

Ressourcenentwicklung in der beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen

- Vergleich verschiedener Maßnahmeformate -

vorgelegt von

Hans-Christoph Eichert

als Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors

der Philosophie (Dr. phil.)

in der

Fakultät Rehabilitationswissenschaften

der Technischen Universität Dortmund

Dortmund

2019

Betreuer: Vertr.- Prof. Dr. Stefan Wolf

Betreuerin: Vertr.- Prof. 'in. Dr. Ute Karbach

Tag der Disputation: 18. Dezember 2019

Die vorliegende Arbeit wird als Dissertation in der Fakultät Rehwissenschaften der Technischen Universität Dortmund veröffentlicht.

Vorwort

Die Idee zu dieser Arbeit ist nach meiner Promotion an der Universität zu Köln entstanden. Diese hatte sich mit der Weiterentwicklung von wahrgenommenen Ressourcen von MitarbeiterInnen der stationären Psychiatrie durch Supervision beschäftigt. Die Planung und Durchführung dieser Untersuchung, die mir großen Spaß gemacht hat, hat mich dazu bewogen die Ressourcenentwicklung bei RehabilitandenInnen in der beruflichen Rehabilitation – meinem eigentlichen Arbeitsfeld seit 1993 – zu untersuchen.

Ich habe mich daher 2012 entschlossen, vor dem Hintergrund stress- und ressourcentheoretischer Überlegungen Veränderungen der Wahrnehmung berufsrelevanter Ressourcen bei RehabilitandenInnen im Laufe der Teilnahme an verschiedenen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zu untersuchen. Angesiedelt war das Projekt zunächst an dem Lehrstuhl für berufliche Rehabilitation von Prof. Spijkers an der RWTH Aachen, dem ich für die Begleitung während weiter Teile des Projekts danke.

Unterstützung im Vorfeld der eigentlichen Untersuchung kam außerdem von der Deutschen Rentenversicherung Bund und Rheinland sowie von LehrerInnen verschiedener Berufsschulen, MitarbeiterInnen und RehabilitandenInnen verschiedener Rehabilitationseinrichtungen und Verwaltungen, die sich an den Voruntersuchungen beteiligten. Dafür bedanke ich mich herzlich.

Einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Projekts haben vor allem die an der Hauptuntersuchung beteiligten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und deren RehabilitandenInnen geleistet. Ohne deren Bereitschaft, die Untersuchung in ihren Einrichtungen durchführen zu lassen und die Bereitschaft der RehabilitandenInnen, sich an den Befragungen zu beteiligen, wäre das Projekt nicht durchführbar gewesen. Bei Ihnen und allen beteiligten MitarbeiterInnen der Einrichtungen möchte ich mich daher herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt außerdem Herrn Vertr.-Prof. Wolf und Frau Vertr.-Prof.‘in Karbach, die sich sehr kurzfristig bereit erklärt haben, das Projekt im Rahmen ihrer Vertretungsprofessuren an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund zu Ende zu begleiten und als GutachterInnen zur Verfügung zu stehen.

Ebenfalls danken möchte ich meiner Familie und meiner Wohngemeinschaft, die das Projekt mitgetragen haben. Vor allem mein Sohn Timon Hick und Daniel und Tobias Risse haben mir ganz praktisch bei der Datenerhebung und später bei den Korrekturen geholfen. Alle drei haben im Übrigen während dieser Zeit ihre Studien in Psychologie, Biologie und Politik abgeschlossen und sind inzwischen selbst in Psychotherapie oder Forschung tätig, was mich ganz besonders freut.

Bonn, im Juni 2019

Dr. Hans-Christoph Eichert

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund eines stress- und ressourcentheoretischen Modells wurde im Rahmen eines faktoriellen multivariaten varianzanalytischen Designs (N=271) untersucht, ob bei TeilnehmerInnen verschiedener beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (Umschulung BFW, Betriebliche Umschulung, Training BTZ, Training ambulante berufliche Rehabilitation) Verbesserungen bei wahrgenommenen berufsrelevanten personalen, professionellen und sozialen Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren zu beobachten sind, und inwieweit diese maßnahmespezifisch unterschiedlich sind. Darüber hinaus wurde untersucht, ob Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen mit Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie Gesundheitsindikatoren in Zusammenhang stehen. Die Untersuchung wurde an RehabilitandenInnen in Integrationsmaßnahmen zu Beginn und am Maßnahmeende und an RehabilitandenInnen in Umschulungen zu Beginn, nach neun Monaten und am Maßnahmeende durchgeführt. Zwischen der ersten Befragung und der Schlussbefragung zeigten sich Verbesserungen bei den wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die Teilgruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen. Nur in der Gesamtgruppe verbesserte sich auch der wahrgenommene Gesundheitszustand. In Bezug auf wahrgenommene Soziale Ressourcen und Kontrolle zeigten sich dagegen keine Veränderungen. Nicht bestätigt werden konnten die Hypothesen, die von maßnahmespezifischen Veränderungen von wahrgenommenen Personalen und Professionellen sowie Sozialen Ressourcen ausgingen. Positive Ereignisse in der Zwischenzeit hatten dagegen signifikante Effekte auf Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten. Zwischen Veränderungen wahrgenommener Personalen und Professioneller Ressourcen und Selbstwirksamkeit zeigten sich signifikante modellgerechte Zusammenhänge. Auch zwischen Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und Belastetheit und Gesundheit zeigten sich signifikante modellgerechte Zusammenhänge.

Abstract

In the context of a stress- and resourcetheoretical model, in a GLM design (N=271), it was examined, whether participants in various occupational rehabilitation programs (retraining BFW, company-based retraining, training BTZ, training ambulatory vocational rehabilitation) showed improvements in perceived occupationally relevant personal, professional and social resources, control, self-efficacy and health indicators, and to what extent changes are specific for the programs. In addition to that, it was examined whether changes in perceived resources are related to changes in perceived control and self-efficacy as well as health indicators. The study was conducted with participants of trainings at the beginning and at the end of their program and with participants of retrainings at the beginning, after nine months and at the end of their program. Between the first and the last survey, improvements were found in perceived personal and professional resources, self-efficacy and strain for the total group as well as for the subgroup of mentally ill participants. Only in the total group improvements were found for perceived health. No effects were found for perceived social resources and control. Program specific changes in perceived personal and professional resources or social resources could not be found. By contrast, positive events between the measurement times had significant effects on changes. Changes in perceived personal and professional resources and self-efficacy were significantly correlated. There were also significant model-related relationships between changes in perceived self-efficacy and strain and health.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	8
1. Einleitung	14
2. Fragestellung	16
3. Stand der Forschung.....	19
3.1. Berufliche Rehabilitation im historischen und rechtlichen Kontext	19
3.1.1. Begriffsbestimmungen	19
3.1.2. Geschichte der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe	20
3.1.3. Rechtsgrundlagen.....	24
3.1.4. Aktuelle Maßnahmentypen.....	31
3.2. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen als Forschungsgegenstand	32
3.2.1. Probleme der Forschung zu beruflicher Rehabilitation	33
3.2.2. Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	34
3.2.3. Berufliche Wiedereingliederung	39
3.2.4. Eingliederungseffekte im Vergleich: First train, then place – First place, then train	42
3.2.5. Nicht-beschäftigungsbezogene Effekte beruflicher Rehabilitation	47
3.2.6. Erfolgsprädiktoren beruflicher Rehabilitation.....	52
3.2.7. Zusammenfassung.....	57
3.3. Stress und Ressourcen.....	59
3.3.1. Ansätze der Stressforschung	59
3.3.2. Transaktionale Konzepte	63
3.3.3. Ressourcen	66
3.3.4. Ressourcen, Selbstmodell und Bewältigung	72
3.3.5. Stress und Arbeit	74
3.3.6. Stress und Ressourcen im Büro und Verwaltungsbereich	80
3.3.7. Zusammenfassung.....	82
3.4. Zusammenfassung: Ressourcenentwicklung im Kontext beruflicher Rehabilitation.....	83
4. Untersuchungsmodell und Hypothesen.....	85
4.1. Modellannahmen	85
4.2. Hypothesen	87
5. Methode	93
5.1. Untersuchungsdesign der Studien	93
5.1.1. Untersuchungsdesign ExpertenInnenbefragung.....	93
5.1.2. Untersuchungsdesign Vorstudie	94
5.1.3. Untersuchungsdesign Hauptstudie	95
5.2. Untersuchungsinstrumente.....	98

5.3. Auswertungsmethodik	98
5.3.1. Analyseverfahren, Signifikanz und Effektstärken.....	98
5.3.2. Auswertungsablauf.....	100
5.4. Zeitlicher Verlauf des Gesamtprojekts	101
6. Ergebnisse.....	103
6.1. Studie 1: ExpertenInnenbefragung	103
6.1.1. Zielsetzung und Fragestellung	103
6.1.2. Itemsammlung und vorläufiger Fragebogen	103
6.1.3. Stichprobengewinnung und Datenerhebung	106
6.1.4. Stichprobenbeschreibung	106
6.1.5. Ergebnisse der ExpertenInnenbefragung	107
6.1.6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Fragebogenentwicklung	109
6.2. Studie 2: Vorstudie	111
6.2.1. Fragestellung	111
6.2.2. Stichprobengewinnung und Datenerhebung	111
6.2.3. Deskriptive Ergebnisse	113
6.2.4. Ergebnisse MZP 1	114
6.2.4.1. Itemkennwerte und Korrelationsanalyse der Items.....	114
6.2.4.2. Skalenwerte und Reliabilität	117
6.2.4.3. Gruppenunterschiede	119
6.2.4.4. Korrelative Zusammenhänge der Skalen MZP1	119
6.2.4.5. Ergänzungen der Befragten.....	120
6.2.5. Ergebnisse MZP 2	121
6.2.5.1. Itemkennwerte und Korrelationsanalyse der Items.....	121
6.2.5.2. Skalenwerte und Reliabilität	124
6.2.5.3. Gruppenunterschiede	125
6.2.5.4. Korrelative Zusammenhänge der Skalen MZP2	126
6.2.5.5. Wahrgenommene Veränderungen und wichtige Ereignisse	127
6.2.6. Multivariate Analyse der Gruppen- und Messzeitpunktunterschiede.....	130
6.2.7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Untersuchung.....	133
6.2.8. Endgültige Fragebögen.....	134
6.3. Studie 3: Hauptstudie.....	135
6.3.1. Fragestellung	135
6.3.2. Stichprobengewinnung und Datenerhebung	135
6.3.3. Deskriptive Ergebnisse	141
6.3.3.1. Gesamtstichprobe und Untersuchungsgruppen	142

6.3.3.2. Vergleich TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen	143
6.3.3.3. Zusammenfassung.....	144
6.3.4. Ergebnisse MZP 1	145
6.3.4.1. Itemwerte und Korrelationsanalyse der Items.....	145
6.3.4.2. Skalenwerte und Reliabilität	146
6.3.4.3. Vergleich der Untersuchungsgruppen	149
6.3.4.4. Ergänzungen der Befragten.....	150
6.3.5. Ergebnisse Messzeitpunkt ZB	153
6.3.5.1. Itemwerte und Korrelationsanalyse der Items.....	153
6.3.5.2. Skalenwerte und Reliabilität	154
6.3.5.3. Vergleich der Untersuchungsgruppen	157
6.3.5.4. Wahrgenommene Veränderungen und wichtige Ereignisse	157
6.3.6. Ergebnisse Messzeitpunkt SB	162
6.3.6.1. Itemwerte und Korrelationsanalyse der Items.....	162
6.3.6.2. Skalenwerte und Reliabilität	163
6.3.6.3. Vergleich der Untersuchungsgruppen	165
6.3.6.4. Wahrgenommene Veränderungen und wichtige Ereignisse	166
6.3.7. Multivariate Untersuchung der Messzeitpunktunterschiede	170
6.3.8. Korrelationsanalysen der Veränderungen	181
6.3.9. Überprüfung der Hypothesen	184
6.4. Zusammenfassung der Ergebnisse	190
7. Diskussion.....	196
8. Literatur	207
9. Abbildungsverzeichnis.....	220
10. Tabellenverzeichnis	222

Abkürzungsverzeichnis

ABI	Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme
ACCEPT	Assessment Counseling and Coaching in Employment Placement and Training for People with Mental Health Problems
ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
AFP	Arbeitsfähigkeitenprofil
AGZ	Allgemeiner Gesundheitszustand
ATP	Adenosintriphosphat
AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster
AVP	Arginin-Vasopressin-System
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAB	Berufsausbildungsbeihilfe
BAE	Berufsausbildung in Einrichtungen
bbU-Reha	Begleitete betriebliche Umschulung für RehabilitandenInnen
BBW	Berufsbildungswerk
BEL	Belastetheit
BELA	Messwiederholungsfaktor Belastetheit
BFW	Berufsförderungswerk
BGBL	Bundesgesetzblatt
BL	Beschwerdenliste
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BRK	Behindertenrechtskonvention
BSW	Berufliche Selbstwirksamkeitsskala
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BVB	Berufsvorbereitender Förderlehrgang
BVG	Bundesversorgungsgesetz
CAN	Camberwell Assessment of Need
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CRH	Corticotropinreleasing Hormone
CSRI	Client Service Receipt Inventory
d2	d2 Aufmerksamkeitsbelastungstest
DIN	Deutsches Institut für Normung

DPA	Diversified Placement Approach
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVFR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
EM-Rente	Erwerbsminderungsrente
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
GAF	Global Assessment of Functioning
GES	Allgemeiner Gesundheitszustand (Messwiederholungsfaktor)
GG	Grundgesetz
GHRH	Growth Hormone Releasing Hormone
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HPA	Hypothalamic Pituitary Adrenocortical Axis, HPA
HPT	Hypophysen-Schilddrüsen-Achse
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IFS	IPS-Fidelity Scale
InRam	Integration von RehabilitandenInnen in den Arbeitsmarkt
INS	Gruppierungsfaktor Inhaltlicher Schwerpunkt
IPS	Individual Placement and Support
KFZA	Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse
KN	Messwiederholungsfaktor Kontrolle
KON	Kontrolle
LC	Locus Coeruleus
LCU	Life Change Unit
LoF	Level of Functioning
LQUOLP	Lancashire Quality of Life Profile
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
MHI	Mental Health Inventory 5
NNM	Nebennierenmark
NNR	Nebennierenrinde

NPY	Neuropeptid Tyrosin
PANSS	Positive and Negative Symptom Scale
P-E-Fit	Person-Environment-Fit
PERSPROF	Personale und Professionelle Ressourcen
PERSRESS	Personale Ressourcen
PPR	Professionelle und Professionelle Ressourcen (Messwiederholungsfaktor)
PROFRESS	Professionelle Ressourcen
PSR	Psychosoziale Rehabilitation
PTC	Psychosoziales Trainingszentrum
QOLI	Quality of Life Scale
RAAS	Renin-Angiotensin-Aldosteron-System
RCT	Randomized Control Trial
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
RSES	Rosenberg Self Esteem Scale
RTW	Return to work
SAM	Sympathetic-Adreno-Medullary Axis
SBel	Belastetheit Schlussbefragung
SBeldiff	Differenzwert MZP SB – MZP 1 Belastetheit
SCID	Structured Clinical Interview for DSM 3 R
SE	Supported Employment
SESAMI	Social inclusion through Employment Support of Adults with Mental Illness
SF 36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SGZ	Gesundheit Schlussbefragung (SEM)
SGZdiff	Differenzwert MZP SB – MZP 1 Allgemeiner Gesundheitszustand
SKON	Kontrolle Schlussbefragung
Skondiff	Differenzwert MZP SB – MZP 1 Kontrolle
SNA	Social Network Analysis
SOC	Sense of Coherence
SOFAS	Social and Occupational Functioning Scale
SOZRESS	Soziale Ressourcen

SPERSPROF	Personale und Professionelle Ressourcen Schlussbefragung
SPersprofdiff	Differenzwert MZP SB – MZP 1 Personale und Professionelle Ressourcen
SPERSRESS	Personale Ressourcen Schlussbefragung
SPROFRESS	Professionelle Ressourcen Schlussbefragung
SR	Soziale Ressourcen (Messwiederholungsfaktor)
SR	Standardrehabilitation (Kapitel 3)
SRRS	Social Readjustment Rating Scale
SSO	Soziale Ressourcen Schlussbefragung (SEM)
SSordiff	Differenzwert MZP SB – MZP 1 Soziale Ressourcen
SSOZRESS	Soziale Ressourcen Schlussbefragung
SSW	Selbstwirksamkeit Schlussbefragung
Sswdiff	Differenzwert MZP SB – MZP 1 Selbstwirksamkeit
STRIVE	Support and Training Result in Valuable Employees
SW	Selbstwirksamkeit
SWS	Selbstwirksamkeit (Messwiederholungsfaktor)
TVR	Traditional Vocational Rehabilitation
UB	Unterstützte Beschäftigung
UN	United Nations
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization
WHOQOL	WHO Quality of Life Profile
W-QLI	Wisconsin Quality of Life Index
ZBel	Belastetheit Zwischenbefragung
ZBI	Gruppenfaktor Zeitpunkt der betrieblichen Integration
ZKON	Kontrolle Zwischenbefragung
ZPERSPROF	Personale und Professionelle Ressourcen Zwischenbefragung
ZPERSRESS	Personale Ressourcen Zwischenbefragung
ZPROFRESS	Professionelle Ressourcen Zwischenbefragung
ZSOZRESS	Soziale Ressourcen Zwischenbefragung
ZSW	Selbstwirksamkeit Zwischenbefragung

Itembezeichnungen Ressourcen Hauptstudie

A001_01 Teamfähigkeit
A001_02 Konfliktfähigkeit
A001_03 Selbstständigkeit
A001_04 Verantwortungsbereitschaft
A001_05 Belastbarkeit und Ausdauer
A001_06 Konzentrationsfähigkeit
A001_07 Auffassungsgabe
A001_08 Problemlösefähigkeit
A001_09 Zuverlässigkeit / Pünktlichkeit / Sorgfalt
A001_10 Kritisierbarkeit
A001_11 Abgrenzungsfähigkeit
A001_13 Organisationsfähigkeit
A001_14 Selbstsicherheit
A001_15 Soziale Kompetenz
A001_16 Gesundheit
A002_18 Zuverlässigkeit von Kollegen
A002_19 Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Kollegen
A002_20 Aufrichtigkeit von Kollegen
A002_21 Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von Kollegen
A004_22 Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Kollegen
A004_23 Zuhören und Verständnis von Kollegen in schwierigen beruflichen Situationen
A004_24 Ansprechbarkeit von Kollegen
A005_22 Zuverlässigkeit von Vorgesetzten
A005_23 Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte
A005_24 Aufrichtigkeit von Vorgesetzten
A005_25 Fähigkeit von Vorgesetzten, bei Konflikten zu vermitteln
A006_25 Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von Vorgesetzten
A006_26 Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Vorgesetzte
A006_27 Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten in schwierigen beruflichen Situationen
A006_28 Ansprechbarkeit von Vorgesetzten
A003_17 Berufliche Fachkenntnisse

A003_18 Kenntnisse des betrieblichen Arbeitsfeldes
A003_19 Sicherheit in der Arbeit
A003_20 Berufliche Fertigkeiten und Arbeitsmethoden
A003_21 Textverständnis
A003_22 Schriftliche Ausdrucksfähigkeit
A003_23 Rechenfähigkeit
A003_24 Mündliche Ausdrucksfähigkeit
A006_25 Internetkenntnisse
A003_26 EDV-Kenntnisse
A003_27 Umgang mit Kunden / soziale Kompetenzen
A003_28 Verständnis für Zusammenhänge

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Veränderung von wahrgenommenen Ressourcen während der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen.

Insgesamt hat der Bereich der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe in den letzten Jahren zahlenmäßig an Bedeutung gewonnen. Zwischen 2009 und 2016 ist bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) die Anzahl der abgeschlossenen Teilhabeleistungen von 132.259 auf 156.117 angestiegen, bei der Arbeitsagentur als zweitem wesentlichen Träger ist die Anzahl der RehabilitandenInnen, die aus Rehabilitationsmaßnahmen ausgetreten sind, von 39.946 auf 31.258 zurückgegangen. Das entspricht per Saldo einer Zunahme um 15.170 (8,9%).

Gleichzeitig zeigt sich in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme von psychischen Erkrankungen bzw. Krankschreibungen und Krankheitstagen wegen F-Diagnosen¹ (vgl. Knieps e.a. 2016, S. 59, DAK 2016). Diese Befunde lassen vermuten, dass psychische Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung im Rahmen einer sich verändernden Arbeitswelt haben werden. Einerseits geht bei der Teilgruppe der chronisch psychisch Kranken im erwerbsfähigen Alter schon jetzt nur die Hälfte einer Beschäftigung nach (BMAS 2013, S. 387), für sie ist der Zugang zum Arbeitsmarkt erschwert, was mit negativen Rückwirkungen auf die Erkrankungen verbunden sein kann. Andererseits scheiden immer mehr Menschen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen aus dem Arbeitsleben aus und benötigen Hilfen zur Teilhabe. Schon seit längerem ist die Gruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) die zweitgrößte Gruppe bei den abgeschlossenen beruflichen Teilhabeleistungen.

Teilhabeleistungen werden in unterschiedlicher Weise erbracht. Integrations- und Bildungsmaßnahmen sind dabei die zentralen Maßnahmeformate mit Zielrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei den psychisch kranken RehabilitandenInnen umfassten sie 2016 etwa ein Drittel aller abgeschlossenen Leistungen der DRV. (vgl. hierzu Kap. 3.2.2) Sie sollen durch Training oder Schulung zur Verbesserung vorhandener oder zum Erwerb neuer beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (Ressourcen) führen und so die berufliche Wiedereingliederung erleichtern.

Entscheidend für die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen ist aber auch, dass RehabilitandenInnen verbesserten Ressourcen auch wahrnehmen. (vgl. Petzold 1997 S.446 ff.) Deswegen sollte dies auch ein Ziel beruflicher Rehabilitation sein. Zur Veränderung wahrgenommener Ressourcen gibt es in der Rehabilitationsforschung bislang jedoch kaum Untersuchungen. Deswegen geht die vorliegende Arbeit dieser Frage nach.

Die Arbeit gliedert sich einschließlich der Einleitung in sieben Abschnitte, von denen sich die Kapitel zwei bis vier mit eher theoriebezogenen Inhalten, dem Forschungsstand und der Entwicklung der

¹ F-Diagnosen nach ICD-10 umfassen:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (vgl. DIMDI 2015)

Fragestellung und Hypothesen befassen. Die Kapitel fünf bis sieben beschäftigen sich mit der empirischen Umsetzung und den Ergebnissen der Untersuchungen sowie deren Einordnung.

Nach der Einleitung wird im zweiten Kapitel die Fragestellung der Arbeit dargestellt und eingegrenzt.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem relevanten Forschungsstand und dem theoretischen Hintergrund der Untersuchung und gliedert sich in drei Unterabschnitte. Zunächst wird das Arbeitsfeld der beruflichen Rehabilitation vor dem Hintergrund seiner historischen Entwicklung und den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert. Im Folgenden werden relevante Forschungsergebnisse zur Inanspruchnahme und zum beschäftigungsbezogenen und nicht-beschäftigungsbezogenen Erfolg beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen und seiner Prädiktoren dargestellt. Das dritte Unterkapitel widmet sich den allgemeinen und arbeitsbezogenen stress- und ressourcentheoretischen Grundlagen der Arbeit. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Zusammenfassung in Hinblick auf das der Arbeit zugrundeliegende stress- und ressourcentheoretische Modell.

Dieses und die darauf bezogenen Hypothesen zu Veränderungen wahrgenommener personaler, sozialer und professioneller Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Gesundheit in unterschiedlichen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation stehen im Mittelpunkt des vierten Kapitels der Arbeit.

Im fünften Kapitel werden Untersuchungsdesigns, die Auswertungsmethodik und der Gesamtverlauf der drei die Untersuchung umfassenden Einzelstudien erläutert.

Kapitel sechs beschreibt die Untersuchungsergebnisse. Im ersten Teil werden die Ergebnisse der ExpertenInnenbefragung zur Fragebogenentwicklung dargestellt. Darauf folgen die Ergebnisse der Vorstudie. Den dritten Teil bildet die Darstellung der Ergebnisse der Hauptstudie. Dabei werden wie in der Vorstudie zunächst die Ergebnisse der einzelnen Messzeitpunkte dargestellt und dann die Ergebnisse zu den Messzeitpunktveränderungen und die korrelationsstatistischen Ergebnisse. Darauf folgt die hypothesenbezogene Auswertung. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller Teilstudien.

Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund von Methodik, Theorie und Hypothesen diskutiert und eingeordnet.

Die Kapitel acht bis zehn beinhalten Literatur-, Tabellen-, und Abbildungsverzeichnis.

Der Arbeit vorangestellt sind eine Kurzzusammenfassung und ein Abstract. Zur einfacheren Lesbarkeit wurde darüber hinaus zwischen Inhaltsverzeichnis und Einleitung ein Abkürzungsverzeichnis eingefügt.

2. Fragestellung

In der Fachöffentlichkeit wird seit den 90iger Jahren das bis dahin vorherrschende System der beruflichen Rehabilitation in Deutschland, das in großen Teilen auf die Rehabilitation durch Ausbildung/Umschulung oder Training in besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (BFW, BBW, BTZ, WfbM) setzt, kritisch diskutiert. Die RehabilitandenInnen sollten zunächst in Rehabilitationseinrichtungen trainiert bzw. geschult werden um dann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt platziert zu werden („First train then place“).

Neuere Ansätze im angloamerikanischen Bereich kehrten den klassischen Rehabilitationsansatz um, die RehabilitandenInnen sollten zuerst auf einen Arbeitsplatz platziert werden, um dann ein auf diesen Arbeitsplatz bezogenes Training zu erhalten („First place then train“). Sie erreichten zum Teil deutlich höhere Integrationsquoten in den allgemeinen Arbeitsmarkt als klassische Ansätze. Bereits in den 90iger Jahren wurden auch in Deutschland Elemente der unterstützten Beschäftigung in neue Maßnahmekonzepte integriert (vgl. z.B. Integrationsseminare). Erst 2008 fand der Ansatz als Unterstützte Beschäftigung (UB) Eingang in das SGB IX – allerdings mit deutlichen Einschränkungen gegenüber dem Original.

Zwar ließen sich die Integrationsergebnisse vor dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialsysteme nur zum Teil auf andere Länder übertragen. Trotzdem konzentrierte sich auch in Deutschland die Diskussion zunächst auf den Vergleich von Integrationsergebnissen zwischen diesen beiden Ansätzen.

Spätestens mit der Verabschiedung des SGB IX (2001) mit seinem auf die ICF bezogenen bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriff wurde aber deutlich, dass eine ausschließlich auf Integrationsquoten bezogene Sichtweise auf berufliche Rehabilitation zu eingeschränkt ist, weil Kontextfaktoren nur unzureichend berücksichtigt werden. Ein 2012 erschienenes Review von Bond e.a. berücksichtigte erstmals auch nicht-arbeitsmarktbezogene Effekte von beruflicher Rehabilitation (Lebensqualität, Selbstwert, Funktionsfähigkeit etc., genauer siehe unten Kapitel 3). In den berücksichtigten Studien wurden zwar Verbesserungen während der Rehabilitation festgestellt, aber keine Unterschiede zwischen den beiden Rehabilitations-Ansätzen.

Daraus ergibt sich die Frage, welche berufsrelevanten Veränderungen sich bei RehabilitandenInnen während der beruflichen Rehabilitation vollziehen und ob diese von der Art der Maßnahme und dem Kontext ihrer Umsetzung abhängig sind.

Ausgehend von der ICF kann man die Funktionsfähigkeit eines Menschen als komplexen Wirkungszusammenhang zwischen Gesundheitsproblemen und personenbezogenen bzw. umfeldbezogenen Kontextfaktoren verstehen (vgl. DIMDI 2005, S. 23f.). Gerdes und Weis (2000) haben diese Zusammenhänge in ihrem Theoriemodell der Rehabilitation veranschaulicht. Je nach Problemstellung ergeben sich daraus verschiedene Ansatzpunkte für rehabilitative Interventionen. Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sind neben umweltbezogenen Faktoren auch personenbezogene Kontextfaktoren i.S. von Ressourcen und deren Wahrnehmung bedeutsam. Sie bilden eine wichtige Grundlage für die Bewältigung beruflicher Anforderungen und damit die Teilhabe am Arbeitsleben. Je mehr nutzbare Ressourcen zur Verfügung stehen, desto besser gelingt die Bewältigung von Anforderungen. In Teilen findet sich dieses Konzept auch im Neuen Rehabilitationsmodell der Berufsförderungswerke, das Schlüsselkompetenzen, Fachkompetenz und Gesundheitskompetenz als wichtige Ansatzpunkte einer individualisierten Leistungserbringung sieht. (vgl. Seyd 2011)

Der Hilfs- und Unterstützungsbedarf von RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung bezieht sich auf verschiedene Ressourcen-Bereiche. Neben dem Erwerb oder der Anpassung beruflicher Qualifikationen (professioneller Ressourcen) und dem Training personaler Ressourcen (Belastbarkeit, Konfliktfähigkeit, Teamfähigkeit etc.) ist auch die Entwicklung sozialer Ressourcen (soziale Unterstüt-

zung) für die Bewältigung beruflicher Belastungssituationen bedeutsam, denn psychosoziale Belastungen im Arbeitsleben sind ein immer wichtigerer Faktor bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. (vgl. z.B. DAK 2011) Personale, Soziale und Professionelle Ressourcen sind aber nur dann bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen wirksam, wenn sie als solche wahrgenommen werden. Deshalb ist die Entwicklung wahrgenommener berufsrelevanter Ressourcen ein wichtiges Ziel der beruflichen Rehabilitation.

Im Rahmen des Systems der beruflichen Rehabilitation gibt es eine Reihe von Einrichtungen, Maßnahmen und Diensten, die diesen Bedarf decken sollen. Die wichtigsten Maßnahmen sind Trainings- und Integrationsmaßnahmen und Umschulungen. Diese können in unterschiedlichen Kontexten durchgeführt werden.

Man kann Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation anhand

- ihres inhaltlichen Schwerpunkts (INS: Bildung – Training) und
- des Zeitpunktes der betrieblichen Integration während der Maßnahme (ZBI: früh – spät)

charakterisieren:

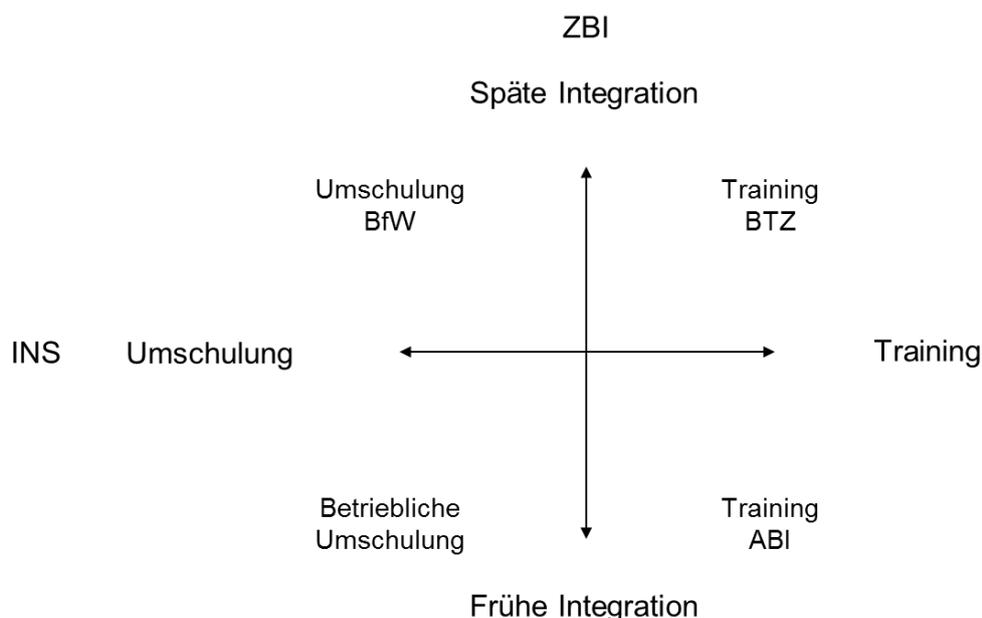


Abbildung 1: Maßnahmeformen der beruflichen Rehabilitation

ZBI=Zeitpunkt der betrieblichen Integration, INS=Inhaltlicher Schwerpunkt, BfW=Berufsförderungswerk, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme

In Maßnahmen mit Bildungsorientierung steht der Erwerb formaler berufsqualifizierender Abschlüsse im Vordergrund, trainingsorientierte Maßnahmen dienen dagegen vor allem dem Training vorhandener beruflicher Fähigkeiten und der Belastbarkeit. Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration während der Maßnahme finden in individualisierter Form überwiegend im betrieblichen Kontext statt, Maßnahmen mit später betrieblicher Integration während der Maßnahme finden überwiegend in einer besonderen Einrichtung statt.

Aus der Kombination beider Dimensionen ergeben sich vier „idealtypische“ Maßnahmeformen:

- Umschulung im Berufsförderungswerk (BfW) (Bildungsorientierung und späte Integration),

- Training im Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) (Trainingsorientierung – späte Integration),
- betriebliche Einzelumschulung (Bildungsorientierung und frühe Integration) und
- Training in einer ambulanten betrieblichen Integrationsmaßnahme (ABI) (Trainingsorientierung und frühe Integration).

Eine Sonderrolle spielen hier die BTZ. Während alle anderen Maßnahme- und Einrichtungsformen allen RehabilitandenInnen unabhängig vom Rehabilitationshintergrund offenstehen, sind berufliche Trainingszentren spezielle Einrichtungen für RehabilitandenInnen mit einer psychischen Erkrankung.

Es ist anzunehmen, dass die verschiedenen Maßnahmeformen in unterschiedlicher Weise Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Anforderungen und deren Wahrnehmung beeinflussen: Bildungsorientierte Maßnahmen beeinflussen wahrscheinlich stärker personale und professionelle Ressourcen (Belastbarkeit, Fachkompetenzen etc.) und deren Wahrnehmung als trainingsorientierte Maßnahmen, die in der Regel kürzer sind und kleinere Qualifizierungsanteile enthalten. Eine frühe betriebliche Integration während der Maßnahme unterstützt vor dem Hintergrund längerer betrieblicher Teile die Entwicklung wahrgenommener sozialer Ressourcen vermutlich stärker als eine späte betriebliche Integration während der Maßnahme mit entsprechend kürzeren betrieblichen Teilen.

Schließlich dürften sich positive Veränderungen wahrgenommener Ressourcen in positiven Veränderungen wahrgenommener Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Gesundheit und Belastetheit widerspiegeln.

Die Fragestellungen der Arbeit lauten also:

- Verbessern sich wahrgenommene berufsrelevante personale, professionelle und soziale Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und der subjektive Gesundheitszustand während der Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation?
- Unterscheiden sich diese Veränderungen je nach inhaltlichem Schwerpunkt der Maßnahme und dem Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen der wahrgenommenen Ressourcen und Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit?

Den theoretischen Hintergrund der Fragestellung bilden stress- und ressourcentheoretische Überlegungen, die im folgenden dritten Kapitel näher erläutert werden. Diese haben eine große konzeptuelle Nähe zur ICF, da sie Prozesse der Belastungsverarbeitung in einem breiten personalen und sozialen Kontext betrachten.

Untersucht wird die Fragestellung in drei Studien. Im Rahmen einer ExpertenInnenbefragung wurde zunächst ein Fragebogen für die Studie entwickelt. Dieser wurde im Rahmen einer Vorstudie an RehabilitandenInnen und ArbeitnehmerInnen erprobt. In der Hauptstudie wurden schließlich RehabilitandenInnen verschiedener Rehabilitationsmaßnahmen zu Beginn und am Ende ihrer Maßnahmen zur Einschätzung ihrer berufsrelevanten Ressourcen und zu wahrgenommenen Änderungen befragt.

Explizit nicht erhoben wurde der Integrationserfolg am Ende der Maßnahmen, da dies nicht im Focus der Untersuchung stand und zudem die Kooperation von Maßnahmeträgern in Frage gestellt hätte.

Gleichwohl dürften sich verbesserte wahrgenommene Ressourcen auch auf den Integrationserfolg auswirken.

3. Stand der Forschung

In diesem Kapitel werden wesentliche empirische und theoretische Grundlagen der Arbeit dargestellt.

Zunächst wird das Feld der beruflichen Rehabilitation im historischen und rechtlichen Kontext erläutert und ein Überblick über aktuelle Maßnahmeformen in der beruflichen Rehabilitation gegeben.

Im Weiteren werden zentrale Forschungsthemen und Forschungsergebnisse zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation dargestellt.

Ein Überblick über grundlegende stress- und ressourcentheoretische Modelle sowie relevante Ergebnisse arbeitspsychologischer Stressforschung bildet den Abschluss des Kapitels.

3.1. Berufliche Rehabilitation im historischen und rechtlichen Kontext

3.1.1. Begriffsbestimmungen

In der Resolution 48/96 der United Nations (UN) vom 20.12.1993 definieren die UN **Rehabilitation**:

„Unter „Rehabilitation“ versteht man einen Prozess, der darauf abzielt, Behinderte zu befähigen, ihre optimale Körperliche, sensorische, geistige, psychische und/oder soziale Leistungsfähigkeit zu erreichen und zu erhalten, und ihnen so Mittel an die Hand zu geben, ihr Leben zu verändern und ein größeres Maß an Unabhängigkeit zu erreichen. Die Rehabilitation kann Maßnahmen zur Nachbildung und/oder Wiederherstellung einer Funktion oder zur Kompensation einer verlorengegangenen oder fehlenden Funktion oder einer Funktionseinschränkung umfassen. Die medizinische Erstversorgung ist nicht Bestandteil des Rehabilitationsprozesses. Er umfasst eine breite Palette von Maßnahmen und Aktivitäten, die von grundlegenden und allgemeinen Rehabilitationsmaßnahmen bis hin zu zielgerichteten Aktivitäten reichen, wie beispielsweise berufliche Rehabilitation.“ (UN ar48/96, S.219ff.)

Unter beruflicher Rehabilitation wird der Prozess der Herstellung oder Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit verstanden, der das individuell erreichbare Höchstmaß an Teilhabe am Arbeitsleben zum Ziel hat. Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses werden zur Erreichung dieses Ziels Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitungsleistungen, Anpassungs- und Weiterbildungsleistungen, Ausbildungsleistungen, Überbrückungsgeld und sonstige Leistungen als Leistungen zu Teilhabe eingesetzt.

Nicht zur beruflichen Rehabilitation i.e.S. gehören medizinisch-berufliche Leistungen. Sie bilden eine spezielle Leistungskombination innerhalb der medizinischen Rehabilitation. Diese Unterscheidung wird in anderen Ländern nicht in der Weise getroffen.

Diese Arbeit befasst sich in erster Linie mit der beruflichen Rehabilitation von Menschen, die wegen einer **psychischen Erkrankung** rehabilitationsbedürftig sind. Psychische Erkrankungen sind im Kapitel F des ICD 10 definiert (vgl. DIMDI 2015):

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung

- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Nach Lademann e.a. (2006) dominieren bei den Krankenkassen mit fast 75% aller Diagnosen im Bereich der psychischen Störungen affektive Störungen (F30-F39, ICD 10) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).

In Bezug auf die berufliche Rehabilitation sind vor allem die Diagnosegruppen F20 bis F79 bedeutsam, allerdings gibt es keine detaillierten Statistiken zu den einzelnen Diagnosegruppen.

In Zusammenhang mit Supported Employment wird der Begriff der schweren psychischen Erkrankung verwendet. Eine schwere psychische Erkrankung ist nach Ruggeri 2000 (zitiert nach Gühne e.a. 2015) unter folgenden Bedingungen gegeben:

1. Vorliegen (irgendeiner) psychischen Erkrankung (z. B. einer schweren Depression, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung, einer schweren bipolaren Störung, Zwangs- oder Angststörung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung)
2. Dauer und/oder Behandlung der Erkrankung beträgt mindestens zwei Jahre
3. Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning, GAF) (Ruggeri et al. 2000)

Der Begriff der schweren psychischen Erkrankung entspricht weitgehend dem der psychischen Behinderung. Der Behinderungsbegriff wird grundlegend in § 2 SGB IX definiert, näheres dazu findet sich in Kap. 3.1.3 dieser Arbeit.

Die berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen unterscheidet sich von den Maßnahmen her nicht grundsätzlich von der anderer RehabilitandenInnengruppen. Allerdings sind psychische Erkrankungen in stärkerem Maß mit kognitiven, emotionalen und psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden, was besondere Anforderungen an die berufliche Rehabilitation stellen kann. Vor diesem Hintergrund gibt es mit den Beruflichen Trainingszentren (BTZ) spezielle Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung.

3.1.2. Geschichte der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe

Thomann (2012) gliedert die Geschichte der beruflichen Rehabilitation in einem Diskussionsbeitrag auf dem Forum C der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in sechs Abschnitte. Der folgende Überblick bezieht in wesentlichen Teilen auf diese Darstellung.

Bis in das 19. Jahrhundert hinein war die Versorgung von kranken und behinderten Menschen eine Domäne der Kirchen. Dabei wurde in den ersten Hospitälern nicht zwischen verschiedenen Personengruppen unterschieden. Im Zentrum stand zunächst praktische Nächstenliebe, wobei aber auch drastische Methoden genutzt wurden, sich des Problems insbesondere psychisch Kranker zu entledigen (Narrentürme, Narrenschiffe etc.). Erst nach und nach entwickelten sich mehr oder weniger differenzierte Behandlungsansätze. Mit der zunehmenden Industrialisierung vergrößerte sich das Problem in den Städten deutlich. Biesalski regte in dieser Situation eine Krüppelzählung an. Mit der Krüppelzählung 1906, in der alle körperbehinderten Kinder bis zum 15. Lebensjahr gezählt wurden, wurde die Gründung vieler Krüppelheime angestoßen, die erste Vorläufer von Rehabilitationszentren waren. Nach Zelfel (2007) waren für Biesalski zwei Motive ausschlaggebend:

„Konrad Biesalski wurde durch zwei Motive bestimmt, die man heute mit medizinischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation umschreiben würde. Es ging ihm darum, Körperbehinderte (Krüppel) aus den Verwahranstalten für sozial Gestrandete (Trinker, Sieche, Idioten, Schwachsinnige u. a.) einer zeitgemäßen orthopädischen Behandlung zuzuführen und, soweit wie möglich, einen eigenen Lebensunterhalt zu ermöglichen. Für ihn ist der Krüppel noch Objekt einer Behandlung oder Fürsorge.“ (Zelfel 2012, S. 31)

Im Laufe des ersten Weltkriegs stellte die große Zahl an verwundeten Soldaten die staatliche Fürsorge vor große Herausforderungen. Die Kinderrehabilitation diente Biesalski bereits während des ersten Weltkriegs als Vorbild für die Behandlung von Kriegsbeschädigten. Biesalski fasste seinen Ansatz in der Krüppelhilfe unter dem Begriff „Sozialbiologie“ zusammen. Die Nationalsozialisten griffen dieses Konzept später bereitwillig auf und veränderten es in ihrem Sinne.

In Deutschland wurden 1920 wesentliche Fürsorge-Gesetze erlassen. Im preußischen Krüppelfürsorgegesetz wurde die unentgeltliche medizinische Behandlung, pädagogische Förderung, Beschulung und Ausbildung körperbehinderter Kinder geregelt. Das Reichsversorgungsgesetz (RVG) regelte die Versorgung von Militärpersonen und deren Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigungen. Die sog. „Knochentaxe“ – Vorläufer der 1921 erschienenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nach dem RVG“ - wurde ebenfalls 1920 erlassen. Zu einer drastischen Einschränkung der Versorgung Behinderter kam es dann in der Folge der Weltwirtschaftskrise mit der Konzentration auf „heilbar Kranke“.

Einen Tabubruch stellt 1932 ein Gesetzentwurf des preußischen Landesgesundheitsrates zur Sterilisation bei Erbkrankheiten dar, mit dem eine freiwillige Sterilisation bei Erbkrankheiten ermöglicht wurde. Dieser wurde von der nationalsozialistischen Regierung übernommen: Aus einer Kann-Bestimmung wurde eine Soll-Bestimmung, was ein erster Schritt in die Vernichtungspolitik des Nationalsozialismus wurde. In einer selektiven Behindertenpolitik sollten soziale Leistungen nur „erbgesunden“ Familien zugutekommen, während für Menschen mit Behinderung sogar das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aufgehoben war. Aus Heilanstalten für psychisch kranke Menschen wurden mit aktiver Unterstützung vieler MitarbeiterInnen Vernichtungsanstalten:

„Auch viele Menschen, die mit Behinderten arbeiteten, konnten sich der Rassenideologie nicht verschließen und wurden zu Handlangern des menschenverachtenden Systems.“ (Zelfel 2007, S. 33)

Noch bis weit in die bundesrepublikanischen Zeiten waren Handlanger und Organisatoren dieser Vernichtungspolitik (z.B. Landesdirektor Klaus) teils an leitender Stelle tätig.

In der Zeit unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg stand zunächst die Neuordnung der Kriegsopferversorgung im Mittelpunkt. Nach einer Übergangsphase unter alliierter Kontrolle wurde 1950 das Bundesversorgungsgesetz verabschiedet, das sich eng an das Reichsversorgungsgesetz anlehnte. Versuche, das Schwerbeschädigtenrecht auch auf nicht Kriegsgeschädigte auszuweiten, scheiterten. Erst in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts gelangte die Rehabilitation in den sozialpolitischen Focus. Das Konzept Rehabilitation bezog den/die RehabilitandenIn als Subjekt in den Rehabilitationsprozess ein, im Gegensatz zur Objektfunktion in der Fürsorge.

Mit dem Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation Behinderter 1970 und dem Schwerbehindertengesetz von 1974 wurde der Personenkreis auf alle Behinderungsarten unabhängig von der Ursache der Behinderung ausgeweitet. Zudem wurde der Kündigungsschutz ausgeweitet und die Mitbestimmungsmöglichkeiten ausgeweitet. In der Folgezeit wurde das Schwerbehindertenrecht in vielen Novellierungen verändert.

Die Verabschiedung des SGB IX 2001, mit dem das Schwerbehindertenrecht in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurde, kam es zu wesentlichen Veränderungen und Verbesserungen. Stichworte sind in diesem Zusammenhang:

- Benachteiligungsverbot nach Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG
- Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts
- Wunsch- und Wahlrecht Betroffener
- Sozialhilfeträger als Rehaträger
- Verbesserte Zeitvorgaben für die Entscheidung über Rehaanträge

Mit dem Übergang zum SGB IX ist auch ein paradigmatischer Wechsel im Behinderungsbegriff weg von der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH) mit ihrem biomedizinischen Krankheitsbegriff hin zur „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) mit ihrem bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff eng verbunden.

Voraussetzung für Rehabilitationsleistungen ist eine (drohende) Behinderung vor dem Hintergrund einer Erkrankung. Den Zusammenhang zwischen beiden Begriffen beschreiben verschiedene Modelle. In einem ersten Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1980), der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) wird Behinderung als Folge einer krankheitsbedingten Schädigung und daraus resultierenden Fähigkeitsstörung gesehen.

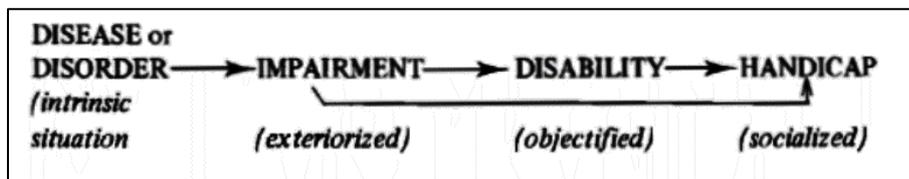


Abbildung 2: Behinderungsmodell der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), aus: WHO 1980 S. 30

Hintergrund der ICIDH ist ein biomedizinisches Krankheitsmodell, das keine internen oder externen psychischen oder sozialen moderierenden Faktoren berücksichtigt. Der ICIDH ist ein reines Krankheitsfolgenmodell, das weitgehend defizitorientiert ist. Behinderung wird ausschließlich als personenbezogener Oberbegriff zu Schädigungen, Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen verstanden. Personen- oder umweltbezogene Kontextfaktoren werden in dem Modell nicht berücksichtigt.

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wurde 2001 von der WHO veröffentlicht und ist das Nachfolgemodell zur ICIDH. Hinter der ICF steht ein Konzept der funktionalen Gesundheit auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit:

„Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).“ (DIMDI 2005, S. 4)

Die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems werden als Folge eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Komponenten gesehen, in dem auch Kontextfaktoren der Person und der Umwelt einbezogen sind:

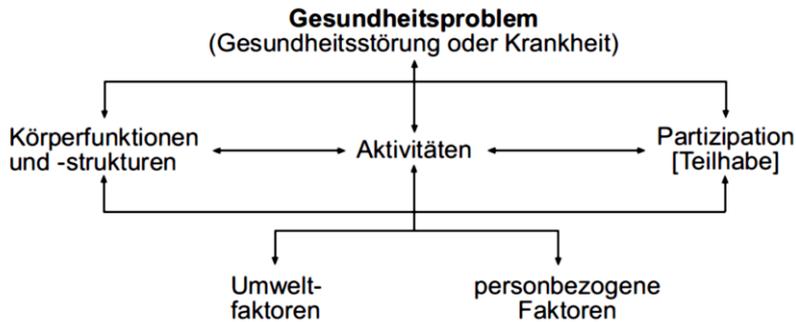


Abbildung 3: Wechselwirkungen der Komponenten der ICF, aus: DIMDI 2005

Die ICF wird als Mehrzweckklassifikationssystem gesehen:

„Ihre spezifischen Ziele können wie folgt zusammengefasst werden:

- Sie liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten;
- Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern;
- sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf;
- Sie stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.“ (DIMDI 2005, S. 11)

Die ICF als Klassifikationssystem ermöglicht es, die Komponenten Körper, Aktivität und Teilhabe und Umwelt bzw. personenbezogene Kontextfaktoren umfassend hinsichtlich ihrer Funktionalität zu klassifizieren.

Teile	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung			Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperstrukturen (s) Körperfunktionen (b)		Aktivitäten (d)	Teilhabe (d)	Umweltfaktoren (e) Personenfaktoren
Domänen	Körperstrukturen	Körperfunktionen	Lebensbereiche (Aufgaben und Handlungen)		Äußere Einflüsse nicht klassifiziert
Konstrukte	Änderungen der Strukturen	Änderungen der Funktionen	Leistungsfähigkeit Leistung		Fördernde und beeinträchtigende Faktoren der Umwelt Einflüsse von Merkmalen der Person
positiv	Integrität der Strukturen	Integrität der Funktionen	Aktivität und Teilhabe		Förderfaktoren Nicht anwendbar
negativ	Schädigung	Schädigung	Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe		Barrieren Nicht anwendbar

Abbildung 4: ICF im Überblick nach: DIMDI 2005, S. 17

In der Praxis ist eine umfassende Anwendung zu komplex und unpraktikabel. Daher wurden sog. Core-Sets für verschiedene Bereiche entwickelt, die die jeweils relevanten Kategorien in Form von Kurzlisten enthalten. Die Seite <http://www.icf-core-sets.org/de/page1.php> bietet z.B. die Möglichkeit, interaktiv bereichsspezifische Core-sets zusammenzustellen.

Auch im durch das Bundesteilhabegesetz veränderten SGB IX von 2018 bleibt der Behinderungsbegriff der ICF maßgebliche Grundlage. Die wesentliche Änderung besteht in der Verschiebung der Leistungen zur Eingliederungshilfe Behinderter vom SGB XII in das SGB IX. Darüber hinaus werden Regelungen zu Kostenheranziehung, zum Antragsverfahren und zur Bedarfsermittlung, zum Vertragsrecht zwischen Kostenträgern und Einrichtungen, zu Schnittstellen zu Kranken- und Pflegeversicherung und der Allgemeine Teil des Gesetzes angepasst.

Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben werden andere Anbieter für Werkstattleistungen zugelassen. Darüber hinaus wird ein Budget für Arbeit eingeführt. Alle weiteren Bestimmungen zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bleiben unverändert.

3.1.3. Rechtsgrundlagen

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über die aktuellen Rechtsgrundlagen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland zu geben. Dabei konzentriere ich mich auf die speziellen Leistungsgesetze und ihren Hintergrund. Die Darstellung der ebenso wichtigen rechtlichen Grundlagen des Verfahrens (SGB I, X und SGG) würde den Rahmen der Arbeit sprengen und unterbleibt daher.

Das heutige Recht der beruflichen Rehabilitation in Deutschland hat unterschiedliche internationale und nationale Quellen:

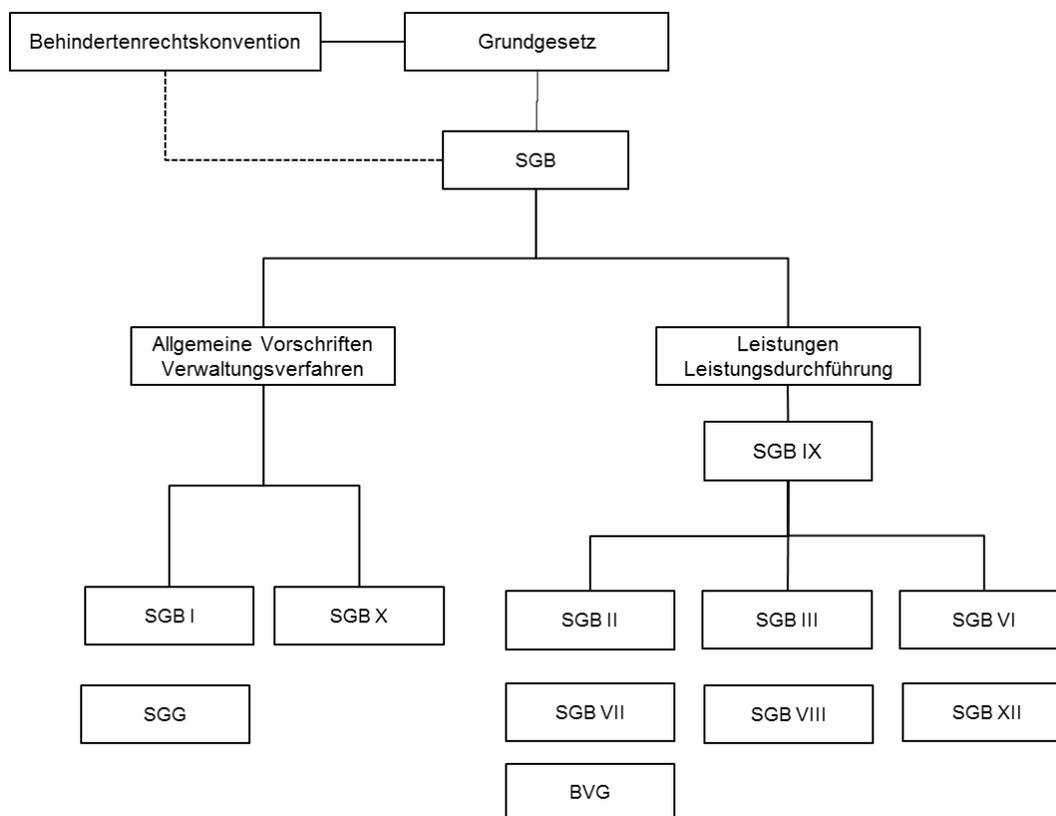


Abbildung 5: Rechtsquellen der beruflichen Rehabilitation im Überblick

1. Transnationale und verfassungsrechtliche Ebene

Auf transnationaler Ebene finden sich wichtige Grundlagen der Rehabilitation in der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) vom 13.12.2006. In Artikel 26 der 2009 in Deutschland in Kraft getretenen BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten dazu, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste zu organisieren:

„(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste...“ (BGBL 2008 Teil 2 Nr. 35, S.1439)

Diese Dienste sollen früh einsetzen, multidisziplinär arbeiten, freiwillig sein und gemeindenah zur Verfügung stehen. MitarbeiterInnen sollen aus- und fortgebildet werden und unterstützende Technologien sollen verfügbar gemacht werden.

In Artikel 27 (Arbeit und Beschäftigung) werden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation explizit genannt:

„(1)... Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften, um unter anderem (...)

k) Programme für die berufliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderungen zu fördern...“ (a.a.O. S.1440)

Freilich erst 2011, also fünf Jahre nach der Unterzeichnung und zwei Jahre nach der Ratifizierung, wurde ein nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der BRK aufgestellt.

Die Entsprechung der BRK in nationalem Recht findet sich zunächst im Grundgesetz (GG) wieder. Relevant ist in diesem Zusammenhang vor allem das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes in Art. 20 und 23 GG. (BGBL 1949, S1-20)

Das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes erfährt seine Umsetzung in erster Linie im Sozialgesetzbuch, das die früheren Einzelgesetze (Arbeitsförderungsgesetz (AFG), Reichsversicherungsordnung (RVO), Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Schwerbehindertengesetz (SchwbG), Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG)) zusammenführt und ergänzt.

2. Sozialgesetzbuch (SGB)

Das deutsche Sozialrecht ist geprägt vom Vorsorgeprinzip, dem Förderungsprinzip, dem Entschädigungsprinzip und dem Auffangtatbestand. In Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation ist vor allem das Vorsorgeprinzip bedeutsam.

In Abschnitt 1 des SGB I werden die sozialen Rechte definiert. Für die berufliche Rehabilitation ist § 10 relevant, der das Recht auf Teilhabe zum Inhalt hat:

„Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.“ (SGB I, S.4)

Demnach haben Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung Anspruch auf Hilfen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und auf Hilfen zur Erlangung eines angemessenen Arbeitsplatzes. Auf dieses Recht stützt sich der Anspruch auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe. In § 29 Abs. 1 (2) SGB I werden folgende Leistungsarten der beruflichen Rehabilitation genannt:

- Hilfen zum Erhalten oder Erlangen eines Arbeitsplatzes,
- Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung,
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (SGB I, S.10)

Als Leistungsträger werden in den §§ 19, 22, 23, 24, 27 und 28 SGB I Arbeitsagenturen, Gesetzliche Unfallversicherungen, Rentenversicherungen und Versorgungsämter sowie Träger der Jugendhilfe und der Sozialhilfe genannt. Eine Besonderheit bildet der Bereich des SGB II. Selbstständige Leistungsträger im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind hier nur die sog. Optionskommunen (§ 6b SGB II). Ansonsten bleibt die fachliche Zuständigkeit für Leistungen der beruflichen Rehabilitation bei den Arbeitsagenturen sofern kein anderer Träger zuständig ist. (SGB II, S.9f.)

Weiter ausgeführt werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im SGB IX als übergreifendem Gesetzbuch sowie in den SGB II (Grundsicherung), III (Arbeitsförderung), VI (Rentenversicherung), VII (Unfallversicherung), VIII (Jugendhilfe) und XII (Sozialhilfe) mit ihren ergänzenden Vorschriften. Leistungsrechtliche Aspekte und Bestimmungen zum Verwaltungsverfahren finden sich in den SGB I und X sowie im Sozialgerichtsgesetz (SGG).

SGB IX als Rahmengesetz

Im seit 2018 gültigen SGB IX² finden sich die Rahmenregelungen der Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen und damit auch der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe. Es gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil finden sich Regelungen für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen (Leistungsträger, Leistungsformen, Teilhaberecht). Im zweiten Teil finden sich besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderung (Eingliederungshilferecht) und im dritten Teil finden sich besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht).

Wichtige Grundprinzipien des SGB IX sind:

- Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe (§ 1)

² Das ab 1.1.2018 geltende neue SGB IX (geändert durch das Bundesteilhabegesetz BTHG) enthält einen modifizierten Behinderungsbegriff. Außerdem wird der Abschnitt zur Teilhabe am Arbeitsleben neu geordnet. Änderungen und Neuerungen umfassen vor allem den Bereich der Werkstätten für behinderte Menschen. Hier werden neue Träger zugelassen (§ 60) und es wird ein Budget für Arbeit (§ 61) eingeführt.

- Vorrang der Prävention (§ 3)
- Ganzheitlichkeit (§ 4)
- Vorrang von Teilhabeleistungen vor Rente (§ 9)
- Wunsch- und Wahlrecht (§ 8)
- Kooperation der Leistungsträger (§§ 14-25)

Grundlage des Behinderungsbegriffs nach § 2 SGB IX ist die ICF, die im Gegensatz zur ICIDH nicht von einem einfachen Krankheitsfolgenmodell der Behinderung ausgeht, sondern den Lebenshintergrund der Person explizit mit einbezieht (s.o.). Er lautet:

„(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist. (...)“ (SGB IX, S.13)

Als Leistungsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 2. SGB IX) werden in § 6 die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Rentenversicherungsträger, die Träger der Kriegsopferversorgung, die Träger der Jugendhilfe und der Sozialhilfe genannt.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in Kapitel 10 (§§ 49-63 SGB IX) geregelt. Geregelt werden neben den eigentlichen Leistungen für Betroffene auch Leistungen für Arbeitgeber, die Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen, Leistungen der Unterstützten Beschäftigung sowie Leistungen in WfbM.

Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in § 49 (3) SGB IX genannt:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 5 und,
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten. (SGB IX, S.34f.)

Ziel der Leistungen ist die Erhaltung, Verbesserung, Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Leistungen können in unterschiedlicher Form erbracht werden (§§ 28 ff SGB IX). Nach § 8 SGB IX ist dabei das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen zu berücksichtigen.

Leistungen können in besonderen Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden. Als Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nennt § 51 SGB IX Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen. An diese Einrichtungen werden besondere Anforderungen gerichtet, sie müssen

„ (...)

1. eine erfolgreiche Ausführung der Leistung erwarten lassen nach Dauer, Inhalt und Gestaltung der Leistungen, nach der Unterrichtsmethode, Ausbildung und Berufserfahrung der Leitung und der Lehrkräfte sowie nach der Ausgestaltung der Fachdienste,
2. angemessene Teilnahmebedingungen bieten und behinderungsgerecht sein, insbesondere auch die Beachtung der Erfordernisse des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung gewährleisten,
3. den Teilnehmenden und den von ihnen zu wählenden Vertretungen angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten an der Ausführung der Leistungen bieten sowie
4. die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführen.“ (SGB IX, S.36)

In Kapitel 11 SGB IX (§§ 64-74) finden sich schließlich Regelungen zu unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation.

In den einzelnen Leistungsgesetzen des SGB werden die Zuständigkeiten und die jeweiligen besonderen Leistungsvoraussetzungen der Rehabilitationsträger geregelt.

Ausführlicher werden im Folgenden nur die Rechtsgrundlagen von Arbeitsagentur und Rentenversicherung als zahlenmäßig wichtigste Rehabilitationsträger dargestellt.

SGB II, SGB III Arbeitsagentur

Die Bundesagentur für Arbeit ist zuständig, sofern kein anderer Träger für Leistungen zur Teilhabe an Arbeit zuständig ist und Erwerbsfähigkeit gegeben ist. Dies schließt auch die Zuständigkeit für RehabilitandenInnen i.S. des SGB II (siehe § 6a SGB IX).

Zunächst findet sich in § 19 SGB III eine stärker auf den Arbeitsmarkt bezogene Bestimmung des Begriffs „Behinderte Menschen“:

„(1) Behindert im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen.

(2) Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.“ (SGB III, S.24)

Im siebten Abschnitt des SGB III finden sich vergleichsweise umfassende Regelungen zur Teilhabe behinderter Menschen. In § 115 wird zunächst weitgehend die Begriffsbestimmung aus dem SGB IX übernommen. Leistungen werden demnach zur Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit erbracht. Dabei sind Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit und der Arbeitsmarkt zu berücksichtigen.

Im Weiteren werden verschiedene Leistungsebenen definiert, die sich nach Art und Schwere der Behinderung richten sollen. Teilhabeleistungen können als allgemeine Leistungen und besondere Leistungen erbracht werden.

Allgemeine Leistungen nach § 115 f SGB III umfassen:

- Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- Leistungen zur Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe und der Assistierten Ausbildung,
- Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung,
- Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Für diese Leistungen gelten im Vergleich zu Nicht-Rehaleistungen weniger enge Voraussetzungen (siehe § 116).

Die besonderen Leistungen nach § 117 SGB III werden weiter differenziert in

- Leistungen in einer besonderen Einrichtung (vgl. § 51 SGB IX) und
- sonstige auf die besonderen Bedürfnisse Behinderter ausgerichtete Maßnahmen.

Darüber hinaus können besondere Leistungen erbracht werden, wenn allgemeine Leistungen die erforderlichen Leistungen nicht (in erforderlichem Umfang) vorsehen. Zu den besonderen Leistungen zählen auch Übergangs- und Ausbildungsgeld.

Damit ergeben sich nach SGB III drei „Kundengruppen“ bzw. Förderkategorien:

- RehabilitandenInnen, für die allgemeine Leistungen ausreichen (§ 115 SGB III),
- RehabilitandenInnen, die besondere Leistungen benötigen (§ 117 (1) Nr.1b SGB III)
- RehabilitandenInnen, für die besondere Leistungen in besonderen Einrichtungen erforderlich sind. (§ 117 (1) Nr.1a SGB III)

Besondere Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind Berufsförderungswerke (BFW), Berufsbildungswerke (BBW), berufliche Trainingszentren (BTZ) und vergleichbare Einrichtungen. Anerkennungsvoraussetzung für diese Einrichtungen ist u.a., dass die Leistung zu mehr als 50% in der Einrichtung durchgeführt wird. (vgl. HEGA 12/2009) Dem stehen allgemeine Umschulungen, ausgeschriebene betreute betriebliche Umschulungen und Integrationsmaßnahmen gegenüber. Hier gilt die 50%-Regel nicht.

In dieser Arbeit werden Maßnahmen in besonderen Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 Nr. 1a (Umschulungen in BFW und Integrationsmaßnahmen in BTZ) mit besonderen Maßnahmen nach § 117 Abs. 1 Nr. 1b (betreute betriebliche Umschulungen und Integrationsmaßnahmen) verglichen. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist dabei der Praktikumsanteil und damit der Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme. Dieser Zeitpunkt ist bei Maßnahmen für den Personenkreis nach § 117 Abs. 1 Nr. 1b früher.

SGB VI Rentenversicherung

Teilhabeleistungen durch Rentenversicherungsträger nach § 9 SGB VI haben in erster Linie das Ziel, Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und eine dauerhafte Eingliederung zu erreichen. Es kann sich um medizinische und berufliche Leistungen handeln.

Persönliche Voraussetzungen sind eine erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit und die Aussicht auf Wiederherstellung oder wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. (§ 10 SGB VI). Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind nach § 11 SGB VI erfüllt, wenn 15 Jahre beitragspflichtige Beschäftigung vorliegen oder eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird. Darüber hinaus können berufliche Leistungen erbracht werden, wenn sonst eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit

higkeit zu leisten wäre oder wenn die Leistung unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist.

Bei der Art der Leistungen verweist § 16 SGB VI auf die §§ 49 – 54 SGB IX. Eine weitergehende Aufteilung in verschiedene „Kundengruppen“ analog dem SGB III kennt das SGB VI nicht.

Weitere Leistungsträger und Rechtsgrundlagen

Als weitere mögliche Rehabilitationsträger kommen die Berufsgenossenschaften bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (SGB VII), Träger der Jugendhilfe (SGB VIII) und die Träger der Sozialhilfe (SGB XII) in Frage. Bei Wehr- und Zivildienstfolgen erfolgen Rehabilitationsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Zusammenfassung: Zuständigkeiten

Bei der Frage nach der Zuständigkeit ergibt sich somit folgende Systematik:

1. Besteht Erwerbsunfähigkeit und ist kein anderer Träger zuständig, sind Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe zuständig
2. Handelt es sich um einen Wehrdienst- oder Kriegsopferfall, sind die Versorgungsämter zuständig
3. Handelt es sich um einen Versicherungsfall wegen Berufskrankheit oder Arbeitsunfall, ist die Unfallversicherung zuständig
4. Ist die Wartezeit der Rentenversicherung (180 Monate) erfüllt oder ist die Teilhabeleistung im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation notwendig oder besteht bzw. droht eine Rente wegen Erwerbsminderung, ist die Rentenversicherung zuständig
5. Besteht Erwerbsfähigkeit und ist kein anderer Träger zuständig, ist die Arbeitsagentur zuständig

Nur die Arbeitsagentur differenziert bei den Leistungen weiter nach Kundengruppen entsprechend dem Ausmaß der Hilfebedürftigkeit.

Aus den unterschiedlichen Zuständigkeitsvoraussetzungen ergeben sich Unterschiede in der soziodemographischen Struktur der RehabilitandenInnen:

- RehabilitandenInnen der Rentenversicherung sind in der Regel älter und verfügen über mehr Berufserfahrung,
- RehabilitandenInnen der Arbeitsagenturen sind in der Regel jünger und verfügen über weniger Berufserfahrung. Nur bei den Arbeitsagenturen findet in nennenswertem Umfang Ersteingliederung statt.

Bei den Leistungen finden sich in Ausschreibungsmaßnahmen nach § 117 Abs. 1 Nr. 1b SGB III aktuell ausschließlich RehabilitandenInnen der Arbeitsagentur. Bei durch die Rentenversicherungsträger anerkannten Maßnahmen können dagegen keine RehabilitandenInnen der Arbeitsagenturen teilnehmen, es sei denn, die Maßnahmen wären zusätzlich nach § 51 SGB IX anerkannt.

Daraus ergibt sich aufgrund der derzeitigen Rechtslage eine Selektion der RehabilitandenInnen bei den einzelnen Leistungen je nach Kostenträger: Maßnahmen in nach § 51 SGB IX anerkannten Einrichtungen sind für alle RehabilitandenInnen zugänglich. Ausschreibungsmaßnahmen und von einzelnen Rehaträgern anerkannte Maßnahmen dagegen nicht, es sei denn, RehabilitandenInnen erwirken

ein bei Kostenträgern aufgrund des Verwaltungsaufwandes eher unbeliebtes persönliches Budget nach § 17 SGB IX, das auch andere Leistungen zugänglich macht.

Faktisch wird aber durch die derzeitige Rechtslage und deren Umsetzung durch die Rehabilitationsträger das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX eingeschränkt.

3.1.4. Aktuelle Maßnahmentypen

Die wichtigsten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für erwachsene RehabilitandenInnen sind derzeit

- Integrationsmaßnahmen
- Unterstützte Beschäftigung
- Umschulung einschließlich der jeweiligen Vorbereitungsmaßnahmen

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) fasst im Rahmenkonzept Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Anpassungs- und Integrationsmaßnahmen und Weiterbildung (Fortbildung und Umschulung) unter dem Punkt berufliche Bildung zusammen. Unterstützte Beschäftigung wird in einer eigenen Rubrik aufgeführt. (DRV-Bund 2009, S 17f.)

Die Arbeitsagentur nutzt eine ähnliche Systematik, allerdings werden in den Statistiken Integrationsmaßnahmen hier nicht separat aufgeführt.

Außerdem sind Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) für Menschen mit psychischer Erkrankung relevant, die jedoch in diese Untersuchung nicht einbezogen wurden.

Integrationsmaßnahmen

Integrationsmaßnahmen können in besonderen Einrichtungen (z.B. BTZ oder vergleichbare Einrichtung nach § 51 SGB IX) oder als besondere Maßnahme durchgeführt werden. Sie dauern in der Regel 6 bis 12 Monate und haben einen Trainingsschwerpunkt. Ziel von Integrationsmaßnahmen ist vorrangig die berufliche Wiedereingliederung über einen Quereinstieg in ein neues Berufsfeld. Besondere Maßnahmen können durch Rentenversicherungsträger anerkannt oder durch die Agentur für Arbeit im Ausschreibungsverfahren vergeben werden. Die BA schreibt derzeit die Maßnahmeformate „Berufliche Reintegration psychisch Kranker“ (BeRepK) und „Integration von RehabilitandenInnen in den Arbeitsmarkt“ (InRam) aus.

Unterstützte Beschäftigung (UB)

Unterstützte Beschäftigung ist eine Maßnahmeform der Arbeitsagentur, die sich auf das supported employment in angloamerikanischen Ländern bezieht und seit 2009 einen eigenständigen Leistungstatbestand in § 38a SGB IX (§ 55 SGB IX alte Fassung) bildet. Sie wird als Maßnahme mit besonderen Hilfen unter dem Titel UB im Ausschreibungsverfahren vergeben. Sie dauert 18 bis 24 Monate, maximal jedoch 36 Monate und wird überwiegend betrieblich durchgeführt. Ziel ist der berufliche Einstieg vor dem Hintergrund einer Qualifizierung für einen speziellen Arbeitsplatz. UB wird in Deutschland vorwiegend für junge Erwachsene mit Lernbehinderung angeboten und ist daher nicht in die vorliegende Untersuchung einbezogen. (vgl. Doose 2012, S 195ff.) Allerdings nahm der Anteil der psychisch kranken RehabilitandenInnen nach einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (BAG UB, 2016 S.4) seit 2009 zu, 2015 lag er demnach bei 25%.

Umschulung

Umschulungen haben einen neuen Berufsabschluss zum Ziel und sind folglich bildungsorientiert. Sie dauern in der Regel 21 bis 24 Monate und können in einer besonderen Einrichtung (BFW), als besondere Maßnahme oder als allgemeine Maßnahme durchgeführt werden. Als besondere Maßnahme können sie von den Rentenversicherungsträgern anerkannt werden oder durch die BA im Ausschreibungsverfahren vergeben werden.

Oft handelt es sich bei besonderen Maßnahmen um betreute betriebliche Umschulungen. Auch diese können durch Rentenversicherungsträger anerkannt werden oder durch die Arbeitsagentur im Ausschreibungsverfahren vergeben werden. Die BA schreibt derzeit das Maßnahmeformat „Betreute betriebliche Umschulung“ (bbU-Reha) aus.

Personelle Ausstattung und Vergabe

In allen Maßnahmen der Arbeitsagentur mit Ausnahme der allgemeinen Maßnahmen steht den RehabilitandenInnen eine besondere Betreuung zur Verfügung. In besonderen Maßnahmen besteht diese aus sozialpädagogischer (Schlüssel 1:10), psychologischer Betreuung (Schlüssel 1:20) und Ausbildern (Schlüssel 1:10), die in Maßnahmen in besonderen Einrichtungen um eine ärztliche Betreuung ergänzt wird. Darüber hinaus verfügen Berufsförderungswerke über die Möglichkeit einer internatsmäßigen Unterbringung mit entsprechendem Personal.

Ausschreibung und Anerkennung von Maßnahmen und die Anerkennung von Einrichtungen erfolgen bei der Arbeitsagentur zentral durch die jeweiligen Regionalen Einkaufszentren (REZ). Dabei werden einheitliche Anforderungen an Konzept und Ausstattung vorgegeben.

Die Vergabe von Maßnahmen aus Ausschreibungsverfahren erfolgt nach einem Kennzahlensystem, bei dem der Angebotspreis und Wertungspunkte des Konzepts eingehen. Die Anerkennung besonderer Einrichtungen nach § 51 SGB IX und Maßnahmen in solchen Einrichtungen erfolgt auf der Basis eines Qualitäts- und Leistungshandbuchs und einer Preisverhandlung.

Bei der DRV, die die Unterscheidung zwischen allgemeinen Maßnahmen, besonderen Maßnahmen und Maßnahmen in besonderen Einrichtungen nicht kennt, erfolgt die Anerkennung zentral nach einer Vorprüfung durch die örtlichen BeraterInnen. Konzeptuelle Vorgaben sind hier weiter gefasst. Zudem kann die DRV alle in KURSNET verzeichneten Maßnahmen belegen.

3.2. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen als Forschungsgegenstand

Im Folgenden werden einige Aspekte der Forschung zur beruflichen Rehabilitation dargestellt, soweit sie für die vorliegende Arbeit relevant sind. Zunächst werden einige spezielle Probleme der Forschung zu beruflicher Rehabilitation erläutert. In den folgenden Abschnitten wird die Inanspruchnahme von Leistungen und die von den Rehabilitationsträgern mitgeteilten Eingliederungsquoten in Deutschland dargestellt. Einen breiten Raum nahm in der internationalen Rehabilitationsforschung in den letzten Jahren die Forschung zum Eingliederungserfolg ein, insbesondere in Zusammenhang mit Ansätzen des „Supported Employment“ (SE). Ergebnisse hierzu werden im vierten Abschnitt dargestellt. Eher selten werden in diesen Studien nicht-arbeitsmarktbezogene Parameter und Effekte einbezogen, was insbesondere auch auf wahrgenommene Ressourcen i.S. dieser Arbeit zutrifft. Ergebnisse hierzu und weitere Ergebnisse werden im fünften Abschnitt dargestellt. Der letzte Abschnitt ist Ergebnissen zu Wirkfaktoren in der beruflichen Rehabilitation gewidmet.

3.2.1. Probleme der Forschung zu beruflicher Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation spielt sich sowohl international als auch innerhalb Deutschlands unter kaum vergleichbaren Voraussetzungen ab. (vgl. hierzu Vornholt e.a. 2017) International spielt dabei die Unterschiedlichkeit von Sozialsystemen eine Rolle, innerhalb Deutschlands unterscheiden sich die Angebote verschiedener Rehabilitationsträger teils erheblich. Deswegen entstehen bei der Forschung zur beruflichen Rehabilitation, insbesondere wenn es um die Erforschung des Rehabilitationserfolgs geht, spezifische Probleme, die für die Einordnung von Forschungsergebnissen relevant sind.

- Unterschiedlichkeit der Sozialsysteme

Das deutsche Sozialsystem ist ein in wesentlichen Teilen sozialversicherungs-basiertes Solidarsystem mit einer Grundsicherung (SGB II, SGB XII). Es enthält eine Reihe von Absicherungen und Rechten, die sozialen und finanziellen Abstieg als Krankheits- oder Behinderungsfolge verhindern bzw. abmildern sollen. Im Gegensatz dazu sind andere Sozialsysteme, insbesondere im anglo-amerikanischen Raum, weniger dem Gedanken einer Solidarversicherung, sondern der Individualverantwortung verhaftet. Leistungen bei Arbeitslosigkeit und Krankheit sind dort deutlich geringer und kürzer. Beschäftigte vermeiden vor diesem Hintergrund vermutlich krankheitsbedingte Fehlzeiten eher oder halten sie möglichst kurz, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Für arbeitslose Menschen ist der Druck zur Aufnahme einer wie auch immer gearteten Beschäftigung deutlich höher, da Leistungen zum Lebensunterhalt schnell wegfallen. Andererseits soll ein System von Mindestlöhnen prekäre Beschäftigung eingrenzen. Diese Unterschiede haben Auswirkungen auf die Qualität von Beschäftigung und deren Bewertung in Hinblick auf den Erfolg beruflicher Rehabilitation.

- Unterschiedlichkeit der beruflichen Rehabilitationssysteme im internationalen Vergleich

Die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen haben Auswirkungen auf die Gestaltung von beruflichen Rehabilitationssystemen und -maßnahmen. Während berufliche Rehabilitation in Deutschland stark an dem deutschen Ausbildungs- und Qualifizierungssystem orientiert ist und auf unterschiedlichen Ebenen Trainings- und Qualifizierungsmöglichkeiten vorsieht, spielt in angloamerikanischen Ländern der Bereich Ausbildung oder Umschulung keine wesentliche Rolle. Im Focus stehen Funktionstraining (training as usual) bzw. die schnelle Arbeitsaufnahme z.B. durch supported employment.

- Unterschiedlichkeit der Erfolgskriterien

Der Erfolg beruflicher Rehabilitation etwa in Hinblick auf Arbeitsaufnahme wird folglich an sehr unterschiedlichen Kriterien gemessen. Während in anglo-amerikanischen Ländern auch die stundenweise Beschäftigungsaufnahme bereits einen Erfolg darstellt, ist das Hauptkriterium für gelungene Wiedereingliederung in Deutschland die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung. Die so berechneten Eingliederungsquoten sind daher international kaum vergleichbar. Zudem findet die von der Bundesagentur für Arbeit berechnete Verbleibsquote (Nicht-Arbeitslose sechs Monate nach Maßnahmeende) nach einer Rehabilitationsmaßnahme in anderen Systemen keine Entsprechung.

- Unterschiedlichkeit der Maßnahmen und RehabilitandenInnenpopulationen der Rehabilitations-träger

Nicht nur im internationalen Bereich sind Bewertung und Vergleich verschiedener Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation schwierig. Auch zwischen den verschiedenen Trägern der beruflichen Rehabilitation innerhalb Deutschlands gibt es deutliche Unterschiede zwischen Maßnahmen. Folgende Beispiele sollen das Problem verdeutlichen: Die Differenzierung in drei Kundengruppen mit unterschiedlichen Rehaangeboten bei der Arbeitsagentur (s.o.) kennt die Deutsche Rentenversicherung nicht. Trainings- und Integrationsmaßnahmen sind bei den Rentenversicherungsträgern in der Regel länger als bei der Bundesagentur für Arbeit (BA). Darüber hinaus unterscheiden sich die RehabilitandenInnenpopulationen der großen Rehaträger systematisch aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeitsvoraussetzungen: RehabilitandenInnen der BA sind gewöhnlich jünger als solche der Deutschen Rentenversicherung, da sie in der Regel noch keine 180 Beitragsmonate zurückgelegt haben.

- Teilnehmerselektion durch Zuweisungspraxis der BeraterInnen und den Beratungsprozess

Die Zusammensetzung von RehabilitandenInnengruppen in Maßnahmen ist in der beruflichen Rehabilitation wesentlich durch RehaberaterInnen gesteuert. Zwar sehen Beratungskonzepte mehr oder weniger definierte Kriterien für die Maßnahmezuzuweisung vor (vgl. z.B. BA 2013), trotzdem ist die Zuweisung immer auch durch den Verlauf des Beratungsprozesses und die Interaktion der Akteure bestimmt. Dies betrifft insbesondere Maßnahmen aus den Rechtskreisen SGB II und SGB III. Ob RehabilitandenInnen in allgemeine, besondere Maßnahmen oder in Maßnahmen in besonderen Einrichtungen zugewiesen werden, ist von der Einschätzung des/der RehaberatersIn, der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts des/der RehabilitandenIn und nicht zuletzt auch von der Verfügbarkeit von Maßnahmen abhängig. Vor diesem Hintergrund ist schon aus sozialrechtlichen Gründen eine Randomisierung selbst in inhaltlich parallelen Maßnahmen (z.B. betriebliche Umschulung, Umschulung in BFW) kaum möglich und Selektionseffekte sind unvermeidlich.

3.2.2. Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Folgenden wird die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Verteilung dargestellt.

Dadurch wird die Bedeutung beruflicher Rehabilitation in den letzten Jahren deutlich. Der Vergleich der abgeschlossenen Einzelleistungen psychisch erkrankter RehabilitandenInnen mit den abgeschlossenen Einzelleistungen aller RehabilitandenInnen zeigt darüber hinaus unterschiedliche Schwerpunkte der Leistungsarten.

Die Darstellung der Inanspruchnahme von beruflichen Rehabilitationsleistungen und deren Entwicklung bezieht sich auf Daten der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) von 2016. Anzumerken ist, dass die Datenstruktur der beiden Träger sehr unterschiedlich ist. Deshalb lassen sich die Zahlen nur bedingt miteinander vergleichen.

Deutsche Rentenversicherung. 135.663 RehabilitandenInnen der Deutschen Rentenversicherung haben 2016 insgesamt 156.117 einzelne Leistungen zur Teilhabe abgeschlossen (DRV-Bund 2017, S XIV). Seit 2009 hat damit die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen um 18,03% zugenommen (DRV-Bund 2016, S.44, DRV-Bund 2017, S.133 ff.) Die abgeschlossenen Leistungen für psychisch Kranke sind im gleichen Zeitraum dagegen um 5,2% zurückgegangen (DRV-Bund 2017):

Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

DRV

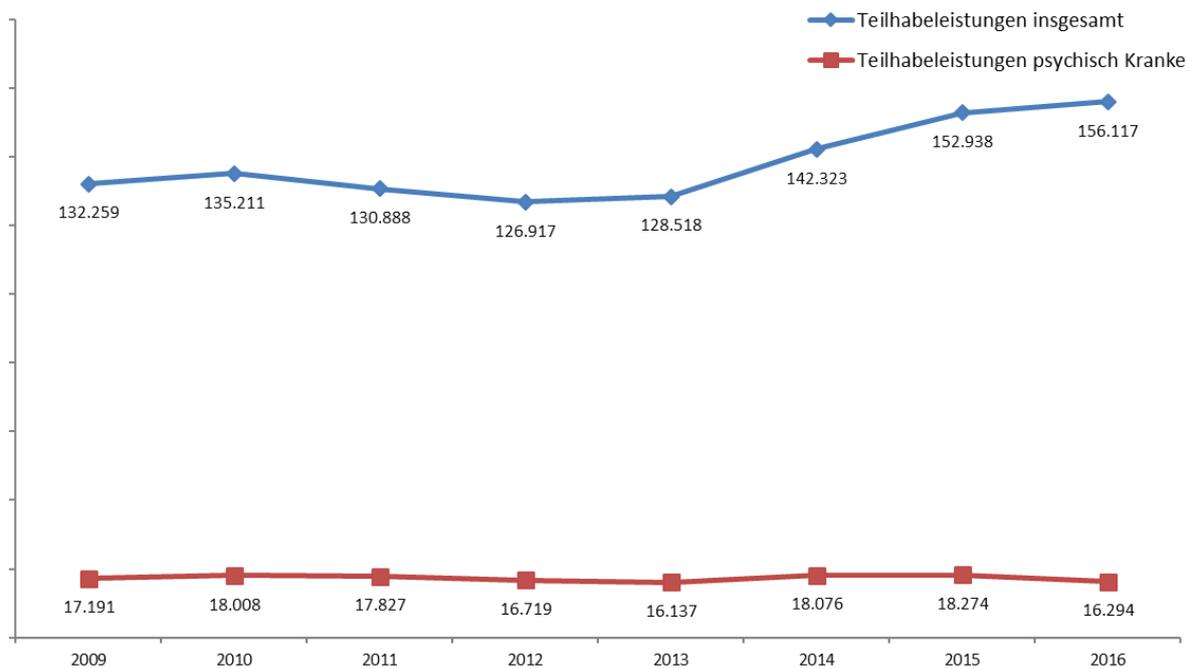


Abbildung 6: Abgeschlossene Teilhabeleistungen DRV insgesamt und psychisch Kranke (aus: DRV-Bund 2016, 2017)

Betrachtet man nur den Zeitraum von 2013 bis 2016, fällt der prozentuale Anstieg abgeschlossener Teilhabeleistungen mit 21% bei allen RehabilitandenInnen höher aus, bei den psychisch kranken RehabilitandenInnen zeigen sich im gleichen Zeitraum dagegen kaum Veränderungen.

