



## Masterarbeit

# Katamnestiche Triangulationsstudie zur beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Störungen

"Der hat es geschafft!"

**Birgit Quennoz Rohner**

Vertiefungsrichtung Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie

Schwerpunkt: Laufbahn- und Rehabilitationspsychologie

Fachliche Beratung: Dr. phil. Niklas Baer

Laufenburg, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## Abstract

Die Arbeit untersucht in Anlehnung an das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der WHO hilfreiche und hinderliche Faktoren bei der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Störungen aus Sicht der Betroffenen, mit dem Ziel, praxisrelevante Hinweise für die Arbeitsweise von Anbietern von Eingliederungsmassnahmen zu gewinnen. Berufliche Integration gilt als Indikator der schwer messbaren sozialen Integration, welche das übergeordnete Ziel von Rehabilitationsmassnahmen darstellt.

Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der empirischen Triangulationsstudie. Eine Fragebogenerhebung (n=119) verschaffte einen Überblick über den beruflichen Status ein bis sieben Jahre nach einer Eingliederungsmassnahme. Hauptergebnisse: Die Teilhabe an der Aktivität Arbeit hat zugenommen, allerdings vorwiegend dank der Integration in Beschäftigungsprogrammen. Zusammenhänge zwischen beruflicher Integration und der Art von absolvierter Eingliederungsmassnahme wurden untersucht, waren aber nicht nachweisbar (sehr kleine Stichproben). 60,19% der Befragten sind mit ihrer beruflichen Situation zufrieden. Zusammenhänge zwischen Form der Teilhabe und Zufriedenheit wurden untersucht, liessen sich aber nicht nachweisen.

Im qualitativen Teil der Studie wurden Texte und acht Interviews inhaltsanalytisch ausgewertet. Hauptergebnisse: Die Frage nach hinderlichen und förderlichen Faktoren lässt sich nicht generell beantworten. Ausgangslage und Verlauf sind individuell und erfordern ein hohes Mass an Flexibilität. Stehen trotz grosser psychischer Belastungen für die Betroffenen ihre somatischen Beschwerden im Vordergrund, führt dies zu therapeutischer Unterversorgung, welche das für den Rehabilitationserfolg wichtige Verhältnis zu den Bezugspersonen im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen sogar belasten kann. In den Interviews schälte sich insbesondere die Bedeutung der Vorgesetzten heraus. Sie sind wichtige Quellen für die Vermittlung von Wertschätzung und können zudem aktiv Stellen schaffen. Die Passung zwischen der zu integrierenden Person und dem Arbeitsumfeld könnte wichtiger für das Wohlbefinden und weitere Integrationsschritte sein, als die eigentliche Tätigkeit. Praktika sind besonders effizient, wenn sie an den vorhandenen Interessen und Fähigkeiten anknüpfen können. Um dies effektiv tun zu können braucht es vertieften Einblick in die Biografie und den Mut, von der Norm abweichende Berufswahlen zu unterstützen.

## Inhalt

Gliederungspunkt	Seite
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>Abkürzungen</b>	<b>V</b>
<b>Anhangsverzeichnis</b>	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Zielsetzung	1
1.3 Fragestellung	2
1.4 Aufbau und Methode	2
1.5 Abgrenzung	2
<b>2 Theoretischer Teil</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der WHO</b>	<b>3</b>
2.1.1 Funktionale Gesundheit, Teilhabe und Aktivität	4
2.1.2 Förderfaktoren und Barrieren	5
2.1.3 Psychische Störung und Teilhabe am Erwerbsleben	6
2.1.4 Arbeit und psychische Störungen	7
<b>2.2 Psychiatrische Rehabilitation</b>	<b>8</b>
2.2.1 Chronische Krankheit und Rehabilitation	8
2.2.2 Ziele der Psychiatrischen und der Beruflichen Rehabilitation	9
2.2.3 Rehabilitationsprozess in der Schweiz	11
2.2.4 Gesetzlicher Rahmen beruflicher Eingliederungsmassnahmen	12
2.2.5 Statistische Kennzahlen der IV	14
<b>2.3 Erfolg beruflicher Massnahmen und dessen Vorhersagbarkeit</b>	<b>15</b>
2.3.1 Voraussetzungen der Teilnehmenden	16
2.3.2 Interventionsbezogene Merkmale	17
2.3.3 Arbeitsumweltbezogene Merkmale	19
<b>2.4 Das Berufliche Trainingszentrum der Stadt Zürich</b>	<b>20</b>
2.4.1 Berufliche Massnahmen	21
2.4.2 Ausbildungen	22
2.4.3 Ergebnisse einer katamnestischen Studie aus dem Jahre 2003	22
<b>2.5 Ergebnisse qualitativer Studien</b>	<b>24</b>
2.5.1 Rückmeldungen integrierter und nicht-integrierter Rehabilitanden	24
2.5.2 Kriterien und Prozesse erfolgreicher Rehabilitation	26
<b>2.6 Überleitung zum Empirischen Teil</b>	<b>27</b>
<b>3 Empirischer Teil</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Untersuchungsdesign</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Methodentriangulation</b>	<b>28</b>
<b>4 Quantitative Untersuchung</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Forschungsfragen und Hypothesen</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Methode</b>	<b>30</b>

Gliederungspunkt	Seite
<b>4.3 Erhebungsinstrument und Ablauf der Untersuchung</b>	<b>31</b>
<b>4.4 Gütekriterien</b>	<b>32</b>
<b>4.5 Auswertung</b>	<b>33</b>
<b>4.6 Stichprobe</b>	<b>33</b>
<b>4.7 Ergebnisse</b>	<b>38</b>
4.7.1 Beschäftigungssituation Quer- und Längsschnitt	38
4.7.2 Hypothesenprüfung	40
<b>4.8 Berufliche Zufriedenheit</b>	<b>42</b>
4.8.1 Querschnittsdaten	42
4.8.2 Hypothesenprüfung	42
<b>5 Qualitative Untersuchung</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Forschungsfragen</b>	<b>44</b>
<b>5.2 Methode</b>	<b>45</b>
<b>5.3 Erhebungsinstrument und Ablauf der Untersuchung</b>	<b>46</b>
<b>5.4 Gütekriterien</b>	<b>47</b>
<b>5.5 Stichprobe</b>	<b>48</b>
<b>5.6 Auswertung</b>	<b>50</b>
<b>5.7 Ergebnisse</b>	<b>51</b>
5.7.1 Gründe für berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit	51
5.7.1.1 Kategorie „Interventionsbedingte Faktoren“	52
5.7.1.2 Kategorie „Personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden“	53
5.7.1.3 Kategorie „Gesellschaftliche Rahmenbedingungen“	53
5.7.1.4 Kategorie „Arbeitsumweltbedingte Merkmale“	54
5.7.2 Förderliche und hinderliche Faktoren für berufliche Integration	54
5.7.2.1 Menschen mit psychischen Störungen?	55
5.7.2.2 Beschäftigungssituation zum Erhebungszeitpunkt	56
5.7.2.3 Kategorie „Interventionsbedingte Faktoren“	56
5.7.2.4 Kategorie „Personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden“	58
5.7.2.5 Kategorie „Gesellschaftliche Rahmenbedingungen“	60
5.7.2.6 Kategorie „Arbeitsumweltbedingte Merkmale“	62
<b>6 Diskussion</b>	<b>64</b>
<b>6.1 Zusammenfassung des Theorieteils</b>	<b>65</b>
<b>6.2 Zusammenfassung und Interpretation der empirischen Ergebnisse</b>	<b>67</b>
6.2.1 Ergebnisse und Interpretation der Quantitativen Untersuchung	67
6.2.2 Ergebnisse und Interpretation der Qualitativen Untersuchung	71
<b>6.3 Zusammenfassende Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis</b>	<b>74</b>
<b>6.4 Auseinandersetzung mit Methode und Studiendesign</b>	<b>79</b>
6.4.1 Quantitative Untersuchung	79
6.4.2 Qualitative Untersuchung	80
6.4.3 Methodentriangulation	81
<b>6.5 Fazit und Ausblick</b>	<b>82</b>
<b>7 Literaturverzeichnis</b>	<b>83</b>
<b>Anhang</b>	<b>A</b>

**Abbildungsverzeichnis**

<b>Nr.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
1	Biopsychosoziales Gesundheitsmodell der WHO	3
2	Altersstruktur der Stichprobe bei Austritt	35
3	Einkommensquellen zur Existenzsicherung	36
4	Schulbildung/Ausbildung der Personen mit Lohnanteil im regulären Arbeitsmarkt	37
5	Situation vor Ein- und direkt nach Austritt, sowie zum Erhebungszeitpunkt	39
6	Integration nach „weichem“ Kriterium im Zeitverlauf	40

**Tabellenverzeichnis**

<b>Nr.</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
1	Kontextfaktoren der ICF	5
2	Rehabilitationsziele und Ziele beruflicher Rehabilitation	10
3	Übersicht über psychische Störungen nach ICD-10 Kapitel V (F)	11
4	Eingliederungsmassnahmen der IV	13
5	IV-Kennzahlen aus dem AHV-IV-Jahresbericht 2009	15
6	Gegenüberstellung der am häufigsten und am wenigsten bestätigten Prädiktoren beruflicher Integration	17
7	Veränderung der Beschäftigungssituation	23
8	Unterschiede zwischen integrierten und nicht integrierten Teilnehmenden in der Bewertung eines Integrationsprogrammes	25
9	Untersuchungsdesign und Forschungsfragen	28
10	Übersicht über Anzahl Teilnehmende/Programm und Rücklauf der Fragebogen	33
11	Anteil der Programme in der Stichprobe	34
12	Rücklauf nach Geschlecht	35
13	Schulbildung/Berufsausbildung der Stichprobe	36
14	Erfahrung von Arbeitslosigkeit in der Stichprobe	38
15	Personen mit Lohnanteil im regulären Arbeitsmarkt	48
16	Personen mit ALV-Bezügen	49
17	Gründe für berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit	52

## Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BTZ	Berufliches Trainings Zentrum
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
FoP-IV	Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz der Invalidenversicherung
IVV	Verordnungen der Invalidenversicherung
RAV	Regionale Arbeitsvermittlungszentren
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WISA	Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz

**Anhangsverzeichnis**

<b>Nr.</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
1	Begleitschreiben Fragebogenerhebung	A
2	Fragebogen katamnestische Vollerhebung	C
3	Deskriptive Ergebnisse	G
4	Kreuztabellen quantitative Auswertung	H
5	Kategoriensystem Forschungsfrage 3	M
6	Interviewleitfaden	P
7	Informationsschreiben Interviewpartnerinnen und –partner	T
8	Einverständniserklärung	V
9	Kategoriensystem Forschungsfragen 4 und 5	W

# **1 Einleitung**

## **1.1 Ausgangslage**

In der Schweiz stieg der Anteil der aufgrund psychischer Störungen neu erteilten Invaliditätsrenten (IV-Renten) zwischen 1990 und 2006 von 22 auf 38% (Flückiger, 2006, S. 69). Ähnliche Trends verzeichnen auch andere europäische Länder (Loos, Schliwen & Albrecht, 2009, S. VIII). Laut Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) sind im Jahr 2010 psychische Störungen Grund für rund 40% der IV-Renten. Ob dies daran liegt, dass die Zahl psychischer Störungen insgesamt tatsächlich zunimmt oder ob sie schneller zu Arbeitsplatzverlust und Invalidität führen als früher, sind zwei mögliche Erklärungen für das Phänomen (Gericke, 2010, S. 1). Kardorff & Ohlbrecht (2006, S. 21-22) nehmen beispielsweise an, dass die zunehmend verkürzte Halbwertszeit von Qualifikationen und die steigenden Anforderungen zur Zunahme psychischer Störungen bei Menschen im Erwerbsalter führen. Fasel, Baer & Frick (2010, S. 15-16) hingegen zitieren Studien, die zum Schluss kommen, dass „kein klarer Trend in Richtung Zunahme psychischer Störungen seit dem Zweiten Weltkrieg gefunden“ wurde – weder bei Erwachsenen, noch bei Kindern.

Aus dieser Ausgangslage entsteht das Interesse, sich als Psychologin mit der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Störungen zu befassen. Denn sollte deren Anteil an der Bevölkerung gar nicht zunehmen, wäre es umso erstaunlicher, dass psychische Krankheiten immer häufiger zu Berentung bzw. Beschäftigungslosigkeit führen. Mutlosigkeit könnte sich breit machen bei den Betroffenen und bei denen, welche in der Arbeitsrehabilitation beschäftigt sind. Und doch gibt es Menschen, die „es geschafft haben!“, wie eine Mitarbeiterin im Beschäftigungsprogramm bei der Erfassung von Fragebögen froh konstatierte.

## **1.2 Zielsetzung**

Die vorliegende Arbeit entsteht in Zusammenarbeit mit dem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) Zürich, einer Anbieterin von beruflichen Massnahmen für Personen mit vorwiegend psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Lern- und Leistungsfähigkeit. Einrichtungen wie das BTZ haben den Auftrag, das Interesse an möglichst tiefen Rentenzahlungen und das Bemühen der betroffenen Personen um Erwerbstätigkeit in Übereinstimmung zu bringen. Ziel der Masterarbeit ist es, aufgrund der Aussagen ehemaliger Programmteilnehmen-

den praxisrelevante Hinweise für den Übergang zwischen den angebotenen Massnahmen und der Integration in den regulären Arbeitsmarkt zu finden.

### **1.3 Fragestellung**

Die Masterarbeit orientiert sich an folgender Fragestellung: Was fördert und behindert Menschen mit psychischer Störung aus ihrer Sicht bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt? Im Zentrum steht also die Sicht der von psychischen Störungen betroffenen Personen auf ihre angestrebte oder erreichte Integration in den regulären Arbeitsmarkt.

### **1.4 Aufbau und Methode**

Die Annäherung an die Fragestellung erfolgt einerseits über theoretische Grundlagen und insbesondere Ergebnisse der Prädiktorenforschung, andererseits über die Befragung der Betroffenen im empirischen Teil der Arbeit. Im Theorieteil wird das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben, sowie der Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit untersucht. Danach werden die verschiedenen Funktionen von Arbeit sowie theoretische Grundlagen zur beruflichen Rehabilitation in der Schweiz dargelegt. Es folgen Aussagen zur Wirksamkeit beruflicher Massnahmen und der angenommenen Einflussfaktoren (Prädiktorenforschung). Im empirischen Teil kommen folgende Methoden zum Einsatz: Deskriptive und analytische statistische Methoden (Chi-Quadrat-Test) für die Auswertung einer katamnestischen Fragebogenerhebung (n=119) zur beruflichen Situation ehemaliger Programmteilnehmenden; Qualitative Inhaltsanalyse von Interviews mit psychisch kranken Menschen zu unterstützenden und hinderlichen Faktoren bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt. In der Diskussion werden die Ergebnisse des Theorieteils und der empirischen Untersuchung im Hinblick auf Fragestellung und Zielsetzung der Forschungsarbeit zusammengeführt, gefolgt von einem Fazit und Ausblick auf eventuell sich neu ergebende Fragen.

### **1.5 Abgrenzung**

Im Zentrum steht die Integration von Personen mit psychischen Störungen in den regulären Arbeitsmarkt der Schweiz, aus Sicht der Betroffenen. Es ist keine Evaluation der Wirksamkeit der BTZ-Programme, und auch kein Beitrag zur Prädiktorenforschung. Diagnosen bzw. Störungsbilder können bei der Datenerhebung aufgrund der Informationslage und des Umfangs der Arbeit nicht berücksichtigt werden.

## 2 Theoretischer Teil

### 2.1 Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der WHO

Grundlage und Bezugsrahmen für die vorliegende Arbeit ist das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der World Health Organization. (WHO) (2002, 2005). Auf diesem Modell basiert auch die noch in Aufbau befindliche Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Schuntermann, 2009). Sie stellen eine Ergänzung zu anderen Klassifikationssystemen dar, beispielsweise dem Klassifikationssystem für psychische Störungen, dem ICD (Dilling, Mombour & Schmid, 2009) und ihr wichtigste Ziel sei es, eine „gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen“ (Schuntermann, 2005, S. 26).

Wie die nachfolgende Abbildung 1 zeigt, ist das biopsychosoziale Gesundheitsmodell mit all seinen Wechselwirkungen sehr prozessorientiert und soll ältere, statischere Definitionen von Gesundheit durchaus ersetzen:

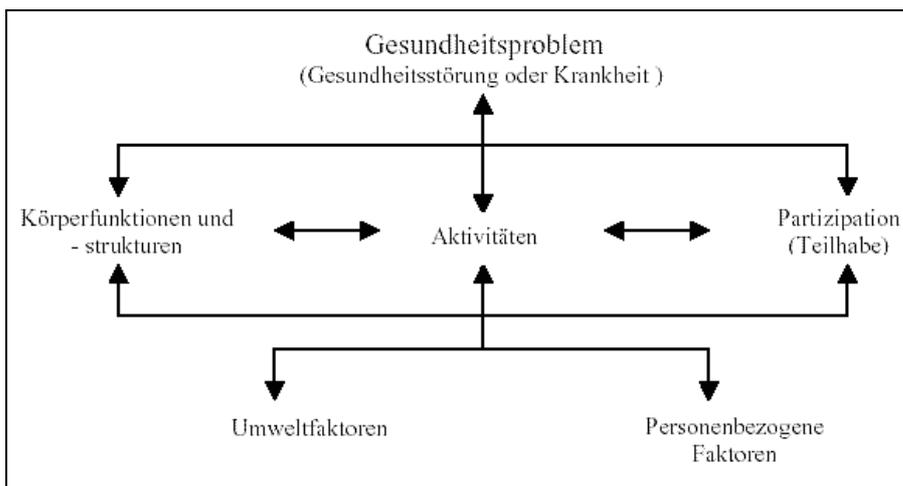


Abb. 1: Biopsychosoziales Gesundheitsmodell der WHO nach Schuntermann (2009)

Friboes et al. (2005, S. 3) sehen den Vorteil dieses Modells und der ICF darin, dass sie eine „komplexe Einschätzung der wesentlichen Komponenten von Gesundheit und Krankheit einschliesslich Aussagen zu Funktionen und Behinderungen, sowie zu Ressourcen des Patienten“ ermöglichen. Daher ist es nahe liegend, die noch zu beschreibenden Ordnungsprinzipien auch für die vorliegende Arbeit zu nutzen obwohl, wie Egger (2005) und Schüssler (2004; zit. nach Jäckel, Hoffmann & Weig, 2010, S. 30) feststellen, bislang erst in Ansätzen beschrieben werden kann, wie sich die einzelnen Komponenten zu einem ganzheitlichen Prozess verbinden und gegenseitig beeinflussen.

### 2.1.1 Funktionale Gesundheit, Teilhabe und Aktivität

Die ICF gehen vom Modell einer **funktionalen Gesundheit** aus und nicht von einem Zustand der Gesundheit im Gegensatz zum Zustand des Krank-seins. Funktionale Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person vor ihrem Lebenshintergrund (**Umwelt- und personenbezogene Faktoren**) in ihren körperlichen Funktionen – inklusiv des geistigen und seelischen Bereiches – und ihren Körperstrukturen allgemein anerkannten, statistischen Normen entspricht, sich also nicht in bedeutender Weise vom Durchschnitt der Bevölkerung unterscheidet. Die Person muss zu allen **Aktivitäten** in der Lage sein und zu allen ihr wichtigen Lebensbereichen Zugang haben (**Partizipation/Teilhabe**), zu welchen eine Person ohne Gesundheitsproblem in der Lage ist bzw. Zugang hat (Schuntermann, 2005, S. 16-17; Jäckel et al., 2010, S. 16).

Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren werden zusammenfassend oft als **Kontextfaktoren** bezeichnet (Schuntermann, 2005, S. 18). Ihre Bedeutung für die funktionale Gesundheit wird im Abschnitt 2.1.2 (Förderfaktoren und Barrieren) der vorliegenden Arbeit näher beschrieben, da sie für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit besonders wichtig sind.

#### Konzept der Aktivitäten

„Die Differenzierung zwischen Aktivität und Teilhabe ist konzeptioneller und nicht praktischer Art, jedoch notwendig zur Identifizierung von Kategorien in den relevanten Störungs- und Ressourcenbereichen einer Person bei Diagnostik, Rehabilitationszielen und Einleitung von Interventionen“ (Badley, 2008, zit. nach Jäckel et al., 2010, S. 39).

Das Konzept der Aktivitäten basiert im Ansatz auf der Handlungstheorie von Nordenfelt (2003, zit. nach Jäckel et al., 2010, S. 39). Nach dieser Theorie wird eine Person eine Handlung durchführen, wenn sie die dazu benötigten Leistungen erbringen kann, sie die Gelegenheit dazu hat und sie auch durchführen will.

Nach ICF ist eine Aktivität die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe durch eine Person. Die Aktivität kann unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit (capacity) betrachtet werden, dem unter idealen Bedingungen möglichen maximalen Leistungsniveau einer Person. Oder sie können unter dem Gesichtspunkt der Leistung (performance) betrachtet werden, was dem Niveau der tatsächlichen Durchführung einer Handlung unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen einer Person entspricht. Der Wille zur Erbringung der Leistung wird nach ICF vorausgesetzt. Ist hingegen der „mangelnde Wille zur Hand-

lung Ausdruck einer Krankheit, dann ist der mangelnde Wille eine Funktionsstörung“ (Schuntermann, 2005, S. 20; Jäckel et al., 2010, S. 38-39).

### Konzept der Partizipation oder Teilhabe

Nachfolgend wird der Begriff „Teilhabe“ verwendet, da er nach Auffassung der Verfasserin näher am allgemeinen Verständnis und emotionaler besetzt ist. Teilhabe meint „das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt.“ (Schuntermann, 2005, S. 22).

Teilhabe wird subjektiv erlebt und hat eine qualitative Dimension. Ueda und Saleeby (2003; zit. nach Schuntermann, 2005, S. 22) unterscheiden

- den erlebten Zugang zu und Integration in Lebensbereiche, und wie wohl sich die Person in ihnen fühlt und
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität in diesen Lebensbereichen und inwieweit in ihnen Anerkennung und Wertschätzung erlebt wird.

Ausserdem besitze Teilhabe eine menschenrechtliche Dimension, auf welche hier aber nicht weiter eingegangen werden kann.

#### 2.1.2 Förderfaktoren und Barrieren

„Förderfaktoren und Barrieren umfassen vorhandene oder fehlende Gegebenheiten in der materiellen und sozialen Umwelt, die die Funktionsfähigkeit und Teilhabe verbessern oder hemmen“ (Jäckel et al., 2010, S. 51-52). Mit den Kontextfaktoren ‚Umwelt- und Personenbezogene Merkmale‘ versucht die ICF, den gesamten Lebenshintergrund einer Person zu erfassen und zu klassifizieren, was bislang aber erst für die Umweltfaktoren geschehen ist (Schuntermann, 2005, S. 18). Es handelt sich beispielsweise um folgende Bereiche:

Tab. 1: Kontextfaktoren der ICF (nach Schuntermann 2005, S. 19) – eigene Darstellung

Umweltfaktoren (ICF-Klassifikation)	Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert)
Produkte und Technologien (Bsp. Medikamente)	Alter, Geschlecht, genetische Prädispositionen
Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (Bsp. Bauten, Strassen)	Charakter, Lebensstil, Umgang mit Gesundheitsstörung (Coping)
Unterstützung und Beziehungen (Bsp. Familie, Freunde, professionelle Helfende, Arbeitgeber)	Sozialer Hintergrund, Bildung, Ausbildung
Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (Bsp. gegenüber Teilzeitarbeit)	Beruf, Erfahrung
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	Motivation, Handlungswille, Mut

Die Kontextfaktoren in die Betrachtungen mit einzubeziehen hat nach Schuntermann (2005, S. 19) den grossen Vorteil, „dass untersucht werden kann, welche dieser Kontext-

faktoren als **Förderfaktoren** [Hervorhebung v. Verf.] (sich auf die funktionale Gesundheit, insbesondere die Teilhabe, positiv auswirkende Kontextfaktoren) bzw. als **Barrieren** [Hervorhebung v. Verf.] (sich auf die funktionale Gesundheit, insbesondere die Teilhabe, negativ auswirkende Kontextfaktoren) wirken, um diese Ergebnisse in die rehabilitativen Aktivitäten einzubeziehen“. Die Kontextfaktoren der ICF sind nach Schuntermann nicht mit dem häufig gebrauchten Ressourcen-Begriff gleichzusetzen, weil dieser je nach Definition auch Körperfunktionen und Fähigkeiten einer Person als Voraussetzung für bestimmte Aktivitäten mit einbeziehe.

Jäckel et al. (2010, S. 51) bemängeln, dass die ICF nicht zwischen objektiven und subjektiven Kontextfaktoren unterscheiden, da die subjektive Sicht einer Person auf ihre Potenziale und Begrenzungen in der Rehabilitationsplanung- und Durchführung von grosser Bedeutung sei.

### 2.1.3 Psychische Störung und Teilhabe am Erwerbsleben

Die ICF stellt den Willen zur Handlung nicht in Frage und 70-90% psychiatrischer Patienten und Patientinnen scheinen sich zumindest zu wünschen, erwerbstätig zu sein (Grove et al., 2005; zit. nach Baer & Fasel, 2009, S. 346). Für nur 5-30% psychisch Langzeitkranker geht dieser Wunsch in Erfüllung. Bei weniger stark beeinträchtigten Personen ist von einer Beschäftigungsrate zwischen 30 und 50% auszugehen (Baer, 2002, S. 45). Hoffmann (2004; zit. nach Kardorff & Ohlbrecht, 2010, S. 79) gehen - bezogen auf Deutschland - davon aus, dass nur 5,6% der von psychischen Störungen betroffenen Menschen vollbeschäftigt sind und weitere 6,5% Teilzeit arbeiten.

Menschen mit psychischen Störungen sind also weit häufiger ohne Arbeit als beispielsweise die Schweizer Durchschnittsbevölkerung. Für diese weist das Schweizerische Bundesamt für Statistik (BFS) für 2010 bzgl. Arbeitslosigkeit ein Jahresmittel von 3,9% aus. Die Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen am Erwerbsleben kann somit als eingeschränkt bezeichnet werden. Dies ist gravierend, da Erwerbstätigkeit als einer der wichtigsten psychischen Schutzfaktoren gilt (Baer & Fasel, 2009, S. 346), Menschen mit psychischen Störungen meist über ein sehr kleines soziales Netzwerk verfügen (Rössler, 2004, S. 10) und Arbeit überhaupt viele Funktionen hat:

Ein Team um Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel beobachteten in einem österreichischen Ort namens Mariantal die Veränderungen, welche der Verlust von Arbeit neben dem Entzug der Lebensgrundlage mit sich bringt und schlossen daraus auf verschiedene weitere Funk-

tionen der Arbeit: Arbeit strukturiere die Zeit, ermögliche soziale Beziehungen, vermittele Status, Sorge für Aktivität und binde das Individuum ein in die Verfolgung kollektiver Ziele (Jahoda et al., 1975). Diese Grundlagenstudie aus den 1930er Jahren über die Auswirkungen von Massenarbeitslosigkeit – und mit ihr einhergehender existentieller Armut - initiierte das heutige Bewusstsein für die zentrale Bedeutung von Arbeit.

#### 2.1.4 Arbeit und psychische Störungen

Von psychischen Störungen betroffene Menschen berichten, ihre seelischen Probleme wirkten sich vor allem auf folgende arbeitsbezogene Bereiche negativ aus:

- ihre Leistungsfähigkeit (Schwankungen, geringer Output und fehlende Konzentration)
- soziale Ängste, Unsicherheits- und Hilflosigkeitsgefühle (mangelndes Selbstwertgefühl), Versagensängste
- Fehlzeiten
- Soziale Beziehungen (Bähr, Bungard & Kupke, 1989, S. 46; Waschkowski, 1990; zit. nach Baer, 2002, S. 42)

Arbeitgeber berichten ihrerseits über verringerte Belastbarkeit in hektischen Situationen, einen erhöhten Bedarf an Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme, eine verminderte Arbeitsleistung und Schwankungen in Konstanz und Zuverlässigkeit (Hubschmid & Schaub, 1988; zit. nach Baer, 2002, S. 42), bzw. Fehlzeiten. Arbeitsgenauigkeit und Zuverlässigkeit liessen zu wünschen übrig und ihr Sozialverhalten führe zu Störungen im Geschäftsbetrieb (Bähr et al., 1989, S. 46). Die Einschätzungen der Betroffenen und ihrer Arbeitgeber stimmen also im Kern überein.

Warr (1987; zit. nach Baer, 2002, S. 22) definiert Merkmale der Umgebung, welche Einfluss auf die Befindlichkeit eines Menschen haben, auch an seinem Arbeitsplatz:

- Wahrgenommene Kontrollierbarkeit z.B. der Arbeitsbedingungen
- Vorhandene Möglichkeiten, Fähigkeiten einzubringen und zu entwickeln
- Transparenz bzgl. Erwartungen an die eigenen Person und Zukunft des Betriebes
- Wertschätzung aufgrund Stellung in der Hierarchie
- Höhe des Einkommens im Vergleich zu anderen Mitarbeitenden
- Abwechslung bzgl. Arbeitsumgebung und Tätigkeiten; Physische Arbeitsbedingungen (Lärm, Temperatur, Licht, Ausrüstung, etc.).

Baer (2002, S. 41-42) kommt zum Schluss, dass gerade für Menschen mit psychischer Störung die Erfahrung von Kontrollierbarkeit und Selbstwirksamkeit am Arbeitsplatz besonders wichtig ist, ebensosehr wie die subjektiv wahrgenommene Bedeutung der Tätigkeit. Bähr et al. (1989, S. 47) halten aufgrund von Interviews mit Betroffenen fest, dass vor allem Kollegen und Vorgesetzte als wichtige Vertrauenspersonen und Unterstützung (Vor-

gesetzte bzgl. Leistung und Mitarbeitende für das Arbeitsklima) akzeptiert werden. Ihre Unterstützung wird von den Betroffenen als wichtiger eingestuft als der Support professioneller Unterstützungspersonen, welche nur ab und zu am Arbeitsort präsent sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychische Störungen sich also (auch) im zentralen Lebensbereich Arbeit manifestieren. Sie verändern die Leistungsfähigkeit in verschiedener Hinsicht, von der Bereitschaft zur Leistung ist aber meist auszugehen. Je nach Tätigkeit und Arbeitsbedingungen kann sich Arbeit positiv oder negativ auf das Wohlbefinden auswirken; sie kann Förderfaktor oder Barriere sein. Arbeitslosigkeit stellt aber die grösste, mit Beschäftigung in Zusammenhang stehende Belastung dar (Baer, 2002, S. 43; Bähr et al., 1989, S. 43), welcher Menschen mit psychischen Störungen oft ausgesetzt sind.

## **2.2 Psychiatrische Rehabilitation**

In diesem Abschnitt werden sowohl die Besonderheiten chronischer Krankheiten und der Rehabilitationsbegriff definiert. Anschliessend werden die Ziele der psychiatrischen und beruflichen Rehabilitation beschrieben, gefolgt von Informationen des Rehabilitationsprozesses in der Schweiz und des geltenden gesetzlichen Rahmens.

### 2.2.1 Chronische Krankheit und Rehabilitation

#### Chronische Krankheit allgemein und psychische Störungen im Speziellen

Psychische Störungen zählen zu den chronischen Krankheiten, ebenso wie beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Krebserkrankungen (Gerdes & Weis, 2000, S. 42-45). Chronische Krankheiten zeichnen sich dadurch aus, dass nur selten eine vollständige Heilung möglich sei. Krankheit sei dann kein Ausnahmezustand mehr, in welchem sich der oder die Betroffene vorübergehend befinde und die Person bis zur Heilung von den üblichen Rollenverpflichtungen entbinde. Hingegen müsse gesellschaftlich geregelt werden, welche Verpflichtungen und Rechte sich aus der chronischen Krankheit ergäben.

Kisker und Bauer (1987, zit. nach Baer, 2002, S. 95) nennen als für die Rehabilitation wichtigen Unterschied zwischen psychischen Störungen und chronischen körperlichen Beeinträchtigungen, dass jene von der Umwelt nicht klar zu erkennen seien und demzufolge auch schwerer akzeptiert würden. Die Betroffenen erhielten weniger spontane Hilfe und liefen Gefahr, isoliert zu werden. Auch sei ihre Fähigkeit, die eigene Hilfsbedürftigkeit einzusehen und vorhandene Hilfsmittel zu nutzen, eingeschränkt. Wasilewski (1991, zit. nach Baer, 2002, S. 158) ergänzt, dass Menschen mit psychischen Störungen vor allem in

der Erfüllung ihrer sozialen Rollen eingeschränkt seien. Der Verlauf sei wechselhaft, schwer vorhersehbar, und oft sei mit langfristigem Rehabilitationsbedarf zu rechnen.

### Definition Rehabilitation

„Ein moderner Rehabilitationsbegriff orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenem Leiden oder des Alterns. Unter Rehabilitation sind in diesem Kontext Bemühungen zu verstehen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren“ (Bengel & Koch, 2000, S. 9).

Rehabilitation ist die Klasse von Interventionen, „die notwendig und geeignet sind, Aktivitäten und Teilhabe zu erhalten oder wiederherzustellen und Beeinträchtigungen zu begegnen, soweit diese aufgrund relevanter Funktionsstörungen aufgehoben, eingeschränkt oder bedroht sind“ ( Jäckel et al., 2010, S. 18).

Die Entwicklung von Rehabilitationsangeboten für Menschen mit psychischen Störungen gilt als Folge der Psychiatriereform Mitte des 20. Jahrhunderts (Jäckel et al., 2010, S. 15; Rössler, 2004, S. 8). Die betroffenen Menschen konnten oft nicht voll in das der Norm entsprechende Leben in der Gemeinschaft integriert werden. Die vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen orientierten sich vor allem an den Bedürfnissen körperlich kranker Menschen. „Klinifizierung und Enthospitalisierung mit immer kürzeren Verweildauern in den zu Akutkliniken gewandelten Fachkrankenhäusern und den neu eingerichteten psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus erzeugten den Bedarf an alternativen Versorgungsstrukturen und Integrationshilfen“ (Jäckel et al., 2010, S. 15).

#### 2.2.2 Ziele der psychiatrischen und der beruflichen Rehabilitation

Bezogen auf die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen könne es sich dabei um eine aktive Beeinflussung von Ressourcen und Verhalten handeln, welche zu einer Verbesserung der funktionalen Gesundheit und der Aufrechterhaltung oder der Wiederherstellung von Aktivitäten und Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen beitrage. Davon abzugrenzen sei die umweltzentrierte oder prothetische Rehabilitation, bei der die Teilhabe trotz bestehender Einschränkungen durch äussere Hilfen ermöglicht werde (Jäckel et al., 2010, S. 18).

Berufliche Rehabilitation ist als Teil der psychiatrischen Rehabilitation zu verstehen. Abschnitt 2.2.3 wird den Rehabilitationsprozess in der Schweiz genauer beschreiben.

Tab. 2: Rehabilitationsziele und Ziele beruflicher Rehabilitation

Rehabilitationsziele allgemein (Bengel & Koch, 2000, S. 10)	Rehabilitationsziele in der psychiatrischen Rehabilitation (Jäckel et al., 2010, S. 21)	Ziele beruflicher Rehabilitation (Jäckel et al, 2010, S. 21)
Verringerung der Einschränkung bzw. Beeinträchtigung	Verbesserung der Krankheitsbewältigung	Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (ICF-Konzept der Aktivitäten)
Stabilisierung bzw. Verlangsamung der Progression der Krankheit	Hebung der Lebensqualität	Nachhaltige Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt (ICF-Konzept der Partizipation)
Förderung einer wünschenswerten Anpassung an den gegebenen Zustand	Selbsteilungskräfte stärken	Eingliederung in besondere Arbeitsverhältnisse, sollte Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich sein
Vermitteln und trainieren kompensatorischer Leistungen	Verlaufsprognose verbessern	
Funktionsgünstige Gestaltung der persönlichen Umwelt	Reduktion Dauer und Häufigkeit stationärer Behandlung	

Bengel und Koch (2000, S. 10; Baer, 2002, S. 141) bezeichnen die soziale Integration der betroffenen Person, also die Optimierung ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, als allgemein anerkanntes und oberstes Ziel der Rehabilitation, welches noch über den in Tabelle 2 aufgeführten Zielsetzungen steht. Darunter sei nicht allein eine Anpassungsleistung der chronisch kranken Person an die Gesellschaft zu verstehen, sondern auch die erforderliche Gestaltung der Umwelt in einer Weise, das Leben mit den gegebenen Funktionseinschränkungen zu erleichtern. Soziale Integration meint „allgemein das Ausmass, in dem Menschen mit psychischen Störungen an den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Selbstversorgung sowie Freizeit partizipieren können. Bislang existieren im psychiatrischen Kontext keine einheitlichen Definitionen für die Konzepte der sozialen Inklusion und Exklusion“ (Morgan et al., 2007; Priebe, 2007; zit. nach Jäckel et al. 2010, S. 38).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen zwar die Betroffenen und ihr Verhalten (also personenbezogene Faktoren) ins Zentrum stellen. Es hängt aber stark von den Bedingungen der Umwelt als weiterer Kontextfaktor ab, ob das oberste Ziel - die soziale Integration - erreicht werden kann.

