

# Berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen aus der Sicht integrativer Soziotherapie und Agogik

## Untersuchung des Erfolgs einer beruflichen Rehabilitationseinrichtung\*

Hans-Christoph Eichert; Bonn

In der vorliegenden Arbeit wird eine berufliche Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte Menschen untersucht, die seit 1993 in Bonn besteht. Insbesondere durch die Novellierung des Schwerbehindertengesetzes im letzten Jahr, mit der neue Hilfeformen (Integrationsfachdienste, Integrationsfirmen) eingeführt wurden, ist dieses Thema wieder aktuell geworden.

### 1. Das Arbeitsfeld berufliche Rehabilitation

#### 1.1 Historische Entwicklung<sup>1</sup>, gesetzliche Grundlagen und Leistungen der Rehabilitation

Erste Ansätze des Rehabilitationsgedankens finden sich im Bereich des 1884 erlassenen Unfallversicherungsrechtes. Neben der reinen Zahlung von Erwerbsunfähigkeitsrenten nach Arbeitsunfällen setzte sich der Gedanke der *medizinischen Rehabilitation* dort relativ rasch durch. Der Grundsatz *Rehabilitation vor Rente* war in seinem Kern bereits 1889 im „Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung“ vorhanden. Drohte als Krankheitsfolge Erwerbsunfähigkeit, konnten Heilverfahren übernommen werden. Ähnlich wie die Unfallversicherung begannen die Rentenversicherungsträger mit dem Aufbau eigener Kureinrichtungen ab 1895.

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Düsseldorf/Hückeswagen, in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts.

1 Die Darstellung wesentlicher historischer Entwicklungen des Rehabilitationsrechtes stützen sich überwiegend auf Rindt, M. (1997).

Ging es bisher im Wesentlichen um medizinische Leistungen, so entstanden die ersten Grundlagen der *beruflichen Rehabilitation* während des Ersten Weltkrieges zunächst auf regionaler Ebene. 1919 wurde per Erlass der „Reichsausschuss“ eingerichtet, dessen Aufgabe die Aufstellung von Grundsätzen und die Verwaltung der zur Verfügung gestellten Mittel war. Dabei war das Hauptziel, Kriegsbeschädigte wieder erwerbsfähig zu machen. Im Reichsversorgungsgesetz von 1920 wurden schließlich erste Grundsätze beruflicher Rehabilitationsleistungen festgeschrieben, die allerdings zunächst nur Kriegsbeschädigten vorbehalten waren. Gleichzeitig wurde erstmals eine Beschäftigungspflicht für Schwerbeschädigte eingeführt (Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter 1920). Durch die Übernahme dieser Leistungen in die gesetzliche Rentenversicherung (1925) und in die „Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge“ (1924) wurden solche Leistungen später auch Behinderten zugänglich, die nicht kriegsbeschädigt waren.

Mit dem Bundesversorgungsgesetz von 1950 und dem Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter von 1953 lebte eine bundeseinheitliche Regelung der Versorgung und Beschäftigung von Kriegsbeschädigten nach dem Zweiten Weltkrieg wieder auf. In der Folgezeit kam es zu einer Vielzahl von Detailverbesserungen. Mit dem Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten von 1970 wurde schließlich eine grundlegende Änderung hin zu einer *finalen Organisation* von Rehabilitation eingeleitet. Das 1974 beschlossene „Gesetz zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ (SchwbG) enthält neben verschiedenen Verbesserungen (Erhöhung der Beschäftigungspflichtquote, verbesserter Kündigungsschutz etc.) vor allem die Einführung dieses *Finalitätsgrundsatzes*. Mit dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) aus dem gleichen Jahr wurden erstmals verschiedene Grundsätze formuliert, die bisher bei den unterschiedlichen Trägern nicht normiert waren, wie

- der Grundsatz der dauerhaften Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft,;
- das Recht auf umfassende Beratung;
- die Pflicht der Rehabilitationsträger zur engen Zusammenarbeit;
- das Prinzip der Trägereinheit im Rehabilitationsverfahren;
- die Verpflichtung zur Erstellung eines Rehagesamtplanes sowie
- das Vorleistungsprinzip.

Hinsichtlich der Angleichung der Leistungen der verschiedenen Träger war das Gesetz nur unvollständig. Einerseits wurde der Bereich der Sozialhilfe von vornherein nicht in die Angleichung mit einbezogen, andererseits blieben unterschiedliche Vorschriften ver-

schiedener Rehaträger weiterhin gültig. Eine Reihe von Änderungen wurden außerdem in den Folgejahren durch verschiedene Spargesetze aufgeweicht oder rückgängig gemacht. Überhaupt war die folgende Zeit von Stagnation gekennzeichnet, die erst mit der Verabschiedung des novellierten Schwerbehindertengesetzes von 1986 teilweise durchbrochen wurde. Zwar beinhaltet auch dieses Gesetz in vielen Bereichen Verschlechterungen für die Betroffenen (Kürzung des Zusatzurlaubes, Verschlechterung des Kündigungsschutzes). Auf der anderen Seite wurde mit der Einführung der Möglichkeit der *begleitenden psychosozialen Betreuung im Arbeitsleben* (im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben) gerade für psychisch behinderte Menschen eine wesentliche Neuerung eingeführt.

Im Prinzip stagniert die Entwicklung des Rehabilitationsrechtes seit der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes im Jahr 1986, wesentliche Neuerungen haben sich bisher nicht ergeben. Erst mit der jetzt beschlossenen Novellierung des Schwerbehindertengesetzes kommt wieder Bewegung in die gesetzliche Entwicklung: Mit dem im Entstehen begriffenen Integrationsfachdiensten und der Aufnahme von „Integrationsfirmen“ kommt das *Integrationselement* im Schwerbehindertengesetz sehr viel deutlicher zum Tragen. Ging es bisher im Wesentlichen um den Schutz von „im Arbeitsleben stehenden Schwerbehinderten“, so kommt jetzt die Komponente der „aktiven Integration in das Arbeitsleben“ als neuer Aspekt hinzu.

In § 10 SGB I ist heute der grundlegende Rechtsanspruch auf Leistungen zur Rehabilitation niedergelegt: „Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um (1) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, (2) ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern“ (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) 1999, S.15).

Der hier beschriebene Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation ist in Deutschland bislang nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen. Grundsätzlich kommen als Träger der Rehabilitation in Frage:

- Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Seekassen, Ersatzkassen, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkassen) (SGB V);
- Träger Pflegeversicherung (Pflegekassen der Krankenkassen) (SGB XI);
- Träger der Rentenversicherung (Landesversicherungsanstalten, Bahnversicherungsanstalt, Seekasse, Bundesversicherungsanstalt

- für Angestellte, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Alterskassen) (SGB VI);
- Bundesanstalt für Arbeit (Landesarbeitsämter und Arbeitsämter) (SGB III);
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (gewerbliche Berufsgenossenschaften, See-Berufsgenossenschaft, landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherungsverbände, Ausführungsbehörden für Unfallversicherung des Bundes, Unfallkassen der Länder und Gemeinden, Feuerwehrunfallversicherungskassen) (SGB VII);
- Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden (Landesversorgungsämter, Versorgungsämter, Hauptfürsorgestellen, Fürsorgestellen) (SchwbG, BVG etc.);
- Träger der Sozialhilfe (überörtliche Träger der Sozialhilfe, örtliche Träger der Sozialhilfe) (BSHG);
- Träger der Jugendhilfe (überörtliche Träger der Jugendhilfe, örtliche Träger der Jugendhilfe) (SGB VIII);

Die folgende Grafik (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1998, S. 12) zeigt eine Übersicht über die grundlegenden Leistungen im Rahmen der verschiedenen Rehabilitationsphasen:

<b>Übersicht über die Rehabilitationsleistungen</b>		
<b>Medizinische Leistungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ärztliche Behandlung</li> <li>– Arznei- und Verbandmittel</li> <li>– Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie</li> <li>– Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel</li> <li>– Belastungserprobung und Arbeitstherapie, auch in Krankenhäusern oder in Rehabilitationseinrichtungen</li> </ul>	<b>Berufsfördernde Leistungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,</li> <li>– Berufsfindung, Arbeitserprobung und Berufsvorbereitung</li> <li>– berufliche Anpassung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Umschulung</li> <li>– sonstige Hilfen zur Förderung einer Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsbereich oder im Trainingsbereich einer anerkannten Werkstatt für Behinderte</li> </ul>	<b>Leistungen zur vor-/schulischen und sozialen Eingliederung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hilfen zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht,</li> <li>– angemessene Schulbildung</li> <li>– Hilfen zur Ermöglichung einer Teilnahme am Gemeinschaftsleben</li> <li>– Hilfen zur Ausübung einer angemessenen Tätigkeit</li> <li>– Hilfen zur Ermöglichung/ Erleichterung der Verständigung</li> </ul>
<b>Sonstige und ergänzende Leistungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Übergangsgeld, Verletztengeld</li> <li>– sonstige Hilfen zum Lebensunterhalt</li> <li>– Beiträge zu den Sozialversicherungen</li> <li>– Übernahme von Kosten, die in Zusammenhang mit berufsfördernden Leistungen stehen</li> <li>– Rehabilitationssport</li> <li>– Haushaltshilfe, Kraftfahrzeughilfe, Wohnungshilfe</li> <li>– Sonstige Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges</li> </ul>		

Abb. 1: Übersicht über Rehabilitationseinrichtungen

Dabei sind die einzelnen Leistungsbereiche gleichzeitig als zumindest teilweise aufeinander aufbauende Phasen der Rehabilitation zu verstehen. Demnach ist eine abgeschlossene medizinische Rehabilitation Voraussetzung für die berufliche Rehabilitation bzw. die soziale Rehabilitation.

## 1.2 Berufliche Rehabilitation

Unter beruflicher Rehabilitation ist die berufliche Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu verstehen, die ohne besondere Leistungen nicht in eine angemessene berufliche Tätigkeit integriert werden können. Dabei wird davon ausgegangen, dass

- für sie eine Teilhabe am Arbeitsleben ein Schlüssel für die Eingliederung in die Gesellschaft überhaupt ist;
- sie in einem freien Arbeitsmarkt nur dann konkurrenzfähig sind, wenn sie über die dort erwarteten Qualifikationen und über die dort erwartete Leistungsbereitschaft verfügen;
- als Standard für die zu erreichenden Qualifikationen grundsätzlich - mindestens - die Ausbildungsberufe nach § 25 des Berufsbildungsgesetzes und § 25 der Handwerksordnung gelten;
- diese Qualifikationen nach Möglichkeit in Betrieben und Verwaltungen erworben werden sollten, auch wenn für Erwachsene keine Berufsschulpflicht gilt, und dass
- behinderungsspezifische Bildungsangebote erst dort einsetzen sollten, wo allgemeine Weiterbildungsangebote wegen Art und Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges nicht ausreichen, um das Ziel einer möglichst guten Qualifikation zu erreichen“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S.56).

Finanzierungsträger der beruflichen Rehabilitation können die Träger der Unfallversicherung, die Träger der Rentenversicherung, die Landesversorgungsämter, Fürsorgestellen bzw. Hauptfürsorgestellen sowie die Arbeitsverwaltung sein. Die Trägerschaft ist von dem Vorliegen verschiedener Tatbestände abhängig, die im Folgenden dargestellt werden. Liegt eine Behinderung oder drohende Behinderung vor, die Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls bzw. einer Berufskrankheit ist, so sind die Träger der *Unfallversicherung* (Berufsgenossenschaften etc.) zuständig. Dies ist unabhängig von Versicherungszeiten etc. Die Träger der *Rentenversicherung* sind zuständig, wenn eine Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist, eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird bzw. eine Rente wegen

verminderter Erwerbsfähigkeit droht oder wenn eine erfolgreiche Rehabilitation im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation nur durch eine berufliche Rehabilitation zu gewährleisten ist. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1998, S. 19 ff.)

Wenn die vorgenannten Bedingungen nicht erfüllt sind, ist als Träger die *Bundesanstalt für Arbeit* mit ihren Arbeitsämtern zuständig. Sie ist gleichzeitig vorleistungspflichtiger Träger in den Fällen, in denen die Finanzierung bis zum Beginn einer Maßnahme nicht zu klären ist.

Die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation unterscheiden sich je nach zuständigem Träger minimal. Grundsätzlich sind folgende Leistungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu erbringen:

- Leistungen zu Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme;
- Berufsvorbereitende Leistungen;
- Leistungen zur beruflichen Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung;
- Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingbereich einer anerkannten Werkstatt für Behinderte.

