mindestens vier Gruppenmodulen im ersten Qualifizierungsjahr teilgenommen haben und B-Mustern in der Kontrollgruppe ergibt sich ein ähnliches Bild wie zu T4. Es ergeben sich keine auf dem 5%-Niveau signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Erwerbsstatus. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse.

Erwerbsstatus 1 Jahr nach Ende der Reha bei B-Mustern je nach Treatment

N=115

B-Muster zu T0		Erwerbsstatus 1 Jahr nach Ende der Qualifizierung		Gesamt	
		reguläres Arbeitsverhältnis	kein reguläres Arbeitsverhältnis		
Treatment	Interventionsgruppe	Anzahl	21	16	37
		Prozent	56,8%	43,2%	100,0%
	Kontrollgruppe	Anzahl	47	31	78
		Prozent	60,3%	39,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	68	47	115
		Prozent	59,1%	40,9%	100,0%

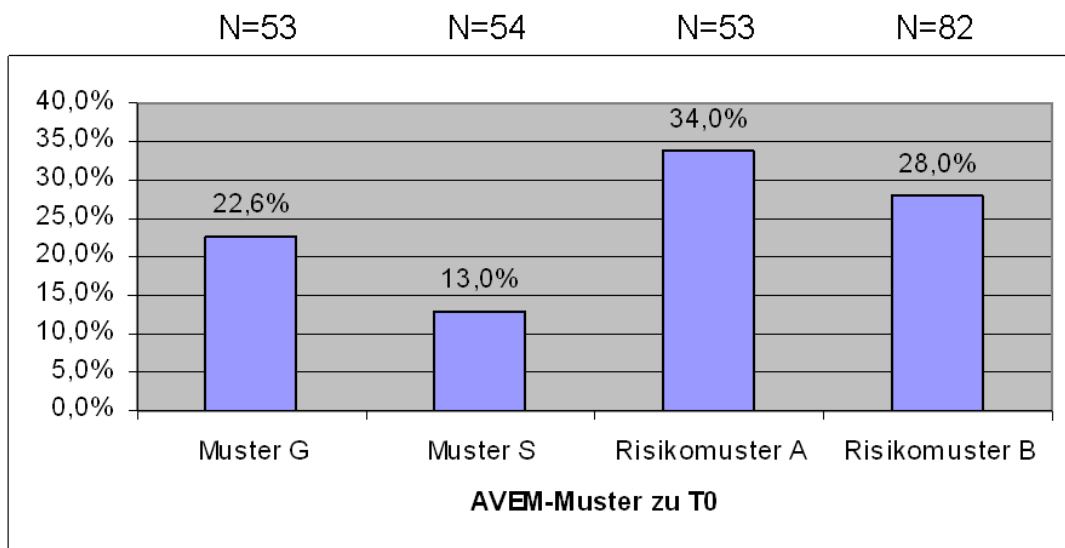
Tabelle 11

5.5.3 Dauerhafte Wiedereingliederung

Auffällig ist über alle Personen hinweg, dass Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn der Qualifizierung ein Risikomuster aufwiesen im Falle eines regulären Arbeitsverhältnisses ein Jahr nach Ende der beruflichen Rehabilitation signifikant häufiger als Personen mit Nichtrisikomuster angaben, dass sie unsicher waren, ob sie gesundheitlich in der Lage wären, die ausgeübte Tätigkeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben zu können. Das Ergebnis ist auf dem 5%-Niveau signifikant ($\chi^2=5,093$; $df=1$; $p=0,024$, 2-seitig). Von den Rehabilitand/inn/en mit Nichtrisikomuster zu Beginn der Qualifizierung waren 17,8% ein Jahr nach Beendigung der Qualifizierung nicht sicher die aktuell ausgeübte Tätigkeit in den nächsten zwei Jahren gesundheitlich ausüben zu können. Bei den Risikomustern waren es 30,4%.

Subjektive Erwerbsprognose über alle Teilnehmer hinweg

Anteil der Rehabilitand/inn/en mit unsicherer subjektiver Erwerbsprognose im Falle eines Jobs 1 Jahr nach der Reha (Durchschnitt: 24,8%, N=242)



Unterschiede zwischen Risiko- und Nichtrisikomustern sind auf dem 5%-Niveau signifikant. Außerdem sind die Unterschiede S/A und S/B auf dem 5%-Niveau signifikant.

Abbildung 26

5.5.4 Abbruch- und Integrationsspezifische Aspekte bei Schwerbehinderten

Nach Studienergebnissen von Slesina & Rennert (2009) haben Rehabilitand/inn/en mit Schwerbehinderung ein höheres Risiko die Qualifizierung abzubrechen als Rehabilitand/inn/en ohne Schwerbehinderung. Vor diesem Hintergrund wurde überprüft, ob dieses Ergebnis sich in der vorliegenden Studie replizieren lässt. Aus der unten eingefügten Tabelle geht hervor, dass 23,3% der Rehabilitand/inn/en mit Schwerbehinderung die Qualifizierung abgebrochen haben, während dies bei Rehabilitand/inn/en ohne Schwerbehinderung nur in 13,8% der Fälle vorkam ($\chi^2=10,116$; $df=1$; $p=0,001$, 2-seitig).

Abbrüche in Abhängigkeit einer vorliegenden Schwerbehinderung zu Rehabeginn

N=1052

			Maßnahmeverlauf		Gesamt
			kein Abbruch	Abbruch	
Grad der Behinderung	keine Schwerbehinderung	Anzahl	755	121	876
		Prozent	86,2%	13,8%	100,0%
	Schwerbehinderung	Anzahl	135	41	176
		Prozent	76,7%	23,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	890	162	1052
		Prozent	84,6%	15,4%	100,0%

Tabelle 12

Die Integrationsquoten von Schwerbehinderten (61,3%) und Nichtschwerbehinderten (56,0%) ein halbes Jahr nach der Reha unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Es muss aber berücksichtigt werden, dass bei der Erfassung der Integrationsquoten die Personen, die die Qualifizierung abgebrochen haben, nicht berücksichtigt wurden. Nach Streibelt & Egner (2012) besteht auf der Grundlage bisheriger Studien starke Evidenz dafür, dass Rehaabbrecher ein höheres Erwerbslosigkeitsrisiko tragen als Nichtabbrecher. Insofern muss ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme unter Berücksichtigung von Rehaabbrechern mit einem höheren Anteil nicht integrierter Menschen mit Schwerbehinderung gerechnet werden als dies hier der Fall war. Das Gleiche gilt für die Integrationshäufigkeiten Schwerbehinderter ein Jahr nach Ende der Qualifizierung. In der vorliegenden Studie waren ohne Berücksichtigung von Abbrechern 62% der Menschen mit Schwerbehinderung ein Jahr nach Ende der Qualifizierung in einem regulären Arbeitsverhältnis und damit etwa gleich häufig wie Nichtschwerbehinderte (61,3%). 76,7% der

Schwerbehinderten, die ein Jahr nach Ende der Reha in Arbeit waren, waren sicher diese Arbeit auch in zwei Jahren gesundheitlich ausüben zu können. Bei den Nichtschwerbehinderten waren es 74,9%. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei Schwerbehinderten ein erhöhtes Risiko für einen Rehaabbruch festzustellen ist. Haben Schwerbehinderte einmal erfolgreich die Qualifizierung abgeschlossen, dann haben sie gleich gute Integrationschancen wie Nichtschwerbehinderte. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Slesina & Rennert (2009). In der vorliegenden Studie gaben Schwerbehinderte, die die Qualifizierung später abbrachen bereits zu Beginn der Qualifizierung an, häufiger weniger gut mit den psychischen (N=176; T=3,063; df=174; p=0,003; 2-seitig) und körperlichen (N=176; T=2,269; p=0,024; 2-seitig) Anforderungen der Umschulung zurecht zu kommen als Schwerbehinderte, die die Qualifizierung regulär abschlossen. Dies muss nicht heißen, dass die Anforderungen der Qualifizierung im engeren Sinne als problematisch empfunden wurden. Denkbar ist auch, dass die Rahmenbedingungen als belastend erlebt wurden, wie etwa das tägliche Pendeln zum Bildungsträger oder zusätzliche Belastungen, die mit notwendigen regelmäßigen medizinischen Versorgungsmaßnahmen einhergehen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass Schwerbehinderte, die abbrachen, bereits zu Rehabeginn eine deutlich geringere Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen angaben als schwerbehinderte Nichtabbrecher (N=173; T=2,608; p=0,010; 2-seitig). Unter Nichtschwerbehinderten lassen sich zwischen Abbrechern und Nichtabbrechern keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen finden.

