

# Die wirksamen Hauptkomponenten einer beruflichen Rehabilitation

Nikolas Anastasiadis \*

\* pro mente tirol

**Zusammenfassung:** Die vorliegende Studie basiert auf der statistischen Auswertung der Feedbackfragebögen von Personen mit psychiatrischer Diagnose, die im Zeitraum zwischen 2011 und 2015 an einer beruflichen Rehabilitation in den ARTIS-Betrieben Innsbruck teilnahmen. Neben der deskriptiven Auswertung der subjektiven Einschätzungen der einzelnen Angebote des Programms wurden die Daten auch einer weiterführenden Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Inhaltlich und methodisch ergaben sich die drei Hauptkomponenten „Ermächtigung“, „Gruppenangebote“ und „Verbundenheit mit den Trainern“; was die subjektiv empfundenen Verbesserungen nach der beruflichen Rehabilitation anbelangt, ergaben sich die drei Hauptkomponenten „Arbeitshaltung“, „Wohlbefinden“ und „Soziale Fertigkeiten“. Die Befunde sind in guter Übereinstimmung mit bisherigen Forschungsergebnissen zu beruflichen Rehabilitationsprogrammen und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit. Abschließend werden die Implikationen der vorliegenden Befunde für andere berufsrehabilitative Programme diskutiert.

**Abstract:** This study presents the results of a survey conducted at the vocational rehabilitation programme ARTIS Innsbruck between 2011 and 2015, where a standardised and semi-structured questionnaire was given to psychiatric patients. In a first step, patients' subjective assessments of the programme's services were analysed. Then, the data were subject to a Principal Components Analysis. With regard to the program contents and methods, three principal components were extracted, "Empowerment", "Group Offers" and "Relationship with the Coaches"; with regard to individual improvement after vocational rehabilitation, three principal components were extracted, "Attitude to Work", "Well-Being" and "Social Skills". The findings are in good agreement with previous research findings on vocational rehabilitation programmes and their impact on mental health and ability to work. Finally, the implications of the present findings for other vocational rehabilitation programmes are discussed.

Berufliche Rehabilitation | Arbeitstraining | Berufstraining | Reintegration in den Arbeitsmarkt

## Einleitung

In ihrer Standortbestimmung stellen Pfammatter et al. (2000) fest, dass die Arbeitsfähigkeit und die berufliche Reintegration einen zentralen Aspekt in der psychosozialen Rehabilitation chronifiziert psychischer Kranker darstellen. Aus diesem Grund würde heute zwischen der akuten Klinikbehandlung und dem ersten Arbeitsmarkt „ein breites Spektrum an personalen und ökologischen beruflichen Förderungsmaßnahmen [existieren], das von der stationären Arbeitstherapie über geschützte Arbeitsangebote [...], die den sogenannten zweiten oder besonderen Arbeitsmarkt bilden] bis hin zu begleitenden Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt („Supported Employment“) reicht.“ (S. 63). In diese Logik gliedern sich auch die ARTIS-Betriebe Innsbruck ein, ein vom Arbeitsmarktservice Tirol (AMS) und von der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) gleichermaßen gefördertes Arbeitstraining, welches seit nunmehr 30 Jahren psychiatrisch erkrankte Menschen beim Wiedereinstieg auf den ersten Arbeitsmarkt unterstützt.

Interessenten der ARTIS-Betriebe können sich für einen von fünf Kleinbetrieben entscheiden, in welchem sie sich für die Dauer von bis zu zwölf Monaten erproben und Kompetenzen entwickeln und (wieder-)entdecken können. Jährlich gibt es

35 solcher Trainingsplätze. Die Entscheidung für ein Arbeitstraining basiert auf Freiwilligkeit und erfolgt aus Eigenmotivation heraus, die zu erbringende Arbeitsleistung umfasst 33 Wochenstunden. Die Kleinbetriebe bestehen aus einer Tischlerei, einem Restaurant, einem Produktionsbetrieb und zwei Anbietern von Dienstleistungen rund um Papier, Druck und Versand. Die Aufgaben und Arbeitsschritte, mit denen die Personen betraut werden, sind i. d. R. gut zu meistern und setzen keine Grundkenntnisse voraus. Die Kleinbetriebe werden jeweils von einem Arbeitstrainer und einem soziotherapeutischen Trainer geführt, entsprechend aufgeteilt sind auch die fachlichen und therapeutischen Zuständigkeiten der Mitarbeiter. Für Personen, die ihr Training lieber direkt in einem Betrieb am ersten Arbeitsmarkt absolvieren möchten, vermitteln die ARTIS-Betriebe Kooperationspartner, d. h. Betriebe, welche zeitlich begrenzte Trainingsplätze zur Verfügung stellen („Supported Employment“). In der Umsetzung entspricht dies dem „Individual Placement and Support“-Modell, bei welchem Rehabilitanden entsprechend ihren Fähigkeiten und Interessen an einen Betrieb am ersten Arbeitsmarkt vermittelt und in weiterer Folge von einer eigens geschulten Fachkraft begleitet werden (Drake und Becker, 1996).

Von den Teilnehmern wird – mit Ausnahme „Supported Employment“ – die Absolvierung von zumindest einem Praktikum am ersten Arbeitsmarkt verlangt. Für die Zeit nach Ablauf der zwölf Monate ist eine eigene Nachbetreuung der Personen durch geschultes Personal vorgesehen. Um für ein Arbeitstraining in die ARTIS-Betriebe aufgenommen zu werden, muss eine Person einerseits arbeitslos gemeldet sein und andererseits ein psychiatrisch fachärztliches Gutachten bzw. eine psychiatrische Diagnose haben. Ausschlussgründe sind geistige Minderbegabung sowie aktueller Alkohol- und Substanzmissbrauch. Ein Aufnahmeprozedere, bestehend aus einer Reihe von Gruppenveranstaltungen, in denen primär die Motivationslage, die Zuversicht der Personen sowie deren psychiatrisches Strukturniveau erhoben werden, soll dafür sorgen, dass nur jene Personen eine berufliche Rehabilitation in den ARTIS-Betrieben beginnen, die auch die nötigen Voraussetzungen für ein solches erfüllen — die persönliche Motivation allen vorangestellt.

Ein gewöhnlicher Arbeitsalltag in den ARTIS-Betrieben besteht aus einer Morgenbesprechung in der Arbeitsgruppe, aus der Bearbeitung der Aufträge (fachliche Auftragsarbeit) und aus einer Schlussbesprechung. Unterstützend werden Gruppen- und Einzelgespräche mit psycho-educativem

## Raum für Notizen

und therapeutischem Charakter sowie Schulungen rund um Themen der Bewerbung und der Selbstpräsentation angeboten (die Schulungen werden unter dem Titel „Einstiegsgruppe“ subsumiert und bestehen aus Blöcken zu den Themen Identität und psychische Gesundheit, Arbeit, persönliche Entwicklung, Ressourcen und Kompetenzen). Die fachliche Auftragsarbeit soll Stabilität, Regelmäßigkeit und erhöhte körperliche und psychische Belastbarkeit vermitteln, während die soziotherapeutischen Inhalte zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten, zur Findung neuer Lebensziele, zur Bewältigung belastender Lebensereignisse, zur Erarbeitung neuer Vergleichsmaßstäbe und zur Vergegenwärtigung von persönlichen Ressourcen und auch Risikofaktoren beitragen sollen.