In Zusammenhang mit Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werden sog. „ergänzende Leistungen“ erbracht:

- Leistungen zum Lebensunterhalt: Übergangsgeld bzw. Verletzten-geld;
- Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten-, und Unfallversicherung sowie zur Arbeitsförderung;
- Übernahme der Kosten, die mit der berufsfördernden Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen (Lehrgangskosten, Lernmittel, Arbeitskleidung etc.);
- Reisekosten;
- Kosten für ärztlich verordneten Rehabilitationssport;
- Kosten für eine Haushaltshilfe.

Außerdem sind je nach Rehabilitationsträger weitergehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges möglich (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1998, S. 20 ff.).

Grundsätzlich stehen Behinderten natürlich alle Wege und Möglichkeiten der beruflichen Integration offen, die auch für Nichtbehinderte zur Verfügung stehen. Das heißt, die „normalen“ Wege der Ausbildung, Fortbildung und Umschulung können grundsätzlich im Rahmen der beruflichen Rehabilitation besritten werden. „Wo zur Eingliederung ins Arbeitsleben wegen Art und Schwere der Behinderung besondere Hilfen erforderlich sind, stehen diese als Leistungen und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder als zusätzliche Leistungen für Schwerbehinderte zur Verfügung; sie sollen nach Art

und Umfang den besonderen Bedürfnissen des Einzelfalles Rechnung tragen.“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S.50). Diese besonderen Leistungen können von anerkannten Trägern der beruflichen Rehabilitation erbracht werden. Dies sind im Wesentlichen:

- Berufsbildungswerke (Träger der beruflichen Erstausbildung);
- Berufsförderungswerke (Träger der beruflichen Anpassung, Fortbildung und Umschulung);
- sonstige freie Träger, die insgesamt als Träger der beruflichen Rehabilitation anerkannt sind bzw. bei denen einzelne Maßnahmen als berufliche Rehabilitationsmaßnahmen anerkannt sind.

In der Regel – vor allem bei den ersten beiden Alternativen – handelt es sich um überregionale Einrichtungen. Maßnahmen in deren Rahmen sind überwiegend mit internatsmäßiger Unterbringung verbunden und somit allen damit verbundenen Vor- und Nachteilen.

### 1.3 Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter

Grundsätzlich unterscheidet sich die berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter bzw. behinderter Menschen nicht von der beruflichen Rehabilitation aller anderen Behindertengruppen. Allerdings ergeben sich aus den individuell sehr stark schwankenden Ausprägungen dessen, was alles „psychische Behinderung“<sup>2</sup> genannt wird, eine Reihe von Problemen, die weitergehende Hilfen erforderlich machen. Die besonderen Anforderungen an die berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter sind u.a. im Bericht zur Lage der Behinderten und der Entwicklung der Rehabilitation der Bundesregierung dargestellt. (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S. 66ff.) Dort wird hervorgehoben, dass aufgrund der generell schwierigeren Erfolgsprognose bei psychisch Behinderten oft Rehabilitationsperspektiven überhaupt erst entwickelt werden müssen.

Im Rahmen von so genannten *berufsvorbereitenden Maßnahmen*, die in *Beruflichen Trainingszentren* bzw. *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte* bzw. bei sonstigen Trägern durchgeführt werden, sollen die Voraussetzungen einer beruflichen Integration geschaffen werden. Inhaltliche Schwerpunkte solcher Maßnahmen sind:

2 Auf den Begriff „psychische Behinderung“, der für sich genommen sehr unscharf ist und wenig aussagt, gehe ich genauer im nächsten Kapitel ein.

- Stärkung der körperlichen, psychischen und sozialen Stabilität;
- Förderung der Motivation;
- Herstellung der notwendigen Realitätssicht;
- Vorbereitung und Durchführung einer realistischen Berufswahlentscheidung;
- Kennenlernen und Verarbeitung der Behinderung in der beruflichen Realität...“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S.66).

Auch im weiteren Rehabilitationsverlauf sind u.U. weitergehende Hilfen erforderlich, die *maßnahmebegleitend* vor allem in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken angeboten werden. In diesem Zusammenhang geht es insbesondere um Krisenbewältigung während Umschulungen. In den o.g. Einrichtungen stehen medizinische und psychosoziale Dienste zur Verfügung, die entsprechende Hilfen anbieten.

Wie sich aus der bisherigen Darstellung ergibt, ist die berufliche Rehabilitation sehr stark *maßnahmeorientiert*, d.h. sie zielt auf das Erlangen von beruflichen Ausbildungsabschlüssen ab, und ist somit nur bedingt arbeitsplatzorientiert. Vor allem für die Gruppe der psychisch Behinderten waren die Eingliederungserfolge dieses Rehabilitationssystems auf dem Arbeitsmarkt sehr begrenzt.<sup>3</sup> Die Integration wird nach *Lehmann* durch verschiedene Arbeitsmarktentwicklungen erschwert: Einerseits ist Vollbeschäftigung in absehbarer Zeit nicht mehr zu erwarten. Der verbleibende Arbeitsmarkt ist im Wesentlichen zweigeteilt in einen sehr hoch qualifizierten Sektor und einen sozial nicht abgesicherten Sektor (630,- DM-Jobs) bei gleichzeitig hohen Flexibilitätsanforderungen und zunehmendem Verschwinden von Nischenarbeitsplätzen. Um trotz dieser Entwicklungen die Integrationsperspektiven zu verbessern, schlägt er einerseits eine sorgfältigere Auswahl derer vor, die mit dem Ziel „allgemeiner Arbeitsmarkt“ rehabilitiert werden. Andererseits sollten Rehabilitationsmöglichkeiten weiter differenziert werden: Es werden zusätzliche Integrationsdienste gefordert, deren Ziel die berufliche Eingliederung auf der Basis einer starken regionalen Arbeitsmarkt- und Arbeitsplatzorientierung sein soll (ibid. 34ff). Parallel hierzu soll die berufliche Eingliederung durch sog. „Integrationsfirmen“ für diejenigen erleichtert werden, die den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch nicht gewachsen sind. Außerdem weist *Lehmann* auf die Möglichkeit der Verknüpfung von „Bürgergeldkonzepten“ mit ehrenamtlicher Tätigkeit als weiteren möglichen Rehabilitationsweg hin. Die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtungsweise des Erfolges beruflicher Rehabilitation zeigt sich in den Ergebnissen einer

<sup>3</sup> Auf den Begriff „psychische Behinderung“ der für sich genommen sehr unklar ist und wenig aussagt, gebe ich keinen Hinweis; im Übrigen vgl. hierzu *Lehmann, K.* (1999).



katamnestischen Untersuchung verschiedener Modellprojekte von Wollny (1999, 83-124), die im gleichen Band veröffentlicht wurde. Alle drei untersuchten Modelle gingen von einem arbeitsplatzbezogenen Ansatz aus. Während ein Modell eher ein klassisches Lern- und Trainingsmodell umsetzte, waren die anderen Modelle eher Adaptationsmodelle. Während die psychischen und sozialen Effekte wie verbesserte Alltagsbewältigung, Verminderung der Behandlungsbedürftigkeit, Zunahme von Kontakten und Verbesserung von Familienstrukturen in allen Projekten mehr oder weniger deutlich zum Tragen gekommen sind, waren die langfristigen arbeitsmarktbezogenen Effekte nicht in gleicher Weise eindeutig. Würde man ausschließlich das Kriterium „SV-pflichtiger Arbeitsplatz“ als Erfolgskriterium akzeptieren, so hätten in den untersuchten Modellen langfristig lediglich 20% Erfolg gehabt.

„Wenn man - mit gleicher Berechtigung - das Kriterium anders definiert, muss man gleichermaßen feststellen, dass eine solche Maßnahme, wie in den drei beschriebenen Modellprojekten bei nur 20% keinerlei Effekt bringt“ (ibid., 120).

Probleme ergaben sich für die Modelle in der Zeit der Anschlussfinanzierung, die teilweise Konzeptänderungen hin zu „Lernmodellen mit Einrichtungscharakter“ zur Folge hatte. Dies führt nach Wollny zur Reduktion des Anteils schwerer und chronisch psychisch Kranker in berufsrehabilitativen Maßnahmen, diejenigen, die berufliche Hilfen am nötigsten haben werden auf diese Weise eher von Hilfen abgeschnitten. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das bisherige berufliche Rehabilitationssystem insbesondere für schwerer seelisch erkrankte Menschen nur bedingt hilfreich ist. Zwar sind die positiven individuellen Auswirkungen wie verbesserte Alltagsbewältigung, vermehrte Sozialkontakte, Verbesserung der familiären Beziehungen etc. unstrittig, doch bleibt der Eingliederungserfolg, gemessen an der Zahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, gering. Die Konzentration auf einrichtungsgebundene Maßnahmen mit klaren Zeitvorgaben geht in diesem Sinne an deren Bedarf zumindest teilweise vorbei und erleichtert die berufliche Integration unter den derzeitigen Bedingungen des Arbeitsmarktes kaum. Integrationsdienste, und Integrationsfirmen könnten hier ansetzen, indem sie regional und arbeitsmarktorientiert vorgehen.

## 2. Behinderung, Krankheit und Arbeit

### 2.1 Behinderungsbegriff und Krankheitsbegriff

Das Rehabilitationsrecht ist sehr stark am Begriff der Behinderung bzw. der drohenden Behinderung orientiert. In § 3 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) wird der Begriff der Behinderung folgendermaßen definiert: „Behinderung im Sinne dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten. Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtwirkung maßgeblich...“ (Cramer 1992, 55).

Diese Definition von Behinderung geht von einem Normmodell des Menschen aus. Eine Behinderung liegt dann vor, wenn ein Abweichen von der Norm zu wirkungsvollen Funktionsbeeinträchtigungen führt. Das Krankheitsmodell, das hinter dem Behinderungsbegriff steht, ist sehr stark von organischen Vorstellungen geprägt, und ist insofern reduktionistisch.<sup>4</sup> Nur unzureichend berücksichtigt werden insbesondere biographische Faktoren sowie Unterschiede, die sich aus unterschiedlichen Verarbeitungsmechanismen ergeben. Gerade diese Faktoren sind aber im Bereich der beruflichen Rehabilitation sehr wichtig. Auch der Begriff der *seelischen oder psychischen Behinderung* ist sehr unscharf. Geht man vom ICD 10 (Dilling et al. 1993) aus, so fallen darunter alle in Kapitel F aufgeführten Störungen soweit sie im o.g. Sinne wirkungsvoll sind:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

4 Auf die mögliche „Entlastungsfunktion“ eines reduktionistischen Krankheitsbegriffs kann hier nicht näher eingegangen werden; vgl. Buchinger, K. (1992).

Für manche dieser Kategorien (Suchtbereich und Intelligenzmin- derung) bestehen aber eigene Rehabilitationssysteme, andere (alters- bedingte Störungen bzw. Entwicklungsstörungen) sind im Rahmen der beruflichen Rehabilitation weniger relevant. Bei den verbleiben- den Kategorien gibt es schließlich in den möglichen behinderungsre-levanten Auswirkungen sehr starke Schwankungen, und zwar so- wohl zwischen als auch innerhalb der Kategorien. Geht man von den diagnostischen Kategorien des ICD 10 aus, dann hat der überwiegen- de Teil psychisch behinderter Menschen im Bereich der beruflichen Rehabilitation an *affektiven bzw. schizophrenen Erkrankungen* gelitten. Seltener spielen neurotische Erkrankungen oder Persönlichkeitsstö- rungen eine Rolle (Wollny 1999, S.20).

## 2.2 Integratives Krankheitskonzept

Der Krankheitsbegriff der Integrativen Theorie greift weiter und bezieht biographische Momente und Verarbeitungsaspekte explizit mit ein. Vor dem Hintergrund eines Lebensweltkonzeptes werden Gesundheit und Krankheit als Dimensionen menschlicher Existenz gesehen: „Gesundheit wird zu einer subjektiv erlebten und bewerte- ten sowie external wahrnehmbaren, genuinen Qualität der Lebens- prozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt. Gesundheit ist dieser Ansicht zufolge wesentlich da- durch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszu- sammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wech- selspiel zwischen protektiven und Risikofaktoren entsprechend sei- ner Vitalität/Vulnerabilität Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben und sich zu regulieren und zu erhalten vermag, schließ- lich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geis- tigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruk- tiv entfalten und gestalten kann, und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt“ (Petzold/ Schuch 1992, 379f).