Es würden sich weitere Untersuchungen anbieten, um zu ergründen, welche Kontextfaktoren für Menschen mit Schwerbehinderung ein Hindernis darstellen, um die Qualifizierung erfolgreich abzuschließen.

5.5.5 Weitere integrationsbezogene Ergebnisse

In einer zusätzlichen Analyse wurde untersucht, ob sich neben dem arbeitsbezogenen Bewältigungsmuster in der vorliegenden Stichprobe weitere in der Forschungsliteratur diskutierte integrationsrelevante Faktoren finden lassen. Als Kriterium für Integration wurde das Vorhandensein einer regulären Beschäftigung ein Jahr nach Ende der Qualifizierung gewählt. Folgende potentielle Einflussfaktoren wurden bei der Analyse berücksichtigt:

- AVEM-Muster
- Psychische Gesundheit zu Rehabeginn

- Körperliche Gesundheit zu Rehabeginn
- Alter
- Geschlecht
- Schulabschluss
- Umschulungsberuf
- Erwerbsstatus vor Beginn der Qualifizierung
- Arbeitslosenquote am Wohnort
- Berufsförderungswerk

Die subjektive körperliche und die subjektive psychische Gesundheit wurden mit dem Fragebogen SF-12 erfasst. Der Fragebogen enthält teilhabebezogene Items. Beispiel: „Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause oder im Beruf behindert?“. Die sechs Items zur körperlichen und zur psychischen Gesundheit werden jeweils zu einem Score verrechnet. Für die vorliegende Auswertung wurden für Psyche und Körper je zwei Kategorien gebildet. Die Grundlage bildeten die Normwerte für die deutsche Normstichprobe im SF-12-Manual (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der Trennwert für das untere Quartil (SF12-KSK-Wert=44,24; SF12-PSK=48,30) wurde als Obergrenze für die Kategorie „geringe subjektive körperliche Gesundheit“ bzw. „geringe subjektive psychische Gesundheit“ gewählt. Rehabilitand/inn/en mit Werten oberhalb dieser Grenze wurden der Kategorie „mittlere bis hohe subjektive körperliche Gesundheit“ bzw. „mittlere bis hohe subjektive psychische Gesundheit“ zugewiesen. Diese Zuordnung erfolgte, da davon ausgegangen wurde, dass bei körperlichen Fähigkeiten, die im Durchschnittsbereich der Allgemeinbevölkerung liegen, eher keine Einschränkungen im Beruf auftreten dürften, während bei Fähigkeiten, die negativ davon abweichen, langfristig Probleme bei Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt auftreten könnten. Die folgende Tabelle enthält die Ergebnisse der multiplen logistischen Regressionsanalyse, die per Rückwärtsselektion (LR) durchgeführt wurde. Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn eine mittlere bis hohe subjektive psychische Gesundheit aufwiesen, hatten gegenüber Rehabilitand/inn/en mit geringer psychischer Gesundheit eine 2,3 mal höhere Chance ein Jahr nach Ende der Qualifizierung in einem regulären Arbeitsverhältnis zu stehen. Rehabilitand/inn/en, die zu Beginn eine mittlere bis hohe subjektive körperliche Gesundheit aufweisen, hatten gegenüber Rehabilitand/inn/en mit geringer körperlicher Gesundheit eine 1,69 mal höhere Chance ein Jahr nach Ende der Qualifizierung in einem regulären Arbeitsverhältnis zu stehen. Rehabilitand/inn/en aus

dem Berufsförderungswerk Hamburg hatten eine 1,7 mal höhere Chance einen regulären Arbeitsplatz zu bekleiden als Rehabilitand/inn/en aus dem Berufsförderungswerk Köln. Die anderen eingegeben Variablen leisten keinen signifikanten Beitrag zur Prognose der nachhaltigen Wiedereingliederung. Auch das AVEM-Muster leistet keinen signifikanten Beitrag zur Prognose der beruflichen Wiedereingliederung.

Prognosemodell zu Chancen der beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach Beendigung der Qualifizierung

N=371

Merkmal	Ausprägung	Deskription	b	Standardfehler	p	OR	95% KI	
Subjektive psychische Gesundheit zu T0	gering	50,7				1		
	Mittel bis hoch	49,3	,837	,224	0,000	2,30	1,48	3,58
Subjektive körperliche Gesundheit zu T0	gering	45,6				1		
	Mittel bis hoch	54,4	,528	,222	0,018	1,69	1,09	2,62
Berufsförderungswerk	Köln	65,5				1		
	Hamburg	34,5	,533	,237	0,024	1,70	1,07	2,71
Konstante			-,912	,392				

$R^2_{(Nagelkerke)}=0,081$

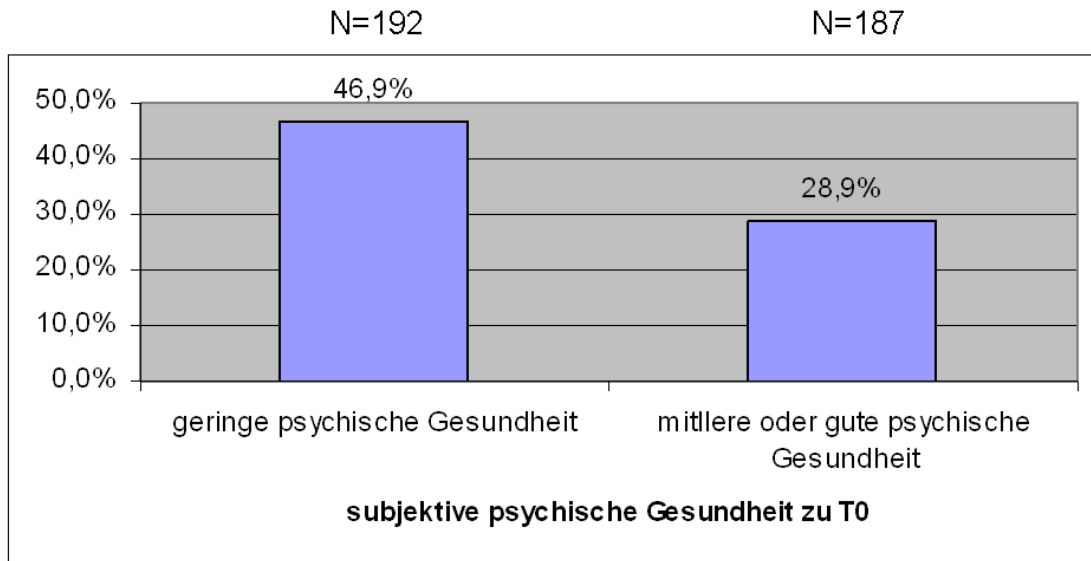
OR=Odds Ratio (Chancenverhältnis)

Unter Deskription sind die Häufigkeiten bezüglich der jeweiligen Ausprägung wiedergegeben

Tabelle 13

Die folgende Abbildung enthält die Häufigkeiten erwerbsloser Rehabilitand/inn/en in Prozent je nach subjektiver psychischer gesundheitlicher Lebensqualität zu Rehabeginn. Von den Rehabilitand/inn/en mit geringer subjektiver psychischer Gesundheit zu Rehabeginn waren ein Jahr nach Abschluss der Qualifizierung 46,9% erwerbslos, während es bei den Rehabilitand/inn/en mit mittlerer oder guter psychischer Gesundheit 28,9% waren.