Was die Wirksamkeit beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen anbelangt, ist die empirische Datenlage als äußerst gemischt einzuschätzen. Pfammatter et al. (2000) fassen bestehende Überblicksarbeiten zur empirischen Befundlage aus den Jahren 1955 bis 1993 dahingehend zusammen, dass berufliche Rehabilitation zwar zu häufigeren Arbeitsaufnahmen, zu höheren Beschäftigungsraten und -dauern und zu einem verbesserten Einkommen von psychisch kranken Menschen am besondern Arbeitsmarkt geführt hätten, dass die positiven Effekte nach dem Schritt auf den ersten Arbeitsmarkt allerdings (mit Ausnahme „Supported Employment“) verschwunden seien. Entsprechend zog auch Bond (1992) den Schluss, dass arbeitsrehabilitative Maßnahmen den gravierenden Nachteil hätten, Menschen nur unzulänglich auf Arbeitsplätze außerhalb des geschützten Rahmens rehabilitativer Einrichtungen vorzubereiten. Ähnlich argumentiert Lehman (1995) in seiner Übersichtsarbeit zur Effektivität von arbeitsrehabilitativen Maßnahmen für Schizophrene, dass positive – auf die arbeitsrehabilitativen Maßnahmen zurückzuführende – Effekte spätestens mit Ausscheiden aus der Einrichtung verschwinden würden. Diesem Befund steht beispielsweise eine Studie von Condrau et al. (2001) gegenüber, in welcher ein Jahr nach Kursende 25% der Absolventen beschäftigt waren, zwei Jahre danach hingegen 42%. Die Autoren schließen daraus, dass Rehabilitationsbemühungen Zeit bräuchten, um zu greifen. Zugleich fassen Matschnig et al. (2008) nach Durchsicht von 37 empirischen Arbeiten aus den Jahren 1997 bis 2007 die bestehende Literatur dahingehend zusammen, dass sich klinische Symptomatik und Lebensqualität psychisch kranker Menschen durch arbeitsrehabilitative Maßnahmen verbessern würden. Ein ähnlicher Befund geht auch aus der Überblicksarbeit von Lehman (1995) hervor.

Was die Erfolgsprädiktoren im Rahmen arbeitsrehabilitativer Maßnahmen anbelangt, wurden diese von Matschnig et al. (2008) in einer Überblicksarbeit zusammengefasst: Untersucht wurde die bestehende Literatur zu den Faktoren Psychopathologie; Diagnose und Medikation; soziodemografische Merkmale; Ausbildungsniveau und frühere Arbeitstätigkeit; Arbeitsverhalten und Belastbarkeit; kognitive Fähigkeiten; Motivation, Selbstkonzept und Hoffnungslosigkeit; und schließlich soziale Funktion und soziale Kognition. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass psychopathologische Symptome – v. a. produktive Symptome – kaum Einfluss auf den Rehabilitationserfolg hätten, bei Diagnose und Medikation sei die Befundlage gemischt. Zuverlässige Prädiktorvariablen für eine berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt seien hingegen das Ausbildungsniveau und frühere Arbeitstätigkeiten bzw. Arbeitsleistung und Belastbarkeit am Arbeitsplatz zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Auch die Erfolgserwartung hätte sich in einer prospektiven Studie von Reker (1998) als starker Prädiktor für den Rehabilitationserfolg nach drei Jahren erwiesen. Schließlich gebe es ausreichende Hinweise, dass bessere kognitive Fähigkeiten einen positiven Einfluss auf

die berufliche Wiedereingliederung hätten. Seit Bio und Gatz (2011) ist bekannt, dass berufliche Rehabilitation auch in umgekehrter Richtung die kognitiven Fähigkeiten verbessern kann. In der Frage, ob „First Train, then Place“-Programme wie die ARTIS-Betriebe Innsbruck (Teilnahme am Programm, mit anschließender Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt) besser abschneiden würden als „First Place, then Train“ (professionelle Unterstützung von psychisch Kranken an Arbeitsstellen des ersten Arbeitsmarktes) sei ganz klar letzteren der Vorzug zu geben.

Die vorliegende Studie hat sich zum Ziel gesetzt, einen Beitrag zum Verständnis des arbeitsrehabilitativen Ansatzes aus Sicht der Betroffenen zu leisten. Vor diesem Hintergrund fällt die große Zahl an Studien auf, die programm- und personenrelevante Merkmale (wie die Debatte rund um „First Train, then Place“ und vice versa oder Personenvariablen wie Alter, Geschlecht und psychiatrische Diagnose) mit dem erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt in Verbindung setzen. Zugleich hat bislang noch keine einzige Studie die Frage erhoben, was uns *die Betroffenen* über die arbeitsrehabilitativen Programme rückmelden, welche sie besuchen, und wie sie deren Angebote wahrnehmen. Ferner besteht die Frage: Können die unterschiedlichen Angebote eines arbeitsrehabilitativen Programms wie der ARTIS-Betriebe auf einige wenige Dimensionen reduziert werden, die die Grundlage für dessen Wirksamkeit bilden? Um diese Frage zu klären, wurden die Absolventen des ARTIS über die Dauer von vier Jahren gebeten, die unterschiedlichen Leistungen der Betriebe hinsichtlich ihrer subjektiv empfundenen Wichtigkeit anhand von Skalen einzuschätzen. Die Ergebnisse dieser Befragung stellen die Grundlage für die nachfolgenden Betrachtungen dar.

## Methode

**Teilnehmende Personen.** Im Zeitraum zwischen Mai 2011 und Juli 2015 füllten insgesamt 110 Personen einen Feedbackfragebogen zu den Angeboten in den ARTIS-Betrieben aus. Bezogen auf die Gesamtsumme aller Abschlüsse im selben Zeitraum (n=244) entspricht das einer Teilnahmequote von etwas über 45%. Von den 110 Personen waren 44 männlich und 62 weiblich (vier Personen gaben kein Geschlecht an). Das Durchschnittsalter der Personen betrug 36.9 Jahre; die jüngste Person, die den Fragebogen ausfüllte, war 18.5 Jahre alt, die älteste 55.9. Was die ICD-10 Diagnosen anbelangt, so wiesen etwas über 47% aller Personen eine affektive Störung (F30-F39) auf (Tabelle 1), gefolgt von knapp 24% neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) stellten etwas über 15% der Diagnosen.

**Material und Prozedere.** Der Feedbackfragebogen zu den Angeboten in den ARTIS-Betrieben bestand aus 53 Fragen, von denen 13 offen und 41 geschlossen waren (die einzelnen Fragen des Fragebogens sind im Appendix ersichtlich). Die Fragen, ob die Schulung aufgrund einer Eigenentscheidung erfolgte; zur subjektiv empfundenen Richtigkeit der Entscheidung im Nachhinein; und zur zukünftigen Weiterempfehlung des Programms gegenüber Dritten konnten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden, während die übrigen Fragen anhand einer sechsstufigen Likert-Skala einzuschätzen waren. Ein Beispiel für eine Frage lautete: „Der Ausbau meiner Stärken und Schwächen ist aus meiner Sicht...“, wobei die Antwortmöglichkeiten von 1 („völlig unwichtig“) über 2 („unwichtig“), 3 („eher unwichtig“), 4 („eher wichtig“) und 5 („wichtig“) bis zu 6 („sehr wichtig“) reichten. Der Fragebogen wurde den Personen am

jeweils letzten Tag ihres Berufstrainings von den Arbeitstrainern zum Ausfüllen überreicht.

**Datenauswertung.** Die nachfolgende Datenauswertung wurde mithilfe der Software R (R Development Core Team, 2008) durchgeführt.

*Deskriptive Statistiken.* Für die Auswertung der Befragungsergebnisse wurden für die einzelnen Fragen die Antworthäufigkeiten sowie die Mittelwerte der Antworten berechnet und tabellarisch dargestellt.