Der entsprechende erweiterte Krankheitsbegriff lautet: „Krankheit ist eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibsubjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann im Laufe des Lebens durch exogene Ket- ten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulation und natürliche Abbauer- scheinungen. Die Folge ist, dass die gesunden Funktionen des Orga- nismus, die Fähigkeit der Person zur alloplastischen Gestaltung und kokreativen Entfaltung des Lebens in Kontext/Kontinuum mehr

oder weniger beeinträchtigt, gestört, außer Kraft gesetzt oder irreversibel verloren gehen können und dysfunktionale autoplastische Reaktionen auftreten“ (Petzold 1993, 558).

Pathogenese wird im Rahmen des integrativen Ansatzes immer multifaktoriell und lebenslaufbezogen gesehen, wobei neben aktuellen und vergangenen Faktoren auch antizipierte Ereignisse relevant sind. Ob eine Erkrankung entsteht, ist im Wesentlichen von der Konstellation dreier Faktorengruppen<sup>5</sup> abhängig:

1. Risikofaktoren:

- Genetische Vulnerabilität
- multiple Schädigungen
- fehlende kompensatorische oder substitutive Entlastung
- Internale Negativkonzepte
- Negativkarriere
- zeittextendierte Belastungen
- unspezifische Aktualfaktoren.

2. Protektive Faktoren:<sup>6</sup>

- soziale Fertigkeiten
- positive Selbsteinschätzung
- kognitive Kompetenz und positive Selbsteinschätzung
- intakte Familie
- ordentliche häusliche Umwelt
- Unterstützung durch die Eltern
- klare Strukturierung der familiären Rollenbeziehungen
- Unterstützung der Selbständigkeit

3. Resilenzfaktoren:

- hereditäre Vitalitätsdisposition
- Fähigkeit, Belastungen effektiv zu bewältigen
- Fähigkeit, sich nach traumatischen Belastungen effektiv zu erholen
- Fähigkeit, Situationskontrolle unter Stress zu behalten
- Fähigkeit, sich in Belastungssituationen anzupassen
- Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren

Überwiegen Risikofaktoren bei gleichzeitigem Fehlen von protektiven bzw. Resilenzfaktoren, so ist das Entstehen einer Erkrankung eher wahrscheinlich. Psychische Erkrankungen können als Folge von Entwicklungsschädigungen (Pathogenesemodell der Entwicklungsno-

5 Die Aufzählung der Faktoren nach Petzold erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

6 zu protektiven und Resilenzfaktoren vgl. Heineremann, H., Kind, D. (1998), 42ff.

zen), als Folge ständiger Be- bzw. Überlastung (Pathogenesemodell zeittextendierter, multifaktorieller Be- und Überlastung) oder als Folge der Unterdrückung organischer Impulse (Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse) entstehen (Petzold 1993, 570ff). Insgesamt am umfassendsten und in unserem Zusammenhang am relevantesten ist sicherlich das *Modell der zeittextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung in der Lebenskarriere*, das sich sehr stark an transaktionale Stressmodelle von Lazarus (Lazarus/Launier 1981, 213-260) anlehnt.

Anforderungen können bei zu geringen Ressourcen, bei zu wenig Unterstützung, unzureichenden Rahmenbedingungen oder widrigen Lebenszusammenhängen zu Überforderungen werden. Je nach Disposition des Individuums und seiner Umwelt können Überforderungen zu Krisen (*latent oder akut*) führen, die wiederum zu bewussten und unbewussten *Bewältigungsversuchen (Coping)* führen. Gelungene Bewältigungsversuche führen zu *Identitätsgewinn*. Scheitern diese Bewältigungsversuche jedoch, kommt es zur *Dekompensation* in Krankheiten.

### 2.3 Bedeutung von Arbeit und Leistung

Im Identitätskonzept der Integrativen Therapie spielt der Bereich Arbeit und Leistung als eine der *Fünf Säulen der Identität* eine wichtige Rolle<sup>7</sup>. Arbeit hat lebenserhaltende und lebensgestaltende Funktion. In den Produkten der Arbeit vollzieht sich *Identifizierung und Identifikation*. Identitätsstörungen in diesem Bereich können entstehen, sobald Arbeit nicht mehr adäquat ist und nicht mehr der eigenen Identifikation dient oder sie behindert:

- Arbeit kann aufgrund von Umweltbedingungen (Hitze, Zugluft etc.) oder der Art der Arbeit selbst (Zeitdruck, Akkord) zur physischen Überforderung führen. Durch Arbeitsteilung kann der Bezug zum Produkt der Arbeit eingeschränkt werden oder verloren gehen (z.B. Fließbandarbeit);
- Die sozialen Aspekte der Arbeit können durch bestimmte Arbeitsabläufe sehr eingeschränkt sein oder selbst zum Stressor werden (z.B. Enge, Mobbing etc.);
- Die zeitliche Gestaltung von Arbeitsabläufen (Nachtarbeit, Schichtarbeit) kann sich auf andere Bereiche (soziale Kontakte etc.) negativ auswirken;

<sup>7</sup> vgl. Heidl, H., Petzold, H. (1985) und: Kames, H. (1992).

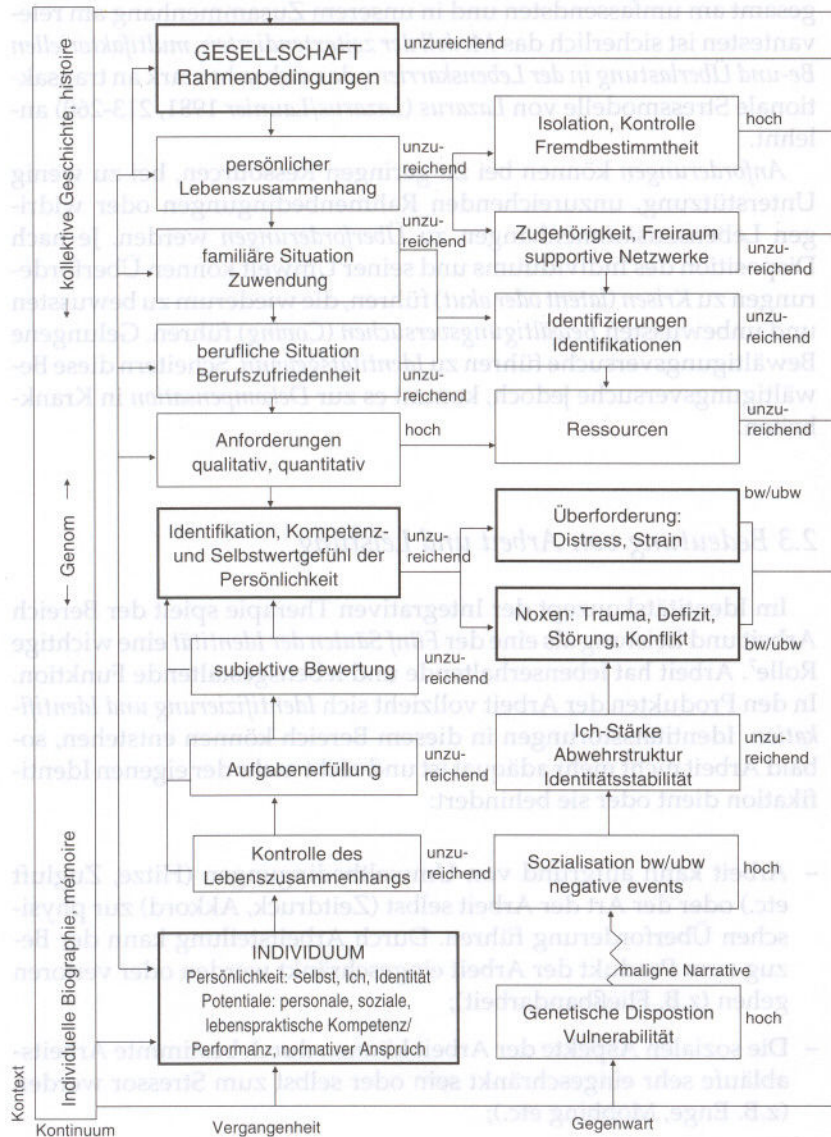
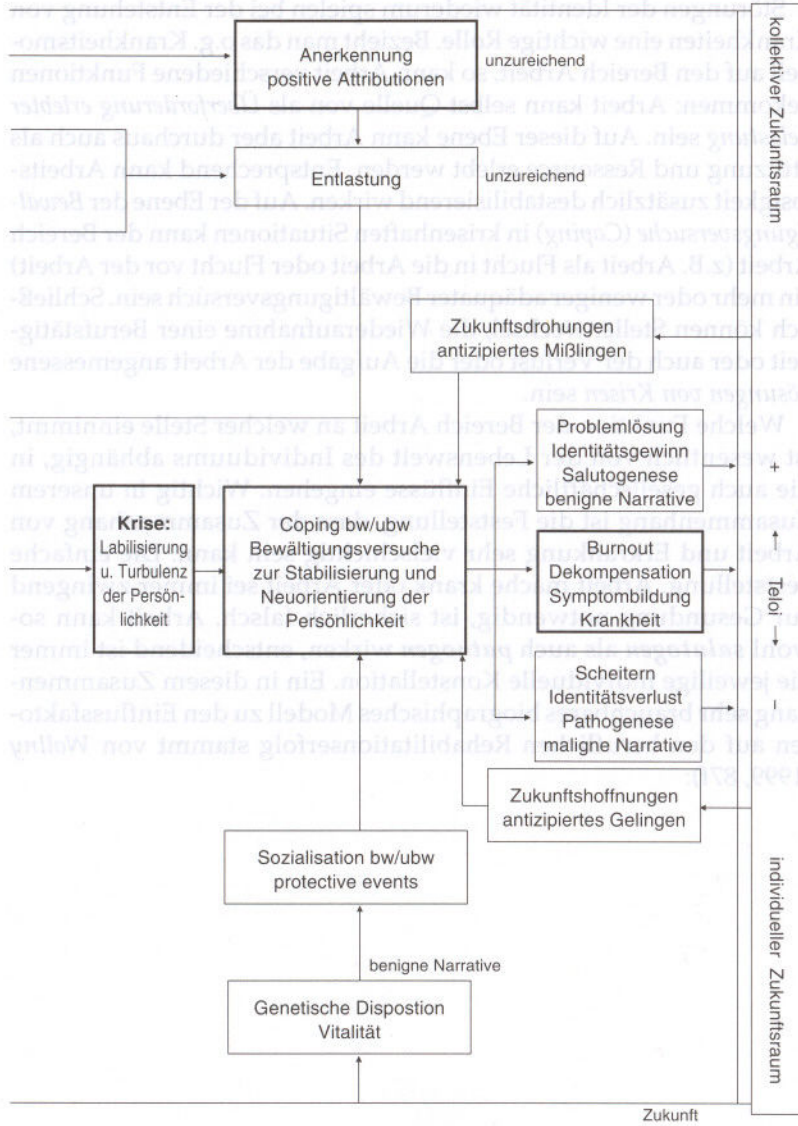


Abb. 2: Modell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung in der Lebenskarriere; aus: Petzold 1993, 584f.



- Schließlich kann der Wegfall von Arbeit durch Arbeitslosigkeit oder erzwungenen Ruhestand zu einem deutlichen Identitätseinbruch führen. (Jonas 1998, 189-221).

Störungen der Identität wiederum spielen bei der Entstehung von Krankheiten eine wichtige Rolle. Bezieht man das o.g. Krankheitsmodell auf den Bereich Arbeit, so kann Arbeit verschiedene Funktionen bekommen: Arbeit kann selbst Quelle von als *Überforderung erlebter Belastung* sein. Auf dieser Ebene kann Arbeit aber durchaus auch als Stützung und Ressource erlebt werden. Entsprechend kann Arbeitslosigkeit zusätzlich destabilisierend wirken. Auf der Ebene der *Bewältigungsversuche (Coping)* in krisenhaften Situationen kann der Bereich Arbeit (z.B. Arbeit als Flucht in die Arbeit oder Flucht vor der Arbeit) ein mehr oder weniger adäquater Bewältigungsversuch sein. Schließlich können Stellenwechsel, die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit oder auch der Verlust oder die Aufgabe der Arbeit angemessene *Lösungen von Krisen* sein.