Anteil erwerbsloser Rehabilitand/inn/en ein Jahr nach Rehaende
(Durchschnitt: 38,0%, N=379)

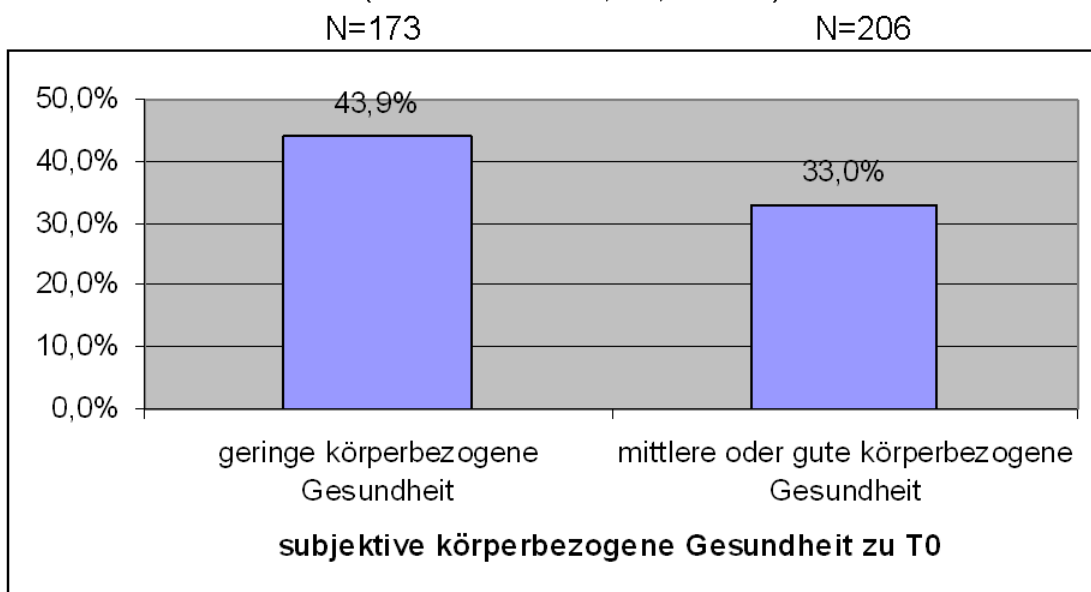


Unterschiede sind auf dem 5%-Niveau signifikant

Abbildung 27

Die folgende Abbildung enthält die Häufigkeiten erwerbsloser Rehabilitand/inn/en in Prozent je nach subjektiver körperbezogener gesundheitlicher Lebensqualität zu Rehabeginn. Von den Rehabilitand/inn/en mit geringer subjektiver körperbezogener Gesundheit zu Rehabeginn waren ein Jahr nach Abschluss der Qualifizierung 43,9% erwerbslos, während es bei den Rehabilitand/inn/en mit mittlerer oder guter körperbezogener Gesundheit 33,0% waren.

Anteil erwerbsloser Rehabilitand/inn/en ein Jahr nach Rehaende
(Durchschnitt: 38,0%, N=379)



Unterschiede sind auf dem 5%-Niveau signifikant

Abbildung 28

Von den Rehabilitand/inn/en, bei denen zu Rehabeginn sowohl eine geringe psychische als auch eine geringe körperbezogene gesundheitliche Lebensqualität vorlag (N=80), waren ein Jahr nach Ende der Reha 55,0% (N=44) erwerbslos.

Da mit dem Praktikum im zweiten Qualifizierungsjahr die Qualifizierung noch nicht beendet ist, so dass ausgehend von den Praktikumserfahrungen Interventionen möglich wären, um die Integrationschancen bis zum Abschluss zu beeinflussen, wurde in einer weiteren multiplen Regressionsanalyse (Rückwärtsselektion LR) untersucht, ob die von den Praktikumsbetreuern eingeschätzte Belastbarkeit der Rehabilitand/inn/en für die Wiedereingliederung von Bedeutung ist. Dabei wurden alle Variablen aus der vorangegangenen Analyse als Kontrollvariablen mitberücksichtigt. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle wiedergegeben. Es zeigt sich, dass die Belastbarkeit im Praktikum einen auf dem 5%-Niveau signifikanten Beitrag zur Prognose der beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach Rehaende leistet ($p=0,044$). Je schlechter die Bewertung der Belastbarkeit, desto geringer ist die Chance auf Wiedereingliederung. Im Mittel sinkt die Chance auf Wiedereingliederung mit jeder Note um etwa ein Viertel ($OR=0,76$). Außerdem wird die Variable Schulabschluss in das Modell aufgenommen. Das Prognosemodell ohne diese Variable leistet aber keine auf dem 5%-Niveau signifikant schlechtere Prognose als das Modell mit dieser Variablen. Auch der Likelihood-Ratio-Test liefert kein auf dem 5%-Niveau signifikantes Ergebnis ($-2LL=5,478$; $df=2$; $p=0,065$).

Prognosemodell zu Chancen der beruflichen Wiedereingliederung ein Jahr nach Beendigung der Qualifizierung inklusive Belastbarkeit im Praktikum

N=278

Merkmal	Ausprägung	Deskription ^a	b	Standardfehler	p ^b	OR	95% KI	
Subjektive psychische Gesundheit zu T0	gering	51,4				1		
	mittel bis hoch	48,6	0,942	0,267	0,000	2,56	1,51	4,33
Subjektive körperliche Gesundheit zu T0	gering	47,1				1		
	mittel bis hoch	52,9	0,643	0,275	0,020	1,90	1,10	3,26
Berufsförderungswerk	Köln	73,7				1		
	Hamburg	26,3	0,924	0,319	0,004	2,51	1,34	4,70
					0,069			
Schulabschluss	gering	28,0				1		
	mittel	45,0	-0,740	0,326	0,023	0,47	0,25	0,90
	hoch	27,0	-0,355	0,371	0,339	0,70	0,33	1,45
Belastbarkeit im Praktikum zu T2	in Schulnoten	2,01	-0,275	0,136	0,044	0,76	0,58	0,99
Konstante			-0,187	0,537				

$R^2_{(Nagelkerke)}=0,149$

^aUnter Deskription sind die Häufigkeiten in Prozent bzw. der Mittelwert bezüglich der Ausprägung wiedergegeben

^bWaldstatistik

OR=Odds Ratio (Chancenverhältnis)

Tabelle 14

Die folgende Abbildung enthält die Anzahl erwerbsloser Rehabilitand/inn/en in Prozent je nach Bewertung der Belastbarkeit im Betriebspraktikum. bei einer befriedigenden oder schlechteren Bewertung der Belastbarkeit durch die Praktikumsbetreuer, ist eine überdurchschnittlich hohe Erwerbslosigkeitsquote ein Jahr nach Ende der Reha zu verzeichnen.

