

# Ambulante berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen

## Ambulant Vocational Rehabilitation of Persons with Mental Illness

Autor

H.-C. Eichert

### Schlüsselwörter

- berufliche Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation
- psychisch Kranke
- katamnestic Untersuchung

### Key words

- vocational rehabilitation
- ambulant rehabilitation
- psychiatric disordered persons
- catamnestic study

### Zusammenfassung

Untersucht wurde die Teilnehmerstruktur und der Erfolg einer ambulanten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme für Menschen mit psychischer Erkrankung (Integrationsseminar) (1994–2009, n=703), die einem individualisierten Rehabilitationskonzept folgt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Durchschnittsalter und der Anteil der Teilnehmer mit psychotischen Erkrankungen im Laufe der Jahre angestiegen sind. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen war insgesamt sehr hoch und ist im Zeitraum 2002–2005 stark angestiegen. Je nach Abschlussjahr schwankt der Anteil erfolgreicher Teilnehmer zwischen 50% und 60%. Der Rehabilitationserfolg hat sich als relativ stabil erwiesen ( $r_s=0,52-0,83$ ) und steht mit Belastbarkeit, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit in Zusammenhang. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit frühzeitiger Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, denn mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit vor Beginn einer Rehabilitation nimmt die Wahrscheinlichkeit ihres Erfolgs ab. Insgesamt erweist sich das Konzept individueller ambulanter beruflicher Rehabilitation als sehr erfolgreich.

### Abstract

The composition of participants and the success of rehabilitation of an ambulant vocational rehabilitation programme for persons with mental illness was examined (Integration Seminar; 1994–2009; n=703). The programme applies an individualized concept of rehabilitation. The findings show that average age and share of participants with psychotic illness had increased over the years. The share of long-term unemployed persons in all was very high and had increased strongly in the 2002–2005 period. Depending on the year of programme completion, the share of successful participants ranged between 50% and 60% a year. The success of rehabilitation turned out relatively stable over all measurement times ( $r_s=0.52-0.83$ ) and correlates with resilience, age and duration of unemployment. This implies the necessity of an early beginning of vocational rehabilitation, as the probability of success decreases with increasing duration of prior unemployment. Overall, the concept of individualized ambulant vocational rehabilitation turns out very successful.

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1273708>  
 Online-Publikation: 6.6.2011  
 Rehabilitation 2012;  
 51: 181–188  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0034-3536

### Korrespondenzadresse

**Dr. Hans-Christoph Eichert**  
 Mozartstraße 34  
 53115 Bonn  
 h.eichert@web.de

### Einleitung

Vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen um unterschiedliche Ansätze in der beruflichen Rehabilitation (Unterstützte Beschäftigung, Persönliches Budget usw.) beschäftigt sich dieser Beitrag mit einer ambulanten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (Integrationsseminar) für Menschen mit psychischer Erkrankung, die seit 1993 in der Region Bonn besteht. Das Integrationsseminar verbindet Elemente klassischer Ansätze (Maßnahmestruktur) mit neueren Ansätzen und ermöglicht individuell zugeschnittene Rehabilitationsverläufe. Mit der begleitenden Betreuung,

die im Konzept enthalten ist, werden dabei Elemente der Unterstützten Beschäftigung (UB) umgesetzt – insbesondere was die Möglichkeit angeht, den Maßnahmenverlauf und seine Inhalte individuell für jeden Teilnehmer in Hinblick auf seine berufliche Eingliederung zu planen. Die vorliegende Untersuchung nimmt die Entwicklung der Teilnehmerstruktur und des Rehabilitationserfolgs des Lehrgangs in den Blick. Darüber hinaus werden Stabilität und mögliche Determinanten des Rehabilitationserfolgs untersucht. Mit dem Beitrag wird eine frühere Untersuchung des Autors ergänzt und ausgeweitet [1]. Einbezo-



gen in die aktuelle Untersuchung sind alle Teilnahmejahrgänge von 1994–2009 (n=703).

Nach einer kurzen Darstellung verschiedener Aspekte beruflicher Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen, der Konzeption der Einrichtung und der Untersuchungsmethodik werden die Teilnehmerstruktur und ihre Entwicklung, der kurz-, mittel- und langfristige Rehabilitationserfolg sowie mögliche Determinanten des Erfolgs – soweit sie anhand der Daten ersichtlich sind – dargestellt.

## Rehabilitationsansätze und Rehabilitationserfolg

Derzeit kann man 2 **Hauptansätze** in der beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen unterscheiden, die sich vor allem hinsichtlich des Zeitpunktes der betrieblichen Integration unterscheiden. Der „klassische“ Ansatz setzt die Integration auf betriebliche Arbeitsplätze an das Ende des Rehabilitationsprozesses (nach beschützten Trainings-, Orientierungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen) und wird hauptsächlich in institutionellen Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt [2]. Neuere Ansätze setzen die betriebliche Integration an den Anfang. Erst dann sollen dem Arbeitsplatz angepasste rehabilitative Maßnahmen folgen. Diese Ansätze gehen auf mehr oder weniger manualisierte Ansätze des „supported employments“ in den USA zurück [3] und sind in Deutschland mit Schlagworten wie „Unterstützte Beschäftigung“ bzw. „Erst Platzieren dann Rehabilitieren“ verbunden.

Die Angaben zum **Erfolg** beruflicher Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen schwanken sehr stark und sind von den jeweiligen Untersuchungsebenen und den zugrunde gelegten Erfolgskriterien abhängig. So stellt Ciompi [4] z.B. bei einer Zusammenstellung von Studien aus der Schweiz, Deutschland, England und den USA Eingliederungsquoten zwischen 39% und 77% fest, eine Spannweite, die auch in späteren Überblicksstudien festgestellt wurde. Hierfür dürften sowohl die unterschiedlichen Wirtschafts- und Sozialsysteme der Länder als auch unterschiedliche Erfolgskriterien verantwortlich sein.