Im Einzelnen wurden 2016 folgende Leistungen abgeschlossen:

Tabelle 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben DRV 2016 (aus: DRV-Bund 2017, S XIV)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben DRV 2016		
Leistungsart	Anzahl	Prozent
Eignungsabklärung/Arbeitserprobung	17.739	11,36%
Individuelle betriebliche Qualifizierung	116	0,07%
Gründungszuschuss	540	0,35%
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	74.692	47,84%
Berufsvorbereitung	6.923	4,43%
Leistungen zur beruflichen Bildung	30.995	19,85%
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)	1.939	1,24%
Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	9.614	6,16%
Kraftfahrzeug-Hilfen	3.506	2,25%
Arbeitsgeberleistungen	10.053	6,44%
Gesamtzahl	156.117	100%

Der weit überwiegende Teil der Einzelleistungen waren Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, am zweithäufigsten wurden berufliche Bildungsleistungen bewilligt. In den Qualifizierungsbereich gingen insgesamt knapp 31.000 Einzelleistungen.

Anders sieht die Verteilung der Einzelleistungen in der Diagnosegruppe Psychische Erkrankung aus:

Tabelle 2: Einzelleistungen DRV psychisch Erkrankte 2016 (aus: DRV-Bund 2017, S 133ff.)

Einzelleistungen psychisch Erkrankte 2016		
Leistungsart	Anzahl	Prozent
Eignungsabklärung/Arbeiterprobung	659	4,04%
Individuelle betriebliche Qualifizierung	41	0,25%
Gründungszuschuss	62	0,38%
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	742	4,55%
Berufsvorbereitung	1.148	7,05%
Leistungen zur beruflichen Bildung	5.868	36,01%
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)	1.124	6,90%
Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	5.359	32,89%
Kraftfahrzeug-Hilfen	25	0,15%
Arbeitsgeberleistungen	1.266	7,77%
Gesamtzahl	18.274	100 %

Die Anteile vor allem der Leistungen in WfbM und Leistungen zu beruflicher Bildung sind bei psychisch erkrankten RehabilitandenInnen deutlich höher, die zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes deutlich niedriger.

Agentur für Arbeit. Bei den Arbeitsagenturen kommt der Ersteingliederung in der Rehabilitation eine große Bedeutung zu, insgesamt sind die Fallzahlen schon deswegen größer. In Zuständigkeit der Arbeitsagenturen waren 2016 170.533 RehabilitandenInnen im Bestand, unabhängig davon, ob sie aktuell in Maßnahmen waren. Davon waren 120.769 in der Ersteingliederung. Gegenüber 2009 entspricht das einem Rückgang von 34,6%:

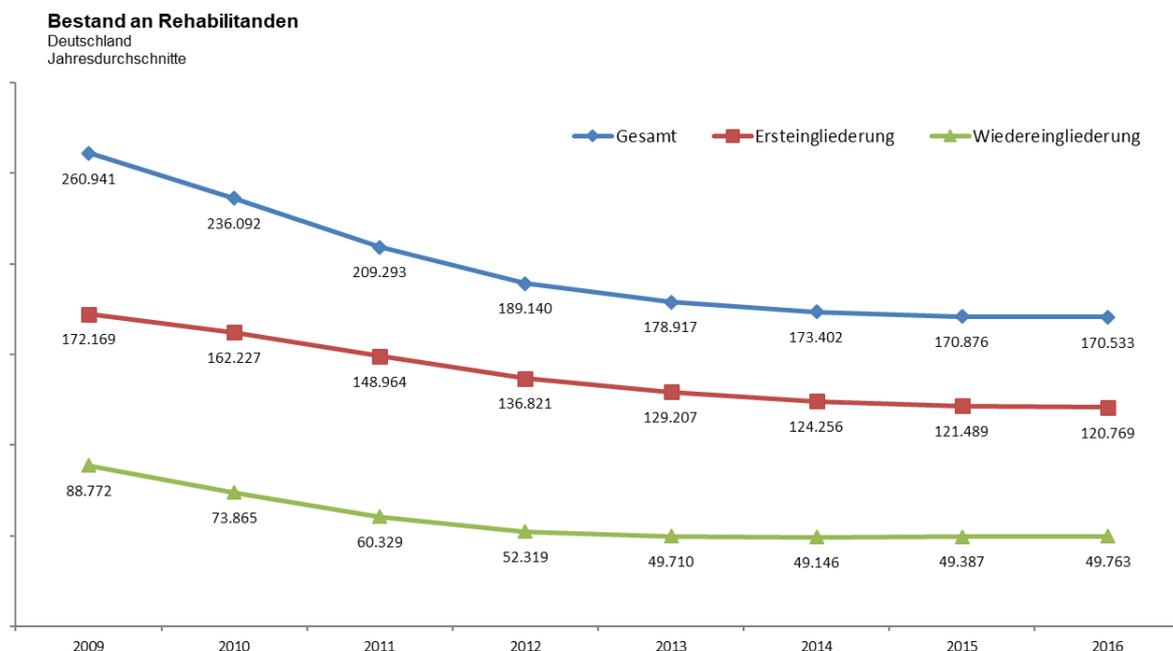


Abbildung 7: Verlauf Bestand RehabilitandenInnen Arbeitsagentur (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)

Seit 2009 ist die Bestandszahl an TeilnehmerInnen in Teilhabeleistungen um 24% zurückgegangen, was vor allem durch den Rückgang der Ersteingliederungsfälle bedingt ist. Bei den Wiedereingliederungen gab es im gleichen Zeitraum einen Rückgang um 16,36%:

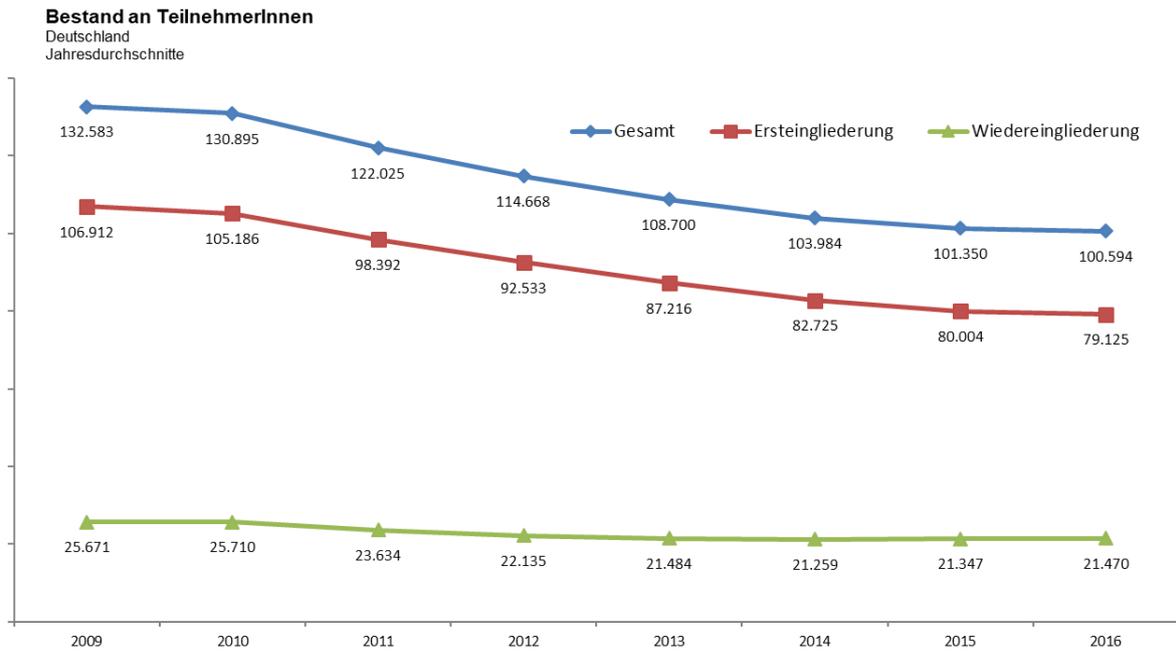


Abbildung 8: Verlauf Bestand an TeilnehmerInnen in Rehabilitationsmaßnahmen (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)

Eine Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen haben 2016 107.792 RehabilitandenInnen, 74.471 davon aus der Ersteingliederung. Seit 2009 entspricht das einem Rückgang um 21,7%:

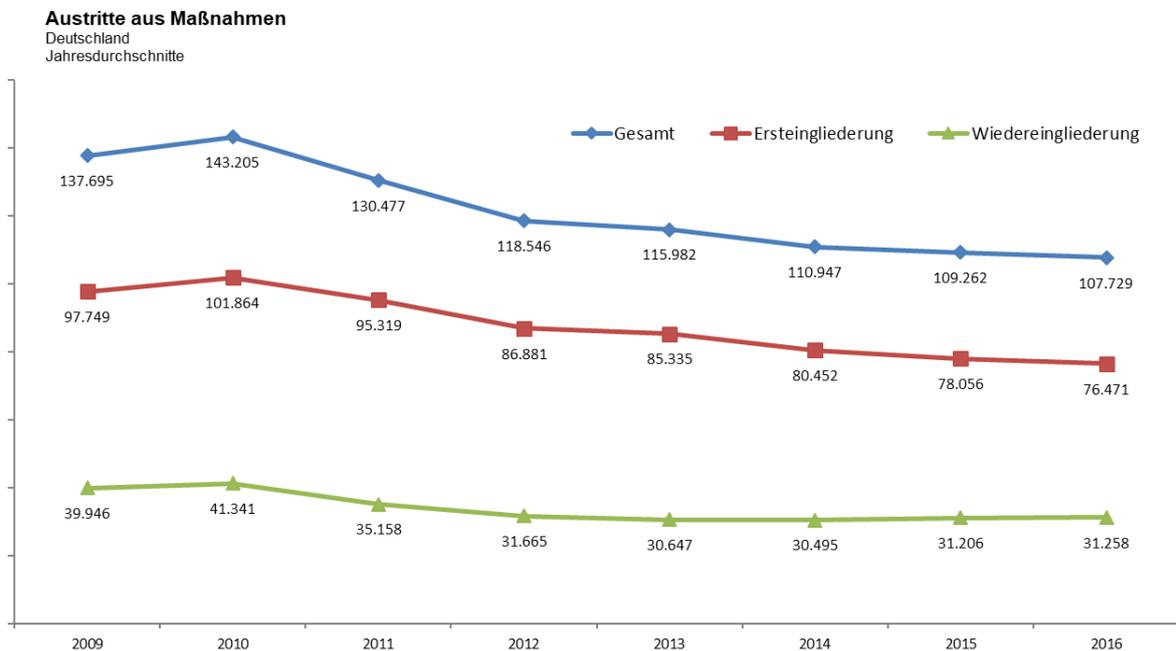


Abbildung 9: Verlauf Austritte aus Maßnahmen (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)

RehabilitandenInnen der Arbeitsagenturen können im Rahmen der Rehabilitation in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf, der sich aus der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Kundengruppen ergibt, sowohl allgemeine als auch besondere Leistungen erhalten (s.o. Kapitel 3.1.3.).

Insgesamt waren 2016 durchschnittlich 100.594 RehabilitandenInnen in allgemeinen und besonderen Maßnahmen:

Tabelle 3: Einzelmaßnahmen Bundesagentur für Arbeit 2016 - gleitender Durchschnitt (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017)

Einzelmaßnahmen	Gleitender 12-Monats-Durchschnitt
Insgesamt (Summe 1. + 2.)	100.594
1. allgemeine Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (ohne BAB)	22.348
Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung	3.285
Förderungen aus dem Vermittlungsbudget	-
Teilnahmen an Maßnahmen zur Aktivierung und berufliche Eingliederung	2.896
Probebeschäftigung behinderter Menschen	389
Arbeitshilfen für behinderte Menschen	-
Berufsvorbereitung und Berufsausbildung (ohne BAB)	11.855
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB allgemein inkl. BvB-Pro)	2.236
Einstiegsqualifizierung	343
Ausbildungsbegleitende Hilfen	1.933
Außerbetriebliche Berufsausbildung	1.966
Assistierte Ausbildung	242
Zuschüsse z. Ausbildungsvergütung behinderter u. schwerbehinderter Menschen	5.042
Zuschuss an AG im Anschluss an Aus- u. Weiterbildung Schwerbehinderter	94
Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung	7.180
- Förderung der beruflichen Weiterbildung	7.180
Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	28
- Gründungszuschuss	28
2. besondere Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung	78.247
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB rehaspezifisch)	10.877
besondere Maßnahmen zur Weiterbildung	7.419
Eignungsabklärung/Berufsfindung	916
besondere Maßnahmen zur Ausbildungsförderung	31.041
darunter: begleitete betriebliche Ausbildung	145
Einzelfallförderung (Kfz-Hilfe, Techn. Arbeitshilfe, etc.)	894
sonstige individuelle rehaspezifische Maßnahmen	23.887
darunter: Eingangsverf./Berufsbildungsbereich WfbM	23.273
Integrationsfachdienst	576
unterstützte Beschäftigung	3.213
Eingliederungszuschuss für behinderte und schwerbehinderte Menschen	4.776
- Eingliederungszuschuss für behinderte und schwerbehinderte Menschen	2.658
- Eingliederungszuschuss für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen	2.118

BAB=Berufsausbildungsbeihilfe, BvB=Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, WfbM=Werkstatt für behinderte Menschen

An allgemeinen Maßnahmen haben 2016 durchschnittlich 22.348 RehabilitandenInnen teilgenommen. Mit 78.247 war der Anteil der TeilnehmerInnen an besonderen Maßnahmen deutlich größer. Allgemeine Weiterbildungsmaßnahmen besuchten 7.180 Personen, besondere Maßnahmen besuch-

ten 7.419 Personen. Nicht ersichtlich ist aus den Statistiken der Arbeitsagentur der Anteil von Umschulungen bzw. Integrationsmaßnahmen an den allgemeinen und besonderen Weiterbildungsmaßnahmen.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass bei den beiden Hauptträgern der beruflichen Rehabilitation die Anzahl abgeschlossener Wiedereingliederungsmaßnahmen vor allem bedingt durch den Anstieg bei der Deutschen Rentenversicherung seit 2009 angestiegen ist. Bedingt durch den Rückgang der Ersteingliederung sind bei der Arbeitsagentur RehabilitandenInnenbestand, TeilnehmerInnenbestand und abgeschlossene Teilhabeleistungen seit 2009 rückläufig.

3.2.3. Berufliche Wiedereingliederung

Hauptkriterium für Rehabilitationserfolg ist für die Rehaträger die Rückkehr ins Erwerbsleben.

Für die Berechnung der Eingliederungsquoten in den Arbeitsmarkt können unterschiedliche Methoden angewendet werden. Die Zeitpunktmessung berücksichtigt nur die zu einem bestimmten Zeitpunkt in versicherungspflichtiger Beschäftigung befindlichen Personen. Die kumulative Verlaufsmessung berücksichtigt alle, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung waren. Darüber hinaus können Messzeitpunkte und Stichproben (mit oder ohne AbbrecherInnen) unterschiedlich sein.

Dass dies von Bedeutung ist, zeigt eine Metaanalyse von Streibelt & Egner (2012). Sie haben in einer Metaanalyse von 20 Veröffentlichungen zu RTW-Quoten festgestellt, dass die Variabilität von Wiedereingliederungsquoten in diesen Studien stark durch die Stichprobe, den Messzeitpunkt und die Interaktion Messzeitpunkt und Messmethode bestimmt wird: Eine spätere Messung, die Bereinigung der Stichprobe von AbbrechernInnen und eine spätere Messung bei gleichzeitiger kumulativer Erfolgsmessung führte zu höheren Eingliederungsquoten.

Bei der Betrachtung der Eingliederungsquoten ist außerdem zu berücksichtigen, dass sie nach abgeschlossenen Maßnahmen berechnet werden. Im Einzelfall können aber durchaus mehrere Maßnahmen einer Maßnahmekette für den Eingliederungserfolg bedeutsam sein. Dies ergibt sich aus der Statistik nicht.

Auf der Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis 2007 – 2014 gibt der Rehabericht 2016 (DRV-Bund 2016) den Wiedereingliederungsstatus von RehabilitandenInnen, die ihre Maßnahme 2012 abgeschlossen haben, nach 6, 12 und 24 Monaten nach beruflichen Bildungsleistungen wie folgt an:

Tabelle 4: Wiedereingliederungsstatus nach Bildungsleistungen (aus: DRV-Bund 2016, S.53)

	6 Monate	12 Monate	24 Monate
Versicherungspflichtige Beschäftigung	47%	52%	56%
Arbeitslos	28%	22%	19%
Langfristig arbeitsunfähig	4%	5%	5%
Weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	8%	7%	3%
Erwerbsminderungsrente	6%	8%	10%
Ohne Status	6%	6%	7%

Bei der Arbeitsagentur werden Eingliederungsquoten und Verbleibsquoten nach Rehaleistungen (Erhebung 6 Monate nach Ende) für jede Leistung zur Verfügung gestellt. Während die Eingliederungsquote den Anteil an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen an den Gesamtaus-

treten an gibt, gibt die Verbleibsquote den Anteil der Nicht-Arbeitslosen an den Gesamtaustritten an. Die Verbleibsquoten sind letztlich nur für den Bereich der Arbeitsagentur und deren speziellen Auftrag relevant.

Tabelle 5: Eingliederungs- und Verbleibsquoten 2016 (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)

	Austritte insgesamt	darunter 6 Monate nach Austritt		nicht arbeitslos	Verbleibsquote (VQ)2
		sv-pflichtig beschäftigt	Eingliederungsquote (EQ)1		
	1	2	3	4	5
Insgesamt (Summe 1. + 2.)	131.936	71.130	53,9	101.673	78,3
1. allgemeine Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (ohne BAB)	55.051	28.040	50,9	38.353	71,4
Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung	37.586	17.947	47,7	24.519	67,0
Förderungen aus dem Vermittlungsbudget	15.858	7.972	50,3	10.591	68,5
Teilnahmen an Maßnahmen zur Aktivierung und berufliche Eingliederung	19.597	8.575	43,8	12.315	64,9
Probebeschäftigung behinderter Menschen	1.955	1.245	63,7	1.443	74,9
Arbeitshilfen für behinderte Menschen	176	155	88,1	170	96,6
Berufsvorbereitung und Berufsausbildung (ohne BAB)	9.835	6.040	61,4	8.108	84,2
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB allgemein inkl. BvB-Pro)	3.474	1.639	47,2	2.953	85,7
Einstiegsqualifizierung	509	352	69,2	447	89,2
Ausbildungsbegleitende Hilfen	1.682	1.322	78,6	1.476	88,5
Außerbetriebliche Berufsausbildung	1.199	632	52,7	746	68,8
Assistierte Ausbildung	170	102	60,0	142	87,6
Zuschüsse z. Ausbildungsvergütung behinderter u. schwerbehinderter Menschen	2.691	1.906	70,8	2.245	85,1
Zuschuss an AG im Anschluss an Aus- u. Weiterbildung Schwerbehinderter	110	87	79,1	99	90,0
Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung	7.596	4.043	53,2	5.694	76,0
- Förderung der beruflichen Weiterbildung	7.596	4.043	53,2	5.694	76,0
Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	34	10	29,4	32	94,1
- Gründungszuschuss	34	10	29,4	32	94,1
2. besondere Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung	76.885	43.090	56,0	63.320	83,2
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB rehaspezifisch)	15.510	8.658	55,8	13.415	87,3
besondere Maßnahmen zur Weiterbildung	9.676	3.416	35,3	7.324	76,4
Eignungsabklärung/Berufsfindung	8.776	2.981	34,0	6.753	77,6
besondere Maßnahmen zur Ausbildungsförderung	15.404	7.233	47,0	10.128	67,6
darunter: begleitete betriebliche Ausbildung	72	*	*	62	86,1
Einzelfallförderung (Kfz-Hilfe, Techn. Arbeitshilfe, etc.)	9.295	8.379	90,1	8.993	96,9

	Austritte insgesamt	darunter 6 Monate nach Aus- tritt		nicht arbeitslos	Verbleibs- quote (VQ)2
		sv-pflichtig beschäftigt	Eingliede- rungsquote (EQ)1		
sonstige individuelle rehaspezifische Maß- nahmen	15.422	10.856	70,4	14.474	94,4
darunter: Eingangsverf./ Berufsbildungs- bereich WfbM	13.735	10.072	73,3	13.370	97,8
Integrationsfachdienst	1.630	769	47,2	1.060	66,4
unterstützte Beschäftigung	2.802	1.567	55,9	2.233	80,6
Eingliederungszuschuss für behinderte und schwerbehinderte Menschen	6.471	5.125	79,2	5.569	87,2
- Eingliederungszuschuss für behinderte und schwerbehinderte Menschen	4.780	3.823	80,0	4.118	87,4
- Eingliederungszuschuss für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen	1.691	1.302	77,0	1.451	86,5

BAB=Berufsausbildungsbeihilfe, BvB=Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, WfbM=Werkstatt für behinderte Menschen, SV=Sozialversicherung, X=aus Datenschutzgründen nicht benannt

Für den Zeitraum Dezember 2015 bis November 2016 ergibt sich beim Rehabilitationsträger Agentur für Arbeit eine Eingliederungsquote von insgesamt 53,9%. Die Eingliederungsquote ist bei den besonderen Leistungen (56%) höher als bei den allgemeinen Leistungen (50,9%). Die hohe Eingliederungsquote bei den besonderen Leistungen ist hauptsächlich auf die Einzelfallförderung (90%), Eingliederungszuschüsse (80%, 77%) und sonstige rehaspezifische Maßnahmen (70,4%) zurückzuführen und sagt wenig über Weiterbildungsleistungen aus.

Die Eingliederungsquote bei besonderen beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen ist mit 34,3% vergleichsweise niedrig und deutlich niedriger als bei den allgemeinen beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen (53,2%).

In Bezug auf die Allgemeinen Leistungen zur Weiterbildung ist die ermittelte Eingliederungsquote im Ergebnis mit der Quote der DRV durchaus vergleichbar, nicht aber bei den besonderen Leistungen. Dort ist die Quote bei der Arbeitsagentur deutlich niedriger. Allerdings sind die Zeiträume, auf die sich die Zahlen beziehen, unterschiedlich, was die Vergleichbarkeit einschränkt.

In einzelnen Studien weichen die Zahlen teils deutlich von den Daten der offiziellen Statistik ab. Die Integrationsquoten schwanken je nach Trägerschaft und Maßnahmeart zwischen 13,2% und 55%:

Wuppinger und Rauch (2010) befragten 671 RehabilitandenInnen der Arbeitsagentur, die an unterschiedlichen Rehabilitationsmaßnahmen (Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen, Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, Beschäftigung schaffende Maßnahmen) teilgenommen haben, zum Erwerbsstatus nach sechs Monaten. 22,7% befanden sich in einer Erwerbstätigkeit, 8,5% waren in einem geförderten Beschäftigungsverhältnis, 50,3% waren arbeitslos, 7% waren in einer weitergehenden Maßnahme und 1,8% waren zum Befragungszeitpunkt krank. Den höchsten Anteil an Erwerbstätigen (21,2%) verzeichnete dabei die ehemaligen WeiterbildungsteilnehmerInnen gegenüber jeweils 13,2% bei den anderen Gruppen

Maßnahmeartspezifische Eingliederungsquoten berichten Slesina e.a (2009). In einer Untersuchung an 1.008 TeilnehmernInnen von Umschulungen, betrieblichen Einzelumschulungen und Anpassungsmaßnahmen (Integrationsmaßnahmen) ermittelten sie für betriebliche und außerbetriebliche Umschulungen nach 12 Monaten einen Anteil von 55%, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert waren. Deutlich niedriger lag die Eingliederungsquote bei den Anpassungsqualifizierungen mit 31%. Nicht berichtet wird in dem Artikel, welche Kostenträger involviert waren.

Die Integrationsergebnisse eines Integrationsseminars für RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung hat Eichert (2012) untersucht. Jeweils für das Maßnahmeende und Nachbefragungen nach sechs und 12 Monaten lagen Daten für 703 RehabilitandenInnen vor, die das Seminar zwischen 1994 und 2009 abgeschlossen haben.

Table 6: Maßnahmeerfolg Integrationsseminar (Eichert 2012)

		1994 - 1997	1998 - 2001	2002 - 2005	2006 – 2009	Gesamt
Maßnahmeende	Abbruch	17,3%	11,9%	18,2%	14,8%	15,6%
	beendet	27,2%	29,1%	30,4%	30,6%	29,4%
	erfolgreich beendet	55,6%	58,9%	51,4%	54,5%	54,9%
Nachbefragung 1 (nach 6 Monaten)	Erwerbsminderungsrente			15,8%	4,9%	6,0%
	arbeitslos			10,5%	35,6%	33,0%
	Arbeit WfbM			5,3%	1,8%	2,2%
	Geringfügig beschäftigt				2,5%	2,2%
	Ausbildung			26,3%	20,2%	20,9%
	Arbeit			42,1%	35,0%	35,7%
Nachbefragung 2 (nach 12 Monaten)	Erwerbsminderungsrente	10,8%	7,6%	17,1%	13,8%	12,4%
	arbeitslos	26,2%	16,3%	17,1%	18,4%	20,0%
	Arbeit WfbM	6,2%	3,3%	6,0%		4,2%
	geringfügig beschäftigt	3,8%	12,0%	8,5%	10,3%	8,2%
	Ausbildung	24,6%	28,3%	26,5%	20,7%	25,1%
	Arbeit	28,5%	32,6%	24,8%	36,8%	30,0%

WfbM=Werkstatt für behinderte Menschen

Die Integrationsquote in versicherungspflichtige Beschäftigung lag demnach nach sechs Monaten bei 35,7%, nach 12 Monaten bei 30%. Hinzu kamen 20,9% in Ausbildung (nach 12 Monaten 25,1%). Die Verbleibsquote lag demnach nach 6 Monaten bei 67% und nach 12 Monaten bei 80%.

3.2.4. Eingliederungseffekte im Vergleich: First train, then place – First place, then train

Einen breiten Raum in der Forschung zur beruflichen Rehabilitation nahm in der Vergangenheit der Vergleich verschiedener Ansätze beruflicher Rehabilitation in Hinblick auf die Wirksamkeit insbesondere für Menschen mit schwerer psychischer Krankheit ein. Die darauf bezogenen Forschungsergebnisse sind für die vorliegende Arbeit insofern relevant, da hier auch Rehabilitationsmaßnahmen mit unterschiedlich langen betrieblichen Anteilen miteinander verglichen werden.

Im Focus stehen einerseits klassische Ansätze, die vor der betrieblichen Integration ein Training bzw. eine Schulung in einer Einrichtung vorsehen. Diese Ansätze werden zusammengefasst unter dem Stichwort „Train and Place“. In Deutschland ist dieser Ansatz vor allem in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und Beruflichen Trainingszentren (BTZ) vertreten. Auch Umschulungen und Ausbildungen und darauf bezogene Vorbereitungsmaßnahmen in besonderen Einrichtungen (BFW, BBW) verfolgen diesen Ansatz.

Demgegenüber stehen die anfangs vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitete Ansätze des „Supported Employment“ (SE) bzw. „Individual Placement and Support“ (IPS). Diese sehen vor, RehabilitandenInnen zunächst auf einem betrieblichen Arbeitsplatz zu vermitteln und dann dort zu trainieren und durch verschiedene Maßnahmen dauerhaft zu unterstützen. In Deutschland ist dieser Ansatz seit den 90iger Jahren in Modellprojekten adaptiert worden und 2009 in § 38a SGB IX als neuer Leistungstatbestand aufgenommen worden. (vgl. Doose 2012, S. 195 ff.) Allerdings ist diese Adap-

tion nur bedingt mit dem angloamerikanischen Vorbild vergleichbar. Auf die Probleme und Anpassungsnotwendigkeiten weist Hoffmann (2013) hin.

Mueser & McGurk (2014) benennen acht Prinzipien des supported employment:

1. Zero exclusion criteria
2. Integration of vocational and clinical service
3. Focus on competitive employment
4. Rapid job search
5. Respect for client preferences
6. Systematic job development
7. Follow-along supports
8. Benefits counseling

Abgebildet sind diese Prinzipien in der IPS-Fidelity Scale (Bond e.a.1997).

Zum Vergleich der beiden Ansätze insbesondere hinsichtlich ihrer Beschäftigungswirksamkeit gibt es inzwischen eine Vielzahl von Veröffentlichungen. In verschiedenen systematischen Reviews und Überblicksartikeln (Bond e.a. 2008, Heffernan e.a. 2011, Bond e.a. 2012, Mueser e.a. 2014, Luciano e.a. 2014) konnte die Überlegenheit von IPS bzw. SE gegenüber klassischen Ansätzen in Hinblick auf die Arbeitsaufnahme gezeigt werden, zumindest was den angloamerikanischen Raum angeht. Anzumerken ist hier allerdings, dass oft der sog. klassische Ansatz nicht näher beschrieben wird und daher unklar bleibt, was mit SE verglichen wird.

Als Outcome-Variablen werden folgende Maße genutzt:

- Beschäftigungsquote mit Mindestlohn (ein Tag/eine Woche)
- Zeit bis zur ersten Beschäftigungsaufnahme
- Arbeitsstunden pro Jahr
- Beschäftigungswochen pro Jahr
- Längste Beschäftigungszeit
- Wochenstundenzahl
- Verdienst

Folgende Reviews und Studien wurden einbezogen:

Tabelle 7: Einbezogene Studien und Reviews Vergleich der Ansätze

AutorenInnen / Land	Design	Stichprobe	N
Bejerholm, U. e.a. (2015) Schweden	RCT Erhebungen: 0, 6, 18 Monate Bedingungen: IPS, TVR	Psychisch kranke RehabilitandenInnen in Schweden	120
Bond, G. e.a. (2008) USA/Kanada	Review	11 Studien	
Bond, G.R. e.a. (2012) USA, Europa, Asien	Review	15 Studien	
Borton, C. e.a. (2015) USA	Überblicksartikel		
Heffernan, J. e.a. (2011) England	Review	5 Studien	

AutorenInnen / Land	Design	Stichprobe	N
Hoffmann, H. e.a. (2012) Schweiz	RCT Erhebungen: 0, 12, 24 Monate Bedingungen: IPS, VR	Schwer psychisch Kranke	100
Hoffmann, H. e.a. (2014) Schweiz	RCT Erhebungen: 0, 12, 24 und 60 Monate Bedingungen: IPS, TVR	Psychisch kranke RehabilitandenInnen	100
Howard, L., e.a. (2010) England	RCT Erhebungen: 0, 12 Monate Bedingungen: IPS, TVR	Psychisch Kranke aus zwei Londoner Stadtteilen, die Arbeit aufnehmen wollen.	219
Kukla, M. e.a. (2013) USA	RCT, Teilstudie Erhebungen: 0, 6, 12, 18, 24 Monate Bedingungen: IPS, DPA	Schwer psychisch Erkrankte	187
Luciano, A. e.a. (2014) USA	Review		
Michon e.a. (2014) Niederlande	RCT Erhebungen: 0, 6, 18, 30 Monate Bedingungen: IPS, VR IPS-Training für IPS-Mitarbeiter	Schwer psychisch Erkrankte	151
Mueser, K. e.a. (2014) USA	Überblicksartikel		

RCT=Randomized Control Trial, IPS=Individual Placement and Support, DPA=Diversified Placement Approach, TVR=Traditional Vocational Rehabilitation, VR=Vocational Rehabilitation,

Bond e.a. (2008) bezogen 11 kanadische und US-amerikanische Studien in ihr Review ein, die zwischen 1996 und 2008 veröffentlicht wurden (Drake e.a. 1996, Drake e.a. 1999, Lehman e.a. 2002, Mueser e.a. 2004, Gold e.a. 2006, Latimer e.a. 2006, Burns e.a. 2007, Bond e.a. 2007, Wong e.a. 2008, Twamley e.a. 2008, Killackey in press). Bei allen Studien handelte es sich um RCT mit Personen mit schwerer psychischer Erkrankung (siehe Kapitel 3.1.1.). Die Versuchsbedingung war „high fidelity IPS supported employment model“ (IPS), die Kontrollbedingung „service as usual or some other form of vocational rehabilitation (VR)“ (ebd. S. 281.). Outcome-measures waren die Beschäftigungsraten (normaler Arbeitsmarkt, Mindestlohn als Kriterium), die Anzahl der Tage bis zur ersten Stelle, die Arbeitswochen pro Jahr und die längste Beschäftigungszeit. Die Ergebnisse zeigten, dass IPS in fast allen Outcomes gegenüber den Kontrollbedingungen in den Studien überlegen war. Die Beschäftigungsrate bei IPS lag bei 61% (VR 23%), sie benötigten die Hälfte der Zeit bis zur Aufnahme der ersten Arbeit und waren doppelt so viele Wochen pro Jahr beschäftigt als VR. Keine Unterschiede zeigten sich in dem Review hinsichtlich der längsten Beschäftigungszeit. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf europäische Verhältnisse ist wegen der unterschiedlichen Sozialsysteme eher problematisch.

Heffernan e.a veröffentlichten 2011 ein Review, in dem sie der Frage nachgingen, ob die positiven Ergebnisse bezüglich IPS auch in Großbritannien zu finden sind. Unter ursprünglich 1.694 Treffern der Literaturrecherche fanden sich lediglich fünf Studien (1 RCT, 2 Kontrollgruppenstudien, 2 nicht kontrollierte Studien), die in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten (Burns e.a. 2007, Howard e.a. 2010, Rinaldi e.a. 2007a, Rinaldi e.a. 2004, Gillam 2008). In den Studien zeigte sich eine Verbesserung beschäftigungsbezogener Kriterien bei 6 bis 18monatigen follow-up-Messungen durch IPS. Trotz der sehr schmalen aber qualitativ zufriedenstellenden Studienbasis kommen die Autoren zu der

Überzeugung, dass High Fidelity IPS die Beschäftigung psychisch kranker Menschen in Großbritannien erhöhen könne. Eine der Studien (Howard e.a. 2010) aus dem Review kam jedoch zu deutlich anderen Ergebnissen. In einem RCT verglichen sie in London IPS und Traditioneller beruflicher Rehabilitation (TVR) bei psychisch kranken Personen hinsichtlich beschäftigungsbezogener und nicht-beschäftigungsbezogener Kriterien (MANSA, CAN, RSES, BPRS, GAF und CSRI). Zwischen den Gruppen zeigten sich in keinem der Outcomes Unterschiede. Diese Befunde erklären die Autoren mit den spezifischen Rahmenbedingungen der Studie:

“Implementation of IPS can be challenging in the UK context where IPS is not structurally integrated with mental health services, and economic disincentives may lead to lower levels of motivation in individuals with severe mental illness and psychiatric professionals.” (Howard e.a. 2011, S. 404)

Erstmals auch nicht-beschäftigungsbezogene Effekte beim Vergleich der Ansätze bezieht ein weiteres systematisches Review von Bond e.a. (2012) in die Untersuchung ein. Eingeschlossen in diese Untersuchung, die eine Erweiterung des Reviews von 2008 ist, wurden neun US-amerikanische und sechs nicht US—amerikanische (Großbritannien, Kanada, Europa, Hong Kong, Australien, Niederlande) Studien (Drake e.a. 1996, Drake e.a. 1998, Lehman e.a. 2002, Mueser e.a. 2004, Gold e.a. 2006, Latimer e.a. 2006, Bond e.a. 2007, Burns e.a.2007, Wong e.a. 2008, Killackey e.a. 2008, Twamley e.a. 2008, Davis e.a. in press, Nuechterlein e.a.2010, Heslin e.a. 2011, Michon e.a.2011). Ziel der Studie war die Einschätzung Generalisierbarkeit von IPS auf Länder außerhalb der USA. Einbezogen wurden RCT mit den Bedingungen IPS und Nicht-IPS bei schwer psychisch kranken StudienteilnehmernInnen (siehe Kapitel 3.1.1.). Die Interventionsbedingung wurde anhand der IPS-Fidelity-Scale gewährleistet. Der Vergleich erbrachte in allen Studien signifikant höhere Beschäftigungsraten bei IPS gegenüber den Kontrollbedingungen (Gesamtzahlen:55,7% IPS vs. 22,6% VR). Die Gesamteffektstärke lag bei 0,77. Der Vergleich zwischen US-amerikanischen (US) und nicht-US-amerikanischen (NUS) Studien erbrachte in der IPS-Bedingung signifikante Unterschiede in den Beschäftigungsraten (IPS US: 62,1%, IPS NUS:47,3%), nicht aber in den Kontrollbedingungen (VR US: 23,5%, VR NUS: 21,8%). Die Anzahl der Tage bis zur ersten Beschäftigung war in den Kontrollbedingungen doppelt so hoch wie in der IPS-Bedingung. Die Arbeitsstundenzahl pro Jahr schwankte stark, war insgesamt bei IPS aber dreimal so hoch wie in den Kontrollbedingungen. Unterschiede zwischen US-amerikanischen und nicht-US-amerikanischen Studien konnten die Autoren nicht finden. Die durchschnittliche Anzahl der Wochen in Beschäftigung war bezogen auf die Gesamtzahl der TeilnehmerInnen bei IPS höher, bezogen auf diejenigen, die beschäftigt waren, bestand zwischen IPS und den Kontrollbedingungen kein Unterschied. In Hinblick auf die in neun Studien erhobenen nicht-beschäftigungsbezogenen Effekte (Symptomatik, Lebensqualität, Hospitalisierung, Selbstwert, soziale Funktionsfähigkeit und soziales Netzwerk) konnten die Autoren in keiner Studie Unterschiede zwischen IPS und den Kontrollbedingungen finden. Die Autoren kommen aufgrund der Ergebnisse zur Schlussfolgerung, dass IPS gegenüber verschiedenen anderen Rehabilitationsansätzen in Hinblick auf beschäftigungsbezogene Kriterien überlegen ist. Durchaus kritisch sehen sie aber die Übertragbarkeit auf andere, insbesondere europäische Länder:

„To summarize, the question of IPS transportability outside the US remains unanswered. While the published studies suggest that the labor and disability laws in some European countries may make a direct replication of IPS difficult, there are also indications that IPS transports well to other countries, such as Australia and the Hong Kong region of China. Finally, before concluding that the IPS must undergo radical adaptations in another nation, IPS programs should receive sufficient training and guidance to implement the model with high fidelity.” (Bond e.a. 2012, S. 38)

In vier späteren Vergleichsstudien (alle RCT) in Schweden (Bejerholm e.a. 2015), der Schweiz (Hoffmann e.a. 2012, Hoffmann e.a. 2014) und in den Niederlanden (Michon e.a. 2014) konnten die Ergebnisse des Reviews von Bond e.a. (2012) für diese Länder bestätigt werden.

In der Studie von Bejerholm e.a. (2015) zeigte sich IPS in den beschäftigungsbezogenen Kriterien überlegen, keine Gruppenunterschiede zeigten sich bei den nicht-beschäftigungsbezogenen Kriterien Lebensqualität (MANSA) und Symptomatik (BPRS).

Auch in der Studie von Hoffmann e.a. (2012) zeigte sich IPS in den beschäftigungsbezogenen Kriterien überlegen. Bei den nicht-beschäftigungsbezogenen Kriterien Lebensqualität (W-QLI), Symptomatik (PANSS, BPRS), Funktionsfähigkeit (GAF) und Stressverarbeitung (SVF) zeigten sich keine Gruppenunterschiede. Allerdings zeigte sich ein Rückgang der negativen Symptomatik (PANSS) und ein Ansteigen der Funktionsfähigkeit (GAF) unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Auch langfristig (5-Jahreszeitraum, Hoffmann e.a. 2014) war die Beschäftigungsquote bei IPS mit 65% höher als bei VR (33%). Gleichzeitig waren die Beschäftigungszeiten, Arbeitszeiten und Verdienste höher und die Hospitalisierungsquote niedriger.

Die Studie von Michon e.a. (2014) erbrachte eine signifikant höhere Beschäftigungsrate bei IPS gegenüber traditioneller beruflicher Rehabilitation (TVR). In Bezug auf Lebensqualität (MANSA), Selbstwert (Rosenberg Self Esteem Scale, RSES) und Gesundheit (Mental Health Inventory, MHI-5) zeigten sich keine Unterschiede. Diese Werte waren bei Klienten, die in einem Beschäftigungsverhältnis standen, in den follow-up-Erhebungen unabhängig von der Reha-Bedingung besser.

Damit werden die Ergebnisse von Kukla e.a. (2013) bestätigt, die zwar bessere Werte in den follow-up-Erhebungen in den Bereichen Gesundheit (PANSS), Lebensqualität (QOLI) und Netzwerke (SNA) feststellen konnten. Unterschiede zwischen IPS und der Kontrollbedingung Diversified Placement Approach (DPA) zeigten sich aber nicht.

In einem Überblicksartikel zum Stand des Supported Employment stellen Mueser & McGurk (2014) fest, dass SE in einem breiten Rahmen erfolgreich implementiert worden sei. Herausforderungen bei der Implementation sehen sie vor allem in den Bereichen Personal und technisches Wissen, bei den organisatorischen Rahmenbedingungen und bei den Einstellungen und Überzeugungen der Anbieter. Probleme entstünden bei unzureichend qualifiziertem Personal, bei Koordinationsproblemen verschiedener Einrichtungen und Träger, bei sozialrechtlichen Regelungen in europäischen Ländern, die zur Zurückhaltung bei der Einstellung psychisch kranker Mitarbeiter führten und bei einer defizitorientierten Sichtweise in Bezug auf die Klienten. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Wirksamkeit von SE verweisen die Autoren auf Erweiterungen des Ansatzes durch begleitendes soziales und kognitives Training. Während soziales Training nicht zu längeren Beschäftigungsdauern beitrage, gebe es Hinweise aus verschiedenen Studien, dass kognitives Training (cognitive remediation) beschäftigungsbezogene Effekte von IPS verstärken könne. (ebd. S. 53) (vgl. hierzu auch Mueser e.a. 2005)

Luciano e.a. (2014) sehen aktuelle Forschungsschwerpunkte in Konzeptergänzungen (z.B. Kognitives Training), kulturbezogener Forschung, der Ausweitung auf neue Patientenpopulationen, Nachhaltigkeit von IPS-Programmen, neue Anbieterformen von IPS, internationale Verbreitung und technologische Ergänzungen. Zukünftig sehen sie Forschungsbedarf in Hinblick auf die langfristige Wirksamkeit, Verbesserung der Finanzierung und die Weiterentwicklung z.B. in Richtung einer supported education.

Ähnlich sehen Borton e.a. (2015) aktuelle und zukünftige Forschungsfelder im Bereich der Ergänzung durch kognitives und soziales Training, supported education und der Verbesserung negativer Symptomatik zur Verbesserung der Integrationsmöglichkeiten.

3.2.5. Nicht-beschäftigungsbezogene Effekte beruflicher Rehabilitation

Neben Eingliederungseffekten verschiedener Rehabilitationsansätze wurden auch nicht-beschäftigungsbezogene Effekte beruflicher Rehabilitation untersucht.

Die folgende Übersicht zeigt 14 Studien, die zwischen 1998 und 2014 veröffentlicht wurden. Auf diese Studien bezieht sich die Darstellung der Befunde:

Tabelle 8: Einbezogene Studien nicht-beschäftigungsbezogene Effekte

Autoren	Design	Stichprobe	N
Bayer, W. e.a. (2008) Deutschland	Multicenterstudie RCT Erhebungen: 0-1-3-6-24 Monate Bedingungen: Ergotherapie, kreative Intervention	Schizophrene PatientenInnen	227
Brieger, P. e.a. (2006) Deutschland	Nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie	Psychisch kranke RehabilitandenInnen und Nicht-RehabilitandenInnen	181
Condrau, M. e.a. (2001) Schweiz	Retrospektive Evaluationsstudie	Psychisch Kranke	68
Dielacher, S. e.a. (2011) Deutschland	Kontrollgruppendesign Prä-Post Erhebungen: 0-10 Sitzungen Bedingungen: Ergotherapie, keine Intervention	Psychisch Erkrankte TeilnehmerInnen von Rehaeinrichtungen	150
Hoffmann, H., e.a. (2012) Schweiz	RCT Erhebungen: 0-12-24 Monate	Schwer psychisch Kranke	100
Holzner, B. e.a. (1998) Österreich	Wartelistenkontrollierte Studie	Psychisch kranke TeilnehmerInnen bzw. Personen auf der Warteliste	60
Kukla, M. e.a. (2013) USA	RCT, Teilstudie Erhebungen: 0-6-12-18-24 Monate Bedingungen: IPS, DPA	Schwer psychisch Erkrankte	187
McGilloway, S. e.a. (2000) Irland	Evaluationsstudie mit 2 MZP Erhebungen: Beginn-Ende	Psychisch Kranke	63
Michon e.a. (2014) Niederlande	RCT Erhebungen: 0-6-18-30 Monate Bedingungen: IPS, VR IPS-Training für IPS-Mitarbeiter	Schwer psychisch Erkrankte	151
Mueser, K. e.a. (2004) USA	RCT Erhebungen: 0-6-12-18-24 Monate Bedingungen: IPS, PSR, SR	Schwer psychisch Erkrankte	204
Schneider, J. e.a. (2008) England	Befragungsstudie mit zwei Messzeitpunkten	Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die UB-Agenturen nutzten	155
Watzke, S. e.a. (2005) Deutschland	Studie mit einer Meßwiederholung Erhebungen: 0 – 6 Monate	TeilnehmerInnen zweier Rehaeinrichtungen (RPK, TSE)	117
Watzke, S. (2009) Deutschland	Prospektive nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie mit zwei MZ: Massnahmeende und 9 Monate später	RehabilitandenInnen und Nicht-RehabilitandenInnen (ExpatientenInnen)	181

Autoren	Design	Stichprobe	N
Weisbrod, M. e.a. (2014)	Theoretischer Artikel		

RCT=Randomized Control Trial, DPA =Diversified Placement Approach, IPS=Individual Placement and Support, PSR=Psychosoziale Rehabilitation, SR=Standard-Rehabilitation, VR=Vocational Rehabilitation, RPK=Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, TSE=Träger sozialer Einrichtungen gGmbH

In diesen Studien wurden teils mehrere Ergebnisvariablen untersucht. Um einen besseren Überblick über die Ergebnisse zu bekommen, werden sie daher nach den Bereichen Lebensqualität, Funktionsniveau, Kognition, Ressourcen und Netzwerke, Symptomveränderungen und Hospitalisierung, Arbeitsfähigkeiten und Selbstwert dargestellt.

Lebensqualität

Schon früh wurde der Einfluss beruflicher Rehabilitation auf die Lebensqualität untersucht.

Holzner e.a. (1998) untersuchten vor dem Hintergrund der Lebensqualitätsforschung in der Medizin den Einfluss arbeitsbezogener Rehabilitation auf die Lebensqualität von PatientenInnen mit Schizophrenie. In einer wartelistenkontrollierten Studie wurden 36 TeilnehmerInnen eines Arbeitstrainingszentrums (PTC) und 24 Personen von der Warteliste in Hinblick auf Veränderungen ihrer Lebensqualität untersucht. Erhoben wurden diagnostische Daten mit dem Structured Clinical Interview for DSM 3 R (SCID) und der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und die Lebenszufriedenheit mit der Munich List of Life Dimensions und dem Every Day Life Questionnaire. Die Befragung fand nach Ende des Trainings (Dauer durchschnittlich 15 Monate) statt. Sowohl die Lebenszufriedenheit als auch die funktionale Lebensqualität war in der Rehabilitationsgruppe höher, insbesondere in den Bereichen Arbeitszufriedenheit, Freizeit, Unabhängigkeit und Freundschaften. Die Autoren folgern aus den Ergebnissen:

“Results indicate that the rehabilitation programme acts like a “lever” which, applied to one point (work, day structuring), subsequently affects most domains of daily living.” (Holzner e.a. 1998, S. 624)

McGilloway e.a. (2000) konnten in einer Evaluationsstudie zum Programm ACCEPT einen signifikanten Anstieg im Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) in den Bereichen Arbeitszufriedenheit, Sinn, soziale Beziehungen, Wohlbefinden und Selbstwert finden.

Brieger e.a. (2006) berichten von einer Verbesserung der anhand der WHO Quality of Life Skala (WHOQOL) gemessenen subjektiven Lebensqualität in der RehabilitandenInnengruppe ihrer Vergleichsuntersuchung. Die Autoren sehen einen positiven Einfluss der Rehabilitation auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität (psychisch, physisch und soziale Beziehungen).

Watzke e.a. (2009) konnten in einer prospektiven Studie an 106 RehabilitandenInnen und 75 ExpatienInnen mit der WHOQOL-Skala ebenfalls deutliche Verbesserungen der Lebensqualität im Laufe der beruflichen Rehabilitation feststellen.

Ähnlich konnten Hoffmann e.a. (2012) ein signifikantes Ansteigen der objektiven Lebensqualität anhand des Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI) während der Rehabilitation über alle Gruppen hinweg beobachten. Keine signifikanten Zeiteffekte zeigten sich in der subjektiven Lebensqualität des W-QLI.

Kukla e.a. (2013) kamen beim Vergleich zweier Rehabilitationsansätze (IPS, DPA) bei schizophrenen RehabilitandenInnen zu dem Ergebnis, dass sich die subjektive Lebensqualität (gemessen mit dem Lehman’s Quality of life Interview) unabhängig von der Art der Rehabilitation signifikant verbesserte.

Auch in der Vergleichsstudie von Michon e.a. (2015) zeigten sich gemessen mit dem Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) signifikante Verbesserungen der Lebensqualität während der beruflichen Rehabilitation, die eng mit einer Beschäftigung vor den Follow-Up-Erhebungen verbunden waren.

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass berufliche Rehabilitation mit Verbesserungen der subjektiven Lebensqualität einhergeht.

Funktionsniveau

Brieger e.a. (2006) berichten von einem signifikanten Anstieg der funktionalen Ergebnisparameter (Social and Occupational Functioning Scale SOFAS, Level of Functioning Scale, LoF) in der Rehabilitationsgruppe, nicht aber in der Vergleichsgruppe:

„Rehabilitation verbessert das Funktionsniveau gegenüber der Vergleichsgruppe. Nach 9 Monaten Katamnese nahm der Effekt zwar wieder ab, war aber noch nachweisbar.“ (Brieger e.a. 2006, S117)

In der Untersuchung von Watzke e.a. (2009) verbesserte sich das Funktionsniveau gemessen mit der Level of Functioning Scale (LoF) in der Rehabilitationsgruppe signifikant zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt.

Auch Mueser e.a. (2004) konnten in der Hartford-Studie signifikante Zeiteffekte bei der Funktionsfähigkeit gemessen mit der Global Assessment Scale (GAS) zeigen. Die Funktionsfähigkeit verbesserte sich über alle Gruppen hinweg von der ersten Befragung bis zur Schlussbefragung nach 24 Monaten.

Ähnlich konnten Hoffmann e.a. (2012) ein signifikantes Ansteigen der Funktionsfähigkeit (GAS) über alle Gruppen hinweg beobachten.

Bayer e.a. (2008) konnten im Rahmen einer RCT keine signifikanten positiven Effekte einer vierwöchentlichen ergotherapeutischen Behandlung auf das Funktionsniveau (GAF) feststellen. Nach Ansicht der Autoren ist dafür die zu kurze Behandlungszeit ausschlaggebend gewesen.

Die Effekte ergotherapeutischer Behandlung im Rahmen niederschwelliger beruflichen Rehabilitationsprojekte auf das Funktionsniveau (Social and Occupational Functioning Scale, SOFAS) und die Handlungsperformanz untersuchten Dielacher e.a. (2011). Gegenüber der Kontrollgruppe ohne ergotherapeutische Behandlung zeigte sich ein signifikanter Anstieg der SOFAS-Werte. Problematisch an der Untersuchung ist, dass über das Gesamtrehabilitationsangebot der untersuchten Einrichtungen keine Angaben gemacht werden.

Kognition

Auf die Bedeutung kognitiver Einschränkungen in Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen verweisen Weisbrod e.a. (2014) in einem Überblicksartikel. Die Autoren verweisen auf kognitive Remediation, die in der Rehabilitation von Menschen mit schizophrenen Psychosen in Hinblick auf die Verbesserung von kognitiven Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und komplexes Problemlösen auch nachhaltig wirkungsvoll sei. Dabei sei eine strategische Ausrichtung einfachem massierten Üben überlegen.

Ressourcen, Netzwerke und Selbstwirksamkeit

Nur in einer Studie wurde die Veränderung von Ressourcen thematisiert. In einer Evaluationsstudie zum Züricher Berufsförderungskurs untersuchten Condrau e.a. (2001) 68 AbsolventenInnen und befragten sie nach Abschluss des Programms in Interviews nach der subjektiven Einschätzung der Bedeutung ihrer Kursteilnahme. Die inhaltsanalytische Auswertung ergab, dass die Weiterentwicklung innerer (42%), sozialer (11%) und instrumenteller Ressourcen (17%) für die TeilnehmerInnen wichtige Effekte der Kursteilnahme waren:

“Mehr als die Hälfte der Befragten geben an, dass sie durch die Kursteilnahme innere Ressourcen und soziale Fähigkeiten weiterentwickeln konnten (keine Überschneidung der Mehrfachantworten). Unter inneren Ressourcen wurden Qualitäten wie Selbstvertrauen, Durchhaltevermögen und ähnliches erfasst, instrumentelle Ressourcen betreffen hingegen konkrete Fähigkeiten, wie Umgang mit dem Computer, Korrespondenz usw.“ (Condrau e.a. 2001, S. 273)

Veränderungen wurden hier retrospektiv aus der Sicht der RehabilitandenInnen erhoben, ohne dass das Ausmaß der wahrgenommenen Veränderungen quantifiziert werden konnte. Interessant ist für die vorliegende Arbeit, dass sich in der inhaltsanalytischen Auswertung die Bereiche personale, soziale und instrumentelle (ähnlich professionelle) Ressourcen als relevant herausstellten.

Mueser e.a. (2004) konnten keine signifikanten Zeit- oder Gruppeneffekte bezüglich sozialer Netzwerke finden.

Matt e.a. (2006) untersuchten im Rahmen einer Evaluationsstudie eines Pre-Employment-Trainings (STRIVE) die Bedeutung psychologischer Ressourcen für die berufliche Eingliederung an 1133 TeilnehmerInnen. Sie konnten ein Ansteigen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und der Internaität nach dem Training feststellen. Die AutorenInnen kommen zu dem Schluss, dass Pre-Employment-Trainings zum Anstieg von Ressourcen und zur Stressreduktion beitragen können.

Kukla e.a. (2013) fanden in ihrer Untersuchung zu non-vocational outcomes beim Vergleich von IPS und DPA, dass sich im Verlauf der Rehabilitation und dem 24-monatigen Follow-Up-Zeitraum die sozialen Netzwerke (Social Network Scale, SNA) unabhängig vom Rehabilitationsansatz signifikant verbesserten.

Symptomveränderung und Hospitalisierung

Bei Mueser e.a. (2004) stieg über alle drei Untersuchungsgruppen (IPS, Psychosoziale Reha (PSR) und Standardreha (SR)) der Wert für die Subskala Cognitive der Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) signifikant an, es kam also im Laufe der Rehabilitation zu negativen Effekten.

Kukla e.a. (2013) fanden bei der Untersuchung von non-vocational outcomes in einem RCT mit den Bedingungen IPS und Diversified Placement Approach (DPA) mit schizophrenen RehabilitandenInnen unabhängig von der Untersuchungsgruppe weniger Hospitalisierungen.

Brieger e.a. (2006) untersuchten in ihrer Studie die Symptomatik mit PANSS und mit dem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Die PANSS-Werte waren in der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe sehr niedrig und veränderten sich nicht wesentlich. Die höheren Angst- und Depressionswerte verbesserten sich im Laufe der Untersuchung in beiden Gruppen, sodass auch hier kein rehaspezifischer signifikanter Effekt gefunden werden konnte. Die konstant niedrigeren HADS-Werte der RehaGruppe erklären die Autoren mit einem Rehabilitationserwartungseffekt. Aufgrund des Designs könne der Befund aber nicht erklärt werden. (Brieger e.a. 2006, S. 114)

Bezüglich der PANSS-Werte berichten Watzke e.a. (2009) signifikante Verbesserungen bei den positiven, negativen und allgemeinen Symptomen. Im 9-Monats-follow-up zeigten die RehabilitandenInnen einen besseren Verlauf bei der generellen Symptomatik als die Nicht-RehabilitandenInnen.

Keine Effekte auf die Symptomatik konnten Bayer e.a. (2008) mit dem PANSS finden.

Hoffmann e.a. (2012) fanden gruppenübergreifende Zeiteffekte bei der negativen Symptomatik des PANSS. Im 24-Monats-Follow-Up sind die Werte signifikant zurückgegangen.

Michon e.a. (2015) haben in ihrer Vergleichsstudie (RCT) an Personen mit schweren psychischen Erkrankungen psychische Gesundheit mit dem Mental-Health-Inventory-5 (MHI-5). In beiden Gruppen (IPS, TVR) verbesserten sich die Werte, wobei Verbesserungen eng mit einer Beschäftigung vor den follow-up-Erhebungen verbunden waren.

Arbeitsfähigkeit

Aussagen zur Arbeitsfähigkeit machen Watzke e.a. (2005) Brieger e.a. (2006) und Dielacher e.a. (2011).

Veränderungen, die mit dem Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP) erhoben wurden, berichten Watzke e.a. (2005) und Brieger e.a. (2006). Mit dem AFP werden RehabilitandenInnen auf den Skalen Lernfähigkeit, Fähigkeit zur sozialen Interaktion und Anpassung durch geschulte Rater eingeschätzt.

Watzke e.a. (2005) berichten von signifikanten Verbesserungen beim AFP-Summenscore und den Subskalen innerhalb von 6 Monaten während der Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen.

Brieger e.a. (2006) konnten in ihrer einen initialen Anstieg feststellen, der jedoch im weiteren Verlauf wieder zurückging. Die Autoren sehen das als Folge eines Bezugsrahmenwechsels:

„Das grundsätzliche Problem von Rehabilitationsmaßnahmen „klassischer Konzeption“ („first train, then place“): Die Fähigkeiten der Teilnehmer können unter „geschützten Bedingungen“ überschätzt werden, was dann zu einer Überforderung in der realen Arbeitswelt führt.“ (Brieger e.a. 2006, S 112)

Die Entwicklung der Handlungsperformanz gemessen mit dem Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und deren Entwicklung in ergotherapeutischen Interventionen während der beruflichen Rehabilitation untersuchten Dielacher e.a. (2011). Dabei waren die Differenzwerte ($t_2 - t_1$) für COPM Zufriedenheit und COPM Performanz in der Untersuchungsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Allerdings stiegen die Werte auch in der Kontrollgruppe (ohne Ergotherapie) signifikant an. Aus den Ergebnissen ergibt sich, dass die Handlungsperformanz im Laufe beruflicher Rehabilitation ansteigt und dieser Anstieg durch ergotherapeutische Maßnahmen verstärkt werden kann. Problematisch an der Untersuchung ist, dass über das Gesamtrehabilitationsangebot der untersuchten Einrichtungen keine Angaben gemacht werden.

Selbstwert

Matt e.a (2006) fanden in ihrer Untersuchung einen signifikanten Anstieg des Selbstwerts bei ProgrammabsolventenInnen (STRIVE s.o.). Sie berichten eine Effektstärke von $d=0,65$.

In der SESAMI-Studie untersuchten Schneider e.a. (2009) 155 psychisch kranke RehabilitandenInnen von Arbeitsagenturen. Neben finanziellen Vorteilen war die Beschäftigungsaufnahme mit einer

Selbstwertsteigerung (gemessen mit Empowerment among Users of Mental Health Services Scale) verbunden.

Selbstwertverbesserungen im Laufe der Rehabilitation gemessen mit der Rosenberg Self Esteem Scale fanden auch Michon e.a. (2015). Dabei zeigten sich keine Gruppenunterschiede. Wohl aber spielte eine Rolle, ob während der Follow-Up-Zeit eine Beschäftigung aufgenommen wurde. Die Beschäftigungsaufnahme war mit einem signifikanten Anstieg des Selbstwertes verbunden.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass berufliche Rehabilitation unabhängig vom Rehabilitationsansatz mit Verbesserungen in den Bereichen Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Selbstwert und Arbeitsfähigkeit verbunden ist. Uneinheitlich sind die symptombezogenen Ergebnisse. Die Veränderung von Ressourcen und Selbstwirksamkeit wurde lediglich in zwei Studien untersucht. Eine Studie stellt retrospektiv aus Sicht der RehabilitandenInnen Verbesserungen der Ressourcen fest. Die Studie zu Selbstwirksamkeit stellt ebenfalls Verbesserungen fest, bezieht sich aber nur auf ein Pre-Employment-Training. Zu Veränderungen wahrgenommener Ressourcen und Selbstwirksamkeit während der beruflichen Rehabilitation lassen sich vor diesem Hintergrund keine Aussagen machen.

3.2.6. Erfolgsprädiktoren beruflicher Rehabilitation

Grundlage der Darstellung zu den Erfolgsprädiktoren sind 21 Veröffentlichungen zu dem Thema, die zwischen 2000 und 2016 erschienen sind. Überwiegend handelt es sich um Untersuchungen, die sich auf Rehabilitationseinrichtungen aus dem deutschsprachigen Raum beziehen. Eine Studie bezieht sich auf Personen im Krankengeldbezug. Außerdem sind zwei Überblicksartikel und ein Review einbezogen. Zwei Artikel beziehen sich auf medizinisch-berufliche Rehabilitation in Schweden und den Niederlanden.

Tabelle 9: Einbezogene Studien Erfolgsprädiktoren

Autoren	Design	Stichprobe	N
Arling, V. e.a. (2016) Deutschland	Längsschnittstudie	UmschulungsteilnehmerInnen in BFW	605
Brantschen, E. e.a. (2013) Schweiz	Befragungsstudie	Tagesklinische PatientenInnen Vier Gruppen mit unterschiedlich langer Coach- Unterstützung	116
Eichert, H.-C. (2012) Deutschland	Katamnestiche Untersuchung	Psychisch erkrankte TeilnehmerInnen eines Integrationsseminars	703
Eichert, H.C. (2014) Deutsch- land	Katamnestiche Vergleichsstudie	Psychisch erkrankte TeilnehmerInnen verschiedener Integrationsseminare	49
Gericke, C. (2010) Deutsch- land	Naturalistische Kohortenstudie	Psychisch erkrankte Teilnehme- rInnen eines Integrationsseminars	206
Hoefsmid, N. e.a. (2013) Niederlande	Qualitative Studie	Angestellte, Arbeitgeber und ArbeitsmedizinerInnen	33
Hoffmann, H. e.a. (2000) Schweiz	Prospektive Studie	TeilnehmerInnen am Berner Rehabilitationsprogramm	46

Autoren	Design	Stichprobe	N
Hundsдdдrfer, T. (2009) Deutschland	Prospektive Studie	Psychisch erkrankte TeilnehmerInnen eines Integrationsprojektes und der WfbM	89
Matschnig, T. e.a. (2008) Osterreich	Review		
Matt e.a. (2005), USA	Kohortendesign mit pretest, posttest und follow-up	Langzeitarbeitslose TeilnehmerInnen des STRIVE-Programms	1133
Matthews e.a. (2014) Australien	Befragungsstudie	Arbeitssuchende mit Angst, emotionalen Stдrungen und Psychosen (TeilnehmerInnen eines job placement services)	106
Meier, A. e.a. (2000) Deutschland	Katamnestiche Untersuchung	BTZ-TeilnehmerInnen	Unklar
Norlund e.a. (2012) Schweden	Qualitative Studie	Burnout Patienten einer Stressklinik	12
Peters, E. E.a. (2016) Deutschland	Querschnittsstudie Multiple Regressionsanalysen	Erwerbspersonen, die 2012 Krankengeld bezogen haben	2983
Pfammatter, M. E.a. (2000) Schweiz	Oberblicksartikel		
Pfeiffer, I. (2000) Deutschland	Langsschnittstudie	BFW-TeilnehmerInnen	175
Reithmayr, K. (2006) Osterreich	Retrospektive Befragungsstudie	RehabilitandenInnen des BBRZ Linz	168
Schneider, J. e.a. (2008) England	Befragungsstudie mit zwei Messzeitpunkten	Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die UB-Agenturen nutzten	155
Slesina e.a. (2009, 2010) Deutschland	Befragungsstudie	TeilnehmerInnen von Umschulungen BFW Einzelumschulungen Betrieblichen Qualifizierungen BFW Betriebliche Qualifizierungen Betrieb	1008
Waghorn, G. e.a. (2007) Australien	Regressionsstudie	Menschen mit Schizophrenie	92
Watzke, S. e.a. (2006) Deutschland	Prospektive Studie	RehabilitandenInnen einer Rehaeinrichtung	125
Wuppinger, J., Rauch, A. (2010) Deutschland	Befragungsstudie	RehabilitandenInnen unterschiedlicher RehabilitationsmaBnahmen	671

BFW=Berufsfдrderungswerk, WfbM=Werkstatt fдr behinderte Menschen; BTZ=Berufliches Trainingszentrum

Die inhaltliche Darstellung folgt der Reihenfolge des Erscheinens.

In einem Artikel zur Standortbestimmung der Arbeitsrehabilitation befassen sich Pfammatter e.a. (2000) u.a. mit den Erfolgsprädiktoren der Arbeitsrehabilitation. Entgegen frдheren Studien, die den prognostischen Wert der Symptomatik in Frage stellten, sei der hohe prognostische Wert der Nega-

tivsymptomatik inzwischen unbestritten. Bedeutsam seien außerdem ein gutes kognitives und soziales Funktionsniveau. Unklar seien dagegen die Befunde zum Ausbildungsniveau, zur beruflichen Vorgeschichte und zu diagnostischen Kategorien.

Hoffmann e.a. (2000) ermittelten in einer prospektiven Studie an 46 TeilnehmerInnen des Berner Rehabilitationsprogramms als Faktoren für schlechte Rehabilitationsergebnisse pessimistische Erwartungshaltung, externe Kontrolle und Depression. Diese korrelierten mit Copingstrategien. Auch nach der Elimination der Symptomvarianz zeigten sich die Zusammenhänge. Die AutorenInnen halten Selbstaufgabe für einen wichtigen Prädiktor von Misserfolg in der Rehabilitation.

Pfeiffer (2000) untersuchte Ressourcen und Risikofaktoren des Umschulungserfolgs in einem Berufsförderungswerk. Als Abbruchrisiken fand sie höheres Alter, Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation, spezifische Selbstwirksamkeitserwartung, Situationserwartungen sowie eine nicht selbstbestimmte Berufswahlmotivation. Prädiktoren für einen erfolgreichen Umschulungsabschluss waren eine selbstbestimmte Berufswahlmotivation, Gesundheit und hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Eine Aussage über spätere erfolgreiche Eingliederung könne aber anhand der Daten nicht gemacht werden

Meier e.a. (2000) untersuchten BTZ TeilnehmerInnen hinsichtlich der Erfolgsprädiktoren. Bedeutsam waren die soziale Integration vor Maßnahmebeginn, eigene Wohnenerfahrung, Partnerschaft, soziale Kompetenz und Vertragsfähigkeit. Berufsspezifische Prognosefaktoren waren das Ziel der Arbeitsaufnahme, die berufliche Vorgeschichte (wenig Arbeitslosigkeit), Rehaeinsicht sowie ein erfolgreiches Training.

In einer clusteranalytischen Studie identifizierten Watzke e.a. (2006) Gruppen mit unterschiedlicher Arbeitsleistung. Sie unterschieden sich hinsichtlich Ausbildung, Diagnose, individueller Zufriedenheit und dem Rehabilitationsergebnis. Die Diagnose Schizophrenie und geringe Ausbildung waren mit geringem Rehabilitationserfolg verbunden.

In einer retrospektiven Befragungsstudie an 168 RehabilitandenInnen einer Rehabilitationseinrichtung in Österreich untersuchte Reithmayr (2006) die Bedeutung sozialer Unterstützung für die berufliche Wiedereingliederung nach einer beruflichen Rehabilitation. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen erhaltener Unterstützung und Arbeitsmarktstatus. Die Autorin sieht wahrgenommene soziale Unterstützung als einen signifikanten Prädiktor der Integration, der aber nicht überbewertet werden sollte. Weitere signifikante Prädiktoren für die erfolgreiche berufliche Eingliederung waren Alter, Praktikum während der Reha, Schulbildung, subjektiver Gesundheitszustand und die Form des Zusammenlebens.

In einer Regressionsstudie an psychisch Erkrankten fanden Waghorn e.a. (2007), dass subjektive Arbeitserfahrungen und Selbstwirksamkeit mit dem Beschäftigungsstatus korreliert sind. Selbstwirksamkeit und subjektive Erfahrungen seien vor dem Hintergrund der sozialkognitiven Karrieretheorie nach Fabian vielversprechende Komponenten, die die Karriereentwicklung psychisch Kranker beeinflussen können.

In einem systematischen Review von 1997 – 2007 erschienenen Arbeiten zu Erfolgsprädiktoren der Arbeitsrehabilitation ermittelten Matschnig e.a. (2008) 37 relevante Arbeiten. Als Prädiktoren ermittelten sie die Art der Rehabilitation, wobei Supported Employment sich als erfolgreicher erwiesen habe. Bei den personenbezogenen Faktoren ergaben sich hinsichtlich der Psychopathologie und der Diagnose/Medikation keine eindeutigen Befunde. Ähnliches stellten die AutorenInnen für Geschlecht, Alter und Ethnie fest, lediglich der Familienstand scheint unter den soziodemografischen Variablen eine eindeutige Rolle zu spielen: Verheiratete bzw. in Partnerschaft lebende Personen fanden leichter Arbeit. Signifikante Faktoren waren Ausbildung, längere Arbeitserfahrung, früher Reha-

bilationsbeginn, gute kognitive Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Planungsfähigkeit), Erfolgserwartung, keine Hoffnungslosigkeit, hohe Kontrollerwartung und Selbstwirksamkeit. Die Bedeutung sozialer Integration sei unklar, da die Abgrenzung zu anderen Faktoren (Negativsymptomatik, kognitive Faktoren) schwierig sei.

Hundsdoerfer (2009) untersuchte ein Integrationsprojekt für Menschen mit psychischer Erkrankung. Als Prädiktoren des Erfolgs konnte die Autorin Skalen des Fragebogens zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebnismustern (AVEM), die Konzentrationsfähigkeit (d2), und interne Kontrollüberzeugungen (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, FKK) finden.

Schneider e.a. (2009) fanden in ihrer Untersuchung an 155 psychisch erkrankten Kunden einer Supported Employment (SE)-Arbeitsagentur in England als einzigen Prädiktor für Integration den Besuch eines spezialisierten Jobcenters. Persönlichkeitsmerkmale oder soziale Unterstützung spielten dagegen keine Rolle.

Gericke (2010) untersuchte in einer naturalistischen Kohortenstudie TeilnehmerInnen eines Integrationsseminars. Als Erfolgsprädiktoren zeigten sich in der Studie ein hohes Intelligenzniveau, guter Schulabschluss, Partnerschaft, Engagement, Kontrollstrategien in der Stressbewältigung und ein höheres Einkommen.

Slesina e.a. (2009, 2010) entwickelten Prognosemodelle für Umschulung, Einzelumschulung und Training und untersuchten dafür 1008 RehabilitandenInnen, die an diesen Maßnahmen teilgenommen haben. Prädiktoren des Erfolgs nach einem Jahr waren übergreifend die Arbeitsmarktsituation am Wohnort, Gesundheitliche Beschwerden sowie Soziale Unterstützung, Weitere demografische und psychologische Merkmale waren nur bei einzelnen Maßnahmenformen relevant.

außerbetriebliche Umschulung Prädiktoren	innerbetriebliche Umschulung Prädiktoren	Anpassungsqualifizierung Prädiktoren
Arbeitsmarktsituation am Wohnort: <i>Ungünstig</i>	subjektiver Umschulungsgrund: <i>andere Gründe als die bzw. außer der gesundheitlichen Einschränkung</i>	Besitz eines Führerscheins: <i>nein</i>
interne Kontrollüberzeugung: <i>geringer</i>	Beschäftigungssituation am Wohnort: <i>ungünstig</i>	Beratung im Vorfeld durch den Bildungsträger: <i>nein</i>
Schulabschluss: <i>a) höchstens Hauptschulabschluss b) (Fach-)Hochschulreife</i>	Erwerbstätigkeit in Jahren seit 1990 (altersadjustiert): <i>weniger Jahre</i>	Arbeitsmarktsituation am Wohnort: <i>ungünstig</i>
NHP-Skala „Schmerz“: <i>höhere Ausprägung</i>	NHP-Skala „Schlafprobleme“: <i>höhere Ausprägung</i>	Geschlecht: <i>weiblich</i>
Umschulungsberuf: <i>Dienstleistungsberuf</i>	antizipierte soziale Unterstützung für die Umschulung: <i>niedrigere Werte</i>	NHP-Skala „Schlafprobleme“: <i>höhere Ausprägung</i>
allgemeine soziale Unterstützung: <i>niedrigere Werte</i>		

Abbildung 10: Prädiktoren nicht-erfolgreicher beruflicher Eingliederung nach Slesina e.a. 2010

Wuppinger und Rauch (2010) fanden in einer Studie an 671 RehabilitandenInnen Führerschein, Alter des Eintretens der Behinderung, Vorbeschäftigung vor der Reha, regionale Arbeitsmarktlage und Dauer der Arbeitslosigkeit als signifikante Prädiktoren. Die Integrationswahrscheinlichkeit stieg mit einem späten Eintritt der Behinderung, einer Erwerbsbiographie mit sozialversicherungspflichtigem Arbeitsverhältnis, geringer Arbeitslosigkeitsdauer, der Lage auf dem Arbeitsmarkt und mit einem Führerschein an.

Streibelt, Egner (2012) untersuchten in einer systematischen Überblicksarbeit 15 Veröffentlichungen aus sechs Studien in Hinblick auf Einflussfaktoren für die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Starke Evidenz zeigten die Faktoren Einkommen vor der Maßnahme, subjektive Gesundheit sowie reguläres Maßnahmeende. Moderate Evidenz ergab sich für Alter und Zielberuf. Starke Evidenz für keinen Effekt zeigte sich für den Erwerbsstatus und berufliche Stellung zum Antragszeitpunkt, moderate Evidenz für keinen Effekt zeigte sich für Geschlecht, Bildung, und Kontrollüberzeugung. Uneindeutig waren die Befunde für den Arbeitsmarkt, Maßnahmeort, soziale Unterstützung und Mobilität der RehabilitandenInnen.

Eichert (2012) untersuchte in einer Vollerhebung 703 TeilnehmerInnen eines Integrationsseminars, Der Rehabilitationserfolg hat sich über die drei Messzeitpunkte als relativ stabil erwiesen ($p = 0,52 - 0,83$) und stand mit Belastbarkeit, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit in Zusammenhang.

Brantschen e.a. (2013) untersuchten in einer Teilstudie 116 TeilnehmerInnen eines Rehabilitationsprojektes vor dem Hintergrund der Theorie der überlegten Handlung den Zusammenhang von Motivation, Netzwerken und Unterstützung durch die Netzwerke. Die Selbstmotivation war höher als wahrgenommene Motivation anderer. Personen mit größerem Netzwerk hatten keine höhere Motivation und haben keine bessere Unterstützung erhalten, Professionelle Unterstützer und Partner erreichten die höchsten Werte. Die AutorenInnen schlussfolgern daraus, dass psychisch Kranke sehr motiviert sind und professionelle Helfer eine wichtige Unterstützungsquelle bei der Arbeitssuche sein können.

In einer qualitativen Interview-Studie mit Angestellten, Arbeitgebern und Arbeitsmedizinern zu unterstützenden Faktoren bei der Rückkehr zur Arbeit ermittelten Hoefsmit e.a. 2013 als unterstützende Umweltfaktoren soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, den Glauben an die Gesundung durch Arbeit und die Kooperation der Beteiligten sowie die kommunikativen Fähigkeiten des Arbeitgebers. Darüber hinaus spielte als personaler Faktor die positive Wahrnehmung der Arbeitssituation eine Rolle bei der schnellen Rückkehr ins Arbeitsleben.

Norlund e.a. 2013 untersuchten in einer qualitativen Interviewstudie 12 Erschöpfungspatienten zur Bedeutung interner und externer Ressourcen für die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit. Die Auswertung folgte dabei der Grounded Theory. Als interne Ressourcen sehen die AutorenInnen die wahrgenommene Wertschätzung durch das Umfeld, die Einsicht in das Krankheitsgeschehen sowie adaptive Copingfähigkeiten. Externe Ressourcen seien praktische, strukturelle und emotionale Unterstützung durch Arbeitsplatz, Gesundheitsdienst, Sozialversicherung, Vorgesetzte, Gewerkschaft. Interne Ressourcen und externer Support sind im Prozess der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit vernetzt. Beide können die Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit steigern.

Eichert (2014) verglich verschiedene Maßnahmeformate bei Integrationsmaßnahmen. Die individuelle Teilnahmedauer korrelierte in der Gesamtstichprobe signifikant positiv mit dem Rehabilitationserfolg direkt nach Maßnahmeende ($p=0,411$) sowie mit dem Maßnahmeerfolg ein Jahr nach Maßnahmeende ($p=0,357$). Daraus ergibt sich, dass die Dauer der Betreuung in einer Integrationsmaßnahme bedeutsam ist für den kurz- und langfristigen Integrationserfolg der RehabilitandenInnen.

Matthews e.a. (2014) untersuchten an 106 Arbeitssuchenden mit Angststörungen, emotionalen Störungen und Psychosen die Bedeutung der Erkrankung für die berufliche Eingliederung. Sie fanden, dass sie zwar signifikant besser hinsichtlich ihrer selbst eingeschätzten sozialen Funktionsfähigkeit abschnitten als die anderen Gruppen. Trotzdem hatten sie längere Arbeitslosigkeitszeiten und die Wiedereingliederungsdauer schätzten sie länger ein. Die AutorenInnen plädieren dafür, wahrgenommene psychosoziale Probleme mehr in die Entwicklung von rehabilitativen Interventionen einzubeziehen.

In einer Längsschnittuntersuchung an 605 RehabilitandenInnen von Berufsförderungswerken (BFW) ermittelten Arling e.a. (2016) unterschiedliche Prädiktoren für die Messzeitpunkte. Unmittelbare Reintegration nach Maßnahmeende stand mit Beruflicher Selbstwirksamkeit (BSW) und Selbstbewertung in Zusammenhang. Der Verbleib nach sechs Monaten stand mit Stressverarbeitungsstrategien Einschätzung eigener Wiedereingliederungschancen und Bewertung des BFW in Zusammenhang.

Mit sozialer Unterstützung als Ressource für die Arbeitsfähigkeit haben sich Peters e.a. (2016) befasst. Sie untersuchten 2.983 Personen, die im Krankengeldbezug standen, in einer Fragebogenuntersuchung. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass geringe soziale Unterstützung assoziiert war mit geringer subjektiver Arbeitsfähigkeit, einer ungünstigen subjektiven Erwerbsprognose und schlechterer allgemeiner Gesundheitswahrnehmung. Dieses Ergebnis verweist auf die Bedeutung von sozialer Unterstützung auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation: Wenig Unterstützung ist mit schlechterer Selbsteinschätzung verbunden, was auch den Rehabilitationserfolg beeinflussen dürfte.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass Selbstwirksamkeit, Soziale Unterstützung, Ausbildung und Arbeitserfahrung, Gesundheit, subjektive Belastbarkeit, Alter und Einkommen vor der Rehabilitation am häufigsten als Erfolgsprädiktoren genannt werden. Darüber hinaus werden kognitive Faktoren (Intelligenz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Planungsfähigkeit), Qualifikationen und Kompetenzen (Schulabschluss, Schlüsselqualifikationen, soziale Kompetenz, innere Ressourcen), motivationale Aspekte (Glaube an die Gesundung durch Arbeit, Berufswahlmotivation, Rehaeinsicht, Zufriedenheit), Aspekte der Rehabilitation (Zielberuf, früher Rehabeginn, Maßnahmedauer, Praktikumsdauer, Besuch einer spezialisierten Agentur) sowie eigenständige Wohnenerfahrung, Dauer der Arbeitslosigkeit vor Rehabilitationsbeginn, Arbeitsmarktsituation am Wohnort, Führerschein und Diagnose als Prädiktoren genannt.

3.2.7. Zusammenfassung

Die Forschung zu beruflicher Rehabilitation steht sowohl international als auch national vor verschiedenen Vergleichbarkeitsproblemen. International unterschiedlich orientierte Sozialsysteme sind mit unterschiedlichen Anreiz- und Sicherungssystemen verbunden. Während die meisten europäischen Systeme eher dem solidarischen Sicherungsgedanken verpflichtet sind, setzen nordamerikanische Systeme deutlich stärker auf den Gedanken der Eigenverantwortlichkeit. Das hat Konsequenzen für die Konzeption von beruflichen Rehabilitationssystemen und –Einrichtungen. Wo soziale Absicherungen nur sehr begrenzt verfügbar sind, wächst der Druck in Richtung einer schnellen Wiederaufnahme einer Beschäftigung stark. Daraus begründet sich wahrscheinlich ein Teil des Erfolgs von IPS im nordamerikanischen Raum. Aus den unterschiedlichen Sozialsystemen ergeben sich auch Unterschiede bei den Erfolgskriterien, die in der Rehaforschung angewendet werden. Während bei deutschen Rehabilitationsträgern die Aufnahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses das Hauptkriterium ist, ist in vielen Studien zu IPS bereits die Aufnahme einer Beschäftigung für einen Tag bzw. für wenige Stunden/Woche ein Maßnahmeerfolg, auch das trägt zum Erfolg von IPS bei. Ergebnisse zum Rehabilitationserfolg gemessen an dem Beschäftigungseffekt sind daher nur schwer vergleichbar. Auch innerhalb Deutschlands ergeben sich Probleme beim Vergleich von Rehabilitationsmaßnahmen, da je nach Rehaträger unterschiedliche konzeptuelle Vorgaben bestehen und TeilnehmerInnen durch die Zuweisungspraxis der Rehabilitationsberater „vorselektiert“ werden.

Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland sind über die Hauptkostenträger Arbeitsagentur und Deutsche Rentenversicherung verfügbar. Bei der DRV haben 2016 130.598 RehabilitandenInnen insgesamt 156.117 Einzelleistungen abgeschlossen, davon 30.995 im beruflichen Bildungsbereich. Dabei unterscheidet sich das Leistungsspektrum für psychisch erkrankte vom allgemeinen Spektrum: Psychisch kranke erhielten mehr Leis-

tungen aus dem Werkstattbereich und weniger Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes als andere RehabilitandenInnen. Bei der Arbeitsagentur ist der Anteil der Ersteingliederungen besonders hoch, deswegen ist die Gesamtzahl an RehabilitandenInnen höher als bei der DRV. Die Zahl der RehabilitandenInnen ist bei der Arbeitsagentur seit 2009 auf 170.533 zurückgegangen, hauptsächlich bedingt durch den Rückgang bei der Ersteingliederung. Insgesamt waren 2016 durchschnittlich 14.599 RehabilitandenInnen in allgemeinen oder besonderen Bildungsmaßnahmen, überwiegend aus dem Wiedereingliederungsbereich.

Auf unterschiedliche Zeiträume beziehen sich die Eingliederungsquoten der großen Kostenträger. Der Rehabericht 2016 der DRV gibt für Zeitraum 2007 bis 2014 eine Eingliederungsquote nach sechs Monaten von 78% bei Bildungsleistungen an. Bei der Arbeitsagentur liegen Zahlen für den Zeitraum 2015 bis 2016 vor. Die Eingliederungsquote lag für alle allgemeinen Leistungen bei 50,9%, für alle besonderen Leistungen bei 56%. Bei den allgemeinen Weiterbildungsleistungen lag die Quote 53,2%, bei den besonderen Weiterbildungsleistungen dagegen nur bei 34,3%. Damit lag die Quote bei den besonderen Leistungen deutlich unter der von der DRV berichteten Quote. Eine Aussage zur Teilgruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen lässt sich anhand der allgemeinen Statistiken nicht machen, da hierzu keine Daten vorliegen. Einzelstudien erbringen sehr unterschiedliche Integrationsquoten, die zwischen 13% und 55% liegen. In einer Studie zu einem Integrationsseminar für psychisch kranke RehabilitandenInnen lag die Integrationsquote nach 6 Monaten bei 35,7%

Viele Studien zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker beschäftigen sich seit den 90iger Jahren mit dem Vergleich von supported employment (first place then train) und sogenannter klassischen Rehabilitationsansätzen (first train then place) in der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Das Konzept des supported employment entstand ursprünglich im nordamerikanischen Raum und wurde später in verschiedenen europäischen und asiatischen Ländern adaptiert. In den Untersuchungen stand zunächst fast ausschließlich der Vergleich von Eingliederungsquoten im Vordergrund. Zumindest für den amerikanischen Raum zeigte sich Supported Employment gegenüber traditionellen Ansätzen in Hinblick auf arbeitsmarktbezogene Effekte deutlich überlegen. In europäischen Ländern ist die Lage weniger eindeutig, was u.a. auf unterschiedliche Sozialversicherungssysteme zurückzuführen ist. So halten Bond e.a. (2012) diese Frage noch für unbeantwortet. In späteren Studien sind auch nicht-beschäftigungsbezogene Effekte der beiden Ansätze verglichen worden (Symptomatik, Lebensqualität, Hospitalisierung, Selbstwert, soziale Funktionsfähigkeit und soziales Netzwerk). Hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen Supported Employment und klassischen Ansätzen. Problematisch bei den Vergleichsstudien ist, dass oft klassische Rehabilitationsansätze nicht näher erläutert werden und so unklar bleibt, was verglichen wird.

Effekte beruflicher Rehabilitation psychisch Kranker auf non-vocational outcomes wie Lebensqualität, Funktionsniveau, Kognition, Ressourcen und Netzwerke, Symptomveränderungen und Hospitalisierung, Arbeitsfähigkeiten und Selbstwert sind auch unabhängig vom Vergleich von Rehabilitationsansätzen untersucht worden. Positive Effekte auf die Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Selbstwert und Arbeitsfähigkeit sind dabei relativ gut belegt. Die Befunde zur Symptomatik sind uneinheitlich. In Bezug auf wahrgenommene Ressourcen und wahrgenommene Selbstwirksamkeit lassen sich vor dem Hintergrund der wenigen Studien keine allgemeinen Aussagen machen.

Die Forschung zu Erfolgsprädiktoren in der beruflichen Rehabilitation sieht vor allem in den Faktoren Selbstwirksamkeit, Soziale Unterstützung, Ausbildung und Arbeitserfahrung, Gesundheit, subjektive Belastbarkeit, Alter und Einkommen vor der Rehabilitation signifikante Prädiktoren. Kognitive Faktoren, Qualifikationen und Kompetenzen, motivationale Aspekte und Aspekte der Rehabilitation selbst scheinen ebenfalls eine Rolle als Erfolgsprädiktoren zu spielen.

Insgesamt kann man feststellen, dass die die meisten der hier dargestellten Studien keinen Theoriebezug haben. Es werden zwar Konzepte wie Selbstwirksamkeit und Ressourcen als abhängige oder unabhängige Variablen implizit genutzt, theoretische Modelle dazu werden aber selten entwickelt.