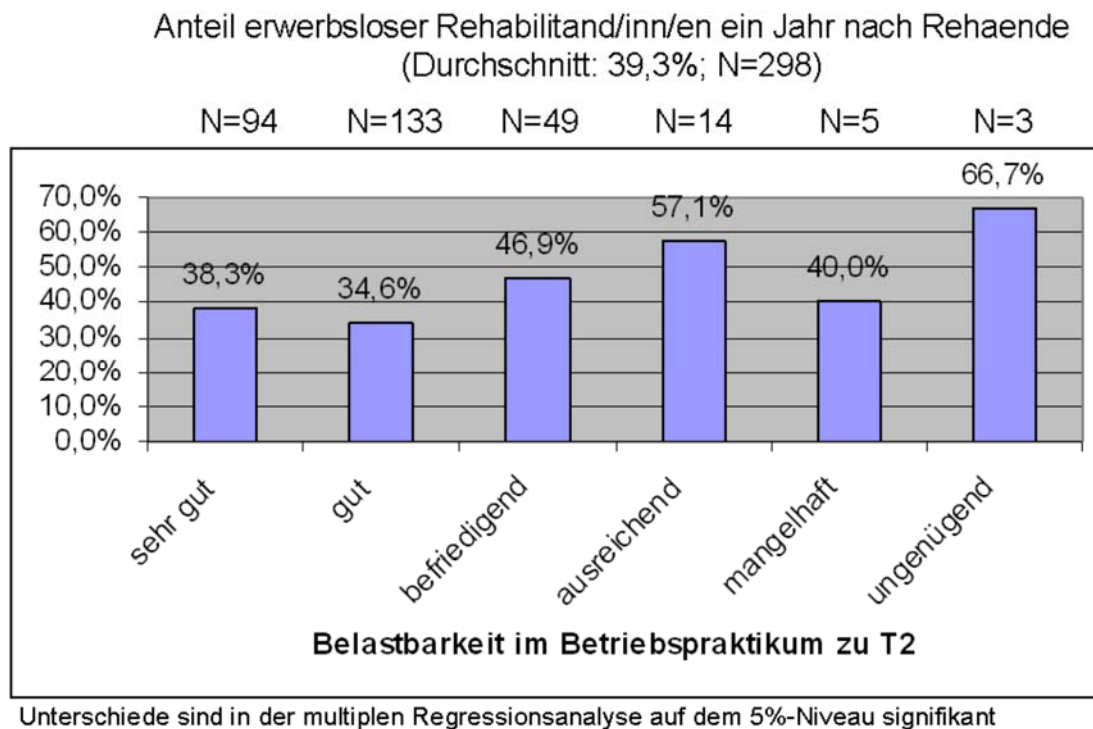


Abbildung 29

Unter Verwendung der Variable „Risikomuster zu T0“ und den gleichen Prädiktorvariablen wie oben wurde eine weitere multiple logistische Regressionsanalyse durchgeführt mit dem Zielkriterium „Zuversicht, die derzeitige Tätigkeit gesundheitlich in zwei Jahren ausüben zu können“. Bei Rückwärtsselektion (LR) erhält man ein Prognosemodell, dass die Prädiktorvariablen „Arbeitslosenquote am Wohnort“ und „körperliche Gesundheit zu T0“, „Berufsförderungswerk“ und „Risikomuster zu T0“ enthält (N=226). Mit sinkender Arbeitslosenquote am Wohnort stiegen die Chancen, sich im Falle eines vorhandenen Arbeitsplatzes ein Jahr nach Beendigung der Qualifizierung die ausgeübte Tätigkeit auch in den kommenden zwei Jahren gesundheitlich zuzutrauen. Darüber hinaus hatten Rehabilitand/inn/en, die zu Rehabeginn eine mittlere bis hohe subjektive körperliche Gesundheit aufwiesen, eine höhere Chance als Rehabilitand/inn/en mit geringer körperlicher Gesundheit zu Rehabeginn, sich die Tätigkeit, die sie ein Jahr nach Ende der Qualifizierung ausüben, auch in den kommenden zwei Jahren zuzutrauen. Außerdem werden die Variablen „Risikomuster zu T0“ und „Berufsförderungswerk“ in das Prognosemodell aufgenommen. Die Entnahme der Variable Berufsförderungswerk führt allerdings nicht auf dem 5%-Niveau zu einer Verschlechterung der Prognosegüte des Modells (-2LL=3,638; df=1; p=0,056). Die Entnahme der Variable „Risikomuster“ führt dagegen zu einer signifikanten Verschlechterung der Prognosegüte des Modells (-2LL=3,912;

df=1; p=0,048). AVE-M-Nichtrisikomuster (G und S) zu Rehabeginn hatten gegenüber Risikomustern (A und B) eine um das 1,94-fache erhöhte Chance sich ein Jahr nach Ende der zweijährigen Qualifizierung die ausgeübte Tätigkeit für die nächsten zwei Jahre gesundheitlich zuzutrauen (siehe auch Kapitel 5.5.3). Die geringen Unterschiede zwischen den p-Werten in der folgenden Tabelle und den im Text berichteten p-Werten ergeben sich dadurch, dass in der Tabelle die p-Werte der Waldstatistik wiedergegeben sind, während im Text die Ergebnisse des Likelihood-Ratio-Tests wiedergegeben sind. Nach Eid et al. (2010) besitzt der Likelihood-Ratio-Test eine größere Teststärke bei kleineren Stichproben oder wenn der Regressionskoeffizient einen großen Wert annimmt.

Prognosemodell zur Chance, sich 1 Jahr nach Rehaende die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich in den kommenden 2 Jahren zuzutrauen

N=226

Merkmal	Ausprägung	Deskription ^a	b	Standardfehler	p ^b	OR	95% KI	
AVEM-Muster zu T0	Risikomuster	48,0				1		
	kein Risikomuster	52,0	0,663	0,342	0,052	1,94	0,99	3,79
Subjektive körperliche Gesundheit zu T0	gering	39,8				1		
	mittel bis hoch	60,2	0,807	0,327	0,014	2,24	1,18	4,25
Arbeitslosenquote am Wohnort zu T5	In 2-Prozentschritten	7,65				1		
	Köln		-0,368	0,174	0,035	0,69	0,49	0,97
Berufsförderungswerk	Hamburg		0,661	0,355	0,063	1,93	0,96	3,88
Konstante			1,015	0,936				

R²(Nagelkerke)=0,125

^aUnter Deskription sind die Häufigkeiten bzw. der Mittelwert bezüglich der jeweiligen Ausprägung wiedergegeben