Plath und Blaschke [5] unterscheiden als Ebenen der Erfolgsbestimmung orientierende Überblicksanalysen (monitoring, Verbleibsanalysen), differenzierende Überblicksanalysen, vertiefte inhaltliche Analysen sowie systematische Kasuistiken. Während erstere eher sozialstatistische Auskünfte geben, können mit differenzierteren Methoden mehrere Erfolgskriterien und die relative Einbindung erfasst werden.

Normative Erfolgskriterien orientieren sich hauptsächlich an dem Eingliederungserfolg auf dem normalen Arbeitsmarkt (Beschäftigungsquoten). Kriterien des relativen Fortschritts erfassen zusätzlich Verbesserungen hinsichtlich Selbstständigkeit und Qualität der Arbeit. Bei subjektiv-funktionalen Erfolgskriterien liegt der Schwerpunkt auf dem sozialen Funktionsniveau und dem subjektiven Wohlbefinden. Eher theoriegeleitet sind dagegen Kriterien, die sich an der Beurteilung von Arbeitsfähigkeiten orientieren.

Als **Prädiktoren des Erfolgs** beruflicher Rehabilitation werden unterschiedliche Aspekte genannt: die Arbeitssituation zu Beginn der Rehabilitation und die Dauer der beruflichen Vorerfahrung, die Motivation, die soziale Kompetenz und Anpassung, Schulbildung, Erkrankungsalter und Krankheitsdauer sowie Ausmaß und Art der Symptomatik. Letztlich bleibt die Varianzaufklärung aber unter 30%, d. h., eine Vorhersage anhand der Prädiktoren bleibt mehr als unsicher [6].

Rennert et al. [7] ermittelten – allerdings nicht ausschließlich auf psychisch erkrankte Rehabilitanden bezogen – die Arbeitsmarktsituation am Wohnort, den Besitz eines Führerscheins, die materielle Zufriedenheit, Geschlecht, Beratung im Vorfeld durch den Bildungsträger, gesundheitliche Belastungen durch Schlafstörungen sowie den Erwerbsstatus unmittelbar vor Beginn der Umschulung als Prädiktoren.

Wuppinger et al. [8] betonen die Bedeutung der Faktoren Auftretenszeitpunkt der Behinderung, Schulbildung, Arbeitssituation vor der Rehabilitation, regionaler Arbeitsmarkt und das Vorhandensein eines Führerscheins als Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs.

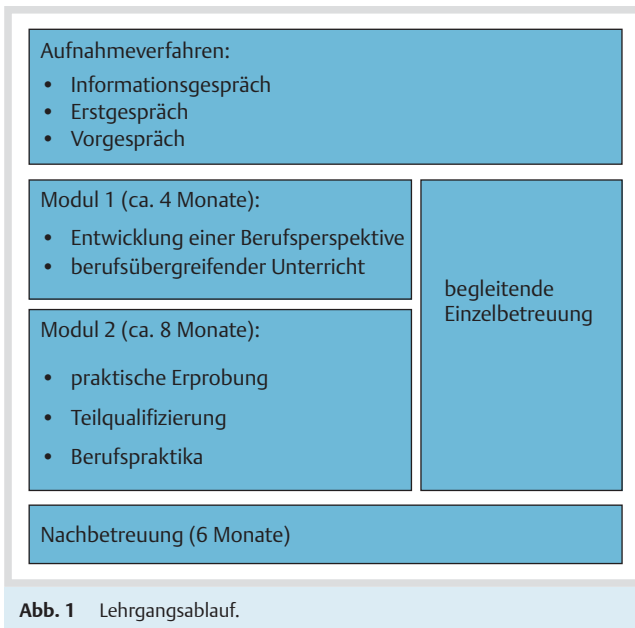
Insgesamt scheinen für den Rehabilitationserfolg also die prä-morbide soziale und berufliche Anpassung und Vorerfahrung eine wichtige Rolle zu spielen. Möglicherweise erfordern klassische Angebote von den Rehabilitanden eine grundlegende Rehabilitationskompetenz, ohne die ein erfolgreicher Verlauf schwierig wird.

Eine sehr detaillierte Untersuchung zur **Effektivität verschiedener Ansätze** in der Rehabilitation legten Burns et al. [9] vor. In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie untersuchten sie an 312 Patienten mit schweren psychischen Störungen (Schizophrenie, bipolare Störungen) die Effektivität klassischer beruflicher Rehabilitationsprogramme („vocational service“, VS) im Vergleich zu unterstützter Beschäftigung („individual placement and support“, IPS). Durchgeführt wurde die Studie in 6 europäischen Städten, u. a. auch in Ulm. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die IPS-Gruppen insgesamt im Vergleich zu den VS-Gruppen erfolgreicher waren (häufigere Arbeitsaufnahmen, mehr Arbeitsstunden/-tage, längere Beschäftigungsdauer) und gleichzeitig weniger Abbrüche, Klinikeinweisungen und kürzere Klinikaufenthalte zu verzeichnen hatten. Allerdings ergaben sich regionale Unterschiede. In Ulm und Groningen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede beim Rehabilitationsergebnis zwischen IPS und VS, was in Ulm auf eine gleich hohe Anzahl von Beschäftigungsaufnahmen bei VS und IPS zurückzuführen war. Außerdem zeigte sich, dass die lokale Arbeitslosenquote ein signifikanter Faktor für die Unterschiede in der Effektivität von IPS war.