*Hauptkomponentenanalyse.* Für die Auswertung der sechsstufigen Likert-Skala einzuschätzenden Fragen zu Inhalten, Methoden und Verbesserungen, welche die Personen durch das Arbeitstraining erfahren hatten, wurden einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Insbesondere wurden dabei einerseits Inhalte und Methoden gemeinschaftlich (in Summe 18 Fragen) und allfällige Verbesserungen (14 Fragen) andererseits auf die ihnen zugrundeliegende Hauptkomponenten hin untersucht. Die Frage nach der Fachstelle für Berufliche Integration wurde von der weiterführenden Auswertung ausgenommen, da diese von nur 49 Personen beantwortet wurde, wodurch sich der Fragepool von Inhalten & Methoden von 18 auf 17 Fragen reduzierte.

Um im Vorfeld die Eignung der Daten für eine Hauptkomponentenanalyse zu eruieren, wurden für jede einzelne Frage die Maße der Stichprobeneignung (*Measure of Sampling Adequacy*) ermittelt; anschließend wurden Kaiser-Meyer-Olkin Gesamtmaße (KMO) für Inhalte & Methoden sowie für etwaige Verbesserungen berechnet. Für die Bestimmung der Hauptkomponentenanzahl wurden neben inhaltlichen Erwägungen Scree-Tests durchgeführt, die Eigenwerte der Hauptkomponenten berechnet, und es wurde die Anforderung gestellt, dass die extrahierten Hauptkomponenten mindestens 60% der Varianz aufklärten. Als Korrelationsmaß für die Fragen untereinander wurde angesichts der ordinal skalierten Daten jeweils die polychorische Korrelation gewählt (Baglin, 2014). Für die Rotation der Hauptkomponenten wurde die schiefwinklige Methode „Oblimin“ verwendet; dies vor dem Hintergrund, dass orthogonale Rotationsmethoden völlige Unabhängigkeit der Hauptkomponenten untereinander annehmen, was in der Praxis eine unrealistische Vorannahme darstellt (Gaskin und Hapell, 2013).

## Resultate

**Befragungsergebnisse.** Die Mehrzahl der Personen gab an, das Berufstraining auf eigenen Wunsch hin absolviert zu haben (Tabelle 2). Weiters gaben knapp 91% an, dass die Entscheidung im Nachhinein betrachtet auch die richtige gewesen sei. Fast alle der befragten Personen würden die ARTIS-Betriebe weiterempfehlen, besonders auch vor dem Hintergrund des subjektiv als gut befundenen Betriebsklimas (Tabelle 3).

In Bezug auf die Fragen nach der Wichtigkeit von Inhalten schnitten all jene Inhalte besser ab, welche Trainingscharakter aufwiesen (beispielsweise das Training sozialer und persönlicher Fähigkeiten; Tabelle 4). Inhalte hingegen, die auf die Organisation zusätzlicher psychosozialer Unterstützung oder auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie abzielten, fielen schlechter aus. Ähnlich bei den Methoden, wo insbesondere die Anleitung durch fachlich geschultes Personal für höhere Bewertungen ausschlaggebend war (beispielsweise Schulungen oder Einzelgespräche mit den Trainern; Tabelle 5). Als vergleichsweise unwichtig wurden hingegen Methoden befunden, bei denen die Personen selbst einen aktiven Part in-

nerhalb der Gruppe einnehmen mussten (beispielsweise Morgenbesprechung oder Gruppengespräche).

Danach befragt, in welchen Bereichen die Betroffenen Verbesserungen durch die berufliche Rehabilitation erfahren hatten, wurden vor allem die Arbeitsmotivation und die allgemeine Lebenssituation und -qualität genannt (Tabelle 6).

**Hauptkomponentenanalyse.** Das Maß der Stichprobeneignung (*Measure of Sampling Adequacy*) lag für jede einzelne Frage  $> .50$ . Auch ergaben die Kaiser-Meyer-Olkin Maße (KMO) zufriedenstellende Werte für Inhalte & Methoden sowie für etwaige Verbesserungen nach der beruflichen Rehabilitation (für Inhalte & Methoden betrug der KMO 0.81, für etwaige Verbesserungen 0.90), was die weitere Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse rechtfertigte. Das Verhältnis von Variablen zu Fällen betrug bei Inhalten & Methoden ca. 1:6 und bei etwaigen Verbesserungen ca. 1:8, was beides als hinreichende Werte erachtet wird (Bryant und Yarnold, 1995). Die Scree-Tests für Inhalte & Methoden bzw. für etwaige Verbesserungen legten jeweils Lösungen mit drei bzw. zwei Hauptkomponenten nahe, während die Eigenwerte dieser beiden Fragepools jeweils nur zwei Hauptkomponenten nahelegten. Infolge inhaltlicher Überlegungen wurden für beide Fragepools letztlich die Lösungen mit drei Hauptkomponenten gewählt.

Die Hauptkomponentenanalyse von Inhalten & Methoden führte nach einem ersten Durchlauf mit 17 Fragen zu einer Lösung, bei der die Fragen nach „Praktika und/oder Training im Betrieb“ und der „Einstiegsgruppe“ Kommunalitätswerte  $h^2 < .50$  aufwiesen. Diese Fragen wurden für einen zweiten Durchlauf aus dem Fragepool entfernt. Anders die Frage nach dem „Training der Arbeitshaltung und Verbindlichkeit“, welche ebenfalls einen Kommunalitätswert von  $h^2 = .49$  (und damit unter  $.50$ ) aufwies: Diese Frage wurde im Fragepool belassen. Die wiederholte Durchführung der Hauptkomponentenanalyse ohne die zwei ausgeschlossenen Fragen führte zu zufriedenstellenden Kommunalitätswerten (Tabelle 7). In der Ladungsmatrix wurden keine komplexen Strukturen entdeckt, d. h. es gab keine Fragen, die mit Werten  $a_{ij} > .40$  auf mehr als eine Hauptkomponente luden. Die 15 in der Analyse enthaltenen Fragen wurden durch drei Hauptkomponenten repräsentiert, die als *Ermächtigung*, *Gruppenangebote* und *Verbundenheit mit den Trainern* bezeichnet wurden. Diese drei Hauptkomponenten klärten 60% der Varianz der Fragen auf, die sie repräsentierten. Die Inter-Korrelationen der Hauptkomponenten untereinander lagen im Bereich zwischen  $.27$  und  $.49$  und waren damit eher mäßig ausgeprägt (Tabelle 8).

Bei der Hauptkomponentenanalyse allfälliger Verbesserungen wurde analog vorgegangen: Ein erster Durchlauf der Hauptkomponentenanalyse mit 14 Fragen führte zu einer Lösung, bei welcher „Konzentration und Gedächtnisleistung“ einen Kommunalitätswert von  $h^2 < .50$  aufwies. Diese Frage wurde aus dem Fragepool entfernt und die Hauptkomponentenanalyse ein zweites Mal durchgeführt. Der neuerliche Durchlauf führte zu zufriedenstellenden Kommunalitätswerten (Tabelle 9). Die Fragen nach „Durchhaltevermögen und Ausdauer“ sowie nach dem „Umgang mit Konflikten und Problemen“ wiesen komplexe Strukturen auf, d. h. sie luden mit Werten  $a_{ij} > .40$  auf mehr als eine Hauptkomponente, weswegen sie für einen dritten Durchlauf der Hauptkomponentenanalyse entfernt wurden. Das Resultat des dritten Durchlaufs war bzgl. der Kommunalitätswerte der einzelnen Fragen zufriedenstellend und ist in Tabelle 9 abgebildet. Die 11 in der Analyse enthaltenen Fragen wurden durch drei Hauptkomponenten repräsentiert, die als *Arbeitshaltung*, *Wohlbefinden* und *Soziale Fertigkeiten* bezeichnet wurden. Diese drei Hauptkomponenten klärten 66% der Varianz der Fragen auf, die sie repräsentierten. Die Inter-Korrelationen der Hauptkomponenten

untereinander lagen im Bereich zwischen .38 und .44 und waren damit eher mäßig ausgeprägt (Tabelle 10).