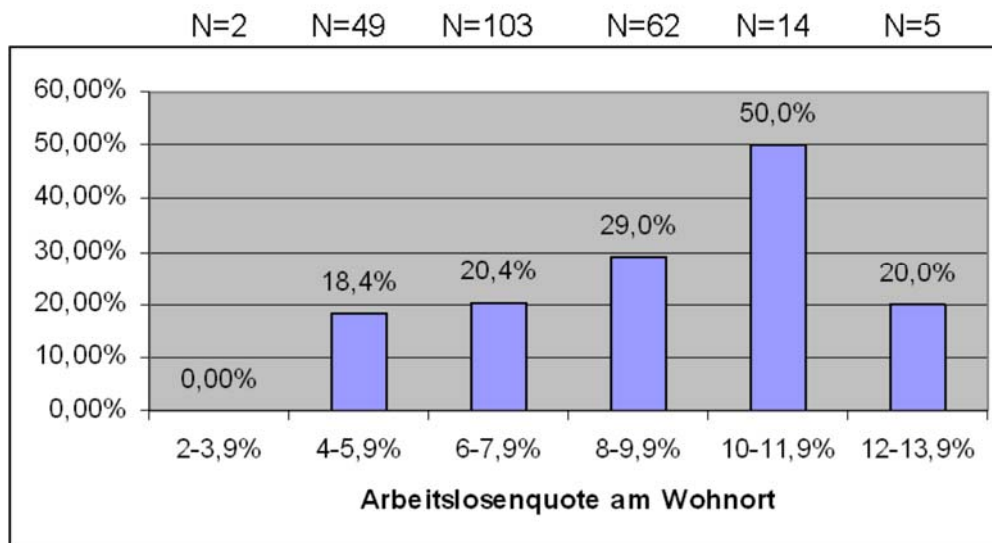
^bWaldstatistik

OR=Odds Ratio (Chancenverhältnis)

Tabelle 15

Interessant ist insbesondere der Einfluss der Arbeitslosenquote am Wohnort. Wie aus der folgenden Abbildung hervorgeht, waren Rehabilitand/inn/en, die in Landkreisen mit einer Arbeitslosenquote über 8% lebten, häufiger als der Durchschnitt der Rehabilitand/inn/en unsicher, ob sie die ein Jahr nach Ende der Reha ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich in den kommenden zwei Jahren ausüben können. Zu berücksichtigen ist, dass die Kategorie mit der höchsten Arbeitslosenquote vor dem Hintergrund der niedrigen Personenzahl (N=5) in dieser Kategorie keine zuverlässigen Ergebnisse liefert.

Anteil der Rehabilitand/inn/en mit unsicherer subjektiver Erwerbsprognose im Falle eines Jobs 1 Jahr nach der Reha (Durchschnitt: 23,8%, N=235)



Unterschiede sind auf dem 5%-Niveau signifikant. Das Ergebnis ist nur auf dem 10%-Niveau signifikant, wenn das AVEM-Muster und die körperbezogene subjektive Gesundheit zum Rehaende berücksichtigt werden

Abbildung 30

Wählt man als Prädiktoren für die subjektive Erwerbsprognose ein Jahr nach der Reha anstatt des Risikomusters zu Rehabeginn das Risikomuster zum Rehaende und anstatt der psychischen und körperlichen subjektiven Gesundheit zu Rehabeginn die psychische und körperliche subjektive Gesundheit zum Rehaende, dann erhält man ein Prognosemodell (N=196), in dem die subjektive körperliche Gesundheit zum Rehaende, das Risikomuster zum Rehaende und die Arbeitslosenquote als Prädiktoren enthalten sind. Das Modell erfährt durch Entnahme der Variable „Arbeitslosenquote am Wohnort“ allerdings nur eine auf dem 10%-Niveau signifikante Verschlechterung. Das Modell ist in der folgenden Tabelle wiedergegeben. Rehabilitand/inn/en, die zum Ende der beruflichen Rehabilitation ein AVEM-Nichtrisikomuster (G oder S) aufwiesen, hatten ein Jahr nach Rehaende im Falle eines Arbeitsverhältnisses gegenüber AVEM-Risikomustern (B oder A) eine um das 2,87-fache erhöhte Chance, sich die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich auch in den kommenden zwei Jahren zuzutrauen. Darüber hinaus hatten Personen, die zum Ende der beruflichen Rehabilitation eine mittlere oder höhere subjektive körperliche Gesundheit hatten gegenüber Personen mit geringer subjektiver körperlicher Gesundheit im Falle einer Arbeitsstelle ein Jahr nach der Reha eine um das 2,91-fache erhöhte

Chance sich die ausgeübte Tätigkeit in den kommenden zwei Jahren zuzutrauen. Mit Zunahme der Arbeitslosenquote um 2% am Wohnort verringerte sich die Chance, sich die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich auch in den kommenden zwei Jahren zuzutrauen im Mittel um 1/3. Dieses Ergebnis ist allerdings auf dem 5%-Niveau nicht signifikant.

Interventionseffekte, etwa in der Art, dass Personen mit Risikomuster, die an Interventionen teilgenommen haben, sich die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich eher zutrauen als Personen mit Risikomuster, denen die Interventionen nicht angeboten worden sind, lassen sich nicht nachweisen.

Prognosemodell zur Chance, sich 1 Jahr nach Rehaende die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich in den kommenden 2 Jahren zuzutrauen

N=196

Merkmal	Ausprägung	Deskription ^a	b	Standardfehler	p ^b	OR	95% KI	
AVEM-Muster zu T3	Risikomuster	48,0				1		
	Kein Risikomuster	52,0	1,055	0,364	0,004	2,87	1,40	5,86
Subjektive körperliche Gesundheit zu T3	gering	39,8				1		
	Mittel bis hoch	60,2	1,070	0,356	0,003	2,91	1,45	5,85
Arbeitslosenquote am Wohnort zu T5	In 2-Prozentschritten	7,65				1		
			-0,308	0,185	0,095	0,73	0,51	1,055
Konstante			1,421	0,851				

$R^2_{(Nagelkerke)}=0,166$

^aUnter Deskription sind die Häufigkeiten bzw. der Mittelwert bezüglich der jeweiligen Ausprägung wiedergegeben

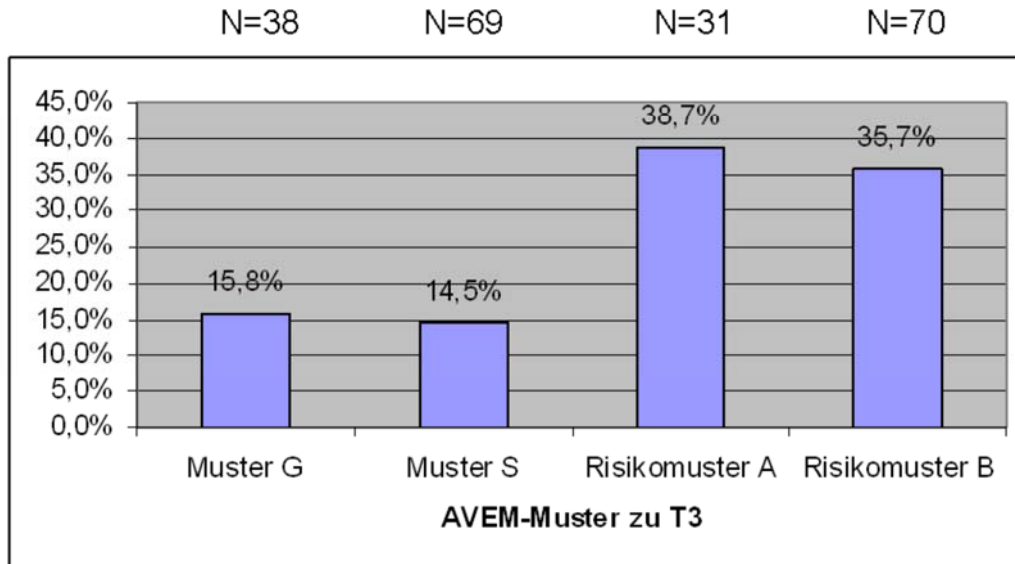
^bWaldstatistik

OR=Odds Ratio (Chancenverhältnis)

Tabelle 16

Die Häufigkeiten in Prozent in Bezug die subjektive Erwerbsfähigkeit ein Jahr nach der Reha je nach AVEM-Muster und subjektiver körperbezogener Gesundheit zum Rehaende sind in den folgenden Abbildungen wiedergegeben.