## Integrationsseminar

Bei dem hier untersuchten Integrationsseminar handelt es sich um eine ambulante berufliche Rehabilitationsmaßnahme, deren Ziel das berufliche Training und die Vermittlung psychisch erkrankter Rehabilitanden auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (Arbeit oder Ausbildung) ist. Das Seminar hat insgesamt 46 Plätze und besteht seit 1993. Es ist Bestandteil einer beruflichen Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte Menschen und gehört zu ambulanten Einrichtungen, die Anfang der 1990er Jahre ergänzend zu den klassischen Rehabilitationseinrichtungen entstanden sind. Das ursprüngliche Konzept solcher Lehrgänge ging von einer einjährigen Dauer mit festem Phasenverlauf aus, in dem sich nach dem ersten Modul (Dauer 4 Monate, Unterrichtsform) eine Teilqualifizierung von 5 Monaten in einem von 3 Bereichen (Metall, Holz, Büro) anschloss. Am Ende des Lehrgangs stand ein 3-monatiges Praktikum auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ganz im Sinne klassischer Ansätze stand die stufenweise Rehabilitation und Qualifizierung am Anfang, die betriebliche Integration sollte darauf aufbauen. Da ein Konzept mit festen Verläufen und Inhalten der heterogenen Teilnehmerstruktur nicht gerecht wurde, wurde es zugunsten individu-





eller Gestaltungsmöglichkeiten des Maßnahmeverlaufs und der Maßnahmeeinhalte angepasst.

Nach dem modifizierten Konzept (s. **Abb. 1**) dauert der Lehrgang in der Regel ebenfalls ein Jahr und besteht aus 2 Modulen, deren Dauer je nach Bedarf zeitlich angepasst werden kann. Wesentliche Merkmale des Konzepts sind die Orientierung an den individuellen beruflichen Zielen der Teilnehmer, der Bezug zum regionalen Arbeitsmarkt sowie die Vernetzung und Kooperation mit anderen Hilfs- und Unterstützungssystemen.

Das **erste Modul** (Dauer ca. 4 Monate) dient der Bestandsaufnahme der Situation sowie der Entwicklung einer realistischen und langfristig tragfähigen beruflichen Zukunftsperspektive, die der gesundheitlichen Situation der Rehabilitanden angepasst ist. In Hinblick auf die individuelle Zielsetzung wird dann der weitere Verlauf der Maßnahme geplant. Das erste Modul beinhaltet vor allem Einzelgespräche und psychologische Diagnostik. Außerdem findet berufsübergreifender Unterricht und Training (Sozialtraining, Lern- und Gedächtnistraining, Bewerbungstraining) statt, deren Ziel neben der Verbesserung der Belastbarkeit vor allem die Vermittlung von Bewältigungstechniken für berufliche Stress- und Belastungssituationen ist. Im ersten Modul sind maximal 18 Rehabilitanden.

Das **zweite Modul** dauert in der Regel 8 Monate und findet – je nach individueller Planung – in Teilqualifizierungsform und/oder in Praktikumsform statt. Im Gegensatz zum ursprünglichen Konzept gibt es keine festen Berufsbereiche und festen zeitlichen Abläufe mehr. Der zeitliche Verlauf und die inhaltliche Zusammensetzung des zweiten Moduls richten sich nach dem individuellen Bedarf der Teilnehmer. Grundsätzlich sind alle Berufsbereiche möglich, die in der Region vorhanden sind und gegen die im Einzelfall keine gesundheitliche Bedenken bestehen. Je nach Zielsetzung werden dabei auch Qualifizierungsangebote anderer Träger oder betriebliche Trainingsmöglichkeiten genutzt. Das Ziel des zweiten Moduls ist der möglichst nahtlose Übergang aus der Maßnahme in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis oder eine Ausbildung.

Während das erste Modul in Gruppenform stattfindet, findet das zweite Modul ausschließlich in individualisierter Form statt und folgt der jeweils im ersten Modul entwickelten individuellen Planung.

Ein zentraler Bestandteil der Maßnahme ist die begleitende **psychosoziale Betreuung** der Teilnehmer. Während der gesamten Teilnahme steht den Teilnehmern ein Betreuer zur Verfügung, mit dem wöchentliche Einzelgespräche stattfinden. Aufgabe des Betreuers ist im Rahmen des ersten Moduls die Bestandsaufnahme der beruflichen Situation, die Erarbeitung eines individuellen arbeitsmarktbezogenen Maßnahmeziels und einer darauf bezogenen Maßnahmeplanung. Im zweiten Modul besteht seine Aufgabe in der organisatorischen Umsetzung und ggf. in der Anpassung der individuellen Planung. Der Betreuer ist umfassender Ansprechpartner und Unterstützer im Rahmen der Rehabilitation (Kontakte zu Kostenträgern, zu Arbeitgebern, Organisation von Qualifizierungsanteilen sowie Praktikumsstellen- und Arbeitsstellensuche usw.). Im Rahmen der 6-monatigen Nachbetreuung steht er auch nach Ende der Maßnahme zur Verfügung. Ziel der Nachbetreuung ist die Stabilisierung und der Ausbau des Rehabilitationserfolgs.

Der Betreuungsschlüssel (ausschließlich begleitende psychosoziale Betreuung) liegt bei 1:16, zusätzlich stehen Lehrkräfte für die Durchführung des Unterrichts und des Trainings sowie Personal für die Durchführung des Aufnahmeverfahrens zur Verfügung. Die Mitarbeiter arbeiten als Team und haben externe Supervision.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass das Konzept des Integrationsseminars einerseits Elemente einer klassischen Maßnahmestruktur (Gruppenunterricht, Training im ersten Teil) nutzt und sie andererseits mit einer starken Individualisierung im zweiten Modul verbindet, die sich an dem jeweiligen konkreten Integrationsziel orientiert. Klammer beider Elemente ist die kontinuierliche Einzelbetreuung im Rahmen eines Bezugspersonenkonzepts.