### 2.2.3 Rehabilitationsprozess in der Schweiz

„Rehabilitation kommt bei psychischen Störungen dann infrage, wenn die relevanten Funktionsstörungen auf einer psychischen Störung im Sinne ICD-10 Kapitel V (F) beruhen (Dilling et al., 2009) und somit die Zuständigkeit des medizinischen Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie gegeben ist“ (Jäckel et al., 2010, S. 18). Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Einteilung der verschiedenen Gruppen von Störungsbildern:

Tab. 3: Übersicht über psychische Störungen nach ICD-10 Kapitel V (F)  
(Dilling et al., 2009, S. 37-54)

ICD-10	Kurzbeschreibung, Beispiele
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (u.a. Demenzen oder Hirnschädigungen aufgrund Verletzungen/Krankheiten)
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen)
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen (u.a. Depressionen, bipolare Störungen)
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (u.a. Ängste, Zwänge)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (u.a. Essstörungen, Schlafstörungen)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen (u.a. Lese- und Rechtschreibstörungen, Autismus)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Jugend- und Kindheit

Der Anteil der Bevölkerung, der innerhalb eines Jahres zumindest einmal an einer krankheitswertigen psychischen Störung leidet (Jahresprävalenz), beträgt je nach Diagnosekriterien und Untersuchung zwischen 23 und 32% (Fasel et al., 2010, S. 15). Am häufigsten scheinen Angststörungen zu sein, gefolgt von affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schmerzstörungen, Substanzabhängigkeiten und Psychosen. Diese Darstellung ist stark vereinfacht und berücksichtigt nicht das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten. Deutlich wird, wie heterogen die Gruppe von Menschen mit psychischen Störungen ist und wie unterschiedlich ihre Einschränkungen und Bedürfnisse sind.

Nicht alle diese Menschen empfangen eine IV-Rente oder Rehabilitationsmassnahmen. Neben der Diagnose müsse Rehabilitationsbedarf bestehen, die Person rehabilitationsfähig sein und eine günstige Rehabilitationsprognose vorliegen (Jäckel et al., 2010, S. 18).

Die Rehabilitation psychisch und/oder physisch beeinträchtigter Menschen erfolge in der Schweiz häufig nach einem impliziten Stufenmodell (Baer, 2002, S. 153-155, in Anlehnung an Heim, Landert & Panchaud, 1993) in fünf Phasen: Medizinische Rehabilitation (I), Stabilisierung (II), Belastungs- und Leistungserprobung sowie berufliche und individuelle Förderung (III), Eingliederung an einem geschützten oder teilgeschützten Arbeitsplatz (IV) und schliesslich Bewährung an einer Arbeitsstelle im allgemeinen Arbeitsplatz. (V). Schuntermann (2005, S. 15) zählt die medizinische Behandlung nicht zum Rehabilitationsprozess.

Kritiker sehen in dieser Aufsplitterung des Rehabilitationsprozesses - welcher aufgrund der Abgrenzung der Kostenträger (Kranken- und Unfallversicherungen, Invalidenversicherung, Sozialhilfe) mit häufigem Wechsel der Bezugspersonen und Entscheidungsträger einher geht - mit einem Grund, warum so wenigen chronisch psychisch kranken Menschen die (Wieder-) Eingliederung in die Arbeitswelt gelingt (Baer, Domingo & Amsler, 2004, S. 24). Auch sei es für die Rehabilitation von Menschen mit psychischer Störung unpassend, dass diese in geschützten Werkstätten über längere Zeit ihre Belastbarkeit unter Beweis stellen müssten, bevor die IV weitere Fördermassnahmen bewillige. Dieses Verweilen führe oft dazu, dass das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten weiter sinke und damit eine Chronifizierung der Erkrankung fördere (ebd., S. 449; Baer, 2002, S. 155-156). Diese harsche Kritik bezieht sich auf die Zeit vor der 5. IV-Revision 2007. Abschnitt 2.2.5 wird zeigen, dass inzwischen bezüglich der Nutzung sogenannter Eingliederungsmassnahmen Veränderungen stattgefunden haben.

Jäckel et al. (2010, S. 23) betonen, dass berufsbezogene Problemlagen bereits während der kurativen Behandlung erkannt und Massnahmen getroffen werden müssten, welche der Desintegration aus der Arbeitswelt entgegenwirkten. Damit könne die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung erhöht werden.

#### 2.2.4 Gesetzlicher Rahmen beruflicher Eingliederungsmassnahmen

Alle in der Schweiz wohnhaften oder in der Schweiz erwerbstätigen Personen, die aufgrund eines körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschadens für längere Zeit (ab etwa einem Jahr) erwerbsunfähig sind oder ihren bisherigen Aufgabenbereich nicht mehr erfüllen können, gelten als invalide bzw. von Invalidität bedroht und können Unterstützung durch die IV beantragen. Diese ist seit 1960 Teil des Schweizer Sozialversicherungssystems und nach dem Vorbild der Altersvorsorge (AHV) aufgebaut. Für Angehörige

anderer Staaten und im Ausland tätige Personen gelten besondere Regelungen. Die Invalidenversicherung soll Sorge tragen, „dass Menschen mit einer Behinderung durch berufliche Eingliederungsmassnahmen oder Geldleistungen eine Existenzgrundlage haben“ (Piller, 2006, S. 55). Dabei gelte der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“.

Die aktuellen rechtlichen Grundlagen der beruflichen Integration in der Schweiz sind im Bundesgesetz der Invalidenversicherung (IVG) und den entsprechenden Verordnungen (IVV) festgehalten. Die letzte Änderung des IVG trat mit der Volksabstimmung vom 17. Juni 2007 in Kraft (genannt die 5. IV-Revision). Sie sollte die negative finanzielle Bilanz der Invalidenversicherung verbessern, unter anderem durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer zugunsten der IV und eine Reduzierung der neuen Berentungen: Bundesrat Schmid und Bundeskanzlerin Huber-Hotz (2005) schreiben in ihrer „Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 22. Juni 2005“: „Zur Dämpfung der steigenden Zahl der Neurenten ist ein System zur Früherfassung und Frühintervention vorgesehen. Ausserdem sind Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung und die Ausweitung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen geplant“.

Die Reduzierung des Defizits sollte gemäss Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) teilweise durch neue Massnahmen erreicht werden, wohingegen die in Arbeit befindliche 6. IV-Revision vorwiegend auf Einsparungen setzt. Ziel ist es, das nach wie vor bestehende Finanzdefizit der IV bis zum Jahre 2018 auszugleichen. Tabelle 4 zeigt schematisch, um welche Art von Massnahmen es sich handelt, gefolgt von einer genaueren Beschreibung der einzelnen „Produkte“:

Tab. 4: Eingliederungsmassnahmen der IV

Arten von Eingliederungsmassnahmen und Zweck	„Produkte“
Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung beruflicher Massnahmen oder Rückkehr der versicherten Person in den Arbeitsmarkt	Kategorie 1: Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation zur Schulung von Fähigkeiten durch Trainings bzw. Support am Arbeitsplatz
	Kategorie 2: Beschäftigungsmassnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Tagesstruktur
Massnahmen beruflicher Art zur (Wieder-) Eingliederung, vorgängig zu einer eventuellen Rentenprüfung (Eingliederung vor Rente)	Berufsberatung, Aus- und Weiterbildungen, Umschulung, Unterstützung bei Arbeitsvermittlung und Einarbeitungszuschüsse an Arbeitgebende, etc.

## Integrationsmassnahmen

„Die im Rahmen der 5. IV-Revision eingeführten Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG) sind im Besonderen für Versicherte bestimmt, die infolge psychisch bedingter Probleme seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig sind. Sie sollen die notwendigen Voraussetzungen für eine Massnahme beruflicher Art oder für die Rückkehr der versicherten Person auf den Arbeitsmarkt schaffen“ (<http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/index.html>).

Unterschieden werden zwei Kategorien von Integrationsmassnahmen:

Kategorie 1: **Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation** ermöglichen die Schulung von Fähigkeiten wie die Angewöhnung an den Arbeitsprozess, soziale Eingliederung und Motivation. Diese Fähigkeiten werden vor allem durch Belastbarkeitstraining, Aufbau-training und wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA) gefördert. Die Teilnahme an diesen Massnahmen setzt ein Eingliederungspotenzial voraus.

Kategorie 2: **Beschäftigungsmassnahmen** meinen Arbeit zur Zeitüberbrückung und dienen damit dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit und der Tagesstruktur. Diese Massnahmen richten sich an Personen, die bis zu ihrer Umschulung oder bis zum Antritt einer neuen Stelle ihre Arbeitsfähigkeit verlieren oder unter der fehlenden Tagesstruktur leiden könnten.

### Massnahmen beruflicher Art

„Bevor die IV-Stelle die Prüfung der Rente in Angriff nimmt, muss die Möglichkeit einer (Wieder-)Eingliederung abgeklärt sein. Die Palette möglicher beruflicher Eingliederungsmassnahmen sowie akzessorischer Leistungen umfasst: Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, berufliche Weiterbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe, sowie Taggeld- und Reisekostenvergütung“ (ebd.).

Weitere berufliche Massnahmen nach Artikel 18 des IVG sind: Die Unterstützung arbeitsunfähiger, aber eingliederungsfähiger Versicherter bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz; Einarbeitungszuschüsse an Arbeitgebende; allfällige Entschädigungen für Mehrkosten bei der obligatorischen beruflichen Vorsorge bzw. Krankentaggeldversicherungen in der Folge erneuter Arbeitsunfähigkeit.

#### 2.2.5 Statistische Kennzahlen der IV

Tabelle 5 gibt an, wie sich gemäss des AHV-IV Jahresberichtes vom 31. Mai 2010 für das Jahr 2009 die Ausgaben für Rentenzahlungen, Integrationsmassnahmen, berufliche Massnahmen sowie das Defizit in den Jahren 2008 und 2009 entwickelt haben.

Tab. 5: IV-Kennzahlen (in Mio.) aus dem AHV-IV-Jahresbericht 2009

	2008	2009	Veränderung in %
Ordentliche Renten	4'808 Mio. CHF	4'831 Mio. CHF	+ 4,7%
Integrationsmassnahmen	3 Mio. CHF	14 Mio. CHF	+ 466,6 %
Berufliche Massnahmen	362 Mio. CHF	426 Mio. CHF	+ 17,7%
Defizit	1'362 Mio. CHF	1'126 Mio. CHF	- 17,3 %

Die Reduzierung des Defizits ist auch der geringeren Zinsbelastung zuzuschreiben, welche im gleichen Zeitraum von 345 auf 189 Millionen Franken gesunken ist (ebd.). Die Ausgaben für berufliche Massnahmen sind um 17,7% gestiegen. Den stärksten Anstieg verzeichnen zwar eindeutig die Integrationsmassnahmen, aber in Relation zu den anderen Beträgen fallen sie nach wie vor kaum ins Gewicht.

Die IV-Statistik für das Jahr 2009 des BSV gibt an, dass 5% der Schweizer Gesamtbevölkerung eine IV-Rente (Voll- und Teilrenten) erhielten. Zwischen dem 50. Lebensjahr und dem Pensionsalter steigt der Anteil auf 10%. Die zahlenmässig insgesamt 1'500 Integrationsmassnahmen und 17'800 beruflichen Massnahmen entfallen vornehmlich auf Personen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr (ebd.).

Aber wie erfolgreich sind die ergriffenen Massnahmen, insbesondere die beruflichen Massnahmen, und wer erhält sie? Gibt es Faktoren, anhand derer sich die potentielle Eingliederungsfähigkeit voraussagen lässt?

### 2.3 Erfolg beruflicher Massnahmen und dessen Vorhersagbarkeit

Baer, Frick & Fasel (2009, S. XXI - XXIII) stellen in einer Dossieranalyse im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV) fest, dass bei Menschen mit psychischen Störungen insbesondere Personen unter 30 berufliche Massnahmen gewährt bekämen, wodurch Störungsbilder mit frühem Beginn bzw. Geburtsgebrechen bevorzugt würden. Störungsbilder mit hoher Prävalenz (wie beispielsweise Schmerzstörungen oder Depressionen), welche oft aber erst im späteren Verlauf des Lebens auftraten, seien in den Programmen zur beruflichen Integration untervertreten. Es gebe auch zu wenige, auf diese Indikationen zugeschnittene Angebote. Laut dieser Untersuchung, waren 31% der Personen mit psychischen Störungen, welche eine berufliche Massnahme erhalten hatten, 2 Jahre nach deren Abschluss zumindest teilerwerbsfähig. Mehr als die Hälfte hingegen erhielt bereits eine Rente oder wartete noch auf eine Ent-

scheidung. Allerdings seien auch vor der Massnahme 28% der Personen teilerwerbstätig gewesen.

Für das Angebot und die Ausgestaltung rehabilitativer Massnahmen und Programme gelte das ökonomische Prinzip der Knappheit der Güter (Neubauer & Nowy, 2000, S. 240). Mit den begrenzt vorhandenen Mitteln solle ein Maximum an Nutzen erzielt werden (Maximalprinzip), bzw. solle ein vorgegebenes Nutzenniveau mit möglichst geringem Mitteleinsatz erreicht werden (Sparsamkeitsprinzip oder Minimalprinzip). Es besteht also „ein grosses Interesse darin, aufgrund von Vorinformation das Ergebnis von Rehabilitation möglichst präzise und dabei ökonomisch vorhersagen zu können“ (Waldmann, 2000, S. 267).

In den nachfolgenden Abschnitten wird beschrieben, welchen Faktoren laut Forschungsergebnissen eine erfolgreiche Rehabilitation begünstigen. Zunächst werden Ergebnisse der Prädiktorenforschung aufgeführt, die vornehmlich untersucht, anhand welcher Merkmale der Programmteilnehmenden sich der Erfolg vorhersagen lassen könnte. Es folgen Ausführungen zum Einfluss der Ausgestaltung der Integrationsprogramme und der Merkmale der Arbeitsumgebung auf den Erfolg.

In der darauf folgenden Diskussion werden diese Annahmen den Ergebnissen der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Untersuchung gegenübergestellt, welche den Schwerpunkt auf die subjektive Sichtweise von ehemaligen Teilnehmenden eines Integrationsprogrammes legt.

### 2.3.1 Voraussetzungen der Teilnehmenden

Bei den untersuchten Vorinformationen (nachfolgend Prädiktoren genannt) handelt es sich oft um personenbezogene Merkmale (beispielsweise sozioökonomischer Status, psychosoziale Personenmerkmale oder medizinische Parameter), welche neben der Massnahme selbst Einfluss auf das Ergebnis haben (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2000, S. 306).

Watzke, Galvao, Gawlik, Hühne & Brieger (2006, zit. in Jäckel et al., 2010, S. 42) kommen zum Schluss, dass sich der Erfolg beruflicher Integrationsmassnahmen nicht allein an personenbezogene Merkmalen wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder Diagnose vorhersagen lässt. Sie seien aber insofern bedeutsam, als sie die individuelle Responsivität auf arbeitsrehabilitative Interventionen beeinflussten.

In einer Studie zu 101 Personen mit psychischen Störungen kommt das gleiche Forscherteam (Watzke et al., 2005, S. 208-214) zum Schluss, dass objektivierbare Faktoren - wie

beispielsweise ein höheres Funktionsniveau, eine geringere Dauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit, eine gute arbeitsbezogene Anpassung und ein geringes Alter (jeweils bei Beginn der Massnahme) - mehr Vorhersagekraft haben als subjektive Befindlichkeiten der Person selbst in Bezug auf ihre Wiedereingliederung.

Kemmer & Steier-Mecklenburg (2010, S. 188) stellen die in Studien am häufigsten und am wenigsten häufig bestätigten Prädiktoren wie folgt zusammen:

Tab. 6: Gegenüberstellung der am häufigsten und am wenigsten bestätigten Prädiktoren beruflicher Integration

Variablen, die sich in mehr als drei Studien als signifikante Prädiktoren bestätigen	Variablen, die in mindestens drei Studien keinen signifikanten Zusammenhang aufweisen
Soziale Fertigkeiten	Bildung
Allgemeine prämorbidie Anpassung	Geschlecht
Prämorbidie berufliche Performanz	Diagnose
Psychiatrische Symptomatik	
Kognitives Funktionsniveau	

Jäckel et al. (2010, S. 42-43) geben folgende Übersicht über die als gesichert geltenden Prädiktoren:

- Je besser die kognitiven Fähigkeiten wie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung, desto wahrscheinlicher der Erfolg
- Ein höheres Ausbildungsniveau und eine längere Dauer vorangegangener Beschäftigung wirken sich ebenfalls positiv aus.
- Das beobachtete Arbeitsverhalten hat einen Einfluss, sowie
- Motivation, Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit

Ob eine berufliche Massnahme Erfolg versprechend ist oder nicht, lässt sich also schwerlich aufgrund der Aktenlage vorhersagen. Manche der oben genannten Prädiktoren – beispielsweise die sozialen Fertigkeiten oder das beobachtete Arbeitsverhalten – sind vor Beginn einer beruflichen Massnahme gar nicht bekannt.

### 2.3.2 Interventionsbezogene Merkmale

In Literatur, Forschung und Praxis wird häufig zwischen den Interventionsansätzen „first train - then place“ (Training in einer besonderen Arbeitsumgebung mit anschliessender Unterstützung bei der Integration in ein angemessenes Arbeitsverhältnis) und „first place – then train“ (Unterbringung in einem Arbeitsverhältnis auf dem regulären Arbeitsmarkt, begleitet und unterstützt von einer Fachperson; das bekannteste Konzept ist das so genannte „Supported Employment“) unterschieden (Jäckel et al., 2010, S. 41).

Der in Abschnitt 2.2.3 beschriebene quasi phasenweise Ablauf des Rehabilitationsprozesses in der Schweiz – und anderen europäischen Ländern - entspricht grundsätzlich eher dem „first train – then place“ Ansatz, welcher zunehmend in die Kritik gerät. Die berufliche Wiedereingliederungsrate arbeitsrehabilitativer Programme innerhalb dieses Ablaufes liegt nach Bond et al. (2008, zit. in Jäckel et al., 2010, S. 41) bei maximal 30%, und die Integration sei nicht nachhaltig.

Diese Forschungsergebnisse sind für die Versorgungsplanung und die Konzeption rehabilitativer Einrichtungen von grosser Bedeutung (Jäckel et al., S. 127), in der Praxis haben sie sich aber im deutschsprachigen Raum (noch) nicht durchgesetzt. Auch ist unklar, welchen Einfluss die Gegebenheiten des lokalen Arbeitsmarktes oder gesetzliche Rahmenbedingungen (z.B. der Kündigungsschutz, Quotenregelungen) haben. Darum lohnt es sich nach Meinung der Verfasserin - auch im Hinblick auf die Fragestellung - genauer anzuschauen, wovon die Programmteilnehmenden auch in „first train – then place“ Programmen aus ihrer Sicht profitieren, welche Art von Personal in Einrichtungen zur beruflichen Integration gebraucht wird, und nach welchen Grundsätzen es arbeiten sollte.

Die Evaluation eines Berufsförderkurses in der Schweiz (Baer, 2002, S. 300) ergab eine Integrationsrate in den regulären Arbeitsmarkt (Erwerbstätigkeit und Ausbildungen zusammen) von 58% nach 18 Monaten (n=107). Sie lag nach 18 Monaten höher als die Beschäftigungsrate direkt im Anschluss an das Programm (45%). Die Teilnehmenden waren also durchaus befähigt, sich selbst eine Stelle zu suchen, manche verloren sie aber auch wieder. Dem könnten eine arbeitsplatznahe Nachbegleitung und Praktika zur begleiteten Belastungserprobung entgegenwirken.

Das einzige persönliche und für alle Störungsbilder geltende Merkmal, das laut dieser Untersuchung eine Integration beeinflusste, war die soziale Kompetenz der Teilnehmenden. Diese müsse daher in Einzel- und Gruppengesprächen gefördert werden. Und weiter: Die berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen müsse individuell und klientenzentriert sein. Dazu brauche es gut ausgebildetes Personal mit fundierten Kenntnissen in Psychopathologie und mit Einfühlungsvermögen (Baer, 2002, S. 417-418).

„Effektive Mitbestimmungsmöglichkeiten in rehabilitativen Einrichtungen entsprechen den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen. Sie sind für die Lebensqualität und die Förderung deshalb wichtig, weil sie das Kompetenzerleben stärken und antidiskriminierend sind.“ (Baer et al., 2004, S. 451-457). Weiter messen Baer et al. den persönlichen Beziehungen zum Personal und der dafür benötigten verstehenden Haltung der Bezugspersonen

grosse Bedeutung bei. Ein positiveres Bild von den eigenen Fähigkeiten und mehr Selbstvertrauen liessen sich nur schwer ohne Beziehungen zu anderen Personen erreichen. Die Begegnungen mit dem Fachpersonal scheinen in diesem Zusammenhang wichtiger zu sein als der Kontakt der Teilnehmenden untereinander.

Herdt, Winckel & Laskowska (2010) führten Interviews mit 45 Personen während und nach einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie zu ihrer gesundheitlichen und beruflichen Situation. Dabei handelte es sich sowohl um Personen, welche (noch) im Arbeitsprozess integriert waren, IV-Berentete und Personen, welche Erfahrungen mit Eingliederungsversuchen gemacht hatten. Die Studie stellt fest, dass bei der Integration von Menschen mit psychischen Störungen nicht so sehr die beobachtbaren Verhaltensweisen zu beachten seien, sondern vielmehr die „Erlebensweisen“ der betroffenen Person (Herdt et al. (2010, S. IX-XI). Diese werde durch die psychische Störung massgeblich verändert. Faktoren wie beispielsweise das Alter seien vernachlässigbar, sie beeinflussten höchstens die Anpassungs- und Lernfähigkeit, sowie die Anstrengungsbereitschaft. In der Arbeitsintegration von Menschen mit psychischen Störungen müsse die Klärung der krankheitsbedingten Kognition, der arbeitsbezogenen Motive, Erwartungen, Befürchtungen im Vordergrund stehen. Vor allem gelte es zu ergründen, welche Erfahrungen zu diesen Erlebensweisen führten.

### 2.3.3 Arbeitsumweltbezogene Merkmale

Wie erfolgreich berufliche Massnahmen sein können hängt also mit den Teilnehmenden und den durchführenden Institutionen zusammen. Der Erfolg ist aber auch davon abhängig, dass es einen für Menschen mit psychischen Störungen erreichbaren regulären Arbeitsmarkt mit Voll- und Teilzeitstellen gibt.

In der Schweiz steht es Arbeitgebenden nach wie vor frei, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einzustellen oder nicht. Mitarbeitende und Vorgesetzte haben meist wenig Erfahrung im Umgang mit Personen, die von psychischen Störungen betroffen sind. „Aus den wenigen Studien oder Fallbeschreibungen geht hervor, dass Vorgesetzte oder Kollegen auf die Symptome einer psychischen Krise oder Störung eines Mitarbeiters meist hilflos reagieren. Das Problem wird zunächst am Arbeitsplatz ignoriert oder falsch interpretiert“ (Bähr et al., 1989, S. 43). Oft komme es zum Arbeitsplatzverlust und die Person verschwinde aus dem Arbeitsfeld, bis sie nach entsprechender Behandlung und Training versuchen könne, sich wieder auf dem regulären Arbeitsmarkt zu bewerben.

Herdt et al. (2010, S. IX-XI) stellen fest, dass die Methoden- und Sozialkompetenz der Vorgesetzten bezüglich Zielabsprachen und Kontrolle ein wichtiger Faktor für die Eingliederung sei.

Die folgenden Kriterien scheinen für die bessere Wirksamkeit des aus dem anglo-amerikanischen Raum stammenden Supported Employment Ansatzes verantwortlich zu sein. Sie könnten daher als arbeitsumfeldbezogene Merkmale angenommen werden, welche den Erfolg arbeitsrehabilitativer Massnahmen beeinflussen (Becker et al., 2006; Drake et al., 2006; zit. nach Jäckel et al., 2010, S. 44):

- differenzierte Arbeitskontexte
- das Erbringen von Leistungen in einer realen Arbeitssituation
- Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte
- Rollenübernahme

wobei die oben genannten Faktoren die personbezogenen Merkmale wie Motivation und Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen.

Hansmeier und Karoff (in Bengel & Koch, 2000, S. 179) gehen davon aus, dass durch eine stufenweise Wiedereingliederung chronisch kranker Menschen und bei verstärkten Bemühungen, Teilzeiterwerbstätigkeiten zu erhalten, die berufliche Integration auch unter schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gefördert werden kann. Zum gleichen Schluss kommt auch Baer (2002, S. 419) und Frühwald et al. (2006, S. 250). Weiter fordern sie:

- potentielle Arbeitgeber in das Rehabilitationsnetzwerk einzubinden,
- sie zu informieren und so Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen abzubauen,
- Anreize zu schaffen und
- die Betriebe bei der Integration der betroffenen Personen zu unterstützen.

## **2.4 Das Berufliche Trainingszentrum der Stadt Zürich**

Das Berufliche Trainingszentrum (BTZ) ist Teil der Sozialen Einrichtungen und Betriebe der Stadt Zürich und arbeitet seit 1990 mit Personen, die aufgrund psychischer und/oder physischer Schwierigkeiten in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sind und die sich in das Erwerbsleben (re-)integrieren möchten.

Das BTZ arbeitet nach dem „first train – then place“ Prinzip (siehe Abschnitt 2.3.2). Es bietet Integrationsmassnahmen der Kategorie 1 zur sozialberuflichen Rehabilitation in der Form von Abklärungen zur Arbeitsfähigkeit und von Trainings an, sowie berufliche Massnahmen in Form von Ausbildungen (siehe Abschnitt 2.2.4). Ausserdem bietet es IV-Rentnern und IV-Rentnerinnen Arbeitsplätze in sogenannten Dauerarbeitsverhältnissen (Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation der Kategorie 2) an, welche im Rahmen dieser Arbeit nicht einbezogen werden.

Nachfolgend werden zunächst die angebotenen Programme und Arbeitsweise noch genauer beschrieben, danach die Ergebnisse einer katamnesticen Studie aus dem Jahre 2003 auszugsweise dargestellt.

#### 2.4.1 Berufliche Massnahmen

Voraussetzung für die Teilnahme an den Massnahmen des beruflichen Rehabilitationsprogrammes des BTZ ist der Anspruch auf Finanzierung durch einen Leistungsträger (IV oder eine andere Versicherung). Es bestehen drei mögliche Phasen:

- 3 Wochen Vorabklärung
- 9 Wochen Abklärung
- 6 Monate Training

Im Anschluss an die Abklärung oder das Training erfolgt oft ein nachbegleitetes Praktikum oder die Vorbereitung einer anderen Anschlusslösung (z.B. eine Ausbildung oder die Suche nach einem Dauerarbeitsplatz). Auch eine Rentenempfehlung oder Programmabbrüche sind möglich.

Fallführend ist der Psychologische Dienst nach dem Bezugspersonen-Prinzip. Die zuständige Person führt ein Aufnahmegespräche, klärt die Voraussetzung zur Teilnahme (Bereitschaft zur Teilnahme, kein aggressives Verhalten oder unbehandelte Abhängigkeitserkrankungen) und den möglichen Arbeitsort ab. Sie unterstützt die Teilnehmenden des beruflichen Rehabilitationsprogrammes - und auch der nachfolgend beschriebenen beruflichen Massnahmen – im psychosozialen Bereich durch Einzel-, Gruppen und Standortgespräche. Letztere finden gemeinsam mit den Vorgesetzten aus den Arbeitsbereichen Office, Buchbinderei, Holz- und Metallverarbeitung, sowie Reinigungsdienste statt. Der psychologische Dienst hält auch Kontakt mit zuweisenden Stellen und sorgt bei Bedarf für eine Erweiterung des professionellen Helfernetzes (z.B. Veranlassung zusätzlicher medizinischer oder therapeutischer Betreuung, Wohnbegleitung) oder sucht Kontakt zum privaten Umfeld.

Das Rehabilitationsprogramm endet mit einem Bericht an die zuweisende Stelle, in welchem der Verlauf des Programms, die Kompetenzen und die aktuelle Arbeits- und Belastungsfähigkeit der teilnehmenden Person und eine Empfehlung für die weitere Vorgehensweise dokumentiert werden (das BTZ und auch die IV bedienen sich bislang nicht der ICF-Terminologie).

### 2.4.2 Ausbildungen

Die Ausbildungen im Rahmen der beruflichen Massnahmen richten sich an Personen mit Leistungseinschränkungen, die ihre beruflichen Perspektiven durch eine erstmalige Ausbildung oder Umschulung verbessern möchten und Anspruch auf eine Finanzierung einer solchen Massnahme haben. In den oben genannten Arbeitsbereichen bot das BTZ im Untersuchungszeitraum Ausbildungen auf verschiedenen Niveaus an:

- 1-jährige Vorlehren zur Vorbereitung auf eine Ausbildung
- 1-jährige BSV-Anlehren als Vorbereitung auf einen geschützten Arbeitsplatz
- 2-jährige Attestausbildungen und BBT-Anlehren zur Integration an einem Normalarbeitsplatz ohne Rente oder mit Teilrente
- 3- und 4-jährige Berufslehren mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ)

Innerhalb der Attestausbildungen und EFZ-Ausbildungen finden begleitete Praktika in anderen Betrieben statt – auch im regulären Arbeitsmarkt. Für die Vermittlung/Suche dieser Stellen (ebenso wie die oben erwähnten Anschlusslösungen) steht eine Fachperson zur Verfügung. Diese unterstützt und begleitet – bei Bedarf gemeinsam mit dem Psychologischen Dienst - die Fortsetzung der Ausbildung in einem anderen Ausbildungsbetrieb.

### 2.4.3 Ergebnisse einer katamnesticen Studie aus dem Jahre 2003

Im Jahre 2003 wurden in einer Befragung verschiedene Fragen und Hypothesen untersucht (Leuenberger & Sommer, 2003, S. 35-70), deren Ergebnisse aber für die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung nur teilweise relevant sind. Auch sind sie aufgrund der Einschlusskriterien bei der Stichprobenbildung nicht mit den nachfolgend dargestellten Ergebnissen der vorliegenden Studie vergleichbar. Sie werden dennoch auszugsweise dargestellt, weil sie Hinweise für die Interpretation der neu erhobenen Daten geben:

#### Stichprobe

111 von 269 Personen, welche zwischen 1998 und 2003 mindestens die Abklärung oder ein Training vollumfänglich durchlaufen hatten und eine der folgenden Empfehlungen zu Händen der IV erhalten hatten, erhielten einen Fragebogen:

64 Personen (57%) wurden für weiterführende berufliche Massnahmen empfohlen, 15 Personen (14%) galten als arbeitsfähig aber hatten keine Stelle gefunden, 32 Personen (29%) erhielten die Empfehlung, in eine Beschäftigungsmassnahme zu wechseln. Diese 111 Personen galten also als integrationsfähig. 84 Fragebogen konnten zugestellt werden, der Rücklauf betrug 53% (n=45) (ebd., S. 44).

158 von 269 Personen (58 %) wurden in der Untersuchung nicht berücksichtigt. 69 wurden nach der Vorabklärung in kein weiteres Programm aufgenommen, 54 hatten eines der Programme selbst abgebrochen, 36 erhielten die Empfehlung für weitere medizinische Massnahmen bzw. eine Berentung ohne Tätigkeit (ebd., S. 40).

### Untersuchungsgegenstand

Der Fragebogen enthielt neben Fragen zur Person und Erwerbssituation auch Fragen zur allgemeinen und berufsbezogenen Zufriedenheit, zur Gesundheit sowie zu Interessen und Berufstätigkeit.

### Ausgewählte Ergebnisse

#### *Entwicklung der Beschäftigungssituation (Aktivität und Teilhabe):*

Tab. 7: Veränderung der Beschäftigungssituation (Leuenberger & Sommer, 2003, S. 44-45)

Beschäftigungssituation	Programmende (n = 41)	Erhebungszeitpunkt (n=44)
Erwerbstätig	7	9 (+ 28%)
<i>Teilerwerb mit Teilrente</i>	0	5
In Ausbildung	10	8 (- 20%)
Praktikum	3	1 (- 33%)
Arbeitslos	4	3 (- 25%)
<i>Rente mit Beschäftigung</i>	12	8 (- 34%)
<i>Rente ohne Tätigkeit</i>	5	10 (+ 100%)

Die grössten Verschiebungen zeigen sich beim Teilerwerb mit Teilrente sowie bei der Nutzung von Beschäftigungsmassnahmen der IV-Bezügern und Bezügerinnen. Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Zunahme an Teilerwerb im regulären Arbeitsmarkt und dem Rückgang der Beschäftigungsmassnahmen wurde nicht untersucht.

Bei der Beschäftigungssituation unterscheiden die Autorinnen zwischen dem so genannten „harten“ Kriterium, nach welchem nur als beschäftigt gilt, wer im regulären Arbeitsmarkt arbeitet oder eine Ausbildung bzw. Praktikum macht. Dieses Kriterium erfüllen demnach 51,1% (23 Personen) (ebd. S. 60). Nach dem „weichen“ Kriterium werden auch Personen in Beschäftigungsprogrammen mit hinzu gezählt, was die Beschäftigungsrate auf 68,9% (31 Personen) erhöht.

#### *Erfolgsquote*

Da bei der Stichprobenerhebung lediglich Personen erfasst wurden, welche als potentiell integrationsfähig eingeschätzt wurden, ist es nach Ansicht der Verfasserin diskussionswür-

dig, aus diesem Untersuchungsergebnis eine Erfolgsquote abzuleiten – welche die Autorinnen mit 68,9% nach dem „weichen“ Kriterium zum Erhebungszeitpunkt angeben (ebd., S. 60). Nach Ansicht der Verfasserin wäre es korrekter, zu sagen, dass 68,9% der ehemaligen Teilnehmenden der Einschätzung, potentiell beschäftigungsfähig zu sein, auch entsprochen haben

#### *Beschäftigungssituation und Zufriedenheit* (Arbeitsumweltbezogener Faktor)

Personen, die entweder in der regulären Wirtschaft oder in einem Beschäftigungsprogramm tätig sind, zeigen sich insgesamt nicht zufriedener als Personen, die keinerlei Tätigkeit nachgehen. Betrachtet man hingegen nur die Personen, welche im regulären Arbeitsmarkt tätig sind, findet sich auch kein Zusammenhang mehr mit der Arbeitszufriedenheit (ebd., S. 55). Die Frage, ob Personen in Beschäftigungsprogrammen eine besonders hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen, wurde nicht untersucht.

## **2.5 Ergebnisse qualitativer Studien**

„Neben den in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschung stark vertretenen quantitativen Forschungsansätzen spielt die qualitative Forschung eine eher randständige Rolle“ (Steiger, Egger-Subotitsch & Weber, 2006, S. 51). „Mit der aus der Rehabilitationspraxis gewonnenen Einsicht in die Bedeutung subjektiver Sicht- und Erlebnisweisen für Akzeptanz und Erfolg der Rehabilitation (...) zeichnet sich hier gegenwärtig eine Veränderung in Richtung einer stärkeren Einbeziehung qualitativer Forschung ab“ (Kardorff, 2000, S. 411). Es folgt die Beschreibung zweier qualitativer Untersuchungen.

### 2.5.1 Rückmeldungen integrierter und nicht-integrierter Rehabilitanden

Gericke (2010) suchte nach Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Integration psychisch kranker Menschen und führte zudem Interviews mit sechs am Ende eines „first train“ – „then place“ Integrationsprogramms „erfolgreich“ integrierten sowie sechs diesbezüglich „erfolglosen“ Absolventen und Absolventinnen. Die Ergebnisse des qualitativen Teils ihrer Studie werden hier ausführlich dargestellt. Die Institution, in welcher die Befragten an einem Integrationsprogramm teilgenommen hatten, scheint grosse Ähnlichkeiten mit dem BTZ aufzuweisen.

Unabhängig davon, ob die befragten Personen am Ende des Programmes eine Stelle gefunden hatten oder nicht, schien niemand davon auszugehen, ohne das Programm in einer besseren beruflichen oder persönlichen Situation sein zu können (ebd., S. 145-151). Auch

in folgenden, das Programm selbst betreffenden Punkten, fanden sich nach Gericke nur wenige Unterschiede in den Aussagen:

- Positiv empfundene Unterstützung durch die Mitarbeitenden. Die Tatsache, in verschiedenen als problematisch empfundenen Situationen Unterstützung und Hilfsbereitschaft bei den Mitarbeitenden zu finden, scheint eine sehr positive Erfahrung darzustellen, unabhängig vom Erfolg oder Nicht-Erfolg der Massnahme.
- Fehlende berufliche Orientierung nach Erstellung eines positiven/negativen Leistungsbildes. Welche Tätigkeiten sind mit diesen Einschränkungen überhaupt noch möglich? Die Befragten schildern, wie entmutigend es gewesen sei damit konfrontiert zu werden, was alles sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr leisten könnten, welche Branchen sie meiden sollten, etc. Dennoch Bereiche und Tätigkeiten zu definieren, an welchen sie sich orientieren könnten oder darauf hin entwickeln, scheint die grosse Herausforderung zu sein.
- Praktika werden als selbstwertsteigernde Erfahrung und Hilfe bei der beruflichen Orientierung eingestuft. In den Praktika erlebten die Befragten, dass sie noch immer arbeiten könnten und nicht zwangsläufig „umkippen“ müssten. Insbesondere die Möglichkeit zu mehreren Praktika in verschiedenen Bereichen wird positiv hervorgehoben. Dies erweitere die Anzahl möglicher positiver Erfahrungen und schaffe neue Ideen.
- Die Arbeit in Gruppen gilt als Möglichkeit des sozialen Austausches und der Selbsthilfe. Man könne dort „nette Freunde“ kennen lernen und sich gegenseitig unterstützen, also auch selbst unterstützend wirken.