## Diskussion

Die vorliegende Arbeit fasst die Frage auf, für wie wichtig die Klienten der ARTIS-Betriebe Innsbruck die einzelnen Dienstleistungen des beruflichen Rehabilitationsprogramms befanden und ob diese auf einige wenige Hauptkomponenten reduziert werden können, die gleichermaßen die Essenz des Programms zum beruflichen Wiedereinstieg darstellen. Für die Beantwortung dieser Frage wurde über die Dauer von vier Jahren ein standardisierter Fragebogen an die Absolventen verteilt.

Aus der Datenanalyse geht hervor, dass Inhalte, welche Trainingscharakter aufweisen, von den Befragten als vergleichsweise relevant eingeschätzt wurden. Die Organisation zusätzlicher psychosozialer Unterstützung und die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie fielen hingegen schlechter aus. Die Gründe für diesen Befund können unterschiedlicher Natur sein: Einerseits wird das Programm zum Großteil von AMS und PV finanziert. Bei den Teilnehmern bestehen z. T. berechnete Ängste, dass private Schwierigkeiten und persönliche Probleme, die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation unweigerlich zutage treten, an die Behörden gelangen können, zumal die Mitarbeiter der ARTIS-Betriebe den Geldgebern gegenüber auskunftspflichtig sind. Dieser Umstand für sich genommen könnte ein Grund für die reduzierte Relevanz von Inhalten sein, die die eigene Biografie zum Thema machen. Ein zweiter Grund könnte darin bestehen, dass psychisch kranke Menschen im Zuge ihrer Rehabilitation vielleicht schon an mehreren Programmen mit Ziel die psychosoziale und therapeutische Unterstützung teilgenommen haben und den Fokus nunmehr vermehrt auf der Erwerbstätigkeit wissen möchten. Das neuerliche Aufwärmen vergangener Erfahrungen würde vor diesem Hintergrund eine Belastung darstellen. Ein dritter Grund könnte darin bestehen, dass die Kleinbetriebe jeweils von einem Arbeitstrainer und einem soziotherapeutischen Trainer geführt werden. Obwohl die Zuständigkeiten beider Trainer klar geregelt sind (die Arbeitstrainer sind für die Arbeitsaufträge und -abläufe zuständig, die soziotherapeutischen Trainer für Berichtswesen und psychologische bzw. psychosoziale Inhalte), vermischen sich deren Rollen im Alltag oft dahingehend, dass der eine vorübergehend den Part des anderen übernimmt. Persönliche Inhalte mit dem Vorgesetzten zu besprechen mutet dabei ebenso ungewöhnlich an wie wenn die Ansprechperson für emotionale Befindlichkeiten auf einmal Arbeitsanweisungen erteilt. Eine solche Rollenkonfusion ist in der Struktur verankert, mit der die ARTIS-Betriebe arbeiten. Ein vierter Grund für die aus Sicht der Personen reduzierte Wichtigkeit von Inhalten, die die eigene Biografie thematisieren, könnte der sein, dass diese in einer nicht-zufriedenstellenden Weise an die Klienten transportiert wurden. In diesem Fall wäre die vergleichsweise geringe Relevanz therapeutischer Dienstleistungen nicht auf den Inhalt per se zurückzuführen, sondern auf die Art der Vermittlung und damit auf die Unzufriedenheit der Klienten.

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Wichtigkeit von Methoden ergab sich das Bild, dass Anleitung durch fachlich geschultes Personal für höhere Bewertungen ausschlaggebend war, und zwar bei: Begleitung, Anleitung und Rückmeldungen durch die Trainer; Schulungen; Einzelgesprächen mit den Trainern oder auch bei der fachlichen Auftragsarbeit. Als vergleichsweise unwichtig wurden hingegen die Einstiegsgruppe, die Morgenbesprechung oder auch Gruppenveranstaltungen unter Anleitung der Trainer befunden – Methoden, bei denen davon ausgegangen wird, dass die Teil-

nehmer selbst aktiv werden. Dieser Befund macht vor dem Hintergrund Sinn, dass die Hilfesuchenden durch psychische Symptome, länger bestehende Arbeitslosigkeit und wiederholt enttäuschende Erfahrungen im Arbeitskontext entmutigt und demoralisiert sind. Sowohl die Arbeitstrainer als auch die soziotherapeutischen Trainer bieten allein durch ihre Anwesenheit und ihre Mitarbeit im Kleinbetrieb alternative Verhaltensweisen und neue Rollenbilder an, indem sie Normalität vorleben. Die Kehrseite dieses Befunds ist die, dass viele Klienten ein sehr geringes psychiatrisches Strukturniveau aufweisen und infolgedessen kaum in der Lage sind, Prozesse, Arbeitsschritte und -abfolgen eigenständig zu strukturieren. Die Erwartung, die Trainer würden für alle Vorgaben sorgen und passende Antworten auf jedwede Problemstellung anbieten, verstärkt die Verantwortungsabgabe an die Umwelt und in weiterer Folge den Prozess einer Institutionalisierung, die in vielen Fällen bereits lange begonnen hat und nun ihre Fortsetzung findet. Aus diesem Grund sollten die Mitarbeiter beruflicher Rehabilitationseinrichtungen stets darauf achten, Aufgabenstellungen an das jeweilige Strukturniveau einer Person anzupassen, ohne letztere zu über- oder zu unterfordern.

Den Rückmeldungen der Befragten kann entnommen werden, dass sich nach Beendigung der beruflichen Rehabilitation vor allem die Arbeitsmotivation und die allgemeine Lebenssituation und -qualität verbessert hatten. Dies ist umso erfreulicher, als dass ein Großteil der Hilfesuchenden vor ihrer Entscheidung für eine berufliche Rehabilitation in einen mitunter jahrelangen Teufelskreis aus Arbeitslosigkeit und daraus resultierenden Empfindungen der Wertlosigkeit und der Depression gerutscht waren, aus dem sie keinen Ausweg mehr gesehen hatten. Denn, die Angst vor einem neuerlichen Scheitern hatte viele davon abgehalten, überhaupt noch einmal das Wagnis auf sich zu nehmen, sich für eine offene Stelle zu bewerben. Durch die berufliche Rehabilitation in den ARTIS-Betrieben fanden Menschen wieder die Kraft und die Motivation, einen Neuanfang zu wagen, ohne dabei jedoch den Blick auf die wesentlichen Aspekte eines qualitativen Lebens aufgeben zu müssen – was immer das im Einzelfall bedeuten mag: Beispielsweise, anstatt einer Vollzeit- nur noch einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen; nach Ausübung einer verantwortungsvollen und damit auch belastenden Tätigkeit fortan einer Arbeit nachzugehen, die mit weniger Verantwortung einhergeht; eventuell mit einem vergleichsweise reduzierten Gehalt auszukommen und dafür Abstriche im privaten Leben in Kauf zu nehmen. Vor diesem Hintergrund werden die ARTIS-Betriebe durchaus ihrem Anspruch gerecht, zur Findung neuer Lebensziele und -weisen sowie zu einer Neudefinition von Vergleichsmaßstäben beizutragen, auch wenn sich dieses Ergebnis nicht zwangsläufig in einer erhöhten Vermittlungsrate am ersten Arbeitsmarkt niederschlagen muss.