Einen theoretischen Rahmen zur Untersuchung von Veränderungen wahrgenommener Ressourcen und Selbstwirksamkeit können stress- und ressourcentheoretische Modelle bieten. Vor allem transaktionale Modelle weisen eine große konzeptuelle Nähe zu einer ICF-basierter Sichtweise von Rehabilitation auf. Ressourcen und deren Bewertung werden explizit in die Belastungsverarbeitung einbezogen. Ein hohes Maß an verfügbaren Ressourcen ist demnach mit einer besseren Bewältigung von Anforderungen verbunden und damit auch mit geringeren gesundheitlichen Stressfolgen. Vor diesem Hintergrund ist die Verbesserung von berufsrelevanten Ressourcen und deren Wahrnehmung ein wichtiges Ziel beruflicher Rehabilitation.

Im Folgenden werden die wesentlichen stress- und ressourcentheoretischen Ansätze dargestellt.

3.3. Stress und Ressourcen

Verschiedene Ansatzpunkte zur Bedeutung von Ressourcen im Kontext von Arbeit und Gesundheit und deren Beeinflussung im Rahmen von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ergeben sich aus der biologischen und (arbeits)psychologischen Stressforschung sowie aus der Gesundheitspsychologie (Richter & Hacker 1998, Cox e.a. 2005, Schwarzer 2000, Rensing e.a. 2007).

Eine sehr allgemeine Definition von Stress lautet:

„Stress ist die Aktivierungsreaktion des Organismus auf Anforderungen und Bedrohungen – auf die sog. Stressoren.“ (Litzke e.a. 2013, S. 2)

3.3.1. Ansätze der Stressforschung

In der Stressforschung kann man drei grundlegende Paradigmen unterscheiden: Reaktionsorientierte, reizorientierte und transaktionale Ansätze.

Reaktionsbezogene Konzepte fokussieren die Stressreaktion (physiologisch, emotional, Verhalten). Diese Konzepte sind biologisch orientiert und gehen ursprünglich auf Selye (1950) zurück, der Stress als unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung beschreibt. Das „Allgemeine Anpassungssyndrom“ zeichnet sich durch erhöhten Blutdruck, schnellere und tiefere Atmung sowie durch verstärkte Bereitstellung von Energiereserven (erhöhte Glykogenkonzentration in der Leber) aus. Selye nahm an, dass eine verstärkte Aktivierung der Nebennierenrinde durch die Hypophyse zur verstärkten Ausschüttung von Cortisol und Corticosteron führe.

Nach Selye läuft das Anpassungssyndrom in den drei typischen Phasen Alarmreaktion (Schockphase, Gegenschockphase), Widerstandsreaktion und Erschöpfungsphase ab. Nach einer kurzzeitigen Absenkung des Widerstandsniveaus in der Alarmreaktion kommt es zunächst zu einem Ansteigen des Niveaus, das in der Widerstandsphase unter verändertem physiologischem Gleichgewicht gehalten werden kann. Zum Zusammenbruch der Anpassungsmechanismen im Erschöpfungsstadium kommt es, wenn die maximale Widerstandszeit überschritten wird.

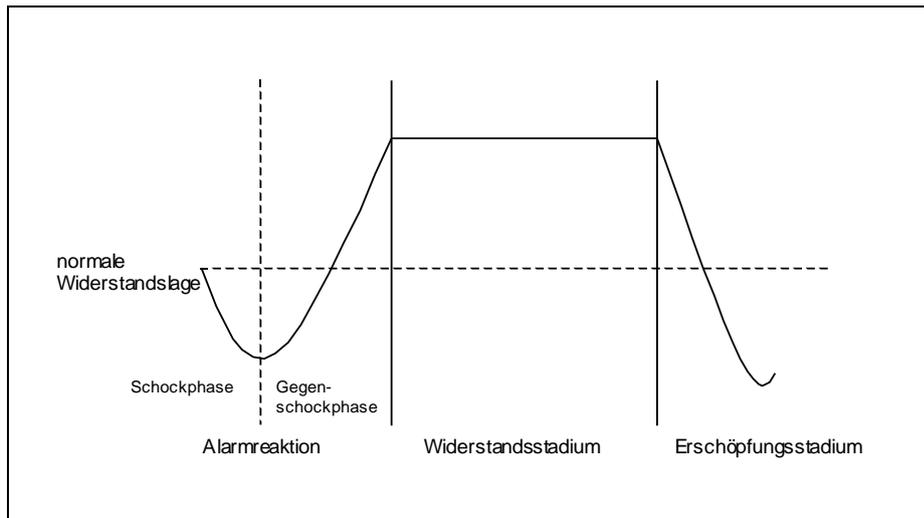


Abbildung 11: Allgemeines Anpassungssyndrom nach Selye 1950

Kritisiert wurde dieses Modell hinsichtlich der postulierten Reiz-Unspezifität sowie hinsichtlich der beteiligten hormonellen Regulationssysteme, die entgegen der Annahme Selye's je nach Reaktion auf die Belastungssituation unterschiedlich sein können.

Heute geht man von zwei wichtigen neuroendokrinen Systemen aus, die an der Stressreaktion beteiligt sind und für schnelle und langsame Vermittlung von Stressreaktionen stehen.

Für die schnelle Stressreaktion ist die Sympathetic-Adreno-Medullary Axis (SAM) verantwortlich (vgl. hierzu Rensing e.a. 2006, 129 ff.), die durch eine Vielzahl von Stressoren ausgelöst werden kann. Sie hat den Sinn, in Anforderungssituationen Reaktionsbereitschaft und Energie zur Verfügung zu stellen. Über das Corticotropinreleasing Hormone (CRH) wird die SAM-Achse aktiviert. Über den Locus Coeruleus wird das sympathische Nervensystem aktiviert und es werden mittels Noradrenalin und Cotransmitter Stresssignale direkt an innere Organe übermittelt. Außerdem schüttet das Nebennierenmark Adrenalin, Noradrenalin ins Blut aus und erreicht so beteiligte Organe und Gewebe. Die dauernde Überaktivierung wird durch Rückkopplungsschleifen verhindert. Gleichzeitig werden auch dämpfende Hormone ausgeschüttet.

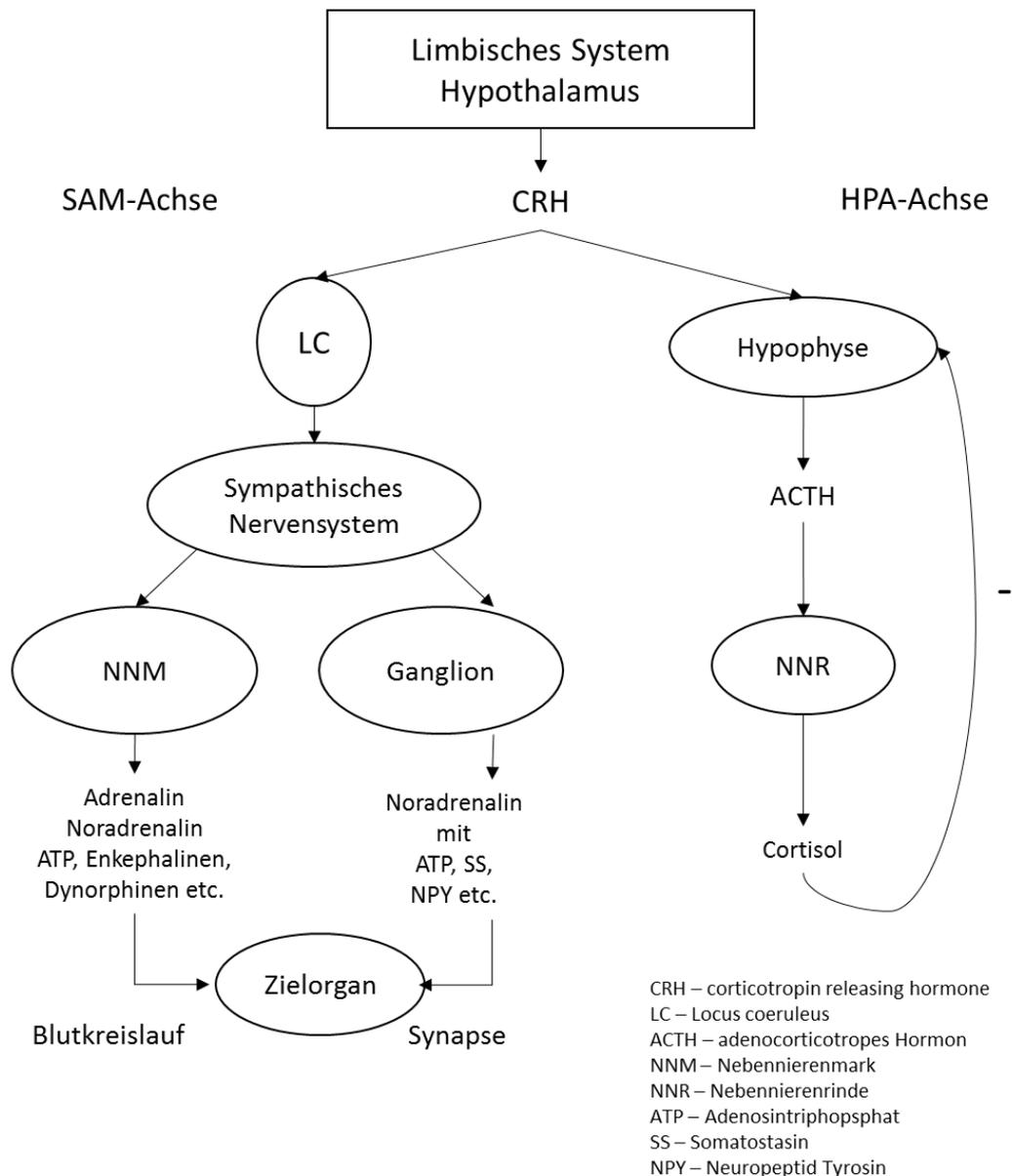


Abbildung 12: SAM-Achse und HPA-Achse nach Rensing e.a. 2006

Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (Hypothalamic Pituitary Adrenocortical Axis, HPA) ist ein zentraler Stressvermittler (vgl. hierzu Rensing e.a. 2006, S. 147 ff.). Sie wird ebenfalls durch das CRH angestoßen. Über die Hypophyse wird Adrenocorticotropes Hormon, ACTH) und über die Nebennierenrinde Cortisol ausgeschüttet. Durch diese Achse wird einerseits die Glucoseproduktion angeregt, andererseits wird die Wirkung der SAM-Achse durch die HPA begrenzt. Allerdings ist die Regulationsfähigkeit beider Systeme bei Dauerbelastung begrenzt. Langfristig hat Dauerstress gesundheitliche Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, das Immunsystem und auf die psychische Gesundheit.

Weitere Stresshormonachsen, auf die hier aber nicht weiter eingegangen wird, sind die Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse (HPT), das Arginin-Vasopressin-System (AVP), das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) und die Wachstumshormonachse (Growth Hormone Releasing Hormone GHRH). Diese werden teils stressorspezifisch aktiviert.

Reizorientierte Stressforschung widmet sich den stressauslösenden Ereignissen und Bedingungen, wobei sie auch von unspezifischen unmittelbaren Stressorenwirkungen ausgehen. Dieser Ansatz geht davon aus, dass die gesundheitliche Relevanz kritischer Lebensereignisse aus der Summe innerhalb eines definierten Zeitraums auftretenden Belastungen resultiere. Zur Messung konstruierten Holmes und Rahe (1967) die „Social Readjustment Rating Scale“ (SRRS), mit den sog. LCU's (Life change units) als Maß für die Lebensbelastung in einem bestimmten Zeitraum erhoben und in Beziehung zu Gesundheitsindikatoren gesetzt werden können. Hier wurden, wenn auch niedrige, Korrelationen gefunden. Die Problematik des Ansatzes besteht darin, dass unterschiedliche Personen gleiche Ereignisse unterschiedlich bewerten. Diese Prozesse bildet das Modell nicht ab. Darüber hinaus geht der Ansatz davon aus, dass auch positive Lebensereignisse gesundheitlich relevant sind, was empirisch nicht nachgewiesen werden konnte. Der Ansatz bezieht sich ausschließlich auf Belastungen durch psychosoziale Ereignisse, materielle Stressoren werden nicht berücksichtigt. Außerdem werden „daily hassels“, die in chronifizierter Form gesundheitsschädigend wirken können, in dem Ansatz nicht erfasst.

Rensing e.a. (2006) klassifizieren Stressoren nach verschiedenen Gruppen. Unter sensorischen/psychischen Stressoren verstehen sie Stressoren, die wahrgenommen werden (Erwartungsdruck, Angst etc.). Zu den physischen/zellulären Stressoren zählen sie innere oder äußere physikalische, chemische oder biologische Einwirkungen (Verletzung, Entzündung etc.). Sensorische und physische Stressoren können sowohl endogen als auch exogen sein. Beide Gruppen stehen in einer Wechselwirkung zueinander, d.h. sensorische Stressoren werden im ZNS in Signale umgewandelt und wirken auf Zellen. Physische Stressoren werden wahrgenommen und in psychische Erlebniseinheiten umgewandelt. Weitere Klassifikationskriterien sind Dauer und Intensität der Einwirkung von Stressoren. Im Laufe der Entwicklung spielen schließlich lebensaltertypisch unterschiedliche Stressoren eine Rolle. Eine arbeitsbezogene Stressorenklassifikation findet sich z.B. bei Litzke e.a. (2013, S. 3). Die Autoren unterscheiden zwischen Stressoren aus der Organisation (Daueraufmerksamkeit, Unterbrechungen etc.), physischen Belastungen (Beleuchtung, Temperatur, Lärm etc.), psychischen Belastungen (Misserfolg, Fremdbestimmung, Verantwortungsdruck etc.) und sozialen Belastungen (Konflikte, soziale Dichte, unfaire Behandlung etc.).

Sowohl reizorientierte als auch reaktionsorientierte Modelle können kaum erklären, warum Menschen in unterschiedlicher Weise auf Anforderungen reagieren: Für verschiedene Menschen sind gleiche Reizkonstellationen (z.B. eine Prüfung) unterschiedlich belastend, sehr unterschiedliche Situationen (z.B. eine Prüfung und ein Empfang) können andererseits zu ähnlichen Stressreaktionen führen. Daraus ergibt sich, dass vermittelnde Prozesse zwischen Stressreiz und Stressreaktion eine Rolle spielen müssen.

An diesem Dilemma setzen **interaktionale bzw. transaktionale Stressmodelle** an. Sie beschäftigen sich in erster Linie mit Stress in der Sichtweise der Person und beziehen kognitive Verarbeitungsprozesse ein. Die Wahrnehmung und Bewertung von Anforderungssituationen und Bewältigungskompetenzen spielt eine zentrale Rolle. Außerdem wird die mögliche Modifizierung von belastenden Bedingungen durch Bewältigungsverhalten und eine daraus resultierende veränderte Stresseinschätzung berücksichtigt. Der wichtigste Vertreter der transaktionalen Stressforschung ist die Gruppe um Lazarus, auf deren Modell und seine Erweiterung durch Hobfoll im Folgenden genauer eingegangen wird.

3.3.2. Transaktionale Konzepte

Ein wichtiger Hintergrund der vorliegenden Untersuchung sind stress- und ressourcentheoretische Überlegungen auf der Basis der transaktionalen Sichtweise (vgl. Lazarus 1978, Schwarzer 2000) von Stress. Die Modelle von Lazarus und die ressourcentheoretische Sichtweise von Hobfoll werden im Folgenden dargestellt.

Lazarus und Launier definieren Stress als "...any event in which environmental or internal demands (or both) tax or exceed the adaptive resources of an individual, social system or tissue system." (Lazarus & Launier, 1978, S. 296)

In diesem Sinne bezieht sich der Begriff Stress nicht nur auf einzelne Personen, sondern auch auf soziale Systeme wie Paare oder Gruppen.

Ursprüngliche Formulierung. Das ursprüngliche Modell war interaktionistisch formuliert und stellt ein Ablaufschema von subjektiven Bewertungsprozessen einer Situation und darauf bezogenen Bewältigungsmöglichkeiten in den Mittelpunkt.

Im *primary appraisal* wird die Bedrohlichkeit einer Situation bewertet, wobei die Interaktion von Stimulusaspekten (Stimulusstärke, Mehrdeutigkeit, Unmittelbarkeit etc.) und Personenaspekte (motivationale Merkmale, intellektuelle Fähigkeiten, Erwartungen etc.) für die Entscheidung, ob eine Situation als stressrelevant bewertet wird, ausschlaggebend ist. Wird die Situation als bedrohlich bewertet, folgt ein zweiter Bewertungsprozess.

Im *secondary appraisal* erfolgt die Bewertung verfügbarer Umgangsmöglichkeiten mit einer als bedrohlich bewerteten Situation, wobei sowohl die Maßnahmen selbst als auch deren Folgen beurteilt werden. Auch hier spielt die Interaktion von Stimulusaspekten (Lokalisierbarkeit der Gefahrenquelle, Ausführbarkeit alternativer Maßnahmen, situative Zwänge) und Personenaspekten (Motivationsmuster, Ich-Stärke, Impulskontrolle, Angstabwehr, allgemeine Einstellungen etc.) eine Rolle.

Als Beantwortungsmuster stehen grundsätzlich zwei Verhaltensklassen zur Verfügung. Die direkten Aktionsmuster bestehen aus Flucht bzw. Angriff, intrapsychische Prozesse (Aufmerksamkeitsveränderungen, Umbewertungen etc.) spielen eine Rolle, wenn keine direkte Einwirkungsmöglichkeit besteht.

Im abschließenden Reappraisal werden die Ergebnisse des Bewältigungsvorganges neu bewertet, wobei bei ungünstigem Ausgang der Prozess wieder von vorne einsetzt.

Transaktionale Reformulierung. Die reformulierte Theorie ist in transaktionale Termini gefasst, es werden Beziehungen zwischen Person und Umwelt untersucht. Im Gegensatz zur interaktionalen Sichtweise gehen die transaktionalen Begriffe über die darin eingeschlossenen Personen- und Umweltvariablen hinaus. Dies betrifft insbesondere die Kategorien Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung, die als transaktionale Begriffe zu eigenen Analyseeinheiten werden.

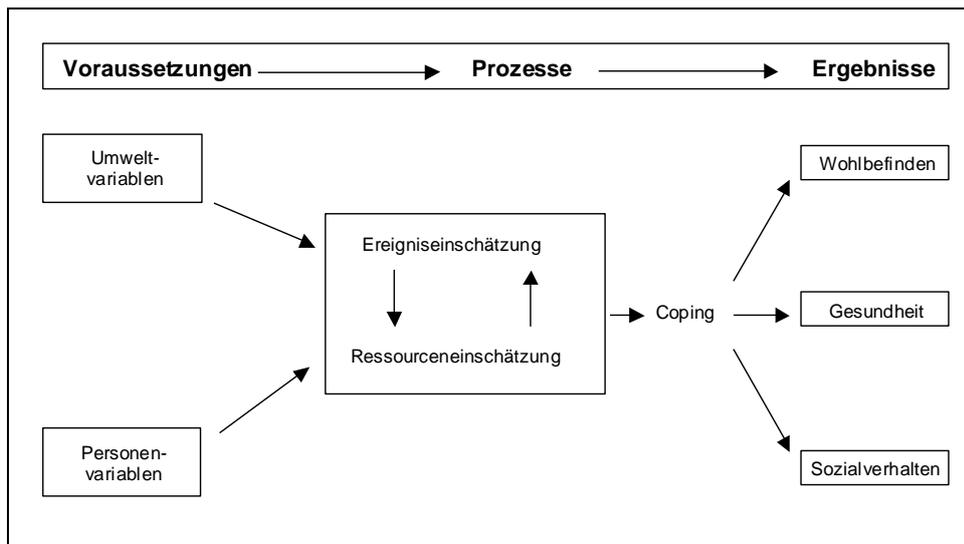


Abbildung 13: Transaktionales Stressmodell aus Schwarzer 2000 S. 16

Im Rahmen des *primary appraisal* (nach Schwarzer: Situationsmodell, Ereigniswahrnehmung) wird die Bedeutsamkeit jeder Person-Umwelt-Transaktion überprüft und hinsichtlich der Kategorien *irrelevant*, *positiv*, *stressrelevant* eingestuft. Stressrelevante Bewertungen werden weiter differenziert nach den Kategorien *Schädigung/Verlust* (eingetretener Schaden), *Bedrohung* (antizipierter Schaden) und *Herausforderung* (antizipierte Bewältigung).

Das *secondary appraisal* (nach Schwarzer: Selbstmodell, Ressourcenwahrnehmung) dient der Bewertung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Maßgeblich für die Auswahl von Bewältigungsstrategien sind hierbei der *Grad der Ungewissheit des Ereignisses*, der *Grad der bewerteten Bedrohung*, das *Vorhandensein von Konflikten* sowie der *Grad der Hilflosigkeit*. Darüber hinaus spielen Persönlichkeitsfaktoren eine wichtige Rolle.

Hinsichtlich des Bewältigungsverhaltens selbst wird zunächst nach den Funktionen *Emotionsregulierung* (palliativ) und *Problemlösung* (instrumentell) unterschieden. Weitere Differenzierungen betreffen die *zeitliche Orientierung*, den *thematischen Charakter* sowie den *instrumentellen Schwerpunkt*. Hinsichtlich der Bewältigungsklassen wird unterschieden in *Informationssuche*, *direkte Aktion*, *Aktionshemmung* und *intrapsychische Bewältigungsformen*. Aus der Kombination dieser Kategorien ergeben sich 32 theoretische Kategorien für Bewältigungsverhalten:

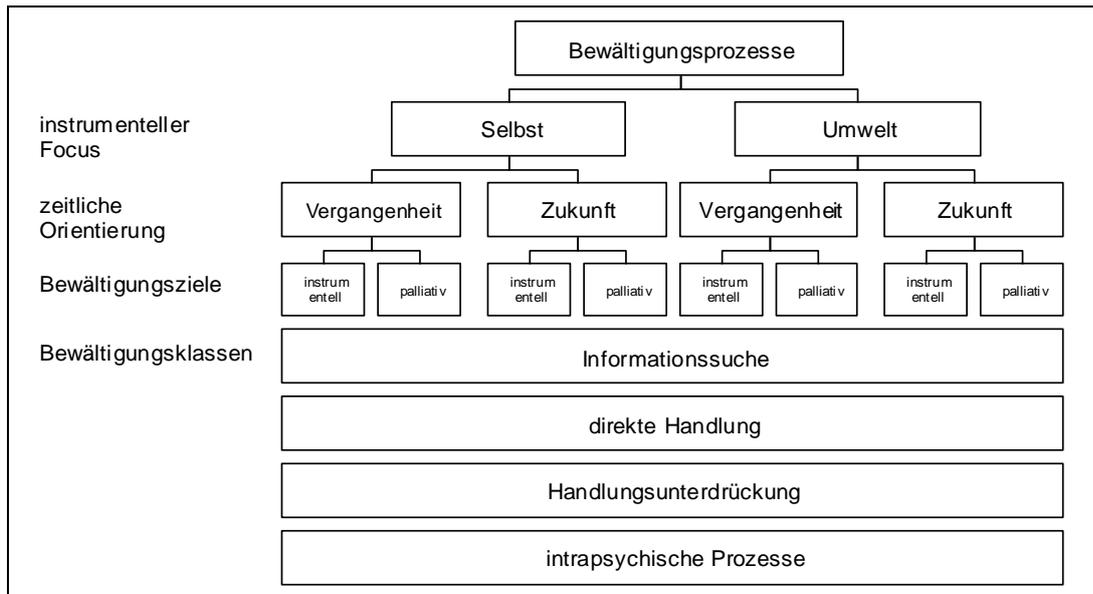


Abbildung 14: Klassen von Bewältigungsprozessen nach Lazarus und Launier 1978

In der reformulierten Fassung der Stress-Theorie legt Lazarus großen Wert auf die Bewältigung von Stress, der er größere Bedeutung beimisst als dem Stress selbst. Die Auswahl von Bewältigungsstrategien ist abhängig von der Beurteilung ihrer Effizienz, die wiederum abhängig ist von der sekundären Einschätzung (Selbstmodell).

Kritisiert wurde das Modell von Lazarus aufgrund der Zirkularität der Stressdefinition, Stressoren können aufgrund der Bewertungsprozesse immer erst im Nachhinein bestimmt werden. (Semmer e.a. 2005)

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Vernachlässigung von Umweltvariablen zugunsten von individuellen Bewertungsunterschieden. (Hobfoll e.a. 2004)

Außerdem wird eine gewisse Beliebigkeit infolge der hohen Modellkomplexität kritisiert. Dadurch werde die Modellüberprüfung erschwert. (Greif 1991)

Theorie der Ressourcenerhaltung. Eine Weiterentwicklung des transaktionalen Stressmodells stellt die Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll (1988) dar. Er geht davon aus, dass Menschen danach streben, das zu erhalten, was sie wertschätzen und versuchen, Verluste zu vermeiden. Stress tritt ein, wenn Ressourcen bedroht werden oder verloren gehen. Für Hobfoll ist das Erleben von Verlust eine zentrale Eigenschaft von Stress. Nicht jedoch – wie bei Lazarus – Herausforderung, Bedrohung oder Schädigung. Er unterscheidet verschiedene Ressourcenkategorien:

- *Gegenstände* (Nahrung, Kleidung, Wertsachen etc.),
- *Bedingungen* (nicht-materielle Stressressourcen wie Status, berufliches Fortkommen etc.),
- *Persönlichkeitsmerkmale* (Intelligenz, Geschick, Optimismus etc.) sowie
- *Energien* (Hilfsressourcen wie Geld, Zeit, Wissen etc.).

Aus den Grundannahmen leitet Hobfoll weitere Annahmen ab:

1. Menschen spielen selbst eine aktive Rolle dabei, über welche Ressourcen sie verfügen und wie sie diese einsetzen
2. Menschen setzen Ressourcen ein, um andere Ressourcen zu erhalten. Wer über gute Ressourcen verfügt, ist gegenüber Schicksalsschlägen gewappnet und kann Ressourcen investieren um mehr Ressourcen zu gewinnen.

3. Coping verursacht Kosten, weil Ressourcen eingesetzt werden müssen.
4. Gewinn und Verlust von Ressourcen verursachen positive und negative Spiralen. Dadurch können kumulative Stresssituationen entstehen.

Transaktionale Stressmodelle spielen auch in der arbeitspsychologischen Stressforschung eine wichtige Rolle (siehe Kap. 3.3.5.). In diesem Zusammenhang sind vor allem Imbalance-Ansätze (McGrath, Harrison) zu nennen. McGrath (1981) beschäftigte sich mit organisationalen Aspekten. Mit dem Person-Environment-Fit und gesundheitlichen Auswirkungen beschäftigte sich Harrison (1978) in seinem PE-Fit-Modell. Einen engen Bezug zum Modell von Lazarus hat Freses Modell zur Entstehung psychischer Störungen bei Arbeitern (1977).

3.3.3. Ressourcen

Ressourcenbegriff. Wahrgenommene und nutzbare Ressourcen spielen für das Selbstmodell und damit für den Stressprozess eine wichtige Rolle.

Petzold definiert nutzbare Ressourcen als "...alle im „*Ressourcenreservoir*“ eines Systems (Person, Gruppe, Organisation) vorhandenen *materiellen* Bestände (Geld, Maschinen) und *mentalen* Bestände (Kenntnisse, Wissensvorräte), welche in *interne* (z.B. Kontrollüberzeugungen, Kompetenzen/Fähigkeiten, Performanzen/Fertigkeiten) und *externe* (z.B. Informationen von Kollegen, Freunden, Sozialagenturen) differenziert werden. Sie können als „*Eigenressourcen*“ im Zugriff des Systems stehen oder als „*Fremdressourcen*“ von anderen Systemen bereitgestellt werden. *Ressourcengebrauch* setzt voraus, dass Ressourcen vom System (d.h. dem Subjekt, dem Team, der Organisation) wahrgenommen werden (*perception*), basal qualifiziert werden (*marking*) und aufgrund funktionaler emotiver Bewertungsprozesse (*valuation*) und kognitiver Einschätzungsprozesse (*appraisal*) als *verfügbare Ressourcen* eingestuft werden, so dass sie zugänglich und mobilisierbar sind (*resourcing*) und faktisch in möglichst optimaler Weise genutzt werden (*acting*).“ (Petzold 1997k, S. 447 f.)

Petzold unterscheidet personale, soziale, materielle und professionelle Ressourcen als heuristische Basiskategorien, die er weiter nach Klassen und Valenzen differenziert.

Im Bereich personaler und sozialer Ressourcen gibt es in der Stressforschung einige übergreifende Konzepte, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Kaluza (2011) bezeichnet personale und soziale Ressourcen auch als die „salutogenetische Perspektive“ der Stressbewältigung.

Personale Ressourcen. Vor allem im Bereich der personalen Ressourcen gibt es eine Reihe von sich teils überschneidenden Konzepten, die im Rahmen der Forschung zur Entstehung psychischer Erkrankungen entwickelt worden sind. Gemeinsam ist diesen Konzepten, dass sie Eigenschaften bzw. Wahrnehmungs- und Verarbeitungsweisen beschreiben, die die Entstehung von Erkrankungen je nach Ausprägung positiv oder negativ beeinflussen. Sie stellen aus einer salutogenetischen Perspektive (s.u.) heraus schützende Faktoren bzw. Resilienzfaktoren dar.

Zu diesen Konzepten gehören nach Udris e.a. (1994):

- Kohärenzerleben (Antonowsky 1979)
- Hardiness (Kobasa 1982)
- Locus of Control (Rotter 1973)
- Selbstwirksamkeit (Bandura 1977)
- Seelische Gesundheit als Eigenschaft (Becker 1982)

Bei Kaluza (2011) werden als relevante personale Ressourcen Optimismus (Scheier & Carver 1985), Kontrollüberzeugungen (Kobasa 1982, Rotter 1973), Selbstwirksamkeit und Kohärenzerleben benannt.

Das Konzept des Optimismus geht auf Scheier und Carver (1985) zurück und meint eine generalisierte Erwartung, positive Ereignisse zu erwarten. Die Autoren sprechen von einem dispositionalen Optimismus. Untersucht wurde das Konzept in prospektiven Studien an Personen mit chronischen Erkrankungen. Insbesondere hinsichtlich subjektiver Gesundheitsindikatoren wie psychisches Wohlbefinden und körperliche Beschwerden konnten nach Kaluza (2011, S. 42) positive Optimismuseffekte gefunden werden:

„Menschen, die positive Erwartungen für die Zukunft hegen, beschreiben zu einem späteren Zeitpunkt ihren Gesundheitszustand ebenfalls positiv...“ (Kaluza 2011, S. 42)

Auch auf den objektiven Gesundheitszustand scheint es positive Optimismus-Effekte zu geben. Erklärungsmöglichkeiten könnten unterschiedliche Bewältigungsstrategien, besseres Gesundheitsverhalten und bessere soziale Unterstützung für Optimisten als für Pessimisten sein. Das Konzept wurde vor allem aus kontrolltheoretischer Perspektive als zu ungenau kritisiert, da es z.B. nicht zwischen den Instanzen differenziert, denen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung zugeschrieben werde.

Kontrolltheoretische Überlegungen finden sich in dem Hardiness-Konzept (Kobasa 1982, das u.a. auf der Kontrolltheorie von Rotter (1973) beruht). Kobasa untersuchte hochbelastete Manager, die ein unterschiedliches Maß an körperlichen Beeinträchtigungen berichteten. Die Gruppe mit wenigen Beeinträchtigungen unterschied sich von denen mit vielen Beeinträchtigungen hinsichtlich einer Einstellungsstruktur, die die Autoren Hardiness nannten. Folgende Komponenten spielen dabei eine Rolle:

1. Engagement und Selbstverpflichtung i.S. der inneren Verbindung mit dem eigenen Tun
2. Kontrolle i.S. des Erlebens von eigenem Einfluss auf den Lauf der Dinge
3. Herausforderung i.S. des Erlebens von Veränderung als Herausforderung und nicht als Bedrohung

Das Hardiness-Konzept ist im Führungskontext an Managern entwickelt worden, also in einem Bereich, in dem von der Struktur her Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten vorhanden sind. In anderen Lebensbereichen und Kulturen sind die tatsächlichen Kontrollmöglichkeiten jedoch deutlich geringer. Antonovskys Kritik setzt an diesem Punkt an. Er hält das Vertrauen in die Hilfe von anderen für eine fundamentale Erfahrung, die ebenfalls zum Gefühl der Handhabbarkeit beitrage. Damit können sowohl interne als auch externe Kontrollüberzeugungen als Ressource in der Stressbewältigung bedeutsam sein: Entscheidend ist der subjektive Erfahrungshintergrund und die Lebenswelt.

Das Konzept der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit ist ein zentrales Konstrukt der sozialkognitiven Lerntheorie von Bandura. Hintergrund sind Erwartungs-mal-Wert-Theorien. Besonders die Theorien von Tolman, Bolles und Rotter beschäftigen sich mit dem Erwartungsbegriff.

Unter wahrgenommener Selbstwirksamkeit oder Kompetenzerwartung wird die Überzeugung einer Person verstanden, eine neue oder schwierige Anforderungssituation durch eigene Kompetenz erfolgreich zu bewältigen. Der Grad der Selbstwirksamkeitserwartung bestimmt die Auswahl von Situationen, in die man sich hineinbegibt, das Ausmaß der Anstrengung und die Ausdauer bei der Situationsbewältigung.

Man kann die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich des Niveaus (level), des Allgemeinheitsgrades (generality) und der Gewissheit (strength) unterscheiden:

- Je höher das Niveau ist, desto eher fühlt sich eine Person auch schwierigeren Aufgaben gewachsen.
- Der Allgemeinheitsgrad bezieht sich auf den Grad der Generalisierung von Selbstwirksamkeitserwartungen. Bei einem geringen Allgemeinheitsgrad bezieht sich die Kompetenzerwartung nur auf einen kleinen Ausschnitt.
- Unter Gewissheit ist der Grad der Stabilität von Selbstwirksamkeitserwartungen oder der Sicherheit einer Person zu verstehen, mit der sie annimmt, über relevante Problemlösekompetenzen zu verfügen. Bei geringer Stabilität kann die wahrgenommene Kompetenz leicht durch widersprechende Erfahrungen gelöscht werden.

Selbstwirksamkeitserwartungen können über Handlungsvollzüge, stellvertretende Erfahrungen, sprachliche Überzeugungen (z.B. Feed-back oder Selbstinstruktion) und über emotionale Erregung (Wahrnehmung von Erregung reduziert u.U. das Kompetenzerleben) erworben werden, wobei den sprachlichen und physiologischen Quellen eher untergeordnete Bedeutung zukommt. (Schwarzer 2000, S. 176)

Beim Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartungen sind darüber hinaus Kausalattributionenprozesse von Bedeutung, denn nicht jede erfolgreiche Bewältigung führt zwingend zu Veränderungen der Kompetenzerwartungen. Bedeutsam ist die Attribution der erfolgreichen Bewältigung. Wichtige Dimensionen sind in diesem Zusammenhang Internalität und Stabilität: Die Selbstwirksamkeitserwartung wird durch interne und stabile Attribution erfolgreicher Bewältigung erhöht.

Das Konzept des Kohärenzerlebens von Antonovsky (1988) bezieht sich in Teilen auf das Sinnkonzept von Frankl. Nach Antonovsky entsteht aus der Erfahrung, in der Auseinandersetzung mit der Welt generalisierte Widerstandsressourcen (konstitutionelle und erworbene Merkmale, soziale Unterstützung, kulturelle Eingebundenheit, präventive Gesundheitsorientierung) einsetzen zu können, eine spezielle Sicht auf die Welt, der sog. Kohärenzsinn (Sense of Coherence, SOC).

Komponenten des Kohärenzsinn sind:

1. Das Gefühl der Verstehbarkeit – Die Überzeugung, dass die Welt konsistent geordnet, strukturiert und vorhersagbar ist.
2. Das Gefühl der Machbarkeit – Die Überzeugung, dass innere oder äußere Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen zur Verfügung stehen.
3. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit – Die Überzeugung, dass das Leben einen emotionalen Sinn hat und dass es lohnend ist, daraus erwachsene Anforderungen zu bewältigen.

Die Komponenten können unterschiedlich stark ausgeprägt und miteinander kombiniert sein, was mit mehr oder weniger Stabilität verbunden ist (vgl. hierzu Antonovsky 1997, S.36 ff.). Nach Antonovsky ist die Ausprägung des Kohärenzgefühls dabei bedeutsam, inwieweit generalisierte Widerstandsressourcen zur Stressbewältigung mobilisiert werden können.

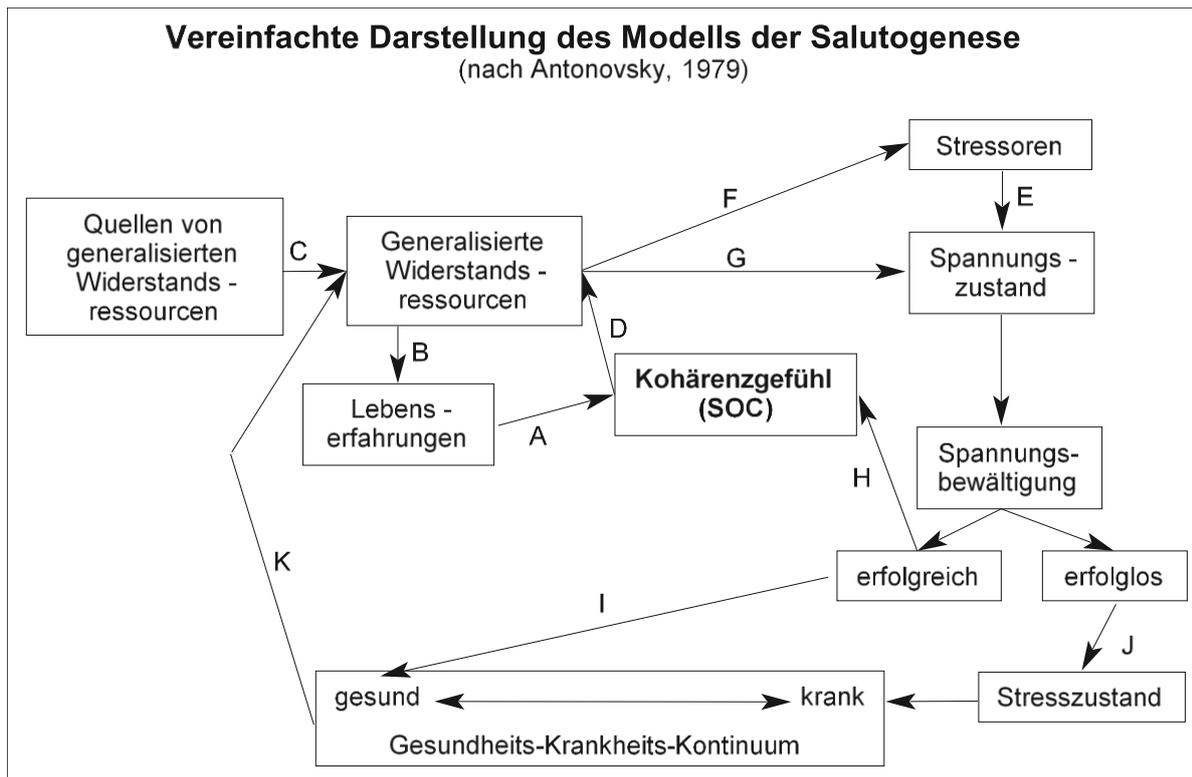


Abbildung 15: Salutogenesemodell nach Antonovsky aus: Bengel e.a. 2001 S. 36

Zusammenfassend kann man feststellen, dass in allen hier dargestellten Modellen zu Personalen Ressourcen Kontrollierbarkeit eine wichtige Rolle spielt. Wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sind demnach in der Stressbewältigung bedeutsam. Problematisch ist bei den Konzepten, dass sie sehr allgemein und situationsunabhängig formuliert sind und Ressourcen i.S. mehr oder weniger stabiler Persönlichkeitseigenschaften verstehen. Eine solche Sichtweise vernachlässigt situative Unterschiede von Anforderungssituationen. So kann eine Person im familiären Umfeld ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit erleben, gleichzeitig kann die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung eingeschränkt sein.

Soziale Unterstützung. Erste Konzepte zur Wirkung sozialer Unterstützung finden sich bei Schachter 1962, Cassel 1974 und Zajonc 1989. In diesen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Anwesenheit anderer Personen positive Auswirkungen auf das Stresserleben hatte. Cassel ging sogar davon aus, es sei einfacher, Gesundheit durch social support zu schützen als durch Reduktion der Stressbedingungen.

House (1981) benennt in einem Definitionsversuch sozialer Unterstützung vier zentrale Aspekte sozialer Unterstützung

1. Emotionale Anteilnahmen
2. Instrumentelle Hilfe
3. Informationen
4. Einschätzungshilfe.

Der Austauschaspekt sozialer Unterstützung wird bereits durch Shumaker und Brownell (1984) betont. Udris (1981) und Gusy (1995) definieren Soziale Unterstützung auch als ein transaktionales Konzept, in dem der Austausch und die gegenseitige Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung des Wohlbefindens im Mittelpunkt steht.

Soziale Unterstützung ist in diesem Zusammenhang „eine Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, die das Ziel verfolgt, einen Leid erzeugenden Zustand zu verändern oder bei einer objektiven Unveränderbarkeit die Belastungsfolgen abzuschwächen“. (vgl. Geilenkothen 2006 S. 10)

Man unterscheidet heute mit Schwarzer (2000, S. 52f.) in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung drei verschiedene Konzepte.

Tabelle 10: Begriffliche Differenzierung von sozialem Rückhalt nach Schwarzer 2000 S. 54

<p><i>quantitativ-strukturell:</i> soziale Integration</p>	<p><i>qualitativ-funktional:</i> soziale Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>erwartete Unterstützung</i> <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Unterstützung - instrumentelle Unterstützung - informationelle Unterstützung - <i>erhaltene Unterstützung</i> <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Unterstützung - instrumentelle Unterstützung - informationelle Unterstützung
---	--

Soziale Integration bezieht sich auf strukturelle Aspekte der Eingebundenheit in soziale Netzwerke. Indikatoren für soziale Integration oder Isolation können z.B. die Anzahl der FreundeInnen oder Verwandten sein oder die Häufigkeit der Kontakte. Soziale Integration ist ein rein quantitatives Maß, das nichts über die Qualität der Beziehungen aussagt.

Erwartete soziale Unterstützung und erhaltene soziale Unterstützung sind dagegen qualitativ-funktionale Maße. Beide Konzepte hängen nur am Rande miteinander zusammen.

Hinsichtlich wahrgenommener oder erwarteter sozialer Unterstützung sind Sarason e.a (1990) der Auffassung, es handele sich eher um die Überzeugung, unabhängig von persönlichen Eigenschaften akzeptiert zu werden. Dies wiederum trage unabhängig von der tatsächlichen Unterstützung zur Wahrnehmung sozialer Unterstützung bei. Soziale Unterstützung ist in diesem Sinne eher ein dispositionales Konzept.

Erhaltene Soziale Unterstützung bezieht sich dagegen auf tatsächlich erhaltene Unterstützung, damit stehen situative Aspekte im Vordergrund.

Bei erwarteter bzw. erhaltener sozialer Unterstützung ist darüber hinaus relevant, in welcher Dimension (emotional, instrumentell, informationell) die Unterstützung gewährt wird und von wem die Hilfe geleistet wird. Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte scheint bei arbeitsbezogenem Stress eine größere Bedeutung zu haben als soziale Unterstützung durch die Familie.

Außerdem scheint die Zeitperspektive bei der Wirksamkeit verschiedener Quellen bedeutsam zu sein. So spielt beim Tod eines Angehörigen zunächst die Unterstützung durch die Familie eine Rolle, später jedoch die Unterstützung durch Freunde.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass bei sozialer Unterstützung sowohl dispositionale als auch situationsbezogene Aspekte eine Rolle spielen. Während erhaltene Unterstützung eher situative Aspekte in den Vordergrund stellt, spielen bei wahrgenommener bzw. erwarteter Unterstützung auch dispositionale Aspekte eine Rolle.

Wirksamkeit von Ressourcen. Personale und soziale Ressourcen können an verschiedenen Stellen wirksam werden. Diskutiert wurden in der Literatur in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung Haupteffekte und Moderatoreffekte.

Die Haupteffekthypothese geht davon aus, dass soziale Unterstützung direkt auf Stressoren oder Gesundheit wirkt. In Bezug auf Stressoren spricht man von einer Mediatorenannahme. Durch instrumentelle soziale Unterstützung wird z.B. die Arbeitsmenge reduziert. Hier ist wohl hauptsächlich erhaltene Unterstützung bedeutsam.

Auf Seiten der Gesundheit besagt die Direkt-Effekt-Annahme, dass soziale Unterstützung unabhängig vom Vorhandensein von Stress sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Hier dürfte hauptsächlich wahrgenommene bzw. erwartete Unterstützung eine Rolle spielen.

Demgegenüber geht die Moderatorhypothese davon aus, dass Ressourcen als Moderator der Beziehung zwischen Belastung und Gesundheit wirkt.

Schwarzer (2000, S.69 ff.) kritisiert dieses Modell in Hinblick auf soziale Unterstützung als zu einfach und legte ein heuristisches Modell zu den Zusammenhängen von sozialem Rückhalt und Gesundheit vor.

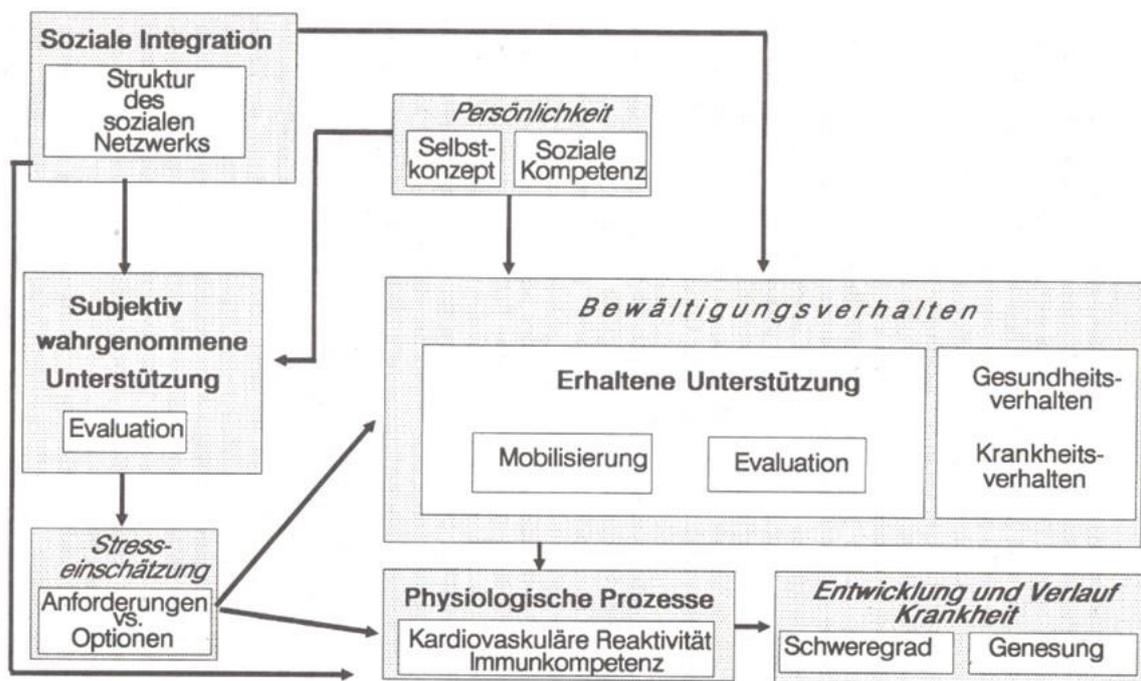


Abbildung 16: Heuristisches Modell der Zusammenhänge zwischen sozialem Rückhalt und Gesundheit aus: Schwarzer 2000, S. 60

Er geht dabei von der sozialen Integration einer Person als zentrales Bestimmungsmoment aus. Die erwartete Unterstützung ist einerseits von der sozialen Einbettung der Person abhängig, andererseits von Persönlichkeitsmerkmalen wie Selbstkonzept bzw. sozialer Kompetenz. Diese wirken sich auch auf das Bewältigungsverhalten aus. Indirekt wirkt sich die wahrgenommene soziale Unterstützung über die Stressbewertung aus. Das Gefühl von Geborgenheit führt zu einer positiveren Einschätzung der Anforderungen und der Bewältigungsmöglichkeiten ggfs. auch unter Inanspruchnahme von Unterstützung.

Dieses Modell berücksichtigt zwar komplexere Wirkungszusammenhänge von sozialer Unterstützung. Andere Ressourcenbereiche werden jedoch nur am Rande mit einbezogen. Personale Ressourcen wie Selbstkonzept und Soziale Kompetenz werden lediglich als beeinflussende Faktoren auf wahrgenommene soziale Unterstützung und Bewältigungsverhalten berücksichtigt. Zudem berücksichtigt das Modell nicht die situationsspezifisch unterschiedliche Bedeutung von Ressourcen.

Ein umfassenderes Modell zur Rolle von Ressourcen im Stressprozess sollte aber auch andere Ressourcenbereiche (personal, materiell, professionell etc.) berücksichtigen. Zudem sollte die situativ unterschiedliche Bedeutsamkeit von Ressourcen abbildbar sein.

3.3.4. Ressourcen, Selbstmodell und Bewältigung

Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen Ressourcen, Selbstmodell und Bewältigung vor dem Hintergrund handlungs- und kontrolltheoretischer Überlegungen erläutert werden. (vgl. hierzu auch Eichert 2008)

Ressourcen und Selbstmodell. Vor dem Hintergrund handlungstheoretischer Überlegungen kann man mit Flammer (1990, S. 78)) fünf Elemente von Kontrolle differenzieren:

1. Zielkenntnis
2. Zielübernahme
3. Kenntnis des Wegs und der Mittel zur Zielerreichung
4. Kompetenz und Wissen über die Kompetenz, den Weg gehen zu können
5. Handlung zur Erreichung des Ziels.

Je nach Kombination sind verschiedene Aspekte von Kontrolle angesprochen.

Eine Kontrollmeinung i.S. der subjektiven Einschätzung der Kontrolle entsteht durch die Kenntnis des Weges zur Zielerreichung (Element 3) und durch die Einschätzung der eigenen Kompetenz (Element 4). Eine Person, die den Weg bzw. die Mittel zu einem Ziel kennt und sich in der Lage sieht, diesen Weg auch gehen zu können, verfügt für diesen Bereich über eine hohe Kontrollmeinung.

Kontrollmeinungen sind bereichsspezifisch und erfahrungsabhängig. Der Aufbau einer Kontrollmeinung in einem bestimmten Bereich geschieht in erster Linie durch die Verwertung relevanter Erfahrungen. Dabei spielen auch Prozesse der Erfahrungsgewichtung und Attributionsprozesse eine Rolle. Zudem können Kontrollmeinungen unterschiedlich generalisiert sein.

Das secondary appraisal bzw. das Selbstmodell beinhaltet die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in Hinblick auf eine Situation, also die Einschätzung einer Person, ob und wie sie eine Situation mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigen kann.

Man kann somit das secondary appraisal bzw. das Selbstmodell auch als den Aufbau einer aktuellen Kontrollmeinung beschreiben, in die Weg- und Kompetenzbeurteilung eingehen.

Bedeutsam hierfür sind die wahrgenommenen Ressourcen für den jeweiligen Bereich. Je besser die Ressourcen eingeschätzt werden, desto besser werden Kontrollierbarkeit und Selbstwirksamkeit eingeschätzt. Je weniger relevante Ressourcen zur Verfügung stehen bzw. je schlechter sie eingeschätzt werden, desto schlechter werden Kontrolle und Selbstwirksamkeit eingeschätzt.

Bezogen auf den beruflichen Bereich wäre für das Selbstmodell i.S. wahrgenommener beruflicher Kontrolle und Selbstwirksamkeit die Einschätzung berufsrelevanter Ressourcen wie personale Fähigkeiten, Fach- und Feldkenntnisse und Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte relevant. Je besser eine Person diese Ressourcen einschätzt, desto besser wird sie ihre Fähigkeiten einschätzen, berufliche Anforderungen bewältigen zu können.

Selbstmodell und Bewältigung. Für die Auswahl von Bewältigungsstrategien spielt das Selbstmodell und insbesondere das Ausmaß subjektiv wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit eine Rolle. Je besser eigene Möglichkeiten eingeschätzt werden, desto eher werden aktive Bewältigungsversuche unternommen.

Besonders zu Beginn des Erfahrungsaufbaus werden nach Flammer (1990) direkte Kontrollversuche priorisiert. Erst bei Misslingen direkter Versuche werden indirekte Kontrollversuche ausgewählt.

Einen qualitativen Sprung stellen dabei sekundäre Kontrollversuche dar. Hier finden keine direkten Kontrollversuche mehr statt, sondern es kommt zu Umbewertungen mit dem Ziel, die entsprechenden Person-Umwelt-Transaktionen selbstwertverträglicher zu gestalten.

Rothbaum e.a (1982) haben vier Typen sekundärer Kontrolle unterschieden:

1. Prädiktive sekundäre Kontrolle (Vorhersageverzerrung zur Enttäuschungsvermeidung)
2. Illusorische Kontrolle (Glaube, auf der Seite des glücklichen Zufalls zu stehen)
3. Vikarisierende Kontrolle (Identifikation mit den Kontrollinhabern)
4. Interpretative Kontrolle (Uminterpretation der eigenen Ansprüche)

Zum Verzicht von Kontrollversuchen kommt es, wenn auch sekundäre Kontrollversuche scheitern.

Die Abläufe können in Abhängigkeit von Vorerfahrungen unterschiedlich verlaufen. Bei einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung werden möglicherweise von vorn herein keine aktiven Kontrollversuche unternommen. Vermehrt aktive Kontrollversuche werden bei einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung unternommen.

Außerdem wirkt der Bewältigungserfolg i.S. einer Feed-back-Schleife auf das Selbstmodell und die Bewertung von Ressourcen zurück. Durch positive bzw. negative Erfahrungen können sich Kontrollüberzeugungen in Bezug auf bestimmte Bereiche verbessern oder verschlechtern. (s.o.)

Ebenfalls bedeutsam bei der Auswahl von Bewältigungsstrategien ist die Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten auch ausführen zu können. Mit Aspekten der Verhaltenskontrolle beschäftigt sich die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, Madden 1986) und die Selbstregulationstheorie von Bagozzi (1992).

Im sozialkognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (1996) hat die Verhaltenskontrolle i.S. der Kompetenzerwartung sowohl auf die Intentionsbildung als auch auf volitionale Prozesse Einfluss:

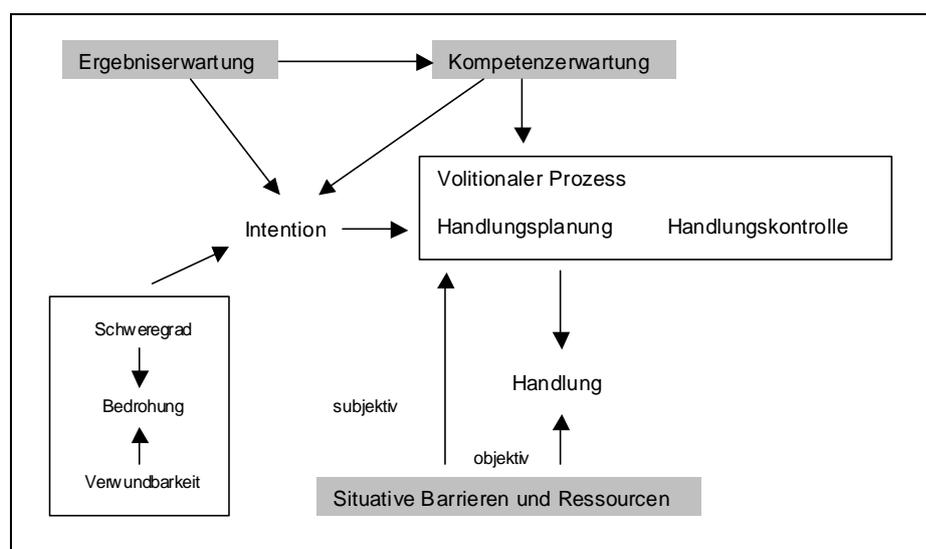


Abbildung 17: Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (nach Schwarzer 1996, S. 93)

Hohe Kompetenzerwartung fördert einerseits die Verhaltensintention, andererseits auch die tatsächliche Umsetzung einer bestimmten Handlung.

Für die Auswahl von Bewältigungsstrategien sind somit Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die von den wahrgenommenen Ressourcen beeinflusst werden, und Verhaltenskontrollerwartungen bedeutsam.

3.3.5. Stress und Arbeit

Im Erwachsenenalter spielen arbeitsbezogene neben familienbezogenen Belastungen die Hauptrolle in Hinblick auf Stress und gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Bezogen auf die Arbeitssituation, die in der beruflichen Rehabilitation im Zentrum steht, geht es um arbeitsbezogene Anforderungen und Ressourcen und deren Wahrnehmung und Bewertung. Ein dauerhaftes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen kann langfristig zu negativen Stressfolgen bis hin zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Wie oben bereits erwähnt sind in zunehmendem Maße gerade berufliche Belastungen maßgebliche Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen.

Ansätze der arbeitspsychologischen Stressforschung. Wie in der allgemeinen Stressforschung gibt es auch in der arbeitsbezogenen Stressforschung unterschiedliche Ansätze.

Das klassische Belastungs/Beanspruchungskonzept bedient sich einer ingenieurwissenschaftlichen Analogie aus der Materialforschung, bei dem die Belastung eines Materials abhängig von den Materialeigenschaften zu einer Beanspruchung bzw. Überbeanspruchung führt (stress and strain). Im Modell von Volpert (vgl. Österreich und Volpert 1998) wird z.B. zwischen Anforderungen und Belastungen differenziert. Nur Belastungen, die bei der Arbeit entstehen, werden als Stressoren gesehen. Belastung und Anforderungen werden als unabhängige Dimensionen gesehen. Hohe Anforderungen sind nicht gleichbedeutend mit hohen Belastungen. Wie andere reizorientierte Modelle können auch Belastungs-Beanspruchungsmodelle die interindividuell unterschiedliche Reaktionsweise auf belastende Arbeitsbedingungen nicht erklären. Außerdem werden komplexe Arbeitsbedingungen (z.B. psychosoziale Belastungen) kaum erfasst und Mensch-Umwelt-Beziehungen, bei denen Bewertungen eine Rolle spielen, nicht einbezogen. Reizorientierte Modelle beziehen sich in erster Linie auf Bedingungen der Arbeitsumwelt und der Tätigkeit und haben Eingang in die Norm DIN ISO 10075 gefunden.

Aktivierungstheoretische Ansätze (Levi, Frankenhäuser) betrachten eher die Stressfolgen und beziehen sich auf den oben dargestellten Ansatz von Selye. Stress wird als vorrangig physiologisches Geschehen – als Stressreaktion – gesehen, wobei hauptsächlich kurzfristige Abläufe im Focus stehen. Genau wie bei den Reizorientierten Ansätzen ist auch hier ungeklärt, warum Personen auf ein und dieselbe Situation bzw. Belastung unterschiedlich reagieren.

Imbalance-Ansätze in der arbeitspsychologischen Stressforschung (McGrath, Caplan, Kahn, French, v.Harrison) beziehen sich auf die kognitive Stressforschung, insbesondere auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus. Hier stehen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse des Anforderungsgefüges der Arbeitssituation im Verhältnis zu Bewältigungsmöglichkeiten im Vordergrund. Die sog. Personal-Environmental-Fit-Modelle (PE-Fit), die zu den Imbalanceansätzen gehören, stellen die Bedeutung von Ressourcen für die Stressbewältigung in den Mittelpunkt.

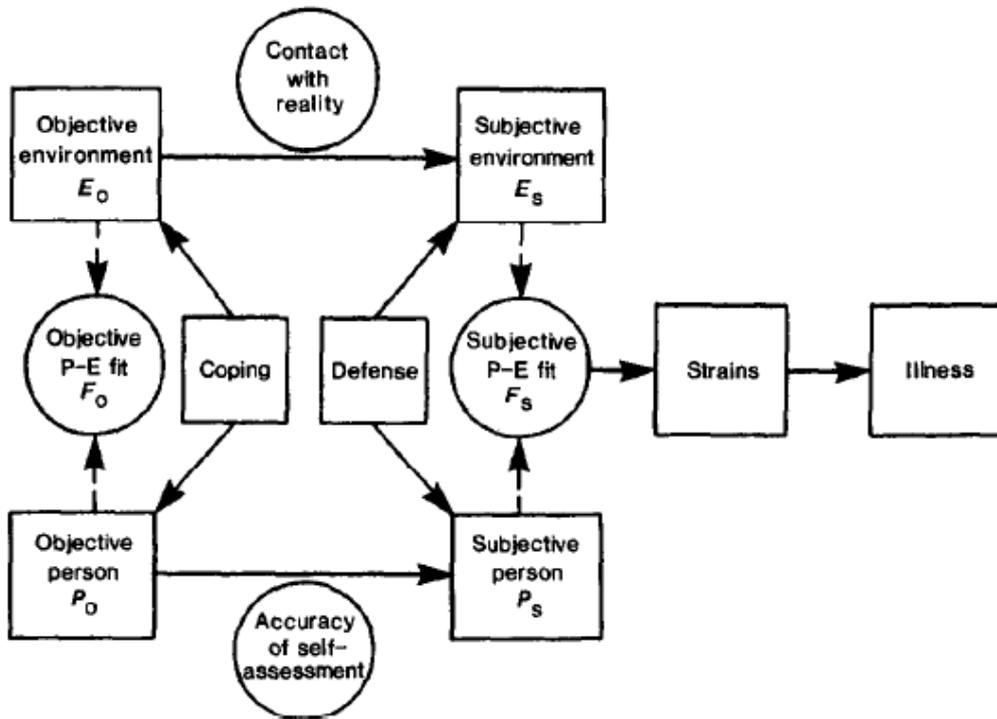


Abbildung 18: Person-Environment-Fit-Modell aus: v.Harrison 1978

Im Modell wird zwischen objektiver Person und subjektiv wahrgenommener Person sowie zwischen objektiver Umwelt und subjektiv wahrgenommener Umwelt unterschieden. Der Kontakt zur Realität bestimmt dabei das Verhältnis zwischen objektiver und subjektiver wahrgenommener Umwelt. Die Genauigkeit der Selbstwahrnehmung bestimmt das Verhältnis zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Person.

Belastungen entstehen dann, wenn Misfits zwischen objektiver Person und Umwelt bzw. der subjektiv wahrgenommenen Person und Umwelt entstehen. Für das Entstehen von Stress und Stressfolgen ist vor allem die subjektiv wahrgenommene Übereinstimmung von Person und Umwelt bedeutsam.

Zur Verbesserung der Übereinstimmung kann die Person die objektive bzw. subjektiv wahrgenommene Übereinstimmung zwischen Person und Umwelt beeinflussen. Copingprozesse setzen dabei an den objektiven Person- und Umweltbedingungen an, Defense-Prozesse an der subjektiven Seite.

Der Vorteil des Modells besteht darin, dass neben Ressourcenaspekten auch Wahrnehmungsaspekte von Belastungen und Ressourcen einbezogen werden. Verzerrte Wahrnehmungen von Anforderungen bzw. eigenen Bewältigungsfähigkeiten können selbst zum Entstehen von Stress und Stressfolgen beitragen.

Neben den hier dargestellten Modellen gibt es in der arbeitsbezogenen Stressforschung noch eine Reihe weiterer Modelle (z.B. das Anforderungs/Kontrollmodell von Karasek bzw. das Modell der Gratifikationskrisen von Siegrist). Diese beziehen sich vor allem auf Ressourcenaspekte und werden in diesem Zusammenhang erläutert.

Stressoren. Cox e.a. (2005) unterscheiden Stressoren nach physischen Stressoren und psychosozialen Stressoren. Während physische Stressfaktoren hauptsächlich aus der unmittelbaren Arbeitsumgebung stammen (Lärm, Hitze etc.), unterscheiden die Autoren psychosoziale Stressfaktoren nach Kontextfaktoren (Rolle, Entscheidungsspielraum etc.) und Faktoren des Arbeitsinhalts. (Aufgabengestaltung, Arbeitsaufkommen etc.)

Eine umfassendere Klassifikation arbeitsbezogener Stressoren nehmen Litzke e.a. (Litzke e.a. 2013, S. 2) vor. Sie unterscheiden folgende Stressorengruppen:

- physische Stressoren wie beispielsweise Lärm, Hitze, Kälte, Schmutz, Nässe, Zugluft, Vibrationen, toxische Stoffe, Hunger, Infektionen, Verletzungen, Entzündungen, Strahlung, schwere körperliche Arbeit, Passivrauchen, nicht ergonomische Arbeitsplatzgestaltung,
- aufgabenbezogene Stressoren wie beispielsweise Zeitdruck, Arbeitsüberlastung, Aufgabenkomplexität, monotone Arbeit, ständige Unterbrechungen, unvollständige Information, widersprüchliche Arbeitsanweisungen,
- arbeitszeitbezogene Stressoren wie beispielsweise Schichtdienst, lange Arbeitszeiten, Überstunden,
- Rollenstressoren wie beispielsweise Rollenunklarheit, Rollenkonflikte, Rollenüberforderung,
- soziale Stressoren wie beispielsweise Isolation, Konflikte, Mobbing, sexuelle Belästigung, Umgang mit schwierigen Kunden
- veränderungsbezogene Stressoren wie beispielsweise Fusionen, Übernahmen durch andere Unternehmen, Stellenabbau, Einführung neuer Technologien,
- traumatische Stressoren wie beispielsweise schwere Unfälle, Verletzungen, Vergewaltigung

Ob und wie weit solche potenziell stressauslösenden Bedingungen wirksam werden, hängt von Ressourcen ab, die die Beziehung zwischen Stressoren und Stressfolgen beeinflussen.

Arbeitsbezogene Ressourcen. Richter und Hacker (1998) differenzieren arbeitsbezogene Ressourcen in organisationale, soziale und personale Ressourcen:

Organisationale Ressourcen

- Aufgabenvielfalt
- Tätigkeitsspielraum
- Qualifikationspotential
- Partizipationsmöglichkeiten

Soziale Ressourcen

- Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte,
- ArbeitskollegenInnen,
- LebenspartnerIn und
- andere Personen

Personale Ressourcen

- kognitiven Kontrollüberzeugungen (Kohärenzerleben, Optimismus, Selbstkonzept, Kontaktfähigkeit, Selbstwertgefühl)
- Handlungsmuster (Positive Selbstinstruktionen, Situationskontrollbemühungen, Copingstile)

Schaper (2014) nennt als wesentliches Ressourcenkonzept im organisationalen Bereich das Konzept des Handlungsspielraums, das u.a. im Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell 1990), dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) und dem Job-Demand-Resources-Modell (Backer & Demerouti 2007) weiterentwickelt wurde.

Im Anforderungs-Kontrollmodell spielt neben den Anforderungen aus der Arbeit vor allem der Entscheidungsspielraum einer Person eine Rolle beim Entstehen von Stress. Aus der Kombination beider Dimensionen ergeben sich vier Tätigkeitsmuster:

- Passive Tätigkeit (niedrige Anforderungen, niedriger Entscheidungsspielraum)

- Hoch beanspruchende Tätigkeit (hohe Anforderungen, niedriger Entscheidungsspielraum)
- Niedrig beanspruchende Tätigkeit (niedrige Anforderungen, hoher Entscheidungsspielraum)
- Aktive Tätigkeiten (hohe Anforderungen, hoher Entscheidungsspielraum)

Demnach sind besonders Tätigkeiten mit hohen Anforderungen und geringem Entscheidungsspielraum mit erhöhtem Stresserleben und langfristigen gesundheitlichen Störungen verbunden. Allerdings konnten die Vorhersagen des Modells empirisch nicht durchgängig bestätigt werden. (vgl. Schaper 2014, S. 522).

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist kann als Erweiterung des Anforderungs-Kontroll-Modells angesehen werden, denn es berücksichtigt neben den objektiven Gegebenheiten auch die Einschätzung einer Person, ob sich die Bewältigung von beruflichen Anforderungen auch lohnt. Gratifikationskrisen entstehen, wenn der Aufwand in Bezug zur Belohnung nicht in einem angemessenen Verhältnis steht. Ein Missverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag steht mit geringem Wohlbefinden und psychischen Störungen und Herz-Kreislaufstörungen in Zusammenhang. Das Modell weist neben Bezügen zu Equity-Ansätzen auch Bezüge zur Forschung zur sozialen Unterstützung auf. Das Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte dürfte in diesem Zusammenhang bedeutsam sein.

Im Job-Demands-Resources-Modell wird der Ressourcenbegriff weiter gefasst. Tätigkeitsressourcen werden verstanden als physikalische, psychologische, soziale und organisationale Aspekte der Tätigkeit und des Umfeldes, die für die Tätigkeit funktional sind. Die Anforderungen und Ressourcen sind dabei tätigkeitsspezifisch unterschiedlich bedeutsam.

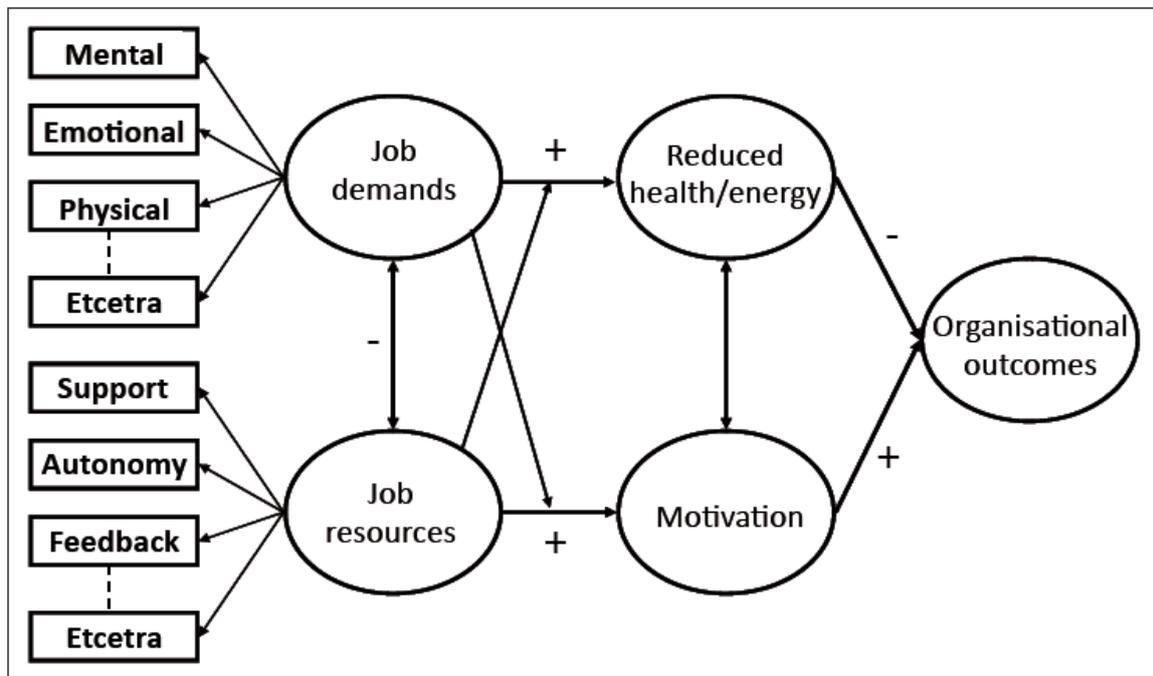


Abbildung 19: Job-Demands-Resources-Modell aus: Demerouti & Bakker 2011

Bei der Entstehung von Stress sind zwei Mechanismen wirksam. Zum einen besteht nach dem Modell ein Zusammenhang zwischen Tätigkeitsanforderungen und Stress. Zum anderen geht das Modell davon aus, dass Ressourcen Beanspruchungen abpuffern und die Motivation erhöhen können. Darüber hinaus besteht eine Wechselwirkung zwischen Ressourcen und Anforderungen. Ressourcen wie

soziale Unterstützung können hohe Tätigkeitsanforderungen abpuffern, Ressourcenverlust selbst kann aber auch zu vermehrtem Stresserleben führen.

Neben den oben bereits erläuterten Kontroll- und Selbstwirksamkeitskonzepten und dem Konzept des Kohärenzerlebens werden in der arbeitspsychologischen Stressforschung auch situationsübergreifende Handlungsmuster, Copingstile und der Ansatz der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster im Rahmen der personalen Ressourcen diskutiert.

Das Konzept der Copingstile geht auf die transaktionale Stresstheorie zurück. Demnach unterscheiden sich Menschen dadurch, in welcher Art und Weise sie mit Stress umgehen. Unterschieden wird zwischen problembezogenem und emotionsbezogenem Coping. Allerdings spielen hier auch situative Aspekte und Einschätzungsaspekte eine Rolle. Je nach Situation kann eine Person unterschiedliche Copingstrategien anwenden. Wie oben dargestellt spielen dabei situationsbezogene Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen eine Rolle.

Viel untersucht wurde das Typ-A-Verhalten im Rahmen der arbeitspsychologischen Stressforschung. Dieses Verhaltensmuster ist geprägt u.a. von hoher Leistungsorientierung und starkem Konkurrenzverhalten sowie einem labilen Selbstwert. Personen mit diesem Verhaltensmuster sind für Stress und längerfristige gesundheitliche Beschwerden wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen anfälliger als Personen, die dieses Verhaltensmuster nicht zeigen (Typ B). Allerdings scheinen nach neueren Untersuchungen eher Misstrauen, Feindseligkeit und Aggressivität als spezielle Ausformung von Leistungsorientierung und Konkurrenz bedeutsam zu sein. Dies weist darauf hin, dass der dadurch bedingte Wegfall von sozialer Unterstützung bei der Entwicklung von Stressreaktionen zumindest mitverantwortlich ist. Entscheidend scheint also eher die Art des Konkurrenzverhaltens zu sein.

Rehabilitationsnah ist der Ansatz der Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebnismuster von Schaaarschmidt & Fischer (Schaarschmidt & Fischer 2003). In diesen Ansatz gehen sowohl personale Ressourcen als auch Copinstrategien ein.

In das Erfassungsinstrument AVEM (Schaarschmidt 2006) gehen die Dimensionen Bedeutsamkeit der Arbeit (BA), Beruflicher Ehrgeiz (BE), Verausgabungsbereitschaft (VB), Perfektionsstreben (PS), Distanzierungsfähigkeit (DF), Resignationstendenz bei Misserfolgen (RT), Offensive Problembewältigung (OP), Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (IR), Erfolgserleben im Beruf (EE), Lebenszufriedenheit (LZ) und Erleben sozialer Unterstützung (SU).

Faktorenanalytisch ergeben sich die Bereiche Engagement (BA, BE, VA, PS, DF), Widerstandskraft (DF, RT, OP, IR) und Emotionen (EE, LZ, SU).

Die Art und Weise, wie eine Person arbeitsbezogenen Anforderungen begegnet, wird als Ressource verstanden. Es wurden vier relativ überdauernde Verhaltensmuster ermittelt:

- Muster G: Gesundheitsförderliches Verhältnis zur Arbeit, geprägt durch Engagement, Widerstandskraft und Wohlbefinden
- Muster S: Schonungsmuster, gekennzeichnet durch Schonverhalten
- Risiko-Muster A: Überhöhtes Arbeitsengagement, gekennzeichnet durch Selbstüberforderung
- Risiko-Muster B: Starke Resignationstendenz, gekennzeichnet durch Überforderung und Resignation

Während die ersten beiden Muster eher als gesundheitsförderlich angesehen werden, stehen die beiden Risikomuster mit negativen Gesundheitsfolgen in Zusammenhang.

Gesundheitliche Folgen. Auswirkungen von arbeitsbezogenem Stress auf die Gesundheit können sowohl kurzfristiger als auch langfristiger Natur sein. Untersucht werden verschiedene physiologische, psychische und Verhaltensindikatoren:

Tabelle 11: Stressfolgen nach Schaper 2014, S. 528 (verändert)

	Kurzfristig Folgen	Mittel- und langfristige Folgen
Physiologisch, somatisch	Erhöhte Herzfrequenz Blutdrucksteigerung Adrenalinausschüttung	Psychosomatische Beschwerden Unzufriedenheit Resignation Depression
Psychisch	Anspannung Frustration Ärger Ermüdung Sättigungsgefühle Lebenszufriedenheit Arbeitszufriedenheit	
Verhalten	Leistungsschwankungen Konzentrationsstörungen Fehlerhäufigkeit Schlechte sensumotorische Koordination Konflikte Aggressivität Rückzug	Nikotinkonsum Alkoholkonsum Tablettenkonsum Fehlzeiten

Nach Cox e.a. (2005) kann die Exposition gegenüber physischen und psychosozialen Gefahren in der Arbeit sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit sowie die Leistungsfähigkeit des/der ArbeitnehmersIn und der Organisation beeinträchtigen. Die Folgen von Stress können durch die direkte physische Vermittlung und durch den indirekten Stresspfad vermittelt werden, wobei beide Wege miteinander interagieren können. Potentiell kann jede Erkrankung durch Stresswirkungen hervorgerufen werden, wobei es aber Unterschiede in der Anfälligkeit gibt.

Vor dem Hintergrund eines sehr umfassenden Stressbegriffs gehen auch Rensing e.a (2006, S. 283) davon aus, dass psychosoziale/intrapsychische und physisch/zelluläre Stressoren Risiken für fast das gesamte Spektrum von psychischen und somatischen Erkrankungen darstellen. In besondere Weise gilt das für Dauerbelastungen und für traumatischen Stress.

Nach Rensing e.a. spielen psychosoziale und intrapsychische Stressoren für psychische Störungen und psychische, physische und zelluläre Stressoren für somatische Risiken eine Rolle:

Tabelle 12: Physische Störungen und somatische Risiken durch Stress nach: Rensing 2006, S. 203 f.

Psychische Störungen	Somatische Risiken
Adipositas	Neurodegenerative Erkrankungen
Schlafstörungen	Sexualsystem (Amenorrhöe, Sterilität)
Suchtverhalten	Gelenke (Polyarthritits)
Persönlichkeitsstörungen	Immunsystem (Infektion, Krebs)
Neurosen	Glucosestoffwechsel (Diabetes)
Zwangsneurosen	Muskel-Schmerz (Myalgien)
Depressionen	Herz-Kreislauf (Blutdruck, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall)

Psychische Störungen	Somatische Risiken
Angststörungen	Atemwege, Lunge (Asthma)
Posttraumatischen Belastungsstörungen	Magen-Darm (Ulcus, Volotis, Morbus Crohn)
Hysterien	Haut (Neurodermitis)
Bulimia nervosa	Entwicklung (Wachstumsdefekte)
Anorexia nervosa	Altern (zelluläre Dysfunktion)

Bei der Entstehung langfristiger psychischer und somatischer Stressfolgen spielen neuroendokrinologische und hormonelle Vermittlungsfaktoren eine wichtige Rolle. (s.o.)

3.3.6. Stress und Ressourcen im Büro und Verwaltungsbereich

Im Folgenden soll die Bedeutung von Stress, Ressourcen und Stressfolgen im Büro- und Verwaltungsbereich dargestellt werden. Ich beziehe mich dabei auf die Stress-Monitoringstudie 2001 (Nolting e.a.2001) und den Stressreport 2012 (Lohmann-Haislah 2012). Beide Studien machen Aussagen zu Stress, Ressourcen und Stressfolgen bei Beschäftigten aus dem Büro- und Verwaltungsbereich. Dabei bezieht sich die Stressmonitoringstudie ausschließlich auf Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, der Stressreport auf Beschäftigte aus allen Branchen.

Berufsgruppenübergreifend haben sich Nolting e.a. (2001) in der sog. Stressmonitoring-Studie von BGW (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) und DAK (Deutsche Angestelltenkrankenkasse) mit den Arbeitsbedingungen und Stress in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft beschäftigt. Ziel der Studie war es, Grundlagen für ein Präventionsprogramm zu schaffen.

Befragt wurden insgesamt 27.275 Beschäftigte aus unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, von denen 8.241 an der Studie teilnahmen. Erhoben wurden Daten zu folgenden Bereichen:

- Arbeitsbedingte Stressoren (Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse KFZA)
- Stressreaktionen und gesundheitsbezogene Lebensqualität (Belastetheit, Beschwerdenliste BL, Symptomfragebogen SF 36)
- Moderatoren der Stressreaktion (KFZA)
- Ärztliche Behandlungen in den zurückliegenden 12 Monaten
- Arbeitsunfälle in den zurückliegenden 12 Monaten
- Merkmale der Berufstätigkeit und des Arbeitsplatzes
- Soziodemographie

Insgesamt 517 Bürofachkräfte nahmen an der Befragung teil.

Die Erhebung von Stressoren und Ressourcen mit dem KFZA erbrachte für die Berufsgruppe, dass sie in fast allen Stress- und Ressourcenskalen leicht unter den Mittelwerten lagen. Im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen waren die Werte für Arbeitsunterbrechungen am höchsten.

Tabelle 13: KFZA-Werte Bürofachkräfte aus: Nolting e.a. 2001

	Gesundheitsbereich insgesamt	Bürofachkräfte
Handlungsspielraum +	3,8	3,7
Vielseitigkeit +	3,8	3,6
Ganzheitlichkeit +	3,6	3,5
Soziale Rückendeckung +	3,7	3,6

	Gesundheitsbereich insgesamt	Bürofachkräfte
Zusammenarbeit +	3,4	3,2
Qualitative Anforderungen -	2,1	2,2
Quantitative Anforderungen -	3,0	3,1
Unterbrechungen -	2,4	2,9
Umgebung -	2,2	2,2
Information +	3,3	3,1
Betriebliche Leistungen +	2,4	2,4

Die Bürokräfte zeigten in der Studie Belastetheitswerte, die 25% über dem Durchschnittswert der Gesamtbevölkerung (100%) lag. Auch hinsichtlich der psychosomatischen Beschwerden (137%) und der psychischen Gesundheit (89%) zeigten sie deutlich schlechtere Werte als die Gesamtbevölkerung. Demgegenüber waren die Werte im Bereich der physischen Gesundheit nahe am Bevölkerungsdurchschnitt (104%). Damit gehörten die Bürofachkräfte in dieser Studie zu den acht Berufsgruppen mit dem höchsten Belastungserleben.

Einen umfassenderen Überblick zum Stresserleben, Ressourcen und Stressfolgen gibt der Stressreport 2012. Insgesamt haben an der Erhebung 20.036 Erwerbstätige (Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbstständige, freiberuflich Tätige, freie MitarbeiterInnen und mithelfende Familienmitglieder) teilgenommen. In die Auswertung gingen aber lediglich die 17.562 abhängig Erwerbstätigen ein. Erhoben wurden Daten zu Belastungen/Anforderungen (Arbeitsinhalt/-organisation, Arbeitszeitorganisation, Beschäftigungssituation), Ressourcen (Handlungsspielraum, soziale Unterstützung), Beanspruchungsfolgen (Stressentwicklung, Anforderungsfit) und langfristige Stressfolgen (Allgemeine Beschwerden, muskuloskelettale Beschwerden, psychovegetative Beschwerden, Erschöpfung, Gesundheit).

3.467 Beschäftigte aus dem Büro- und Verwaltungsbereich nahmen an der Untersuchung teil.

Hinsichtlich der Anforderungen aus Arbeitsinhalt und-Organisation berichteten 66% häufige Belastungen (Durchschnitt 58%) durch Multitasking, 54% durch starken Termin- und Leistungsdruck (52%), 57% durch Unterbrechungen (44%) und 44% durch Konfrontation mit neuen Aufgaben (39%), 27% durch Neuerungen (26%).

Hinsichtlich der Anforderungen aus der Arbeitszeit berichteten 25% häufig mehr als 40 Stunden/Woche zu arbeiten (Durchschnitt 22%), 36% berichteten von häufigem Pausenausfall (26%) und 44% berichteten von häufiger Samstagsarbeit (64%).

Belastungen aus der Beschäftigungssituation erwuchsen aufgrund von Umstrukturierungen in den letzten zwei Jahren für 49% der Befragten (Durchschnitt 42%). Belastungen durch Befristung oder die negative wirtschaftliche Lage des Betriebs berichteten mit 9% bzw. 9% weniger als der Durchschnitt (12% bzw. 10%).

Alle den Handlungsspielraum betreffenden Ressourcen nannten die Befragten aus den Büroberufen überdurchschnittlich häufig: Selbstständige Arbeitseinteilung 84% (Durchschnitt 67%), selbstständige Pauseneinteilung 75% (56%) und Einfluss auf die Arbeitsmenge 35% (32%).

Auch im Bereich bei der sozialen Unterstützung zeigten sich in allen abgefragten Bereichen relativ hohe Werte. Die Zusammenarbeit bewerteten 90% positiv (Durchschnitt 88%), das Gemeinschaftsgefühl am Arbeitsplatz bewerteten 83% gut (80%), die Unterstützung durch Kollegen 76% (80%) und durch Vorgesetzte 59% (69%).

Bei den kurzfristigen Beanspruchungsfolgen gaben 46% eine Stresszunahme in den letzten zwei Jahren an (Durchschnitt 43%). Die Werte für qualitative und quantitative Über- und Unterforderung lagen dagegen nahe am Durchschnitt. Auch insgesamt spielten diese Bereiche eine deutlich geringere Rolle als die Stresszunahme.

Mindestens eine Beschwerde gesundheitlicher Art gaben 81% der Befragten an (Durchschnitt 84%). 63% (70%) gaben muskuloskelettale Beschwerden, 54% (Durchschnitt 57%) psychovegetative Beschwerden und 15% (17%) körperliche und emotionale Erschöpfung. 12% (14%) bewerteten ihren Gesundheitszustand als negativ.

Zusammenfassend sieht die Autorin auffällige Befunde im Büro- und Verwaltungsbereich in den Bereichen Multitasking, Termindruck, Unterbrechungen, Konfrontation mit neuen Aufgaben, Neuerungen, Arbeitszeit über 40 Stunden, und Umstrukturierungen. Auf der Seite der Ressourcen ist der Wert für Hilfe und Unterstützung durch Kollegen überdurchschnittlich. Überdurchschnittlich viele Beschäftigte dieses Bereichs sehen eine Stresszunahme in den letzten zwei Jahren.

Die Studie gibt zwar einen vergleichenden Überblick über die Verteilung von Belastungen, Ressourcen und Stressfolgen. Allerdings ist die Auswahl der erhobenen Variablen nur beschränkt mit denen in der Stressmonitoringstudie vergleichbar. Auch lassen sich anhand der Ergebnisse keine Kausalzusammenhänge zwischen Stress, Ressourcen und Stressfolgen für den Büro- und Verwaltungsbereich ableiten.