Die gefundenen Unterschiede in den Aussagen der beiden Gruppen werden in nachfolgender Tabelle gegenübergestellt:

Tab. 8: Unterschiede zwischen integrierten und nicht integrierten Teilnehmenden in der Bewertung eines Integrationsprogrammes (nach Gericke, 2010, S. 151, eigene Darstellung)

Kategorien	Integrierte	Nicht Integrierte
Bedeutung der Arbeit	Unabhängigkeit von Ämtern Enger Bezug zur Arbeit	Finanzieller Aspekt im Vordergrund
Stressbewältigung	Bericht über positive Entwicklung und Erkennen von Warnsignalen	
Positive persönliche Eigenschaften	Nennen viele positive Eigenschaften bezogen auf Umgang mit anderen Menschen	Nennen gleich viele negative Eigenschaften wie die andere Gruppe, aber weniger positive
Fähigkeit zur Selbstreflexion	Scheint ausgeprägter zu sein	
Einstellung zur Massnahme	Chance	Massnahme hat nicht immer den Vorstellungen entsprochen

Bei den Personen, welche am Ende der Massnahme bereits eine Arbeitsstelle gefunden haben, scheint Aufbruchstimmung zu herrschen. Sie freuen sich auf eine sinnvolle Tätig-

keit, welche ihnen Unabhängigkeit verspricht; sie berichten über positive Entwicklungen und fühlen sich in der Lage, mit anderen Menschen umzugehen; sie haben eine Chance bekommen, welche sie nutzen konnten. Die Befragten in einer weniger glücklichen Lage scheint vor allem die finanzielle Lage zu bedrücken, sie sehen ihre Defizite und ihre Erwartungen wurden ein Stück weit enttäuscht.

Die Gespräche und anderen Erhebungen fanden ausschliesslich bei Programmende statt, sodass nicht unterschieden werden kann, ob es sich bei den beschriebenen Unterschieden um unterstützende Faktoren für die erfolgreiche Eingliederung, deren Folge, oder eine Mischung aus beidem handelt. Ist beispielsweise der verbesserte Umgang mit Stress, indem auch Warnsignale als solche erkannt werden und die erlernten Strategien zum Einsatz kommen können, ursächlich für das Finden einer Arbeitsstelle, oder ist er eine Folge der Aussicht auf einen geregelten Alltag und finanzielle Absicherung?

### 2.5.2 Kriterien und Prozesse erfolgreicher Rehabilitation

Steiner et al. (2006) untersuchten Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation anhand von Interviews (sechs Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und vier Rehabilitationfachkräfte). Ziel der Untersuchung war es, einen Bezug zwischen den individuellen Lebenslagen der physisch oder psychisch Erkrankten und dem Rehabilitationserfolg herzustellen. Unter anderem leiteten sie aus den Befragungen Kriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation ab und definierten notwendige Prozesse für einen Rehabilitationserfolg.

#### Kriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation (ebd., S. 81-82)

Die befragten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in der Rehabilitation. Der Erfolg konnte sich also nicht an der vollzogenen beruflichen Integration bemesen. Um prinzipiell von einer erfolgreichen beruflichen Integration sprechen zu können, müsse sie nach Ansicht der Fachpersonen mindestens ein Jahr Bestand haben und die Gesundheit der betroffenen Person nicht noch weiter negativ beeinflussen.

Generell ausschlaggebend dafür, was als Rehabilitationserfolg bezeichnet werden könne, ist nach Steiner et al. auch die jeweilige Ausgangslage. So könne je nach Umständen eine Verbesserung der alltäglichen Lebensbedingungen oder eine grössere Motivation ein Rehabilitationserfolg sein. Und oft reiche es auch, einer „wie auch immer gearteten sinnvollen Tätigkeit nachzugehen, um sich selbst als gesellschaftlich integriert wahrzunehmen“ (S. 81). Auch schon die Planung weiterer Schritte könne einer solchen sinnvollen Tätigkeit entsprechen. Wichtiger sei viel mehr die Freiwilligkeit des Handelns und der subjektive empfundene Sinngehalt einer Tätigkeit.

### Prozesse, welche eine erfolgreiche Rehabilitation ermöglichen

Steiner et al. (2006) befinden, dass „(berufliche) Rehabilitation dann gelingen kann, wenn grundsätzliche *Veränderungsprozesse* in Gang gesetzt werden und (...) *Erfahrungsprozesse* [Hervorhebung v. Verf.] für die RehabilitandInnen gewährt werden können“ (S. 95):

- Die Erfahrung von Wertschätzung helfe, die Eigenwahrnehmung nicht mehr nur auf die eigenen Defizite einzuschränken. So könne das Vertrauen in sich selbst und die dargebotene Hilfe gestärkt werden, die betroffene Person aktiviert und sie in der Folge offener für weitere Schritte werden.
- Professioneller Wissens- und Kompetenzvorsprung der Fachkräfte könne die Selbstverantwortung für die Aktivierung von eigenen Ressourcen und Kompetenzen hemmen. Der Vorsprung werde zwar einerseits erwartet, sollte aber vor allem zur Aktivierung der betroffenen Person eingesetzt werden, und nicht zur Bevormundung.
- Die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen sollten möglichst unmittelbare und konkrete Entlastungen und Erleichterungen erleben. Neben der Entlastung durch Gespräche sollte die Unterstützung möglichst auch praktischer Natur sein (beispielsweise Umschulungen, Informationen oder Vernetzungen mit weiteren Helfenden).

## **2.6 Überleitung zum Empirischen Teil**

Die vorliegende Untersuchung orientiert sich an der übergeordneten Fragestellung, was Menschen mit psychischen Störungen aus ihrer Sicht bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt fördert oder behindert. In der Terminologie des biopsychosozialen Gesundheitsmodells der WHO ausgedrückt geht es also darum, umweltbedingte und personabhängige Kontextfaktoren herauszufinden, welche als Förderfaktoren oder Barrieren den Zugang zur Aktivität Arbeit (bzw. Erwerbstätigkeit), und damit die Teilhabe, beeinflussen. Die Ausgestaltung von Integrationsprogrammen und der vorhandene Arbeitsmarkt werden ebenfalls als umweltabhängige Kontextfaktoren betrachtet, deren Einfluss in Abschnitt 2.3 erläutert wird.

Die in meist quantitativen Studien herausgearbeiteten personenbezogenen Prädiktoren können nicht allein für den Erfolg oder Misserfolg von beruflichen Eingliederungsmassnahmen verantwortlich sein, und nur wenige gelten als abgesichert. Befragungen von Betroffenen zu ihrem Erleben, zur eigenen Einschätzung ihrer Kompetenzen und zu persönlichen Prozessen stellen eine wichtige Ergänzung zu den Ergebnissen der Prädiktorenforschung dar. Im nachfolgenden empirischen Teil der Untersuchung werden beide Blickwinkel berücksichtigt und miteinander in Verbindung gebracht mit dem Ziel, praxisrelevante Hinweise für die Arbeitsweise eines Anbieters von Eingliederungsmassnahmen zu erarbeiten.

### 3 Empirischer Teil

#### 3.1 Untersuchungsdesign

Die nachfolgende Tabelle 9 gibt zur besseren Orientierung einen Überblick über das Untersuchungsdesign und die Forschungsfragen:

Tab. 9: Untersuchungsdesign und Forschungsfragen

Zeitpunkt	Erhebungsinstrument	Auswertungsmethode	Forschungsfragen
Sept. 2010	Fragebogen geschlossene Fragen/Multiple Choice (Bühner, 2006)  <i>Vollerhebung</i>	Quantitativ/deskriptive und analytische Statistik	1/ Wie sind ehemalige Teilnehmende der Programme Vorabklärung, Abklärung, Training bzw. Ausbildung zum Erhebungszeitpunkt in die Arbeitswelt integriert?  2/ Sind die ehemaligen Teilnehmenden mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden?
	Fragebogen Offene Frage (Bühner, 2006)  <i>Vollerhebung</i>	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)	3/ Worauf führen es die ehemaligen Teilnehmenden zurück, dass sie mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden sind?
Dez. 2010 – Feb. 2011	Leitfadeninterviews (Lamnek, 2005)  <i>Teilerhebung</i>	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)	4/ Was betrachten Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren oder noch sind (bzw. Arbeit suchen), als förderlich bei diesem Prozess?  5/ Was betrachten Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren oder noch sind (bzw. Arbeit suchen), als hinderlich bei diesem Prozess?

#### 3.2 Methodentriangulation

Das Hauptinteresse der Untersuchung gilt der Sicht der von psychischen Störungen betroffenen Personen auf hilfreiche und hinderliche Faktoren bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt, um daraus mögliche Schlussfolgerungen für Anbietende von Integrationsmassnahmen zu ziehen. Was hat dazu beigetragen, dass manche Personen heute ihren kompletten oder zumindest einen Teil ihres Lebensunterhalts in der regulären Wirtschaft generieren? Es geht also nicht hauptsächlich darum, eine Ursache in ihrer Wirkung zu untersuchen und zu verallgemeinern, was bei quantitativer Forschung im Vordergrund steht, sondern die Komplexität einer Situation aus der Sicht der Beteiligten zu beschreiben bzw.

zu rekonstruieren und durch regelgeleitete Interpretation ihren latenten Sinn zu erschliessen. Helfferich (2009, S. 21) bezeichnet diesen „latenten Sinn“ auch als „subjektiven Sinn“, „Alltagstheorien“ oder „subjektive Theorien“. Dies ist auch nach Ansicht von beispielsweise Bortz und Döring (2006, S. 298-302), Flick (2009, S. 25) oder Brüsemeister (2008, S. 19) vereinfacht ausgedrückt ein grundlegender Unterschied zwischen quantitativer (erklärender) und qualitativer (verstehender) Forschung.

Mit der Verwendung verschiedener Forschungsansätze (auch innerhalb der qualitativen Untersuchung) handelt es sich um Triangulationsforschung. Flick (2008, S. 12) definiert Triangulation als Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen Forschungsgegenstand, bzw. zur Beantwortung der Forschungsfrage. Dadurch soll ein Erkenntniszuwachs auf verschiedenen Ebenen möglich sein, der mit nur einem Zugang nicht möglich wäre.

## 4 Quantitative Untersuchung

### 4.1 Forschungsfragen und Hypothesen

Teilhabe im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsmodells hat nicht nur eine quantitative Dimension, sondern auch eine qualitative (vgl. Abschnitt 2.1.1). Es ist nicht nur von Interesse, wie viel Teilhabe in welchen Lebensbereichen objektiv vorhanden ist sondern auch darum, wie sie subjektiv wahrgenommen wird. Forschungsfragen 1 und 2, sowie die zugehörigen Hypothesen, spiegeln diese Dualität wider:

#### Forschungsfrage 1

*Wie sind ehemalige Teilnehmende der Programme Vorabklärung, Abklärung, Training bzw. Ausbildung zum Erhebungszeitpunkt in die Arbeitswelt integriert?*

Die genannten Programme haben unterschiedliche Zielsetzungen (vgl. Abschnitt 2.4.1). Vorabklärung und Abklärung haben auch die Funktion einer Triage. Personen, welche nach oder während der Vorabklärung austreten, haben während maximal 3 Wochen am Programm teilgenommen. Trainings und EFZ-Ausbildungen hingegen sollen an eine Integrationsfähigkeit, wenn möglich in den regulären Arbeitsmarkt, heranführen. Damit begründen sich folgende Hypothesen:

Hy<sub>1a</sub>): Personen, die eine Ausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) absolviert haben, sind signifikant häufiger in den regulären Arbeitsmarkt integriert als Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.  
 Hy<sub>1b</sub>): Personen, die an einem Training teilgenommen haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Integration in den regulären Arbeitsmarkt signifikant von Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

## Forschungsfrage 2

*Sind die ehemaligen Teilnehmenden mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden?*

Diese Frage erfasst die qualitative Dimension von Teilhabe. Die Integration in Lebensbereiche wird subjektiv erlebt. Die scheinbar gleiche Situation kann zu unterschiedlichem Wohlbefinden führen. So hat beispielsweise die katamnestic Studie (vgl. Abschnitt 2.4.2) aus dem Jahr 2003 mit ehemaligen Absolventen und Absolventinnen von BTZ-Programmen ergeben, dass Personen, die in der regulären Wirtschaft oder in einem Beschäftigungsprogramm tätig waren, sich insgesamt nicht zufriedener mit ihrem Leben zeigten als Personen, welche keinerlei Tätigkeit nachgingen. Aktivität und Teilhabe führen nach dieser Untersuchung also nicht zwangsläufig zu grösserem Wohlbefinden, auch wenn die funktionale Gesundheit positiv beeinflusst wird (das Leben also eher der üblichen Norm entspricht, vgl. Abschnitt 2.1.1). Aus diesen Betrachtungen werden folgende Hypothesen formuliert:

Hy<sub>2a</sub>): Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Situation signifikant von Personen, die in einer Beschäftigungsmassnahme tätig sind.

Hy<sub>2b</sub>): Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind signifikant weniger zufrieden als Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind.

Hy<sub>2c</sub>): Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind signifikant weniger zufrieden mit ihrer beruflichen Situation als Personen, die in einem Beschäftigungsprogramm tätig sind.

## **4.2 Methode**

Bei der quantitativen Untersuchung handelt es sich um eine Querschnitterhebung mit retrospektiven Fragen zur Entwicklung der Beschäftigungssituation vor und direkt im Anschluss an das Programm. Erhebungszeitpunkt und Zeitbezug der erhobenen Variable fallen bei den retrospektiven Fragen auseinander und es ergeben sich Paneldaten (Diekmann, 2006, S. 266-287). Querschnittsdaten dienen der Statuserhebung zu einem gewissen Zeitpunkt, wohingegen Paneldaten die Analyse von Veränderungsdynamiken zulassen, da die gleichen Variablen zu mehreren Zeitpunkten, aber innerhalb einer identischen Stichprobe erhoben werden.

Für die Stichprobenbeschreibung werden sowohl die Daten der Querschnitterhebung als auch die Paneldaten berücksichtigt. Die Hypothesenprüfung erfolgt mit Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests. Kreuztabellen werden für die Prüfung von Zusammenhängen zwischen nichtmetrischen – in diesem Fall nominalskalierten – Variablen empfohlen, welche nicht

allzu viele Kategorien beinhalten (Brühl, 2010, S. 276). Das Ergebnis sagt aus, ob es einen Zusammenhang zwischen den Variablen gibt oder ob es sich um zufällige Ergebnisse handeln kann. Ein Zusammenhang gilt als erwiesen, wenn sich der beobachtete Wert von dem aufgrund der Häufigkeiten innerhalb der Stichprobe zu erwartenden Wert signifikant unterscheidet. Die Signifikanzprüfung erfolgt mittels Chi-Quadrat-Test. Um eine Hypothese annehmen zu können, müsste die Irrtumswahrscheinlichkeit (die Wahrscheinlichkeit, mit welcher das Ergebnis doch zufällig zustande gekommen ist) unter 5% liegen ( $p < 0.05$ ).

Brosius (2010, S. 212-214) empfiehlt für solche Ausgangslagen ebenfalls Kreuztabellen. Er weist aber darauf hin, dass der Chi-Quadrat-Tests erst ab sechs Feldern zuverlässige Ergebnisse zur Verfügung stellen könne und auch die Stichprobe gross genug sein sollte, da die Grösse der Stichprobe in Zusammenhang mit den zu erwartenden Häufigkeiten stehe. Liege die erwartete Häufigkeit in einem einzelnen Feld der Kreuztabelle unter fünf, nehme die Zuverlässigkeit des Testes weiter ab. Dies heisse nicht, dass das Verfahren nicht gewählt werden dürfe, die Ergebnisse seien aber entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

#### **4.3 Erhebungsinstrument und Ablauf der Untersuchung**

Der in Anhang 2 abgebildete Fragebogen wurde von der Verfasserin in Anlehnung an die in Abschnitt 2.4.3 beschriebene katamnestiche Studie selbst entworfen. Vor dem Versand wurde er zusammen mit einem ehemaligen Auszubildenden, welcher inzwischen beim BTZ im Beschäftigungsprogramm tätig ist, auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit überprüft und angepasst.

Inhaltlich erfasst der Fragebogen Teile der Berufsbiographie (Fragen 1, 2, 4, 5 und 6), die momentane finanzielle Absicherung (Fragen 3 und 7), die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation (Frage 8), persönliche Erklärungsmodelle (Frage 9a/9b) und die potentielle Gesprächsbereitschaft. Bis auf Frage 9a/9b (offene Frage) handelt es sich um gebundene Antwortformate (Bühner, 2006, S.53-60).

Name, Alter, Geschlecht, Programmtyp bei Austritt, Zeitpunkt des Austrittes (Jahr) wurden ebenso wie die Adresse der Teilnehmenden-Stammdatendatei des BTZ entnommen. Die Rückverfolgbarkeit wurde mittels einer handschriftlichen Nummerierung auf der ersten Seite des Fragebogens gewährleistet. Die Auswertung erfolgte aber in anonymisierter Form, um keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu ermöglichen. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, weil davon auszugehen war, dass manche Befragte den genauen Zeitpunkt der Teilnahme, und auch den Namen des Programms, nicht mehr präsent haben könnten.

Die Hypothesenprüfung und die Zusammenstellung der Stichprobe für die in Abschnitt 5.5 beschriebene qualitative Untersuchung erforderten aber Kenntnis dieser Daten.

Die Handakten aller ehemaligen Teilnehmenden bis einschliesslich Austritt im Jahre 2008 waren aufgrund neuer Datenschutzbestimmungen der Stadt Zürich vor Beginn der Untersuchung vernichtet worden und konnten daher nicht mit einbezogen werden. Informationen zum Verlauf, Gründe für einen Abbruch, Empfehlungen zu Händen der IV oder auch Diagnosen waren der Verfasserin daher nicht bekannt.

Die Daten der gebundenen Fragen wurden von der Verfasserin anonymisiert in ein Datenblatt übertragen, und so für die statistische Auswertung aufbereitet. Die Original-Fragebogen sind auf Nachfrage bei der Verfasserin einsehbar. Die Antworten auf die offene Frage 9a/9b wurden für die in Abschnitt 5.2 beschriebene Inhaltsanalyse wortwörtlich, aber orthographisch korrekt, als Textdatei aufgenommen.

#### **4.4 Gütekriterien**

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Hauptgütekriterien der Test- oder Fragebogenkonstruktion nach Bühner (2006, S. 34-44).

Objektivität: „Unter Objektivität versteht man den Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind“ (ebd., S. 34). Diese kann hinsichtlich der Durchführung als gegeben betrachtet werden. Die Auswertungsobjektivität wird durch die vornehmlich gebundenen Antwortformate unterstützt, ebenso die Interpretationsobjektivität.

Validität: Validität untersucht, ob ein Fragebogen misst, was er vorgibt zu messen (ebd., S. 36). Der verwendete Fragebogen soll die berufliche Integration von Menschen mit psychischen Störungen erheben und Veränderungen über die Zeit. Für diesen Untersuchungszweck und die geplante Auswertung ist nach Ansicht der Verfasserin insbesondere die inhaltliche Validität ausschlaggebend. Diese kann durch die hohe Augenscheinvalidität der Fragen angenommen werden.

Reliabilität: „Unter Reliabilität versteht man den Grad der Genauigkeit, mit dem ein Test ein bestimmtes Merkmal misst, unabhängig davon, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht“ (ebd., S. 35). Bei den retrospektiven Daten zu Berufsbiographie etc. kann von einer Stabilität der Ergebnisse ausgegangen werden, im Gegensatz zur Querschnittserhebung. Auch die Fragen 8 und 9 könnten bei einer erneuten Befragung zu abweichenden Ergebnissen führen. Diese Unterschiede sind aber inhaltlicher Natur und hängen nicht mit der Konstruktion des Fragebogens zusammen.

#### 4.5 Auswertung

Für die Prüfung der Hypothesen wurden folgende Abgrenzungen der verglichenen Gruppen vorgenommen und die Variablen entsprechend umkodiert:

Integriert in den regulären Arbeitsmarkt: Alle Personen, welche bei Frage 6 des Fragebogens nach ihrer heutigen Situation entweder „Erwerbstätig in der freien Wirtschaft (\_\_\_%)“ oder „Teilerwerbstätig (\_\_\_%) und Teilrente“ inkl. Ausbildungen und Praktika angegeben hatten. Diese Gruppen erfassen 29 der 32 Personen, welche zumindest einen Teil ihres Einkommens im regulären Arbeitsmarkt erwirtschaften. Die Abgrenzung entspricht dem „harten“ Kriterium von beruflicher Integration (vgl. Abschnitt 2.4.3).

Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen: Diese Gruppe umfasst ausschliesslich Personen, welche ihre heutige Situation mit „Rente ohne Tätigkeit“ angeben. Personen, welche beispielsweise in einer Klinik sind, oder auf Arbeitssuche, gehen zwar auch keiner Tätigkeit nach. Die Kontextbedingungen sind nach Ansicht der Verfasserin aber zu unterschiedlich, um sie zu einer Gruppe zusammenzufassen.

#### 4.6 Stichprobe

Die Grundgesamtheit für die Fragebogenerhebung bestand aus allen Personen, welche im Zeitraum 2003 bis Juni 2010 aus dem BTZ ausgetreten waren. Tabelle 10 zeigt die Verteilung, die Anzahl unzustellbarer Briefe/Jahr und den Rücklauf:

Tab. 10: Übersicht über Anzahl Teilnehmende/Programm und Rücklauf der Fragebogen

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	bis 6/ 2010	Summe Anzahl /%
Vorabklärung	17	17	25	8	6	9	4	3	89/25%
Abklärung	20	21	19	22	23	21	17	9	152/43%
Training	7	5	9	9	8	13	3	7	61/17%
Anlehren	6	3	7	2	6	1	6	1	32/9%
Ausbildungen	4	3	2	3	7	2	1		22/6%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>46</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>356/100%</b>
Fragebogen									
Unzustellbar	20	20	18	10	13	10	2	2	95
Zugestellt	34	29	44	34	37	36	29	18	261
Beantwortet	17	13	19	20	17	16	17	8	127
<b>Rücklauf %</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	<b>43</b>	<b>59</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>49 %</b>

Pro Jahr traten zwischen 31 und 62 Personen aus den Programmen aus, insgesamt waren es 356 Personen. Die Personen, welche nach der Abklärung austraten, stellen die grösste Gruppe dar, gefolgt von denen, die noch während oder nach der Vorabklärung austraten. Der Anteil unzustellbarer Fragebogen sinkt erwartungsgemäss, je mehr sich Untersuchungszeitraum und Erhebungszeitpunkt annähern. Der Rücklauf hingegen verläuft wellenförmig und liegt insgesamt bei 48,66%.

#### *Anteil der Programme innerhalb der Stichprobe*

Tabelle 11 gibt an, wie die einzelnen Programme in der Stichprobe vertreten sind:

Tabelle 11: Anteil der Programme in der Stichprobe

Programm	Rücklauf total	Rücklauf in %
Vorabklärung	22	18,5%
Abklärung	47	39,5%
Training	26	21,8%
Anlehren	14	11,8%
EFZ-Lehren	10	8,4%

Der Vergleich mit Tabelle 10 zeigt, dass die Stichprobe in etwa die Häufigkeit der absolvierten Programme widerspiegelt. Die Vorabklärungen und die Anlehren sind etwas untervertreten, die Abklärungen und Trainings etwas übervertreten.

#### Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

In der nachfolgenden soziodemographischen Beschreibung der Stichprobe finden sich Faktoren wieder (Alter, Geschlecht, Bildung, Berufsbiographie), welche auch im Rahmen der Prädiktorenforschung hinsichtlich ihres Einflusses auf den Erfolg beruflicher Eingliederungsmassnahmen untersucht wurden.

#### *Altersstruktur*

Abbildung 2 zeigt die Altersstruktur der Stichprobe am Ende der in Anspruch genommenen Massnahme.

Das durchschnittliche Alter bei Programmende betrug 34,03 Jahre. Die Abbildung zeigt eine deutliche Häufung von Personen zwischen 20 und 25. Anhang 3 ist zu entnehmen, dass 44,5% der Personen bei Austritt maximal 30 Jahre alt waren. Mehr als die Hälfte ist bei Austritt über 30 Jahre alt und jede 5. Person zwischen 40 und 49.

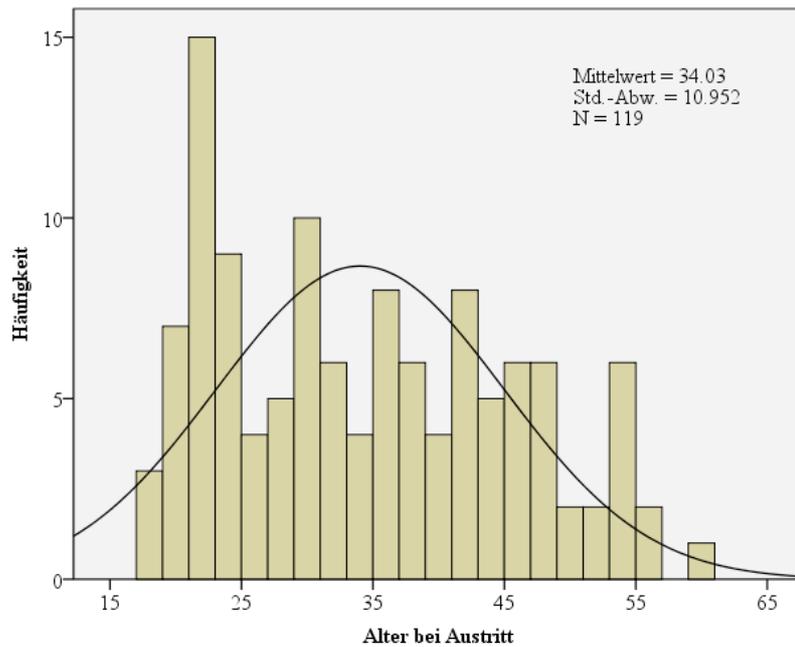


Abb. 2: Alterstruktur der Stichprobe bei Austritt

Eine Normalverteilung scheint nach optischer Beurteilung nicht vorzuliegen. Sie wäre aber aufgrund der in Abschnitt 2.3 beschriebenen Praxis, vor allem bei Personen unter 30 Jahren berufliche Integrationsmassnahmen zu veranlassen, auch nicht zu erwarten gewesen. Personen über 30 sind nach Ansicht der Verfasserin im Gegenteil sogar überraschend stark vertreten.

#### *Geschlechterverhältnis innerhalb der Stichprobe*

Tab. 12: Rücklauf nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Verhältnis Männer/Frauen
Anzahl	224	132	62,92%/37,08%
Zugestellt	165	96	63,22%/36,78%
Unzustellbar	59	36	62,11%/37,89%
Fragebogen ausgefüllt	78	49	61,42%/38,58%

Tabelle 12 zeigt, dass fast zwei Drittel der Teilnehmenden männlichen Geschlechts sind. Dieses Verhältnis findet sich auch in anderen Untersuchungen (z.Bsp. Gericke, 2010; Baer, 2002). Mehr als die Hälfte der Frauen, welche den Fragebogen erhalten haben, senden ihn ausgefüllt zurück, 47,27% der Männer. 119 können ausgewertet werden (76 Männer und 43 Frauen). Keines der Geschlechter ist in Bezug auf den Rücklauf über- oder untervertreten.

## Finanzielle Situation

Auch nach den Integrationsprogrammen sind die IV-Renten wichtiger Teil der finanziellen Absicherung. Abbildung 3 zeigt die Einkommensquellen insgesamt:

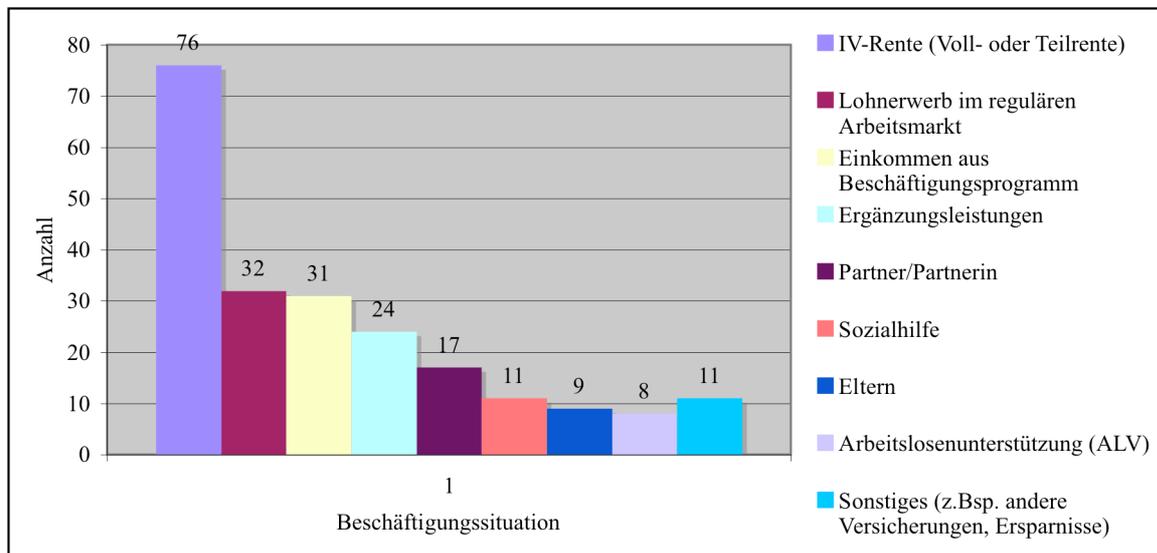


Abb. 3: Einkommensquellen zur Existenzsicherung (n=119)

Insgesamt werden von den 119 Befragten 219 Einkommensquellen genannt. Fast jede zweite Person ist demnach auf Einkommen aus mehreren Quellen angewiesen. 76 Personen (63,86%) haben Anspruch auf eine Teil- oder Vollrente.

Dass die Empfänger und Empfängerinnen von IV-Renten auf weitere soziale Transferleistungen angewiesen sind, überrascht nicht. Aber auch 18 der 32 Personen, die einen Lohnerwerb im regulären Arbeitsmarkt angeben, erhalten zusätzlich zu ihrem Einkommen soziale Transferleistungen (IV-Renten, Ergänzungsleistungen, Unterstützung durch Partner oder Partnerin, Zahlungen anderer Versicherungen).

## Berufsbiografie

### *Schulbildung/Berufsausbildung*

Die befragten Personen geben, wie in Tabelle 13 dargestellt, folgende Antworten auf die Frage nach ihrer höchsten Schulbildung bzw. Berufsaufbildung:

Tab. 13: Schulbildung/Berufsausbildung der Stichprobe (n=118)

Schulbildung/Berufsausbildung	Anzahl Personen
Obligatorische Schule (9 Schuljahre)	39 (33,05%)
Matura/Berufsmatura	5 (4,24%)
Berufslehre	66 (55,93%)
Höhere Fachschule	4 (3,36%)
Universität/Fachhochschule	4 (3,36%)

Die grössten Gruppen sind also Personen mit einer Berufslehre oder einer obligatorischen, also relativ niedrigen Schulbildung. Abschlüsse auf Tertiärstufe sind die Ausnahme. Wie in Abschnitt 2.3.1 beschrieben, gelten gute kognitive Fähigkeiten und ein höheres Ausbildungsniveau als abgesicherte Prädiktoren für die berufliche Eingliederungsfähigkeit. Die befragten Personen sind diesbezüglich also im Durchschnitt als eher schwach einzustufen, was ihre potentielle Eingliederungsfähigkeit also erschwert.

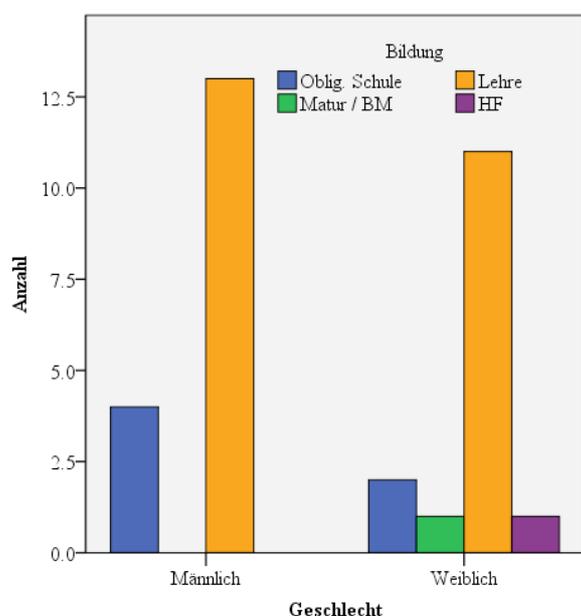


Abb. 4: Schulbildung/Ausbildung der Personen mit Lohnanteil im regulären Arbeitsmarkt

Abb. 4 zeigt, über welche Schulbildung bzw. Berufsausbildung die 32 Personen verfügen, welche einen Lohnanteil im regulären Arbeitsmarkt angeben. Das Bild legt nahe, dass der Abschluss einer Lehre für eine berufliche (Re-) Integration ausschlaggebend sein könnte. Die Tatsache, die obligatorische Schulzeit abgeschlossen zu haben, könnte für das Absolvieren einer Ausbildung notwendig sein. Ein Schulabschluss allein reicht aber selten aus, einer Beschäftigung im regulären Arbeitsmarkt nachgehen zu können. Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe sind in der Stichprobe wenig vertreten, tauchen aber in dieser Darstellung zumindest bei den Frauen wieder auf. Auch hier könnte ein positiver Zusammenhang bestehen. Die Prüfung der Hypothese 1a ( $H_{y1a}$  in Abschnitt 4.8.2) wird diesen Punkt bezogen auf EFZ-Ausbildungen im BTZ weiter verfolgen.

#### *Arbeitserfahrungen vor dem BTZ*

108 Personen geben an, vor dem BTZ-Programm über Arbeitserfahrungen im regulären Arbeitsmarkt verfügt zu haben. Dies entspricht 90,8%. Für die anderen 11 Personen (9,2%) stellte das BTZ die erste Arbeitserfahrung, meist in Form einer Ausbildung dar. Auch die

prämorbid berufliche Performanz gilt als weitgehend abgesicherter Prädiktor für die berufliche Eingliederbarkeit (Abschnitt 2.3.1). Nach Auffassung der Verfasserin sind die vorhandenen Informationen zur früheren Beschäftigungssituation (Anzahl Jahre, Anzahl Stellen) nicht ausreichend, um auf eine berufliche „Performanz“ schliessen zu können. Daher wird auf die Prüfung eventueller Zusammenhänge verzichtet.

### *Erfahrung von Arbeitslosigkeit*

Tabelle 14 zeigt, dass die Mehrheit der Befragten Personen vor dem BTZ-Programm auch die Erfahrung von Arbeitslosigkeit gemacht hat:

Tab. 14: Erfahrung von Arbeitslosigkeit in der Stichprobe (n=114)

Anzahl arbeitslose Phasen	Häufigkeiten (Anzahl/%)
1-2 Mal	59 (49,6%)
3-5 Mal	18 (15,1%)
> 5 Mal	10 (8,4%)
Nie (inkl. Personen ohne vorherige Berufserfahrung)	27 (22,7%)

Gut drei von vier Personen haben also ein oder mehrmals die Erfahrung von Arbeitslosigkeit gemacht. Um diese Zahlen interpretieren zu können, müsste bekannt sein, was in dieser Hinsicht in der Schweiz „normal“ wäre. Im Rahmen dieser Arbeit kann diese Frage nicht weiter untersucht werden.

Die genauere Analyse der Daten zeigt, dass die Teilnehmenden vor der Massnahme zwischen 0 und 16 Jahren aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden waren, zwei Drittel von ihnen aber maximal 2 Jahre. 8 Personen waren länger als 8 Jahre ohne Beschäftigung. Die Stichprobe scheint bezüglich dieses Kriteriums also recht homogen zu sein. Personen, die nach sehr langer Zeit (re-) integriert werden sollen, sind eher die Ausnahme.

## **4.7 Ergebnisse**

### 4.7.1 Beschäftigungssituation Quer- und Längsschnitt

Forschungsfrage 1: *Wie sind ehemalige Teilnehmende der Programme Vorabklärung, Abklärung, Training bzw. Ausbildung zum Erhebungszeitpunkt in die Arbeitswelt integriert?*

Forschungsfrage 1 untersucht im weiteren Sinne den „Erfolg“ der Integrationsmassnahmen hat aber nicht zum Ziel, eine „Erfolgsquote“ auszuweisen. Die Darstellung der Katamnese aus dem Jahre 2003 (Abschnitt 2.4.3) zeigt auf, dass Erfolgsquoten selten vergleichbar sind, da von Studie zu Studie unterschiedliche Ein- und Ausschlusskriterien gelten, sowie unterschiedliche Definitionen von beruflicher Integration existieren.

Weiter belegt die Dossieranalyse von Baer, Frick & Fasel (2009, vgl. Abschnitt 2.3), dass zur Beurteilung des Erfolges die Situation vor der Massnahme berücksichtigt werden muss. Für die nachfolgenden Ausführungen wird berufliche Integration nach dem ebenfalls in Abschnitt 2.4.3 eingeführten „weichen“ Kriterium definiert, da sich die vorliegende Arbeit am Prinzip der Teilhabe gemäss biopsychosozialem Gesundheitsmodell der WHO orientiert.