Die Hauptkomponentenanalysen von Inhalten & Methoden sowie von etwaigen Verbesserungen durch die berufliche Rehabilitation führten zu einer signifikanten Reduktion der Angebote und deren Wirkungen auf einige wenige Dimensionen:

In Bezug auf Inhalte & Methoden können die Angebote mit Ausnahme von „Praktika und/oder Training im Betrieb“ und „Einstiegsgruppe“ durch die drei Hauptkomponenten *Ermächtigung*, *Gruppenangebote* und *Verbundenheit mit den Trainern* zusammengefasst werden. Inhaltlich umfasst der gewählte Begriff der *Ermächtigung* Training von fachlichen, sozialen, persönlichen und arbeitsrelevanten Fähigkeiten. Die Aktualisierung arbeits- und lebensbiografischer Inhalte ist dabei ebenso wichtig wie die Erarbeitung alternativer Perspektiven für die Zukunft, bei einem maximalen Maß an Hilfestellung durch professionelles Personal. Die genannten Ziele scheinen aus Sicht der Klienten insbesondere durch die fachliche Arbeit und durch Schulungen erlangt werden zu können, was ers-

teren (ganz im Sinne der Empowerment-Auffassung nach Rappaport, 1981) wieder die Möglichkeit und die Fähigkeit vermittelt, eigenmächtig, selbstbestimmt und selbstverantwortlich für die eigenen Interessen einzutreten. Die zweite Hauptkomponente, *Gruppenangebote*, subsumiert die Morgen- und Schlussbesprechung, Gespräche in der Gruppe und Begleitung und Rückmeldungen durch die anderen Klienten. In dieser Komponente sind ausschließlich Methoden (und keine Inhalte) repräsentiert, die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zum Einsatz gelangen. Die Gruppe wird damit als methodisch wirksamer und von anderen Interventionsformen abzugrenzender Beitrag auf dem Weg zur beruflichen Wiedereingliederung wahrgenommen. Die dritte Hauptkomponente schließlich, *Verbundenheit mit den Trainern*, umfasst die Begleitung und Rückmeldung durch die Trainer sowie Einzelgespräche mit diesen. Der Einfluss einer solchen Beziehungs-Komponente überrascht vor dem Hintergrund der dutzend Studien rund um die Wichtigkeit des therapeutischen Bündnisses kaum: Seit der Meta-Analyse von Horvath und Symonds (1991) ist bekannt, dass es einen moderaten, aber beständigen Zusammenhang zwischen einem guten therapeutischen Bündnis und positivem Therapieausgang gibt. Nachfolgende Studien erbrachten sogar das Ergebnis, dass die Bündnisqualität den Therapieerfolg besser vorherzusagen vermochte als die Art der Interventionen (Martin, Garske und Davis, 2000; Shirk und Karver, 2003; Karver et al., 2006). Die Extraktion der Beziehungskomponente als Hauptbestandteil des berufsrehabilitativen Programms der ARTIS-Betriebe spricht für die Wichtigkeit des Wissens um die Beziehungsgestaltung und um die Schaffung eines starken therapeutischen Bündnisses. In Hinblick auf dieses Wissen sind wahrscheinlich Fachtrainer wie soziotherapeutische Trainer gleichermaßen gefordert, d. h., es reicht nicht, wenn ein gutes Bündnis nur zwischen Klienten und soziotherapeutischen Trainern besteht. Dieser Befund untermauert die Notwendigkeit von fachspezifischen Fortbildungen insbesondere für die im Programm tätigen Fachtrainer.

In Bezug auf etwaige Verbesserungen durch die berufliche Rehabilitation können erstere mit Ausnahme von „Konzentration und Gedächtnisleistung“, „Durchhaltevermögen und Ausdauer“ und „Umgang mit Konflikten und Problemen“ durch die drei Hauptkomponenten *Arbeitshaltung*, *Wohlbefinden* und *Soziale Fertigkeiten* zusammengefasst werden. Der Begriff der *Arbeitshaltung* umfasst all jene Aspekte, die unmittelbar mit der Arbeitsfähigkeit in Verbindung stehen: Motivation, Geschwindigkeit, Leistung, Selbständigkeit und Zeiteinteilung. Dass das Arbeitsverhalten ein signifikanter Prädiktor für den beruflichen Rehabilitationserfolg ist, berichten Rogers et al. (1997) in einer groß angelegten Studie mit 275 Personen (in dieser Studie wurde über die Dauer von über drei Jahren der Arbeitserfolg von Rehabilitanden in regelmäßigen Zeitabständen überprüft). Zu einem ähnlichen Befund gelangten auch Reker und Eikelmann (1999) oder Hoffmann und Kupper (2003). Vor diesem Hintergrund erstaunt die Extraktion der entsprechenden Hauptkomponente im vorliegenden Datenmaterial nicht. Interessant ist dennoch der Umstand, dass in den zitierten Studien die Arbeitshaltung einen Prädiktor für den Erfolg stellte; aus dem vorliegenden Material geht die umgekehrte Schlussfolge hervor, dass nämlich (nach Ansicht der Klienten) die berufliche Rehabilitation in den ARTIS-Betrieben die Arbeitshaltung beeinflusst hätte. In der gegenständlichen Frage ist die Richtung des Einflusses von höchster Wichtigkeit: Wenn nämlich die Arbeitshaltung lediglich ein Prädiktor für den Erfolg ist, dann kann auch nicht von *Arbeitstraining* oder Rehabilitation gesprochen werden, sondern lediglich von einem (bei österreichischen Tagsätzen von 60 bis 90 Euro nicht gerade günstigen) Setting für die indi-

viduelle Abklärung der Arbeitsfähigkeit. Eine als schlecht zu bewertende Arbeitshaltung wäre dann ein Grund für das Ausscheiden der Person aus dem Programm. Umgekehrt würden nur all jene Menschen berufliche Rehabilitation in Anspruch nehmen, die eine als gut zu bewertende Arbeitshaltung aufweisen. Was, wenn nicht die Arbeitshaltung, bliebe dann allerdings noch zu rehabilitieren? Die zweite Hauptkomponente, *Wohlbefinden*, subsumiert die Selbstsicherheit, körperliche und seelische Gesundheit und die allgemeine Lebenssituation und -qualität. Schönwälder, Kistler und Sing (1999) merken an, dass die Teilnahme am Erwerbsleben neben dem materiellen Status u. a. auch subjektive Dimensionen wie die Lebenszufriedenheit und das Selbstwertgefühl beeinflussen würde. Argyle (1989) berichtet, dass Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit u. a. mit Konzepten wie Zufriedenheit, Selbstwert und Gesundheit korreliert seien; dass sich Arbeitslose oft über lange Zeiträume hinweg gelangweilt fühlten und mit ihrer Zeit nichts anzufangen wüssten; und, dass die psychische Gesundheit von letzteren oft schlechter sei als die von Kontrollgruppen. So gebe es unter arbeitslosen Personen eine Häufung von Depressionen, Suiziden und Alkoholismus. Auch die physische Gesundheit sei in dieser Personengruppe oft schlechter, mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate. Angesichts der genannten Befunde der einschlägigen Literatur überrascht es nicht, dass die Teilnehmer der beruflichen Rehabilitation in den ARTIS-Betrieben eine Veränderung in den angeführten Punkten erfuhren. Die dritte Hauptkomponente schließlich, *Soziale Fertigkeiten*, umfasst den Umgang mit anderen Personen und das Kommunikationsverhalten. Blaschke (1986) fand in einer empirischen Studie heraus, dass es deutliche Zusammenhänge zwischen den sozialen Fertigkeiten und arbeitsmarktrelevanten Variablen wie schulischer Bildung, Berufsausbildung und Stellung im Beruf gibt. Der Autor berichtet u. a. von einer erhöhten negativen Korrelation zwischen sozialen Qualifikationen und Arbeitslosigkeit. Umso erfreulicher ist der Befund, dass die Absolventen der ARTIS-Betriebe einen Einfluss der beruflichen Rehabilitation auf Umgang und Kommunikation mit anderen Menschen wahrnahmen.