Welche Funktion der Bereich Arbeit an welcher Stelle einnimmt, ist wesentlich von der Lebenswelt des Individuums abhängig, in die auch gesellschaftliche Einflüsse eingehen. Wichtig in unserem Zusammenhang ist die Feststellung, dass der Zusammenhang von Arbeit und Erkrankung sehr vielschichtig sein kann. Die einfache Feststellung, Arbeit mache krank oder Arbeit sei immer zwingend zur Gesundheit notwendig, ist sicherlich falsch. Arbeit kann sowohl *salutogen* als auch *pathogen* wirken, entscheidend ist immer die jeweilige individuelle Konstellation. Ein in diesem Zusammenhang sehr brauchbares biographisches Modell zu den Einflussfaktoren auf den beruflichen Rehabilitationserfolg stammt von Wollny (1999, 87f):





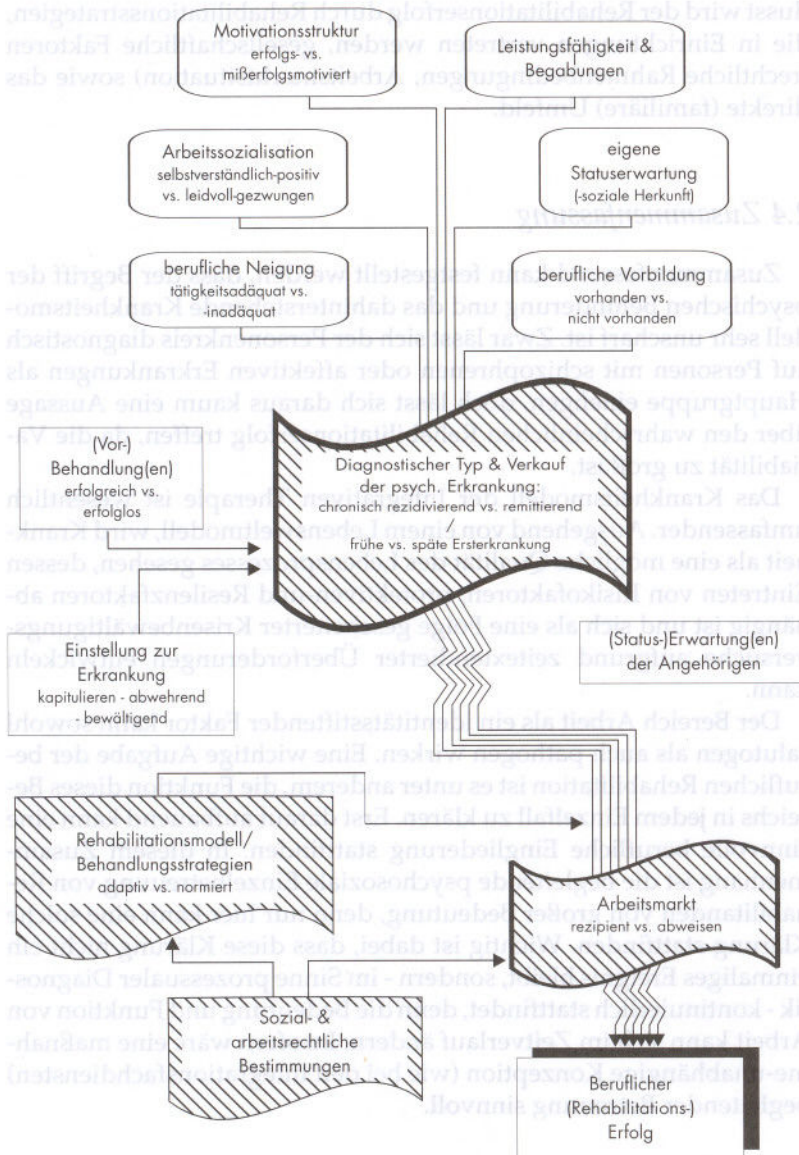


Abb 3: Einflussfaktoren auf den beruflichen Rehabilitationserfolg; aus: Wollny 1999, 89.

Der Berufliche Rehabilitationserfolg ist demnach einerseits von der Erkrankung und ihrer Behandlung abhängig. Andererseits spielen personale Faktoren wie Motivationsstruktur, Arbeitssozialisation, berufliche Fähigkeiten und Neigungen eine Rolle. Ebenfalls beeinflusst wird der Rehabilitationserfolg durch Rehabilitationsstrategien, die in Einrichtungen vertreten werden, gesellschaftliche Faktoren (rechtliche Rahmenbedingungen, Arbeitsmarktsituation) sowie das direkte (familiäre) Umfeld.

## 2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Begriff der psychischen Behinderung und das dahinterstehende Krankheitsmodell sehr unscharf ist. Zwar lässt sich der Personenkreis diagnostisch auf Personen mit schizophrenen oder affektiven Erkrankungen als Hauptgruppe einengen, doch lässt sich daraus kaum eine Aussage über den wahrscheinlichen Rehabilitationserfolg treffen, da die Variabilität zu groß ist.

Das Krankheitsmodell der Integrativen Therapie ist wesentlich umfassender. Ausgehend von einem Lebensweltmodell, wird Krankheit als eine mögliche Qualität des Lebensprozesses gesehen, dessen Eintreten von Risikofaktoren, protektiven- und Resilenzfaktoren abhängig ist und sich als eine Folge gescheiterter Krisenbewältigungsversuche aufgrund zeittextendierter Überforderungen entwickeln kann.

Der Bereich Arbeit als ein identitätsstiftender Faktor kann sowohl salutogen als auch pathogen wirken. Eine wichtige Aufgabe der beruflichen Rehabilitation ist es unter anderem, die Funktion dieses Bereichs in jedem Einzelfall zu klären. Erst darauf aufbauend kann eine sinnvolle berufliche Eingliederung stattfinden. In diesem Zusammenhang ist die begleitende psychosoziale Einzelbetreuung von Rehabilitanden von großer Bedeutung, denn nur hier kann eine solche Klärung stattfinden. Wichtig ist dabei, dass diese Klärung nicht ein einmaliges Ereignis bleibt, sondern - im Sinne prozessualer Diagnostik - kontinuierlich stattfindet, denn die Bedeutung und Funktion von Arbeit kann sich im Zeitverlauf ändern. Insofern wäre eine maßnahme-unabhängige Konzeption (wie bei den Integrationsfachdiensten) begleitender Betreuung sinnvoll.

### 3. Konzept des Integrationsseminars

#### 3.1 Zielgruppe und Zielsetzung

Das „Integrationsseminar für Rehabilitanden“ ist eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation, die seit September 1993 von einem privaten Träger der beruflichen Bildung im Auftrag des Arbeitsamtes Bonn im Arbeitsamtsbezirk Bonn angeboten wird. Es richtet sich an psychisch erkrankte oder behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen<sup>8</sup>, die eine berufliche Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben. Eine Einschränkung auf bestimmte berufliche Vorbildungen bzw. Berufsbereiche besteht nicht. Die Teilnahmedauer beträgt in der Regel ein Jahr, wobei ein laufender Einstieg möglich ist. Das Seminar hat insgesamt 35 Plätze.

Das Seminar muss die unterschiedliche Belastbarkeit, die unterschiedliche schulische und berufliche Vorbildung, die unterschiedlichen beruflichen Erfahrungen sowie die unterschiedlichen beruflichen Zielsetzungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigen. Das Grundkonzept folgt daher von einem integrativ-agogischen Ansatz (vgl. Sieper/Petzold 1993, 359ff): „Integrative Agogik sieht den Menschen ganzheitlich und differentiell als „Körper-Seele-Geist.Wesen in seinem sozialen und ökologischen Umfeld“ (Petzold 1974k), als Leibsubjekt in der Lebenswelt“ (idem 1988a)“ (ibid. 1993, 362).

Im Laufe des Seminars geht es immer wieder um die jeweils individuelle Formulierung von Zielen auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlicher Differenziertheit. Die berufliche Biographie wird als Entwicklung gesehen, die an einem bestimmten Punkt ins Stocken geraten ist. Richtziel des Seminars ist es, jeweils individuell neue berufliche Möglichkeiten vor dem Hintergrund der oft als schicksalhaft erlebten krankheitsbedingten Arbeitslosigkeit zu erschließen. Es geht um die Aktivierung oder Reaktivierung individueller Ressourcen vor dem Hintergrund des regionalen Arbeitsmarktes. Das Seminar arbeitet daher mit offenen bzw. halboffenen Curricula. Soweit möglich sind alle Elemente des Seminars individualisiert, zeitliche Abschnitte sind nach Möglichkeit variabel angelegt.

<sup>8</sup> zum Begriff der psychischen Erkrankung bzw. Behinderung sei auf das vorhergehende Kapitel verwiesen. Eine ausführliche Darstellung ist im Übrigen zu ersehen, z.B. in Wollny, H. (1999), 5ff.

### 3.2 Aufnahmeverfahren

Das Aufnahmeverfahren beim Seminarträger besteht aus zwei Einzelgesprächen. In einem ersten *Informationsgespräch* wird zunächst das Maßnahmenkonzept erläutert. Falls der Interessent nach dem Informationsgespräch an einer Teilnahme interessiert ist, findet ein zeitlich davon abgetrenntes *Erstgespräch* statt, in dem anhand eines Interviewleitfadens die persönliche berufs- und erkrankungsrelevante Vorgeschichte anamnestisch erhoben wird. Auf der Grundlage des Informations- und Erstgesprächs wird von den Interessenten und dem Maßnahmeträger entschieden, ob eine Teilnahme sinnvoll ist und in Frage kommt. Wenn der zuständige Kostenträger einer Teilnahme zugestimmt hat, wird mit dem Interessenten ein Anfangstermin vereinbart. Vor dem eigentlichen Beginn findet in der Regel schließlich noch ein *Vorgespräch* statt, in dem weitere Einzelheiten der Teilnahme mit dem zukünftig zuständigen Betreuer geklärt werden.

### 3.3 Module des Seminars

Das Seminar gliedert sich in zwei aufeinanderfolgende Module. *Hauptziele des ersten Moduls* (ca. 4 Monate) des Seminars sind die Bestandsaufnahme beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Entwicklung einer realistischen Berufsperspektive. Nach einer einmonatigen Orientierungsstufe, in der geklärt wird, ob die grundsätzlichen Voraussetzungen hinsichtlich der Belastbarkeit bestehen, steht der Unterricht im Zentrum des ersten Moduls, der durch regelmäßige Einzelgespräche ergänzt wird (siehe hierzu Abschnitt 3.4).

Der Unterricht ist weitestgehend an den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgerichtet. Damit dies möglich ist, liegt die Gruppengröße jeweils bei etwa 12 bis 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Unterrichtsfächer sind in die Bereiche „Kernunterrichtsfächer“ und „weitere Unterrichtsfächer“ aufgeteilt. In den *Kernunterrichtsfächern* (EDV, Deutsch sowie Mathematik) wird der Schwerpunkt auf die Wissensvermittlung gelegt. In den Kernunterrichtsfächern können Belastbarkeit, Leistungsvermögen, Leistungsbereitschaft sowie Begabungsschwerpunkte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr gut eingeschätzt werden.

In den *weiteren Unterrichtsfächern* liegt der Schwerpunkt auf Information und Orientierung. Insbesondere in den Bereichen Sozialtraining, Bewerbungstraining sowie Lern- und Gedächtnistraining ist das Hauptziel die individuelle Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Gruppe. Einmal monatlich erfolgt eine Unterrichtsbeurteilung der Teilnehmer durch die Dozenten nach den Kriterien der *Mitarbeit im Unterricht* (Di-

mension Aktivität vs. Passivität) und des *Verständnisses der Inhalte* (Dimension Anforderung).

Die tägliche *Unterrichtsstruktur* sieht 8 Stunden à 45 Minuten mit insgesamt 2 Stunden Pause vor. In die Stundenplanstruktur ist ein zweistündiger Block mit einer Verfügungszeit zur Eigenarbeit eingebaut. Ein wichtiger Bestandteil des Unterrichtskonzeptes ist schließlich der Wochenabschluss. Er dient der Reflexion der Woche und bietet die Möglichkeit, eigene Vorstellungen, Kritik und Anregungen zu äußern.