3.3.7. Zusammenfassung

In der psychologischen Stressforschung unterscheidet man reizorientierte, reaktionsorientierte und transaktionale Konzepte. Während sich reaktionsorientierte Konzepte vor allem mit physiologischen Aspekten der Stressreaktion beschäftigen, konzentrieren sich reizorientierte Konzepte in erster Linie auf stressauslösende Bedingungen oder Stressoren. Beide Konzepte können nicht erklären, warum gleiche Stressoren oder Bedingungen zu unterschiedlichen Ergebnissen oder Stressreaktionen führen. Offensichtlich spielen vermittelnde Prozesse zwischen Reiz und Reaktion eine Rolle.

Die transaktionale Stresstheorie berücksichtigt solche Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse explizit. In der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus wird Stress verstanden als jedes Ereignis, bei dem äußere oder innere Anforderungen die adaptiven Ressourcen eines Individuums beanspruchen oder übersteigen. Das Modell stellt einen allgemeinen Ablaufprozess von subjektiven Einschätzungen in den Mittelpunkt, in dem die Person die Situation (primary appraisal) und die darauf bezogenen eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (secondary appraisal) bewertet. Ziel dieser Prozesse ist die Auswahl und Durchführung von Bewältigungsverhalten (coping). Das Ergebnis wird bewertet (reappraisal) und mündet ggfs. in einem neuen Prozess. Das ursprünglich interaktiv formulierte Modell wurde später transaktional umformuliert. Dabei werden Person-Umwelt-Transaktionen zu Analyseeinheiten. Außerdem rückt das Bewältigungsverhalten differenzierter in den Focus. Eine Weiterentwicklung stellen ressourcenorientierte Modelle insbesondere von Hobfoll dar. Ressourcen werden verstanden als eigene oder fremde Mittel, die zur Bewältigung von Anforderungen eingesetzt werden können. Ziel ist demnach die Erhaltung und der Ausbau von Ressourcen, belastend ist insbesondere eine Situation des Ressourcenverlusts. Als Ressourcen wurden personale Ressourcen (Kohärenzerleben, Hardiness, locus of control, Selbstwirksamkeit, seelische Gesundheit, Optimismus) und soziale Unterstützung (Netzwerke, erwartete Unterstützung) genannt. Hinsichtlich der Wirkung von Ressourcen sind vor allem Haupteffekthypothesen und Moderatorhypothesen untersucht worden.

Vor dem Hintergrund kontroll- und handlungstheoretischer Überlegungen kann man im Zusammenhang mit dem Selbstmodell (secondary appraisal) vom Aufbau einer aktuellen Kontrollmeinung sprechen. Dabei kann man davon ausgehen, dass das Ausmaß prinzipiell wahrgenommener Kontrollierbarkeit von Anforderungen (i.S. von Handlungsmöglichkeiten) und das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit (i.S. von Kompetenzbeurteilung) abhängig sind von den wahrgenommenen Ressourcen. Die Einschätzung und Bedeutung von Ressourcen und deren Nutzbarkeit dürfte kontext-, bereichs-, und situationspezifisch variieren. Entsprechend variiert natürlich das Selbstmodell.

Bei der Auswahl von konkreten Bewältigungsmöglichkeiten spielt das Selbstmodell eine zentrale Rolle. Ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit begünstigt dabei zunächst direkte Bewältigungsversuche, erst im weiteren Verlauf spielen sekundäre Bewältigungsversuche eine Rolle. Zusätzlich spielt bei der Auswahl von Bewältigungsverhalten auch die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (i.S. der Fähigkeit, ein Verhalten auch ausführen zu können) eine wichtige Rolle.

In der arbeitspsychologischen Stressforschung gibt es ähnlich wie in der allgemeinen Stressforschung reizorientierte, reaktionsorientierte und transaktionale Modelle. Insbesondere die Person-Environment-Fit-Modelle spielen hier eine Rolle. Man kann physische Stressoren, aufgabenbezogene, arbeitszeitbezogene Stressoren, Rollenstressoren, veränderungsbezogene Stressoren sowie traumatische Stressoren unterscheiden. In Bezug auf den beruflichen Bereich sind neben organisationalen und Arbeitsumweltaspekten personale, soziale und professionelle Ressourcen bedeutsam. Wichtige Modelle im organisationalen Zusammenhang sind das Konzept des Handlungsspielraums, das Anforderungs-Kontroll-Modell, das Konzept der beruflichen Gratifikationskrisen und das job-demand-resources-Modell. Im Bereich der personalen Ressourcen sind Kontroll- und Selbstwirksamkeitskonzepte, das Konzept der Copingstile und das rehabilitationsnahe Konzept der Arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebnismuster bedeutsam.

Die arbeitspsychologische Stressforschung zeigt, dass hohe wahrgenommene Belastung verbunden mit geringer Ressourceneinschätzung mit kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden ist. Stress ist Rensing e.a. (2006) zufolge ein Risikofaktor für nahezu das gesamte Spektrum psychischer und somatischer Erkrankungen. Dauerhafte Beeinträchtigungen bedrohen so auch die Erwerbsfähigkeit und sind Hintergrund beruflicher Rehabilitation.

In Bezug auf die Verbreitung von beruflichem Stress im Büro- und Verwaltungsbereich zeigten sich in zwei sehr unterschiedlichen Studien Parallelen. Insbesondere Arbeitsunterbrechungen spielen bei gleichzeitig günstig eingeschätzten organisationalen (Handlungsspielraum) und sozialen Ressourcen eine deutliche Rolle. In dem ausführlicheren Stressreport werden zusätzlich Belastungen durch Umstrukturierungen, Neuerungen, lange Arbeitszeiten und Termindruck genannt. In der Stressmonitoringstudie zeigten die Verwaltungskräfte überdurchschnittliche Belastetheitswerte. Im Stressreport war im Bürobereich der Anteil derjenigen, die eine starke Belastungszunahme in den letzten beiden Jahren angaben, überdurchschnittlich hoch.

3.4. Zusammenfassung: Ressourcenentwicklung im Kontext beruflicher Rehabilitation

Betrachtet man die hier dargestellten Theorien und Forschungsergebnisse, so kann man in Hinblick auf die Aufgaben und Wirkungsweise beruflicher Rehabilitation und verschiedener Rehabilitationsmaßnahmen im Kontext des deutschen Rehabilitationssystems festhalten:

1. Ziel beruflicher Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und damit auch der Fähigkeit, berufliche Anforderungen zu bewältigen.

2. Gut belegt sind neben beschäftigungsbezogenen Effekten beruflicher Rehabilitation massnahmeunabhängig positive Effekte auf Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Selbstwert, Arbeitsfähigkeit und Symptomatik. Weniger gut belegt sind Effekte auf Ressourcen und Selbstwirksamkeit.
3. Die meisten der hier referierten Untersuchungen nutzen zwar Konzepte wie z.B. Selbstwirksamkeit oder Ressourcen i.S. abhängiger Variablen, haben aber keinen expliziten Theoriebezug.
4. Als theoretischer Rahmen bieten sich für die Untersuchung von Effekten beruflicher Rehabilitation transaktionale Stresskonzepte an, die explizit Anforderungen und Bewältigungsressourcen und darauf bezogene Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse in den Blick nehmen.
5. In stress- und handlungstheoretischen Begriffen ausgedrückt werden im Rahmen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Anforderungen trainiert oder neu aufgebaut. Da nur wahrgenommene Ressourcen bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen wirksam sein können, sollten sich im Laufe einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation auch die wahrgenommenen Ressourcen verbessern.
6. Verbesserungen wahrgenommener Ressourcen sollten mit einer Verbesserung des Selbstmodells (wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit) einhergehen sein. Dies sollte wiederum mit einer geringeren subjektiven Belastetheit und einer besser eingeschätzten subjektiven Gesundheit verbunden sein.
7. Die derzeit wichtigsten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind Umschulungen und Integrationsmaßnahmen, die jeweils in einem unterschiedlichen Setting durchgeführt werden können.
8. In Umschulungen und Integrationsmaßnahmen werden berufliche Kenntnisse vermittelt (Professionelle Ressourcen) und personale Fähigkeiten (Personale Ressourcen) trainiert. Umschulungen dauern fast doppelt so lange wie Integrationsmaßnahmen, zudem liegt ein Schwerpunkt auf der Vermittlung neuer beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten.
9. Beide Maßnahmetypen können mit früher betrieblicher Integration (bbU, ABR) oder mit später betrieblicher Integration (BFW, BTZ) während der Maßnahme durchgeführt werden. Entsprechend sind die betrieblichen Anteile unterschiedlich lange und damit die Möglichkeiten, Erfahrungen mit sozialen Aspekten des betrieblichen Alltags für die Entwicklung sozialer Ressourcen zu sammeln.
10. Man kann vor diesem Hintergrund annehmen, dass sich die wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen im Laufe der Teilnahme spezifisch entsprechend der jeweiligen Maßnahmeschwerpunkte (Inhaltlicher Schwerpunkt, Zeitpunkt der betrieblichen Integration) verändern.

Es gibt Hinweise aus einigen Untersuchungen, dass berufliche Rehabilitation positive Effekte auf Ressourcen und wahrgenommene Selbstwirksamkeit hat. Unklar ist aber, ob es maßnahmespezifisch unterschiedliche Effekte auf wahrgenommene personale, professionelle und soziale Ressourcen sowie auf wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gibt.

Sollte es solche spezifischen Effekte geben, würden sich daraus Hinweise für die zukünftige Konzeption und Durchführung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ergeben, die individuelle Bedürfnisse von RehabilitandenInnen stärker berücksichtigen.

4. Untersuchungsmodell und Hypothesen

4.1. Modellannahmen

Das der Untersuchung zugrundeliegende Modell basiert auf stress- und ressourcentheoretischen Annahmen. Dabei wird das in Kapitel 3.3.2. dargestellte Modell der transaktionalen Stresstheorie erweitert:

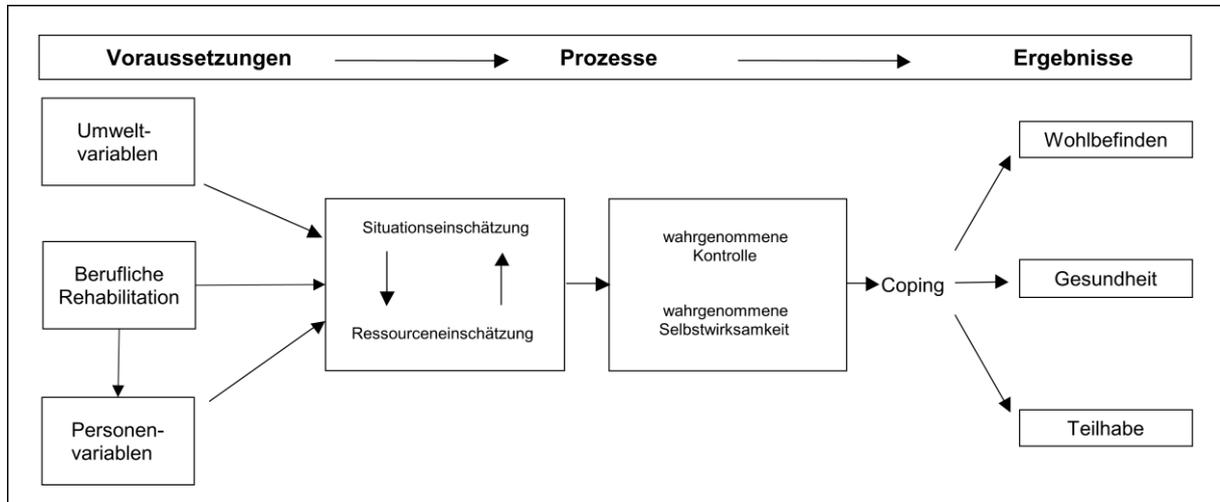


Abbildung 20: Modell der Untersuchung (in Anlehnung an Schwarzer 2000, S 16)

Die Person nimmt ihre Arbeitssituation wahr und bewertet sie in Hinblick auf die daraus erwachsenden Anforderungen. Gleichzeitig bewertet die Person ihre eigenen und die ihr zur Verfügung stehenden fremden Bewältigungsressourcen.

Definition

Unter **Ressourcen** werden fremde oder eigene Mittel und Fähigkeiten verstanden, die eine Person zur Bewältigung von Anforderungen einsetzen kann. Die Bedeutung von Ressourcen ist bereichsspezifisch unterschiedlich und erfahrungsabhängig. Entscheidend ist, dass Ressourcen als solche wahrgenommen und als nutzbar eingeschätzt werden und dass diese Einschätzung auch realistisch ist.

Wichtig sind im Kontext dieser Arbeit die wahrgenommenen beruflich relevanten personalen, professionellen und sozialen Ressourcen:

Definition

Unter **wahrgenommenen personalen Ressourcen** werden die Einschätzungen einer Person hinsichtlich ihrer berufsrelevanten Eigenschaften bzw. Schlüsselkompetenzen verstanden. In diesem Zusammenhang sind z.B. Belastbarkeit, Selbstsicherheit, Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Ausdauer, Auseinandersetzung- und Kritikfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit von Bedeutung.

Unter **wahrgenommenen professionellen Ressourcen** werden die Einschätzungen einer Person hinsichtlich ihrer berufsfeldspezifischen Fachkenntnisse und Fertigkeiten verstanden. Im Einzelnen sind dies z.B. berufliche Fachkenntnisse, Kenntnisse des Berufsfeldes, Methodenkenntnisse und berufliche Fertigkeiten.

Unter **wahrgenommenen sozialen Ressourcen** werden die Erwartungen einer Person hinsichtlich ihrer verfügbaren berufsbezogenen sozialen Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte verstanden. Diese bezieht sich auf instrumentelle, emotionale und informationelle Aspekte der sozialen Unterstützung.

Die wahrgenommenen Ressourcen beeinflussen wiederum das Ausmaß der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber den Anforderungen der Arbeitssituation

Definition

Unter **wahrgenommener Kontrolle** wird die Überzeugung einer Person verstanden, dass berufliche Anforderungen grundsätzlich bewältigt werden können.

Wahrgenommene Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung einer Person, selbst auch tatsächlich wirksam die Anforderungen bewältigen zu können.

Je nach dem Ausmaß von wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit antwortet die Person mit unterschiedlichem Bewältigungsverhalten. Bei einem hohen Maß an wahrgenommener Kontrolle bzw. wahrgenommener Selbstwirksamkeit ist eher mit aktiven Kontrollversuchen i.S. von Bewältigung zu rechnen, ein niedriges Ausmaß ist eher mit indirekten Kontrollversuchen verbunden.

Ein dauerhaftes Missverhältnis zwischen wahrgenommenen Anforderungen und wahrgenommenen Ressourcen trägt zur Beeinträchtigung des Selbstmodells i.S. von wg. Kontrolle und Selbstwirksamkeit bei. Zusammen mit dysfunktionalen Bewältigungsstrategien kann eine solche Situation zu Beeinträchtigungen der Gesundheit beitragen und im Extremfall zu Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit führen, die eine berufliche Neuorientierung im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation erforderlich machen.

Berufliche Rehabilitation setzt in Umschulungs- oder Trainingsmaßnahmen zunächst an der Verbesserung der Fähigkeiten der Person an, zukünftige Arbeitsanforderungen angemessen zu bewältigen. Dies bezieht sich sowohl auf eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten (personale und professionelle Ressourcen) als auch auf die Nutzung von sozialer Unterstützung (soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegenInnen). Der Ansatz deckt sich in Teilen mit dem neuen Rehabilitationsmodell der Berufsförderungswerke (s.o. Kap. 2), in dem die Förderung von Schlüsselkompetenzen, Fach- und Gesundheitskompetenz als Ziele beruflicher Rehabilitation formuliert werden. Damit verbesserte Ressourcen wirksam werden können, müssen sie auch wahrgenommen und als nutzbar bewertet werden.

Vor dem Hintergrund stress- und ressourcentheoretischer Modelle sollte berufliche Rehabilitation also sowohl die Ressourcen (durch Kenntnisvermittlung und Training etc.) als auch die ressourcenbezogenen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse verbessern.

Die wichtigsten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Kapitel 3.1.4.) unterscheiden sich nach ihrem inhaltlichen Schwerpunkt (Umschulung oder Training) und nach dem Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme (früh oder spät). Aus der Kombination beider Merkmale ergeben sich vier Maßnahmetypen, von denen angenommen wird, dass sie die wahrgenommenen Ressourcen spezifisch beeinflussen:

1. Umschulung im Berufsförderungswerk (BFW)
2. Betreute betriebliche Einzelumschulung (BBU)
3. Training in einem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ)
4. Training in einer vorwiegend betrieblichen Integrationsmaßnahme (ABI)

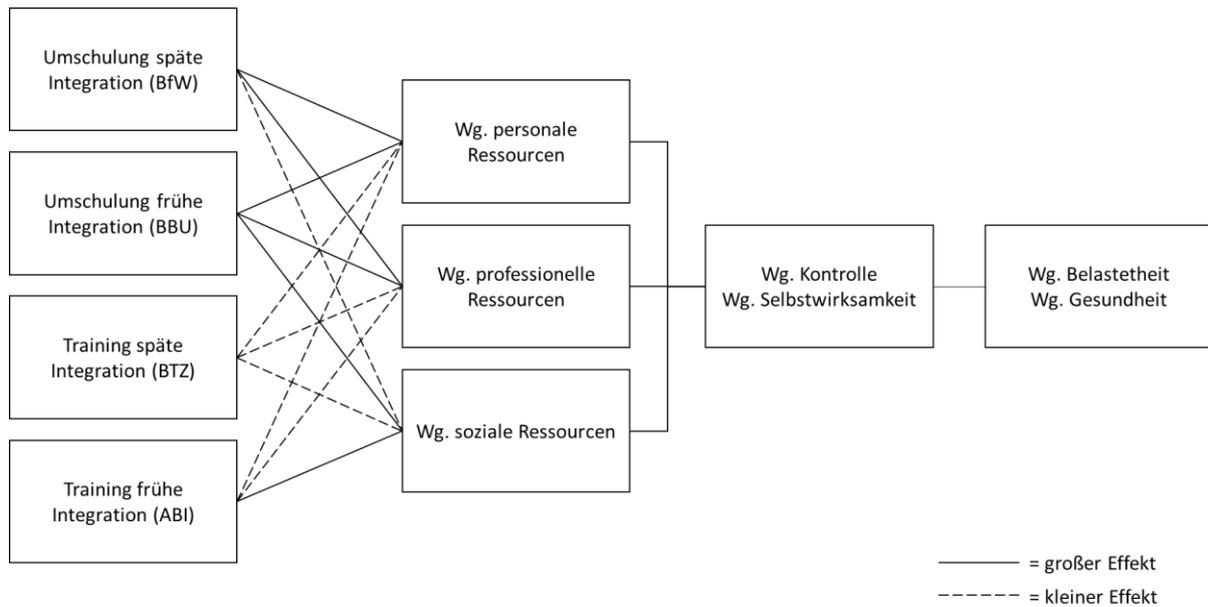


Abbildung 21: Modellannahmen

Folgende Modellannahmen liegen der Untersuchung zugrunde:

- Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen die wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen positiv. Je nach Art der Maßnahme werden unterschiedliche Ressourcenbereiche unterschiedlich stark beeinflusst.
- Umschulungen (Umschulung BFW, betriebliche Einzelumschulung) verbessern personale und professionelle Ressourcen stärker als Trainingsmaßnahmen.
- Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration während der Maßnahme (Einzelumschulung, Training ABI) verbessern soziale Ressourcen stärker.
- Veränderungen bei den wahrgenommenen Ressourcen korrelieren mit Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen.
- Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit stehen wiederum mit Veränderungen der Einschätzung von Belastetheit und Gesundheit in Zusammenhang.

4.2. Hypothesen

Daraus ergeben sich folgende Hypothesengruppen:

1. Allgemeine Hypothese zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen
2. Hypothesen zum inhaltlichen Schwerpunkt
3. Hypothese zum Zeitpunkt der betrieblichen Integration
4. Hypothesen zum Zusammenhang von Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit
5. Hypothesen zum Zusammenhang von Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Gesundheit

Ergänzend zu den Hypothesen werden die jeweiligen erwarteten Ergebnismuster graphisch dargestellt.

1. Allgemeine Hypothese zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen

Hypothese 1:

TeilnehmerInnen an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen schätzen ihre personalen, sozialen und professionellen beruflichen Ressourcen, ihre berufliche Selbstwirksamkeit und Gesundheit nach Abschluss der Maßnahme besser ein als vorher.

Statistische Hypothesen:

$H_0: M(\text{SRESS, SKON, SSW, SGZ01_01, SBel}) \leq M(\text{RESS, KON, SW, GZ01_01, Bel})$

$H_1: M(\text{SRESS, SKON, SSW, SGZ01_01, SBel}) > M(\text{RESS, KON, SW, GZ01_01, Bel})$

In beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen werden personale, professionelle und soziale Ressourcen gefördert. AbsolventenInnen einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme sollten am Ende der Maßnahme ihre personalen, professionellen und sozialen besser einschätzen als vorher. Entsprechend sollte die Einschätzung der eigenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheit besser sein.

2. Hypothesen zum inhaltlichen Schwerpunkt

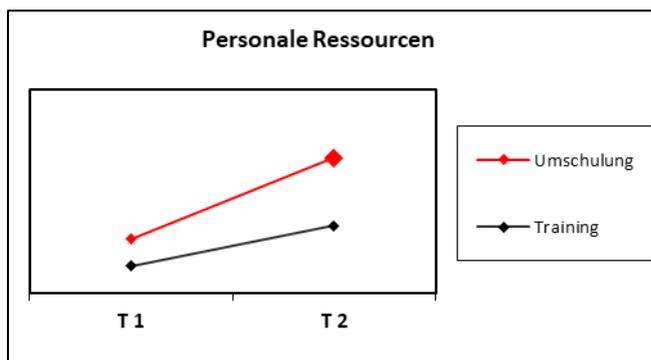


Abbildung 22: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 2

Hypothese 2:

Bei TeilnehmerInnen an Umschulungen ist die Vortest-Nachtest-Differenz nach Abschluss bei den wahrgenommenen personalen Ressourcen größer als bei TeilnehmerInnen an Trainingsmaßnahmen.

Statistische Hypothesen:

$H_0: M_{US}(\text{SPERSRESS-PERSRESS}) \leq M_{TR}(\text{SPERSRESS-PERSRESS})$

$H_1: M_{US}(\text{SPERSRESS-PERSRESS}) > M_{TR}(\text{SPERSRESS-PERSRESS})$

Die Teilnahme an einer Umschulungs- oder Integrationsmaßnahme ist vermutlich mit Verbesserungen personaler Ressourcen verbunden. Aufgrund der längeren Dauer der Förderung in Umschulungen dürften bei UmschulungsteilnehmerInnen die Zugewinne aber stärker sein als bei TrainingsteilnehmerInnen. Dies spiegelt sich wahrscheinlich auch in der subjektiven Wahrnehmung wider.

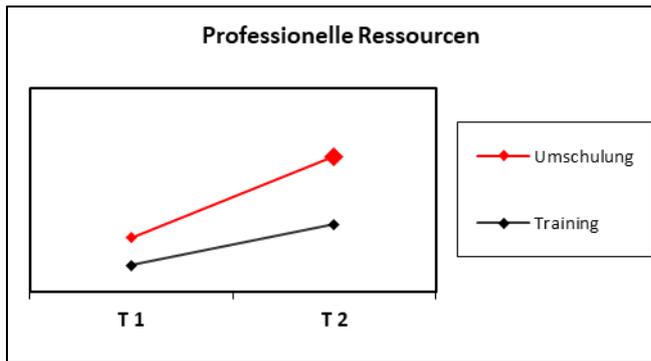


Abbildung 23: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 3

Hypothese 3:

Bei TeilnehmerInnen an Umschulungen ist die Vortest-Nachtest-Differenz nach Abschluss bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen größer als bei TeilnehmerInnen an Trainingsmaßnahmen.

$$H_0: M_{US} (\text{SPROFRESS-PROFRESS}) \leq M_{TR} (\text{SPOFRESS-PROFRESS})$$

$$H_1: M_{US} (\text{SPOFRESS-PROFRESS}) > M_{TR} (\text{SPROFRESS-PROFRESS})$$

Die Teilnahme an einer Umschulungs- oder Integrationsmaßnahme ist vermutlich mit Verbesserungen professioneller Ressourcen verbunden. Aufgrund der längeren Dauer der Förderung und dem Schwerpunkt auf die Vermittlung professioneller Inhalte in Umschulungen dürften bei UmschulungsteilnehmerInnen die Zugewinne aber stärker sein. Dies spiegelt sich wahrscheinlich auch in der subjektiven Wahrnehmung wider.

3. Hypothese zum Zeitpunkt betrieblicher Integration

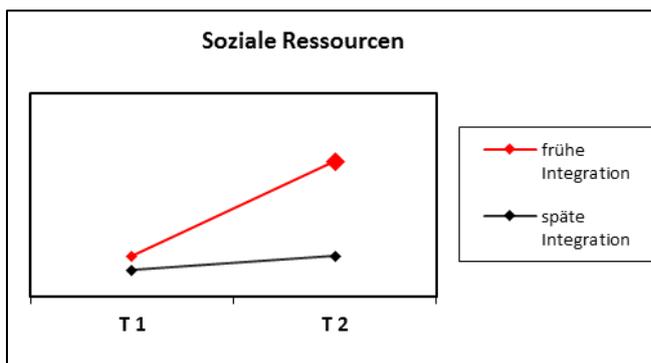


Abbildung 24: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 4

Hypothese 4:

Bei TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration ist die Vortest-Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen nach Abschluss der Maßnahme größer als bei TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit später betrieblicher Integration.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: M_F (\text{SSOZRESS-SOZRESS}) \leq M_S (\text{SSOZRESS-SOZRESS})$$

$$H_1: M_F (\text{SSOZRESS-SOZRESS}) > M_S (\text{SSOZRESS-SOZRESS})$$

Auch bei TeilnehmernInnen von überbetrieblichen Umschulungen oder Trainingsmaßnahmen dürfte es zu Effekten hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung kommen, da auch hier sich gegenseitig mehr oder weniger unterstützende Netzwerke entstehen. Diese dürften aber geringer sein, da der betriebliche Erfahrungsrahmen kürzer oder gar nicht vorhanden ist. Eine auf den beruflichen Bereich spezifische Einschätzung grundsätzlich verfügbarer sozialer Unterstützung kann sich ggfs. überhaupt nicht bilden.

4. Hypothesen zum Zusammenhang von Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit

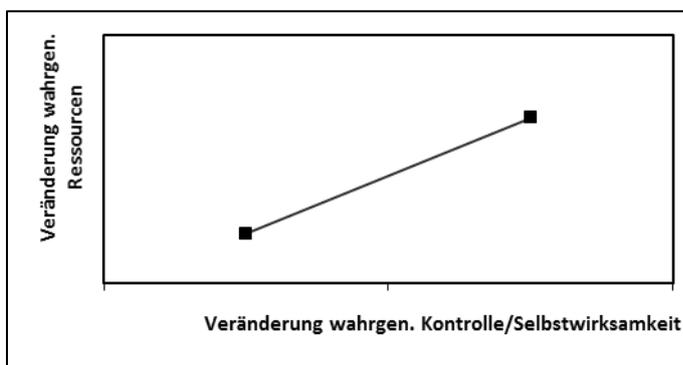


Abbildung 25: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 5 - 7

Hypothese 5:

Veränderungen bei den wahrgenommenen personalen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(\text{SPERSRESS-PERSRESS}), (\text{SSW-SW})} \leq 0$$

$$H_1: R_{(\text{SPERSRESS-PERSRESS}), (\text{SSW-SW})} > 0$$

$$H_0: R_{(\text{SPERSRESS-PERSRESS}), (\text{SKON-KON})} \leq 0$$

$$H_1: R_{(\text{SPERSRESS-PERSRESS}), (\text{SKON-KON})} > 0$$

Wahrgenommene berufsrelevante personale Ressourcen sind im transaktionalen Verständnis von Stress eine wichtige Grundlage für das Selbstmodell. Je mehr Ressourcen als verfügbar und nutzbar wahrgenommen werden, desto größer sind die wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass bei einer Zunahme von wg. personalen Ressourcen auch die Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung wächst.

Hypothese 6:

Veränderungen bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SSW-SW)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SSW-SW)} > 0$$

$$H_0: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SKON-KON)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SKON-KON)} > 0$$

Wahrgenommene berufsrelevante professionelle Ressourcen sind im transaktionalen Verständnis von Stress eine wichtige Grundlage für das Selbstmodell. Je mehr Ressourcen als verfügbar und nutzbar wahrgenommen werden, desto größer sind wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass bei einer Zunahme von wg. professionellen Ressourcen auch die Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung wächst.

Hypothese 7:

Veränderungen bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SSW-SW)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SSW-SW)} > 0$$

$$H_0: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SKON-KON)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SKON-KON)} > 0$$

Wahrgenommene berufsrelevante soziale Ressourcen sind im transaktionalen Verständnis von Stress eine wichtige Grundlage für das Selbstmodell. Je mehr Ressourcen als verfügbar und nutzbar wahrgenommen werden, desto größer sind die wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass bei einer Zunahme von wg. sozialen Ressourcen auch die Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung wächst.

5. Hypothesen zum Zusammenhang von Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Gesundheit

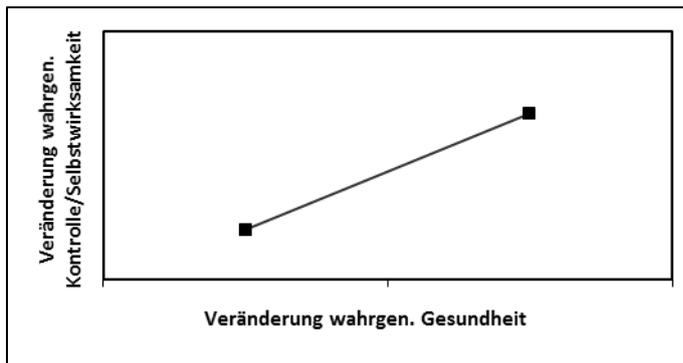


Abbildung 26: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 8

Hypothese 8:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit korrelieren positiv mit Veränderungen bei wahrgenommenem Gesundheitszustand und Belastetheit.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SGZ01_01-GZ01_01)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SGZ01_01-GZ01_01)} > 0$$

$$H_0: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SBEL-BEL)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SBEL-BEL)} > 0$$

Wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit stehen im transaktionalen Verständnis von Stress mit dem allgemeinen Gesundheitszustand in Zusammenhang. Je größer die wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Belastungen ist, desto besser ist der allgemeine Gesundheitszustand. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich bei einer Zunahme der Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung auch der wahrgenommene allgemeine Gesundheitszustand und die Belastetheit bessern.

5. Methode

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgte in drei Studien:

1. Zunächst wurde ein Instrument zur Erhebung wahrgenommener beruflicher Ressourcen (personal, professionell, sozial) im Rahmen einer ExpertenInnenbefragung entwickelt
2. In einer Voruntersuchung an RehabilitandenInnen und ArbeitnehmernInnen aus dem Büro- und Verwaltungsbereich wurde das Instrument getestet
3. In der Hauptuntersuchung wurden schließlich die o.g. Hypothesen untersucht.

Bei der Untersuchung wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden genutzt. Quantitative Methoden konnten dort eingesetzt werden, wo spezifische Hypothesen geprüft werden sollten. Qualitative Methoden wurden für die Auswertung von Ergänzungen und Freitextangaben der Befragten genutzt.

Im Folgenden werden die Untersuchungsdesigns der Studien und die Auswertungsmethoden dargestellt. Außerdem wird der Verlauf der Gesamtuntersuchung dargestellt.

Der Verlauf der einzelnen Studien (Stichprobengewinnung und Datenerhebung) wird im Ergebnisteil berichtet.

5.1. Untersuchungsdesign der Studien

5.1.1. Untersuchungsdesign ExpertenInnenbefragung

Die ExpertenInnenbefragung wurde als Fragebogenuntersuchung mit einem Messzeitpunkt durchgeführt. RehabilitandenInnen, ArbeitnehmerInnen und DozentenInnen beurteilten Items zu berufsrelevanten personalen, professionellen und sozialen Ressourcen im kaufmännischen und verwaltenden Bereich hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für den kaufmännisch-verwaltenden Berufsbereich. Darüber hinaus konnten sie Ergänzungen zu den Items vorschlagen, die qualitativ ausgewertet wurden. Dabei lag der Focus auf sog. echten Ergänzungen.

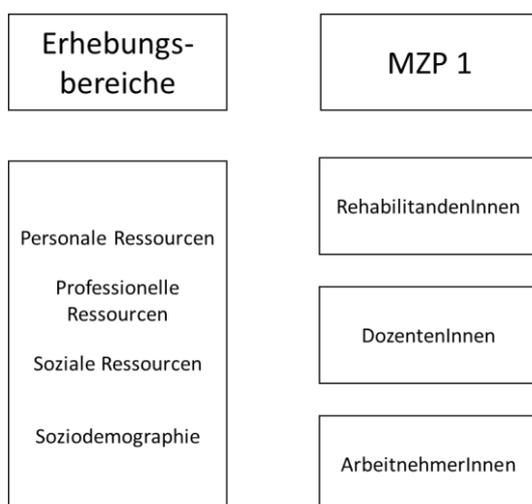


Abbildung 27: Design ExpertenInnenbefragung

5.1.2. Untersuchungsdesign Vorstudie

Die Vorstudie diente der Erprobung des Fragebogens. Im Rahmen eines multivariaten faktoriellen varianzanalytischen Designs mit Messwiederholung wurden RehabilitandenInnen und ArbeitnehmerInnen an zwei Messzeitpunkten befragt.

Ziel der Befragung war es, zu überprüfen, ob mit dem Erhebungsinstrument Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen und den Messzeitpunkten erfasst werden können.

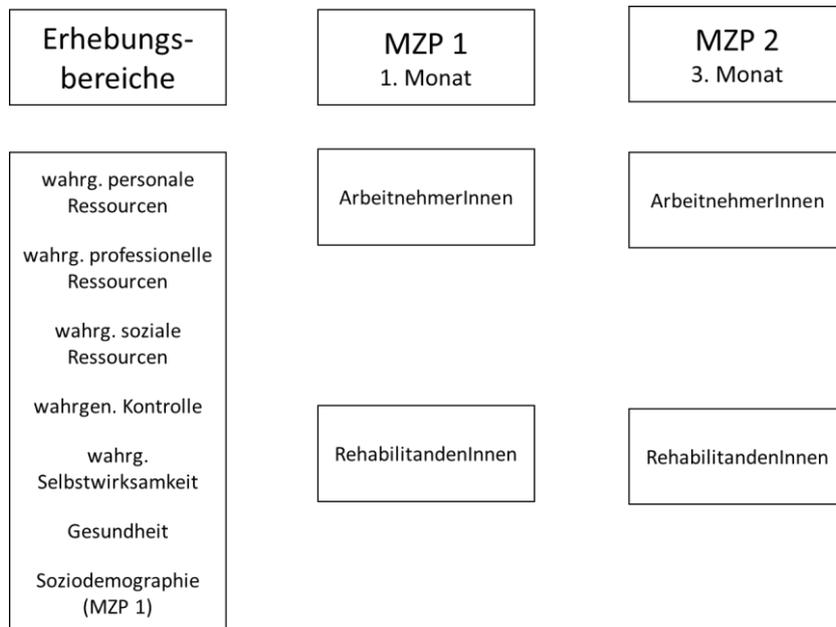


Abbildung 28: Design Vorstudie

Erhoben wurde an den beiden Messzeitpunkten:

- Wahrgenommene personale Ressourcen
- Wahrgenommene professionelle Ressourcen
- Wahrgenommene soziale Ressourcen
- Wahrgenommene Kontrolle
- Wahrgenommene Selbstwirksamkeit
- Wahrgenommene Belastetheit
- Wahrgenommener Gesundheitszustand

Am ersten Messzeitpunkt wurden darüber hinaus verschiedene soziodemographische Merkmale erhoben und die Befragten konnten in Freitextangaben Ergänzungen vorschlagen. Letztere wurden qualitativ ausgewertet, wobei die Kategorien aus den Daten heraus entwickelt wurden.

Die optimale Stichprobengröße für die Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde anhand einer a-priori-Power-Analyse nach Buchner, Erdfelder & Faul (2007) ermittelt. Dabei wurde von einer mittleren Effektgröße bei einer Power von mindestens 0,8 ausgegangen. Für die mittlere Korrelation der Messwertreihen wurde nach Bortz und Döring (2006, S.630 f.) ein Wert von $r = 0,5$ angenommen. Für die Effektgruppen (Messwiederholungsfaktor, Treatmentfaktor und Interaktionsfaktor) ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 14: Ermittlung der Stichprobengrößen Vorstudie (Varianzanalyse mit Messwiederholung)

Anzahl der Gruppen	2	Messwiederholungen	2
Treatmentfaktor			
Effektgröße f^2	0,25		
α-Fehler	0,05	1 - α	0,95
β-Fehler	0,2	1 - β	0,8
Stichprobengröße	98		
Messwiederholungsfaktor			
Effektgröße f^2	0,25		
α-Fehler	0,05	1 - α	0,95
β-Fehler	0,2	1 - β	0,8
Stichprobengröße	34		
Interaktion			
Effektgröße f^2	0,25		
α-Fehler	0,05	1 - α	0,95
β-Fehler	0,2	1 - β	0,8
Stichprobengröße	34		

Bei den oben genannten Annahmen ergibt sich für die Gesamtstichprobe als optimale Stichprobengröße $N = 98$

Für die korrelationsstatistischen Berechnungen ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 15: Ermittlung der Stichprobengrößen Vorstudie (Korrelationen)

Einseitig/zweiseitig	1	Unteres kritisches r	0,20
Korrelation H_1	0,3	Oberes kritisches r	0,20
α-Fehler	0,05	1 - α	0,95
β-Fehler	0,2	1 - β	0,8
Korrelation H_0	0,0		
Stichprobengröße	67		

Bei den obengenannten Annahmen ergibt sich für korrelationsstatistische Berechnungen eine optimale Stichprobengröße von $N=67$.

5.1.3. Untersuchungsdesign Hauptstudie

Die Untersuchung der Hauptfragestellung sollte idealerweise mit einer randomisierten Kontrollgruppenstudie oder mit einer wartelistenkontrollierten Studie durchgeführt werden. Dies ist allerdings schon aus sozialrechtlichen Gründen nicht möglich. Da nur bereits bestehende Gruppen, die sich durch die Zuweisung der Rehabilitationsträger ergeben, untersucht werden können, bieten sich lediglich quasiexperimentelle Zugänge an.

Die Hauptstudie wurde als Fragebogenuntersuchung an (psychisch erkrankten) TeilnehmerInnen verschiedener beruflicher Rehabilitationsformate mit kaufmännischen/verwaltendem Schwerpunkt im Rahmen eines multivariaten faktoriellen varianzanalytischen Designs mit Messwiederholung unter Einbeziehung verschiedener Kontrollvariablen durchgeführt. Ergänzt wurde dieses Design durch Fragen zu Ergänzungen und wichtigen Ereignissen zwischen den Befragungsterminen. Diese wurden qualitativ ausgewertet, wobei die Kategorien aus den Daten heraus entwickelt wurden.

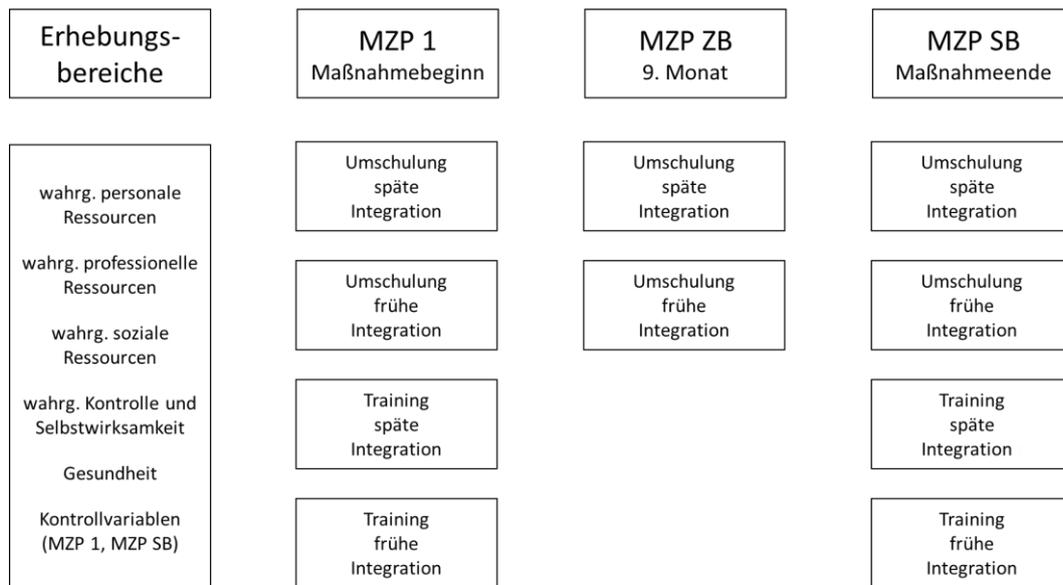


Abbildung 29: Design Hauptstudie

Untersucht wurden vier Gruppen, die sich durch ihre Teilnahme an unterschiedlichen Maßnahmen entsprechend der Dimensionen inhaltliche Orientierung und Zeitpunkt der betrieblichen Integration definieren (siehe Kapitel 2.):

- TeilnehmerInnen Umschulung mit später Integration (BFW)
- TeilnehmerInnen Umschulung mit früher Integration (BBU)
- TeilnehmerInnen Trainingsmaßnahme mit später Integration (BTZ)
- TeilnehmerInnen Trainingsmaßnahme mit früher Integration (ABI)

Abhängige Variablen:

- Wahrgenommene personale Ressourcen
- Wahrgenommene professionelle Ressourcen
- Wahrgenommene soziale Ressourcen
- Wahrgenommene Kontrolle
- Wahrgenommene Selbstwirksamkeit
- Wahrgenommene Belastetheit
- Wahrgenommener Gesundheitszustand

Die abhängigen Variablen wurden jeweils zu Beginn und nach Ende der jeweiligen Maßnahme erhoben. In den Umschulungsgruppen fand darüber hinaus nach neun Monaten eine Zwischenbefragung statt. Dadurch sollte geklärt werden, ob bereits nach neun Monaten eine Veränderung in der Ressourcenwahrnehmung festzustellen ist. Diese Zeit entspricht der regulären Mindestdauer von Trainings- und Integrationsmaßnahmen.

Außerdem wurden soziodemografische, gesundheitsbezogene sowie rehabilitationsbezogene Variablen erfasst, um Einflüsse kontrollieren zu können, die sich aus unterschiedlichen Gruppenzusammensetzungen ergeben können:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand/Partnerschaft/Kinderzahl
- Diagnose (Reha Grund) / Grad der Behinderung (GdB).
- Schulbildung, Berufsbildung
- Letztes Berufsfeld vor der Rehabilitation
- Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn
- Zielberufsfeld
- Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen
- Art der Maßnahme
- Wichtige Ereignisse in der Zwischenzeit (2. und 3. Befragung)
- Kostenträgerschaft

Wie in der Vorstudie wurde die optimale Stichprobengröße anhand einer a-priori-Power-Analyse nach Buchner, Erdfelder & Faul (2007) ermittelt. Dabei wurde von einer mittleren Effektgröße bei einer Power von mindestens 0,8 ausgegangen. Für die mittlere Korrelation der Messwertreihen wurde nach Bortz und Döring (2006, S.630 f.) ein Wert von $r = 0,5$ angenommen. Für die Effektgruppen (Messwiederholungsfaktor, Treatmentfaktor und Interaktionsfaktor) ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 16: Ermittlung der Stichprobengröße Hauptstudie (Varianzanalyse mit Meßwiederholung)

Anzahl der Gruppen	4	Messwiederholungen	3
Treatmentfaktor			
Effektgröße f^2	0,25		
α -Fehler	0,05	$1 - \alpha$	0,95
β -Fehler	0,2	$1 - \beta$	0,8
Stichprobengröße	124		
Messwiederholungsfaktor			
Effektgröße f^2	0,25		
α -Fehler	0,05	$1 - \alpha$	0,95
β -Fehler	0,2	$1 - \beta$	0,8
Stichprobengröße	28		
Interaktion			
Effektgröße f^2	0,2552		
α -Fehler	0,05	$1 - \alpha$	0,95
β -Fehler	0,2	$1 - \beta$	0,8
Stichprobengröße	40		

Bei den oben genannten Annahmen ergibt sich für die Gesamtstichprobe eine optimale Stichprobengröße von $N = 124$.

Für die Korrelationsanalysen ergibt sich der gleiche optimale Stichprobenumfang wie in der Vorstudie ($N=67$).

5.2. Untersuchungsinstrumente

Neben dem in der ersten Studie entwickelten Fragebogen zur Erfassung berufsrelevanter Ressourcen (siehe Kapitel 6.1.) wurden der Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeit (BSW-Skala) (Abele e.a. 2000) und die Belastetheitsskala (Hoffmeister e.a. 1988) zur Untersuchung der Fragestellung eingesetzt.

BSW-Skala. Der Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeit von Abele e.a. (2000) soll generelle Erwartungen zur beruflichen Selbstwirksamkeit erfassen. Er besteht aus sechs Items, die auf fünfstufigen Skalen bewertet werden sollen. Jeweils drei Items dienen der Erfassung motivationaler Aspekte und Fähigkeitsaspekten der beruflichen Selbstwirksamkeit. Die Skala wurde an UniversitätsabsolventInnen auf teststatistische Kennwerte untersucht. Die Autorinnen berichten von befriedigenden Trennschärfen (.38 - .62) und befriedigender interner Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .78$). Außerdem zeige die Untersuchung eindeutig interpretierbare Ergebnisse hinsichtlich der konvergenten und divergenten Validität. In der vorliegenden Untersuchung wurden auf der Basis der Skala Items zu allgemeinen beruflichen Kontrollerwartungen ergänzt.

Belastetheitsskala. Die Items der Belastetheitsskala beziehen sich auf Ermüdung, Erschöpfung, Be- drückung und Nachgedanken. Sie wurden aus dem Nationalen Gesundheitssurvey der DHP entnom- men (Hoffmeister e.a. 1988, GCP-Study-Group 1988) und zu einer Skala zusammengefasst. Für die Skala bestehen Vergleichsdaten aus der BGW-DAK-Stressmonitoringstudie (Nolting e.a. 2001).

Der Gesamtfragebogen wurde in der Vorstudie (siehe Kapitel 6.2.) getestet und um soziodemogra- phische Fragen und Fragen zur Rehabilitation ergänzt.

Die endgültigen Fragebögen für die Hauptstudie enthielten folgende Teile:

Tabelle 17: Aufbau der Fragebögen für die Hauptstudie

Fragebogen 1 Messzeitpunkt 1	Fragebogen 2 Messzeitpunkt ZB	Fragebogen 3 Messzeitpunkt SB
Einleitung	Einleitung	Einleitung
Personale und professionelle Ressourcen	Personale und professionelle Ressourcen	Personale und professionelle Ressourcen
Soziale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Soziale Ressourcen
Kontrolle und Selbstwirksamkeit	Kontrolle und Selbstwirksamkeit	Kontrolle und Selbstwirksamkeit
Gesundheit und Belastetheit	Gesundheit und Belastetheit	Gesundheit und Belastetheit
Soziodemographische Fragen		
Fragen zur Rehabilitation		Fragen zur Rehabilitation
Allgemeine Ergänzungen		
	Wahrg. Veränderungen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Gesundheit	Wahrg. Veränderungen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Gesundheit
	Wichtige positive und negative Ereig- nisse in der Zwischenzeit	Wichtige positive und negative Ereig- nisse in der Zwischenzeit

5.3. Auswertungsmethodik

5.3.1. Analyseverfahren, Signifikanz und Effektstärken

Qualitative Analyse. Die Freitexteingaben in den Studien (Ergänzungen, wichtige positive und nega- tive Ereignisse) wurden anhand eines aus den Angaben der UntersuchungsteilnehmernInnen entwi- ckelten Kategoriensystemen ausgewertet. Die Analyse orientierte sich dabei am Vorgehen der quali-

tativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) und nutzt zur Auswertung Open Code 4 (Umea University 2011).

Quantitative Analyse. Zur Überprüfung der Skalen wurden in der Vorstudie und in der Hauptstudie die Ressourcenitems einer Korrelationsanalyse unterzogen.

Zur Ermittlung der Reliabilität der Skalen wurden in der Vorstudie und der Hauptstudie für jeden Messzeitpunkt Cronbachs Alpha sowie die Item-Gesamttestkorrelationen ermittelt.

Die Überprüfung der Unterschiedshypothesen erfolgte mit varianzanalytischen Verfahren, T-Test-Verfahren und nichtparametrischen Verfahren (Kruskal-Wallis-Test, Wilcoxon-Test).

Messzeitpunktunterschiede wurden anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung untersucht.

Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothesen wurden parametrische und nicht-parametrische korrelationsstatistische Methoden herangezogen.

Im Folgenden werden die Grundannahmen der eingesetzten Verfahren kurz dargestellt:

Die **Varianzanalyse** ist ein mittelwertbasiertes Verfahren, bei dem die Varianz innerhalb der Gruppen mit der Varianz der Mittelwerte zwischen den Gruppen verglichen wird. Im Rahmen des Allgemeinen linearen Modells lässt sich die Varianzanalyse auch auf multivariate und mehrfaktorielle Designs verallgemeinern. Auf diese Weise kann auch ein Messwiederholungsfaktor definiert werden, was in Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung relevant ist. Neben Haupteffekten können dann auch entsprechende Interaktionseffekte mit dem Messwiederholungsfaktor getestet werden. Die Varianzanalyse setzt Intervallskalenniveau, Normalverteilung und Varianzhomogenität voraus. Die Varianzanalyse gegenüber kleineren Verletzungen der Voraussetzungen relativ robust.

Der **T-Test für unabhängige Stichproben** ist im Grunde genommen ein Spezialfall der Varianzanalyse und hat ähnliche Voraussetzungen. Er betrachtet die Mittelwerte einer Variablen zweier verschiedener Gruppen und testet, ob die Werte signifikant unterschiedlich sind, und ob aus diesen Werten geschlossen werden kann, dass auch in der Grundgesamtheit die Mittelwerte signifikant unterschiedlich sind.

Der **T-Test für abhängige Stichproben** betrachtet die Mittelwerte verschiedener Variablen derselben Gruppe bzw. Personen und testet, ob die Werte signifikant unterschiedlich sind, und ob aus diesen Werten geschlossen werden kann, dass auch in der Grundgesamtheit die Mittelwerte signifikant unterschiedlich sind.

Der **Kruskal-Wallis-Test** für k unabhängige Stichproben ermöglicht den Vergleich von Werten einer Variablen in verschiedenen Fallgruppen. Der Test überprüft die Nullhypothese, dass die Stichproben derselben Grundgesamtheit entstammen und ist eine nichtparametrische Alternative für die Varianzanalyse. Er greift dabei auf Rangwerte zurück. Mittels eines Chi-quadrat-Tests wird verglichen, ob die durchschnittlichen Rangwerte in den einzelnen Stichproben gleich groß sind. Er setzt Ordinalskalenniveau, nicht aber Normalverteilung voraus.

Der **Wilcoxon-Test** für abhängige Stichproben testet, ob die zentralen Tendenzen zweier abhängiger Stichproben verschieden sind. Der Wilcoxon-Test ist eine nicht-parametrische Alternative für den T-Test für abhängige Stichproben. Er basiert auf positiven und negativen Rangordnungsdifferenzen. Er setzt Ordinalskalenniveau voraus, nicht aber Normalverteilung. Kruskal-Wallis-Test und Wilcoxon-Test stellen nicht-parametrische Alternativen zu T-Tests und Varianzanalysen dar.

Bei dem **Pearson'schen Korrelationskoeffizienten** handelt es sich um ein parametrisches Zusammenhangsmaß. Er berechnet sich aus der Kovarianz zweier Variablen, die durch das Produkt der Va-

rianzen geteilt wird. Er kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Das Vorzeichen des Koeffizienten gibt die Richtung und der Betrag gibt die Stärke des Zusammenhangs an. Voraussetzung für die Berechnung ist, dass die Daten Intervallskalenniveau besitzen. Für Signifikanztests ist darüber hinaus Voraussetzung, dass die Variablen in der Grundgesamtheit annähernd normalverteilt sind.

Die nichtparametrische Alternative für den Pearson'schen Korrelationskoeffizienten stellt der **Spearman'sche Korrelationskoeffizient** dar. Er basiert auf Rangdaten und setzt keine Normalverteilung voraus. Die Korrelation wird nicht zwischen Datenpunkten, sondern zwischen ihren Rängen berechnet.

Signifikanz und Effektstärken. Die Signifikanzniveaus wurden in der vorliegenden Arbeit folgendermaßen festgelegt: Ein Ergebnis wird mit sehr signifikant bewertet, wenn das 1 % Niveau erreicht ist, Ergebnisse auf dem 5 % Niveau werden als signifikant bezeichnet. Von einer statistischen Tendenz soll gesprochen werden, wenn eine Signifikanz von 10 % erreicht wurde.

Das Erreichen von Signifikanzniveaus ist zu einem wesentlichen Teil von Stichprobengrößen abhängig und sagt wenig über die praktische Bedeutsamkeit aus. Darüber geben eher Effektstärken Auskunft.

Folgende Übersicht gibt Auskunft über die Einordnung der Effektstärken nach Cohen (1988) und Hattie (2009):

Tabelle 18: Effektstärken nach Cohen (1988) und Hattie (2009)

d	r	η^2	Interpretation nach Cohen (1988)	Interpretation nach Hattie (2009)
< 0	< 0	-	negativer Effekt	
0.0	.00	.000	kein Effekt	Developmental effects
0.1	.05	.003		
0.2	.10	.010	kleiner Effekt	Teacher effects
0.3	.15	.022		
0.4	.2	.039	mittlerer Effekt	Zone of desired effects
0.5	.24	.060		
0.6	.29	.083		
0.7	.33	.110	großer Effekt	
0.8	.37	.140		
0.9	.41	.168		
≥ 1.0	.45	.200		

Bei der Bewertung von Effektstärken wurde in dieser Arbeit die Interpretation nach Cohen (1988) zugrunde gelegt.

5.3.2. Auswertungsablauf

Zunächst wurden in allen Studien die Freitextangaben aus der Datendatei extrahiert und ausgewertet. Danach wurden die Itemkennwerte für jeden Messzeitpunkt ermittelt.

In der Vorstudie und in der Hauptstudie wurde für jeden Messzeitpunkt die Korrelationsstruktur der Items mit einer BIN-Analyse überprüft.

In der Vorstudie und der Hauptstudie wurden im nächsten Schritt die Skalenwerte für die Ressourcenskalen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Belastetheit errechnet.

Für jeden Messzeitpunkt wurden Reliabilität und Trennschärfe der Skalen berechnet.

Die Skalenwerte der einzelnen Messzeitpunkte, soziodemographischen Angaben und die Angaben zur Rehabilitation wurden in einem nächsten Schritt zu einer Gesamtdatensatz zusammengeführt, wobei die Codenummer als Referenzvariable diente.

Die Gesamtdatensatz wurde für die hypothesenbezogenen Berechnungen in der Hauptstudie um Fälle bereinigt, bei denen das Berufsfeld nicht im kaufmännischen Bereich lag.

Für weitere hypothesenbezogene Berechnungen wurden in der Hauptstudie alle RehabilitandenInnen, die keine psychische Erkrankung als Reha-hintergrund angegeben hatten, ausgeschlossen.

Genutzt wurden für die quantitativen Berechnungen die Programme SPSS 23 und R 3.5.2 unter R-Studio 1.1.463.

Die qualitativen Auswertungen wurden mit dem Programm Open Code 4 (Umea University 2011) durchgeführt.

5.4. Zeitlicher Verlauf des Gesamtprojekts

Der zeitliche Verlauf des Gesamtprojekts wich von der ursprünglichen Planung deutlich ab und gestaltete sich folgendermaßen:

Tabelle 19: Untersuchungsverlauf

Zeitraum	Projektabschnitt
03/2012 – 10/2012	ExpertenInnenbefragung
10/2012 – 11/2012	Auswertung der ExpertenInnenbefragung und Entwicklung der Fragebögen für die Vorstudie
11/2012 – 07/2013	Vorstudie
07/2013 – 07/2013	Auswertung der Vorstudie und Entwicklung der Fragebögen für die Hauptstudie
06/2013 – 11/2013	Anschreiben an Rehaeinrichtungen und Rehaträger zur Stichprobengewinnung
12/2013	Versand der endgültigen Teilnehmerinformation
01/2014 – 12/2014	Messzeitpunkt 1 (MZP 1) Nonresponderbefragung MZP 1
09/2014 – 03/2015	Zwischenbefragung BFW/BBU (MZP ZB) Nonresponderbefragung Zwischenbefragung
12/2014 – 07/2016	Schlussbefragung (MZP SB) Nonresponderbefragung Schlussbefragung
08/2016 – 12/2018	Datenauswertung, Verfassen der Arbeit

Von März 2012 bis November 2012 wurden anhand der Analyse vorhandener Instrumente und einer ExpertenInnenbefragung ein Fragebogen zur Erfassung berufsrelevanter Ressourcen entwickelt.

Die Vorstudie zur Brauchbarkeit des Fragebogens fand von November 2012 bis Juli 2013 an RehabilitandenInnen und ArbeitsnehmernInnen statt. Im Juli 2013 wurden auf der Grundlage der Ergebnisse der Vorstudie die Fragebögen für die Hauptstudie entwickelt.

Bereits ab Juni 2013 wurden Rehaeinrichtungen und Rehaträger der beruflichen Rehabilitation zur Stichprobengewinnung angeschrieben. Die TeilnehmerInneninformationen wurden mit den teilnehmenden Rehaeinrichtungen abgestimmt und in ihrer endgültigen Form im Dezember 2013 verschickt.

Die Hauptstudie fand von Januar 2014 bis Juli 2016 statt.

Die erste Befragung (MZP 1) der Hauptstudie fand in den Einrichtungen von Januar bis Dezember 2014 statt. Die StudienteilnehmerInnen wurden zum jeweiligen Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme befragt. Bei Integrations- und Trainingsmaßnahmen war das der erste Werktag im Monat. Bei Umschulungen waren es feste Beginntermine zwischen Januar und Juni 2014. Nonresponder (RehabilitandenInnen, die den Fragebogen trotz Zusage nicht ausfüllten) wurden ebenfalls in diesem Zeitraum befragt.

Die Zwischenbefragung in Berufsförderungswerken und bei betrieblichen Umschulungen wurde jeweils nach neun Monaten im Zeitraum zwischen September 2014 und März 2015 durchgeführt. Auch hier wurden Nonresponder befragt.

Von Dezember 2014 bis Juli 2016 wurde die Schlussbefragung einschließlich der Nonresponderbefragung durchgeführt.

Die Datenauswertung erstreckte sich von August 2016 bis August 2018.

Statt der ursprünglich geplanten 45 Monate dauerte das Gesamtprojekt inklusive der Auswertung letztlich 78 Monate. Die Verzögerung ist hauptsächlich auf die längere Dauer der Fragebogenentwicklung und ExpertenInnenbefragung (11 Monate statt drei Monate) und die längere Dauer der Vorstudie (9 Monate statt 4 Monate) zurückzuführen. Auch die Datenauswertung dauerte deutlich länger als geplant.

Darüber hinaus verteilte sich die Datenerhebung in den Umschulungseinrichtungen wegen unterschiedlicher Anfangstermine über einen längeren Zeitraum als geplant.

Der Verlauf von Stichprobengewinnung und Datenerhebung der Einzelstudien wird im jeweiligen Ergebnisteil berichtet.

6. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Teilstudien dargestellt:

1. ExpertenInnenbefragung zur Fragebogenentwicklung
2. Vorstudie zur Überprüfung des Fragebogens
3. Hauptstudie zur Hypothesenüberprüfung

Nach der Ergebnisdarstellung der ersten und zweiten Teilstudie folgt eine Zusammenfassung in Hinblick auf die weiteren Untersuchungsschritte.

Wichtige Ergebnistabellen wurden in den Text integriert.

6.1. Studie 1: ExpertenInnenbefragung

6.1.1. Zielsetzung und Fragestellung

In der ersten Studie wurde ein Fragebogen zur Erfassung berufsrelevanter Ressourcen entwickelt. Er sollte zusammen mit anderen Fragebögen (Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeit (BSW-Skala) Abele e.a. 2000, Belastetheitsskala (aus Hoffmeister e.a. 1988)) das Erhebungsinstrument für die Untersuchung der Fragestellung bilden.

Erfasst werden sollten folgende Ressourcenbereiche:

1. Wahrgenommene personale Ressourcen
2. Wahrgenommene professionelle Ressourcen
3. Wahrgenommene soziale Ressourcen.

Die Entwicklung sollte auf der Grundlage existierender Instrumente sowie unter Einbeziehung von ExpertenInnen (RehabilitandenInnen, AusbilderInnen/DozentenInnen, ArbeitnehmernInnen) aus dem kaufmännischen Bereich erfolgen.

6.1.2. Itemsammlung und vorläufiger Fragebogen

Auf der Basis verschiedener Instrumente, Fragebögen und theoretischer Überlegungen wurden Items für die Erfassung personaler, professioneller und sozialer Ressourcen entwickelt. Dabei wurden folgende Verfahren einbezogen:

- Zur Erfassung personaler Ressourcen wurden Items auf der Grundlage von Quasidok (Schulze 2006), Melba (Kleffmann e.a. 1997) und einem Ressourcenfragebogen des Autors dieser Arbeit (Eichert 2008) entwickelt.
- Items zur Erfassung sozialer Ressourcen wurden auf der Grundlage der Berliner Social Support Skalen (BSSS) (Schwarzer & Schulz 2000), des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse (KFZA) (Prümper e.a. 1995), der Skala zur sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz (SzSU) (Frese 1989) und einem eigenen Ressourcenfragebogen (Eichert 2008) entwickelt.
- Auch für die Erfassung des Bereichs der professionellen Ressourcen wurden einige Items dieses Ressourcenfragebogens (ebd.) herangezogen. Wegen der Bereichsspezifität professioneller Ressourcen wurden für diesen Bereich keine weiteren Fragebögen hinzugezogen.

Der erste Fragebogenentwurf für die ExpertenInnenbefragung umfasste insgesamt 39 Items (14 personale Ressourcen, 12 soziale Ressourcen, 13 professionelle Ressourcen):

Table 20: Erster Fragebogenentwurf

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Professionelle Ressourcen
Teamfähigkeit	Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von KollegenInnen	Berufliche Fachkenntnisse
Konfliktfähigkeit	Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch KollegenInnen	Buchführungskenntnisse
Selbstständigkeit	Zuhören und Verständnis von KollegenInnen in schwierigen beruflichen Situationen	Kenntnisse des Personalwesens
Verantwortungsbereitschaft	Zuverlässigkeit von KollegenInnen	Kenntnisse des betrieblichen Arbeitsfeldes
Belastbarkeit und Ausdauer	Ansprechbarkeit von KollegenInnen	Sicherheit in der Arbeit
Konzentrationsfähigkeit	Zuhören und Verständnis von KollegenInnen bei privaten Problemen	Berufliche Fertigkeiten und Arbeitsmethoden
Auffassungsgabe	Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von Vorgesetzten	Textverständnis
Problemlösefähigkeit	Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Vorgesetzte	Schriftliche Ausdrucksfähigkeit
Zuverlässigkeit / Pünktlichkeit / Sorgfalt	Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten in schwierigen beruflichen Situationen	Rechenfähigkeit
Kritisierbarkeit	Zuverlässigkeit von Vorgesetzten	Mündliche Ausdrucksfähigkeit
Abgrenzungsfähigkeit	Ansprechbarkeit von Vorgesetzten	Umgang mit Medien
Flexibilität	Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten bei privaten Problemen	Internetkenntnisse
Organisationsfähigkeit		EDV-Kenntnisse
Selbstsicherheit		

Der Entwurf wurde in sieben kognitiven Interviews (vgl. Prüfer & Rexroth 2005) auf Verständlichkeit und Praktikabilität hin untersucht und auf Anregung der Befragten an einigen Stellen geändert und ergänzt.

- Hinzugefügt wurden bei den personalen Ressourcen „Soziale Kompetenz“, „Gesundheit“, „Führungsfähigkeit“ und „Offenheit im Umgang mit Problemen“.
- Bei den sozialen Ressourcen wurden die Items „Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch KollegenInnen“, „Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte“ und „Fähigkeit von Vorgesetzten bei Konflikten zu vermitteln“ ergänzt. In jeweils einzelne Items wurde „Information und Beratung“ aufgeteilt.
- Bei den Professionellen Ressourcen wurden die Items „Kenntnisse arbeitsbezogener regionaler Netzwerke“, „Sprachkenntnisse“ und „Umgang mit Kunden“ ergänzt.

Der veränderte Fragebogenentwurf umfasste die folgenden 51 Items (18 personale Ressourcen, 17 soziale Ressourcen, 16 professionelle Ressourcen):

Tabelle 21: Fragebogenentwurf nach den kognitiven Interviews

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Professionelle Ressourcen
Teamfähigkeit	Arbeitsbezogene Informationen von KollegenInnen	Berufliche Fachkenntnisse
Konfliktfähigkeit	Arbeitsbezogene Ratschläge von KollegenInnen	Buchführungskenntnisse
Selbstständigkeit	Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch KollegenInnen	Kenntnisse des Personalwesens
Verantwortungsbereitschaft	Zuhören und Verständnis von KollegenInnen in schwierigen beruflichen Situationen	Kenntnisse des betrieblichen Arbeitsfeldes
Belastbarkeit und Ausdauer	Zuverlässigkeit von KollegenInnen	Sicherheit in der Arbeit
Konzentrationsfähigkeit	Ansprechbarkeit von KollegenInnen	Berufliche Fertigkeiten und Arbeitsmethoden
Auffassungsgabe	Zuhören und Verständnis von KollegenInnen bei privaten Problemen	Textverständnis
Problemlösefähigkeit	Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch KollegenInnen	Schriftliche Ausdrucksfähigkeit
Zuverlässigkeit / Pünktlichkeit / Sorgfalt	Arbeitsbezogene Informationen von Vorgesetzten	Rechenfähigkeit
Kritisierbarkeit	Arbeitsbezogene Ratschläge von Vorgesetzten	Mündliche Ausdrucksfähigkeit
Abgrenzungsfähigkeit	Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Vorgesetzte	Umgang mit Medien
Flexibilität	Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten in schwierigen beruflichen Situationen	Internetkenntnisse
Organisationsfähigkeit	Zuverlässigkeit von Vorgesetzten	EDV-Kenntnisse
Selbstsicherheit	Ansprechbarkeit von Vorgesetzten	Kenntnisse arbeitsbezogener regionaler Netzwerke
Soziale Kompetenz	Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten bei privaten Problemen	Sprachkenntnisse
Gesundheit	Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte	Umgang mit Kunden/soziale Kompetenzen
Führungsfähigkeit	Fähigkeit von Vorgesetzten, bei Konflikten zu vermitteln	
Offenheit im Umgang mit Problemen		

In der ExpertenInnenbefragung wurde der Fragebogen RehabilitandenInnen, AusbilderInnen/DozentenInnen und Beschäftigten aus dem kaufmännisch-verwaltenden Bereich vorgelegt. Diese sollten die Items auf einer fünf-stufigen Ratingskala nach ihrer Relevanz für den kaufmännisch-verwaltenden Berufsbereich beurteilen und ggfs. Ergänzungen vorschlagen.

Als Kriterium für die Auswahl von Items für den endgültigen Fragebogen wurde eine Bewertung der Bedeutsamkeit von größer oder gleich 4,0 festgelegt. Dieses strenge Kriterium wurde vor dem Hintergrund festgelegt, dass generell eine hohe Bewertung aller Items zu erwarten war, aber nur die am höchsten bewerteten Items in den Fragebogen übernommen werden sollten. Gleichzeitig sollten Items, die aufgrund theoretischer Überlegungen bedeutsam waren, auch bei einem Wert unter 4,0 beibehalten werden.

6.1.3. Stichprobengewinnung und Datenerhebung

Stichprobengewinnung. Zur Gewinnung von ProbandenInnen wurden verschiedene Rehabilitationseinrichtungen, Betriebe und Verwaltungen sowie Berufsschulen in Bonn und Köln angeschrieben.

In dem Anschreiben wurde das Projekt erläutert und die Einrichtungen wurden gebeten, RehabilitandenInnen, ArbeitnehmerInnen und AusbilderInnen/DozentenInnen aus ihrem Haus auf eine Teilnahme an der ExpertenInnenbefragung hin anzusprechen.

Den Einrichtungen wurden dann die erforderliche Anzahl an Zugangscodes für die Online-Befragung zur Verfügung gestellt. Insgesamt forderten die Einrichtungen 118 Zugangscodes an.

Datenerhebung. Die Befragung wurde als Online-Befragung auf dem Soscisurvey-Server (<http://www.socisurvey.de>) durchgeführt. Der neue Fragebogenentwurf wurde zunächst in einem Pretest auf seine technische Funktionalität und Verständlichkeit überprüft. Dafür wurden wie schon beim ersten Fragebogenentwurf fünf ProbandenInnen beim Ausfüllen beobachtet und gebeten, ihre Gedanken laut zu äußern. (vgl. Prüfer & Rexroth 2005)

Die eigentliche Befragung war dann vom 2.7.2012 bis zum 5.10.2012 freigeschaltet. Der Fragebogen konnte von jedem internetfähigen PC bearbeitet werden. Hierfür bekam jede/r UntersuchungsteilnehmerIn einen individuellen Zugangscode zur Bearbeitung des Fragebogens, der nach Abschluss der Befragung ungültig wurde. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass nur solche Personen Zugriff auf den Fragebogen hatten, die dazu berechtigt waren und jede Person den Fragebogen nur einmal beantworten konnte.

Insgesamt 49 Personen füllten den Fragebogen teilweise oder vollständig aus.

Die Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 22: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ExpertenInnenbefragung

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ		
Seite 5	45	45	45
Seite 2	0	4	49
Gesamt	45	49	

6.1.4. Stichprobenbeschreibung

In die Auswertung einbezogen werden konnten die Daten von 10 RehabilitandenInnen, 16 AusbilderInnen und DozentenInnen und 19 ArbeitnehmernInnen. Eine weitere Person füllte den Fragebogen nur bis zur ersten Seite aus (Personale Ressourcen) und konnte daher keiner Gruppe zugeordnet werden.

Das Durchschnittsalter betrug 44,05 Jahre, 56,4% waren Frauen, 43,5% Männer. Hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulabschluss ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen.

Die ArbeitnehmerInnen und die RehabilitandenInnen kamen aus dem kaufmännischen oder verwaltenden Bereich. Die DozentenInnen aus Berufsschulen und Rehabilitationseinrichtungen.

6.1.5. Ergebnisse der ExpertenInnenbefragung

Itembeurteilungen. Die Übersicht über die Itemkennwerte zeigt, dass die Mittelwerte der Itembeurteilungen erwartungsgemäß relativ hoch ausgefallen sind. Die Verteilungen sind überwiegend links-schief aber recht unterschiedlich steil.

Tabelle 23: Itemkennwerte ExpertenInnenbefragung

	N	Min.	Max.	Mean	Std-Dev	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	S.E.	Statistic	S.E.
Teamfähigkeit	46	2	5	4,41	,80	-1,175	,350	,503	,688
Konfliktfähigkeit	46	3	5	4,41	,65	-,667	,350	-,515	,688
Selbstständigkeit	46	3	5	4,37	,68	-,617	,350	-,645	,688
Verantwortungsbereitschaft	46	2	5	4,13	,78	-,827	,350	,812	,688
Belastbarkeit und Ausdauer	46	3	5	4,24	,74	-,415	,350	-1,021	,688
Konzentrationsfähigkeit	46	3	5	4,17	,71	-,263	,350	-,931	,688
Auffassungsgabe	46	2	5	4,02	,68	-,465	,350	,703	,688
Problemlösefähigkeit	46	2	5	4,07	,90	-,509	,350	-,770	,688
Zuverlässigkeit / Pünktlichkeit / Sorgfalt	46	3	5	4,39	,71	-,746	,350	-,659	,688
Fähigkeit, konstruktive Kritik angemessen zu verarbeiten	46	3	5	4,20	,69	-,273	,350	-,813	,688
Fähigkeit, sich gegenüber Überforderungen abzugrenzen	46	3	5	4,22	,76	-,391	,350	-1,134	,688
Flexibilität	46	2	5	3,89	,90	-,352	,350	-,673	,688
Fähigkeit, Arbeitsabläufe und Aufgaben zu organisieren	46	3	5	4,24	,71	-,376	,350	-,888	,688
Selbstsicherheit	46	2	5	4,00	,79	-,284	,350	-,587	,688
Kontaktfähigkeit / Freundlichkeit / Höflichkeit / Einfühlungsvermögen	46	2	5	4,26	,74	-,807	,350	,492	,688
Gesundheit	46	3	5	4,02	,83	-,042	,350	-1,550	,688
Führungsfähigkeit	46	1	5	3,15	1,09	-,102	,350	-,612	,688
Offenheit im Umgang mit Problemen	46	1	5	3,80	,93	-,788	,350	,740	,688
Arbeitsbezogene Informationen von Kollegen	45	1	5	4,33	,88	-1,564	,354	3,212	,695
Arbeitsbezogene Ratschläge von Kollegen	45	1	5	3,69	,85	-,511	,354	1,059	,695
Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Kollegen	45	2	5	3,96	,80	-,201	,354	-,697	,695
Zuhören und Verständnis von Kollegen in schwierigen beruflichen Situationen	45	1	5	3,96	,98	-,829	,354	,566	,695
Zuverlässigkeit von Kollegen	45	3	5	4,44	,62	-,664	,354	-,461	,695
Ansprechbarkeit von Kollegen	45	2	5	4,31	,76	-,924	,354	,480	,695
Zuhören und Verständnis von Kollegen bei privaten Problemen	45	1	4	2,82	,96	-,433	,354	-,680	,695
Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Kollegen	45	1	5	3,69	,92	-,586	,354	,465	,695
Arbeitsbezogene Informationen von Vorgesetzten	45	3	5	4,73	,50	-1,664	,354	2,012	,695
Arbeitsbezogene Ratschläge von Vorgesetzten	45	1	5	4,13	,84	-1,218	,354	2,844	,695

	N	Min.	Max.	Mean	Std-Dev	Skewness	Kurtosis		
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	S.E.	Statistic	S.E.
Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Vorgesetzte	45	1	5	3,91	1,06	-1,245	,354	1,723	,695
Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten in schwierigen beruflichen Situationen	45	1	5	4,18	,91	-1,310	,354	2,239	,695
Zuverlässigkeit von Vorgesetzten	45	4	5	4,71	,46	-,964	,354	-1,123	,695
Ansprechbarkeit von Vorgesetzten	45	2	5	4,49	,69	-1,447	,354	2,471	,695
Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten bei privaten Problemen	45	1	5	3,11	1,07	-,346	,354	,019	,695
Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte	45	1	5	4,44	,84	-1,977	,354	5,186	,695
Fähigkeit von Vorgesetzten, bei Konflikten zu vermitteln	45	3	5	4,49	,63	-,829	,354	-,262	,695
Berufliche Fachkenntnisse	45	3	5	4,33	,74	-,630	,354	-,881	,695
Buchführungskennntnisse	45	1	5	3,56	1,01	-,502	,354	,250	,695
Kenntnisse des Personalwesens	45	1	5	3,40	1,10	-,330	,354	-,153	,695
Kenntnisse des betrieblichen Arbeitsfeldes	45	3	5	4,18	,78	-,326	,354	-1,254	,695
Sicherheit in der Arbeit	45	2	5	4,11	,83	-,463	,354	-,728	,695
Berufliche Fertigkeiten und Arbeitsmethoden	45	2	5	4,24	,71	-,792	,354	,897	,695
Textverständnis	45	3	5	4,58	,62	-1,201	,354	,452	,695
Schriftliche Ausdrucksfähigkeit	45	3	5	4,42	,69	-,792	,354	-,507	,695
Rechenfähigkeit	45	3	5	4,27	,72	-,452	,354	-,925	,695
Mündliche Ausdrucksfähigkeit	45	3	5	4,40	,62	-,508	,354	-,574	,695
Umgang mit Medien	45	2	5	3,89	,88	-,187	,354	-,920	,695
Internetkenntnisse	45	1	5	4,07	1,01	-,972	,354	,578	,695
EDV-Kenntnisse	45	2	5	4,33	,77	-,977	,354	,514	,695
Kenntnisse arbeitsbezogener regionaler Netzwerke	45	1	5	3,49	,99	-,847	,354	,917	,695
Sprachkenntnisse	45	1	5	3,31	1,08	-,441	,354	,091	,695
Umgang mit Kunden / soziale Kompetenzen	45	1	5	4,18	1,09	-1,681	,354	2,724	,695
Valid N (listwise)	45								

Fast alle Items wurden von den Befragten mit Mittelwerten über dem Skalenmittelwert beurteilt, nur ein Item („Zuhören und Verständnis von KollegenInnen bei privaten Problemen“) erreicht einen Mittelwert unter dem Skalenmittelwert.

Mittelwerte unter vier erreichten die Items Flexibilität, Führungsfähigkeit, Offenheit im Umgang mit Problemen, Arbeitsbezogene Ratschläge von Kollegen, Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Kollegen, Zuhören und Verständnis von Kollegen in schwierigen beruflichen Situationen, Zuhören und Verständnis von Kollegen bei privaten Problemen, Anerkennung und Wertschätzung durch Kollegen, praktische Unterstützung durch Vorgesetzte, Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten bei privaten Problemen, Buchführungskennntnisse, Kenntnisse des Personalwesens, Umgang mit Medien, Kenntnisse arbeitsbezogener regionaler Netzwerke und Sprachkenntnisse.

Mit dem Kruskal-Wallis-Test wurden die Bewertungen auf Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnengruppen hin untersucht. Signifikante Unterschiede ergaben sich dabei nur bei dem Item Kennt-

nisse des Personalwesens (professionelle Ressourcen), das die AusbilderInnen signifikant höher bewerteten, als die RehabilitandenInnen und die ArbeitnehmerInnen ($\chi^2 = 6,477$, $df = 2$, $p = 0,037$). Bei allen anderen Items zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Ergänzungen. In drei offenen Fragen konnten die UntersuchungsteilnehmerInnen zusätzliche Ressourcen benennen. Insgesamt benannten die Untersuchungsteilnehmer 33 zusätzliche Ressourcen, die sie für relevant hielten.

Im Bereich personale Ressourcen wurden 21 Ergänzungen benannt, wobei teils mehrere Items in einer Antwort aufgeführt wurden. 15 Nennungen waren im Fragebogen bereits enthalten, 6 Nennungen (Nr. 3, 5, 6, 9, 13, 20) waren „echte“ Ergänzungen (wörtlich):

- Unternehmerisches Denken, Kreativität (Fähigkeit, kreative Lösungen zu entwickeln)
- Loyalität
- Kreativität
- für kaufmännische Aufgaben: Verständnis und Berücksichtigung wirtschaftlicher Zusammenhänge (gehört in den Bereich professionelle Ressourcen)
- Fairness und Gerechtigkeitsempfindung
- Frustrationskompetenz

Im Bereich soziale Ressourcen wurden sieben Ergänzungen benannt. Fünf Nennungen waren im Fragebogen bereits enthalten, zwei Nennungen (Nr. 5 und 7) waren „echte“ Ergänzungen:

- Aufrichtigkeit des Vorgesetzten
- Aufrichtigkeit der Kollegen

Im Bereich professionelle Ressourcen wurden fünf Ergänzungen benannt. Vier Nennungen waren im Fragebogen bereits enthalten, eine Nennung (Nr. 2) war eine „echte“ Ergänzung (vgl. auch Ergänzungen zu personalen Ressourcen):

- genaues Verständnis des Arbeitsauftrags, Verständnis darüber, wie das Arbeitsergebnis weiterverwendet wird (Folgen)

Anhand des Chi-Quadrat-Tests wurde untersucht, ob zwischen den Teilnehmergruppen Unterschiede bei der Häufigkeit zusätzlicher Benennungen bestanden. Signifikante Unterschiede ergaben sich weder insgesamt noch in Hinblick auf die einzelnen Ressourcenbereiche.

6.1.6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Fragebogenentwicklung

Aufgrund der Ergebnisse und weiterer Überlegungen wurden folgende Veränderungen an der Itemzusammenstellung vorgenommen:

1. Aufgrund der Befragungsergebnisse wurden die geringer ($M < 4,0$) bewerteten Items Flexibilität, Führungsfähigkeit, Offenheit im Umgang mit Problemen, Zuhören und Verständnis von KollegenInnen bei privaten Problemen, Zuhören und Verständnis von Vorgesetzten bei privaten Problemen, Buchführungskennnisse, Kennnisse des Personalwesens, Umgang mit Medien, Kennnisse arbeitsbezogener regionaler Netzwerke und Sprachkennnisse aus dem Fragebogen gestrichen. Sie beschreiben teilweise sehr spezielle (z.B. Führungsfähigkeit) bzw. eher arbeitsfernere Sachverhalte (z.B. Zuhören bei privaten Problemen).
2. Die ebenfalls geringer bewerteten Items Arbeitsbezogene Ratschläge von KollegenInnen, Zuhören und Verständnis von KollegenInnen in schwierigen beruflichen Situationen, Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch KollegenInnen, Anerkennung und Wertschätzung

durch KollegenInnen sowie praktische Unterstützung durch Vorgesetzte verblieben dagegen aus theoretischen Gründen im Fragebogen (Skalenbestandteile).

3. Die Items Arbeitsbezogene Informationen von KollegenInnen und Arbeitsbezogene Ratschläge von KollegenInnen sowie die Items Arbeitsbezogene Informationen von Vorgesetzten und Arbeitsbezogene Ratschläge von Vorgesetzten wurden jeweils zu einem Item Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von KollegenInnen bzw. Vorgesetzten zusammengezogen.
4. Ergänzt wurde der Fragebogen um die Items Aufrichtigkeit von Kolleginnen und Vorgesetzten (soziale Ressourcen) sowie Verständnis für Zusammenhänge (professionelle Ressourcen).
5. Die übrigen genannten Ergänzungen (unternehmerisches Denken, Loyalität, Kreativität, Fairness und Frustrationskompetenz) wurden nicht berücksichtigt, da sie sich entweder auf Teilaspekte (unternehmerisches Denken) bezogen oder nur bedingt berufsbezogen waren.

Damit umfasst die revidierte Fragebogenzusammenstellung, auf deren Grundlage Fragebogen-Items formuliert und in einer Voruntersuchung getestet wurden, 42 ressourcenbezogene Items (15 personale Ressourcen, 15 soziale Ressourcen, 12 professionelle Ressourcen):

Tabelle 24: Fragebogenentwurf nach der ExpertenInnenbefragung

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Professionelle Ressourcen
Teamfähigkeit	Zuverlässigkeit von KollegenInnen	Berufliche Fachkenntnisse
Konfliktfähigkeit	Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch KollegenInnen	Kenntnisse des betrieblichen Arbeitsfeldes
Selbstständigkeit	Aufrichtigkeit von KollegenInnen	Sicherheit in der Arbeit
Verantwortungsbereitschaft	Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von KollegenInnen	Berufliche Fertigkeiten und Arbeitsmethoden
Belastbarkeit und Ausdauer	Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch KollegenInnen	Textverständnis
Konzentrationsfähigkeit	Zuhören von KollegenInnen in schwierigen beruflichen Situationen	Schriftliche Ausdrucksfähigkeit
Auffassungsgabe	Ansprechbarkeit von KollegenInnen	Rechenfähigkeit
Problemlösefähigkeit	Zuverlässigkeit von Vorgesetzten	Mündliche Ausdrucksfähigkeit
Zuverlässigkeit	Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte	Internetkenntnisse
Kritisierbarkeit	Aufrichtigkeit von Vorgesetzten	EDV-Kenntnisse
Abgrenzungsfähigkeit	Fähigkeit von Vorgesetzten, bei Konflikten zu vermitteln	Umgang mit Kunden/soziale Kompetenzen
Organisationsfähigkeit	Arbeitsbezogene Informationen und Ratschläge von Vorgesetzten	Verständnis für Zusammenhänge
Selbstsicherheit	Arbeitsbezogene praktische Unterstützung durch Vorgesetzte	
Soziale Kompetenz	Zuhören von Vorgesetzten in schwierigen beruflichen Situationen	
Gesundheit	Ansprechbarkeit von Vorgesetzten	

6.2. Studie 2: Vorstudie

6.2.1. Fragestellung

Ziel der Vorstudie war es, Informationen zur Praktikabilität, Reliabilität und Validität des Untersuchungsinstruments zu gewinnen, um den Fragebogen ggfs. vor der Hauptuntersuchung anpassen zu können. Hierfür wurden ArbeitnehmerInnen aus dem kaufmännisch-verwaltenden Bereich und RehabilitandenInnen aus Umschulungen und Integrationsmaßnahmen untersucht.

Folgende Fragestellungen standen im Vordergrund:

1. Können mit dem Fragebogen die subjektiv wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen erfasst werden und zeigt sich die angenommene Skalenstruktur von weitgehend abgrenzbaren personalen, professionellen und sozialen Ressourcen??
2. Aufgrund ihrer größeren Fachkenntnisse und Berufserfahrung sollten ArbeitnehmerInnen ihre berufsrelevanten Ressourcen besser einschätzen als RehabilitandenInnen. Kann anhand des Fragebogens zwischen RehabilitandenInnen und ArbeitnehmernInnen unterschieden werden?
3. Entsprechend der stresstheoretischen Annahmen der Untersuchung (Kapitel 4) ist das Ausmaß wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit vom Ausmaß wahrgenommener Ressourcen abhängig. Wahrgenommene Kontrolle und Selbstwirksamkeit sollten wiederum mit subjektiven Gesundheitsindikatoren zusammenhängen. Zeigen sich die theoretischen angenommenen Zusammenhänge?
4. Im Laufe der beruflichen Rehabilitation sollten sich wahrgenommene Ressourcen verbessern. Können mit dem Fragebogen Veränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten bei den RehabilitandenInnen erfasst werden?

Für die Vorstudie wurden Fragebogenitems auf der Basis der Ressourcenitems aus der ExpertenInnenbefragung zufällig positiv oder negativ formuliert.

Zusätzlich integriert wurde in den Gesamtfragebogen der Fragebogen zur Beruflichen Selbstwirksamkeit (BSW-Skala) von Abele e.a. 2000, daraus abgeleitete Items zur wahrgenommenen Kontrolle, eine Belastetheitsskala (Hoffmeister e.a. 1988) sowie eine Frage zur Selbsteinschätzung des Allgemeinen Gesundheitszustandes. Außerdem enthielten die Fragebögen soziodemografische Fragen und Fragen zur Rehabilitation.