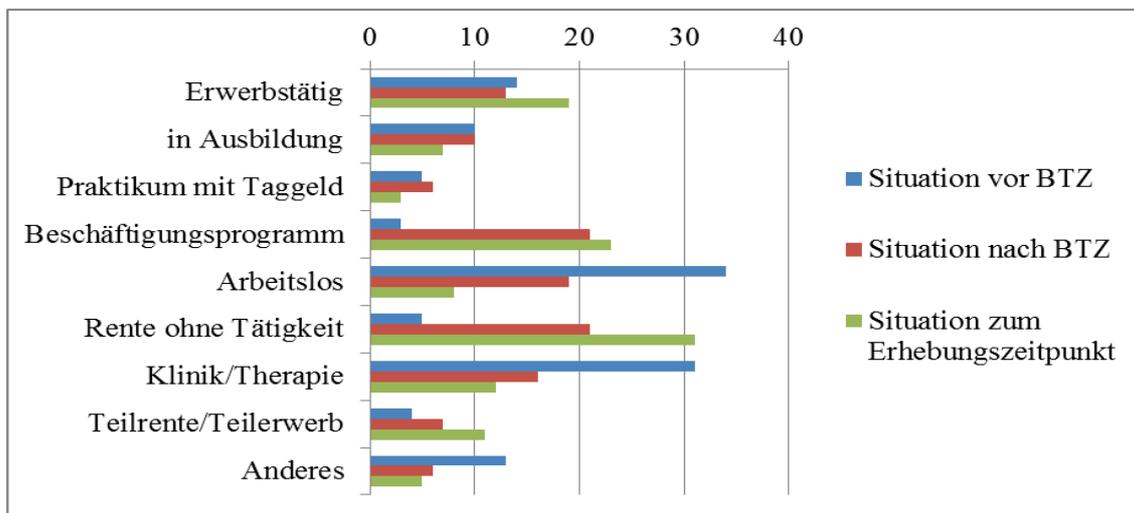


Abb. 5: Situation vor Ein- und direkt nach Austritt, sowie zum Erhebungszeitpunkt

Abbildung 5 (die Zahlenwerte sind in Anhang 3 aufgeführt) zeigt summarisch die Veränderungen, welche sich aufgrund der retrospektiven Fragen nach der Situation vor Programmantritt und direkt nach Austritt, im Vergleich zur Situation zum Erhebungszeitpunkt, ergeben: Nach der Massnahme sind 5 Personen mehr als vorher erwerbstätig und diese positive Entwicklung scheint erst einige Zeit nach Austritt stattzufinden.

Dieser Zuwachs wirkt nach Ansicht der Verfasserin eher unspektakulär. Eindeutig ist hingegen der Zuwachs an Personen, welche in Beschäftigungsprogrammen tätig sind und nach dem „weichen“ Kriterium ebenfalls als beruflich integriert gelten.

Ebenso augenfällig ist die Abnahme arbeitsloser Personen sowie derer, welche sich in einer Klinik oder Therapie befinden. Ebenfalls gestiegen ist aber auch der Anteil an Personen, welche nach einer gewissen Zeit eine Rente ohne Tätigkeit beziehen, beruflich also nicht mehr integriert sind. Fasst man diese Gruppen zusammen, ergibt sich folgendes Bild:

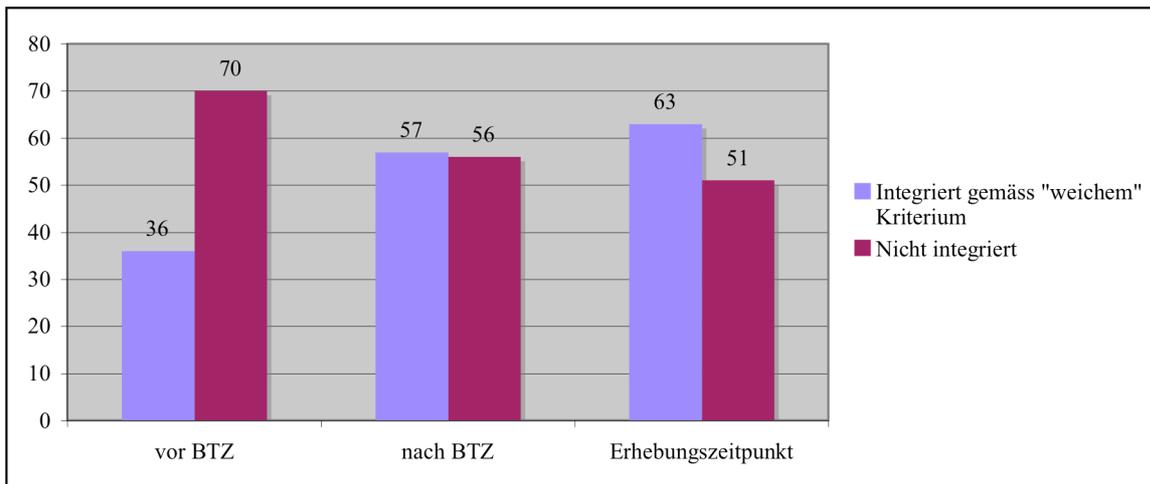


Abb. 6: Integration nach „weichem“ Kriterium im Zeitverlauf

Die Anzahl nicht integrierter Personen sinkt von 70 auf 51 Personen und die Anzahl an der Arbeitswelt teilhabender Personen steigt klar an. Dieser Trend ist bei Austritt bereits absehbar, verstärkt sich dann aber im Laufe der Zeit. Verantwortlich für diese Entwicklung ist aber nicht allein die Zunahme der im regulären Arbeitsmarkt (als Haupterwerb oder mit Teilrente) integrierten Personen. Wie diese Ergebnisse zu interpretieren sind wird Gegenstand der Diskussion sein.

#### 4.7.2 Hypothesenprüfung

Es ist nicht zu vergessen, dass nicht alle Integrationsmassnahmen ausdrücklich die Beschäftigung im regulären Arbeitsmarkt zum Ziel haben. So zum Beispiel die Abklärungen. Daher beziehen sich die im Anschluss untersuchten Hypothesen auf EFZ-Ausbildungen und auch die Trainings, die beide eine Beschäftigung anvisieren. Die beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf die im Anhang 4 dargestellten Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests.

Hy<sub>1a</sub>): Personen, die eine Ausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) absolviert haben, sind signifikant häufiger in den regulären Arbeitsmarkt integriert als Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

Die Stichprobe umfasst 16 Personen (n=16). Elf von ihnen hatten eine Abklärung gemacht, fünf eine EFZ-Ausbildung. Die Tabelle (Anhang 4) zeigt, dass die Abweichung des beobachteten Wertes vom zu erwartenden Wert jeweils weniger als eine ganze Person beträgt; der Chi-Quadrat-Test zeigt denn auch an, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Programm (EFZ-Ausbildung bzw. Abklärung) und der Integration in den regulären Arbeitsmarkt zu geben scheint:

$$\chi^2_{(1)} = 0.428; p = 0.513, \text{ bzw. } p > 0.05$$

**Hypothese 1a wird also verworfen.** Personen, die eine Ausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) absolviert haben, sind nicht signifikant häufiger in den regulären Arbeitsmarkt integriert als Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

Eine gewichtige Einschränkung dieses Ergebnisses ist die sehr kleine Stichprobengrösse. Drei Zellen haben eine erwartete Häufigkeit unter fünf (vgl. Abschnitt 4.3). Die Relevanz des Ergebnisses und die Übertragbarkeit auf grössere Einheiten sind also fraglich. Einen Hinweis gibt die Tatsache, dass vier von fünf Personen mit EFZ-Ausbildung vollumfänglich im regulären Arbeitsmarkt integriert sind und nur eine einem Teilerwerb mit Teilrente nachgeht. Dies sind 0.6 Personen mehr, als zu erwarten gewesen wäre. Bei den Personen mit Abklärung zeigt sich eine Abweichung in die Gegenrichtung. Diese Unterschiede reichen zwar nicht aus, um einen signifikanten Zusammenhang im Sinne der Hypothese herzustellen, könnten aber - bei aller gebotener Vorsicht - auf eine Tendenz im Sinne der Hypothese hinweisen.

Hy<sub>1b</sub>): Personen, die an einem Training teilgenommen haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Integration in den regulären Arbeitsmarkt signifikant von Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

Die Stichprobe umfasst 19 Personen (n=19). Elf von ihnen hatten eine Abklärung gemacht, acht eine Training. Auch hier zeigt die Tabelle (Anhang 4) Abweichungen zwischen dem beobachteten und dem zu erwartenden Wert von weniger als einer ganze Person. Der Chi-Quadrat-Test zeigt denn auch an, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Programm (Abklärung bzw. Training) und der Integration in den regulären Arbeitsmarkt zu geben scheint:

$$\chi^2_{(1)} = 0.353; p = 0.552, \text{ bzw. } p > 0.05$$

**Hypothese 1b wird also verworfen.** Personen, die an einem Training teilgenommen haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Integration in den regulären Arbeitsmarkt nicht signifikant von Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

Auch in diesem Fall unterschreitet die zu erwartende Häufigkeit die kritische Zahl fünf, und das Ergebnis muss mit der entsprechenden Vorsicht interpretiert werden. Es gibt aber Hinweise auf die Tendenz, dass Personen nach dem Training sich weniger häufig als erhofft vollständig im regulären Arbeitsmarkt integrieren können. Personen, welche nach der

Abklärung die Einrichtung verlassen haben, gelingt dies gemäss dieser Untersuchung sogar etwas besser als erwartet.

## 4.8 Berufliche Zufriedenheit

### 4.8.1 Querschnittsdaten

Forschungsfrage 2: *Sind die ehemaligen Teilnehmenden mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden?*

108 der befragten Personen können sich für eine Antwort bezüglich ihrer Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Situation entscheiden. 65 (60,19%) sind eher zufrieden, 43 (39,81%) sind eher unzufrieden. Dieses globale Ergebnis lässt vermuten, dass die Zufriedenheit und Unzufriedenheit nicht von der Beschäftigung im regulären Arbeitsmarkt abhängig sind. Die Untersuchung der Hypothesen sollte hier mehr Aufschluss bringen.

### 4.8.2 Hypothesenprüfung

Hy<sub>2a</sub>): Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Situation signifikant von Personen, die in einer Beschäftigungsmassnahme tätig sind.

Die Stichprobe umfasst 51 Personen (n=51). 37 sind eher zufrieden, 14 eher unzufrieden. 28 sind im regulären Arbeitsmarkt integriert, 23 in einem Beschäftigungsprogramm. Der Chi-Quadrat-Test ergibt folgendes Ergebnis:

$$\chi^2_{(1)} = 1.131; p = 0.288, \text{ bzw. } p > 0.05$$

Obwohl die Abweichungen zwischen den beobachteten und den zu erwartenden Werten etwas grösser sind als bei den Hypothesen 1a und 1b ergibt der Chi-Quadrat-Test keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsart und der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation. **Hypothese 2a wird verworfen.** Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Situation nicht signifikant von Personen in Beschäftigungsmassnahmen.

Relevanz und Übertragbarkeit des Ergebnisses ist aufgrund der grösseren Stichprobe eher gegeben als bei den Hypothesen 1 und 2 und das Ergebnis mit  $p = 0.288$  noch immer recht eindeutig. Die Tatsache, im regulären Arbeitsmarkt beschäftigt zu sein macht also vermutlich nicht zufriedener als die Tätigkeit in einem Beschäftigungsprogramm. Personen in Beschäftigungsprogrammen sind aber auch nicht unzufriedener als jene, welche im regulären Arbeitsmarkt beschäftigt sind. Die Differenzen zwischen den beobachteten und erwar-

teten Werten (Anhang 4) lassen allenfalls die Tendenz vermuten, dass Personen im regulären Arbeitsmarkt eher zufrieden sind, als Personen in einem Beschäftigungsprogramm.

Hy<sub>2b</sub>): Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind signifikant weniger zufrieden als Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind.

Die Stichprobengrösse beträgt 53 Personen (n=53). 36 Personen sind eher zufrieden, 17 eher unzufrieden. 28 sind im regulären Arbeitsmarkt tätig, 25 in einem Beschäftigungsprogramm. Der Chi-Quadrat-Test zeigt folgendes Ergebnis:

$$\chi^2_{(1)} = 3.088; p = 0.079, \text{ bzw. } p > 0.05$$

Auch hier lässt sich kein Zusammenhang belegen sondern das Ergebnis kann zufällig sein. **Hypothese 2b wird verworfen.** Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind nicht signifikant weniger zufrieden als Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind. Allerdings handelt es sich hierbei um das knappste Ergebnis überhaupt, was nicht alleine an der grösseren Stichprobe liegen kann. Die Stichprobe bei Hypothese 2a war nur um 2 Personen kleiner, die Ablehnung aber viel eindeutiger. Mehr Personen mit Beschäftigung im regulären Arbeitsmarkt sind zufrieden, als dies aufgrund der Häufigkeiten zu erwarten gewesen wäre (und weniger unzufrieden) und weniger Personen ohne Tätigkeit sind zufrieden (und mehr unzufrieden).

Hy<sub>2c</sub>): Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind signifikant weniger zufrieden mit ihrer beruflichen Situation als Personen, die in einem Beschäftigungsprogramm tätig sind.

Die Stichprobengrösse beträgt 48. 23 Personen sind in einem Beschäftigungsprogramm tätig, 25 beziehen eine Rente und gehen keiner Tätigkeit nach. 29 sind zufrieden mit ihrer beruflichen Situation, 19 sind unzufrieden. Der Chi-Quadrat-Test zeigt folgendes Ergebnis:

$$\chi^2_{(1)} = 0.426; p = 0.514, \text{ bzw. } p > 0.05$$

**Auch Hypothese 2c muss verworfen werden.** Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind nicht signifikant weniger zufrieden mit ihrer beruflichen Situation. als Personen, die in einem Beschäftigungsprogramm tätig sind. Interessant ist im Vergleich mit Hypothese 2b, dass dieses Ergebnis im Vergleich bei fast identischer Stichprobengrösse wesentlich eindeutiger ausfällt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Rahmen dieser Untersuchung ein möglicher Zusammenhang zwischen den Programmen Abklärung, Training bzw. EFZ-Ausbildung und der Integration in den regulären Arbeitsmarkt nicht nachgewiesen werden kann. Mit aller Vorsicht lässt sich sagen, dass das Programm Abklärung minimal häufiger zur Integration in den regulären Arbeitsmarkt führt, als dies zu erwarten wäre. Die kleinen Stichproben sind allerdings eine gewichtige Einschränkung hinsichtlich Relevanz und Übertragbarkeit der Ergebnisse.

Auch die Zusammenhänge zwischen der Art der Beschäftigung, bzw. ob eine Person überhaupt einer Tätigkeit nachgeht oder nicht, und der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, können trotz grösserer Stichproben nicht nachgewiesen werden. Am wenigsten eindeutig ist allerdings das Ergebnis der ebenfalls abzulehnenden Hypothese 2b, welche den Zusammenhang zwischen einer Beschäftigung im regulären Arbeitsmarkt und gar keiner Tätigkeit hinsichtlich der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation untersucht. In einem Beschäftigungsprogramm tätig zu sein oder gar keiner Tätigkeit nachzugehen scheint nach dieser Untersuchung - bezüglich der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation - einen weniger grossen Unterschied zu machen, als die Integration in den regulären Arbeitsmarkt.

## 5 Qualitative Untersuchung

Die quantitative Untersuchung beleuchtet die quantitative und qualitative Dimension von Teilhabe an der Arbeitswelt. Sie gibt Aufschluss über die berufliche Integration der ehemaligen Programmteilnehmenden, ihre Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Situation und untersucht verschiedene Zusammenhänge. Die folgende qualitative Untersuchung soll die Komplexität der Situation aus Sicht der Beteiligten beschreiben (vgl. Abschnitt 3.2). Nachfolgend werden zunächst die Forschungsfragen vorgestellt, danach die angewandten Methoden und eingesetzten Untersuchungsinstrumente, um schliesslich die Ergebnisse darzustellen.

### 5.1 Forschungsfragen

Der qualitative Teil der Untersuchung orientiert sich an folgenden Fragestellungen:

*Forschungsfrage 3: Worauf führen es die ehemaligen Teilnehmenden zurück, dass sie mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden sind?*

Diese Frage wurde im Rahmen der Fragebogenerhebung (Frage 9a/9b) allen angeschriebenen Personen direkt gestellt, und die Antworten schriftlich erfasst.

Forschungsfrage 4: *Was betrachten Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren oder noch sind (bzw. Arbeit suchen), als förderlich bei diesem Prozess?*

Forschungsfrage 5: *Was betrachten Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren oder noch sind (bzw. Arbeit suchen), als hinderlich bei diesem Prozess?*

Forschungsfragen 4 und 5 stellen sowohl inhaltlich als auch bedingt durch die Erhebung (in Form von Interviews) eine Vertiefung von Forschungsfrage 3 dar und zielen direkt auf die übergeordnete Fragestellung der gesamten Untersuchung. Da die zeitlichen und persönlichen Ressourcen bei der Durchführung der Studie begrenzt waren, musste eine Auswahl für die Stichprobenerhebung in diesen Forschungsfragen getroffen werden (siehe Abschnitt 5.5).

## **5.2 Methode**

Qualitative Forschungsmethoden haben sich in der Sozialforschung seit den 1970er-Jahren verbreitet (Mayring, 2010, S. 9-10), auch weil ein „Unbehagen an der unreflektierten Anwendung herkömmlicher Forschungsverfahren“ (Lamnek, 2005, S. I) entstanden sei, und man sich neue Erkenntnisse versprochen habe, bzw. eine Überprüfung der mit quantitativen Methoden erhobenen Erkenntnisse. Die in Abschnitt 2.1.3 beschriebene Marienthal-forschung gilt bis heute als herausragendes Beispiel qualitativer Sozialforschung. Rehabilitationswissenschaften lassen sich nach Bengel & Koch (2000, S. 10-12) nicht einheitlich den Sozial- oder den Naturwissenschaften zuordnen und verfügten auch über keine eigenen Forschungsmethoden. Umso wichtiger sei eine Methodenvielfalt, um den verschiedenen Blickwinkeln auf Gesundheit und Krankheit – wie sie sich im biopsychosozialen Gesundheitsmodell der WHO (Abschnitt 2.1) manifestieren – gerecht zu werden.

Qualitativer Forschung wiederum sei oft der Vorwurf gemacht worden, rein interpretativ vorzugehen und die für quantitative Forschung geltenden Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) nicht zu erfüllen. Auch seien die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichproben nicht verallgemeinerbar (Mayring, 2010, S. 9-10; Lamnek, 2005, S. 3-5). Mayring (2010, S. 10), räumt ein, dass auch bei neu entwickelten qualitativen Forschungsmethoden die systematische, nachvollziehbare Auswertung des erhobenen Materials kritisch zu betrachten sei. Er selbst stellt mit seinen Grundsätzen der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ eine Anleitung für ein systematisches, regel- und theoriegeleitetes Vorgehen zur Verfügung. Sie dient daher als Leitfaden für die vorliegende Arbeit.

### 5.3 Erhebungsinstrument und Ablauf der Untersuchung

Die qualitative Untersuchung teilt sich in zwei Erhebungen, wobei die Ergebnisse der ersten Grundlage für die Entstehung des Erhebungsinstrumentes und der Auswertung der zweiten darstellen.

Erhebungsinstrument 1 ist Frage 9a/9b der Fragebogen-Vollerhebung (Anhang 2). Diese offen formulierte Frage, welche der Forschungsfrage 3 entspricht, war lediglich insofern theoriegeleitet, als die Verfasserin davon ausging, dass die Befragten Gründe für ihre berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit würden angeben können. Die Antworten wurden wortwörtlich, aber orthographisch korrekt, schriftlich erfasst.

Erhebungsinstrument 2 ist ein problemzentriertes Interview, dessen halbstrukturiertem Leitfaden (Anhang 6) die Ergebnisse aus dem ersten Teil der qualitativen Untersuchung zugrunde gelegt wurden. Das problemzentrierte Interview ist nach Witzel (1985, zit. in Lamnek, 2005, S. 363-367) Teil einer problemzentrierten Forschungstechnik, von welcher aber meist – wie auch in diesem Fall – lediglich das Interviewprinzip berücksichtigt werde. Bei problemzentrierten Interviews „wird ein bereits bestehendes wissenschaftliches Konzept durch die Äusserungen des Erzählenden evtl. modifiziert“ (Lamnek, 2005, S. 364). Dieser Ansatz sieht auch die so genannte „spezifische Sondierung“ (ebd., S. 365) vor. Durch Zurückspiegeln des Gesagten, Nachfragen oder auch Konfrontation mit Widersprüchen kann die interviewende Person während des Gespräches das Verständnis für den Gesprächsinhalt vertiefen und sich insbesondere nach längeren Redebeiträgen vergewissern, die Aussagen (so gut wie möglich) im Sinne der interviewten Person erfasst zu haben.

Die Gespräche fanden zwischen Dezember 2010 und Februar 2011 statt. Der Leitfaden wurde nach dem ersten Interview einer kritischen Prüfung unterzogen, konnte aber beibehalten werden. Alle angefragten Personen entschieden sich, das Gespräch in den Räumen des BTZ zu führen. Vor der Durchführung des Interviews wurden sie mündlich und mit einem Informationsschreiben über den Zweck und Ablauf der Studie informiert und gebeten, eine entsprechende Einverständniserklärung zu unterzeichnen (Anhänge 7 und 8). Die Verfasserin machte sich im Anschluss an das Gespräch Notizen zur Gesprächsatmosphäre und verhaltensbezogenen Beobachtungen. Die Interviews dauerten zwischen 19 und 67 Minuten und wurden elektronisch aufgezeichnet. Die schriftliche Erfassung (Transkription) erfolgte in geglätteter, ins Schriftdeutsch übersetzter Form. Die elektronischen Aufzeichnungen wurden nach der Auswertung vernichtet, die 114 Seiten Transkript sind auf Anfrage bei der Verfasserin einsehbar. Besondere Betonungen wurden im Text hervorge-

hoben, starke Emotionsäußerung wie Weinen oder Lachen ebenfalls. Das zur Transkription verwendete Hilfsprogramm F4 erfasst die Länge der Redebeiträge und Gesprächspausen fortlaufend selbst.

#### **5.4 Gütekriterien**

Die Hauptkritik an der qualitativen Forschung betrifft die Verletzung oder Nicht-Beachtung der klassischen Gütekriterien Reliabilität (Zuverlässigkeit), Validität (Gültigkeit) und Objektivität (Unabhängigkeit der Ergebnisse von durchführender und auswertender Person). Mayring (2010, S. 116-122) hat Verständnis für diese Vorwürfe und formuliert in der Folge spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien, deren Kernelement – die Intercoder-Reliabilität - das Vorhandensein mehrerer Forschungspersonen bedingt, welche das gleiche Material bearbeiten und ihre Ergebnisse vergleichen.

Die vorliegende Arbeit ist eine Einzelarbeit, und die Reliabilität solcher Untersuchungen hängt somit von der Sorgfalt und Selbstkritik der durchführenden Person ab. Um die Nachverfolgbarkeit der Durchführung und Auswertung zu gewährleisten, wurde auf eine sorgfältige Dokumentation der den Kategorien zugeordneten Textpassagen geachtet und möglichst nahe am Originaltext gearbeitet, um Verzerrungen und Interpretationen in einem frühen Stadium der Analyse auszuschalten. Auf Zusammenfassungen der Texte wurde daher verzichtet. Auch wurden während der Interviews systematisch Verständnisfragen (spezifische Sondierung also im Sinne des problemzentrierten Interviews, vgl. Abschnitt 5.3) gestellt und Inhalte gespiegelt, um der interviewten Person die Möglichkeit zu Korrekturen zu geben. Diese Interaktionen reduzieren andererseits die Durchführungsobjektivität, da sie den Gesprächsverlauf und die Aussagen der interviewten Person bis hin zur Wortwahl beeinflussen können.

Bezüglich der Validität fordert Mayring, um „semantische“ Gültigkeit zu erreichen, müssten die gebildeten Kategorien (vgl. Abschnitt 5.6) definiert werden, Ankerbeispiele und Kodierregeln festgelegt werden. Wenn möglich sollten die Ergebnisse mit einem „Aussenkriterium“ (z.B. andere Forschungsergebnisse) korreliert werden, um Widersprüche feststellen zu können.

## 5.5 Stichprobe

### Stichprobe für Forschungsfrage 3

Die Stichprobe für Forschungsfrage 3 ist identisch mit der in Abschnitt 4.7 beschriebenen Stichprobenzusammensetzung der Fragebogen-Vollerhebung (n=119).

### Stichprobe für Forschungsfragen 4 und 5

Die Grundgesamtheit für die qualitative Datenerhebung in Form von Leitfadeninterviews besteht aus den 40 Personen, welche zum Erhebungszeitpunkt im regulären Arbeitsmarkt tätig waren, oder sich um eine solche Anstellung bemühten (dargestellt in Tabellen 15 und 16). Einschlusskriterium für die zweite Gruppe ist der Bezug von Arbeitslosenunterstützung (ALV-Bezüger und -Bezügerinnen). Zudem mussten sie sich für die Teilnahme an einem weiterführenden Gespräch bereit gezeigt haben.

Tab. 15 Personen mit Lohnanteil im regulären Arbeitsmarkt (n=32)

	Lohnanteil im 1. AM	Alters- Ø	Gleichzeitiger IV-Bezug	Gesprächsbereit		
				Ja	Nein	Vielleicht
Männer	17/14,28 %	34,94	5	9	6	2
Frauen	15/12,61 %	38,40	7	7	4	4

Von den insgesamt 32 Personen, welche heute zumindest einen Teil ihres Einkommens im regulären Arbeitsmarkt erwirtschaften, absolvierten fünf eine Vorabklärung, elf eine Abklärung, sieben ein Training, fünf eine Lehre und vier eine Anlehre. Die Frauen sind leicht überproportional vertreten. Sie machen nur etwa ein Drittel der Teilnehmenden aus, aber es erwirtschaften fast gleich viele Frauen wie Männer zumindest einen Teil ihres Einkommens im regulären Arbeitsmarkt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Geschlecht doch einen Einfluss auf die Integrierbarkeit hat (vgl. Ergebnisse der Prädiktorenforschung, Abschnitt 2.3.1).

Je zwei der Männer und der Frauen machten im BTZ eine Ausbildung, welche für sie ihre erste Arbeitserfahrung darstellte. Alle anderen Personen verfügten bereits über Erfahrungen im regulären Arbeitsmarkt, was die Ergebnisse der Prädiktorenforschung, welche Berufserfahrung als integrationsförderlichen Faktor annimmt, bestätigt. Etwa ein Drittel der Männer haben Anspruch auf IV-Rente, bei den Frauen sogar fast die Hälfte. 25 dieser 32 Personen hatten die Erfahrung von Arbeitslosigkeit gemacht. Vier waren sogar 3 bis 5 Mal ohne Arbeit, und eine Person noch öfter. Zur Dauer ihrer Beschäftigung machten fünf Per-

sonen keine Angaben. 11 waren zwischen einem Jahr und zehn Jahren beschäftigt, acht zwischen 11 und 20 Jahre, und vier noch länger.

Tab. 16: Personen mit ALV-Bezügen (n=8)

	ALV- Bezüger	Alters- Ø	Gleichzeitiger IV-Bezug	Gesprächsbereit		
				Ja	Nein	Vielleicht
Männer	6 / 5,04 %	31,83	2	0	3	3
Frauen	2 / 1,68 %	32,00	2	1	1	0

Tabelle 16 zeigt, dass die Männer etwas häufiger auf Stellensuche sind bzw. Anspruch auf ALV-Bezüge haben, als Frauen. Von den 8 Personen, welche heute zumindest einen Teil ihrer Einkünfte durch Beiträge der Arbeitslosenversicherung erwirtschaften, absolvierten einer eine Vorabklärung, zwei eine Abklärung, fünf ein Training und einer eine Lehre. Es sind also wiederum alle BTZ-Programme vertreten. Zwei Drittel der Männer und beide Frauen haben Anspruch auf IV-Rente. Die Gesprächsbereitschaft ist verhalten.

#### Kriterien für die Stichprobenzusammenstellung

Die Beschreibung der Stichprobe ist zur Wahrung der Anonymität allgemein gehalten und nicht auf die einzelnen Interviewteilnehmenden bezogen. Neben der Beschäftigungssituation wurden aufgrund der Schichtung der Grundgesamtheit folgende Kriterien berücksichtigt:

- Teilnehmende aus allen Programmtypen zu befragen
- Männer und Frauen im Verhältnis von etwa 2:1 zu befragen
- Mindestens eine Person aufzunehmen, für die das BTZ die erste Arbeitserfahrung darstellte
- Mindestens eine Person aufzunehmen, die vor dem Programm mehrere Jahre aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden war
- Etwa bei der Hälfte der Personen einen Anspruch auf IV-Rente vorzufinden
- Personen zu berücksichtigen, die sich ausdrücklich negativ oder positiv über das Programm geäußert hatten

Ausgehend von den 26 Personen, welche zumindest grundsätzlich zu einem Gespräch bereit waren, konnte eine **Stichprobe bestehend aus acht Personen** zusammengestellt werden, welche die genannten Kriterien erfüllte (ein Fünftel der Grundgesamtheit).

## 5.6 Auswertung

Inhaltsanalysen müssen nach Mayring (2010, S. 56-57) regelgeleitet durchgeführt, und die Interpretationen theoriegeleitet sein. Weiter sei das Vorhandensein einer spezifischen Fragestellung Voraussetzung für eine qualitative Inhaltsanalyse und gleichzeitig ihr erster Schritt (S. 84). Die Fragestellung bestimme die Richtung der Analyse und verhindere, dass beliebige Interpretationen vorgenommen werden.

Zentraler Schritt innerhalb der Inhaltsanalyse ist die Bildung von Kategorien, welchen das Material zugeordnet wird. Dabei wird zwischen deduktiver und induktiver Kategorienbildung unterschieden. Bei ersterer liegen den Kategorien theoretische Überlegungen zugrunde, bei der zweiten werden die Kategorien in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Material abgeleitet. Die von der Verfasserin gewählte Vorgehensweise enthält beide Elemente und wird nachfolgend kurz beschrieben:

Auswertung der Antworten Frage 9a/9b bzw. Forschungsfrage 3: Die Verfasserin entwickelte mittels Induktion und Deduktion ein Kategoriensystem mit drei Ebenen (Anhang 5). Als Ausgangspunkt und oberste Ebene dienten die Kontextfaktoren des in Abschnitt 2.1 beschriebenen biopsychosozialen Gesundheitsmodells, wobei die Institution BTZ, in welcher die Intervention „berufliche Massnahme“ stattgefunden hatte, als umweltbedingter Kontextfaktor angenommen wurde. Das Textmaterial wurde den Kategorien zunächst auf einem niedrigen, sich möglichst direkt an den Aussagen orientierenden Abstraktionsniveau zugeordnet. Nach etwa der Hälfte des Materials (ca. 50 Einzelaussagen) wurden die Textstellen erneut beurteilt, Kriterien für eine trennscharfe Zuordnung formuliert und Ankerbeispiele bestimmt. Das Resultat dieses Schrittes war die Festlegung der 2. Kategorienebene, welche die Aussagen paraphrasierte. Dieses Vorgehen entspricht der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, S. 93). Danach wurde das gesamte Material nochmals durchgearbeitet und die Anzahl Nennungen auch mengenmässig erfasst. Die so gewonnenen qualitativen und quantitativen Ergebnisse bildeten die Grundlage für die nachfolgende Interpretation.

Auswertung der Interviews bzw. Forschungsfragen 4 und 5: Auch die Interviews wurden nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, ausgehend von den beschriebenen Kategorienebenen 1 und 2. Es hatte also innerhalb der Untersuchung eine Theoriebildung stattgefunden, welche Grundlage für die weitere Untersuchung darstellte.

Konkret wurde für die Auswertung das Kategoriensystem mit den Definitionen der ersten qualitativen Untersuchung beibehalten. Die Ergebnisse der induktiv gewonnenen 3. Kategorienebene und die Ankerbeispiele wurden aber gelöscht, um sie neu aus dem Interviewmaterial heraus zu gewinnen. Zwischen den beiden Auswertungen lagen mehrere Monate was half, sich dem neuen Material halbwegs unvoreingenommen und offen zu nähern. Kategorien der 2. Ebene, denen sich keine Aussagen zuordnen liessen, wurden am Schluss der Auswertung gelöscht, andere, sich neu ergebende Kategorien, hinzugefügt (Anhang 9).

## 5.7 Ergebnisse

In den nachfolgenden Abschnitten werden zunächst die Ergebnisse der Auswertung der schriftlichen Aussagen und danach die der Interviews dargestellt. Bei ersteren ergibt sich die Bedeutsamkeit aus der Häufigkeit der Nennungen. Auch aus Platzgründen muss auf Zitate innerhalb der Ergebnisdarstellung verzichtet werden. Die Ankerbeispiele sind im Anhang 5 nachzulesen und geben einen Einblick in das Material. Bei der Auswertung der Interviews hingegen werden Zitate in die Darstellung eingebunden.

### 5.7.1 Gründe für berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit

Forschungsfrage 3 nach den Gründen für die heutige berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit wurde mit Fragen 9a und 9b des Fragebogens direkt gestellt:

*Sie sind heute eher zufrieden oder eher unzufrieden mit Ihrer beruflichen Situation? Wenn Sie nun an das BTZ und die Zeit danach zurückdenken, was hat aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass Sie heute im Grossen und Ganzen eher nicht zufrieden/eher zufrieden sind?*

Die schriftlichen Antworten wurden erfasst und inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Abschnitt 5.6), woraus sich folgende vier Kategorien ergaben: „Interventionsbedingte Faktoren“, „Personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden“, „Gesellschaftliche Rahmenbedingungen“ und „Arbeitsumweltbedingte Merkmale“. Im Anhang 5 findet sich eine vollständige Darstellung des Kategoriensystems mit Ankerbeispielen. Die zugeordneten Textstellen wurden notiert und sind auf Wunsch bei der Verfasserin einsehbar. Die Darstellung in Tabelle 17 beschränkt sich auf die Ebenen I und II und stellt die positiven und negativen Nennungen inhaltlich und mengenmässig gegenüber:

Tab. 17: Gründe für berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit (n=119)

Ebene I	Ebene II	Häufigkeit	Ebene I	Ebene II	Häufigkeit
Positiv bewertete interventionsbedingte Faktoren	Abklärung, Triage	15	Negativ bewertete interventionsbedingte Faktoren	Bezugspersonen	7
	Bezugspersonen	13		Passung TN/Programm	7
	Arbeitserfahrung TN	7		Bezug zur Arbeitswelt	2
	Bezug zur Arbeitswelt	12			
<b>Summe</b>		<b>47</b>			<b>16</b>
Positiv bewertete personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden	Psychologische Merkmale	11	Negativ bewertete personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden	Biologische Merkmale	15
	Persönliche Entwicklungen	5		Psychologische Merkmale	3
<b>Summe</b>		<b>16</b>			<b>18</b>
Positiv bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Leistungen der Sozialversicherungen	19	Negativ bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Umgang mit Sozialversicherungen	13
	Soziales Netzwerk	10		Sozialer Status	4
<b>Summe</b>		<b>29</b>			<b>17</b>
Positiv bewertete arbeitsumweltbedingte Merkmale	Erreichbarer Arbeitsmarkt	30	Negativ bewertete arbeitsumweltbedingte Merkmale	Quantitative Begrenzungen des Arbeitsmarktes	6
	Berufliche Chancen	7		Qualitative Begrenzungen des Arbeitsmarktes	8
<b>Summe</b>		<b>37</b>			<b>14</b>
<b>Gesamtsumme</b>		<b>129</b>			<b>65</b>

### 5.7.1.1 Kategorie „Interventionsbedingte Faktoren“

Befragt nach möglichen Gründen für ihre berufliche Zufriedenheit oder Unzufriedenheit nennen die Befragten dreimal häufiger positive Erfahrungen mit der Integrationsmassnahme als negative. Sehr geschätzt werden der Aspekt der Abklärung und die geschaffene **Klarheit** hinsichtlich der beruflichen Möglichkeiten. Auch zur Ermöglichung von Arbeitserfahrungen innerhalb des Programmes, oder durch Praktika, gibt es fast ausschliesslich positive Rückmeldungen.

Die individuellen Erfahrungen mit den **Bezugspersonen** und die Frage, ob sich jemand am richtigen oder am falschen Ort gefühlt hat, scheinen das grösste Potential für unterschiedliche Beurteilungen aufzuweisen. Die entsprechenden Antworten haben auch einen sehr grossen emotionalen Gehalt, wie die Ankerbeispiele in Anhang 5 belegen. Noch Jahre nach der Massnahme ist von grosser **Dankbarkeit für das erfahrene Verständnis und Förderung** die Rede – oder eben auch von **tief empfundener Enttäuschung und Verletzung**. Mehrere Personen sind der Ansicht, bei mehr Flexibilität und Verständnis für ihre damalige Situation zu grösseren Fortschritten in der Lage gewesen zu sein. Insbesondere vorzeitige Programmabbrüche oder nicht gewährte weitere Massnahmen, wie beispielsweise Ausbildungen, werden als zu Unrecht **vorenthaltene Chancen** gewertet. Dem gegenüber stehen aber auch Aussagen aus denen hervorgeht, dass es eine **grosse Entlastung und subjektiv empfundenen eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation** darstellen kann, sich aus der Arbeitswelt zurückziehen zu können, wofür in der Abklärung die Grundlage geschaffen wurde.

#### *5.7.1.2 Kategorie „Personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden“*

In der Summe werden fast ebenso viele positiv bewertete personenbezogene Merkmale genannt, wie negativ bewertete. Inhaltlich unterscheiden sich die Nennungen aber deutlich. Hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale, welche als förderlich für die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation eingestuft werden, äussern sich die Befragten sehr differenziert. Sie berichten von **Kompromissen und Anpassungsleistungen** an die gesundheitsbedingten Einschränkungen und davon, welche beruflichen Interessen sie selbst entdecken konnten. Hier stehen also persönliche Eigenschaften und Entwicklungen im Vordergrund. Aus vielen Aussagen spricht **Stolz** über die erbrachte Leistung.

Der sich verschlechternde oder stagnierende gesundheitliche Zustand und auch das Alter werden hingegen überwiegend als Faktoren beschrieben, auf welche die Befragten **wenig Einfluss** haben, und die entsprechend als gegeben akzeptieren werden müssen. Aus diesen Antworten spricht zum Teil ein gewisses Mass an **Resignation**.

#### *5.7.1.3 Kategorie „Gesellschaftliche Rahmenbedingungen“*

Das Vorhandensein und der **Umgang mit den Sozialversicherungen** werden sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht häufiger genannt als die individuellen sozialen Netzwerke. Letztere werden ausschliesslich als förderlich im Zusammenhang mit der beruflichen und generellen Zufriedenheit genannt. Ein **funktionierendes soziales Netz** kann eine als unbefriedigend empfundene berufliche Situation erträglicher machen.