Das erste Modul des Integrationsseminars wird beendet, wenn zum einen die berufliche Perspektive hinreichend klar entwickelt wurde und zum anderen ein klares Bild über die Belastbarkeit der Teilnehmer gewonnen wurde. In der Regel ist das nach vier Monaten der Fall, kann aber je nach Einzelfall durchaus früher oder auch später sein. Wenn die o.g. Kriterien erfüllt sind, wird für den Kostenträger (Arbeitsamt, BfA, LVA etc.) ein Bericht zur Entwicklung und den beruflichen Zukunftsperspektiven verfasst, der mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingehend vorbesprochen wird. In einem Teamgespräch, an dem die Rehabilitationsberater der jeweiligen Kostenträger, der Teilnehmer und der Betreuer teilnehmen, wird unter Berücksichtigung des Berichts der weitere Fortgang des Seminars festgelegt.

Die *Ziele des zweiten Moduls* (ca. 8 Monate) bestehen in der fachpraktischen Erprobung der in Modul 1 entwickelten beruflichen Perspektiven sowie in der beruflichen Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieser Abschnitt findet nicht mehr im ursprünglichen Klassenverband statt, auch die Unterrichtsform verliert zunehmend an Bedeutung. Der Wechsel in Modul 2 ist daher auch zu wesentlichen Teilen von der Entwicklung der Belastbarkeit abhängig. Während in Modul 1 die Stützung und enge Zusammenarbeit mit den Betreuern Vorrang hat, steht in Modul 2 die Anpassung an den betrieblichen Alltag im Vordergrund. Die Maßnahme verläuft ab dem zweiten Teil in individualisierter Form ab. Es bestehen Fortsetzungsmöglichkeiten sowohl in Form von *Werkstätten* bzw. *Übungsfirmen* (Holz, Metall, Hauswirtschaft, Verkauf, EDV etc.) als auch in Form von betrieblichen Praktika. In jedem Fall sind am Ende der Maßnahme *betriebliche Praktika* vorgesehen. Diese werden individuell gesucht und können in allen Berufsbereichen, die in der Region vertreten sind, stattfinden.

Das Seminar endet, sobald sich eine Übernahmemöglichkeit auf eine Arbeitsstelle bietet, bzw. eine vorher besprochene Maßnahme der beruflichen Weiterbildung beginnt, spätestens jedoch nach 12 Monaten. Ähnlich wie in der Endphase des ersten Moduls wird auch zum Abschluss des Seminars ein Abschlussbericht zum Gesamtseminar für die Kostenträger verfasst, der mit den Teilnehmerin-

nen und Teilnehmern in einem Abschlussgespräch ausführlich erörtert wird. Bestandteil des Abschlussberichtes sind Zeugnisse von Praktikumsstellen und Qualifizierungseinrichtungen. Zusätzlich hierzu wird ein Zertifikat über die individuellen Inhalte des Seminars erteilt. Ein Abschlussteamgespräch mit den Kostenträgern findet im Bedarfsfall zusätzlich statt.

### 3.4 Psychosoziale Betreuung

Von wesentlicher Bedeutung ist die begleitende psychosoziale Einzelbetreuung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Im Sinne einer integrativen Agogik sind dabei alle menschlichen Dimensionen angesprochen (leibliche, seelische geistige, soziale und ökologische Dimension) (vgl. Sieper/Petzold 1993, 362f). Die Betreuung hat ihren Hauptfokus im Bereich Arbeit und Leistung, sie ist in erster Linie *ressourcenorientiert*. Der Betreuungskonzeption liegen folgende Ziele und Grundsätze zugrunde:

- Mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sollen berufliche Möglichkeiten gefunden werden, die für sie eine realistische, umsetzbare Perspektive bieten (Zukunftsorientierung);
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen befähigt werden, in Zukunft den Belastungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten besser standzuhalten, als dies bisher gelungen ist. Daher ist eine genaue Analyse der bisherigen beruflichen Entwicklung sehr wichtig (Orientierung an der beruflichen Biographie);
- Dabei spielt aber oft auch der private Lebenszusammenhang und evtl. dort verwurzelte problematische Konstellationen, die wiederum starke Auswirkungen auf die berufliche Seite haben können, eine Rolle. Daher ist die Analyse und Einbeziehung des privaten Kontextes in der Einzelbetreuung sehr wichtig (Orientierung am privaten Kontext);
- Mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sollen aufbauend auf der Analyse der bisherigen privaten und beruflichen Entwicklung Strategien zur Lösung beruflicher Probleme und Schwierigkeiten entwickelt werden, die ggf. auch externe Hilfen einbeziehen.

Aus diesen Grundsätzen ergibt sich die Notwendigkeit einer intensiven Einzelbetreuung, die sich nicht alleine auf die maßnahmebezogenen Probleme und Schwierigkeiten begrenzen kann. Umgesetzt wird diese in Form eines *Bezugspersonensystems*. Hierdurch wird eine personelle Kontinuität hergestellt, die es erlaubt, vertrauensvolle Beziehungen zu entwickeln, die Voraussetzung für die Arbeit sind. Je

nach Abschnitt unterscheiden sich die Aufgaben und Ziele der Betreuung:

**Modul 1:**

- die berufliche Anamnese
- psychologische Diagnostik, Leistungsentwicklung
- Berufswegplanung
- spezielle Maßnahmeplanung
- Erstellung eines Zwischenberichts

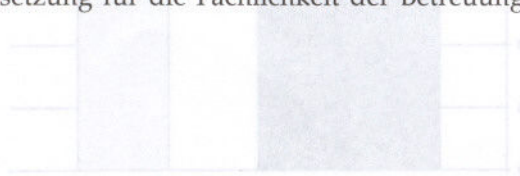
**Modul 2 :**

- regelmäßige Reflexion des Maßnahmenfortganges
- Kontaktherstellung zu Praktikumsstellen bzw. Arbeitsstellen
- Begleitung der berufspraktischen Phase
- Unterstützung bei Bewerbungen etc.
- Erstellung eines Abschlussberichts

Die Umsetzung des Betreuungssystems ist methodisch unterschiedlich möglich und schließt eine breite Palette von *Interventionsformen* ein, wie z.B.:

- Einzelgespräche (Wochenreflexionen),
- Familiengespräche,
- Hilfestellungen bei Schuldenproblemen,
- praktische Hilfestellungen,
- Arbeitsplatzgespräche
- psychotherapeutische Intervention
- Zusammenarbeit mit Ärzten und Betreuungspersonen mit Einwilligung der Teilnehmer

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben unterschiedliche fachliche Qualifikationen (Diplom-Psychologinnen, Diplom-Pädagoginnen, Diplom-Sozialpädagoginnen), die bei Bedarf auch übergreifend eingesetzt werden können. Es hat sich im Laufe der Maßnahme erwiesen, dass mindestens ein Betreuungsschlüssel von 1:15 aufgrund des mit der Betreuung verbundenen Aufwandes notwendig ist. Regelmäßige Fallbesprechungen im Team, Konferenzen sowie regelmäßige externe Supervision der teilnehmerbezogenen Arbeit sind eine notwendige Voraussetzung für die Fachlichkeit der Betreuungsarbeit.



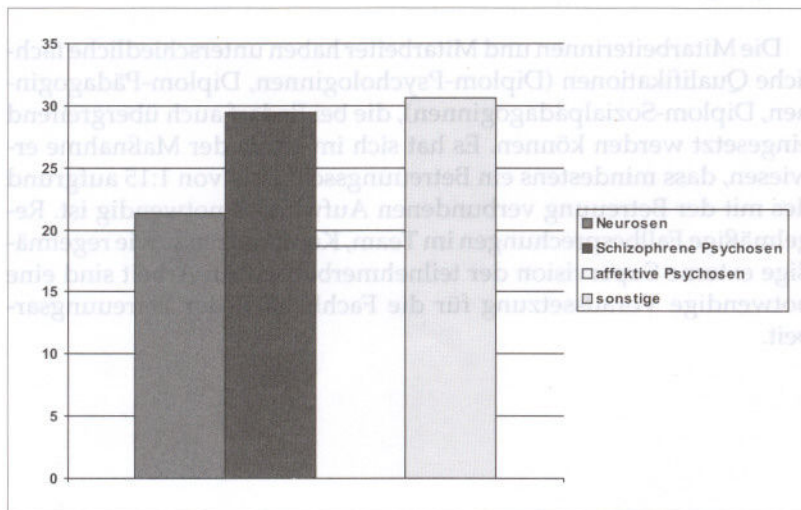
Tab. 1: Diagramm

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Gesamtteilnehmerstruktur

Die Darstellung der Teilnehmerstruktur zum Stichtag 31.12.1999 schließt alle 268 Teilnehmer, die seit Beginn im Kurs waren, mit ein. Die Grafiken beziehen sich auf prozentuale Angaben. Das Durchschnittsalter lag bei 32,90 Jahren, wobei 87,7% aller Teilnehmer bis zu 40 Jahre alt waren. Der Anteil der über 40-jährigen ist mit 12,3% relativ gering. Anteil der Frauen in der Gesamtteilnehmerschaft beträgt 42,5%. Der Anteil der verheirateten Teilnehmer ist mit 9,3% sehr gering. Ein oder mehrere Kinder haben knapp 17,5% der Teilnehmer. 5,2% der Teilnehmerinnen hatten keinen Schulabschluss. Einen Hauptschulabschluss hatten 33,2%. 25,7% der Teilnehmer hatten einen mittleren Schulabschluss, 35,8% hatten Abitur. 36,2% aller Teilnehmerinnen hatte keinen Berufsabschluss, 56,3% verfügten über einen Abschluss in einem Ausbildungsberuf. 7,5% hatten ein Hochschulstudium abgeschlossen.

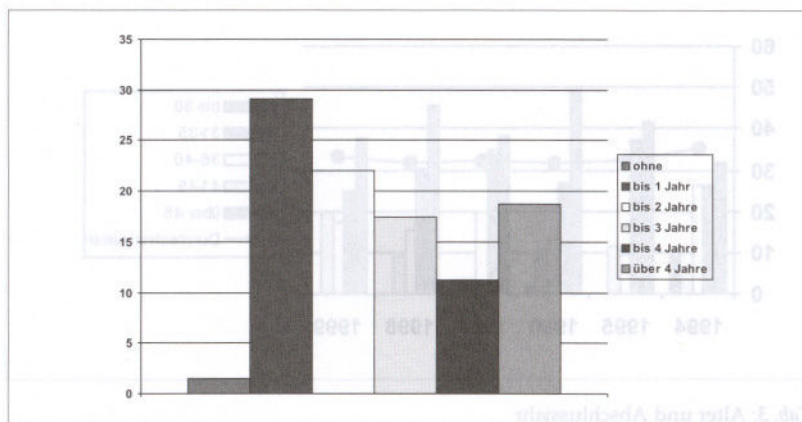
Hinsichtlich der individuellen Maßnahmeziele wurde differenziert zwischen Ausbildung im handwerklichen Bereich und im Bürobereich, direktem Quereinstieg im handwerklichen Bereich und im Bürobereich sowie dem sozialen Bereich als Berufsziel. Sowohl was einen direkten beruflichen Quereinstieg (32,5%) als auch was Ausbildungswünsche (22,4%) angeht, nannten die Teilnehmer am häufigsten den Bürobereich als Berufsziel. Mit 7,1% war der soziale Bereich eher selten vertreten.



Tab. 1: Diagnosen



Bei den Diagnosen handelt es sich um die mitgeteilten Diagnosen. Sie wurden in 4 Gruppen aufgeteilt: An neurotischen Erkrankungen waren 21,3% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erkrankt. An schizophrenen Psychosen waren 29,5% erkrankt, an affektiven und schizoaffektiven Psychosen waren 18,7% erkrankt. Sonstige Erkrankungen (Sucht-, psychosomatische Erkrankungen) wurden bei 30,6% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer genannt. Mit zusammen fast 50% ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit psychotischen Erkrankungen relativ hoch. Als anerkannt schwerbehindert gelten 22,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, obwohl deutlich mehr die Anerkennungsvoraussetzungen erfüllen würden.