## Untersuchungsmethodik

### ▼ Datenbasis

Insgesamt 752 Personen haben von 1993–2009 an dem Seminar teilgenommen. Nicht in die vorliegende Untersuchung aufgenommen wurde der Abschlussjahrgang 1993, da er ausschließlich aus einer Person bestand. Darüber hinaus wurden 9 Personen, die 2004 allein aus förderungsrechtlichen Gründen den Lehrgang nicht regulär abschließen konnten, sowie 39 Personen, die den Lehrgang 2009 noch nicht abgeschlossen hatten, aus der Untersuchung ausgeschlossen. In die Untersuchung gingen somit 703 Personen ein, die das Seminar zwischen 1994 und 2009 abgeschlossen haben.

### Auswertung

Im ersten Schritt wurden Teilnehmerstruktur und Rehabilitationserfolg des Seminars für den Zeitraum 1994–2009 deskriptiv ausgewertet. Um Entwicklungsaussagen treffen zu können, wurden ergänzend zu Chi-Quadrat-Statistiken die adjustierten standardisierten Residuen der Zellen in die Analyse einbezogen. Der Rehabilitationserfolg wurde direkt nach Maßnahmeende sowie im Folgejahr des Maßnahmeendes (nach 12 Monaten) erhoben. Seit 2005 wurde der Rehabilitationserfolg zudem 6 Monate nach Ende der Maßnahme erfragt. In einem weiteren Auswertungsschritt wurde anhand von Zusammenhangsmaßen die Stabilität des Rehabilitationserfolgs bestimmt. Darüber hinaus wurden verschiedene mögliche Determinanten des Rehabilitationserfolgs mit den 3 Erfolgskriterien in Beziehung gesetzt. Ihre Brauchbarkeit als Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs wurde



Tab. 1 Teilnehmerzusammensetzung.

		1994–1997	1998–2001	2002–2005	2006–2009	Gesamt
Geschlecht	weiblich	37,7%	47,0%	51,4%	56,5%	48,8%
	männlich	62,3%	53,0%	48,6%	43,5%	51,2%
	$\chi^2 = 13,636$ , $df = 3$ , $p = 0,003$					
Durchschnittsalter		32,43	34,33	37,82	39,1	36,21
	$f = 29,78$ , $df = 3$ , $p < 0,001$					
Schulabschluss	ohne Abschluss	8,0%	2,6%	10,5%	6,2%	7,0%
	Hauptschulabschluss	30,9%	33,8%	37,6%	35,4%	34,6%
	Realschulabschluss	25,3%	24,5%	31,5%	34,0%	29,3%
	Abitur	35,8%	39,1%	20,4%	24,4%	29,2%
	$\chi^2 = 26,686$ , $df = 9$ , $p = 0,002$					
Berufsbildung	ohne Abschluss	36,4%	33,1%	25,4%	25,4%	29,6%
	Berufsausbildung	56,2%	58,9%	67,4%	67,9%	63,2%
	Hochschulabschluss	7,4%	7,9%	7,2%	6,7%	7,3%
	$\chi^2 = 8,665$ , $df = 6$ , $p = 0,193$					
Maßnahmeziel	Handwerk	26,5%	19,2%	19,9%	26,8%	23,3%
	Büro	28,4%	40,4%	49,7%	55,5%	44,5%
	Ausbildung Handwerk	16,7%	10,6%	10,5%	3,8%	10,0%
	Ausbildung Büro	19,1%	27,2%	17,7%	12,4%	18,5%
	Sozialbereich	9,3%	2,6%	2,2%	1,4%	3,7%
	$\chi^2 = 64,274$ , $df = 12$ , $p < 0,001$					
Kostenträger	Arbeitsagentur	76,5%	68,2%	48,6%	39,2%	56,5%
	RV-Träger	20,4%	30,5%	50,8%	60,8%	42,4%
	sonstige	3,1%	1,3%	0,6%		1,1%
	$\chi^2 = 79,875$ , $df = 6$ , $p < 0,001$					

schließlich mit logistischen Regressionsanalysen untersucht. Alle Berechnungen wurden mit dem SPSS-Statistikprogramm vorgenommen. Statistische Kennzahlen wurden in die entsprechenden Tabellen integriert. Nur dort, wo keine Tabellen wiedergegeben wurden, tauchen die Kennzahlen im Text auf.

## Ergebnisse

### Teilnehmerstruktur

Für die Darstellung von Entwicklungen in der Teilnehmerstruktur wurden die Daten in 4-Jahreszeiträumen zusammengefasst. Wie aus **Tab. 1** hervorgeht, hat sich im Laufe der Jahre der Anteil der Frauen deutlich erhöht. Ebenfalls stark angestiegen ist das Durchschnittsalter. Es ist von 32,43 Jahren im ersten Vier-Jahreszeitraum auf 39,1 Jahre im Zeitraum 2006–2009 angestiegen. Bei den Schulabschlüssen zeigt sich eine kontinuierliche Zunahme des Anteils von Teilnehmern mit mittleren Schulabschlüssen. Abgenommen hat im Laufe der Jahre der Anteil von Teilnehmern ohne Berufsabschluss (von 36,46% auf 25,4%,  $\chi^2 = 7,837$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,049$ ). Deutlich zurückgegangen ist im Laufe der Jahre auch der Anteil derjenigen, die eine Ausbildung als Maßnahmeziel angaben, insbesondere im handwerklichen Bereich. Der Bürobereich insgesamt ist als berufliches Ziel im Laufe der Jahre stabil dominierend. Dies entspricht auch der vom Büro- und Verwaltungsbereich geprägten regionalen Wirtschaftsstruktur. Im Laufe der Jahre hat der Anteil der Arbeitsagentur an den Kostenträgerschaften kontinuierlich von 76,5% auf zuletzt 39,2% abgenommen, entsprechend ist der Anteil der Rentenversicherungsträger angestiegen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hintergrund dieser Verschiebung ist die zeitweise Entscheidung der Bundesagentur für Arbeit, nur noch ausgeschriebene Lehrgänge bzw. institutionelle Maßnahmen (Berufsförderungswerk, Berufliches Trainingszentrum usw.) zu fördern.