Die Tatsache, durch die IV oder andere Versicherungen **finanziell abgesichert** zu sein und dadurch nicht mehr unter Erwerbsdruck zu stehen, wird oftmals als sehr förderlich für die psychische Gesundheit betrachtet. Dem gegenüber steht die **Unzufriedenheit** mit komplizierten und langen Verfahren, als ungerecht empfundenen Ablehnungen oder Kürzungen von Leistungen, sowie Berichte über demütigende Erlebnisse in der Auseinandersetzung mit den Behörden.

#### 5.7.1.4 Kategorie „Arbeitsumweltbedingte Merkmale“

Mit 30 Antworten ist das Vorhandensein eines **erreichbaren Arbeitsmarktes** die mit Abstand am häufigsten genannte Kategorie. Dabei wird immer wieder betont, dass das Angebot den aktuellen Fähigkeiten entsprechen muss und dass dies die Voraussetzung für berufliche Zufriedenheit sei. Die **Angepasstheit an das Leistungsvermögen** könnte also wichtiger zu sein als die Art der Tätigkeit an und für sich.

Die **Begrenzungen** des erreichbaren Arbeitsmarktes sind sowohl qualitativer als auch quantitativer Natur. Das Angebot wird unter anderem als zu gering und monoton beschrieben. Die geforderten Mindestpensen und die hohen Anforderungen schränken die Beschäftigungsmöglichkeiten ebenfalls ein. Die befragten Personen wissen, dass ihre Leistungsfähigkeit geringer ist als die „gesunder“ Mitbewerber und sie stoßen auf einen Arbeitsmarkt, der darauf **keine Rücksicht** nehmen kann oder möchte.

#### 5.7.2 Förderliche und hinderliche Faktoren für berufliche Integration

Forschungsfragen 4 und 5 nach förderlichen und hinderlichen Faktoren für die berufliche Integration stellen gewissermaßen die Brille dar, durch welche die Interviews betrachtet wurden. Bei der Auswertung und Zuordnung der Textstellen musste oft unterschieden werden zwischen dem, was nach Ansicht der Verfasserin hätte hilfreich sein können und dem, was sich aus Sicht der Befragten tatsächlich als hilfreich erwies. Gleiches gilt auch für die hinderlichen Faktoren. Herr C beispielsweise berichtet immer wieder von intensivem Drogenkonsum (während der Ausbildung, in den Integrationsprogrammen, aktuell), stellt aber keinen Bezug zu seinen Integrationsschwierigkeiten her.

Anhang 9 enthält das Kategoriensystem mit den Ankerbeispielen und gibt einen vollständigen Überblick über die gefundenen förderlichen und hinderlichen Faktoren. Vorgängig aber wird im Folgenden dargestellt, ob und inwiefern es sich bei den interviewten Personen überhaupt um Menschen mit psychischen Störungen handelte und erst danach die Veränderungen ihrer Beschäftigungssituation.

Bei der Darstellung der Zitate werden inhaltliche Auslassungen durch eine Klammer mit drei Punkten angezeigt (...). Die Auslassung von Namen wird durch eine eckige Klammer angezeigt, innerhalb derer die Funktion der erwähnten Person beschrieben wird. Für das Verständnis notwendige Anmerkungen der Verfasserin und starke Gefühlsäusserungen (z.B. Lachen oder Weinen) werden *kursiv* eingefügt.

#### 5.7.2.1 Menschen mit psychischen Störungen?

Bei der Zusammenstellung der Stichprobe war der Verfasserin nicht bekannt, ob es sich bei den kontaktierten Personen um Menschen mit psychischen Störungen im Sinne der ICD-10 (Dilling et al, 2009) handelte (vgl. Tabelle 3 in Abschnitt 2.2.3).

Um die Anonymität zu wahren, werden die nach Eigenaussagen oder aus dem Kontext sich ergebenden Störungsbilder der acht interviewten Personen zusammenfassend dargestellt:

- F1 Störungen durch Alkohol, Kokain oder Cannabinoide (3x)
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (2x)
- F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.3 Persönlichkeitsstörung Borderline-Typus
- F84 Autismus

Die Suchterkrankung stand nur bei einer Person im Vordergrund. Bei den beiden anderen wurde sie durch eine Persönlichkeitsstörung überlagert. Es liegen also Komorbiditäten vor (das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Störungen). Eine weitere Person berichtete von einem Suizidversuch und mehreren Selbsteinweisungen in die psychiatrische Klinik, nennt aber keine Diagnose und gibt auch sonst keine weiteren Hinweise. Obwohl in sieben von acht Fällen mindestens zum Zeitpunkt der Rehabilitationsmassnahme höchstwahrscheinlich diagnostizierbare psychische Störungen vorgelegen haben, gelangen drei Personen ausschliesslich aufgrund von Rückenbeschwerden (2x Arbeitsunfall) und eine Person aufgrund eines Schleudertraumas an die IV. Die achte Person ist zum Erhebungszeitpunkt in psychiatrischer Behandlung, es gibt aber keine Hinweise auf eine diagnostizierbare Störung, welche eine Zuordnung rechtfertigen würden.

Für vier von acht Personen stehen somatische Beschwerden im Vordergrund, ihre psychische Verfassung war oder ist für sie sekundär:

Frau D: „So eine richtige psychiatrische Diagnose, eigentlich nicht. Ich war depressiv. Ich bin heute auch depressiv, wenn ich daran denke. Hm, Medikamente habe ich nicht nehmen müssen (...). Aber auf jeden Fall das war ein Doktor und er hat irgendwie in diese Richtung gesprochen, das ist klar, dass ich mich so depressiv fühle, dass ich viel um die Ohren habe, aber er würde nicht meinen, dass ich psychisch krank bin.“

Die Diagnosen waren also auch nach den Gesprächen nicht in allen Fällen bekannt aber es hat sich gezeigt, dass es sich um Menschen mit grossen – auch psychischen - Belastungen

gehandelt hat oder handelt, welche aber mehrheitlich ohne psychiatrisch/psychologische Behandlung geblieben sind. Nur in drei Fällen gleicht der Ablauf der Rehabilitation dem in Abschnitt 2.2.3 beschriebenen Stufenschema.

#### 5.7.2.2 Beschäftigungssituation zum Erhebungszeitpunkt

Drei der acht Personen (alle männlichen Geschlechts) sind zum Zeitpunkt des Interviews **voll erwerbstätig**. Einer von ihnen war davor viele Jahre ohne Tätigkeit aufgrund schwerer Alkoholprobleme; einer machte im BTZ seine Erstausbildung (Anlehre) nach abgebrochener EFZ-Ausbildung wegen Lernschwierigkeiten; einer fand den Einstieg nach einer zweijährigen Rehabilitationsphase nach einem schweren Schleudertrauma. Eine junge Frau hatte gerade zum **zweiten Mal innert kurzer Zeit ihre Stelle verloren**. Sie hatte nach abgebrochenen Lehren und Klinikaufenthalten eine Ausbildung in geschütztem Rahmen gemacht. Zwei Personen beziehen eine **Teilrente der IV und sind daneben teilerwerbstätig** (Hilfsjobs bzw. Praktikum im regulären Arbeitsmarkt nach Umschulung auf den Traumberuf). Zwei Personen verloren ihre Stelle wegen – noch immer vorhandenen - Rückenproblemen und haben keinen Anspruch auf IV-Rente, obwohl das BTZ in einem Fall die Berentung empfahl. Sie halten sich mit **Teilzeitjobs** über Wasser. Eine von ihnen hatte eine von der IV finanzierte Umschulung gemacht, aber keine Stelle gefunden. Das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) vermittelte sie darauf hin auf ihren vorherigen Beruf, worauf sie sich abmeldete.

Frau D: „(...) also die zwei Jahre, das ist mein Wort eigentlich, Gehirnwäscherei, Termine eh, Entscheidungen, Schule, Lernen, Aufgaben, das habe ich dann gar nicht nötig gehabt. Hätte ich ganz ruhig weiter arbeiten können. Mehr oder weniger krank.“

#### 5.7.2.3 Kategorie „Interventionsbedingte Faktoren“

Einen ganz hohen Stellenwert bei den förderlichen Faktoren nimmt die Vermittlung von an die **Bedürfnisse und Fähigkeiten angepassten Praktika oder Ausbildungen** ein:

Herr G: „Frau [Name der Praktikumsbeauftragten] sagte dann zu mir: Hören Sie, ich spüre irgendwie, das Thema (...) und so, das lässt sie nicht in Ruhe. Sie erzählen mir immer wieder, wie gerne sie diesen Job gemacht haben. (...) Und dann hat sie gesagt, ich habe mit [Name des Abteilungsleiters] telefoniert, sie können dort arbeiten gehen“ (...) „Ich kann bei ihnen einen Monat arbeiten gehen (...) meinen Lohn übernimmt in der Zeit das BTZ.“

Herr E: „Es war eigentlich eine 2jährige Lehre, also das Praktikum war wie das zweite Lehrjahr mit interner Schule. (...) Es war interessant. Man hat immer etwas mehr gelernt. Vor allem, wie ich in den Beruf (...) eingestiegen bin sah ich, da macht von jedem Beruf ein bisschen. Das war bei mir auch so, ich hatte schon immer von jedem Beruf Interessen.“

Herr A: Dann habe ich zum Teil auch Arbeiten bekommen, die recht intensiv gewesen sind und die ich da-zumal in der Lehre gehabt habe, (...) wo ich gemerkt habe, ich muss lernen, aber es liegt mir eigentlich.“

Die Textbeispiele machen deutlich, wie vielfältig und individuell die Anschlussmöglichkeiten an Interessen und Fähigkeiten sind. Letztere können diffus sein (Herr E, der nicht

sehr gut über sich Auskunft geben kann), wie bei Herrn A ganz konkrete Tätigkeiten betreffen, oder es kann sich wie bei Herrn G um die grundsätzliche Faszination für ein Thema handeln. Damit der Anschluss möglich ist, müssen sich **vermittelte und vermittelnde Person kennen lernen** können und gegebenenfalls **Anreize für den Arbeitgebenden** geschaffen werden, um eine Platzierung zu ermöglichen. Was in diesem konkreten Fall mit finanziellen Aufwendungen für das BTZ verbunden war.

Der **ressourcenorientierte Einsatz von Testdiagnostik** kann helfen, verloren geglaubte Fähigkeiten aufzudecken, oder das angemessene Leistungsniveau festzustellen. Zentraler Punkt bei der Arbeitserfahrung, welche die Teilnehmenden im BTZ sammeln konnten, ist die **schrittweise Steigerung** der Belastbarkeit, welche zur Reintegrationsfähigkeit in den regulären Arbeitsmarkt hinführt. Damit die langsame Steigerung gelingen kann, müssen die Angebote **flexibel** gehandhabt werden und mit anderen, eventuell zeitgleich stattfindenden Rehabilitationsmassnahmen **koordiniert** werden:

Herr G: „Ich habe hier weitergemacht und zweimal in der Woche (...) nach Bellikon gemusst. Dann haben wir auch hier eine Lösung gefunden.“

Frau H: „Mit der IV war das dann schon so geregelt und dann habe ich eben mit dem Lernen Probleme gehabt. Und war dann halt hier um jeden Freitag zu lernen und mich vorzubereiten für die Zwischenprüfung.“

Das folgende Zitat illustriert sehr eindrücklich was es auslösen kann, wenn aus Sicht der Betroffenen all dies nicht gelungen ist:

I: „Also, Sie hätten etwas sehr Konkretes gebraucht?“

Frau D: „Wenn das schon geschulte Menschen sind, dass man mich einschätzt, was ich brauche (...) irgendwie individuell dann für mich quasi einen Anzug schneidert. Das war vielleicht meine Erwartung (...)“

I: „Und die ist nicht erfüllt worden.“

Frau D: „Diese Art und Weise, im Schema xy wie für alle gleich, wie für die Simulanten, die es nur auf IV abgesehen haben. Nicht dass ich mich abgestempelt gefühlt habe. Überhaupt nicht. Aber eben, dass das Schema existiert und irgendwann mal kommt Selektion und irgendwann mal noch mal Selektion, und noch mal. Und das alles hat mir zu lange gedauert.“

Es könnte nun der Eindruck entstehen, dass lediglich Frau D mit dem Verlauf des Programmes (welches sie vorzeitig abbrach) unzufrieden war und alle anderen Interviewpartner sich zu jedem Zeitpunkt optimal begleitet und am richtigen Ort fühlten. Dem ist nicht so. Eine **gelungene Auftragsklärung**, die Entwicklung eines **passenden Programmes** und die **konstante, von Akzeptanz geprägte Begleitung durch das Fachpersonal** sind integrationsfördernde Faktoren, die **Zeit** brauchen können:

Herr A: „Ich muss sagen, am Anfang hatte ich auch mit ihm recht Mühe und ich habe dann langsam begonnen es zusammenzuspinnen, diese Fäden zusammenzuspinnen und ich habe gemerkt, ja irgendwo, das System ist drinnen, und dann ist auch das Selbstvertrauen jeden Tag mehr gekommen.“

Frau F: „Ja, am Anfang bin ich nicht so klargekommen mit der Lehrmeisterin, aber nachher ist es gegangen. (Auflachen)“

Herr G: „Und er [Arbeitsagoge und Vorgesetzter] hat dann meine handwerklichen Fähigkeiten so akzeptiert wie sie sind. (...) Und habe ich (aufgrund der Schmerzen) 10 Minuten MEHR Pause gemacht also die anderen, es ist immer akzeptiert worden.“

Besonders förderlich für Herrn A war zudem, dass sich unter all den Teilnehmenden auch ein Mann in seinem Alter befand, welcher aus Sicht von Herrn A fest entschlossen zu sein schien, die Integration zu schaffen. Dies gab ihm ein zusätzliches **Vorbild** zu seinem Vorgesetzten, an dem er sich orientieren konnte. Auch Herr G fand Kollegen und konnte sich **sozial integrieren**, auch wenn sich keine dauerhaften Kontakte ergaben.

Hinderliche Faktoren: Es gibt also zahlreiche interventionsbedingte Faktoren, welche sich förderlich auf die berufliche (Re-) Integration auswirken können. Und wie schon Teil 1 der qualitativen Untersuchung zeigte, hat der **nicht gelungene Beziehungsaufbau bzw. Konflikte** mit den begleitenden Personen oder die **dauerhaft fehlende Passung zwischen Programm und Teilnehmendem** grosses Potential, auch Jahre später noch starke Emotionen auszulösen:

Frau D: „Was ich heute noch denke, wenn man mich kennen gelernt hat, als Psychologin, also das kann man auch irgendwie berücksichtigen, dass die Gespräche mir schon gut tun, um mich zu befreien für den Moment, aber dass das für mich als Person gar keine Lösung ist.“

Frau D: „Genau. Unterstützung für die Entscheidung hat mir gefehlt im BTZ. Jetzt haben wir es auf den Punkt gebracht.“

Herr C: „(...) kam ich hierher - war ich der Meinung - mit einem kaputten Rücken und ging hier nach draussen - hm - als psychisch gestörter, seelisch - hm - ich weiss nicht, eben, ich weiss nicht mehr, was mir Frau [Name der Psychologin] dazumal alles gesagt hat. Und kein Wort vom Rücken und ich weiss, also wenn ich ganz ehrlich bin, ich weiss nicht, warum ich IV habe, ob jetzt wegen dem Rücken oder wegen der Psyche.“

Ob diese Missverständnisse zu vermeiden gewesen wären und ob sie eine berufliche Integration behindert haben, lässt sich schwer beurteilen. Im Falle von Herrn C haben die Rehabilitationsmassnahmen jedenfalls nicht zur Klärung seiner Situation beigetragen und er löste das Problem, indem er sich eine 50%-Stelle suchte und das Programm beendete. Dies geschah 2003 und dem Schritt folgten viele weitere Stellen und Kündigungen. Auch Frau D ist trotz Umschulung noch immer auf der Suche nach einer dauerhaften Lösung.

#### 5.7.2.4 Kategorie „Personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden“

**Keine körperlichen Einschränkungen** zu haben, jung, kräftig und ohne Schmerzen zu sein, weite Arbeitswege auf sich nehmen zu können (und zu wollen), erleichtert die Integration in den regulären Arbeitsmarkt. **Chronische Schmerzen, Erschöpfbarkeit und stark schwankende** (psychische und physische) **Zustände** stellen Hindernisse dar.

Die interviewten Personen berichten von zahlreichen **persönlichen Entwicklungen**, dank derer sich ihre Situation erheblich verbessern konnte und auch von Schwierigkeiten, die sie dazu überwinden mussten – oder hätten überwinden müssen, denn nicht immer führen diese Prozesse zu einem „Happy End“.

Herr G: „Ich bin dann auch ein wenig hässig gewesen. (...) Ich habe gewusst, ich muss, sonst komme ich nicht zurück in den Job. (...) Es ging nicht vorwärts, eben psychisch habe ich dann so ganz minimale Probleme bekommen. Das habe ich dann auf mich selber zurückgeschoben. Das ist mir gleich, ich muss jetzt körperlich wieder fit werden.“

Frau F: „Es ist eigentlich erst, wenn du wirklich hast sagen müssen, das beschäftigt mich dermassen, dass ich nicht arbeiten kann, dann habe ich sagen müssen: "Gut, dann kann ich darüber reden." Aber sonst ist es eigentlich mein Problem, auf gut Deutsch, ja. Um das war ich ja irgendwie froh, einfach dass du weisst, es ist jemand da, wenn es gar nicht geht.“

I: „Der Lehrer hat Ihnen das Praktikum dann angeboten?“

Frau H: „Ja, es war zuerst mal ein Auftrag, den ich hatte und irgendwann habe ich ihn gefragt. (...) Und dann hat er gefunden, ja klar.“ I: „Also, Sie haben ihn angesprochen?“ Frau H: „Ja.“

I: „Hätten sie das vor 10 Jahren gemacht?“ Frau H: „Nein.“

Herr A: „Wenn man den ganzen Tag nur Negatives hört, (...) dann habe ich gefunden, ja gut, das ist nicht dein Problem, da musst du für dich arbeiten.“

Herr C: „Ich bin grundsätzlich ein Mensch, wenn es ihm nicht passt, dass er es geradeheraus sagt. Ich bin schon ziemlich oft auf die Nase gefallen, aber ich mache es heute noch so, wenn es mir nicht passt.“

Diese Darstellung ist nur eine Auswahl von Textstellen, die sich noch lange fortführen liesse. Auch das Kategoriensystem im Anhang 9 zeigt, wie reichhaltig die Aussagen der acht Personen, was ihre persönliche Entwicklungen anbelangt, sind.

Zu den förderlichen persönlichen Eigenschaften und Entwicklungen gehören sicherlich ein **aufgeschlossener Umgang** mit der Umgebung, die **Bereitschaft zu Kompromissen, Einsicht in die Natur der eigenen Einschränkungen** und die **Entwicklung eigener Ziele und Interessen**. Daraus kann sich wie im Falle von Frau H beispielsweise die Erkenntnis entwickeln, dass nicht immer sie das Opfer ungerechter Umstände ist, sondern dass auch andere Personen mit Schwierigkeiten konfrontiert werden und es sich lohnt, „dran“ zu bleiben. Und Herr A lernt langsam, eigene Interessen zu entwickeln und sich zu streiten.

Klar hinderlich ist, wenn die betroffene Person eine **sehr rasche Verbesserung der Situation erwartet**, die **eigenen Verarbeitungsmöglichkeiten psychischer Belastungen überschätzt** bzw. das vorhandene Leiden nicht wahrnehmen kann, was die **Krankheitsverarbeitung erschwert**.

Fallvignette 1: Herr Gs „minimale psychischen Probleme“ erweisen sich auf Nachfrage als ein hochexplosives, monatelanges Schwanken zwischen „Aggression und Depression“. Nach einem reibungslosen Einstieg in das Berufsleben und mitten in einer Phase der Zufriedenheit erleidet er ein schweres Schleudertrauma. Die anschliessende medizinische Behandlung erweist sich als sehr langwierig, er erhält die Kündigung, die Versicherungen schieben sich gegenseitig die Verantwortung zu, und er leidet immer wieder an starken Schmerzen. Er hat zunehmend das Gefühl, von seinem Umfeld – mit Ausnahme der Freundin und der Eltern – sowie der zuständigen Physiotherapeutin als Simulant betrachtet zu werden. Psychologische Betreuung lehnt er ab, er sei „ja nicht im Kopf krank“. Eine Selbsthilfegruppe verlässt er gleich wieder, weil dort die Simulanten sässen, deretwegen er mit Vorurteilen zu kämpfen habe. Die erneute Überweisung an die Berufsberatung der IV, bei welcher er auf einen Berater trifft, zu dem er trotz grosser Vorbehalte sofort Vertrauen fassen kann, weil der ihm endlich zuzuhören scheine, bringt die Wende. Er beginnt das Belastungstraining und kommt erneut in medizinische Behandlung, die diesmal aber von gegenseitigem Vertrauen geprägt ist. Die gemachten Erfahrungen hätten ihn sozialer und menschlicher gemacht. Dies sei mit ein Grund, warum ihm sein Vorgesetzter Personalverantwortung übertragen habe.

Fallvignette 2: Frau F ist eine zart wirkende junge Frau, die angesichts der winterlichen Verhältnisse in viel zu dünner Kleidung zum Interview erscheint. Sie kommt von einem Vorstellungsgespräch. Sie hat innerhalb kürzester Zeit zum zweiten Mal seit Beendigung ihrer Ausbildung in geschütztem Rahmen im Jahre 2009 die Kündigung erhalten. Sobald die geringsten Schwierigkeiten auftauchten, müsse immer sie gehen, obwohl sie gut ausgebildet sei und sie sich schnell einarbeiten könne. Warum das so ist, kann sie sich nicht erklären. Ihr Traum wäre es, ganz alleine arbeiten zu können, dann könne ihr niemand unterstellen, Fehler gemacht zu haben. Aber wo gäbe es heute noch so etwas. Sie habe immer gewollt, dass man ihre Arbeit und ihre Person getrennt voneinander betrachte. Das eine solle mit dem anderen nichts zu tun haben und ihre Befindlichkeit sei ihre Privatsache. Nur wenn es „gar nicht mehr gehe“ sei sie bereit, darüber zu sprechen.

#### 5.7.2.5 Kategorie „Gesellschaftliche Rahmenbedingungen“

Menschen mit psychischen oder physischen Beeinträchtigungen zu integrieren ist ein Vorgang, in dessen Zentrum zwar die betroffenen Person steht, an dem aber sehr viele andere Personen beteiligt sind.

Fallvignette 3: Herr E ist Anfang 20. Auf dem Fragebogen gibt der Autismus-Betroffene die Telefonnummer seines Vaters an. Dieser stellt den Kontakt her. Herr E kommt gerne und hofft, im BTZ alte Kollegen anzutreffen. Mit Kleinklassenförderung macht er den Sek. A-Abschluss und beginnt eine EFZ-Ausbildung. Dort zeigen sich bald schulische Schwierigkeiten. Er habe sich die Dinge auch im Praktischen nicht so gut merken können. Vor Ablauf eines Jahres bricht er die Ausbildung auf Veranlassung seines Vorgesetzten ab. Er jobbt ein Jahr beim Vater und macht dann eine Anlehre im BTZ. Dort habe es dann gut mit der internen Schule geklappt und er habe sich am richtigen Ort gefühlt. Aus dem einjährigen Praktikum, mit dem die Ausbildung abschliesst, ergibt sich eine Festanstellung. Die Gemeindeverwaltung – zu welcher Herrn E's Vater gute Kontakte hat - sorgt dafür, dass eine neue Stelle für ihn geschaffen wird. Das bestehende Personal hätte schon auch weiterhin gereicht, aber man habe dann genau gerechnet und so sei es gekommen, dass Herr E nun einen regulären Lohn beziehe und für seinen Unterhalt selbst sorgen könne.

Herr E hat das Glück, aus einer gut integrierten Familie mit Kontakten zu Personen mit Entscheidungsbefugnis zu stammen. Dieses „Glück“ hängt also mit der **Schichtzugehörigkeit**, oder allgemein dem sozialen Status, zusammen. Herr B beispielsweise hat vor allem Kollegen, die wie er selber Migrationshintergrund haben und keine Führungspositionen einnehmen:

Herr B: „Ich habe einmal überlegt, ob ich telefonieren soll. (...) Kollege hat nachher eben dort gefragt und er hat gesagt, es hat nichts mit dir zu tun. Die Chefin hat halt entschieden.“

I: „Die Kollegen, die sie kennen, entscheiden das nicht.“

Herr B: „Nein.“

Das unterstützende soziale Netzwerk besteht aus der **Familie, Partner oder Partnerin** und - im Falle von Herrn E - ganz unmittelbar aus der ganzen **Gemeinde**. Die Familie gibt dabei beispielsweise nicht nur emotionale Unterstützung, sondern sie besorgt auch Stellen oder Übergangslösungen (so auch bei Frau F, Herrn B oder Frau D).

Herr G: „Ich bin dort (*in der Selbsthilfegruppe*) nicht fündig geworden. Also der einzige Faden, den ich hatte, ist immer meine Freundin gewesen. Und ja, meine Eltern, da muss ich sagen, sie haben mir geglaubt. Aber bei den anderen bin ich mir nicht immer ganz sicher, inwiefern sie mir geglaubt haben. (...) er (*ein Bekannter*) hat meine Freundin angerufen und gesagt, sie solle schauen, dass ich wieder arbeiten gehe. Er habe das Gefühl, ich sitze nur zu Hause herum. Das hat sie mir aber erst nachträglich gesagt.“

Das persönliche Netzwerk übernimmt oft Aufgaben, für welche auch ein **Netz von professionellen Helfern und Helferinnen** zuständig ist, dessen Grösse und Ausgestaltung sich am Bedarf orientiert. Oft sind bei den befragten Personen **Berufsberatungspersonen der IV oder RAV-Beraterinnen** involviert. Die Auseinandersetzung mit ihnen wird **manchmal als unterstützend, und manchmal als belastend oder hinderlich** empfunden.

Frau D: „Sie war jemand (*RAV-Beraterin*), die mir in dem Moment das gegeben hat, was ich brauchte. Kein Mitleid aber auch kein „Es ist dein Leben, mach was du willst, ich bin nur da, um zu schauen.“ Das, was ich später dann auch erlebt habe beim RAV. (...) Und dass sie mich gerade in diese Gruppe geschickt hat (...). Und dort habe ich auch Gespräche geführt und meine Briefe gezeigt, die ich an die IV geschrieben habe. Und dort habe ich Feedback bekommen auf die Briefe. Und dass ich die Umschulung machen will, war klar, die Frage war nur noch, wie.“

Frau D: „Betroffen, ich habe mich wie eine Lügnerin gefühlt, die das ausgenützt hat. Und jetzt war lange genug gespielt, jetzt kannst du wieder an die Arbeit, wenn du Geld möchtest (*sehr starkes Weinen, Stimme mit unterdrückten Tränen*). (...) Und sie (*eine andere RAV-Beraterin*) ist diejenige, die für mich sorgt. Sie findet sogar eine Stelle für mich. (...) Psychisch habe ich mir gar nicht überlegt, wie es dann ist. Aber körperlich auf jeden Fall schlechter. Schlechtere Bedingungen, und dann habe ich wieder die IV kontaktiert und habe gesagt, dass ich den Druck nicht aushalte, und dass sie mir das vorgeschlagen hat.“

Münden diese Auseinandersetzungen aber in eine Entscheidung und ermöglichen beispielsweise eine Umschulung, so ist diese **finanzielle Absicherung sehr unterstützend**:

Frau D:“ Und dort (*bei der IV*) wurde es anhand von Berechnungen (...) finanzierbar, dass ich mich entspannen und aufs Lernen konzentrieren konnte.“

Manche der Befragten haben die Erfahrung gemacht, gleichzeitig mit verschiedenen Ämtern und Beratungspersonen in Kontakt zu stehen und von ihnen **abhängig** zu sein. Sie sind in der Pflicht, die internen Vorgänge und Entscheidungswege akzeptieren bzw. sie allenfalls koordinieren zu müssen. Im Falle von Frau H folgt daraus, dass sie nach einigem Hin und Her eine Teilzeitstelle nicht annehmen kann, weil der IV das – eigentlich branchentypische – Pensum zu gering ist. Das RAV möchte sie in eine Massnahme schicken, von welcher sie nach Aussage des zuständigen Projektleiters aber nicht profitieren könne. Sie stellt sich allmählich die Frage, was die zuständigen Beratungspersonen dürfen, und wogegen sie sich wehren könnte, ist diesbezüglich aber ohne Beratung. Zum Zeitpunkt des Interviews steht sie vor folgendem Problem:

Frau H: Also die IV würde das nicht bezahlen, weil es halt so kurzfristig war. Und dann habe ich gedacht, ja aber wir hatten doch abgemacht (...). Und dann hat die IV beim Gespräch gefunden, also die Priorität wäre jetzt beim RAV und nicht mehr bei Herr [Name des Lehrers].“

Der niedrige soziale Status äussert sich in der **Abhängigkeit von Ämtern, teilweiser Entmündigung, Stigmatisierung und Rechtfertigungsdruck**, der die psychische Belastung noch verstärken kann und direkt oder indirekt die Integrationsfähigkeit mindert. Auffallend ist, dass die Befragten sich nicht prinzipiell gegen institutionelle Hilfe oder Kon-

trolle wehren, sondern vielmehr genau unterscheiden, welche Form von Angeboten, Interventionen und Haltungen sich als hilfreich erwiesen haben.

Auch die **medizinische Versorgung** ist nicht eindeutig den unterstützenden oder behindernden Faktoren zuzuordnen. Eine Ausnahme bildet die Allgemeinmedizin in Form von Hausärzten oder Hausärztinnen, welche in verschiedenen Erzählungen positiv konnotiert auftauchen. Sie verschreiben Psychopharmaka und sind so die einzige „psychiatrische“ Unterstützung, stellen den Kontakt zur IV her, schreiben oder veranlassen Gutachten, und scheinen ganz allgemein Ansprechpartner für Sorgen und Nöte zu sein.

Herr G: „Ja und dann ist der Kampf losgegangen, mit dem Anwalt. (...) Ich bin zu einem Arzt, der hat mir bestätigt, dass ich Sachen habe (...) und die (*IV und SUVA*) haben dann das quasi widerlegt und haben gesagt, das sei nicht richtig. (...) Ja das ist dann zwei, drei Monate gegangen und ich habe kein Geld gesehen.“

Viele der Befragten scheinen **medizinisch-therapeutisch unterversorgt** zu sein. Insbesondere regelmässige Psychotherapie ist die Ausnahme und die Versorgungslage nicht zuletzt auch regional unterschiedlich:

Frau H: Es ist, wenn ich Gespräche mit der IV habe, dass das Gefühl da ist, „Was jetzt?“ (...) Dann hat man zum Glück eine Therapeutin (*Auflachen*), wo man reden kann. (...) Regelmässig einmal in der Woche.“

Frau F: „Ich war eigentlich schon (*in psychiatrischer Behandlung*), aber der Psychiater arbeitet irgendwie vielleicht zwei, drei Tage die Woche und ist in Zürich und (...) bis ich nach der Arbeit noch in Zürich bin, arbeitet der nicht mehr. (...) Also, ich bin dann vielleicht noch alle drei, vier Wochen einmal gegangen.“

Herr A: „Und ich muss sagen, es ist natürlich in der Innerschweiz, (...) es ist nicht wie in Zürich, da hat es auch keine Fachleute (*bezieht sich auf Suchtberatung*), oder sie machen es ehrenamtlich.“

#### 5.7.2.6 Kategorie „Arbeitsumweltbedingte Merkmale“

Die grösste Förderung erfahren Herr A, Herr G und Frau H indem sie auf **Vorgesetzte bzw. Personen mit Entscheidungsbefugnis** treffen, welche sie nicht nur anstellen, sondern sich sogar vehement für sie **einsetzen und Risiken** auf sich nehmen:

Herr A: „Und dann haben wir zwei, drei Kriege geführt. (...) Ich hatte von allen Unterstützung bis auf die, die entscheiden, und darum hat es einige massive Gespräche gegeben. (...) Der (*technischer Leiter und Vorgesetzter*) hat dann gefunden, ja gut, es gibt nur noch eines, wir müssen denen einfach zeigen, dass man dich überall einsetzen kann. Und dann haben wir auf eigene Faust, (...) und dann sind wir nochmals hinauf, und einmal hat es geklappt.“

Herr G: „Und dann hat der Herr [Name des Abteilungsleiters] immer noch gesagt, ich habe noch immer nicht so richtig eine freie Vakanz, aber ich stelle dich einfach ein.“

Frau H: „Ja, erst nachdem ich, ich habe dann ein Praktikum bekommen von meinem Lehrer, der in der Schule unterrichtet. Erst dann wusste ich eigentlich, jetzt geht's zum Job, also jetzt machst du ein Praktikum bei ihm, hast Aufträge. Da war erst so, das Realisieren. Jetzt bin ich nicht mehr in der Schule, jetzt bin ich an einem ganz anderen Ort.“

Für Herrn A ergibt sich aus dieser Unterstützung die Gründung einer Personengesellschaft. Die Festanstellung lässt sich langfristig trotz der massiven Unterstützung nicht erwirken, aber er bekommt ausreichende Garantien für seine Auslastung. Ein Mann, der 15 Jahre aufgrund schwerer Alkoholabhängigkeit aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden war,

schaft so mit 48 Jahren den Wiedereinstieg. Herr G behält seine Festanstellung und bekleidet inzwischen sogar eine Kaderstelle. Frau H hat dank ihres Lehrers die **Chance**, die Umschulung auf ihren Traumberuf in die Praxis umsetzen und begreift erst dadurch, was für eine Leistung sie erbracht hat.

Fallvignette 4: Herr B ist Anfang dreissig, wirkt aber deutlich älter. Er spricht gebrochen Deutsch und hat in der Schweiz eine Anlehre gemacht. Das Gespräch mit ihm ist kurz, und er behält seine Jacke an. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Aufgrund einer Diskushernie kann er diese Tätigkeit nicht mehr ausüben. Während der Abklärung im BTZ kann er kleine Aufgaben erledigen und erfährt, dass er nur noch leichte Tätigkeit würde ausüben können. Nicht einmal ein Praktikum kann er machen, weil er dazu zu wenig fit sei. Die Rentenempfehlung des BTZ wird von der IV abschlägig beurteilt. Eine Operation des Rückens, die vielleicht eine Besserung bringen könnte, schiebt er noch auf. Er hat Angst vor dem Risiko. Er teilt sich mit seiner Frau kleine Hilfsjobs, welche sie über einen Verwandten und Freunde bekommen konnten. Er hat regelmässige Kontakte zu einem Psychiater. Dieser habe ihm bestätigt, dass seine Situation schwierig sei.

Auch Frau D konnte eine Umschulung machen, zu welcher sie sich eher aus Vernunftsgründen und mangels Alternativen durchgerungen hatte. Sie ist alleine bei der Praktikumssuche und macht folgende Erfahrung, die gut zur Aussage von Herrn B passt:

Frau D: „Ich habe dann vom Telefonbuch Nummern rausgeschrieben und überall angerufen und habe gefragt, ob sich nicht gratis Praktikantinnen wollen. (...) Ich habe wirklich nirgendwo etwas gefunden. Es war auch enttäuschend (...) Die haben mich nicht gekannt aber zumindest Neugier, eine gratis Arbeitskraft, ich nehme mir so und so viel Zeit um die Person kennen zu lernen (...)“

Herr B: „Und eben, wenn ich mich hier bewerben würde und meine Unterlagen zusende, bekomme ich kein Telefon, dass mich zum Beispiel jemand fragt „Was hast Du für einen Unfall gehabt? Wie ist das?“ Ich bekomme einfach eine Absage. Wollen gar nichts wissen von mir.“

Frau D und Herr B treffen auf das Hindernis eines Arbeitsmarktes, der sich nicht für sie, und schon gar **nicht für ihre spezielle Situation interessiert**. Herr C erfährt das gleiche und zieht daraus folgende Konsequenz:

Herr C: „Ja also schwierig beim Integrieren, das habe ich jetzt gelernt, dass ich im Lebenslauf alle meine IV-Aktivitäten hinausgenommen habe. (...) Wenn die hören, Unfall gehabt, allein erziehend, dann ist schon vorbei wenn ich die zwei Sachen erwähne.“

Die beiden Kündigungen von Frau F sind ebenfalls ein Beleg für ein Arbeitsumfeld, in welchem **auch schon geringe Einschränkungen** (physischer oder psychischer Art) genügen, eine Stelle nicht zu bekommen, oder sie rasch wieder zu verlieren. Die Tatsache, in irgendeiner Form nicht ganz fit zu sein, verringert die beruflichen Möglichkeiten also drastisch. Auch **Aus- und Weiterbildungen bzw. Umschulungen** erfordern oft ein **100%-ige** Leistungsfähigkeit, was den **Zugang zu ihnen behindert**. Herr E beispielsweise musste seine Erstausbildung abbrechen, weil die spezielle Förderung, dank derer er die Regelschule abschliessen konnte, für eine EFZ-Ausbildung nicht vorgesehen war. Und die Angst vor schulischen Schwierigkeiten hielt ihn auch davon ab, einen weiteren Versuch zu übernehmen. Der **plötzliche Übergang** von den institutionalisierten **Förderungsmöglichkeiten der Volksschule zu den Ansprüchen in den Ausbildungen** kann also als weiteres Hin-

dernis betrachtet werden. Dieser Punkt könnte auch den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zugeordnet werden; die Abgrenzung ist problematisch. Er erscheint unter dieser Kategorie, weil das Ausbildungssystem von den Berufsverbänden mitgestaltet wird und es damit zum Arbeitsumfeld gehört. Die schulische Grundausbildung hingegen stellt eine gesellschaftliche Rahmenbedingung dar. Hinzu kommt, dass es auch **unseriöse Anbieter** von Ausbildungen gibt, welche die Betroffenen Energie und Geld kosten:

Frau H: „Es war eine Schule, die nicht so gut war, in der der Lehrer viel Geld abgeknöpft hat und man dann schlussendlich da stand und keine Perspektive hatte.“

Berufliche Möglichkeiten ergeben sich oft in Nischen, in Anstellungsverhältnissen, welche sich eher nicht in Stellenanzeigen finden lassen:

Frau D: „So eine Firma, wo sie Temporäreinsätze haben. Die haben mich oft angerufen, ob ich nicht einspringen könnte und ob das nicht etwas für mich wäre. (...) Ich muss Geld verdienen. Wenn ich das so machen kann, wenn es mir geht, und wenn ich keine Erklärungen geben muss, wenn es nicht geht. Dann habe ich den Job angenommen. (...) Ich bekomme nichts geschenkt und ich muss mich nicht rechtfertigen. (...) Es fehlt mir natürlich am Ende des Monats Geld aber meine Psyche (*20 Sekunden Pause, Weinen*). Oh Gott, geht es mir schlecht. Jetzt weiss ich, wofür dieses Gespräch gut ist.“

Herr B: „Weiss auch nicht. Ja zum Beispiel jetzt mein Beruf, wo ich gearbeitet habe jetzt, als (...) vielleicht kann ich schon etwas dort etwas einfacheres machen, zum Beispiel staubsaugen oder irgendwie Abdecken oder einfach einfache auch die einfache...aber will das niemand“ (*verlegenes Lachen*).