In der Vorstudie wurde der Fragebogen in einer Online-Befragung an zwei Zeitpunkten im Abstand von drei Monaten 24 RehabilitandenInnen und 37 ArbeitnehmernInnen aus dem Büro- und Verwaltungsbereich vorgelegt. In dem Fragebogen sollten die UntersuchungsteilnehmerInnen auf einer fünfstufigen Skala (Belastetheit-Items vierstufig wie in der Originalskala) angeben, wie stark die jeweiligen Aussagen derzeit auf sie zutreffen.

6.2.2. Stichprobengewinnung und Datenerhebung

Stichprobengewinnung

Für die Befragung wurden ein Berufsförderungswerk, Träger von Rehabilitationseinrichtungen und -maßnahmen sowie Firmen und Verwaltungen im Raum Köln-Bonn-Dortmund mit der Bitte angeschrieben, TeilnehmerInnen bzw. ArbeitnehmerInnen auf eine Mitarbeit an der Befragung anzusprechen.

In dem Anschreiben wurde das Projekt erläutert. Außerdem lag dem Anschreiben ein Musterfragebogen bei. Denjenigen MitarbeiterInnen, die an der Vorstudie teilnehmen wollten, wurde eine Information zur Studie ausgehändigt. Mit dem beiliegenden Formular konnten sie dann ihre Zustimmung zur Befragung und eine Mailadresse mitteilen, auf die der Fragebogenlink verschickt wurde.

Datenerhebung

Die Befragung wurde wiederum als Onlinebefragung auf dem Soscisurvey-Server (<http://www.soscisurvey.de>) durchgeführt. Der Fragebogen wurde zunächst in einem Pretest auf seine technische Funktionalität und Verständlichkeit überprüft. Dafür wurden fünf ProbandenInnen beim Ausfüllen beobachtet und gebeten, ihre Gedanken laut zu äußern. (vgl. Prüfer & Rexroth 2005)

Die erste Befragung hat in der Zeit vom 15.1.2013 bis zum 27.4.2013 stattgefunden, die zweite Befragung hat vom 15.4.2013 bis zum 11.7.2013 stattgefunden. Der Fragebogen konnte von jedem internetfähigen PC bearbeitet werden. Hierfür bekam jede/r UntersuchungsteilnehmerIn für die Befragungen einen individuellen Zugangscodes zur Bearbeitung des Fragebogens, der nach Abschluss der Befragung ungültig wurde. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass nur solche Personen Zugriff auf den Fragebogen hatten, die dazu berechtigt waren und jede Person die Fragebögen an beiden Befragungszeitpunkten nur einmal beantworten konnte. Anhand des Zugangscodes konnten die Daten der beiden Messzeitpunkte außerdem eindeutig zugeordnet werden.

Die Bearbeitung der Fragebögen nahm jeweils etwa 20 bis 25 Minuten in Anspruch.

ProbandenInnen, die sich zwar zu einer Teilnahme bereit erklärt hatten, den Fragebogen aber nicht ausgefüllt hatten, wurden mit einem Nachfassanschreiben an die Fragebogenbearbeitung erinnert.

Im Folgenden wird der Erhebungsverlauf der einzelnen Messzeitpunkte dargestellt.

Messzeitpunkt 1. Insgesamt 74 Personen erklärten sich bereit, an der Befragung teilzunehmen. Sie wurden per Mail zur Befragungsteilnahme eingeladen. 67 Personen klickten den Fragebogen an. 61 Personen füllten den Fragebogen teilweise oder vollständig aus.

Die Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 25: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten MZP 1

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ		
Seite 9	37	37	37
Seite 8	24	24	61
Gesamt	61	61	

Messzeitpunkt 2. In der zweiten Befragung wurden alle 61 ProbandenInnen, die an der ersten Befragung teilgenommen haben, befragt. 60 Personen riefen den Fragebogen auf. 54 Personen füllten den Fragebogen ganz oder teilweise aus.

Die Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 26: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten MZP 2

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ		
Seite 9	52	52	52
Seite 2	0	2	54
Gesamt	52	54	

Die folgende Grafik zeigt die Teilnahmeentwicklung zusammenfassend:

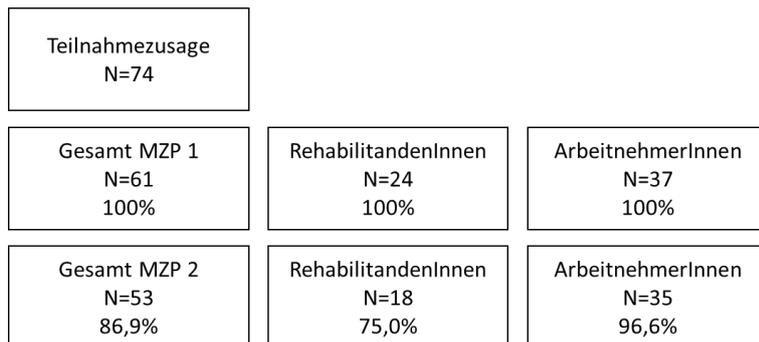


Abbildung 30: Befragungsentwicklung Vorstudie

An der ersten Befragung nahmen insgesamt 61 Personen (24 RehabilitandenInnen, 37 ArbeitnehmerInnen) teil. An der zweiten Befragung beteiligten sich insgesamt 53 Personen (18 RehabilitandenInnen, 35 ArbeitnehmerInnen) was einer Gesamtrücklaufquote von 86,9% entspricht, die aber bei RehabilitandenInnen (75%) und ArbeitnehmerInnen (94,6%) unterschiedlich hoch war.

6.2.3. Deskriptive Ergebnisse

Das Durchschnittsalter bei der ersten Befragung betrug 41,3 Jahre, 50,8% waren Frauen, 49,2% Männer. Hinsichtlich Alter und Geschlecht ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen. Hinsichtlich der Schulabschlüsse ergaben sich zwischen beiden Gruppen signifikante Unterschiede dahingehend, dass bei den RehabilitandenInnen der Anteil mit Hauptschulabschluss deutlich höher war als bei den ArbeitnehmerInnen, bei den ArbeitnehmerInnen war dagegen der Anteil der AbiturientenInnen deutlich größer ($\chi^2=16,186$; $df=4$, $p=0,003$). Bei der RehabilitandenInnengruppe war der Anteil derer, die keinen Berufsabschluss hatten, deutlich größer und der Anteil derer, die einen Hochschulabschluss hatten, deutlich geringer als in der ArbeitnehmerInnengruppe ($\chi^2=11,709$, $df=2$, $p=0,003$).

Das Durchschnittsalter bei der zweiten Befragung betrug 42,0 Jahre, 54,7% waren Frauen, 45,3% Männer. Hinsichtlich Alter und Geschlecht ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen. Hinsichtlich der Schulabschlüsse ergaben sich wie auch zum ersten Befragungszeitpunkt zwischen beiden Gruppen signifikante Unterschiede dahingehend, dass bei den RehabilitandenInnen der Anteil mit Hauptschulabschluss deutlich höher war als bei den ArbeitnehmerInnen, bei den ArbeitnehmerInnen war dagegen der Anteil der AbiturientenInnen deutlich höher ($\chi^2=11,907$, $df=4$, $p=0,018$). Bei der RehabilitandenInnengruppe war der Anteil mit Hochschulabschluss deutlich geringer als in der ArbeitnehmerInnengruppe ($\chi^2=7,141$, $df=2$, $p=0,028$). Von den RehabilitandenInnen gab der weit überwiegende Teil (76,4%) eine psychische Erkrankung als Rehagrund an.

6.2.4. Ergebnisse MZP 1

6.2.4.1. Itemkennwerte und Korrelationsanalyse der Items

Itemkennwerte. Die Verteilungen sind überwiegend linksschief aber recht unterschiedlich steil. Die Itemmittelwerte liegen zwischen 2,10 (Bedrückung) und 4,44 (Zuverlässigkeit).

Korrelationsanalyse der Items. Eine explorative Faktorenanalyse der Ressourcenitems erbrachte eine komplexe Faktorenstruktur mit 12 Faktoren, die den theoretisch angenommenen Skalen nicht eindeutig zugeordnet werden konnten. Die Einzelitems der Ressourcenskalen wurden daher in einer Korrelationsanalyse dahingehend untersucht, inwieweit sie den angenommenen drei Skalen zuzuordnen sind. Von drei abgrenzbaren Skalen kann man ausgehen, wenn die Items einer Skala untereinander höher korrelieren als mit den Items anderer Skalen und wenn die Korrelationen der Einzelitems zu den Skalenwerten höher sind als zu den fremden Skalen.

Zur Überprüfung wurde folgendes Vorgehen gewählt:

1. Umwandlung der Korrelationsmatrix (Einzelitems, theoretisch angenommene Skalen) in eine SPSS-Datendatei
2. Erstellung von Häufigkeitstabellen für die Itemkorrelationen innerhalb und zwischen den Bereichen
3. Umwandlung in BIN-Tabellen in .10-er-Schritten (-.3 bis 1.0)
4. Ermittlung der durchschnittlichen Itemkorrelationen innerhalb und zwischen den Bereichen und statistischer Vergleich auf der Basis von Z-Werten (Wilcoxon-Test)
5. Ermittlung der durchschnittlichen Itemkorrelationen zu den angenommenen Ressourcenskalen und statistischer Vergleich auf der Basis von Z-Werten (Wilcoxon-Test)
6. Ermittlung von Korrelationen der Einzelitems mit Einzelitems anderer Skalen $> .50$
7. Ermittlung der Korrelationen der angenommenen Skalen untereinander und Vergleich der Skalenkorrelationen

Anhand dieser Tabellen wird ersichtlich, dass die Korrelationshöhen der Items innerhalb desselben Ressourcenbereichs untereinander tendenziell höher sind als zu Items der anderen Ressourcenbereiche. Der statistische Vergleich der Korrelationshöhen ergibt für die einzelnen Ressourcenbereiche folgendes Bild:

Items personale Ressourcen. Die Itemkorrelationen zwischen den Items zu den personalen Ressourcen sind ähnlich hoch wie Korrelationen zu den Items zu professionellen Ressourcen. Zu den Items zu sozialen Ressourcen sind die Korrelationen niedriger. Die durchschnittlichen Korrelationen (Z-Werte) sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Tabelle 27: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
PERSRESS – PERSRESS	15	0,37	0,097
PERSRESS – SOZRESS	15	0,19	0,054
PERSRESS – PROFRESS	15	0,36	0,090

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Die durchschnittlichen Korrelationen der Items zu Items der personalen Ressourcen sind signifikant höher als die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der sozialen Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$) und zu den Items der professionellen Ressourcen ($z=-1,998$, $p=0,047$). Außerdem sind die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der professionellen Ressourcen signifikant höher als zu den Items der sozialen Ressourcen ($z=-3,41$, $p=0,001$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den angenommenen Skalen. Die Korrelationen

zum Skalenwert Personale Ressourcen war signifikant höher als zu den Skalenwerten Soziale Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$) und Professionelle Ressourcen ($z=-3,237$, $p=0,001$).

Besonders hohe Korrelationen ($> .50$) von Items des Bereichs soziale Ressourcen mit Items zu personalen Ressourcen zeigten sich nicht.

Besonders hoch korrelieren aus dem professionellen Ressourcenbereich die Items Fachkenntnisse, Selbstsicherheit in der Arbeit, berufliche Fertigkeiten, schriftliche Ausdrucksfähigkeit, EDV-Kenntnisse, Umgang mit Kunden und Verständnis für arbeitsbezogene Zusammenhänge mit Items zu personalen Ressourcen.

Items soziale Ressourcen. Die Korrelationen zwischen den Items zu sozialen Ressourcen sind höher als die Korrelationen zu den Items der personalen und professionellen Ressourcen:

Tabelle 28: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
SOZRESS – PERSRESS	15	0,19	0,058
SOZRESS – SOZRESS	15	0,32	0,040
SOZRESS – PROFESS	15	0,22	0,068

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFESS=Professionelle Ressourcen

Die durchschnittlichen Korrelationen der Items zu sozialen Ressourcen untereinander sind signifikant höher als die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der personalen Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$) und den Items der professionellen Ressourcen ($z=-3,181$, $p=0,001$). Nur tendenziell höher sind die durchschnittlichen Korrelationen zwischen sozialen und professionellen Ressourcenitems als die Korrelationen zwischen sozialen und personalen Ressourcenitems ($z=-1,82$, $p=0,069$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den angenommenen Skalen. Die Korrelationen zum Skalenwert Soziale Ressourcen war signifikant höher als zu den Skalenwerten Personale Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$) und Professionelle Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$).

Besonders hohe Korrelationen von Items des Bereichs personaler Ressourcen mit Items zu sozialen Ressourcen zeigten sich nicht.

Besonders hoch korrelieren die Items Selbstsicherheit in der Arbeit sowie Verständnis für arbeitsbezogene Zusammenhänge mit Items zu sozialen Ressourcen.

Items professionelle Ressourcen. Die Items zu den professionellen Ressourcen korrelieren untereinander ähnlich hoch wie zu den Items der personalen Ressourcen. Die Korrelationen zu den Items zu sozialen Ressourcen sind insgesamt niedriger:

Tabelle 29: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
PROFRESS – PERSRESS	12	0,36	0,085
PROFRESS – SOZRESS	12	0,22	0,063
PROFRESS – PROFESS	12	0,39	0,094

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFESS=Professionelle Ressourcen

Die durchschnittlichen Korrelationen der Items professioneller Ressourcen untereinander sind signifikant höher als die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der personalen Ressourcen ($z=-2,589$, $p=0,01$) und den Items der sozialen Ressourcen ($z=-2,981$, $p=0,003$). Außerdem sind die durchschnittlichen Korrelationen zu den zu den personalen Ressourcenitems signifikant höher als zu den sozialen Ressourcenitems ($z=-2,90$, $p=0,004$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den angenommenen Skalen. Die Korrelationen zum Skalen-

wert Professionelle Ressourcen war signifikant höher als zu den Skalenwerten Soziale Ressourcen ($z=-3,059$, $p=0,002$) und Personale Ressourcen ($z=-3,061$, $p=0,002$).

Besonders hoch korrelieren aus dem personalen Ressourcenbereich die Items Konfliktfähigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, Auffassungsgabe, Problemlösefähigkeit, Organisationsfähigkeit, Selbstsicherheit und soziale Kompetenz mit Items zu professionellen Ressourcen.

Aus dem sozialen Ressourcenbereich korreliert das Item Ansprechbarkeit Vorgesetzte besonders hoch mit Items zu professionellen Ressourcen.

Skalenkorrelationen. Die Korrelationen der theoretisch angenommenen Skalen untereinander ergab folgendes Bild:

Tabelle 30: Korrelationen der angenommenen Ressourcenskalen MZP 1

		PERSRESS	SOZRESS	PROFRESS
PERSRESS	Pearson Correlation	1	,493	,824
	Sig. (1-tailed)		< ,001	< ,001
	N	61	61	61
SOZRESS	Pearson Correlation	,493	1	,558
	Sig. (1-tailed)	< ,001		< ,000
	N	61	61	61
PROFRESS	Pearson Correlation	,824	,558	1
	Sig. (1-tailed)	< ,001	< ,001	
	N	61	61	61

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Alle Skalen korrelieren auf mittlerem bis hohem Niveau signifikant miteinander. Der Vergleich der Korrelationshöhen (vgl. Steiger 1980) ergab eine signifikant höhere Korrelation zwischen Personalen und Professionellen Ressourcen als zwischen Personalen und Sozialen Ressourcen ($z=-4,208$, $p<0,001$). Nicht signifikant unterschieden sich die Korrelationen zwischen Sozialen Ressourcen und Personalen bzw. Professionellen Ressourcen ($z=-0,999$, $p=0,159$). Signifikant höher korrelierten wiederum Professionelle und Personale Ressourcen im Vergleich zu Professionellen und Sozialen Ressourcen ($z=3,363$, $p<0,001$).

Der Vergleich der Itemkorrelationsstrukturen bei ArbeitnehmernInnen und bei RehabilitandenInnen zeigte keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen (ArbeitnehmerInnen, RehabilitandenInnen).

Die Korrelationsanalyse zeigt insgesamt einen engen Zusammenhang der Items zu personalen und professionellen Ressourcen. Obwohl die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb der Skalen signifikant höher sind als die zu den Items der jeweils anderen Skala, korrelieren sowohl einzelne Items als auch die theoretisch angenommenen Skalen hoch miteinander. Das Ergebnis spricht insgesamt dafür, von einer gemeinsamen Skala Personale und Professionelle Ressourcen auszugehen.

6.2.4.2. Skalenwerte und Reliabilität

Skalenwerte. Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtmittelwerte der einzelnen Skalen. Die Skalen Personale und Professionelle Ressourcen sind hier in einer Skala zusammengefasst:

Tabelle 31: Skalenwerte Vorstudie MZP 1

Variable	N	Mean	Std Abw	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schiefe	S.E. Schiefe	Min.	Max.
PERSPROF	61	3,89	,62	,38	,92	,60	-,97	,30	1,96	4,81
SOZRESS	61	3,86	,57	,33	-,08	,60	-,23	,31	2,47	5,00
KON	61	3,57	,48	,23	,49	,60	,12	,31	2,33	4,67
SW	61	3,93	,90	,81	,28	,60	-1,07	,31	1,67	5,00
BEL (1-4)	61	2,68	,69	,47	-,61	,60	-,12	,31	1,25	4,00
AGZ	61	3,02	,79	,62	-,80	,60	,18	,31	2,00	5,00

PERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, KON=Kontrolle, SW=Selbstwirksamkeit, BEL=Belastetheit, AGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Gesamtmittelwerte liegen alle im Bereich zwischen 3,02 und 3,89, also im mittleren Bereich. Der Gesamtmittelwert für Belastetheit (Skalenspannweite 1-4) liegt mit 2,68 leicht über dem Skalenmittelwert. Abweichungen von der Normalverteilung ergaben sich in den Tests bei Sozialen Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheitszustand.

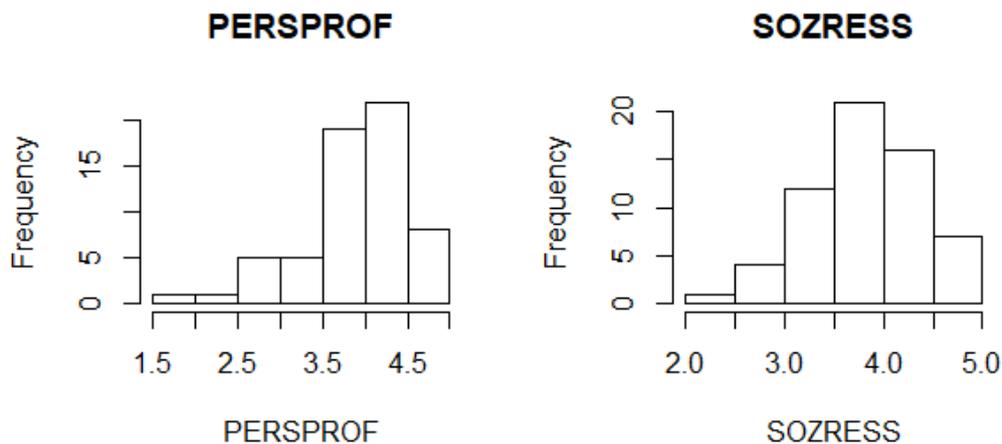


Abbildung 31: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Vorstudie MZP 1

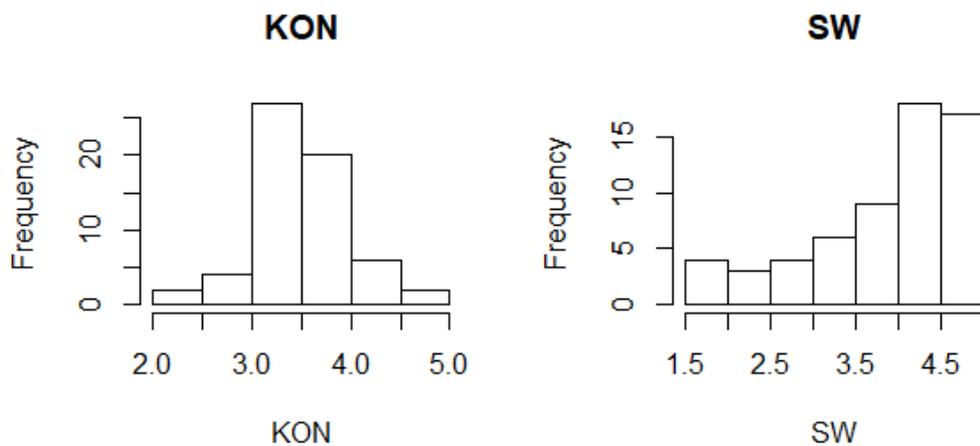


Abbildung 32: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 1

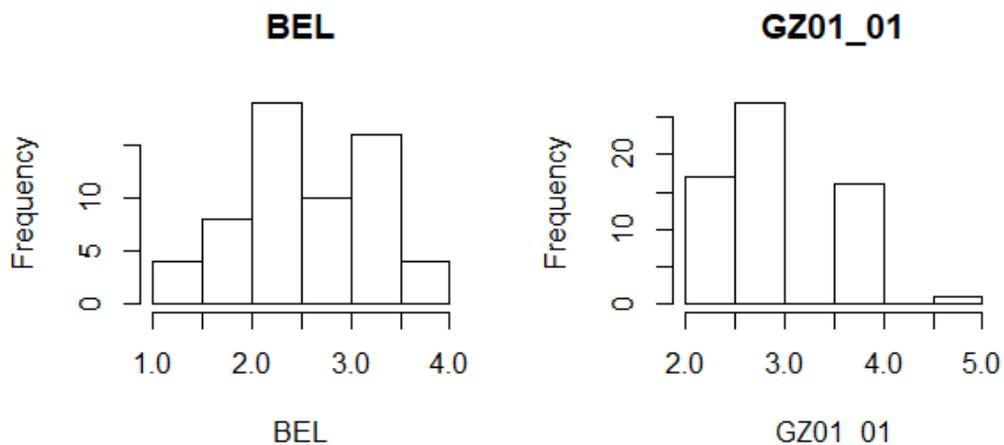


Abbildung 33: Belastetheit, Gesundheit Vorstudie MZP 1

Reliabilität. Zur Reliabilitätsbestimmung wurde für die Einzelskalen Cronbachs Alpha und die Item-trennschärpen berechnet. Dabei ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 32: Reliabilität und Trennschärfe Vorstudie MZP 1

Skalen	Reliabilität	Item-Trennschärfe
	$\alpha =$	$r_{it.min} - r_{it.max}$
Personale und Professionelle Ressourcen	0,93	0,28 – 0,73
Soziale Ressourcen	0,86	0,41 – 0,62
Kontrolle	0,36	0,03 – 0,30
Selbstwirksamkeit	0,87	0,55 – 0,83
Belastetheit	0,78	0,49 – 0,64

Bei den Ressourcenskalen sowie bei den Skalen Selbstwirksamkeit und Belastetheit ergaben sich gute Werte. Deutlich niedriger war der Wert für die Skala Kontrolle, bei der auch die Item-Trennschärpen insgesamt sehr niedrig waren.

Die Trennschärfen lagen bei den anderen Skalen überwiegend im akzeptablen Bereich (>,30). Unterschritten wurde der Wert in den Ressourcenskalen von den Items „Kritisierbarkeit“ ($r_{it}=0,28$) und „Mündliche Ausdrucksfähigkeit“ ($r_{it}=0,27$).

6.2.4.3. Gruppenunterschiede

In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen-Gruppen (RehabilitandenInnen und ArbeitnehmerInnen) untersucht. Damit soll die Annahme überprüft werden, dass bei RehabilitandenInnen die wg. Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren niedriger ausgeprägt sind als bei ArbeitnehmerInnen.

Tabelle 33: Varianzanalysen Vorstudie MZP 1

		N	Mean	F	Sig.
Personale und professionelle Ressourcen	RehabilitandenInnen	24	3,53	15,952	< ,001
	ArbeitnehmerInnen	37	4,12		
	Total	61	3,89		
Soziale Ressourcen	RehabilitandenInnen	24	3,74	1,835	,181
	ArbeitnehmerInnen	37	3,94		
	Total	61	3,86		
Kontrolle	RehabilitandenInnen	24	3,44	3,138	,082
	ArbeitnehmerInnen	37	3,66		
	Total	61	3,57		
Selbstwirksamkeit	RehabilitandenInnen	24	3,34	22,828	< ,001
	ArbeitnehmerInnen	37	4,31		
	Total	61	3,93		
Allg. Gesundheitszustand	RehabilitandenInnen	24	2,71	6,667	,012
	ArbeitnehmerInnen	37	3,22		
	Total	61	3,02		
Belastetheit	RehabilitandenInnen	24	2,96	7,352	,009
	ArbeitnehmerInnen	37	2,49		
	Total	61	2,68		

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich hinsichtlich der Variablen Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, allg. Gesundheitszustand und Belastetheit.

Tendenzielle Unterschiede zeigten sich bei Kontrolle.

Keine signifikanten Unterschiede zeigten bei den wg. Sozialen Ressourcen.

Alle Unterschiede waren modellgerecht, d.h. die ArbeitnehmerInnen schätzten ihre Ressourcen und den Gesundheitszustand besser und ihre Belastetheit geringer ein als die RehabilitandenInnen.

6.2.4.4. Korrelative Zusammenhänge der Skalen MZP1

Das hinter der Untersuchung stehende Modell geht davon aus, dass wg. Ressourcen und Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren miteinander in Zusammenhang stehen. Zur Überprüfung der Annahmen wurden Korrelationen der Bereiche berechnet.

Tabelle 34: Korrelationen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 1

		KON	SW
PERSPROF	Pearson Correlation	,338	,717
	Sig. (1-tailed)	,004	< ,001
	N	61	61
SOZRESS	Pearson Correlation	,325	,480
	Sig. (1-tailed)	,005	< ,001
	N	61	61

PERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, KON=Kontrolle, SW=Selbstwirksamkeit, KSW=Kontrolle

Zwischen Personalen und Professionellen Ressourcen und Kontrolle und Selbstwirksamkeit wurden signifikante positive Korrelationen gefunden. Zu Kontrolle ist die Korrelation schwach, zu Selbstwirksamkeit ist die Korrelationen hoch. Bei den Sozialen Ressourcen ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei die Korrelationen insgesamt niedriger sind.

Tabelle 35: Korrelationen Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Allgemeiner Gesundheitszustand und Belastetheit Vorstudie MZP 1

		AGZ	BEL
KON	Pearson Correlation	,180	-,408
	Sig. (1-tailed)	,082	,001
	N	61	61
SW	Pearson Correlation	,465	-,505
	Sig. (1-tailed)	< ,001	< ,001
	N	61	61

KON=Kontrolle, SW=Selbstwirksamkeit, BEL=Belastetheit, AGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

Zwischen Kontrolle und Allgemeinem Gesundheitszustand zeigte sich keine signifikante Korrelation, mit Belastetheit zeigte sich dagegen eine signifikante mittlere modellgerechte Korrelation.

Die Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeit und Allgemeinem Gesundheitszustand und Belastetheit waren signifikant und lagen im mittleren Bereich.

Offensichtlich steht Kontrolle nur mit Belastetheit in Zusammenhang, nicht aber mit Allgemeinem Gesundheitszustand, Selbstwirksamkeit hingegen mit beiden Gesundheitsindikatoren.

6.2.4.5. Ergänzungen der Befragten

In der ersten Befragung konnten die BefragungsteilnehmerInnen im Rahmen von offenen Fragen Ergänzungen zu den drei Ressourcenbereichen und allgemeine Ergänzungen zur Befragung machen.

Zu den Personalen Ressourcen machte ein Befragter eine Ergänzung, in der er auf persönliche Zusammenhänge verwies („Wenn ich über genug Energie verfüge, bin ich leistungsfähig und habe ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein“).

Sechs Anmerkungen bezogen sich auf Soziale Ressourcen. Eine davon bezog sich auf Schwierigkeiten bei der Fragenbeantwortung („Die Fragen sind teils sehr umständlich formuliert..man muss schon sehr genau überlegen, um sinnvoll zu antworten!“), eine weitere auf eigene Erwartungshaltungen („Meine Erwartungshaltung ist immer situations- und personenbezogen..“). Zwei bezogen sich auf Erwartungen an Vorgesetzte, zwei weitere auf KollegenInnen und Vorgesetzte („Ich erwarte das Mitarbeiter und Vorgesetzt in schwierigen Situationen mir Rat und Tat auch mal zur Seite stehen“).

Drei Ergänzungen bezogen sich auf Professionelle Ressourcen. Ein Befragter äußerte, keine Ergänzungen zu haben. Eine Äußerung bezog sich auf den Bezugsrahmen der Fragebogenbearbeitung („Ich habe mich jetzt auf den Lernort BFW bezogen und die Kenntnisse/ Fertigkeiten, die ich im privaten Bereich gesammelt habe..“), die dritte Äußerung stellte die Möglichkeit, sich immer weiter zu verbes-

sern, in den Mittelpunkt („Es kommt auf den Maßstab an: Ich kann mich doch immer verbessern und meine Fähigkeiten trainieren und optimieren“).

Sechs Äußerungen bezogen sich auf allgemeine Ergänzungen zu der Befragung. Zwei der Äußerungen betonten die Sinnhaftigkeit des Projekts („Ich finde es sehr sinnvoll, dass eine Befragung dieser Art gemacht wird und wünsche mir, dass die Fragen und Antworten auch im Berufsleben berücksichtigt werden“). Zwei weitere Äußerungen nahmen auf allgemeine bzw. eigene Krankheits Hintergründe Bezug („Ich arbeite zur Zeit Teilzeit, da ich eine Rheumatischen Muskelerkrankung habe“). Eine Äußerung erläuterte die eigene Arbeitssituation („Die Antworten zu den Fragen beruhen auf der derzeitigen Arbeitssituation mit Urlaubs- und Dauererkrankenvertretung“) und eine bezog sich auf Schwierigkeiten bei der Fragebogenbearbeitung („Die Fragestellung ist mitunter nicht immer eindeutig“).

6.2.5. Ergebnisse MZP 2

6.2.5.1. Itemkennwerte und Korrelationsanalyse der Items

Itemkennwerte. Die Übersicht über die Itemkennwerte zeigt, dass die Mittelwerte der Einzelitems unterschiedlich hoch ausgefallen sind. Die Verteilungen sind überwiegend linksschief, aber recht unterschiedlich steil. Die Itemmittelwerte liegen zwischen 2,34 (Bedrückung) und 4,48 (Verständnis für Zusammenhänge).

Korrelationsanalyse der Items. Wie beim ersten Messzeitpunkt wurde die Korrelationsstruktur der Items einer Korrelationsanalyse unterzogen (zum Vorgehen siehe 6.2.4.1.).

Anhand dieser Tabellen wird wie beim ersten Messzeitpunkt deutlich, dass die Korrelationshöhen der Items innerhalb desselben Ressourcenbereichs tendenziell untereinander höher sind als zu Items der anderen Ressourcenbereiche. Der statistische Vergleich der Korrelationshöhen ergibt für die einzelnen Ressourcenbereiche folgendes Bild:

Items personale Ressourcen. Die Itemkorrelationen zwischen den Items zu den personalen Ressourcen sind ähnlich hoch wie Korrelationen zu den Items zu professionellen Ressourcen. Zu den Items zu sozialen Ressourcen sind die Korrelationen niedriger. Die durchschnittlichen Korrelationen (Z-Werte) sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Tabelle 36: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen MZP 2 (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
PERSRESS – PERSRESS	15	0,51	0,12
PERSRESS – SOZRESS	15	0,27	0,07
PERSRESS – PROFRESS	15	0,45	0,12

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Die durchschnittlichen Korrelationen der Items zu Items der personalen Ressourcen sind signifikant höher als die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der sozialen Ressourcen ($z=-3,41$, $p=0,001$) und zu den Items der professionellen Ressourcen ($z=-2,04$, $p=0,041$). Außerdem sind die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der professionellen Ressourcen signifikant höher als zu den Items der sozialen Ressourcen ($z=-3,24$, $p=0,001$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den angenommenen Skalen. Die Korrelationen zum Skalenwert Personale Ressourcen war signifikant höher als zu den Skalenwerten Soziale Ressourcen ($z=-3,351$, $p=0,001$) und Professionelle Ressourcen ($z=-3,124$, $p=0,002$).

Besonders hohe Korrelationen ($> .50$) zu Items aus dem sozialen Ressourcenbereich zeigten sich für Zuverlässigkeit KollegenInnen, Aufrichtigkeit Vorgesetzte, Konfliktvermittlungsfähigkeit Vorgesetzte und Ansprechbarkeit Vorgesetzte.

Besonders hoch korrelieren aus dem professionellen Ressourcenbereich die Items Fachkenntnisse, Feldkenntnisse, Selbstsicherheit in der Arbeit, Textverständnis, schriftliche Ausdrucksfähigkeit, Rechenfähigkeit, Internetkenntnisse, Umgang mit Kunden und Verständnis für arbeitsbezogene Zusammenhänge mit Items zu personalen Ressourcen.

Items soziale Ressourcen. Die Korrelationen zwischen den Items zu sozialen Ressourcen sind höher als die Korrelationen zu den Items zu personalen und professionellen Ressourcen:

Tabelle 37: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen MZP 2 (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
SOZRESS1 – PERSRESS1	15	0,27	0,09
SOZRESS1 – SOZRESS1	15	0,36	0,09
SOZRESS1 – PROFRESS1	15	0,26	0,09

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Die durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den Items der sozialen Ressourcen sind signifikant höher als die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der personalen Ressourcen ($z=-3,35$, $p=0,001$) und den Items der professionellen Ressourcen ($z=-3,18$, $p=0,001$). Zwischen den durchschnittlichen Korrelationen sozialer Ressourcenitems zu personalen und professionellen Ressourcenitems zeigte sich kein Unterschied. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den angenommenen Skalen. Die Korrelationen zum Skalenwert Soziale Ressourcen war signifikant höher als zu den Skalenwerten Personale Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$) und Professionelle Ressourcen ($z=-3,408$, $p=0,001$).

Besonders hoch korrelierten aus dem personalen Ressourcenbereich die Items Konfliktfähigkeit, Organisationsfähigkeit und soziale Kompetenz mit Items zu sozialen Ressourcen.

Besonders hoch korrelieren die Items Fachkenntnisse, Feldkenntnisse und Selbstsicherheit in der Arbeit mit Items zu sozialen Ressourcen.

Items professionelle Ressourcen. Die Items zu den professionellen Ressourcen korrelieren untereinander ähnlich hoch wie zu den Items der personalen Ressourcen. Die Korrelationen zu den Items zu sozialen Ressourcen sind insgesamt niedriger:

Tabelle 38: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen MZP 2 (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
PROFRESS – PERSRESS	12	0,45	0,12
PROFRESS – SOZRESS	12	0,26	0,09
PROFRESS – PROFRESS	12	0,54	0,14

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Die durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den Items der professionellen Ressourcen sind signifikant höher als die durchschnittlichen Korrelationen zu den Items der personalen Ressourcen ($z=-2,98$, $p=0,003$) und den Items der sozialen Ressourcen ($z=-3,06$, $p=0,002$). Außerdem sind die durchschnittlichen Korrelationen zwischen personalen Ressourcenitems und professionellen Ressourcenitems signifikant höher als zwischen sozialen und professionellen Ressourcenitems ($z=-3,06$, $p=0,002$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der durchschnittlichen Korrelationen der Items zu den angenommenen Skalen. Die Korrelationen zum Skalenwert Professionelle Ressourcen war signifikant höher als zu den Skalenwerten Soziale Ressourcen ($z=-3,059$, $p=0,002$) und Personale Ressourcen ($z=-3,059$, $p=0,002$).

Besonders hoch korrelieren aus dem personalen Ressourcenbereich die Items Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Selbstständigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, Auffassungsgabe, Problemlösefähigkeit, Kritisierbarkeit, Organisationsfähigkeit, Selbstsicherheit und soziale Kompetenz mit Items zu professionellen Ressourcen.

Aus dem sozialen Ressourcenbereich korreliert die Items Zuverlässigkeit Kollegen, Information und Ratschläge Vorgesetzte und Aufrichtigkeit Vorgesetzte besonders hoch mit Items zu professionellen Ressourcen.

Skalenkorrelationen. Die Korrelationen der theoretisch angenommenen Skalen untereinander ergab folgendes Bild:

Tabelle 39: Korrelationen der angenommenen Ressourcenskalen MZP 2

		PERSRESS	SOZRESS	PROFRESS
PERSRESS	Pearson Correlation		,569	,825
	Sig. (1-tailed)		<,001	<,001
	N		52	52
SOZRESS	Pearson Correlation	,569		,571
	Sig. (1-tailed)	<,001		<,001
	N	52		52
PROFRESS	Pearson Correlation	,825	,571	
	Sig. (1-tailed)	<,001	<,001	
	N	52	52	

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Alle Skalen korrelieren auf mittlerem bis hohem Niveau signifikant miteinander. Der Vergleich der Korrelationshöhen (vgl. Steiger 1980) ergab eine signifikant höhere Korrelation zwischen Personalen und Professionellen Ressourcen als zwischen Personalen und sozialen Ressourcen ($z=-3,194$, $p<0,001$). Nicht signifikant unterschieden sich die Korrelationen zwischen Sozialen Ressourcen und Personalen bzw. Professionellen Ressourcen ($z=-0,029$, $p=0,488$). Signifikant höher korrelierten wiederum Professionelle und Personale Ressourcen im Vergleich zu Professionellen und Sozialen Ressourcen ($z=3,168$, $p=0,001$).

Der Vergleich der Itemkorrelationsstrukturen bei ArbeitnehmernInnen und bei RehabilitandenInnen zeigte keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen.

Auch die Analyse des zweiten Messzeitpunkts zeigt einen engen Zusammenhang zwischen den Items zu personalen und professionellen Ressourcen, obwohl die Korrelationen zwischen den Items derselben Skala signifikant höher sind als zu den Items der jeweils anderen Skala. Da sowohl einzelne Items als auch die theoretisch angenommenen Skalen Personale und Professionelle Ressourcen hoch miteinander korrelieren, spricht auch das Ergebnis der Korrelationsanalyse des zweiten Messzeitpunktes für eine gemeinsame Skala Personale und Professionelle Ressourcen.

6.2.5.2. Skalenwerte und Reliabilität

Skalenwerte. Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtmittelwerte der einzelnen Skalen:

Tabelle 40: Skalenwerte Vorstudie MZP 2

Variable	N	Mittelwert	Std Abw	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schiefe	S.E. Schiefe	Min.	Max.
PERSPROF	52	3,96	,70	,49	,43	,64	-,81	,32	1,96	4,80
SOZRESS	52	3,83	,62	,39	2,40	,65	-1,07	,33	1,60	4,87
KON	52	3,63	,56	,32	1,00	,65	,20	,33	2,00	5,00
SW	52	3,94	,81	,66	,60	,65	-,99	,33	1,67	5,00
BEL (1-4)	52	2,72	,72	,51	-,44	,65	-,30	,33	1,00	4,00
AGZ	52	3,06	,78	,60	-1,32	,65	-,10	,33	2,00	4,00

PERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, KON=Kontrolle, SW=Selbstwirksamkeit, BEL=Belastetheit, AGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

Wie beim ersten Messzeitpunkt liegen die Skalenmittelwerte im oberen mittleren Bereich. Mit 2,72 liegt der Gesamtmittelwert für Belastetheit (Skalenspannweite 1-4) etwas höher als beim ersten Messzeitpunkt. Abweichungen von der Normalverteilung ergaben sich in den Tests bei Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Gesundheitszustand.

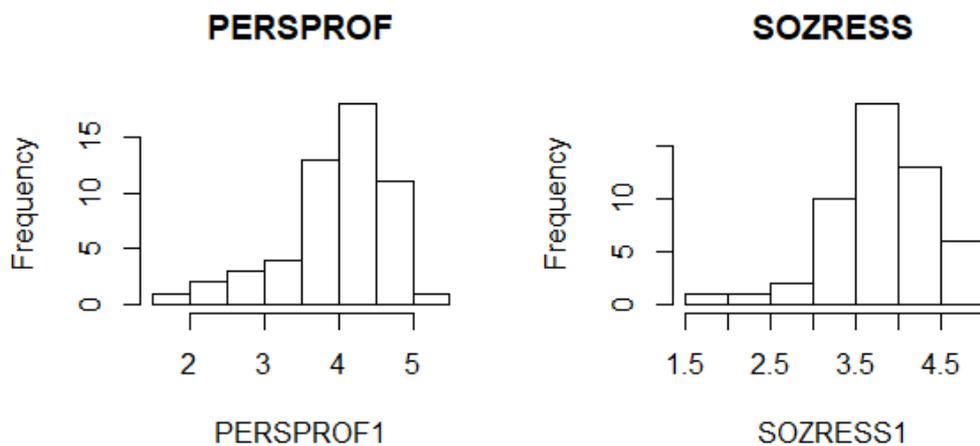


Abbildung 34: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Vorstudie MZP 2

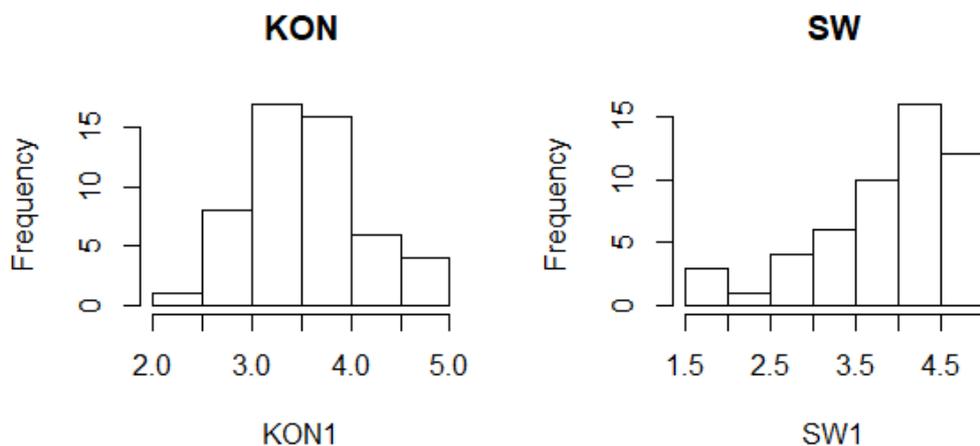


Abbildung 35: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 2

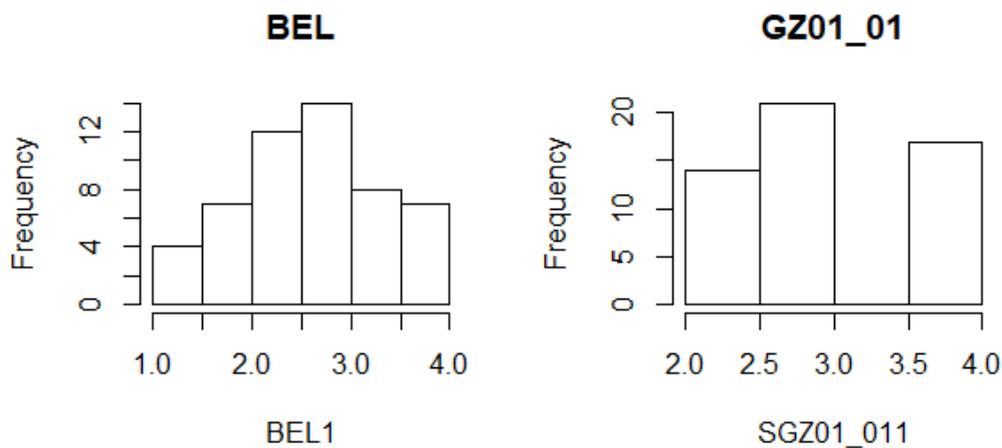


Abbildung 36: Belastetheit, Gesundheit Vorstudie MZP 2

Reliabilität. Bei der Reliabilitätsbestimmung ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 41: Reliabilität und Trennschärfe Vorstudie MZP 2

Skalen	Reliabilität	Item-Trennschärfe
	$\alpha =$	$r_{it.min} - r_{it.max}$
Personale und Professionelle Ressourcen	0,95	0,38 – 0,85
Soziale Ressourcen	0,88	0,28 – 0,73
Kontrolle	0,55	0,07 – 0,62
Selbstwirksamkeit	0,86	0,58 – 0,74
Belastetheit	0,83	0,48 – 0,79

Wie beim ersten Messzeitpunkt ergaben sich bei der Reliabilitätsbestimmung bei den Ressourcenskalen sowie bei den Skalen Selbstwirksamkeit und Belastetheit gute Werte. Niedriger war der Wert für die Skala Kontrolle.

Die Trennschärfen lagen beim zweiten Messzeitpunkt bei allen Skalen mit Ausnahme der Skala Kontrolle überwiegend im akzeptablen Bereich ($>.30$). Unterschritten wurde der Wert in der Skala Kontrolle von den Items Anforderungen bewältigen (Allg.) ($r_{it}=0,1431$), Fähigkeiten (Allg.) ($r_{it}=0,0683$) und Schwierigkeiten (Allg.) ($r_{it}=0,0574$). In der Skala Soziale Ressourcen wurde er bei Verständnis Vorgesetzte ($r_{it}=0,2823$) unterschritten.

6.2.5.3. Gruppenunterschiede

Die Analyse der Gruppenunterschiede am zweiten Messzeitpunkt ergab folgendes Bild:

Tabelle 42: Varianzanalysen Vorstudie MZP 2

		N	Mean	F	Sig.
Personale und Professionelle Ressourcen	RehabilitandenInnen	18	3,61	7,201	0,01
	ArbeitnehmerInnen	35	4,13		
	Total	53	3,96		

		N	Mean	F	Sig.
Soziale Ressourcen	RehabilitandenInnen	17	3,59	3,721	,059
	ArbeitnehmerInnen	35	3,93		
	Total	52	3,82		
Kontrolle	RehabilitandenInnen	17	3,57	,221	,641
	ArbeitnehmerInnen	35	3,65		
	Total	52	3,63		
Selbstwirksamkeit	RehabilitandenInnen	17	3,53	6,969	,011
	ArbeitnehmerInnen	35	4,13		
	Total	52	3,94		
Allg. Gesundheitszustand	RehabilitandenInnen	17	2,76	3,783	,057
	ArbeitnehmerInnen	35	3,20		
	Total	52	3,06		
Belastetheit	RehabilitandenInnen	17	2,98	3,759	,05
	ArbeitnehmerInnen	35	2,58		
	Total	52	2,71		

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich beim zweiten Messzeitpunkt bei den Variablen Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit. Diese Unterschiede entsprechen denen des ersten Messzeitpunktes.

Tendenzielle Unterschiede zeigten sich bei den Skalen Soziale Ressourcen (Messzeitpunkt 1: nicht signifikant) und Allg. Gesundheitszustand (Messzeitpunkt 1: signifikant).

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich bei Kontrolle (Messzeitpunkt 1 tendenzieller Unterschied).

Alle Unterschiede waren wie beim ersten Messzeitpunkt modellgerecht, d.h. die ArbeitnehmerInnen schätzten ihre Ressourcen und den Gesundheitszustand besser und ihre Belastetheit geringer ein als die RehabilitandenInnen.

6.2.5.4. Korrelative Zusammenhänge der Skalen MZP2

Das hinter der Untersuchung stehende Modell geht davon aus, dass wg. Ressourcen und Kontrolle/Selbstwirksamkeit sowie Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren miteinander in Zusammenhang stehen. Zur Überprüfung der Annahmen wurden Korrelationen der Bereiche berechnet.

Tabelle 43: Korrelationen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 2

		KON1	SW1
PERSPROF1	Pearson Correlation	,286	,830
	Sig. (1-tailed)	,020	< ,001
	N	52	52
SORESS1	Pearson Correlation	,471	,616
	Sig. (1-tailed)	< ,001	< ,001
	N	52	52

PERSPROF1=Personale und Professionelle Ressourcen, SORESS1=Soziale Ressourcen, KON1=Kontrolle, SW1=Selbstwirksamkeit,

Zwischen Personalen und Professionellen Ressourcen sowie Kontrolle und Selbstwirksamkeit wurden signifikante positive Korrelationen gefunden. Zu Kontrolle ist die Korrelation schwach, zu Selbstwirksamkeit ist die Korrelation hoch. Bei den Sozialen Ressourcen ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei die

Korrelationen zu Selbstwirksamkeit niedriger und zu Kontrolle höher als beim ersten Messzeitpunkt sind.

Table 44: Korrelationen Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Allgemeiner Gesundheitszustand und Belastetheit Vorstudie MZP 2

		AGZ1	BEL1
KON1	Pearson Correlation	,020	-,395
	Sig. (1-tailed)	,445	,002
	N	52	52
SW1	Pearson Correlation	,456	-,594
	Sig. (1-tailed)	< ,001	< ,001
	N	52	52

KON1=Kontrolle, SW1=Selbstwirksamkeit, BEL1=Belastetheit, AGZ1=Allgemeiner Gesundheitszustand

Zwischen Kontrolle und Allgemeinem Gesundheitszustand zeigte sich keine signifikante Korrelation, mit Belastetheit zeigte sich dagegen eine signifikante mittlere modellgerechte Korrelation.

Die Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeit und Allgemeinem Gesundheitszustand und Belastetheit waren signifikant und lagen im mittleren Bereich. Auch die Korrelationen zwischen der kombinierten Skala und den Gesundheitsindikatoren waren signifikant und lagen im mittleren Bereich.

Offensichtlich steht Kontrolle nur mit Belastetheit in Zusammenhang, nicht aber mit Allgemeinem Gesundheitszustand.

6.2.5.5. Wahrgenommene Veränderungen und wichtige Ereignisse

Wahrgenommene Veränderungen. Wahrgenommene Veränderungen gaben die UntersuchungsteilnehmerInnen für die Ressourcenbereiche (Einzelbereiche), Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheit auf einer fünfstufigen Skala an, die die Extremwerte starker Verschlechterung (1) und starke Verbesserung (5) hatte. Ein Wert von 3 kennzeichnet dementsprechend keine Veränderung.

Die Gesamtmittelwerte ergeben folgendes Bild:

Table 45: Wahrgenommene Veränderungen MZP 2

Variable	N	Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Std Abw	Vari-anz	Kurto-sis	S.E. Kurt	Schief e	Std.-Fehler Schiefe	Mini-mum	Maxi-mum
Veränderung personale Ressourcen	53	3,28	,10	,74	,55	,83	,64	,94	,33	2,00	5,00
Veränderung soziale Ressourcen	52	3,31	,08	,61	,37	1,61	,65	1,33	,33	2,00	5,00
Veränderung professionelle Ressourcen	52	3,27	,10	,69	,48	1,35	,65	1,08	,33	2,00	5,00
Veränderung Kontrolle und Selbstwirksamkeit	52	3,21	,09	,67	,44	2,37	,65	1,38	,33	2,00	5,00
Veränderung Gesundheitszustand	52	3,10	,11	,80	,64	1,48	,65	,54	,33	1,00	5,00

Die Mittelwerte schwankten von 3,1 (Gesundheit) bis 3,31 (soziale Ressourcen). Alle Werte waren rechtsschief und steil verteilt.

Die BefragungsteilnehmerInnen nahmen somit in allen Bereichen eher Verbesserungen zwischen den Messzeitpunkten wahr.

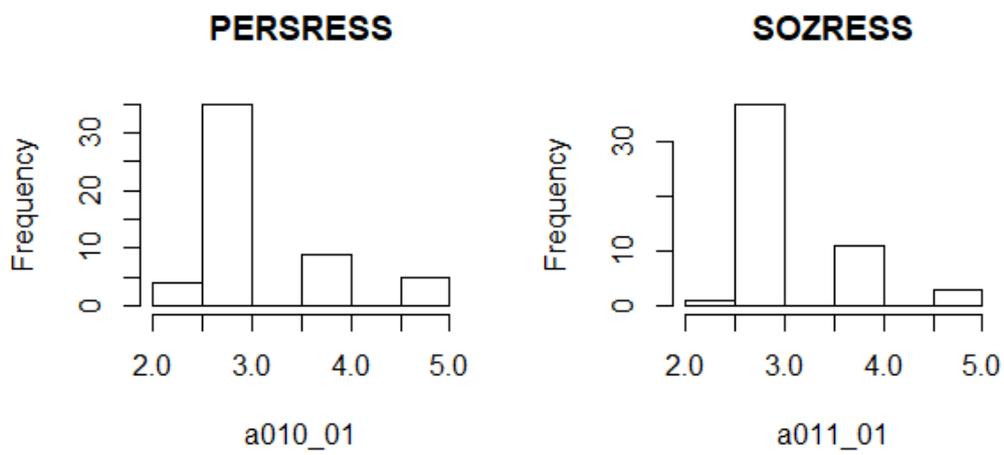


Abbildung 37: Wahrgenommene Veränderung Personale Ressourcen, Soziale Ressourcen Vorstudie MZP 2

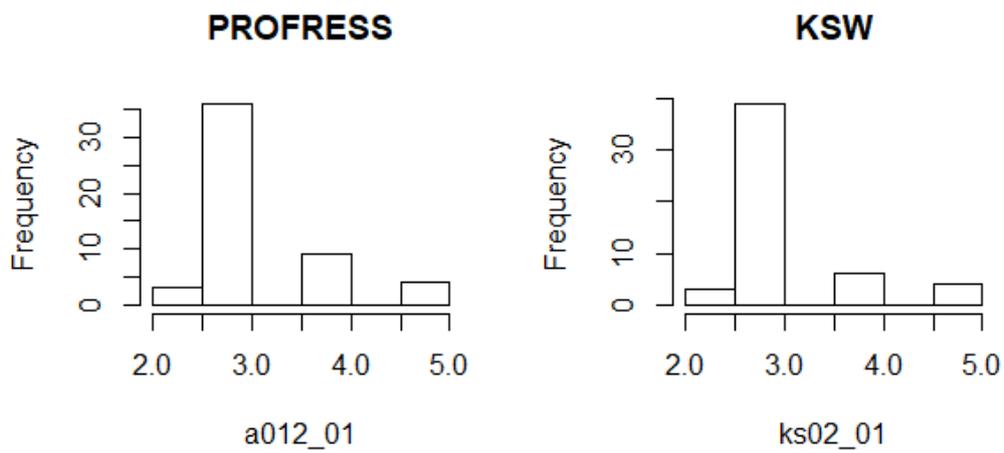


Abbildung 38: Wahrgenommene Veränderung professionelle Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 2

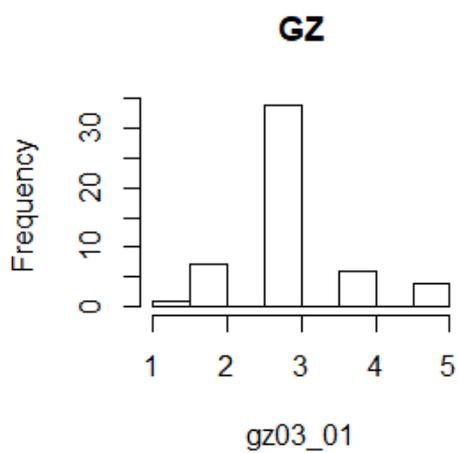


Abbildung 39: Wahrgenommene Veränderung Gesundheitszustand Vorstudie MZP 2

Der Vergleich der Untersuchungsgruppen ergibt folgendes Bild:

Table 46: Gruppenunterschiede Wahrgenommene Veränderungen MZP 2

		N	Mean	SD	SE	95% Konfidenzintervall für Mittelwert		Minimum	Maximum
						Untere Grenze	Obere Grenze		
Veränderung personale Ressourcen	RehabilitandIn	18	3,78	,88	,21	3,34	4,21	2	5
	ArbeitnehmerIn	35	3,03	,51	,09	2,85	3,21	2	5
	Gesamt	53	3,28	,74	,10	3,08	3,49	2	5
Veränderung soziale Ressourcen	RehabilitandIn	17	3,76	,75	,18	3,38	4,15	3	5
	ArbeitnehmerIn	35	3,09	,37	,06	2,96	3,21	2	4
	Gesamt	52	3,31	,61	,08	3,14	3,48	2	5
Veränderung professionellen Ressourcen	RehabilitandIn	17	3,82	,88	,21	3,37	4,28	2	5
	ArbeitnehmerIn	35	3,00	,34	,06	2,88	3,12	2	4
	Gesamt	52	3,27	,69	,10	3,08	3,46	2	5
Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit	RehabilitandIn	17	3,65	,93	,23	3,17	4,13	2	5
	ArbeitnehmerIn	35	3,00	,34	,06	2,88	3,12	2	4
	Gesamt	52	3,21	,67	,09	3,03	3,40	2	5
Veränderung Gesundheitszustand	RehabilitandIn	17	3,35	,93	,23	2,87	3,83	2	5
	ArbeitnehmerIn	35	2,97	,71	,12	2,73	3,21	1	5
	Gesamt	52	3,10	,80	,11	2,87	3,32	1	5

Signifikante Unterschiede zeigten sich bei den personalen Ressourcen ($f=15,41$, $df=1$, $p<0,001$), sozialen Ressourcen ($f=19,11$, $df=1$, $p<0,001$), professionellen Ressourcen ($f=23,56$, $df=1$, $p<0,001$) sowie Kontrolle und Selbstwirksamkeit ($f=13,40$, $df=1$, $p=0,001$). Die RehabilitandenInnen schätzten die Veränderungen positiver ein als die ArbeitnehmerInnen.

Wichtige Ereignisse. Die TeilnehmerInnen wurden in der zweiten Befragung nach wichtigen Ereignissen in der Zwischenzeit gefragt. 16 TeilnehmerInnen gaben an, dass sie in der Zwischenzeit wichtige Ereignisse erlebt haben. Signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich nicht:

Table 47: Wichtige Ereignisse in der Zwischenzeit

Wichtige Ereignisse	Status			
		RehabilitandIn	ArbeitnehmerIn	Gesamt
ja	Anzahl	4,00	12,00	16,00
	Prozent	23,53%	34,29%	30,77%
nein	Stand.adj.Res.	-,54	,38	,00
	Anzahl	13,00	23,00	36,00
	Prozent	76,47%	65,71%	69,23%
Gesamt	Stand.adj.Res.	,36	-,25	,00
	Anzahl	17,00	35,00	52,00
	Prozent	100,00%	100,00%	100,00%

15 UntersuchungsteilnehmerInnen benannten ein oder mehrere konkrete Ereignisse:

Tabelle 48: Konkrete Benennungen wichtige Ereignisse MZP 2

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Krankheit	4	19,0
Beruflicher Aufstieg	2	9,5
Berufliche Belastung	2	9,5
Erweiterung Aufgabenbereich	2	9,5
Bewerbungsabsage	1	4,7
Erkrankung MitarbeiterInnen	1	4,7
Etwas Schönes Privates	1	4,7
Gute Noten	1	4,7
Medizinische Reha	1	4,7
Motiviertheit	1	4,7
Praktikumsstelle gefunden	1	4,7
Private Belastungen	1	4,7
Sport	1	4,7
Stellenangebot	1	4,7
Wichtige Veranstaltung	1	4,7
Summe	21	

11 Nennungen bezogen sich auf positive Ereignisse (8 beruflich, 3 privat), 10 auf negative Ereignisse (4 beruflich, 6 privat).

Am häufigsten wurden bei den positiven Ereignissen Beruflicher Aufstieg („Führungsverantwortung bekommen für ein kleines Team und für gesamten Inhaltsbereich“) und die Erweiterung des Aufgabenbereichs („Änderung des Vorgesetzten und somit erweiterte Aufgabenbereiche „) benannt. Bei den negativen Ereignissen wurden Krankheiten („Gesundheitlicher Rückschlag-durch einen Krankheitsschub bedingt durch vorhandene MS „) und berufliche Belastungssituationen („Personalengpässe durch längere bzw. häufige Erkrankungen von MA „) am häufigsten benannt.

6.2.6. Multivariate Analyse der Gruppen- und Messzeitpunktunterschiede

Anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor wurde untersucht, ob sich signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten in den Untersuchungsgruppen bzw. Interaktionseffekte Zeit/Gruppe ergeben haben. Einbezogen in die Analyse wurden diejenigen 51 Personen, die an beiden Messzeitpunkten teilgenommen und den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben.

Die Verteilung der Werte wich in einigen Variablen (MZP 1: Selbstwirksamkeit, Gesundheit, MZP2: Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit Kontrolle, Gesundheit) in den Untergruppen von der einer Normalverteilung ab. Daher wurden die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Messzeitpunktunterschiede und die Interaktion Zeit*Gruppe mit nichtparametrischen Methoden überprüft. Für die Messzeitpunktunterschiede wurde der Wilcoxon-Test verwendet. Für die Interaktionseffekte wurden Differenzwerte der Messzeitpunkte errechnet und anhand des Man-Whitney-Tests auf signifikante Unterschiede hin untersucht.

Die univariaten Tests ergaben folgende Ergebnisse:

Tabelle 49: Univariate Tests Vorstudie

		df	F	p	η^2
Zeit	PP	1	0,725	0,399	0,014
	SR	1	1,019	0,318	0,020
	KN	1	0,000	0,996	0,000
	SWS	1	0,419	0,521	0,008
	GES	1	0,019	0,892	0,000
	BELA	1	0,100	0,753	0,002
Zeit * Gruppe	PP	1	1,308	0,256	0,026
	SR	1	0,491	0,487	0,010
	KN	1	0,098	0,756	0,002
	SWS	1	8,860	0,004	0,151
	GES	1	0,157	0,694	0,003
	BELA	1	1,180	0,283	0,023

PP=Personale und Professionelle Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, KN=Kontrolle, SWS=Selbstwirksamkeit, GES=Gesundheit, BELA=Belastetheit

Die univariaten Tests der Innersubjekteffekte ergaben keine Messwiederholungseffekte. Im Interaktionsfaktor Zeit*Gruppe zeigte sich ein signifikanter Effekt bei Selbstwirksamkeit ($f=8,860$, $df=1$, $p=0,004$, $\eta^2=0,151$). Der Effekt kam durch den Anstieg der Werte der RehabilitandenInnen bei gleichzeitigem Rückgang der Werte der ArbeitnehmerInnen zustande.

Die Überprüfung mit nicht-parametrischen Methoden erbrachten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten. Zwischen den Gruppen unterschieden sich die Differenzwerte für Selbstwirksamkeit ($z=-2,71$, $p=0,007$). Diese Ergebnisse bestätigten damit die varianzanalytischen Ergebnisse.

Tabelle 50: Tests Zwischensubjekteffekte Vorstudie

		df	F	p	η^2
Gruppe	PP	1	15,592	< 0,001	0,238
	SR	1	3,665	0,061	0,068
	KN	1	0,478	0,493	0,009
	SWS	1	17,313	< 0,001	0,257
	GES	1	5,912	0,019	0,106
	BELA	1	7,187	0,010	0,126

PP=Personale und Professionelle Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, KN=Kontrolle, SWS=Selbstwirksamkeit, GES=Gesundheit, BELA=Belastetheit

Bei den Tests der Zwischensubjekteffekte zeigten sich signifikante Ergebnisse für Personale und Professionelle Ressourcen ($f=15,592$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,238$), Selbstwirksamkeit ($f=17,313$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,257$), Gesundheit ($f=5,912$, $df=1$, $p=0,019$, $\eta^2=0,106$) und Belastetheit ($f=5,329$, $df=1$, $p=0,010$, $\eta^2=0,126$). Ein tendenzieller Effekt zeigte sich die den Sozialen Ressourcen ($f=3,665$, $p=0,061$, $\eta^2=0,068$).

In allen Bereichen waren die Werte bei den ArbeitnehmerInnen höher als bei den RehabilitandenInnen.

Die Mittelwerte der beiden Gruppen stellen sich grafisch auf der Basis der geschätzten Randmittel folgendermaßen dar:

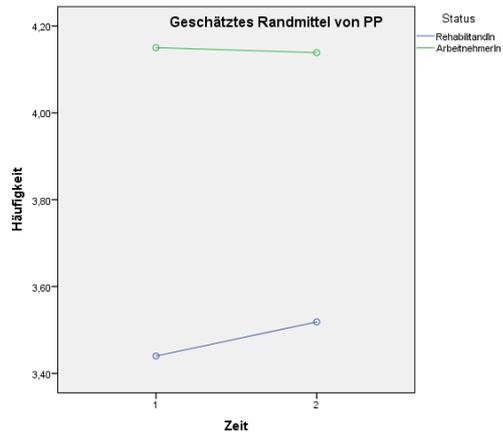


Abbildung 40: Veränderung Personale und Professionelle Ressourcen Vorstudie

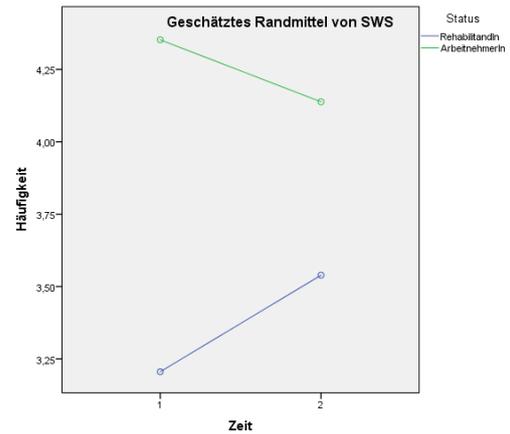


Abbildung 43: Veränderung Selbstwirksamkeit Vorstudie

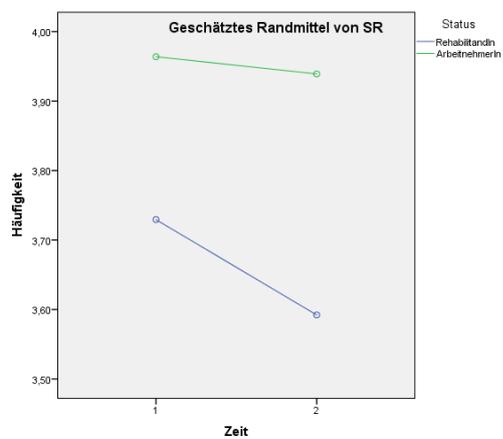


Abbildung 41: Veränderung Soziale Ressourcen Vorstudie

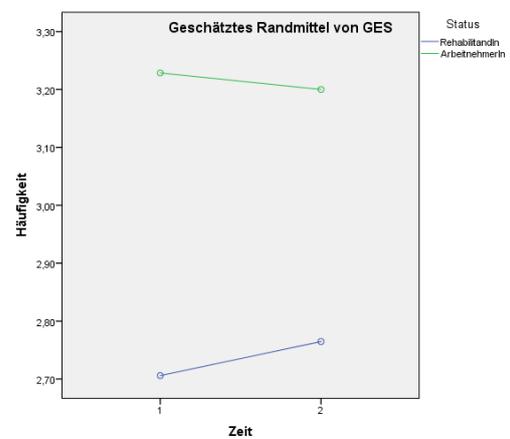


Abbildung 44: Veränderung Gesundheit Vorstudie

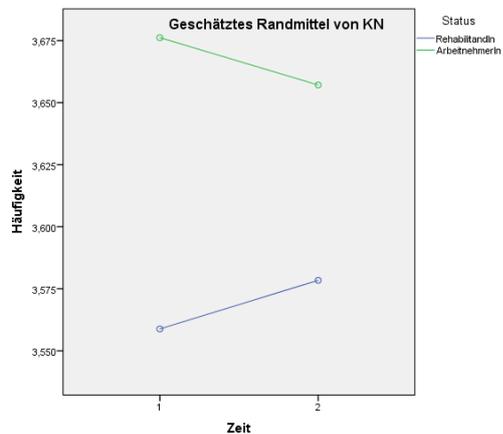


Abbildung 42: Veränderung Kontrolle Vorstudie

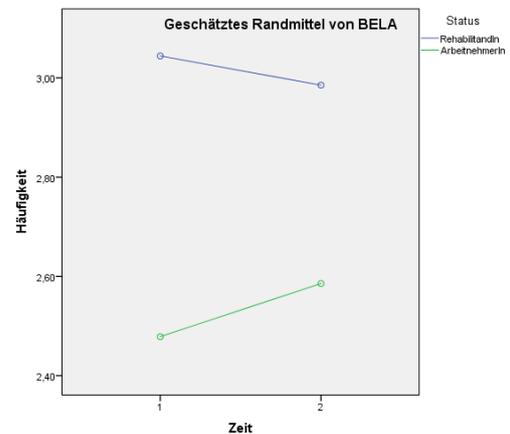


Abbildung 45: Veränderung Belastetheit Vorstudie

Zusammenfassend kann man feststellen:

1. Die Unterschiede zwischen den Gruppen über beide Messzeitpunkte sind bei allen Skalen mit Ausnahme von Kontrolle und Sozialen Ressourcen signifikant. Bei den Sozialen Ressourcen besteht eine statistische Tendenz.
2. In keiner der Skalen zeigten sich signifikante Messwiederholungseffekte.

3. Bei der Interaktion Zeit/Gruppe gibt es einen signifikanten Effekt bei Selbstwirksamkeit. Wie aus den Grafiken hervorgeht, ist der Wert der ArbeitnehmerInnen gesunken, der der RehabilitandenInnen angestiegen.

6.2.7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Untersuchung

1. In Hinblick auf die erste Fragestellung kann man feststellen, dass die Ergebnisse der BIN-Analysen an beiden Messzeitpunkten nahelegen, dass die Items zu personalen und professionellen Ressourcen nicht zwei Skalen, sondern eher einer Skala zuzuordnen sind. Davon unabhängig ist die Skala zu den wahrgenommenen sozialen Ressourcen. Die Reliabilitätswerte der Ressourcenskalen und der Skalen für Selbstwirksamkeit und Belastetheit sind an beiden Messzeitpunkten sehr gut. Hier sind die Trennschärfen auch überwiegend im akzeptablen Bereich. Bei der Skala für Kontrolle ist der Reliabilitätswert niedriger und die Itemtrennschärfen sind geringer.
2. Hinsichtlich der zweiten Fragestellung kann festgestellt werden, dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei der Ressourceneinschätzung modellgerecht und bezogen auf Personale und Professionelle Ressourcen signifikant sind. Bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen sind die Unterschiede tendenziell signifikant.
3. Bezogen auf die dritte Fragestellung zeigen die Korrelationsanalysen weitgehend modellgerechte Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Kontrolle bzw. Selbstwirksamkeit. Kontrolle korreliert im Gegensatz zu Selbstwirksamkeit aber an beiden Messzeitpunkten nur mit Belastetheit signifikant, nicht aber mit dem Allgemeinen Gesundheitszustand.
4. In Hinblick auf die vierte Fragestellung der Vorstudie zeigte sich nur bei Selbstwirksamkeit ein signifikanter modellgerechter Interaktionseffekt Zeit*Gruppe. Möglicherweise ist der mit nur drei Monaten sehr kurze Zeitraum zwischen den Erhebungen dafür verantwortlich, dass sich nicht mehr Veränderungen bei den RehabilitandenInnen gezeigt haben.
5. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang aber, dass die RehabilitandenInnen die Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten signifikant positiver einschätzten als die ArbeitnehmerInnen. Das kann durchaus als Hinweis auf positive Veränderungen im Rahmen der Rehabilitation verstanden werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Vorstudie, dass der Fragebogen ein brauchbares Erhebungsinstrument ist, das auch in der Hauptstudie angewendet werden kann. Allerdings konnte die ursprünglich angenommene Skalenstruktur mit drei unabhängigen Ressourcenskalen nicht bestätigt werden. Eher problematisch erwies sich die Skala zur Erfassung wahrgenommener Kontrolle. Gegen die Herausnahme dieser Skala aus dem Fragebogen spricht neben theoretischen Annahmen aber, dass Kontrolle hinsichtlich Allgemeinem Gesundheitszustand und Belastetheit unterschiedliche Bedeutung zu haben scheint.

6.2.8. Endgültige Fragebögen

Die endgültigen Fragebögen enthielten folgende Teile:

Tabelle 51: Aufbau der Fragebögen für die Hauptstudie

Fragebogen 1 Messzeitpunkt 1	Fragebogen 2 Messzeitpunkt ZB	Fragebogen 3 Messzeitpunkt SB
Einleitung	Einleitung	Einleitung
Personale und Professionelle Ressourcen	Personale und Professionelle Ressourcen	Personale und Professionelle Ressourcen
Soziale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Soziale Ressourcen
Kontrolle und Selbstwirksamkeit	Kontrolle und Selbstwirksamkeit	Kontrolle und Selbstwirksamkeit
Gesundheit und Belastetheit	Gesundheit und Belastetheit	Gesundheit und Belastetheit
Soziodemographische Fragen		
Fragen zur Rehabilitation		Fragen zur Rehabilitation
Allgemeine Ergänzungen		
	Wahrg. Veränderungen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Gesundheit	Wahrg. Veränderungen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Gesundheit
	Wichtige Ereignisse in der Zwischenzeit	Wichtige Ereignisse in der Zwischenzeit

Alle drei Fragebögen enthalten die gleichen Fragen zur Einschätzung Personaler und Professioneller Ressourcen, Sozialer Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie Belastetheit und Gesundheit. Die UntersuchungsteilnehmerInnen sollten auf einer fünfstufigen Skala angeben, wie stark die jeweiligen Aussagen derzeit auf sie zutreffen.

Der erste Fragebogen enthielt insgesamt 28 Fragen auf neun Seiten. Neben den Fragen zu Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit wurden allgemeine Fragen und Fragen zur Rehabilitation gestellt. Die Fragen zur Rehabilitation bezogen sich auf Hintergrund, Vorerfahrungen und Art der Rehabilitation.

Der zweite Fragebogen, mit dem die UmschulungsteilnehmerInnen in einer Zwischenbefragung befragt werden sollten, enthielt 18 Fragen auf zehn Seiten. Dabei wurde bei den Fragen zu den Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie Gesundheit zusätzlich nach wahrgenommenen Veränderungen in den Bereichen gefragt. Außerdem wurde nach wichtigen positiven und negativen Ereignissen in der Zwischenzeit gefragt.

Der dritte Fragebogen enthielt 20 Fragen auf elf Seiten. Auch hier wurde bei den Fragen zu den Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie Gesundheit zusätzlich nach wahrgenommenen Veränderungen in den Bereichen gefragt. Ebenso wurde nach wichtigen positiven und negativen Ereignissen in der Zwischenzeit gefragt. Bei den Fragen zur Rehabilitation wurde nach dem Praktikumsbereich und der Praktikumsdauer gefragt.

6.3. Studie 3: Hauptstudie

6.3.1. Fragestellung

Die Fragestellung der Hauptuntersuchung ist gleichzeitig die in Kapitel 2 entwickelte und formulierte Fragestellung der Gesamtstudie:

- Verbessern sich wahrgenommene berufsrelevante personale, soziale und professionelle Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und der subjektive Gesundheitszustand während der beruflichen Rehabilitation?
- Unterscheiden sich diese Veränderungen je nach inhaltlichem Schwerpunkt der Maßnahme und dem Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen der wahrgenommenen Ressourcen und Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit?

Untersucht wurde die Fragestellung und die in Kapitel 4 entwickelten Hypothesen anhand des mit der ExpertenInnenbefragung entwickelten und in der Vorstudie getesteten Untersuchungsinstruments.

6.3.2. Stichprobengewinnung und Datenerhebung

Stichprobengewinnung

Von Juni 2013 bis November 2013 wurden Finanzierungs- und Einrichtungsträger mit der Bitte angesprochen, die Studie zu unterstützen. Die DRV-Rheinland und die DRV-Bund unterstützten das Vorhaben mit einem entsprechenden Empfehlungsschreiben. Die Bundesagentur für Arbeit stellte mit dem Hinweis auf eigene Forschungstätigkeit kein Empfehlungsschreiben aus und unterstützte das Projekt auch nicht bei der Gewinnung von Einrichtungen zur Durchführung der Studie.

Im weiteren Verlauf wurden Berufliche Trainingszentren, Berufsförderungswerke sowie Träger betreuter betrieblicher Einzelumschulungen und Träger ambulanter beruflicher Integrationsmaßnahmen aus NRW und Rheinland-Pfalz mit einer Kurzinformation zum Projekt und der Bitte um Mitarbeit angeschrieben. Dabei erwies es sich als sehr schwierig, Träger betrieblicher Einzelumschulungen zu finden und für eine Mitarbeit zu gewinnen. Dies lag vor allem daran, dass die Angaben in der Datenbank KURSNET (<http://kursnet-finden.arbeitsagentur.de/kurs/>) der Arbeitsagentur veraltet bzw. unvollständig waren. Hintergrund dafür dürfte die Ausschreibungs- und Vergabep Praxis der Arbeitsagentur bei solchen Maßnahmen sein, die mit häufigeren Trägerwechseln verbunden ist. Die aktuellen Träger waren dann oft nur den örtlichen Agenturen bekannt.

Von 20 angeschriebenen Einrichtungen und Trägern sagten 16 eine Teilnahme zu, vier Einrichtungen sagten ab. Bei sechs Einrichtungen, die ihre Teilnahme zugesagt hatten, konnte die Befragung aus organisatorischen Gründen aber nicht stattfinden.

In den folgenden Einrichtungen wurde die Untersuchung schließlich durchgeführt:

1. BTZ Köln
2. DEKRA Köln
3. BTZ Duisburg

4. VSB Köln / Bonn / Gummersbach
5. BFW Köln
6. DAA Trier
7. TERTIA Bonn
8. BFW Dortmund
9. VPD Mettmann
10. BFW Oberhausen

Im Dezember 2013 wurden den Einrichtungen die vorher abgestimmten endgültigen TeilnehmerInnen-Informationen zur Verfügung gestellt, die dann an die UntersuchungsteilnehmerInnen weitergegeben werden sollten. Befragt werden sollten alle TeilnehmerInnen von Umschulungen und Trainingsmaßnahmen, die ihre Maßnahme im Jahr 2014 beginnen.

Mit Ausnahme der MaßnahmeteilnehmerInnen in Trier und Mettmann, die von MitarbeiterInnen der Einrichtungen auf eine Teilnahme angesprochen wurden, wurde das Projekt den TeilnehmerInnen in den Einrichtungen vom Verfasser selbst bzw. einer studentischen Hilfskraft vorgestellt. Die Vorstellung dauerte jeweils ca. 30 Minuten und bezog sich sowohl auf inhaltliche wie auch auf technische Fragen der Untersuchung. Zum Abschluss bekamen die TeilnehmerInnen eine zweiseitige Teilnehmerinformation sowie eine Teilnahmeerklärung, mit der sie ihre E-Mail-Adresse für die Befragung mitteilen konnten. An diese E-Mail-Adresse wurden dann die Einladungen mit dem Fragebogenzugang und einem Passwort verschickt.

Den BefragungsteilnehmerInnen wurde zudem ein Internetportal zur Verfügung gestellt, auf dem Informationen zum Projekt und zu verschiedenen Themen in Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation bereitgestellt wurden (Stress und Gesundheit, Lernen und Gedächtnis, Arbeitsmarkt und Bewerbung sowie Recht der beruflichen Rehabilitation). Auf diesem Portal wurden den BefragungsteilnehmerInnen auch die Ergebnisse der drei Befragungszeitpunkte zur Verfügung gestellt. Das Portal war ausschließlich für BefragungsteilnehmerInnen zugänglich und sollte die Motivation, an allen Befragungszeitpunkten an der Studie teilzunehmen, fördern.

Untersuchte Maßnahmeformate

In den **Berufsförderungswerken (BFW)** wurden TeilnehmerInnen kaufmännischer Umschulungsmaßnahmen befragt. Die Maßnahmen dauern in der Regel 24 Monate und werden überwiegend in den Einrichtungen durchgeführt. Die betriebliche Praktikumsdauer beträgt in der Regel drei bis fünf Monate. Den TeilnehmerInnen stehen sozialpädagogische, psychologische und ärztliche begleitende Dienste zur Verfügung. Die Maßnahmen schließen mit einer IHK-Prüfung ab. Umschulungen in Berufsförderungswerken werden vor dem Hintergrund des Neuen Rehabilitationsmodells der Berufsförderungswerke durchgeführt, das die Förderung von Schlüsselkompetenzen, Fach- und Gesundheitskompetenz in den Mittelpunkt einer individualisierten Rehabilitation stellt. (vgl. Seyd 2011)

Bei den **Trägern betreuter betrieblicher Einzelumschulungen (BBU)** wurden TeilnehmerInnen betrieblicher Einzelumschulungen befragt. Die Umschulungen dauern bis zu 24 Monate und finden überwiegend im Betrieb statt. Begleitend findet Unterricht in Berufsschulen und Förderunterricht bei den Maßnahmeträgern statt. Den TeilnehmerInnen steht während der Umschulung eine sozialpädagogische Betreuung zur Verfügung. Die Maßnahmen schließen mit einer IHK-Prüfung ab.

In den **Beruflichen Trainingszentren (BTZ)** wurden TeilnehmerInnen befragt, deren berufliches Ziel im kaufmännischen bzw. verwaltenden Bereich lag. Die Trainings- und Integrationsmaßnahmen dauern hier in der Regel neun bis 12 Monate. Die Praktikumsdauer ist individuell unterschiedlich, darf

aber 50% der Gesamtdauer der Maßnahme nicht überschreiten. Den TeilnehmerInnen stehen sozialpädagogische, psychologische und medizinische Dienste zur Verfügung.

Bei den **Trägern ambulanter betrieblicher Integrationsmaßnahmen (ABI)** wurden TeilnehmerInnen von Trainings- und Integrationsmaßnahmen befragt, deren berufliches Ziel im kaufmännisch-verwaltenden Bereich lag. Die Maßnahmen dauern neun bis 12 Monate. Die Maßnahmen bestehen in der Regel aus zwei Maßnahmeteilen. Im ersten Teil (bis zu vier Monate) wird die betriebliche Integration vorbereitet. Der zweite Teil findet überwiegend im Betrieb statt. Die Praktikumsdauer ist individuell unterschiedlich und kann bis zu 10 Monaten betragen. Außerdem kann eine Maßnahme bedarfsabhängig Teilqualifizierungselemente enthalten. Den TeilnehmerInnen steht während der Maßnahme sozialpädagogische und psychologische Betreuung zur Verfügung, in Abhängigkeit vom Träger auch medizinische Betreuung.

Datenerhebung

Die Datenerhebung für alle Erhebungszeitpunkte erstreckte sich von Januar 2014 bis Juli 2016.

Die Erhebung fand als Online-Befragung auf der Plattform Soscisurvey (<http://www.soscisurvey.de>) statt. Für jeden Erhebungszeitpunkt wurde dort ein Fragebogen hinterlegt.

Die TeilnehmerInnen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, bekamen über einen eigens dafür eingerichteten E-Mail-account per Mail den Link zum Fragebogen sowie einen individuellen Zugangsschlüssel. Dieser Zugangsschlüssel blieb bei allen drei Erhebungszeitpunkten gleich, sodass die Daten später eindeutig zugeordnet werden konnten.

Die Bearbeitung der Fragebögen nahm jeweils etwa 20 bis 25 Minuten in Anspruch.

Die Zeitpunkte der Zwischen- und Abschlussbefragungen wurden anhand der Fragen nach Maßnahmetyp und Maßnahmedauer jeweils individuell ermittelt. An diesen Terminen wurden die TeilnehmerInnen dann erneut zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

TeilnehmerInnen, die den Fragebogen zunächst nicht ausfüllten, wurden zweimal im Abstand von zwei Wochen mit einer mail erinnert.

TeilnehmerInnen, die auch darauf nicht antworteten, wurden in einer Non-Responder-Befragung zu den Gründen der Nichtteilnahme befragt.

Im Folgenden wird der Erhebungsverlauf der einzelnen Messzeitpunkte dargestellt.

Messzeitpunkt 1. Insgesamt 388 RehabilitandenInnen haben sich schriftlich bereit erklärt, an der Untersuchung teilzunehmen. Sie wurden jeweils zu Beginn ihrer Maßnahmen zwischen Januar und Dezember 2014 per Mail eingeladen, an der Untersuchung teilzunehmen und den ersten Fragebogen auszufüllen.

305 Personen klickten den Fragebogen auf der Plattform an. 283 Personen bearbeiteten den Fragebogen ganz oder teilweise. Insgesamt 272 Personen füllten den Fragebogen verwertbar aus.

Die Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ergibt folgendes Bild:

Table 52: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten Hauptstudie MZP 1

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ		
Seite 9	271	271	271
Seite 7	0	1	272
Seite 5	0	5	277
Seite 4	0	2	279
Seite 2	0	3	282
Seite 1	0	1	283
Gesamt	271	283	

Aus dem Verlauf ergibt sich, dass die meisten Personen auf Seite 5 des Fragebogens ausgestiegen sind.

In einer anschließenden Non-Responderbefragung wurden die 116 RehabilitandenInnen, die den Fragebogen nicht oder nicht verwertbar ausgefüllt haben, zu den Gründen befragt. Sieben Personen nahmen an der Befragung teil.

Teilgenommen haben fünf Frauen (71,43%) und zwei Männer (28,57%), das Durchschnittsalter lag bei 44,1 Jahren. Vier Befragte kamen aus BTZ (57,14%), zwei aus BFW (28,57%) und eine Person (14,28%) aus einer anderen Maßnahme.

Table 53: Grund Nonresponder Hauptstudie MZP 1

Grund	Wert	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
ich keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens gefunden habe	4	1	14,29	14,29	14,29
ich kein Interesse mehr an der Teilnahme hatte	5	1	14,29	14,29	28,57
Andere Gründe	6	5	71,43	71,43	100,00
Gesamt		7	100,0	100,0	

Jeweils eine Person äußerte, kein Interesse mehr an der Teilnahme gehabt zu haben bzw. keine Zeit zum Ausfüllen gefunden zu haben. Fünf Personen gaben andere Gründe an, und zwar: Gesundheitliche Gründe, Tod eines Angehörigen, kein Interesse an einer eingehenden Beschäftigung mit dem Thema, Fragebogen sei doch ausgefüllt worden und Maßnahmeabbruch durch den Kostenträger.

Messzeitpunkt ZB. In der Zwischenbefragung wurden 116 RehabilitandenInnen, die an einer Umschulung teilnahmen, befragt. Die Zwischenbefragung fand von September 2014 bis März 2015 nach jeweils neun Monaten Umschulungsteilnahme statt.

88 Personen klickten auf den Fragebogen. 80 davon bearbeiteten den Fragebogen ganz oder teilweise. Insgesamt 72 Personen füllten Fragebogen verwertbar aus.

Die Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ergibt folgendes Bild:

Table 54: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten Hauptstudie MZP ZB

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ		
Seite 10	33	33	33
Seite 9	16	16	49
Seite 8	23	23	72
Seite 5	0	1	73
Seite 4	0	2	75
Seite 3	0	2	77
Seite 2	0	3	80
Gesamt	72	80	

Aus dem Verlauf ergibt sich, dass die acht Aussteiger in den ersten fünf Fragebogenseiten ausgestiegen sind.

In einer anschließenden Non-Responderbefragung wurden die 44 RehabilitandenInnen, die den Fragebogen nicht oder nicht verwertbar ausgefüllt haben, zu den Gründen befragt. 10 Personen nahmen an der Befragung teil.

Teilgenommen haben sieben Frauen (70%) und drei Männer (30%). Das Durchschnittsalter betrug 36,1 Jahre. Die Teilnehmerinnen kamen überwiegend aus BFW (80%), zwei kamen aus Einzelumschulungen (20%).