Wie aus **Tab. 2** ersichtlich wird, liegt der Schwerpunkt der Diagnosen<sup>2</sup> bei den psychotischen Erkrankungen (schizophrene und affektive Psychosen). Dabei hat sich über die Jahre hinweg der Anteil der affektiven Psychosen stark erhöht (von 15,4% auf 38,3%), der Anteil der schizophrenen Psychosen ist dagegen deutlich zurückgegangen (von 33,3% auf 19,1%). Insgesamt ist der Anteil psychotischer Erkrankungen jedoch vor allem seit 2006 deutlich angestiegen (von 48,4% auf 57,4%). Tendenziell angestiegen ist der Anteil der Teilnehmer mit anerkannter Schwerbehinderung. Der Anteil der Teilnehmer, die vor Beginn länger als ein Jahr arbeitslos waren, war vor allem im Zeitraum 2002–2005 hoch (79%), vergleichsweise niedrig war er 1998–2001 (64,9%) ( $\chi^2 = 8,240$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,041$ ).

### Rehabilitationserfolg

Die Angaben zum Rehabilitationserfolg beruhen auf 3 Erhebungszeitpunkten. Direkt nach Ende der Maßnahme wurden die Teilnehmer nach den Kriterien Abbruch, regulärer Abschluss ohne Arbeitsmarkterfolg sowie erfolgreicher Abschluss (versicherungspflichtige Beschäftigung/Ausbildung) kategorisiert. Bei den Nachbefragungen nach 6 Monaten und nach 12 Monaten wurde unterschieden nach den Kategorien Rente (keine Arbeitsmarktfähigkeit), Arbeitslosigkeit, Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), kurzfristige/geringfügige Beschäftigung, Ausbildung und versicherungspflichtige Beschäftigung 6 Monate und länger. Für den ersten Erhebungszeitpunkt standen Daten von allen Teilnehmern zur Verfügung. Für den zweiten Zeitpunkt (Nachbefragung 1) standen Daten seit 2005

<sup>2</sup> Bei den Diagnosen wurde zwischen schizophrener Psychose, affektiver Psychose, neurotischen Störungen und sonstigen Störungen differenziert. Da die heute übliche Klassifizierung nach ICD in den neunziger Jahren noch keinesfalls durchgängig angewandt wurde, ist so die Vergleichbarkeit der Daten zwischen 1994 und 2009 besser gewährleistet. Schizophrene Psychose ist dabei dem Abschnitt F2 ICD-10, affektive Psychose dem Abschnitt F3, neurotische Störung dem Abschnitt F4 zuzuordnen. Eine ähnliche Klassifizierung nehmen im übrigen auch Burns et al. [9] vor.



**Tab. 2** Diagnosen, Schwerbehinderung, Belastbarkeit, Dauer der Arbeitslosigkeit.

		1994–1997	1998–2001	2002–2005	2006–2009	Gesamt
Diagnose	Neurose	23,5%	20,5%	22,7%	14,8%	20,1%
	schizophrene Psychose	33,3%	24,5%	22,1%	19,1%	24,3%
	affektive Psychose	15,4%	23,2%	26,5%	38,3%	26,7%
	sonstige	27,8%	31,8%	28,7%	27,8%	28,9%
	$\chi^2=31,961, df=9, p < 0,001$					
Schwerbehinderung	keine	75,9%	78,8%	78,5%	68,9%	75,1%
	Schwerbehinderung	24,1%	21,2%	21,5%	31,1%	24,9%
	$\chi^2=6,556, df=3, p=0,087$					
Belastbarkeit	4 Stunden	14,2%	11,9%	27,6%	9,1%	15,6%
	6 Stunden	11,1%	13,2%	20,4%	10,5%	13,8%
	8 Stunden	74,7%	74,8%	51,9%	80,4%	70,6%
	$\chi^2=44,727, df=6, p < 0,001$					
Dauer der Arbeitslosigkeit	nicht arbeitslos		2,6%	6,1%	6,7%	4,1%
	bis 1 Jahr	27,2%	32,5%	14,9%	21,1%	23,3%
	bis 2 Jahre	22,2%	19,9%	37,6%	29,7%	27,9%
	bis 3 Jahre	16,0%	16,6%	14,9%	19,1%	16,8%
	bis 4 Jahre	11,1%	11,3%	8,8%	8,1%	9,7%
	über 4 Jahre	23,5%	17,2%	17,7%	15,3%	18,2%
	$\chi^2=42,546, df=15, p < 0,001$					

**Tab. 3** Jahresvergleich kurz-, mittel- und langfristiger Rehabilitationserfolg.

		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%
	$\chi^2=3,798, df=6, p=0,704$					
Nachbefragung 1	Rente			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%
$\chi^2=8,491, df=5, p=0,131$						
Nachbefragung 2	Rente	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%
$\chi^2=22,692, df=15, p=0,091$						

zur Verfügung (n=182). Bei der Nachbefragung 2 standen Daten von 426 Personen zur Verfügung, bei 57 Personen (8,1%) hat die Nachbefragung noch nicht stattgefunden, 220 Personen (31,3%) waren zum jeweiligen Nachbefragungszeitpunkt nicht mehr erreichbar.

Wie aus **Tab. 3** hervorgeht, haben – bezogen auf den ersten Erhebungszeitpunkt – mehr als die Hälfte der Teilnehmer (54,9%) den Lehrgang erfolgreich beendet. Bei der Nachbefragung 1 waren zusammen 39% der Befragten arbeitslos oder in Rente, bei der Nachbefragung 2 waren 32,4% arbeitslos oder in Rente. Bezüglich des ersten Erhebungszeitpunktes fällt der Zeitraum 1998–2001 aus dem Rahmen; hier war der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer mit 58,9% besonders hoch und der Anteil der Abbrecher besonders niedrig (11,9%). Beim dritten Erhebungszeitpunkt fällt ebenfalls der Zeitraum 1998–2001 aus dem Rahmen; der Anteil derjenigen, die nicht arbeitsfähig oder arbeitslos waren, war hier mit 23,9% besonders niedrig, gleichzeitig war der Anteil derjenigen, die sich in Arbeit oder Ausbildung befanden, mit 60,9% besonders hoch.