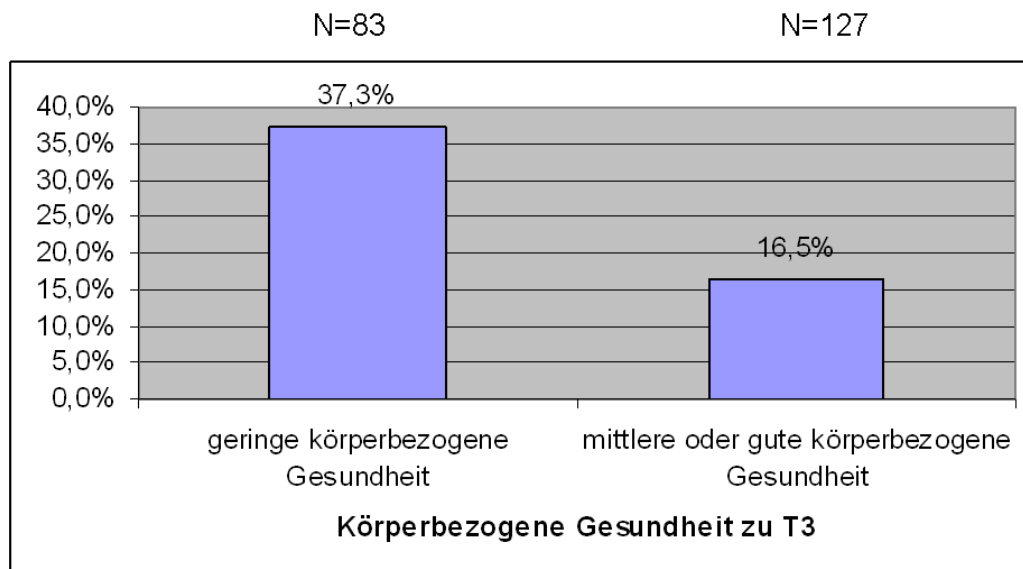
Anteil der Rehabilitand/inn/en mit unsicherer subjektiver Erwerbsprognose im Falle eines Jobs 1 Jahr nach der Reha (Durchschnitt: 25,5%, N=208)



Unterschiede sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

Abbildung 31

Anteil der Rehabilitand/inn/en mit unsicherer subjektiver Erwerbsprognose im Falle eines Jobs 1 Jahr nach der Reha (Durchschnitt: 24,8%, N=210)



Unterschiede sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

Abbildung 32

6 Zusammenfassung und Diskussion

Die Projektergebnisse zeigen, dass AVEM-Muster eine Relevanz für verschiedene Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung haben. So zeigten Rehabilitand/inn/en, die zu Rehabeginn ein AVEM-Burnout-Muster (B-Muster) aufwiesen, im Betriebspraktikum einhalb Jahre später eine geringere Belastbarkeit als Rehabilitand/inn/en, die zu Rehabeginn ein gesundes AVEM-Muster (G-Muster) aufwiesen. Darüber hinaus äußerten Praktikumsbetreuer bei Personen mit B-Muster häufiger als bei Personen mit G-Muster, dass sie diese nach Abschluss der Qualifizierung nicht übernehmen würden.

Wenn das B-Muster besonders stark ausgeprägt war, kam es gehäuft zu Rehaabbrüchen. Der verringerten Belastbarkeit und den Rehaabbrüchen konnte mit Hilfe der im Projekt eingesetzten Interventionen wirksam entgegengetreten werden. Allerdings wurden die Interventionen im ersten Qualifizierungsjahr nicht in dem erwarteten Umfang genutzt. Im zweiten Qualifizierungsjahr war die Nutzung des Angebots enttäuschend. Dies dürfte einer der Gründe dafür sein, warum zum Rehaende und danach keine Effekte der Interventionen mehr nachweisbar sind.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die subjektive psychische und körperliche Gesundheit zu Rehabeginn wesentliche Prädiktoren für die berufliche Wiedereingliederung darstellen. Das AVEM-Muster zu Rehabeginn war entgegen der Erwartung kein bedeutender Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung im Beobachtungszeitraum von einem Jahr. Die im Projekt durchgeführten Interventionen führten auch nicht zu höheren Eingliederungsquoten bei den betroffenen Personengruppen. Auffallend ist jedoch, dass AVEM-Muster zu Rehabeginn und noch stärker AVEM-Muster zum Rehaende bedeutsam dafür sind, ob Rehabilitand/inn/en im Falle einer beruflichen Wiedereingliederung sicher sind, die ausgeübte Tätigkeit gesundheitlich mittelfristig ausüben zu können. Personen, bei denen zu Rehabeginn ein Risikomuster vorliegt (A oder B) sind, wenn sie ein Jahr nach Ende der Reha einen regulären Arbeitsplatz haben, signifikant häufiger unsicher als Personen mit Nichtrisikomuster (G oder S), ob sie gesundheitlich auch in den kommenden zwei Jahren in der Lage sind, die Tätigkeit auszuüben.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass mit dem AVEM ein Instrument vorliegt, mit dem Risiken für einen negativen Rehaerlauf und für eine unsichere berufliche Wiedereingliederung frühzeitig erkannt werden können. Darüber hinaus bieten die im Projekt durchgeführten Interventionen Ansatzpunkte zur Optimierung von Rehaerläufen. Andererseits müssen solche Interventionen nachhaltiger gestaltet werden, etwa indem sie anders im Ausbildungskontext verankert sind als dies im Projekt der Fall war. In einem der beiden

Berufsförderungswerke gab es zum Beispiel keine gesonderten Zeitfenster für Gesundheitsförderung. Darüber hinaus scheinen Gesundheitsförderungsangebote im zweiten Qualifizierungsjahr in Berufsförderungswerken bei Rehabilitand/inn/en nicht auf fruchtbaren Boden zu fallen, obwohl gerade zum Abschluss der Qualifizierung beim Eintritt in den Arbeitsmarkt die gesundheitliche Situation von besonderer Bedeutung ist, um nachhaltig beruflich integriert werden zu können.

Bewertungen von Praktikumsbetreuern im Betrieb im zweiten Qualifizierungsjahr zur Belastbarkeit von Rehabilitand/inn/en scheinen gute Prädiktoren für den späteren Integrationserfolg zu sein. Diese Erkenntnis ließe sich nutzen, in dem man z.B. frühzeitig nach gesundheitlich passenden Praktikumsplätzen sucht, am besten in Betrieben, die einen Arbeitskräftebedarf im fraglichen Bereich signalisieren. Eine solche frühzeitige Suche wäre insbesondere bei Rehabilitand/inn/en zu überlegen, bei denen eine unterdurchschnittliche psychische oder körperliche Gesundheit vorliegt.

Die Studie gibt Hinweise darauf, dass Rehabilitand/inn/en, die in Regionen mit erhöhter Arbeitslosigkeit leben, häufiger Arbeitsstellen annehmen, die gesundheitlich nicht angemessen sind. Dies spricht dafür, dass diese Personen eine höhere Mobilitätsbereitschaft mitbringen müssen als Rehabilitand/inn/en, die in Regionen mit geringer Arbeitslosigkeit leben.

Bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen sollte nicht nur darauf geachtet werden, dass eine Passung von individueller gesundheitsbezogener Leistungsfähigkeit und den Anforderungen am Arbeitsplatz vorliegt, sondern auch darauf, ob der Arbeitgeber Merkmale einer gesunden Organisation aufweist. Regelmäßige Mitarbeitergespräche, das Vorhandensein einer Mitarbeitervertretung, Regelungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement, Tariflöhne und Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung sind Beispiele solcher Merkmale. Vorab eingeholte Informationen zum Arbeitsplatz und zum Betrieb können im Rahmen des Praktikums von Rehabilitanden und Bildungsträger auf ihre praktische Relevanz in Bezug auf Erhaltung der Arbeitsfähigkeit hin überprüft werden. Gegebenfalls muss auf der Grundlage dieser Erfahrungen ein anderer Arbeitsplatz gesucht werden. Darüber hinaus können standardisierte Erhebungen zum Praktikumserfolg, so wie sie im Projekt erfolgt sind, Hinweise zum Förderbedarf bis zum Rehaende geben, so dass Defizite gegebenenfalls rechtzeitig bis zum Zeitpunkt des Eintritts in den Arbeitsmarkt verringert werden können.

Einem Ergebnis der vorliegenden Studie, dem ebenfalls Beachtung geschenkt werden sollte, sind die erhöhten Abbruchquoten von schwerbehinderten Rehabilitand/inn/en. Dieses Ergebnis entspricht den Ergebnissen von Slesina & Rennert (2009) und sollte zu weiteren Forschungsbemühungen anregen. Es drängen sich eine ganze Reihe von Fragen auf: Zum Beispiel die Frage danach, ob es beeinflussbare Kontextfaktoren gibt, die Schwerbehinderte daran hindern, Qualifizierungen abzuschließen.

Wesentliche Erkenntnisse brachte auch die zum Abschluss des Projektes durchgeführte Fachtagung mit dem Titel „Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation“. Mehrfach wurde auf der Veranstaltung die zunehmende Arbeitsverdichtung angesprochen, der Rehabilitand/inn/en in Qualifizierungsmaßnahmen ausgesetzt sind und die es ihnen schwer macht, die erforderlichen Aktivitäten sowohl zur Erreichung des Ausbildungszieles als auch zum Erhalt der Gesundheit zu unternehmen. Hier besteht Optimierungsbedarf.

7 Kernbotschaft

Die subjektive Gesundheit zu Beginn von zweijährigen Qualifizierungen in Berufsförderungswerken ist ein bedeutsamer Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung ein Jahr nach Abschluss der Umschulung. Ein ausgeprägter resignativer Arbeitsbewältigungsstil zu Rehabeginn ist ein bedeutsamer Prädiktor für Rehaabbrüche. Außerdem liefert die Studie Hinweise dafür, dass bei Rehabilitand/inn/en, die zu Rehabeginn ein Gesundheitsrisikoverhalten aufweisen (AVEM-Muster A oder B), ein nachhaltiger Integrationserfolg stärker gefährdet ist als bei Rehabilitand/inn/en ohne Gesundheitsrisikoverhalten.

Die Projektergebnisse zeigen, dass die Belastbarkeit von Rehabilitand/inn/en durch Verhaltensprävention verbessert werden kann. Allerdings konnten keine langfristigen Effekte nachgewiesen werden.

Sinnvoll erscheint für die Praxis, neben dem Einsatz geeigneter gesundheitsbezogener Assessments wie z.B. dem AVEM-Instrument, ein hinsichtlich Zielgruppe, Platzierung und Verbindlichkeit ausgearbeitetes verhaltensbezogenes Interventionskonzept, zu dem die im Projekt ausgearbeitete Vorgehensweise die Grundlage bilden kann, und ein erweiterter verhältnisbezogener Ansatz, mit dem Ziel für Rehabilitand/inn/en während der beruflichen Rehabilitation ein gesundheitsförderliches Setting zu schaffen, das die Gesund-

heit im gesamten Rehaalltag verankert. Dazu gehört auch die Implementierung von Gesundheit an den Lernorten, was die gesundheitsbezogene Schulung von Ausbildungspersonal einschließt. Darüber hinaus sollten bei den Integrationsbemühungen insbesondere Rehabilitand/inn/en mit Gesundheitsrisikoverhalten dabei unterstützt werden, einen gesunden Arbeitsplatz in einem gesunden Unternehmen zu bekommen, so dass die Chancen für eine dauerhafte Wiedereingliederung erhöht werden. Eine Schlüsselrolle bei der Erlangung eines Arbeitsplatzes scheint dem Betriebspraktikum zuzukommen. Anzustreben ist die frühzeitige Suche nach einem gesundheitlich passenden Praktikumsplatz in einer gesunden Organisation.

Das folgende Schaubild gibt die im Projekt „Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster“ gefundenen Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung ein Jahr nach Beendigung zweijähriger Qualifizierungen wieder. Der Einfluss der Arbeitslosenquote am Wohnort auf das Ausmaß an Sicherheit, mit dem beruflich integrierte Rehabilitand/inn/en einschätzen, die ausgeübte Tätigkeit ein Jahr nach der Reha dauerhaft ausüben zu können, könnte darauf hinweisen, dass eine hohe Zahl von Konkurrenten um Arbeitsplätze es Rehabilitand/inn/en erschwert, einen leistungsgerechten Arbeitsplatz zu finden, wodurch der Druck steigt, eine Arbeit annehmen zu müssen, die nicht dauerhaft ausgeführt werden kann. Der gestrichelte Pfeil zwischen regulärem Maßnahmeende und Integration ein Jahr nach Rehaende weist darauf hin, dass dieser Zusammenhang nicht im Projekt erhoben wurde, sondern aus anderen Studien übernommen wurde (Streibelt & Egner, 2012). Es gibt eine starke Evidenz für diesen Zusammenhang, so dass er hier berücksichtigt wird.

Einflussfaktoren beruflicher Integration im Projekt Förderung arbeitsbezogener Bewältigungsmuster