Aus den Befunden der vorliegenden Studie können resümierend folgende Punkte festgehalten werden, die wahrscheinlich auch auf andere rehabilitative Programme zutreffen: (1) Es besteht Hinweis darauf, dass Rehabilitanden mehr von den bestehenden Angeboten profitieren könnten, wenn der Umgang mit persönlichen und sensiblen Daten den Kostenträgern gegenüber besser geklärt wäre. Die umfassende Entbindung der Trainer von der Schweigepflicht dem AMS und der PVA gegenüber scheint in diesem Kontext kontraproduktiv. (2) Die Vermischung der Zuständigkeiten von Fachtrainern und soziotherapeutischen Trainern können bei Hilfesuchenden mitunter zu Verwirrungen und Rollenkonfusionen führen, dies umso mehr vor dem Hintergrund der Notwendigkeit eines guten Arbeitsbündnisses. Konsequenterweise ist die Frage klärungsbedürftig, inwieweit soziotherapeutische Trainer auch fachliche Anweisungen geben sollten und umgekehrt Fachtrainer therapeutische Funktionen übernehmen sollten. (3) Arbeitsaufträge und -anweisungen sollten Klienten in dem Maß zugewiesen werden, in dem sie diese auch bewältigen können; der Einbeziehung des psychiatrischen Strukturniveaus der Personen kommt vor diesem Hintergrund besonderes Gewicht zu. Zugleich ist aber auch darauf zu achten, dass etwaige Dynamiken der Institutionalisierung nicht verstärkt oder unnötigerweise tradiert werden. (4) Die Kostenträger geben in der Regel Vorgaben, was die Erfolgsquote (d. h. die zu erfolgenden Vermittlungen) anbelangt. Die Reduktion des Erfolgsbegriffs auf Prozentsätze ist vor dem Hintergrund, dass Absolventen der beruflichen Rehabilitation durch das Arbeitstraining eine Veränderung ihrer Lebenssituation und -qualität

berichten, auf jeden Fall zu kurz gefasst. (5) Die Antworten der Befragten der vorliegenden Studie legen den Schluss nahe, dass der realen Auftragsarbeit ein höherer Stellenwert zukommt als den Angeboten, welche die eigene Biografie zum Thema machen. In der realen Auftragsarbeit erleben sich die Klienten im Sinne des Empowerment als kompetent und selbstbestimmt. Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sollten daher die Wichtigkeit realer Arbeitsaufträge nicht unterschätzen. (6) Die diversen Angebote einer berufsrehabilitativen Einrichtung wie den ARTIS-Betrieben kann auf einige wenige Hauptkomponenten reduziert werden: Insofern bestätigen die Befunde der vorliegenden Arbeit langjährigen Bestrebungen, psychisch kranken Menschen wieder zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen. Methodisch erscheint die Gruppe als eine durchaus wirksame Methode. Das Wissen um die richtige Beziehungsgestaltung ist eine aktive Hauptkomponente in der beruflichen Rehabilitation, insofern sollten Mitarbeiter entsprechender Programme diesbezüglich auch gut geschult sein. Andererseits sollte das Wissen um die richtige Beziehungsgestaltung über der Ansatz „First Place, then Train“ (in den ARTIS-Betrieben das Angebot *Training im Betrieb*) auch Eingang in die Arbeit mit Kooperationsbetrieben des ersten Arbeitsmarktes und deren Mitarbeitern finden. Denn, wenn Beziehung im rehabilitativen Kontext eine heilsame Komponente darstellt, kann sie umgekehrt im realen Arbeitskontext zerstörerisch und krankmachend wirken. In der diesbezüglichen Sensibilisierung von Betrieben des ersten Arbeitsmarktes wäre daher ein wichtiger Beitrag zur Prävention zu sehen. Ferner sollte der gegenwärtige Befund bzgl. Arbeitshaltung dahingehend sensibilisieren, dass letztere eine trainierbare Größe darstellt und mit dem späteren Arbeitserfolg in Verbindung steht. Umgekehrt darf berufliche Rehabilitation auf keinen Fall dazu missbraucht werden, Personen mit einer vermeintlich „falschen“ Arbeitshaltung zu identifizieren und aufgrund einer schlechten Prognose vom versuchten Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag auszuschließen. Abschließend ist auch noch auf die Wichtigkeit sozialer Fertigkeiten im Hinblick auf die spätere Arbeitstätigkeit hinzuweisen – entsprechend sollten Teilnehmer berufsrehabilitativer Einrichtungen im Rahmen des Trainings die Möglichkeit erhalten, diese in Workshops und eigenen Modulen zu trainieren.

Zum Abschluss ist noch die Frage von Interesse, ob es im vorliegenden Datenmaterial hinsichtlich der extrahierten Hauptkomponenten alters-, geschlechts- oder diagnosespezifische Unterschiede gibt. Für solche Vergleiche ist die Stichprobe leider zu klein, aus welchem Grund anlässlich eines österreichweiten Treffens verschiedener arbeitsrehabilitativer Einrichtungen im Mai 2015 die Verteilung des in der vorliegenden Studie verwendeten Fragebogens an Teilnehmer auch anderer Einrichtungen besprochen wurde. Entsprechende Ergebnisse und eine weiterführende Datenauswertung sind damit in den kommenden Jahren zu erwarten, was den vorliegenden Beitrag zur Pilotstudie macht.