Die Betrachtung der einzelnen Abschlussjahre seit 1998 zeigt, dass in den Jahren 1998–2000 sowie 2007–2008 der Anteil an erfolgreichen Lehrgangsabschlüssen besonders hoch war.

Der Vergleich mit der Entwicklung der regionalen Arbeitslosenquote (**Abb. 2**), die in den Jahren 1999–2001 sowie 2007–2008 niedrig war, legt nahe, dass die regionale Arbeitsmarktentwicklung für die Eingliederungschancen bedeutsam sein könnte. Es zeigt sich allerdings nur eine statistisch bedeutsame, aber nicht signifikante mittlere negative Korrelation zwischen Arbeitslosenquote und Maßnahmeerfolg ( $r_s=-0,414, p=0,09$ ). Da sich in der oben zitierten Studie von Burns et al. [9] die regionale Arbeitslosenquote als signifikanter Faktor für die Effektivität von IPS gezeigt hat, wäre eine genauere Untersuchung möglicher Zusammenhänge sinnvoll.

### Stabilität und Determinanten des Rehabilitationserfolgs

Unter der **Stabilität des Rehabilitationserfolgs** wird hier die Stabilität des Integrationsergebnisses über die 3 Erhebungszeitpunkte verstanden. Zur Abschätzung wurden die Werte der



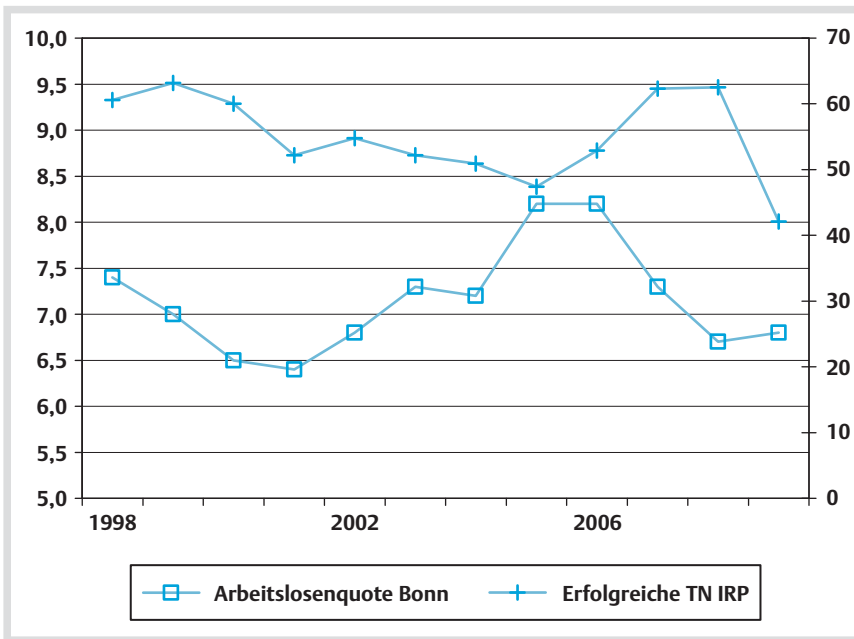


Abb. 2 Rehabilitationserfolg und Arbeitslosenquote Bonn (AA 2010).

verschiedenen Erhebungszeitpunkte miteinander korreliert (Spearman's rho). Eine starke positive Korrelation zwischen den Messzeitpunkten bedeutet, dass der Rehabilitationserfolg stabil ist.

Die Übersicht in **Tab. 4** zeigt signifikante mittlere Korrelationen zwischen Maßnahmeende einerseits und Nachbefragung 1 und Nachbefragung 2 andererseits. Eine signifikante sehr starke Korrelation zeigt sich zwischen den Nachbefragungszeitpunkten 1 und 2. Damit erweist sich der Rehabilitationserfolg insgesamt über die 3 Erhebungszeitpunkte hinweg als relativ stabil.

Als mögliche **Erfolgsdeterminanten** wurden Geschlecht, Alter, Schul- und Berufsausbildung, Dauer der Arbeitslosigkeit, Belastbarkeit, Diagnose und Schwere der Erkrankung mit den Erfolgskriterien in Beziehung gesetzt.

Wie aus **Tab. 5** ersichtlich ist, zeigen sich hinsichtlich des **kurzfristigen** Rehabilitationserfolgs signifikante schwache Zusammenhänge zu den Variablen Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Belastbarkeit und Schwere der Erkrankung. Hinsichtlich des **mittelfristigen** Rehabilitationserfolgs ergeben sich keine systematischen Zusammenhänge zu den Variablen. Hinsichtlich des **langfristigen** Erfolgs ergeben sich schwache signifikante Zusammenhänge zu den Variablen Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit und Belastbarkeit.

Die korrelativen Zusammenhänge wurden anhand logistischer Regressionsanalysen daraufhin überprüft, ob sich die Variablen auch für eine Vorhersage des Rehabilitationserfolgs eignen. Hierfür wurden die Variablen Maßnahmeende sowie Nachbefragung 2 in dichotome Variablen umkodiert. Als erfolgreich wurden jeweils Teilnehmerinnen klassifiziert, die sich in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder einer Ausbildung befanden, alle übrigen wurden als nicht erfolgreich klassifiziert. Als unabhängige Variablen gingen Alter, Schulabschluss, Berufsabschluss, Berufsbildung, Dauer der Arbeitslosigkeit, Belastbarkeit und Schwere der Erkrankung in die Analyse ein.