Table 55: Grund Non-Responder Hauptstudie MZP ZB

Grund	Wert	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
mein Zugang zum Fragebogen nicht funktioniert hat	1	3	30,00	30,00	30,00
ich meine Rehamaßnahme bzw. Umschulung abgebrochen habe	3	3	30,00	30,00	60,00
ich keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens gefunden habe	4	2	20,00	20,00	80,00
Andere Gründe	6	2	20,00	20,00	100,00
Gesamt		10	100,0	100,0	

Drei Personen gaben technische Probleme an, drei gaben den Maßnahmeabbruch als Grund an, und zwei gaben Zeitmangel als Grund an. Zwei weitere Personen gaben an, das Ausfüllen vergessen zu haben.

Messzeitpunkt SB. In der Schlussbefragung wurden alle 272 RehabilitandenInnen, die an der ersten Befragung teilgenommen haben, befragt. Die Schlussbefragung fand von Dezember 2014 bis Juli 2016 statt.

196 Personen riefen den Fragebogen auf. 179 Personen füllten den Fragebogen ganz oder teilweise aus. Insgesamt 172 Personen füllten den Fragebogen verwertbar aus.

Die Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 56: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten Hauptstudie MZP SB

Letzte bearbeitete Seite	Datensätze abgeschlossen / gesamt / kumulativ		
Seite 11	79	79	79
Seite 10	92	92	171
Seite 5	0	1	172
Seite 4	0	2	174
Seite 3	0	2	176
Seite 2	0	3	179
Gesamt	171	179	

Die meisten Aussteiger stiegen auch hier auf den ersten fünf Seiten aus.

Während des dritten Erhebungszeitpunktes kam es zu einer technischen Panne, wodurch UntersuchungsteilnehmerInnen zu früh zum Ausfüllen des Abschlussfragebogens aufgefordert wurden. Bei denjenigen, die den Fragebogen zu früh ausgefüllt haben, wurde der Zugangscod zurückgesetzt und der Datensatz gelöscht. Sie wurden dann zum richtigen Zeitpunkt erneut zur Befragung eingeladen.

In einer anschließenden Non-Responderbefragung wurden die 100 RehabilitandenInnen, die den Fragebogen nicht oder nicht verwertbar ausgefüllt haben, zu den Gründen befragt. 18 Personen nahmen an dieser Befragung teil.

Teilgenommen haben zehn Frauen (55,56%) und acht Männer (44,44%). Das Durchschnittsalter betrug 41,9 Jahre. Fünf TeilnehmerInnen kamen aus BFW (27,28%), sechs aus BTZ (33,33%), drei aus Integrations- und Trainingsmaßnahmen (16,67%) und vier aus sonstigen Maßnahmen (Umschulungen) (22,22%).

Tabelle 57: Grund Non-Responder Hauptstudie MZP SB

Grund	Wert	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
mein Zugang zum Fragebogen nicht funktioniert hat	1	2	11,11	11,11	11,11
ich meine Rehamassnahme bzw. Umschulung abgebrochen habe	3	1	5,56	5,56	16,67
ich keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens gefunden habe	4	5	27,78	27,78	44,44
Andere Gründe	6	10	55,56	55,56	100,00
Gesamt		18	100,0	100,0	

Zwei Personen gaben technische Probleme an, eine Person gab den Maßnahmeabbruch als Grund für die Nichtteilnahme an und fünf Personen gaben Zeitmangel an. zehn Personen gaben andere Gründe an, und zwar technische Probleme einschließlich mail (5), Gesundheitliche Probleme (3) und eine Maßnahmeverlängerung (2).

Die folgende Grafik zeigt die Teilnahmeentwicklung, bei der die BefragungsteilnehmerInnen, die nur am zweiten bzw. dritten Messzeitpunkt teilgenommen haben, herausgefiltert wurden:

Teilnahmezusage N=388				
Gesamt MZP 1 N=272 100%	BFW N=99 100%	BBU N=17 100%	BTZ N=109 100%	ABI N=47 100%
Gesamt MZP ZB N=72 62,0%	BFW N=59 59,5%	BBU N=13 76,4%		
Gesamt MZP SB N=159 58,4%	BFW N=53 53,5%	BBU N=11 64,7%	BTZ N=62 56,8%	ABI N=33 70,2%
Gesamt SB Büro N=135 49,6%	BFW N=50 50,5%	BBU N=10 58,8%	BTZ N=47 43,1%	ABI N=28 59,5%
Gesamt SB PE N=109 40,1%	BFW N=28 28,3%	BBU N=6 35,2%	BTZ N=47 43,1%	ABI N=28 59,5%

Abbildung 46: Befragungsentwicklung Hauptstudie

MZP 1=Messzeitpunkt 1, MZP ZB=Zwischenbefragung, MZPSB=Schlussbefragung, BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmassnahmen, PE=Psychische Erkrankung

Der zusammenfassende Überblick über die Teilnahmeentwicklung bei der Befragung zeigt einen Rückgang von der ersten Befragung bis zur letzten Befragung auf 58,4%. Dabei war der Rücklauf bei ABI (70,2%) und BBU (64,7%) am höchsten. Deutlich geringer waren die Rückläufe bei BTZ (56,8%) und BFW (53,5%), also bei TeilnehmernInnen an Maßnahmen mit später betrieblicher Integration während der Maßnahme.

Nach Bereinigung der Daten um RehabilitandenInnen, deren Berufsziel nicht im Bürobereich lag, reduzierte sich der Anteil auf 49,6% (N=135) der BefragungsteilnehmerInnen aus der ersten Befragung. Bei zusätzlicher Bereinigung um RehabilitandenInnen ohne psychiatrischen Rehadintergrund reduzierte sich der Anteil auf 41,1% (N=109).

Die a priori errechnete erforderliche Stichprobengröße wurde damit bei der Gesamtstichprobe und der Bürostichprobe erreicht, bei der Stichprobe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen unterschritten.

6.3.3. Deskriptive Ergebnisse

Die Stichprobenbeschreibung bezieht sich auf die TeilnehmerInnen, die an der ersten Befragung teilgenommen haben. Da nicht alle TeilnehmerInnen alle Fragen beantwortet haben, weicht die Gesamtzahl in einzelnen Variablen von den 272 TeilnehmernInnen der ersten Befragung ab.

Die kategorialen Variablen wurden mit Kreuztabellen und chi-Quadrat-Statistiken ausgewertet. Dabei wurden auch die standardisierten adjustierten Residuen (SAR) berechnet. Zeigte eine Kreuztabelle eine signifikante Abweichung zwischen den Gruppen, wurden die SAR der Zellen zur Interpretation herangezogen. Interpretiert wurden SAR von größer oder gleich +/- 1,96.

Die intervallskalierten Variablen wurden varianzanalytisch ausgewertet. Sofern sich signifikante Gruppenunterschiede zeigten, wurden diese weiter in Gruppenvergleichen (Kontraste) untersucht.

Zunächst werden die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe und die Untersuchungsgruppen dargestellt. Im zweiten Schritt werden soziodemographische Unterschiede zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen der Zwischen- und Abschlussbefragung dargestellt.

6.3.3.1. Gesamtstichprobe und Untersuchungsgruppen

Das Durchschnittsalter über alle Gruppen betrug 40,18 Jahre und unterschied sich zwischen den Untersuchungsgruppen signifikant ($f=10,64$, $df=3$, $p>0,001$). Die Gruppenvergleiche zeigten signifikante Unterschiede zwischen BFW und BTZ sowie zwischen BFW und ABI. In beiden Fällen waren die BFW-TeilnehmerInnen jünger.

59% der Gesamtstichprobe waren Frauen, 40,8 % Männer. Zwischen den Untersuchungsgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede.

54,7% lebten in einer Partnerschaft. Zwischen den Gruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

56,9% hatten keine Kinder. 21,3% hatten ein Kind, 14,98% zwei Kinder. 6,64% hatten drei oder mehr Kinder. Auch hier zeigten sich zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Keinen Schulabschluss hatte nur ein Untersuchungsteilnehmer. Einen Hauptschulabschluss hatten 13,97%, einen mittleren Schulabschluss 47,43%, Fachhochschulreife 16,91% und Abitur 20,59%. Einen anderen Schulabschluss gaben zwei UntersuchungsteilnehmerInnen an (0,74%) an, einer benannte ein Abgangszeugnis ein anderer die Fachhochschulreife. Hinsichtlich der Schulabschlüsse ergaben sich signifikante Unterschiede: Mittlere Schulabschlüsse waren in der BFW-Gruppe deutlich häufiger, in der BTZ- und ABI-Gruppe deutlich seltener vertreten. Abitur war dagegen in der ABI-Gruppe deutlich überrepräsentiert.

Mit 65,44% waren TeilnehmerInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung deutlich am häufigsten vertreten. 15,07% hatten keinen Abschluss, 13,6% einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss. 5,88% nannten andere Abschlüsse: Fachschule, Staatsexamen, Examen, Heilpraktiker, Fachwirt, Meister, Techniker, Bilanzbuchhalter. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich nicht.

Als letztes Berufsfeld vor der Rehabilitation nannten mit 24,63% die meisten TeilnehmerInnen den Dienstleistungsbereich, gefolgt von dem Bürobereich (23,16%), dem handwerklichen Bereich (17,65%) und dem medizinisch/sozialen Bereich (17,28%). Andere Berufsfelder nannten 17,28%. Genannt wurden: Handel (14), IT (8), Sozialbereich (6), Produktion (5), Gastronomie (5), Fußball (1), Integrationsjob (1), keine (1), Privat (1), Automobilbranche (1), Öffentlicher Dienst (1), Ingenieurbüro (1) und Kameramann (1). In einer Nennung wurde kein Beruf genannt. Zwischen den Gruppen zeigten sich folgende Unterschiede: Der Bürobereich war in der BFW-Gruppe unterrepräsentiert, in der BTZ-Gruppe überrepräsentiert. Genau umgekehrt war das Verhältnis beim Dienstleistungsbereich.

Vor Rehabilitationsbeginn waren die UntersuchungsteilnehmerInnen durchschnittlich 16,78 Monate arbeitslos. Die Gruppen unterschieden sich hier signifikant ($f=6,01$, $df=3$, $p=0,001$). Im Einzelnen waren BFW-TeilnehmerInnen signifikant länger arbeitslos als BBU-TeilnehmerInnen, aber kürzer als BTZ-TeilnehmerInnen. BBU-TeilnehmerInnen waren kürzer arbeitslos als BTZ- und ABI-TeilnehmerInnen.

Beim Hintergrund der Rehabilitation waren Mehrfachnennungen möglich. Folgendes Bild ergab sich: 30,26% gaben Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats als Rehadintergrund an. Hier zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats waren bei BFW und BBU überrepräsentiert, bei BTZ-TeilnehmerInnen unterrepräsentiert.

5,54% gaben Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems an. Zwischen den Gruppen zeigten sich hier keine signifikanten Unterschiede.

Psychische oder seelische Erkrankungen benannten 84,13% als Reahintergrund. Hier zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede. Erwartungsgemäß waren BBU- und BFW-TeilnehmerInnen unterrepräsentiert. Überrepräsentiert waren BTZ- und ABI-TeilnehmerInnen.

Keinen Grad der Behinderung hatten 41%, eine anerkannte Behinderung unterhalb der Grenze der Schwerbehinderung hatten 31,3% und eine anerkannte Schwerbehinderung hatten 27,8% der UntersuchungsteilnehmerInnen. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich nicht. Keine Angaben hierzu machten 45 TeilnehmerInnen.

Etwa ein Drittel der TeilnehmerInnen hatte bereits früher an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. BTZ-TeilnehmerInnen hatten signifikant häufiger bereits vor der aktuellen Rehabilitation an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen.

Mit 66,17% war die DRV am häufigsten als Kostenträger vertreten. Bei 31,97% war die Arbeitsagentur/Jobcenter Kostenträger. Berufsgenossenschaften (1,49%) und andere (LVR, 0,37%) spielten kaum eine Rolle. Zwischen den Gruppen zeigten sich folgende Unterschiede: Die Arbeitsagentur war in der BBU-Gruppe deutlich unterrepräsentiert. Die Rentenversicherung war dort überrepräsentiert, in der BFW-Gruppe dagegen unterrepräsentiert. In der BBU-Gruppe waren die Berufsgenossenschaften überrepräsentiert.

In der Schlussbefragung wurden die RehabilitandenInnen nach dem Berufsfeld gefragt, in dem sie ihre Rehabilitation absolviert hatten. Diese Frage ist deswegen relevant, da im Fokus der Untersuchung der Büro- und Verwaltungsbereich stand. Nur für die BFW-Gruppe konnten andere Berufsfelder ausgeschlossen werden. Insgesamt 152 Personen beantworteten die Frage. 135 Befragte nannten den Bürobereich, der in allen Gruppen dominierte. Lediglich in BTZ und ABI wurden auch andere Berufsfelder genannt. Signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch nicht

6.3.3.2. Vergleich TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen

Um mögliche Selektionseffekte zwischen den Befragungszeitpunkten zu erkennen, wurden die TeilnehmerInnen und die NichtteilnehmerInnen der Zwischenbefragung und der Schlussbefragung hinsichtlich soziodemographischer Merkmale verglichen.

Bei der Zwischenbefragung fanden sich in keinem der erhobenen Merkmale signifikante Unterschiede zwischen den TeilnehmernInnen und Nicht-TeilnehmernInnen der Befragung. Damit können Selektionseffekte hinsichtlich dieser Merkmale bei der Zwischenbefragung ausgeschlossen werden.

Bei der Abschlussbefragung fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen TeilnehmernInnen und Nicht-TeilnehmernInnen beim Merkmal Berufsabschluss ($\chi^2=8,21$, $df=3$, $p=0,42$):

Tabelle 58: Berufsabschluss und Teilnahme Schlussbefragung Hauptstudie

Teilnahme Schlussbefragung				
Berufsabschluss		Nicht-TeilnehmerInnen	TeilnehmerInnen	Gesamt
Abgeschlossene Ausbildung	Anzahl	72,00	106,00	178,00
	Prozent	63,72%	66,67%	65,44%
	Stand.adj.Res.	-,50	,50	,00
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	Anzahl	10,00	27,00	37,00
	Prozent	8,85%	16,98%	13,60%
	Stand.adj.Res.	-1,93	1,93	,00
Anderer Abschluss, und zwar:	Anzahl	7,00	9,00	16,00
	Prozent	6,19%	5,66%	5,88%
	Stand.adj.Res.	,18	-,18	,00
keinen Abschluss	Anzahl	24,00	17,00	41,00
	Prozent	21,24%	10,69%	15,07%
	Stand.adj.Res.	2,40	-2,40	,00
Gesamt	Anzahl	113,00	159,00	272,00
	Prozent	100,00%	100,00%	100,00%

Bei den Nicht-TeilnehmerInnen waren Personen ohne Berufsabschluss signifikant häufiger vertreten. Weitere Unterschiede zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen fanden sich nicht. Somit könnte eine Selektion dahingehend wirksam gewesen sein, dass TeilnehmerInnen ohne Berufsabschluss seltener an der Schlussbefragung teilnahmen.

6.3.3.3. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen in folgenden soziodemographischen Variablen zeigten:

- Alter: Das Durchschnittsalter war in der BFW-Gruppe niedriger als in der ABI- und BTZ-Gruppe
- Dauer der Arbeitslosigkeit: Die Dauer der Arbeitslosigkeit vor Rehabilitationsbeginn war in der BFW-Gruppe länger als bei BBU, aber kürzer als BTZ. In der BBU-Gruppe war die Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn kürzer als bei BTZ und ABI.
- Schulabschluss: Mittlere Abschlüsse waren in der BFW-Gruppe überrepräsentiert, bei BTZ und ABI unterrepräsentiert. Abitur war in der ABI-Gruppe überrepräsentiert.
- Letztes Berufsfeld: Büro als letztes Berufsfeld war in der BTZ-Gruppe überrepräsentiert, in der BFW-Gruppe unterrepräsentiert. Dieses Verhältnis ist bezogen auf den Dienstleistungsbereich umgekehrt.
- Psychische Erkrankung: Psychische Erkrankung als Rehagrund war bei BTZ und ABI im Vergleich zur Gesamtgruppe erwartungsgemäß überrepräsentiert.
- Kostenträger: In der BBU-Gruppe war die Arbeitsagentur als Kostenträger unterrepräsentiert, die DRV überrepräsentiert. In der BFW-Gruppe war die DRV unterrepräsentiert. Bei BBU waren die Berufsgenossenschaften überrepräsentiert.
- Frühere Rehabilitation: In der BTZ-Gruppe waren RehabilitandenInnen, die früher bereits an eine Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, überrepräsentiert.

Daraus ergibt sich, dass BTZ und ABI-RehabilitandenInnen in dieser Untersuchung im Vergleich zu den Umschulungsgruppen älter waren, vor der Rehabilitation länger arbeitslos waren, häufiger höhere Schulabschlüsse haben und häufiger bereits früher schon einmal an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben. Außerdem kamen sie häufiger aus dem Bürobereich und waren (konzeptbedingt) häufiger psychisch erkrankt. Diese Unterschiede dürften auf die Zuweisungspraxis der RehabilitationsberaterInnen zurückzuführen sein.

Zwischen TeilnehmernInnen und Nicht-TeilnehmernInnen der Folgebefragungen zeigten sich lediglich bei der Schlussbefragung Unterschiede dahingehend, dass Nicht-TeilnehmerInnen häufiger keinen Berufsabschluss hatten als TeilnehmerInnen.

6.3.4. Ergebnisse MZP 1

6.3.4.1. Itemwerte und Korrelationsanalyse der Items

Itemwerte. Die Itemmittelwerte schwanken bei den personalen und professionellen Ressourcen zwischen 2,42 und 4,14, bei den sozialen Ressourcen zwischen 3,36 und 4,29, und bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit zwischen 2,69 und 3,85. Der Mittelwert für den Allg. Gesundheitszustand lag bei 2,58, die Werte der Belastetheitsitems schwankten zwischen 3,31 und 4,07. Die Verteilungen sind überwiegend flach und linksschief. Das betrifft insbesondere die Items Sorgfalt, Zuverlässigkeit Vorgesetzte, Aufrichtigkeit Vorgesetzte und Bedrückung.

Korrelationsanalyse der Items. Wie in der Vorstudie wurden die Items zu den Bereichen personale Ressourcen, soziale Ressourcen und professionelle Ressourcen auf korrelative Zusammenhänge innerhalb und zwischen den einzelnen Bereichen untersucht. (zum Vorgehen siehe Kapitel 6.2.4.1.)

Tabelle 59: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
PERSRESS – PERSRESS	15	0,18	0,06
PERSRESS – SOZRESS	15	0,03	0,03
PERSRESS – PROFRESS	15	0,10	0,07

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den personalen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den sozialen Ressourcenitems ($z=-3,41$, $p=0,001$) und den professionellen Ressourcenitems ($z=-3,12$, $p=0,002$). Ebenfalls signifikant unterschiedlich waren die durchschnittlichen Korrelationen zu sozialen Ressourcenitems und professionellen Ressourcenitems ($z=-2,56$, $p=0,011$).

Tabelle 60: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
SOZRESS – PERSRESS	15	0,03	0,03
SOZRESS – SOZRESS	15	0,25	0,04
SOZRESS – PROFRESS	15	0,02	0,02

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den sozialen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen ebenfalls innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den Items zu personalen Ressourcen ($z=-3,41$, $P=0,001$) und den Items zu professionellen Ressourcen ($z=-3,41$, $p=0,001$). Die Korrelationen zu personalen und professionellen Ressourcenitems unterschieden sich nicht signifikant.

Tabelle 61: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
PROFRESS – PERSRESS	12	0,10	0,04
PROFRESS – SOZRESS	12	0,02	0,02
PROFRESS – PROFRESS	12	0,20	0,08

PERSRESS=Personale Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, PROFRESS=Professionelle Ressourcen

Auch bei den professionellen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den Items für personale Ressourcen ($z=-2,51$, $p=0,012$) und den Items für soziale Ressourcen ($z=3,06$, $p=0,002$). Auch die durchschnittlichen Korrelationen zu personalen Ressourcenitems unterschieden sich signifikant zu den Items für soziale Ressourcen ($z=-3,06$, $p=0,002$).

Die Ergebnisse zeigen auf niedrigerem Niveau ein ähnliches Bild wie bei der Vorstudie. Man kann auch hier von einer gemeinsamen Skala Personale und Professionelle Ressourcen ausgehen.

6.3.4.2. Skalenwerte und Reliabilität

Skalenwerte. Die Skalenmittelwerte des ersten Messzeitpunktes schwanken zwischen 2,58 (Gesundheitszustand) und 3,69 (Soziale Ressourcen). Mit Ausnahme von Allgemeinem Gesundheitszustand (AGZ) und Personalen und Professionellen Ressourcen sind die Werte linksschief verteilt. Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit weisen eine flache, Soziale Ressourcen, Kontrolle und AGZ weisen dagegen eine steile Verteilung auf. Abweichungen von der Normalverteilung ergaben sich in den Tests für Kontrolle, Belastetheit und Allgemeiner Gesundheitszustand.

Tabelle 62: Skalenwerte Hauptstudie MZP 1

Variable	N	Mean	S.E.	SD	Vari- anz	Kurto- sis	S.E. Kur- to- sis	Schie- fe	S.E. Schie- fe	Min.	Max.
PERSPROF	272	3,30	,02	,44	,19	-,20	,29	,08	,14	2,04	4,52
SOZRESS	272	3,69	,03	,57	,32	,41	,29	-,52	,15	1,73	4,93
KON	272	3,48	,03	,49	,24	1,09	,29	-,25	,15	1,67	4,83
SW	272	3,22	,05	,82	,66	-,61	,29	-,05	,15	1,00	5,00
BEL	272	3,66	,05	,86	,75	-,29	,29	-,40	,15	1,00	5,00
AGZ	272	2,58	,05	,79	,62	,43	,29	,18	,15	1,00	5,00

PERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, KON=Kontrolle, SW=Selbstwirksamkeit, BEL=Belastetheit, AGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

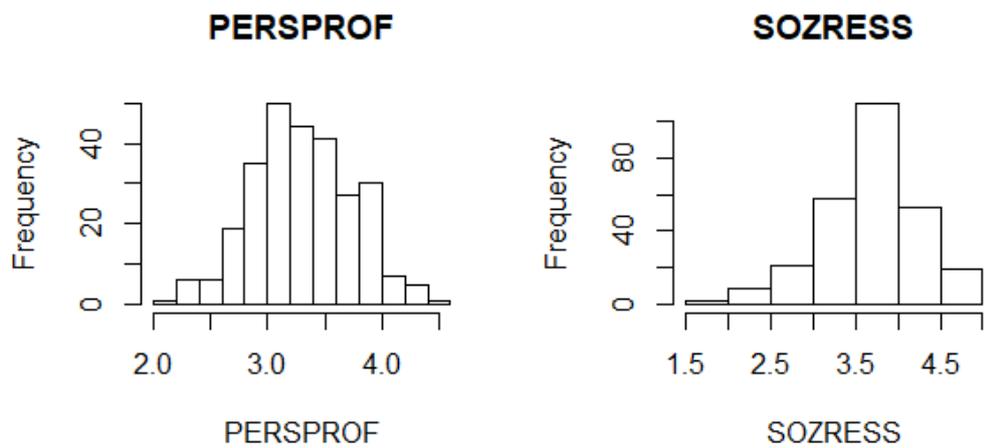


Abbildung 47: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP 1

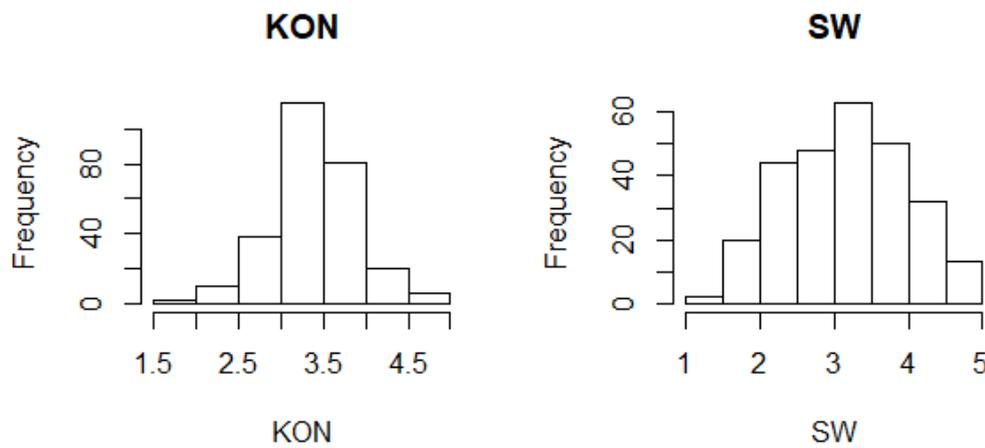


Abbildung 48: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP 1

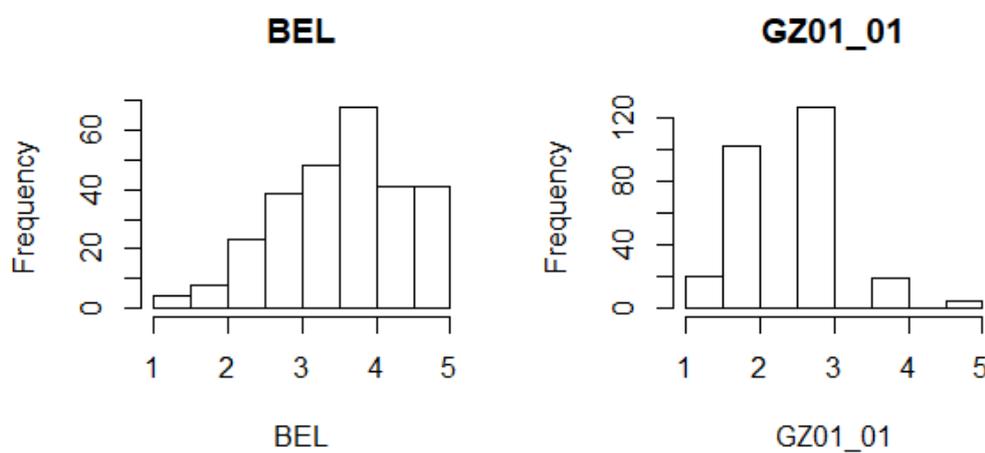


Abbildung 49: Belastetheit, Gesundheit Hauptstudie MZP 1

Reliabilität. Zur Bestimmung der Reliabilität der Skalen wurden Cronbachs Alpha sowie die Trennschärfe der Items berechnet.

Im Einzelnen wurden folgende Werte erreicht:

Tabelle 63: Reliabilität Skalen Hauptstudie MZP 1

Skalen MZP 1	Reliabilität	Item-Trennschärfe
	$\alpha =$	$r_{it.min} - r_{it.max}$
Personale und Professionelle Ressourcen	0,80	0,12 – 0,51
Soziale Ressourcen	0,82	0,31 – 0,57
Kontrolle	0,38	0,01 – 0,30
Selbstwirksamkeit	0,79	0,46 – 0,62
Belastetheit	0,74	0,46 – 0,67

Mit Ausnahme des Alpha-Wertes für Kontrolle, der als schlecht zu bezeichnen ist, liegen alle Werte um 0,8 und damit im zufriedenstellenden Bereich. Trennschärfewerte unter 0,30 zeigten sich bei den Items Textverständnis (0,26), Gesundheit (0,16), Rechenfähigkeit (0,17), Kundenkontakt (0,17), Anforderungen bewältigen Allg. (0,20), Fähigkeiten Allg. (0,13), Interesse Allg. (0,27) Schwierigkeiten Allg. (0,01) und Motivation Allg. (0,19).

Skalenwerte und Kontrollvariablen. Die Skalenmittelwerte wurden dahingehend untersucht, ob sich Unterschiede entsprechend der Unterschiede bei den soziodemographischen Variablen zwischen den Untersuchungsgruppen zeigen (Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Schulabschluss, letztes Berufsfeld, Kostenträger, frühere Rehabilitation).

Zwischen Alter und AGZ ($r=-0,17$, $p=0,004$) ergab sich eine signifikante schwache negative Korrelation.

Signifikant schwache negative Korrelationen ergaben sich auch zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Personalen und Professionellen Ressourcen ($r=-0,31$, $p<0,001$) sowie zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Selbstwirksamkeit ($r=-0,24$, $p<0,001$).

Signifikante Unterschiede ergaben sich zwischen den unterschiedlichen Schulabschlussgruppen in Hinblick auf die Selbstwirksamkeit ($f=2,66$, $df=5$, $p=0,023$). Die Untersuchung der Kontraste ergab, dass RehabilitandenInnen mit Hauptschulabschluss ihre Selbstwirksamkeit signifikant höher einschätzten als solche mit Mittlerer Reife, Fachhochschulreife oder Abitur.

Keine Unterschiede bei den Skalenwerten zeigten sich hinsichtlich der letzten Berufsfelder.

RehabilitandenInnen mit einer psychischen Erkrankung schätzten ihre Personalen und Professionellen Ressourcen ($f=8,95$, $df=1$, $p=0,003$) und ihre Selbstwirksamkeit ($f=14,95$, $df=1$, $p<0,001$) signifikant schlechter ein als solche ohne psychische Erkrankung. Ihre Belastetheit schätzten sie signifikant höher ein ($f=17,72$, $df=1$, $p<0,001$).

Keine Skalenunterschiede zeigten sich hinsichtlich der Kostenträger.

RehabilitandenInnen, die bereits früher an einer beruflichen Rehabilitation teilgenommen haben, schätzten ihre Selbstwirksamkeit signifikant schlechter ein als solche, die zuvor noch nicht an einer beruflichen Rehabilitation teilgenommen haben. ($f=4,91$, $df=1$, $p=0,028$)

6.3.4.3. Vergleich der Untersuchungsgruppen

Der Vergleich der Skalenmittelwerte der Untersuchungsgruppen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 64: Vergleich Skalenwerte Untersuchungsgruppen Hauptstudie MZP 1

		N	Mean	SD	S.E.	95% Konfidenzintervall für Mittelwert		Min.	Max.
						Untere Grenze	Obere Grenze		
PERSPROF	BFW	99	3,41	,41	,04	3,33	3,50	2,33	4,37
	BBU	17	3,44	,47	,11	3,19	3,68	2,30	4,15
	BTZ	109	3,18	,43	,04	3,09	3,26	2,04	4,52
	ABI	47	3,32	,43	,06	3,19	3,45	2,56	4,22
	Gesamt	272	3,30	,44	,02	3,25	3,36	2,04	4,52
SOZRESS	BFW	99	3,67	,50	,05	3,57	3,77	1,93	4,67
	BBU	17	3,83	,54	,13	3,55	4,11	3,00	4,80
	BTZ	109	3,66	,65	,06	3,54	3,78	1,73	4,87
	ABI	47	3,73	,53	,08	3,57	3,88	2,20	4,93
	Gesamt	272	3,69	,57	,03	3,62	3,75	1,73	4,93
KON	BFW	99	3,45	,47	,05	3,36	3,54	1,83	4,67
	BBU	17	3,60	,31	,07	3,44	3,76	3,17	4,17
	BTZ	109	3,48	,57	,05	3,37	3,58	1,67	4,83
	ABI	47	3,48	,41	,06	3,36	3,60	2,17	4,33
	Gesamt	272	3,48	,49	,03	3,42	3,53	1,67	4,83
SW	BFW	99	3,51	,76	,08	3,36	3,66	1,83	5,00
	BBU	17	3,61	,72	,17	3,24	3,98	2,33	4,83
	BTZ	109	2,92	,79	,08	2,77	3,07	1,00	4,67
	ABI	47	3,13	,76	,11	2,91	3,35	1,00	4,83
	Gesamt	272	3,22	,82	,05	3,12	3,31	1,00	5,00
AGZ	BFW	99	2,75	,82	,08	2,58	2,91	1	5,00
	BBU	17	2,88	,78	,19	2,48	3,28	2	4,00
	BTZ	109	2,42	,74	,07	2,28	2,56	1	4,00
	ABI	47	2,47	,75	,11	2,25	2,69	1	5,00
	Gesamt	272	2,58	,79	,05	2,48	2,67	1	5,00
BEL	BFW	99	3,42	,91	,09	3,24	3,60	1,25	5,00
	BBU	17	3,34	,69	,17	2,98	3,69	2,00	4,50
	BTZ	109	3,91	,80	,08	3,76	4,06	1,00	5,00
	ABI	47	3,68	,81	,12	3,44	3,91	2,25	5,00
	Gesamt	272	3,66	,86	,05	3,55	3,76	1,00	5,00

PERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SOZRESS=Soziale Ressourcen, KON=Kontrolle, SW=Selbstwirksamkeit, BEL=Belastetheit, AGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand, BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich bei den Personalen und Professionellen Ressourcen ($f=5,84$, $df=3$, $p=0,001$), der Selbstwirksamkeit ($f=11,81$, $df=2$, $p<0,001$), dem Allg. Gesundheitszustand ($f=4,24$, $df=3$, $p=0,006$) und der Belastetheit ($f=6,71$, $df=3$, $p<0,001$).

Die Kontrastanalyse ergab folgendes Bild:

Tabelle 65: Kontraste Skalenwerte MZP 1

	Kontrast	Kontrastwert	Standardfehler	t	df	Sig. (2-seitig)
PERSPROF	BFW - BBU	-,02	,11	-,20	268	,837
	BFW - BTZ	,23	,05	3,95	268	<,001
	BFW - ABI	,09	,07	1,19	268	,235
	BBU - BTZ	,25	,11	2,31	268	,022
	BBU - ABI	,11	,12	,93	268	,350
	BTZ - ABI	-,14	,07	-1,93	268	,054
SW	BFW - BBU	,09	,20	,47	268	,642
	BFW - BTZ	-,59	,11	5,51	268	<,001
	BFW - ABI	-,38	,14	2,80	268	,005
	BBU - BTZ	-,68	,20	3,40	268	,001
	BBU - ABI	-,48	,22	2,18	268	,030
	BTZ - ABI	,21	,13	1,54	268	,124
AGZ	BFW - BBU	,13	,20	,66	268	,508
	BFW - BTZ	-,33	,11	3,03	268	,003
	BFW - ABI	-,28	,14	2,04	268	,043
	BBU - BTZ	-,46	,20	2,28	268	,023
	BBU - ABI	-,41	,22	1,89	268	,060
	BTZ - ABI	,05	,14	,34	268	,733
BEL	BFW - BBU	-,08	,22	,38	268	,704
	BFW - BTZ	,49	,12	4,19	268	<,001
	BFW - ABI	,25	,15	1,71	268	,088
	BBU - BTZ	,57	,22	2,61	268	,010
	BBU - ABI	,34	,24	1,42	268	,156
	BTZ - ABI	-,23	,15	1,59	268	,112

BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme, PERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SW=Selbstwirksamkeit, BEL=Belastetheit, AGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand; in die Tabelle wurden nur Skalen mit signifikanten Gruppenunterschieden aufgenommen

Bei den Personalen und Professionellen Ressourcen schätzten sich BFW- und BBU-TeilnehmerInnen besser ein als BTZ-TeilnehmerInnen.

Bei der Selbstwirksamkeit schätzten sich BFW-TeilnehmerInnen besser ein als BTZ- und ABI-TeilnehmerInnen. BBU-TeilnehmerInnen schätzten sich ebenfalls besser ein als BTZ- und ABI-TeilnehmerInnen.

Beim Allgemeinen Gesundheitszustand schätzten sich BFW-TeilnehmerInnen besser ein als BTZ- und ABI-TeilnehmerInnen und BBU-TeilnehmerInnen besser als BTZ- und ABI-TeilnehmerInnen.

Ihre Belastetheit schätzten BTZ-TeilnehmerInnen höher ein als BFW- und BBU-TeilnehmerInnen.

Die Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test bestätigte die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich RehabilitandenInnen in Umschulungen in Hinblick auf Personale Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit besser einschätzten als RehabilitandenInnen in Integrations- und Trainingsmaßnahmen.

6.3.4.4. Ergänzungen der Befragten

In der ersten Befragung konnten die BefragungsteilnehmerInnen im Rahmen von offenen Fragen Ergänzungen zu den drei Ressourcenbereichen und allgemeine Ergänzungen zur Befragung machen. Die Antworten wurden qualitativ ausgewertet.

Tabelle 66: Ergänzungen der Befragten zu personalen Ressourcen Hauptstudie MZP 1

	Anzahl	Prozent
Erläuterung der eigenen Situation	14	5,14
Erläuterung der Fragebeantwortung	6	2,20
Ergänzungen zu Ressourcen	4	1,47
Unterschied Privat-Beruf	1	0,36
Unzutreffende Befragung	1	0,36
Keine Anmerkungen	246	90,40
Summe	272	100,00

Zum Bereich Personale Ressourcen machten 26 Personen Ergänzungen. 14 bezogen sich auf die Erläuterung der eigenen Situation („Die Restsymptomatik meiner psychischen Erkrankung ist immer noch sehr stark“), sechs erläuterten die Art und Weise der Fragebeantwortung („Ich denke bei den einzelnen Punkten an konkrete Situationen“). Vier Personen ergänzten aus ihrer Sicht wichtige Aspekte von Ressourcen („Meine Fähigkeiten im Umgang mit anderen Menschen (und mit mir selbst) unterliegen Schwankungen“). Eine Person wies auf den Unterschied von Ressourcen im Privat- und Berufsbereich hin („Bei mir gibt es z.B. bei der Fähigkeit Konflikte konstruktiv zu lösen, oder Kritik anzunehmen, Unterschiede zwischen dem privaten Bereich und dem beruflichen Kontext“), eine weitere Person verwies darauf, die Befragung treffe nicht auf sie zu.

Tabelle 67: Ergänzungen der Befragten zu sozialen Ressourcen Hauptstudie MZP 1

	Anzahl	Prozent
Erläuterung eigener Überzeugung	6	2,20
Ergänzungen zu Ressourcen	5	1,83
Erläuterung der eigenen Situation	4	1,47
Unklare Fragestellung	4	1,47
Erläuterung der Fragebeantwortung	1	0,36
Keine Anmerkungen	252	92,60
Summe	272	100,00

Zum Bereich soziale Ressourcen äußerten sich 20 Personen. Fünf Personen ergänzten aus ihrer Sicht wichtige Aspekte sozialer Ressourcen („Ich habe durchaus nicht nur mit Mobbing, sondern auch mit Bossing zu tun gehabt“). Sechs Personen nutzten die offene Frage zur Erläuterung eigener Überzeugungen im sozialen Umgang („ich glaube Ehrlichkeit/ Aufrichtigkeit und konstruktives Miteinander sind mir am wichtigsten!“). Vier Personen erläuterten die eigene Situation („Im Umgang mit Vorgesetzten fühle ich mich sehr verunsichert“). Vier Personen verwiesen darauf, dass Fragen unklar gestellt seien („Aus der Fragestellung wird nicht klar, ob "ich erwarte" im Sinne von "ich rechne fest damit", oder im Sinne von "eigentlich erwarte ich" / "so sollte es sein" gemeint ist...“). Eine weitere Person erläuterte ihr Antwortverhalten („Ich mache einen Unterschied zwischen dem was ich erwarte und dem was ich mir wünsche. Ich habe das angekreuzt, was ich von anderen erwarte“).

Tabelle 68: Ergänzungen der Befragten zu professionellen Ressourcen Hauptstudie MZP 1

	Anzahl	Prozent
Erläuterung der eigenen Situation	7	2,57
Erläuterung der Fragebeantwortung	6	2,20
Keine Ergänzungen	1	0,36
Unklare Aussage	1	0,36
Kritik an Fragestellung	1	0,36
Keine Anmerkungen	256	94,10
Summe	272	100,00

Zu den professionellen Ressourcen äußerten sich 16 Personen. Acht Personen nutzten die Frage zur Erläuterung der eigenen Situation ("Ich bin Dozent im Rettungswesen und Rettungssanitäter"), sechs Personen erläuterten ihre Fragebeantwortung („Ich habe meist die mittlere Position gewählt, da mein kommendes Berufsfeld noch unklar ist....“). Jeweils eine Person hatte keine Anmerkungen bzw. äußerte sich unklar.

Tabelle 69: Allgemeine Ergänzungen Hauptstudie MZP 1

	Anzahl	Prozent
Erläuterung Rehamaßnahmen	13	4,77
Schwierigkeit, Arbeitslosigkeits- und Krankheitszeiten zu differenzieren	11	4,04
Erläuterung der eigenen Situation	8	2,94
Schwierigkeiten bei der Fragenbeantwortung	7	2,57
Keine Ergänzungen	3	1,10
Unklare Fragestellung	2	0,73
Keine Anmerkungen	228	83,80
Summe	272	100,00

In der Schlussfrage äußerten sich insgesamt 44 Personen. 13 Personen erläuterten im Detail ihre Teilnahme an medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen („...andere Reha Maßnahmen waren zwei medizinische Rehabilitationen, davon war eine RPK Maßnahme (Rehabilitation für psychisch Kranke über 6 Monate)“). 11 Personen verwiesen auf die Schwierigkeit, zwischen Arbeitslosigkeits- und Krankheitszeiten zu differenzieren und erläuterten ihre individuelle Situation („Arbeitslose Zeit hier ist Zeit ab Auflösung der Arbeitsunfähigkeit von Facharzt ab Juli 2014 Erkrankt im August 2013 und seitdem bis Juni 2014 arbeitsunfähig.“) Weitere acht Personen erläuterten ihre persönliche Situation („Mein Training ist fürs erste auf eine Probezeit von 4 Monaten bewilligt worden um zu schauen ob ich der Belastung gewachsen bin.“). Sieben Personen verwiesen auf die Schwierigkeit, die Fragen richtig zu beantworten („Die Fragen waren doch schwieriger als gedacht. Ich habe versucht sie ehrlich zu beantworten obwohl ich bei manchen Fragen sehr unsicher war.“). Drei Personen gaben an, keine Ergänzungen zu haben („Ich denke, dass alle wesentlichen Punkte in diesem Fragenkatalog angesprochen wurden.“). Zwei Personen verwiesen auf unklare Fragestellungen („Einige Formulierungen könnten Frageteilnehmer missverstehen und dementsprechend ggf. falsch beantworten....“).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass nur ein kleinerer Teil der Befragten Ergänzungen zu den Fragebogenbereichen und der Befragung gemacht hat. Dabei spielten Erläuterungen zur eigenen Situation eine große Rolle (37 Äußerungen). Eine deutlich geringere Rolle spielten Ergänzungen zu den Ressourcenbereichen (11 Äußerungen) und Schwierigkeiten bei der Fragenbeantwortung (7 Äu-

berungen zu personalen und sozialen Ressourcen). Offensichtlich waren Erläuterungen zur eigenen Situation für die Befragten in den offenen Fragen am wichtigsten.

6.3.5. Ergebnisse Messzeitpunkt ZB

Die Zwischenbefragung fand ausschließlich bei UmschulungsteilnehmernInnen statt. Daher bezieht sich die Ergebnisdarstellung lediglich auf die BFW-Gruppe (Umschulung im Berufsförderungswerk) und die BBU-Gruppe (Betriebliche Umschulung).

6.3.5.1. Itemwerte und Korrelationsanalyse der Items

Itemwerte. Die Itemmittelwerte schwanken bei den personalen und professionellen Ressourcen zwischen 2,90 und 4,23, bei den sozialen Ressourcen zwischen 3,31 und 4,23 und bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit zwischen 2,97 und 3,88. Der Mittelwert für den Allg. Gesundheitszustand lag bei 2,69, die Werte der Belastetheitsitems schwankten zwischen 3,04 und 3,71. Die Verteilungen sind überwiegend flach und linksschief.

Korrelationsanalyse der Items. Die Items zu den Bereichen personale Ressourcen, soziale Ressourcen und professionelle Ressourcen wurden auf korrelative Zusammenhänge innerhalb und zwischen den einzelnen Bereichen untersucht.

Table 70: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
ZPERSRESS – ZPERSRESS	15	0,24	0,08
ZPERSRESS – ZSOZRESS	15	0,07	0,11
ZPERSRESS – ZPROFRESS	15	0,21	0,09

ZPERSRESS=Personale Ressourcen, ZSOZRESS=Soziale Ressourcen, ZPROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den personalen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den sozialen Ressourcenitems ($z=-3,29$, $p=0,001$) und den professionellen Ressourcenitems ($z=-2,04$, $p=0,0414$). Ebenfalls signifikant unterschiedlich waren die durchschnittlichen Korrelationen zu sozialen Ressourcenitems und professionellen Ressourcenitems ($z=-2,84$, $p=0,005$). Letztere waren höher.

Table 71: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
ZSOZRESS – ZPERSRESS	15	0,07	0,04
ZSOZRESS – ZSOZRESS	15	0,31	0,07
ZSOZRESS – ZPROFRESS	15	- 0,01	0,01

ZPERSRESS=Personale Ressourcen, ZSOZRESS=Soziale Ressourcen, ZPROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den sozialen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den Items zu personalen Ressourcen ($z=-3,41$, $P=0,001$) und den Items zu professionellen Ressourcen ($z=-3,41$, $p=0,001$). Auch die durchschnittlichen Korrelationen zu personalen und professionellen Ressourcenitems unterschieden signifikant ($=-3,41$, $p=0,001$) voneinander. Die durchschnittlichen Korrelationen zu den personalen Ressourcenitems waren höher.

Tabelle 72: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
ZPROFRESS – ZPERSRESS	12	0,21	0,07
ZPROFRESS – ZSOZRESS	12	-0,01	0,01
ZPROFRESS – ZPROFRESS	12	0,33	0,10

ZPERSRESS=Personale Ressourcen, ZSOZRESS=Soziale Ressourcen, ZPROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den professionellen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den Items für personale Ressourcen ($z=-2,82$, $p=0,005$) und den Items für soziale Ressourcen ($z=3,06$, $p=0,002$). Die durchschnittlichen Korrelationen zu personalen Ressourcenitems unterschieden sich signifikant zu den Korrelationen zu den soziale Ressourcenitems ($z=-3,06$, $p=0,002$). Letztere waren niedriger.

Die Ergebnisse zeigen auf höherem Niveau eine ähnliche Korrelationsstruktur wie beim ersten Messzeitpunkt. Man kann daher auch hier von einer gemeinsamen Skala Personale und Professionelle Ressourcen ausgehen.

6.3.5.2. Skalenwerte und Reliabilität

Skalenwerte. Die Skalenmittelwertwerte der Zwischenbefragung schwanken zwischen 2,69 (Gesundheitszustand) und 3,66 (Soziale Ressourcen). Mit Ausnahme von Kontrolle sind die Werte links-schief verteilt. Alle Skalenwerte weisen mit Ausnahme von Personale und Professionelle Ressourcen eine eher flache Verteilung auf. Abweichungen von der Normalverteilung ergaben sich in den Tests für Allgemeiner Gesundheitszustand.

Tabelle 73: Skalenwerte Hauptstudie MZP ZB

Variable	N	Mean	S.E.	SD	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schiefe	S.E. Schiefe	Min.	Max.
ZPERSPROF	71	3,60	,05	,50	,25	,13	,56	-,21	,28	2,33	4,63
ZSOZRESS	70	3,66	,07	,56	,32	-,31	,57	-,29	,29	2,07	4,87
ZKON	68	3,39	,06	,50	,25	-,03	,57	,05	,29	2,17	4,50
ZSW	68	3,55	,10	,85	,72	-,65	,57	-,32	,29	1,50	5,00
ZBel	68	3,36	,11	,88	,78	-,57	,57	-,02	,29	1,50	5,00
ZAGZ	68	2,69	,11	,89	,78	-,04	,57	-,14	,29	1,00	5,00

ZPERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, ZSOZRESS=Soziale Ressourcen, ZKON=Kontrolle, ZSW=Selbstwirksamkeit, ZBEL=Belastetheit, ZAGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

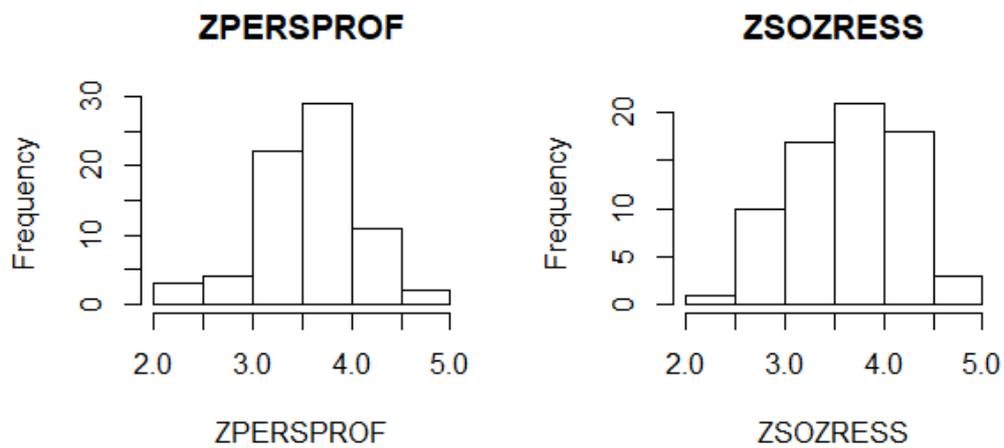


Abbildung 50: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP ZB

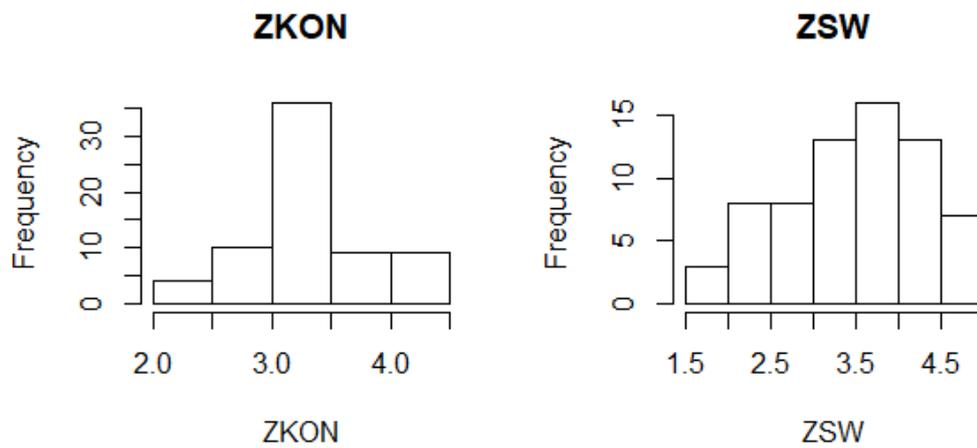


Abbildung 51: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP ZB

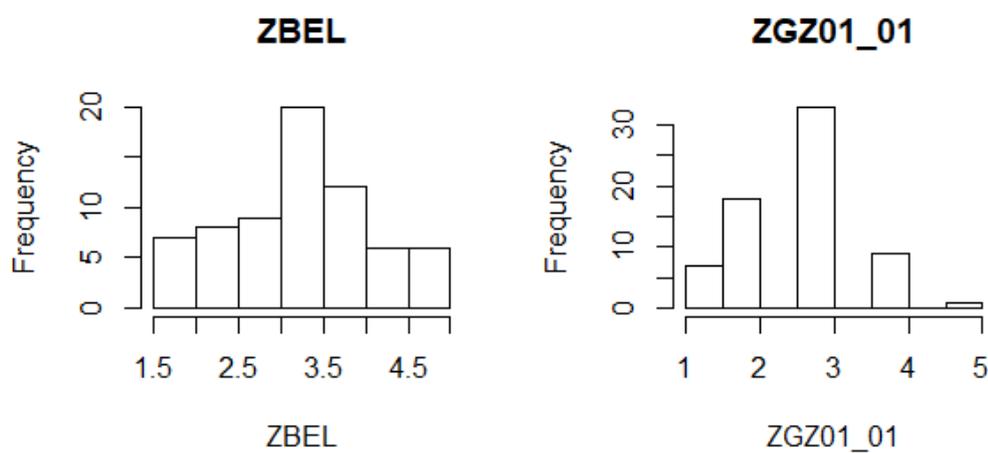


Abbildung 52: Belastetheit, Gesundheit Hauptstudie MZP ZB

Reliabilität. Zur Bestimmung der Reliabilität der Skalen wurde Cronbachs Alpha sowie die Trennschärfe der Items berechnet.

Im Einzelnen wurden folgende Werte erreicht:

Table 74: Reliabilität Skalen MZP ZB

Skalen MZP ZB	Reliabilität	Item-Trennschärfe
	$\alpha =$	$r_{it.min} - r_{it.max}$
Personale und Professionelle Ressourcen	0,88	0,18 – 0,63
Soziale Ressourcen	0,86	0,25 – 0,66
Kontrolle	0,44	-0,07 – 0,54
Selbstwirksamkeit	0,84	0,53 – 0,69
Belastetheit	0,79	0,44 – 0,72

Mit Ausnahme des Alpha-Wertes für Kontrolle, der als schlecht (aber besser als am MZP1) zu bezeichnen ist, sind alle Werte zwischen 0,79 und 0,88 und damit im guten Bereich. Trennschärfewerte unter 0,30 zeigten sich bei den Items Selbstständigkeit (0,28), Konzentrationsfähigkeit (0,28), Abgrenzungsfähigkeit (0,27), Anerkennung von Kollegen (0,25), Anforderungen bewältigen Allg. (0,08), Interesse Allg. (0,28) Fähigkeiten Allg. (-0,07), Schwierigkeiten Allg. (0,22) und Motivation Allg. (0,27).

Skalenwerte und Kontrollvariablen. Zwischen Alter und wahrgenommener Kontrolle zeigte sich ein signifikant schwacher positiver Zusammenhang ($r=0,25$, $p=0,04$).

Ein mittlerer signifikant negativer Zusammenhang zeigte sich zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Personalen und Professionellen Ressourcen ($r=-0,359$, $p<0,002$). Ein schwacher signifikant negativer Zusammenhang zeigte sich zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Selbstwirksamkeit ($r=-0,35$, $p=0,003$).

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeit zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den letzten Berufsfeldern der TeilnehmerInnen ($f=2,96$, $df=4$, $p=0,026$). Die Untersuchung der Kontraste zeigte, dass RehabilitandenInnen, die in früher kaufmännischen Berufsfeldern tätig waren, ihre Selbstwirksamkeit höher einschätzten als RehabilitandenInnen, die in handwerklichen Berufsfeldern tätig waren. RehabilitandenInnen, die in sonstigen Berufsfeldern tätig waren, schätzten ihre Selbstwirksamkeit höher ein als solche, die in handwerklichen oder medizinisch-sozialen Feldern gearbeitet hatten.

RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung schätzten ihre Sozialen Ressourcen signifikant besser ein als RehabilitandenInnen ohne psychische Erkrankung ($f=4,05$, $df=1$, $p=0,048$).

Keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich Kostenträger und früherer Rehatteilnahme.

6.3.5.3. Vergleich der Untersuchungsgruppen

Der Vergleich der Skalenmittelwerte der beiden Untersuchungsgruppen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 75: Vergleich Skalenwerte Untersuchungsgruppen MZP ZB

		N	Mean	SD	S.E.	95% Konfidenzintervall für Mittelwert		Min.	Max.
						Untere Grenze	Obere Grenze		
ZPERSPROF	BFW	58	3,56	,50	,06	3,43	3,69	2,33	4,48
	BBU	13	3,79	,48	,13	3,50	4,08	3,19	4,63
	Gesamt	71	3,60	,50	,05	3,48	3,72	2,33	4,63
ZSOZRESS	BFW	57	3,67	,52	,07	3,54	3,81	2,53	4,87
	BBU	13	3,59	,73	,20	3,15	4,03	2,07	4,60
	Gesamt	70	3,66	,56	,07	3,52	3,79	2,07	4,87
ZKON	BFW	55	3,41	,47	,06	3,28	3,53	2,17	4,50
	BBU	13	3,33	,62	,17	2,96	3,71	2,50	4,33
	Gesamt	68	3,39	,50	,06	3,27	3,51	2,17	4,50
ZSW	BFW	55	3,47	,86	,12	3,24	3,71	1,50	5,00
	BBU	13	3,88	,73	,20	3,44	4,33	2,67	5,00
	Gesamt	68	3,55	,85	,10	3,35	3,76	1,50	5,00
ZAGZ	BFW	55	2,67	,90	,12	2,43	2,92	1	5
	BBU	13	2,77	,83	,23	2,27	3,27	1	4
	Gesamt	68	2,69	,89	,11	2,48	2,91	1	5
ZBEL	BFW	55	3,43	,86	,12	3,19	3,66	1,50	5,00
	BBU	13	3,06	,95	,26	2,48	3,63	1,75	5,00
	Gesamt	68	3,36	,88	,11	3,14	3,57	1,50	5,00

ZPERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, ZPERSRESS=Personale Ressourcen, ZSOZRESS=Soziale Ressourcen, ZPRO-FRESS=Professionelle Ressourcen, ZKON=Kontrolle, ZSW=Selbstwirksamkeit, ZBEL=Belastetheit, ZAGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand, BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung

In keiner der Skalen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den BFW-TeilnehmernInnen und den BBU-TeilnehmernInnen.

Die Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test bestätigte die Ergebnisse der Varianzanalyse.

6.3.5.4. Wahrgenommene Veränderungen und wichtige Ereignisse

Wahrgenommene Veränderungen. Wahrgenommene Veränderungen gaben die UntersuchungsteilnehmerInnen für die Ressourcenbereiche, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheit auf einer fünf-stufigen Skala an, die die Extremwerte starke Verschlechterung (1) und starke Verbesserung (5) hatte. Ein Wert von 3 kennzeichnet keine Veränderung.

Tabelle 76: Wahrgenommene Veränderungen MZP ZB

Variable	N	Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Std Abw	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schiefe	Std.-Fehler Schiefe	Minimum	Maximum
Veränderung personale Ressourcen	71	3,35	,10	,88	,77	,77	,56	-,50	,28	1,00	5,00
Veränderung soziale Ressourcen	70	3,31	,08	,65	,42	1,06	,57	-,74	,29	1,00	4,00
Veränderung professionelle Ressourcen	69	3,74	,09	,72	,52	-,61	,57	,20	,29	2,00	5,00

Variable	N	Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Std Abw	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schiefe	Std.-Fehler Schiefe	Minimum	Maximum
Veränderung Kontrolle und Selbstwirksamkeit	68	3,34	,10	,86	,73	-,06	,57	-,14	,29	1,00	5,00
Veränderung Gesundheitszustand	68	2,97	,11	,95	,89	-,01	,57	-,38	,29	1,00	5,00

Die Mittelwerte schwankten von 2,97 (Gesundheit) bis 3,74 (Professionelle Ressourcen). Mit Ausnahme der Werte für Professionelle Ressourcen waren alle anderen Werte linksschief verteilt. Die Werte für wg. Veränderungen der personalen und sozialen Ressourcen waren steil verteilt, alle anderen waren eher flach verteilt.

Die BefragungsteilnehmerInnen (UmschulungsteilnehmerInnen) nahmen somit eher Verbesserungen zwischen dem ersten und zweiten Befragungszeitpunkt in allen Bereichen außer beim Gesundheitszustand wahr.

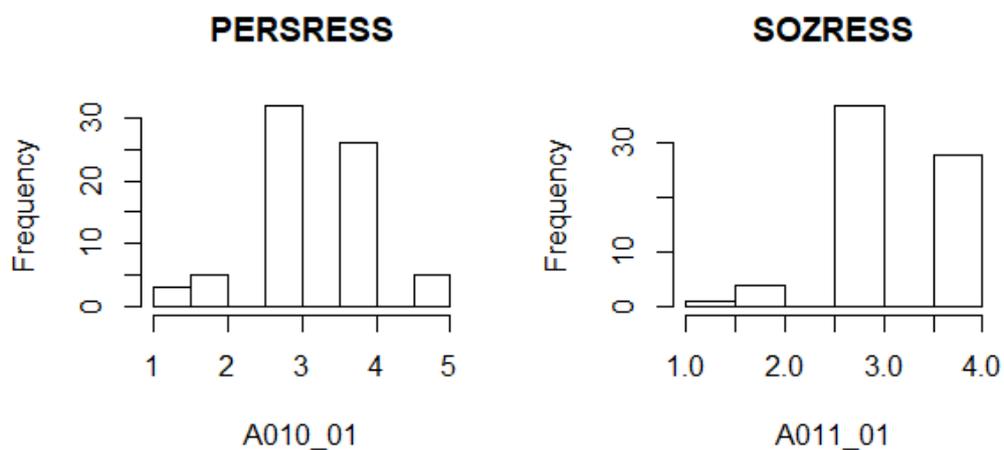


Abbildung 53: Wahrgenommene Veränderung Personale Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP ZB

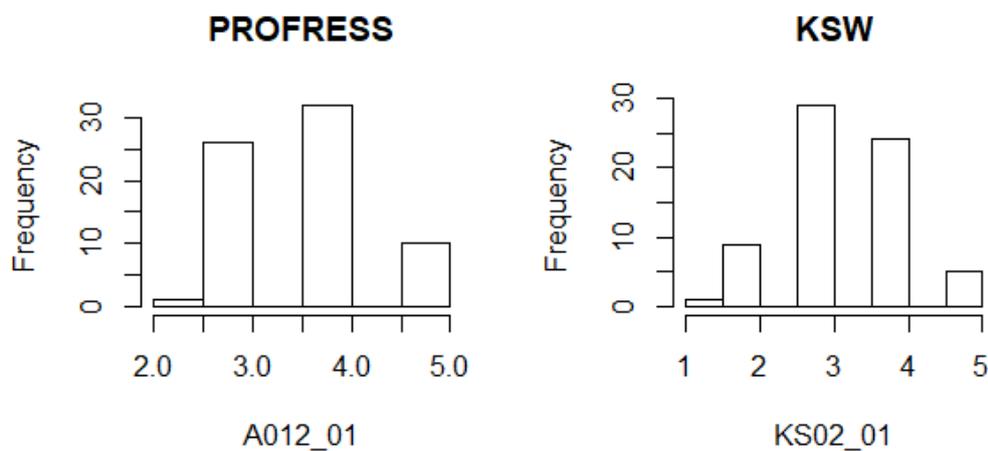


Abbildung 54: Wahrgenommene Veränderung Professionelle Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP ZB

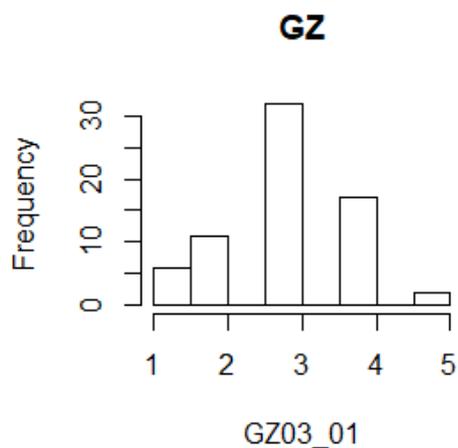


Abbildung 55: Wahrgenommene Veränderung Gesundheitszustand Hauptstudie MZP ZB

Der Vergleich der beiden Umschulungsgruppen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 77: Gruppenunterschiede wahrgenommene Veränderungen Hauptstudie MZP ZB

		N	Mean	SD	S.E.	95% Konfidenzintervall für Mittelwert		Min.	Max.
						Untere Grenze	Obere Grenze		
Veränderung personale Ressourcen	BFW	58	3,28	,91	,12	3,04	3,52	1	5
	BBU	13	3,69	,63	,17	3,31	4,07	3	5
	Gesamt	71	3,35	,88	,10	3,14	3,56	1	5
Veränderung soziale Ressourcen	BFW	57	3,23	,66	,09	3,05	3,40	1	4
	BBU	13	3,69	,48	,13	3,40	3,98	3	4
	Gesamt	70	3,31	,65	,08	3,16	3,47	1	4
Veränderung professionelle Ressourcen	BFW	56	3,68	,77	,10	3,47	3,88	2	5
	BBU	13	4,00	,41	,11	3,75	4,25	3	5
	Gesamt	69	3,74	,72	,09	3,57	3,91	2	5
Veränderung Kontrolle und Selbstwirksamkeit	BFW	55	3,20	,87	,12	2,97	3,43	1	5
	BBU	13	3,92	,49	,14	3,62	4,22	3	5
	Gesamt	68	3,34	,86	,10	3,13	3,55	1	5
Veränderung Gesundheitszustand	BFW	55	2,93	,94	,13	2,67	3,18	1	5
	BBU	13	3,15	,99	,27	2,56	3,75	1	4
	Gesamt	68	2,97	,95	,11	2,74	3,20	1	5

BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung

Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich bei den sozialen Ressourcen ($f=5,79$, $df=1$, $p=,019$) und Kontrolle/Selbstwirksamkeit ($f=8,3$, $df=1$, $p=,005$). In beiden Bereichen gaben BBU-TeilnehmerInnen größere Verbesserungen an als BFW-TeilnehmerInnen.

Wichtige Ereignisse. Die ZwischenbefragungsteilnehmerInnen wurden nach wichtigen positiven und negativen Ereignissen in der Zwischenzeit gefragt. 31 TeilnehmerInnen gaben an, dass sie in der Zwischenzeit wichtige positive Ereignisse erlebt haben. Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich nicht.

Tabelle 78: Wichtige positive Ereignisse Hauptstudie MZP ZB

Wichtige positive Ereignisse	Gruppe			
		BFW	BBU	Gesamt
ja	Anzahl	24,00	7,00	31,00
	Prozent	43,64%	58,33%	46,27%
	Stand.adj.Res.	-,93	,93	,00
nein	Anzahl	31,00	5,00	36,00
	Prozent	56,36%	41,67%	53,73%
	Stand.adj.Res.	,93	-,93	,00
Gesamt	Anzahl	55,00	12,00	67,00
	Prozent	100,00%	100,00%	100,00%

27 UntersuchungsteilnehmerInnen benannten ein oder mehrere konkrete positive Ereignisse:

Tabelle 79: Konkrete Benennungen positive Ereignisse Hauptstudie MZP ZB

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Praktikum gefunden	5	18,5
Anstellungsaussicht	4	14,8
Gute Noten	4	14,8
Positives Feed-back im Praktikum	3	11,11
Zusammenziehen, Umzug	3	1,11
Gute Partnerschaft	3	11,11
Neue Freundschaft	3	11,11
Neue Umschulung, Verkürzung	2	7,4
Geburt	2	7,4
Selbstvertrauen gestärkt	1	3,7
Privat	1	3,7
Erfolg Hobby	1	3,7
Bessere Gesundheit Tochter	1	3,7
Bessere eigene Gesundheit	1	3,7
Gute Beziehung zum Umfeld	1	3,7
Falschbeantwortung (Erkrankung Vater, Verschlechterung Gesundheit)	2	7,4
Summe	37	

Am häufigsten wurde das Finden einer Praktikumsstelle („Endlich eine Praktikumsstelle gefunden...“) und gute Übernahmeaussichten („sehr gute Aussicht auf Übernahme in Kanzlei“) genannt. 18 Nennungen bezogen sich auf die Rehabilitationsmaßnahme, alle übrigen auf private Ereignisse. Zwei Nennungen waren offensichtlich falsch, da sie sich auf eine andere Frage bezogen.

32 Personen gaben an, in der Zwischenzeit wichtige negative Ereignisse erlebt zu haben. Signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich nicht.

Tabelle 80: Wichtige negative Ereignisse Hauptstudie MZP ZB

Wichtige negative Ereignisse	Gruppe			
		BFW	BBU	Gesamt
ja	Anzahl	24,00	8,00	32,00
	Prozent	43,64%	61,54%	47,06%
	Stand.adj.Res.	-1,16	1,16	,00
nein	Anzahl	31,00	5,00	36,00
	Prozent	56,36%	38,46%	52,94%
	Stand.adj.Res.	1,16	-1,16	,00
Gesamt	Anzahl	55,00	13,00	68,00
	Prozent	100,00%	100,00%	100,00%

27 UntersuchungsteilnehmerInnen benannten ein oder mehrere konkrete negative Ereignisse:

Tabelle 81 : Konkrete Benennungen negative Ereignisse Hauptstudie MZP ZB

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Krankheit	6	22,22
Private Ereignisse, keine Nennung	5	18,51
Trennung	3	11,11
Krankheit in der Familie	3	11,11
Stress Schule	3	11,11
Maßnahmeabbruch	2	11,11
Geldsorgen	2	11,11
Schlechtes Verhalten Rehabilitanden	1	3,7
Heimat verlassen	1	3,7
Krankheit Haustier	1	3,7
Mehrbelastung Ehrenamt	1	3,7
Problem Männer	1	3,7
Todesfall	1	3,7
Therapie ausgelaufen	1	3,7
Einengung durch Familie	1	3,7
Falschbeantwortung (guter Betrieb)	1	3,7
Summe	33	

Am häufigsten wurden nicht weiter beschriebene private Ereignisse und Krankheiten benannt („Tumor in der Gebärmutter, Psychische Belastungen“). Sechs Nennungen bezogen sich auf die Rehabilitationsmaßnahme, alle übrigen auf weitere private Ereignisse. Eine Nennung war offensichtlich falsch, da sie sich auf eine andere Frage bezog.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass positive Ereignisse etwa zu gleichen Teilen aus dem Bereich der Rehabilitation (18) und dem privaten Bereich (17) benannt wurden. Bei den negativen Ereignissen dominierten dagegen deutlich private Ereignisse (26 von 33 Nennungen).

6.3.6. Ergebnisse Messzeitpunkt SB

6.3.6.1. Itemwerte und Korrelationsanalyse der Items

Itemwerte. Die Itemmittelwerte schwanken bei den personalen und professionellen Ressourcen zwischen 2,90 und 4,34, bei den sozialen Ressourcen zwischen 3,45 und 4,25 und bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit zwischen 3,01 und 3,92. Der Mittelwert für den Allg. Gesundheitszustand lag bei 2,81, die Werte der Belastetheitsitems schwankten zwischen 2,88 und 3,76. Die Verteilungen sind überwiegend flach und linksschief.

Korrelationsanalyse der Items. Wie in der Vorstudie wurden die Items zu den Bereichen personale Ressourcen, soziale Ressourcen und professionelle Ressourcen auf korrelative Zusammenhänge innerhalb und zwischen den einzelnen Bereichen untersucht.

Table 82: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
SPERSRESS – SPERSRESS	15	0,31	0,06
SPERSRESS – SSOZRESS	15	0,11	0,06
SPERSRESS – SPROFRESS	15	0,24	0,05

SPERSRESS=Personale Ressourcen, SSOZRESS=Soziale Ressourcen, SPROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den personalen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den sozialen Ressourcenitems ($z=-3,41$, $p=0,001$) und den professionellen Ressourcenitems ($z=-2,90$, $p=0,004$). Ebenfalls signifikant unterschiedlich waren die durchschnittlichen Korrelationen zu sozialen Ressourcenitems und professionellen Ressourcenitems ($z=-3,35$, $p=0,001$).

Table 83: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
SSOZRESS – SPERSRESS	15	0,11	0,08
SSOZRESS – SSOZRESS	15	0,30	0,04
SSOZRESS – SPROFRESS	15	0,07	0,08

SPERSRESS=Personale Ressourcen, SSOZRESS=Soziale Ressourcen, SPROFRESS=Professionelle Ressourcen

Bei den sozialen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen ebenfalls innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den Items zu personalen Ressourcen ($z=-3,41$, $P=0,001$) und den Items zu professionellen Ressourcen ($z=-3,41$, $p=0,001$). Auch die Korrelationen zu personalen und professionellen Ressourcenitems unterschieden sich signifikant ($z=-2,61$, $p=0,009$).

Table 84: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
SPROFRESS – SPERSRESS	12	0,24	0,08
SPROFRESS – SSOZRESS	12	0,07	0,05
SPROFRESS – SPROFRESS	12	0,32	0,06

SPERSRESS=Personale Ressourcen, SSOZRESS=Soziale Ressourcen, SPROFRESS=Professionelle Ressourcen

Auch bei den professionellen Ressourcenitems waren die durchschnittlichen Korrelationen innerhalb des Bereichs signifikant höher als zu den Items für personale Ressourcen ($z=-2,90$, $p=0,004$) und den Items für soziale Ressourcen ($z=-3,06$, $p=0,002$). Auch die durchschnittlichen Korrelationen zu personalen Ressourcenitems unterschieden sich signifikant zu den Items für soziale Ressourcen ($z=-3,06$, $p=0,002$).

Die Ergebnisse entsprechen den Ergebnissen der ersten beiden Messzeitpunkte auf einem höheren Niveau und sprechen ebenfalls für eine gemeinsame Skala Personale und Professionelle Ressourcen.

6.3.6.2. Skalenwerte und Reliabilität

Skalenwerte. Die Skalenmittelwerte der Schlussbefragung schwanken zwischen 2,82 (Gesundheitszustand) und 3,75 (Soziale Ressourcen). Mit Ausnahme von Kontrolle sind die Werte mehr oder weniger linksschief verteilt. Kontrolle weist eine steile, die übrigen Variablen weisen eher flache Verteilungen auf. Abweichungen von der Normalverteilung ergaben sich in den Tests für Allgemeiner Gesundheitszustand.

Tabelle 85: Skalenwerte Hauptstudie MZP SB

Variable	N	Mean	S.E.	SD	Vari- anz	Kurto- sis	S.E. Kur- t	Schie- fe	S.E. Schie- fe	Min.	Max.
SPERSPROF	159	3,62	,47	,59	,35	-,04	,38	-,34	,19	1,81	4,93
SSOZRESS	155	3,75	,05	,61	,37	-,27	,39	-,08	,19	2,20	5,00
SKON	153	3,53	,04	,52	,27	,66	,39	,14	,20	2,17	5,00
SSW	153	3,57	,07	,91	,84	-,08	,39	-,55	,20	1,00	5,00
SBel	152	3,29	,08	,94	,89	-,48	,39	-,07	,20	1,00	5,00
SAGZ	152	2,82	,07	,91	,82	-,41	,39	-,02	,20	1,00	5,00

SPERSPROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SSOZRESS=Soziale Ressourcen, SKON=Kontrolle, SSW=Selbstwirksamkeit, SBEL=Belastetheit, SAGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

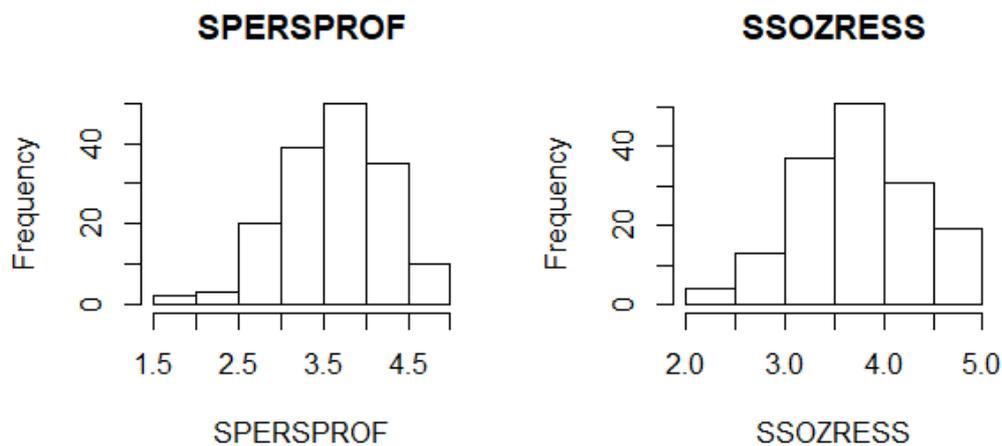


Abbildung 56: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP SB

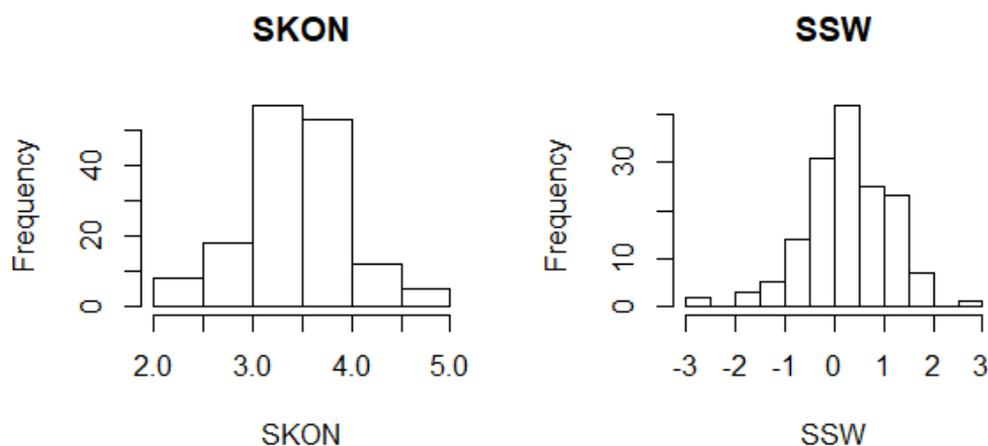


Abbildung 57: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP SB

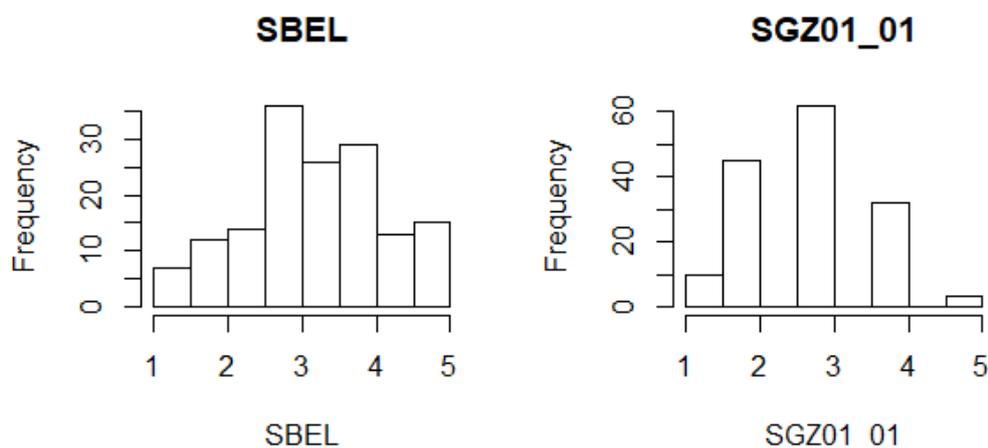


Abbildung 58: Belastetheit, Gesundheit Hauptstudie MZP SB

Reliabilität. Zur Bestimmung der Reliabilität der Skalen wurden Cronbachs Alpha sowie die Trennschärfe der Items berechnet.

Im Einzelnen wurden folgende Werte erreicht:

Table 86: Reliabilität Skalen MZP SB

Skalen MZP SB	Reliabilität	Item-Trennschärfe
	$\alpha =$	$r_{it.min} - r_{it.max}$
Personale und Professionelle Ressourcen	0,91	0,30 – 0,64
Soziale Ressourcen	0,86	0,36 – 0,60
Kontrolle	0,48	0,11 – 0,35
Selbstwirksamkeit	0,87	0,55 – 0,79
Belastetheit	0,79	0,52 – 0,73

Mit Ausnahme des Alpha-Wertes für Kontrolle, der im Vergleich zu den ersten beiden Befragungen zwar besser ist, aber immer noch als eher schlecht zu bewerten ist, liegen alle Werte zwischen 0,79 und 0,91 und damit im guten Bereich. Trennschärfewerte unter 0,30 zeigten sich bei den Items An-

forderungen bewältigen Allg. (0,19), Fähigkeiten Allg. (0,23), Schwierigkeiten Allg. (0,11) und Motivation Allg. (0,28).

Die Ergebnisse zeigen für alle Skalen zunehmend bessere Werte vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt. Als problematisch erwies sich an allen Messzeitpunkten die Skala wahrgenommene Kontrolle, die wie schon in der Voruntersuchung schlechte Werte aufwies.

Skalenwerte und Kontrollvariablen. Wie bereits in der Zwischenbefragung zeigte sich eine signifikant schwache positive Korrelation zwischen Alter und Kontrolle ($r=0,25$, $p=0,002$).

Signifikant schwache negative Zusammenhänge zeigten sich zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Personalen und Professionellen Ressourcen ($r=-0,31$, $p<0,001$) und Selbstwirksamkeit ($r=-0,27$, $p=0,001$).

Keine Unterschiede zeigten sich zwischen den verschiedenen Schulabschlussgruppen.

RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung schätzten ihre Selbstwirksamkeit ($f=4,03$, $df=1$, $p=0,046$) signifikant schlechter ein als RehabilitandenInnen ohne psychische Erkrankung.

RehabilitandenInnen der DRV schätzten ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein als RehabilitandenInnen, bei denen die Arbeitsagentur Kostenträger war ($f=3,27$, $df=2$, $p=0,041$).

Keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der früheren Teilnahme an Rehabilitationen.

6.3.6.3. Vergleich der Untersuchungsgruppen

Der Vergleich der Skalenmittelwerte der Untersuchungsgruppen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 87: Vergleich Skalenwerte Untersuchungsgruppen MZP SB

		N	Mean	SD	S.E.	95% Konfidenzintervall für Mittelwert		Min.	Max.
						Untere Grenze	Obere Grenze		
SPERSPROF	BFW	53	3,71	,54	,07	3,56	3,86	2,48	4,70
	BBU	11	3,82	,62	,18	3,40	4,24	2,96	4,63
	BTZ	62	3,53	,64	,08	3,36	3,69	1,81	4,63
	ABI	33	3,59	,54	,09	3,40	3,79	2,52	4,93
	Gesamt	159	3,62	,59	,04	3,53	3,71	1,81	4,93
	Gesamt	159	3,53	,62	,05	3,44	3,63	1,73	4,87
SSOZRESS	BFW	52	3,82	,46	,06	3,69	3,95	2,73	4,93
	BBU	10	3,66	,62	,20	3,22	4,10	2,87	4,73
	BTZ	60	3,67	,73	,09	3,49	3,86	2,20	5,00
	ABI	33	3,79	,60	,10	3,58	4,00	2,93	4,93
	Gesamt	155	3,75	,61	,05	3,65	3,84	2,20	5,00
	Gesamt	154	3,73	,69	,06	3,62	3,84	1,25	5,00
SKON	BFW	51	3,50	,46	,06	3,37	3,62	2,50	4,50
	BBU	10	3,43	,60	,19	3,00	3,87	2,83	4,83
	BTZ	59	3,47	,56	,07	3,32	3,61	2,17	5,00
	ABI	33	3,71	,50	,09	3,54	3,89	3,00	5,00
	Gesamt	153	3,53	,52	,04	3,44	3,61	2,17	5,00
SSW	BFW	51	3,70	,79	,11	3,48	3,92	2,00	5,00
	BBU	10	3,83	,79	,25	3,27	4,40	2,67	5,00
	BTZ	59	3,36	1,00	,13	3,10	3,63	1,00	5,00
	ABI	33	3,65	,93	,16	3,32	3,98	1,17	5,00
	Gesamt	153	3,57	,91	,07	3,42	3,71	1,00	5,00

		N	Mean	SD	S.E.	95% Konfidenzintervall für Mittelwert		Min.	Max.
						Untere Grenze	Obere Grenze		
SAGZ	BFW	50	2,80	,86	,12	2,56	3,04	1	4
	BBU	10	3,50	,71	,22	2,99	4,01	3	5
	BTZ	59	2,86	,90	,12	2,63	3,10	1	5
	ABI	33	2,58	,97	,17	2,23	2,92	1	5
	Gesamt	152	2,82	,91	,07	2,68	2,97	1	5
SBel	BFW	50	3,27	,98	,14	2,99	3,54	1,50	5,00
	BBU	10	2,85	,78	,25	2,29	3,41	1,50	4,00
	BTZ	59	3,38	,88	,11	3,15	3,61	1,00	5,00
	ABI	33	3,30	1,05	,18	2,93	3,67	1,00	5,00
	Gesamt	152	3,29	,94	,08	3,14	3,44	1,00	5,00

PERSPFROF=Personale und Professionelle Ressourcen, SPERSRESS=Personale Ressourcen, SSOZRESS=Soziale Ressourcen, SPROFRESS=Professionelle Ressourcen, SKON=Kontrolle, SSW=Selbstwirksamkeit, SBEL=Belastetheit, SAGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand, BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme

Tabelle 88: Kontraste Skalenwerte MZP SB

	Kontrast	Kontrastwert	Standardfehler	t	df	Sig. (2-seitig)
SAGZ	BFW - BBU	,70	,31	2,27	148	,025
	BFW – BTZ	,06	,17	,38	148	,707
	BFW – ABI	-,22	,20	1,12	148	,264
	BBU – BTZ	-,64	,30	2,09	148	,039
	BBU – ABI	-,92	,32	2,87	148	,005
	BTZ - ABI	-,29	,19	1,49	148	,138

SAGZ=Allgemeiner Gesundheitszustand

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich lediglich bei der Einschätzung des Allg. Gesundheitszustands ($f=2,83$, $df=3$, $p=0,41$). Die Kontrastanalyse zeigte, dass sich BBU-TeilnehmerInnen besser einschätzten als die TeilnehmerInnen aller anderen Gruppen.

Die Überprüfung mit dem Kruskal-Wallis-Test bestätigte die Ergebnisse der Varianzanalyse.

6.3.6.4. Wahrgenommene Veränderungen und wichtige Ereignisse

Wahrgenommene Veränderungen. Wahrgenommene Veränderungen gaben die UntersuchungsteilnehmerInnen für die Ressourcenbereiche, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheit auf einer fünfstufigen Skala an, die die Extremwerte starker Verschlechterung (1) und starke Verbesserung (5) hatte. Ein Wert von 3 kennzeichnet dementsprechend keine Veränderung.

Tabelle 89: Wahrgenommene Veränderungen MZP SB

Variable	N	Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Std Abw	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schiefe	Std.-Fehler Schiefe	Minimum	Maximum
Veränderung personale Ressourcen	159	3,72	,08	,98	,95	-,15	,38	-,52	,19	1,00	5,00
Veränderung soziale Ressourcen	155	3,64	,07	,86	,74	,09	,39	-,28	,19	1,00	5,00
Veränderung professionelle Ressourcen	154	3,69	,07	,85	,73	-,25	,39	-,19	,20	1,00	5,00

Variable	N	Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Std Abw	Varianz	Kurtosis	S.E. Kurt	Schief e	Std.-Fehler Schiefe	Minimum	Maximum
Veränderung Kontrolle und Selbstwirksamkeit	153	3,54	,07	,90	,80	,08	,39	-,30	,20	1,00	5,00
Veränderung Gesundheitszustand	152	3,32	,08	1,01	1,03	-,65	,39	-,10	,20	1,00	5,00

Die Mittelwerte schwankten von 3,32 (Gesundheit) bis 3,72 (personale Ressourcen). Alle Werte waren linksschief verteilt. Die Werte für wg. Veränderungen der personalen und sozialen Ressourcen waren steil verteilt, alle anderen waren eher flach verteilt.