## Appendix: Übersicht über die einzelnen Fragen des Fragebogens

1. TeilnehmerIn (*Feld zum Ausfüllen*)
2. Bereich (*Auswahl des Arbeitsbereichs, fünf Antwortmöglichkeiten*)
3. Die Teilnahme am Berufstraining war meine Entscheidung und mein Wunsch (*zwei Antwortmöglichkeiten*)
4. Bitte begründen Sie Ihre letzte Antwort (*offene Frage*)
5. Von den ARTIS-Betrieben habe ich erstmals gehört durch... (*offene Frage*)
6. Aus derzeitiger Sicht war das Berufstraining im ARTIS... (*zwei Antwortmöglichkeiten*)
7. Bitte begründen Sie ihre letzte Antwort (*offene Frage*)
8. Ich würde das ARTIS weiterempfehlen... (*zwei Antwortmöglichkeiten*)
9. Bitte begründen Sie ihre letzte Antwort (*offene Frage*)
10. Wie zufrieden waren Sie mit dem Betriebsklima im ARTIS? (*Sechsstufige Likert-Skala*)
11. Sehr gefallen hat mir im ARTIS... (*offene Frage*)
12. Nicht gefallen hat mir im ARTIS... (*offene Frage*)
13. Wie zufrieden waren Sie mit dem Betriebsklima in Ihrem Bereich? (*Sechsstufige Likert-Skala*)
14. Sehr gefallen hat mir im Bereich... (*offene Frage*)
15. Nicht gefallen hat mir im Bereich... (*offene Frage*)
16. Für meinen beruflichen Wiedereinstieg und den weiteren Berufsweg habe ich im Arbeitstraining Folgendes besonders hilfreich gefunden: (*offene Frage*)
17. Gefehlt haben mir jedoch: (*offene Frage*)
18. Training der fachlichen Fähigkeiten (Geschicklichkeit, Sorgfalt, Arbeitstempo und -qualität, Belastbarkeit, Aufmerksamkeit, Eigeninitiative- und verantwortung etc.) (*Sechsstufige Likert-Skala*)
19. Training der sozialen und persönlichen Fähigkeiten (z.B. Team-, Konflikt- u. Kommunikationsfähigkeit, Verantwortung für die eigene Gesundheit etc.) (*Sechsstufige Likert-Skala*)
20. Training der Arbeitshaltung/Verbindlichkeit (Anwesenheit, Pünktlichkeit, Einhalten von Regeln und Vereinbarung, Motivation etc.) (*Sechsstufige Likert-Skala*)
21. Organisation von Betreuungs- und Behandlungsangeboten (*Sechsstufige Likert-Skala*)
22. Auseinandersetzung mit meiner Lebens- und Arbeitsbiographie (*Sechsstufige Likert-Skala*)
23. Ausbau meiner Stärken und Fähigkeiten (*Sechsstufige Likert-Skala*)
24. Erarbeitung beruflicher Perspektiven und Stellensuche (*Sechsstufige Likert-Skala*)
25. Integrationsbegleitung (Fachstelle für berufliche Integration); bei Nicht-Inanspruchnahme bitte leer lassen! (*Sechsstufige Likert-Skala*)
26. Fachliche Arbeit - Auftragsarbeit (*Sechsstufige Likert-Skala*)
27. Einzelgespräche mit den Trainern (*Sechsstufige Likert-Skala*)
28. Gruppengespräche im Bereich, unter Führung der Trainern (*Sechsstufige Likert-Skala*)
29. Morgenbesprechung (*Sechsstufige Likert-Skala*)
30. Schlussbesprechung (*Sechsstufige Likert-Skala*)
31. Begleitung, Anleitung und Rückmeldungen durch die Trainer (*Sechsstufige Likert-Skala*)
32. Begleitung und Rückmeldungen durch die TrainingsmitarbeiterInnen (*Sechsstufige Likert-Skala*)
33. Praktika und/oder Training im Betrieb (*Sechsstufige Likert-Skala*)
34. Einstiegsgruppe (*Sechsstufige Likert-Skala*)
35. Schulungen (Lebenslauf, Bewerbungsschreiben usw.) (*Sechsstufige Likert-Skala*)
36. Gefehlt haben mir bei Inhalten und Methoden: (*offene Frage*)
37. Arbeitsmotivation (*Sechsstufige Likert-Skala*)
38. Arbeitstempo (*Sechsstufige Likert-Skala*)
39. Arbeitsleistung (*Sechsstufige Likert-Skala*)
40. Selbständigkeit (*Sechsstufige Likert-Skala*)
41. Durchhaltevermögen, Ausdauer (*Sechsstufige Likert-Skala*)
42. Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnisleistung (*Sechsstufige Likert-Skala*)
43. Zeiteinteilung, Pünktlichkeit (*Sechsstufige Likert-Skala*)
44. Umgang mit anderen Personen (*Sechsstufige Likert-Skala*)
45. Umgang mit Konflikten/Problemen (*Sechsstufige Likert-Skala*)
46. Kommunikationsverhalten (*Sechsstufige Likert-Skala*)
47. Selbstsicherheit (*Sechsstufige Likert-Skala*)
48. Psychische Gesundheit (*Sechsstufige Likert-Skala*)
49. Körperliche Gesundheit (*Sechsstufige Likert-Skala*)
50. allgemeine Lebenssituation und Lebensqualität (*Sechsstufige Likert-Skala*)
51. Die Beendigung erfolgte aufgrund... (*zwei Antwortmöglichkeiten*)
52. Nach Beendigung des Berufstrainings im ARTIS wartet... (*sechs Antwortmöglichkeiten*)
53. Ich habe den Fragebogen allein ausgefüllt (*zwei Antwortmöglichkeiten*)

## Literatur

- Argyle, M. (1989). *The social psychology of work* (2. Ausg.). London: Penguin.
- Baglin, J. (2014). Improving your exploratory factor analysis for ordinal data: A demonstration using FACTOR. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 19(5). Verfügbar online unter <http://pareonline.net/getvn.asp?v=19&n=5>.
- Bio, D. S., & Gattaz, W. F. (2011). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126, 265-269.
- Blaschke, D. (1986). Soziale Qualifikationen am Arbeitsmarkt und im Beruf. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 19(4), 536-552. Verfügbar unter [http://doku.iab.de/mittab/1986/1986\\_4\\_MittAB\\_Blaschke.pdf](http://doku.iab.de/mittab/1986/1986_4_MittAB_Blaschke.pdf)
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. In R. P. Liberman (Hrsg.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation* (S. 244-263). New York: Macmillan Press.
- Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Hrsg.), *Reading and understanding multivariate statistics* (S. 99-136). Washington, DC: American Psychological Association.
- Condrau, M., Müller, C., Eichenberger, A., Gossweiler, L., & Rössler, W. (2001). Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt. Evaluation des Berufsförderungskurses Zürich. *Psychiatrische Praxis*, 28, 270-274.
- Drake, R. E., & Becker, D. R. (1996). The individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Services*, 47, 473-475.
- Gaskin, C. J., & Happell, B. (2013). On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 511-21.
- Hoffmann, H., & Kupper, Z. (2003). Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 30, 312-317.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 50–65.
- Lehman, A. F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 21*(4), 645–656.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–50.
- Matschnig, T., Frottier, P., Seyringer, M.-E., & Frühwald, S. (2008). Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis, 35*, 271–278.
- Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z., & Brenner H. D. (2000). Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. Eine Standortbestimmung. *Fortschritte in der neurologischen Psychiatrie, 68*, 61–69.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology, 9*(1), 9–25.
- Reker, T. (1998). Krankheits- und Rehabilitationsverläufe schizophrener Patienten in ambulanter Arbeitstherapie. *Nervenarzt, 69*, 210–218.
- Reker, T., & Eikelmann, B. (1999). Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. *Psychiatrische Praxis, 26*, 218–223.
- R Development Core Team (2008). R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Cohen, M., & Davies, R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal, 33*(2), 99–112.
- Schönwälder, T., Kistler, E., & Sing, D. (1999). 13. Arbeitslose. In Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), *Material- und Analyseband zur sozialen Lage in Bayern 1998* (S. 499–550). München. Verfügbar online unter <http://www.arbeitsministerium.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas.internet/sozialpolitik/analyseband-kap13.pdf>.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452–64.



**Tabelle 1. Häufigkeiten von ICD-10 Diagnosen**

	n	Prozent
F20-F29 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	8	7.5
F30-F39 – Affektive Störungen	50	47.2
F40-F48 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	25	23.6
F60-F69 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	16	15.1
Übrige ICD-10 Diagnosen	7	6.5
Summe	106	99.9

**Tabelle 2. Teilnahme am Berufstraining als Eigenentscheidung, Richtigkeit der Entscheidung und Weiterempfehlung der ARTIS-Betriebe**

Frage	%		N
	Ja	Nein	
Die Teilnahme am Berufstraining war meine Entscheidung und mein Wunsch	94.3	5.7	105
Im Nachhinein war das Berufstraining für mich die richtige Entscheidung	90.8	9.2	109
Ich würde das ARTIS weiterempfehlen	96.2	3.8	106

**Tabelle 3. Zufriedenheit mit dem Betriebsklima**

Frage	%						N
	1	2	3	4	5	6	
Betriebsklima im eigenen Kleinbetrieb	2.8	3.7	0.0	10.1	33.9	49.5	109
Betriebsklima im gesamten ARTIS	2.8	0.9	0.0	10.3	44.9	41.1	107

1 = „Sehr unzufrieden“, 2 = „Unzufrieden“, 3 = „Eher unzufrieden“, 4 = „Eher zufrieden“, 5 = „Zufrieden“, 6 = „Sehr zufrieden“