Wie aus **Tab. 6, 7** hervorgeht, ergibt sich hinsichtlich des kurzfristigen Rehabilitationserfolgs ein signifikantes Vorhersagemodell. Dabei erweisen sich die Variablen Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Belastbarkeit und Schwere der Erkrankung als signifi-

Tab. 4 Stabilität des Rehabilitationserfolgs.

		Nachbefragung 1	Nachbefragung 2
Maßnahmeende	Spearman's rho	0,620**	0,536**
	ES	1,580	1,270
	N	182	426
Nachbefragung 1	Spearman's rho		0,823**
	ES		2,900
	N		98

\*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$

Tab. 5 Determinanten des Rehabilitationserfolgs.

		Maßnahmeende	Nachbefragung 1	Nachbefragung 2
Alter	Spearman's rho	-0,108**	-0,002	-0,115**
	ES	0,220		0,220
	N	703	182	426
Schulabschluss	Spearman's rho	0,069	-0,025	-0,030
	ES			
	N	703	182	426
Berufsbildung	Spearman's rho	-0,001	0,088	0,007
	ES			
	N	703	182	426
Dauer der Arbeitslosigkeit	Spearman's rho	-0,169**	-0,074	-0,133**
	ES	0,34		0,270
	N	703	182	426
Belastbarkeit	Spearman's rho	0,101**	0,101	0,166**
	ES	0,200		0,340
	N	703	182	426
Schwere der Erkrankung	Spearman's rho	-0,102**	0,015	-0,078
	ES	0,210		
	N	703	182	426

\*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$

kante Prädiktoren ( $R^2=0,081$ ; 62,45% korrekte Klassifizierungen). Allerdings ist die Varianzerklärung durch das Modell gering. Auch hinsichtlich des langfristigen Rehabilitationserfolgs (**Tab. 8, 9**) ergibt sich ein signifikantes Vorhersagemodell. Hier sind die Variablen Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit und Belastbarkeit signifikante Prädiktoren ( $R^2=0,078$ ; 61,74% korrekte

Modellzusammenfassung		Omnibustest			
-2 Log Likelihood	924,043		$\chi^2$	df	p
Goodness of Fit	703,360	Modell	43,739	4	< 0,001
Cox & Snell - R <sup>2</sup>	0,060	Block	43,739	4	< 0,001
Nagelkerke - R <sup>2</sup>	0,081	Step	4,723	1	0,0298
Klassifikationstabelle					
	vorhergesagt				
beobachtet	nicht erfolgreich	erfolgreich	% korrekt		
nicht erfolgreich	149	168	47,00		
erfolgreich	96	290	75,13		
Gesamt			62,45		
Effektstärke d*	d* = 0,54				

Effektstärke d\* nach Hasselblad & Hedges, vgl. Wirtz und Nachtigall [10]

Tab. 6 Logistische Regression  
Maßnahmeerfolg.

Variablen in der Gleichung	B	S. E.	Wald	df	Sign.	R	Exp (B)
Alter	-0,0296	0,0100	8,8176	1	0,0030	-0,0839	0,9709
Dauer Arbeitslosigkeit	-0,2117	0,0528	16,0629	1	0,0001	-0,1205	0,8092
Belastbarkeit	0,1382	0,0522	7,0163	1	0,0081	0,0720	1,1482
Schwere der Erkrankung	-0,2188	0,1011	4,6811	1	0,0305	-0,0526	0,8035
Constant	1,3511	0,5751	5,5184	1	0,0188		

Tab. 7 Variablen in der Gleichung  
log. Regression Maßnahmeerfolg.

Modellzusammenfassung		Omnibustest			
-2 Log Likelihood	560,727		$\chi^2$	df	P
Goodness of Fit	425,751	Modell	25,736	3	< 0,001
Cox & Snell - R <sup>2</sup>	0,059	Block	25,736	3	< 0,001
Nagelkerke - R <sup>2</sup>	0,078	Step	6,277	1	0,0126
Klassifikationstabelle					
	vorhergesagt				
beobachtet	nicht erfolgreich	erfolgreich	% korrekt		
nicht erfolgreich	83	108	43,46		
erfolgreich	55	180	76,60		
Gesamt			61,74		
Effektstärke d*	0,51				

Effektstärke d\* nach Hasselblad & Hedges, vgl. Wirtz und Nachtigall [10]

Tab. 8 Logistische Regression  
Nachbefragung 2.

Variablen in der Gleichung	B	S. E.	Wald	df	Sign.	R	Exp (B)
Alter	-0,0332	0,0134	6,13738	1	0,0132	-0,0840	0,9673
Dauer Arbeitslosigkeit	-0,1791	0,0696	6,6330	1	0,0100	-0,0889	0,8360
Belastbarkeit	0,2141	0,0676	10,0411	1	0,0015	0,1171	1,2388
Constant	0,3352	0,6963	0,2317	1	0,6302		

Tab. 9 Variablen in der Gleichung  
log. Regression Nachbefragung 2.

Klassifizierungen). Allerdings ist auch hier die Varianzerklärung durch das Modell gering.

## Zusammenfassende Schlussfolgerungen

In Bezug auf die ursprünglichen Fragestellungen der Untersuchung kann man zusammenfassend feststellen:

### Teilnehmerstruktur und Veränderungen

Die Teilnehmerstruktur hat sich im Laufe der Jahre in Hinblick auf verschiedene Merkmale deutlich verändert: Das Durchschnittsalter ist deutlich angestiegen (von 32 auf 39 Jahre), der Anteil von Männern und Frauen hat sich insgesamt gesehen angeglichen. Zurückgegangen ist der Anteil von Teilnehmern ohne Berufsabschluss. Bei den Diagnosen hat sich der Anteil psychotischer Erkrankungen (schizophrene und affektive Psychosen) erhöht, was auf die starke Zunahme des Anteils affektiver Psychosen zurückzuführen ist. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen

unter den Teilnehmern war insgesamt sehr hoch und ist im Zeitraum 2002–2005 stark angestiegen.