Es gibt nach diesen Aussagen **zu wenig Teilzeitstellen** oder Stellen mit **reduzierten Anforderungen**, welche Personen mit eingeschränkter oder schwankender Leistungsfähigkeit zu Konditionen offen stehen, welche nicht noch eine zusätzliche Belastung darstellen.

## 6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht mit einem gemischten Untersuchungsdesign förderliche und hinderliche Faktoren bei der Integration von Menschen mit psychischen Störungen in den regulären Arbeitsmarkt, aus Sicht der Betroffenen. Ziel ist es, Schlussfolgerungen für die Praxis eines Anbieters von Eingliederungsmassnahmen abzuleiten.

Die Diskussion beginnt mit einer Zusammenfassung des theoretischen Teils der Arbeit. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden interpretiert und Erkenntnisse im Hinblick auf die Fragestellungen aus beiden Teilen formuliert. Es folgen Schlussfolgerungen für die Praxis, was den Zweck der Untersuchung darstellt. Anschliessend werden die angewandten Methoden und das Untersuchungsdesign kritisch betrachtet. Fazit und Ausblick schliessen die Arbeit ab.

## 6.1 Zusammenfassung des Theorieteils

Die vorliegende Arbeit orientiert sich am biopsychosozialen Gesundheitsmodell der WHO, ebenso wie dies auch ein „moderner Rehabilitationsbegriff“ tun sollte. Rehabilitation hat zum Ziel, trotz einer Funktionsstörung (also beispielsweise einer psychischen Störung) in allen persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumständen ein Leben führen zu können, das der allgemein anerkannten, statistischen Norm entspricht. Ist dies erreicht, gilt die betroffene Person als „funktional gesund“, auch wenn die Ursache für die Funktionsstörung weiterhin bestehen bleibt. Diese Definition eignet sich also insbesondere für das weite Feld der psychischen Krankheiten, deren Verlauf oft chronisch ist.

Hauptziel aller Rehabilitationsmassnahmen ist die schwer messbare soziale Integration. Als wichtiger Indikator für diese gilt die berufliche Tätigkeit, da Arbeit neben finanzieller Absicherung auch wichtige strukturierende und soziale Funktionen erfüllt. Arbeit stellt in der Sprache des biopsychosozialen Gesundheitsmodells eine Aktivität dar, mittels derer Menschen Zugang zu wichtigen Lebensbereichen haben, also teilhaben (partizipieren) können. Dem Gedanken der Teilhabe entspricht das so genannte „weiche“ Kriterium von Integration, das auch die Tätigkeit in Beschäftigungsprogrammen umfasst. Nach dem „harten“ Kriterium von Integration gelten nur Personen, welche im regulären Arbeitsmarkt beschäftigt sind, als integriert. Zentral ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität in diesen Bereichen und inwieweit in ihnen Anerkennung und Wertschätzung subjektiv erlebt wird. Unterschieden werden ferner umwelt- und personenbezogene Merkmale (Kontextfaktoren), welche die Funktionsfähigkeit und Teilhabe der betroffenen Person fördern oder Barrieren für sie darstellen. Die ICF versucht, diese Kontextfaktoren zu klassifizieren.

Psychische Störungen manifestieren sich auch bei der Arbeit (und gewisse Arbeitsbedingungen können andererseits psychische Belastungen darstellen). Psychische Störungen können zu Minderungen oder Schwankungen der Leistungsfähigkeit, oder auch zu Fehlzeiten führen, und sie können soziale Beziehungen am Arbeitsplatz erschweren. Dass aufgrund psychischer Störungen Einschränkungen bestehen, nehmen Betroffene, Kollegen und Kolleginnen bzw. Vorgesetzten gleichermaßen wahr. Häufig besteht Unsicherheit im Umgang mit psychischen Störungen im Arbeitskontext, obwohl von den Betroffenen insbesondere der Kontakt mit ihren Vorgesetzten als sehr hilfreich empfunden wird - hilfreicher noch als die Begleitung durch eine externe Fachperson. Menschen mit psychischen Störungen haben ein stark erhöhtes Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, oder sich gar nie im Berufsleben etablieren zu können. In dieser Hinsicht unterscheiden sie sich gravie-

rend von der geltenden statistischen Norm. Und Arbeitslosigkeit stellt wiederum erneut eine immense psychische Belastung dar.

Der Rehabilitationsprozess in der Schweiz ist nicht integrativ sondern orientiert sich an einem Stufenmodell, in dessen Rahmen die Begleitung langsam abnehmen, Belastungsfähigkeit und Selbständigkeit langsam zunehmen sollen. Für die einzelnen Schritte sind oft verschiedene Kostenträger zuständig. Die Invalidenversicherung (IV) ist dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ verpflichtet und macht zunehmend Gebrauch von beruflichen Eingliederungsmassnahmen.

Die meisten Integrationsangebote im deutschsprachigen Raum arbeiten nach dem „first train – then place“-Prinzip, welches in der Fachliteratur zunehmend kritisch betrachtet wird. Die Integrationsraten seien gering (maximal 30%) und die Integration sei nicht nachhaltig. Erschwerend komme die Abhängigkeit von einem Arbeitsmarkt hinzu, welcher immer höhere Qualifikationen fordere. Es sei daher wichtig, dass die Anbietenden von Eingliederungsmassnahmen dazu übergehen, schon früh Kontakte zu potentiellen Arbeitgebern herzustellen, sie gut über die Natur psychischer Störungen zu informieren, Anreize zu schaffen und die Betriebe bei der Integration der betroffenen Personen zu unterstützen.

Trotz zahlreicher – vorwiegend quantitativer – Studien gibt es kein objektiv messbares Profil der „eingliederungsfähigen“ Person. Die Ergebnisse der so genannten Prädiktorenforschung wurden in der vorliegenden Arbeit vorwiegend dafür verwendet, die im empirischen Teil erhobenen Daten und Ergebnisse in diesem Kontext zu betrachten und zu vergleichen. Personen, welche in Arbeitsintegrationsprogrammen zur Eingliederung beschäftigt sind, brauchen insbesondere Hinweise, welche Faktoren die Integration fördern oder behindern, sowie Wissen darüber, womit während des Prozesses zu rechnen ist. Hierfür sind qualitative Studien eine wichtige Ergänzung zu rein mengenmässigen Erhebungen:

Psychische Störungen beeinflussen das Erleben der betroffenen Personen stark und dieses Erleben könnte wesentlich mehr Einfluss auf die Integrationsfähigkeit haben als beispielsweise das Alter oder das Geschlecht. Auch die Methoden- und Sozialkompetenz der Vorgesetzten bezüglich Zielabsprachen und Kontrollen scheinen ein wichtiger Faktor für die Eingliederung zu sein. Die Erfahrung von Wertschätzung helfe, die Eigenwahrnehmung nicht mehr nur auf die Defizite (also die Funktionsstörungen) einzuschränken. Fachkräfte sollten zwar über einen Wissens- und Kompetenzvorsprung verfügen, ihn aber zur Aktivierung von Ressourcen und nicht zur Bevormundung einsetzen.

Generell scheint die Unterstützung durch Mitarbeitende eines Integrationsprogramms als sehr positiv empfunden zu werden bei dem schwierigen Prozess, sich trotz krankheitsbedingter Einschränkungen beruflich (neu) zu orientieren. Praktika stellen wichtige, den Selbstwert steigernde Erfahrungen dar und sind neben Umschulungen oder Informationsvermittlungen eine sehr praktische Form von Unterstützung. Personen, welche nach einer Eingliederungsmassnahme eine Stelle gefunden haben, berichten über einen kompetenteren Umgang mit Stress, reflektieren sich mehr und nennen viele positive Eigenschaften bezogen auf ihren Umgang mit anderen Menschen. Hierin unterscheiden sie sich von Personen, die (noch) keine Arbeit gefunden haben. Allerdings sollten zur Beurteilung des Rehabilitationserfolges die persönliche Ausgangslage und die Lebensbedingungen berücksichtigt werden.

Die nachfolgend dargestellte Untersuchung entstand in Zusammenarbeit mit dem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) der Stadt Zürich, einem klassischen Anbieter von Eingliederungsmassnahmen nach dem „first train – then place“-Prinzip.

## **6.2 Zusammenfassung und Interpretation der empirischen Ergebnisse**

Der empirische Teil der Untersuchung gliedert sich in einen quantitativen (Fragebogenerhebung) und einen qualitativen Teil (offene Frage im Fragebogen und Leitfadenterviews), deren Ergebnisse zunächst getrennt voneinander dargestellt und interpretiert werden, um sie danach zusammenführend zu betrachten.

### **6.2.1 Ergebnisse und Interpretation der Quantitativen Untersuchung**

Die quantitative Untersuchung wurde von zwei Forschungsfragen geleitet:

*1/ Wie sind ehemalige Teilnehmende der Programme Vorabklärung, Abklärung, Training bzw. Ausbildung zum Erhebungszeitpunkt in die Arbeitswelt integriert.*

*2/ Sind die ehemaligen Teilnehmenden mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden?*

#### Beantwortung von Forschungsfrage 1

Frage 1 bezieht sich auf die quantitative Dimension von beruflicher Integration bzw. Teilhabe an der Aktivität Arbeit. Die Auswertung erfolgte mit deskriptiver Statistik und Chi-Quadrat-Tests. Die Stichprobe umfasste 119 Personen, die bei Programmende durchschnittlich 34 Jahre alt waren (Abb.2).

### *Integration und die Relativität von Erfolg*

63,86% der Befragten haben Anspruch auf eine IV-Voll- oder Teilrente und fast jeder oder jede zweite ist auf mehrere Einkommensquellen angewiesen. 32 Personen (27,11%) erwerben zumindest einen Teil ihres Einkommens im regulären Arbeitsmarkt. 18 von ihnen sind aber auf weitere soziale Transferleistungen angewiesen, da sie alleine von ihrem Lohn nicht leben können (Abb. 3)

Optimistisch könnte man nun die Erfolgsquote mit 27,11% angeben. Nimmt man nach dem „weichen“ Kriterium die 23 Personen in Beschäftigungsprogrammen hinzu, erhöht sie sich auf 46,21%. Abb. 5 zeigt aber, dass auch vor dem Programm 27 Personen ihren beruflichen Status mit „erwerbstätig“ angegeben haben. Pessimistisch liesse sich daraus eine Erfolgsquote von 18,52% errechnen. Bezieht man die Personen in Beschäftigungsprogrammen mit ein, läge sie hingegen bei fabelhaften 83,33% (von 30 auf 55 nach weichem Kriterium integrierte Personen): die Anzahl nach weichem Kriterium integrierter Personen hat sich fast verdoppelt.

Je nach Definition (und Intention) reicht die Spannweite der „Erfolgsquote“ also von 18,52% bis 83,33%. Legt man aber das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der WHO zugrunde, war die Teilnahme an einem der BTZ-Programme im Hinblick auf die Teilhabe an der Aktivität Arbeit ein voller Erfolg (83,33% bzw. Verdoppelung). Auch die Anzahl arbeitsloser Personen ging gravierend zurück, und ebenso die Anzahl Personen, welche ihren Status mit Klinik/Therapie angegeben haben. Auch letzteres ist zu berücksichtigen, da weniger Behandlung die Kosten des Gesundheitssystems massiv senkt. Dies entlastet zwar nicht direkt die IV, wohl aber die Gesellschaft und steigert vermutlich das Wohlbefinden der Betroffenen. Und ohne Kenntnisse der Ausgangslage kann auch nicht beurteilt werden, wie sehr bereits der Erhalt der Arbeitsfähigkeit einen Erfolg darstellt.

Auffallend ist auch der Zuwachs an Personen, welche sich einige Zeit nach dem Programm von jeglicher Tätigkeit zurückziehen (von 5 auf 31). Sie machen die grösste Gruppe aus, welche in keiner Weise an der Aktivität Arbeit teilhat. Dieses Ergebnis deckt sich mit einer Katamnese aus dem Jahr 2003. Für Schlussfolgerungen bräuchte es zusätzliche Informationen, da die Gründe für den Rückzug sehr unterschiedlich sein können.

### *Beantwortung der Hypothesen zu Forschungsfrage 1*

Zu Forschungsfrage 1 (wie sind die Personen integriert) wurden zwei Hypothesen formuliert. Sie untersuchten, ob es nach Absolvierung einer EFZ-Ausbildung ( $Hy_{1a}$ ) bzw. eines

Trainings ( $Hy_{1b}$ ) wahrscheinlicher ist, in den regulären Arbeitsmarkt integriert zu werden, als nach Absolvierung einer Abklärung. EFZ-Ausbildungen und Trainings haben diese Integration zum Ziel; eine Abklärung kann zu verschiedenen Empfehlungen zu Händen der IV führen, wie auch die in Abschnitt 2.4.3 zitierte Katamnese aus dem Jahre 2003 belegt.

Insgesamt 32 Personen bestreiten mindestens einen Teil ihres Lebensunterhaltes aus Einkünften im regulären Arbeitsmarkt, und Abschnitt 5.5 zeigt, dass diese 32 Personen (sowie die acht Arbeit suchenden Personen) ganz unterschiedliche Eingliederungsmassnahmen durchlaufen hatten. Daher überrascht es nicht, dass beide Hypothesen eindeutig verworfen werden müssen. Weder die EFZ-Ausbildung noch das Training erhöhen die Chancen auf eine Integration in den regulären Arbeitsmarkt signifikant gegenüber der Teilnahme an einer Abklärung. Die geringen Stichprobengrössen schränken die Gültigkeit dieses Ergebnisses stark ein. Es hätte eines sehr eindeutigen Unterschiedes bedurft, um einen signifikanten Unterschied nachweisen zu können (siehe Methodenkritik in Abschnitt 6.5.1).

Fazit: Knapp gefasst lautet die Antwort auf Forschungsfrage 1, dass die Anzahl von in die Arbeitswelt integrierten Personen nach der beruflichen Integrationsmassnahme zunimmt, allerdings eher im Sinne der Teilhabe denn im Sinne der Erwerbstätigkeit im regulären Arbeitsmarkt. Zusammenhänge zwischen den Programmen und der späteren beruflichen Integration konnten nicht belegt werden. Es scheint, dass alle Wege zu „Erfolg“ oder „Misserfolg“ führen können.

Auch dieses Ergebnis kann optimistisch oder pessimistisch interpretiert werden. Optimistisch gesprochen liesse sich sagen, dass die Abklärungen offenbar so sorgfältig durchgeführt werden, dass sie die Integrationsfähigkeit eindeutig klären und ihre Umsetzung gut vorbereiten. Personen, welche nach der Abklärung in ein Training aufgenommen wurden, brauchten diese zusätzliche Zeit vielleicht, um ebenso integrationsfähig zu sein wie diejenigen, welche bereits nach der Abklärung einen weniger geschützten Rahmen benötigten. Die Studie aus dem Jahre 2003 zeigte, dass 68.9% der Personen, welche nach Einschätzung des BTZ hinsichtlich „weichem“ Kriterium als integrationsfähig galten, diese Integration auch umsetzen konnten. Die pessimistische Interpretation wäre, dass die langen und kostenintensiven EFZ-Ausbildungen und Trainings die Integration in den regulären Arbeitsmarkt nicht in wünschenswerter Weise fördern.

### Beantwortung von Forschungsfrage 2

Frage 2 bezieht sich auf die qualitative Dimension von beruflicher Integration bzw. Teilhabe an der Aktivität Arbeit (n=108) und lässt sich schnell und eindeutig beantworten: 65 (60,19%) sind eher zufrieden mit ihrer beruflichen Situation, 43 (39,81%) eher nicht.

### *Beantwortung der Hypothesen zu Forschungsfrage 2*

Zu Forschungsfrage 2 wurden drei Hypothesen formuliert, welche alle drei verworfen werden müssen. Im Rahmen dieser Untersuchung konnte somit nicht nachgewiesen werden, dass Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind, sich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit signifikant von Personen unterscheiden, welche in einer Beschäftigungsmassnahme tätig sind (Hy<sub>2a</sub>). Auch konnte nicht belegt werden, dass Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, signifikant weniger zufrieden sind als Personen, welche im regulären Arbeitsmarkt (Hy<sub>2b</sub>) oder einem Beschäftigungsprogramm tätig sind (Hy<sub>2c</sub>). Am knappsten ist die Ablehnung bei der Hypothese 2b ausgefallen, was den Schluss nahe legt, dass eine Tätigkeit im regulären Arbeitsmarkt am ehesten mit beruflicher Zufriedenheit assoziiert werden kann.

Diese Ergebnisse haben aufgrund der Stichprobengrösse eine höhere Relevanz als die Ergebnisse der Hypothesen, welche im Zusammenhang mit der ersten Forschungsfrage formuliert wurden. Sie legen den Schluss nahe, dass für die Beurteilung der subjektiv empfundenen Zufriedenheit mit der Art von Teilhabe an der Aktivität Arbeit die bloße Erhebung des Beschäftigungsstatus zu kurz greift.

Auch dieses Ergebnis kann in einer optimistischen oder in einer pessimistischen Art und Weise interpretiert werden: Optimistisch wäre es zu sagen, dass die betroffenen Personen (vielleicht aufgrund der Abklärungen im BTZ, hierzu wird Forschungsfrage 3 noch Aufschluss geben) zumindest nach einiger Zeit in eine berufliche Situation wechseln, in welcher sie sich wohl fühlen, bzw. erkennen, dass ein Rückzug aus der Arbeitswelt für sie die beste Lösung ist. Auch die Tatsache, dass eine grosse Anzahl Personen zunächst in ein Beschäftigungsprogramm wechselt und sich dann später wieder aus diesem Arbeitsverhältnis löst, untermauert diese Vermutung. Und im Vorgriff auf den folgenden Abschnitt sei gesagt, dass auch einige Antworten zu Forschungsfrage 3 auf diesen Effekt hinweisen.

Pessimistisch wäre es zu sagen, dass die Beschäftigungsprogramme den Bedürfnissen der Personen, welche sie in Anspruch nehmen, nicht gerecht werden, weshalb sie nicht in dem Masse genutzt werden, welche die Integrationsfähigkeit (nach „weichem“ Kriterium) zu-

liesse. Da die Arbeit in Beschäftigungsprogrammen ebenfalls auf lange Sicht zur Integration in den regulären Arbeitsmarkt führen soll, wäre dies eine Kritik, welcher sich die Anbieter dieser Arbeitsplätze stellen müssten.

### 6.2.2 Ergebnisse und Interpretation der Qualitativen Untersuchung

Die qualitative Untersuchung umfasst zwei Teile. Zunächst hatten die Befragten die Gelegenheit, im Fragebogen frei zu formulieren, was aus ihrer Sicht dazu geführt habe, dass sie eher zufrieden oder eher unzufrieden mit ihrer beruflichen Situation seien. Dies entspricht der *Forschungsfrage 3*. Die Antworten wurden nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und Kategorien gebildet, welche aber – abgesehen von den Ankerbeispielen – summarisch dargestellt wurden. *Forschungsfragen 4 und 5* untersuchen, was die Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren bzw. sind, als förderlich oder hinderlich empfunden hatten.

#### Beantwortung von Forschungsfrage 3

*Worauf führen es die ehemaligen Teilnehmenden zurück, dass sie mit ihrer heutigen beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden sind?*

Betrachtete man lediglich die Häufigkeiten der Antworten, so käme man zum Schluss, dass insbesondere die Absolvierung eines Programmes des BTZ zur heutigen beruflichen Zufriedenheit geführt habe (47 von 129 positiven Nennungen beziehen sich auf das BTZ). Oft ist es die Klärung der beruflichen Möglichkeiten – unterstützt auch durch Arbeitserprobung in Praktika – welche längerfristig zur Zufriedenheit zu führen scheint. Dies passt gut zu den Ergebnissen von Gericke und Steiner et al. (vgl. Abschnitt 2.5). Das Finden neuer Perspektiven sei enorm wichtig und die Unterstützung bei der Realisierung solle möglichst konkret sein.

Dieser Prozess von Klärung und Finden des eigenen Weges wird in hohem Masse externen Ursachen zugeschrieben. Denn in Bezug auf die Häufigkeit der Nennungen positiver Faktoren folgen dem BTZ die arbeitsumweltbedingten Merkmale – und insbesondere der erreichbare Arbeitsmarkt – gefolgt von allgemein positiv bewerteten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Letztere betreffen insbesondere die Leistungen von Sozialversicherungen, obwohl der Umgang mit ihnen auch als schwierig und demütigend empfunden wird. All dies sind externe Faktoren, auf welche die Befragten wenig Einfluss haben. Bei den personenbezogenen Merkmalen überwiegen die negativen Nennungen (insbesondere

zum Gesundheitszustand) sogar die positiven Einschätzungen bezüglich psychologischer Merkmale oder persönlicher Entwicklungen. Auch dies passt zu den Ergebnissen von Gericke (ebd.), welche vor allem von „erfolgreichen“ Rehabilitanden und Rehabilitandinnen Aussagen zu positiven persönlichen Eigenschaften erhielt.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Verfasserin positiv zu vermerken, dass die nicht gelungene Klärung oder die nicht vorhandene Passung zwischen Teilnehmendem und Programm ebenfalls einer externen Ursache, nämlich oft der zuständigen Bezugsperson, zugeschrieben wird. Die Betroffenen suchen also oft die Schuld nicht (nur) bei sich, sondern machen auch andere für das Scheitern verantwortlich. Sie konzentrieren sich also nicht ausschliesslich auf eigene Defizite.

Kurz zusammengefasst lässt sich Frage 3 wie folgt beantworten:

- Gründe für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit werden überwiegend externen Ursachen zugeordnet (attribuiert).
- Eine irgendwann wie auch immer geartete Klärung bezüglich der beruflichen Möglichkeiten hilft, mit der beruflichen Situation zufrieden zu sein. Der Rückzug aus der Arbeitswelt ist eine mögliche Konsequenz, die auch zu Zufriedenheit führen kann. Und Arbeit zu haben, macht nicht automatisch zufrieden.
- Geklärte Verhältnisse mit den Sozialversicherungen und konkret der IV macht die Betroffenen zufriedener. Anhaltende Auseinandersetzungen und damit einhergehende Existenzängste machen unzufrieden.

#### Beantwortung der Forschungsfrage 4

*Was betrachten Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren oder noch sind (bzw. Arbeit suchen, als förderlich bei diesem Prozess?*

In Bezug auf die durch das BTZ erfahrene Unterstützung bestätigen sich viele Ergebnisse aus der Untersuchung von Forschungsfrage 3: eine gelungene Abklärung der Fähigkeiten und des Leistungsniveaus; eine konstante, von Akzeptanz geprägte Begleitung durch die Bezugspersonen; der stufenweise Aufbau der Belastbarkeit durch Arbeitserprobungen werden als förderlich erlebt. Als neue Facette kommt hinzu, wie sehr die Flexibilität in Hinsicht auf die individuellen Bedürfnisse geschätzt wird und wie wichtig es ist, den Teilnehmenden bei der Koordination mit anderen Rehabilitationsmassnahmen entgegen zu kommen. Und neu ist die Erkenntnis, dass beim Finden von Anschlusslösungen insbesondere der Anschluss an die vorhandenen Kompetenzen als sehr hilfreich empfunden wird.

Sehr bemerkenswert ist, dass in den Gesprächen viel mehr und sehr differenziert über personenbezogene hilfreiche Faktoren und Entwicklungsschritte berichtet wird, als in den

schriftlichen Antworten. Dies kann daran liegen, dass es kulturell bedingte Hemmungen gibt, sich selbst in den Vordergrund zu stellen, während dies in einem Gespräch eher möglich ist. Es könnte in Übereinstimmung mit den Ergebnissen Gerickes (Abschnitt 2.5) auch daran liegen, dass einige dieser Personen es wirklich dauerhaft „geschafft“ haben und dadurch an Selbstbewusstsein gewonnen haben. Die Palette der Nennungen hier ist breit und jeweils im Kontext zu sehen.

Bei den als unterstützend empfundenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen kommt zu den Leistungen der Sozialversicherungen und des privaten Netzwerks die medizinische – insbesondere die der Hausärzte - oder sonstige professionelle Unterstützung hinzu, welche die Integration in den regulären Arbeitsmarkt positiv beeinflusst. Interessant ist hier, dass auch Beratungspersonen von Sozialversicherungen oder den RAV's als sehr wertvolle Unterstützung empfunden werden können, selbst wenn aufgrund schlechter Erfahrungen grosse Vorbehalte bestanden haben mögen.

Und schliesslich gibt es ganz konkrete Beispiele von ganz handfester Unterstützung durch engagierte und interessierte Vorgesetzte und Arbeitgebende. Sie schaffen Stellen, haben Geschäftsideen oder akzeptieren einfach, dass die Leistungsfähigkeit von Tag zu Tag schwanken kann.

#### Beantwortung der Forschungsfrage 5

*Was betrachten Personen, welche nach Austritt aus dem BTZ zumindest zeitweise im regulären Arbeitsmarkt tätig waren oder noch sind (bzw. Arbeit suchen), als hinderlich bei diesem Prozess?*

Hinderlich in Bezug auf die Erfahrungen im BTZ sind dauerhafte Uneinigigkeiten mit den Bezugspersonen bezüglich der Auftragsklärung und Priorisierung der anstehenden Schritte, bzw. mangelnde Flexibilität.

Immer wieder taucht in den Gesprächen auf, wie die Personen ihre psychischen Beeinträchtigungen im Vergleich zu körperlichen Beschwerden beurteilen. Für vier der acht befragten Personen standen oder stehen nämlich ihre somatischen Beschwerden im Vordergrund; ihre psychische Verfassung ist für sie sekundär oder ihre Privatsache, die nichts mit ihrer beruflichen Tätigkeit zu tun haben sollte. Entsprechend ungeduldig verhalten sie sich auch in der Rehabilitation oder überschätzen ihre eigenen Verarbeitungsmöglichkeiten, was sie allenfalls in der Rückschau als hinderlich für den Integrationsprozess erkennen können.

Ein wichtiges Ergebnis zur Forschungsfrage 5 ist, dass die meisten der befragten Personen angesichts ihrer psychischen Belastungen zum Zeitpunkt der Eingliederungsmassnahme medizinisch/therapeutisch unterversorgt waren oder noch sind. Dass dies eine gesellschaftliche Rahmenbedingung darstellt, welche hinderlich für die berufliche Integration ist, wird aber nicht von den Betroffenen so empfunden, sondern von der Verfasserin so interpretiert.

Die befragten Personen sind momentan weitgehend unabhängig von den Sozialversicherungen. Frau H schildert aber sehr eindrücklich wie hindernd es sein kann, bei mehreren Versicherungen gleichzeitig angemeldet zu sein und die verschiedenen Ansprüche koordinieren zu müssen. Sie kennt auch ihre Rechte nicht und erhält keine juristische Unterstützung.

Ein nahe liegendes und wichtiges Hindernis sind die Beschränkungen des Arbeitsmarktes. Es gibt zu wenig Stellen mit angemessenen Leistungsanforderungen und insbesondere zu wenig Teilzeitstellen. Die grösste Bedeutung kommt aber auch hier – also im negativen Sinn – den Vorgesetzten zu, welche kein Risiko bei der Personalrekrutierung eingehen wollen und bei auftretenden Schwierigkeiten rasch Kündigungen aussprechen.

Fazit zu Forschungsfragen 4 und 5: Eine kurze Antwort auf diese Fragen gibt es nicht. Es ziehen sich nur wenige rote Fäden durch die Antworten. Die unterstützenden und hinderlichen Faktoren können in der Person liegen, in der Intervention, im gesellschaftlichen Rahmen und im Arbeitsumfeld. Die Nähe zur Arbeitswelt in Form von Praktika und gelungene Beziehungen zu Vorgesetzten und Bezugspersonen gehören zu den wenigen förderlichen Faktoren, welche sich in allen Interviews finden lassen. Mangelnde Flexibilität von Seiten der Arbeitgebenden und Anbietenden von Eingliederungsmassnahmen sowie die medizinisch/therapeutische Unterversorgung zeigen sich als eindeutig hinderliche Faktoren.

### **6.3 Zusammenfassende Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis**

In der Zusammenschau aus den in den Abschnitten 6.1 und 6.2 dargelegten theoretischen Betrachtungen und empirischen Ergebnissen lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen, welche für die Beantwortung der Frage nach förderlichen und hinderlichen Faktoren für die berufliche Integration von Bedeutung sind und aus denen sich Schlussfolgerungen für die Praxis ziehen lassen:

### *1. Arbeitsweltnähe*

Praktika bestätigen sich als immens wichtiger Teil von Eingliederungsbemühungen. Sie ermöglichen die Arbeitserprobung in einem realen Arbeitsumfeld, geben die Möglichkeiten zu Erfahrungen und steigern den Selbstwert.

Schlussfolgerung für die Praxis: Praktika sollten den Einzugliedernden so bald und so intensiv wie möglich angeboten werden.

### *2. Individualität*

Ob in der mit quantitativen Methoden arbeitenden Prädiktorenforschung oder in qualitativen Studien: ihre Ergebnisse widersprechen sich nicht und gemeinsam ist ihnen, dass verallgemeinerbare Schlüsse die Ausnahme darstellen. Daraus ergibt sich, dass jeder Rehabilitand und jede Rehabilitandin ein Einzelfall ist und innerhalb des gegebenen Rahmens als Einzelfall behandelt werden muss.

Schlussfolgerung für die Praxis: Gespräche und sind ein wichtiges Gefäss, die zu rehabilitierende Person kennenzulernen und ihre individuellen Kontextfaktoren zu erfassen. Für Gespräche muss genügend Zeit eingeplant werden und sie müssen regelmässig stattfinden können.

### *3. Passung*

Menschen mit psychischen Störungen profitieren von einem Umfeld, in welches sie passen. Dazu müssen beispielsweise ihre Einschränkungen akzeptiert werden, sie müssen Wertschätzung erfahren und ihre Stärken einbringen können, dann wächst die Chance, dass sie sich wohl fühlen und gesünder werden.

Schlussfolgerung für die Praxis: In der beruflichen Neuorientierung stehen oft Tätigkeiten oder Branchen im Vordergrund. Bei der Suche nach Praktika oder Anschlusslösungen sollte der Kontakt zu den direkten Vorgesetzten und Mitarbeitenden gesucht werden, um abschätzen zu können, ob die Passung im obigen Sinne gegeben ist.

### *4. Mitarbeiterqualifikation*

Immer mehr Menschen befinden sich aufgrund psychischer Störungen in Rehabilitationsmassnahmen oder sind neben somatischen Beschwerden stark psychisch belastet. Besonders letztere sind medizinisch/therapeutisch oft unterversorgt, haben wenig Einsicht in ihren Bedarf an Behandlung und fühlen sich, auf psychische Probleme angesprochen, je nachdem sogar nicht gesehen oder am falschen Ort.

Schlussfolgerung für die Praxis: In beruflichen Eingliederungsmassnahmen müssen Menschen arbeiten, welche auf diese Besonderheiten vorbereitet sind. Sie müssen über Kennt-

nisse in Psychopathologie und beraterische Fähigkeiten verfügen, welche sie ressourcen- und autonomiefördernd einbringen können. Entsprechende Aus- und Weiterbildungen sind also zu unterstützen und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch müssen bestehen.

### *5. Flexibilität*

Die Teilnehmenden an beruflichen Eingliederungsmassnahmen stehen oft auch mit anderen Institutionen in Kontakt, deren Ansprüche es zu koordinieren gilt. Diese Aufgabe kann für sie sehr belastend sein und kostet sie Energie, welche ihnen dann für die berufliche Integration fehlt.

Schlussfolgerungen für die Praxis: Die Prioritäten, Rechte und Pflichten der Teilnehmenden müssen von den Mitarbeitenden der Eingliederungsmassnahmen abgeklärt werden und die eigenen Programme flexibel gehandhabt werden.

### *6. Beziehungsqualität zu Bezugspersonen*

Die Rückmeldungen im Rahmen der Fragebogenerhebung und die Interviews zeigen, wie bedeutsam im positiven wie im negativen Sinne die Beziehungen zu den Bezugspersonen in der Eingliederungsmassnahme sind. Als Bezugspersonen gelten je nach Verlauf die Mitarbeitenden des psychologischen Dienstes, die Vorgesetzten in den Arbeitsbereichen und die Personen, welche die Praktika vermitteln. Förderlich ist es, wenn die Person sich in einer Weise angenommen und behandelt fühlt, die sie in ihr Selbstbild integrieren und annehmen kann. Auch – und manchmal besonders – Konflikte und Auseinandersetzungen sind Belastungsproben für die Beziehungen. Sie haben das Potential, wichtige Entwicklungsschritte anzustossen oder zu behindern.

Schlussfolgerung für die Praxis: Die Mitarbeitenden müssen Beziehungsangebote machen und aufrechterhalten. Es gilt abzuwägen, ob Konflikte oder Unstimmigkeiten Veränderungen nach sich ziehen oder ausgehalten werden müssen. Auch hierfür müssen die Gespräche mit den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen sowie der Austausch mit den Berufskollegen und Berufskolleginnen Grundlage für die Entscheidung sein.

### *7. Sorgfalt*

Rehabilitanden und Rehabilitandinnen machen zahlreiche Prozesse durch und auch Jahre nach den Eingliederungsmassnahmen ist noch eine grosse emotionale Beteiligung spürbar. Wurde die Eingliederungsmassnahme in für sie unbefriedigender Weise beendet kann dies den erneuten Schritt in Richtung einer beruflichen Integration erschweren. Die Teilnahme

an einer Eingliederungsmassnahme kann also auch ein Hindernis für weitere Integrationsversuche darstellen.

Schlussfolgerung für die Praxis: Enttäuschungen sind wohl nicht immer zu vermeiden, aber es braucht das Bewusstsein dafür, welche Hoffnungen die Teilnahme an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme wecken kann. Die Aufnahme ist demnach sorgfältig abzuklären und darf sich nicht an ökonomischen Gründen, wie beispielsweise Belegungszahlen, orientieren. Abbrüche sind sorgfältig vorzubereiten und zu kommunizieren, um vermeidbaren Verletzungen vorzubeugen.

### *8. Vorgesetzte*

Vorgesetzte haben das Potential, ein sehr förderlicher Faktor für die berufliche Integration zu sein. Dieser Aspekt ist wahrscheinlich sogar wichtiger als die Branche, in welcher die Vorgesetzten arbeiten, oder welche Tätigkeiten genau sie anleiten. Von grosser Bedeutung sind dabei ihre sozialen Kompetenzen und das Mass an Wertschätzung, welches sie vermitteln können. Sich aktiv für die Schaffung einer Arbeitsstelle einzusetzen, ist ein sehr handfester Beweis von Wertschätzung; andererseits gewinnen die Vorgesetzten so auch ausserordentlich loyale und dankbare Mitarbeitende. Die Vorgesetzten sind zudem in der Lage, eine Kontinuität in der Begleitung zu bieten, welche der stufenweise Rehabilitationsprozess vermissen lässt.

Schlussfolgerung für die Praxis: Die Vorgesetzten müssen über ihre Bedeutung ihrer Rolle informiert werden. Diese ist so gross, dass es nicht dem Zufall überlassen werden darf, ob sie sich ihrer bewusst sind oder nicht. Dies muss vor, während und nach beispielsweise einem Praktikum geschehen. Ebenso selbstverständlich, wie von den Vorgesetzten Rückmeldung über die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen an die Eingliederungsstelle verlangt wird, sollten sie auch selbst über den Eingliederungsprozess orientiert werden.

### *9. Ergebnisoffenheit*

Die Form, in welcher jemand beschäftigt ist, ist aus Sicht des Individuums weniger wichtig, als vielmehr, wie wohl sich die Person in der Beschäftigung fühlt und welchen Einfluss die Teilhabe an der Aktivität Arbeit auf die funktionale Gesundheit hat. Darum sind auch Personen mit ihrer „beruflichen“ Situation zufrieden, welche sich aus der Arbeitswelt zurückgezogen haben. Arbeit kann sich förderlich oder hinderlich auswirken und damit den weiteren Verlauf der Integrationsmöglichkeiten beeinflussen.

Schlussfolgerung für die Praxis: Eingliederungsmassnahmen müssen ergebnisoffen und prozessorientiert ablaufen. Zielvereinbarungen, welche zu Beginn einer Massnahme for-

muliert werden, müssen der Entwicklung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen angepasst und gegebenenfalls revidiert werden können.