**Tabelle 4. Wichtigkeit von Inhalten, in Bezug auf den Mittelwert in absteigender Reihenfolge**

Frage	%						Mittelwert	N
	1	2	3	4	5	6		
Training der sozialen und persönlichen Fähigkeiten	0.9	0.9	0.9	11.8	31.8	53.6	5.33	104
Ausbau meiner Stärken und Fähigkeiten	1.8	0.0	3.7	14.7	28.4	51.4	5.22	109
Erarbeitung beruflicher Perspektiven und Stellensuche	1.0	0.0	6.8	13.6	25.2	53.4	5.22	103
Training der fachlichen Fähigkeiten	0.0	1.8	6.4	11.8	32.7	47.3	5.17	104
Fachstelle für Berufliche Integration	0.0	2.0	4.1	16.3	38.8	38.8	5.08	49
Training der Arbeitshaltung und Verbindlichkeit	1.8	2.7	6.4	12.7	28.2	48.2	5.07	110
Auseinandersetzung mit meiner Lebens- und Arbeitsbiografie	1.9	2.8	11.1	16.7	33.3	34.3	4.80	108
Organisation von Betreuungs- und Behandlungsangeboten	1.9	2.9	11.5	17.3	36.5	29.8	4.73	104

1 = „Völlig unwichtig“, 2 = „Unwichtig“, 3 = „Eher unwichtig“, 4 = „Eher wichtig“, 5 = „Wichtig“, 6 = „Sehr wichtig“

**Tabelle 5. Wichtigkeit von Methoden, in Bezug auf den Mittelwert in absteigender Reihenfolge**

Frage	%						Mittelwert	N
	1	2	3	4	5	6		
Begleitung, Anleitung und Rückmeldung durch die Trainer	0.9	0.0	0.9	17.4	30.3	50.5	5.28	109
Schulungen (Lebenslauf und Bewerbung)	0.0	2.1	5.2	19.8	24.0	49.0	5.13	96
Einzelgespräche mit den Trainern	1.8	0.0	6.4	16.5	27.5	47.7	5.11	109
Fachliche Auftragsarbeit	0.0	2.8	3.8	15.1	39.6	38.7	5.08	106
Praktika und/oder Training im Betrieb	2.0	4.0	10.0	10.0	26.0	48.0	4.98	100
Begleitung und Rückmeldung durch die Trainingsmitarbeiter	2.8	0.0	7.5	19.6	34.6	35.5	4.90	107
Schlussbesprechung	1.0	1.9	9.5	33.3	31.4	22.9	4.61	105
Gruppengespräche im Arbeitsbereich unter Führung der Trainer	2.8	2.8	11.0	25.7	36.7	21.1	4.54	109
Morgenbesprechung	3.7	2.8	14.7	26.6	30.3	22.0	4.43	109
Einstiegsgruppe	2.9	8.6	20.0	20.0	23.8	24.8	4.28	105

1 = „Völlig unwichtig“, 2 = „Unwichtig“, 3 = „Eher unwichtig“, 4 = „Eher wichtig“, 5 = „Wichtig“, 6 = „Sehr wichtig“

**Tabelle 6. Verbesserungen, die die Personen durch das Arbeitstraining erfuhren; in Bezug auf den Mittelwert in absteigender Reihenfolge**

Frage	%						Mittelwert	N
	1	2	3	4	5	6		
Arbeitsmotivation	0.0	1.9	3.9	24.3	30.1	39.8	5.02	103
Allgemeine Lebenssituation und -qualität	1.0	1.9	3.8	24.0	38.5	30.8	4.89	104
Kommunikationsverhalten	1.0	2.0	4.0	23.8	44.6	24.8	4.83	101
Arbeitsleistung	1.0	1.0	2.9	26.5	47.1	21.6	4.82	102
Durchhaltevermögen und Ausdauer	1.0	1.90	1.9	32.4	35.2	27.6	4.82	105
Umgang mit anderen Personen	2.9	1.0	2.9	22.5	46.1	24.5	4.81	102
Zeiteinteilung und Pünktlichkeit	0.0	1.1	2.1	42.6	25.5	28.7	4.79	94
Arbeitstempo	0.0	1.9	3.9	31.1	42.7	20.4	4.76	103
Umgang mit Konflikten und Problemen	1.0	3.8	2.9	28.6	38.1	25.7	4.76	105
Selbstsicherheit	2.9	1.9	3.8	26.7	41.0	23.8	4.72	105
Psychische Gesundheit	0.9	5.7	4.7	24.5	39.6	24.5	4.70	106
Selbständigkeit	0.0	3.0	4.0	34.7	37.6	20.8	4.69	101
Konzentration und Gedächtnisleistung	0.0	1.0	3.9	39.8	36.9	18.4	4.68	103
Körperliche Gesundheit	2.8	4.7	9.4	37.7	31.1	14.2	4.32	106

1 = „Wesentlich verschlechtert“, 2 = „Verschlechtert“, 3 = „Eher verschlechtert“, 4 = „Eher verbessert“, 5 = „Verbessert“, 6 = „Wesentlich verbessert“

**Tabelle 7. Ladungen für Methoden und Inhalte, Cut-off der Ladungen  $a_{ij} > .38$**

	Ermächtigung	Gruppenangebote	Verbundenheit mit Trainer	$h^2$
Training der fachlichen Fähigkeiten	0.61			0.58
Training der sozialen und persönlichen Fähigkeiten	0.65			0.58
Training der Arbeitshaltung und Verbindlichkeit	0.60			0.50
Auseinandersetzung mit meiner Lebens- und Arbeitsbiographie	0.70			0.60
Ausbau meiner Stärken und Fähigkeiten	0.76			0.66
Erarbeitung beruflicher Perspektiven und Stellensuche	0.84			0.68
Fachliche Auftragsarbeit	0.54			0.56
Schulungen	0.67			0.51
Organisation von Betreuungs- und Behandlungsangeboten	0.54		0.39	0.59
Begleitung, Anleitung und Rückmeldungen durch die Trainer			0.54	0.62
Einzelgespräche mit den Trainern			0.75	0.74
Morgenrunde		0.86		0.71
Schlussbesprechung		0.68		0.58
Begleitung und Rückmeldung durch die Trainingsmitarbeiter		0.68		0.54
Gruppengespräche im Arbeitsbereich unter Führung der Trainer		0.66		0.60
<b>Aufgeklärte Varianz (%)</b>	<b>30.0</b>	<b>19.0</b>	<b>12.0</b>	
<b>Kumulative Varianz (%)</b>	<b>30.0</b>	<b>49.0</b>	<b>60.0</b>	

**Tabelle 8. Interkorrelationen der Hauptkomponenten für Methoden und Inhalte**

	Ermächtigung	Gruppenreflexion
Gruppenreflexion	0.49	
Beziehung zum Trainer	0.34	0.27

**Tabelle 9. Ladungen für etwaige Verbesserungen, Cut-off der Ladungen  $a_{ij} > .38$**

	Arbeitshaltung	Wohlbefinden	Soziale Fertigkeiten	$h^2$
Arbeitsmotivation	0.59			0.64
Arbeitstempo	0.88			0.73
Arbeitsleistung	0.80			0.69
Selbständigkeit	0.65			0.57
Zeiteinteilung und Pünktlichkeit	0.69			0.59
Selbstsicherheit		0.66		0.66
Psychische Gesundheit		0.82		0.75
Körperliche Gesundheit		0.85		0.68
Allgemeine Lebenssituation und -qualität		0.57		0.55
Umgang mit anderen Personen			0.72	0.70
Kommunikationsverhalten			0.79	0.75
<b>Aufgeklärte Varianz (%)</b>	<b>27.0</b>	<b>23.0</b>	<b>16.0</b>	
<b>Kumulative Varianz (%)</b>	<b>27.0</b>	<b>51.0</b>	<b>66.0</b>	

**Tabelle 10. Interkorrelationen der Hauptkomponenten für Methoden etwaige Verbesserungen**

	<b>Effizienz</b>	<b>Soziale Fertigkeiten</b>
<b>Soziale Fertigkeiten</b>	0.43	
<b>Wohlbefinden</b>	0.38	0.44