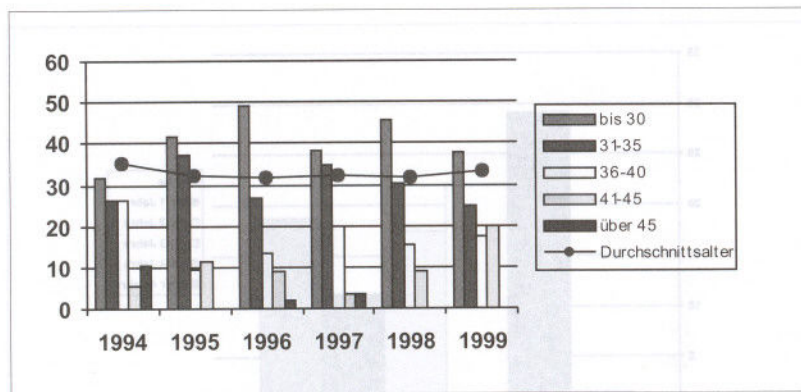


Tab 2: Dauer der Arbeitslosigkeit

Die Dauer der Arbeitslosigkeit vor Beginn der Maßnahme schwankte zwischen unter einem Jahr bis zu 8 Jahren. Nur sehr wenige Teilnehmer waren vor Maßnahmebeginn nicht arbeitslos (1,5%). Bis zu einem Jahr waren 29,1% arbeitslos, bis zu zwei Jahren 22%, bis zu drei Jahren 17,5%, bis zu 4 Jahren 11,2%. Mit 18,7% ist der Anteil derjenigen, die mehr als 4 Jahre arbeitslos waren, sehr hoch. Geht man von dem amtlichen Kriterium der Langzeitarbeitslosigkeit aus, so waren 69,4% also mehr als zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Maßnahmebeginn langzeitarbeitslos. In 75,4% der Fälle war das Arbeitsamt Kostenträger. Bei knapp 25% der Teilnehmer waren andere Kostenträger (LVA, BfA oder BG) involviert. Kontakt zur Maßnahme wurde hauptsächlich über das Arbeitsamt (70,1%) hergestellt. 28,4% der Teilnehmer wurden über Kliniken und Betreuungseinrichtungen an uns weitervermittelt. Mit 1,1% spielt das Sozialamt eine untergeordnete Rolle als Vermittler.

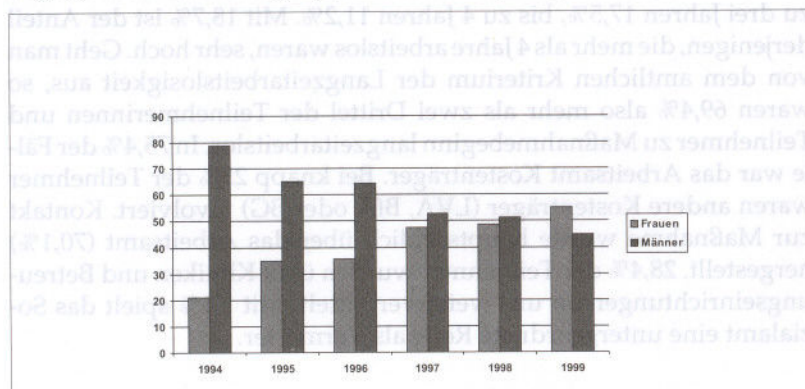
#### 4.2 Vergleich der Abschlussjahrgänge 1994 - 1999

Im Folgenden werden die o.g. Parameter nach Abschlussjahrgängen differenziert dargestellt. Dies erscheint sinnvoll, um Tendenzen in der Teilnehmerentwicklung feststellen zu können. Am 31.12.1999 waren insgesamt 32 Teilnehmer in der Maßnahme. 1993 hat ein Teilnehmer die Maßnahme beendet, 1994 19, 1995 43, 1996 45, 1997 55, 1998 33 und 1999 40 Teilnehmer. Da 1993 nur ein Teilnehmer die Maßnahme beendete, wird dieser Jahrgang nicht in die Analyse aufgenommen. Die folgenden Diagramme beziehen sich somit auf insgesamt 236 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.



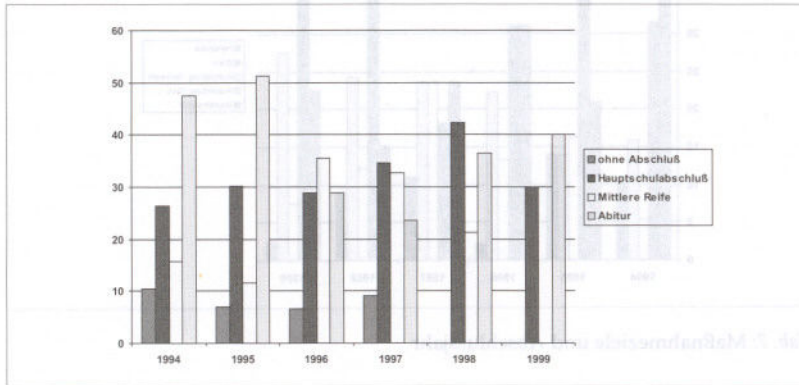
Tab. 3: Alter und Abschlussjahr

Das Durchschnittsalter ist in den Jahren 1994 bis 1999 von 35,26 auf 33,4 Jahre gesunken. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der bis zu 30-jährigen 1999 deutlich gesunken. Er betrug 1999 37,5% (gegenüber 45,5% in 1998). Ebenfalls um 5% gesunken ist der Anteil der 31-35-jährigen (von 30,3% auf 25,0%). Einen deutlichen Anstieg gab es dagegen in den Altersgruppen der 36-45-jährigen.



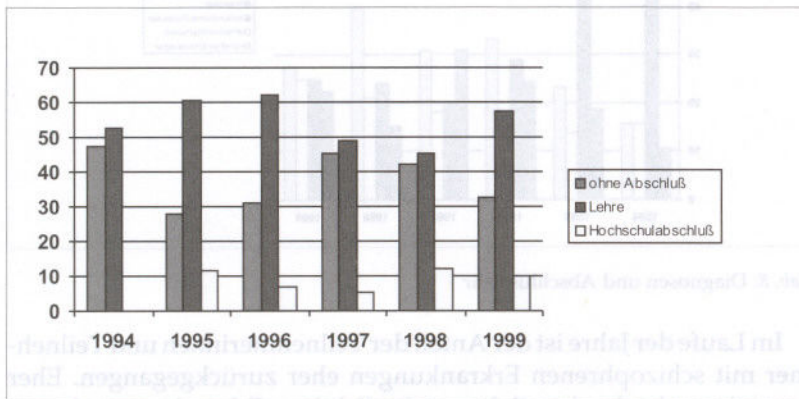
Tab. 4: Geschlecht und Abschlussjahr

Kontinuierlich angestiegen ist der Anteil der Frauen. Er lag 1999 bei genau 55,0% der Absolventinnen und Absolventen und übertraf damit erstmals den Anteil der Männer.



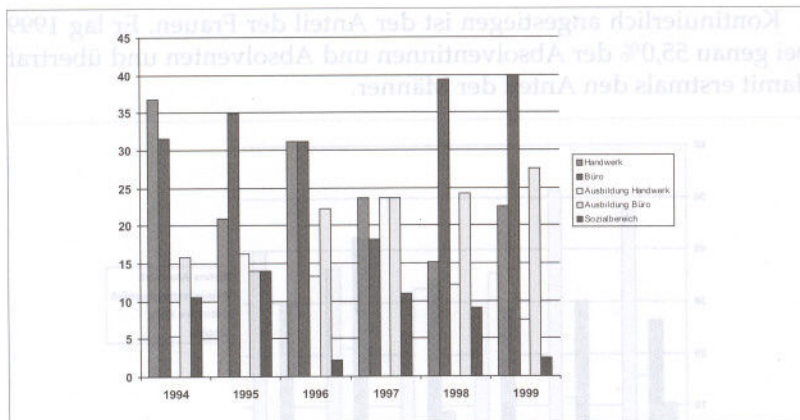
Tab. 5: Schulabschluss und Abschlussjahr

Die Struktur der Schulabschlüsse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat sich deutlich verändert: Seit 1998 hatten alle Teilnehmer einen Schulabschluss, wobei der Anteil der Teilnehmer mit Abitur gegenüber den letzten 2 Jahren angestiegen ist, 40% der Absolventinnen und Absolventen hatten Abitur. Ebenfalls deutlich angestiegen ist 1999 der Anteil der Absolventen mit mittlerer Reife. Deutlich abgesunken ist 1999 dagegen der Teilnehmeranteil mit Hauptschulabschluss.



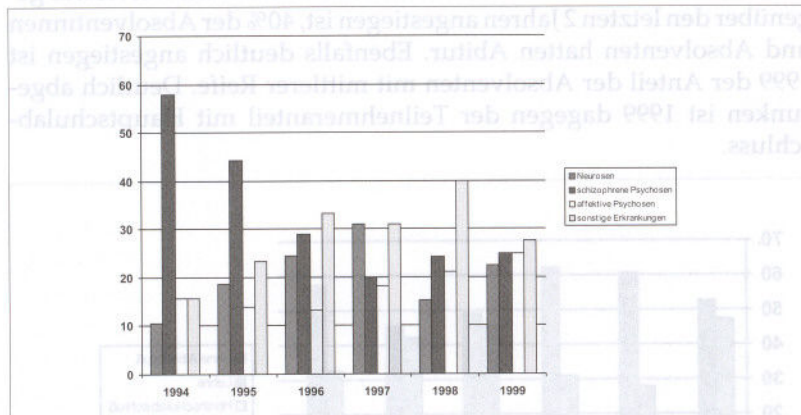
Tab. 6: Berufsabschluss und Abschlussjahr

Während der Anteil der Teilnehmer ohne Berufsabschluss 1999 weiter gesunken ist, hat sich der Anteil der Teilnehmer mit Abschluss in einem Ausbildungsberuf mit 57,5% gegenüber 1997 und 1998 deutlich erhöht.



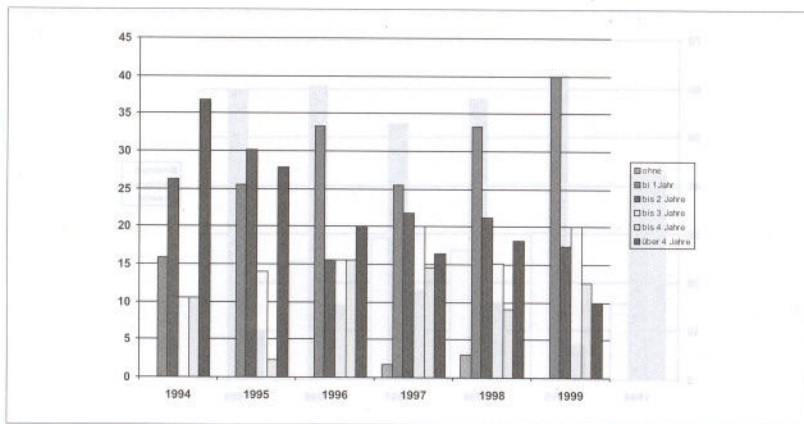
Tab. 7: Maßnahmeziele und Abschlussjahr

Gegenüber allen Jahren zuvor hat sich der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die entweder in Form einer Ausbildung oder in Form des direkten beruflichen Einstiegs in Büro- und Verwaltungsberufe seit 1998 deutlich verstärkt. Gleichzeitig fiel das Interesse an den anderen Berufsbereichen insgesamt zurück.



Tab. 8: Diagnosen und Abschlussjahr

Im Laufe der Jahre ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schizophrenen Erkrankungen eher zurückgegangen. Eher angestiegen ist der Anteil derer mit affektiven Erkrankungen. Insgesamt hat sich 1999 der Anteil der an Psychosen erkrankten Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei etwa 50% eingependelt. Zugenommen hat der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit neurotischen Erkrankungen. Keine wesentlichen Veränderungen im Zeitverlauf ergeben sich hinsichtlich der Schwerbehinderteneigenschaft.



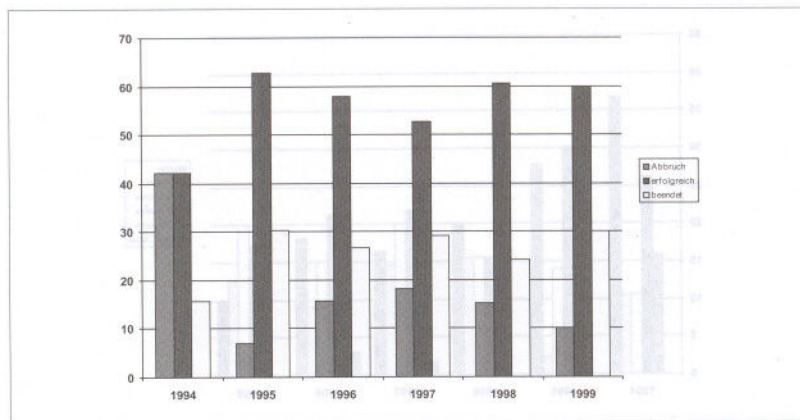
Tab. 9: Dauer der Arbeitslosigkeit und Abschlussjahr

Stark verändert hat sich im Laufe der Jahre die Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn. Während 1994 15,8% weniger als 1 Jahr arbeitslos waren, waren 1999 40,0% der Teilnehmer nicht oder kürzer als 1 Jahr vor Maßnahmebeginn arbeitslos. Damit hat sich die Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn im Laufe der Zeit deutlich verkürzt.