Die BefragungsteilnehmerInnen nahmen somit in allen Bereichen eher Verbesserungen wahr.

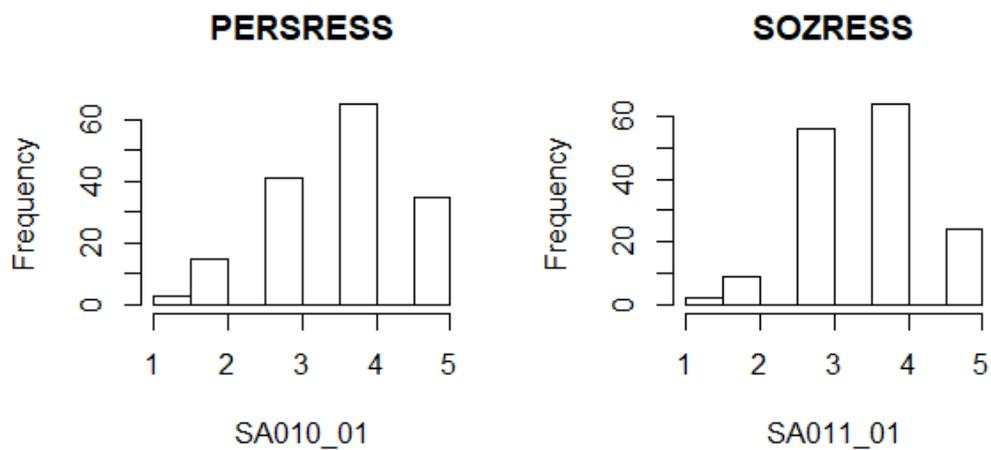


Abbildung 59: Wahrgenommene Veränderung Personale Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP SB

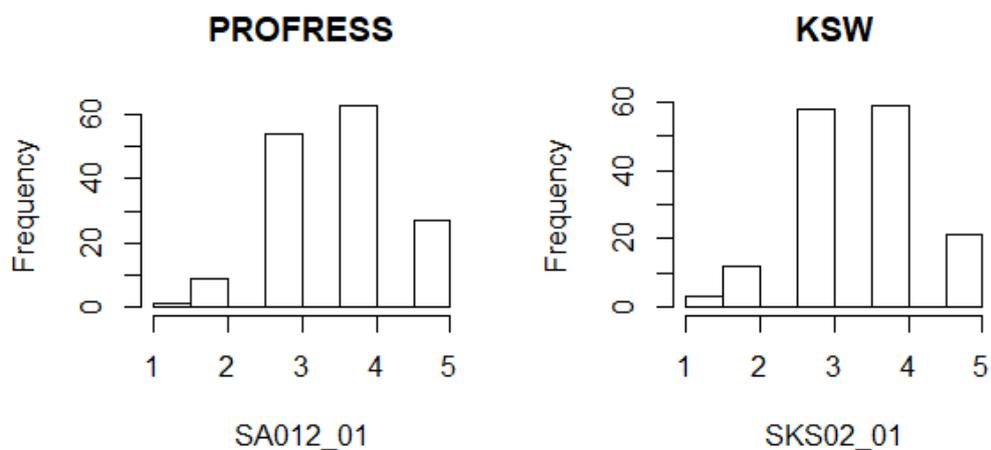


Abbildung 60: Wahrgenommene Veränderung Soziale Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP SB

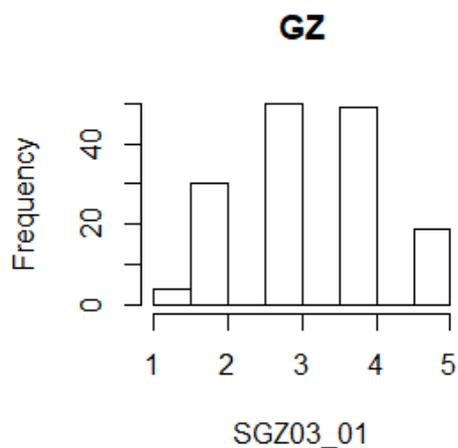


Abbildung 61: Wahrgenommene Veränderung Gesundheitszustand Hauptstudie MZB SB

Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei den wahrgenommenen Veränderungen.

Wichtige Ereignisse. Die SchlussbefragungsteilnehmerInnen wurden nach wichtigen positiven und negativen Ereignissen in der Zwischenzeit gefragt. 97 TeilnehmerInnen gaben an, dass sie in der Zwischenzeit wichtige positive Ereignisse erlebt haben. Signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich nicht:

Tabelle 90: Wichtige positive Ereignisse MZP SB

		Gruppe				
Wichtige positive Ereignisse		BFW	BBU	BTZ	ABI	Gesamt
ja	Anzahl	31,00	5,00	39,00	22,00	97,00
	Prozent	62,00%	50,00%	66,10%	68,75%	64,24%
	Stand.adj.Res.	-,40	-,97	,38	,60	,00
nein	Anzahl	19,00	5,00	20,00	10,00	54,00
	Prozent	38,00%	50,00%	33,90%	31,25%	35,76%
	Stand.adj.Res.	,40	,97	-,38	-,60	,00
Gesamt	Anzahl	50,00	10,00	59,00	32,00	151,00
	Prozent	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme

91 UntersuchungsteilnehmerInnen benannten ein oder mehrere konkrete positive Ereignisse:

Tabelle 91: Konkrete Benennungen positive Ereignisse MZP SB

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Arbeit gefunden	29	24,2
Prüfung bestanden	15	12,5
Gute Praktika	13	10,8
Partnerschaft/Hochzeit	11	9,2
Ausbildungsperspektive	11	9,2
Schwangerschaft	5	4,2
Neue Wohnung	5	4,2

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Geburt	3	2,5
Scheidung/Trennung	3	2,5
Praktikumsplatz	2	1,7
Bessere Beziehung	2	1,7
Neues Berufsfeld	2	1,7
Bessere Gesundheit	2	1,7
Vorstellungsgespräch	2	1,7
Mehr Sozialkontakte	2	1,7
Abiturjubiläum	1	0,8
Arbeitgeber in Aussicht	1	0,8
Abbruch Reha	1	0,8
Absetzung Medikamente	1	0,8
Urlaub	1	0,8
Berufliche Veränderung	1	0,8
Führerschein bestanden	1	0,8
Pflegekind aufgenommen	1	0,8
Falschbeantwortung (Umschulungs- abbruch)	5	4,2
Summe	120	

Am häufigsten wurden das Finden einer Arbeit und bestandene Prüfungen genannt. 77 Nennungen bezogen sich auf die Rehabilitation, 38 auf private Ereignisse und bei fünf Antworten handelte es sich offensichtlich um Fehlbeantwortungen.

72 Personen gaben an, in der Zwischenzeit wichtige negative Ereignisse erlebt zu haben. Signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich nicht. Eine Nennung war offensichtlich falsch, da sie sich auf eine andere Frage bezog.

Table 92: Wichtige negative Ereignisse MZP SB

Wichtige negative Ereignisse	Gruppe					
		BFW	BBU	BTZ	ABI	Gesamt
ja	Anzahl	18,00	5,00	30,00	19,00	72,00
	Prozent	36,00%	50,00%	50,85%	57,58%	47,37%
	Stand.adj.Res.	-1,97	,17	,68	1,33	,00
nein	Anzahl	32,00	5,00	29,00	14,00	80,00
	Prozent	64,00%	50,00%	49,15%	42,42%	52,63%
	Stand.adj.Res.	1,97	-,17	-,68	-1,33	,00
Gesamt	Anzahl	50,00	10,00	59,00	33,00	152,00
	Prozent	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

BFW=Berufsförderungswerk, BBU=Betriebliche Umschulung, BTZ=Berufliches Trainingszentrum, ABI=Ambulante betriebliche Integrationsmaßnahme

69 UntersuchungsteilnehmerInnen benannten ein oder mehrere konkrete negative Ereignisse:

Table 93: Konkrete Benennungen negative Ereignisse MZP SB

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Tod Angehörige	9	10
Trennung	9	10
Probleme Maßnahme	8	8,8

	Anzahl (Mehrfachnennungen)	Prozent
Krankheit	7	7,7
Schlechte Perspektive	7	7,7
Familiäre Probleme	7	7,7
Arbeitslosigkeit	6	6,6
Probleme Praktikums/Arbeitsplatz	5	5,5
Private Probleme	4	4,4
Abbruch der Maßnahme	3	3,3
Behördenprobleme	3	3,3
Prüfungstress, Stress	2	2,2
Einstellungsgespräch	1	1,1
Beruf aufgeben müssen	1	1,1
Unzufriedenheit mit Berufswahl	1	1,1
Verschwinden Tochter	1	1,1
Arbeitslosigkeit Mann	1	1,1
Auto kaputt	1	1,1
Laute Nachbarn	1	1,1
Umzug	1	1,1
Erbschaftsstreit	1	1,1
Finanzielle Probleme	1	1,1
Falschbeantwortung (Neue Beziehung, Neue Liebe, Gutes Praktikum, Schwangerschaft etc.)	10	11,1
Summe	90	

Am häufigsten wurde der Tod eines Angehörigen (9, 10 %) benannt. 34 Nennungen bezogen sich auf rehabilitationsbezogene Ereignisse. Alle übrigen Nennungen bezogen sich auf negative private Ereignisse (46). 10 Nennungen waren offensichtlich falsch, da sie sich auf eine andere Frage bezogen.

Wie bereits bei der Zwischenbefragung dominierten bei den positiven Ereignissen rehabilitationsbezogene, bei den negativen Ereignissen private.

6.3.7. Multivariate Untersuchung der Messzeitpunktunterschiede

Zur Analyse der Messzeitpunktunterschiede wurden neben den Daten der psychisch kranken RehabilitandenInnen auch die Daten aller befragten RehabilitandenInnen herangezogen. Die Einbeziehung der RehabilitandenInnen mit anderen Rehabilitationshintergründen in einer separaten Analyse der Veränderungen ergibt zusätzlich zur Hauptfragestellung eine breitere Perspektive. Es wurden somit drei Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt:

1. Alle RehabilitandenInnen aus dem kaufmännischen und verwaltenden Bereich
2. Alle psychisch kranken RehabilitandenInnen aus dem kaufmännischen und verwaltenden Bereich
3. Alle RehabilitandenInnen aus den Umschulungsgruppen

Entsprechend dem Untersuchungsmodell waren die Hauptfaktoren:

1. Inhaltlicher Schwerpunkt der Maßnahme (INS) mit den Gruppen Umschulung und Training
2. Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme (ZBI) mit den Gruppen frühe Integration und späte Integration und dem

3. Messwiederholungsfaktor

Als weitere Faktoren wurden vor dem Hintergrund der Critical-Life-Event-Forschung darüber hinaus in die Analyse einbezogen

1. Wichtige positiver Ereignisse in der Zwischenzeit
2. Wichtige negative Ereignisse in der Zwischenzeit

Alle Untersuchungsgruppen kaufmännischer Bereich (MZP 1 und MZP SB)

Für die Analyse wurden die Fälle der RehabilitandenInnen, die ihre Rehabilitation nicht im Bürobereich absolvierten, ausgeschlossen. In die Analyse gingen 134 ProbandenInnen ein, die den Fragebogen an beiden Messzeitpunkten vollständig ausgefüllt haben.

Die Überprüfung der Normalverteilung anhand des Shapiro-Wilk-Tests erbrachte in einigen Gruppen statistische Abweichungen. Die ergänzende grafische Überprüfung anhand der Normalverteilungsplots zeigte keine schwerwiegenden Abweichungen, sodass eine multivariate Normalverteilung angenommen werden kann. Anhand des Levene-Tests wurde die Varianzenhomogenität überprüft. Auch hier ergaben sich kaum signifikante Abweichungen. Zur Sicherheit wurden trotzdem alle Tests mit Bonferronikorrektur berechnet. Da auch von einem Intervallskalenniveau der Erhebungsinstrumente ausgegangen werden kann, waren die Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse mit Messwiederholung erfüllt.

Die Untersuchung der ProbandenInnen mit vollständigen Datensätzen erfolgte anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren Messwiederholung, Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme (ZBI), Inhaltlicher Schwerpunkt (INS), wichtige positive Ereignisse in der Zwischenzeit (SSD21), wichtige negative Ereignisse in der Zwischenzeit (SSD30) und den Interaktionsfaktoren Zeit*ZBI, Zeit*INS, Zeit*SSD21, Zeit*SSD30 und Zeit*INS*ZBI.

Die univariaten Tests erbrachten folgende Ergebnisse:

Tabelle 94: Univariate Tests alle Gruppen kaufmännischer Bereich

		df	F	p	η^2
Zeit	PPR	1	22,894	<,001	0,152
	SR	1	,074	,366	0,003
	SWS	1	4,658	,033	0,035
	KN	1	,089	,766	0,001
	BELA	1	15,922	<,001	0,111
	GES	1	4,911	,028	0,037
Zeit*INS	PPR	1	,916	,340	0,007
	SR	1	1,211	,273	0,009
	SWS	1	2,007	,159	0,015
	KN	1	,626	,430	0,005
	BELA	1	,630	,429	0,005
	GES	1	,055	,814	0,000
Zeit*ZBI	PPR	1	,610	,436	0,005
	SR	1	,006	,937	0,000
	SWS	1	,002	,965	0,000
	KN	1	,597	,441	0,005
	BELA	1	,194	,660	0,002
	GES	1	,424	,516	0,003
Zeit*SSD21	PPR	1	19,145	<,001	0,130

		df	F	p	η^2
	SR	1	3,985	,048	0,030
	SWS	1	15,628	<,001	0,109
	KN	1	2,362	,127	0,018
	BELA	1	7,392	,007	0,055
	GES	1	9,775	,002	0,071
Zeit*SSD30	PPR	1	2,266	,135	0,017
	SR	1	1,416	,236	0,011
	SWS	1	1,863	,175	0,014
	KN	1	,208	,649	0,002
	BELA	1	,000	,989	0,000
	GES	1	5,393	,022	0,040
Zeit*INS*ZBI	PPR	1	1,605	,207	0,012
	SR	1	4,011	,047	0,030
	SWS	1	,540	,464	0,004
	KN	1	1,181	,279	0,009
	BELA	1	3,491	,064	0,027
	GES	1	4,834	,030	0,036

INS=Inhaltlicher Schwerpunkt, ZBI=Zeitpunkt der betrieblichen Integration, PPR=Personale und Professionelle Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, SWS=Selbstwirksamkeit, KN=Kontrolle, BELA=Belastetheit, GES=Allgemeiner Gesundheitszustand; SSD21=Positive Ereignisse, SSD30=Negative Ereignisse

Die univariaten Tests ergaben signifikante Effekte für den Messwiederholungsfaktor Zeit bezüglich Personaler und Professioneller Ressourcen ($f=22,894$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,152$), Selbstwirksamkeit ($f=4,658$, $df=1$, $p=0,033$, $\eta^2=0,035$), Belastetheit ($f=15,922$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,111$) und Allgemeinem Gesundheitszustand ($f=4,911$, $df=1$, $p=0,028$, $\eta^2=0,037$). Die Werte für die Schlussbefragung waren jeweils signifikant höher, die für Belastetheit signifikant niedriger.

Keine signifikanten Effekte ergaben sich bei den Interaktionsfaktoren Zeit*INS und Zeit*ZBI.

Beim Interaktionsfaktor Zeit*Positive Ereignisse ergaben sich signifikante Effekte hinsichtlich Personaler und Professioneller Ressourcen ($f=19,141$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,130$), Sozialer Ressourcen ($f=3,985$, $df=1$, $p<0,048$, $\eta^2=0,030$), Selbstwirksamkeit ($f=15,628$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,109$), Belastetheit ($f=7,392$, $df=1$, $p=0,007$, $\eta^2=0,055$) und Allgemeinem Gesundheitszustand ($f=9,775$, $df=1$, $p=0,002$, $\eta^2=0,071$). Der Anstieg in der Gruppe mit positiven Ereignissen war jeweils höher als in der Gruppe ohne positive Ereignisse.

Beim Interaktionsfaktor Zeit*Negative Ereignisse ergab sich ein signifikanter Effekt auf den Allgemeinen Gesundheitszustand ($f=5,393$, $df=1$, $p=0,022$, $\eta^2=0,040$). Der Anstieg in der Gruppe mit negativen Ereignissen war geringer.

Beim Interaktionsfaktor Zeit*INS*ZBI ergab sich ein signifikanter Effekt bei den Sozialen Ressourcen ($f=4,011$, $df=1$, $p=0,047$, $\eta^2=0,030$) und dem Allgemeinen Gesundheitszustand ($f=4,830$, $df=1$, $p=0,030$, $\eta^2=0,036$).

Bei den Zwischensubjektfaktoren ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 95: Tests Zwischensubjekteffekte alle Gruppen kaufmännischer Bereich

		df	F	p	η^2
INS	PPR	1	10,295	,002	0,074
	SR	1	,003	,957	0,000
	SWS	1	14,537	<,000	0,102
	KN	1	,850	,358	0,007
	BELA	1	8,488	,004	0,062
	GES	1	13,126	<,001	0,093
ZBI	PPR	1	2,111	,149	0,016
	SR	1	,006	,936	0,000
	SWS	1	5,242	,024	0,039
	KN	1	3,903	,050	0,030
	BELA	1	4,014	,047	0,030
	GES	1	3,182	,077	0,024
SSD21	PPR	1	11,477	,001	0,082
	SR	1	,459	,500	0,004
	SWS	1	30,127	<,001	0,191
	KN	1	,853	,358	0,007
	BELA	1	22,334	<,001	0,149
	GES	1	21,296	<,001	0,143
SSD30	PPR	1	,013	,908	0,000
	SR	1	,080	,778	0,001
	SWS	1	,936	,335	0,007
	KN	1	,304	,582	0,002
	BELA	1	1,210	,316	0,008
	GES	1	1,013	,316	0,008
INS*ZBI	PPR	1	,294	,588	0,002
	SR	1	,013	,908	0,000
	SWS	1	,073	,787	0,001
	KN	1	1,192	,277	0,009
	BELA	1	,049	,826	0,000
	GES	1	6,496	,012	0,048

INS=Inhaltlicher Schwerpunkt, ZBI=Zeitpunkt der betrieblichen Integration, PPR=Personale und Professionelle Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, SWS=Selbstwirksamkeit, KN=Kontrolle, BELA=Belastetheit, GES=Allgemeiner Gesundheitszustand; SSD21=Positive Ereignisse, SSD30=Negative Ereignisse

Bei dem Zwischensubjektfaktor INS zeigten sich signifikante Effekte bei Personalen und Professionelle Ressourcen ($f=10,295$, $df=1$, $p=0,002$, $\eta^2=0,074$), Selbstwirksamkeit ($f=14,537$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,102$), Belastetheit ($f=8,44$, $df=1$, $p=0,004$, $\eta^2=0,062$) und Gesundheit ($f=13,126$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,093$). UmschulungsteilnehmerInnen schätzten sich signifikant besser ein als TrainingsteilnehmerInnen. Betrachtet man nur den letzten Messzeitpunkt so bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nur noch bei Personalen und Professionellen Ressourcen ($f=4,01$, $df=1$, $p=0,047$, $\eta^2=0,029$).

Bei ZBI zeigten sich signifikante Effekte bei Selbstwirksamkeit ($f=5,242$, $df=1$, $p=0,024$, $\eta^2=0,039$) und Belastetheit ($f=4,014$, $df=1$, $p=0,047$, $\eta^2=0,030$). Der Wert für Selbstwirksamkeit war bei TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher Integration höher, der für Belastetheit niedriger.

Beim Faktor Wichtige positive Ereignisse zeigten sich signifikante Effekte auf Personalen und Professionelle Ressourcen ($f=11,477$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,082$), Selbstwirksamkeit ($f=30,127$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,191$), Belastetheit ($f=22,334$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,149$) und Gesundheit ($f=21,296$, $df=1$,

$p < 0,001$, $\eta^2 = 0,143$). TeilnehmerInnen, die wichtige positive Ereignisse angaben, zeigten jeweils bessere Werte.

Keine signifikanten Effekte zeigten sich beim Faktor Wichtige negative Ereignisse.

Beim Interaktionsfaktor INS*ZBI zeigte sich ein Effekt auf Gesundheit ($f = 6,496$, $df = 1$, $p = 0,012$, $\eta^2 = 0,048$).

Die grafische Ergebnisdarstellung signifikanter Messwiederholungseffekte auf der Basis der geschätzten Randmittel (Faktor INS) ergibt folgendes Bild:

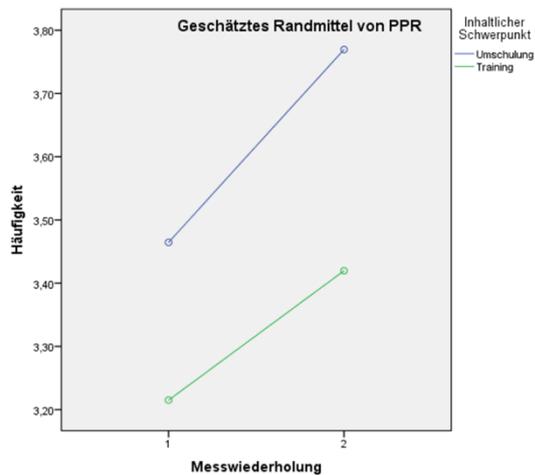


Abbildung 62: Veränderung Personale und professionelle Ressourcen (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)

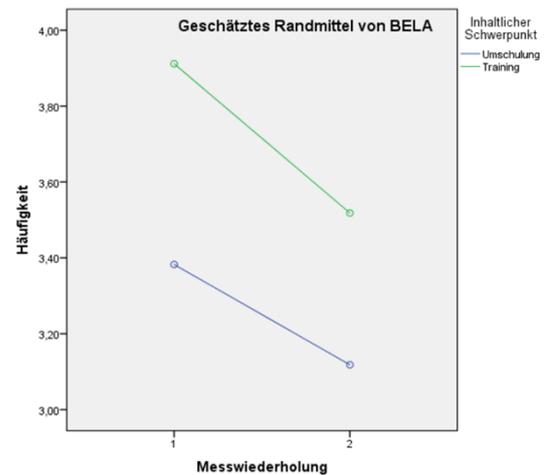


Abbildung 64: Veränderung Belastetheit (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)

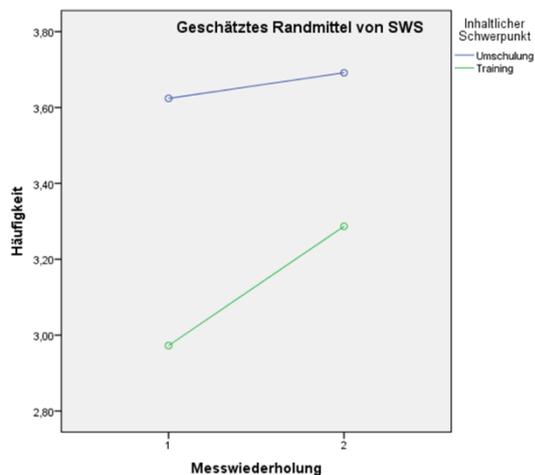


Abbildung 63: Veränderung Selbstwirksamkeit (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)

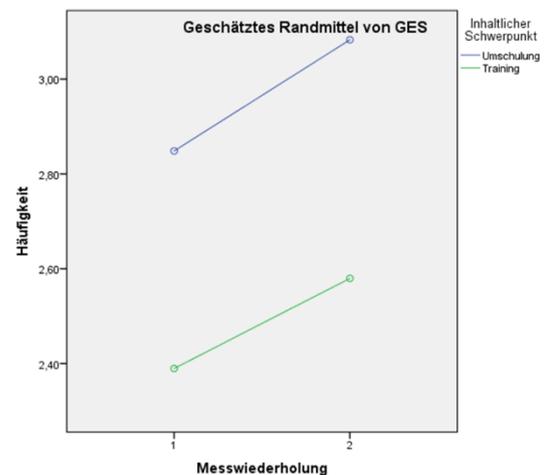


Abbildung 65: Veränderung Allgemeiner Gesundheitszustand (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich zwischen den Messzeitpunkten die wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit insgesamt signifikant verbesserten. Keine Veränderungen zeigten sich - auch auf Itemebene - bei wahrgenommenen sozialen Ressourcen und wahrgenommener Kontrolle. Spezifische Messwiederholungseffekte (Interaktionen) in Bezug auf Maßnahmeform und -inhalt (INS, ZBI) zeigten sich jedoch nicht.

Außerdem schätzten sich UmschulungsteilnehmerInnen in Hinblick auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit insgesamt besser ein als TrainingsteilnehmerInnen. Bei der Schlussbefragung bestanden Unterschiede aber nur noch bei Personalen und Professionellen Ressourcen.

TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration schätzten sich in Bezug auf Selbstwirksamkeit und Belastetheit insgesamt besser ein als TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit später betrieblicher Integration. Außerdem zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt INS*ZBI bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Eine Rolle spielt aber offensichtlich das Erleben positiver Ereignisse in der Zwischenzeit, das einen deutlichen positiven Effekt auf die Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten hatte.

Alle Untersuchungsgruppen kaufmännischer Bereich nur psychisch Kranke (MZP 1, MZP SB)

Für eine weitere Analyse wurden alle Probanden ausgeschlossen, die keine psychische Erkrankung als Rehggrund benannt hatten. In diese Analyse gingen alle 108 ProbandenInnen ein, die den Fragebogen am ersten und letzten Messzeitpunkt vollständig beantwortet haben.

Die Überprüfung der Normalverteilung anhand des Shapiro-Wilk-Tests erbrachte wie schon in der ersten Analyse statistische Abweichungen in einigen Gruppen. Die ergänzende grafische Überprüfung anhand der Normalverteilungsplots zeigte keine schwerwiegenden Abweichungen, sodass eine multivariate Normalverteilung angenommen werden kann. Anhand des Levene-Tests wurde die Varianzhomogenität überprüft. Auch hier ergaben sich kaum signifikante Abweichungen. Zur Sicherheit wurden trotzdem alle Tests mit Bonferronikorrektur berechnet. Da auch von einem Intervallskalenniveau der Erhebungsinstrumente ausgegangen werden kann, waren wie schon in der ersten Analyse (Alle Untersuchungsgruppen Kaufmännischer Bereich) die Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse mit Messwiederholung erfüllt.

Die Untersuchung der psychisch erkrankten ProbandenInnen mit vollständigen Datensätzen erfolgte anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den gleichen Faktoren bei der Untersuchung der Gesamtgruppe.

Folgende Messwiederholungseffekte zeigten sich:

Tabelle 96: Univariate Tests nur psychisch Erkrankte

		df	F	P	η^2
Zeit	PPR	1	17,237	<,001	0,145
	SR	1	,036	,850	0,000
	SWS	1	4,466	,037	0,042
	KN	1	,021	,886	0,000
	BELA	1	11,428	,001	0,101
	GES	1	2,235	,138	0,021
Zeit*INS	PPR	1	1,869	,175	0,018
	SR	1	2,778	,099	0,027
	SWS	1	,286	,594	0,003
	KN	1	,107	,744	0,001
	BELA	1	,054	,816	0,001
	GES	1	,001	,976	0,000
Zeit*ZBI	PPR	1	,421	,518	0,004
	SR	1	,496	,483	0,005

		df	F	P	η^2
	SWS	1	,070	,792	0,001
	KN	1	,780	,379	0,008
	BELA	1	,074	,786	0,001
	GES	1	,000	,989	0,000
Zeit*SSD21	PPR	1	25,143	<,001	0,198
	SR	1	4,924	,029	0,046
	SWS	1	22,260	<,001	0,179
	KN	1	4,064	,046	0,039
	BELA	1	11,301	,001	0,100
	GES	1	8,658	,004	0,078
Zeit*SSD30	PPR	1	1,994	,161	0,019
	SR	1	,191	,633	0,002
	SWS	1	1,395	,240	0,013
	KN	1	,061	,806	0,001
	BELA	1	,026	,872	0,000
	GES	1	4,602	,034	0,043
Zeit*INS*ZBI	PPR	1	1,163	,283	0,011
	SR	1	,655	,420	0,006
	SWS	1	,081	,777	0,001
	KN	1	1,264	,263	0,012
	BELA	1	,865	,355	0,008
	GES	1	1,427	,235	0,014

INS=Inhaltlicher Schwerpunkt, ZBI=Zeitpunkt der betrieblichen Integration, PPR=Personale und Professionelle Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, SWS=Selbstwirksamkeit, KN=Kontrolle, BELA=Belastetheit, GES=Allgemeiner Gesundheitszustand; SSD21=Positive Ereignisse, SSD30=Negative Ereignisse

Die univariaten Tests ergaben signifikante Effekte für den Messwiederholungsfaktor Zeit bezüglich Personaler und Professioneller Ressourcen ($f=17,237$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,145$), Selbstwirksamkeit ($f=4,466$, $d=1$, $p=0,037$, $\eta^2=0,042$) und Belastetheit ($f=11,428$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,101$). Die Werte für die Schlussbefragung waren jeweils signifikant höher, die für Belastetheit signifikant niedriger.

Keine signifikanten Effekte ergaben sich bei den Interaktionsfaktoren Zeit*INS und Zeit*ZBI.

Beim Interaktionsfaktor Zeit*Positive Ereignisse zeigten sich signifikante Effekte für Personale und Professionelle Ressourcen ($f=25,143$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,198$), Soziale Ressourcen ($f=4,924$, $df=1$, $p=0,029$, $\eta^2=0,046$), Selbstwirksamkeit ($f=22,260$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,179$), Kontrolle ($f=4,064$, $df=1$, $p=0,046$, $\eta^2=0,038$), Belastetheit ($f=11,301$, $df=1$, $p=0,001$, $\eta^2=0,100$) und Gesundheit ($f=8,658$, $df=1$, $p=0,004$, $\eta^2=0,078$). Bei TeilnehmerInnen, die wichtige positive Ereignisse angaben, war der Anstieg höher.

Beim Interaktionsfaktor Zeit*Negative Ereignisse zeigte sich ein signifikanter Effekt auf Gesundheit ($f=4,602$, $df=1$, $p=0,034$, $\eta^2=0,043$). Bei Teilnehmern ohne negative Ereignisse stieg der Wert stärker an.

Für die Zwischensubjektfaktoren ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 97: Tests Zwischensubjektfaktoren nur psychisch Erkrankte

		df	F	p	η^2
INS	PPR	1	7,654	,007	0,070
	SR	1	1,084	,300	0,011
	SWS	1	13,438	<,001	0,116
	KN	1	,913	,341	0,009
	BELA	1	6,671	,011	0,061
	GES	1	18,340	<,001	0,152
ZBI	PPR	1	4,775	,031	0,045
	SR	1	,548	,461	0,005
	SWS	1	8,586	,004	0,078
	KN	1	,974	,326	0,009
	BELA	1	4,259	,042	0,040
	GES	1	6,308	,014	0,058
SSD21	PPR	1	10,363	,002	0,092
	SR	1	,388	,535	0,004
	SWS	1	28,449	<,001	0,218
	KN	1	,867	,354	0,008
	BELA	1	37,037	<,001	0,266
	GES	1	32,010	<,001	0,239
SSD30	PPR	1	,701	,404	0,007
	SR	1	,000	,990	0,000
	SWS	1	,001	,970	0,000
	KN	1	,116	,734	0,001
	BELA	1	,029	,865	0,000
	GES	1	,212	,646	0,002
INS*ZBI	PPR	1	2,061	,154	0,020
	SR	1	,337	,563	0,003
	SWS	1	1,544	,217	0,015
	KN	1	2,309	,132	0,002
	BELA	1	,255	,615	0,002
	GES	1	10,389	,002	0,092

INS=Inhaltlicher Schwerpunkt, ZBI=Zeitpunkt der betrieblichen Integration, PPR=Personale und Professionelle Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, SWS=Selbstwirksamkeit, KN=Kontrolle, BELA=Belastetheit, GES=Allgemeiner Gesundheitszustand; SSD21=Positive Ereignisse, SSD30=Negative Ereignisse

Bei dem Zwischensubjektfaktor INS zeigten sich signifikante Effekte bei Personalen und Professionellen Ressourcen ($f=7,654$, $df=1$, $p=0,007$, $\eta^2=0,070$), Selbstwirksamkeit ($f=13,438$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,116$), Belastetheit ($f=6,671$, $df=1$, $p=0,011$, $\eta^2=0,061$) und Gesundheit ($f=18,340$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,152$). UmschulungsteilnehmerInnen schätzten sich signifikant besser ein als Trainingsteilnehmer.

Bei dem Zwischensubjektfaktor ZBI zeigten sich signifikante Effekte bei Personalen und Professionellen Ressourcen ($f=4,775$, $df=1$, $p=0,031$, $\eta^2=0,045$), Selbstwirksamkeit ($f=8,586$, $df=1$, $p=0,004$, $\eta^2=0,078$), Belastetheit ($f=4,259$, $df=1$, $p=0,042$, $\eta^2=0,040$) und Gesundheit ($f=6,308$, $df=1$, $p=0,014$, $\eta^2=0,058$). TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration schätzten sich signifikant besser ein als TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit später betrieblicher Integration.

Beim Faktor Positive Ereignisse zeigten sich signifikante Effekte für Personale und Professionelle Ressourcen ($f=10,363$, $df=1$, $p=0,002$, $\eta^2=0,092$), Selbstwirksamkeit ($f=28,449$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,218$),

Belastetheit ($f=37,037$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,266$) und Gesundheit ($f=32,010$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,239$). Die Werte waren bei Personen, die wichtige positive Ereignisse angaben, höher.

Bei dem Interaktionsfaktor INS*ZBI zeigte sich ein signifikanter Effekt bei Gesundheit ($f=10,389$, $df=1$, $p=0,002$, $\eta^2=0,092$).

Die grafische Ergebnisdarstellung signifikanter Messwiederholungseffekte auf der Basis der geschätzten Randmittel (Faktor INS) ergibt folgendes Bild:

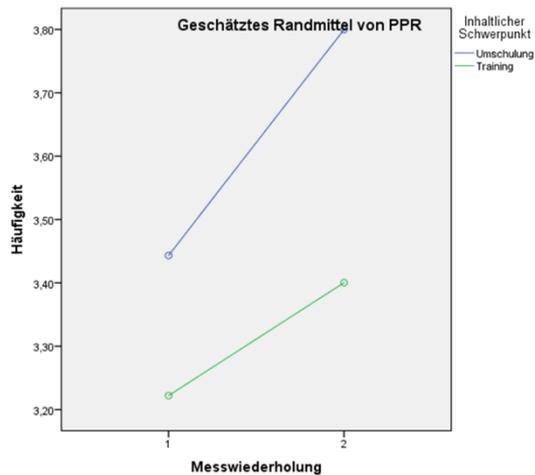


Abbildung 66: Veränderung Personale und Professionelle Ressourcen (kaufmännischer Bereich psychisch Erkrankte)

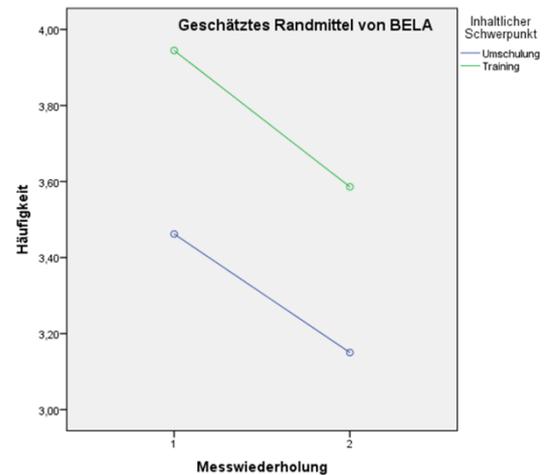


Abbildung 68: Veränderung Belastetheit (kaufmännischer Bereich psychisch Erkrankte)

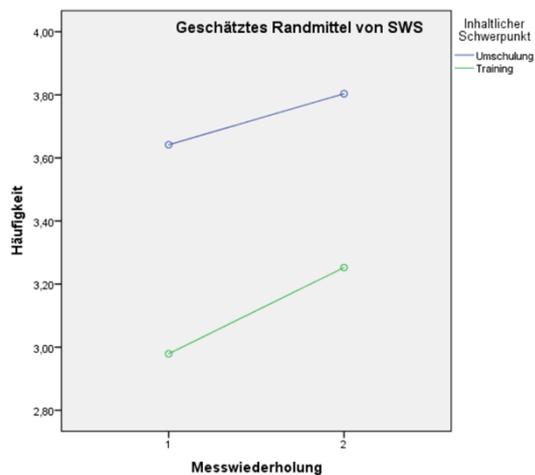


Abbildung 67: Veränderung Selbstwirksamkeit (kaufmännischer Bereich psychisch Erkrankte)

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich bei den psychisch erkrankten RehabilitandenInnen zwischen den Messzeitpunkten die wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit insgesamt signifikant verbesserten. Spezifische Messwiederholungseffekte (Interaktionen) in Bezug auf Maßnahmeform- und Inhalt (INS, ZBI) zeigten sich jedoch nicht.

Außerdem schätzten sich UmschulungsteilnehmerInnen in Hinblick auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit insgesamt besser ein als TrainingsteilnehmerInnen.

TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration schätzen sich in Hinblick auf Personale und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit insgesamt besser ein als TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit später betrieblicher Integration. Außerdem zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt $INS*ZBI$ bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Eine Rolle spielt aber auch bei den psychisch erkrankten RehabilitandenInnen das Erleben positiver Ereignisse in der Zwischenzeit, das einen positiven Effekt auf die Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten hatte. Das Erleben negativer Ereignisse wirkten sich auf Verbesserungen des wahrgenommenen Gesundheitszustandes eher dämpfend aus.

Umschulungsgruppen (MZP 1, MZP ZB, MZP SB)

Die Umschulungsgruppen BFW und BBU wurden zusätzlich nach neun Monaten befragt. Die Untersuchung der 51 ProbandenInnen mit vollständigen Datensätzen erfolgte anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren Messwiederholung, Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme (ZBI) und dem Interaktionsfaktor Messwiederholung*ZBI.

Die Überprüfung der Normalverteilung anhand des Shapiro-Wilk-Tests erbrachte nur wenige statistische Abweichungen. Die ergänzende grafische Überprüfung anhand der Normalverteilungsplots zeigte keine schwerwiegenden Abweichungen, sodass eine multivariate Normalverteilung angenommen werden kann. Anhand des Levene-Tests wurde die Varianzenhomogenität überprüft. Auch hier ergaben sich kaum signifikanten Abweichungen. Zur Sicherheit wurden trotzdem alle Tests mit Bonferro-nikorrektur berechnet. Da auch von einem Intervallskalenniveau der Erhebungsinstrumente ausgegangen werden kann, waren die Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse mit Messwiederholung erfüllt.

Außer für Personale und Professionelle Ressourcen zeigten sich im Mauchley-Test auf Sphärizität keine signifikanten Abweichungen von der Sphärizitätsannahme. Die Freiheitsgrade für Personale und Professionelle Ressourcen wurden daher nach Greenhouse-Geisser mit dem Faktor 0,841 korrigiert.

Die univariaten Tests erbrachten folgendes Bild:

Tabelle 98: Univariate Tests Umschulungsgruppen

		df	F	p	η^2
Zeit	PPR	1,681	12,063	<,001	,198
	SR	2	1,539	,220	,030
	SWS	2	,861	,426	,017
	KN	2	3,242	,043	,062
	BELA	2	2,094	,129	,041
	GES	2	3,490	,034	,066
Zeit * ZBI	PPR	1,681	,926	,386	,019
	SR	2	1,070	,347	,021
	SWS	2	1,786	,173	,035
	KN	2	1,012	,367	,020
	BELA	2	,653	,523	,013
	GES	2	2,071	,132	,041

INS=Inhaltlicher Schwerpunkt, ZBI=Zeitpunkt der betrieblichen Integration, PR=Personale Ressourcen, SR=Soziale Ressourcen, PRR=Professionelle Ressourcen, SWS=Selbstwirksamkeit, KN=Kontrolle, BELA=Belastetheit, GES=Allgemeiner Gesundheitszustand

Die univariaten Tests erbrachten signifikante Messwiederholungseffekte für Personale und Professionelle Ressourcen ($f=12,063$, $df=1,681$, $p<0,001$, $\eta^2=0,198$), Kontrolle ($f=3,242$, $df=2$, $p=0,043$, $\eta^2=0,062$) und Gesundheit ($f=3,490$, $df=2$, $p=0,034$, $\eta^2=0,066$).

Der paarweise Vergleich der geschätzten Randmittel der Messzeitpunkte zeigte bei Personalen und Professionellen Ressourcen signifikante Unterschiede zwischen dem ersten Messzeitpunkt und dem MZP ZB bzw. dem MZP SB, nicht jedoch zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt. Bei Gesundheit zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt, was vor allem auf den starken Anstieg in der BBU-Gruppe zurückzuführen ist. Bei Kontrolle zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Paarvergleichen. Lediglich zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt zeigte sich ein tendenzieller Rückgang. Zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt zeigte sich diese Tendenz jedoch nicht, der Wert für Kontrolle ist in der BFW-Gruppe wieder auf den Ausgangswert angestiegen.

Keine signifikanten Effekte zeigten sich bei dem Zwischensubjektfaktor ZBI.

Die graphische Darstellung der signifikanten Effekte auf der Basis der geschätzten Randmittel ergibt folgendes Bild:

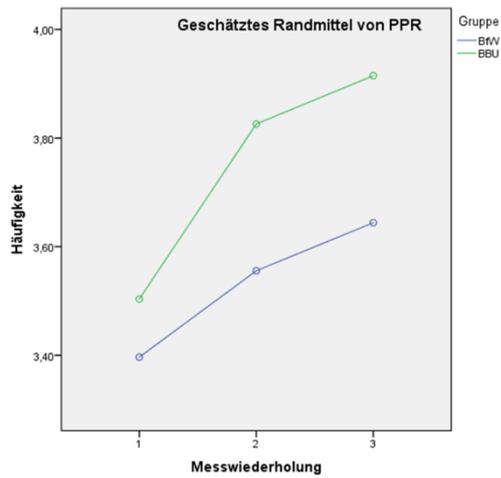


Abbildung 69: Veränderungen Personale und Professionelle Ressourcen (Umschulungsgruppen)

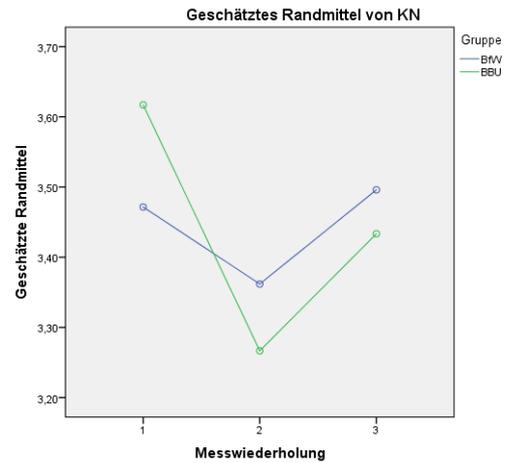


Abbildung 71: Veränderungen Kontrolle (Umschulungsgruppen)

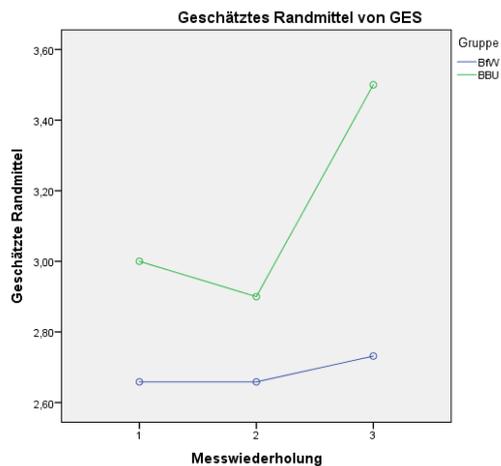


Abbildung 70: Veränderungen Allgemeiner Gesundheitszustand (Umschulungsgruppen)

Zusammenfassend kann man feststellen, dass der signifikante Effekt bei Personalen und Professionellen Ressourcen vor allem auf den signifikanten Unterschied zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt zurückzuführen ist. Der Effekt bei der Gesundheitseinschätzung ist dagegen auf den signifikanten Unterschied zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt zurückzuführen. Bei Kontrolle scheint der Effekt hauptsächlich im tendenziellen Rückgang zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten begründet zu sein.

6.3.8. Korrelationsanalysen der Veränderungen

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen Veränderungen wahrgenommener Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren wurden Differenzwerte zwischen dem ersten Messzeitpunkt und der Schlussbefragung gebildet und miteinander korreliert.

Folgende Ergebnisse zeigten sich für die Gesamtgruppe:

Tabelle 99: Korrelationen Veränderungen Ressourcen und Kontrolle und Selbstwirksamkeit kaufmännischer Bereich

Korrelationen			
		Skondiff	Sswdiff
SPersprofdiff	Pearson Correlation	,230	,508
	Sig. (1-tailed)	,004	<,001
	N	135	135
SSordiff	Pearson Correlation	,252	,098
	Sig. (1-tailed)	,002	,130
	N	135	135

SPersprofdiff= Differenz Personale und professionelle Ressourcen MZP SB-MZP 1, SSordiff=Differenz Soziale Ressourcen MZP SB-MZP 1, SKondiff=Differenz Kontrolle MZP SB-MZP 1, Sswdiff=Differenz Selbstwirksamkeit MZP SB-MZP 1

Zwischen Differenzen wahrgenommener Personaler und Professioneller sowie Sozialer Ressourcen und Differenzen wahrgenommener Kontrolle zeigten sich signifikante schwache Korrelationen: Je größer die Veränderung wahrgenommener Personaler und Professioneller sowie sozialer Ressourcen war, desto größer war die Veränderung von wahrgenommener Kontrolle.

Zwischen den Differenzen wahrgenommener Personaler und Professioneller Ressourcen und wahrgenommener Selbstwirksamkeit zeigten sich signifikante mittlere Korrelationen: Je größer die Veränderung wahrgenommener Personaler und Professioneller Ressourcen war, desto größer war die Veränderung von wahrgenommener Selbstwirksamkeit. Ein Zusammenhang zwischen Veränderung Sozialer Ressourcen und Veränderungen bei Selbstwirksamkeit zeigte sich dagegen nicht.

Tabelle 100: Korrelationen Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren kaufmännischer Bereich

Korrelationen			
		SBeldiff	SGZdiff
Skondiff	Pearson Correlation	-,037	,065
	Sig. (1-tailed)	,337	,225
	N	135	135
Sswdiff	Pearson Correlation	-,370	,340
	Sig. (1-tailed)	<,001	<,001
	N	135	135

SKondiff=Differenz Kontrolle MZP SB-MZP 1, Sswdiff=Differenz Selbstwirksamkeit MZP SB-MZP 1, SBeldiff=Differenz Belastetheit MZP SB – MZP 1, SGZdiff=Differenz Allgemeiner Gesundheitszustand MZP SB-MZP 1

Zwischen den Differenzen wahrgenommener Kontrolle und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit zeigten sich keine signifikanten Korrelationen.

Zwischen den Differenzen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit zeigten sich dagegen signifikante mittlere modellgerechte Korrelationen: Je größer die Veränderung wahrgenommener Selbstwirksamkeit war, desto größer war die Veränderung wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit.

Für die Teilgruppe psychisch erkrankter RehabilitandenInnen zeigten sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 101: Korrelationen Veränderungen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit kaufmännischer Bereich nur psychisch Erkrankte

Korrelationen			
		Skondiff	Sswdiff
SPersprofdiff	Pearson Correlation	,177	,490
	Sig. (1-tailed)	,033	<,001
	N	109	109
SSordiff	Pearson Correlation	,261	,068
	Sig. (1-tailed)	,003	,241
	N	109	109

SPersprofdiff= Differenz Personale und professionelle Ressourcen MZP SB-MZP 1, SSordiff=Differenz Soziale Ressourcen MZP SB-MZP 1, SKondiff=Differenz Kontrolle MZP SB-MZP 1, Sswdiff=Differenz Selbstwirksamkeit MZP SB-MZP 1

Zwischen Differenzen wahrgenommener Personaler und Professioneller Ressourcen sowie Sozialer Ressourcen und Differenzen wahrgenommener Kontrolle zeigten sich signifikante schwache Korrelationen: Je größer die Veränderung wahrgenommener Sozialer sowie Personaler und Professioneller Ressourcen war, desto größer war die Veränderung von wahrgenommener Kontrolle.

Zwischen den Differenzen wahrgenommener Personaler und Professioneller Ressourcen und wahrgenommener Selbstwirksamkeit zeigten sich signifikante mittlere Korrelationen: Je größer die Veränderung wahrgenommener Personaler und Professioneller Ressourcen war, desto größer war die Veränderung von wahrgenommener Selbstwirksamkeit. Ein Zusammenhang zwischen Veränderung Sozialer Ressourcen und Veränderungen bei Selbstwirksamkeit zeigte sich dagegen nicht

Tabelle 102: Korrelationen Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren kaufmännischer Bereich nur psychisch Erkrankte

Korrelationen			
		SBeldiff	SGZdiff
Skondiff	Pearson Correlation	,015	,062
	Sig. (1-tailed)	,440	,261
	N	109	109
Sswdiff	Pearson Correlation	-,378	,370
	Sig. (1-tailed)	<,001	<,001
	N	109	109

SKondiff=Differenz Kontrolle MZP SB-MZP 1, Sswdiff=Differenz Selbstwirksamkeit MZP SB-MZP 1, SBeldiff=Differenz Belastetheit MZP SB – MZP 1, SGZdiff=Differenz Allgemeiner Gesundheitszustand MZP SB-MZP 1

Zwischen den Differenzen wahrgenommener Kontrolle und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit zeigten sich keine signifikanten Korrelationen.

Zwischen den Differenzen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit zeigten sich dagegen signifikante mittlere modellgerechte Korrelationen: Je größer die Veränderung wahrgenommener Selbstwirksamkeit war, desto größer war die Veränderung wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass in der Gesamtgruppe und in der Teilgruppe der psychisch Kranken RehabilitandenInnen die gleichen Zusammenhänge aufzufinden waren. Veränderungen bei Personalen und Professionellen Ressourcen stehen mit Veränderungen bei Kontrolle und Selbstwirksamkeit in Zusammenhang. Veränderungen bei Sozialen Ressourcen stehen nur mit Veränderungen bei Kontrolle in Zusammenhang. Veränderungen bei Selbstwirksamkeit stehen mit Veränderungen bei Gesundheit und Belastetheit in Zusammenhang. Diese Zusammenhänge sind modellgerecht. Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle stehen mit Veränderungen von Gesundheit und Belastetheit nicht in Zusammenhang.

6.3.9. Überprüfung der Hypothesen

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt sowohl für die Gesamtgruppe der UntersuchungsteilnehmerInnen als auch für die Teilgruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen.

Der besseren Übersichtlichkeit halber werden die bereits in Kapitel 4 dargestellten Hypothesen wiederholt und vor dem Hintergrund der jeweils relevanten Untersuchungsergebnisse bewertet.

Hypothese 1:

TeilnehmerInnen an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen schätzen ihre personalen, sozialen und professionellen beruflichen Ressourcen, ihre berufliche Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheit nach Abschluss der Maßnahme besser ein als vorher.

Statistische Hypothesen:

$H_0: M(\text{SRESS, SKON, SSW, SGZ01_01, SBEL}) \leq M(\text{RESS, KON, SW, GZ01_01, BEL})$

$H_1: M(\text{SRESS, SKON, SSW, SGZ01_01, SBEL}) > M(\text{RESS, KON, SW, GZ01_01, BEL})$

Die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung MZP 1 und MZP SB geben hierzu Auskunft.

Gesamtgruppe:

Die univariaten Tests ergaben signifikante Effekte für den Messwiederholungsfaktor bezüglich Personaler und Professioneller Ressourcen ($f=22,894$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,152$) Selbstwirksamkeit ($f=4,658$, $d=1$, $p=0,0033$, $\eta^2=0,035$), Belastetheit ($f=15,922$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,111$) und Allgemeinem Gesundheitszustand ($f=4,911$, $df=1$, $p=0,028$, $\eta^2=0,037$). Die Werte für die Schlussbefragung waren jeweils signifikant höher, die für Belastetheit signifikant niedriger.

H_0 kann somit bezüglich Personaler und Professioneller Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Allg. Gesundheitszustand zurückgewiesen werden. Bezüglich Sozialer Ressourcen und Kontrolle wird H_0 beibehalten.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Die univariaten Tests ergaben signifikante Effekte für den Messwiederholungsfaktor bezüglich Personaler und Professioneller Ressourcen ($f=17,237$, $df=1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,145$), Selbstwirksamkeit ($f=4,466$, $d=1$, $p=0,037$, $\eta^2=0,042$) und Belastetheit ($f=11,428$, $df=1$, $p=0,001$, $\eta^2=0,101$). Die Werte für die Schlussbefragung waren jeweils signifikant höher, die für Belastetheit signifikant niedriger.

H_0 kann somit bezüglich Personaler und Professioneller Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit zurückgewiesen werden. Bezüglich Sozialer Ressourcen, Kontrolle und Allgemeiner Gesundheitszustand wird H_0 beibehalten.

In Bezug auf die Zwischenbefragung der Umschulungsgruppen ergibt sich folgendes Ergebnis:

Die univariaten Tests der Varianzanalyse mit Messwiederholung erbrachten signifikante Messwiederholungseffekte für Personale und Professionelle Ressourcen.

Somit kann H_0 bezüglich der Zwischenbefragung bei den Personalen und Professionellen Ressourcen zurückgewiesen werden. Bei allen anderen Messungen wird sie beibehalten.

Hypothese 2:

Bei TeilnehmernInnen an Umschulungen ist die Vortest-Nachtest-Differenz nach Abschluss bei den wahrgenommenen personalen Ressourcen größer als bei TeilnehmernInnen an Trainingsmaßnahmen.

Statistische Hypothesen:

$H_0: M_{US} (SPERSRESS-PERSRESS) \leq M_{TR} (SPERSRESS-PERSRESS)$

$H_1: M_{US} (SPERSRESS-PERSRESS) > M_{TR} (SPERSRESS-PERSRESS)$

Für die Annahme von H_1 müsste bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung ein signifikanter Interaktionseffekt bezüglich der Personalen und Professionellen Ressourcen zwischen dem Messwiederholungsfaktor und dem Faktor Inhaltlicher Schwerpunkt (Zeit * INS) bestehen.

Gesamtgruppe:

Der Interaktionsfaktor ist nicht signifikant geworden ($f=0,916$ $df=1$, $p=0,340$, $\eta^2=0,007$).

Daher ist H_0 beizubehalten.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Auch für die Gruppe der psychisch kranken RehabilitandenInnen ist der Interaktionsfaktor nicht signifikant geworden ($f=1,869$ $df=1$, $p=0,175$, $\eta^2=0,018$).

H_0 ist daher auch hier beizubehalten.

Hypothese 3:

Bei TeilnehmernInnen von Umschulungen ist die Vortest-Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen nach Abschluss der Maßnahme größer als bei TeilnehmernInnen an trainingsorientierten Maßnahmen.

Statistische Hypothesen:

$H_0: M_{US} (SPROFRESS-PROFRESS) \leq M_{TR} (SPROFRESS-PROFRESS)$

$H_1: M_{US} (SPROFRESS-PROFRESS) > M_{TR} (SPROFRESS-PROFRESS)$

Für die Annahme von H_1 müsste bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung ein signifikanter Interaktionseffekt bezüglich der Personalen und Professionellen Ressourcen zwischen dem Messwiederholungsfaktor und dem Faktor Inhaltlicher Schwerpunkt (Zeit * INS) bestehen.

Gesamtgruppe:

Der Interaktionsfaktor ist nicht signifikant geworden ($f=0,916$ $df=1$, $p=0,340$, $\eta^2=0,007$).

Daher ist H_0 beizubehalten.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Auch für die Gruppe der psychisch kranken RehabilitandenInnen ist der Interaktionsfaktor nicht signifikant geworden ($f=1,869$ $df=1$, $p=0,175$, $\eta^2=0,018$).

H_0 ist daher auch hier beizubehalten.

Hypothese 4:

Bei TeilnehmernInnen an Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration ist die Vortest-Nachtest-Differenz bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen nach Abschluss der Maßnahme größer als bei TeilnehmernInnen an Maßnahmen mit später betrieblicher Integration.

Statistische Hypothesen:

$H_0: M_F$ (SSOZRESS-SOZRESS) $\leq M_S$ (SSOZRESS-SOZRESS)

$H_1: M_F$ (SSOZRESS-SOZRESS) $> M_S$ (SSOZRESS-SOZRESS)

Für die Annahme von H_1 müsste bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung ein signifikanter Interaktionseffekt bezüglich der Sozialen Ressourcen zwischen dem Messwiederholungsfaktor und dem Faktor Zeitpunkt der betrieblichen Integration (ZBI * Messwiederholung) bestehen.

Gesamtgruppe:

Der Test dieses Interaktionsfaktors war jedoch nicht signifikant ($f=0,006$ $df=1$, $p=0,937$, $\eta^2=0,000$).

H_0 wird daher beibehalten.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Auch bei der Teilgruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen zeigte sich ein ähnliches Ergebnis ($f=0,496$ $df=1$, $p=0,483$, $\eta^2=0,005$).

H_0 wird daher beibehalten

Hypothese 5:

Veränderungen bei den wahrgenommenen personalen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SPERSRESS-PERSRESS), (SSW-SW)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SPERSRESS-PERSRESS), (SSW-SW)} > 0$$

$$H_0: R_{(SPERSRESS-PERSRESS), (SKON-KON)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SPERSRESS-PERSRESS), (SKON-KON)} > 0$$

Für die Annahme von H_1 müssten die Differenzwerte von wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen signifikant positiv mit Differenzwerten von Kontrolle und Selbstwirksamkeit korrelieren.

Gesamtgruppe:

Die Korrelationsanalysen der Differenzwerte erbrachten eine signifikante mittlere Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personalener und Professioneller Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit ($r=0,508$, $p<0,001$, $d=1,175$). Auch die Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personalener und Professioneller Ressourcen und Kontrolle war signifikant, aber schwach ($r=0,230$, $p=0,004$, $d=0,472$).

H_0 ist daher zu verwerfen, H_1 wird angenommen.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Die Korrelationsanalysen der Differenzwerte erbrachten eine signifikante mittlere Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personalener Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit ($r=0,490$, $p<0,001$, $d=1,124$). Die Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personalener und Professioneller Ressourcen und Kontrolle war ebenfalls signifikant aber schwach ($r=0,177$, $p=0,033$, $d=0,359$).

H_0 ist daher zu verwerfen, H_1 wird angenommen.

Hypothese 6:

Veränderungen bei den wahrgenommenen professionellen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SSW-SW)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SSW-SW)} > 0$$

$H_0: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SKON-KON)} \leq 0$

$H_1: R_{(SPROFRESS-PROFRESS), (SKON-KON)} > 0$

Für die Annahme von H_1 müssten die Differenzwerte von wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen signifikant positiv mit Differenzwerten von Kontrolle und Selbstwirksamkeit korrelieren.

Gesamtgruppe:

Die Korrelationsanalysen der Differenzwerte erbrachten eine signifikante mittlere Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personal- und Professioneller Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit ($r=0,508$, $p<0,001$, $d=1,175$). Auch die Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personal- und Professioneller Ressourcen und Kontrolle war signifikant, aber schwach ($r=0,230$, $p=0,004$, $d=0,472$).

H_0 ist daher zu verwerfen, H_1 wird angenommen.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Die Korrelationsanalysen der Differenzwerte erbrachten eine signifikante mittlere Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personal- Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit ($r=0,490$, $p<0,001$, $d=1,124$). Die Korrelation von Veränderungen wahrgenommener Personal- und Professioneller Ressourcen und Kontrolle war ebenfalls signifikant, aber schwach ($r=0,177$, $p=0,033$, $d=0,359$).

H_0 ist daher zu verwerfen, H_1 wird angenommen.

Hypothese 7:

Veränderungen bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen korrelieren positiv mit Veränderungen der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit gegenüber beruflichen Anforderungen.

Statistische Hypothesen:

$H_0: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SSW-SW)} \leq 0$

$H_1: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SSW-SW)} > 0$

$H_0: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SKON-KON)} \leq 0$

$H_1: R_{(SSOZRESS-SOZRESS), (SKON-KON)} > 0$

Für die Annahme von H_1 müssten die Differenzwerte von wahrgenommenen Sozialen Ressourcen signifikant positiv mit Differenzwerten von Kontrolle und Selbstwirksamkeit korrelieren.

Gesamtgruppe:

Die Korrelationsanalysen der Differenzwerte erbrachten keine signifikante Korrelation zwischen Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit ($r=0,098$, $p=0,130$). Zwischen Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Kontrolle zeigte sich dagegen eine signifikante schwache Korrelation ($r=0,252$, $p=0,002$, $d=0,520$).

H_0 ist daher für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Kontrolle beizubehalten, für den Zusammengang zu Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit zu verwerfen.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Die Korrelationsanalysen der Differenzwerte erbrachten keine signifikante Korrelation zwischen Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit ($r=0,068$, $p=0,241$). Zwischen Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Kontrolle zeigte sich dagegen eine signifikante schwache Korrelation ($r=0,261$, $p=0,003$, $d=0,540$).

H_0 ist daher für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Veränderungen wahrgenommener Kontrolle beizubehalten, für den Zusammengang zu Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit zu verwerfen.

Hypothese 8:

Veränderungen bei der wahrgenommenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit korrelieren positiv mit Veränderungen beim Gesundheitszustand und Belastetheit.

Statistische Hypothesen:

$$H_0: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SGZ01_01-GZ01_01)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SGZ01_01-GZ01_01)} > 0$$

$$H_0: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SBEL-BEL)} \leq 0$$

$$H_1: R_{(SSW-SW)/(SKON-KON), (SBEL-BEL)} > 0$$

Für die Annahme von H_1 müssten die Differenzwerte von wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit signifikant positiv mit Differenzwerten von Gesundheitszustand und signifikant negativ mit den Differenzwerten von Belastetheit korrelieren.

Gesamtgruppe:

Zwischen Veränderungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei der wahrgenommenen Belastetheit zeigte sich eine mittlere signifikante negative Korrelation ($r=-0,370$, $p<0,001$, $d=0,796$). Zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Ver-

änderungen beim Allgemeinen Gesundheitszustand zeigte sich eine mittlere signifikante positive Korrelation ($r=0,340$, $p<0,001$, $d=0,723$). Keine signifikante Korrelation ergab sich zwischen Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Veränderungen wahrgenommener Belastetheit ($r=-0,037$, $p=0,337$) bzw. Veränderungen beim allgemeinen Gesundheitszustand ($r=0,065$, $p=0,255$).

H_0 ist daher für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Veränderungen wahrgenommener Gesundheit und Belastetheit beizubehalten.

Für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und Veränderungen wahrgenommener Gesundheit und Belastetheit wird H_1 angenommen.

Psychisch erkrankte RehabilitandenInnen:

Zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen bei der wahrgenommenen Belastetheit zeigte sich eine mittlere signifikante negative Korrelation ($r=-0,378$, $p<0,001$, $d=0,816$). Zwischen Veränderungen bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Veränderungen beim Allgemeinen Gesundheitszustand zeigte sich eine mittlere signifikante positive Korrelation ($r=0,37$, $p<0,001$, $d=0,796$). Keine signifikante Korrelation ergab sich zwischen Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Veränderungen wahrgenommene Belastetheit ($r=0,015$, $p=0,440$) bzw. Veränderungen beim allgemeinen Gesundheitszustand ($r=0,062$, $p=0,261$).

H_0 ist daher für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Veränderungen wahrgenommener Gesundheit und Belastetheit beizubehalten.

Für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und Veränderungen wahrgenommener Gesundheit und Belastetheit wird H_1 angenommen.

6.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Untersuchung der Fragestellung fand in drei Teilstudien statt. In den ersten beiden Studien wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt und getestet, das in der Hauptstudie zur Untersuchung eingesetzt wurde.

In der ersten Teilstudie (2.7.2012 – 5.10.2012) wurden 45 ExpertenInnen (Zehn RehabilitandenInnen, 16 AusbilderInnen und 19 ArbeitnehmerInnen), die im kaufmännisch-verwaltenden Bereich tätig waren, in einer Online-Befragung zur Relevanz (und ggfs. zur Ergänzung) von 51 vorausgewählten Items zu berufsrelevanten Ressourcen befragt.

Aufgrund der Ergebnisse der Befragung wurden zehn Items aus dem ursprünglichen Fragebogen gestrichen. Jeweils zwei Items zu Kollegen und Vorgesetzten wurden zu jeweils einem Item zusammengezogen (Arbeitsbezogene Information und Ratschläge). Drei Items wurden aus den Ergänzungen, die die Befragten machten, hinzugefügt.

Der revidierte Fragebogen umfasste somit 42 ressourcenbezogene Items: 15 Items beschreiben personale, 15 Items soziale und 12 Items professionelle Ressourcen. Er wurde für die Vorstudie ergänzt um den Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeit (Abele e.a. 2000), Items zu Kontrolle und zu Gesundheit und Belastetheit (Hoffmeister 1988).

In der zweiten Teilstudie (15.1.2013 – 11.7.2013) wurden der Fragebogen und das Untersuchungsmodell in einer Untersuchung an RehabilitandenInnen und ArbeitnehmerInnen aus dem kaufmännischen Bereich erprobt. Es sollte geklärt werden, ob der Fragebogen zur Ressourcenerfassung geeig-

net ist, ob er zwischen RehabilitandenInnen und ArbeitnehmerInnen differenziert und ob Veränderungen erfasst werden können. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob sich in der Untersuchung die theoretisch angenommenen Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren zeigen lassen. Befragt wurden 24 RehabilitandenInnen und 37 ArbeitnehmerInnen an zwei Erhebungszeitpunkten im Abstand von drei Monaten.

Zusammenfassend kann man zu den Ergebnissen der Vorstudie festhalten, dass die ursprünglich angenommene Skalenstruktur mit separaten Skalen für Personale und Professionelle Ressourcen sich in den Korrelationsanalysen der Daten beider Messzeitpunkte nicht zweifelsfrei wiederfinden ließ. Daher wurden die Items zu personalen und professionellen Ressourcen in eine gemeinsame Skala Personale und Professionelle Ressourcen überführt. Die Reliabilitätswerte der Skalen und Items waren mit einer Ausnahme gut. Als problematisch hat sich die Skala für Kontrolle erwiesen. Aus theoretischen Gründen und in Hinblick auf die mögliche unterschiedliche Bedeutung von Kontrolle und Selbstwirksamkeit für die Gesundheitsindikatoren verblieb sie jedoch im Fragebogen. An beiden Messzeitpunkten differenzierte der Fragebogen in fast allen Skalen zwischen ArbeitnehmernInnen und RehabilitandenInnen. Die Korrelationsanalysen der Skalen zeigten modellgerechte Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren. Bedeutend waren vor allem Personale und Professionelle Ressourcen sowie Selbstwirksamkeit. Zwischen den Messzeitpunkten konnte jedoch nur ein Interaktionseffekt Zeit*Gruppe bei Selbstwirksamkeit gefunden werden. Dies dürfte auf den mit drei Monaten zu kurzem Abstand zwischen den Befragungen zurückzuführen sein.

Die Hauptstudie fand von Januar 2014 bis Juli 2016 statt. Mit der Hauptstudie sollte die Frage untersucht werden, ob sich die wahrgenommenen Ressourcen von RehabilitandenInnen maßnahmespezifisch im Laufe verschiedener Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation verändern. Die Untersuchung wurde als online-Befragung an zwei bzw. drei (UmschulungsteilnehmerInnen) Zeitpunkten durchgeführt. Als Erhebungsinstrument diente der in der Vorstudie getestete und durch soziodemographische Fragen und Fragen zu wahrgenommenen Veränderungen ergänzte Fragebogen. Teilgenommen haben am ersten Erhebungszeitpunkt zu Beginn der Maßnahmen 272 TeilnehmerInnen verschiedener beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen aus dem kaufmännischen Bereich. An der Schlussbefragung nahmen 159 RehabilitandenInnen teil, was einer Quote von 58,4% entspricht. An der Zwischenbefragung der UmschulungsteilnehmerInnen nach neun Monaten nahmen 72 RehabilitandenInnen (62%) teil. An den Non-Responderbefragungen nahmen insgesamt 35 der 113 Personen teil, die den Fragebogen an einem der Messzeitpunkte nicht beantwortet hatten. Als Gründe für die Nichtteilnahme nannten sie am häufigsten „technische Probleme“ (einschließlich mail), Zeitmangel, Maßnahmeabbruch oder -verlängerung, gesundheitliche Gründe, mangelndes Interesse und Vergessen der Beantwortung.

Das Durchschnittsalter der BefragungsteilnehmerInnen betrug 40 Jahre und war bei ABI-TeilnehmernInnen am höchsten, bei BBU-TeilnehmernInnen am niedrigsten. 59% waren Frauen, 54,7% lebten in fester Partnerschaft, 56,9% hatten keine Kinder. Fast alle TeilnehmerInnen hatten einen Schulabschluss. Mittlere Abschlüsse waren in der BFW-Gruppe am häufigsten vertreten, Abitur in der ABI-Gruppe. Nur 15% hatten keinen Berufsabschluss, alle übrigen hatten einen Berufs- oder Hochschulabschluss. Bei den letzten Berufsfeldern vor der Rehabilitation dominierten der Dienstleistungs- und Bürobereich. Dabei war der Bürobereich in der BFW-Gruppe unter- und in der BTZ-Gruppe überrepräsentiert. Der Dienstleistungsbereich war in der BFW-Gruppe über- und in der BTZ-Gruppe unterrepräsentiert. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit vor Rehabeginn betrug etwa 17 Monate, BTZ-TeilnehmerInnen waren am längsten arbeitslos. Mit 84,13% wurde eine psychische Erkrankung am häufigsten als Rehagrund benannt (Mehrfachnennungen möglich). 30,26% benannten Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats und 5,54% Herz-Kreislauf-Erkrankungen

als Hintergrund. Kein Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich bei dem Grad der Behinderung. Etwa ein Drittel der TeilnehmerInnen hatte bereits vor der aktuellen Rehabilitationsmaßnahme an einer weiteren Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen, am häufigsten waren das BTZ-TeilnehmerInnen. Kostenträger war weit überwiegend die Deutsche Rentenversicherung. Sie war bei den BBU-TeilnehmernInnen über- und bei den BFW-TeilnehmernInnen unterrepräsentiert. Der Vergleich von TeilnehmernInnen und Nicht-TeilnehmernInnen der Befragungen erbrachte nur in der Schlussbefragung Unterschiede: Nicht-TeilnehmerInnen der Schlussbefragung hatten signifikant häufiger keinen Berufsabschluss als TeilnehmerInnen der Schlussbefragung.

Für die Ressourcenitems ergab sich wie in der Vorstudie in der Korrelationsanalyse ein enger Zusammenhang zwischen personalen und professionellen Ressourcen, weswegen von einer gemeinsamen Skala ausgegangen wurde. Die Skalenwerte lagen überwiegend im durchschnittlichen Bereich. Die Reliabilitätswerte lagen für alle Skalen mit Ausnahme der Kontrollskala im guten Bereich. Zwischen Alter und Personalen und Professionellen Ressourcen sowie Gesundheitszustand zeigten sich schwache signifikant negative Korrelationen. TeilnehmerInnen mit Hauptschulabschluss schätzten ihre Selbstwirksamkeit im Vergleich zu den anderen Gruppen signifikant höher ein. RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung als Reha Hintergrund schätzten ihre Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit signifikant schlechter ein. RehabilitandenInnen mit Rehaerfahrung schätzten ihre Selbstwirksamkeit schlechter ein als solche ohne Rehaerfahrung.

Der Vergleich der Skalenmittelwerte der Untersuchungsgruppen ergab signifikante Gruppenunterschiede bei Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, allgemeinem Gesundheitszustand (jeweils BBU am höchsten und BTZ am niedrigsten) und Belastetheit (BTZ am höchsten, BBU am niedrigsten).

Ergänzungen zu dem Bereich Personale Ressourcen machten 26, zu sozialen Ressourcen 20 und zu Professionellen Ressourcen 16 Personen. Zur Schlussfrage äußerten sich 44 Personen. Dabei bezog sich ein großer Teil der Ergänzungen und Bemerkungen auf die Erläuterung der eigenen Situation.

Für die Ressourcenitems in der Zwischenbefragung ergaben sich wie beim ersten Messzeitpunkt in der Korrelationsanalyse ein enger Zusammenhang zwischen personalen und professionellen Ressourcen, weswegen von einer gemeinsamen Skala ausgegangen wurde. Die Skalenmittelwerte lagen im mittleren Bereich. Wie schon am ersten Befragungszeitpunkt lagen die Reliabilitätswerte mit Ausnahme des Werts für Kontrolle im guten Bereich. Zwischen Alter und Kontrolle zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang. Ein negativer Zusammenhang zeigte sich zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Personalen und Professionellen Ressourcen bzw. Selbstwirksamkeit. Darüber hinaus zeigten sich Zusammenhänge zwischen bisherigem Tätigkeitsfeld und wahrgenommener Selbstwirksamkeit, die bei Personen, die zuvor bereits im kaufmännischen Bereich gearbeitet hatten, am höchsten war. RehabilitandenInnen mit einer psychischen Erkrankung schätzen ihre Sozialen Ressourcen besser ein als RehabilitandenInnen ohne psychische Erkrankung.

Der Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen (BFW und BBU) zeigte keine signifikanten Skalenunterschiede.

Die Mittelwerte für die wahrgenommenen Veränderungen (1=starke Verschlechterung bis 5=starke Verbesserung) lagen zwischen 2,97 und 3,74. Für Soziale Ressourcen und Selbstwirksamkeit lagen die Werte für die BBU-TeilnehmerInnen signifikant über denen der BFW-TeilnehmerInnen.

Wichtige positive Ereignisse in der Zwischenzeit gaben 31 Personen an. Konkret benannt wurden insgesamt 38 Ereignisse, 18 davon waren rehabilitationsbezogen. Negative Ereignisse in der Zwi-

schenzeit gaben 32 Personen an. Konkret benannt wurden 33 Ereignisse, die überwiegend dem privaten Bereich zuzuordnen waren. Lediglich drei Nennungen bezogen sich auf die Rehabilitation.

Für die Ressourcenitems ergaben sich in der Schlussbefragung wie an den ersten beiden Messzeitpunkten in der Korrelationsanalyse ein enger Zusammenhang zwischen personalen und professionellen Ressourcen, weswegen von einer gemeinsamen Skala ausgegangen wurde. Die Skalenmittelwerte lagen im mittleren Bereich. Die Reliabilitätswerte lagen wiederum mit Ausnahme des Werts für Kontrolle im zufriedenstellenden Bereich. Zwischen Alter und wahrgenommener Kontrolle zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang. Negative Zusammenhänge zeigten sich zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Personalen und Professionellen Ressourcen sowie Selbstwirksamkeit. RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung schätzten ihre Selbstwirksamkeit schlechter ein als andere. DRV-TeilnehmerInnen schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als AgenturteilnehmerInnen.

Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich lediglich bei der Einschätzung des Allgemeinen Gesundheitszustandes, wo sich die BBU-TeilnehmerInnen besser als alle anderen einschätzten.

Die Mittelwerte für die wahrgenommenen Veränderungen lagen im positiven Bereich. Signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich nicht.

Wichtige positive Ereignisse in der Zwischenzeit gaben etwa zwei Drittel der BefragungsteilnehmerInnen an. Konkrete Ereignisse haben 91 TeilnehmerInnen benannt. Am häufigsten wurden rehabilitationsbezogene Ereignisse benannt. Wichtige negative Ereignisse gaben 72 TeilnehmerInnen an. Konkrete Ereignisse benannt haben 69 BefragungsteilnehmerInnen. Überwiegend stammten die benannten Ereignisse aus dem privaten Bereich, 29 Nennungen bezogen sich auf die Rehabilitation.

Die Analyse der Veränderung während der Rehabilitation über alle UntersuchungsteilnehmerInnen im kaufmännischen Bereich erbrachte folgende Ergebnisse: Für den Messwiederholungsfaktor ergaben die univariaten Tests signifikante Effekte für Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit. Die Werte der Schlussbefragung waren jeweils höher (Belastetheit niedriger) als die Werte der Anfangsbefragung. Keine Effekte zeigten sich auf dem Messwiederholungsfaktor für wahrgenommene Kontrolle und wahrgenommene soziale Ressourcen. Bei den Interaktionsfaktoren Messwiederholung*Inhaltlicher Schwerpunkt (INS) und Messwiederholung*Zeitpunkt der betrieblichen Integration (ZBI) ergaben sich keine signifikanten Effekte. Der Faktor Messwiederholung*Negative Ereignisse in der Zwischenzeit zeigte einen signifikanten Effekt auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes. Bei negativen Ereignissen verbesserte sich der wahrg. Gesundheitszustand weniger als bei Personen ohne negative Ereignisse in der Zwischenzeit. Der Interaktionsfaktor Messwiederholung*Positive Ereignisse zeigte signifikante Effekte auf Veränderung von Personalen und Professionellen Ressourcen, Soziale Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit. Die Werte waren für Personen mit positiven Ereignissen jeweils höher. Der Zwischensubjektfaktor INS zeigte signifikante Effekte auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit. Hier schätzten sich UmschulungsteilnehmerInnen signifikant besser ein als TrainingsteilnehmerInnen. Betrachtet man lediglich die Gruppenunterschiede der einzelnen Messzeitpunkte, dann bestehen mit Ausnahme des Bereichs der Personalen und Professionellen Ressourcen bei der Schlussbefragung keine signifikanten Unterschiede mehr. Beim Faktor ZBI ergaben sich Effekte auf Selbstwirksamkeit und Belastetheit. Der Zwischensubjektfaktor Negative Ereignisse in der Zwischenzeit erbrachte keine signifikanten Effekte. Bei den Positiven Ereignissen zeigten sich Effekte auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit.

Die Analyse der Veränderungen bei der Personengruppe der Menschen mit psychischer Erkrankung erbrachte folgende Ergebnisse: Die univariaten Tests erbrachten beim Messwiederholungsfaktor

signifikante Effekte bei Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit. Die Werte der Schlussbefragung waren jeweils besser. Die Interaktionsfaktoren Messwiederholung*INS und Messwiederholung*ZBI erbrachten keine signifikanten Effekte. Der Interaktionsfaktor Messwiederholung*Negative Ereignisse erbrachte einen Effekt auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes. Wie in der Gesamtgruppe stieg der Wert in der Gruppe ohne negative Ereignisse stärker an. Beim Interaktionsfaktor Messwiederholung*Positive Ereignisse zeigten sich signifikante Effekte auf alle Bereiche. Die Werte waren in der Schlussbefragung durchweg höher, bei Belastetheit niedriger. Der Zwischensubjektfaktor Inhaltlicher Schwerpunkt zeigte signifikante Effekte auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit. UmschulungsteilnehmerInnen schätzten sich besser ein. Der Faktor Zeitpunkt der betrieblichen Integration erbrachte signifikante Effekte auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit Belastetheit und Gesundheit. TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher Integration schätzten sich signifikant besser ein. Der Interaktionsfaktor INS*ZBI erbrachte einen signifikanten Effekt auf die Gesundheitseinschätzung. Der Zwischensubjektfaktor Negative Ereignisse in der Zwischenzeit erbrachte keine Effekte. Beim Faktor Positive Ereignisse in der Zwischenzeit zeigten sich signifikante Effekte für Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit. Die Werte waren bei in der Gruppe mit Positiven Ereignissen in der Zwischenzeit jeweils besser.

Somit zeigten sich weitgehend ähnliche Ergebnisse bei der Teilgruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen wie bei der Gesamtgruppe. Im Gegensatz zur Gesamtgruppe zeigten sich keine Verbesserungen der Einschätzung des Gesundheitszustandes. Im Gegensatz zur Gesamtgruppe zeigte sich aber ein Effekt des Zeitpunktes der betrieblichen Integration auf Personale und Professionelle Ressourcen und Gesundheit.

Die Analyse der Veränderungen bei den Umschulungsgruppen mit drei Messzeitpunkten erbrachte folgende Ergebnisse: Die univariaten Tests ergaben signifikante Messwiederholungseffekte bei den Personalen und professionellen Ressourcen, Kontrolle und Gesundheit. Bei Personalen und Professionellen Ressourcen lag der Hauptanstieg zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt, bei Gesundheit zwischen dem zweiten und dritten Zeitpunkt. Signifikante Interaktionseffekte mit der Form der Umschulung zeigten sich nicht.

Die korrelationsstatistische Analyse der Messzeitpunktdifferenzen der Gesamtgruppe (Erste Befragung, Schlussbefragung) zeigte signifikante schwache Zusammenhänge zwischen allen Ressourcendifferenzen und Kontrolle. Zwischen den Differenzen bei wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen einerseits und Selbstwirksamkeit andererseits zeigten sich signifikante mittlere Korrelationen. Zwischen den Differenzen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und Belastetheit bzw. Gesundheit zeigten sich mittlere modellgerechte Korrelationen. Diese Ergebnisse zeigten sich auch weitgehend für die Teilgruppe psychisch erkrankter RehabilitandenInnen.

Aufgrund der Ergebnisse kann die H_1 in der Hypothese 1 in Bezug auf Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit angenommen werden, in Bezug auf Soziale Ressourcen und Kontrolle wird sie nicht angenommen. Bei der psychisch erkrankten Teilgruppe kann die Hypothese auch für Gesundheit nicht angenommen werden.

Die Hypothesen 2 bis 4 postulieren massnahmespezifische Effekte auf Personale, Professionelle und Soziale Ressourcen. Da in der Untersuchung keine entsprechenden Interaktionseffekte gefunden wurden, werden diese Hypothesen für die Gesamtgruppe und die Gruppe der psychisch Erkrankten verworfen.

Die Hypothesen 5 und 6 werden für die Gesamtgruppe und die Teilgruppe der psychisch Erkrankten angenommen, da eine signifikante modellgerechte Korrelation zwischen Veränderungen Personaler und Professioneller Ressourcen und Kontrolle und Selbstwirksamkeit gefunden wurde.

Hypothese 7 wird für den Zusammenhang der Veränderungen sozialer Ressourcen und Selbstwirksamkeit verworfen, für den Zusammenhang der Veränderungen sozialer Ressourcen und Kontrolle dagegen angenommen.

Hypothese 8 wird für wahrgenommene Selbstwirksamkeit angenommen. Zwischen Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und Veränderung von Gesundheitsindikatoren konnten in allen Analysen signifikante modellgerechte Korrelationen gefunden werden. Für den Zusammenhang von Veränderungen wahrgenommener Kontrolle und Belastetheit bzw. Gesundheit wird sie verworfen.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich im Rahmen der Teilnahme an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei RehabilitandenInnen mit und ohne psychische Erkrankung als Reahintergrund wahrgenommene Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit zwar verbessern, aber nicht maßnahmespezifisch.

UmschulungsteilnehmerInnen schätzen sich am Maßnahmebeginn bei wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit (nicht psychisch erkrankte RehabilitandenInnen) signifikant besser ein als TrainingsteilnehmerInnen. Am Maßnahmeende bestehen diese Unterschiede zwar immer noch, sind aber mit Ausnahme der Personalen und Professionellen Ressourcen nicht mehr signifikant.

Vor allem wichtige positive Ereignisse während der Rehabilitation beeinflussen die Veränderung wahrgenommener Ressourcen während der Rehabilitation signifikant positiv. Bei RehabilitandenInnen mit psychischer Erkrankung als Reahintergrund betrifft das alle Erhebungsbereiche, in der Gesamtgruppe alle Bereiche außer wahrgenommener Kontrolle.

Veränderungen von wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen stehen mit Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit und Kontrolle in Zusammenhang, Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen nur mit Veränderungen wahrgenommener Kontrolle. Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit stehen mit Veränderungen bei den Gesundheitsindikatoren in Zusammenhang, Veränderungen wahrgenommener Kontrolle dagegen nicht.

7. Diskussion

Ein großer Teil der Forschung zu beruflicher Rehabilitation hat sich in den letzten Jahren mit Eingliederungsquoten in den allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. Dabei stand vor allem im angloamerikanischen Raum der Vergleich von klassischen Ansätzen (first train then place) mit neueren Ansätzen (first place then train) im Mittelpunkt. Nicht-beschäftigungsbezogene Effekte beruflicher Rehabilitation standen eher im Hintergrund.

Das ursprüngliche Anliegen dieser Arbeit war es dagegen, verschiedene Maßnahmetypen der beruflichen Rehabilitation daraufhin zu untersuchen, ob es maßnahmespezifische Effekte auf die wahrgenommenen berufsrelevanten Ressourcen gibt.

Den theoretischen Hintergrund der Untersuchung bildete dabei die transaktionale Stressforschung, die in ihrer ressourcentheoretischen Weiterentwicklung annimmt, dass für die Bewältigung von Anforderungen allgemein und besonders auch im beruflichen Bereich (wahrgenommene) eigene und fremde Ressourcen bedeutsam sind. Ein Missverhältnis zwischen Anforderungen und Ressourcen bzw. Bewältigungsmöglichkeiten kann zu Belastetheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Ziel beruflicher Rehabilitation ist die Vermittlung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten, also die Verbesserung berufsrelevanter Ressourcen zur Bewältigung von (neuen) beruflichen Anforderungen. Dies sollte sich auch auf der subjektiven Seite widerspiegeln, d.h., am Ende sollten RehabilitandenInnen ihre berufsrelevanten Ressourcen besser einschätzen als zu Beginn. Da berufliche Rehabilitationsmaßnahmen unterschiedliche Schwerpunkte haben (Umschulung vs. Training) und in unterschiedlicher Form stattfinden (überwiegend betrieblich vs. überwiegend in Einrichtungen), sollten die Veränderungen entsprechend unterschiedlich ausfallen.

Vor diesem Hintergrund lauteten die Fragestellungen der Arbeit:

- Verbessern sich wahrgenommene berufsrelevante personale, soziale und professionelle Ressourcen, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und der subjektive Gesundheitszustand während der beruflichen Rehabilitation?
- Unterscheiden sich diese Veränderungen je nach inhaltlichem Schwerpunkt der Maßnahme und dem Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen der wahrgenommenen Ressourcen und Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungen bei wahrgenommener Kontrolle und Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Belastetheit und Gesundheit?