### Rehabilitationserfolg

Der Rehabilitationserfolg – gemessen an der Integration in Arbeit oder Ausbildung direkt nach Ende der Maßnahme – war insgesamt relativ hoch, schwankte aber je nach Abschlussjahr zwischen unter 50% und über 60%. Ähnliches trifft auf die Nachbefragungsergebnisse nach einem Jahr zu. Der Anteil derjenigen, die keine Integration in Arbeit erreichten, schwankte je nach Abschlussjahr zwischen 23,9% und 36,8%. Dabei zeigten sich – im Sinne einer statistisch bedeutsamen Tendenz – bezogen auf einzelne Jahre Parallelen zur regionalen Arbeitsmarktentwicklung. Dieses Ergebnis könnte auf einen Einfluss der Arbeitsmarktsituation auf den Erfolg beruflicher Rehabilitationsbemühungen hinweisen, der aber noch genauer untersucht werden müsste.



## Stabilität und Determinanten des Erfolgs

Der Rehabilitationserfolg hat sich als relativ stabil erwiesen, die Werte aller 3 Erhebungszeitpunkte korrelieren signifikant auf mittlerem bis starkem Niveau miteinander. Zu möglichen Determinanten des Erfolgs zeigten sich dagegen nur schwache Zusammenhänge: Der kurzfristige Erfolg scheint dabei mit zunehmendem Alter, längerer Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn, geringerer selbst eingeschätzter Belastbarkeit und schwererer Erkrankung abzunehmen. Der langfristige Erfolg (Nachbefragung 2) steht mit dem Alter und der Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn sowie Belastbarkeit in Zusammenhang. Hier zeigt sich die Wichtigkeit möglichst frühzeitiger Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, denn mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit vor Beginn einer Rehabilitation nimmt die Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen beruflichen Integration ab.

Die Ergebnisse sprechen dafür, die berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen möglichst flexibel zu gestalten und an der jeweiligen individuellen Situation zu orientieren. Hierfür ist die Integration von Aspekten beider oben vorgestellter Ansätze in der beruflichen Rehabilitation bedeutsam: die sorgfältige Analyse der aktuellen Situation der Rehabilitanden – ggf. verbunden mit anfänglichem außerbetrieblichem Training – im Sinne des „klassischen Ansatzes“ und die darauf aufbauende arbeitsmarktnahe betriebs- und arbeitsplatzorientierte Gestaltung des Rehabilitationsprozesses im Sinne der „neueren Ansätze“. Umgesetzt wird dies in dem hier untersuchten Integrationsseminar durch folgende zentrale Elemente:

- ▶ Die Analyse der individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden und die darauf bezogene Entwicklung individueller Rehabilitationsziele zu Beginn der Maßnahme,
- ▶ die Gestaltung des Rehabilitationsverlaufs entsprechend dem individuellen Bedarf unter Einbeziehung von Praxis- und Schulungsanteilen,
- ▶ die kontinuierliche psychosoziale Einzelbetreuung mit wöchentlichen Gesprächskontakten sowie
- ▶ die Orientierung an der regionalen Wirtschafts- und Sozialstruktur und ein hohes Maß an Vernetzung.

Insgesamt scheint ein Ansatz der ambulanten beruflichen Rehabilitation, der einerseits die regionalen Arbeitsmarktgegebenheiten berücksichtigt und andererseits möglichst individuell angepasste Rehabilitationsverläufe erlaubt, für die Teilnehmer sehr hilfreich zu sein. Auch vor dem Hintergrund einer sich deutlich verändernden Teilnehmerstruktur, die die Integration

auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eher schwieriger macht, scheint es für einen relativ großen Anteil der Teilnehmer möglich zu sein, dauerhaft einen Weg zurück in den normalen Arbeitsmarkt zu finden.

## Kernbotschaft

Mit individuell orientierter ambulanter beruflicher Rehabilitation können bei Menschen mit psychischer Erkrankung relativ hohe und dauerhafte Eingliederungserfolge erzielt werden. Dabei ist ein möglichst frühzeitiger Beginn der beruflichen Rehabilitation wichtig.

## Literatur

- 1 *Eichert HC*. Berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen aus der Sicht integrativer Soziotherapie und Agogik. *Integrative Therapie* 2001; 267–303
- 2 *Zeißig H, Bultmann W, Hirschler G, Schumacher S*. Berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen in den Berufsförderungswerken der Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger*, Hrsg. Tagungsband, „Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation“, 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. DRV-Schriften 2004; (52): 205–209
- 3 *Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR*. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric services* 1997; 48: 335–346
- 4 *Ciampi L*. Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: *Hippius H, Lauter H, Ploog D, Bieber H, van Hout L*, Hrsg. Rehabilitation in der Psychiatrie. Berlin u. a.: Springer; 1988: 27–35
- 5 *Plath HE, Blaschke D*. Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 1999; 32 (1): 61–69
- 6 *Brieger P, Watzke S, Galvao A et al*. Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2006
- 7 *Rennert D, Köster T, Slesina W*. Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden in Anpassungsqualifizierungsmaßnahmen. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund*, Hrsg. Tagungsband, „Evidenzbasierte Rehabilitation zwischen Standardisierung und Individualisierung“, 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 3. bis 5. März 2008 in Bremen. DRV-Schriften 2008; (77): 264–267
- 8 *Wuppinger J, Rauch A*. Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation. Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitsloskeitsrisiko. IAB-Forschungsbericht 1/2010
- 9 *Burns T, Catty J, Becker T et al*. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–1152
- 10 *Wirtz M, Nachtigall C*. Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1. Weinheim u. a.: Juventa; 2002: 160