### 4.3 Maßnahmeerfolg

#### 4.3.1 Kurzfristiger Maßnahmeerfolg

Die angegebenen Werte beziehen sich auf 236 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. 134 Personen (56,8%) haben die Maßnahme erfolgreich beendet. Sie haben nach der Maßnahme entweder eine Stelle angetreten oder sind in eine berufliche Weiterbildungsmaßnahme (Umschulung) übergewechselt. Bei 38 Teilnehmern (16,1%) musste die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig unterbrochen werden. 64 Teilnehmer (27,1%) hatten nach der Maßnahme keine direkte Anschlussmöglichkeit. Im Jahresvergleich ergibt sich folgendes Bild:



Tab. 10: Maßnahmeerfolg und Abschlussjahr

Gegenüber 1997 ist der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer deutlich angestiegen, er lag 1998 und 1999 bei 60,6% bzw. 60%. Demgegenüber sind die Anteile der Abbrecher zwischen 1997 und 1999 auf nur noch 10% gesunken (1997: 18,2%). Angestiegen ist dagegen der Anteil der nicht erfolgreichen Teilnehmer von 1998 24,2% auf 1999 30,0%. Der Maßnahmeerfolg der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde in Beziehung gesetzt zu verschiedenen anderen Variablen: Alter, Geschlecht, Diagnose, Schul- und Berufsbildung, Maßnahmeziel, Belastbarkeit und Dauer der Arbeitslosigkeit. Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich zwischen Alter und Maßnahmeerfolg. Der Anteil der erfolgreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist in den Gruppen bis 35 Jahre mit ca. 60% deutlich am höchsten, und sinkt danach ab. Ähnliches gilt umgekehrt für die Unterbrecher und Abbrecher. Eine gewisse Ausnahme bildet dabei die Gruppe der 41-45-jährigen, mit einer geringeren Abbruchquote und einer höheren Erfolgsquote.

Der Anteil der erfolgreichen Frauen ist mit 64,1% deutlich höher als der Anteil der erfolgreichen Männer (51,1%). Die Abbruchquote ist bei den Frauen ähnlich hoch wie bei den Männern. Der Anteil derjenigen, die die Maßnahme ohne Erfolg abgeschlossen haben, ist bei den Männern mit 32,1% deutlich höher als bei den Frauen (20,2%). Insgesamt scheinen Frauen erfolgreichere Teilnehmerinnen zu sein als Männer. Teilnehmer mit Realschulabschluss haben am wenigsten Abbrüche (8,2%) zu verzeichnen, während gleichzeitig die Erfolgsquote mit 62,3% am höchsten ist. Die Abiturienten sind mit 59,3% ebenfalls überdurchschnittlich erfolgreich, haben aber mit 14% eine deutlich höhere Abbruchquote. Teilnehmer ohne Schulabschluss und mit Hauptschulabschluss brachen die Maßnahme dagegen überdurchschnittlich häufig ab (38,5% und 21,1%) und waren insgesamt weniger erfolgreich (53,8% und 50,0%). Ähnlich wie beim Schulabschluss zeigt sich auch bei der Berufsausbildung ein deutlicher Unter-

schied zwischen Personen ohne Abschluss und allen anderen. Die Abbruchquote ist deutlich höher, die Erfolgsquote niedriger. Eine Zwischenstellung nehmen Personen ein, die einen Hochschulabschluss erworben hatten.

Deutlich am erfolgreichsten sind Teilnehmer, die an Neurosen erkrankt waren. Mit 7,9% ist die Abbruchquote am niedrigsten. Dagegen haben 75% die Maßnahme erfolgreich abgeschlossen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schizophrenen oder affektiven Psychosen schneiden dagegen eher schlechter ab. Interessant ist dabei, dass Teilnehmer mit affektiven Psychosen die Maßnahme erfolglos beenden. Auch hinsichtlich der individuellen Maßnahmeziele zeigten sich Unterschiede im Maßnahmeerfolg: Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die ihre Ziele in einer Arbeitsaufnahme im handwerklichen Bereich sahen, lag der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer mit 45,6% am niedrigsten, die Abbruchquote war hier mit 26,3% am höchsten. Erfolgreicher waren Teilnehmer, deren Ziele zu Maßnahmebeginn in einer Arbeitsaufnahme im Bürobereich lagen (56,8%). Ähnliche Unterschiede ergeben sich zwischen beiden Bereichen hinsichtlich einer Umschulung als Maßnahmeziel, auch hier ist der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer im Bürobereich höher als im handwerklichen Bereich. Ebenfalls sehr hoch ist der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer im sozialen Bereich (63,2%). Mit 5,3% ist die Abbruchquote hier am niedrigsten.

Ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und dem Maßnahmeerfolg ist deutlich: Ab einer Arbeitslosigkeitsdauer von mehr als drei Jahren sinkt der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer. Mit 44,7% ist der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer bei denen, die länger als 4 Jahre arbeitslos waren, deutlich am niedrigsten.

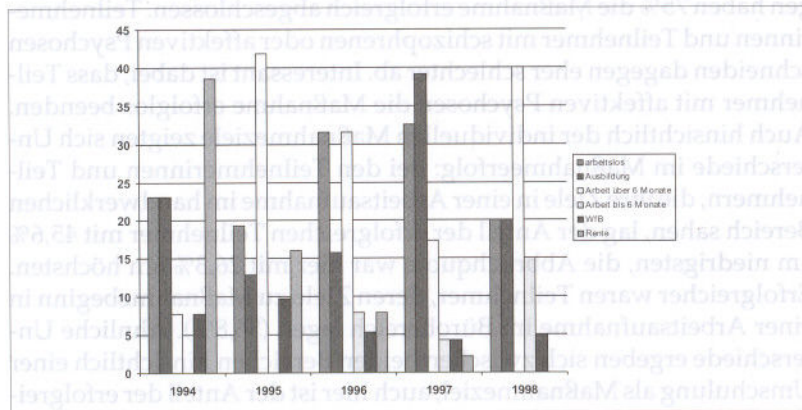
Auch ein Zusammenhang zwischen Belastbarkeit in Stunden und Maßnahmeerfolg ist ersichtlich. Gegenüber den nur teilweise belastbaren Teilnehmern (4 Stunden: 38,5%; 6 Stunden: 44,0%) ist der Anteil der erfolgreichen Teilnehmer bei den voll belastbaren Teilnehmern deutlich höher (61,1%).

#### 4.3.2 Langfristiger Maßnahmeerfolg

Insgesamt 196 Personen wurden jeweils 1 Jahr nach ihrem Maßnahmeende angeschrieben, von denen 148 Personen antworteten. Das entspricht einer Quote von 75,5%. Bei der Bewertung der Nachbefragungsdaten ist zu berücksichtigen, dass der Anteil derjenigen, die sich nicht gemeldet haben, bei den Abbrechern erheblich höher ist, als bei den Gruppen „erfolgreiche Teilnahme“ bzw. „Teilnahme ohne Erfolg“. Damit sind die Ergebnisse vorsichtig zu bewerten. Insgesamt ergab sich folgendes Bild: Nach einem Jahr waren 27% der Teilnehmer arbeitslos. In Ausbildung oder Umschulung standen 23,6%,

in längerfristigen Arbeitsverhältnissen 28,4%. Eine geringere Rolle spielten Beschäftigungsverhältnisse von bis zu 6 Monaten (5,4%), Werkstatt für Behinderte (6,1%) und Rentenbezug (9,5%). Ein Jahr nach Maßnahmeende waren somit 63,5% der Teilnehmer, die sich zurückgemeldet haben, in irgend einer Weise in Arbeit oder Ausbildung.

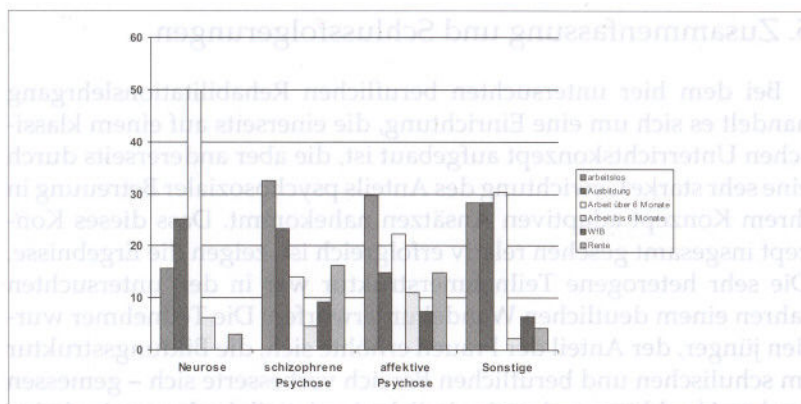
Im Jahresvergleich ergibt sich folgendes Bild:



Tab. 11: Abschlussjahr und Nachbefragung

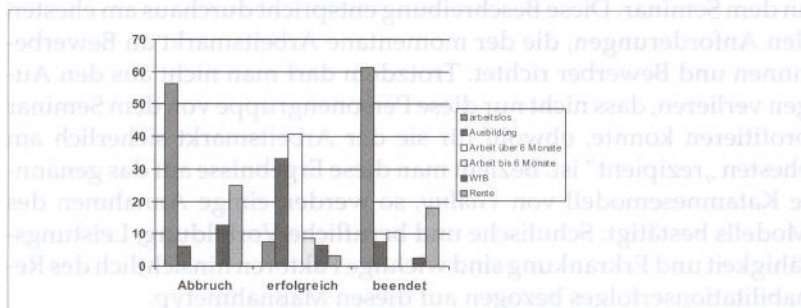
Im Vergleich der Abschlussjahrgänge fallen die Jahre 1995, 1996 und 1998 durch einen relativ hohen Anteil an längerfristigen Beschäftigungsverhältnissen auf. Hinsichtlich einzelner Merkmale ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil derjenigen, die in einem Dauerarbeitsverhältnis waren, sinkt mit zunehmendem Alter. Der Anteil der Erwerbsunfähigkeitsrentnerinnen und -rentner steigt dagegen deutlich an. Der Anteil der Arbeitslosen ist in den Altersgruppen bis 40 Jahre teils deutlich über dem erwarteten Wert. Besonders bei den jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der Umschülerinnen und Umschüler relativ hoch. Männer und Frauen unterscheiden sich deutlich: Bei den Männern ist der Anteil der nach einem Jahr arbeitslosen mit 33% deutlich höher als bei den Frauen (17,2%). Dafür ist bei den Männern der Anteil derjenigen, die in Ausbildung, langfristigen Arbeitsverhältnissen sowie in einer WfB beschäftigt waren, deutlich geringer. Hinsichtlich der Schulabschlüsse zeigt sich, dass bei den Teilnehmern mit Realschulabschlüssen der Anteil derjenigen, die in einem längerfristigen Beschäftigungsverhältnis standen, am höchsten war. Bei den Berufsabschlüssen zeigte sich, dass der Anteil der nach einem Jahr arbeitslosen und der Anteil der langfristig Beschäftigten bei den Teilnehmern mit Hochschulabschluss deutlich am höchsten war. Beim Vergleich der beiden anderen Gruppen (mit und ohne Berufsabschluss) zeigt sich die Wichtigkeit beruflicher Abschlüsse: Die Teilnehmer, die einen Berufsabschluss hatten, sind deutlich häufiger in verschiedenen Beschäftigungsformen.