Die ursprünglich angenommenen Modellzusammenhänge zeigt die folgende Grafik:

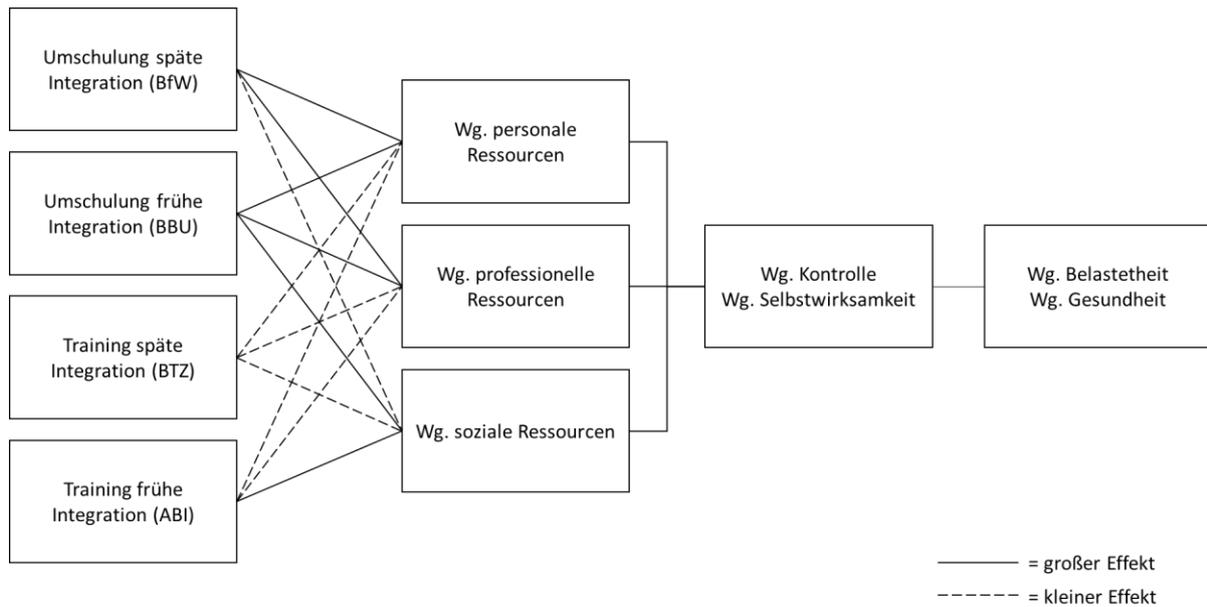


Abbildung 72: Ursprüngliche Modellannahmen

Im Folgenden gehe ich zunächst auf Aspekte der Fragebogenentwicklung und der Vorstudie sowie auf die Datengrundlage der Hauptstudie ein, bevor ich mich der Beantwortung der Fragestellungen widme.

Fragebogenentwicklung

Zur Untersuchung der Fragestellung musste ein Erhebungsinstrument zur Erfassung personaler, professioneller und sozialer Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Anforderungen entwickelt werden, das einerseits stresstheoretisch begründet und andererseits arbeitsfeldbezogen (kaufmännischer Bereich) sein sollte. Hierfür wurde ein Verfahren gewählt, bei dem Items auf der Grundlage vorhandener Instrumente aus Stressforschung und Rehabilitation unter Einbeziehung von BerufsfeldexpertenInnen entwickelt wurden. Als ExpertenInnen wurden ArbeitnehmerInnen, DozentenInnen und RehabilitandenInnen aus dem kaufmännischen Bereich befragt, die die Berufsfeldrelevanz der vor dem stresstheoretischen Hintergrund entwickelten Items beurteilen sollten. Auf diese Weise wurden verschiedene Perspektiven (Ausbilder, Auszubildende, Berufserfahrene) auf kaufmännisch-verwaltende Berufsfelder bei der Itementwicklung berücksichtigt. Mit einem Wert von $\geq 4,0$ wurde ein hoher Kriteriumswert für den Einschluss von Items aus der ExpertenInnenbewertung gewählt, den 14 de 51 Items nicht erreichten. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Itembewertung durch die ExpertenInnen sehr homogen war, denn zwischen den ExpertenInnengruppen gab es hinsichtlich der Bewertung der Ressourcenitems nur bei einem Item, das später aber keinen Eingang in den Fragebogen fand, signifikante Unterschiede. Neben dem statistischen Kriterium für den Einschluss spielte auch die theoretische Bedeutung in Hinblick auf die Stresstheorie bei der Auswahl der Items eine Rolle, weshalb auch fünf Items zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte in den Fragebogen einbezogen wurden, deren Berufsfeldrelevanz durch die ExpertenInnen niedriger eingeschätzt wurde. Zusammen mit Ergänzungen und Zusammenlegungen entstand schließlich ein vorläufiges Erhebungsinstrument mit 42 ressourcenbezogenen Items (15 Items zu personalen Ressourcen, 15 Items zu sozialen Ressourcen, 12 Items zu professionellen Ressourcen), das einerseits den stresstheoretischen Hintergrund der Studie widerspiegelt und andererseits über die ExpertenInnenbewertung die praktische Relevanz der Items für kaufmännisch-verwaltende Berufsfelder gewährleistet. Nicht zuletzt die Homogenität der Bewertungen aus

unterschiedlichen Perspektiven lässt darauf schließen, dass die wesentlichen Ressourcenaspekte mit den Items erfasst werden können und dass ein inhaltlich valides Erhebungsinstrument entwickelt wurde. Insgesamt hat sich das gewählte Verfahren der Itementwicklung für das vorläufige Erhebungsinstrument vor diesem Hintergrund sehr gut bewährt.

Vorstudie

Mit der Vorstudie sollten vier Fragestellungen untersucht werden:

- Können mit dem Fragebogen die subjektiv wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen erfasst werden und zeigt sich die angenommene Skalenstruktur von weitgehend abgrenzbaren personalen, professionellen und sozialen Ressourcen?
- Kann anhand des Fragebogens zwischen RehabilitandenInnen und ArbeitnehmernInnen unterschieden werden?
- Zeigen sich die theoretischen angenommenen Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren??
- Können mit dem Fragebogen Veränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten bei den RehabilitandenInnen erfasst werden?

Entgegen der angenommenen Skalenstruktur (personale, professionelle und soziale Ressourcen) zeigte sich faktorenanalytisch an beiden Messzeitpunkten eine komplexe Faktorenstruktur, bei der Items personaler und professioneller Ressourcen nicht eindeutig verschiedenen Faktoren zugeordnet werden konnten. Dieses Ergebnis spiegelte sich auch in der BIN-Analyse wider, mit der die Korrelationsstruktur der Items vertieft untersucht wurde (vgl. Kapitel 6.2.4.1.). Einerseits korrelierten Items der theoretisch angenommenen Skalen mit Items derselben Skala signifikant höher als mit den Items anderer Skalen, was für die theoretisch angenommene Skalenstruktur spricht. Andererseits zeigte sich aber auch, dass personale Ressourcenitems mit Items zu professionellen Ressourcen ($\bar{r}=.36$) ähnlich hoch korrelieren wie mit den übrigen Items zu personalen Ressourcen ($\bar{r}=.37$), obwohl die durchschnittlichen Korrelationshöhen signifikant unterschiedlich sind ($z=-1,998$, $p=0,047$). Diese Struktur, die sich an beiden Messzeitpunkten zeigte, spricht eher für eine gemeinsame Skala Personale und Professionelle Ressourcen, obwohl die Items sehr unterschiedlich formuliert sind. Eine Erklärung dafür ist, dass personale Ressourcen eher allgemeine, berufsfeldübergreifende Kompetenzen und Eigenschaften beschreiben, die in professionellen Ressourcen auf das Berufsfeld hin konkretisiert sind (z.B. Selbstsicherheit und Selbstsicherheit in der Arbeit; soziale Kompetenz und Umgang mit KundenInnen). Vor diesem Hintergrund macht die gefundene Korrelationsstruktur auch Sinn. Da sich diese Korrelationsstruktur auch an allen Messzeitpunkten der Hauptstudie zeigte, kann im Sinne einer empirischen Validierung von einem validen Erhebungsinstrument zur Erhebung berufsrelevanter Ressourcen ausgegangen werden, dessen Skalen zudem gute Reliabilitätswerte aufweisen. Nach den Ergebnissen der Vorstudie kann auch hinsichtlich der Skalen für berufliche Selbstwirksamkeit und Belastetheit von reliablen Instrumenten ausgegangen werden.

Da ArbeitnehmerInnen des kaufmännischen Bereichs im Vergleich zu RehabilitandenInnen über mehr Fachkenntnisse und Berufserfahrung verfügen, sollten anhand des Instruments auch Unterschiede zwischen den Gruppen bei den wahrgenommenen Ressourcen festgestellt werden können. Hinsichtlich Personaler und Professioneller Ressourcen konnten entsprechende modellgerechte Unterschiede an beiden Messzeitpunkten sowie im Zwischensubjektfaktor der Varianzanalyse mit Messwiederholung gezeigt werden. Bei den sozialen Ressourcen konnte am zweiten Messzeitpunkt und im Zwischensubjektfaktor ein tendenzieller Unterschied gezeigt werden. Dass die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen bei den wahrgenommenen sozialen Ressourcen (i.S. der sozialen Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte) nicht so deutlich waren wie bei den Personalen und

Professionellen Ressourcen, ist dadurch erklärbar, dass beim Aufbau einer Erwartung hinsichtlich der sozialen Unterstützung durch KollegenInnen und Vorgesetzte auch die bisherige - nicht nur berufsfeldspezifische - Erfahrung mit sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz eine Rolle spielt. Diese muss sich nicht notwendigerweise zwischen ArbeitnehmernInnen und RehabilitandenInnen unterscheiden. Bei den personalen und professionellen Ressourcen spielen dagegen eher berufsfeldspezifische Kenntnisse und Erfahrungen eine Rolle. Diese sind aber aufgrund längerer Berufsfelderfahrung und besserer beruflicher Kenntnisse bei ArbeitnehmernInnen stärker ausgeprägt als bei RehabilitandenInnen. Dies entspricht auch den Überlegungen von Flammer (1990) zur Bereichsspezifität und Erfahrungsabhängigkeit des Aufbaus einer Kontrollmeinung (siehe Kapitel 3.3.4. dieser Arbeit). In diesem Sinne ist die Erwartung sozialer Unterstützung weniger bereichsspezifisch als die Einschätzung beruflicher Kenntnisse und Erfahrungen. Vor diesem Hintergrund sind die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen in Hinblick auf die Ressourcenwahrnehmung und -bewertung bei Personalen und Professionellen Ressourcen und Sozialen Ressourcen erklärbar.

Weitgehend bestätigt werden konnten in der Vorstudie an beiden Messzeitpunkten die vermuteten korrelativen Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Kontrolle bzw. Selbstwirksamkeit sowie zwischen Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren. Kontrolle steht dagegen nur am ersten Messzeitpunkt und auch nur tendenziell mit der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes in Zusammenhang. Die Einschätzung der allgemeinen Kontrollierbarkeit beruflicher Anforderungen scheint eher mit dem konkreten Gefühl der Belastetheit in Zusammenhang zu stehen als mit der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Allerdings könnten für die schwächeren Zusammenhänge auch die eher unzureichenden Skalenwerte von Kontrolle verantwortlich sein.

Hinsichtlich der vierten Fragestellung der Vorstudie konnten nur bei der wahrgenommenen beruflichen Selbstwirksamkeit Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten festgestellt werden. Dass zwischen den Messzeitpunkten nur dieser Unterschied gezeigt werden konnte, hängt wahrscheinlich mit dem zu kurzen Zeitraum von drei Monaten zwischen den Erhebungen zusammen, der für die angenommenen Verbesserungen wahrgenommener Ressourcen bei RehabilitandenInnen zu kurz war. Veränderungen wahrgenommener Ressourcen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation benötigen offensichtlich längere Zeiträume, wie die Ergebnisse der Hauptstudie dann auch zeigen. Der Interaktionseffekt hinsichtlich der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zeigt aber, dass gruppenspezifische Veränderungen mit der Skala wahrgenommener beruflicher Selbstwirksamkeit grundsätzlich abgebildet werden können.

Datengrundlage Hauptstudie

Für die Untersuchung der Fragestellungen der Hauptstudie sollte eine von systematischen Verzerrungen oder Konfundierungen weitgehend freie Datengrundlage zur Verfügung stehen. Mögliche verzerrende Einflüsse auf die Datengrundlage für die Hauptstudie ergeben sich aus der Teilnahmebereitschaft von Einrichtungs- und Maßnahmeträgern der beruflichen Rehabilitation, der Maßnahmedurchführung, der TeilnehmerInnenzuweisung durch die RehabilitationsberaterInnen der Kostenträger und aus der Teilnahmebereitschaft und Teilnahmeentwicklung der RehabilitandenInnen.

Einen wichtigen Einfluss auf die Datengrundlage hat bei Untersuchungen, die nicht auf Routinedaten der Kostenträger zugreifen, die Bereitschaft von Einrichtungen und Trägern, die Durchführung der Studie bei sich zu ermöglichen. Um die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Rehabilitationseinrichtungen zu gewährleisten, sollte die Untersuchung in Einrichtungen stattfinden, die die Rehabilitationslandschaft in den für die Fragestellung relevanten Ausschnitten repräsentieren. Im Fall dieser Untersuchung sind das Berufsförderungswerke, berufliche Trainingszentren, Träger rehaspezifischer betrieblicher Einzelumschulungen sowie Träger ambulanter Integrationsmaßnahmen (siehe hierzu

Kapitel 2). Die Gewinnung von Einrichtungen erwies sich insbesondere im Bereich der Träger betrieblicher Umschulungen als schwierig, da die Kooperationsbereitschaft der Agentur für Arbeit als Hauptkostenträger solcher Maßnahmen begrenzt war und sich die Eintragungen in der Datenbank KURSNET als unbrauchbar erwiesen. Letztlich wurden 20 Träger beruflicher Rehabilitationseinrichtungen und -maßnahmen kontaktiert, die zunächst eher zurückhaltend reagierten. Dabei spielten sowohl der erwartete Aufwand durch die Datenerhebung als auch die Befürchtung ungünstiger Studienergebnisse eine Rolle. Bei zehn dieser Einrichtungen (siehe Kapitel 6.3.2.) in Nordrheinwestfalen und Rheinland-Pfalz konnte die Untersuchung schließlich durchgeführt werden. Einbezogen werden konnten Berufsförderungswerke als Träger von Umschulungen in besonderen Einrichtungen, Träger betreuter betrieblicher Umschulungen, Berufliche Trainingszentren als Träger von Integrationsmaßnahmen in besonderen Einrichtungen sowie Träger ambulanter Integrationsmaßnahmen mit betrieblicher Orientierung. Obwohl nur ein Träger rehaspezifischer betrieblicher Umschulungen gewonnen werden, ist diese Auswahl für die Träger- und Einrichtungslandschaft der beruflichen Rehabilitation in den für die Untersuchung relevanten Ausschnitten als repräsentativ zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund ist trotz der Schwierigkeiten bei der Trägergewinnung nicht von einem verzerrenden Einfluss auf die Datengrundlage der Untersuchung durch die Trägerauswahl auszugehen. Die Ergebnisse der Studie sollten auf andere ähnliche Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation übertragbar sein.

Ein weiterer Aspekt in Hinblick auf die Datengrundlage der Untersuchung stellt die Maßnahmedurchführung selbst dar. Diese ist auch zwischen gleichen Einrichtungen nicht unbedingt vergleichbar. Grundsätzlich bestehen zwar vor dem Hintergrund gesetzlicher Vorgaben sowohl in Berufsförderungswerken als auch in Beruflichen Trainingszentren ähnliche strukturelle Rahmenbedingungen (z.B. medizinischer Dienst, sozialer Dienst, psychologischer Dienst) und für Umschulungen gelten Ausbildungsordnungen, in denen Lernziele definiert sind. Ähnliches gilt für betriebliche Umschulungen und Integrationsmaßnahmen, auch hier gibt es durch Arbeitsagentur und Rentenversicherungsträger Vorgaben in Leistungsbeschreibungen und Rahmenkonzepten (DRV-Bund). Letztlich nicht ausgeschlossen werden können aber Unterschiede in der praktischen Umsetzung der Rahmenvorgaben. Im Rahmen der Untersuchung konnte die praktische Umsetzung nur allgemein anhand der Leistungsbeschreibungen der beteiligten Träger überprüft werden. Dort zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in Hinblick auf die Umsetzung zwischen vergleichbaren Maßnahmeformaten. Man kann also davon ausgehen, dass sich die Untersuchungsgruppen entsprechend des inhaltlichen Schwerpunktes und dem Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme eindeutig den Gruppen Umschulung BfW, betriebliche Umschulung, Integrationsmaßnahme BTZ und betriebliche Integrationsmaßnahme zuordnen lassen.

Die Zuweisungspraxis der RehabilitationsberaterInnen der Kostenträger auf die Maßnahmetypen, die im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens im Vorfeld vorgenommen wird, stellt eine weitere Einflussquelle auf die Datengrundlage und das mögliche Design der Untersuchung dar. RehabilitandenInnen werden im Rahmen eines Rehabilitationsverfahrens zu bestimmten Maßnahmetypen zugewiesen. Dadurch ist die Untersuchung der Fragestellung im Rahmen eines randomisierten Designs nicht möglich. Die stattdessen mögliche Form der quasiexperimentellen Feldstudie im Rahmen eines faktoriellen varianzanalytischen Designs hat zwar Vorteile in Hinblick auf die externe und ökologische Validität: RehabilitandenInnen wurden im Rahmen normaler Rehabilitationsmaßnahmen befragt. Die Ergebnisse sind daher auch eher auf ähnliche Maßnahmen übertragbar. Dieses Design kann aber nicht ausschließen, dass Unterschiede der Gruppenzusammensetzung wirksam werden und so die interne Validität beeinflussen. Gruppenunterschiede zeigten sich in der Studie in Hinblick auf Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Schulabschluss, letztes Berufsfeld, Rehabilitationshintergrund, Kostenträger und Rehabilitationserfahrung. Die Analyse der Skalenwerte an den Messzeitpunkten in Hinblick auf die Kontrollvariablen ergab wenige systematischen Unterschiede. Nur in Hinblick Dauer der Arbeitslosigkeit konnten an allen Messzeitpunkten mögliche Einflüsse auf Personale und Professionelle

Ressourcen und Selbstwirksamkeit festgestellt werden. Die entsprechenden negativen Korrelationen zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn und Personale und Professionelle Ressourcen und Selbstwirksamkeit waren aber eher schwach. Hinsichtlich des Rehabilitationsgrundes konnten an zwei Messzeitpunkten (MZP 1 und MZP SB) schlechtere Einschätzungen der Selbstwirksamkeit bei den psychisch kranken Rehabilitanden ermittelt werden, was durch die separate Auswertung der Daten für die Teilstichprobe der psychisch kranken RehabilitandenInnen in den Blick genommen wurde. Für alle anderen Variablen konnte nur an einzelnen Messzeitpunkten mögliche Einflüsse auf Skalenwerte ermittelt werden. Insgesamt kann man daher davon ausgehen, dass sich neben dem RehaGrund allenfalls der Gruppenunterschied hinsichtlich Dauer der Arbeitslosigkeit auf die Skalenwerte ausgewirkt haben dürften.

Ebenfalls Einfluss auf die Datengrundlage haben schließlich die Teilnahmebereitschaft der RehabilitandenInnen und die Entwicklung der Teilnahme. Von ursprünglich 388 RehabilitandenInnen, die ihre Teilnahmebereitschaft schriftlich erklärt hatten, haben 272 RehabilitandenInnen an der ersten Befragung teilgenommen. Für diesen Rückgang könnte die Gruppensituation bei der Projektvorstellung verantwortlich sein, die auch RehabilitandenInnen bewogen haben könnte, ihre Teilnahmebereitschaft zu erklären, die eigentlich nicht teilnehmen wollten. An den Schlussbefragungen nahmen schließlich noch 58,4% der TeilnehmerInnen der Erstbefragung teil. Dieser Rückgang ist im Rahmen von Feldstudien in der beruflichen Rehabilitation zwar nicht ungewöhnlich, kann aber die Stichprobenstruktur systematisch beeinflussen. Anhand der Ergebnisse der Nonresponderbefragungen kann zu den Gründen der Nichtteilnahme an den Folgebefragungen kaum eine Aussage gemacht werden, da sich nur wenige daran beteiligten. Genannt wurden unterschiedliche Gründe (Maßnahmeabbruch, technische Probleme etc.). Möglicherweise ist auch die internetbasierte Befragungsform ein Grund für den Rückgang, da hier ein gewisses Maß an Selbstdisziplin erforderlich ist. Der Vergleich von TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen der Folgebefragungen zeigte lediglich Unterschiede bei den Schulabschlüssen. Das spricht insgesamt gegen einen systematisch verzerrenden Einfluss des TeilnehmerInnenrückgangs auf die Stichprobenstruktur.

Um Aussagen aus der Studie verallgemeinern zu können, sollte die Datengrundlage in Hinblick auf demographische Variablen der Grundgesamtheit aller RehabilitandenInnen in beruflichen Bildungsmaßnahmen entsprechen. Der Vergleich der Stichprobe mit den Kostenträgerangaben zu TeilnehmerInnen an beruflichen Bildungsmaßnahmen ist aber aufgrund der verfügbaren Daten nur hinsichtlich der Geschlechterverteilung möglich. Verglichen mit der Geschlechterzusammensetzung der Gesamtstatistik 2016 von DRV-Bund und Agentur für Arbeit bei den beruflichen Bildungsmaßnahmen zeigen sich doch deutliche Unterschiede: 59% der UntersuchungsteilnehmerInnen waren Frauen gegenüber 41,1% bei den Bildungsleistungen der DRV-Bund 2016 bzw. 42,5% RehabilitandenInnenbestand in Bildungsleistungen Arbeitsagentur 2016 (vgl. DRV-Bund 2016, Bundesagentur für Arbeit 2017). Dieser Anteil blieb auch über alle Erhebungszeitpunkte weitgehend stabil. Insofern können die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht uneingeschränkt auf alle RehabilitandenInnen in beruflichen Bildungsmaßnahmen verallgemeinert werden.

Bei der hypothesenbezogenen Auswertung wurden sowohl die Gesamtgruppe als auch die Teilgruppe der psychisch kranken Rehabilitanden separat ausgewertet. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass sich wie oben erwähnt an zwei Messzeitpunkten Unterschiede hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung Unterschiede zwischen RehabilitandenInnen mit und ohne psychiatrischen Rehabilitationsgrund zeigten. Damit wird zusätzlich zur gruppenspezifischen Hypothesenüberprüfung auch ein Gesamtbild für alle aus dem kaufmännischen Bereich beteiligten RehabilitandenInnen ermöglicht.

Für die multivariate Untersuchung der Messzeitpunktunterschiede standen schließlich für die Gesamtgruppe (alle RehabilitandenInnen aus dem kaufmännischen Bereich) 134 kompletten Datensätzen zur Verfügung. Für die Teilgruppe der psychisch erkrankten RehabilitandenInnen standen 108

komplette Datensätze zur Verfügung. Für die Untersuchung der beiden Umschulungsgruppen standen 51 komplette Datenätze für alle drei Messzeitpunkte zur Verfügung. Hinsichtlich der Ressourcenskalen zeigte sich an allen Messzeitpunkten in den BIN-Analysen die gleiche Korrelationsstruktur wie in der Vorstudie, sodass i.S. einer empirischen Validierung von einem validen Instrument zur Erfassung berufsrelevanter Ressourcen im kaufmännisch-verwaltenden Bereich ausgegangen werden kann. Auch die Reliabilitätswerte für die Skalen sind mit Ausnahme der Werte für wahrgenommene Kontrolle als sehr gut zu bezeichnen.

Fragestellungen Hauptstudie

Die Ergebnisse der Untersuchung in Hinblick auf die ursprünglichen Modellannahmen zeigt die folgende Grafik. Dabei beziehen sich die Effekt-Angaben zwischen Maßnahmeform und Ressourcen auf die Ergebnisse der Varianzanalysen, die zwischen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren auf die Ergebnisse der Korrelationsanalysen:

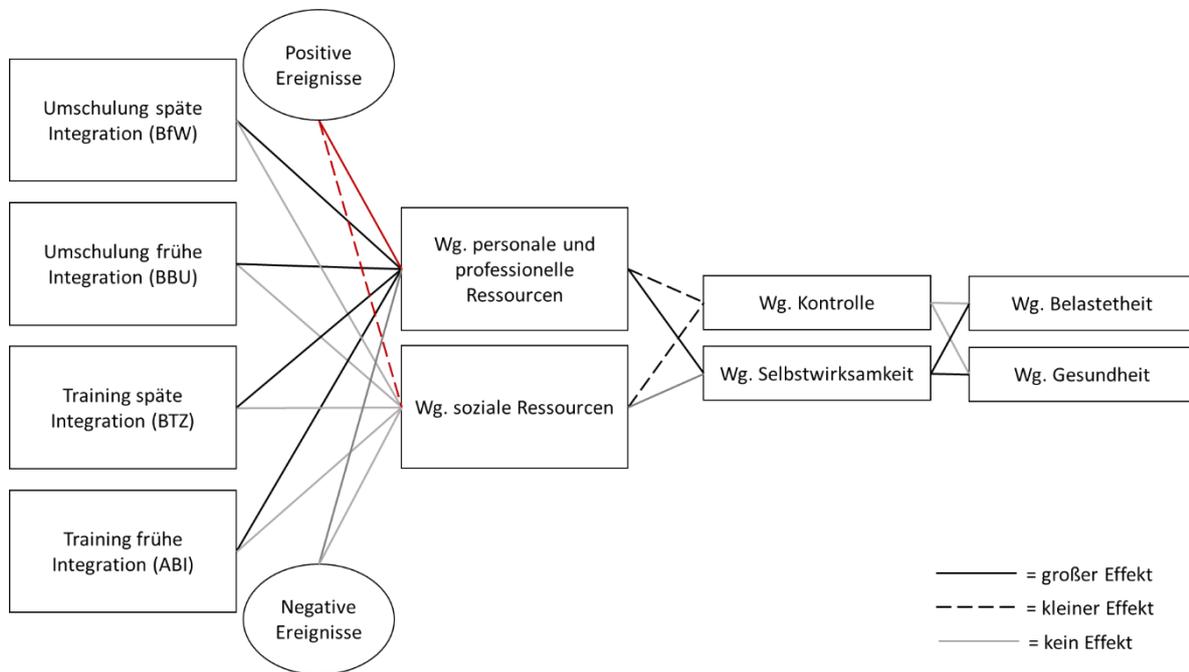


Abbildung 73: Angepasste Modellannahmen

In Hinblick auf die erste Fragestellung der Hauptstudie ist zunächst festzustellen, dass sich bei den psychisch kranken RehabilitandenInnen zwischen den Anfangs- und Schlussbefragungen die Werte für wahrgenommene Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Belastetheit in allen Gruppen verbessert haben, bei allen RehabilitandenInnen zusätzlich auch der wahrgenommene Gesundheitszustand. Insofern bestätigt die Untersuchung Ergebnisse von Condrau e.a. (2001), die allerdings von wahrgenommenen Verbesserungen von Ressourcen während der beruflichen Rehabilitation berichten, und von Matt e.a. (2006), die von Verbesserungen der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit berichteten. In Bezug auf wahrgenommene Soziale Ressourcen und Kontrolle zeigten sich diese Veränderungen jedoch nicht. Möglicherweise spielt bei diesem Ergebnis die oben bereits erwähnte „Erfahrungsnähe“ der Einschätzungsgegenstände eine Rolle. Bei den wahrgenommenen Sozialen Ressourcen sollten die StudienteilnehmerInnen ihre Erwartungen bezüglich des Verhaltens zukünftiger KollegenInnen und Vorgesetzten einschätzen, was weniger von unmittelbarer Erfahrung während der Rehabilitation beeinflusst wird und allenfalls über Praktikumserfahrungen vermittelt werden kann. Entsprechend sind für die Erwartungsbildung auch frühere – möglicherweise nega-

tive - Erfahrungen hinsichtlich betrieblicher sozialer Unterstützung relevant. Ähnliches könnte für wahrgenommene Kontrolle angenommen werden. Für wahrgenommene Kontrolle in Bezug auf den beruflichen Bereich spielen wahrscheinlich allgemeinere Erfahrungen und Einstellungen, die sich im Laufe des Berufslebens gebildet haben, eine Rolle. Diese werden durch Erfahrungen in einer einzelnen beruflichen Rehabilitationsmaßnahme möglicherweise nicht wesentlich beeinflusst. Demgegenüber sind die Einschätzungen der Personalen und Professionellen Ressourcen und der Selbstwirksamkeit vermutlich stärker an die eigenen Erfahrungen während der Rehabilitation gebunden: Mit einer tatsächlichen Verbesserung personaler Fähigkeiten und Erweiterung beruflicher Fachkenntnisse während der Rehabilitation (i.S. von Lernfortschritten) verbessert sich sowohl deren Einschätzung (i.S. wahrgenommener Ressourcen) als auch die Einschätzung der beruflichen Selbstwirksamkeit. Demnach wären Verbesserungen bei wahrgenommenen Ressourcen während der beruflichen Rehabilitation eher in erfahrungsnahen Bereichen zu erwarten. Erfahrungsfernere Erwartungen und allgemeinere Einstellungen werden dagegen weniger beeinflusst.

Die mit der zweiten Fragestellung vermuteten maßnahmespezifischen Veränderungen zeigten sich nicht.

UmschulungsteilnehmerInnen haben bei den wahrgenommenen Personalen und Professionellen Ressourcen nicht stärker profitiert als TeilnehmerInnen von Trainings- und Integrationsmaßnahmen. Bei den Veränderungen spielten offensichtlich weder die längere Zeitdauer noch die stärkere Orientierung an der Wissensvermittlung in Umschulungen eine entscheidende Rolle. Interessant ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis der Zwischenbefragung der UmschülerInnen. Der signifikante positive Messwiederholungseffekt auf die Personalen und Professionellen Ressourcen ist vor allem auf den Unterschied zwischen dem ersten Messzeitpunkt und der Zwischenbefragung nach neun Monaten zurückzuführen. Zwischen der Zwischenbefragung und der Schlussbefragung zeigte sich dagegen kein signifikanter Unterschied. Veränderungen wahrgenommener Personalener und Professioneller Ressourcen vollziehen sich nach den Ergebnissen der Untersuchung in Umschulungen hauptsächlich in der ersten Hälfte der Maßnahme. Dies könnte erklären, weshalb sich hinsichtlich der Veränderung Personalener und Professioneller Ressourcen kein Unterschied hinsichtlich des inhaltlichen Schwerpunktes der Maßnahmen (INS) gezeigt hat.

TeilnehmerInnen an Maßnahmen mit früher betrieblicher Integration während der Maßnahme haben bei den wahrgenommenen Sozialen Ressourcen nicht stärker profitiert als TeilnehmerInnen von Maßnahmen mit später betrieblicher Integration. Offensichtlich wirkt sich die längere betriebliche Praxiszeit in betrieblichen Umschulungen und Integrationsmaßnahmen nicht dahingehend aus, dass sich die Erwartung zukünftiger sozialer Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte stärker verbessert als in Maßnahmen mit später betrieblicher Integration. Eine Erklärung dafür könnte darin bestehen, dass längere betriebliche Maßnahmeteile nicht notwendigerweise mit positiven Erfahrungen hinsichtlich sozialer Unterstützung verbunden sind. Entsprechend bilden sich auch keine bereichsspezifisch positiveren Erwartungen hinsichtlich zukünftiger sozialer Unterstützung.

In Bezug auf wahrgenommene berufliche Ressourcen scheint berufliche Rehabilitation in Umschulungen und Trainings- und Integrationsmaßnahmen also lediglich maßnahmeunspezifisch zu einer Verbesserung wahrgenommener Ressourcen beizutragen. Die Untersuchung bestätigt damit auch frühere Untersuchungsergebnisse, wonach es bei den nicht-beschäftigungsbezogenen Effekten beruflicher Rehabilitation keine Unterschiede zwischen First-Train und First Place-Ansätzen, die sich vor allem hinsichtlich ihrer betrieblichen Anteile unterscheiden, gibt. (Vgl. Kapitel 3.2.5.).

Dagegen scheint das Erleben von wichtigen (beruflichen und privaten) positiven - und eingeschränkt auch negativen - Ereignissen während der Maßnahme eine Rolle zu spielen, denn diesbezüglich zeigt

ten sich signifikante Effekte auf Veränderungen der Ressourcenwahrnehmung. Verbesserungen von wahrgenommenen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit waren bei RehabilitandenInnen, die von wichtigen positiven Ereignissen während der beruflichen Rehabilitation berichteten, größer, als bei RehabilitandenInnen, die keine wichtigen positiven Ereignisse berichteten. Das Erleben negativer Ereignisse wirkte sich dämpfend auf Veränderungen des wahrgenommenen Gesundheitszustandes aus. Dieses Ergebnis zeigt i.S. der Critical-Life-Event-Forschung die Bedeutung wichtiger Ereignisse in Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation, die ja selbst als berufliche Neuorientierung als ein kritisches Lebensereignis zu verstehen ist.

Gezeigt werden konnten schließlich signifikante Unterschiede in der Ressourceneinschätzung zum Beginn der Rehabilitation entsprechend dem inhaltlichen Schwerpunkt der Maßnahmen. Dort, wo die Einschätzungen unterschiedlich waren, waren sie in der Integrations- und-Gruppe schlechter als in der Umschulungs-Gruppe. Diese Unterschiede sind wahrscheinlich auch auf die Zuweisungspraxis der RehabilitationsberaterInnen der Kostenträger zurückzuführen. Ältere und länger arbeitslose RehabilitandenInnen mit schlechteren Selbsteinschätzungen werden eher in Integrationsmaßnahmen als in Umschulungen zugewiesen. Am Ende der Maßnahme bestehen diese Unterschiede zwar immer noch, sind aber nicht mehr signifikant. Insofern kann man von einem begrenzten „kompensatorischen“ Effekt auf die Einschätzung Personaler und Professioneller Ressourcen bei TeilnehmerInnen von Integrationsmaßnahmen sprechen.

Zusammenfassend kann man zu den ersten beiden Fragestellungen festhalten, dass sich während der beruflichen Rehabilitation Verbesserungen eher in erfahrungsnahen Bereichen zeigten. Signifikante maßnahmespezifische Effekte i.S. von signifikanten Interaktionseffekten waren aber in keinem Ressourcenbereich festzustellen.

Die in der dritten und vierten Fragestellung vermuteten Zusammenhänge zwischen Änderungen wahrgenommener Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren zeigten sich sowohl in der Gesamtgruppe als auch in der Teilgruppe der psychisch kranken RehabilitandenInnen weitgehend.

Allerdings gelten diese Zusammenhänge nur sehr eingeschränkt für Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und Kontrolle. Veränderungen wahrgenommener Kontrolle stehen nur mit Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen in Zusammenhang. Wie oben bereits diskutiert könnte für diesen Zusammenhang die Erfahrungsferne eine Rolle spielen. Bei beiden Variablen änderte sich die Einschätzung kaum.

Offensichtlich sind Veränderungen wahrgenommener Personaler und Professioneller Ressourcen für Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit bedeutsam. Nur Veränderungen wahrgenommener Selbstwirksamkeit stehen mit Veränderungen wahrgenommener Gesundheit und Belastetheit in Zusammenhang.

Kausale Aussagen sind alleine aufgrund der korrelativen Zusammenhänge natürlich nicht möglich. Veränderungen bei den Ressourcen könnten sowohl für Veränderungen der Selbstwirksamkeit verantwortlich sein, ebenso könnte die Kausalität umgekehrt sein. Ähnliches gilt für die Zusammenhänge zwischen Veränderungen der Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren. Zudem könnte ein dritter Faktor für Veränderungen in allen Variablen verantwortlich sein, z.B. eine psychotherapeutische Behandlung oder das Erleben positiver beruflicher und privater Ereignisse während der Rehabilitation, wie die Ergebnisse dieser Untersuchung nahelegen.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich in der Untersuchung maßnahmeunabhängig positive Effekte beruflicher Rehabilitation auf wahrgenommene Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Gesundheit und Belastetheit zeigten, die durch das Erleben wichtiger positiver Ereignisse während der Re-

habilitation wesentlich mitbeeinflusst wurden. Auch die vermuteten Zusammenhänge zwischen Veränderungen wahrgenommener Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Gesundheit konnten in der Untersuchung gezeigt werden. Nicht gezeigt werden konnten Veränderungen wahrgenommener Sozialer Ressourcen und wahrgenommener Kontrolle und deren Zusammenhänge mit anderen Faktoren.

Die gefundenen positiven Auswirkungen der Teilnahme an Umschulungen und Integrationsmaßnahmen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation auf wahrgenommene Ressourcen und Selbstwirksamkeit sind für eine nachhaltige berufliche Eingliederung wichtig, denn sie sind für den Aufbau eines stabilen Selbstmodells und die Bewältigung beruflicher Anforderungen bedeutsam. Dabei ist insbesondere der o.g. kompensatorische Effekt in Integrationsmaßnahmen bemerkenswert: Die Einschätzung berufsrelevanter Ressourcen verbessert sich nicht nur sondern nähert sich im Laufe der Rehabilitation auch über die Gruppen hinweg an. Teilhabe-Chancen werden so auch bei RehabilitandenInnen mit eher schlechteren Voraussetzungen verbessert.

Die Untersuchungsergebnisse ergänzen den Forschungsstand zu nicht-beschäftigungsbezogenen Effekten beruflicher Rehabilitation, wonach unabhängig vom Rehabilitationsansatz positive Effekte in den Bereichen Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Symptomveränderungen, Arbeitsfähigkeit und Selbstwert gefunden wurden (siehe Kapitel 3.2.5.). Im Gegensatz zu den meisten dieser Untersuchungen, die Outcome-Variablen wenig theoriebezogen und eher willkürlich nutzen, wurde die vorliegende Untersuchung vor dem Hintergrund eines stress- und ressourcentheoretischen Modells durchgeführt. Untersucht wurden hier erstmals Veränderungen bei den wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen während unterschiedlicher beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Dabei konnten die theoretischen Modellzusammenhänge zwischen Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren und deren Veränderung auch unter dem Einfluss wichtiger positiver Ereignisse i.S. der Critical-Life-Event-Forschung im Laufe der Rehabilitation gezeigt werden. Die Bedeutung eines stresspsychologischen Ansatzes ergibt sich nicht zuletzt dadurch, dass Selbstwirksamkeit und Stressverarbeitungsstrategien später auch relevante Erfolgsprädiktoren beruflicher Rehabilitation i.S. der beruflichen Eingliederung nach einer Maßnahme sind (vgl. Pfeiffer 2000, Matschnig e.a. 2008, Arling 2016). Im Sinne einer nachhaltigen beruflichen Wiedereingliederung sollte daher die Stärkung wahrgenommener berufsrelevanter personaler und professioneller (aber auch sozialer) Ressourcen, die die wahrgenommene Selbstwirksamkeit wesentlich beeinflussen, ein zentrales Ziel beruflicher Rehabilitation sein.

Ausblick

Insgesamt bewährt hat sich die internetgestützte Datenerhebung über Soscisurvey. Sie bietet die Möglichkeit einer sehr ökonomischen Befragungsdurchführung. Zwar erfordert diese Form der Datenerhebung von den ProbandenInnen ein gewisses Maß an Selbstdisziplin, doch vermindert sich die Fehlerquote durch unvollständiges Ausfüllen von Fragebögen.

Bewährt hat sich auch die eigens für die StudienteilnehmerInnen zur Verfügung gestellte Informationsplattform zur beruflichen Rehabilitation. Diese wurde während der gesamten Laufzeit genutzt und dadurch dürfte die Motivation zur Teilnahme an den Folgebefragungen gestärkt worden sein.

Weitergehende Untersuchungen sollten den Bereich der wahrgenommenen Sozialen Ressourcen im Sinne von erwarteter sozialer Unterstützung in den Blick nehmen. Die Nutzung sozialer Unterstützung in Zusammenhang bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen ist gerade für RehabilitandenInnen, die psychisch beeinträchtigt sind, bedeutsam. Dies sollte sich auch stärker in Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation niederschlagen. Denkbar wäre es z.B., Aspekte der sozialen Unterstüt-

zung durch KollegInnen und Vorgesetzte während betrieblicher Praktikumsphasen durch ergänzende Beratungs- oder Gruppenangebote verstärkt in den Blick zu nehmen.

Darüber hinaus sollte das unterschiedliche Ausgangsniveau bei der Ressourceneinschätzung bei TeilnehmernInnen von Trainingsmaßnahmen und Umschulungen und Wege zu dessen Ausgleich im Rahmen der Rehabilitation genauer in den Blick genommen werden. Der selektiven Zuweisung zu Maßnahmen sollten auch Maßnahmen folgen, die das unterschiedliche Ausgangsniveau in der Ressourceneinschätzung stärker ausgleichen, als sich das in der Studie gezeigt hat. Dabei sollten vor allem Konzepte der begleitenden Einzelbetreuung in der beruflichen Rehabilitation weiterentwickelt werden, wie sie bereits in verschiedenen ambulanten Integrationsmaßnahmen praktiziert werden. Denkbar wären phasen- und maßnahmeübergreifende Betreuungskonzepte, innerhalb derer solche Unterschiede schon früh bearbeitet und ggfs. ausgeglichen werden könnten.

Nicht untersucht werden konnten in dieser Studie schließlich die Zusammenhänge von Veränderungen wahrgenommener Ressourcen und Selbstwirksamkeit und dem beschäftigungsbezogenen Rehabilitationserfolg. Ein positiver Zusammenhang ist zu vermuten und sollte in weitergehenden Untersuchungen in den Blick genommen werden.

Der in dieser Studie gewählte stress- und ressourcentheoretische Ansatz bietet für die Untersuchung dieser Fragen und die Entwicklung weiterführender Konzepte, die über die eigentliche berufliche Rehabilitation i.S. einer dauerhaften Verbesserung von Teilhabechancen hinauswirken, eine fruchtbare Grundlage.

8. Literatur

- Abele, A. E., Stief, M., Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen - Neukonstruktion einer BSW-Skala, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44(3): 145-151
- Ajzen, I., Madden, T.J. (1986) The Theory of Planned Behavior, in: Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50: 179-211
- Antonovsky, A. (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Herausgegeben von A. Franke. Tübingen: DGVT-Verlag
- Arling, V., Slachova, V., Knispel, J., Spijkers, W. (2016) Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg, in: Rehabilitation: 55: 6-11
- Baer, N. (2013) Was ist schwierig an schwierigen Mitarbeitern?, in: Swiss Archives of Neurology and Psychiatry 164/4: 123-131
- Bagozzi, R.P. (1992) The self-regulation of attitudes, intentions and behavior, in: Social Psychology Quarterly 55/2: 178-204
- Bandura, A. (1977) Self efficacy: Toward an unifying theory of behavioral Change, in: Psychological Review 84: 191-215
- Becker, P. (1982) Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle und Diagnostik. Weinheim: Beltz
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C. e.a. (2015) Individual Placement and Support in Sweden – A randomized controlled Trial, in: Nordic Journal of Psychiatry 69/1: 57-66
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2001) Was erhält Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6. Köln: BZgA
- Bethge, M., Bartel, S. (2016) Update der Arbeitsgruppe „Rehabilitation und Arbeit“, in: Rehabilitation 55: 63-65
- Bond, G.R., Salyers, M.P., Dincin, J., Drake, R. e.a. (2007) A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 75: 968–982
- Bond, G., Drake, R., Becker, D. (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment, in: Psychiatric Rehabilitation Journal 31/4: 280-290
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E. (2011) Measurement of Fidelity of Implementation of Evidence-Based Practices: Case Example of IPS Fidelity Scale, in: Clin Psychol Sci Prac 18: 126-141
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E. e.a. (1997) A Fidelity Scale for the Individual Placement and Support Model of Supported Employment, in: Rehabilitation Counseling Bulletin 40: 230-239
- Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2012) Generalizability of Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US, in: World Psychiatry 11: 32-39
- Bortz, J., Döring, N. (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Verlag

- Brantschen, E., Kawohl, W., Rössler, W. e.a. (2014) Supported employment – improving competitive employment for people with mental illness: The role of motivation and social network, in: Journal of Vocational Rehabilitation 40: 41-47
- Brieger, P., Watzke, S. e.a. (2006) Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Brosius, F. (1998) SPSS 8. Professionelle Statistik unter Windows. Bonn: MITP-Verlag
- Buchwald, P., Schwarzer, C., Hobfoll, S. (Hrsg.) (2004) Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe
- Bundesagentur für Arbeit (2009) Anlage zur HEGA 12/2009: Kriterien für vergleichbare Einrichtungen nach § 35 SGB IX und Kriterien für die Durchführung von Teilen der Ausbildung in Betrieben nach § 35 Abs. 2 SGB IX. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit
https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdk4/~edisp/l6019022dstbai388387.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI388390, (Abrufdatum: 16.12.2016)
- Bundesagentur für Arbeit (2013) Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit
<https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mje1/~edisp/l6019022dstbai613932.pdf> (Abrufdatum: 25.10.2018)
- Bundesagentur für Arbeit (2017) Berufliche Rehabilitation Monatszahlen Dezember 2016. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.ht> (Abrufdatum: 6.12.2017)
- Bundesagentur für Arbeit (2017a) Berufliche Rehabilitation Monatszahlen August 2017. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.ht> (Abrufdatum: 6.12.2017)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (Hrsg.) (2016) Ergebnisse der 4. bundesweiten Umfrage der BAG UB zur Umsetzung der Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a SGB IX für das Jahr 2015, Hamburg: BAG-UB http://www.bag-ub.de/dl/ub/umfrage/Auswertung_BAG_UB_Bundesweite_Umfrage_UB_2015.pdf (Abrufdatum: 3.1.2017)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016) Entwurf zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz–BTHG)
http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz-entwurf.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Abrufdatum: 16.12.2016)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: BMAS
- Burisch, M. (2014) Das Burnout-Syndrom. Berlin, Heidelberg: Springer
- Burns, T., Catty, J., Becker, T. et al. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial, in: Lancet 370: 1146-1152

- Burton, C., Vella, L., Littlefield, E., Twamley, E. (2015) Supported Employment for Individuals with Severe Mental Illness, in: Söderback, I. (ed.). International handbook of occupational therapy interventions, Cham, Heidelberg: Springer, 709-718
- Caplan, Gerald (1974) Supportive Systems and community mental health: Lectures and Concept Development. New York: Behavioral Publication
- Cassel, J. (1974) Psychosocial Processes and Stress: Theoretical formulation, in: International Journal of Health Services 4: 471-482
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. Auflage). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Cook, J., Leff, H.S., Blyler, C.R. e.a. (2005) Results of a Multisite Randomized Trial of Supported Employment Interventions for Individuals with Severe Mental Illness, in: Arch Gen Psychiatry 62: 505-512
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E. (2005) Zum Stand der Erforschung von arbeitsbedingtem Stress. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
- DAK (2011) DAK Gesundheitsreport 2011. Hamburg: DAK
- DAK (2016) DAK Gesundheitsreport 2016. Hamburg: DAK
- Davis, L.L., Leon, A.C., Toscano R., e.a. (2012) A randomized clinical trial evaluating the impact of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder in: Psychiatr Serv. 63(5): 464-470
- Demerouti, E., Bakker, A.B. (2011) The Job Demands–Resources model: Challenges for future research, in: SA Journal of Industrial Psychology 37/2 Art. 974, 9 pages
- Deutsche Akademie für Rehabilitation (Hrsg.) (2009) Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. <http://www.reha-innovativ.de/> (Abrufdatum: 17.4.2017)
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <https://www.dimdi.de> (Abrufdatum: 13.4.2017)
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2015) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification – ICD 10 GM. <https://www.dimdi.de> (Abrufdatum 13.4.2017)
- Dillo, W., Lampen, S., Neumann, A. e.a. (2010) Die ressourcenorientierte Integration chronisch psychisch Kranker in den Arbeitsmarkt über Ein-Euro-Jobs – erste Erfahrungen eines Modellprojekts, in: Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 78: 288-293
- Doose, S. (2012) Supported Employment in Germany, in: Journal of Vocational Rehabilitation 37: 195-202
- Dory, V., Beaulieu, M., Pestiaux, D. e.a. (2009) The Development of self-efficacy beliefs during general practice vocational training: An exploratory study, in: Medical Teacher 31: 39-44
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., e.a. (1999) A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness, in: Archives of General Psychiatry 5: 627-633

- Drake, R.E., McHugo, G.J., Becker, D.R., e.a. (1996) The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: Vocational outcomes, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 391–399
- DRV-Bund (Hrsg.) (2018) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV-Bund
- DRV-Bund (Hrsg.) (2015) Reha-Bericht 2015. Berlin: DRV-Bund
- DRV-Bund (Hrsg.) (2016) Reha-Bericht Update 2016. Berlin: DRV-Bund
- DRV-Bund (Hrsg.) (2017) Rehabilitation 2016, Berlin: DRV-Bund https://statistikrente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikbaende/documents/Rehabilitation_2016.pdf (Abrufdatum: 6.12.2017)
- Dunstan, D., Covic, T., Tyson, G. (2013) What leads to the expectation to return to work? Insights from a Theory of Planned Behavior (TPB) model of future work outcomes, in: *Work* 46: 25-37
- Eichert, H.-C. (2008) Supervision und Ressourcenentwicklung. Eine Untersuchung zur Supervision in der stationären Psychiatrie. urn:nbn:de:hbz:38-24053. Köln: KUPS <http://kups.uni-koeln.de/2405/>
- Eichert, H.-C. (2012) Ambulante berufliche Rehabilitation Psychisch erkrankter Menschen, in: *Rehabilitation* 51: 181-188
- Eichert, H.-C. (2014) Maßnahmedauer und Rehabilitationserfolg bei Integrationsmaßnahmen für psychisch erkrankte RehabilitandInnen– Vergleich zweier Maßnahmeformate, in: DRV-Bund (Hrsg.) 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Tagungsband) Berlin: DRV-Bund, 102-103
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-D., Buchner, A. (2007) A flexible statistical power analysis program for social, behavioral and biomedical sciences, in: *Behavior Research Methods*, 39 (2): 175-191
- Flach, T.H. (2011) Der Einfluss von Erwartungshaltungen auf den Übergang in den Arbeitsmarkt nach beruflicher Rehabilitation (Dissertation) Bamberg: Universität Bamberg
- Frankenhaeuser, M. (1980) Psychobiological aspects of life stress, in: Levine, S., Ursin, H. (Hrsg.): *Coping and health*. New York: Plenum Press, 203-223
- French J.R.P. (1978) Person-Umwelt-Übereinstimmung und Rollenstreß, in: Frese, M., Greif, S., Semmer, N. (Hrsg.) *Industrielle Psychopathologie*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 42–51
- Frese, M. (1977) Psychische Störungen bei Arbeitern. Zum Einfluss von gesellschaftlicher Stellung und Arbeitsplatzmerkmalen. Salzburg: Otto-Müller-Verlag
- Frese, M. (1989). SzSU - Skala zur sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 43(2): 112-121
- Frost, M.C., Spijkers, W. (2016) Anpassungsleistungen in der beruflichen Rehabilitation – Ein Selbsteinschätzungsfragebogen (ReHadapt) zur Anwendung im RehaAssessment und in der Reha-Beratung, in: *Rehabilitation* 2016, 55: 26-33
- GCP-Study-Group (1988): The German Cardiovascular Prevention Study (GCP): Design and methods, in: *European Heart Journal*, 9, 1058-1066

- Geilenkothen, J. (2006) Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung von Social Support und Selbstwirksamkeitserwartung für die psychische Gesundheit bei Führungskräften. Berlin: Logos Verlag
- Gerdes, N., Weis, J. (2000) Zur Theorie der Rehabilitation, in: Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin: Springer, 41-68
- Gericke, C. (2010) Einflussfaktoren der beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen. Berlin: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/gericke-christine-2010-12-15/PDF/gericke.pdf>
- Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG) Neugefasst durch Bek. v. 22.1.1982 I 21; Zuletzt geändert durch Art. 1 V. 20.6.2016 I 1362, <https://www.gesetze-im-internet.de/bvg/> (Abrufdatum: 19.10.2016)
- Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008, 1419-1457, www.bgbl.de (Abrufdatum 10.10.2016)
- Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016, <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf> (Abrufdatum: 31.12.2016)
- Gillam, E. (2008) Social inclusion and paid work in Somerset, in: Mental Health Occupational Therapy, 13: 8–11
- Gold, P.B., Meisler, N., Santos, A.B., e.a. (2006) Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness, in: Schizophrenia Bulletin, 32: 378–395
- Greif, S. (1991) Stress in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe, in: Greif, S., Bamberg, E., Semmer, N. (Hrsg.). Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe, 1-28
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist, in BGBl. I, 1-20, www.bgbl.de (Abrufdatum 10.10.2016)
- Gühne, U., Riedel-Heller, G. (2015) Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin: DGPPN https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/schwerpunkte/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (Abrufdatum: 13.4.2017)
- Hammel, Y., Kilian, H., Schäfer, F. (2013) Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. Ein Überblick, in: Nervenheilkunde 32: 358-362
- Harrison, R.v. (1978) Person-Environment Fit and Job Stress, in: Cooper, C.L., Payne, R. (eds.) Stress at work. Chichester: Wiley, 175–205
- Hattie, J. (2009). Visible Learning. London: Routledge.

- Haugli, L., Maeland, S., Magnussen, L. (2011) What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years after Occupational Rehabilitation, in: *Journal of Occupational Rehabilitation* 21: 573-581
- Heffernan, J., Pilkington, P. (2011) Supported employment for persons with mental illness: Systematic review of effectiveness of individual placement and support in the UK, in: *Journal of Mental Health* 20: 368-380
- Heslin, M., Howard, L., Leese, M. e.a. (2011) Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of Supported Work and Needs (SWAN) study, in: *World Psychiatry* 10: 132-137
- Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004) Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Coping - eine innovative Stresstheorie, in: Buchwald, Schwarzer, P., Hobfoll, S. (Hrsg.) *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen: Hogrefe, 11-26
- Hoefsmit, N., Houkes, I., Nijhuis, F. (2014) Environmental and personal factors that support early return-to-work: A qualitative study using ICF as a framework, in: *Work* 48: 203-215
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, D., e.a. (2012) A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125: 157-167
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Kunz, B. (2000) Hopelessness and its impact on Rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study, in: *Schizophrenia Research* 43: 147-158
- Hoffmann, M.D., Jäckel, D., Glauser, S. e.a. (2014) Long Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, in: *American Journal of Psychiatry* 171/11: 1183-1190
- Hoffmeister, H., Hoeltz, J., Schön, D., Schröder, E. & Güther, B. (1988). Nationaler Untersuchungs-Survey und regionale Untersuchungs-Surveys der DHP, Bd. I. DHP-Forum, Heft 1/88
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967) The Social Readjustment Scale, in: *Journal of Psychosomatic Research* 11: 213–218
- Holzner, B., Kemmer, G., Meise, U. (1998) The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia, in: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 624-631
- House, J.S. (1981) *Work stress and social support*. Reading: Adison-Wesley
- Howard, L., Heslin, M., Leese, M. e.a. (2010) Supported employment: randomized controlled trial, in: *The British Journal of Psychiatry* 196: 404-411
- Hundsörfer, T. (2009) *Integration von chronisch psychisch kranken Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt*. Tübingen: Uni Tübingen <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/49326> (Abrufdatum: 1.11.2016)
- ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health (2011). *Open-Code 4.0*. Umeå: and Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Sweden. <http://www.phmed.umu.se/enheter/epidemiologi/forskning/open-code/> (Abrufdatum: 3.4.2019)
- Kahn, R. (1978) Konflikt, Ambiguität und Überforderung. Drei Elemente des Stress am Arbeitsplatz, in: Frese, M., Greif, S., Semmer, N. (Hrsg.) *Industrielle Psychopathologie*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 18-83

- Kaluza, G. (2011) Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer
- Killackey, E., Jackson, H.J., McGorry, P.D. (2008) Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual, in: *Br J Psychiatry* 193: 114-120
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., Müller, B. (1997) Melba. Psychologische Merkmalprofile zur Wiedereingliederung Behinderter in Arbeit. Siegen: Gesamthochschule
- Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.) (2016) Gesundheit und Arbeit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Kobasa, S. (1979) Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 37/1: 1-11
- Kobelt, A., Grosch, E.V., Gutenbrunner, C. (2006) Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation? in: *Psychther Psych Med* 56: 15-22
- Koletski, M., Niersman, A., van Busschbach, J. e.a. (2009) Working with mental health problems: clients experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment, in: *Social Psychiatric Epidemiology* 44: 961-970
- Kröger, C., Bode, K., Wunsch, E.-M, e.a. (2015) Work related Treatment for Major Depression Disorder and Incapacity to Work: Preliminary Findings of a Controlled, Matched Study, in: *Journal of Occupational Health Psychology* 20: 248-258
- Kukla, M., Bond, G.R. (2013) A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes, in: *Journal of Vocational Rehabilitation* 38: 91-98
- Lademann, J., Mertesacker, H., Gebhardt, B. (2006) Psychische Erkrankungen im Focus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen, in *Psychotherapeutenjournal* 2: 123-129
- Lagerveld, S.E., Blonk, R., Benninkmeijer, V., Schaufeli, W. (2010) Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire, in: *Work and Stress* 24/4: 359-375
- Latimer, E., Lecomte, T., Becker, D. e.a. (2006) Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial, in: *British Journal of Psychiatry* 189: 65–73
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1978) Stress related transactions between person and environment, in: Pervin, L.A., Lewis, M. (eds.) *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum, 287 - 327
- Lehman, A. F., Goldberg, R.W., Dixon, L.B. e.a. (2002) Improving employment outcomes for persons with severe mental illness, in: *Archives of General Psychiatry* 59: 165–172
- Leidig, S. (2008) Arbeitsbedingungen und Copingstile: Eine Katamnese-Studie bei Patienten mit psychischen Störungen, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 40/4: 779-796
- Levi, Lennart (1981) Preventing work stress. Reading: Adison-Wesley
- Litzke, S., Schuh, H., Pletke, M. (2013) Stress, Mobbing und Burn-Out am Arbeitsplatz. Berlin, Heidelberg: Springer

- Lötters, F., Carlier, B., Bakker, B. e.a. (2013) The Influence of Perceived Health on Labour Participation Among Long Term Unemployment, in: *Journal of Occupational Rehabilitation* 23: 300-308
- Luciano, A., Drake, R., Bond, G. e.a. (2014) Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current and future research, in: *Journal of Vocational Rehabilitation* 40: 1-13
- Martin, M.H.T., Moefelt, L., Dahl-Nielsen, M.B., Rugulies, R. (2015) Barriers and Facilitators for Implementation of Return-to-Work intervention for Sickness Absence beneficiaries with Mental Health Problems: Results from three Danish Municipalities, in: *Scandinavian Journal of Public Health* 43: 423-431
- Matschnig, T., Frottier, P., Seyringer, M.-E. e.a. (2008) Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren, in: *Psychiatrische Praxis* 35: 271-278
- Matt, G., Bellardita, L., Fischer, G., Silverman, S. (2006) Psychological resources and mental health among the difficult-to-employ: Can a pre-employment training program make a difference?, in: *Journal of Vocational Rehabilitation* 24: 33-43
- Matthews, L., Harris, L., Jaworski, A. e.a. (2014) Function, health and psychosocial needs in job-seekers with anxiety, mood, and psychotic disorders who access disability employment services, in: *Work* 49: 271-279
- McGrath, J. (1981) Stress und Verhalten in Organisationen, in: Nitsch, J.R. (Hrsg.) *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 441-499
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz
- Meier, A., Bartels, S. (2000) Prognose des Erfolgs beruflicher Rehabilitation bei psychisch Behinderten. Erfahrungen des Beruflichen Trainingszentrums Rhein-Neckar in Wiesloch, in: DRV-Bund (Hrsg.) (2000) 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. (Tagungsband). Berlin: DRV-Bund, 103-105
- Michon, H., van Busschbach, J., Stant, A. e.a. (2014) Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30-Month Randomized Controlled Trial, in: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37/2: 129-136
- Michon, H.W., van Vugt, M., van Busschbach, J. (2011) Effectiveness of Individual Placement and Support; 18 & 30 months follow-up. Presented at the Enmesh Conference, Ulm, June 2011
- Millner, U.C., Rogers, E., Bloch, P. e.a. (2015) Exploring the Work Lives of Adults with serious Mental Illness from a vocational Psychology Perspective, in: *Journal of Counseling Psychology* 62/4: 642-654
- Mueser, K.T., Aalto, S., Becker, D.R. e.a. (2005) The Effectiveness of Skills Training for Improving Outcomes in Supported Employment, in: *Psychiatric services* 56: 1254-1260
- Mueser, K.T., Campbell, K., Drake, R.E. (2011) The Effectiveness of Supported Employment in People With Dual Disorders, in: *Journal of Dual Diagnosis* 7: 90-102
- Mueser, K.T., Clark, R.E., Haines, M. e.a. (2004) The Hartford Study of Supported Employment for Persons with Severe Mental Illness, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72: 479-490

- Mueser, K.T., McGurk, S.R. (2014) Supported Employment for Persons with serious mental illness: Current Status and future Directions, in: *L'Encéphale* 40: 45-56
- Nolting, H.-D., Berger, J., Niemann, D. e.a. (2001) Stress-Monitoring 2001. Überblick über die Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Hamburg: BGW – DAK
- Nordt, C., Brantschen, E., Kawohl, W. e.a. (2012) Placements budgets for supported employment – improving competitive employment for people with mental illness: study protocol of a multi-center randomized controlled trial, in: *BMC Psychiatry* 12: 165
- Norlund, S., Fjellman-Wiklund, A., Nordin, M. e.a. (2013) Personal Resources and Support When Regaining the Ability to Work: An Interview Study with Exhaustion Disorder Patients, in: *Journal of Occupational Rehabilitation* 23: 270-279
- Nuechterlein, K.H. (2010) Individual placement and support after an initial episode of schizophrenia: the UCLA randomized controlled trial. Presented at the International Conference on Early Psychosis, Amsterdam, November 2010
- Oesterreich, R., Volpert, W. (1998). Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Bern: Huber
- Peckham, J., Muller, J. (1999) Employment and Schizophrenia: Recommendations to Improve Employability for Individuals with Schizophrenia, in: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22: 399-401
- Petzold, H.G. (1997) Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, in: *Integrative Therapie* 4/97: 435-471
- Petzold, H.G. (1997k) Differentielle Teamarbeit, Teamformate und Teamprozessqualität – Konzepte zur Optimierung aus integrativer Sicht, in: Petzold, H.G. *Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch.* Paderborn: Junfermann, 433–453
- Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z. e.a. (2000) Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken, in: *Fortschr Neurol Psychiat* 68: 61-69
- Pfeiffer, I. (2000) Berufliche Umorientierung: Ressourcen und Risikofaktoren. Eine empirische Studie zum Umschulungserfolg im Kontext der beruflichen Rehabilitation. Dissertation. Berlin: FU Berlin
- Pluta, J., D., Accordino, M. (2006) Predictors of Return to Work for People with Psychiatric Disabilities: A Private Sector Perspective, in: *Rehabilitation Counseling Bulletin* 49/2: 102-110
- Prüfer, P., Rexroth, M. (2005) Kognitive Interviews, in: *ZUMA How to Reihe 15/2005*, Zentrum für Umfragen Methoden und Analysen, Mannheim
- Prümper, J., Hartmannsgruber, K., Frese, M. (1995) KFZA – Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse, in: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 39/3: 125-132
- Reithmayr, K. (2008) Soziale Unterstützung – ein Erfolgsfaktor für den beruflichen Wiedereinstieg nach einer beruflichen Rehabilitation. Köln: KUPS
- Rensing, L., Koch, M., Rippe, B. e.a. (2006) Mensch im Stress. Psyche, Körper, Moleküle. München: Spektrum

- Richter, G., Hacker, W. (1998) Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger
- Rinaldi, M., McNeil, K., Firn, M., e.a. (2004) What are the benefits of evidence based supported employment for patients with first-episode psychosis?, in: Psychiatric Bulletin 28: 281–284
- Rinaldi, M., Perkins, R. (2007a) Implementing evidence-based supported employment, in: Psychiatric Bulletin 31: 244–249
- Rothbaum, F.M., Weisz, J.R., Snyder, S.S. (1982) Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control, in: Journal of Personality and Social Psychology 42: 5-37
- Rotter, J. (1973) Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall
- Rüsch, N., Nordt, C., Kawohl, W. e.a. (2014) Work-Related Discrimination and Change in Self-Stigma Among People With Mental Illness During Supported Employment, in: Psychiatric Services 65/12: 1496-1498
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Pierce, G.R. (eds.) (1990) Social support: An interactional view. New York: Wiley
- Schaarschmidt, U. (2006) AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation, in Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH, 59-82.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. W. (2003). AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Swets Test Services.
- Schachter, S. (1962) Cognitive, social and physiological determinants of emotional state, in: Psychological Review 69: 379-407
- Schaper, N. (2013) Wirkungen der Arbeit, in: Nerdinger, F.W., Blickle, G., Schaper N. (Hrsg.) Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer, 518-540
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update, in: Cognitive Therapy and Research 16: 201-228
- Schneider, J., Slade, J., Secker, J. e.a. (2009) SESAMI study of employment support for people with severe mental health problems: 12-month outcomes, in: Health and Social Care in the Community 17/2: 151-158
- Schulze, Svenja-Ellen (2006) Aachener Modell zur Qualitätssicherung und Dokumentation. Die Entwicklung und Evaluation von Instrumenten zur Erfassung und Sicherung der Prozessqualität in der beruflichen Rehabilitation. Aachen: Uni Aachen [urn:nbn:de:hbz:82-opus-17216](http://nbn:de:hbz:82-opus-17216) (Abrufdatum: 5.10.2012)
- Schwarzer, R. (1996) Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R. (2000) Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1999) Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) <http://www.fu-berlin.de/~health/germscal.htm> (Abrufdatum: 25.9.2011)
- Schwarzer, R., Schulz, U. (2000) Berliner Social Support Skalen (BSSS) http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_g.htm (Abrufdatum: 25.9.2011)

- Seel, H. (2016) Einflussfaktoren für den Erfolg von Rehabilitation, in: Rehabilitation 55: 5
- Selye H. (1950). The physiology and pathology of exposure to stress, a treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. Montreal: ACTA
- Semmer, N.K., McGrath, J.E. & Beehr, T.A. (2005). Conceptual Issues in Research on Stress and Health, in Cooper, C. (ed.) Handbook of Stress, Medicine and Health. Boca Raton: CRC Press, 1-43
- Seyd, W. (2011) „Individualisierung“ als Maxime des neuen Reha-Modells der Berufsförderungswerke – Bedeutung und Umsetzung aus Sicht der Teilnehmenden, in: *bwp@* Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011, Fachtagung 05, hrsg. v. STEIN, R./ STACH, M., 1-11. Online: http://www.bwpat.de/ht2011/ft05/seyd_ft05-ht2011.pdf (Abrufdatum: 13.4.2017)
- Slesina, W., Rennert, D., Patzelt, C. (2010) Prognosemodelle zur beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen, in: Rehabilitation 49: 237-247
- Sommer, G., Fydrich, T. (1989) Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-Sozu-Materialien. Tübingen: DGVT
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163, Neugefasst durch Bek. v. 11.9.2012 I 2022; zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 28.10.2015 I 1802, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/ (Abrufdatum: 11.10.2016)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594) Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 18.7.2016 I 1710, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_3/ (Abrufdatum: 11.10.2016)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Art. 10 G v. 19.10.2013 I 3836, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/ (Abrufdatum: 11.10.2016)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/ (Abrufdatum: 1.2.2018)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337) Neugefasst durch Bek. v. 19.2.2002 I 754, 1404, 3384; Zuletzt geändert Art. 1 G v. 17.7.2017 I 2575, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/ (Abrufdatum: 25.10.2018)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) - Gesetzliche Unfallversicherung -Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 21.12.2015 I 2424 (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254) Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 21.12.2015 I 2424, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/ (Abrufdatum: 11.10.2016)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954) zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 18.7.2016 I 1710 www.gesetze-im-internet.de/sgb_2/ (Abrufdatum: 11.10.2016)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022) Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 21.12.2015 I 2557, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/ (Abrufdatum: 11.10.2016)

- Steiger, J. H. (1980) Tests for comparing elements of a correlation matrix, in: *Psychological Bulletin* 87/2: 245–251
- Stengler, K., Riedel-Heller, S., Becker, T. (2014) Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen, in: *Der Nervenarzt* 85: 97-107
- Streibelt, M., Egner, U. (2012) Eine Metaanalyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen, in: *Rehabilitation* 51: 398-404
- Streibelt, M., Egner, U. (2013) Eine systematische Überblicksarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen, in: *Die Rehabilitation* 52: 110-118
- Thomann, K.-D (2012) Von der Kriegsbeschädigung zum SGB IX – Anmerkungen zur Geschichte des Rechts für Menschen mit schweren Behinderungen. Diskussionsbeitrag 8/2012, in: DVfR Forum C Rehabilitations- und Teilhaberecht http://www.reharecht.de/fileadmin/download/foren/c/2012/C8-2012_Geschichte_des_Behindertenrechts.pdf (Abrufdatum: 12.11.2016)
- Tisch, A., Brötzmann, N., Heun, K. e.a. (2017) Berufliche Rehabilitation aus Sicht der Teilnehmenden. Eine qualitative Befragung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen im Förderbereich der Bundesagentur für Arbeit–Explorationsstudie im Rahmen des Projektes „Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“. Nürnberg: IAB
- Trapp, W. (1999) Mediator- und Moderatoreffekte im Zusammenwirken von Stress, Gesundheit und Ressourcen. Aachen: Shaker Verlag
- Twamley, E.W., Narvaez, J.M., Becker, D.R., e.a. (2008) Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia, in: *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11: 76–89
- Udris, I., Rimann, M., Thalmann, K. (1994) Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen, in: Bergmann, B., Richter, P. (Hrsg.) *Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie*. Göttingen: Hogrefe, 198–215
- UN Generalversammlung (1993) Resolution 48/96 Rahmenbedingungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte, in: UN 48. Tagung Generalversammlung Dritter Ausschuss S. 219-232 <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar48096.pdf> (Abrufdatum: 11.11.2016)
- Urban, D., Mayerl, J. (2006). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vollmers, B., Seyd, W., Kindervater, A., Saidie, J. (2010) Psychologische Testverfahren im RehaAssesment® - Eine Befragung an allen deutschen Berufsförderungswerken im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes "Neues Reha-Modell", in: DRV-Bund (Hrsg.) 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Tagungsband) Berlin: DRV-Bund, 146-147
- Vornholt, K., Villotti, P., Muschalle, B. e.a. (2017) Disability and employment – overview and highlights, in: *European Journal of Work and Organizational Psychology* DOI: 10.1080/1359432X.2017.1387536
- Waghorn, G., Hielscher, E. (2015) The availability of evidence-based practices in supported employment for Australians with severe and persistent mental illness, in: *Australian Occupational Therapy Journal* 62: 141-144

- Waghorn, G., Chant, D., King, R. (2005) Work-Related Self-Efficiency among Community Residents with Psychiatric Disabilities, in: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 29: 105-113
- Waghorn, G., Chant, D., King, R. (2007) Work-related subjective Experiences, Work-Related Self-Efficiency, and Career learning among People with Psychiatric Disabilities, in: *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 10: 275-300
- Waghorn, G., Saha, S., Harvey, C. e.a. (2016) "Earning and Learning" in those with psychotic disorders: The second Australian national survey of psychosis, in: *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 46: 774-758
- Wallstedt-Paulsson, E., Eklund, M. (2008) Outcome of work rehabilitation for people with various disabilities and stability at a one-Year follow-up, in: *Work* 31: 473-481
- Watzke, S., Galvao, A., Brieger, P. (2009) Vocational Rehabilitation for Subjects with Severe Mental Illness in Germany, in: *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* 44: 523-531
- Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., Pfüller, U. e.a. (2014) Rehabilitation von Menschen mit schizophrenen Psychosen: Die Bedeutung von Kognition und Training kognitiver Funktionen, in: *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie* 82: 128-134
- WHO (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Genf: WHO
- Winter, L., Kraft, J., Boss, K., Kahl, K.G. (2015) Rückkehr ins Erwerbsleben: Ein Arbeitsplatzbezogenes Modul zur Integration in die kognitiv-behaviorale Therapie bei psychischen Erkrankungen, in: *Psychther Psych Med* 65: 321-326
- Wirtz, M.A. (2017) Konfundierungen und Störfaktoren in rehabilitationswissenschaftlichen Beobachtungs- und Interventionsstudien, in: *Rehabilitation* DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-120911> (Abrufdatum: 9.12.2017)
- Wong, K.K., Chiu, R., Tang, B., e.a. (2008) A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong, in: *Psychiatr Serv* 200859: 84-90.
- Wuppinger, J., Rauch, A. (2010) Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation. Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitslosigkeitsrisiko, IAB Forschungsbericht 1/2010. Nürnberg: IAB
- Zajonc, Robert B. (1989) Styles of explanation in social psychology, in: *European Journal of Social Psychology* 19: 345-368
- Zelfel, R. (2007) *Berufliche Rehabilitation im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft* (Diss). Bamberg: Universität Bamberg https://opus4.kobv.de/opus4-bamberg/files/118/D_Zelfel.pdf (Abrufdatum: 11.11.2016)
- Zwerenz, R., Knickenberg, R., Schattenburg, L., Beutel, M. (2004) Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, in: *Rehabilitation* 43: 10-16

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Maßnahmeformen der beruflichen Rehabilitation	17
Abbildung 2: Behinderungsmodell der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), aus: WHO 1980 S. 30	22
Abbildung 3: Wechselwirkungen der Komponenten der ICF, aus: DIMDI 2005	23
Abbildung 4: ICF im Überblick nach: DIMDI 2005, S. 17	23
Abbildung 5: Rechtsquellen der beruflichen Rehabilitation im Überblick	24
Abbildung 6: Abgeschlossene Teilhabeleistungen DRV insgesamt und psychisch Kranke (aus: DRV-Bund 2016, 2017)	35
Abbildung 7: Verlauf Bestand RehabilitandenInnen Arbeitsagentur (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)	36
Abbildung 8: Verlauf Bestand an TeilnehmerInnen in Rehabilitationsmaßnahmen (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)	37
Abbildung 9: Verlauf Austritte aus Maßnahmen (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)	37
Abbildung 10: Prädiktoren nicht-erfolgreicher beruflicher Eingliederung nach Slesina e.a. 2010	55
Abbildung 11: Allgemeines Anpassungssyndrom nach Selye 1950	60
Abbildung 12: SAM-Achse und HPA-Achse nach Rensing e.a. 2006	61
Abbildung 13: Transaktionales Stressmodell aus Schwarzer 2000 S. 16	64
Abbildung 14: Klassen von Bewältigungsprozessen nach Lazarus und Launier 1978	65
Abbildung 15: Salutogenesmodell nach Antonovsky aus: Bengel e.a. 2001 S. 36	69
Abbildung 16: Heuristisches Modell der Zusammenhänge zwischen sozialem Rückhalt und Gesundheit aus: Schwarzer 2000, S. 60	71
Abbildung 17: Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (nach Schwarzer 1996, S. 93)	73
Abbildung 18: Person-Environment-Fit-Modell aus: v.Harrison 1978	75
Abbildung 19: Job-Demands-Resources-Model aus: Demerouti & Bakker 2011	77
Abbildung 20: Modell der Untersuchung (in Anlehnung an Schwarzer 2000, S 16)	85
Abbildung 21: Modellannahmen	87
Abbildung 22: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 2	88
Abbildung 23: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 3	89
Abbildung 24: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 4	89
Abbildung 25: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 5 - 7	90
Abbildung 26: Erwartetes Ergebnismuster Hypothese 8	92
Abbildung 27: Design ExpertenInnenbefragung	93
Abbildung 28: Design Vorstudie	94
Abbildung 29: Design Hauptstudie	96
Abbildung 30: Befragungsentwicklung Vorstudie	113
Abbildung 31: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Vorstudie MZP 1	117
Abbildung 32: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 1	118
Abbildung 33: Belastetheit, Gesundheit Vorstudie MZP 1	118
Abbildung 34: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Vorstudie MZP 2	124
Abbildung 35: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 2	124
Abbildung 36: Belastetheit, Gesundheit Vorstudie MZP 2	125
Abbildung 37: Wahrgenommene Veränderung Personale Ressourcen, Soziale Ressourcen Vorstudie MZP 2	128
Abbildung 38: Wahrgenommene Veränderung professionelle Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 2	128
Abbildung 39: Wahrgenommene Veränderung Gesundheitszustand Vorstudie MZP 2	128
Abbildung 40: Veränderung Personale und Professionelle Ressourcen Vorstudie	132
Abbildung 41: Veränderung Soziale Ressourcen Vorstudie	132
Abbildung 42: Veränderung Kontrolle Vorstudie	132
Abbildung 43: Veränderung Selbstwirksamkeit Vorstudie	132

Abbildung 44: Veränderung Gesundheit Vorstudie	132
Abbildung 45: Veränderung Belastetheit Vorstudie	132
Abbildung 46: Befragungsentwicklung Hauptstudie	141
Abbildung 47: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP 1	147
Abbildung 48: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP 1	147
Abbildung 49: Belastetheit, Gesundheit Hauptstudie MZP 1	147
Abbildung 50: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP ZB	155
Abbildung 51: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP ZB	155
Abbildung 52: Belastetheit, Gesundheit Hauptstudie MZP ZB	155
Abbildung 53: Wahrgenommene Veränderung Personale Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP ZB	158
Abbildung 54: Wahrgenommene Veränderung Professionelle Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP ZB	158
Abbildung 55: Wahrgenommene Veränderung Gesundheitszustand Hauptstudie MZP ZB	159
Abbildung 56: Personale und Professionelle Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP SB	163
Abbildung 57: Kontrolle, Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP SB	164
Abbildung 58: Belastetheit, Gesundheit Hauptstudie MZP SB	164
Abbildung 59: Wahrgenommene Veränderung Personale Ressourcen, Soziale Ressourcen Hauptstudie MZP SB	167
Abbildung 60: Wahrgenommene Veränderung Soziale Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit Hauptstudie MZP SB	167
Abbildung 61: Wahrgenommene Veränderung Gesundheitszustand Hauptstudie MZB SB	168
Abbildung 62: Veränderung Personale und professionelle Ressourcen (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)	174
Abbildung 63: Veränderung Selbstwirksamkeit (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)	174
Abbildung 64: Veränderung Belastetheit (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)	174
Abbildung 65: Veränderung Allgemeiner Gesundheitszustand (kaufmännischer Bereich alle RehabilitandenInnen)	174
Abbildung 66: Veränderung Personale und Professionelle Ressourcen (kaufmännischer Bereich psychisch Erkrankte)	178
Abbildung 67: Veränderung Selbstwirksamkeit (kaufmännischer Bereich psychisch Erkrankte)	178
Abbildung 68: Veränderung Belastetheit (kaufmännischer Bereich psychisch Erkrankte)	178
Abbildung 69: Veränderungen Personale und Professionelle Ressourcen (Umschulungsgruppen)	181
Abbildung 70: Veränderungen Allgemeiner Gesundheitszustand (Umschulungsgruppen)	181
Abbildung 71: Veränderungen Kontrolle (Umschulungsgruppen)	181
Abbildung 72: Ursprüngliche Modellannahmen	197
Abbildung 73: Angepasste Modellannahmen	202

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben DRV 2016 (aus: DRV-Bund 2017, S XIV)	35
Tabelle 2: Einzelleistungen DRV psychisch Erkrankte 2016 (aus: DRV-Bund 2017, S 133ff.)	36
Tabelle 3: Einzelmaßnahmen Bundesagentur für Arbeit 2016 - gleitender Durchschnitt (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017)	38
Tabelle 4: Wiedereingliederungsstatus nach Bildungsleistungen (aus: DRV-Bund 2016, S.53)	39
Tabelle 5: Eingliederungs- und Verbleibsquoten 2016 (aus: Bundesagentur für Arbeit 2017a)	40
Tabelle 6: Maßnahmeerfolg Integrationsseminar (Eichert 2012)	42
Tabelle 7: Einbezogene Studien und Reviews Vergleich der Ansätze	43
Tabelle 8: Einbezogene Studien nicht-beschäftigungsbezogene Effekte	47
Tabelle 9: Einbezogene Studien Erfolgsprädiktoren	52
Tabelle 10: Begriffliche Differenzierung von sozialem Rückhalt nach Schwarzer 2000 S. 54	70
Tabelle 11: Stressfolgen nach Schaper 2014, S. 528 (verändert)	79
Tabelle 12: Physische Störungen und somatische Risiken durch Stress nach: Rensing 2006, S. 203 f.	79
Tabelle 13: KFZA-Werte Bürofachkräfte aus: Nolting e.a. 2001	80
Tabelle 14: Ermittlung der Stichprobengrößen Vorstudie (Varianzanalyse mit Messwiederholung)	95
Tabelle 15: Ermittlung der Stichprobengrößen Vorstudie (Korrelationen)	95
Tabelle 16: Ermittlung der Stichprobengröße Hauptstudie (Varianzanalyse mit Meßwiederholung)	97
Tabelle 17: Aufbau der Fragebögen für die Hauptstudie	98
Tabelle 18: Effektstärken nach Cohen (1988) und Hattie (2009)	100
Tabelle 19: Untersuchungsverlauf	101
Tabelle 20: Erster Fragebogenentwurf	104
Tabelle 21: Fragebogenentwurf nach den kognitiven Interviews	105
Tabelle 22: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten ExpertenInnenbefragung	106
Tabelle 23: Itemkennwerte ExpertenInnenbefragung	107
Tabelle 24: Fragebogenentwurf nach der ExpertenInnenbefragung	110
Tabelle 25: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten MZP 1	112
Tabelle 26: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten MZP 2	113
Tabelle 27: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)	114
Tabelle 28: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)	115
Tabelle 29: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)	115
Tabelle 30: Korrelationen der angenommenen Ressourcenskalen MZP 1	116
Tabelle 31: Skalenwerte Vorstudie MZP 1	117
Tabelle 32: Reliabilität und Trennschärfe Vorstudie MZP 1	118
Tabelle 33: Varianzanalysen Vorstudie MZP 1	119
Tabelle 34: Korrelationen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 1	120
Tabelle 35: Korrelationen Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Allgemeiner Gesundheitszustand und Belastetheit Vorstudie MZP 1	120
Tabelle 36: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen MZP 2 (Z-Werte)	121
Tabelle 37: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen MZP 2 (Z-Werte)	122
Tabelle 38: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen MZP 2 (Z-Werte)	122
Tabelle 39: Korrelationen der angenommenen Ressourcenskalen MZP 2	123
Tabelle 40: Skalenwerte Vorstudie MZP 2	124
Tabelle 41: Reliabilität und Trennschärfe Vorstudie MZP 2	125
Tabelle 42: Varianzanalysen Vorstudie MZP 2	125
Tabelle 43: Korrelationen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit Vorstudie MZP 2	126
Tabelle 44: Korrelationen Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Allgemeiner Gesundheitszustand und Belastetheit Vorstudie MZP 2	127
Tabelle 45: Wahrgenommene Veränderungen MZP 2	127
Tabelle 46: Gruppenunterschiede Wahrgenommene Veränderungen MZP 2	129
Tabelle 47: Wichtige Ereignisse in der Zwischenzeit	129

Tabelle 48: Konkrete Benennungen wichtige Ereignisse MZP 2	130
Tabelle 49: Univariate Tests Vorstudie	131
Tabelle 50: Tests Zwischensubjekteffekte Vorstudie	131
Tabelle 51: Aufbau der Fragebögen für die Hauptstudie	134
Tabelle 52: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten Hauptstudie MZP 1	138
Tabelle 53: Grund Nonresponder Hauptstudie MZP 1	138
Tabelle 54: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten Hauptstudie MZP ZB	139
Tabelle 55: Grund Non-Responder Hauptstudie MZP ZB	139
Tabelle 56: Einzelstatistik zu den Ausstiegsseiten Hauptstudie MZP SB	140
Tabelle 57: Grund Non-Responder Hauptstudie MZP SB	140
Tabelle 58: Berufsabschluss und Teilnahme Schlussbefragung Hauptstudie	144
Tabelle 59: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)	145
Tabelle 60: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)	145
Tabelle 61: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)	146
Tabelle 62: Skalenwerte Hauptstudie MZP 1	146
Tabelle 63: Reliabilität Skalen Hauptstudie MZP 1	148
Tabelle 64: Vergleich Skalenwerte Untersuchungsgruppen Hauptstudie MZP 1	149
Tabelle 65: Kontraste Skalenwerte MZP 1	150
Tabelle 66: Ergänzungen der Befragten zu personalen Ressourcen Hauptstudie MZP 1	151
Tabelle 67: Ergänzungen der Befragten zu sozialen Ressourcen Hauptstudie MZP 1	151
Tabelle 68: Ergänzungen der Befragten zu professionellen Ressourcen Hauptstudie MZP 1	152
Tabelle 69: Allgemeine Ergänzungen Hauptstudie MZP 1	152
Tabelle 70: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)	153
Tabelle 71: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)	153
Tabelle 72: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)	154
Tabelle 73: Skalenwerte Hauptstudie MZP ZB	154
Tabelle 74: Reliabilität Skalen MZP ZB	156
Tabelle 75: Vergleich Skalenwerte Untersuchungsgruppen MZP ZB	157
Tabelle 76: Wahrgenommene Veränderungen MZP ZB	157
Tabelle 77: Gruppenunterschiede wahrgenommene Veränderungen Hauptstudie MZP ZB	159
Tabelle 78: Wichtige positive Ereignisse Hauptstudie MZP ZB	160
Tabelle 79: Konkrete Benennungen positive Ereignisse Hauptstudie MZP ZB	160
Tabelle 80: Wichtige negative Ereignisse Hauptstudie MZP ZB	161
Tabelle 81 : Konkrete Benennungen negative Ereignisse Hauptstudie MZP ZB	161
Tabelle 82: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items personale Ressourcen (Z-Werte)	162
Tabelle 83: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items soziale Ressourcen (Z-Werte)	162
Tabelle 84: Durchschnittliche Itemkorrelationen Items professionelle Ressourcen (Z-Werte)	162
Tabelle 85: Skalenwerte Hauptstudie MZP SB	163
Tabelle 86: Reliabilität Skalen MZP SB	164
Tabelle 87: Vergleich Skalenwerte Untersuchungsgruppen MZP SB	165
Tabelle 88: Kontraste Skalenwerte MZP SB	166
Tabelle 89: Wahrgenommene Veränderungen MZP SB	166
Tabelle 90: Wichtige positive Ereignisse MZP SB	168
Tabelle 91: Konkrete Benennungen positive Ereignisse MZP SB	168
Tabelle 92: Wichtige negative Ereignisse MZP SB	169
Tabelle 93: Konkrete Benennungen negative Ereignisse MZP SB	169
Tabelle 94: Univariate Tests alle Gruppen kaufmännischer Bereich	171
Tabelle 95: Tests Zwischensubjekteffekte alle Gruppen kaufmännischer Bereich	173
Tabelle 96: Univariate Tests nur psychisch Erkrankte	175
Tabelle 97: Tests Zwischensubjektfaktoren nur psychisch Erkrankte	177
Tabelle 98: Univariate Tests Umschulungsgruppen	180
Tabelle 99: Korrelationen Veränderungen Ressourcen und Kontrolle und Selbstwirksamkeit kaufmännischer Bereich	182

Tabelle 100: Korrelationen Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren kaufmännischer Bereich	182
Tabelle 101: Korrelationen Veränderungen Ressourcen, Kontrolle und Selbstwirksamkeit kaufmännischer Bereich nur psychisch Erkrankte	183
Tabelle 102: Korrelationen Veränderungen Kontrolle und Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren kaufmännischer Bereich nur psychisch Erkrankte	183