### *10. Ermutigung*

In mehreren Interviews hat es sich gezeigt, dass es bei der Integration von Menschen mit psychischen Störungen manchmal etwas Mut braucht, um ihre Fähigkeiten und Interessen für die Integration nutzen zu können. Es scheint sinnvoll zu sein, jemanden in einem Beruf ausbilden zu lassen, für welchen er oder sie ganz offenbar sehr begabt ist, auch wenn dieser nicht der Norm entspricht.

Schlussfolgerung für die Praxis: Fähigkeiten, Interessen und Begabungen müssen gut abgeklärt werden und auch von der Norm abweichende Berufsbilder in Erwägung gezogen werden. Dazu braucht es eine enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden Stellen und Berufsberatern.

### *11. Versorgungsqualität*

Mitarbeitende einer beruflichen Eingliederungsmassnahme können keine medizinisch/therapeutische Arbeit leisten aber arbeiten oft mit Personen, welche diesbezüglich unterversorgt sind. Diese selbst sehen die Tatsache, beispielsweise nicht in psychologisch/psychiatrischer Behandlung zu sein, nicht unbedingt als Hindernis bei der beruflichen Rehabilitation oder kommen erst in der Rückschau zur Einsicht, ihre eigenen Verarbeitungsmöglichkeiten überschätzt zu haben und zu wenig Hilfe in Anspruch genommen zu haben.

Schlussfolgerung für die Praxis: Bei zunehmender medizinisch/therapeutischer Unterversorgung müssen die fallführenden Personen für die entsprechende Vernetzung sorgen. Wichtige Ansprechpartner und Vertrauenspersonen sind die Hausärzte und Hausärztinnen.

### *12. Terminologie der ICF*

Dieser letzte Punkt leitet sich aus den Erfahrungen der Verfasserin bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit ab. Das Denken in Begriffen der ICF wie „Kontextfaktoren“, „funktionale Gesundheit“ und „Teilhabe“ hat sich als geeignet erwiesen, Erleben und Verarbeitungsprozesse der befragten Personen zu analysieren. Sie wären vermutlich auch geeignet, Fortschritte bzw. Veränderungen in der Rehabilitation zu erfassen und Handlungsmöglichkeiten zu konkretisieren.

Schlussfolgerung für die Praxis: Die Angestellten beruflicher Eingliederungsmassnahmen sollten angehalten werden, sich mit der ICF und ihren Begrifflichkeiten auseinander zu setzen und in die bestehenden Konzepte einzuarbeiten.

#### **6.4 Auseinandersetzung mit Methode und Studiendesign**

Nachfolgend werden zunächst kritische Betrachtungen zu den quantitativen und qualitativen Teilen der Untersuchung angestellt. Abschliessend folgen einige Bemerkungen zum triangulären Design der Studie.

##### **6.4.1 Quantitative Untersuchung**

Die nachfolgenden Ausführungen schliessen an die vor der Untersuchung angestellten Überlegungen zu den Gütekriterien an (Abschnitt 4.5).

Die Schwierigkeiten bei der Erfassung der Fragebögen zeigt auf, dass sich trotz gebundener Antwortformate bei der Auswertung Interpretationsspielräume ergeben können. So wurde bei der Frage 2 teilweise der Hinweis übersehen, die Antworten bitte auf die Zeit vor der Eingliederungsmassnahme im BTZ zu beziehen. Offensichtlich war dies, weil unter anderem auch beispielsweise ein Training im BTZ dort angegeben wurde oder die Arbeit in Beschäftigungsmassnahmen, welche das Ergebnis der Abklärung darstellte. Bei acht Fragebögen waren die inhaltlichen Unstimmigkeiten so gross, dass sie nicht einbezogen werden konnten. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität war also weniger gegeben, als dies von der Verfasserin angenommen worden war und hätte durch die Kenntnis der Dossiers oder Nachfragen verbessert werden können. Die inhaltliche Validität der Antworten kann hingegen als gegeben betrachtet werden, da der Fragebogen direkt die berufliche Integration erhob. Effekte wie Ungenauigkeit der Erinnerungen, soziale Erwünschtheit oder Schamgefühle könnten die Antworten allerdings beeinflusst haben. Ob und inwiefern dies der Fall war, konnte nicht nachgeprüft werden.

Beides, die Einschränkungen bzw. Relativierung der Objektivität und der Validität machen es aus, dass auch die Reliabilität der Fragebogenerhebung in Frage gestellt werden muss. Hinzu kommt, dass der Fragebogen von dem Institut verschickt wurde, in welcher die Personen die Eingliederungsmassnahme absolviert hatten. Dies kann die Antworten beeinflusst haben.

Die Stichproben für die Untersuchung der Hypothesen zu Forschungsfrage 1 waren eigentlich zu klein, um die Chi-Quadrat-Tests durchzuführen. Dies hätte bei der Formulierung

des Konzeptes berücksichtigt werden können, da die Zahl der EFZ-Lehren und Trainings zu diesem Zeitpunkt bereits bekannt war.

Trotz aller oben genannter Einschränkungen war die Verwendung des Fragebogens geeignet, einen Überblick über die Beschäftigungssituation zu bekommen; insbesondere die Paneldaten erwiesen sich als informativ. Bei den Paneldaten hätte allerdings noch berücksichtigt werden können, wie viel Zeit seit Programmende verstrichen war, um auch die beobachtete Tendenz, zunächst in ein Beschäftigungsprogramm zu wechseln und sich dann ganz aus der Arbeitswelt zurückzuziehen, besser interpretieren zu können.

#### 6.4.2 Qualitative Untersuchung

Auch die folgenden Aussagen orientieren sich zunächst an den klassischen Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität (Abschnitt 5.4).

Die Antworten auf Frage 9 waren vermutlich dadurch beeinflusst, dass der Fragebogen über die Anbieterin der Eingliederungsmassnahme verschickt wurde. Dieser Tatsache ist es sicherlich zuzuschreiben, dass so viele Bezüge zum BTZ hergestellt wurden und vermutlich die Objektivität dieses ersten Teiles der qualitativen Untersuchung reduziert worden ist.

Im Rahmen der Interviews wurde stark von der spezifischen Sondierung in der Form des problemzentrierten Interviews Gebrauch gemacht. Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde darauf geachtet, diese Interaktionen nachvollziehbar zu machen, da sie zu Aussagen und Formulierungen führten, welche bei einer abstinenteren Gesprächsführung nicht zustande gekommen wären. Die Möglichkeit zu Präzisierung und Nachfrage ist aus Sicht der Verfasserin eine Stärke von Interviews zur Datenerhebung und hat das Potential, Validität und Reliabilität zu heben; sie reduziert aber die Objektivität.

Die Auswertungen geschahen in Einzelarbeit, wenn auch die Vorgehensweise mit einer studentischen Arbeitsgruppe und der fachlichen Betreuung reflektiert wurde. Damit konnte das wichtige Element der Intercoder-Reliabilität nicht genutzt werden. Dies ist sowohl Kritikpunkt als auch Realität vieler studentischer Abschlussarbeiten. Aus diesem Grund war es der Verfasserin wichtig, möglichst nah am Text zu arbeiten und frühe Interpretationen zu vermeiden. Die relativ kurzen Antworttexte im Rahmen der Fragebogenerhebung erwiesen sich hierbei als hilfreich, da sie quasi bereits von den Befragten selbst formulierte Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen darstellten.

Die beiden ersten Ebenen des Kategoriensystems sowie die Definitionen auch auf die Interviews anzuwenden erwies sich als praktikabel und effizient. Dadurch, dass der Interviewleitfaden ebenfalls auf dem Kategoriensystem aufbaute, war die Untersuchung einerseits zwar auch selbstreferenziell, und die Gefahr, Ringschlüsse zu ziehen also gegeben. Andererseits wurde auf diese Weise das innerhalb der Arbeit generierte Vorwissen offen gelegt und nachvollziehbar gemacht.

#### 6.4.3 Methodentriangulation

Die Verwendung verschiedener Untersuchungsmethoden erwies sich als geeignet, sich der Hauptfrage, was die betroffenen Personen als hinderlich bzw. förderlich bei der beruflichen Integration betrachten, anzunähern. Die Fragebogenerhebung stellte quasi die Vogelperspektive dar und erfasste die biografischen Eckdaten. Dass die Interviews tatsächlich zu einer Vertiefung und nicht nur einer Wiederholung des Themas führten, belegen die Abweichungen auf der zweiten und dritten Ebene des Kategoriensystems.

Dennoch blieb die Untersuchung nach Ansicht der Verfasserin noch zu sehr an der Oberfläche. Eine ausführlichere Einzelfallbetrachtung und eine noch genauere Untersuchung der persönlichen Entwicklungen und Prozesse, sowie der Beziehung zwischen den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen und den Bezugspersonen, hätte vermutlich noch mehr Facetten der hilfreichen und hinderlichen Faktoren hervorgebracht. Dafür fehlten aber Zeit und Raum.

Auch der Bezug zu den psychischen Störungen konnte zu wenig hergestellt werden, obwohl die Interviews explizit mit psychisch kranken Menschen geführt werden sollten. Wie in Abschnitt 5.7.2.1 festgestellt, handelte es sich zwar um Menschen, welche sich zumindest zum Zeitpunkt der Massnahme mit schweren psychischen Belastungen konfrontiert sahen, nicht alle bezeichneten sich aber als psychisch krank oder nannten eine Diagnose.

Da die Dossiers vernichtet worden waren konnten die darin enthaltenen Informationen nicht berücksichtigt werden. Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, wurde in der Fragebogenerhebung darauf verzichtet, nach dem Grund für die Massnahme oder gar nach einer Diagnose zu fragen. Diese pragmatische Vorgehensweise muss im Nachhinein kritisch betrachtet werden. Eine entsprechende Frage hätte den Rücklauf vermutlich verringert, was aber bezogen auf die Hauptfragestellung der Arbeit nicht unbedingt von Nachteil gewesen wäre.

## 6.5 Fazit und Ausblick

Die Auseinandersetzung mit dem biopsychosozialen Gesundheitsmodell und psychischen Störungen ist auch eine Auseinandersetzung mit Normen. Hierin sieht die Verfasserin eine Schwierigkeit für die Erfolgsmessung von Rehabilitation - denn welche Norm soll der funktionalen Gesundheit zugrunde gelegt werden, und wer legt sie fest? Kann ein statistischer Mittelwert tatsächlich ein allgemein gültiger Massstab sein? Wäre es für das Selbstverständnis der betroffenen Personen und ihr Selbstbewusstsein nicht sinnvoll, ihnen eine erreichbare Vorstellung ihrer „Norm“ zu geben, an welcher sie sich messen können?

In diesem Zusammenhang sollte auch weiter untersucht werden, warum bei den Einzugliedernden offenbar die Tendenz besteht, nach einer Weile in einem Beschäftigungsprogramm nicht den Schritt in den regulären Arbeitsmarkt zu versuchen, sondern im Gegenteil, sich aus der Arbeitswelt zurück zu ziehen. Und dass diese Entscheidung je nachdem ebenso zu Zufriedenheit führen kann, wie eine Tätigkeit in einem Beschäftigungsprogramm oder im regulären Arbeitsmarkt. Die vorliegende Arbeit hat eine Datengrundlage geschaffen, aufgrund derer eine solche Untersuchung durchgeführt werden könnte.

Die Person, welche zum freudigen Kommentar „Der hat es geschafft!“ Anlass gab, schrieb als Antwort auf die Frage nach den Gründen für die Zufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation folgendes: „Ich tue jetzt, was ich schon immer am Besten konnte.“

Menschen im Anschluss an eine Eingliederungsmassnahme danach zu fragen, was ihnen bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt geholfen oder sie behindert hat, bezieht sich von ihrer Warte aus betrachtet vielleicht auf einen völlig willkürlich gewählten Ausschnitt aus ihrem Leben. Vielleicht sähen sie eher Bezüge zu ihrer Kindheit, Schichtzugehörigkeit, Schulzeit, erste Berufserfahrungen, kurz, zu ihrer lebenslangen Entwicklung, innerhalb derer immer wieder etwas „geschafft“ wird - oder eben auch nicht. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist insofern begrenzt, als sie von einer Idee der sozialen Integration und der gegenwärtig vorhandenen Infrastruktur her gedacht ist. Während eine entwicklungspsychologische Fragestellung möglicherweise zu weiteren und neueren Erkenntnissen führen könnte.

## 7 Literaturverzeichnis

- Bähr, B., Bungard, W. & Kupke, S. (1989). Nicht faul, sondern anders. *Psychologie Heute*, 16 (3), 42–47.
- Baer, N. (2002). *Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit*. Bern: Lang.
- Baer, N., Domingo, A. & Amsler, F. (2004). *Diskriminiert* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Baer, N., Fasel, T. & Frick, U. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierung aus psychischen Gründen*. Forschungsbericht Nr. 6/09. Bern: BBL.
- Becker, D.R., Xie, H., McHugo, G.J., Halliday, J. & Martinez, R.A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal* 42 (3), 303-313.
- Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). (2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Bond, G.R., Drake, R.E. & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (4), 280 – 290.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brosius, F. (2010). *SPSS 18 für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bühl, A. (2010). *PASW 18. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2000). Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses. In Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Dieckmann, A. (2006). *Empirische Sozialforschung* (16. Aufl.). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2009). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. (7. Aufl.). Bern: Huber.
- Drake, R.E., Bond, G.R. & Rapp, C. (2006). Explaining the variance within supported employment programs: Comment on „What predicts supported employment outcomes?“. *Community Mental Health Journal* 42 (3), 315-318.

- Egger, J.W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12.
- Fasel, T., Baer, N. & Frick, U. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren (Obsan Dossier 13)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Online]. Available: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.html?publicationID=4215>, abgerufen am 10. März 2011.
- Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendung*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Flick, U. (2008). *Triangulation – Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flückiger, Y. (2005). In: *Sozialalmanach 2006. Schwerpunkt: Psychische Invalidisierung*. Luzern: Caritas-Verlag.
- Frieboes, R.-M., Zaudig, M. & Nosper, M. (Hrsg.) (2005). *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Frühwald, S., Bühler, B., Grasl, R., Gebetsberger, M., Matschnig, T., König, F. & Frottier, P. (2006). (Irr-) Wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. *Neuropsychiatrie*, 20 (4), 250-256.
- Galvao, A., Watzke, S., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (2005). Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Massnahmen. *Rehabilitation*, 44, 208-214.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Gericke, C. (2010). *Einflussfaktoren der beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen. Doktorarbeit/Dissertation* [On-line]. Available: Grin Verlag für akademische Texte, abgerufen am 15. Januar 2011.
- Grove, B., Secker, J. & Seeböhm, P. (2005) New Thinking About Mental Health and Employment. In Baer, N., Fasel, T. & Frick, U. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierung aus psychischen Gründen*. Forschungsbericht Nr. 6/09. Bern: BBL.
- Hansmeier, T. & Karoff, M. (2000). Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten im Erwerbsleben. In Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Helfferrich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heim, G., Landert, C. & Panchaud, C. (1993). *Berufliche Eingliederung psychisch behinderter Menschen*. Weinfelden: Pro Mente Sana (Hrsg.).

- Herdt, J., Winckel, H. & Laskowska, B. (2010). *Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen*. Forschungsbericht Nr. 5/10. Bern: BBL.
- Hoffmann, H. (2004). Berufliche Rehabilitation. In Rössler, W. (Hrsg.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer Verlag.
- [http://www.ahvfonds.ch/ahv/de/?page\\_name=arep](http://www.ahvfonds.ch/ahv/de/?page_name=arep), abgerufen am 12. Januar 2011.
- <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/22/press.html>, abgerufen am 14. Februar 2011.
- <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/index.html>, abgerufen am 14. Februar 2011.
- <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html>, abgerufen am 12. Januar 2011.
- [http://www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/arbeitswohndrogen/arbeits-integration-sozialhilfe/btz/anforderungen\\_arbeitsgebiete.html](http://www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/arbeitswohndrogen/arbeits-integration-sozialhilfe/btz/anforderungen_arbeitsgebiete.html), abgerufen am 15. November 2010.
- Hubschmid, T. & Schaub, M. (1988). Der psychiatrische Langzeitpatient am Arbeitsplatz – Eine Befragung von Arbeitgebern. *Rehabilitation* 27: 145-148.
- Jäckel, D, Hoffmann, H. & Weig, W. (Hrsg.) (2010). *Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. & Zeisel, H. (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kardorff, E.v. (2000). Qualitative Forschung in der Rehabilitation. In Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Kardorff, E.v. & Ohlbrecht, H. (2006). *Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel – soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation* [On-line]. Available: [http://www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik\\_online\\_0306.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/2006/heilpaedagogik_online_0306.pdf), abgerufen am 15. November 2010.
- Kardorff, E.v. & Ohlbrecht, H. (2010). Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In Mecklenburg, H. & Storck, J. (Hrsg.). *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kemmer, H. & Steier-Mecklenburg, F. (2010). Wiedereingliederung in Arbeit – Methodik und Ergebnisse am Beispiel des BTZ Köln. In Mecklenburg, H. & Storck, J. (Hrsg.). *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kisker, K.P. & Bauer, M. (1987). Geschichte und gesellschaftliche Bezüge, Epidemiologie und Diagnostik. In Kiske, P. (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

- Leuenberger, C. & Sommer, M. (2003). *Berufliche Integration. Eine Befragung von Absolventinnen und Absolventen des Beruflichen Trainingszentrum Zürich BTZ*. Unveröff. Diplomarbeit Nachlizentiatsstudium in Berufs- Studien- und Laufbahnberatung NABB 6. Universität Bern; Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Freiburg, Lehrstuhl für Angewandte Psychologie; Universität Zürich, Lehrstuhl für Angewandte Psychologie.
- Loos, S, Schliwen, A. & Albrecht, M. (2009). *Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alternativen Austrittsoptionen. Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Forschungsbericht Nr. 8/09. Bern: BBL.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mecklenburg, H. & Storck, J. (Hrsg.) (2010). *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V. & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191 (6), 477 – 483.
- Neubauer, G. & Nowy, R. (2000). Ökonomische Aspekte der Rehabilitation. In Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Nordenfelt, L. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability & Rehabilitation*. 1075-1079.
- Piller, O. (2006). *Die soziale Schweiz. Die schweizerischen Sozialwerke im Überblick*. Bern: Haupt Verlag.
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 191 (Suppl. 50), S15 – S20.
- Rössler, W. (Hrsg.). (2004). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer Verlag.
- Schmid, S. & Huber-Hotz, A. (2005). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 22. Juni 2005*; [On-line]. Available: <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/index.html>, abgerufen am 15. Januar 2011.
- Schuntermann, M.F. (2005). Das Klassifikationssystem ICF und der Begriff „Empowerment“. In Friboes, R.M., Zaudig, M. & Nosper, M. (2005). *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Elsevier.
- Schuntermann, M.F. (2009). *Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. (3. Aufl.). Heidelberg: Ecomed Medizin.
- Schüssler, G. (2004). Neurobiologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 50 (1), 406 – 429.

- Steiner, K., Egger-Subotitsch, A. & Weber, M.E. (2006). *Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation*. [Online]. Available: [http://www.abif.at/deutsch/download/publikationen.asp?rubrik= soziales](http://www.abif.at/deutsch/download/publikationen.asp?rubrik=soziales), abgerufen am 15. Oktober 2010.
- Ueda, S. & Saleeby, P.W. (2003). Subjective Dimension of Functioning and Disability: Report of the Study Group. *Meeting of WHO Collaborating Centres for The Family of International Classifications*. Cologne, Germany.
- Waldmann, H.-C. (2000). Strategien der Rehabilitationsforschung: die Forschungsansätze im Überblick. In Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer Verlag.
- Warr, P. (1987). *Unemployment and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
- Waschkowski, H. (1990). Erfahrungen mit dem „Mannheimer Starthilfe-Projekt“. *Psychiatrische Praxis*. 17: 66-90.
- Wasilewski, R. (1991). *Erfolge beruflich-sozialer Rehabilitation von psychisch Behinderten*. Nürnberg.
- Watzke, S. Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (2005). Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Massnahmen. *Rehabilitation*. 40, 208-214.
- Watzke, S. Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (2006). Massnahmenabbrecher in der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen. *Psychiatrische Praxis*, 33 (3), 248 – 255.
- WHO (2002). Towards a common language of Functioning, Disability and Health: *ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: WHO.
- WHO (Hrsg.) (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI, Med. Medien-Informations-GmbH.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundlagen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz Verlag.

## Anhang 1: Begleitbriefe Fragebogenerhebung



Stadt Zürich  
Soziale Einrichtungen und Betriebe  
Berufliches Trainingszentrum BTZ  
Sihlamsstrasse 6  
8001 Zürich

Tel. 044 206 19 19  
Fax 044 206 19 91  
[www.stadt-zuerich.ch/btz](http://www.stadt-zuerich.ch/btz)

Zürich, 3. September 2010

### Umfrage zur beruflichen Situation

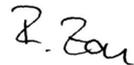
Sehr geehrte Frau

Wir wenden uns mit der Bitte an Sie, uns bei einer wissenschaftlichen Arbeit zu unterstützen, die Frau Quennoz im Rahmen ihres Psychologiestudiums und in Zusammenarbeit mit dem BTZ durchführt. Wir wollen etwas über die heutige berufliche Situation von Personen erfahren, die in den vergangenen Jahren an einer beruflichen Massnahme im BTZ teilgenommen haben. Das kann eine Abklärung, ein Training oder eine Ausbildung gewesen sein.

Für Sie sind die Fragen auf dem beiliegenden Fragebogen ein Blick in die Vergangenheit und in die Gegenwart. Nur Sie wissen, wie es Ihnen seitdem ergangen ist und wo Sie heute stehen. Nur Sie wissen, was Ihnen geholfen hat und was eher hinderlich war. Für einen Betrieb wie das BTZ aber ist es ein Blick in die Zukunft. Denn immer wieder stellt sich die Frage, wie es für die ehemaligen Teilnehmenden eigentlich weiter gegangen ist. Und wie man die tägliche Arbeit gestalten könnte, um die Zukunft der Teilnehmer und Teilnehmerinnen noch besser gemeinsam mit ihnen vorzubereiten. Um das herauszufinden, sind wir auf Ihre Erfahrungen angewiesen. Wir hoffen, dass wir Sie für die Mitarbeit gewinnen können und freuen uns sehr darauf, von Ihnen zu hören und zu lernen. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und die Auswertung lässt keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Freundliche Grüsse

Berufliches Trainingszentrum



Ruedi Zaugg  
Leiter BTZ



Birgit Quennoz  
Praktikantin Psychologischer Dienst

Zürich, 28. September 2010

### Erinnerungsschreiben

Sehr geehrte Frau

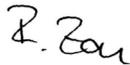
Vor einigen Tagen haben wir Ihnen einen Brief und einen Fragebogen geschickt mit der Bitte, ihn uns ausgefüllt zurückzuschicken. So möchten wir herausfinden, was Sie erlebt haben und wo sie heute beruflich stehen. Und ob sie mit Ihrer beruflichen Situation eher zufrieden oder eher unzufrieden sind.

Inzwischen haben wir Antworten erhalten und sind sehr froh darüber. Aber wir hoffen, dass wir noch mehr Antworten bekommen können. Jede einzelne Antwort ist für uns wichtig und interessant.

Darum senden wir Ihnen gerne nochmals den Fragebogen zu, zusammen mit einem Rückantwortcouvert. Bitte füllen Sie ihn doch aus, und schicken ihn uns zurück. Das wäre toll. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Freundliche Grüsse

Berufliches Trainingszentrum



Ruedi Zaugg  
Leiter BTZ



Birgit Quennoz  
Praktikantin Psychologischer Dienst

## Anhang 2: Fragebogen katamnestische Erhebung

### Fragebogen zur beruflichen Integration

Dieser Fragebogen wurde erstellt, um Personen, die im Beruflichen Trainingszentrum Zürich (BTZ) eine Abklärung, ein Arbeitstraining und/oder eine Ausbildung absolviert haben, nach Ihrer beruflichen Situation zu befragen.

Bitte lesen Sie die Fragen durch und kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft. Ihre Angaben werden wir selbstverständlich streng vertraulich behandeln. Die Auswertung erfolgt anonymisiert und lässt keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Wir freuen uns über jeden ausgefüllten Fragebogen!

Frage 1

#### Schulbildung, Berufsausbildung:

(Bitte nur den höchsten Abschluss ankreuzen, also nur eine Antwort)

- Obligatorische Schule (9 Schuljahre)  
 Matura/Berufsmatura  
 Berufslehre  
 Höhere Fachschule HF  
 Universität/Fachhochschule FH

Anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

Frage 2

#### Arbeitserfahrungen (vor dem BTZ):

(Bitte geben Sie alles an, was auf Sie zutrifft, Mehrfachantworten möglich)

- In welchem Jahr waren Sie zuletzt in der freien Wirtschaft tätig? Im Jahre: \_\_\_\_\_  
 Wie viele Stellen in der freien Wirtschaft hatten Sie insgesamt? \_\_\_\_\_ Stellen  
 Wie viele Jahre haben Sie insgesamt in der freien Wirtschaft gearbeitet? \_\_\_\_\_ Jahre  
 Wie viele Jahre waren Sie in geschützten Arbeitsplätzen und/oder IV-finanzierten Umschulungen tätig? \_\_\_\_\_ Jahre  
 Wie viele Jahre waren Sie selbständig erwerbend? \_\_\_\_\_ Jahre  
 Arbeitslosigkeit  
 Wie oft?  1-2 Mal  
 3-5 Mal  
 öfter  
 Das BTZ war meine erste Arbeitserfahrung.

Anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

Frage 3

#### Beziehen Sie eine IV-Rente?

(Bitte nur eine Antwort auswählen)

- Ja, seit \_\_\_\_\_  
 Nein  
 Ich warte auf den Rentenbescheid

D

Frage 4

**Situation unmittelbar vor dem BTZ:**

*(Bitte nur eine Antwort auswählen)*

- Erwerbstätig
- Ausbildung
- Praktikum mit Taggeld
- Geschützter Arbeitsplatz mit Rente
- Auf Arbeitssuche/arbeitslos
- Rente ohne Tätigkeit
- Klinik/Therapie
- Teilerwerbstätig und Teilrente

Anderes, nämlich:

---

Frage 5

**Situation unmittelbar nach dem BTZ:**

*(Bitte nur eine Antwort auswählen)*

- Erwerbstätig
- Ausbildung
- Praktikum mit Taggeld
- Geschützter Arbeitsplatz mit Rente
- Auf Arbeitssuche/arbeitslos
- Rente ohne Tätigkeit
- Klinik/Therapie
- Teilerwerbstätig und Teilrente

Anderes, nämlich:

---

Frage 6

**Heutige Situation:**

*(Bitte nur eine Antwort auswählen)*

- Erwerbstätigkeit in der freien Wirtschaft ( \_\_ %)
- Ausbildung
- Praktikum mit Taggeld
- Geschützter Arbeitsplatz ( \_\_ %) mit Rente
- Auf Arbeitssuche/arbeitslos
- Rente ohne Tätigkeit
- Teilerwerbstätig ( \_\_ %) und Teilrente
- Klinik/Therapie

Anderes, nämlich:

---

Frage 7

**Wie finanzieren Sie im Moment Ihren Lebensunterhalt?**

*(Bitte geben Sie alles an, was auf Sie zutrifft, Mehrfachantworten möglich)*

- Lohn
- Arbeitslosengeld
- IV-Rente
- Sozialfürsorge
- Ergänzungsleistungen
- Eltern
- Partner/Partnerin

Anderes, nämlich:

---



F

*Um mehr von Ihren Erfahrungen zu lernen, möchten wir eventuell ein persönliches Gespräch mit Ihnen führen (ca. 45 Min.). Auch die Angaben, die Sie an einem Gespräch machen werden streng vertraulich behandelt, und die Teilnahme ist natürlich freiwillig.*

**Ja, ich bin zu einem weiterführenden Gespräch bereit. Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer: \_\_\_\_\_**

Name:            *Herr* .....            *Frau* .....

**Nein, ich will auf keinen Fall wegen eines Gespräches kontaktiert werden.**

**Ich bin mir im Moment nicht sicher und würde mich spontan entscheiden. Sie erreichen mich am besten unter folgender Telefonnummer: \_\_\_\_\_**

Name:            *Herr* .....            *Frau* .....

*Wir danken Ihnen ganz herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens. Sie haben uns sehr bei unserer Arbeit geholfen. Wir senden Ihnen unsere besten Wünsche und grüssen Sie freundlich!*

*Retournieren Sie den ausgefüllten Fragebogen mit beiliegendem Rückantwortcouvert bitte wenn möglich bis zum 21. September an folgende Adresse: Persönlich: Frau B. Quennoz, Stadt Zürich SEB BTZ, Sihlamtsstrasse 6, 8001 Zürich*

### Anhang 3: Deskriptive Ergebnisse

Tab. 3\_1: Altersstruktur bei Programmaustritt

Alter	Häufigkeit	Kum. Prozent	Alter	Häufigkeit	Kum. Prozent
18	3	2,5	38	2	64,7
19	4	5,9	39	1	65,5
20	3	8,4	40	3	68,1
21	5	12,6	41	3	70,6
22	10	21,0	42	5	74,8
23	4	24,4	43	3	77,3
24	5	28,6	44	2	79,0
25	2	30,3	45	4	82,4
26	2	31,9	46	2	84,0
27	4	35,3	47	4	87,4
28	1	36,1	48	2	89,1
29	5	40,3	49	1	89,9
30	5	44,5	50	1	90,8
31	4	47,9	51	1	91,6
32	2	49,6	52	1	92,4
33	0	49,6	53	4	95,8
34	4	52,9	54	2	97,5
35	4	56,3	55	1	98,3
36	4	59,7	56	1	99,2
37	4	63,0	59	1	100

Tab. 3\_2: Veränderung der Beschäftigungssituation

	Sit. vor BTZ	Sit. nach BTZ	Sit. bei Erhebung
Erwerbstätig	14	13	19
In Ausbildung	10	10	7
Prakt. mit Taggeld	5	6	3
Besch.programm	3	21	23
Arbeitslos	34	19	8
Rente ohne Tätigkeit	5	21	31
Klinik/Therapie	31	16	12
Teilrente/Teilerwerb	4	7	11
Anderes	13	6	5

### Anhang 4: Kreuztabellen Hypothesenprüfung

Hy<sub>1a</sub>: Personen, die eine Ausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) absolviert haben, sind signifikant häufiger in den regulären Arbeitsmarkt integriert als Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

**Programm \* Integriert in reg. AM Kreuztabelle**

			Integriert in reg. AM		Gesamt
			1,00	7,00	
Programm	2,00	Anzahl	7	4	11
		Erwartete Anzahl	7,6	3,4	11,0
		% innerhalb von Programm	63,6%	36,4%	100,0%
		% innerhalb von Integriert in reg. AM	63,6%	80,0%	68,8%
		% der Gesamtzahl	43,8%	25,0%	68,8%
	4,00	Anzahl	4	1	5
	Erwartete Anzahl	3,4	1,6	5,0	
	% innerhalb von Programm	80,0%	20,0%	100,0%	
	% innerhalb von Integriert in reg. AM	36,4%	20,0%	31,3%	
	% der Gesamtzahl	25,0%	6,3%	31,3%	
Gesamt	Anzahl	11	5	16	
	Erwartete Anzahl	11,0	5,0	16,0	
	% innerhalb von Programm	68,8%	31,3%	100,0%	
	% innerhalb von Integriert in reg. AM	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	68,8%	31,3%	100,0%	

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,428 <sup>a</sup>	1	,513
Anzahl der gültigen Fälle	16		

a. 3 Zellen (75,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.  
Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,56.

Hy<sub>1b</sub>: Personen, die an einem Training teilgenommen haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Integration in den regulären Arbeitsmarkt signifikant von Personen, die an einer Abklärung teilgenommen haben.

**Programm \* Integriert in reg. AM Kreuztabelle**

			Integriert in reg. AM		Gesamt
			1,00	7,00	
Programm	2,00	Anzahl	7	4	11
		Erwartete Anzahl	6,4	4,6	11,0
		% innerhalb von Programm	63,6%	36,4%	100,0%
		% innerhalb von Integriert in reg. AM	63,6%	50,0%	57,9%
		% der Gesamtzahl	36,8%	21,1%	57,9%
	3,00	Anzahl	4	4	8
		Erwartete Anzahl	4,6	3,4	8,0
		% innerhalb von Programm	50,0%	50,0%	100,0%
		% innerhalb von Integriert in reg. AM	36,4%	50,0%	42,1%
		% der Gesamtzahl	21,1%	21,1%	42,1%
Gesamt		Anzahl	11	8	19
		Erwartete Anzahl	11,0	8,0	19,0
		% innerhalb von Programm	57,9%	42,1%	100,0%
		% innerhalb von Integriert in reg. AM	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	57,9%	42,1%	100,0%

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,353 <sup>a</sup>	1	,552
Anzahl der gültigen Fälle	19		

a. 3 Zellen (75,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,37.

Hy<sub>2a</sub>: Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Situation signifikant von Personen, die in einer Beschäftigungsmassnahme tätig sind.

**Integrationsform \* Zufriedenheit Kreuztabelle**

			Zufriedenheit		Gesamt
			1,00	2,00	
Integrationsform	1,00	Anzahl	22	6	28
		Erwartete Anzahl	20,3	7,7	28,0
		% innerhalb von Integrationsform	78,6%	21,4%	100,0%
		% innerhalb von Zufriedenheit	59,5%	42,9%	54,9%
		% der Gesamtzahl	43,1%	11,8%	54,9%
	4,00	Anzahl	15	8	23
		Erwartete Anzahl	16,7	6,3	23,0
		% innerhalb von Integrationsform	65,2%	34,8%	100,0%
		% innerhalb von Zufriedenheit	40,5%	57,1%	45,1%
		% der Gesamtzahl	29,4%	15,7%	45,1%
Gesamt	Anzahl	37	14	51	
	Erwartete Anzahl	37,0	14,0	51,0	
	% innerhalb von Integrationsform	72,5%	27,5%	100,0%	
	% innerhalb von Zufriedenheit	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	72,5%	27,5%	100,0%	

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,131 <sup>a</sup>	1	,288
Anzahl der gültigen Fälle	51		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,31.

Hy<sub>2b</sub>: Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen, sind signifikant weniger zufrieden als Personen, die im regulären Arbeitsmarkt tätig sind.

**Tätigkeit \* Zufriedenheit Kreuztabelle**

			Zufriedenheit		Gesamt
			1,00	2,00	
Tätigkeit	1,00	Anzahl	22	6	28
		Erwartete Anzahl	19,0	9,0	28,0
		% innerhalb von Tätigkeit	78,6%	21,4%	100,0%
		% innerhalb von Zufriedenheit	61,1%	35,3%	52,8%
		% der Gesamtzahl	41,5%	11,3%	52,8%
	6,00	Anzahl	14	11	25
		Erwartete Anzahl	17,0	8,0	25,0
		% innerhalb von Tätigkeit	56,0%	44,0%	100,0%
		% innerhalb von Zufriedenheit	38,9%	64,7%	47,2%
		% der Gesamtzahl	26,4%	20,8%	47,2%
Gesamt	Anzahl	36	17	53	
	Erwartete Anzahl	36,0	17,0	53,0	
	% innerhalb von Tätigkeit	67,9%	32,1%	100,0%	
	% innerhalb von Zufriedenheit	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	67,9%	32,1%	100,0%	

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Anzahl der gültigen Fälle	3,088 <sup>a</sup> 53	1	,079

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 8,02.

Hy<sub>2c</sub>: Personen, die keiner Tätigkeit nachgehen sind signifikant weniger zufrieden mit ihrer beruflichen Situation als Personen, die in einem Beschäftigungsprogramm tätig sind.

**Tätigkeit \* Zufriedenheit Kreuztabelle**

			Zufriedenheit		Gesamt
			1,00	2,00	
Tätigkeit	4,00	Anzahl	15	8	23
		Erwartete Anzahl	13,9	9,1	23,0
		% innerhalb von Tätigkeit	65,2%	34,8%	100,0%
		% innerhalb von Zufriedenheit	51,7%	42,1%	47,9%
		% der Gesamtzahl	31,3%	16,7%	47,9%
	6,00	Anzahl	14	11	25
		Erwartete Anzahl	15,1	9,9	25,0
		% innerhalb von Tätigkeit	56,0%	44,0%	100,0%
		% innerhalb von Zufriedenheit	48,3%	57,9%	52,1%
		% der Gesamtzahl	29,2%	22,9%	52,1%
Gesamt	Anzahl	29	19	48	
	Erwartete Anzahl	29,0	19,0	48,0	
	% innerhalb von Tätigkeit	60,4%	39,6%	100,0%	
	% innerhalb von Zufriedenheit	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	60,4%	39,6%	100,0%	

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,426 <sup>a</sup>	1	,514
Anzahl der gültigen Fälle	48		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,10.