Tab. 12: Diagnose und Nachbefragung

Hinsichtlich der diagnostischen Zuordnung zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Teilnehmern mit neurotischen Erkrankungen und allen anderen Gruppen. Bei ihnen ist der Anteil derjenigen mit längerfristigen Arbeitsverhältnissen deutlich über dem Erwartungswert. Gleichzeitig ist der Anteil der Arbeitslosen am geringsten. Vergleicht man die beiden Gruppen mit psychotischen Erkrankungen, so spiegelt sich das Ergebnis des kurzfristigen Maßnahmeerfolgs nicht wider: Der Anteil der Arbeitslosen und der Anteil der Rentner ist diesmal bei der Gruppe mit schizophrenen Psychosen höher, der Anteil derjenigen, die kurzfristig oder längerfristig in einem Beschäftigungsverhältnis standen, ist bei ihnen geringer als bei der Gruppe mit affektiven Psychosen.



Tab. 13: Maßnahmeende und Nachbefragung

Die Tabelle zeigt deutlich, dass diejenigen Teilnehmer, die die Maßnahme erfolgreich beendet haben, auch langfristig davon profitieren. Mit 7,5% liegt der Anteil an Arbeitslosen hier deutlich am niedrigsten. Diejenigen, die das Seminar entweder abgebrochen hatten oder ohne Erfolg beendet hatten, waren auch zum überwiegenden Teil auch nach einem Jahr noch arbeitslos.

## 5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bei dem hier untersuchten beruflichen Rehabilitationslehrgang handelt es sich um eine Einrichtung, die einerseits auf einem klassischen Unterrichtskonzept aufgebaut ist, die aber andererseits durch eine sehr starke Gewichtung des Anteils psychosozialer Betreuung in ihrem Konzept adaptiven Ansätzen nahekommt. Dass dieses Konzept insgesamt gesehen relativ erfolgreich ist, zeigen die Ergebnisse. Die sehr heterogene Teilnehmerstruktur war in den untersuchten Jahren einem deutlichen Wandel unterworfen: Die Teilnehmer wurden jünger, der Anteil der Frauen erhöhte sich, die Bildungsstruktur im schulischen und beruflichen Bereich verbesserte sich – gemessen an den Abschlüssen – kontinuierlich, der Anteil der Langzeitarbeitslosen ist deutlich gesunken. Auch was die Vorerkrankungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeht, haben sich Veränderungen ergeben, die allerdings keine eindeutige Tendenz über mehrere Jahre zeigt. Nachdem der Anteil psychotisch erkrankter zwischenzeitlich stark gefallen war, hat er sich inzwischen auf etwa 50% eingependelt. Betrachtet man das kurzfristige und längerfristige Maßnahmeergebnis, so zeigen sich in den Daten einige eindeutige Tendenzen:

Der erfolgreiche Abschluss der Maßnahme scheint auch über einen längeren Zeitraum stabil zu bleiben. Frauen, jüngere Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Teilnehmer mit Schul- und Berufsabschlüssen, Teilnehmer, die eher neurotische Erkrankungen hatten, Teilnehmer, die vor Maßnahmebeginn kürzer arbeitslos waren und Teilnehmer, deren berufliche Ziele nicht im handwerklich-gewerblichen Bereich lagen, erreichten eher eine berufliche Integration nach der Teilnahme an dem Seminar. Diese Beschreibung entspricht durchaus am ehesten den Anforderungen, die der momentane Arbeitsmarkt an Bewerberinnen und Bewerber richtet. Trotzdem darf man nicht aus den Augen verlieren, dass nicht nur diese Personengruppe von dem Seminar profitieren konnte, obwohl für sie der Arbeitsmarkt sicherlich am ehesten „rezipient“ ist. Bezieht man diese Ergebnisse auf das genannte Katamnesemodell von *Wollny*, so werden einige Annahmen des Modells bestätigt: Schulische und berufliche Vorbildung, Leistungsfähigkeit und Erkrankung sind wichtige Faktoren hinsichtlich des Rehabilitationserfolges bezogen auf diesen Maßnahmetyp.

Andere Faktoren wie Geschlecht, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn kommen als Einflussfaktoren hinzu. Außerdem spielt die berufliche Zielsetzung eine Rolle, deren Umsetzung im handwerklich/gewerblichen Bereich offensichtlich schwieriger ist. Da die Region Bonn/Rhein-Sieg aber im Wesentlichen Büro- und Verwaltungsschwerpunkt ist, können hier auch Arbeitsmarktgründe eine ausschlaggebende Rolle spielen. Aufgrund der rein demographischen Daten kann über die Bedeutung von Motivationsstrukturu-

ren, Einstellungen und Erwartungen keine Aussage getroffen werden. Deutlich wird aber, dass diagnostische Kriterien für sich genommen keine Aussagen über die Eingliederungschancen zulassen. Wie in Kapitel 2 dargestellt, zeigt sich deutlich, dass neben Erkrankungskriterien offensichtlich auch andere Faktoren (biographische Aspekte, Verarbeitungskriterien etc.) eine wichtige Rolle spielen müssen.

Für einen großen Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war die Teilnahme an dem Seminar und die damit verbundene intensive psychosozial begleitete Orientierung bezüglich des Bereichs Arbeit eine wirkungsvolle Unterstützung i.S. der positiven Bewältigung. Für einen Teil der Teilnehmer, die nach dem Seminar weiter arbeitslos waren, dürfte sich im Laufe des Seminars herausgestellt haben, dass die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit eher Quelle neuer Überforderungen und Krisen sein könnte. Auch dies ist ein (zwar nicht im Sinne von Kostenträgern) positives Ergebnis.

Bei der Gruppe derjenigen, die eine berufliche Integration nicht erreichen konnten, obwohl es ein prinzipiell erreichbares Ziel war, stellt sich die Frage, inwieweit Änderungen am Rehabilitationskonzept sinnvoll sein könnten. Schon aufgrund der Tatsache, dass das Konzept eine relativ klare Zeitbegrenzung vorsieht und in Unterrichtsform konzipiert ist, ist es vor allem für Langzeitarbeitslose, die in der Regel eine sehr viel längere Zeit benötigen, ihre Lebenssituation anzupassen, sehr viel schwieriger, in diesem Rahmen erfolgreich teilzunehmen. Wer jahrelang ohne feste zeitliche Vorgaben eines Arbeitsplatzes gelebt hat, kann sich – insbesondere wenn auch noch eine psychische Erkrankung eine Rolle spielt – nicht innerhalb einer vergleichsweise kurzen Zeit komplett umstellen. In diesem Zusammenhang ist eine Verlängerung von Teilnahmezeiten über ein Jahr hinaus sinnvoll.

Auch die „Maßnahmeform“ (Einrichtungs- und Unterrichtsgebundenheit) ist in Frage zu stellen. Diese Form stellt von Anfang an relativ hohe Anforderungen an Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Dies wird auf dem Arbeitsmarkt zwar auch verlangt. Für manche Rehabilitanden ist das als Ziel zwar grundsätzlich erreichbar, aber nicht durch Maßnahmeteilnahme. Für diese Gruppe sind maßnahmeunabhängige Hilfen (Integrationsdienste etc.) wichtig.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass das hier dargestellte Rehabilitationsseminar für viele Rehabilitanden bei der beruflichen Wiedereingliederung sehr hilfreich ist. Um vor allem für langzeitarbeitslose Rehabilitanden die Chancen zu verbessern, sollte der Teilnahmezeitraum aber auch über 12 Monate hinaus verlängerbar sein. Das Seminar kann aber auch dann nicht den Anspruch erheben, für alle psychisch erkrankten Rehabilitanden die beste berufliche Rehabilitationsmöglichkeit zu sein. Neben schon bestehenden Alternativen

(WfB, Arbeitstrainingsangebote etc.) ist aus meiner Sicht die Möglichkeit einer maßnahmeunabhängigen „rehabilitationsbegleitenden Betreuung“ wichtig.

#### Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung und den rechtlichen Rahmenbedingungen wird das derzeitige Rehabilitationssystem und sein impliziter Behinderngs- und Krankheitsbegriff dargestellt. Auf der Basis eines integrativen Pathogenesemodells und eines Katamnese-modells aus der Begleituntersuchung zum Modellverbund Psychiatrie wird eine Einrichtung der beruflichen Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen untersucht. 268 Personen nahmen dort zwischen 1993 und 1999 teil. Veränderungen in der Entwicklung der Teilnehmerstruktur und die Entwicklung des Rehabilitationserfolges der Teilnehmer werden dargestellt. Es zeigt sich, dass maßnahmeorientierte berufliche Rehabilitationsmodelle für einen erheblichen Teil der Teilnehmer hilfreich sind. Ältere, schwerer Erkrankte sowie nur eingeschränkt belastbare Teilnehmer und Personen, die vor Maßnahmebeginn schon längere Zeit arbeitslos waren, haben es sehr viel schwerer. Hier werden einerseits die Lockerung der Zeitbegrenzung und andererseits maßnahmeungebundene rehabilitationsbegleitende Einzelbetreuungsmöglichkeiten vorgeschlagen.

**Summary:** *Vocational rehabilitation of mentally ill and handicapped people from the view of Integrative Therapy and Agogic, investigating, how successfully an institution for vocational rehabilitation can work*

The historical development, the legal foundation, the actual system of rehabilitation in Germany and its implicit theories of disorders and handicaps are described. Based on an integrative model of pathogenesis and a catamnestic model, an institution of occupational rehabilitation for psychiatric disordered and handicapped persons is examined. 268 persons participated between 1993-1999. Changes in the participant-structure and the occupational success after their participation is examined. Obviously, a training, based on a curriculum, proves to be helpful for a majority of participants. Older persons, more seriously disordered persons, persons with reduced capability and long-term unemployed persons are less successful. More flexible participation times are proposed and the implementation of „supervision resources“ throughout the process of occupational rehabilitation, which should be independent from curricular training.

**keywords:** occupational rehabilitation, psychiatric disordered persons, catamnestic study

#### Literatur

- Buchinger, K. (1992).: Zur Geschichte des Krankheitsbegriffes: über das Verhältnis von Krankheit und Schuld. In: Pritz, A., Petzold, H. (1992), 15-27.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998): Wegweiser Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Frankfurt, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (10. Auflage).

- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): Bilder und Dokumente zur Sozialgeschichte. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2. überarbeitete Neuauflage).
- (1998): Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Gesundheit (1999): Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte: Eine Bilanz des Erreichten und Möglichen. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (1999): Sozialgesetzbuch - Textausgabe. Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.
- Cramer, H. (1992): Schwerbehindertengesetz. Kommentar. München: Beck.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber. 2. Aufl.
- Heinermann, H., Kind, D. (1996/1998): Protektive Faktoren und Resilienzprozesse einer Lebensgeschichte „Es muss im Leben mehr als ‚Alles‘ geben“, in: *Gestalt und Integration Sonderheft 2/1996 - 2/1998*, 42ff.
- Heinl, H., Petzold, H. (1985): Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl.
- , — (1985): Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention in der Behandlung von Störungen aus der Arbeitswelt. In: *Heinl, H., Petzold, H. (1985)*, 178-219.
- Jonas, P. (1998): Arbeitslosigkeit aus Sicht der Integrativen Therapie/Gestalttherapie. *Gestalt und Integration Sonderheft 2/1996 - 2/1998*, 189 - 221
- Kames, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“ (FESI). *Integrative Therapie 4/1992*, 363-386.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: *Nitsch, J.R. (1981)*, 213-260.
- Lehmann, K. (1999): Grundsätzliche Bemerkungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. *Bundesministerium für Gesundheit (1999)*, 25-47.
- Nitsch, J.R. (1981): Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern: Huber.
- Petzold, H. (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- , Schuch, W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Pritz, A., Petzold, H. (1992)*, 371-486.
- , Sieper, J. (1993): Integration und Kreation Band 1. Paderborn: Junfermann.
- Pritz, A., Petzold, H. (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Rindt, M.: Behindertenpolitik von den Anfängen bis heute, in: *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997)*, 287-297.
- Sieper, J., Petzold, H. (1993): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: *Petzold, H., Sieper, J. (1993)*, 359-370.
- Wollny, H. (1999): Die Ergebnisse der Modellerprobung in der Zusammenschau in: *Bundesministerium für Gesundheit (1999)*, 63-82.
- (1999): Modelle zur beruflichen (Re-) Integration psychisch Behinderter - vergleichende katamnestiche Untersuchung zur Frage langzeitiger Effekte. *Bundesministerium für Gesundheit (1999)*, 83-124.
- (1999): Problemklärung: Psychische Erkrankung und Beruf, in: *Bundesministerium für Gesundheit (1999)*, 5-24.

**Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Hans-Christoph Eichert  
Mozartstrasse 34  
53115 Bonn  
e-mail: h.eichert@ndh.net