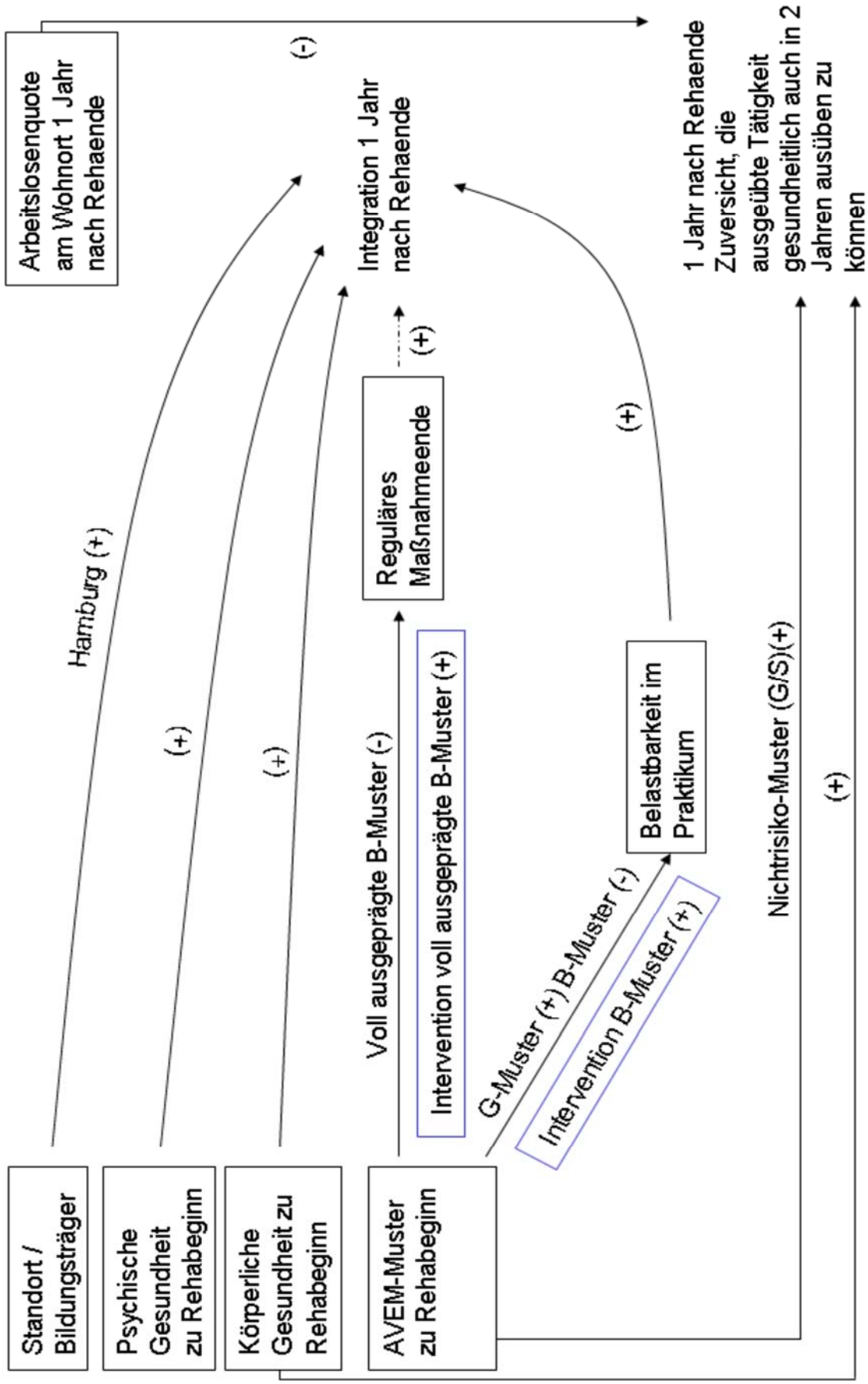


Abbildung 33

8 Verbreitung von Projektergebnissen

Inhalte und Erkenntnisse aus dem Projekt „Arbeitsbezogene Bewältigungsmuster“ wurden in umfangreichem Maße sowohl auf wissenschaftlichen Veranstaltungen als auch unter Praktikern verbreitet. Folgende Aktivitäten sind erfolgt:

- Kommunizierung der Erkenntnisse an die Geschäftsführer der Berufsförderungswerke: März 2013
- Diskussion zur praktischen Umsetzung im Führungsgremium des BFW Köln: April 2013
- iqpr-Fachtagung „Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation“ am 24.09.2013
- Sonstige Tagungen und Kongresse
 - Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: März 2011, 2012, 2013 und 2014
 - Zentrum für Patientenschulung: Mai 2012
 - Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie: September 2012
 - Frühjahrskongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft: Februar 2013
 - Rehafutur Fachtagung: Juni 2013
 - Congress of the European Association of Work and Organizational Psychology: Mai 2013
 - European Congress of Psychology: Juli 2013

Die im Projekt durchgeführten Interventionen sind manualisiert und werden den Praktikern der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung gestellt.

9 Literatur

Baumann R. (2007). Das IMBA-basierte Verfahren ASKOR zur Erfassung von Schlüsselqualifikationen in der Praxis der beruflichen Rehabilitation – Entwicklung und empirische Untersuchung des Verfahrens. In: iqpr-Forschungsbericht 1, 45–66; 2007

Baumann, R., Begerow, B., Frohnweiler, A., Kochowski, G., MBOMBI, A., Pechtold, S., Reffelman, T., Wieggers, P. (2012). Wirksamkeit eines psychologischen Gruppenprogramms in der beruflichen Rehabilitation für Rehabilitanden mit hohem Erleben von Erschöpfung und Resignation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 05. März bis 7. März 2012, DRV-Schriften Band 98, 245-246

Baumann, R. (2012). AVEM-gestützte Förderung gesunder arbeitsbezogener Bewältigungsmuster bei beruflichen Bildungsleistungen. 7. Fachtagung 2012 vom 10. Mai bis 11. Mai 2012. www.zentrum-patientenschulung.de

Baumann, R., Begerow, B., Pechtold, S., Frohnweiler, A. (2012). Wirksamkeit eines psychologischen Gruppenprogramms in der beruflichen Rehabilitation für Rehabilitanden mit hohem Erleben von Erschöpfung. 48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. 23. September bis 27. September 2012, Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 351

Baumann, R. (2013). Verbesserung der psychischen Belastbarkeit im Betrieb durch AVEM-basierte Interventionen. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.). Chancen durch Produkt- und Systemgestaltung-Zukunftsfähigkeit für Produktions- und Dienstleistungsunternehmen. 59. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft, 27. Februar bis 1. März 2013. GfA-Press, Dortmund, S. 535- 538

Baumann, R. (2013). Resilienzförderung: Ein Beitrag zur Selbstbestimmung. www.rehafutur.de

Baumann, R. (2013). Verringerung von Maßnahmeabbrüchen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit hoher Resignationstendenz in der beruflichen Rehabilitation mit Hilfe eines psychologischen Gruppenprogramms. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 4. bis 6. März 2013, DRV-Schriften, Band 101, S. 302-304

Baumann, R., Begerow, B., Frohnweiler, A., Spohr, M. (2013). Efficacy of Work-Related Group Treatment for Exhausted Persons Undergoing Vocational Rehabilitation. The 13th

European Congress of Psychology, Stockholm, Sweden 9.-12. July 2013.
www.ecp2013.se, TS108 - Habilitation, Rehabilitation and Prevention

Baumann, R., Begerow, B., Frohnweiler, A., Pechtold, S. (2013). Efficacy of a work-related group treatment for exhausted persons undergoing vocational rehabilitation. Abstract proceedings of the 16th European Association of Work and Organisational Psychology Congress. Imagine the future world: How do we want to work tomorrow? Münster, 22. - 25. Mai 2013, Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (miami), S. 225

Baumann, R. (2013). Anforderungsbewältigung als Kriterium psychischer Gesundheit. In iqpr (Hrsg.), Tagungsdokumentation Fachtagung Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation, www.iqpr.de, S. 5 - 10

Baumann, R. (2013). Wirksamkeit der Förderung gesunder Bewältigungsmuster. In iqpr (Hrsg.), Tagungsdokumentation Fachtagung Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation, www.iqpr.de, S. 30 – 35

Baumann, R. (2014). Ist die im Rahmen von Vollqualifizierungen im Praktikumsbetrieb eingeschätzte Belastbarkeit von Rehabilitand/innen ein guter Prädiktor für Erwerbslosigkeit? In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 10. bis 12. März 2014, DRV-Schriften.

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). SF-36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe

Schaarschmidt U, Fischer A. (2008). AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Manual, 3. und erweiterte Auflage. Pearson

Slesina, W., Rennert, D. (2009). Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation. Eine Evaluationsstudie zur beruflichen Umschulung und Anpassungsqualifizierung. Roderer

Streibelt, M., Egner, U. (2012). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Online-Publikation. Rehabilitation

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki A. (2001). Arbeitsbewältigungsindex - Work Ability Index. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2001. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Übersetzung, Ü 14