## Anhang 5: Kategoriensystem Forschungsfrage 3

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Positiv bewertete interventionsbedingte Faktoren	Abklärung, Triage	Aufzeigen von Grenzen Angemessene Beurteilung der Belastbarkeit Schaffung der Voraussetzungen für Berentung	Durch die Abklärung (...) bin ich zur Rente gekommen, weil nichts anderes mehr möglich war.	Aussagen, die sich explizit auf Folgen der Triage durch die BTZ-Abklärung beziehen.
	Bezugspersonen	Teilnehmerbezogenes Engagement Begleitung Stufenweiser Aufbau der Belastung Unterstützung bei Krankheitseinsicht und Bewältigung Initiierung externer psy. Begleitung Tagesstrukturen einüben	Für mich war es eine grosse Entspannung, arbeiten zu dürfen und nicht perfekt sein zu müssen. Fehler waren kein Drama. Anfangs war ich jedes Mal nass geschwitzt nach einem Missgeschick. Das hat sich – mit grossem Dank an Frau [Name der Arbeitsagogin] – mit der Zeit gelegt.	Aussagen welche sich auf den Nutzen beziehen, welche eine Person direkt aus der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen für die eigene Entwicklung ziehen konnte.
	Arbeitsverfahren TN	Wiedergewinnung des Vertrauens in Fähigkeiten Selbstwertsteigerung Vergleichsmöglichkeit mit anderen Handicaperten	Durch die täglichen Aufgaben hatte ich wieder Mut gefasst und konnte meine damalige Situation objektiver beurteilen.	Aussagen, welche sich auf die Wirkung der ausgeübten Tätigkeit auf die am Programm teilnehmende Person bezieht
	Bezug zur Arbeitswelt	Vermittlung von arbeitsmarktrelevanten Fähigkeiten Verschiedene Tätigkeitsfelder erfahren	Das Gelernte im Lernbüro bzw. das Wissen über die Bürofähigkeiten ermöglichten mir den Wiedereinstieg in die freie Marktwirtschaft, sowie auch ins Soziale.	Wettbewerbsrelevanter Kompetenzgewinn
Negativ bewertete interventionsbedingte Faktoren	Bezugspersonen	Differenzen zwischen Fremd/Selbstbild Mangelnde Flexibilität Zu wenig Förderung	Ich hatte grosse psychische Probleme und auf die wurde nie Rücksicht genommen. Mit dem nötigen Verständnis, Rücksichtnahme und einer temporären Arbeitszeitreduktion hätte ich diese Lehre bestanden.	Aussagen, die sich auf divergierende Vorstellungen zwischen TN und den Bezugspersonen beziehen betreffend Programmverlauf und Zukunftsplanung.
	Passung TN/Programm	Passung Programm/TN Vorzeitiger Abbruch Unterforderung	Das war mir zu wenig, fühlte mich missverstanden oder zu wenig gefördert (...) oder als völlig anderen Mensch angeschaut weil ich eine eigene Meinung hatte und irgendwann war mir das ganze zu blöde geworden.	Die am Programm teilnehmende Person fühlte sich am falschen Ort, bzw. musste das BTZ vor der Zeit verlassen.
	Bezug zur Arbeitswelt	Zu wenig arbeitsmarktbefähigende Wissensvermittlung	(...) Ausbildung zum Logistikpraktiker gemacht. Da ich (...) nie Gabelstapler gefahren bin ausser in der Prüfung hatte ich sehr viel Mühe in der freien Marktwirtschaft.	Das im BTZ erworbene Wissen reicht nicht für die angestrebte Arbeitssituation.

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Positiv bewertete personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden	Psychologische Merkmale	Kompromissfähigkeit Anpassungsfähigkeit Eigeninitiative Selbstwirksamkeitsüberz.	Der Wille weiter zu kämpfen. Die Möglichkeit mich in eine andere Richtung ausbilden zu lassen und positives Denken. Optimismus ist mein Motto.	Selbstberichtete Persönlichkeitsmerkmale, dank derer sich die persönliche Situation verbesserte.
	Persönliche Entwicklungen	Krankheitseinsicht Erkennen eigener Grenzen Entwicklung beruflicher Interessen	In den letzten drei Jahren habe ich mich sehr positiv weiterentwickelt und habe meine Berufung zum (...) gefunden.	Selbstberichtete kognitive Prozesse, dank derer sich die persönliche Situation verbesserte.
Negativ bewertete personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden	Biologische Merkmale	Gesundheitszustand Alter	Ich konnte mich noch nicht beruflich realisieren, weil ich körperlich nicht fit bin.	Biologische Merkmale, auf welche sich die befragten Personen wenig Einfluss zuschreiben.
	Psychologische Merkmale	Beeinflussbarkeit Geringer Selbstwert Zu hohe Erwartungen an die eigene Person	Ich liess mich von gewissen Leuten einschüchtern und beeinflussen, so dass ich keine eigene Meinung hatte.	Selbstberichtete Persönlichkeitsmerkmale, welche sich negativ auf die Teilnahme am Programm auswirkten.
Positiv bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Leistungen der Sozialversicherungen	Finanzielle Absicherung dank IV oder anderer Versicherung Entlastung vom Erwerbsdruck fördert psychische Gesundheit Ermöglichung einer Ausbildung	Dank der 71% IV-Rente bin ich heute eher zufrieden, da ich den Stress nicht mehr habe und nicht 100% arbeiten muss, was besser für meine psychische Krankheit ist.	Aussagen, die sich auf die positiven Auswirkungen von Rentenbezügen beziehen.
	Soziales Netzwerk	Unterstützung durch Angehörige, Freunde Eingebunden sein	Meine Eltern konnten meine Situation nicht mehr mit ansehen, deswegen finanzierten sie mir eine Handeschule.	Positive Erwähnung anderweitiger, auch finanzieller Unterstützung.
Negativ bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Umgang mit Sozialversicherungen	Komplizierte Verfahren Lange Wartezeiten Als ungerechtfertigt empfundene Ablehnungen/Kürzungen	Es werden immer nur Statistiken angesehen und was in den Büchern steht, aber ich als Mensch und meine Krankheitsgeschichte wurden ( <i>von der IV</i> ) nicht berücksichtigt.	Berichtete Schwierigkeiten bei der Geltendmachung von Ansprüchen
	Sozialer Status	Rechtfertigungsdruck Stigmatisierung	RAV-Beraterin hat mich so wütend gemacht dass ich mich abgemeldet habe (...). Krank sein ist schlimm genug. Abgestempelt zu sein noch schlimmer, es geht auf die Substanz.	Berichte über demütigende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Invalidisierung.

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Positiv bewertete arbeitsumweltbedingte Merkmale	Erreichbarer Arbeitsmarkt	Verfügbarkeit Lehrstellen und Praktika Verfügbarkeit einer leistungsangemessenen Arbeitsstelle	Ich habe eine Tätigkeit gefunden, die mir gefällt und ich einigermaßen erledigen kann. Es ist ein schwieriges Umfeld, aber es geht.	Generelle Aussagen zur Verfügbarkeit von Arbeitsstellen etc, die den aktuellen Fähigkeiten entsprechen und an denen sich die Befragten akzeptabel wohl fühlen.
	Berufliche Chancen	Förderung von Talenten Bewährungsmöglichkeiten Projekte zur beruflichen Eingliederung	Am (...) konnte ich im Stadtarchiv (...) ein halbjähriges Praktikum absolvieren. Der Herr [Name des Vorgesetzten] war so von meiner Arbeit begeistert, so dass ich anschliessen (...) konnte.	Aussagen die sich auf Möglichkeiten beziehen, die Fähigkeiten direkt unter Beweis stellen zu können.
Negativ bewertete arbeitsumweltbedingte Merkmale	Quantitative Begrenzungen des Arbeitsmarktes	Monotones Angebot Wenig Anbietende Zu wenig kleine Pensen	Ich bin unzufrieden, weil es in der freien Wirtschaft keine Tätigkeiten zu 30% oder weniger gibt.	Strukturell bedingte Faktoren, welche die Anzahl in Frage kommender Arbeitsplätze einschränkt.
	Qualitative Begrenzungen des Arbeitsmarktes	Hohe, unflexible Anforderungen Keine Akzeptanz für gesundheitliche Einschränkungen Fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten	Aber nie einen Job gefunden weil ich mehr Zeit brauche um zu lernen und zu begreifen.	Faktoren, welche die Wettbewerbsfähigkeit (teil-) invalider Personen gegenüber der nicht von Krankheit betroffenen Konkurrenz einschränkt.

*Anhang 6: Interviewleitfaden***Interviewleitfaden****Angaben zum Interview**

Interview-Nummer:	Datum der Durchführung:
Teilnehmer/in:	Ort der Durchführung:
Interviewende Person:	Dauer des Gesprächs: min.

**Begrüßung und Einführung in das Interview**

- Bedankung: Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie, Offenheit und Vertrauen
- Vorstellen der eigenen Person (Interviewerin): Name, Wohnort, Ausbildung, usw.
- Masterarbeit: Themenwahl, Fragestellung und Absicht
- Einverständniserklärung: Erläuterung der einzelnen Punkte und Unterzeichnung, expliziter Hinweis auf anonymisierte Verwendung und Vertraulichkeit der Daten
- Resultate: Angenommene Masterarbeit auf Wunsch per pdf erhältlich Mitte 2011
- Zeitdauer des Interviews: ca. 1 Stunde
- Form des Interviews: Offene Erzählform, dialogisches Gespräch (halbstrukturiert), persönliche Freiheit bei der Beantwortung hinsichtlich Tiefe und Ausführlichkeit
- Fragen/Unklarheiten?

**Notizen zur Beobachtung**

Erscheinung des Interviewpartners/der Interviewpartnerin:
Eindrücke der Wohnsituation bzw. Ort des Interviews:
Beobachtetes Verhalten und Befindlichkeit während des Interviews:

Der Leitfaden dient der Orientierung und soll sicherstellen, dass die für die Untersuchung relevanten Themenbereiche im Interview angesprochen werden. Die **Reihenfolge**, in welcher die Fragen der ersten Kolonne gestellt werden, kann jedoch dem **Gesprächsfluss angepasst** werden. Die in der zweiten Kolonne aufgeführten **Stichworte** dienen der **inhaltlichen Vertiefung** und können **nach Ermessen** herbeigezogen werden. Als wichtig erachtete Punkte sind unterstrichen.

Die **Überleitungen** haben auffordernden Charakter und sollen zu **narrativen Erzählungen** veranlassen.

Vor dem Interview hat abgesehen von der Terminabsprache kein Gespräch stattgefunden und es liegen der Interviewerin wenig biografische Informationen vor. Die Schilderung des beruflichen Werdeganges, die bisherigen arbeitsweltlichen Erfahrungen und die Situation vor dem Eintritt ins BTZ müssen daher erfragt, die vorhandenen Informationen so verifiziert werden. Dies um die Aussagen über hinderliche bzw. unterstützende Faktoren bei der Integration in den regulären Arbeitsmarkt im individuellen Kontext erfassen zu können.

Einstieg	
Sie erinnern sich wahrscheinlich noch daran, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben. Darin haben Sie auch angegeben, wie ihre Situation direkt vor dem Eintritt ins BTZ war und was Sie heute beruflich machen. Ich möchte nun mit Ihnen durchgehen, ob ich alles richtig verstanden habe und gerne noch mehr dazu erfahren.	

Berufsbiografie	
Sie sind heute (Alter) _____ Jahre alt und haben (im FraBo angegebener höchster Schule/Ausbildung) _____ abgeschlossen. Ich wäre froh, wenn Sie mir dazu noch mehr erzählen könnten, damit ich mir ein genaueres Bild machen kann.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter bei Abschluss</li> <li>- Schule/Ausbildungsort</li> <li>- Abbrüche/Stellenwechsel während Ausbildung</li> <li>- Schulische und berufliche Leistungen</li> </ul>
Können Sie mir erzählen, wieso Sie sich für diesen Weg entschieden haben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interessen/Fähigkeiten</li> <li>- <u>Ziele, Zukunftspläne</u></li> <li>- Vorbilder</li> </ul>
Wie ging es weiter, nachdem Sie die Schule/Ausbildung beendet hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stellensuche</li> <li>- <u>Berufseinstieg</u></li> <li>- Weitere Ausbildungen</li> <li>- <u>Art und Dauer der beruflichen Tätigkeiten</u></li> <li>- Arbeitslose Episoden</li> </ul>
Was hat Ihnen damals dabei <u>geholfen</u> , sich in die <u>Arbeitswelt zu integrieren</u> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen</li> <li>- Soziales Netz</li> <li>- <u>Persönliche Merkmale</u></li> <li>- <u>Erreichbarkeit/Offenheit des Arbeitsmarktes</u></li> </ul>
Was hat Sie damals <u> daran gehindert</u> , sich in die Arbeitswelt zu integrieren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anforderungen des Arbeitsmarktes</li> <li>- <u>Persönliche Merkmale</u></li> <li>- Begrenztheit des Jobangebotes</li> </ul>

Überleitung zur Teilnahme an einem Programm zur beruflichen Integration
Bis (Jahr) _____ haben Sie also als (Tätigkeiten) _____ gearbeitet. Bitte erzählen Sie mir ganz genau wie es dazu kam, dass Sie mit der (Sozialversicherung, vermutlich IV) _____ Kontakt aufgenommen haben? <i>(Bei Personen, die im BTZ ihre ersten beruflichen Erfahrungen gesammelt haben, fällt der erste Teil der Frage weg.)</i>

Prozess der Beruflichen (Des-) Integration	
Was genau hat Sie daran gehindert, weiter zu arbeiten /eine erste Arbeitsstelle zu finden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Gesundheitliche Probleme, Veränderungen des Gesundheitszustandes</u></li> <li>- <u>Diagnose</u></li> <li>- Einschneidende Ereignisse (z.Bsp. Unfall, Arbeitsplatzverlust)</li> <li>- Veränderungen in den <u>arbeitsmarktlichen Rahmenbedingungen</u> (z.Bsp. neue Anforderungen, Restrukturierungen, Konkurrenz)</li> <li>- <u>Personbezogene Faktoren</u> (Persönliche Entwicklungen, psychologische Merkmale)</li> </ul>
<u>Was passierte zwischen Ihrem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess und dem Eintritt ins BTZ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme an anderen Integrationsprogrammen oder Abklärungen</li> <li>- <u>Zeitlicher Abstand</u></li> <li>- <u>Eigene Integrationsversuche</u></li> <li>- <u>Tagesstruktur</u></li> <li>- <u>Kontakt mit Sozialversicherungen</u></li> </ul>
Können Sie mir ein bisschen beschreiben, wie es Ihnen in dieser Zeit ging?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Psychische Verfassung</u></li> <li>- <u>Körperliche Verfassung</u></li> <li>- <u>Sorgen, Gedanken, Pläne</u></li> <li>- Einbindung in <u>Soziales Netz</u> und dessen Reaktionen (Familie, Freunde, ehemalige Arbeitskollegen)</li> </ul>
Hätte es auch anders laufen können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rolle der <u>behandelnden Personen, Helfernetz</u></li> <li>- Unterstützung durch das <u>soziale Netz</u></li> <li>- Eigene Versäumnisse</li> </ul>

Erleben des Programmes zur beruflichen Integration (BTZ)	
Erzählen Sie mir bitte, mit welcher <u>Einstellung</u> Sie das Programm begonnen haben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoffnungen, Wünsche, Ziele</li> <li>- Befürchtungen</li> <li>- Freiwilligkeit</li> </ul>
Wie schätzten Sie selbst die <u>Wahrscheinlichkeit</u> ein, wieder im regulären Arbeitsmarkt Fuss fassen zu können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Handicaps</u></li> <li>- Befürchtungen</li> <li>- <u>Anpassungsmöglichkeiten</u></li> <li>- Ressourcen</li> <li>- Notwendigkeit</li> </ul>
Inwieweit deckte sich Ihre Einschätzung mit der Einschätzung der Bezugspersonen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Grenzen der Belastbarkeit</u></li> <li>- <u>Krankheitseinsicht</u></li> <li>- Persönliche Entwicklungen</li> </ul>
Können Sie mir erzählen, was für eine <u>Beziehung</u> Sie zu den Menschen im BTZ hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Beziehungsqualität zu den Bezugspersonen</u></li> <li>- Beziehung zu den anderen Programmteilnehmenden</li> </ul>
Was erlebten Sie während des Programms als <u>unterstützend</u> für das Ziel, wieder im <u>regulären Arbeitsmarkt</u> tätig sein zu können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermittlung wettbewerbsrelevanter Kompetenzen</li> <li>- Kennen lernen verschiedener Arbeitsbereiche</li> <li>- <u>Unterstützung bei Praktikumssuche/Anschlusslösungen</u></li> </ul>
Was erlebten Sie während des Programms als <u>hinderlich</u> für das Ziel, wieder im <u>regulären Arbeitsmarkt</u> tätig sein zu können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheitszustand, <u>Belastbarkeit</u></li> <li>- Arbeitsmarktferne</li> </ul>

<u>Überleitung zur heutigen beruflichen Situation</u>	
Sie haben mir nun erzählt, wie Sie Ihre erste Berufserfahrung gesammelt haben und warum Sie am BTZ-Programm teilgenommen haben. Für meine Arbeit interessiert mich besonders, wie es nach dem BTZ für Sie weitergegangen ist und was für Sie unterstützend oder hinderlich dabei war, wieder im regulären Arbeitsmarkt arbeiten zu können. Was fällt Ihnen dazu ein?	

<u>Prozess der beruflichen Integration</u>	
Wie erlebten Sie die <u>ersten Wochen</u> , nachdem Sie aus dem BTZ ausgetreten waren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Anschlusslösung</u></li> <li>- <u>Stellensuche</u></li> <li>- <u>Gefühle</u></li> </ul>
Worauf konnten Sie sich <u>stützen</u> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Nachbetreuung</u> durch das BTZ</li> <li>- <u>Soziales Netz</u></li> <li>- <u>Anderweitige professionelle Hilfe</u> (auch IV)</li> <li>- <u>Eigene Kompetenzen und Strategien</u></li> </ul>
Wie schätzen Sie Ihre <u>heutige berufliche Situation</u> ein?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Tätigkeit und Penum</u></li> <li>- <u>Passung</u></li> <li>- <u>Zufriedenheit</u></li> <li>- <u>Erfolgsenergebnisse</u></li> <li>- <u>Zukunftspläne</u></li> </ul>
Wie erleben Sie Ihre <u>Chancen</u> auf dem Arbeitsmarkt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Hindernisse, Benachteiligungen</u></li> <li>- <u>Anforderungen</u></li> <li>- <u>Akzeptanz der gesundheitlichen Beeinträchtigungen</u></li> <li>- <u>Verfügbarkeit passender Stellen</u> (Pensum und Belastbarkeit)</li> </ul>
Womit müssen/mussten Sie sich immer wieder <u>auseinander setzen</u> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Auseinandersetzungen mit Sozialversicherungen</u></li> <li>- <u>Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen</u></li> <li>- <u>Umgang mit eigenen Ängsten</u></li> <li>- <u>Unsicherheit der Arbeitgebenden bzgl. gesundheitlicher Beeinträchtigungen</u></li> <li>- <u>Veränderungen der Gesundheitlichen Situation</u></li> </ul>
Was würde Menschen wie Sie am besten dabei unterstützen, beruflich zufrieden sein zu können?	

### Abschluss

Gibt es noch Ergänzungen oder Korrekturen von Seiten der interviewten Person?

Hat sie Fragen?

Möchte Sie die Arbeit im Sommer 2011 zugestellt bekommen?

## Anhang 7: Informationsschreiben Interviewpartner und –partnerinnen

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte  
Psychologie

Dezember 2010

Sehr geehrte Studienteilnehmerin  
Sehr geehrter Studienteilnehmer

Gerne informieren wir Sie über die Hintergründe der Studie, in deren Rahmen wir Sie zu einem Interview einladen.

Ich, Birgit Quennoz, bin Studentin an der ZHAW, Departement Angewandte Psychologie, und beschäftige mich in meiner Abschlussarbeit mit der beruflichen Situation von Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung mit einem Programm zur beruflichen Integration in Berührung gekommen sind. Das BTZ ist eine der Institutionen in der Schweiz, die sich an Personen wendet, die aufgrund psychischer und/oder körperlicher Ursachen in der Leistungs- und Lernfähigkeit eingeschränkt sind. Im Auftrag der Invalidenversicherung - oder anderer Versicherungen - klärt das BTZ ihre beruflichen Möglichkeiten ab, bildet sie aus und unterstützt sie bei der (Wieder-) Eingliederung ins Berufsleben.

Sie haben im Zeitraum zwischen 2003 und 2010 an einem Programm des BTZ teilgenommen. Ich konnte diese Institution in einem Praktikum kennen lernen und habe Ihnen in dieser Zeit auch einen Fragebogen zugeschickt, den Sie beantwortet haben und auch Ihre Bereitschaft für ein eventuelles weiterführendes Gespräch erklärt haben. Dafür bedanke ich mich an dieser Stelle nochmals ganz herzlich.

Dieser Fragebogen diente dazu, einen Überblick über die heutige berufliche Situation der ehemaligen Programmteilnehmer und Programmteilnehmerinnen zu bekommen.

*Das Ziel der Interviews ist es, noch genauer zu erfahren, was Sie aus ihrer ganz persönlichen Sicht als hilfreich oder hinderlich bei Ihrer Integration in die Arbeitswelt erleben oder erlebt haben. Und zwar sowohl was die Zeit im BTZ betrifft, als auch die Zeit danach. Zusammen mit der Auswertung der Fragebögen erhoffen uns davon wichtige Anregungen für die Arbeit einer Institution wie beispielsweise das BTZ.*

**Ablauf der Erhebung**

Das etwa einstündige Interview findet an einem Ort Ihrer Wahl statt und wird auf einen Tonträger aufgezeichnet.

**Datenschutz und Anonymität**

Ihre Mitarbeit ist absolut freiwillig. Die Aufnahme auf den Tonträger und die im Projekt aufgenommenen Daten unterliegen der ärztlichen Geheimhaltungspflicht und werden ausschliesslich für das erwähnte Studienprojekt genutzt. Alle an der Untersuchung beteiligten Personen sind an die Schweigepflicht gegenüber Aussenstehenden gebunden. Die Auswertungsberichte werden in einer anonymisierten Form abgefasst und erlauben keine Rückschlüsse auf Ihre Person. Nach Beendigung des Projekts im Mai 2011 werden die Aufnahmen gelöscht.

Wir bitten Sie, die beigelegte Einverständniserklärung auszufüllen und bei der Interviewerin abzugeben.

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns herzlich.

Freundliche Grüsse

Birgit Quennoz

*Anhang 8: Einverständniserklärung*

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Departement Angewandte Psychologie  
Minervastrasse 30  
8032 Zürich

**Einverständniserklärung**

zur Teilnahme an der Masterarbeit zum Thema „Berufliche Integration von Menschen mit psychischer Störung“ an der ZHAW, Departement Angewandte Psychologie

Hiermit bestätige ich, ....., die Informationen zur Masterarbeit zum Thema „Berufliche Integration von Menschen mit psychischer Störung“ gelesen und verstanden zu haben.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Interview vom \_\_\_\_\_ auf Tonträger aufgezeichnet wird.
- Ich gebe die Einwilligung zur Analyse der Tonaufnahme innerhalb des Studienauftrages des Masterstudiengangs der ZHAW, Departement Psychologie. Ich habe Kenntnis davon, dass die Studierende der Geheimhaltungspflicht unterliegt und dieses Material ausschliesslich für Auswertungen innerhalb des genannten Rahmens verwenden darf.
- Ich wurde darüber informiert, dass die Auswertungsberichte in anonymisierter Form verfasst werden und keine Rückschlüsse auf meine Person zulassen.
- Ich möchte an der Studie zu dieser Masterarbeit nicht teilnehmen.

Datum: .....

Unterschrift:.....

## Anhang 9: Kategoriensystem Forschungsfragen 4 und 5

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Positiv bewertete interventionsbedingte Faktoren	Abklärung, Triage	Ressourcenorientierter Einsatz Testdiagnostik; Feststellen des angemessenen Leistungsni-veaus	Herr A: Abklärung, ich habe diese Testchen gemacht, ich habe dann mit der Zeit auch eingesehen, ja gut, die bringen ja was. (...) Es ist dann auch eine Art fürs Selbstwertgefühl gewesen. Man hat gemerkt, man schafft viele mehr, als man meint.	Aussagen, die sich explizit auf Folgen der Triage durch die BTZ-Abklärung beziehen.
	Bezugspersonen	Begleitung persönlicher Entwicklungen; Konstanz; Akzeptanz eigener Schwächen dank Akzeptanz der Bezugsperson; Beziehungserhalt trotz Schwierigkeiten	Herr A: Das muss ich schon sagen, das habe ich da von Herrn [Arbeitsagoge] gelernt. Weil, da habe ich mich gewehrt, oder, habe so Streitgespräche mit ihm geführt, wo ich jahrelang nicht mehr gehabt habe und darum muss ich sagen, ist das dann auch eine gute Lehre (...) gewesen.	Aussagen welche sich auf den Nutzen beziehen, welche eine Person direkt aus der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen für die eigene Entwicklung ziehen konnte.
	Arbeitsverfahren TN	Soziale Integration durch Arbeitsplatz; Orientierung an vergleichbaren Teilnehmenden; Steigerung der Belastbarkeit	Herr G: Die Arbeit, die ich hier verrichten konnte. (...) Ich habe meine Arbeit gehabt, ich habe die machen müssen, ich musste hier sein. Wenn man nicht kommt, gibt es sofort Sanktionen. (...) Aber einfach, dass man merkt, man ist drinnen, man gehört dazu, man ist nicht immer zu Hause und wartet, bis ein Brief kommt. (...) Das Verständnis und gleichzeitig die gewisse Härte, das ist das absolute Geheimnis.	Aussagen, welche sich auf die Wirkung der ausgeübten Tätigkeit auf die am Programm teilnehmende Person beziehen
	Passung Angebot/TN	Flexibilität im Rahmen der Möglichkeiten; Individuell angepasst; Koordiniert mit anderen Rehabilitationsmassnahmen	Frau H: Mit der IV war das schon so geregelt und dann habe ich eben mit dem Lernen Probleme. Und war dann halt hier um jeden Freitag zu lernen, und mich vorzubereiten für die Zwischenprüfung.	Aussagen, die sich auf Aktivitäten oder Abmachungen beziehen, dank derer das Angebot zu den Bedürfnissen der teilnehmenden Person passend und förderlich waren.
	Anschlusslösung	Organisation Praktika; Anreize schaffen für Arbeitgebende; Anschluss an vorhandene Kompetenzen	Herr G: Der grösste Teil ist das BTZ und namentlich Frau [Praktikumsvermittlerin], dir mir das Praktikum so unkompliziert vermittelt hat. (...) Ich kann bei (...) ein einmonatige Praktikum machen und den Lohn übernimmt das BTZ.	Aussagen, die sich auf das Finden einer Anschlusslösung beziehen, welche für die erfolgreiche Integration zum Erhebungszeitpunkt verantwortlich gemacht werden.

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Negativ bewertete interventionsbedingte Faktoren	Bezugspersonen	Dauerhafte Uneinigkeit bzgl. Auftragsklärung bzw. Priorisierung; Widerstand durch Ansprechen von Verhaltensauffälligkeiten bei eigentlich physischer Beeinträchtigung	Frau D: Was ich heute noch denke, wenn man mich kennen gelernt hat, als Psychologin, also das kann man auch irgendwie berücksichtigen, das die Gespräche mir schon gut tun um mich zu befreien für den Moment, aber dass das für mich als Person gar keine Lösung ist.	Aussagen, die sich auf divergierende Vorstellungen zwischen TN und den Bezugspersonen beziehen betreffend Programmverlauf und Zukunftsplanung.
	Passung TN/Programm	Mangelnde Reife TN; Mangelnde Flexibilität BTZ-Angebot	Herr C: Also, wie gesagt, die Zusammenstellung von dem Kurs oder den Leuten hat mir auch nichts genützt. Als ich meine, ja klar, wenn ich den Clown spielen will, dann spiele ich den Clown. (...) Für mich hat es zu diesem Zeitpunkt nicht gepasst.	Die am Programm teilnehmende Person fühlte sich am falschen Ort, bzw. musste das BTZ vor der Zeit verlassen.
Positiv bewertete personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden	Psychologische Merkmale	Umgänglichkeit; Kontaktfreudigkeit; Kompromissbereitschaft; Eigeninitiative; Risikobereitschaft	Herr C: (...) und wenn man unzufrieden ist (...) dann merken das die Leute und fragen einen, bist du unzufrieden (...). Du sagst es halt, (...) dass du unzufrieden bist und etwas Neues suchst. (...).	Selbstberichtete Persönlichkeitsmerkmale, dank derer sich die persönliche Situation verbesserte.
	Persönliche Entwicklungen	Mehr Hilfe annehmen können; Empathischerer Umgang mit eigenen Einschränkungen und denen anderer; Brechen von Tabus; Veränderte Werthaltungen; Ablegen eines Opfer-schemas; Formulierung eigener Ziele; Kompetenzerweiterung dank Orientierung an Vorbildern	Herr G: Ich bin sozialer und menschlicher geworden. Ganz sicher. Das ist doch auch der Grund, warum mein Chef mich in diese Position tut. (...) Du musst ein bisschen schauen, wie es den Leuten geht.	Entwicklungsschritte, dank derer sich die persönliche Situation verbesserte.
	Biologische Merkmale	Körperlich uneingeschränkte Belastbarkeit; Niedriges Alter	Herr E: (...) arbeite ich beim Vater, von dem her so 140%, Montag bis Sonntag. (...) Ja sagen wir so, ich arbeite viel.	Biologische Merkmale, welche die Integration in die Arbeitswelt erleichtern.
	Fähigkeiten und Interessen	Berufliche Ziele; Weiterbildung	Frau H: Eigentlich, mein ganz grosser Wunsch, das war schon immer mein Wunsch, ist dem Beruf (...) nachzugehen aber ich habe immer das Gefühl gehabt, die Chancen sind nicht so gut, einen Job zu finden.	Persönliche Fähigkeiten und Interessen, dank deren Verfolgung die Integration in den regulären Arbeitsmarkt möglich wurde.

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Negativ bewertete personenbezogene Merkmale der Teilnehmenden	Biologische Merkmale	Schmerzen; Erschöpfbarkeit	Frau D: Dann ging es mir körperlich besser, aber psychisch schlechter. (...) Wo es mir psychisch schlechter gegangen ist, habe ich dann selbstverständlich weniger Kraft und Zeit genommen für meinen Körper und so hat sich das jahrelang im Kreis gedreht.	Biologische Merkmale, auf welche sich die befragten Personen wenig Einfluss zuschreiben.
	Psychologische Merkmale	Schwankungen der Leistungsfähigkeit; Abspaltungen; Verschlossenheit; Stimmungsschwankungen; Impulsivität	Frau H: Das ist schwierig, weil einerseits sehe ich das schon auch, 50% ( <i>Arbeitsfähigkeit</i> ), (...) es ist bei mir auch so phasenbedingt. Also wenn es mir seelisch gut geht, (...) kann ich auch länger arbeiten. Und wenn es mir nicht gut geht, dann bringe ich einfach nichts hin (...) es ist unkonzentriert und das kostet natürlich auch viel Geld.	Selbstberichtete Persönlichkeitsmerkmale, welche sich negativ auf die Integrationsfähigkeit auswirken.
	Krankheitsverarbeitung	Ungeduld; Ignorieren psychischen Zustandes; Misstrauen; Überschätzung der eigenen Verarbeitungsmöglichkeiten	Herr G: Ich bin dann auch ein wenig hässig gewesen. (...) Ich habe gewusst, ich muss, sonst komme ich nicht mehr zurück in den Job. (...) Es ging nicht vorwärts, eben psychisch habe ich dann so ganz minimale Probleme bekommen. Das habe ich dann auf mich selber zurückgeschoben. Das ist mir gleich, ich muss jetzt körperlich wieder fit werden.	Verhaltensweisen während des Rehabilitationsprozesses und Einstellungen gegenüber den professionellen Helfern, welche Fortschritte erschweren.
Positiv bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Leistungen der Sozialversicherungen	Ermöglichung Umschulungsmassnahmen; Ermöglichung Erstausbildung im geschützten Rahmen	Frau D: Und dort wurde es anhand von Berechnung von meinem Lohn (...) finanzierbar, dass ich mich entspannen konnte und aufs Lernen konzentrieren.	Aussagen, die sich auf die positiven Auswirkungen von Rentenbezügen beziehen.
	Soziales Netzwerk	Partner/Partnerin; Eltern; Gemeinde	Frau F: Und dann habe ich über die Mutter eigentlich, dort im Callcenter suchten sie jemanden. (...) Ja und dann arbeitete ich dort.	Positive Erwähnung anderweitiger, auch finanzieller Unterstützung.
	Medizinische Versorgung	Regelmässige Psychotherapie; Physiotherapie; Hausarzt	Frau H: Es ist, wenn ich Gespräche mit der IV habe, dass das Gefühl da ist, „Was ist jetzt?“. (...) Dann hat man zum Glück eine Therapeutin ( <i>Auflachen</i> ) wo man reden kann.	Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes bzw. Umgang mit Belastungen dank medizinischer bzw. psychologischer Betreuung.

## Z

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Positiv bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen - <i>Fortsetzung</i>	Professionelles Netz	Berufsberatung der IV; Anbieter von Integrationsmassnahmen (ohne BTZ); Suchtberater; RAV-Beraterin; Bewerbungstraining; Anwalt	Herr G: (...) muss ich wieder zu diesen Arschlöchern. (...) Und wo er ( <i>IV-Berufsberater</i> ) mich abgeholt hat an der Tür habe ich gerade gedacht: Moll, das ist ein guter Typ. Und dann hat er sich mir angenommen, er hat mir zugehört (...) er hat auch Fragen gestellt wo ich das Gefühl hatte, er versteht, was ich jetzt sage.	Private oder öffentliche Institutionen, welche während des Integrationsprozesses bzw. bei der Entscheidungsfindung als unterstützend wahrgenommen wurden.
Negativ bewertete gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Umgang mit Sozialversicherungen	Langfädige Entscheidungsfindung als Wettbewerbsnachteil; Aufwändige Koordination der verschiedenen Instanzen; Ignorieren branchenspezifischer Besonderheiten; Streit über Zuständigkeiten zwischen den Versicherungen stresst.	Frau H: Also die IV würde das nicht bezahlen, weil es halt so kurzfristig war. Und dann habe ich gedacht, ja aber wir hatten doch abgemacht (...) Und dann hat die IV beim Gespräch gefunden, also die Priorität wäre jetzt beim RAV und nicht mehr bei meinem Lehrer (...)	Berichtete Schwierigkeiten bei der Geltendmachung von Ansprüchen
	Sozialer Status	Abhängigkeit von Ämtern; Rechtfertigungsdruck; Entmündigung; Stigmatisierung; Finanzieller Abstieg; Schichtzugehörigkeit	Herr A: Diese quasi Garantielosigkeit. Sie haben gewusst, woher dass ich komme und das ist eigentlich zum Teil auch negativ ins Gewicht gefallen. Und dann wollten sie zuerst die Fakten sehen.	Berichte über demütigende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Invalidisierung.
	Medizinische Betreuung	Widersprüchliche Gutachten; Fehlende Vertrauensbasis/Akzeptanz; Unterversorgung bzgl. psychologischer/psychiatrischer Behandlung; Geringeres Angebot in ländlichen Gebieten	Frau F: Ich war eigentlich schon ( <i>in psychiatrischer Behandlung</i> ), aber der Psychiater arbeitet irgendwie vielleicht zwei, drei Tage die Woche und ist in Zürich und (...) bis ich nach der Arbeit noch in Zürich bin, arbeitet der nicht mehr. (...) Also ich bin dann vielleicht noch alle drei, vier Wochen einmal gegangen. Aber theoretisch, ja (...)	Medizinische bzw. psychologische Betreuung, die als unangemessen bzw. nicht förderlich empfunden wird bzw. gar nicht stattfindet.
Positiv bewertete arbeitsumweltbedingte Merkmale	Erreichbarer Arbeitsmarkt	Akzeptanz des Leistungsniveaus; Aktive Schaffung neuer Stellen durch Arbeitgeber/Vorgesetzten; Karrieremöglichkeiten;	Frau H: Habe ich noch Mühe aber es ist schön, dass ich jemanden habe, der mich so nimmt, wie ich bin und dann einfach schaut, wie es momentan ist.	Generelle Aussagen zur Verfügbarkeit von Arbeitsstellen etc, die den aktuellen Fähigkeiten entsprechen und an denen sich die Befragten akzeptabel wohl fühlen.
	Berufliche Chancen	Arbeitserprobung im Praktikum; Hilfe zur Selbsthilfe; Unterstützung bei Geschäftsgründung	Herr A: Ich hatte schon Unterstützung aber er hat selber gesagt, ich muss dich jetzt ins Wasser schmeissen, du musst jetzt selber.	Aussagen die sich auf Möglichkeiten beziehen, die Fähigkeiten direkt unter Beweis stellen zu können.

Ebene I	Ebene II	Ebene III	Ankerbeispiel	Definitionen, Abgrenzungen (Trennschärfe)
Negativ bewertete arbeitsumweltbedingte Merkmale	Quantitative Begrenzungen des Arbeitsmarktes	Wenig Festanstellungen; Wenig Teilzeitstellen; Unseriöse Anbieter von Ausbildungen und Praktika; Aus- und Weiterbildungen meist in 100%-Pensum; Förderung bei Lernstörungen bei EFZ-Ausbildungen in der freien Wirtschaft nicht vorgesehen	Herr C: Ja diese Tagesschule in (...), das war ein bisschen unmenschlich. Ein Jahr lang. Die ich aber nicht durchgestanden habe.	Strukturell bedingte Faktoren, welche die Anzahl in Frage kommender Arbeitsplätze einschränkt.
	Qualitative Begrenzungen des Arbeitsmarktes	Kein Engagement/Interesse seitens der potentiellen Arbeitgebenden; Dokumentation von Integrationsmassnahmen im Lebenslauf; Isolierte Einschränkungen genügen, um Arbeitsstelle nicht zu bekommen; Rasche Kündigung aufgrund krankheitsbedingte Absenzen; Teamfähigkeit als ultimative Anforderung, ungeachtet der Tätigkeit; Krankheitsbedingter Lehrabbruch führt zu geringer Qualifikation	Herr B: Und eben, wenn ich mich hier bewerben würde und meine Unterlagen zusende, bekomme ich kein Telefon, dass mich zum Beispiel jemand fragt: „Was hast Du für einen Unfall gehabt? Wie ist das?“ Ich bekomme einfach eine Absage. Wollen gar nichts wissen von mir.	Faktoren, welche die Wettbewerbsfähigkeit (teil-) invalider Personen gegenüber der nicht von Krankheit betroffenen Konkurrenz einschränkt.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: