

Evaluation eines Modellversuchs zur beruflichen Integration nach medizinischer Rehabilitation. Berufscoaching in der orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.

vorgelegt von Bettina Brockhaus SS 2013

Dekan: Prof. Dr. Dieter Tscheulin
Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Zweitgutachter: Prof. Dr. Oskar Mittag

Datum des Promotionsbeschlusses: 15.10.2013

Danksagung

Ich möchte mich bei den Mitarbeiter(inne)n des Zentrums Beruf + Gesundheit und den Chefärzten sowie Mitarbeiter(innen)n der Rehabilitationskliniken Glotterbad und Rheintal für die sehr gute Kooperation im Rahmen der Evaluationsstudie bedanken. Zudem danke ich den Chefärzten und deren Mitarbeiter(innen)n der Vergleichskliniken Kohlwald, Weißenstein, Höhenblick und der Regio Reha Tagesklinik für die Unterstützung bei der Erhebung der Vergleichsgruppeninformationen.

Ein weiterer Dank geht an die im Rahmen der Studie befragten Stakeholder, die durch ihre fachlichen Einschätzungen einen wichtigen Beitrag für die Evaluation des Projektes geleistet haben. Den Rehabilitand(inn)en der Vergleichsgruppen danke ich für ihre Bereitschaft, über ihre berufliche und gesundheitliche Entwicklung Auskunft zu geben.

Ein besonderer Dank gilt den Klient(inn)en der MB Reha Südbaden, die durch ihre Teilnahme an der Evaluationsstudie Einblicke in die Prozesse des Berufscoachings ermöglicht haben. Insbesondere danke ich den Klient(inn)en, die in mehreren Interviews durch ihre Offenheit Einblicke in ihre Erlebnisse mit dem Berufscoaching und ihr Leben gegeben haben.

Zuletzt möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel sowie Herrn Dr. Harald Seelig für ihre aufmerksame Betreuung und gute wissenschaftliche Unterstützung danken. Ein Dank geht auch an den Zweitgutachter Herrn Prof. Dr. Oskar Mittag. Meinen Kolleginnen der Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie danke ich für die Anregungen und Diskussionen sowie die nette Atmosphäre. In der mindestens genauso wichtigen Zeit zwischen den produktiven Phasen haben mir meine Freunde, mein Partner und meine Familie sehr beim Auftanken an Energie und Ideen geholfen – vielen Dank an euch!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

KURZFASSUNG

Hintergrund: In der medizinischen Rehabilitation werden zunehmend Maßnahmen entwickelt und erprobt, die die berufliche (Re-)Integration gezielt fördern. Es fehlen allerdings berufsbezogene Nachsorgeprogramme, die mit der medizinischen Rehabilitation verknüpft sind. Die "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden" (MB Reha Südbaden) richtet sich an Patienten mit beruflichen Problemlagen in medizinischer Rehabilitation. Ihnen wird ein Berufscoach bereitgestellt, der sie bei der beruflichen Wiedereingliederung bis zu einem Jahr lang individuell begleitet. Ziel der vorliegenden Arbeit war die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der MB Reha Südbaden. Durchgeführt wird diese Maßnahme vom Zentrum Beruf + Gesundheit (ZBG) in Bad Krozingen, in enger Zusammenarbeit mit den Interventionskliniken Glotterbad und Rheintal (und seit 2011 Reha Süd Freiburg und Rehaklinikum Bad Säckingen).

Methodik: Das Evaluationsdesign umfasst formative wie auch summative Fragestellungen. Es wurden alle Interessensgruppen einbezogen und unterschiedliche Methoden eingesetzt. Als Interessensgruppen (=Stakeholder) gelten die Rehabilitanden, die Durchführenden, der Kostenträger und die Kooperationspartner, insbesondere die Interventionskliniken. Es wurden problemzentrierte Leitfadeninterviews mit 22 Stakeholdern geführt. Zehn Teilnehmer am Berufscoaching (=Klienten) wurden begleitend zum Coachingjahr 5-6mal interviewt. Mit einer Fragebogenstudie wurden summative Fragen beantwortet. Dazu konnten in einer ersten Erhebung N=658 Rehabilitanden aus fünf Kliniken (zwei Interventionskliniken, drei Vergleichskliniken) mit einem Fragebogen befragt werden. Den zweiten Fragebogen ein Jahr später beantworteten n=463 (70%) dieser Rehabilitanden. Zum ersten Erhebungszeitpunkt befanden sich n=68 Klienten in der Stichprobe, zum zweiten verblieben n=38. Die Klienten wurden mit einer gematchten Vergleichsgruppe (n=38) aus Kliniken mit gleicher Indikation und Kostenträger auf beruflichen, gesundheitlichen und psychologischen Parametern verglichen.

Ergebnisse: Die Grundkonzeption des Berufscoachings wird von allen Interessengruppen begrüßt und unterstützt, der Bedarf ist gegeben. Das Coaching ist nach einer Anlaufphase gut in die Kliniken integriert. Verbesserungen könnten bei der Auswahl der Rehabilitanden, der Nachbetreuung, dem Informationsstand der Klinikmitarbeiter und der Finanzierung erreicht werden. In den Fragebogendaten deutet sich an, dass einzelnen Klienten zur beruflichen Wiedereingliederung verholfen werden kann. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant. Die Klienten geben in den Interviews an, dass das Berufscoaching für sie eine emotionale Unterstützung in der Zeit nach medizinischer Rehabilitation war.

Diskussion: Das Berufscoaching MB Reha Südbaden unterstützt Rehabilitanden frühzeitig in der medizinischen Rehabilitation und das anschließende Jahr in beruflichen Fragen. Es kann dadurch den Berufsbezug in der Nachsorge stärken und die Übergangszeit nach medizinischer Rehabilitation überbrücken. Die Implementierung des Programms ist insgesamt

gelungen. Die Frage ob das Berufscoachings geeignet ist, um die berufliche Wiedereingliederung entscheidend zu beeinflussen, sollte mit einer größeren Stichprobe und randomisiertkontrolliertem Design überprüft werden.

ABSTRACT

Background: There is an increasing number of programs, that help patients to return to work (RTW) after rehabilitation. While programs which take place during medical rehabilitation are well developed and evaluated, a small number of programs and research focuses on the time after medical rehabilitation. The pilot project "MB Reha Südbaden" offers patients in medical rehabilitation a Job Coach, who assists their RTW over one year. The MB Reha Südbaden is provided by the Zentrum für Beruf + Gesundheit in Bad Krozingen, in cooperation with the clinics Glotterbad and Rheintal (and since 2011 Reha Süd Freiburg and Rehaklinikum Bad Säckingen). The aim of this study is to evaluate this project.

Methods: This evaluation faces formative and summative questions. In a multi-method approach, this evaluation study focuses on diverse stakeholders, such as patients, the provider of the program, the sponsor and the cooperating clinics. We interviewed stakeholders (n=22) with a problem focused guided interview. Participants of MB Reha Südbaden (n=10) were interviewed 5-6 times during a time period of one year of coaching. For a summative evaluation we conducted a longitudinal quasi-experimental questionnaire study: Patients from five clinics answered the first questionnaire during their rehabilitation (N=658) and the second one year later (n=463). Within this samples were n_{T1} =68 respectively n_{T2} =38 participants of MB Reha Südbaden. They were compared with a matched comparison group (n=38) on occupational, health and psychological outcomes.

Results: Stakeholders support the concept and confirm the need for the evaluated program. MB Reha Südbaden is well integrated in the rehabilitation clinics. Modifications in selection of the patients, the training of the clinic staff and the financing could improve the program. Data of the questionnaire show, that the Coaching helped some patients to return to work. Differences between the groups are not statistically significant. Patients state in the interviews, that MB Reha Südbaden gives them emotional support, especially in the time after medical rehabilitation.

Discussion: MB Reha Südbaden gives early support for RTW to patients in and after medical rehabilitation. It offers a job-related aftercare, to bridge the gap between medical rehabilitation and RTW. The program is altogether well implemented. To answer the question of the program's effectiveness, a randomized controlled trial with a bigger sample should be conducted.

INHALT

1.	THEOR	RETISCHER HINTERGRUND	8	
	1.1. Einleitung 1.2. Bedarf an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen			
	1.3. Berufsbezogene Reha-Maßnahmen			
	1.3.1.	Medizinisch-Beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)	12	
	1.3.2.	Medizinisch-Berufliche Rehabilitation (MBR)	15	
		Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	15	
	1.3.4.	Berufsbezogene Nachsorgekonzepte	17	
	1.4. Stand	l der Forschung und Forschungsbedarf	19	
2.	"MEDI	ZINISCH - BERUFLICHE REHA SÜDBADEN"	26	
3.	EVALU	JATIONSDESIGN UND METHODIK	31	
	3.1. Einlei	tung	31	
	3.2. Ziele	und Fragestellungen	34	
	3.3. Evaluationsdesign			
	3.4. Interviewerhebungen			
	3.4.1.	Interviews mit Klienten	39	
	3.4.2.	Interviews mit Stakeholdern	42	
	3.4.3.	Auswertung der Interviews	44	
	3.5. Fragebogenerhebungen		46	
		Erhebungsinstrumente	46	
		Rekrutierung und Durchführung	50	
	3.5.3.	0 0 11	51	
	3.5.4. 3.5.5.	Auswertung der Fragebogendaten Stichprobe und Drop-out	54 55	
4.	ERGEI	BNISSE	60	
	4.1. Beda	rf, Ziele und Indikationskriterien	61	
		Bedarf am Berufscoaching	61	
		Erwartungen und Ziele der Stakeholder und der Klienten	63	
		Indikationskriterien	64	
	4.2. Evalu	ation der Durchführung	67	
		Umsetzung des Berufscoachings	67	
		Förderliche & hinderliche Faktoren für die Durchführung des Berufscoachings	71	
	123	Verhesserungswünsche und -vorschläge	75	

4.3. Akzeptanz und Bewertung	78
4.4. Aufwand und Effekte	83
4.4.1. Einschätzungen des Aufwands im Verhältnis zum Nutzen	83
4.4.2. Effekte des Berufscoachings	85
4.4.3. Zielerreichung aus Sicht der Klienten und Stakeholder	92
5. ZUSAMMENFASSUNG	96
6. DISKUSSION	103
6.1. Inhaltliche Diskussion	103
6.2. Diskussion des Designs und der Forschungsmethodik	107
6.3. Veränderungen des Programmes während der Evaluation	113
6.4. Bezug zur Evaluationsforschung	114
6.5. Weiterentwicklung und Transfer des Programms	116
7. LITERATUR	120
8. ANHANG	133
8.1. TeilnehmerInneninformation	134
8.2. Einverständniserklärung Fragebögen	136
8.3. Fragebögen	137
8.4. Einverständniserklärung Interviews	152
8.5. Interviewleitfäden	153
8.6. Interviewpartner, Anzahl und Dauer der Interviews	159
8.7. Liste der Zuweisungskriterien für MB Reha Südbaden	160
9. PROJEKTINFORMATIONEN	161
10. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	163

1. THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1. Einleitung

Rehabilitation hat das Ziel, die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erhalten oder wiederherzustellen (Deutsches Rehabilitationsrecht, Sozialgesetzbuch I). Pflegebedürftigkeit oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sollen vermieden werden. Rehabilitationsmaßnahmen treten dann in Kraft, wenn ein Gesundheitsschaden vorhanden ist und die gesellschaftliche Teilhabe in Beruf und Gesellschaft erkennbar oder sogar erheblich gefährdet bzw. gemindert ist (Morfeld & Koch, 2007). Größter Träger von Rehabilitationsmaßnahmen ist die gesetzliche Rentenversicherung (GRV). Sie erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhaben am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen um "(1) den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und (2) dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern" (§ 9 SGB VI). Schon seit Anfang der Rehabilitation zu Beginn des 20. Jahrhunderts stand die Ausrichtung auf die individuelle berufliche Tätigkeit mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung im Zentrum der Rehabilitation (Schönle, 2007). In Zeiten der Vollbeschäftigung bzw. einer entspannten Arbeitssituation in Deutschland konnte dieses Ziel mit dem Instrument der medizinischen Rehabilitation meist erreicht werden. In den stationären Einrichtungen wurden hauptsächlich die medizinischen Probleme fokussiert mit der Annahme, dass eine symptomorientierte Behandlung die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dauerhaft wieder herstellt (Koch, 2007). Ergänzende Rehabilitationsleistungen wie berufliche Rehabilitation oder Nachsorge mit engerem Bezug zur konkreten Erwerbssituation waren nicht in großem Umfang erforderlich (Hansmeier & Karoff, 2000). Über den Bereich der medizinischen Rehabilitation hinaus blieben deswegen Entwicklungsund auch Forschungsaktivitäten aus. Aufgrund des sozialökonomischen Wandels mit veränderten sozialrechtlichen Regularien und neuen Anforderungen an die Rehabilitation erfährt diese "offenkundig defizitäre Situation" (Hansmeier & Karoff, 2000, S. 167) seit einigen Jahren eine stärkere Wahrnehmung in der rehabilitationswissenschaftlichen Diskussion. Zunehmend wird die Notwendigkeit von ergänzenden medizinisch-beruflichen und/oder beruflichen Maßnahmen thematisiert. Unterstützt wird die Forschung innerhalb der Rehabilitation durch den 1996 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutsche Rentenversicherung (damals Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR) eingerichteten Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" (Haaf & Schliehe, 2000). Die Rehabilitationsforschung hat seitdem einen starken Schub erhalten: Durch die acht geförderten regionalen Forschungsverbünde sind Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung gestiegen. Darüber hinaus konnte sich das Fach Rehabilitation an Universitäten und Hochschulen und als wissenschaftliche Disziplin etablieren (Pimmer & Buschmann-Steinhage, 2009). Die Praxis und Forschung konzentrierte sich bislang aber vor allem auf die berufsbezogenen Angebote innerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation. Zu berufsbezogenen Maßnahmen im Anschluss an die stationäre Rehabilitation gibt es nur wenige Konzepte und auch in der Forschung wurde dieses Thema bisher vernachlässigt. Werden Nachsorgemaßnahmen angeboten, bestehen häufig zeitliche Lücken zwischen dem Klinikaufenthalt und dem Beginn der anschließenden Maßnahme (Schutzeichel & Hirschler, 2004). Vor diesem Hintergrund wurde in der vorliegenden Dissertation eine berufsbezogene Reha-Maßnahme, die "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden" (MB Reha Südbaden), wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die MB Reha Südbaden wird vom Zentrum Beruf und Gesundheit (ZBG) in Bad Krozingen in enger Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken Glotterbad und Rheintal (inzwischen auch Reha Süd Freiburg, RehaKlinikum Bad Säckingen) durchgeführt. Sie stellt Patienten in stationärer Rehabilitation einen Berufscoach zur Seite, der sie bei der beruflichen Wiedereingliederung bzw. dem Übergang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bis zu ein Jahr lang begleitet. Dieses Berufscoaching ist ein innovatives Angebot, das eine Ergänzung zu den bereits bestehenden Angeboten der Medizinisch-beruflich orientierten (MBOR), der Medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBR) sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) darstellt. Es beginnt bereits in der Klinik und geht dann ohne Bewilligungs- und Übergangszeiten in die Nachbetreuung über. Die Evaluation wurde von der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg durchgeführt, der Projektbericht wurde im Juni 2013 dem Auftraggeber (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg) vorgelegt. Die vorliegende Arbeit beruht zu Teilen auf diesem Abschlussbericht.

Im Folgenden werden der Bedarf an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen (1.2.), die aktuelle Landschaft der berufsbezogenen Maßnahmen innerhalb der deutschen Rehabilitation (1.3.) sowie der Forschungsstand und -bedarf (1.4.) beschrieben. Bei dieser Themenauswahl mag die Frage aufkommen, warum die Indikationsgruppen der Evaluationsteilnehmer (orthopädisch und psychosomatisch) nicht im Detail berücksichtig werden. Dazu sei angemerkt, dass die interessierende Intervention indikationsunspezifisch konzipiert ist. Deswegen wird im theoretischen Hintergrund nicht auf die Besonderheiten der Orthopädie bzw. Psychosomatik eingegangen. Es wurde aber bei der Auswahl der Forschungsliteratur in besonderem Maße die Forschung dieser beiden Indikationsgebiete berücksichtigt.

1.2. Bedarf an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen

Gesundheitsassoziierte berufliche Problemlagen sind eine allgemeine Voraussetzung für den Erhalt rehabilitativer Leistungen. Das Ausmaß dieser Problemlagen variiert aber von Rehabilitand zu Rehabilitand (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009). Ein Bedarf an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen ist deswegen nicht bei allen Rehabilitanden gleichermaßen festzustellen. Berufsbezogene Reha-Maßnahmen sind sinnvoll bei Rehabilitanden, "die eine deutliche Diskrepanz zwischen der eigenen Leistungsfähigkeit und den Anforderungen am aktuellen oder letzten Arbeitsplatz besitzen", bei denen also eine "besondere berufliche Problemlage" vorliegt (Streibelt, 2010, S. 5).

Definition 1: In der Dissertation wird im Sinne einer Arbeitsdefinition von "berufsbezogenen Reha-Maßnahmen" gesprochen, wenn Maßnahmen innerhalb der Rehabilitation gemeint sind, die sich mit beruflichen Fragen beschäftigen.

Definition 2: Personen mit "**Besonderer Beruflicher Problemlage" (BBPL)** werden über folgende Kriterien definiert (Radoschewski, Müller-Fahrnow, Thode & Tesmer, 2006, S. 18):

- Leistungsfähigkeit (LF) in der letzten Tätigkeit weniger als 3 Stunden / Tag und allgemeine LF weniger als 3 Stunden / Tag
- LF in der letzten T\u00e4tigkeit weniger als 6 Stunden und allgemeine LF mehr als 3-6 Stunden / Tag
- AU-Zeiten innerhalb der letzten 12 Monate länger als 3 Monate
- Arbeitslosigkeit vor Antragstellung.

Nach den Kriterien für BBPL weisen 31% der Patienten in somatischen und 47% der Patienten in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen eine besonders ausgeprägte berufliche Problemlage auf – Tendenz steigend (Hillert, Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009; Radoschewski et al., 2006).

Um den berufsbezogenen Maßnahmen die passenden Rehabilitanden zuzuweisen, sollten BBPL prognostiziert und diagnostiziert werden (Streibelt, 2010). Dazu wurden drei Screenings entwickelt und überprüft. Screenings dienen der Ermittlung des Bedarfs an berufsbezogenen Maßnahmen mit Hilfe einer relativ groben, aber eindeutigen Klassifizierung der Patienten in Gruppen mit und ohne solcher Problemlagen (Streibelt, 2010). Die drei Instrumente sind das "Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation" (SIBAR; Bürger & Deck, 2009), das "Screening-Instrument zur Erkennung eines MBOR-Bedarfs" (SIMBO; Streibelt, Gerwinn, Hansmeier, Thren & Müller-Fahrnow, 2007) sowie das "Würzburger Screening" (WS; Löffler, Wolf, Gerlich & Vogel, 2008). Diese drei Screening-Instrumente werden auf der Internetseite http://www.medizinisch-beruflicheorientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/dia

gnostik-screening (Zugriff 07.08.2013) vorgestellt und stehen zum Download bereit. Alle drei Screenings erheben die sozialmedizinische Problematik (Erwerbsstatus, Arbeitsfähigkeit, Fehlzeiten), subjektive berufliche Prognose die die sowie berufsbezogene Therapiemotivation und -erwartung (Streibelt, 2010). Das SIBAR und das Würzburger Screening fragen darüber hinaus nach den beruflichen Belastungen. SIBAR und SIMBO integrieren zusätzlich die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Alle MBOR-Screenings können gute bis sehr gute psychometrische Werte hinsichtlich Reliabilität, Konstrukt- und prädiktiver Validität aufweisen (vgl. Tabelle 4 bei Streibelt, 2010). Die Übereinstimmung mit der Einschätzung sozialmedizinischer Experten auf Leistungsträgerebene ist allerdings nur gering bis moderat ausgeprägt. Das bedeutet, dass die Stärke solcher Screenings in einer zeitstabilen Identifikation von Personen liegt, die a) sich selbst ebenfalls einer solchen Risikogruppe zuordnen würden und b) erhebliche Schwierigkeiten bei der zukünftigen beruflichen Reintegration haben werden.

Bisher spielen Screenings nur eine kleine Rolle in der Identifikation und Zuweisung von Patienten mit BBPL. Nur die Hälfte der Einrichtungen in Psychosomatik und Neurologie berichten vom Einsatz der Screening-Verfahren, in anderen Fachgebieten ist der Anteil deutlich geringer (Radoschewski et al., 2006). Eine mindestens genauso wichtige Funktion kommt in der Praxis den Ärzten bzw. Zuweisern zu, die in der Regel in Anamnesegesprächen die Indikation der Patienten abklären.

1.3. Berufsbezogene Reha-Maßnahmen

Die Rehabilitation wird in den letzten Jahren zunehmend um berufsbezogene Maßnahmen in und nach der stationären Rehabilitationsbehandlung ergänzt (z.B. Rollnik & Allmann, 2011). Bezüglich der Interventionsbausteine, Beschreibungen und Definitionen besteht jedoch noch wenig Klarheit: Es fehlen einheitliche Beschreibungen und Definitionen (Neuderth, Gerlich & Vogel, 2009). Nachfolgend werden die in der Literatur etablierten Begrifflichkeiten "Medizinisch-Beruflich orientierte Rehabilitation" (MBOR), "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation" (MBR) und "Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben" (LTA) vorgestellt (Abbildung 1.1). Die MBOR (1.3.1.) setzt während der medizinischen Rehabilitation in Rehabilitationskliniken ein. Die MBR (1.3.2.) wird in dafür spezialisierten Einrichtungen für besonders stark beeinträchtigte Personen durchgeführt und umfasst medizinische wie berufliche Leistungen. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (1.3.3.) sind nicht-medizinische Hilfen bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben. Der weit gefasste Leistungskatalog geht von Hilfsmitteln am Arbeitsplatz bis hin zu Umschulungen. Da die evaluierte Maßnahme die Zeit nach der

medizinischen Rehabilitation fokussiert, wird in Kapitel 1.3.4. auf die Maßnahmen zur Verzahnung und beruflichen Nachsorge eingegangen.

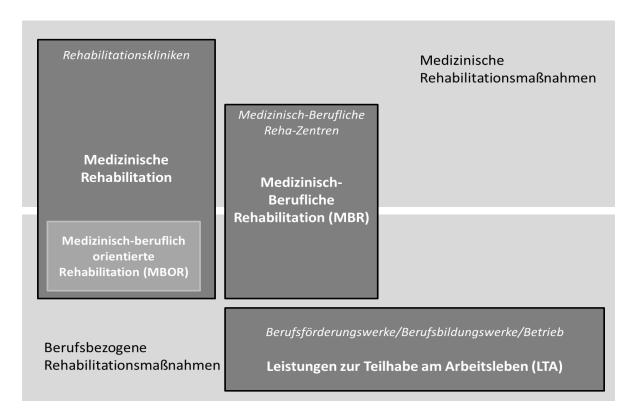


Abbildung 1.1: Überblick über die medizinischen und berufsbezogenen Reha-Maßnahmen

1.3.1. Medizinisch-Beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Die Medizinisch-Beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR oder MBO) ist keine eigenständige Leistungsart innerhalb der Rehabilitation (Streibelt, 2010). Sozialrechtlich und versorgungsorganisatorisch ist sie der medizinischen Rehabilitation zugeordnet (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2006) und wird in der Regel in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt (Vgl. Abbildung 1.1). Streibelt (2010) definiert die MBOR als "medizinische Rehaleistungen (...), denen gemeinsam ist, dass sie explizit auf die für die Ausübung des Berufs relevanten personalen Ressourcen und den beruflichen Kontext ausgerichtet sind" (S. 5). Damit berücksichtigt die MBOR explizit besondere berufliche Problemlagen in Diagnostik und Therapie. Es sollen gesundheitsrelevante Faktoren des Arbeitslebens identifiziert werden und darauf zugeschnittene Leistungen angeboten werden, die gezielt auf Arbeit und Beschäftigung ausgerichtet sind. Den Rehabilitanden soll zum Verbleib im Beruf bzw. zur Wiedereingliederung verholfen werden (Gerlich, Neuderth & Vogel, 2008).

Die MBOR hat sich in ihrer jetzigen Form schrittweise innerhalb der medizinischen Rehabilitation herausgebildet. Zunächst gab es die Arbeitstherapie und die Belastungserprobung als

gesetzlich benannte Maßnahme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 SGB IX). In den letzten Jahren haben viele Rehabilitationskliniken andere berufsbezogene Bausteine in Diagnostik und Therapie hinzugefügt. Das Spektrum reicht von Beratung als weniger aufwändiges Angebot bis hin zu intensiven Belastungserprobungen und berufsrealitätsnahen Arbeitstherapien mit größerem Organisationsaufwand und Ressourceneinsatz. Gerlich und Kollegen (2008) betrachten folgende Elemente als Kernmaßnahmen der MBOR:

- Arbeitstherapie
- Belastungserprobung
 - Tätigkeitsspezifische (interne) Belastungserprobung
 - Berufsspezifische (externe) Belastungserprobung
 - Berufliche Belastungserprobung in der Psychosomatik
- Berufsbezogene Einzelberatung im Rahmen der Sozialarbeit
- Gruppen mit berufsbezogenen Themen
- Vermittlung / Nachsorge / Kontakte
- Motivierung zur Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Themen
- Berufliche Orientierungsmöglichkeit.

MBOR-Maßnahmen sind nicht für alle Rehabilitanden indiziert, sondern werden abhängig vom Bedarf zugewiesen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) stellte 2000 eine Liste an Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an MBOR-Maßnahmen zusammen (Neuderth & Vogel, 2000): positive medizinisch-berufliche Perspektive, psychische Stabilität, die Notwendigkeit einer neuen beruflichen Perspektive aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen, Kommunikationsfähigkeit und Mobilität, Progredienz der Erkrankung und Rente(nbegehren). Stärker an der Praxis orientiert sind die Einschlusskriterien von Streibelt (2010), der die ab 1997 veröffentlichten berufsbezogenen Klinikkonzepte hinsichtlich ihres Auswahlalgorithmus untersucht: Zentral sei die Arbeitslosigkeit in Kombination mit Arbeitsunfähigkeitszeiten als Auswahlkriterium. Weiter spielen Rentenbegehren bzw. Zeitrente, funktionale Defizite bzw. gesundheitsbezogene berufliche Beeinträchtigungen, das Alter, die berufliche Prognose, vom Patienten genannte berufliche Probleme, Belastungen und Arbeitsunzufriedenheit und die Motivation der Patienten zu berufsbezogenen Maßnahmen eine Rolle (Streibelt, 2010). Die Analyse von Entlassberichten (Radoschewski et al., 2006) zeigte, dass der Erhalt direkt berufsbezogener Leistungen noch überwiegend von der Klinik und weniger vom Bedarf abhängig war. Es bestanden zwar Unterschiede zwischen den Indikationsgebieten, die Differenzen zwischen den Kliniken waren aber wesentlich größer. Die Ausprägung der beruflichen Problemlage hatte insgesamt wenig Einfluss auf den Einsatz berufsbezogener Maßnahmen (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009).

Die Entwicklungen der letzten Jahre innerhalb der MBOR gehen auf die besondere Förderung durch die gesetzliche Rentenversicherung zurück (Hansmeier & Schliehe, 2009). Inzwi-

schen arbeiten viele Einrichtungen mit berufsbezogenen Ansätzen, ihre Konzepte sind nach Bürger (2006) zumeist selbst entwickelt, selten manualisiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nur wenig untersucht. Auf Grundlage von Eigenangaben der Kliniken schließt er, dass es keine flächendeckenden Angebote für MBOR-Maßnahmen gebe. Um diesen Zustand zu verbessern, wurde von der Würzburger Gruppe um Neuderth, Gerlich und Vogel (2008) das Projekt "Systematischen Sammlung und wissenschaftliche Bewertung von Interventionsbausteinen zur gezielten Bearbeitung beruflicher Problemlagen während der medizinischen Rehabilitation" durchgeführt. Sie untersuchen den Stand der eingesetzten berufsbezogenen Maßnahmen in allen bundesweiten ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung und beschrieben die bestehenden Maßnahmen ausführlich in einem Praxishandbuch (Löffler et al., 2012), einschließlich Internetpräsenz (www.medizinisch-berufliche-orientierung.de; Zugriff 07.08.2013). Inhalte, Ziele, Durchführungsmodalitäten, Methoden und Dauer dieser Angebote sowie eine Zusammenstellung von Praxisbeispielen solcher MBOR-Maßnahmen sind hier beschrieben. Dies soll Reha-Einrichtungen bei der Weiterentwicklung ihrer berufsorientierten Angebote helfen. Evaluationsstudien zur MBOR zeigten sich Effekte in Hinblick auf Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustandes (Bethge & Müller-Fahrnow, 2008), der Vermeidung von Fehlzeiten (Bethge, 2010) und der Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung (Kittel & Karoff, 2008).

In Bezug auf die hier zu evaluierende Maßnahme sei betont, dass sich die MBOR lediglich auf Leistungen während der stationären Rehabilitation bezieht. Nachsorgemaßnahmen sind also kein Element dieses Konzepts. Es ist jedoch die Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen, ein Schnittstellenmanagement zu etablieren, das bedarfsgerecht und zeitnah in berufsbezogene Nachsorgemaßnahmen vermittelt (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009). So können bereits während der medizinischen Rehabilitation die unter 1.3.3. beschriebenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben initiiert werden. Diese werden allerdings zumeist erst nach der stationären Rehabilitation eingeleitet, was zu Wartezeiten führt (Hansmeier, 2009).

1.3.2. Medizinisch-Berufliche Rehabilitation (MBR)

Die Medizinisch-Berufliche Rehabilitation (MBR) gehört ebenfalls zu den erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie unterscheidet sich von der MBOR in den Zielgruppen, den Angeboten sowie dem Ort der Leistungserbringung (Hansmeier & Schliehe, 2009). Die MBR bietet interdisziplinäre Förderung mit intensiver persönlicher Betreuung für Menschen mit schweren und komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, vor allem aus den Indikationsbereichen Neurologie und Psychiatrie. Sie ist besonders bei Personen sinnvoll, die schwere Leistungseinschränkungen, Lernstörungen, Störungen des Sozialverhaltens oder des Arbeitsverhaltens aufweisen (Korsukéwitz, 2007). Die MBR bildet das Bindeglied zwischen Medizinischer und Beruflicher Rehabilitation (Rollnik & Allmann, 2011). Im Wesentlichen wird mit Belastungserprobungen von sechs Wochen und Arbeitserprobungen von drei bis sechs Monaten gearbeitet, die zur Analyse von Ressourcen und Fähigkeitsstörungen sowie berufsbezogener Selbsterfahrung dienen sollen (Korsukéwitz, 2007). Die Leistungen werden in eigens für die MBR konzipierten Rehabilitationszentren erbracht ("Einrichtungen der Phase II" oder "Einrichtungen der Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation"; Hansmeier & Schliehe, 2009). Diese bieten sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Die derzeit 30 akkreditierten Einrichtungen in Deutschland (Stand im Juli 2013) sind zusammengeschlossen in der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren. Die Einrichtung, die das hier untersuchte Angebot MB Reha Südbaden durchführt, zählt ebenfalls zu den Phase II-Einrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinischberuflicher Rehabilitationszentren.

1.3.3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden vor dem SGB IX im Jahr 2001 als berufliche Rehabilitation bezeichnet. Unter LTA versteht man nicht-medizinische Leistungen zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben (Pimmer & Buschmann-Steinhage, 2009; vgl. Abbildung 1.1). Dies gilt vor allem für Beeinträchtigungen, die langfristig schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Teilhabe in Beruf und Alltag haben. Im Rahmenkonzept zu LTA betont die Deutsche Rentenversicherung (2009), dass es nicht nur um die Vermeidung von Erwerbsminderungsrente geht, sondern um die Erhöhung der Selbstbestimmung der Betroffen durch die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben. Der Katalog an LTA ist weit gefasst: Er umfasst Sachleistungen (z.B. Übergangsgeld, Versicherung, technische Arbeitshilfen) oder Dienstleistungen (z.B. Bera-

tung, Umschulung; Hansmeier, 2009). Die Deutsche Rentenversicherung Bund (2011, S. 33) definiert LTA wie folgt:

"Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu bessern oder wiederherzustellen und ihnen eine berufliche Wiedereingliederung auf Dauer zu ermöglichen. Die Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes hat dabei Vorrang.

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes inkl. Kraftfahrzeughilfen, um trotz Behinderung/Einschränkung den Arbeitsplatz erreichen zu können
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen der Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung
- Berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung wie z. B. Umschulungen
- Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit
- Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)".

Durch diesen Leistungskatalog soll flexibel auf die individuellen Anforderungen der Rehabilitanden eingegangen werden. Zunächst wird versucht, den vorhandenen Arbeitsplatz z.B. durch technische Hilfen zu sichern (Erbstößer, Verhorst, Lindow & Klosterhuis, 2008). Ist dies nicht möglich, wird durch eine Bildungsleistung eine berufliche Neuorientierung eingeleitet. An der Anzahl der bewilligten Leistungen kann man einen Trend hin zu arbeitsplatzsichernden Maßnahmen ablesen: In 2007 fielen 30% aller LTA auf Leistungen zur Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes und 24% auf berufliche Bildungsleistungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Bis 2004 war das Verhältnis eher umgekehrt (Erbstößer et al., 2008). Dies wird vor allem auf die bessere Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bzw. der MBOR zurückgeführt. Hierbei spielen die Reha-Fachberater eine zentrale Rolle, die den Eingliederungsprozess sowohl auf Seite der Versicherten als auch der Arbeitgeber begleiten. Laut DRV Bund (2011) sind sie die Nahtstelle zwischen Rehabilitanden, Leistungsträgern, Leistungserbringern und Betrieben. Als spezielle Einrichtungen, die berufliche Rehabilitationsleistungen erbringen, sind Berufsförderungswerke (BFW), Berufsbildungswerke (BBW), Berufliche Trainingszentren (BTZ), Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, Einrichtungen der ambulanten Arbeitstherapie, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und Integrationsfirmen zu nennen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Als Träger von LTA treten nicht nur die gesetzlichen Rentenversicherungen auf, sondern auch die Bundesagentur für Arbeit, die Unfallversicherung, die Sozialhilfe und andere (Hansmeier, 2009). Die Nutzung von LTA nimmt stetig zu: Zwischen 2004 und 2007 verdoppelten sich diese Leistungen auf über 50 000 (Erbstößer et al., 2008). Die Ansätze zur Qualitätssicherung stehen allerdings hinter denen der medizinischen Rehabilitation zurück (Schröder, Knerr & Wagner, 2009). Deswegen wurde im Jahr 2004 vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger ein Rahmenkonzept "Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" (Verhorst, Erbstößer & Nischan, 2004) vorgestellt. Dazu erhalten inzwischen alle Teilnehmer ein halbes Jahr nach Ende der Bildungsleistung den

2006 entwickelten "Berliner Fragebogen" (Erbstößer, Klosterhuis & Lindow, 2007), der Fragen zur Struktur der Bildungseinrichtung, dem Reha-Prozess und zu Ergebnissen beinhaltet. In der Befragung von 2009-2010 waren 53% der Teilnehmer von Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken mit der Maßnahme sehr zufrieden und etwa die Hälfte der Teilnehmer war ein halbes Jahr danach in einem Beschäftigungsverhältnis, die Hälfte von diesen in einem unbefristeten (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012).

Als ein Beispiel für eine LTA sei das Programm "RehaStep" genannt, das ein gemeinsames ambulantes Angebot der Berufsförderungswerke Baden-Württembergs ist (Groß, 2009). Es bietet Menschen mit Behinderungen eine umfassende medizinische, psychosoziale und fachliche Begleitung. In den ersten drei Monaten des Programms geht es um die Entwicklung einer Integrationsstrategie und einer beruflichen Perspektive. In den folgenden sechs Monaten werden betriebliche Qualifizierungen durchgeführt, ergänzt durch externe Schulungen oder Angebote der Berufsförderungswerke. Während der gesamten Maßnahme wird ein durchgängiges Coaching angeboten (Groß, 2009).

1.3.4. Berufsbezogene Nachsorgekonzepte

Ein Mittel zur Sicherstellung des Erfolgs der medizinischen Rehamaßnahmen bieten aus dem stationären Aufenthalt hervorgehende (=poststationäre) nachsorgende Maßnahmen. Die gesetzlichen Rentenversicherungen sowie einzelne Kliniken entwickelten Nachsorgekonzepte, die auf Erhaltung der medizinischen Rehaerfolge bzw. weitere Verfolgung der medizinischen Rehaziele abzielen. Es gibt z.B. die INA (Intensivierte Nachsorge für arbeitsunfähige Patienten; Karoff, Röseler, Lorenz & Kittel, 2000) und die IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge; Lamprecht, Behrens, Mau & Schubert, 2011) der DRV Bund oder das Ambulante Stabilisierungsprogramm (ASP) der DRV Baden Württemberg. Von Kliniken wurden Nachsorgeprogramme entwickelt und erprobt, die auf unterschiedlichen Kontaktarten beruhen: Es gibt die face-to-face Nachsorgeprogramme in Einzel- oder Gruppengesprächen wie das von der Fachklinik Bad Dürkheim (Bischoff, Gönner, Ehrhardt & Limbacher, 2005). Alternativ wird eine telefonische Unterstützung von Patienten nach Entlassung aus der Rehabilitation angeboten, wie in der Klinik Teutoburger Wald (Adipositas; Köpke, 2005) und der Rehabilitationsklinik Schloss Bad Buchau (Psychosomatik; Braunger, Kubiak, Müller, Wietersheim & Oster, 2013). kommen computergestützte Ansätze hinzu, wie durch universelle Trainingsassistenten in der Fachklinik Herzogenaurach (Köpke, 2005) oder durch web-basierte Nachsorge in der der psychosomatischen Fachklinik St. Franziska Stift in Bad Kreuznach (Reiser, Rüddel & Jürgensen, 2013).

Die genannten Nachsorgekonzepte zielen vor allem auf die Sicherung der medizinischen Ziele des Reha-Aufenthaltes ab. Im psychosomatischen Indikationsgebiet beinhaltet dies noch am ehesten berufliche Themen (z.B. Stressbewältigung am Arbeitsplatz). Die DRV bietet als gezielte Hilfe zur Rückkehr an den Arbeitsplatz die *Stufenweise Wiedereingliederung* an. In der Stufenweisen Wiedereingliederung werden die Patienten schrittweise mit ansteigender Stundenzahl an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Dies beinhaltet allerdings keine qualitativen Änderungen des Arbeitsplatzes. Zudem bietet die Stufenweise Wiedereingliederung keine Hilfe für die Personen, die nicht an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können oder keinen Arbeitsplatz hatten.

Deutlich wird, dass insbesondere eine Begleitung für den beruflichen Einstieg nach medizinischer stationärer Rehabilitation fehlt. In eigener Literatur- und Internetrecherche fanden sich nur vereinzelte regionale oder internetbasierte Programme, die diese Unterstützung anbieten. Als Beispiel kann das Curriculum Hannover (Kobelt, Winkler & Petermann, 2011) genannt werden, das neben medizinischen auch berufsspezifische und verzahnende Elemente enthält. Im manualisierten Gruppenprogramm (25 Mal à 90min) sollen Strategien zur Frustrations- und Konfliktbewältigung im Alltag und Beruf erprobt werden und der Gruppenleiter fungiert als Fallmanager, der die Angebote anderer Professionen (Ärzte, Psychotherapeuten, Reha-Fachberater, Beratungsstellen) koordiniert (Kobelt et al., 2011). Dies kann berufliche Themen beinhalten; die Angebote sind aber nicht spezifisch auf berufliche Fragen ausgerichtet. Ausschließlich auf berufliche Fragen ausgerichet ist die "BERUNA" (Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge; Huber, Kittel J., Karoff J. & Karoff M., 2011; Kittel & Karoff, 2008). Sie will während des stationären kardiologischen Aufenthalts in psychotherapeutischen Gesprächen und Beratungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Motiviation zur Rückkehr zur Arbeit stärken. In der Nachsorge können die Rehabilitanden innerhalb von sechs Monaten an jeweils vier therapeutisch begleiteten Nachsorgetreffen in der jeweiligen Klinik teilnehmen (Huber, Karoff M., Kittel, Hoberg & Hoerschelmann, 2010). Zudem wird aktuell das "Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA)" entwickelt und evaluiert (Zwerenz et al., 2013). Von einer Patientenschulung zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz ("GSA-stationär") während der Klinik wird zu einem dreimonatigen Nachsorgeangebot ("GSA-online") übergeleitet. GSA-online ist eine Internetseite mit psychoedukativem Patientenforum und Betreuung durch Online-Therapeuten beim Schreiben regelmäßiger Wochenberichte (Zwerenz et al., 2013).

1.4. Stand der Forschung und Forschungsbedarf

Nationaler Forschungsstand

Im Jahr 2000 wurden bei einer Expertentagung drei Forschungsziele zur Berufsorientierung der medizinischen Rehabilitation formuliert (Müller-Fahrnow, Greitemann, Radoschewski, Gerwinn & Hansmeier, 2005): Das erste ist die Entwicklung und Evaluation von Methoden und Instrumenten, welche die spezifische und individuelle berufliche Problematik der Rehabilitanden herausstellen. Das zweite ist die Entwicklung und Verbreitung spezifischer berufsorientierter Rehabilitationsangebote zum Wiedereinstieg ins bzw. Verbleib im Berufsleben (Pimmer & Buschmann-Steinhage, 2009). Als drittes Ziel sollen zeitliche Lücken zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation geschlossen werden. Dies soll entweder durch verstärkte berufliche Elemente während der medizinischen Rehabilitation oder durch einen schnelleren Übergang erreicht werden.

- 1. Entwicklung von Methoden, zur Identifikation der beruflichen Problematik: Das erste Ziel wurde mit der Entwicklung von Screeninginstrumenten zur Identifikation von BBPL beantwortet (Vgl. Kapitel 1.2.). Die Entwicklung von Screenings auf die Forderung nach Methoden und Instrumenten zur Identifikation von Patienten mit beruflichen Problemlagen ist zwar eine sinnvolle Antwort, sie sollte aber auch nicht die einzige Antwort sein. Wie auch bei der evaluierten Maßnahme zu sehen sein wird, spielen Screenings nur eine (und oft kleine) Rolle bei der Identifikation von BBPL-Patienten und bei der Zuweisung zu den entsprechenden Angeboten. Eine in der aktuellen Praxis mindestens genauso wichtige Funktion kommt den Ärzten bzw. Zuweisern zu, die in der Regel in Anamnesegesprächen die Indikation der Patienten für ihre Angebote abklären. Auf diesen Prozess wurde bislang wesentlich weniger geblickt. In einer Literaturrecherche von seit 1997 veröffentlichten berufsbezogenen Klinikkonzepten stellte Streibelt (2010) die Auswahlalgorithmen der Zuweiser zusammen. Er bemerkt, dass die klinikspezifischen Ansätze zur Identifikation von Risikopatienten heterogen seien und auf die Therapieplanung innerhalb der Maßnahme ausgerichtet seien. In dieser Studie wurden aber nur die Konzepte betrachtet; die Art und Weise, wie die Zuweisung in der Praxis tatsächlich verläuft und welche Kriterien die Zuweiser dabei zu Rate ziehen, ist dagegen noch nicht untersucht worden. Diese Fragen werden in dieser Arbeit untersucht.
- 2. Entwicklung und Verbreitung von berufsorientierten Rehabilitationsangeboten: Im letzten Jahrzehnt wurden verschiedene berufsbezogene Angebote in der medizinischen Rehabilitation entwickelt (Kap. 1.3.1). Sie sind am stärksten in der Psychosomatik und Sucht verbreitet (Gerlich et al., 2008). Die Interventionsbausteine sind sehr verschieden in ihren Inhalten, der Intensität, der Zielgruppe und der Darreichungsform. Es wurde die Wirksamkeit verschiedener Modelle überprüft, die entweder als spezifische Angebote einer Klinik mit Einbezug aller

Patienten oder als Angebote für ausgewählte Patienten z.B. spezifischer Indikationen konzipiert sind (Hillert et al., 2009; Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2006). Die Nachweise der Wirksamkeit von berufsbezogenen Interventionen sind insgesamt lückenhaft; vor allem Langzeituntersuchungen bezüglich des nachhaltigen Nutzens der Maßnahmen fehlen (Hillert & Koch, 2009; Zwerenz et al., 2013). Die übergreifende Evaluation wird dadurch erschwert, dass die Angebote häufig nicht beschrieben sind und sich bezüglich Entwicklungsstand, Begrifflichkeiten und Standards bezogen auf die Qualität und Mindestanforderungen unterscheiden (Neuderth et al., 2009). Effekte werden bisher vor allem an den harten Fakten, d.h. den Wiedereingliederungsraten festgemacht. Theorieorientierte Selbsteinschätzungsmaße wurden hingegen bislang wenig berücksichtigt. Zudem stehen bisher die berufsbezogenen Angebote innerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation (MBOR) im Fokus. Angebote zur berufsbezogenen Nachsorge stehen noch im Beginn der Entwicklung und Evaluation (Briest, Bieniek & Bethge, 2012; Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011; Koch, Lehmann & Morfeld, 2007; Köpke, 2007; Lamprecht et al., 2011). Von der DRV werden die LTA als Mittel zur Sicherung der Erwerbstätigkeit angeboten. Innerhalb von zwei Jahren nach beruflichen Bildungsmaßnahmen, als einer Form der LTA, steigt der Anteil der Beschäftigten an (31% nach 6 Monaten, 36% nach 12 Monaten, 42% nach 24 Monaten; Erbstößer et al., 2008) und die Arbeitslosenquote geht zurück. Die Anzahl von Erwerbsminderungsrentenbezieher steigt jedoch von einem auf sechs Prozent (Erbstößer et al., 2008). Wirksamkeitsstudien gibt es insgesamt aber nur wenige und sie sind methodisch nicht zufriedenstellend (Buschmann-Steinhage & Brüggemann, 2011; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012; Kobelt et al., 2011; Schröder et al., 2009).

Da im Rahmen der LTA keine Begleitung der Rehabilitanden angeboten wird, werden verschiedene Programme mit unterschiedlicher Intensität, Dauer und Medien (face-to-face, telefonisch, web-basiert) entwickelt und erprobt, die eine Begleitung anbieten (Beispiele Abschnitt 1.3.4.). Von einer allgemeinen Verbreitung dieser Angebote kann noch nicht gesprochen werden. Die Forschungsergebnisse zur medizinisch orientierten Nachsorge deuten darauf hin, dass sie die Symptombelastung und das Gesundheitsniveau verbessern können (Erler, Heyne & Neumann, 2013; Kobelt et al., 2011; Lamprecht et al., 2011; Reiser et al., 2013). Berufliche Parameter wie Leistungsfähigkeit, Fehlzeiten oder Berufsstatus können ebenfalls zum Teil beeinflusst werden (Braunger et al., 2013; Köpke, 2005). Die Wirksamkeit der Nachsorge ist von der Dauer der Nachbetreuung abhängig: Kontinuierliche, z.B. telefonische Betreuung ist erfolgreicher als einmalige Kontakte (Ernst, 2010). Der Anteil der Patienten, die an medizinischen Nachsorgeangeboten teilnehmen ist, mit einem Fünftel bis einem Viertel der Patienten allerdings gering (Braunger et al., 2013; Hentschke, Hofmann & Pfeifer, 2012; Kobelt et al., 2011; Köpke, 2005; Pfaudler, Hoberg & Benninghoven, 2013). Die berufs- und arbeitsweltbezogenen Nachsorgeempfehlungen der Kliniken werden beson-

ders selten von den Patienten umgesetzt (z.B. bei Umschulungen 8%; Gerdes, Bührlen, Lichtenberg & Jäckel, 2005). Die befragten Patienten nannten in freier Angabe vor allem die Umstände ihres Alltags als Hindernis für die Umsetzung und erbaten u.a. Unterstützung bei arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen und Motivationsverstärkung (Gerdes et al., 2005). Die Studien zu berufsbezogenen Nachsorgeprogrammen weisen eine in Anbetracht der Umstände zufriedenstellende Güte auf. Die Interventionsgruppe wird mit Kontrollgruppen verglichen, wenn möglich wird eine Randomisierung vorgenommen (z.B. Braunger et al., 2013; Deck, Schramm & Hüppe, 2012; Reiser et al., 2013; Zwerenz et al., 2013). Häufig sind die Teilnehmerzahlen allerdings durch die Bettenzahlen der Kliniken und die niedrige Teilnahmequote an Nachsorgemaßnahmen begrenzt, auch eine Kontrollgruppe ist nicht selbstverständlich. Die Ergebnisse zu berufsbezogenen Nachsorgeangeboten stehen noch aus (z.B. Huber et al., 2011; Zwerenz et al., 2013). An dieser Stelle ist auch diese Arbeit einzuordnen, die ein Angebot der berufsbezogenen Nachsorge evaluiert.

3. Zeitliche Lücken zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation schließen: Im Zuge der Stärkung beruflicher Maßnahmen entstehen bereits in der medizinischen Rehabilitation Überschneidungen zu Angeboten der medizinisch-beruflichen und beruflichen Rehabilitation. Es kommt zu deutlichen Schnittstellen in verfahrensrechtlicher (z.B. Antragsverfahren) sowie konzeptioneller Hinsicht (Hansmeier, 2009). Dennoch zeichnet sich durch einen zunehmenden ökonomischen Druck die Gefahr ab, dass die Einrichtungen der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation ihre Angebote weitgehend unabhängig voneinander verfolgen (Schliehe & Röckelein, 2001). Das gemeinsame Ziel der beruflichen Partizipation wird damit gefährdet. Ziel soll es sein, dass die Einrichtungen miteinander kooperieren, eine engere Verknüpfung schaffen und dadurch die Zeit zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahme verkürzen (Dhom-Zimmermann, Anton & Rüddel, 2012; Hansmeier, 2009). Allerdings entstehen durch den Prozess der Bewilligung von LTA weiterhin längere Wartezeiten zwischen medizinischer Rehabilitation und LTA. Bis der Antrag gestellt wird, vergehen bereits mehrere Wochen: In einer Studie von Schutzeichel und Hirschler (2007) sind es knapp zehn Wochen. Bis der Antrag bewilligt ist dauert es erneut vierzehn Wochen und bis sie dann beginnt weitere neun Wochen (Köpke, 2007). In der Studie von Dhom-Zimmermann, Anton und Rüddel sind es zwölf Wochen bis zur Bewilligung und 24 Wochen bis zum Beginn der Maßnahme (2012). Die langen Wartezeiten können die Rehabilitanden demotivieren, das Selbstbewusstsein mindern und soziale Regressionsprozesse verstärken (Bürger, 2006).

Um das Ausmaß der Zusammenarbeit zwischen medizinischen und berufliche Rehabilitationseinrichtungen einschätzen zu können, befragen Radoschweski und Kollegen (2006) Berufsförderungswerke zum Stand der Zusammenarbeit mit medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Die BFWs kooperieren mit mindestens zwei Kliniken aus dem regionalen Umfeld.

Trotz der Vernetzung erfolgt der Zugang zu den Bildungsmaßnahmen als wesentlicher Bestandteil der Arbeit von BFWs nur zu einem geringen Anteil (10%) direkt aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Durch die Entwicklung der Kooperation sind diese Anteile nur bei einem Viertel der BFWs leicht gestiegen, bei den anderen bleiben sie unverändert. Die Erreichung des Kooperationsziels, nämlich die Verkürzung der Zeit zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, kann allerdings aufgrund mangelnder Evaluationstätigkeit von den wenigsten BFWs beurteilt werden (Radoschewski et al., 2006).

Ein weiteres Mittel zum Umgang mit der Schnittstelle von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist die Nachsorge (s.o.; Niemeyer, Schaidhammer-Placke & Greitemann, 2012). Die MB Reha Südbaden ist ein Beispiel für eine Nachsorgemaßnahme, die ohne Wartezeiten in der medizinischen Rehabilitation beginnen kann. Es kann bei der Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation helfen, indem es zwischen beteiligten Parteien vermittelt (z.B. Rehabilitand, Arzt, Rehafachberater).

Auf politischer Ebene entstand das Paradigma der vernetzten bzw. integrierten Versorgung, das die medizinische und die berufliche Rehabilitation integrieren soll (Koch et al., 2007). Vor allem mit dem SGB IX ist der Trend zu einer prozessorientierten, vernetzten Betrachtung verstärkt worden. Seitdem hat die Rentenversicherung ihren Leistungskatalog um die stufenweise Wiedereingliederung, die Verstärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der sozialmedizinischen Begutachtung und die Regelung zur Feststellung eines frühzeitigen Rehabilitationsbedarfs erweitert (Koch et al., 2007). Es wird ein Wandel des therapeutischen Menschenbildes hin zur Berücksichtigung der beruflichen Perspektive in allen Bestandteilen der Rehabilitation gefordert (Hansmeier & Schliehe, 2009; Hillert & Koch, 2009). In der Praxis scheitert dies laut Küch (zit. nach Löffler, Gerlich, Lukasczik, Wolf & Neuderth, 2010) an der mangelnden Integration des Themas Berufsorientierung in der Ausbildung der für die Rehabilitation typischen Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Psychologie u.a.). Zusätzlich spiele die Sichtweise und Schwerpunktsetzung durch die Klinikleitung eine wesentliche Rolle (Löffler et al., 2010). Nachdem die Schnittstellenproblematik lange nur defizitorientiert betrachtet wurde, gibt es erste jetzt Ergebnisse eines Projekts zur Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten für die Schnittstellenprobleme (Pohontsch, Träder, Scherer & Deck, 2013).

Internationale Forschung zur beruflichen Reintegration

Für den Vergleich der deutschen Ergebnisse mit denen aus internationalen Studien ist zu beachten, dass das deutsche Rehabilitationssystem im internationalen Vergleich einmalig ist (Morfeld & Koch, 2007): Erstens ist in Deutschland die Rehabilitation eigenständig sozialrechtlich verankert; in anderen Ländern ist sie enger mit der akutmedizinischen Versorgung

verbunden. Eine zweite Besonderheit ist die Trägervielfalt und –zuständigkeit. In Deutschland wird die Maßnahme von dem Träger der sozialen Sicherung gezahlt, der auch das Risiko des Scheiterns der Maßnahme trägt (Prinzip der einheitlichen Risikozuordnung). Scheidet zum Beispiel ein Patient aufgrund der krankheitsbedingten Minderung seiner Erwerbsfähigkeit aus dem Erwerbsleben aus, so entfallen Beiträge zur Rentenversicherung. Als drittes Merkmal der deutschen Rehabilitation wir gezählt, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation überwiegend in stationären Einrichtungen erbracht werden, die indikationsspezifisch ausgelegt sind und multimodale, professionenübergreifende Leistungen anbieten. Zunehmend wird das stationäre Paradigma aber durch ambulante Rehabilitationszentren ergänzt (Morfeld & Koch, 2007). Diese Unterschiede können die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Studien im deutschen Rehabilitationssystem einschränken.

Interventionen zur beruflichen Wiedereingliederung: Wie in der deutschen Rehabilitation gibt es auch in den anderen westlichen Ländern eine Vielzahl an Interventionen, die bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach krankheitsbedingten Fehlzeiten helfen sollen. Sie beinhalten z.B. kognitiv-behaviorale Interventionen, gestufte Aktivität und Anpassungen am Arbeitsplatz (Hoefsmit, Houkes & Nijhuis, 2012). In der internationalen Forschung ist das Thema unter dem Begriff "Return to Work" (RTW) viel untersucht. Zum Beispiel untersuchen Hoefsmit, Houkes und Nijhuis (2012) in ihrem Review 23 Studien in Hinblick auf die wirksamen Bestandteile dieser Interventionen über alle Indikationen hinweg. Für die Rückkehr an den Arbeitsplatz sei es hilfreich, wenn Interventionen früh einsetzten (innerhalb der ersten sechs Wochen des Absentismus), multidisziplinär und manualisiert durchgeführt werden, und explizit die Rückkehr an den Arbeitsplatz thematisieren (durch Motivierung und/oder Arbeitsversuche). Hilfreich seien auch Kontaktaufnahmen mit Arbeitgebern (Hoefsmit et al., 2012). In einem narrativen Review zeigen Carroll, Rick, Pilgrim und Kollegen (2010), dass der Einbezug des Arbeitsplatzes eine positive Wirkung auf die Wiedereingliederungsraten hat. Auch die Zusammenarbeit der Stakeholder sowie ein früher Einsatz der berufsbezogenen Interventionen erwiesen sich als wirkungsvoll. Williams und Westmorland (2002) arbeiten auf Basis sehr ähnlicher Ergebnisse in ihrem Review heraus, dass wegen der vielen Involvierten die Kommunikation zwischen den Beteiligten zentral für den Wiedereingliederungsprozess sei. Diese Ergebnisse beziehen sich vor allem auf Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen; für stress- oder psychisch bedinge Problemlagen fehlen kontrollierte Studien (Carroll et al., 2010). Schandelmaier, Ebrahim, Burkhardt und Kollegen (2012) untersuchten die Frage nach der Langzeit-Effektivität von Interventionen, die die berufliche Wiedereingliederung koordinieren. Sie führten dazu eine Meta-Analyse mit neun RCTs durch. Die Ergebnisse zeigen kleine Effekte auf die berufliche Integration und kleine Verbesserungen der Körperfunktionen und Schmerz. Der Untersuchungszeitraum war aber selten länger als ein Jahr, so dass Ergebnisse zu den Langzeiteffekten weiterhin ausstehen.

Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung: In vielen Einzelstudien und Literaturreviews wurde international untersucht, welche Faktoren die berufliche Wiedereingliederung beeinflussen. Es wurden somatische und psychosomatische Patientengruppen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Angeboten zur Wiedereingliederung beforscht. Trotz der verschiedenen Kontexte finden sich ähnliche Faktoren in den Studien, die sich auf das Arbeitsumfeld, die Arbeitsbiographie und die Person beziehen: Wenn am Arbeitsplatz wenig Unterstützung von Arbeitskollegen gegeben ist, es viele Stressoren bzw. Arbeitsanforderungen gibt, der Arbeitsstatus und das Einkommen niedrig ist, ein geringer Entscheidungsspielraum besteht und Arbeitslosigkeit droht, sei dies hinderlich für die Wiedereingliederung (Bethge, 2008; Blank, Peters, Pickvance, Wilford & MacDonald, 2008; Jensen, Anne Grete Claudi, 2013b; Streibelt & Egner, 2013). Des Weiteren wurden lange Abwesenheitszeiten im Jahr vor der Reha, berufliche Vorerfahrung, die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitsperformanz als Einflussfaktoren identifiziert (Blank et al., 2008; Bürger, Dietsche, Morfeld & Koch, 2001; Jensen, Anne Grete Claudi, 2013b; Watzke, Galvao, Gawlik, Hähne & Brieger, 2006). An persönlichen Faktoren finden sich der Sozialstatus, risikoreiches Gesundheitsverhalten, ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, Intelligenz und Schulbildung (Blank et al., 2008; Bürger, 2006; Streibelt & Egner, 2013). An psychologischen Parametern erhöht eine hohe Selbstwirksamkeit, ein gutes soziale Funktionieren, ein aktiver Copingstil sowie das Koherenzgefühl die Chance auf berufliche Wiedereingliederung (Jensen, Anne Grete Claudi, 2013b; Michon, Weeghel, Kroon & Schene, 2005). Feindseligkeit, Depressivität und Über-Engagement dagegen verringern die Wiedereingliederungschancen (Bürger, 2006; Jensen, Anne Grete Claudi, 2013b). Des Weiteren spielen motivationale Faktoren, die subjektive Erwerbsprognose und finanzielle Überlegungen eine große Rolle (Bethge, 2008; Bürger, 2006). Laut Schumacher (2004) bestimmen persönliche Wünsche und Einstellungen, sowie fixierte Wahrnehmungen von der eigenen Funktionsfähigkeit und Widerstände gegen Veränderungen eine größere Rolle bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz als die tatsächliche Funktionsfähigkeit.

Da die hier evaluierte Maßnahme auf die Veränderungen der Motivation und der Selbstwirksamkeit abzielt, werden diese beiden Einflussfaktoren genauer betrachtet: Poersch und Schmitt (2009) betrachten die Rolle der **Motivation** in der Rehabilitation. Sie wenden das Rubikon-Modell der Motivations-Volitions-basierten Handlungsphasen nach Heckhausen (1989, zit. nach Poersch & Schmitt, 2009, S.111) auf die Rehabilitation an. Sie stellen fest, dass sich die Rehabilitanden oftmals diesseits vom Rubikon befinden: Sie haben noch keine klare Handlungsentscheidung getroffen und befinden sich in einem Konflikt zwischen der Annäherung an das Berufsleben und Wunsch nach Vermeidung angstauslösender beruflichen Situationen. Rehabilitationsmaßnahmen setzen allerdings häufig jenseits des Rubikon an - oftmals auf Wunsch der Sozialversicherungen. Die arbeitsrelevanten Funktionsfähigkei-

ten sollen gefördert werden, um eine möglichst zügige Wiedereingliederung zu ermöglichen. Es können allerdings nur Rehabilitanden von diesen Interventionen profitieren, die sich schon jenseits des Rubikons befinden, das heißt eine Entscheidung für berufliche Ziele getroffen haben und motiviert sind. Es besteht die Schwierigkeit, dass die Rehabilitanden eher unklare oder Vermeidungsmotive haben und die intervenierenden Institutionen Annäherungsmotive. Dieses Rubikon-Missverständnis wird häufig nicht angesprochen und nicht geklärt. Poersch und Schmitt (2009) schlagen vor, die Motivation der Rehabilitanden zu Beginn klar anzusprechen und sachlich und standardisiert zu erfassen. Daraufhin soll gemeinsam das Vorgehen geplant werden. Zudem müssten entsprechende Interventionen bereitstehen, die für Rehabilitanden vor, am oder nach dem Rubikon hilfreich sind.

Selbstwirksamkeit ist die Annahme des Handelnden, seine Fähigkeiten effizient in eine Handlung umsetzen zu können (Bandura, 1986). Die Wahrnehmung der eigenen Selbstwirksamkeit basiert auf dem persönlichen Urteil über die eigenen Möglichkeiten, eine Handlung zu organisieren, um ein gewünschtes Verhalten auszuführen (Bandura, 2002). Die Selbstwirksamkeit kann übergreifend, aber auch spezifisch auf verschiedene Lebensbereiche bezogen werden. In Zusammenhang mit der beruflichen Wiedereingliederung wurde die Selbstwirksamkeit als Einflussfaktor identifiziert. An einer italienischen Stichprobe zeigten Borgogni, Dello Russo, Miraglia und Kollegen (2013), dass die Selbstwirksamkeit indirekt über die Arbeitszufriedenheit die Fehlzeiten bei der Arbeit beeinflusst. An einer dänischen Stichprobe wurde gezeigt, dass das Selbstwirksamkeitserleben sich durch den Absentismus verringert. Die verringerte Selbstwirksamkeit wiederum ist ein negativer Prädiktor für die Rückkehr in den Beruf (Jensen, Anne Grete Claudi, 2013a). Selbstwirksamkeit wurde auch in Zusammenhang mit Nachsorgemaßnahmen in der deutschen Rehabilitation als zentraler Mediator identifiziert (Fleig, Pomp, Schwarzer, Pimmer & Lippke, 2012).

In der internationalen Forschung gibt es viele, auch teilweise randomisiert-kontrollierte Studien (randomised, controlled, trials, RCT) zu einzelnen den RTW fokussierende Interventionen. Da die Interventionen aber in verschiedenen Settings und mit Personengruppen mit unterschiedlichem gesundheitlichem und sozioökonomischem Hintergrund durchgeführt wurden (Kittel & Karoff, 2008), gestaltet es sich schwierig diese in Reviews oder Metaanalysen zu vergleichen. Zudem gibt es international noch keine genormten Begrifflichkeiten, so dass im Englischen gleiche Begriffe für unterschiedliche Konzepte verwendet werden (Gerlich et al., 2008). Die aufgeführten Reviews können nur eine kleine Zahl an Studien einschließen, da andere die Einschlusskriterien nicht erfüllen. Und selbst unter den eingeschlossenen Studien finden sich große inhaltliche und qualitative Unterschiede. Die Interventionen werden zudem häufig nicht ausreichend beschrieben (Désiron, Rijk, van Hoof & Donceel, 2011), so dass eine Analyse von Wirkfaktoren schwierig ist.

2. "MEDIZINISCH - BERUFLICHE REHA SÜDBADEN"

Die "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden" wird vom Zentrum Beruf + Gesundheit (ZBG) in Bad Krozingen in Kooperation mit aktuell drei (Stand Mai 2013) Rehabilitationskliniken umgesetzt und weiterentwickelt. Sie wird auch als "MB Reha Südbaden" oder (Berufs-) Coaching bezeichnet. Ein teilnehmender Rehabilitand wird in dieser Arbeit auch Klient, oder gecoachter Rehabilitand/Patient genannt. MB Reha Südbaden stellt Rehabilitanden bereits während des Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik einen Berufscoach zur Seite, der sie während des anschließenden Jahres begleitet (Nachbetreuung/Anschlusscoaching). Im Folgenden werden die wichtigsten Elemente des Angebots dargestellt. Die Beschreibung des Konzepts basiert auf dem Manual des ZBG (Nordmann, Panneck, Pfistner & Reiber, 2012) und den Beobachtungen durch das Evaluationsteam. Ein ausführliches Manual, in das die Ergebnisse der Evaluation einfließen werden, befindet sich zum Zeitpunkt der Dissertation in Bearbeitung durch das ZBG.

Ziele: Das Berufscoaching soll den Klienten beim Erhalt bestehender Arbeitsplätze bzw. beim Finden neuer (gesundheitserhaltender) Beschäftigungsverhältnisse unterstützen. Die berufliche Wiedereingliederung wird frühzeitig und nachhaltig geplant und begleitet. Damit soll krankheitsbedingten beruflichen Ausgliederungen, unnötigen Verzögerungen im Rehabilitationsprozess sowie Frühberentung entgegengewirkt werden. Die beruflichen Selbstkompetenzen (berufsbezogene Motivation, Eigenaktivität, Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit) sollen gefördert werden.

Zielgruppe: Das Berufscoaching richtet sich an Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter, die arbeitslos sind oder ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Auch unrealistische berufliche Vorstellungen und Probleme im Umgang mit Ämtern oder Arbeitgebern sowie Stress auslösende Arbeitsbedingungen gelten als Grund für ein Berufscoaching. Die Rehabilitanden sollten gesund sowie motiviert genug für eine Wiedereingliederung sein.

Bestandteile und Durchführung: Der erste Teil des Berufscoachings findet während und in Zusammenarbeit mit der Klinik statt, der zweite nach Klinikaufenthalt der Rehabilitanden (Abbildung 2.1.). Zu Beginn des Klinikaufenthalts werden durch das Anamnesegespräch mit dem Arzt und ein Screening (Würzburger Screening im Glotterbad, Checkliste Teilhabe am Arbeitsleben (CTA-Liste) des ZBG in der Rheintalklinik) die Rehabilitanden für das Berufscoaching ausgewählt. Im Gespräch mit dem Arzt sollen die Patienten über das Coaching informiert werden und die Motivation und Erwartungen geklärt werden. In der Rheintalklinik findet zusätzlich ein Vortrag für alle Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg statt, in

dem der Berufscoach das Berufscoaching vorstellt. Vor dem Erstgespräch sollen die Rehabilitanden in einem Fragebogen (*Berufsbogen*) ihre bisherige berufliche Biographie skizzieren und diesen mit zum Erstgespräch bringen.

Das Erstgespräch zwischen Coach und seinem Klienten findet während des Klinikaufenthaltes statt. Dabei werden das Vorgehen und die Ziele für das Coaching besprochen, eine berufliche Anamnese durchgeführt, es werden Handlungsmöglichkeiten und –hemmnisse besprochen und Förderschritte initiiert. Fakultativ können die Coachs Hilfeleistungen wie Beratung zu Bewerbungsfragen, Beschäftigungsalternativen oder Qualifizierungsmaßnahmen, die Durchführung von Kurzassessments und das Aushändigen von Info-Broschüren, Adressen oder sonstigem Informationsmaterial leisten. Es kann ein *Handlungsplan* erarbeitet werden, der (maximal fünf) Handlungsschritte mit Handlungsanweisungen und Erledigungsdatum umfasst. Der Handlungsplan wird gemeinsam mit dem Klienten formuliert und ihm im Anschluss an das Gespräch mitgegeben. Bei Bedarf wird den Klienten eine Erinnerung zugesendet. Zusätzlich können *Entwicklungsfelder* definiert werden, d.h. es werden für die berufliche Wiedereingliederung relevante Kompetenzen identifiziert, die bei dem Klienten nicht oder ungenügend vorhanden sind.

Im Anschluss an das Erstgespräch folgt die Nachbetreuung (=Anschlusscoaching), deren Häufigkeit und Art in Abhängigkeit von der individuellen Bedürfnislage des Klienten gestaltet wird. In den Gesprächen in der Nachbetreuung werden das Erreichen der Handlungsschritte und die Fortschritte in der beruflichen Reintegration besprochen. Es kann Unterstützung bei der Jobsuche und Bewerbungsfragen, Berufsberatung, Vermittlung zwischen Parteien und Vorbereitung von Gesprächen mit Arbeitgebern oder Reha-Fachberatern angeboten werden. Der Coach kann auch Unterstützung bei persönlichen Krisen leisten und den Klienten zur Bearbeitung seiner beruflichen Problemlagen in seinem Selbstverstrauen stärken sowie Eigeninitiative und Motivation fördern. In den Nachbetreuungsgesprächen können die Handlungspläne ausgeweitet oder neu erarbeitet werden. Diese Unterstützung kann der Klient in dem Jahr nach dem Klinikaufenthalt in Anspruch nehmen. In der Regel wird besprochen, wann sich der Klient beim Coach meldet. Der Klient kann sich aber auch jederzeit bei Bedarf bei seinem Coach melden. Geschieht dies nicht, nimmt der Coach das erste Mal spätestens nach drei, das zweite Mal spätestens nach sechs Monaten und das dritte Mal nach einem Jahr nach dem Erstgespräch den Kontakt auf. Das Berufscoaching gilt als beendet, wenn der Klient nicht mehr teilnehmen möchte oder ein Jahr vergangen ist (Abbildung 2.1).

Das Berufscoaching kann durch ein- bis fünftägige **Verzahnungsmaßnahmen** (LTA) ergänzt werden, die ebenfalls im ZBG durchgeführt werden können. Hierunter fallen psychologische Eignungsfeststellung (1-2 Tage), berufliche Erstorientierung (2 Tage), Leistungstest oder Kurzbelastungserprobung (5 Tage). Diese Verzahnungsmaßnahmen zählen nicht in den

Leistungskatalog des Berufscoachings, sondern müssen gesondert vom zuständigen Rehafachberater genehmigt werden.

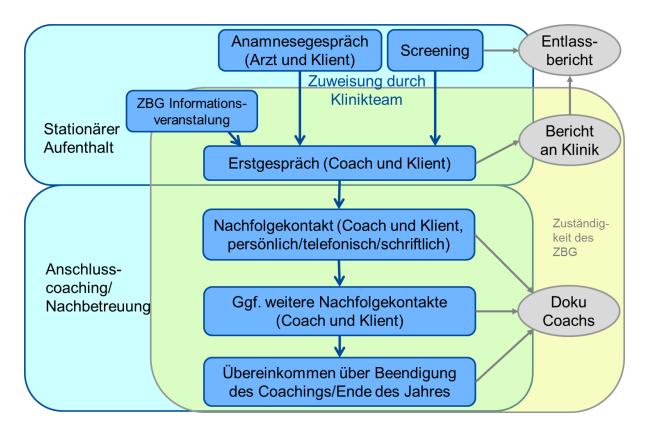


Abbildung 2.1: Ablaufschema der MB Reha Südbaden

Kommunikation: Zur Kommunikation der Inhalte des Berufscoachings sendet der Coach nach dem Erstgespräch einen Bericht an die zuweisenden Klinikmitarbeiter. In diesem fasst er die berufliche Biographie, die Erwerbsmotivation sowie die besprochenen Inhalte und Ziele sowie die Empfehlungen für weitere berufsbezogene Förderschritte zusammen. Der zuweisende Arzt integriert diese Inhalte wiederum in den Entlassbericht des Klienten. Weitere Strukturen zum Austausch zwischen den Kooperationspartnern sind konzeptuell nicht festgelegt, sondern werden individuell mit jeder Klinik vereinbart.

Stakeholder: Als Beteiligte (Stakeholder) am Berufscoaching gelten zunächst die Klienten. Des Weiteren sind die Berufscoachs und die Leitung des ZBGs in Konzeption und Durchführung der MB Reha Südbaden direkt involviert. Von Seiten der kooperierenden Kliniken sind vor allen Dingen der Sozialdienst und die Ärzte zu nennen: Sie kümmern sich um die Indikationsstellung und Zuweisung der Rehabilitanden. Von Seiten der DRV Baden-Württemberg spielen in der praktischen Durchführung des Berufscoachings die Reha-Fachberater eine besondere Rolle: Sie entscheiden über die Bewilligung der von ärztlicher Seite gestellten LTA-Anträge und damit über die beruflichen Entwicklungen der Rehabilitanden. Ferner kön-

nen zum Beispiel die Agentur für Arbeit, der Arbeitgeber oder der Betriebsarzt im beruflichen Kontext der Klienten und damit auch für das Berufscoaching relevant sein.

Interne Qualitätskontrolle: Die Berufscoachs dokumentieren das Datum, die angebotenen Leistungen, die Kontaktpartner, den Zeitaufwand und die Inhalte von jedem Kontakt mit dem Klienten. Nach Abschluss des Coachingjahres wird eine telefonische Nachbefragung von einem unabhängigen Mitarbeiter des ZBG durchgeführt. Diese Dokumentationen dienen internen Evaluationszwecken.

Anbieter der Maßnahme: Das berufliche Kompetenzzentrum ZBG nimmt seit 1972 beruflich orientierende, integrierende und bildende rehabilitative Aufgaben wahr (Nordmann & Zschache, 2009). Träger des Zentrums sind die Benedikt Kreutz Rehabilitationszentren e.V.. Das ZBG ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V.. Die Mitarbeiter bestehen aus Personalfachkräften, Volks- und Betriebswirten, Diplom-Psychologen sowie Berufs-, Sozial- und Diplompädagogen.

Kooperationspartner: Die aktuell kooperierenden Rehabilitationskliniken sind die Rehaklinik *Glotterbad* im Glottertal, die *Rheintalklinik* in Bad Krozingen sowie (seit 2012) die Tagesklinik Reha Süd in Freiburg. Von Juli bis September 2009 nahmen auch Rehabilitanden der *Regio Reha Tagesklinik* Freiburg am Berufscoaching teil. Das RehaKlinikum Bad Säckingen beteiligt sich seit 2011 an einer variierten Form des MB-Reha Südbaden.

Kostenträger: MB Reha Südbaden startete 2006 als Modellprojekt mit der Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. Seit Frühjahr 2009 ist MB Reha Südbaden in den Regelbetrieb übergegangen.

Einordnung der Maßnahme in die berufsbezogenen Reha-Maßnahmen: Es fällt zunächst die Nähe zur MBR auf (1.3.2.): Der Anbieter der "MB Reha Südbaden" ist eine anerkannte Einrichtung der MBR. Die MBR integriert medizinische und berufliche Maßnahmen, das Berufscoaching konzentriert sich dagegen auf berufliche Fragen. Es besteht auch eine Überschneidung zur MBOR (1.3.1.), da der Beginn des Coachings während der medizinischen Rehabilitation liegt. Das Berufscoaching geht jedoch über die Zeit des stationären Aufenthalts hinaus. Der Schwerpunkt der Intervention liegt in der Nachbetreuung im Jahr nach Klinikaufenthalt, wenn auch LTA (1.3.3.) greifen. Das Berufscoaching kann im Gegensatz zu LTA aber ohne Bewilligung durch den Kostenträger bereits in der Klinik beginnen.

STECKBRIEF MB REHA SÜDBADEN				
Ziele	Berufliche (Re)Integration der Klienten, nahtloser Übergang nach Klinik, Stärkung berufsbezogener Selbstkompetenzen			
Anbieter	Zentrum Beruf + Gesundheit (ZBG), Bad Krozingen			
Kostenträger	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg			
Kooperationspartner	Rehabilitationsklinik Glotterbad (Psychosomatik), Rheintalklinik Bad Krozingen (Orthopädie), Reha Süd Freiburg (Orthopädie), RehaKlinikum Bad Säckingen (Orthopädie)			
Stakeholder	Klienten, Coachs, Leitung ZBG, Klinikmitarbeiter, DRV Baden- Württemberg			
Bestandteile	Zuweisung und Vorbereitung durch sozialmedizinisches Team in Kliniken, Erstgespräch in Klinik mit Coach, Nachbetreuung über ein Jahr nach individuellem Bedarf der Klienten			
Dokumentation	Coach dokumentiert angebotene Leistungen, Inhalte, Kontaktpartner, Zeitpunkt und Zeitaufwand			
Kommunikation	Bericht von ZBG an Klinik nach Erstgespräch, Integration der Inhalte in Entlassbericht der Klinik; gemeinsame Besprechungen			

3. EVALUATIONSDESIGN UND METHODIK

Die Evaluation wurde von Oktober 2010 bis April 2013 von der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg, durchgeführt und von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gefördert. In die Evaluation wurden die Mitarbeiter des Zentrums Beruf + Gesundheit in Bad Krozingen, die Mitarbeiter und Rehabilitanden der Interventionskliniken Glotterbad (Psychosomatik) und Rheintalklinik (Orthopädie) sowie der Vergleichskliniken Höhenblick (Orthopädie), Weißenstein und Kohlwald (Psychosomatik) einbezogen. Zusätzlich wurden Vertreter der DRV Baden-Württemberg, des Integrationsfachdienstes Freiburg sowie der Regio Reha Tagesklinik Freiburg berücksichtigt. Die anderen am MB Reha teilnehmenden Kliniken begannen die Kooperation mit dem ZBG erst nach Beginn der Evaluationsstudie und wurden deswegen nicht mehr einbezogen.

3.1. Einleitung

Der Begriff der Evaluation enthält eine Vielzahl von Verhaltensweisen und entzieht sich dadurch einer abstrakten, aber gleichzeitig die Wirklichkeit voll erfassenden Definition (Wottawa & Thierau, 2003). Dennoch wurde in der Literatur aus didaktischen Zwecken bereits eine Vielzahl von Definitionen versucht. Zunächst wird zwischen Evaluation - als Prozess der Beurteilung des Wertes eines Gegenstandes in nicht zwingend systematischer Weise - und Evaluationsforschung unterschieden (Wottawa & Thierau, 2003). Zentral für diese Arbeit ist die Evaluationsforschung, die "die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme" (Bortz & Döring, 2006, S. 96) beinhaltet. Stockmann (2007) hat die Ziele von Evaluation zusammengefasst, die eng miteinander verbunden sind:

1. Erkenntnisfunktion: Evaluationen sollen Erkenntnisse liefern, die z.B. Entscheidungen vorbereiten können. Typische Fragen dafür sind, ob der Programmablauf reibungslos funktioniert, welchen Bedarf die Zielgruppe hat, ob die Maßnahme die Zielgruppe erreicht, wie die Akzeptanz des Programms ist, ob das Programm effektiv ist, ob Veränderungen auf das Programm zurückgeführt werden können und viele mehr. Die gesammelten Erkenntnisse sollen bewertet werden und Handlungsanleitungen sollen abgeleitet werden. Ein reines Erkenntnisinteresse ohne nachfolgende Entscheidungsrationalisierung geht in der Regel von wissenschaftlichen Institutionen aus.

- 2. Kontrollfunktion: Es soll festgestellt werden, ob die in der Planung festgesetzten Ziele erreicht werden (Effektivität, Effizienz, Akzeptanz oder Nachhaltigkeit). Auch wenn eine Evaluation nicht unbedingt vorrangig zu diesem Zweck durchgeführt wird, so legt sie doch immer offen, inwieweit an einem Programm Beteiligte ihre Aufgaben erfüllen.
- 3. Entwicklungsfunktion und Dialog: Ergebnisse von Evaluationsstudien können für die Entwicklung eines Programmes genutzt werden. Durch die Ergebniskommunikation ist ein Dialog zwischen Stakeholdern (Mittelgeber, Durchführer, Zielgruppe...) möglich. Zum Beispiel kann gemeinsam die Zusammenarbeit bilanziert werden und es können Konsequenzen für das weitere Vorgehen abgeleitet werden. Bei dieser Funktion steht die Weiterentwicklung des Programms im Zentrum.
- 4. Legitimationsfunktion: Häufig sollen Evaluationen durchgeführte Programme oder Maßnahmen legitimieren. Mittelgeber und Durchführer können nachweisen, wie effizient sie mit Finanzmitteln umgegangen sind und welchen Wirkungsgrad ihre Maßnahme hat. Durch den verstärkten Wettbewerb zwischen Programmen und in Zeiten knapper Finanzmittel gewinnt die Legitimationsfunktion an Bedeutung.
- 5. "taktische" Funktion: Von einer taktischen Funktion wird dann gesprochen, wenn die Evaluation z.B. nachträglich durchgeführt wird, um bereits getroffene Entscheidungen zu legitimieren. Es sei inzwischen in der Politik verbreitet, dass Evaluationen als "dekorative Symbole für eine moderne Politik" genutzt werden, "ohne die Ergebnisse von Evaluationen ernsthaft nutzen zu wollen" (Stockmann, 2007, S. 39).

Eine Evaluation will eine fundierte Entscheidungsgrundlage anbieten, um die Praxis besser zu verstehen und gegebenenfalls gezielte Veränderungen einleiten zu können. Dabei ist zu beachten, dass der Fokus einer Evaluation nur einen bestimmten Ausschnitt der untersuchten Realität erfasst. Die Festlegung, wie dieser Realitätsausschnitt expliziert werden kann, beruht auf der Methodologie und Wissenschaftstheorie der Evaluationsforschung. In der Geschichte der Evaluationsforschung gab es verschiedenen Strömungen, die sich zunächst widersprachen. Zuerst sollte in objektivistischen Theorien Programmeffekte anhand von wissenschaftlicher, experimenteller Logik erfasst werden (Cook & Matt, 1990). Scriven (1991) unterschied zwischen summativer und formativer Evaluation.

<u>Summative Evaluation</u>: In der summativen Evaluation sollen möglichst umfassend die Effekte eines Programmes erfasst und bewertet werden (Stockmann, 2006; Wottawa & Thierau, 2003). Klassischerweise geschieht dies nach Abschluss der Implementation eines Programms, kann aber auch in der Durchführungsphase stattfinden. Die summative Evaluation bringt zusammenfassende und bilanzierende Ergebnisse (Stockmann, 2007).

Formative Evaluation: Die Evaluationsforschung kann in der Implementationsphase eines Programmes einsetzen und Kontroll- und Beratungsfunktionen übernehmen (Stockmann, 2006). Es werden Informationen über den Programmverlauf und die Programmergebnisse gesammelt, um Hilfen für Entscheidungen über und Steuerungen des Programms zu geben. Der Fokus der formativen Evaluation liegt damit auf der Verbesserung der Wirkungsweise eines Programmes (Stockmann, 2006). Sie soll prozessorientiert, aktiv-gestaltend und kommunikationsfördernd sein (Stockmann, 2007). Zur formativen Evaluation werden häufig qualitative Methoden herangezogen (Kardorff, 2000; Kardorff & Schönberger, 2010; Kraus, 1995). Die qualitative Methodik kann anhand ihrer Erhebungsmethoden (d.h. Narrationen über besondere Ereignisse, Wahrnehmungen und Gefühle) relevante Projektentwicklungen und unerwartete Aus- und Nebenwirkungen identifizieren (Kardorff, 2000). Sie kann wissenschaftliche Strenge mit den Erfordernissen der Praxis, Kontextsensibilität mit generalisierbaren Elementen, wissenschaftliche Deutungen mit alltagsweltlichen Sichtweisen verbinden (Kardorff & Schönberger, 2010). Es gilt die Einstellung, dass Programme nicht einfach auf Menschen einwirken, sondern dass verschiedene Individuen auf dieselbe Maßnahme völlig unterschiedlich reagieren. Durch Betrachten dieser Tatsache können Informationen zu spezifischen und generellen Bedingungen gewonnen werden, unter welchen Programme wirken oder scheitern (Kardorff & Schönberger, 2010).

Im weiteren Verlauf der Evaluationsforschung wurde der Objektivismus der ersten Evaluationsansätze kritisiert. Es wurde gefordert, Prozesse anhand von qualitativen Methoden in Abstimmung mit dem Informationsbedürfnis der betroffenen Gruppen zu untersuchen. Inzwischen wird versucht die einseitige Beschränkung der Fragen- und Methodenauswahl der beiden Ansätze aufzuheben. Es wird dafür plädiert, dass in Evaluationen unterschiedliche Zwecke, Ziele und Fragestellungen berücksichtigt werden sollen und der Vielfalt der Interessen der verschiedenen Beteiligten entsprochen werden soll (Cook & Matt, 1990). Die Interessensgruppen oder Personen, die in irgendeiner Weise einen Nutzen von einer Maßnahme erwarten oder an ihr direkt oder indirekt beteiligt sind, werden als Stakeholder bezeichnet (Stockmann, 2007). Dies können politische Entscheidungsträger, Auftraggeber der Evaluation, Durchführungsorganisationen, Maßnahmeteilnehmer oder Programmkonkurrenten sein. Stakeholder sollen identifiziert und in die Evaluation einbezogen werden. Die Realitätssicht möglichst vieler Stakeholder soll repräsentiert werden. Divergente Positionen sollen deutlich gemacht werden und die Basis für Schlussfolgerungen und Empfehlungen bilden (Kraus, 1995). In jeder Evaluationsstudie muss in Abhängigkeit von den Forschungsfragen und den Ressourcen das bestmögliche Design unter Einbettung verschiedener Methoden erarbeitet werden (Stockmann, 2007). Da eine Vielzahl von Fragestellungen und Methoden möglich ist, sollen Prioritäten und Kompromisse bei Auswahl der Fragestellungen und Methoden getroffen werden (Cook & Matt, 1990). Als Gütekriterien der Evaluation zählen nicht mehr primär Validität, Reliabilität und Objektivität, sondern Kommunikation, Intervention, Transparenz und Relevanz (Stockmann, 2006).

In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass es unterschiedliche Wahrnehmungen der und Reaktionen auf die Maßnahme gibt (z.B. die des Kostenträgers, die der Zielgruppe, die der Durchführer). Diese verschiedenen "Realitäten" können unterschiedliche Einflüsse auf den Kontext der Maßnahme und ihrer Evaluation haben ("transformativ/emanzipatorisches" Paradigma nach Stockmann, 2007). Der Methodeneinsatz zielt deswegen darauf ab, die unterschiedlichen Perspektiven möglichst nebeneinander darzustellen - im Gegensatz zur Verallgemeinerung von Ergebnissen. Es sollen formative wie auch summative Fragen beantwortet werden. Dafür werden qualitative und quantitative Methoden im Sinne des Multimethodenansatzes miteinander kombiniert (Koch & Bengel, 2000; Stockmann, 2007).

3.2. Ziele und Fragestellungen

Die zentralen Zielsetzungen dieser Evaluation bestehen in der Darstellung und Bewertung von formativen und summativen Aspekten, die sich auf die Konzeption, die Durchführung und den Nutzen des Berufscoachings beziehen. In diesem Fall bezieht sich die formative Evaluation auf die Bewertung der Zielsetzungen, des Bedarfs, der Zielgruppe, der Implementation und Durchführung der Maßnahme. Die summative Evaluation konzentriert sich auf die Einschätzung ihrer Wirksamkeit (Bewertung und Akzeptanz, Zielerreichung, Effekte, Aufwand). Die Systematik dieser Evaluation orientiert sich an diesen Kategorien und unterteilt sich in Fragestellungen zu "Bedarf, Zielsetzung und Indikation", "Evaluation der Durchführung", "Akzeptanz und Bewertung" und "Aufwand und Effekte" (Tabelle 3.1).

Bedarf, Zielsetzung und Indikation

Die Einschätzung des Bedarfs am Berufscoaching erfolgte auf der Basis der fachlichen Einschätzungen durch Stakeholder. Fragen beziehen sich insbesondere auf die berufliche Situation von Rehabilitanden wie auch auf die aktuelle Versorgungssituation. Zusätzlich diente das eingesetzte Screening-Verfahren als Datenquelle zur Einschätzung des Bedarfs in den untersuchten Kliniken und dem Wunsch der Rehabilitanden nach Hilfe in beruflichen Fragen (Würzburger Screening, WS, s. Abschnitt 1.2. und 3.5.1.). In Interviews mit Stakeholdern und Klienten wurden Erwartungen und (explizite) Zielsetzungen erfragt. Indikationskriterien für wurden dem Manual Zielgruppen der Intervention entnommen und durch Stakeholderaussagen ergänzt.

Tabelle 3.1: Übersicht über die Fragestellungen der Evaluation

1. Bedarf, Zielset- zung und Indika- tion	1a Welcher Bedarf besteht am Berufscoaching?1b Welche Erwartungen und Ziele formulieren die Interessensgruppen in Bezug auf MB Reha Südbaden?1c Welche Indikationskriterien lassen sich für MB Reha Südbaden be-
2. Evaluation der Durchführung	nennen? 2a Wie wird das Berufscoaching umgesetzt? 2b Welche Faktoren behindern oder fördern die Durchführung des Berufscoaching? 2c Welche Verbesserungsvorschläge äußern die Beteiligten?
3. Akzeptanz und	3a Wie wird MB Reha Südbaden angenommen und akzeptiert?
Bewertung	3b Wie bewerten die Beteiligten die Maßnahme?
4. Aufwand und Effekte	 4a Wie schätzen die Stakeholder den Aufwand im Verhältnis zum Nutzen des Berufscoachings ein? 4b Welche Effekte hat das Berufscoaching? 4c Inwieweit werden die gesetzten Ziele von den betroffenen Personengruppen als erreicht betrachtet?

Evaluation der Durchführung

Die Umsetzung des Coachings wurde im Vergleich mit dem Manual analysiert. Welche Komponenten wann, wie oft und mit welchen Inhalten durchgeführt wurden, wurden aus den regelmäßigen, das Coachingjahr begleitenden Interviews, den Verlaufsdokumentationen und den Entlassberichten der Klienten entnommen. Eine Einschätzung von förderlichen und/oder hinderlichen Faktoren bezüglich der Durchführung des Berufscoachings konnte aus den Interviews entnommen werden. Verbesserungsvorschläge für die Durchführung wurden aus Interviews mit Klienten und Stakeholdern sowie den Antworten der Klienten im Fragebogen herausgearbeitet.

Akzeptanz und Bewertung

Die Akzeptanz spielt eine wichtige Rolle für die Durchführung einer Maßnahme und ist damit auch als Aspekt der formativen Evaluation zu verstehen. Gleichzeitig kann sie auch als Erfolgskriterium interpretiert werden (summative Evaluation). Direkte Einschätzungen der Akzeptanz wurden in den Stakeholder- und Klienten-Interviews erfragt. Indirekte Akzeptanzeinschätzungen wurden über die Teilnahmebereitschaft, Inanspruchnahme und/ oder Abbruch des Berufscoachings vorgenommen. Generelle Bewertungen der Maßnahme, gewonnen aus

Interviews und Fragebögen, lassen sich als Parameter der summativen Evaluation verstehen.

Aufwand und Effekte

Im Rahmen der summativen Evaluation werden die Angaben zu Aufwand und Nutzen beschrieben. Die Bewertung der Wirksamkeit bezieht sich auf die angestrebten Effekte bei der beruflichen (Re-)Integration, der beruflichen Belastung und der Zufriedenheit mit der Erwerbssituation. Erwartet wurden darüber hinaus Effekte, die sich in den Veränderungen des Gesundheitszustands und der psychologischen Parameter zeigen sollten. Es interessiert, ob die am Berufscoaching teilnehmenden Rehabilitanden sich diesbezüglich von Rehabilitanden aus vergleichbaren Rehabilitationskliniken unterscheiden. Mit der Effektivität verknüpft ist die Einschätzung der Erreichung der Zielsetzungen durch Klienten und Stakeholder.

3.3. Evaluationsdesign

Die "MB Reha Südbaden" setzt während der stationären medizinischen Rehabilitation ein. Die Berufscoachs begleiten die Patienten nach dem ersten Klärungstermin in der Klinik über ein Jahr hinweg. Das Berufscoaching stellt damit ein Modell zur Verknüpfung von medizinischer Rehabilitation mit dem darauffolgenden Berufsalltag bzw. der beruflichen Rehabilitation dar. Die MB Reha Südbaden ist ein innovatives Angebot, das individuell an den Rehabilitanden angepasst wird. Die Gestaltung des Coachings ist abhängig von der Art und Schwere der Erkrankung und von beruflichen Hintergründen der Klienten wie auch von ihren Wünschen an das Berufscoaching. Somit ergeben sich individuell unterschiedliche Verläufe des Berufscoachings. An der Gestaltung sind mehrere Berufsgruppen beteiligt, denen unterschiedliche Aufgaben zukommen: Ärzte und Sozialarbeiter der teilnehmenden Kliniken entscheiden über die Zuweisung zum Berufscoaching, Coachs betreuen die zugewiesenen Klienten und Kostenträger bestimmen den Rahmen und die Finanzierung. Im Evaluationsdesign sind somit mehrere Stakeholder-Perspektiven zu berücksichtigen: Maßnahme-Anbieter (ZBG), gecoachte Rehabilitanden (Klienten), Rehabilitationskliniken und Kostenträger. Aufgrund der besonderen Relevanz der Klientenperspektive werden im Folgenden die Klienten von den anderen Stakeholdern unterschieden. Die Komplexität, die aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven auf die Maßnahme und der Individualität der Maßnahme entsteht, stellt für Evaluationen eine Herausforderung dar, der in diesem Fall mit unterschiedlichen methodischen Zugängen begegnet wird. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven auf das Berufscoaching und der Betrachtung der zahlreichen Bewertungsdimensionen, können formative wie auch summative Evaluationsresultate erbracht werden (Abschnitt 3.2.).

Die individuellen Perspektiven der Stakeholder und Klienten wurden in Interviews erhoben. Diese wurden qualitativ ausgewertet und zusammenfassend dargestellt (Abschnitt 3.4.). Die Analyse vorliegender Dokumentationen bot eine Informationsquelle, die sowohl individuelle, qualitative Analysen als auch übergreifende Darstellungen ermöglichte. Quantitative Angaben wurden auf Basis von Fragebogenerhebungen bei den Rehabilitanden zu zwei Zeitpunkten getätigt (Abschnitt 3.5.). Es wurden Vergleiche zwischen den Fragebogendaten der Klienten und denen von einer Vergleichsgruppe vorgenommen. Einen Überblick über die Erhebungen, deren Zeiträume sowie die Stichprobengrößen zeigt Abbildung 3.1.

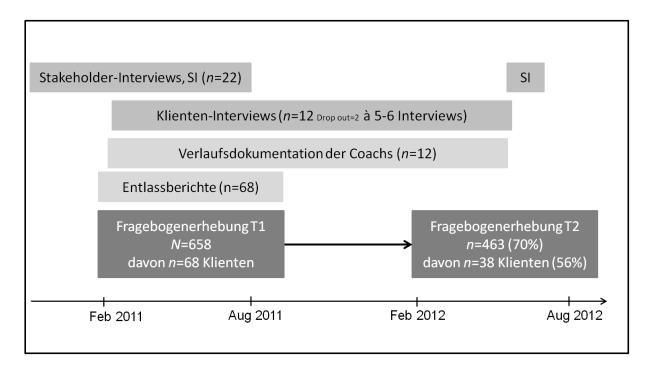


Abbildung 3.1: Erhebungen, –zeiträume und Stichprobengrößen der Evaluation

<u>Interviews</u> wurden mit Stakeholdern und Klienten durchgeführt. Stakeholder-Interviews (*n*=22) fanden in der Regel einmal statt. Interviews mit Klienten wurden begleitend zur Maßnahme mehrfach durchgeführt. Von den *n*=12 Klienten, mit denen Erstinterviews geführt wurden, konnten im weiteren Verlauf *n*=10 Klienten fünf bis sechs Mal interviewt werden (Abbildung 3.1). Die Aussagen der Stakeholdern und Klienten in den Interviews lieferten Antworten auf alle genannten Fragestellungen (Tabelle 3.2). Die Dokumentenanalysen bezogen sich auf evaluative Aspekte der Maßnahmendurchführung (2a: Entlassberichte; Do-

kumentation der Berufscoachs) und eine Einschätzung des Aufwands (4a: Dokumentation von den Berufscoachs).

Die <u>Fragebogenerhebungen</u> wurden mit Rehabilitanden der Interventions- sowie Vergleichskliniken durchgeführt. Dazu wurden die Rehabilitanden zu Beginn ihres Klinikaufenthalts (T1) und ein Jahr danach (T2) zu soziodemographischen, gesundheitlichen und beruflichen Aspekten schriftlich befragt. Bei der T1-Erhebung von Februar bis August 2011 wurden *N*=658 ausgefüllte Fragebögen zurückerhalten, bei der Befragung der gleichen Rehabilitanden von Februar bis August 2012 (T2) waren es *n*=463 (Rücklauf 70%). Unter den Rehabilitanden der Interventionskliniken befanden sich bei der ersten Erhebung *n*=68 Klienten und bei der zweiten Erhebung *n*=38 Klienten (Abbildung 3.1). Für die Wirksamkeitsanalyse wurden die Daten der Klienten mit denen von Rehabilitanden aus Vergleichskliniken verglichen, die durch ein individuelles Matching identifiziert wurden (Forschungszwillinge, vgl. Abschnitt 3.5.3.). Anhand der Fragebogenerhebung konnten Fragen des Bedarfs und der Indikationskriterien (1a, 1c), der Durchführung und der Verbesserungsvorschläge (2a, 2c), der Akzeptanz und Bewertung (3a, 3b, 3c) sowie der Effekte und der Zielerreichung des Berufscoachings (4b, 4c) beantwortet werden (Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Stichprobe, Datenquellen und Fragestellungen

Stichprobe	Datenquelle	Fragestellungen		
		Interviews		
Klienten	(Verlauf-) Interviews	Alle Fragestellungen		
Stakeholder	Interviews	Alle Fragestellungen		
		Fragebögen		
Rehabilitanden (inklusive Klienten)	Fragebogen T1	Bedarf (1a), Indikationskriterien (1c)		
Rehabilitanden (inklusive Klienten)	Fragebogen T2	Durchführung (2a), Verbesserungsvorschläge (2c), Bewertung und Akzeptanz (3a-b), Effekte und Zieler- reichung (4b-c)		
Dokumentationen				
Kliniken	Entlassberichte	Durchführung (2a)		
Berufscoachs	Dokumentation der Berufscoachs	Durchführung (2a), Aufwand (4a)		

3.4. Interviewerhebungen

Um der individuellen Perspektive der Beteiligten gerecht zu werden, wurden - gemäß des Paradigmas der qualitativen Evaluation (Kuckartz, Dresing, Rädiker & Stefer, 2008) - Interviews mit Stakeholdern und Klienten geführt. Dafür wurden teilstrukturierte bzw. problemzentrierte Leitfadeninterviews verwendet, in denen nur die Themen fest vorgegeben sind, die Reihenfolge und Formulierung der Fragen nicht festgelegt sind (Witzel, 2000). Auf diese Weise ist eine Offenheit für die komplexen Inhalte des Interviewten gegeben, und es kann eine unvoreingenommene Darstellung der subjektiven Sicht stattfinden. Der Interviewleitfaden ermöglicht dabei gleichzeitig der Interviewerin, ihr theoretisches Vorwissen dazu zu nutzen, problemorientierte Fragen zu stellen und eine detailreiche Darstellung des Themas zu erzielen (Witzel, 2000). Die Leitfäden wurden in Anlehnung an die von Helfferich (2005) beschriebene SPSS - Methode (Sammeln-Prüfen-Sortieren-Subsummieren) entwickelt (Interview-Leitfäden finden sich im Anhang 8.5.). Alle Interviews wurden mit einem Digital Voice Recorder (Olympus DM-450) aufgezeichnet. Bei einem Interviewten wurde im Anschluss an das Gespräch ein Gesprächsprotokoll angefertigt, da der Interviewte einer auditiven Aufnahme nicht zustimmte. Bei den Telefoninterviews wurde ein LRX-35 Telephone handset record coupler verwendet, mit dem das Aufnahmegerät zwischen Hörer und Telefon verbunden werden kann.

3.4.1. Interviews mit Klienten

Stichprobenauswahl und Rekrutierung

Zur Teilnahme an den Leitfadeninterviews wurden Klienten mit ausreichenden Deutschkenntnissen ausgewählt, bei denen ein Termin für ein Interview bereits vor ihrem ersten Gespräch mit dem Berufscoach ermöglicht werden konnte. Hierfür wurden die Rehabilitanden der Rheintalklinik persönlich im Rahmen der Fragebogenerhebung angesprochen. Die in Frage kommenden Rehabilitanden der Klinik Glotterbad wurden telefonisch oder per Fax über den Hintergrund der Interviews informiert und um Teilnahme gebeten. Eine Vergütung der Interview-Teilnahme erfolgte nicht.

Teilnahmebereitschaft und Drop-out

In der orthopädischen Klinik erklärten sich alle angesprochenen Patienten zu den Interviews bereit. In der psychosomatischen Klinik lehnten drei Rehabilitanden die Teilnahme ab oder erschienen nicht zum Interviewtermin. Sie begründeten dies damit, dass sie sich zu belastet fühlten, nicht über persönliche Dinge sprechen wollten oder den Aufwand der Interviews scheuten. In beiden Kliniken konnte in einigen wenigen Fällen kein Interviewtermin mehr vor

dem ersten Coachingtermin gefunden werden, was eine Teilnahme ausschloss. Zwei der zwölf Klienten konnten nach dem Erstinterview nicht mehr erreicht werden. Eine Klientin berichtete im Erstinterview, dass sie bald umziehe. Beide konnten unter keiner der angegebenen Kontaktdaten erreicht werden (Telefon, Handy, Email).

Durchführung und Inhalte der Interviews

Das Erstinterview fand während des Klinikaufenthalts der Klienten vor dem Erstgespräch mit dem Berufscoach statt. Zu Beginn des Interviews wurden die Klienten nochmals über den Verlauf der Erhebung informiert und es wurde eine Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Verwendung der Daten ausgefüllt (s. Anhang 8.4.). Inhalte des Erstinterviews waren die berufliche Biographie sowie Entwicklung der zum stationären Aufenthalt führenden Krankheit. Bezüglich des bevorstehenden Berufscoachings wurden der Informationsstand sowie die Erwartungen der Patienten erfragt. Die Erstinterviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten (s. Anhang 8.6.) und fanden zwischen Februar und Mai 2011 statt. Die Zweitinterviews wurden zeitnah nach dem ersten Coaching-Termin geführt und konnten mehrheitlich in den Kliniken stattfinden (mit n=3 wurde ein telefonisches Interview durchgeführt). Das zweite Interview fokussierte die Erfahrungen der Klienten mit dem Erstgespräch mit dem Berufscoach. Weitere Interviewtermine (Verlaufsinterviews) wurden möglichst zeitnah nach einem Kontakt mit dem Coach und/oder nach besonderen Ereignissen im Berufsleben der Klienten (z.B. Kündigungen, Arbeitgebergespräche) vereinbart. Ohne ein Eintreten solcher Ereignisse wurden Interviews in der Regel im Abstand von ca. vier Monaten geführt. Die Verlaufsinterviews konzentrierten sich auf die beruflichen und gesundheitlichen Entwicklungen sowie Erfahrungen und Ereignisse innerhalb des Berufscoachings. Falls kein Kontakt mit dem Coach in den zurückliegenden Monaten stattgefunden hatte, wurden die Gründe dafür sowie der mögliche Bedarf erfragt. Diese Interviews dauerten 10 bis 30 Minuten und wurden telefonisch geführt. Ein Abschlussinterview fand nach ca. einem Jahr ebenfalls telefonisch statt. Dessen Inhalte waren im ersten Teil gleich denen der Verlaufsinterviews. Im zweiten Teil sollten die Klienten das gesamte Jahr in Bezug auf ihre beruflichen und gesundheitlichen Entwicklungen sowie den diesbezüglichen Einfluss des Berufscoachings resümieren. Die Abschlussinterviews dauerten ca. eine halbe Stunde (s. Anhang 8.6.).

Insgesamt fiel bei den Interviews auf, dass die Klienten bei den offenen Erzählaufforderungen spontan vor allem auf ihre bisherige berufliche Geschichte, die Krankheitsgeschichte sowie den aktuellen Stimmungs- und Gesundheitszustand eingingen. Oftmals ging es auch um private Konflikte mit Partnern oder Überlegungen zu den Themenfeldern Arbeit und gesundheitliche Einschränkung. Über das Berufscoaching wurde größtenteils erst dann berichtet, wenn direkte Fragen dazu gestellt wurden.

Stichprobenbeschreibung der interviewten Klienten

Bei der Beschreibung der Stichprobe werden die Klienten mit einem Pseudonym versehen und die soziodemographischen Eigenschaften allgemein gehalten, um die Anonymität der Klienten zu wahren. Sechs der zwölf interviewten Klienten sind weiblich, sechs männlich. Ihr Alter lag zwischen 24 und 52 Jahren. Sechs der Klienten waren aus der Klinik Glotterbad; sie waren vor allem wegen Depressionen oder Ängsten in Behandlung. Sechs Rehabilitanden waren wegen Bandscheibenvorfällen oder anderen Rückenproblemen in der Rheintalklinik. Fast alle Klienten haben handwerkliche oder technische Ausbildungen, eine Klientin hat studiert und zwei haben keine Berufsausbildung. Fünf von ihnen waren ohne Arbeit, zwei der fünf hatten einen Minijob. Die anderen sieben hatten zwar noch ihre Anstellung, konnten oder wollten sie aber langfristig nicht beibehalten. Beispielhaft wird im Folgenden eine Auswahl der Klienten vorgestellt.

Herr B.E. war auf Grund von Bandscheibenvorfällen in der Rheintalklinik in Behandlung. Er hatte eine lange Geschichte von Krankheiten, die ihn zu mehreren Umschulungen gezwungen hatten. Durch starke Gesundheitsprobleme konnte er nicht mehr in seinen technischen Beruf zurückkehren. Die Unklarheit, wie es beruflich weitergehen solle, belastete ihn stark und er hatte Angst vor sozialem Abstieg. Sein Ziel war eine Umschulung, die aber nach dem Klinikaufenthalt von der DRV abgelehnt wurde. Er versuchte für ein paar Wochen seinen Traumjob in der Natur auszuführen, musste ihn aber wegen seiner Rückenbeschwerden wieder aufgeben. Danach ging er zurück an seine alte Stelle, unter der Vereinbarung nur noch leichtere Tätigkeiten ausüben zu müssen. Er verdiente gut und merkte, dass er in der Firma geschätzt und gebraucht wurde. Die Rückenbeschwerden blieben aber bestehen.

Herr I.L. war wegen Bandscheibenvorfällen in der Rheintalklinik und fühlte sich nach der Operation gut. Er hatte eine längere Krankheits- und Suchtvergangenheit. Er hatte schon viele verschiedene Jobs ausgeführt, war aber inzwischen ungefähr zehn Jahre arbeitslos. Er hatte kürzlich im Rahmen einer LTA Goldschmied gelernt, wollte nun eine Teilrente beantragen und sich einen kleinen Arbeitsplatz zu Hause einrichten. Im Verlauf des Jahres berichtete Herr I.L. von einer schweren privaten Krise nach einer Trennung. Dadurch waren seine Ziele der eigenen Werkstatt und die Jobsuche vorübergehend liegengeblieben, so dass er weiterhin Hartz IV bezog. Beim Abschlussinterview war seine Wohnung und geplanter Arbeitsplatz gekündigt worden; er plante nach Bayern zu ziehen, wo er eine Werkstatt mitnutzen könnte.

Herr B.M. war ebenfalls wegen Bandscheibenvorfällen in der Rheintalklinik. Seit sechs Jahren war er bei einer Firma angestellt, in der er körperlich harte Arbeit verrichtete. Er hatte große Angst vor einem Jobverlust, da er keine Ausbildung hat und seine Frau und zwei Kinder ernähren muss. Neben dem Job wollte er seine Selbstständigkeit im Bereich des An- und Verkaufs ausbauen. Nach der Klinik ging er mit einer Stufenweisen Eingliederung zurück an seine alte Stelle, an der aber zunehmend Probleme wegen seiner krankheitsbedingten Fehlzeiten auftraten. Er wollte sich deswegen noch mehr auf den Ausbau der Selbstständigkeit konzentrieren.

Frau F.B. (Glotterbad) war überfordert mit der Pflege ihres kranken Partners und war wegen Migräne und diverser weiterer Gesundheitsprobleme im Glotterbad zur Behandlung. Sie hat eine Ausbildung im Kundenbereich und als Hauswirtschafterin und war zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts arbeitslos. Sie war motiviert zu arbeiten, war aber in der Berufssuche durch die Pflegebedürftigkeit des Partners eingeschränkt. Im Verlauf des Jahres fand sie schnell verschiedene Jobs, die sie aber bald wieder kündigte. Zum Ende des Interviewzeitraums trennte sie sich von ihrem Partner und war in einem neuen Job sehr zufrieden.

Herr E.G. war wegen Burnout im Glotterbad in Behandlung. Er war schon seit längerem krankgeschrieben, wollte aber nicht an seine Arbeitsstelle zurück und strebte die Rente an. Im Verlauf des Jahres blieb er weiter krankgeschrieben und musste knapp ein Jahr nach dem Glotterbadaufenthalt erneut stationär behandelt werden. Danach hatte sich seine Angst gebessert, dennoch fühlte er sich nach einem Probearbeiten nicht zu einer Berufsrückkehr in der Lage und wollte Rente beantragen.

3.4.2. Interviews mit Stakeholdern

Stakeholder des Berufscoachings sind Leitungspersonal sowie Berufscoachs des ZBG, Leitungspersonal sowie Ärzte und Sozialdienst der Kliniken, Experten sowie Reha-Fachberater der DRV und Vertreter der Arbeitgeber und der Agentur für Arbeit. Als Interviewpartner kamen nicht nur Personen mit direktem Bezug zum Berufscoaching in Frage, sondern der auch Personen, die aufgrund ihres Arbeitskontextes Experten im Bereich der beruflichen Reha-Maßnahmen sind. In Tabelle 3.3 sind die Institutionen und Positionen der kontaktierten Stakeholder benannt. Aus Gründen der Anonymität wird nicht dargestellt, welche und wie viele Stakeholder jeweils interviewt wurden.

Tabelle 3.3: Kontaktierte Stakeholder, Institutionszugehörigkeit und Perspektive in Hinblick auf MB Reha Südbaden

Perspektive	Institution	Kontaktierte Stakeholder
Kooperationspartner	Rehabilitationskliniken	Ärzte und Chefärzte Sozialdienste Geschäftsführer
Durchführer	Zentrum Beruf + Gesundheit	Leitung Coachs
Kostenträger	DRV Baden-Württemberg	Reha-Fachberater Verantwortungsträger
Experten	Vertreter der Vergleichskliniken, Integrationsfachdienst Idf Arbeitsamt Arbeitgeber	Chefärzte und Sozialdienst Vertreter Integrationsfachdienst Vertreter Arbeitsamt Arbeitgeber von Klienten

Die Stakeholder wurden schriftlich oder telefonisch über den Hintergrund der Evaluationsstudie und der Interviewerhebung informiert und um Teilnahme gebeten. Bei Teilnahmezusage wurden individuell Interviewtermine vereinbart und bei Bedarf vorab die Leitfragen des Interviews zugesendet. Die Stakeholder wurden einmalig zu bisherigen Erfahrungen mit bzw. ihren Ansichten zu MB Reha Südbaden interviewt. Eine erste Erhebungswelle fand November 2010 bis April 2011, die zweite fand im Juni 2012 statt. Befragt werden konnten n=22Personen aus verschiedenen Einrichtungen. 21 Befragte wurden an ihrem Arbeitsplatz interviewt, ein Stakeholder beantwortete die Fragen des Leitfadens schriftlich. Dreimal wurden Gruppeninterviews mit zwei bzw. vier Stakeholdern geführt. Alle weiteren Interviews waren Einzelinterviews. Die Dauer der Interviewaufnahmen schwankte zwischen einer halben und über zwei Stunden, durchschnittlich dauerten sie eine Stunde (siehe auch Anhang 8.6.). Die Interviewleitfäden für die Stakeholder wurden in Abhängigkeit von Funktion, Erfahrungen und Informationen in Bezug auf MB Reha Südbaden angepasst: Bei Personen mit direktem Bezug zum Berufscoaching wurde gefragt, welche Informationen und Erfahrungen der Interviewte mit dem Berufscoaching hat. Es wurde konkret auf die Abläufe und deren positive wie verbesserungswürdige Seiten eingegangen. Zusätzlich wurde nach Erwartungen und Zielen in Bezug auf das Berufscoaching, der Zielerreichung, Indikation, Bedarf, Wirksamkeit, Bewertung und Übertragbarkeit des MB Reha Südbaden sowie den Erwartungen an die Evaluation gefragt. Des Weiteren wurde eine Einschätzung der Kosten-Nutzen Relation und der allgemeinen Situation der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer Rehabilitation erbeten. Ein Beispielinterviewleitfaden findet sich im Anhang (8.5.).

Die Personen ohne direkten Bezug zum Berufscoaching (Experten aus anderen Einrichtungen) konnten zu deren Angeboten der (medizinisch-)beruflichen Rehabilitation befragt werden. Sie wurden auf Grundlage der vorab zugesendeten, sowie den in der Interviewsituation gegebenen Informationen zum Berufscoaching um eine Bewertung des Berufscoachings und um eine Einschätzung des Bedarfs gebeten.

Teilnahme und Nicht-Teilnahme an der Interviewerhebung

Für die Stakeholder-Interviews konnten alle am Coaching direkt beteiligten Personen interviewt werden. Auch alle für ein Interview vorgesehenen Personen der Vergleichskliniken erklärten sich zur Teilnahme bereit. Von den Experten aus anderen Einrichtungen mit ähnlichen Aufgabenbereichen wie das ZBG (z.B. Arbeitsamt) lehnten von neun kontaktierten Personen acht eine Interviewteilnahme ab oder reagierten nicht auf die Anfrage. Manche sagten zu, schriftlich einige Fragen zu beantworten; die Antworten trafen aber auch nach wiederholten Nachfragen nicht ein. Involvierte Arbeitgeber der Klienten konnten nicht interviewt werden, da in der untersuchten Interviewstichprobe keine Arbeitgeber vom Coach kontaktiert wurden und somit keine Arbeitgeber identifiziert werden konnten. Zusätzlich fehlen Informa-

tionen von Geschäftsführern der Kliniken, die Informationen zur Finanzierung der MB Reha Südbaden hätten geben können. Auch wären Interviews mit Personen anderer Institutionen, die die Klienten ebenfalls betreuen, interessant gewesen (z.B. Arbeitsamt).

3.4.3. Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden nach dem *Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem 2* (GAT 2; Selting et al., 2009) mit Hilfe des Programms F4 transkribiert. Da die sprachlichen Details nicht ausgewertet werden sollten, wurden die Vorgaben für das Minimaltranskript verwendet. Darin werden der Wortlaut der Redebeiträge, Ereignisse wie Lachen und Seufzen sowie unverständliche Beiträge erfasst (Selting et al., 2009). Während der Transkription wurden die Klienten sowie häufig erwähnte Personen mit Pseudonymen versehen, die Stakeholder wurden mit ihren Berufsbezeichnungen benannt. Die Transkripte wurden mit Hilfe des Programms *Atlas.ti* (Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache – Textinterpretation, Muhr, 1997) ausgewertet. Altas.ti bietet verschiedene Funktionen zum Analysieren, Interpretieren, Sortieren und Verwalten umfangreicher Textdokumente. Eine qualitative Datenanalyse wird hierdurch schneller und übersichtlicher (Mörtl, 2008). Die Funktionsweise von Altas.ti orientiert sich an Prinzipien der *Grounded Theory*.

Datenanalyse auf Basis der Grounded Theory

Als Grundlage der Auswertung wurde die Grounded Theory (GT; Glaser & Strauss, 1967) gewählt, die verschiedene Techniken bereitstellt um qualitative Daten zu erheben und zu analysieren. Sie ist eine der am besten ausgearbeiteten qualitativen Forschungsstrategien, welche systematische, aber gleichzeitig flexible Richtlinien zur Analyse von qualitativen Daten bereitstellt (Charmaz, 2006). Die Grounded Theory Methodologie dient als methodische Grundhaltung, das Verfahren wird in verkürzter Form angewendet. Das Vorgehen bei der Datenanalyse in der vorliegenden Evaluation stützt sich vor allem auf die Ansätze von Kathy Charmaz (2006), welche sich an Glaser und Strauss orientiert. Sie nimmt abweichend von Glaser und Strauss an, dass der Forscher ein Teil der Welt ist, die er erkundet. Theorien sind nach ihr konstruiert und beeinflusst von den Vorerfahrungen und dem beruflichen Feld, aus dem der Forscher kommt. Der beforschte Gegenstand wird durch den Forscher interpretiert abgebildet und ist keine genaue Abbildung der Realität (Charmaz, 2006). Die Grounded Theory Strategien wurden an die Forschungsfrage und den Forschungsgegenstand angepasst (Charmaz, 2006). In dieser Evaluation wurden die üblichen Analysephasen der Grounded Theory (offenes Codieren, fokussiertes Codieren, Bilden von Kategorien) durchgeführt, wobei die Fragestellungen das Codieren thematisch leiteten. Somit entstanden Kategorien, die induktiv (=geschlossen vom Konkreten aufs Abstrakte, Bortz & Döring, 2006) aus

dem Datenmaterial abgeleitet wurden. Die Auswertungen der Interviewdaten, die in alle Kapitel einfließen, wurden zum Teil im Rahmen von Abschlussarbeiten (Diplom- bzw. Masterarbeiten) durchgeführt. Frau Kuntz beschäftigte sich mit den Verlaufsinterviews der Klienten (Kuntz, 2012), Frau Mattmüller untersuchte die Erstinterviews der Klienten (Mattmüller, 2013) und Herr Hillebrand analysierte die Stakeholder-Interviews (Hillebrand, 2012). Zusammenstellungen von relevanten Zitaten in der Evaluation beruhen z.T. auf diesen Arbeiten.

Offenes Codieren: Codieren ist nach Charmaz (2006) die Zuweisung von Labels zu Segmenten der Daten; das Label beschreibt, was der Abschnitt beinhaltet. Dazu werden die für die Fragestellungen relevante Textstellen mit einem Code versehen. Die Codes werden hierbei noch sehr textnah gewählt (Charmaz, 2006). Da in der Evaluation bereits konkrete Fragestellungen vorhanden waren, konnten die Codes schon bei diesem ersten Codiervorgang mit entsprechenden thematischen Kürzeln versehen werden. Zum Beispiel wurden bei den Klienten-Interviews das thematische Kürzel "Z" für Ziel vergeben. Ein Code konnte auch keinem oder mehreren Themenkürzeln zugeordnet werden. Weitere inhaltliche Auffälligkeiten, Zusammenhänge oder Widersprüche wurden in ATLAS.ti in Form von Memos dokumentiert. Fokussiertes Codieren: Die zweite Analysephase begann mit der Sichtung der entstandenen Codes und Memos, bei der auf Basis der Codes konzeptuelle Kategorien gebildet wurden (focussed codes). In einem zweiten Codierdurchgang wurden den Kategorien alte und neue Codes bzw. Textstellen zugeordnet. Die Übergänge zwischen einem Code und einer Kategorie sind fließend. Als Unterschiede nennen Berg und Millmeister (2011), dass ein Code datennah ist und sich auf eine Textstelle bezieht, während eine Kategorie spezifischer, selektiver und konzeptueller ist. Mit den Kategorien wird das Material erneut kodiert, um dabei zu überprüfen ob die gewählten focussed codes von den Daten gestützt werden. Die Kategorien waren zu diesem Zeitpunkt noch relativ weit gefasst und bündelten alle zur Kategorie passenden Textstellen (im Folgenden auch Zitate). Typisch für diese Phase des fokussierten Codieren ist, dass es eine Verlagerung vom Sprechen der Akteure beim offenen Codieren zum Sprechen der Interpretin geschieht (Berg & Millmeister, 2011).

<u>Differenzieren der Kategorien</u>: Im letzten Analyseschritt wurden die Kategorien ausdifferenziert, indem Unterkategorien gebildet und unterschiedliche Positionen dargestellt wurden. Dabei halfen die im Analyseprozess gebildeten Memos. Die zu den (Unter-)Kategorien gehörenden Codes mit ihren Zitaten bilden die Grundlage für die Ergebnisdarstellung. Kategorisierungen der Textstellen gestatten strukturierte Darstellungen und Vergleiche von Antworten zu den jeweiligen Fragestellungen.

3.5. Fragebogenerhebungen

Neben den Interviews wurden zwei schriftliche Befragungen von Maßnahmenteilnehmern (Klienten) zu Beginn ihres Klinikaufenthalts (T1) und ein Jahr danach (T2) durchgeführt. Hauptziel dieser Befragungen war es, eine quantitative Einschätzung der Maßnahmeneffekte durch einen Vorher-Nachher-Vergleich zu gewinnen. Ein Vergleich zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern (Rehabilitanden mit vergleichbaren gesundheitlichen und beruflichen Merkmalen) sollte helfen, potenziell erkennbare Veränderungseffekte der Maßnahmenteilnahme zuschreiben zu können (prospektives, quasiexperimentelles Prä-Post Design). Die quantitativen Ergebnisse gehen zum einen als deskriptive Zusammenfassung in die Evaluation ein. Zum anderen wird eine experimentelle Prüfung der Wirksamkeitshypothese mit einer gematchten Vergleichsprobe anhand einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Eine nicht zu lösende Problematik stellt die geringe längsschnittliche Studienteilnahme dar. Scheiden Rehabilitanden vorzeitig aus der Evaluation aus, können keine Aussagen über deren Entwicklung getroffen werden. Neben der Quantifizierung der Maßnahmeneffekte soll anhand der Fragebogenerhebung der vorliegende Bedarf, die Kriterien der Zuweisung, Aspekte der Maßnahmendurchführung, Verbesserungsvorschläge, die Akzeptanz und Bewertung der Berufscoachings erfasst werden.

3.5.1. Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen bestand aus Items aus bereits bestehenden, validierten Erhebungsinstrumenten und aus durch das Evaluationsteam konzipierten Fragen. Es wurden soziographische Angaben, der berufliche Hintergrund, die berufliche und gesundheitliche Situationen und psychologische Parameter erhoben. Zu T2 wurden die Klienten zur Zufriedenheit mit und Bewertung des Berufscoachings befragt.

Erwerbsbezogene Parameter

Berufliche Situation und berufliche Belastungen: Die aktuelle berufliche Situation und die beruflichen Belastungen der Rehabilitanden wurden anhand des Würzburger Screening (WS, Löffler et al., 2008) erhoben. Das WS besteht (in der Klinikversion) aus den Skalen Berufliche Belastungen (BB; Beispielitem: "Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?"), Subjektive Erwerbsprognose (SE; Beispielfrage: "Glauben Sie, dass Sie nach dem Klinikaufenthalt wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?") und Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten (IBT; Beispiel "Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der Reha-Maßnahme zu bearbeiten?"). Das Screening umfasst neun Items und ist zum Einsatz in Einrichtungen der

medizinischen Rehabilitation gedacht. Im T2 Fragebogen wurden Items des Würzburger Screenings in retrospektiven Formen reformuliert (z.B. "Wie bald nach Ihrem Klinikaufenhalt sind Sie in den beruflichen Alltag zurückgekehrt" statt zuvor "Wie bald nach Klinikaufenhalt hoffen Sie, in einen beruflichen Alltag zurück zu kehren?").

Ermittlung von besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL): Rehabilitanden werden auf Basis des WS der Gruppe mit BBPL zugeordnet, wenn sie (a) nicht erwerbstätig sind oder (b) zwar erwerbstätig sind, aber auf der Skala Subjektive Erwerbsprognose (0-3 Punkte) mindestens 2 Punkte aufweisen. Anhand der beiden Cut-off-Werte (SE=2 vs. SE=3) kann jeder Rehabilitand den Gruppen 0="keine beruflichen Problemlagen", 1="hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen" und 2="sehr hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen" zugeordnet werden.

Während die Sensitivitäts- und Spezifitätswerte der Indikationen Kardiologie und Orthopädie über beide Cut-off-Werte einander ähnlich waren, unterschieden sich die entsprechenden Werte der Indikation Psychosomatik deutlich (Sensitivitätswerte: 92,9% bei Cut-off=1 und 82,1% bei Cut-off=2; Spezifitätswerte: 60,0% bei Cut-off=1 und 78,2% beim Cut-off=2; Löffler et al., 2008). Deswegen wurde bei den Berechnungen in dieser Arbeit der Cut-off von 2 Punkten gewählt, wie von den Autoren für die Psychosomatik empfohlen. Bei der Vorhersage des Erwerbsstatus sechs Monate nach Reha-Ende an einer Stichprobe in der stationären medizinischen Rehabilitation (N=1032) wurden bei einem Cut-off von 2 Punkten 75,6% der Rehabilitanden, die sechs Monate nach Rehabilitationsaufenthalt nicht erwerbstätig waren, korrekt klassifiziert (Sensitivität). Von den zu diesem Zeitpunkt Erwerbstätigen wurden 93,6% richtig identifiziert (Spezifität).

<u>Bedürfnis nach Hilfe in beruflichen Fragen</u>: Zur Erhebung des Hilfewunsches der Rehabilitanden in Bezug auf berufliche Fragen wurde die Frage "Wie sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fragen/Problemen?" entwickelt. Sie konnte auf einer 5-stufigen Likertskala von 1="überhaupt nicht" bis 5="sehr" beantwortet werden.

<u>Zufriedenheit mit der Erwerbssituation</u>: Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer Erwerbssituation wurde durch Zustimmung zu der Frage "Mit meiner aktuellen beruflichen Situation bin ich sehr zufrieden" erfragt (1="stimme sehr zu" bis 5="stimme überhaupt nicht zu").

Gesundheitliche Parameter

Im T1-Fragebogen wurde die Kurzfassung des *SCL-90* (Derogatis LR., 1977), das Brief Symptom Inventary-18 (BSI-18, Derogatis, 2000) eingesetzt. Das BSI-18 besteht aus den drei Subskalen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* (jeweils sechs Items) sowie einem globalen Kennwert über alle 18 Items. Es wird eine Liste von Symptomen vorgegeben, deren Ausprägung in den letzten sieben Tagen auf einer 5-stufigen Likertskala von 1="überhaupt nicht" bis 5="sehr stark" beurteilt werden soll. Die Skalen zeigen bei einer

Überprüfung an einer deutschen Stichprobe (Spitzer et al., 2011) an gesunden und psychosomatischen Patienten gute interne Konsistenz (*Cronbachs* α =0,63 und *Cronbachs* α =0,93), der Item discrimination index ist hoch genug (bei der Patientenstichprobe *rit*>0,40) und es zeigte sich eine gute konvergente Validität bei Vergleichen mit anderen Maßen (Franke et al., 2011). Die Fragen zu aktuellen Erkrankungen, Behandlungen, zum Gesundheitszustand, zu Fehltagen und zum Grad der Behinderung (GdB) wurden für diese Evaluation vom Forschungsteam entworfen.

Erwerbsbezogene psychologische Parameter

<u>Erwerbsmotivation:</u> Zur Erhebung der Erwerbsmotivation wurde die Frage "Wie motiviert sind Sie, Ihre Arbeit wieder aufzunehmen bzw. eine neue Arbeit zu finden?" formuliert. Die fünfstufige Antwortskala reichte von 1="überhaupt nicht" bis 5="sehr".

Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung: Da für das Berufscoaching die berufsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen (s. Kap. 1.4.) relevant sind, wurde zu deren Erhebung der "Fragebogen zur Beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung" (Speier & Frese, 1997) verwendet. Er umfasst sechs Items, die auf einer fünfstufigen Skala von 1="stimme überhaupt nicht zu" bis 5="stimme sehr zu" beantwortet werden (Beispielitem: "Sollte ich arbeitslos werden, bin ich überzeugt, durch meine Fähigkeiten schnell wieder eine Stelle zu bekommen"). Der Fragebogen ist testtheoretisch überprüft (Speier & Frese, 1997) und kann als zuverlässiges und valides Erhebungsverfahren angesehen werden: Cronbachs α liegt bei .68, die Test-Retest Korrelation z.B. zwischen t3 und t4 bei r=.69. Die Konstruktvalidität wird über die Korrelation mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit, arbeitsbezogenem Selbstwert, Kontrollkognitionen und bestimmten Formen des Optimismus berechnet. Die signifikanten Korrelationen liegen zwischen r=.22. und r=.53, was die Autoren als Evidenznachweis für die Validität des Konstrukts sehen. Die Korrelationen seien dennoch nicht zu hoch, wodurch die Autoren davon ausgehen, dass die berufliche Selbstwirksamkeit distinkt zu den anderen Konstrukten ist (Speier & Frese, 1997).

Bewertung und Zufriedenheit der Rehabilitanden (nur Klienten zu T2)

Für die Erhebung der Bewertung und Zufriedenheit der Rehabilitanden wurden Items des *ZUF-8* (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) und des *Berliner Fragebogen zur Erhebung der Rehabilitandenzufriedenheit* (Erbstößer et al., 2007) modifiziert. Diese wurden lediglich in den T2-Fragebögen der Maßnahmenteilnehmer (IG) eingesetzt.

<u>ZUF-8:</u> Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit erfasst die allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit der Klinik anhand von acht Items mit ursprünglich jeweils vierstufiger Antwortmöglichkeit (Schmidt et al., 1989). Die Items des ZUF-8 wurden umformuliert, indem sie genauer auf das Berufscoaching bezogen wurden (bspw. "Wenn ein/e Freund/in ein ähnliches

Problem hätte, würde ich ihm/ihr das Berufscoaching empfehlen." statt im Original "Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er /sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?"). Aus befragungstechnischen Gründen wurde in unserer Untersuchung eine fünfstufige Antwortskala von "stimme nicht zu" bis "stimme zu" angeboten.

Ausnahme: Die Frage "Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?" wurde leicht modifiziert in "Wie würden Sie die Qualität des Berufscoachings beurteilen?"; es wurde aber die original Antwortmöglichkeiten beibehalten ("ausgezeichnet", "gut", "weniger gut", "schlecht").

Berliner Fragebogen zur Erhebung der Rehabilitandenzufriedenheit (Erbstößer et al., 2007): Es wurde nur ein (umformuliertes) Item übernommen: "Das Berufscoaching war für die Erhaltung/Erlangung meiner aktuellen Arbeitsstelle…" mit den Antwortmöglichkeiten "…eine notwendige Voraussetzung", "…eine wichtige Hilfe", "… von geringer Bedeutung", "… ohne Bedeutung", "…ich habe keine Arbeit" und "das kann ich nicht einschätzen".

In Tabelle 3.4 sind die Fragen jeweils für die Messzeitpunkte stichwortartig dargestellt. Die Fragebögen finden sich im Anhang 8.3.

Tabelle 3.4: Inhalte, Variablen und Zeitpunkte der Fragebogenerhebung

Inhalt	Variablen	t1	t2
Soziodemographie	Alter, Geschlecht	Х	Х
	Partnersituation, Kinder, Staatsangehörigkeit,		
	Geburtsland	Х	
Gesundheitliche	Symptome anhand BSI-18	Х	
Parameter	Aktueller Gesundheitszustand, Erkrankungen,	v	v
	Fehltage, Grad der Behinderung	Х	Х
	Veränderung des Gesundheitszustands		Х
	Aktuelle Behandlungen		х
Ausbildung und Beruf	Schulabschluss, Berufsausbildung,	. v	
	Anerkennung der Berufsausbildung	Х	
	Aktuelle Tätigkeit, Dauer der aktuellen Berufstätigkeit	Х	
	Aktuelle Berufstätigkeit (WS)	Х	Х
	Unterstützung in beruflichen Fragen	Х	Х
	Subjektive Erfolgsprognose (WS)	Х	Х
Erwerbsbezogene	Berufliche Belastung / Problemlage (WS)	Х	Х
Parameter	Teilnahme an einer beruflichen Reha-Maßnahme;		v
	Verbesserungsvorschläge für berufliche Hilfsangebote		Х
Erwerbsbezogene psy-	Erwerbsmotivation		
chologische Parameter	Fragebogen zur beruflichen	Х	Х
	Selbstwirksamkeitserwartung		
Bewertung und	Teilnahmebedingungen, Anzahl der Kontakte, Art der		
Zufriedenheit der	Kontaktaufnahme, wahrgenommene Leistungen;		х
Rehabilitanden	Evaluationsfragen (Berliner Fragebogen nach		^
(nur IG)	beruflicher Rehabilitation, ZUF8)		

3.5.2. Rekrutierung und Durchführung

Die Rehabilitanden der beiden Interventionskliniken (IK) Glotterbad und Rheintal, deren Klinikaufenthaltskosten durch die DRV Baden-Württemberg getragen wurden, wurden zu Beginn ihres Klinikaufenthalts (T1) und ein Jahr danach (T2) schriftlich befragt (Maßnahmenteilnehmern sowie Nicht-Teilnehmer). Die Zuweisung der Rehabilitanden zum Berufscoaching erfolgte gemäß den Klinikabläufen. Im gleichen Zeitraum wurden Kliniken mit denselben Kostenträgern und vergleichbaren Indikationsschwerpunkten (Vergleichskliniken, VK) um die Teilnahme an den zwei Fragebogenerhebungen gebeten. Von sieben angefragten Kliniken erklärten sich drei zu der Evaluationsteilnahme bereit und unterstützen die Befragung ihrer Rehabilitanden organisatorisch. Einziges Ausschlusskriterium waren unzureichende Deutschkenntnisse.

Aufgrund der unterschiedlichen klinikinternen Bedingungen gab es verschiedene Erhebungsmodalitäten: In der Klinik Glotterbad wurden die Fragebögen zusammen mit den kliniküblichen Fragebögen aushändigt, ausgefüllt und in der Klinik abgegeben. In der Kohlwaldklinik wurden die Fragebögen zusammen mit dem Klinikmaterial bereits vor Aufnahme an die Patienten versandt. In der Klinik Höhenblick wurden die Fragebögen in der wöchentlichen Einführungsveranstaltung durch den Chefarzt ausgegeben. Die Patienten der Höhenblick bzw. Kohlwaldklinik konnten die ausgefüllten Fragebögen in den Kliniken abgeben oder per beiliegenden Rückumschlag an das Evaluationsteam zurücksenden. In der Rheintalklinik und der Weißensteinklinik wurden die Fragebogenerhebungen in speziell konzipierten Veranstaltungen veranlasst (Rheintalklinik wöchentlich, Weißensteinklinik alle 6 Wochen). Alle Rehabilitanden bekamen ein Informationsblatt über die Evaluation und entbanden die Klinik von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Forschungsteam (s. Anhang 8.1. und 8.2.). Ein Jahr nach Ausfüllen des T1-Fragebogens wurde den Rehabilitanden der T2-Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag postalisch zugestellt. Drei bis vier Wochen danach wurde ein Erinnerungsschreiben verschickt. Bei gecoachten Rehabilitanden wurden weitere Bemühungen unternommen, um noch nicht zurückerhaltenen Fragebögen zu erhalten (z.B. telefonisches Nachfassen). Das Ausfüllen beider Fragebögen nahm jeweils zwischen zehn und fünfzehn Minuten in Anspruch.

Auf diese Weise lagen Daten von Klienten und anderen, nicht am Berufscoaching teilnehmenden Rehabilitanden vor. Unter den nicht-teilnehmenden Rehabilitanden ließen sich weitere Teilstichproben identifizieren: Rehabilitanden, die nicht an der Maßnahme teilgenommen hatten, konnten unterschieden werden in Gruppen mit oder ohne berufliche Problemlage. Anhand der Prävalenzen von besonderen beruflichen Problemlagen dieser beiden Teilstichproben konnte eine Schätzung des Bedarfs an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen vorgenommen werden. Vergleiche innerhalb der Interventionskliniken zwischen Maßnahme-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ließen Rückschlüsse auf die Zuweisung und die Aus-

prägung der dafür genutzten Indikationskriterien zu. Die Maßnahmeneffekte wurden durch einen Vergleich der Klienten mit einer Vergleichsgruppe (VG) abgeschätzt. Für die Vergleichsgruppe wurden Rehabilitanden ausgewählt, die auf soziodemographischen und berufsbezogenen Parametern ähnliche Ausprägungen wie die Klienten aufwiesen (Matching, Vgl. 3.5.3.).

3.5.3. Festlegen der Vergleichsgruppe

Zur Analyse der Effekte des Berufscoachings wurden die Daten jener Personen genutzt, von denen zu beiden Messzeitpunkten auswertbare Fragbögen vorlagen. Dies war bei n=463 Personen der Fall. Allerdings lagen nur von n=38 Klienten des Berufscoachings Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten vor (von n=68 zu T1). Zum Vergleich mit den Klienten wurden zuerst zwei Vergleichsgruppen identifiziert, die im gleichen Zeitraum in den Interventionsbzw. Vergleichskliniken waren und ebenfalls potentiell Bedarf an einer beruflich orientierten Maßnahme hatten. In einem zweiten Schritt wurde eine Vergleichsgruppe über ein Matching auf individueller Ebene gebildet.

Zwei Vergleichsgruppen mit potentiellem Bedarf (VG IK und VG VK)

Im ersten Schritt wurden in Interventions- und Vergleichskliniken jene Rehabilitanden identifiziert, bei denen ein solcher Bedarf vorlag. Dazu wurden die Kriterien verwendet, die für die Zuweisung zum Berufscoaching herangezogen werden (Indikationskriterien). Ein Bedarf ist indiziert, wenn Rehabilitanden arbeitslos oder befristet berentet sind oder eine Arbeit haben, die sie kurz-/langfristig nicht mehr ausüben können (schlechte subjektive Erwerbsprognose) und sich Hilfe in beruflichen Fragen wünschen. Auf diese Weise wurden insgesamt 277 Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage identifiziert (Vergleichsklinken n=146, Interventionskliniken n=131, davon n=34 Klienten d.h. 4 Klienten erfüllten diese Zuweisungskriterien nicht). Beim Vergleich der Gruppe mit Bedarf der Interventionskliniken mit der der Vergleichskliniken zeigte sich, dass die Rehabilitanden der Interventionskliniken häufiger arbeitslos (IK: 34 vs. VK: 18%), aber subjektiv beruflich (M=3.85 vs. M=4.05, Skala 1-5) und gesundheitlich (M=3.33 vs. M=3.59, Skala 1-5) weniger belastet waren.

Der Vergleich zwischen Klienten und bedürftigen Rehabilitanden innerhalb den Interventionskliniken zeigt, dass die Klienten häufiger arbeitslos (40 vs. 31%), deutlich erwerbsmotivierter waren (M=4.16 vs. M=3.67) und einen größeren Hilfewunsch hatten (M=3.89 vs. M=3.56, Skala 1-5). In weiteren Aspekten (Gesundheitszustand, Berufszufriedenheit, Arbeitsbelastung, Subjektive Erfolgsprognose) ergaben sich keine Unterschiede. Deswegen wurden im zweiten Schritt die Rehabilitanden der Vergleichskliniken mit Bedarf weiter eingegrenzt auf Personen, die den Klienten auf weiteren relevanten Parametern möglichst ähnlich

sind. Es wurden die Rehabilitanden ausgeschlossen, die keine Erwerbsmotivation zeigten (Motivation \leq 2 bei einer Skala von 1-5) und keinen Hilfewunsch äußerten (Hilfewunsch \leq 2 bei einer Skala von 1-5). Somit verblieben in der Vergleichsgruppe der Vergleichskliniken (VG VK) n=100 Personen (n=46 aus der orthopädischen Klinik Höhenblick, n=64 aus den psychosomatischen Kliniken Kohlwald und Weißenstein; siehe Abbildung 3.2).

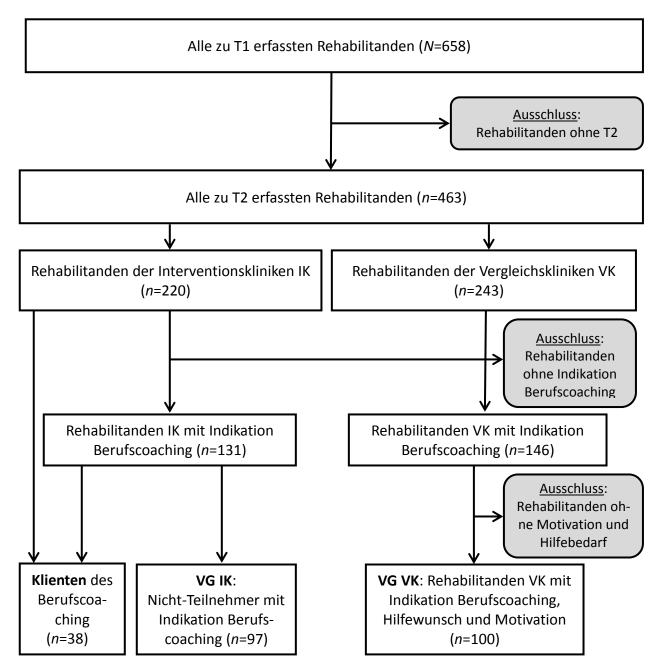


Abbildung 3.2: Vorgehen zur Auswahl der Vergleichsgruppen VG IK und VG VK

Die so gebildeten zwei Vergleichsgruppen VG IK und VG VK wiesen weiterhin große Unterschiede zu den Klienten zu T1 auf, insbesondere auf beruflichen Parametern (37% vs.

29/16% Arbeitslose). Deswegen wurde eine dritte Vergleichsgruppe durch ein Matching gebildet mit den Rehabilitanden der Vergleichskliniken gebildet (Abbildung 3.3).

Vergleichsgruppe durch individuelles Matching

Es wurde für jeden Klienten ein statistischer Zwilling gesucht. Der Klient und sein Zwilling sind auf ausgewählten Merkmalen (annähernd) gleich (Bacher, 2002). Es wurden die Rehabilitanden der Vergleichsgruppen ausgewählt, die auf relevanten Variablen zu T1 ähnliche Ausprägungen wie die Klienten hatten (Abbildung 3.3).

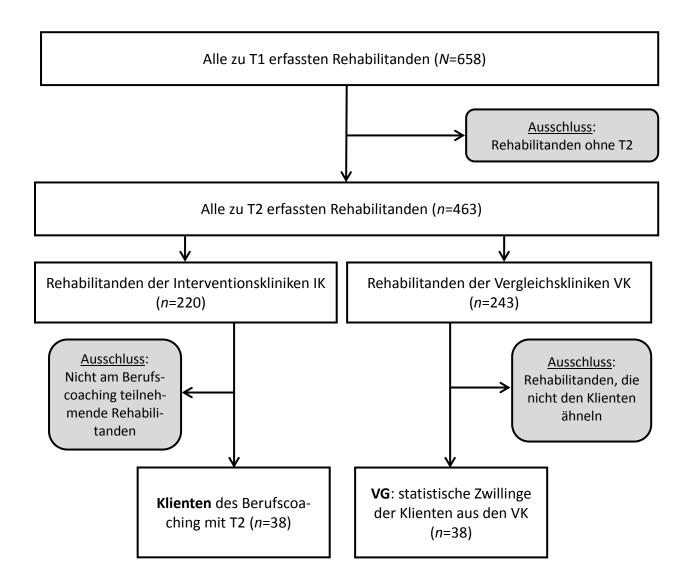


Abbildung 3.3: Vorgehen zur Auswahl der gemachten Vergleichsgruppe (VG)

Jedem Klienten wurde somit ein Rehabilitand (=statistischer Zwilling) aus den Vergleichskliniken zugeordnet, der

- 1. die gleiche Indikation (Orthopädisch vs. Psychosomatisch),
- 2. ein ähnliches Alter (+/-5 Jahre),

- 3. das gleiche Geschlecht (Weiblich vs. Männlich),
- 4. die gleiche **subjektive Erwerbsprognose** (Einschätzung, wie lange sie noch an ihrem Arbeitsplatz tätig sein können)
- 5. den gleichen **Wunsch nach Hilfe** bei beruflichen Fragen/Problemen
- 6. die gleichen gesundheitlichen Arbeitseinschränkungen hat.

Dabei wurden wenn möglich alle sechs Variablen berücksichtigt. Wurde kein Match gefunden, der allen sechs Variablen entsprach, wurde ein Match mit gleicher Ausprägung auf den ersten fünf Variablen gesucht. Wurde auch dies nicht gefunden, wurde ein Match mit gleicher Ausprägung auf den ersten vier Variablen gesucht. Wurde auch dann kein Match gefunden, wurde die Variable Geschlecht herausgenommen. Auf diese Weise wurden n=38 Personen identifiziert, die den Klienten ähnlicher waren als die zwei ursprünglich identifizierten Vergleichsgruppen. Deswegen wird die gematchte Vergleichsgruppe (VG) für die Effektivitätsberechnungen (4.4.2.) herangezogen. Die Ergebnisse bei Verwendung der zuerst gebildeten Vergleichsgruppen VG VK und VG IK unterscheiden sich nicht von den Ergebnissen bei Vergleich mit der gematchten Vergleichsgruppe (Vgl. Abschlussbericht, Brockhaus, Seelig & Bengel, 2013).

3.5.4. Auswertung der Fragebogendaten

Nachdem die Fragebogendaten in elektronischer Form aufbereitet waren, wurden die quantitativen Analysen mit der Statistiksoftware SPSS (Version 20) vorgenommen. Die Fragebogendaten wurden für Fragen des Bedarfs, der Umsetzung der Indikationskriterien, der Akzeptanz und der Bewertungen deskriptiv ausgewertet (Mittelwerte, Häufigkeiten und Standardabweichung). Deskriptive Maße lassen tendenzielle Einschätzungen und Interpretationen von Unterschieden zwischen den Gruppen oder Messzeitpunkten zu. Die Darstellung der Effekte erfolgte über einen Vergleich der Klienten mit Rehabilitanden aus anderen Rehabilitationskliniken (Vergleichsgruppe, VG). Anhand des Vergleichs der Klienten mit dieser VG bezüglich ihrer Veränderungen zwischen T1 und T2 wurden die Effekte des Berufscoachings abgeschätzt. Hauptkriterium war der Erwerbsstatus. Da der Erwerbsstatus nominalskaliert erhoben wurde, wurden die Analysen deskriptiv vorgenommen und mit Chi Quadrat Test überprüft (Signifikanzniveau p<.05). Nebenkriterien waren die subjektiv eingeschätzten Werte der Arbeitsbelastung, der beruflichen Zufriedenheit, der Gesundheit, der Erwerbsmotivation und der berufsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Klienten wurden mit der gematchten VG auf den Nebenkriterien mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (Signifikanzniveau p<.05) verglichen. Das Matching wurde mithilfe des Programms R (Softwarepacket für Statistical Computing) programmiert und durchgeführt. In der ANOVA interessiert der Interaktionseffekt zwischen dem Faktor Gruppe (Klienten vs. VG) und Zeit (T1 vs. T2). Der Anteil der erklärten Varianz wird durch Eta² (η^2) angegeben (kleine

Effekte bei η^2 >0.01, mittlere Effekte η^2 >0.06, große Effekte η^2 >0.14; Leonhart, 2004). Fehlende Items wurden nicht ersetzt. Die dadurch variierenden Stichprobengrößen werden deswegen jeweils angegeben.

3.5.5. Stichprobe und Drop-out

Zu T1 wurden 1442 Fragebögen verteilt (IK=707, VK=735), von denen knapp die Hälfte, d.h. *N*=658 Fragebögen, ausgefüllt zurückerhalten wurden (IK=316, VK=342; Abbildung 3.4). Zu T2 lag der Rücklauf bei 70%, es wurden *n*=463 Fragebögen zu T2 beantwortet (IK=220; VK=243). In den Interventionskliniken konnten zu T1 *n*=68 Fragebögen von Klienten ausgefüllt zurück erhalten werden. Der Fragebogenrücklauf zu T2 bei diesen Klienten lag bei 56%. Es konnten die Daten von *n*=38 Klienten für die längsschnittliche Analyse berücksichtiget werden (Abbildung 3.4).

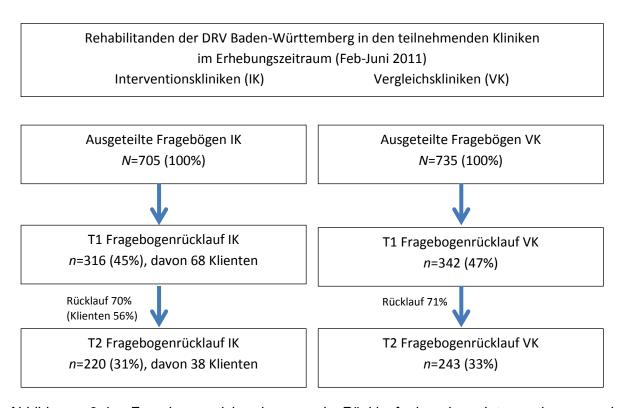


Abbildung 3.4: Fragebogenstichproben und Rücklauf in den Interventions- und Vergleichskliniken

Beschreibung der gesamten Stichprobe zu T1

Die gesamte Stichprobe zum Zeitpunkt T1 setzt sich aus Rehabilitanden der Interventionsund Vergleichskliniken zusammen, die sich in den orthopädischen bzw. psychosomatischen Kliniken zu einem stationären Rehabilitationsaufenthalt befanden. Die Rehabilitationsaufenthalte wurden durch die DRV Baden-Württemberg getragen.

Tabelle 3.4: Bildungs- und Beschäftigungshintergrund der Rehabilitanden zu T1

Klinik	Rheintal	Höhenblick	Glotterbad	Kohlwald	Weißenstein
Soziodemographisches					
N	201	188	115	64	91
Alter M (SE) ¹	50.1 (0.60)	49.85 (0,58)	48.00 (0,74)	49.63 (1,26)	46.59 (1.04)
Geschlecht (m/f)	69/31%	68.6/31.4%	40.0/60.0%	47.6/52.4%	22.0/78.0%
Ausländeranteil ²	28.6%	27.2%	15.0%	32.8%	8.0%
Schulausbildung					
ohne Schulabschluss	5.1%	3.2%	2.7%	0.0%	1.1%
Sonder-/Haupt- /Realschulabschluss	81.8%	93.0%	83.0%	87.1%	66.0%
Abitur/Hochschul- abschluss	12.7%	3.2%	13.4%	13.0%	33.0%
Berufsausbildung					
ohne Berufsausbildung	17.1%	11.7%	11.7%	11.1%	2.2%
Lehre/Fachschule	77.7%	84.0%	74.8%	82.5%	83.5%
Universität	4.7%	0.5%	4.3%	1.6%	11%
Beschäftigungshintergrund					
Arbeitslos	19.1%	11.4%	25.4%	14.5%	18.9%
Zeit-/Altersrente	2.0%	0.5%	2.7%	0.0%	0.0%
Hausfrau/-mann	1.0%	1.1%	1.8%	3.2%	2.2%
Berufstätig (Teil-/Vollzeit)	77.3%	87.0%	70.1%	82,1%	88.9%
Erkrankungshintergrund					
Indikation (O=Orthopädie, PS= Psychosomatik)	0	0	PS	PS	PS
Aktuelle Gesundheit ³ M (SE)	3.29 (0.05)	3.35 (0.05)	3.33 (0.08)	3,69 (0.09)	3,25 (0.10)
körperliche Erkrankungen in %	97.8%	100.0%	82.2%	78.6%	72.9%
psychische Erkrankungen in %	21.5%	15.1%	93.1%	80,4%	97.6%
Depressivität ⁴ M(SE)	3.69 (0.30)	3.94 (0.33)	8.38 (0.58)	9.46 (0.80)	8.08 (0.70)
Ängstlichkeit ⁴ M(SE)	3.69 (0.28)	3.84 (0.31)	7.84 (0.54)	9.30 (0.76)	7.46 (0.67)
Somatisierung ⁴ M(SE)	4.52 (0.28)	4.62 (0.31)	6.09 (0.50)	7.08 (0.66)	6.34 (0.56)

M= Mittelwert, SE= Standardfehler
 Als Ausländer werden Personen eingestuft, die in einem anderen Land geboren sind.
 "Wie würden Sie Ihre aktuelle Gesundheit beschreiben?" (1="sehr gut" bis 5="sehr schlecht").

⁴ Summenwerte der Subskalen Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit des BSI-18 (Derogatis, 2000, mögliche Werte von 0-24)

Soziodemographischer Hintergrund: Das Durchschnittsalter der Patienten lag zwischen 47 Jahren in der Weißensteinklinik und 50 Jahren in den beiden orthopädischen Kliniken (Tabelle 3.4). In den orthopädischen Kliniken befanden sich erwartungsgemäß mehr Männer (69%), in den psychosomatischen mehr Frauen (52-78%). Der Ausländeranteil (operationalisiert über das Geburtsland) war in der psychosomatischen Weißensteinklinik mit 8% am niedrigsten, am höchsten war er in der psychosomatischen Kohlwaldklinik und den orthopädischen Kliniken Rheintal und Höhenblick (27-31%). Details sind Tabelle 3.4 zu entnehmen. Da ausreichende Deutschkenntnisse eine Voraussetzung zum Ausfüllen des Fragebogens waren, haben vor allem Ausländer den Fragebogen nicht beantwortet. Der Ausländeranteil liegt deswegen vermutlich in der zugrundeliegenden Population etwas höher.

<u>Bildungs- und Beschäftigungshintergrund:</u> Die Mehrheit der Rehabilitanden in den Kliniken hatte einen Haupt-/Real- oder Sonderschulabschluss (66-93%) und eine Lehre bzw. Fachschule absolviert (75-84%). Höchstens 5% der Rehabilitanden in den Kliniken hatte keinen Schulabschluss; 2-17% waren ohne Berufsausbildung (Tabelle 3.4). Die Mehrheit der Rehabilitanden (70-89%) war berufstätig; 11-25% waren ohne Arbeit und nur wenige Rehabilitanden waren berentet (0-3%) bzw. Hausfrauen/-männer (1-3%).

Erkrankungshintergrund: In den orthopädischen Kliniken gaben entsprechend der Indikation alle Patienten körperliche Erkrankungen an, 15 bzw. 22% benannten zusätzliche psychische Erkrankungen. Die BSI-18-Werte für Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung lagen zwischen *M*=3.69 und *M*=4.62 (bei Werten bis 24, Tabelle 3.4). In den psychosomatischen Kliniken benannten die Rehabilitanden neben 79-98% psychischen Erkrankungen auch 73-82% körperliche Erkrankungen. Hier lagen die Werte der Subskalen des BSI-18 zwischen *M*=6.09 und *M*=9.46. Die Einschätzung des Gesundheitszustandes lag in allen Kliniken im mittleren Bereich (*M*=3.25 - *M*=3.69; Range 1-5; Tabelle 3.4).

Beschreibung der Klienten und der Vergleichsgruppe

Die Klienten und die Rehabilitanden der VG waren im Schnitt 45 bzw. 46 Jahre alt (Tabelle 3.5). Es waren tendenziell mehr Männer (58% vs. 53%) und ein etwas geringer Anteil an Ausländern (16% vs. 22%) unter den Klienten zu finden. Die Klienten bzw. die Rehabilitanden der VG hatten in der Regel einen Sonder-/Haupt- oder Realschulabschluss (87/89%), hatten eine Lehre absolviert (79/91%) und waren berufstätig (61/74%). Der Anteil der Arbeitslosen lag bei den Klienten mit 37% über dem der VG (26%). Die Hälfte der Klienten bzw. der VG hatte psychische (57/58%) Erkrankung und ein Großteil hatte körperliche Erkrankungen (89/97%). Durch das Matching war der Anteil von orthopädischen bzw. psychosomatischen Patienten in der VG gleich dem der Klienten. Der Vergleich der beiden Gruppen zeigt, dass das Matching eine Vergleichsgruppe identifizieren konnte, die den Klienten auf demographischen Parametern (Alter, Schulabschluss, Indikation und Gesundheitsparameter) gleicht.

Tabelle 3.5: Soziodemographischer Hintergrund der Klienten und der Rehabilitanden der Vergleichsgruppe (VG)

	Klienten (N=38)	VG (N=38)
Demographisches		
Alter M (SE) ¹	44.68 (1.38)	46.18 (1.59)
Geschlecht (m/f)	57.9/42.1%	52.6/47.4%
Ausländeranteil ²	15.8%	21.6%
Schulausbildung		
ohne Schulabschluss	2.6%	0.0%
Sonder-/Haupt- /Realschulabschluss	86.8%	89.2%
Abitur/Hochschulabschluss	10.5%	10.8%
Berufsausbildung		
ohne Berufsausbildung	13.5%	2.7%
Lehre/Fachschule	78.4%	91.9%
Universität	5.4%	2.7%
Beschäftigungshintergrund		
Arbeitslos	36.8%	26.3%
Zeit-/Altersrente	2,6%	0.0%
Hausfrau/-mann	0.0%	0.0%
Berufstätig (Teil-/Vollzeit)	60.5%	73.7%
Erkrankungshintergrund		
Indikation (O=Orthopädisch, PS= Psychosomatisch)	O=60.5%, PS=39.5%	O=60.5%, PS=39.5%
Aktuelle Gesundheit ³ M (SE)	3.38 (0.11)	3.65 (0.14)
körperliche Erkrankungen in %	89.2%	97.4%
psychische Erkrankungen in %	56.8%	57.9%
Depressivität M(SE) ⁴	8.42 (0.94)	8.68 (1.15)
Ängstlichkeit M(SE) ⁴	7,00 (1,00)	7,92 (1,19)
Somatisierung M(SE) ⁴	5.87 (0.77)	7.34 (0.98)

¹ *M*= Mittelwert, *SE*= Standardfehler

² Als Ausländer werden Personen eingestuft, die in einem anderen Land geboren sind.

 $^{^{3}\,}$ "Wie würden Sie Ihre aktuelle Gesundheit beschreiben?" (1="sehr gut" bis 5="sehr schlecht").

⁴ Summenwerte der Subskalen Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit des BSI-18 (Derogatis, 2000, mögliche Werte von 0-24)

T-tests bestätigen, dass sich die Klienten und die VG auf keiner der Variablen signifikant unterscheiden. Die gesamte Stichprobe zu T1 (N=658) unterscheidet sich von den zwei Gruppen durch einen niedrigeren Anteil an Arbeitslosen (18%) und psychisch Erkrankten (48%), in allen anderen Variablen entsprechend sich die Gruppen.

Nicht-Teilnahme und Drop-out

Wie aus Abbildung 3.4 ersichtlich, wurden von den ausgeteilten *N*=1442 Fragebögen (*n*=707 in den Interventionskliniken, *n*=735 in den Vergleichskliniken) jeweils knapp die Hälfte beantwortet zurückgegeben. Bei Patienten, die in der Klinik zu T1 keine Fragebögen ausfüllten, handelt es sich vermutlich vor allem um fremdsprachige Patienten, Personen mit niedrigem Bildungsniveau, besonderen psychischen Belastungen und/oder Sorgen bezüglich der Herausgabe persönlicher Daten. In der zweiten Erhebung nach einem Jahr gab es bei den Rehabilitanden der Interventions- sowie Vergleichskliniken einen Rücklauf von rund 70%. Die Rücklaufquote bei den gecoachten Rehabilitanden lag bei 55%, obwohl die Klienten zusätzlich telefonisch und/oder per Mail an die Fragebögen erinnert wurden.

Der Vergleich der Rehabilitanden, bei denen T1 und T2 vorlag (=*Responder*), mit denen, bei denen keine T2-Daten vorlagen (=*Non-Responder*) wurden anhand eines Chi Quadrat Test überprüft. Es waren keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, aktuellem Gesundheitszustand, Schul- und Berufsausbildung und der aktuellen beruflichen Situation vorzufinden. An Unterschieden zeigte sich, dass die Non-Responder häufiger aus den orthopädischen Kliniken kamen (66% vs. 56%; Chi Quadrat Test: *p*=.014; *Cramer-V*=0.095), seltener die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen (69% vs. 80%, Chi Quadrat Test: *p*=.035; *Cramer-V*=0.082) und im Würzburger Screening häufiger eine berufliche Problemlage aufwiesen (34% vs. 28%, Chi Quadrat Test: *p*=.008; *Cramer-V*=0.109). Die Effektstärken bewegen sich aber insgesamt auf einem sehr niedrigen Niveau.

Im Vergleich der Non-Responder mit den Respondern unter den Klienten fällt auf, dass die Non-Responder häufiger aus den orthopädischen Kliniken stammten (80% vs. 61%) entsprechend seltener psychisch erkrankt waren (44% vs. 57%) und häufiger arbeitslos waren (50% vs. 37%). Beim Chi Quadrat Test gab es aber keine signifikanten Unterschiede auf diesen Variablen und auch nicht hinsichtlich des Alters, des Geschlechts, der schulischen und beruflichen Ausbildung, der Staatsangehörigkeit und der Häufigkeit somatischer Erkrankungen.

4. ERGEBNISSE

Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an den inhaltlichen Aspekten dieser Evaluation. Zuerst werden der Bedarf, die Erwartungen und Zielsetzungen der Beteiligten an das Berufscoaching, sowie die Zielgruppe des Coachings beschrieben (Kapitel 1). Eine Analyse der Maßnahmendurchführung vergleicht die konzeptuellen Elemente mit der tatsächlichen Realisierung (Kapitel 2). Danach wird das Berufscoaching in Bezug auf Akzeptanz und Bewertung der Beteiligten analysiert (Kapitel 3). Die Ergebnisdarstellung schließt mit den Aussagen zum Verhältnis von Aufwand und Nutzen, den Effekten des Coachings sowie der Zielerreichung aus Sicht der Beteiligten (Kapitel 4). Die Befunde aus den einzelnen Untersuchungen (Interviews, Fragebögen, Dokumentenanalyse) werden thematisch gebündelt. Dadurch besteht jedes Kapitel aus Ergebnisse sowohl aus den Interviews als auch aus der Fragebogenerhebung und der Dokumentenanalyse.

Hinweise zum Lesen der Interview-Ergebnisse

Bei den Darstellungen der Ergebnisse aus den Interviews handelt es sich um Aussagen der Interviewten. Diese dienen der Illustration der Positionen und ihrer Variationsbreite (und nicht der summarischen Bewertung). Die Stichprobengröße der Klienten- und Stakeholder-Interviews ist immer gleich (*N*=10 bzw. *N*=22) und wird deswegen nicht jedes Mal angegeben.

Zitation: Wörtlich übernommene Aussagen (Zitate) sind durch Anführungszeichen gekennzeichnet. Längere Zitate werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in kleinerer Schrift eingerückt oder in einem separaten Kasten dargestellt. Identifizierbar werden Zitate durch die angegebene Atlas.ti-Nummerierung (Nummer des primary documents: Nummer der quotation). Zitate aus den Klienten-Abschlussinterviews wurden gesondert ausgewertet, so dass für eine eindeutige Zuordnung ein "b" hinter der Nummer des primary documents eingefügt wird (z.B. 2b:23). Die Stakeholder-Interviews wurden in zwei Durchläufen mit Atlas.ti ausgewertet, weswegen die Zitate der zweiten Auswertung mit einem "b" hinter der Zitation gekennzeichnet werden (z.B. 2:23b).

Anonymisierung: Aus Gründen des Datenschutzes sind die Transkripte der Interviews nicht angefügt. Die interviewten Klienten werden mit Pseudonymen (Initialen) versehen. Die Zitate der Stakeholder werden – soweit ohne Deanonymisierung möglich – mit der Berufsgruppe gekennzeichnet (z.B. "Arzt 2:43"), damit sie im beruflichen Kontext der Befragten betrachtet werden können. Weil im Falle des ZBG und der DRV Rückschlüsse auf Personen gemacht werden könnten, wenn die berufliche Rolle genannt würde, werden alle Mitarbeiter dieser beiden Organisationen ungeachtet ihrer Tätigkeit mit ihrer Organisationszugehörigkeit "ZBG" oder "DRV" zitiert. Zur weiteren Anonymitätssicherung werden alle Stakeholder ungeachtet ihres Geschlechts mit der männlichen Form dargestellt.

Hinweise zum Lesen der Fragebogen-Ergebnisse

Die Fragebogenstudie ist aufgrund des quasi-experimentellen Designs und der kleinen Stichprobe in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Die deskriptiven Analysen erlauben jedoch Aussagen über Tendenzen. Vereinzelt fehlende Daten in den Fragebögen führen dazu, dass in der Ergebnisdarstellung unterschiedliche Stichprobengrößen auftreten können, die deswegen immer angegeben werden.

4.1. Bedarf, Ziele und Indikationskriterien

4.1.1. Bedarf am Berufscoaching

Die Frage nach dem Bedarf an berufsbezogenen Maßnahmen sowie speziell dem Berufscoaching wird über verschiedene Zugänge untersucht. Stakeholder beschreiben in den Interviews, wie sie den Bedarf an beruflichen Reha-Maßnahmen einschätzen. Für die untersuchten Kliniken kann der Bedarf durch die Daten des Screeninginstruments (Würzburger Screening, WS) abgeschätzt werden. Bedürfnisse als subjektiv empfundener Bedarf werden auf Basis der Rehabilitandenangaben im Fragebogen eingeschätzt.

Perspektive der Stakeholder

Der Bedarf an berufsbezogenen Reha-Maßnahmen ist aus Sicht aller Stakeholder steigend, da vermehrt Rehabilitanden mit beruflichen Problemen in die Rehabilitation kommen. Abschätzungen des Bedarfs durch die Klinikmitarbeiter liegen zwischen einem Drittel (Orthopädie) und zwei Drittel der stationären Rehabilitanden (Psychosomatik). Die Klinikmitarbeiter erklären den Bedarf damit, dass sich die Bedingungen der Arbeit und des Arbeitsmarktes verschärft haben. Gesundheitlich beeinträchtigte Rehabilitanden brauchen ein spezifisches Hilfsangebot, wenn sie gesundheitlich bedingt von Arbeitslosigkeit bedroht oder betroffen sind oder die Arbeitsbedingungen die Gesundheit so stark beeinträchtigen, dass eine Veränderung der Arbeitssituation notwendig ist.

Einen besonders hohen Bedarf an berufsrehabilitierenden Maßnahmen sehen Ärzte im **psychosomatischen** Bereich. Gerade hier haben viele Rehabilitanden arbeitsplatzbezogene Probleme. Eine zufriedenstellende Änderung der beruflichen Situation hat einen großen Einfluss auf die Genesung der Patienten. In der **orthopädischen** Rehabilitation liegt laut der behandelnden Ärzte ein besonderes Augenmerk auf der körperlichen Beanspruchung durch den Arbeitsplatz. Die Suche nach Arbeitsplatzlösungen, bei denen orthopädische Probleme berücksichtigt werden (können), gestaltet sich vor allem für Rehabilitanden mit niedrigem Bildungsniveau schwierig. Zum Beispiel bestehen Probleme darin, sich in der "Rehabilitations- und Ämterlandschaft" zurecht zu finden.

Klinikmitarbeiter benennen verschiedene Angebote ihrer Kliniken, die diese Probleme aufgreifen: Während der Klinikzeit gibt es Vorträge zu beruflichen Themen, Gruppenangebote für Arbeitsplatzprobleme oder berufliche Hilfsangebote durch den Sozialdienst (z.B. Bewerbungstrainings, berufliche Interessenstests). Eine spezielle Berufsberatung durch Sozialarbeiter wird meist aus Zeit- und/oder Qualifikationsgründen nicht angeboten. Die Stakeholder urteilen, dass Angebote zu selten auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet und entsprechend wenig flexibel sind. Zudem wäre ein zentraler Ansprechpartner sinnvoll, der Patienten auch nach dem Klinikaufenthalt berät. Für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt werden die Stu-

fenweise Wiedereingliederung und Nachsorgeprogramme wie IRENA der DRV Bund, das ambulante Stabilisierungsprogramm (ASP) von der DRV Baden-Württemberg und LTAs genannt. Hier bestehen allerdings zeitliche Lücken: Nach der medizinischen Rehabilitation entstehen zum Teil lange Wartezeiten bis zum Beginn der Nachsorge.

Perspektive der Klienten und Ergebnisse des Screenings

Ca. die Hälfte der befragten Rehabilitanden wünscht Hilfe in beruflichen Fragen (Tabelle 4.1). Eine Einschätzung des Bedarfs lässt sich auch aus den Daten des Würzburger Screenings ableiten. Hier werden zwischen 21% und 41% der Rehabilitanden als Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen identifiziert (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Besondere berufliche Problemlage (Würzburger Screening) und Wunsch nach beruflichen Hilfsangeboten

Rehabilitationsklinik	Glotterbad	Kohlwald	Weißenstein	Rheintal	Höhenblick
N	115	64	91	201	188
Indikation ¹	PS	PS	PS	0	0
BBPL ²	41%	27%	35%	33%	21%
Hilfewunsch ³	51%	50%	54%	55%	36%

¹ PS= Psychosomatik, O=Orthopädie

Im Mittel über alle Kliniken liegt bei 31% der Rehabilitanden eine berufliche Problemlage vor. Diese Prozentsätze entsprechen denen der Literatur (z.B. Hillert et al., 2009; Radoschewski et al., 2006), wobei die Unterschiede zwischen psychosomatischer und orthopädischer Indikation in der vorliegenden Stichprobe (27% in orthopädischen Kliniken, 36% in psychosomatischen Kliniken) nicht so deutlich wie in der Literatur sind.

² Häufigkeit besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) in % nach Score des Würzburger Screenings (WS)

³ % der Antworten "ziemlich" und "sehr" auf die Frage: "Wie sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fragen/Problemen"

4.1.2. Erwartungen und Ziele der Stakeholder und der Klienten

Das vorrangige Ziel des Coachings ist eine frühzeitige und nachhaltige berufliche Wiedereingliederung. Anhand der Interviewaussagen der Stakeholder und Klienten lassen sich die Ziele konkretisieren. Die Reihenfolge der im Folgenden dargestellten Ziele gibt nicht deren Wichtigkeit wieder.

Erhaltung bestehender Arbeitsplätze bzw. Finden "gesunder" Berufsalternativen: Das Ziel, für die Rehabilitanden ein Beschäftigungsverhältnis bzw. eine weiterführende berufliche Maßnahme zu finden, wird von allen Interessensgruppen geteilt. Die gecoachten Rehabilitanden wollen in der Regel (wieder) arbeiten. Der Kostenträger DRV Baden-Württemberg formuliert zusätzlich, dass der Arbeitsplatz "leidensgerecht" (DRV, 20:3) sein soll.

Nahtloser Übergang zu Maßnahmen beruflicher Reintegration: Rehabilitanden müssen z.T. lange warten, bis berufliche Anschlussmaßnahmen geregelt sind. Alle befragten Berufsgruppen (Ärzte, Sozialarbeiter, Berufscoachs, Reha-Fachberater) sehen nach dem Klinikaufenthalt die Gefahr für die Rehabilitanden in ein "Loch" zu fallen, wenn der berufliche Anschluss bzw. anschließende berufsbezogenen Maßnahmen nicht rechtzeitig geklärt werden. Laut Manual des Berufscoachings (Nordmann et al., 2012) soll dieses Ziel dadurch erreicht werden, dass die Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage bereits in der Klinik identifiziert werden. Mit diesen Personen sollen die Coachs bereits in der Klinik in Kontakt treten, eine Vertrauensgrundlage schaffen und die berufliche Situation nach Klinikaufenthalt thematisieren. So soll gewährleistet werden, dass der Coach den Klienten in der problematischen Zeit nach Klinikaufenthalt zur Seite stehen kann.

Stärkung der berufsbezogenen Selbstkompetenz der Klienten: Die Eigenverantwortung, die berufsbezogene Motivation, die Selbstsicherheit, die Selbstwirksamkeit und die Eigeninitiative der Klienten sollen gefördert werden (Nordmann et al., 2012). Dieses Ziel kann als Unterziel zur Erreichung des Hauptziels - der langfristigen beruflichen Wiedereingliederung - betrachtet werden. Es wird von ZBG-Mitarbeitern, Klinikmitarbeitern und Klienten geteilt.

<u>Unterstützung des Genesungsprozesses:</u> Die Ärzte sowie die ZBG-Mitarbeiter erwarten, dass sich die Bearbeitung und Lösung von beruflichen Problemlagen innerhalb des Coachings positiv auf den Gesundheitszustand auswirkt. Ein Arzt erklärt, dass ein Patient "mit chronischen Rückenschmerzen, wenn der beruflich unzufrieden ist, der wird nie gesund" (Arzt, 10:14b). Zusätzlich soll das Coaching - wie unter dem ersten Ziel benannt - auch durch das Finden von leidensgerechten Arbeitsplätzen den Genesungsprozess unterstützen.

<u>Übersetzen und Vermitteln:</u> Dieses Ziel wird von Coachs sowie Klienten benannt: Die Coachs zielen darauf ab, für ihre Klienten zu "übersetzen" (ZBG, 16,11b), d.h. die Sprache der Klinik oder anderen relevanten Behörden/Institutionen/Personen für die Klienten zu übersetzen und andersherum. Die Klienten hoffen ihrerseits, dass ihr Coach bei Problemen mit dem Arbeitsamt oder Arbeitgeber berät oder auch mit der dritten Partei in Kontakt tritt, z.B.

sie zu einem Gespräch begleitet. Zusätzlich erwarten einige Klienten, dass der Coach sie zu anderen Einrichtungen/Ämtern vermitteln kann. Sie wünschen sich dafür Hinweise oder Adressen.

<u>Beratung und Information:</u> Die interviewten Klienten erhoffen sich von den Coachs konkrete Informationen und Beratung in Berufsfragen. Informationen erwarten sie z.B. zu Selbstständigkeit oder den Rechten und Pflichten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Beratung wird in Bezug auf ihr berufliches Arbeitsfeld, Bewerbungsunterlagen, Bewerbungsgesprächen oder dem weiteren beruflichen Vorgehen gewünscht.

Stärkung der beruflichen Orientierung in den Kliniken: Als Ziel für die Rehabilitation wird die Stärkung der beruflichen Orientierung benannt. Die MB Reha Südbaden wird als eine konkrete Maßnahme angesehen, die den Wandel des Rehabilitationssystems in Richtung einer stärkeren beruflichen Orientierung vertritt. Rehabilitation müsse "eine arbeitsplatzbezogene Reha" (Arzt, 2:14) sein. Des Weiteren wird von einigen Ärzten das Ziel formuliert, berufsrehabilitierende Maßnahmen zu erproben und zu evaluieren. Dadurch soll das Feld der beruflichen Rehabilitation weiter entwickelt werden.

<u>Finanzielle Rentabilität:</u> Vertreter der Rentenversicherung möchten die Rehabilitation finanziell rentabel gestalten. Die berufliche Rehabilitation im Allgemeinen und MB Reha Südbaden im Speziellen sollen zu diesem Ziel beitragen. Eine Minimierung der Kosten der DRV kann durch das Berufscoaching in den Fällen erreicht werden, in denen LTAs und Berentungen verhindert werden können. Einnahmen werden dann erreicht, wenn Klienten in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse vermittelt werden können. Das Ziel der finanziellen Rentabilität wird von ZBG- und Klinikmitarbeitern ebenfalls genannt und im Sinne des Kostenträgers bewertet. Die Kliniken erhoffen sich eine gesicherte Belegung oder zumindest keine zusätzlichen Kosten für das Berufscoaching.

4.1.3. Indikationskriterien

Die Zielgruppe für das Berufscoaching wird anhand von Indikationskriterien definiert. Diese fußen auf inhaltlichen Überlegungen, sind aber auch auf praktische Aspekte abgestimmt, die sich aus bisherigen Erfahrungen im Zuweisungsprozess ergeben. Die Beschreibung dieser Indikations- und Kontraindikationskriterien wird aus den Stakeholder-Interviews und dem Manual des ZBGs zusammengetragen. Auf den Zuweisungsprozess sowie die Umsetzung von Indikationskriterien wird in Kapitel 4.2.1. eingegangen.

Inhaltliche Indikationskriterien: Das Vorliegen von beruflichen Problemlagen wird von den Befragten als vorrangiges Kriterium definiert. Eine besondere Risikogruppe seien Arbeitslose, da diese "komplett unterversorgt" seien (Arzt, 2:30). Es solle aber eine reale Chance bestehen, dass sie in eine Arbeitsstelle oder eine berufsrehabilitierende Maßnahme vermittelt

werden können. Ab einem gewissen Alter und bei geringer oder keiner Ausbildung sei dies laut Aussage eines Arztes einer Vergleichsklinik schwierig (8:6). Des Weiteren gilt es als berufliche Problemlage, wenn die Rehabilitanden gesundheitliche, psychische oder zwischenmenschliche Probleme an ihrer aktuellen Arbeitsstelle hatten. Ausgewählt werden die Rehabilitanden, die voraussichtlich ihre Arbeit nicht weiter ausführen können. Bei allen Rehabilitanden muss die **Motivation** gegeben sein, sich um die Bearbeitung beruflicher Probleme zu kümmern. Es werden deswegen insbesondere Rehabilitanden mit Rentenbegehren nicht zugewiesen. Zusätzlich spielt das **Alter** eine Rolle, da mit höherem Alter die Wiedereingliederungschancen geringer werden. Es wurde aber keine Altershöchstgrenze festgelegt, sondern die Indikation wird individuell in Abhängigkeit von Problemlage und Motivation der älteren Rehabilitanden bestimmt.

<u>Pragmatische Indikationskriterien:</u> Für die MB Reha Südbaden muss eine pragmatische Vorauswahl der Rehabilitanden getroffen werden: Es können nur Rehabilitanden aufgenommen werden, deren Rehabilitation von der DRV Baden-Württemberg getragen wird. Zweitens führt die begrenzte Kapazität an Coaching-Terminen dazu, dass die Ärzte in den Kliniken stark selektieren müssen. Hierbei werden bevorzugt Rehabilitanden zugewiesen, deren Wohnort nahe zum ZBG liegt. Die somit mögliche direkte Nachbetreuung (face-to-face) wird als effektiver eingeschätzt als die telefonische Nachbetreuung (Arzt, 3:2), wie sie bei weiter entfernten Wohnorten durchgeführt wird.

Kontraindikationen: Im Bereich der Psychosomatik werden Rehabilitanden als ungeeignet beurteilt, die psychisch (noch) nicht so stabil sind, dass sie sich bereits mit beruflichen Themen beschäftigen können (siehe auch Kapitel 4.2.2.). Als Ausschlussdiagnose wird eine schwere Depression diskutiert. Schwer depressive Patienten können sich in meist nicht vorstellen, dass es beruflich weitergehen kann. Ein Arzt der Klinik Glotterbad spezifiziert:

"Ich muss dieses Fenster finden, wo der überhaupt wieder in der Lage ist, Dinge aufzunehmen, wieder an eine Zukunft zu denken, weg von einer Suizidalität. [...] Und das haben wir oft gesehen: Wenn es zu früh kommt, dann geht eher der Laden zu. Dann fühlen die sich bedroht, kriegen Angst, können die Nacht davon nicht mehr schlafen. Das ist eine Besonderheit dieser Angebote, dass die so früh wie möglich, aber mit der Kunst, nicht zu spät, sondern passgenau zu sagen: jetzt steht es an, der Blick nach vorne, auf konkrete Lebenswelt und Perspektiven" (Arzt, 2:33).

Eindeutig ausgeschlossen wird von den psychosomatischen Ärzten, dass Patienten mit psychotischen Symptomen dem Berufscoaching zugewiesen werden können (Arzt, 2:31). Diese Kontraindikationen beziehen sich insbesondere auf die psychosomatischen Kliniken. Aufgrund der hohen Rate an psychischen Komorbiditäten sollten sie aber auch in der Orthopädie beachtet werden.

Zusammenfassung

Der Anteil von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen liegt in den untersuchten orthopädischen Kliniken bei 27% und in den psychosomatischen Kliniken bei 36%. Aus Sicht der Stakeholder nimmt die Anzahl von Patienten mit beruflichen Problemlagen aufgrund der Arbeitsbedingungen zu. Innerhalb der Kliniken werden deshalb berufsbezogene Maßnahmen angeboten. Nach Aussagen der Stakeholder umfassen die bestehenden Angebote allerdings noch nicht die Nachsorge, wodurch nach dem Klinikaufenthalt ein "Loch" für die Rehabilitanden entstehen kann. Es bedarf deswegen eines individuellen und flexiblen Angebots, das die Rehabilitanden bei anstehenden Schwierigkeiten unterstützt.

Das Ziel des Berufscoachings ist die Erhaltung bestehender Arbeitsplätze bzw. das Finden "gesunder" Berufsalternativen für die Rehabilitanden, möglichst nahtlos nach dem Klinikaufenthalt. Dies soll der gesundheitlichen Wiederherstellung der Rehabilitanden und auch der finanziellen Rentabilität dienen. Als Zwischenziel auf dem Weg zur Wiedereingliederung wird die Stärkung der berufsbezogenen Selbstkompetenz der Rehabilitanden angestrebt. Die Rehabilitanden wünschen sich Motivation, Rückhalt und Unterstützung durch den Coach, sowie konkrete Informationen und Beratung. Die Coachs benennen zusätzlich, dass sie zwischen beteiligten Parteien vermitteln wollen. Die Kliniken verfolgen mit dem Berufscoaching das Ziel, den beruflichen Fokus bereits in der Klinik zu etablieren und mit der Erprobung des Berufscoaching die Weiterentwicklung von beruflichen Reha-Maßnahmen zu unterstützen.

Das Berufscoaching richtet sich an Rehabilitanden in medizinischer Rehabilitation mit einer berufliche Problemlage (Probleme bei der Rückkehr an die alte Arbeitsstelle, (drohende) Arbeitslosigkeit), Erwerbsmotivation und einer realen Wiedereingliederungschance (d.h. nicht zu alt/krank sein). Als Kontraindikationen werden Rentenbegehren und spezifische Diagnosen genannt (u.a. schwere Depression). Unter den Bedingungen des Coachings kommen zudem pragmatische Indikationskriterien hinzu: Die Rehabilitanden sollen von der DRV Baden-Württemberg finanziert sein und bevorzugt aus der Region stammen.

4.2. Evaluation der Durchführung

Die Evaluation der Durchführung entspricht einer Prozess- bzw. formativen Evaluation, in der die Realisierung des Programms untersucht wird. Dazu werden die Umsetzung (4.2.1.), die für die Durchführung hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren (4.2.2.) sowie die Vorschläge zur Optimierung des Berufscoachings beschrieben (4.2.3.).

4.2.1. Umsetzung des Berufscoachings

Grundlage der Einschätzung der Umsetzung des Berufscoachings sind Aussagen aus Interviews mit Klienten und involviertem Personal, den Dokumentationen der Coachs, den Entlassberichten der Kliniken, Angaben in den Rehabilitanden-Fragebögen und Inhalte des Manuals von MB Reha Südbaden.

Indikation und die Zuweisung durch die Klinikmitarbeiter

Indikationskriterien: Die Daten der Fragebogenerhebung zeigen, dass die dem Berufscoaching zugewiesenen Patienten in der Regel den Zielkriterien (berufliche Problemlage, berufliche Motivation, Alter) entsprechen. Gemäß Würzburger Screening weisen Klienten (n=68) deutlich häufiger eine besondere berufliche Problemlage auf (66% vs. 31%) als die Gesamtheit der Rehabilitanden der Interventionskliniken (n=316). Die Klienten sind im Schnitt jünger (45 vs. 50 Jahre), häufiger arbeitslos (39% vs. 17%) und motivierter in den Beruf zurückzukehren (M=4.2 vs. M=3.8 auf einer Skala von 1-5). Auch besitzen sie eine geringere Schulbzw. Berufsausbildungen. Es tragen sich allerdings 14% der zum Berufscoaching zugewiesenen Rehabilitanden mit dem Gedanken, einen Rentenantrag zu stellen. Ein Drittel der Klienten weist keine besondere berufliche Problemlage nach Würzburger Screening auf. In den Interviews mit Klienten lassen sich drei Tendenzen bzgl. des persönlichen Bedarfs ablesen.

Tabelle 4.2: Beispiele für Bedarf am Berufscoaching aus Sicht der Klienten

Bedarf	"Nee, ich brauche Hilfe. Mit Sicherheit. [] da war ich auch richtig froh und auch wieder voller Hoffnung und habe gedacht, jawoll da wird mir jetzt irgendwie geholfen, zum Gucken wie es weitergeht. Weil, es ist ja so, allein ist man da machtlos." (B.E., 63:77)
Bedingter/späterer Bedarf	"Ich kriege keinen Anruf oder kein Schreiben oder ich kann nicht Probearbeiten oder kriege eine Absage […] DANN kann ich auch den Coach in Anspruch nehmen" (V.A., 66:26).
Kein Bedarf	"Ich weiß […] jetzt momentan also wirklich gar nichts. was der [Berufscoach, Anm. d. Verf.] jetzt so kurzfristig bringen soll" (V.A., 17:60). "Also motiviert bin ich da also nicht so zu, weil ich im Augenblick auch sehr viel mit Angst zu kämpfen habe" (E.G., 39:52)

Eine Gruppe Klienten nimmt die Hilfe durch den Coach dankbar an, da sie glauben, ohne diese Hilfe beruflich nicht weiterzukommen (Tabelle 4.2). Von anderen Klienten wird zwar gegenwärtig kein akuter Bedarf gesehen, jedoch wird potenzieller, zukünftiger Bedarf antizipiert. Weitere Klienten äußern keinen oder nur geringen Bedarf; ihr Bedarf wird bereits durch andere Institutionen oder Personen gedeckt (Internet, die Psychotherapeutin oder Bekannte). Angaben zur Entfernung zwischen Wohnort und ZBG konnten lediglich von den zehn interviewten Klienten erhalten werden. Diese wohnen allesamt in Baden-Württemberg; einige von ihnen finden, dass sie zu weit weg vom ZBG wohnen. Insgesamt werden die zuvor formulierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien bei der Zuweisung berücksichtigt, wenngleich Abweichungen hiervon nicht unüblich erscheinen (1/3 der Klienten haben keine berufliche Problemlage, s.o.).

Zuweisungsprozess: Die Zuweisung zur MB Reha Südbaden soll in den Kliniken auf Basis von Screenings, der Anamnese bei Klinikaufnahme und durch Absprachen im Klinikteam durchgeführt werden. Vom ZBG wurde als Hilfe für die zuweisenden Behandler eine Liste (Anhang 8.7.) an Indikationskriterien erstellt, die bei der Zuweisung helfen soll. Die Kliniken unterscheiden sich darin, wie stark sie das Screening oder die Anamnese bei der Zuweisung berücksichtigen. Die Mitarbeiter der Kliniken berichteten, dass sich der aktuell etablierte Ablauf und vor allem die Indikationskriterien im Laufe der Zeit entwickelten. Die wichtigste Grundlage für die Zuweisung ist in den Kliniken das Ergebnis der ärztlichen Eingangsuntersuchung. Je nach Klinik wird diese ergänzt durch die spezifische Abklärung besonderer beruflicher Problemlagen (bspw. mittels Würzburger Screening). Zuweisungsentscheidungen werden immer vom behandelten Arzt getroffen; mit oder ohne Absprache mit einem beratenden Coach oder mit dem Klinikteam. In Ausnahmefällen bitten Rehabilitanden initiativ um die Zuweisung zum Coaching. Die vom ZBG erstellte und an die Kliniken verteilte Liste mit Indikationskriterien wird von keinem der interviewten Klinikmitarbeiter erwähnt. Stattdessen entwickelten die Klinikmitarbeiter über die bereits gemachten Erfahrungen die Indikationskriterien, wie sie unter 4.1.3. beschrieben sind.

Vorbereitung des Erstgesprächs: Im Interview vor dem Erstgespräch berichtet etwa die Hälfte der Klienten, dass sie zur Zuweisungen und in Vorbereitung des Erstgesprächs über das Coaching informiert und nach ihrem Interesse an einer Teilnahme gefragt wurden. Bei den anderen Klienten sind weniger Informationen über das Berufscoaching präsent. Unklar sind vor allem die Zuweisungsmodalitäten und die Inhalte des Berufscoachings. Die obligatorische Informationsveranstaltung zum Berufscoaching in der Rheintalklinik erweist sich bezüglich des Informationsstandes der Klienten als hilfreich. Der Berufsbogen liegt im Erstgespräch in der Regel vor, aufgrund der subjektiven Belastung durch die vielen Fragebögen in den Kliniken kommen einzelne Klienten ohne ausgefüllten Fragebogen.

Erstgespräch und Nachbetreuung

Erstgespräch aus Sicht der Klienten: Insgesamt finden in den Interviewangaben die meisten im Manual beschriebenen Aspekte Berücksichtigung. Die Klienten werden über die Inhalte des Coachings aufgeklärt und einer beruflichen Anamnese unterzogen: Es werden die Ausgangslagen, bisherige berufliche und gesundheitliche Hintergründe und aktuelle berufliche Situationen erfragt. Zudem werden Ideen für das weitere berufliche Vorgehen erörtert. Gleichzeitig bestehen vereinzelt Unsicherheiten bezüglich der Funktion(en) des Berufscoachings (Dauer, Spezifität des Coaching, Zuständigkeit des ZBG).

Den Klienten werden konkrete Hilfeleistungen angeboten: Vermittlung von Kontakten, Tipps für aktuelle Problemlagen, z.B. zu Gesprächen mit dem Reha-Fachberater oder Arbeitgeber, zur Jobsuche, zu Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation und zu alternativen Arbeitsfeldern. Häufig werden Hilfen zu Bewerbungsgesprächen oder Bewerbungsunterlagen gegeben. Im folgenden Zitat fasst Herr I.L. das Erstgespräch exemplarisch zusammen:

"Wir haben uns darüber unterhalten was ich FRÜHER gemacht hab, über die Berufe und was zwischen drin war und das Gesundheitliche und dann JA, in welche Richtung mein berufliches weiteres Leben gehen soll. Und das ist ja schon, dass ich in meinem Beruf am liebsten arbeiten würde. Und dann auch was SIE für Möglichkeiten gesehen hat oder sieht" (32:44).

Die Inhalte des Erstgesprächs umfassen demnach die Aufklärung über das Coaching, die Erhebung der beruflichen Anamnese, die Leistung konkreter Hilfestellungen und die Besprechung der Modalitäten des Anschlusscoachings.

<u>Nachbetreuung</u>: In den Nachbetreuungsgesprächen wird die aktuelle Situation der Klienten erörtert. Weiter ist aus den Interviews zu erkennen, dass die Entwicklungen seit dem letzten Gespräch sowie weiterer Hilfebedarf thematisiert werden. Fragebogendaten zeigen auf, dass die meisten der Hilfeleistungen des Berufscoachings von mindestens einem Klienten in Anspruch genommen werden (*n*=32). Keines der Angebote wird von allen Klienten angefragt. Am häufigsten werden die Berufsberatung (von 34%) und die Unterstützung in Bewerbungsfragen (von 25%) genutzt. Das Zitat von Frau E.I. ist ein Beispiel dafür, wie die Unterstützung in Bewerbungsfragen aussehen kann:

"Ja, also ich hatte ihm mal Unterlagen geschickt, meinen Lebenslauf und wie meine Bewerbung aussieht, die ich auch in Unternehmen schicken, dass er sich das mal anschaut, ob das in Ordnung so ist oder ob er Verbesserungsvorschläge hat und hat dann auch zurück geschrieben eben was er so denkt, was er anders machen würde, so zwei, drei Sachen" (E.I., 29:34).

Gespräche mit Arbeitgebern oder Ämtern oder persönliche Unterstützung in Krisenzeiten werden von den befragten Klienten nicht in Anspruch genommen.

Die Initiative zu Termin- und Kontaktvereinbarung geht mehrheitlich von den Coachs aus. Meist wird direkt in aktuellen Gesprächen zwischen Coachs und Klienten vereinbart, ob und wie weitere Termine stattfinden sollen. Falls die Klienten mit dem Coach Handlungsschritte vereinbart haben, sollen sich die Klienten nach Erledigung der Schritte telefonisch melden.

Für aktuelle Bedarfsfälle können sich die Klienten spontan an die Coachs wenden. In der Nachbetreuung finden im Betreuungszeitraum je nach Klient zwischen keinem bis max. fünfzehn Kontakte mit dem Coach statt. Etwas abweichend zu diesen Fragebogendaten findet sich in den Dokumentationen der Coachs die Höchstzahl von siebzehn Kontakten. Typischerweise besteht die Nachbetreuung aus einem persönlichen, zwei bis drei telefonischen und einem schriftlichen Kontakt. Die Kontakte erstecken sich zwischen kurzen ca. fünfminütigen Gesprächen oder Telefonaten bis hin zu einstündigen Beratungen.

Die Klienten sind insgesamt zufrieden mit der Gestaltung der Nachbetreuung. Insbesondere die Möglichkeit, den Coach jederzeit anrufen zu können, wird geschätzt. In manchen Fällen findet wegen gescheiterter Kontaktaufnahme keine Nachbetreuung statt. Aus Sicht der Coachs sind manche Klienten trotz mehrfacher Versuche nicht zu erreichen. Klienten erklären hierzu, dass sie von den Coachs nicht erreicht werden, weil sie zeitlich eingespannt und deswegen schwer zu erreichen sind, dass sich der Coach nicht gemeldet hätte oder ihre Rückrufreaktion erfolglos blieb. Klienten, die Bedarf äußern, sind diesbezüglich unsicher bis frustriert. Klienten, bei denen kein Bedarf mehr vorhanden ist, bemängeln das Nichtzustandekommen von Nachbetreuungsterminen erwartungsgemäß nicht. Die Umsetzung des Anschlusscoachings hängt davon ab, wie eng die Klienten mit ihrem Coach im Kontakt stehen. Am erfolgreichsten verläuft die Nachbetreuung, wenn die Klienten die Kontaktinitiative ergreifen. Finden Gespräche statt, können die vorgesehenen Hilfeleistungen angeboten werden. Handlungsplan: Mit den Klienten kann laut Manual im Erstgespräch und in der Nachbetreuung ein Handlungsplan erarbeitet werden. Dieser umfasst Handlungsschritte und terminliche Festlegungen (Fristen). Der ausgearbeitete Plan soll den Klienten zum Abschluss des Gesprächs mitgegeben werden. Gemäß Interviewaussagen der zehn Klienten und deren Dokumentationen durch den Coach werden in den Gesprächen Aufgaben benannt, die in der folgenden Zeit bewältigt werden sollen, und ein konkreter nächster Kontakt wird vereinbart. Konkrete Einzelschritte und konkrete Erledigungstermine hierzu werden seltener festgelegt. Entwicklungsfelder: Zur Identifikation von Entwicklungsfeldern (zu entwickelnde Kompetenzen für die berufliche Wiedereingliederung) liegen in den Klienten-Interviews keine Informationen vor.

Informationsaustausch zwischen ZBG und Kliniken

Zum Informationsaustausch zwischen ZBG und Kliniken werden formelle (persönliche und schriftliche) wie auch informelle Kommunikationsstrukturen beschrieben. Die formellen Besprechungsstrukturen sind in den Kliniken unterschiedlich geregelt. Ein regelmäßiger Informationsaustausch wird durch die Teilnahme des Coachs an Teambesprechungen oder bei der sozialmedizinischen Visite ermöglicht. Hier besteht ausreichend Raum für patientenbezogene Informationen und Rückmeldungen von wichtigen Zwischenfällen. Bestehen nur we-

nige regelmäßige Austauschtermine (bspw. aufgrund langer Anfahrtszeiten), sind diese weniger detailliert und konzentrieren sich auf die Besprechung von Organisationsfragen und vereinzelten Rückmeldungen zu Coachingverläufen. Die schriftlichen Berichte über die Erstgespräche werden nach Ansicht der Klinik- und ZBG-Mitarbeiter im Großen und Ganzen gegeben. Diese fließen in die Entlassberichte der Kliniken ein (s.u.). Zusätzliche Verlaufsrückmeldungen, insbesondere über die Zeit nach dem Klinikaufenthalt, sind aus Sicht des Klinikpersonals sehr erwünscht. Die Ärzte und ZBG-Mitarbeiter benennen zusätzlich informelle Kommunikationsstrukturen. Bei Nachfragen und Unklarheiten wird der Kontakt insbesondere per Mail oder telefonisch gesucht.

Entlassberichte

Entlassberichte der Klinik sind die zentrale Informationsquelle für Kostenträger (DRV Baden-Württemberg) sowie für (Haus-)Ärzte und ggf. Reha-Fachberater der Rehabilitanden. In die Entlassberichte sind Inhalte der ZBG-Berichte (zu Erstgesprächen) integriert, so dass sich die Kostenträger/Ärzte über dort besprochene Themen und Vorhaben im Berufscoaching informieren können. Die Analyse der Entlassberichte von Klienten (*n*=68) zeigt, dass nur in sechs Fällen (8%) keine Hinweise auf das Berufscoaching zu finden sind. In der Hälfte der Fälle ist der ZBG-Bericht in einem separaten Anhang beigefügt. In 62% der Berichte sind die Inhalte und/oder Ergebnisse des Coachings beschrieben, in 26% ist die Nachbetreuung erwähnt. Die Detailliertheit der Berichte ist in den Kliniken unterschiedlich.

4.2.2. Förderliche und hinderliche Faktoren für die Durchführung des Berufscoachings

Aus Stakeholder- und Klienten-Interviews lassen sich förderliche und hinderliche Faktoren für die Durchführung des Berufscoachings ableiten. Die Durchführung des Berufscoachings ist besonders von der Inanspruchnahme durch die Klienten und dem Informationsstand der Stakeholder, insbesondere der Klinikmitarbeiter abhängig. Die beeinflussenden Faktoren auf diese Elemente des Berufscoachings sind im Überblick in Abbildung 4.1 dargestellt und werden im Folgenden ausgeführt.

Beeinflussende Faktoren auf die Inanspruchnahme des Berufscoachings

Kenntnisstand der Klienten: Die Kenntnis der Klienten über die Zuständigkeitsbereiche und Inhalte des Coachings beeinflusst direkt die Inanspruchnahme des Coachings. Bei geringer Kenntnis sind Klienten unsicher bezüglich der Möglichkeiten und Zuständigkeiten des Coachs: "Ich weiß nicht, ob der Berufscoach mir da überhaupt weiter helfen kann" (E.G., 43:19). Unter den interviewten Klienten kommt es auch zu Fehlannahmen über das Coa-

ching (z.B., dass die Nachbetreuung nur drei Monate gehe). Diese haben zur Konsequenz, dass sich diese Klienten nicht beim Coach meldeten, in der Annahme er könne ihnen nicht helfen. Gute Kenntnis über das Berufscoaching ist hingegen förderlich für eine Kontaktaufnahme bzw. die weitere Betreuung. Beispiele dafür sind Herr B.M. und Frau F.B., die schon zu Beginn die Inhalte des Coachings benennen können und dementsprechend das Berufscoaching mehrere Male auch aus eigener Initiative in Anspruch nehmen. Für den Kenntnisstand der Klienten über das Berufscoaching ist wiederum entscheidend, wie viele Informationen den Klinikmitarbeitern über das Angebot vorliegen.

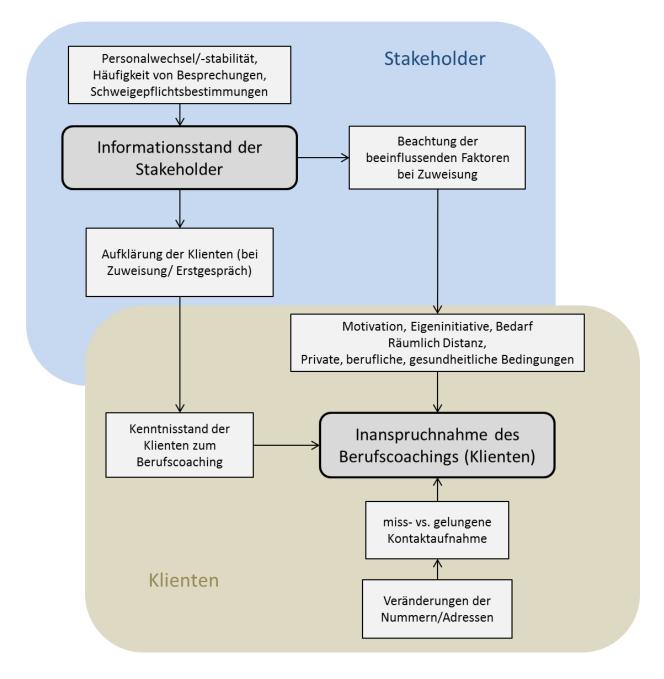


Abbildung 4.1: Beeinflussende Faktoren auf Seiten der Klienten bzw. Stakeholder auf die Inanspruchnahme und den Informationsstand

Um die Klienten auszuwählen und über das Coaching zu informieren ist es förderlich, wenn die Klinikmitarbeiter über die Inhalte des Coachings gut informiert sind.

Bedarf, Motivation und Eigeninitiative der Klienten: Klienten, die ihren Bedarf am Coaching gering einschätzen, weisen eine geringere Motivation zur Teilnahme am Coaching auf, insbesondere hinsichtlich der Nachbetreuung. Um die Rehabilitanden mit Bedarf für das Coaching auszuwählen bzw. die Rehabilitanden zu motivieren, ist es förderlich, wenn die Ärzte den Bedarf der Klienten im Aufnahmegespräch erfragen und motivieren (Abbildung 4.1). Von vielen Stakeholdern wird betont, dass insbesondere die Motivation zur Arbeit eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Coaching sei. Die Interviewdaten der Klienten unterstützen diesen Standpunkt: Die Klienten, die Erwerbsarbeit als stabilisierend, selbstwertstärkend, finanziell entlastend und als soziale Unterstützung erleben, profitieren am meisten vom Coaching. Die Frage, inwieweit die Coachs die Erwerbsmotivation erhöhen können, wird in Kapitel 4.4.2. diskutiert. Zusätzlich wird die Eigeninitiative in beruflichen Dingen von den Klienten und Coachs als sehr wichtig und förderlich eingeschätzt. Es zeigt sich, dass die Klienten mit hoher Eigeninitiative auch das Berufscoaching aktiv nutzen. Weniger initiative Patienten nutzen das Coaching in geringerem Ausmaß (resp. seltenere Kontaktaufnahme).

Gesundheitliche, private und berufliche Faktoren: Wenn Rehabilitanden (noch) sehr mit ihrer Krankheit oder den damit verbundenen Konsequenzen befasst sind, steht das Thema "Beruf" noch nicht im Fokus. Insbesondere psychische Probleme (z.B. Depressionen) haben entsprechende Entscheidungs- und Motivationsschwierigkeiten zur Folge. Halten die gesundheitlichen Einschränkungen an, bleibt das Berufscoaching in der Regel ungenutzt. Private Belastungsfaktoren (z.B. Trennungen) können dazu führen, dass das Coaching weniger in Anspruch genommen wird, da berufliche Themen in den Hintergrund treten. Gleichzeitig kann ein gutes soziales Netz aus Sicht der Rehabilitanden die Hilfen des Coachs ersetzen: "Ich hab wirklich super Freunde, [...] daher kann ich mir auch gut vorstellen, dass das reicht" (C.C., 41:11). Ein weiterer Hinderungsgrund für die Teilnahme am Coaching sind noch ungeklärte berufliche Aspekte. Manche Klienten wollen vor einer Teilnahme erst Entschlüsse anderer Entscheidungsinstanzen (Arbeitsamt, Reha-Fachberater oder Betriebsarzt) abwarten (Beispiele Tabelle 4.4).

Zeitpunkt: Das Ausmaß, in dem das Coaching genutzt wird, ist davon abhängig, ob der Zeitpunkt des Coachings für den Klienten geeignet ist. Es gibt Zeitpunkte, an denen die Patienten sich noch nicht mit beruflichen Fragen beschäftigen wollen oder können. Diese sind abhängig von gesundheitlichen, privaten und/oder beruflichen Faktoren (s.o.). Eine Herausforderung besteht darin, den idealen Zeitpunkt für das Coaching zu erkennen. Zum Beispiel kam Herr I.L. über seine Trennung hinweg und wandte sich wieder beruflichen Fragen zu, meldete sich aber von sich aus nicht bei seinem Coach. Frau F.B. dagegen stand regelmä-

ßig in Kontakt mit ihrem Coach, und so konnte der Coach ihr wieder Hilfen anbieten, als sich die Situation mit ihrem Partner klärte.

Tabelle 4.4: Zitate der interviewten Klienten zu beeinflussenden gesundheitlichen, privaten und beruflichen Faktoren

Gesundheitliche Faktoren	"Wenn der Tag x schnell kommt, dass ich jetzt schnell operiert werden muss, dass die Schmerzen immer heftiger werden, dann kann ich ja eh keinen neuen Job annehmen" (C.Q., 27:21), "Dann konzentriert man sich auf diesen Heilungsprozess und da ist alles andere noch ziemlich weit weg mit Schmerzen etc. [] in zwei Monaten ja ist [] diese Frage viel aktueller" (C.C., 39:45) "Ich bin eigentlich immer noch in dieser Phase, wo ich noch nicht genau weiß was ich will, wo ich hingehen will. Hängt aber natürlich mit meiner psychischen Situation nach wie vor zusammen" (C.E., 20:30).
Private Faktoren	"Allerdings hab ich auch andere Sachen, ich hab halt Mediatorensitzungen mit meinem Mann gehabt und solche Sachen, die da natürlich auch reinspringen ((lacht)), also reinpfuschen" (C.E., 20:6) "Ja, hinderlich war auf jeden Fall das ganze Private. Das hat ziemlich vielich möchte nicht sagen kaputt gemacht." (I.L. 10b:8)
Berufliche Faktoren	"Aber das ist halt schwierig dann umzusetzen [Tipps des Coachs; Anm. der Verf.]. wenn man eh schon innerlich gekündigt hat" (E.I., 29:44). "Ja, ich wollt jetzt zuerst mal den TerMIN abwarten mit der ARGE" (I.L., 33:11).

Kontaktaufnahme: Ein wesentlicher Einflussfaktor darauf, ob der Coach erkennen kann, wann eine Hilfe wieder möglich ist, ist an den Kontakt zwischen Coach und Klient gekoppelt. In Abschnitt 4.2.1. wurde die Kontaktaufnahme zwischen Coach und Klient als ein Aspekt der Durchführung beschrieben. Erfolgreiche bzw. erfolglose Kontaktaufnahmen stellen somit förderliche bzw. hinderliche Faktoren dar. Für eine erfolgreiche Kontaktaufnahme wird eine möglichst geringe Entfernung zwischen dem Wohnort und dem ZBG als förderlich angesehen. Hinderlich ist, wenn die Klienten umziehen und die neuen Kontaktdaten dem Coach nicht mitteilen (neue Adressen können wegen Schweigepflichtbestimmungen nicht von anderen Stellen an das ZBG übermittelt werden).

Einflussfaktoren auf den Informationsstand

Die Stakeholder benennen einige Faktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf den Prozess der Informationsweitergabe innerhalb der Kliniken, innerhalb des ZBGs oder zwischen den beiden Institutionen auswirken. In den Kliniken dauert es generell einige Zeit, bis das gesamte Personal informiert ist. Förderlich ist es, wenn die Informationen für das Personal regelmäßig wiederholt werden. Erschwerend für die zuverlässige Verbreitung der Informationen wirkt sich Personalwechsel aus. Für die Kommunikation zwischen den Berufscoachs wirkt es sich aus Sicht der ZBG-Mitarbeiter förderlich aus, wenn die Berufscoachs sich zum gegenseitigen Austausch regelmäßig treffen. Da die Berufscoachs verschiedene Ausbildungen ("Steckenpferde"; ZBG, 17:39b) haben, können sie gegenseitig von ihrem Wissen profitieren. Der Informationsaustausch zwischen den Kliniken und ZBG wird ebenfalls als zentral erlebt. Allerdings können manche Informationen wegen der Schweigepflichtbestimmungen nicht von den Kliniken an das ZBG weitergegeben werden. Die reibungslose Zusammenarbeit hängt zudem davon ab, wie lange ein Coach an einer Klinik ist. Wenn die zuständigen Coachs für eine Klinik häufig wechseln, muss der neue Coach die Klinikstrukturen und mitarbeiter erst kennenlernen.

4.2.3. Verbesserungswünsche und -vorschläge

Verbesserungsvorschläge von den Stakeholdern

Fast alle Stakeholder wünschen sich eine Veränderung des Informationsaustauschs. Es wird vorgeschlagen, dass innerhalb der Kliniken die Informationen regelmäßig und in kleinen Abständen wiederholt ausgetauscht werden. So können alle Klinikmitarbeiter sämtliche notwendigen Informationen über das Berufscoaching erlangen. Es wird befürchtet, dass ansonsten "durch Personalwechsel oder weil man es einfach vergisst in der Fülle" (Arzt, 3:34b) Wissen verloren gehe.

Weitere Wünsche betreffen den Bericht nach dem Erstgespräch. Ein Arzt wünscht sich Informationen zur Qualität und Besonderheiten der Interaktion zwischen Coach und Klient im Bericht (3:28). Ein Vertreter der DRV schlägt weniger bindende Formulierungen (1:16b) vor: Coachs sollen sich im Gespräch mit den Klienten und auch im Bericht nicht auf nur einen Weg festlegen. Vorschläge des Berufscoachs könnten ggf. nicht finanziert und der Rehabilitand dadurch enttäuscht werden (DRV, 1:25b). Zusätzlich zu dem Bericht nach dem Erstgespräch und den bereits vorhandenen Verlaufsrückmeldungen zu den Entwicklungen der Klienten, wünschen Klinikmitarbeiter mehr, regelmäßigere und strukturiertere Rückmeldungen. Dieser häufig genannte Wunsch wird damit begründet, dass durch (Miss-) Erfolgsrückmeldungen die Maßnahme verbessert werden könne: Die Ärzte könnten die Zuweisung verbessern, Prognosen realitätsnäher stellen und neue Ideen kreieren. Als Nebeneffekt motiviere

es die Mitarbeiter, wenn sie wissen wie sich ihre Patienten weiter entwickeln. Zur Form und zum Inhalt von solchen Rückmeldungen wird vorgeschlagen, anhand von Fallbeispielen zu besprechen, welche Probleme es in den Verläufen gibt und wie sie frühzeitig erkannt und vermieden werden können. Des Weiteren wird vorgeschlagen, neben dem Bericht nach dem Erstgespräch auch einen Abschlussbericht nach Ende des Coachings zu verfassen.

Von Seiten der Klinikmitarbeiter wird gewünscht, dass das ZBG den Zuständigkeitsbereich des Berufscoachings eindeutiger definiert und kommuniziert. Insbesondere sollen Abgrenzungen zu bzw. Einsatzmöglichkeiten bei LTA, Kontaktaufnahmen mit Integrationsfachdiensten und Gesprächen mit Arbeitgebern deutlicher formuliert werden, da diese Leistungen auch von den Kliniken durchgeführt werden. Zusätzlich wünschen sich die Klinikmitarbeiter klarere Vorgaben zur Durchführung des Berufscoachings, zum Beispiel welche Rehabilitanden sie auswählen sollen.

Zur Höhe und Form der Finanzierung wird benannt, dass in den Kliniken ein großer Bedarf am Berufscoaching besteht, der bisher aufgrund der knappen Ressourcen nicht gedeckt werden konnte. Verbesserungen könnten durch eine direkte Bezahlung des ZBGs durch den Kostenträger erreicht werden. Bisher wird das ZBG von den kooperierenden Kliniken bezahlt. Diese wiederum handeln die Finanzierung mit der DRV Baden-Württemberg aus. Die Stakeholder äußern als weitere Idee eine Erhöhung der Finanzierung durch die Bewilligung zusätzlicher Behandlungstage. Das ginge damit einher, dass die medizinische und berufliche Rehabilitation auch in der Klinik zeitlich getrennt werden könnte, so dass erst die medizinische Rehabilitation und anschließend die berufliche Rehabilitation erfolgt.

Verbesserungsvorschläge von den Klienten

Von Seiten der Klienten gibt es in den Interviews insgesamt wenige Verbesserungsvorschläge. Die Klienten begründen dies damit, dass sie zufrieden mit der Maßnahme sind. Die Vereinbarung von Terminen und von zu erfüllenden Aufgaben könnte aus Klientenperspektive konkreter gestaltet werden. Am häufigsten wird von den Klienten gewünscht, dass die Coachs öfter den Kontakt suchen sollen. Sie erhoffen sich hiervon zusätzliche Motivierung. Frau C.E. erklärt:

"Also dieses ALLEINE tun ist was Schwieriges und wenn man da jemand sagt, gut, jetzt les ich mal deinen Text durch und guck mal und Morgen machen wir das und das und nächste Woche machen wir das und das […] also eher das, also das KONKRETE Tun. Also das wär jetzt bei MIR besser" (20:34).

Eine Unterstützung direkt am Wohnungsort wäre ebenfalls eine Verbesserungsmöglichkeit. Klienten und Stakeholder gehen davon aus, dass bei geringerer räumlicher Entfernung auch häufigerer/persönlicher Kontakt stattfindet. Klienten benennen, dass sie einen Coach "in der Nähe" eher aufsuchen würden (B.M., 8b:10).

In einzelnen Verbesserungsvorschlägen werden konkrete Hilfen zu Umschulungen und Selbstständigkeit, Talentanalysen, moralische Unterstützung vor Ort, individuelles Abstimmen der Angebote, bessere Zusammenarbeit zwischen Ämtern und dem ZBG sowie bessere Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Patienten bei der Auswahl für das Berufscoaching gewünscht.

Zusammenfassung

Das Berufscoaching wurde überwiegend entsprechend dem Manual durchgeführt. Ungefähr 70% der Klienten entsprechen dem Indikationskriterium der beruflichen Problemlage. Es befinden sich allerdings einzelne Personen mit Rentenbegehren und geringer Erwerbsmotivation unter den Klienten. Bei der Zuweisung werden die in Frage kommenden Rehabilitanden in der Regel über das Berufscoaching informiert, die Motivation zur Teilnahme wird geklärt und ggfs. gestärkt. In den Erstgesprächen werden berufliche Anamnesen durchgeführt, berufliche Ziele besprochen und weitere Kontakte in der Nachbetreuung vereinbart. Nicht gänzlich zu vermeiden sind - trotz Information der Klienten - vereinzelt falsche Annahmen über das Coaching. Von Stakeholdern wird deswegen gewünscht, die Klienten ausführlich(er) über das Coaching aufzuklären. Im Erstgespräch werden zusätzlich erste Hilfeleistungen wie Kontaktvermittlungen, Bewerbungshilfen, Vorbereitung von Gesprächen oder Tipps zur Stellensuche angeboten. Ein Handlungsplan wird mit manchen Klienten besprochen.

Die Nachbetreuung ist in ihrer Häufigkeit und Intensität sehr unterschiedlich (zwischen keinem und siebzehn Kontakten). Häufigste Themen betreffen die Berufsberatung, Bewerbungshilfen und berufliche Erstorientierung. Unterstützung in Krisenzeiten und bei Gesprächen mit Arbeitgebern/Ämtern, sowie psychologische Eignungsuntersuchungen werden weniger häufig in Anspruch genommen. Das Aufrechthalten des Kontaktes ist teilweise mit Aufwand verbunden, da manche Klienten nach der stationären Rehabilitation schlecht erreichbar sind. Die Durchführung der Coachingmaßnahmen wird unterstützt durch Eigeninitiative der Klienten und eine hohe Erwerbsmotivation. Schwere gesundheitliche und/oder private Belastungen stellen hinderliche Faktoren dar, weil die Klienten sich (noch) nicht mit den beruflichen Fragen beschäftigen können. Verbesserungsvorschläge von Klienten beziehen sich auf die Nachbetreuung: Gewünscht werden häufigere Kontaktaufnahmen, konkretere Absprachen und ein Coach am Wohnort.

Der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und ZBG werden auf individueller Ebene für die Beteiligten zufriedenstellend geregelt. In den Kliniken erweist es sich als förderlich, wenn ein regelmäßiger Austausch besteht und die Klinikmitarbeiter ausreichend über das Coaching Bescheid wissen. Dadurch können die Klinikmitarbeiter die Zuweisung adäquat stellen und die Rehabilitanden über das Berufscoaching informieren. Von

Stakeholdern wird gewünscht, dass das ZBG die Informationen zu den Indikationskriterien, den Inhalten des Berufscoachings und auch Rückmeldungen zu Coachingverläufen öfter/detaillierter an die Klinik vermittelt. Zusätzlich sollten diese Informationen auch innerhalb der Klinik regelmäßig wiederholt und geschult werden.

Die Berichterstattung vom ZBG an die Kliniken erfolgt nach dem Erstgespräch wie im Manual vorgesehen. Die Weiterleitung der darin enthaltenden Information im Rahmen des Entlassberichtes an den Kostenträger und behandelnde Ärzte ist gewährleistet, wenngleich die Ausführlichkeit klinikweise unterschiedlich ausfällt. Rückmeldungen über die Coachingverläufe während oder am Ende des Coachingjahres werden bisher vereinzelt und unsystematisch gegeben. DRV-Vertreter und Klinikmitarbeiter wünschen sich solche Verlaufsrückmeldungen sehr, da sie die Zuweisungen verbessern und die Klinikmitarbeiter motivieren würden.

Verbesserungen der Finanzierungsmodalitäten können laut Stakeholderaussagen über eine höhere Finanzierung sowie eine direkte Bezahlung des ZBGs durch die DRV Baden-Württemberg erreicht werden.

4.3. Akzeptanz und Bewertung

Aspekte der Bewertung und der Akzeptanz des Berufscoachings werden in den Fragebögen wie auch in den Interviews aufgegriffen. Die Frage danach, wie gut die MB Reha Südbaden akzeptiert und bewertet wird, wird auf drei Ebenen beantwortet: 1. Akzeptanz und Bewertung der Maßnahme durch die teilnehmenden Rehabilitanden, 2. globale Akzeptanz im Klinikumfeld, bemessen an der Bereitschaft zur Kooperation und Implementierung und 3. Akzeptanz und Bewertung der Maßnahme bei Stakeholdern, insbesondere bei den Klinikmitarbeitern.

Klienten

Die interviewten Klienten äußern, dass das Coaching besonders zu Beginn des Betreuungszeitraums hilfreich war. Besteht im Verlauf der Nachbetreuung kein Bedarf oder kein Kontakt mehr, verringern sich die positiven Bewertungen. Die Zitate in Tabelle 4.5 stehen exemplarisch für verschiedene Ausprägungen der Bewertungen.

Tabelle 4.5: Bewertungsbeispiele der Klienten zum Berufscoaching

Gute Bewertung	"Super, super, nee echt, ich hab gestern nochmal gesagt, ich weiß gar nicht wie ich danken soll. Wirklich echt, also, alleine ist man da so was von aufgeschmissen" (B.E., 36:43).
Mittelmäßige Bewertung	"Das war halt noch ein kleiner Baustein, ein kleiner zusätzlicher Baustein zu dem, was das Ganze eh für mich bedeutet, […] es wär nicht tragisch gewesen, wenns gefehlt hätte, ja?" (C.E., 18:22)
Mäßige Bewertung	"Es waren SCHON Patienten da, die das toll fanden […] bei MIR find ich, PASSTE das jetzt nicht" (E.G., 42:56).

Die Klienten schätzen an der Maßnahme das Eingehen auf ihre individuelle Ausgangslage. Sie erleben in der Nachbetreuung, dass der Coach sich (im Vergleich zu anderen Institutionen) um sie kümmert und sie motiviert. Bereits die Möglichkeit, den Coach bei Problemen kontaktieren zu können, gibt den Klienten Sicherheit (Tabelle 4.6). Ein Jahr nach Klinikaufenthalt und damit am Ende der möglichen Laufzeit des Berufscoachings sind mehr als die Hälfte der Klienten zufrieden mit dem Coaching, sie erhalten die gewünschte Unterstützung und würden es weiterempfehlen (Vgl. Abbildung 4.2).

Tabelle 4.6: Beispielzitate für Bewertungsaspekte

Nachbetreuung	"Ich finde es SEHR gut, dass so was angeboten wird. Dass man nicht ne Kur beendet und einfach ins kalte Wasser geschmissen wird und selber ans Ufer schwimmen muss, sondern dass man da auch mal ein bisschen weiterdenkt und die Menschen bissl unter die Fittiche nimmt. Finde ich sehr gut, dass es die Möglichkeit überhaupt gibt. weil wenn man aus ner Kur raus geht ist es ja meistens so, ja dann steht man da! Und weiß nimmer wies weiter geht." (F.B., 3b:26).
Sicherheit	"Ich glaube dass allein diese Tatsache, dass da jemand ist und helfen WÜRDE, schon ganz wichtig ist" (C.C., 9b:20). "Ich wusste, da ist die Anlaufstelle, da kann ich hingehen. [] Das waren so Dinge, die haben mir Sicherheit gegeben. Und ich denk wenn man sowas im Hintergrund hat oder weiß, das gibt 's, des stärkt einen natürlich auch, da sieht man natürlich auch ein Licht vor sich und weiß es ist gut, ich bin nicht alleine auf der Welt, ne?" (F.B., 3b:15).
"Kümmern"	"So dieses kümmern und jemanden zu haben: wenn ichs brauche kann ich mich an den wenden. Das ist nochmal was ganz anderes, als wenn da niemand ist. Auch wenn man es gar nicht in Anspruch nimmt, aber man hätte die Möglichkeit" (C.C., 9b:16).

Ein weiterer Anhaltspunkt zur Einschätzung der Akzeptanz durch die Klienten könnte die (andauernde) Teilnahme der Rehabilitanden am Coaching bzw. Abbruch des Coachings darstellen. Die Dauer des Berufscoachings wird allerdings individuell nach der Bedürfnislage des Klienten gestaltet. Eine kurze Teilnahmedauer könnte also sowohl eine geringe Akzeptanz, als auch ein erfolgreiches Beenden der Maßnahme bedeuten (z.B. wenn ein passender Arbeitsplatz gefunden wurde). Die Teilnahmedauer ist somit kein geeignetes Kriterium für die Akzeptanz der Maßnahme.

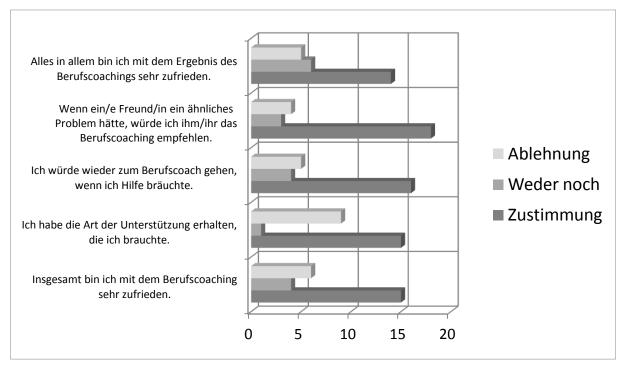


Abbildung 4.2: Bewertung des Coachings im ZUF-8 (Schmidt et al., 1989), n=25 Klienten

Klinikumfeld

An der Kick-off Veranstaltung zur Initiierung von MB Reha Südbaden im Jahr 2005 nahmen über fünfzehn Vertreter verschiedener Kliniken teil. Weiterhin fragten Kliniken das ZBG bzgl. einer Teilnahme am Berufscoaching direkt an. Aussagen von Vertretern der Vergleichskliniken lassen ebenfalls auf ein Interesse an (künftigen) Kooperationen schließen. Eine tatsächliche Implementierung folgt dann allerdings selten. Bislang setzen drei Kliniken das Berufscoaching dauerhaft um, eine weitere nahm für ein halbes Jahr teil. Von Seiten der DRV Baden-Württemberg wird das Berufscoaching unterstützt und gefördert. So wird das Berufscoaching nach der Projektlaufzeit in den Regelbetrieb übernommen und weiter finanziert. Gleichzeitig sehen Stakeholder die Gründe für Zurückhaltung bei den restlichen Kliniken in bestehenden Unsicherheiten darüber, ob die DRV die komplette Finanzierung trägt und ob eine Einführung des Berufscoachings finanziell rentabel wäre. Zusätzlich vermuten sie einen hohen Aufwand für die Implementierung der Maßnahme.

Stakeholder

Die Aussagen der Mitarbeiter in den teilnehmenden Kliniken deuten auf eine insgesamt sehr gute Akzeptanz und Bewertung hin. Das Berufscoaching sei "eine gute Sache" (Arzt, 12:24), "innovativ" (Arzt, 2:13), "absolut toll und wichtig" (Arzt, 2:20) und "SEHR im Sinne der Patienten" (Arzt, 10:4). Vor allem Ärzte und Chefärzte schätzen das MB Reha Südbaden als festen Bestandteil der Klinik und sind "richtig positiv überzeugt" (Arzt, 10:4b). Die Klinikmitarbeiter wünschen sich, dass die Maßnahme erhalten bleibt. Einige gehen über das reine Erhalten des Status Quo noch hinaus:

"So ein Projekt muss nicht MB Südbaden heißen sondern MB Deutschland" (Arzt, 10:53).

Von allen Stakeholdern wird sehr positiv bewertet, dass die Maßnahme bereits in der Klinik beginnt und die Nachbetreuung dann nahtlos nach dem Klinikaufenthalt anschließt. Die Kliniken können keine Nachbetreuung leisten, weswegen eine solche Betreuung bisher gefehlt habe. Die Zeit nach Klinikaufenthalt ist für die Rehabilitanden oft mit Unsicherheiten verbunden, weswegen das Konzept des Berufscoachings als sehr sinnvoll befunden wird. Die Abstände zwischen Klinik und beruflicher Reintegration oder beruflicher Rehabilitation können so verkürzt werden. Ein Vertreter der DRV stellt den Hintergrund dieser Bewertungsaspekte sehr differenziert dar:

"Sicherlich ist es wichtig, die Leute bei denen es klar ist, dass es im alten Beruf nicht so weitergeht, so früh wie möglich für Teilhabe zu gewinnen. Weil die Motivation sich umzuorientieren innerhalb von 6 Monaten NACH Beginn der gesundheitlichen Problematik schon auf die Hälfte gesunken ist laut Statistik. Deswegen ist es wichtig früh einzusetzen. Ob man das jetzt über den Sozialdienst der Kliniken macht, über die Fachberater oder über einen Externen Anbieter ist erst mal egal, so lange es vom Ergebnis her dazu führt, dass die Leute sich mit der Problematik auseinandersetzen. Und beruflich informiert oder sogar geschubst werden können in eine geeignete Ecke. Das ist auf jeden Fall eine sinnvolle Sache" (DRV, 1:23b).

Von Klinikmitarbeitern wird am Berufscoaching geschätzt, dass es bisherige Maßnahmen zur beruflichen Orientierung in der Klinik ergänzt. Sie schätzen zudem die Anpassung des Angebots an die Abläufe der Klinik. Kritik am Berufscoaching bezieht sich zum einen auf Startschwierigkeiten bei der Einführung des Coachings, die im Laufe der Zeit behoben wurden und zum anderen auf fehlende Würdigungen des Beitrags der Stakeholder (z.B. des Beitrags der Kliniken in der Öffentlichkeit oder der Kompetenz der Berufscoachs im Klinikteam).

Vorbehalte gegen das Berufscoaching werden vor allem von Personen geäußert, die sich in Konkurrenz zu den Coachs erleben (z.B. Reha-Fachberatern der DRV oder Sozialarbeiter der Kliniken). Die Sozialdienste der Kliniken haben auf den ersten Blick ähnliche Aufgaben wie die Coachs. Zum Beispiel äußert ein Sozialarbeiter einer Vergleichsklinik bezogen auf eine potenzielle Implementierung des Coachings in seiner Klinik: "Ich habe keine Lust mich überflüssig zu machen" (9:7). Auch die Sozialdienste in den kooperierenden Kliniken waren zu Beginn skeptisch gegenüber den Coachs. Ähnliches zeigt sich bei den Reha-Fachberatern der DRV, die sich ebenso wie die Berufscoachs um die berufliche Wiederein-

gliederung der Rehabilitanden kümmern. Wenn die Aufgabengebiete und Zuständigkeiten gemeinsam definiert werden, ist das Konkurrenzerleben geringer und das Berufscoaching kann dann als sinnvolle Ergänzung des eigenen Angebots wahrgenommen werden.

Zusammenfassung

Die Bewertung der Klienten ist abhängig von ihrem subjektiven Bedarf und der Häufigkeit der Kontakte mit dem Berufscoach. Zu Beginn des Jahres ist der Bedarf größer und die Gespräche mit dem Coach häufiger als im weiteren Verlauf, so dass auch die Bewertungen zu Beginn am besten sind. Die Inanspruchnahme des Coachings von Seiten der Rehabilitanden ist vor allen Dingen bedarfsabhängig und stellt damit kein geeignetes Kriterium der Akzeptanz dar.

Das Berufscoaching trifft bei Rehabilitationseinrichtungen auf ein grundsätzliches Interesse. Unsicherheiten bezüglich des Aufwands und der Finanzierung halten potentiell interessierte Kliniken allerdings von einer Teilnahme ab. Mitarbeiter der teilnehmenden Kliniken und Klienten äußern insgesamt eine hohe Akzeptanz für die Maßnahme und bewerten sie als innovativ, sinnvoll und hilfreich. Der Beginn der Maßnahme in der Klinik und die individuelle Anpassung des Angebots an Klienten- und Klinikbedürfnisse werden sehr positiv gesehen. Die Klinikmitarbeiter befürworteten eine Fortführung und Ausweitung des Coachings. Skeptisch begleitet wird es von Berufsgruppen, deren Aufgabengebiete nicht eindeutig von denen der Coachs abgegrenzt sind und/oder die das Berufscoaching noch nicht ausreichend kennen gelernt haben.

4.4. Aufwand und Effekte

Zur summativen Evaluation werden unter 4.4.1. der Aufwand und der subjektive Nutzen der Maßnahme für die Beteiligten beschrieben. Unter 4.4.2. werden die Befunde zu den Effekten von MB Reha Südbaden dargestellt. Die Aussagen zur subjektiven Zielerreichung der Klienten und Stakeholder (4.4.2.) werden auf die unter 4.1.2. beschriebenen Erwartungen und Ziele bezogen.

4.4.1. Einschätzungen des Aufwands im Verhältnis zum Nutzen

Es werden die Interviewaussagen der Klienten, der Coachs, der Vertreter der Kliniken und der DRV Baden Württemberg zu der Frage nach Aufwand, Nutzen sowie dem Verhältnis der beiden zueinander dargestellt.

Einschätzungen der Klienten zu Aufwand und Nutzen

Die Rehabilitanden berichten, dass das Angebot für sie keinen Aufwand bedeutet. Das Erstgespräch forderte von den Klienten subjektiv keinen Aufwand, da sie in der Klinik waren und während ihres Aufenthaltes genügend Zeit zur Verfügung hatten. Als Nutzen benennen die Klienten, dass sie Anregungen, Informationen, Anreize und Motivationsschübe bekommen. Auch Klienten, die den persönlichen Nutzen vom Coaching eher gering einstufen, empfinden den Aufwand als gering.

Einschätzung des Aufwands und des Nutzens durch Klinikpersonal

In den Aussagen der Klinikmitarbeiter wird deutlich, dass zwischen dem Aufwand für die Einführung des Coachings und den Aufwendung nach Etablierung des Coachings unterschieden werden muss. Klinikmitarbeiter schätzen den Zeitraum der Einführung (bis das Coaching etabliert war) zwischen einem halben bis zu zwei Jahren. Die Angaben zum Aufwand nach der Einführung des Berufscoachings reichten von zehn Minuten bis zu neun Stunden pro Woche. Der Aufwand verteilt sich auf verschiedene Personengruppen, betrifft aber vor allen Dingen die Sozialdienste durch organisatorische Aufgaben. Neben den notwendigen Vernetzungen zwischen Personal und Berufscoachs wurde kein nennenswerter Aufwand beschrieben. Die Zuweisung zum Berufscoaching kann in die ärztliche Anamnese integriert werden. Als Nutzen wurde von Klinikmitarbeitern benannt, dass sie durch das Berufscoaching wissen, dass die Rehabilitanden nachbetreut und beraten sind. Zusätzlich bekommen sie eine berufliche Perspektive und weitere Informationen über die Klienten durch den ZBG-Bericht. Zur Abschätzung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen gibt es vom befragten Klinikper-

sonal wenige Aussagen. Es äußert sich nur ein Arzt, der meint dass der Aufwand beim laufenden Betrieb im guten Verhältnis zum Nutzen stünde:

"Aufwand und Nutzen ist eigentlich ein super Verhältnis, wenn alles so gut wäre, wäre ich froh. Also ich arbeite häufig viel nutzloser" (Arzt 11:27).

Einschätzung des Aufwands und des Nutzens durch Mitarbeiter des ZBG

Für die Coachs ist der Aufwand für das Berufscoaching sehr unterschiedlich. Der Aufwand für die Erstgespräche hängt davon ab, wie viele Rehabilitanden von den Kliniken zum Berufscoaching überwiesen werden. In der Nachbetreuung entsteht ein großer Aufwand um die Klienten zu erreichen, z.B. muss manchmal abends oder am Wochenende telefoniert werden. Hinzu kommt die "Netzwerkgeschichte" (ZBG, 17:25b), d.h. Kontaktaufnahmen mit Arbeitgebern oder anderen Netzwerkpartnern, das Schreiben von Berichten und die Dokumentation. Viel Zeit koste auch der gegenseitige Austausch unter den Berufscoachs. Für das Berufscoaching ist ein Berufscoach pro Klinik eingestellt. Die Berufscoachs schätzen, dass sie ca. 8 Stunden pro Woche auf das Berufscoaching verwenden (ZBG, 19:26b). Auf der anderen Seite sehen die Mitarbeiter des ZBGs den Nutzen, den die Klienten von ihren Aufwendungen haben und schätzen ihn als "SEHR hoch ein" (ZBG, 17:38b). Als persönlichen Nutzen benannte ein Coach, dass er sehe "wie sich jemand entwickelt" (ZBG, 17:38b).

Sicht des Kostenträgers: Finanzielle Überlegungen

Vom Kostenträger DRV Baden-Württemberg wird das Berufscoaching unterstützt und gefördert. So wurde das Berufscoaching nach der Projektlaufzeit in den Regelbetrieb übernommen. Von der DRV Baden-Württemberg selber liegen keine Informationen zur finanziellen Bewertung vor. Viele Stakeholder beziehen sich aber auf die Sicht des Kostenträgers, wenn sie schätzen, dass der Kostenträger durch das Berufscoaching Geld spare, sobald LTA oder eine Frührente verhindert werden. Für die DRV sei das Coaching billiger, als eine Umschulung zu finanzieren.

4.4.2. Effekte des Berufscoachings

Das vorrangige Ziel für das Berufscoaching ist die berufliche (Re)Integration der Rehabilitanden in eine "leidensgerechte Arbeitsstelle" (vgl. Kapitel 4.1.2.). Gleichzeitig sollen die berufsbezogene Belastung und Zufriedenheit der Klienten, Gesundheitsparameter wie auch erwerbsbezogene psychologische Parameter positiv beeinflusst werden. Zur Überprüfung entsprechender Effekte werden die Daten der Interviews und der Fragebogenuntersuchung herangezogen. Die dargestellten quantitativen Ergebnisse beziehen sich auf den Vergleich der Klienten mit der gematchten Vergleichsgruppe (VG, Vgl. Kapitel 3.5.3.). Der Vergleich auf den Nebenvariablen wurde mit einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt (Faktor Gruppe: Klienten vs. VG; Faktor Zeit: T1 vs. T2). Es interessiert jeweils der Interaktionseffekt der ANOVA, das heißt ob sich die Gruppen über die Zeit unterschiedlich verändern. Die Haupteffekte geben ergänzend Aufschluss darüber, ob sich die Variable in beiden Gruppen über die Zeit verändert (Haupteffekt Zeit: T1 vs. T2) oder ob sich die Gruppen generell voneinander unterscheiden (Haupteffekt Gruppe: Klienten vs. VG).

Erwerbsbezogene Parameter

Erwerbsstatus: Die Klienten unterscheiden sich zu T1 von der VG. Es sind 40% der Klienten (n=38) ohne Arbeit (=arbeitslos oder (Zeit)rente) während 26% der VG (n=38) ohne Arbeit sind. Zu T2 hat sich der Status bei den Klienten nicht verändert, in der VG dagegen steigt der Anteil der Personen ohne Arbeit auf 37% (4 Personen mehr). Diese Unterschiede sind nicht signifikant. Der Anteil an erwerbstätigen Personen (Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt) sinkt in beiden Gruppen von 67% zu T1 auf 55% zu T2. Unter den erwerbstätigen Personen sinkt die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten in der VG von 24 (63%) auf 16 (42%), bei den Klienten bleibt der Anteil stabil (von 18 (47%) auf 16 Personen (42%)). Die Veränderungen im Berufsstatus zwischen den zwei Messzeitpunkten sind in Abbildung 4.3 dargestellt: Drei der zu T1 arbeitslosen Klienten (21%) wechseln in die Erwerbstätigkeit oder Ausbildung, eine Person geht in Rente (7%). Von den Arbeitslosen der VG gehen zwei in (Zeit-)Rente (20%, Abbildung 4.3). Die Bewegung aus der Erwerbstätigkeit heraus ist anders herum: es wechseln etwas weniger erwerbstätige Klienten (zwei Personen, 13%) in die Arbeitslosigkeit oder Rente als in der VG (drei Personen, 18%). An der Richtung der Pfeile in Abbildung 4.3 ist ersichtlich, dass es in der VG keine Veränderungen in Richtung Erwerbstätigkeit gibt (ausschließlich Pfeile "nach unten"). Dagegen gibt es einzelne Klienten, die z.B. von Arbeitslosigkeit in ein Beschäftigungsverhältnis wechseln (Pfeile "nach oben").

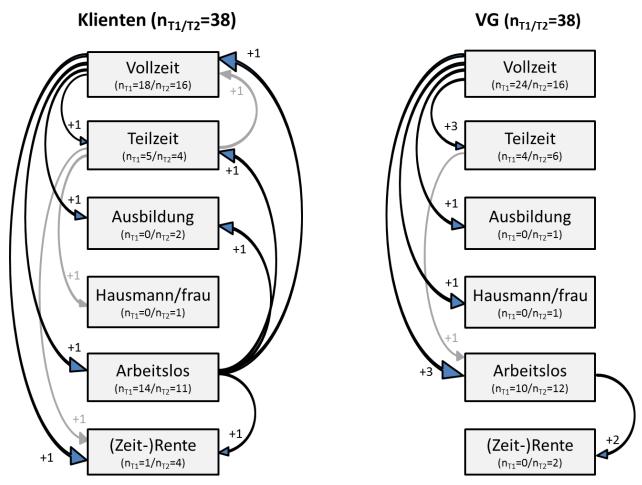


Abbildung 4.3: Anzahl der Antworten der Klienten (n=38) und der Vergleichsgruppe (VG, n=38) auf die Frage "Sind Sie zurzeit berufstätig?" zu T1 und T2 und die Veränderungen der Antworten (Pfeile)

<u>Berufszufriedenheit</u>: Die Zufriedenheitswerte beider Gruppen bewegen sich zu beiden Zeitpunkten mit M=2.52 und M=2.66 im mittleren Bereich (Tabelle 4.7.). In der Analyse wird dem entsprechend weder der Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Zeit (F(1,66)=0.039, p=.843, η ²=0.001), noch der Haupteffekt Zeit (F(1,66)=0.117, p=.734, η ²=0.002) oder Gruppe (F(1,66)=0.057, p=.813, η ²=0.001) signifikant.

Subjektive berufliche Belastungen: Die subjektiven beruflichen Belastungen werden von beiden Gruppen zu T1 als hoch bis sehr hoch eingeschätzt. Die Werte der VG liegen mit M=4.18 höher als die der Klienten (M=3.63). Zu T2 sinken die Werte in beiden Gruppen auf M=3.32 in der VG und M=3.28 bei den Klienten. Der Haupteffekt Berufsbelastung ist statistisch signifikant (F(1,64)=10.385, p=.002). Der Effekt ist mit η ²=0.140 als groß anzusehen. In der VG sinkt die berufliche Belastung stärker als bei den Klienten. Der Interaktionseffekt ist statistisch nicht signifikant (F(1,64)=1.880, p=.175), der Effekt ist klein (η ²=0.029; Tabelle 4.7.). Das Sinken der hohen Werte (Extremwerte) zwischen T1 und T2 insbesondere in der VG kann auch auf einen Effekt der Regression zur Mitte zurückgeführt werden (Bortz & Döring, 2006).

Tabelle 4.7: Effektivitätsparameter der Klienten und der zwei Vergleichsgruppen (VG) zu T1 und T2

		Deskriptive Statistik: M ¹ (SD ²)					ANOVA (Interaktionseffekt GruppexZeit)			
		Klienten			VG					
		n	T1	T2	n	T1	T2	F	р	η²
Erwerbs- parameter	Zufriedenheit ³	33	2.52 (1.50)	2.55 (1.44)	35	2.54 (1.56)	2.66 (1.45)	0.039	.843	0.001
	Belastung ⁴	32	3.63 (1.00)	3.28 (1.14)	34	4.18 (0.94)	3.32 (1.39)	1.880	.175	0.029
Gesundheits- parameter	Gesundheit ⁵	37	3.38 (0.64)	3.19 (0.87)	37	3.65 (0.82)	3.38 (0.89)	0.165	.686	0.002
Psychologische	Erwerbs- motivation ⁶	34	4.15 (0.96)	4.09 (1.14)	34	4.03 (1.29)	4.21 (1.10)	0.732	.395	0.011
Parameter	Selbst- wirksamkeit ⁷	34	3.35 (0.77)	3.49 (0.76)	37	3.34 (0.80)	3.33 (0.74)	0.768	.384	0.011

¹ *M*= Mittelwert

² SD= Standardabweichung

³ "Mit meiner aktuellen beruflichen Situation bin ich sehr zufrieden" Antworten von 1="stimme überhaupt nicht zu" bis 5="stimme sehr zu"

⁴ "Wie stark fühlen Sie sich durch ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belastet?" Antworten von 1="überhaupt nicht" bis 5="sehr

⁵ "Wie würden Sie Ihre aktuelle Gesundheit insgesamt beschreiben?" Antworten von 1="sehr gut" bis 5="sehr schlecht"

⁶ "Wie motiviert sind Sie, ihrer Arbeit weiter nachzugehen bzw. eine neue Arbeit zu finden?" auf der Skala von 1="überhaupt nicht" bis 5="sehr"

⁷ Mittelwerte der sechs Fragen des "Fragebogens zur Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung" (Speier & Frese, 1997). Range 1-5, hohe Werte sprechen für hohe Selbstwirksamkeitserwartungen

Auf Basis der Fragebogenergebnisse zeichnet sich ab, dass sich die beruflichen Parameter (Berufsstatus und berufliche Belastungen) sowohl der Klienten als auch der Vergleichsgruppe zwischen den Messzeitpunkten verändern. Alle Rehabilitanden sind ein Jahr später weniger beruflich belastet. Die VG ist im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt zum zweiten Messzeitpunkt eindeutig schlechter beruflich integriert, während einige der Klienten beruflich reintegriert werden können. Durch die Verlaufsinterviews mit den Klienten können qualitative Einblicke in die Berufsverläufe gewonnen und der Einfluss des Berufscoachings darauf abgeschätzt werden:

Frau F.B. war zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts arbeitslos. Sie fand im Verlauf des Jahres schnell verschiedene Jobs, die sie aber bald wieder wegen Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen beendete. Zum Ende des Interviewzeitraums hatte sie einen neuen Job, bei dem sie sehr zufrieden war. Das Coaching nutzte sie über die gesamte Zeit regelmäßig und für sie sehr zufriedenstellend vor allem zur Erstellung von Bewerbungsunterlagen.

Herr V.A. war schon seit Jahren arbeitslos und arbeitete während der gesamten Interviewzeit bei einem Auslieferdienst auf 400€ Basis, was finanziell kaum ausreichte und zudem seine Gesundheit belastete. Sein Ziel war es, einen neuen Job in Wohnortnähe zu finden, der seinen Lebensunterhalt sichert und idealerweise für höchstens sechs Stunden am Tag ausgeübt werden könnte. Im Laufe des Coachingjahres trat das Gesundheitliche aber immer stärker in den Vordergrund; eine weitere Hüftoperation wurde angedacht. Das Coaching konnte er in der Klinik für Bewerbungsfragen nutzen, danach gab es weiterhin regelmäßige kurze Kontakte. Aufgrund der großen räumlichen Entfernung sah er aber keine Hilfsmöglichkeiten durch den Coach.

Herr C.Q. arbeitete seit zehn Jahre im öffentlichen Dienst. Er hatte Angst wegen seiner Rückenbeschwerden und der damit einhergehenden eingeschränkten Belastbarkeit seine Anstellung zu verlieren. Nach Klinikaufenthalt kehrte er im Rahmen der Stufenweisen Wiedereingliederung an seine bisherige Arbeitsstelle zurück, die körperliche Beanspruchung wurde durch eine innerbetriebliche Umsetzung reduziert. Dennoch litt er chronisch unter starken Schmerzen. Zum Zeitpunkt des Abschlussinterviews war er seit zwei Wochen krankgeschrieben und quälte sich mit der Frage, wie lange er dieser Beschäftigung noch nachgehen könne.

Bei seinem Coach meldete er sich in der Nachbetreuung nicht mehr. Der Coach erreichte ihn in Abständen von mehreren Monaten für drei weitere Telefonate, in denen Herr C.Q. über den aktuellen Stand berichtete.

Herr B.M. nahm nach der Klinik mit Stufenweiser Eingliederung seine alte Stelle wieder auf; nebenbei baute er seine Selbstständigkeit aus. An seiner Arbeitsstelle traten zunehmend krankheitsbedinge Fehltage und dadurch bedingte Probleme mit der Personalleitung auf. Er konzentrierte sich deswegen noch mehr auf den Ausbau der Selbstständigkeit und nutzte dafür wiederholt das Coaching. Es fanden noch ein dreiviertel Jahr lang regelmäßige Kontakte mit dem Coach statt in denen er vor allem an der Werbung für seine Selbstständigkeit arbeitete.

Herr I.L. war zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts arbeitslos. Er strebte an, sich einen kleinen Arbeitsplatz einzurichten. Im Verlauf des Jahres berichtete Herr I.L. von einer schweren privaten Krise nach einer Trennung. Dadurch blieben seine Ziele der eigenen Werkstatt und die Jobsuche vorübergehend liegen, sodass er weiter Hartz IV bezog. Durch die Trennung bedingt nutzte er die Kontaktaufnahme durch den Coach nicht und meldete sich nicht wie vereinbart. Beim Abschlussinterview war seine Wohnung und geplanter Arbeitsplatz gekündigt worden. Er plante zu einer Freundin zu ziehen, deren Werkstatt er mitnutzen wollte. Er empfand das Coaching insgesamt als Stütze. Zusätzlich profitierte er von seiner Kontaktperson bei der ARGE.

Herr B.E. hatte zu Beginn noch starke Gesundheitsprobleme, so dass er nicht mehr in seinen technischen Beruf zurückkehren konnte. Sein Ziel in der Klinik war eine Umschulung, die aber von der DRV abgelehnt wurde. Er versuchte sich für ein paar Wochen an einer neuen Arbeitsstelle, musste sie aber wegen seiner Rückenbeschwerden wieder aufgeben. Danach ging er zurück an seine alte Stelle und vereinbarte, nur noch leichtere körperliche Tätigkeiten ausüben zu müssen. Die Rückenbeschwerden blieben dennoch das gesamte Jahr bestehen. Herr B.E. schätzte das Wissen, durch das Coaching Unterstützung in seiner unklaren Situation zu haben. Nach dem Erstgespräch fanden keine Kontakte mehr statt; Herr B.E. empfand dies als stimmig; er komme alleine gut zurecht.

Frau C.E. hatte 25 Jahre mit ihrem Mann in der eigenen Firma gearbeitet, wegen der Trennung von ihm wollte sie sich im sozialen Bereich selbstständig machen. Zu Beginn des Jahres wurde sie weiter finanziell von ihrem Ex-Mann unterstützt, zum Ende des Jahres konnte er die Unterstützung nicht mehr leisten und sie meldet sich arbeitslos. Beim Abschlussinterview hatte sie noch keine neue Arbeit gefunden; ihre Depression war aber deutlich gebessert. Kontakt mit ihrem Coach hatte sie nach dem Erstgespräch in der Klinik keinen mehr. Sie zweifelte einerseits am Nutzen des Coachings für sie und meldet sich deswegen nicht beim Coach. Andererseits wünschte sie sich jemanden, der sie regelmäßig motiviert und bei der Zielverfolgung hilft. Deswegen enttäuscht es sie, dass der Coach sie nicht mehr erreicht.

Herr E.G. war über das gesamte Coachingjahr hinweg krankgeschrieben und musste knapp ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt erneut stationär behandelt werden. Er arbeitete einmalig zur Probe, fühlte sich aber noch nicht in der Lage, wieder zu arbeiten. Bereits vor dem ersten Gespräch mit dem Berufscoach sagte er, er habe keinen Bedarf. Dies besprach er mit dem Berufscoach, so dass das Berufscoaching nach dem Erstgespräch als beendet erklärt wurde. Ein Jahr später befand er sich in dem Prozess, Frührente zu beantragen.

Frau E.I. hatte zu Beginn des Coachingjahres eine Anstellung, mit der sie sehr unzufrieden war. Zunächst nahm sie die Arbeit dort wieder auf, bewarb sich parallel mit Hilfe von Bewerbungstrainings und Korrektur ihrer Bewerbungsunterlagen durch den Coach auf neue Stellen. Nach einem Nachbetreuungsgespräch mit ihrem Coach und einigen Mailwechseln im ersten Monat nach Klinikaufenthalt, meldet sie sich auf seine Kontaktversuche nicht mehr. Sieben Monate nach Klinikaufenthalt kündigte sie ihre Anstellung, und war dann für fünf Monate arbeitssuchend. Im Abschlussinterview berichtet sie sehr zufrieden, dass sie im darauffolgenden Monat eine neue Anstellung beginne.

Frau C.C. war zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts arbeitslos, arbeitete aber zusätzlich im sozialen Bereich auf 400€ Basis. Sie strebte eine Festanstellung im sozialen Bereich gemäß ihrer letzten Ausbildung an. Ihre psychischen und orthopädischen Probleme bereiteten ihr dabei Schwierigkeiten. Sie wechselte im Verlauf des Jahres ihre 400€ Beschäftigung und bewarb sich auf Voll- bzw. Teilzeitstellen; hatte damit aber bis zum Abschlussinterview keinen Erfolg. Mit ihrem Coach hatte sie neben dem Erstgespräch zwei weitere Nachbetreuungskontakte. Sie war aber mit der Bewältigung des Alltags so ausgelastet, dass sie die angebotenen Hilfen und Vorschläge nicht aufnahm bzw. verfolgte. Sie beschrieb, dass ihr die Unterstützung durch Freunde und ihre christliche Gemeinde wichtiger sei.

Die Fallbeispiele zeigen, dass die beruflichen Entwicklungen wie auch das Berufscoaching sehr unterschiedlich verlaufen. Bezüglich der beruflichen Belastungen deutet sich an, dass Klienten, die wieder an ihre bisherige Arbeitsstelle zurückkehren, dies unter starken gesundheitlichen Belastungen tun. Ein direkter Einfluss des Berufscoachings auf die beruflichen Entwicklungen ist auf Basis dieser Beispiele aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren nicht festzustellen (siehe Abschnitt 4.2.2.). Deutlich wird aber, dass das Berufscoaching helfend unterstützen kann.

Gesundheitliche Parameter

Die gesundheitlichen Ausgangsbedingungen sind bei Klienten und VG ähnlich: Der Gesundheitszustand wird zu T1 im Schnitt als mittelmäßig bis schlecht eingeschätzt ($M_{Klienten}$ =3.38 bzw. M_{VG} =3.65). Auch die Veränderungen zu T2 sind einheitlich: Nach einem Jahr bewerten die Klienten und die Rehabilitanden der VG ihren Gesundheitszustand ca. 0.20 Punkte besser ($M_{Klienten}$ =3.19 und M_{VG} =3.38; Tabelle 4.7). Dem entsprechend ist der Haupteffekt Zeit statistisch signifikant (F(1,72)=5.308; p=.024) mit einem mittleren Effekt ($\eta^2=0.069$). Der Interaktionseffekt (F(1,72)=0.165; p=.686; $\eta^2=0.002$; Tabelle 4.7) und der Haupteffekt Gruppe (F(1,72)=2.098; p=.152) sind nicht signifikant. Der Haupteffekt Gruppe ist mit η^2 =0.028 klein. Direkt nach der gesundheitlichen Veränderung gefragt (Item im T2-Fragebogen), schätzte fast die Hälfte der Klienten ihre Gesundheit als gut viel oder etwas besser ein (47%), von den Rehabilitanden der VG waren es gut ein Drittel (37%). Im Schnitt schätzen die Klienten (M=2.64; SD=1.07; n=36) und die Rehabilitanden der VG (M=2.97; SD=1.15; n=38) die Veränderung ihres Gesundheitszustands als "gleich" ein (Skala von 1=, viel besser" über 3=, gleich" bis 5=, viel schlechter"). Die Mittelwerte zwischen Klienten und VG unterscheiden sich dabei nicht signifikant (T(72)=1.293, p=.20). Von den Klienten befinden sich fast die Hälfte (47%; n=38) in medizinischer oder psychosomatischer Behandlung, von der VG sind es 29% (*n*=38).

Erwerbsbezogene psychologische Parameter

Durch das Berufscoaching sollten nicht nur die Erwerbssituation, sondern auch psychologische Aspekte verändert werden. Diese wurden in den Fragebögen über die Erwerbsmotivation und die beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen operationalisiert. Die induktive Analyse der Interviews (vgl. Kapitel 3.4.3.) ergänzte die psychologischen Parameter durch "Selbstsicherheit" sowie "Optimismus vs. Pessimismus".

<u>Erwerbsmotivation</u>: Die Erwerbsmotivation ist zu T1 in beiden Gruppen nahe dem Skalenhöchstwert ($M_{Klienten}$ =4.15, M_{VG} =4.03; jeweils n=34), es gibt einen Deckeneffekt. Die Erwerbsmotivation der VG steigt zu T2 auf M=4.21, die Erwerbsmotivation der Klienten bleibt mit M=4.09 annähernd gleich (Tabelle 4.7). Der Interaktionseffekt ist mit η^2 =0.011 klein. Der Interaktionseffekt (F(1,66)=0.732; p=.395) und die Haupteffekte sind nicht signifikant (Haupteffekt Zeit: F(1,66)=0.183; p=.67; η^2 =0.003; Haupteffekt Gruppe: F(1,66)=0.001; p=.978; η^2 =0.00). Bei der direkten Frage zur Veränderung der Erwerbsmotivation (Item im T2-Fragebogen) gaben 30% der Klienten (n=25) an, dass sie durch das Berufscoaching motivierter und zuversichtlicher in beruflichen Fragen geworden sind.

Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung: Die Fragebogenwerte zur Selbstwirksamkeitserwartung bewegen sich zu T1 im Bereich von M=3.33 bis M=3.35, die beiden Gruppen haben damit gleiche Ausgangwerte. Zu T2 haben die Rehabilitanden der VG den gleichen Mittelwert (M=3.33, n=37), die Klienten haben etwas an Selbstwirksamkeit gewonnen (von M=3.34 auf M=3.49; n=34). Der Interaktionseffekt liegt mit η^2 =0.011 im kleinen Bereich. Es werden weder Interaktionseffekt (F(1,67)=0.768; p=.384) noch Haupteffekte (Zeit: F(1,67)=0.599; p=.442; $\eta^2=0.009$; Gruppe: F(1,67)=0.281; p=.597; $\eta^2=0.004$) signifikant. In den Interviewaussagen der Klienten spielt das Selbstverständnis, selber die Initiative zu ergreifen und aktiv zu werden, von Beginn an eine große Rolle. Die Eigeninitiative hängt mit der Selbstwirksamkeitserwartung zusammen (z.B. Bierhoff, Lemiech & Rohmann, 2012; Sonnentag & Spychala, 2012). Ob die Eigeninitiative der Rehabilitanden durch die Coachs gefördert wurde oder ob sie unabhängig vom Coach vorhanden war, ist auf Basis der Daten nicht eindeutig zu beurteilen. In der Zeit nach Klinikaufenthalt ist eine Steigerung der Eigeninitiative der Klienten zu beobachten. Bei den interviewten Klienten zeichnet sich aber auch die Tendenz ab, dass die Personen, die zu Beginn von Schwierigkeiten bezüglich der Eigeninitiative berichten, auch im Verlauf des Coachings wenig aktiv sind.

<u>Selbstsicherheit:</u> Die Klienten beschreiben in den Interviews eine Steigerung ihrer Selbstsicherheit durch das Coaching. Herr I.L. drückt aus, dass er nach dem Gespräch mit dem Coach "MINdestens ein Zentimeter größer" war (32:38). Durch das Stärken der Selbstsicherheit wagen Klienten Dinge, die sie sich alleine nicht getraut hätten. Zum Beispiel bewirbt sich Frau E.I. auf Zuspruch des Coachs bei einer Firma, bei der sie sich ansonsten nicht gewagt hätte zu bewerben (29:59).

Optimismus bzw. Pessimismus: In den Interviews fällt der unterschiedlich ausgeprägte Optimismus bzw. der Pessimismus bezüglich der beruflichen und damit verbundenen privaten Zukunft auf. Bei einigen Personen herrschen große Zukunftsängste, oder sie malen sich aus, "wie schnell der soziale Abstieg gehen kann" (B.E., 63:21). Bei anderen Personen ist ein genereller Optimismus bezüglich der (beruflichen) Zukunft zu vernehmen. In Bezug auf das Coaching zeigt sich in den Klienten-Interviews, dass besonders bei den pessimistisch eingestellten und zukunftsängstlichen Personen das Coaching sehr entlastend wirkt. Es tut ihnen gut zu wissen, dass ihnen jemand unterstützend zur Seite steht, auch wenn sie das Coaching nicht in Anspruch nehmen.

Bei den psychologischen Parametern sind in den Daten der Fragebogenuntersuchung insgesamt keine eindeutigen Veränderungen zu erkennen. Es deutet sich an, dass das Berufscoaching als Stärkung der Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit erlebt wird und insbesondere für pessimistische Personen entlastend wirkt.

4.4.3. Zielerreichung aus Sicht der Klienten und Stakeholder

Perspektive der Klienten

Zielerreichung: Erhaltung bestehender Arbeitsplätze / Finden gesunder Berufsalternativen: Keiner der Klienten der Fragebogenerhebung sieht das Berufscoaching als eine notwendige Voraussetzung für den Erhalt bzw. die Erlangung seines aktuellen Arbeitsplatzes an. Für 6 von *n*=31 Klienten (19%) bildet es jedoch eine wichtige Hilfe. Für 14 (45%) war es von geringer oder ohne Bedeutung für die aktuelle Arbeitsstelle. Von *n*=33 Klienten gaben 10 (30%) zu T2 an, dass ihre beruflichen Wünsche zu Beginn des Coachings (weitgehend) erfüllt wurden, in der VG sind es 10 von *n*=37 Rehabilitanden (27%). Gut die Hälfte der Klienten (17 von *n*=29; 59%) sind mit dem Ergebnis des Berufscoachings zufrieden. Bei den interviewten Klienten ist zu beobachten, dass sie Veränderungen der beruflichen Situation meist sich selber und nicht dem Coaching zuschreiben. Zwei Klienten können noch keine Aussagen zu gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Arbeitstätigkeit treffen, da sie die Stelle gerade erst begonnen haben. Die Klienten, die zurück an ihrem alten Arbeitsplatz sind, berichten von anhaltenden oder wiederkehrenden gesundheitlichen Beschwerden. Sie halten dennoch wegen finanziellen und altersbedingten Gründen an ihrer Anstellung fest, obwohl sich abzeichnet, dass sie ihre Arbeit nicht ohne gesundheitliche Probleme weiterführen können.

Zielerreichung: Nahtloser Übergang zu Maßnahmen beruflicher Reintegration: Von Seiten der interviewten Klienten wird bestätigt, dass ihnen der Berufscoach Sicherheit gab. Ein potenzielles "Loch" nach Klinikaufenthalt konnte abgefedert werden. Zur Verkürzung des Über-

gangs sagt nur Herr B.M., das Berufscoaching habe "vielleicht den Dingen ein bisschen mehr Geschwindigkeit gegeben" (B.M., 8:22b).

Zielerreichung: Unterstützung des Genesungsprozesses: Gesundheitlich hat der Großteil der interviewten Patienten weiterhin Probleme, auch wenn von Besserungen berichtet wird. Bei Verschlechterung der physischen Gesundheit wird häufig ein Zusammenhang zur Arbeitssituation und den bestehenden Belastungen durch die Arbeit oder Arbeitssuche hergestellt. Die psychische Gesundheit wird mit dem Coaching in Verbindung gebracht: Das Berufscoaching habe einen psychischen Halt gegeben. Den Klienten hilft das Gefühl "man ist nicht allein!" (B.E., 7b:28). Dieser Effekt tritt auch bei Klienten ein, die aus ihrer Sicht nicht direkt vom Coaching profitierten:

"Obwohl sie mir jetzt im Prinzip da beruflich nicht so konkret weiterhelfen konnte, wars einfach so, ja da war jemand. Und das hilft eigentlich auch schon" (C.C., 40:34).

Zielerreichung: Stärkung der berufsbezogenen Selbstkompetenz der Klienten: Wie in Kapitel 4.1.2. dargestellt, werden unter diesem Ziel drei Unterziele zusammengefasst: 1. die Stärkung der Eigenverantwortung und Eigeninitiative, 2. die Förderung berufsbezogener Motivation und 3. die Steigerung der Selbstsicherheit. Ein repräsentatives Beispiel hierfür kommt von Herrn B.M.:

"Die haben mich motiviert weiterzumachen, weil die haben mir damals gesagt, dass ich auf dem richtigen Weg war. Und ja, haben mir ein bisschen mehr Sicherheit gegeben, dass ich nichts falsch mach" (8b:7).

Eine Verbesserung der Einschätzung von eigenen berufsbezogen Fähigkeiten führen laut T2-Fragebogen ein Viertel der Klienten (6 von 25) auf das Berufscoaching zurück. Dies kann auch im Sinne der subjektiv erlebten Selbstwirksamkeit als Erreichung des ersten Ziels betrachtet werden. Der Aussage, dass durch das Berufscoaching ihre persönlichen Voraussetzungen für die Berufstätigkeit besser geworden sind, stimmen 20% der Klienten zu.

Zielerreichung: Übersetzen und Vermitteln: Die Klienten bestätigen, dass die Coachs in einigen Fällen vermittelnde Unterstützung zu anderen Parteien leisten konnten, indem sie entweder selbst mit dem Amt in Verbindung traten oder den Klienten auf entsprechende Gespräche vorbereiteten.

Zielerreichung: Beratung und Information: Die Erwartungen der Klienten nach Informationen, Beratung und Unterstützung in Berufs- und Bewerbungsfragen wurden erfüllt. Ihnen wurden bereits im Erstgespräch und bei Bedarf auch in der Nachbetreuung Informationen gegeben, Adressen und Kontakte vermittelt, sie wurden bei aktuellen Problemlagen beraten und der Coach half bei Bewerbungen.

Perspektive der Stakeholder

Zielerreichung: Stärkung der beruflichen Orientierung in den Kliniken: Bereits die Einführung des MB Reha Südbaden in den Kliniken wird von den Klinikmitarbeitern als prinzipielle Stärkung der beruflichen Orientierung wahrgenommen. Die bestehenden Maßnahmen der Kliniken werden durch die berufsbezogenen Informationen der Coachs ergänzt und damit werden insgesamt berufliche Aspekte verstärkt ins Blickfeld gerückt. Manchmal liefern die Berichte des ZBGs zusätzliche berufliche Informationen über die Klienten. Zudem bekommt das Klinikpersonal durch den Austausch mit den Coachs einen Einblick in den Prozess der beruflichen Rehabilitation.

Zielerreichung: Berufliche Maßnahmen erproben und evaluieren: Zu diesem Ziel finden sich keine Aussagen. Es wird aber von vielen Stakeholdern anerkannt, dass das durchgeführte Evaluationsprojekt einen Weg zu diesem Ziel darstellt und es wird positiv vermerkt, dass die DRV dafür Gelder bereitstellt.

<u>Zielerreichung: Finanzielle Rentabilität:</u> Die interviewten Stakeholder gehen von der finanziellen Rentabilität des Berufscoachings aus.

"Davon bin ich mittlerweile mehr als überzeugt, dass es kostengünstiger ist als vieles andere was sonst immer im Nachhinein lief. [...] Ich habe mal ausgerechnet, wenn sich eine Umschulung erübrigt, weil es noch einen anderen Weg gegeben hat, dann könnte ich 100 Coachings bezahlen" (ZBG, 16:20b)

Informationen über die potenzielle Rentabilität des Berufscoaching aus Sicht der Kliniken waren keine zu erhalten, da die zuständigen Personen nicht interviewt werden konnten.

Zusammenfassung

Der größte zeitliche bzw. personelle Aufwand für das Berufscoaching entsteht dem ZBG. Pro Klinik ist jeweils ein Coach mit einem Teil seiner Arbeitskraft mit den Erstgesprächen, der Nachbetreuung, Netzwerkarbeit, Kontaktversuchen, Dokumentation und Berichterstattung beschäftigt. Die Klienten selber empfinden die Teilnahme am Coaching als nicht aufwändig. In den Kliniken verteilt sich der zeitliche Aufwand auf die Ärzte und die Sozialdienste. Finanziell trägt zunächst die Klinik die Leistung, sollte diese aber von der DRV Baden-Württemberg refinanziert bekommen. Inwieweit die entstandenen Kosten der Klinik durch die DRV tatsächlich gedeckt und ob die Kosten der DRV durch den finanziellen Nutzen der Maßnahme ausgeglichen werden können, kann mit dieser Evaluation nicht beantwortet werden. Die Klienten und Stakeholder sehen den Nutzen des Berufscoachings darin, dass die Klienten Anregungen, Informationen, Anreize und Motivationsschübe nach Klinikaufenthalt bekommen. In den Kliniken wird zudem der berufliche Schwerpunkt durch das Berufscoaching gestärkt.

Die Klienten unterscheiden sich in ihrer beruflichen Situation zu Beginn deutlich von der Vergleichsgruppe, sie sind häufiger arbeitslos. Bei den Klienten zeigen sich einzelne Verbesserungen der beruflichen (Re-)Integration, während sich in der VG keine solchen Veränderungen nachweisen lassen. Insbesondere können einzelne arbeitslose Klienten beruflich reintegriert werden. Alle Rehabilitanden bewerten ihre Gesundheit nach einem Jahr besser und sind weniger beruflich belastet. Den Interviews zufolge geht das Aufrechterhalten der Berufstätigkeit allerdings teilweise auf Kosten der gesundheitlichen Belastung durch die Arbeitstätigkeit. Ein kleiner Effekt kann auf Basis der Fragebogendaten auf die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung ausgemacht werden. Auch in den Interviews wird bestätigt, dass die Selbstsicherheit und Eigeninitiative der Klienten subjektiv gesteigert werden.

Das vorrangige Ziel, bestehende Arbeitsplätze zu erhalten bzw. gesunde Berufsalternativen zu finden, wurde bei wenigen interviewten Klienten erreicht. Andere sind weiterhin arbeitslos oder sind an ihre bisherige Arbeitsstelle zurückgekehrt, die ihre Gesundheit gefährdet. Die Zahl der untersuchten Klienten ist allerdings zu gering und lässt keine zuverlässige Einschätzung der Zielerreichung zu. Bezüglich der Hilfe und Beschleunigung der Übergangszeit nach Klinikaufenthalt durch das Coaching bestätigen die Klienten, dass das motivationale und psychische Loch nach Klinikaufenthalt überbrückt werden kann. Das Ziel der Vermittlung zwischen beteiligten Parteien wird vor allem zu Beginn des Coachingjahres erreicht. Die Unterstützung des Genesungsprozesses der Rehabilitanden gelingt auf der psychischen Ebene durch die Stärkung und Rückhalt durch den Coach. Das Beibehalten gesundheitsgefährdender Arbeitsplätze wirkt sich allerdings negativ auf den physischen Gesundheitszustand aus. Von den Mitarbeitern der Rehabilitationskliniken wird berichtet, dass mit dem Coaching der berufliche Fokus in den Kliniken gestärkt werden konnte. Das Ziel der finanziellen Rentabilität wird von ZBG-Mitarbeitern und Ärzten als erreicht betrachtet.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und evaluiertes Angebot MB Reha Südbaden

Ein Hauptziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist die berufliche (Wieder-)Eingliederung als ein Teil der sozialen Integration und Partizipation. Zunehmend wird die Notwendigkeit von ergänzenden (medizinisch-)beruflichen Maßnahmen thematisiert. Die Praxis und Forschung konzentrierten sich bislang vor allem auf die berufsbezogenen Angebote innerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation. Zu berufsbezogenen Maßnahmen im Anschluss an die stationäre Rehabilitation gibt es nur wenige Konzepte und auch in der Forschung wurde dieses Thema bisher wenig diskutiert. Werden Nachsorgemaßnahmen angeboten, bestehen häufig zeitliche Lücken zwischen dem Klinikaufenthalt und dem Beginn der anschließenden Maßnahme (Schutzeichel & Hirschler, 2004). Erst in den letzten Jahren werden einzelne Konzepte und Programme entwickelt, die in der medizinischen Rehabilitation beginnen und die Rehabilitanden in beruflichen Fragen nachbetreuen (z.B. Huber et al., 2010; Zwerenz et al., 2013).

Ziel der vorliegenden Studie war die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der "Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation Südbaden". Durchgeführt wird diese Maßnahme vom Zentrum Beruf + Gesundheit (ZBG) in Bad Krozingen in enger Zusammenarbeit mit den kooperierenden Rehabilitationskliniken Glotterbad und Rheintal (und inzwischen Tagesklinik Reha Süd in Freiburg).

Die MB Reha Südbaden stellt Patienten in stationärer Rehabilitation einen Berufscoach zur Seite, der sie bei der beruflichen Wiedereingliederung bzw. dem Übergang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bis zu einem Jahr lang begleitet. Dieses Berufscoaching ist ein innovatives Angebot, das eine Ergänzung zu den bereits bestehenden Angeboten der medizinisch beruflich orientierten (MBOR), der medizinisch beruflichen Rehabilitation (MBR) sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) darstellt. Das Berufscoaching vereint Merkmale von allen Maßnahme-Kategorien: Die MB Reha Südbaden ist vergleichbar einer MBOR Maßnahme, da sie in der Klinik beginnt. Angeboten wird sie allerdings von einer Einrichtung der Phase II, d.h. der MBR. Ihr Schwerpunkt wiederum liegt auf dem Anschlusscoaching in der Zeit nach Klinikaufenthalt, in der auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben greifen. Das Berufscoaching ergänzt die bestehenden Angebote, indem es bereits in der Klinik beginnt und dann ohne Bewilligungs- und Übergangszeiten in die Nachbetreuung übergehen kann.

Konzeption und Design der Evaluation

Die Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg wurde von der DRV Baden-Württemberg mit der Evaluation der "MB Reha Südbaden" beauftragt. Die Evaluationsstudie wurde von Oktober 2010 bis April 2013 durchgeführt. Die Evaluation wurde als Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden konzipiert. Es wurden die Fragen nach Bedarf, Zielsetzungen, Indikation, Durchführung, beeinflussenden Faktoren, Verbesserungsvorschlägen, Akzeptanz und Bewertung sowie Aufwand und Effekten beantwortet.

Es wurden alle Interessensgruppen (Stakeholder) in die Evaluation einbezogen. Als Stakeholder gelten die Teilnehmer an der Maßnahme (Klienten, sie werden im Folgenden gesondert aufgeführt), die Anbieter der Maßnahme (ZBG) mit ihren Coachs, Ärzte und Sozialdienst der Interventionskliniken, Kostenträger (DRV Baden-Württemberg) und vergleichbare Einrichtungen (Kliniken, Integrationsfachdienste u.a.). Es wurden problemzentrierte Leitfadeninterviews mit den Stakeholdern geführt und die Klienten wurden begleitend zum Coachingjahr mehrfach interviewt. Zur Analyse der Effekte wurde eine quasiexperimentelle längsschnittliche Fragebogenerhebung mit den Rehabilitanden der Interventions- sowie Vergleichskliniken während und ein Jahr nach einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Ergänzend wurden die Entlassberichte der Kliniken und die Dokumentationen der Coachs einbezogen.

Erhebungsinstrumente: Die Interviews wurden mit teilstrukturierten bzw. problemzentrierten Leitfäden durchgeführt. Inhalte der ersten Klienten-Interviews waren die Erwartungen an das Berufscoaching, die berufliche und gesundheitliche Situation. In den Folgeinterviews wurden die beruflichen und gesundheitlichen Entwicklungen, die Erfahrungen mit und die Bewertungen des Berufscoachings erfragt. Die Stakeholder wurden zu ihren Zielen, Erfahrungen, Bewertungen und Verbesserungsvorschlägen interviewt. Mit den Fragebögen wurden zu T1 soziodemographische, erwerbsbezogene, gesundheitliche und psychologische Parameter erhoben. Zu T2 ein Jahr später wurden die Rehabilitanden erneut zu den gleichen Parametern befragt. Den Klienten wurden zusätzlich Fragen zur Bewertung, Durchführung und zu Verbesserungsvorschlägen gestellt. In der Regel waren likert-skalierte Items zu beantworten (meist fünfstufigen Antwortskalen).

Stichprobenrekrutierung: Die Evaluation wurde mit Stakeholdern und Rehabilitanden der zwei zum Zeitpunkt der Erhebung am Berufscoaching teilnehmenden Interventionskliniken (IK) Glotterbad (Psychosomatik) und Rheintalklinik (Orthopädie) durchgeführt. Als Vergleichskliniken (VK) wurden die Rehabilitationskliniken Höhenblick (Orthopädie), Kohlwald und Weißenstein (Psychosomatik) ausgewählt. Weitere Stakeholder sind die Mitarbeiter des ZBG und der DRV Baden-Württemberg, des Integrationsfachdienstes Freiburg und der ehemals am Berufscoaching teilnehmenden Regio Reha Tagesklinik Freiburg. Alle Stakeholder

wurden schriftlich und/oder telefonisch nach einer Information über die Evaluationsstudie um ein Interview gebeten.

Alle Rehabilitanden, die sich zum Erhebungszeitpunkt in den Kliniken befanden und deren Rehabilitation von der DRV Baden-Württemberg getragen wurde, wurden um Teilnahme an der Fragebogenuntersuchung gebeten. Ausschlusskriterium waren mangelnde Deutschkenntnisse. Jene Rehabilitanden, die dem Berufscoaching zugewiesen wurden (=Klienten), wurden darüber hinaus für Interviews rekrutiert. Die Rehabilitanden wurden dazu persönlich im Rahmen der Fragebogenerhebung angesprochen oder telefonisch bzw. per Fax über den Hintergrund der Interviews informiert und um Teilnahme gebeten.

<u>Durchführung der Datenerhebung</u>: Die Interviews mit den Stakeholdern wurden im Winter und Frühjahr 2011 persönlich an ihren Arbeitsplätzen geführt, im Schnitt dauerten die Stakeholder-Interviews eine Stunde. In einer Ausnahme wurden die Fragen schriftlich beantwortet. Die Klienten wurden fünf bis sechs Mal während ihrer Betreuungszeit von einem Jahr interviewt. Die ersten Interviews wurden persönlich während des Klinikaufenthalts, die Folgeinterviews telefonisch geführt. Die Klienten-Interviews wurden von März 2011 bis Juni 2012 geführt und dauerten zwischen zehn und sechzig Minuten. Die Klienten- sowie Stakeholder-Interviews wurden mit einem Digital Voice Recorder (Olympus DM-450) aufgezeichnet.

Für die Fragebogenerhebung wurden die Rehabilitanden schriftlich über die Inhalte der Studie aufgeklärt. Die Erstbefragungen (T1) wurden im Zeitraum von Februar bis August 2011 während des stationären Aufenthaltes der Rehabilitanden realisiert. Die Rehabilitanden füllten den T1-Fragebogen während ihres Klinikaufenthalts aus. Der T2-Fragebogen wurde den Rehabilitanden zusammen mit einem frankierten Rückumschlag ein Jahr später postalisch zugesendet (jeweils10-15min Bearbeitungszeit). Drei bis vier Wochen danach wurde ein Erinnerungsschreiben verschickt und die Klienten wurden ggf. zusätzlich angerufen bzw. angemailt.

Auswertungsmethoden: Klienten- und Stakeholder-Interviews wurden nach dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem 2 (GAT 2; Selting et al., 2009) mit Hilfe des Programms
F4 transkribiert und auf Basis der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) ausgewertet.
Die Fragebogendaten wurden für Fragen des Bedarfs, der Indikationskriterien, der Akzeptanz und der Bewertungen deskriptiv ausgewertet. Die Darstellung der Effekte erfolgte über
einen Vergleich der Klienten mit Rehabilitanden aus anderen Rehabilitationskliniken (Vergleichsgruppe, VG). Für die Zusammenstellung der VG wurden Forschungszwillinge aus den
Vergleichskliniken identifiziert, die den Klienten hinsichtlich folgender Aspekte (maximal)
ähnlich waren (individuelles Matching): Indikation (orthopädisch vs. psychosomatisch), Alter,
Geschlecht, subjektive Erwerbsprognose nach WS und Wunsch nach Hilfe in beruflichen
Fragen. Wenn möglich wurden alle sechs Variablen berücksichtigt. Wurde für einen Klienten

kein Match mit gleichen bzw. ähnlichen Werten auf allen sechs Variablen gefunden, wurde sukzessiv eine Variable weniger für das Matching verwendet. Anhand des Vergleichs der Klienten mit dieser VG bezüglich ihrer Veränderungen zwischen T1 und T2 wurden die Effekte des Berufscoachings abgeschätzt. Hauptkriterium war der Erwerbsstatus. Nebenkriterien waren die subjektiv eingeschätzten Werte der Arbeitsbelastung, der beruflichen Zufriedenheit, der Gesundheit, der Erwerbsmotivation und der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen. Statistische Vergleiche (meist einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (Signifikanzniveau p<.05)) wurden mit SPSS (Version 20) durchgeführt. Fehlende Werte wurden nicht ersetzt.

Stichprobenbeschreibung und Drop-out: Alle identifizierten Stakeholder konnten interviewt werden (n=22). Insgesamt wurden zwölf Klienten für ein Erstinterview gewonnen, von denen zehn für alle Interviews erreicht wurden. In der Fragebogenerhebung wurden zu T1 von N=658 Rehabilitanden beantwortete Fragebögen zurückerhalten, zu T2 antworteten n=463 (70%) dieser Rehabilitanden. Zu T1 befanden sich in der Stichprobe n=68 Klienten des Berufscoachings, zu T2 verblieben *n*=38 (56%). Die gematchte VG enthielt dementsprechend ebenfalls n=38 Personen. Die Klienten und die Rehabilitanden der VG sind im Schnitt 45 bzw. 46 Jahre alt. Sie haben in der Regel einen Sonder-/Haupt- oder Realschulabschluss (87/89%), haben eine Lehre absolviert (79/91%) und sind berufstätig (61/74%). Die Hälfte der Klienten bzw. der VG hat eine psychische Erkrankung (57/58%) und ein Großteil hat körperliche Erkrankungen (89/97%). Circa 80% besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Anteil von Männern und Frauen ist vergleichbar (58/53% Männer). T-tests zeigen, dass sich die Klienten und die Rehabilitanden der VG auf keiner der Variablen signifikant unterscheiden. Der Drop-out wurde mittels Chi-Quadrat Test auf den Variablen Alter, Geschlecht, Ausbildung, Staatsangehörigkeit, Erwerbsstatus, Häufigkeit somatischer und psychischer Erkrankungen überprüft; er ist nicht systematisch.

Ergebnisse der Evaluation

Bedarf: Die Erhebung in den an der Evaluation teilnehmenden Kliniken zeigt, dass ein wachsender Bedarf an Unterstützung bei beruflichen Fragen der Rehabilitanden besteht. Vergleichbar zu den Ergebnissen anderer Studien (Hillert et al., 2009; Radoschewski et al., 2006) haben in den Kliniken der Evaluationsstudie im Schnitt ein Drittel der Patienten (Psychosomatik 36%, Orthopädie 27%) eine besondere berufliche Problemlage. Die Kliniken decken diesen Bedarf zum Teil über berufsbezogene Angebote während und nach dem Klinikaufenthalt ab. Es mangelt aber an spezifischen Angeboten für jene Zielgruppe, der ein individuell angepasstes, motivierendes Angebot helfen könnte, die Zeit zwischen Rehabilitation und dem beruflichem Wiedereinstieg so kurz wie möglich zu gestalten. Der spezifische Bedarf an einem Berufscoaching, wie der MB Reha Südbaden, kann dokumentiert werden.

Zielexplikation: Die Stakeholder geben an, dass mit dem Berufscoaching der optimale Weg für eine berufliche (Re-)Integration gefunden werden soll. Ziel ist es, bereits bestehende Arbeitsplätze zu erhalten oder neue Berufsalternativen aufzudecken. Der Klient soll einen gesundheitsadäquaten Arbeitsplatz haben. Die Zeit bis zur beruflichen Wiedereingliederung oder bis zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen soll möglichst kurz gehalten werden. Beides soll die Klienten vor einem "motivationalen und psychischen Loch" bewahren und dem Kostenträger Aufwendungen ersparen. Als Zwischenziel auf dem Weg zur beruflichen Integration strebt das Berufscoaching die Förderung der berufsbezogenen Selbstkompetenzen und Eigeninitiative der Klienten an. Die Klienten sollen motiviert, gestärkt und unterstützt werden. Ein erwünschter Nebeneffekt aller Bemühungen ist ein Beitrag zur gesundheitlichen Genesung der Patienten. Im Hinblick auf das Rehabilitationssystem soll das Berufscoaching eine Stärkung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation sowie ein Beitrag zur Erprobung und Weiterentwicklung solcher beruflicher Reha-Maßnahmen sein.

Zielgruppe: Die MB Reha Südbaden richtet sich an Rehabilitanden in medizinischer Rehabilitation (Kostenträger: DRV Baden-Württemberg), die Hilfe bei der beruflichen Neu- oder Umorientierung brauchen. Die Motivation zu arbeiten sowie zur Teilnahme am Berufscoaching sollte vorhanden sein. Eine notwendige Voraussetzung für diese Motivation ist, dass die Rehabilitanden gesundheitlich soweit genesen sind, dass sie sich wieder mit ihrer beruflichen Zukunft beschäftigen können. Diese Zielkriterien entsprechen weitgehend den Kriterien der MBOR anderer Klinikkonzepte (Streibelt, 2010). Für ein gutes Gelingen des Anschlusscoachings kann zudem auf eine geringe räumliche Entfernung zwischen Rehabilitand und ZBG geachtet werden.

Durchführung: Die Evaluation untersucht, wie das Konzept in der Praxis umgesetzt wird. Basierend auf Stakeholder-Aussagen und dem zum Zeitpunkt der Evaluation vorliegenden Manual wurde die Durchführung evaluiert. Die vorgesehenen Elemente werden in der Regel wie geplant durchgeführt. Die Klinikärzte weisen die in Frage kommenden Rehabilitanden auf Basis des Anamnesegesprächs dem Berufscoaching zu. Die Rehabilitanden werden dabei über das Berufscoaching informiert und die Motivation zur Teilnahme wird geklärt und ggf. gestärkt. Ungefähr 70% der ausgewählten Rehabilitanden entsprechen den Indikationskriterien, unter den übrigen finden sich Personen mit Rentenbegehren und geringer Erwerbsmotivation. Die Klinikmitarbeiter werden für die adäquate Auswahl und Information der Rehabilitanden über Zuständigkeitsbereiche, Zielgruppe und Inhalte des Berufscoachings informiert. Die Fälle, in denen die Zuweisung nicht wie vorgesehen stattfindet, können auf mangelnden Informationsstand der Klinikmitarbeiter zurückgeführt werden. Die Informationen zu den Indikationskriterien, den Inhalten Berufscoachings Rückmeldungen des und Coachingverläufen sollten deswegen öfter und detaillierter an alle Klinikmitarbeiter vermittelt und geschult werden. Verbesserungen des Berufscoachings könnten über eine bessere Finanzierung sowie eine direkte Bezahlung des ZBGs durch die DRV Baden-Württemberg erreicht werden.

In den Klienten-Interviews zeigt sich, dass der Nutzen der Maßnahme für die Klienten von der Häufigkeit der Kontakte abhängt. Wenn keine Nachbetreuungsgespräche stattfinden, kann erwartungsgemäß auch keine Unterstützung geleistet werden. Als hinderlich für die Kontakte erweist sich, wenn das Coaching zu einem Zeitpunkt initiiert wird, zu dem die Klienten – gesundheitlich oder privat bedingt – noch nicht bereit für die Beschäftigung mit beruflichen Fragen sind. Als förderlich erweisen sich individuelle Eigenschaften der Klienten: Die aktiven, optimistischen und motivierten Klienten nehmen das Coaching besonders oft aus eigener Initiative in Anspruch und profitieren stärker davon.

Akzeptanz und Bewertung: Von Seiten der DRV Baden-Württemberg wird das Berufscoaching unterstützt und gefördert. So wurde das Berufscoaching nach der Projektlaufzeit in den Regelbetrieb übernommen. Gleichzeitig führten von vielen interessierten Kliniken nur wenige das Berufscoaching in ihrer Klinik ein. Die interviewten Ärzte nicht-teilnehmender Kliniken begründen diese Zurückhaltung mit Unsicherheiten über die Finanzierung durch die DRV und dem vermuteten Aufwand der Implementierung.

Das Berufscoaching wird insgesamt als innovativ, sinnvoll und bedarfsgerecht beurteilt. Den Klienten sind die "Impulsmotivierung", die Stärkung und der Rückhalt durch den Coach in der Zeit nach Klinikaufenthalt wichtig. In den Interventionskliniken ist das Berufscoaching sehr gut etabliert und akzeptiert. Die Flexibilität des Angebots, auf Bedürfnisse der Klienten und der Kliniken einzugehen, der Beginn in der Klinik, die Nachbetreuung und die Stärkung der beruflichen Orientierung in der Rehabilitation werden von den Klinikmitarbeitern positiv bewertet. Einwände werden von Vertretern der Berufsgruppen mit ähnlichen Aufgabengebieten geäußert, die keine Erfahrungen mit dem Berufscoaching haben. Sie befürchten, dass sie durch das Coaching ersetzt werden könnten.

<u>Aufwand</u>: Der größte zeitliche bzw. personelle Aufwand für das Berufscoaching entsteht dem Zentrum Beruf + Gesundheit. Mit der Durchführung der Erstgespräche, der Nachbetreuung, sowie Netzwerkarbeit, Kontaktversuchen, Dokumentation und Berichterstattung ist ein Coach je Klinik betraut. In den Kliniken verteilt sich der zeitliche Aufwand mit Zuweisung und Organisation des Berufscoachings vor allen Dingen auf die Ärzte und die Sozialdienste. Die Klienten selber empfinden die Teilnahme am Coaching als nicht aufwändig.

Effekte und Wirkungen: Zur Bewertung der Effektivität des Berufscoachings werden berufliche, gesundheitliche und psychologische Kriterien betrachtet. Zu T1 sind 40% der Klienten ohne Arbeit (=arbeitslos oder (Zeit)rente), während von den Rehabilitanden der Vergleichsgruppe 26% ohne Arbeit sind. Zu T2 hat sich die Anzahl der Personen ohne Arbeit in der VG nicht, bei den Klienten geringfügig verändert. Die Stabilität des Erwerbsstatus bei den Klienten (und in geringerem Ausmaß in der VG) ist insofern beachtlich, da zum Zeitpunkt des Kli-

nikaufenthalts einige Rehabilitanden eine Arbeitsstelle hatten, in der sie die Anforderungen gesundheitsbedingt nicht weiter erfüllen können. Für das Berufscoaching werden insbesondere solche Rehabilitanden ausgewählt, d.h. die Klienten haben besonders ausgeprägte berufliche Problemlagen. Drei der vierzehn zu T1 arbeitslosen Klienten (21%) wechseln zu T2 in ein Beschäftigungsverhältnis oder eine Ausbildung. Solche Entwicklungen sind in der Vergleichsgruppe nicht zu beobachten. Die Unterschiede sind aufgrund der kleinen Stichprobe statistisch nicht signifikant. Finanziell können aber auch einzelne integrierte Personen für den Kostenträger von großer Relevanz sein. Bezüglich der beruflichen Belastungen und Zufriedenheit sowie der Gesundheit deuten die Daten nicht darauf hin, dass das Berufscoaching einen Effekt hat. Da dies nicht im Fokus der Maßnahme steht, war dies zu erwarten. Auf der Basis der Interviews zeigt sich eine Tendenz, dass das Berufscoaching den Selbstwert und die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung der Rehabilitanden (und darüber auch die psychische Gesundheit) stärken kann.

Zielerreichung: Das vorrangige Ziel, bestehende Arbeitsplätze für die Rehabilitanden zu erhalten bzw. gesunde Berufsalternativen zu finden, ist bei wenigen der untersuchten Klienten erreicht. Andere sind weiterhin arbeitslos oder sind zwar an ihre bisherige Arbeitsstelle zurückgekehrt, haben aber berufsbedingte gesundheitliche Beschwerden. Bezüglich der Hilfe und Beschleunigung der Übergangszeit nach Klinikaufenthalt durch das Coaching bestätigen die Klienten, dass das motivationale und psychische Loch nach Klinikaufenthalt überbrückt werden kann. Die Klienten fühlen sich bestärkt und motiviert, wodurch es ihnen psychisch besser geht. Unter diesem Aspekt kann das Ziel, den Genesungsprozess der Rehabilitanden zu unterstützen, erreicht werden. Es werden allerdings auch gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze beibehalten, was sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann.

Von Seiten der Kliniken wird berichtet, dass mit dem Coaching der berufliche Fokus gestärkt werden kann. Die Erprobung und Evaluation zur Weiterentwicklung von beruflichen Maßnahmen in der Rehabilitation wird durch die vorliegende Evaluationsstudie unterstützt. Das Ziel der finanziellen Rentabilität für den Kostenträger wird von ZBG-Mitarbeitern und Ärzten als erreicht betrachtet.

6. DISKUSSION

6.1. Inhaltliche Diskussion

Ergebnisse der Evaluation und Forschungsbefunde

Bei der Evaluation der Durchführung des Berufscoachings zeigte sich, dass die Inanspruchnahme in der Nachbetreuung gering ist, insbesondere wenn auf die Eigeninitiative der Rehabilitanden gebaut wird. Dies entspricht den Ergebnissen von Evaluationen anderer Nachsorgeangebote: Der Anteil der Rehabilitanden, die so ein Angebot in Anspruch nehmen ist mit 8-25% niedrig (Vgl. Abschnitt 1.4.; Braunger et al., 2013; Hentschke et al., 2012; Kobelt et al., 2011; Köpke, 2005; Pfaudler et al., 2013). Gerdes und Kollegen (2005) beschreiben in ihrem Abschlussbericht zur Rehabilitationsnachsorge, dass die befragten Rehabilitanden die mangelnde Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen mit Zeit- bzw. Antriebsmangel durch zu hohe Belastungen durch Arbeit, Kinder, zu pflegende Angehörige u.a. begründen. Ähnliche Gründe nennen Teilnehmer der Studie von Hentschke, Hofmann und Pfeifer (2012): Die Nachsorge sei nicht mit den Arbeitszeiten vereinbar, die Einrichtung sei zu weit weg oder der Aufwand zu groß. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen dieser Studie: Die Möglichkeiten, den Berufscoach anzurufen, geht im Alltag unter, oder die Arbeitszeiten von Berufscoach und Klient ermöglichen kein Telefonat. Zusätzlich wurde in den Interviews deutlich, dass die geforderte Eigeninitiative insbesondere von depressiven Rehabilitanden nicht aufgebracht werden kann. Von Klienten und Stakeholdern wird auch die Entfernung zwischen Klient und Berufscoach als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme der Nachbetreuung genannt. Dieses Problem entsteht dadurch, dass die Kliniken (die nahe dem ZBG liegen) durch Rehabilitanden aus verschiedenen Teilen das Landes belegt sind. Wenn die Nachsorge in einem face-to-face Kontakt durchgeführt werden soll, kann nur ein kleiner Teil der Rehabilitanden diese Nachsorge in Anspruch nehmen. Dieses Problem wird häufig dadurch gelöst, dass die Nachsorge telefonisch oder internet-basiert angeboten wird. So können die Rehabilitanden unabhängig von ihrem Wohnort erreicht werden. Braunger und Kollegen (2013) verglichen die face-to-face Nachsorge mit der telefonischen Nachsorge und einer Kontrollgruppe (randomisierte Zuweisung, neun Monate Erhebungszeitraum). Sie stellen fest, dass die face-to-face Nachsorge in einer dreimonatigen medizinisch orientierten Nachsorge in Hinblick auf die Arbeitslosenquote effektiver als die telefonische Nachsorge war. Beides war effektiver als keine Nachsorge. Ein Problem stellte aber auch hier eine ingesamt geringe Teilnahmequote dar (25%). Auch in dieser Evaluation beurteilten die Klienten die persönliche Nachbetreuung als effektiver als die telefonische; diese Frage wurde aber nicht systematisch untersucht. Reiser, Rüddel und Jürgensen (2013) verglichen eine telefonische mit einer webbasierten Nachsorge (Internetplattform) und einer Kontrollgruppe (randomisierte Zuweisung). Im Hinblick auf medizinische Parameter profitierten beide nachbetreuten Gruppen, die web-basierte profitierte noch deutlicher als die telefonisch-betreute. Insgesamt liegen noch zu wenige Studien vor, um abschließend beurteilen zu können, welches Medium für welche Personengruppen in der Nachbetreuung am geeignetesten ist. In Bezug auf MB Reha Südbaden scheint es von besonderer Relevanz, den Kontakt überhaupt herstellen zu können, um ein Coaching zu ermöglichen. Die Klienten mit (häufigerem) Kontakt profitieren auf Basis der qualitativen Analysen besser. Dies entspricht den Schlussfolgerungen aus einer systematischen Literaturanalyse mit acht betrachteten Studien (RCT): Die Wirksamkeit der Nachsorge sei bei kontinuierlicher Betreuung erfolgreicher (Ernst, 2010).

In der Evaluation wurden die Effekte auf Basis einer kleinen Stichprobe untersucht. In dieser bildet sich im Vergleich mit einer Vergleichsgruppe ab, dass einigen Klienten zu einer beruflichen Wiedereingliederung verholfen werden kann und Erwerbstätige ihre Tätigkeit weiter ausführen. Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant. Dies kann zum einen an der kleinen Stichprobe liegen und zum anderen sollte auch die praktische Relevanz der Unterschiede bedacht werden: Für den Kostenträger können einzelne integrierte Personen finanziell einen bedeutsamen Unterschied machen. Die Evaluationsergebnisse zeigen zudem, dass ein Ansprechpartner für berufliche Fragen nach der Rehabilitation sehr geschätzt wird und als Unterstützung erlebt wird. Neben der spezifischen Wirkung auf den Beruf wirkt dies allgemein entlastend: "jemand ist für mich da und kümmert sich". Rehabilitanden, die in ihre bisherige Arbeitsstelle zurückkehren, leiden aber häufig weiter unter gesundheitlichen Beschwerden (insbesondere die Rehabilitanden aus der orthopädischer Klinik). Deswegen sollte in Zukunft - auch bei den rein berufsbezogenen Maßnahmen - ein Augenmerk auf den gesundheitlichen Aspekten der Arbeitsstelle liegen. Dies kann vor dem Hintergrund der finanziellen Rentabilität leicht aus den Augen verloren werden. Kurzfristig ist es finanziell rentabel, wenn ein Arbeitsplatz erhalten werden kann. Neben den negativen Folgen für die Betroffenen bleibt aber auch die Rentabilität langfristig nur bestehen, wenn der Arbeitsplatz leidensgerecht ist.

Einordnung in die berufsbezogenen Reha-Maßnahmen

Das Konzept MB Reha Südbaden weist Überschneidungen aber auch Unterschiede zu den berufsbezogenen Reha-Maßnahmen auf (vgl. Abschnitt 1.3.). Der Maßnahmenanbieter ist eine anerkannte Einrichtung der Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation und auch der Name der Maßnahme lässt auf eine Nähe zur MBR schließen. Die MBR integriert in der Regel medizinische und berufliche Maßnahmen, während das Berufscoaching auf berufliche Fragen fokussiert ist. Des Weiteren wird MBR bei besonders schwer beeinträchtigten Personen durchgeführt, die vor allem neurologische oder psychiatrische Probleme haben. Eine Vo-

raussetzung für das Berufscoaching ist dagegen, dass die Patienten gesundheitlich ausreichend genesen sind, um eine Arbeit durchführen zu können. Das Berufscoaching ist zudem niederschwelliger als die MBR.

Die Überschneidung zur MBOR besteht darin, dass der Beginn des Coachings während der medizinischen Rehabilitation liegt. Damit wird durch das Berufscoaching - wie auch durch andere MBOR-Maßnahmen – der Berufsbezug in der medizinischen Rehabilitation gestärkt. Das Berufscoaching geht jedoch über die Zeit in der Klinik hinaus. Der Schwerpunkt der Intervention liegt in der Nachbetreuung im Jahr nach Klinikaufenthalt. Zu dieser Zeit greifen auch LTA. LTA werden durch die Ärzte in den Kliniken veranlasst, worauf die Bewilligung vom Reha-Träger geprüft wird. Der Beginn von LTA liegt in der Regel nach dem Klinikaufenthalt. Durch den weit gefassten Leistungskatalog von LTA könnte auch das Berufscoaching in diese Kategorie fallen; auch die Indikation sowie das Ziel der Wiedereingliederung stimmen überein. In der Praxis zeigt sich, dass der Übergang von Klinik zu LTA teilweise mit langen Wartezeiten verbunden ist (Dhom-Zimmermann et al., 2012; Hansmeier, 2009; Schutzeichel & Hirschler, 2004; vgl. Kap. 1.4.). Hier liegt ein wichtiger Unterschied zwischen LTA und dem Berufscoaching: Das Berufscoaching muss nicht zusätzlich von der DRV bewilligt werden, sondern die Klinikärzte können direkt entscheiden, wer dem Berufscoaching zugewiesen wird. Dadurch kann das Berufscoaching bereits in der Klinik beginnen und es entstehen keine Wartezeiten.

Die MB Reha Südbaden ist demnach inhaltlich den LTA sehr ähnlich, da die Zielgruppe, der Interventionszeitraum, und die Ziele mit denen von LTA übereinstimmen. Der Beginn liegt allerdings in der Klinik, in der MBOR Maßnahmen greifen. Strukturell besteht eine Nähe zur MBR, da MB Reha Südbaden von einer Phase II Einrichtung durchgeführt wird. Die Merkmale des Coaching entsprechen jedoch nicht denen der MBR. Das Berufscoaching kann demnach am besten der berufsbezogenen Nachsorge aus der medizinischen Rehabilitation heraus zugeordnet werden. Die Nachsorge allgemein und die berufsbezogene Nachsorge im Besonderen sind in Entwicklung und Forschung dem Feld der MBOR weit hinterher. Die MB Reha Südbaden liefert damit einen wichtigen Beitrag, indem es als externer Anbieter eine berufsbezogene Nachsorge anbietet. Durch die Evaluationsstudie können erste Ergebnisse zur Durchführbarkeit, Akzeptanz und Effekten eines solchen Programms beantwortet werden. Zudem wird durch Vorträge und Publikationen über MB Reha Südbaden und die Evaluationsstudie das Konzept verbreitet sowie das Thema in den wissenschaftlichen Diskurs eingebracht.

Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung

Die Evaluation war nicht primär darauf ausgerichtet, Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung zu identifizieren. Durch die Analyse der hinderlichen und förderlichen Bedingungen lassen sich allerdings Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren identifizieren. Im Zusammenhang des Berufscoachings wurden persönliche Eigenschaften der Rehabilitanden als förderlich für die berufliche Integration identifiziert: Die Motivation, ins Erwerbsleben wiedereinzusteigen, die Erwartung, eine Stelle zu bekommen und sie ausfüllen zu können, und eine ausreichend gute Gesundheit. Depressivität wurde als hinderlich für den (Wieder-) Einstieg ins Berufsleben benannt. Dies entspricht den Einflussfaktoren, die in der Literatur diskutiert werden (ausführlich Kapitel 1.4.): Es werden (unter anderen) die subjektive Gesundheit (Streibelt & Egner, 2013), die Selbstwirksamkeit, die Motivation und die subjektive Erfolgsprognose als positive Einflussfaktoren, Depression als negativer Einflussfaktor diskutiert (Bethge, 2008; Bürger, 2006; Jensen, Anne Grete Claudi, 2013b).

Motivation: Poersch und Schmitt (2009) haben beschrieben, dass Rehabilitationsmaßnahmen häufig jenseits des Rubikon ansetzen, obwohl sich einige Rehabilitanden noch diesseits des Rubikon befinden (Vgl. Kapitel 1.4.). Diese Frage, auf welcher Seite des Rubikon die Rehabilitanden sich befinden, spielt auch beim Berufscoaching eine große Rolle. Das Konzept richtet sich zunächst an Rehabilitanden, die bereits eine Entscheidung für die berufliche Wiedereingliederung getroffen haben und motiviert sind. In Stakeholderinterviews wird deutlich, dass die Klinikmitarbeiter aber auch bei den Rehabilitanden Handlungsbedarf sehen, die sich noch diesseits vom Rubikon befinden. Das betrifft vor allem solche Rehabilitanden, für die medizinisch betrachtet eine Rückkehr in den Beruf möglich ist, die aber aufgrund verschiedener Angste den Wiedereinstieg vermeiden möchten. Die Evaluation konnte zeigen, dass die Klinikmitarbeiter solche Rehabilitanden dem Berufscoaching zuweisen, ohne dass die Motivation vorab geklärt bzw. gestärkt wurde. Die Empfehlungen der Evaluatoren schließt sich dem Lösungsansatz von Poersch und Schmitt (2009) an: die Motivation der Rehabilitanden sollte zu Beginn erfasst werden, indem sie klar angesprochen wird und daraufhin gemeinsam das Vorgehen geplant wird. Deutlich schwieriger ist die Frage, welche Hilfe den Rehabilitanden angeboten werden kann, die sich noch diesseits vom Rubikon befinden. Die Konzeption des Berufscoachings, das Eigeninitiative voraussetzt und in der Regel aus wenigen Kontakten besteht, ist dafür nicht geeignet.

<u>Selbstwirksamkeit</u>: Die Evaluationsergebnisse der Fragebogenstudie deuten darauf hin, dass die Selbstwirksamkeit von Rehabilitanden durch das Berufscoaching gestärkt werden kann. Durch die Hilfestellungen wird das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt z.B. eine neue Stelle zu bekommen. In den Interviews mit den Klienten wird die Relevanz der Eigeninitiative deutlich: Die Klienten, die aus eigener Initiative sowohl den Berufscoach kontaktieren als auch Handlungen zur Rückkehr in den Beruf umsetzen, sind erfolgreicher in der Wieder-

eingliederung. Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit korrelieren hoch miteinander (z.B. Bierhoff et al., 2012; Sonnentag & Spychala, 2012). Die Ergebnisse der Evaluation stimmen demnach mit Ergebnisse überein, die Selbstwirksamkeit als einen Prädiktor für die Rückkehr in den Beruf und eine gelungene Nachsorge identifizieren (Fleig et al., 2012; Jensen, Anne Grete Claudi, 2013a).

<u>Depression</u>: Die Depression nimmt bei der Diskussion um Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung einen geringen Stellenwert ein. Depressive Störungen stehen in engem Zusammenhang mit dem Selbstwirksamkeitserleben und der Motivation, so dass eine zusätzliche Nennung überflüssig scheinen mag. Da depressive Rehabilitanden durch die Diagnose aber insbesondere in psychosomatischen Kliniken schneller identifizierbar sind als z.B. Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung, wird sich in der Praxis häufiger auf die Depressivität der Rehabilitanden bezogen. In dieser Evaluation wie auch in der Evaluation des Nachsorgekonzept der DRV Westfahlen, ist insbesondere für Nachsorgeangebote eine "zu gravierende Grundproblematik" hinderlich für den Erfolg der Nachsorge (Kedzia, Heuer & Horschke, 2013). Dieser Aspekt sollte aufgrund der häufigen Komorbiditäten nicht nur in der Psychosomatik beachtet werden.

6.2. Diskussion des Designs und der Forschungsmethodik

Diese Evaluation zeichnet sich dadurch aus, dass sie im Feld stattfindet. Feldstudien testen die Wirksamkeit von Maßnahmen unter realen Bedingungen (Bortz & Döring, 2006). Dadurch kann diese Studie realitätsnahe Erkenntnisse zur Umsetzung des Berufscoachings und praktischen Implikationen liefern. Die erhaltenen Informationen können besser auf weitere Behandlungsbedingungen übertragen werden als die aus der Laborforschung (größere externe Validität). Allerdings können Störeinflüsse nicht so gut kontrolliert werden, so dass die beobachteten Veränderungen nicht notwendigerweise auf die Intervention zurückgeführt werden können (geringere interne Validität). Des Weiteren war die Planung und Durchführung des Designs von finanziellen und zeitlichen Ressourcen abhängig. Der Untersuchungszeitraum war stark begrenzt. Dem gegenüber standen die lange Laufzeit der Intervention sowie die geringe Anzahl an neu aufgenommenen Rehabilitanden pro Monat. Die Fragestellungen und das Design mussten an die zeitlichen und finanziellen Limitationen angepasst werden: Der Schwerpunkt wurde auf formative Fragestellungen gelegt, summative Fragen der Ergebnisevaluation wurden wegen der erwarteten kleinen Stichprobe nur im Sinne von Tendenzen untersucht. Die formativen Fragen wurden insbesondere anhand von Interviews sowie Dokumentenanalysen durchgeführt. Zur summativen Evaluation wäre es wünschenswert gewesen, eine größere Anzahl von Klienten über einen längeren Zeitraum zu erheben. Eine randomisierte Zuweisung zum Berufscoaching hätte den Vorteil der besseren Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppe. In dieser Evaluation sollte aber ebenso untersucht werden, wie das Berufscoaching durchgeführt wird - eine Randomisierung hätte den üblichen Ablauf stark verändert. Deswegen wurden im zur Verfügung stehenden Zeitraum alle dem Berufscoaching zugewiesenen Rehabilitanden vor Beginn und am Ende des Coachingjahres anhand eines Fragebogens befragt. Eine Vergleichsgruppe wurde anhand von einem Matching der Klienten mit Rehabilitanden aus Vergleichskliniken gewonnen.

Im Folgenden werden mögliche Einflüsse des Designs, der Erhebungsinstrumente, der Datenerhebung, der Stichprobe sowie der Auswertung beschrieben, die sich auf die Aussagekraft, Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse auswirken könnten.

Design

Die MB Reha Südbaden ist ein Angebot, an dem viele Personengruppen beteiligt sind. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, wurden alle Interessensgruppen (Stakeholder) einbezogen und verschiedene methodische Zugänge gewählt. Informationen aus Interviews mit Stakeholdern und Klienten wurden ergänzt durch Dokumentenanalysen und einer Fragebogenerhebung. Durch diese Triangulation der Daten (Flick, 2010) wurde ein möglichst umfassendes Bild des Berufscoachings gezeichnet, das komplementäre und komplexe Informationen enthält.

Die Fragebogenerhebung wurde anhand eines längsschnittlichen, quasiexperimentellen Designs durchgeführt. Die Vorteile des Designs liegen darin, dass die gleichen Personen über den Zeitraum von einem Jahr zweifach anhand eines Fragebogens bzw. mehrfach mit Interviews befragt wurden (Messwiederholung). So konnte eine direkte Veränderungsmessung erfolgen und durch die zeitnahe Begleitung der Klienten durch Interviews konnten die Durchführung des Coachings sowie hinderliche und förderliche Faktoren identifiziert werden. Die direkte Veränderungsmessung wurde durch retrospektive Einschätzungen von sowohl Klienten als auch weiteren Stakeholdern ergänzt.

Eine erste Aufgabe der Evaluation war die Beobachtung der Durchführung. Die Zuweisung zum Berufscoaching fand wie gewohnt durch die Kliniken statt, so dass der Zuweisungsprozess und die Umsetzung der Indikationskriterien beobachtet werden konnten. Die Durchführung und beeinflussende Faktoren wurden untersucht, Verbesserungsvorschläge wurden zusammengestellt. Die zweite Aufgabe war die summative Bewertung. Dazu muss berücksichtigt werden, dass sich das Berufscoaching über die Zeit veränderte, wie auch dass es durch den Einfluss der Evaluation verändert wurde (vgl. Abschnitt 6.3.). In Hinblick auf die summative Evaluation muss zudem die Relation zwischen dem Interventionszeitraum von einem Jahr und der Intensität der Intervention mit – in dieser Stichprobe – höchstens 17 Kontakten beachtet werden. Die berufliche (Re-)Integration als primäres Zielkriterium wird von

vielen Faktoren (Gesundheit, private und berufliche Umstände, Interventionen und Entscheidungen anderer Institutionen) beeinflusst. Das Berufscoaching ist nur ein Einflussfaktor auf die berufliche (Re-)Integration. Im Rahmen der Evaluationsstudie konnten nicht alle relevanten Faktoren kontrolliert werden, die mit einer beruflichen Reintegration zusammenhängen bzw. diese bedingen. Der unabhängige und inkrementelle Beitrag des Coachings zu Integration kann nur mit einer großen Stichprobe und in einem randomisierten Kontrollgruppedesign nachgewiesen werden. Beides konnte in dieser Evaluationsstudie nicht umgesetzt werden. Es bleibt die Frage offen, ob die Intensität (Dosis) des Berufscoachings geeignet ist, um die berufliche Wiedereingliederung entscheidend zu beeinflussen (Wirkung). Hier zeigten sich die Interviews als wertvolle Ergänzung, um die Faktoren aufzeigen zu können, die aus der subjektiven Sicht der Betroffenen relevant und wirkungsvoll sind (Plewis & Mason, 2005).

Erhebungsinstrumente

Es ist als Stärke der Evaluation zu bewerten, dass verschiedenen Erhebungsinstrumente verwendet wurden: Neben den Selbstbeurteilungen in den Fragebögen und Interviews fand eine Fremdbeurteilung in Interviews, den Entlassberichten der Kliniken und Dokumentationen der Coachs statt. Die Selbstbeurteilungen in den Fragebögen und auch z.T. in den Interviews unterliegen den üblichen Verzerrungen. Zudem können die Antworten der Interviewten durch die Interviewerin (z.B. den Fragestil) beeinflusst worden sein. Das Wissen, dass die Evaluationsergebnisse an den Kostenträger weitergeben werden, mag zu einem spezifischen Antwortverhalten geführt haben. Der subjektive Eindruck der Interviewerin war allerdings, dass in den Interviews eine große Offenheit vorherrschte. In Interviews und Fragebögen wurde um retrospektive Beurteilungen gebeten, so dass Erinnerungsverzerrungen auftreten können. Die Daten der Klienten konnte durch die Entlassberichte und Dokumentationen der Coachs ergänzt werden. Zum Beispiel wurde von den Informationen aus den Klienten-Interviews auf die Inhalte des Gesprächs mit dem Coach geschlossen. Im Vergleich mit der Dokumentation der Coachs zeigte sich, dass sich die Angaben der Klienten von den Dokumentationen der Coachs tatsächlich nur geringfügig unterscheiden.

Die Fragebögen wurden teilweise eigens für diese Evaluation konstruiert und bereits bestehende Fragebögen mussten angepasst werden. Sparsamkeit und Passung zu den Forschungsfragen wurden Vorrang vor überprüfter Validität und Reliabilität der Fragebögen gegeben. Die eigens entwickelten Fragen sind nicht auf Reliabilität und Validität überprüft worden und bezogen sich vornehmlich auf soziodemographische Daten. Soweit möglich wurde auf etablierte Fragebögen zurückgegriffen.

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand in enger Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Kliniken statt. Die Umsetzung der Erhebungen, insbesondere der Fragebogenerhebung wurde an die internen organisatorischen Voraussetzungen der Kliniken angepasst. Dadurch entstanden bei der Erhebung des T1-Fragebogens unterschiedliche Bedingungen: Die Erhebung wurde in verschiedenen Situationen, zu verschiedenen Zeitpunkten und durch verschiedene Personen durchgeführt. Die Rehabilitanden bekamen den Fragebogen z.T. noch vor Klinikeinweisung per Post, z.T. zu Beginn des Klinikaufenthalts mit dem Fragebogenpacket der Klinik oder innerhalb der ersten Tage in einer Gruppenveranstaltung, in der ihnen der Fragebogen vom Chefarzt oder von der Projektmitarbeitern vorgestellt und ausgeteilt wurde. Diese verschiedenen zeitlichen und Umgebungsbedingungen könnten die Antworten der Rehabilitanden beeinflusst haben. Die Rücklaufquoten zu T1 legen nahe, dass die Erhebungsart einen Einfluss auf den Rücklauf hatte: Bei Gruppenerhebungen, in denen die Projektmitarbeiterin selbst die Fragebögen austeilte und einsammelte, liegen die Rücklaufquoten mit 65-67% am höchsten, bei Austeilen durch den Chefarzt liegt sie bei 47% und bei Austeilen mit den Fragebögen der Kliniken liegt die Rücklaufquote mit 29-32% am niedrigsten. Durch die Indikation bedingte Unterschiede wie bei der Nachbefragung (2/3 Rücklauf in der Orthopädie, 3/4 in der Psychosomatik) zeigen sich hier nicht. Die Nachbefragung erfolgte bei allen Rehabilitanden gleich, d.h. postalisch. Hier bestanden allerdings Unterschiede darin, wie schnell die Rehabilitanden den Fragebogen ausfüllten, so dass auch hier unterschiedliche Abstände zur Klinikentlassung entstanden sein können.

Bei den Interviewerhebungen ist zu berücksichtigen, dass die Interviewerin als Person sowie die Fragestellungen die Antworten der Interviewten beeinflussen können. Vor allem bei den Klienten können die Interviews eine Intervention dargestellt haben. Die Klienten verwechselten die Interviewstudie häufig mit dem Coaching an sich; viele von ihnen hatten in der zweiten Hälfte des Jahres häufiger Kontakt mit der Interviewerin als mit ihrem Coach. Auch in Bezug auf die Stakeholder-Interviews muss beachtet werden, dass die Projektmitarbeiterin ein Teil des Forschungsfeldes wurde. Dies kann zum einen das Forschungsfeld verändert (vgl. 6.3.) und zum anderen die Objektivität der Forscher eingeschränkt haben.

Stichprobe

Für die Interviews sollten alle direkt beteiligten Personen wie auch einige "Experten" anderer Einrichtungen interviewt werden. Insgesamt war ein zufriedenstellender Rücklauf zu bemerken: alle am Coaching direkt beteiligten Stakeholder erklärten sich zu einem Interview bereit. Nur Vertreter von vergleichbaren Einrichtungen (d.h. nicht direkt beteiligt) lehnten das Interview ab oder reagierten nicht auf die Anfrage. Einige der Klienten lehnten eine Teilnahme an der Interviewstudie von vorneherein ab. Das könnte dazu geführt haben, dass in der Stich-

probe der Klienten-Interviews aktivere, motiviertere und weniger belastete Klienten enthalten sind. Da die Interviews aber weniger die Funktion hatten, ein repräsentatives Bild nachzuzeichnen, sondern Erfahrungen und Entwicklungen beispielhaft abbilden sollten, können diese Selektionseffekte vernachlässigt werden. Wurden Klienten für die Teilnahme gewonnen, dann war über das Jahr ein sehr guter Rücklauf zu beobachten. Zwei Klienten wurden nach dem Erstinterview nicht mehr erreicht, alle weiteren zehn Klienten konnten für 5-6 Interviews erreicht werden.

Die Stichprobe der Fragebogenerhebung wurde Ad hoc ausgewählt und die Teilnehmer wurden dem Berufscoaching nach dem üblichen Vorgehen in den Kliniken, d.h. ohne Randomisierung zugewiesen. Die Stichprobengröße der Gesamtstichprobe mit über 600 Rehabilitanden ist in einem guten Größenbereich; die Zahl der Klienten, die sowohl den T1 als auch den T2 Fragebogen beantwortet haben, ist allerdings mit 38 relativ klein. Noch schwieriger wird die Interpretation dadurch, dass die Selektion dieser Klienten nicht zufällig ist. Klienten, die die Teilnahme bereits zu T1 ablehnten, begründeten dies mit schlechten Deutschkenntnissen, besonderen gesundheitlichen Belastungen oder Ängsten bezüglich der Datenweitergabe. Der Drop-out zwischen T1 und T2 war mit 55% nochmals sehr groß, obwohl die Klienten eine zusätzliche Erinnerung bekamen. Hier gab es Selbstselektionseffekte: Die Non-Responder unter den Klienten waren zu T1 häufiger arbeitslos. Das ist für die Interpretation der Ergebnisse problematisch, da die arbeitslosen Rehabilitanden eine besonders interessierende Zielgruppe des Berufscoachings darstellen. Die Ergebnisse zur Effektivität auf Basis der Fragebogenstichprobe sind aufgrund der kleinen Stichprobe und des hohen Drop-outs nur eingeschränkt repräsentativ für die zugrundeliegende Population.

In der Evaluation zeigte sich, dass nicht alle Klienten den Indikationskriterien des Berufscoachings entsprechen: es befanden sich auch Personen mit Rentenbegehren und geringer Erwerbsmotivation unter den Klienten. Dies ist zum einen ein wichtiges Evaluationsergebnis, zum anderen bedeutet es aber auch, dass die Ergebnisse auf einer Interventionsstichprobe basieren, die nicht der Zielpopulation entspricht.

Zum Vergleich mit den Klienten wurden drei Vergleichsgruppen identifiziert. Zunächst wurden zwei Vergleichsgruppen aus Rehabilitanden der Interventions- bzw. Vergleichskliniken anhand der Indikationskriterien des Berufscoachings gebildet. Bei Betrachtung der Stichprobenmerkmale zeigte sich, dass sie nur bedingt mit der Interventionsstichprobe vergleichbar waren (z.B. haben die Klienten schlechtere berufliche Ausgangsbedingungen). Die Vergleichsgruppen enthielten deutlich weniger Arbeitslose (16/29% vs. 37%), was die Vergleichbarkeit der Gruppen bezüglich dieses zentralen Kriteriums deutlich verringerte. Deswegen wurde eine dritte Vergleichsgruppe aus den Vergleichskliniken durch ein Matching gebildet. Die gematchte Vergleichsgruppe ähnelt den Klienten auf mehreren Variablen stärker als die ersten zwei Vergleichsgruppen, allerdings ist auch hier ein geringer Anteil an Ar-

beitslosen auszumachen (26 vs. 37%). Der Vergleich der Klienten mit den Vergleichspersonen ohne Berufscoaching erlaubt deswegen nur eine Annäherung an die Effekte des Berufscoachings.

Umsetzung der Datenerhebung

Das Erhebungsdesign konnte insgesamt wie geplant umgesetzt werden. Es wurden leichte Anpassungen an die Gegebenheiten der Maßnahme vorgenommen: So wurde die geplante Anzahl von begleitenden Interview reduziert. Zunächst ging das Forschungsteam von häufigen Kontakten zwischen Coach und Klient aus, so dass wenige Klienten ca. alle zwei Wochen interviewt werden sollten. Durch die Vorgespräche mit dem ZBG wurde deutlich, dass die Kontakte im Laufe des Jahres seltener sind, so dass eine größere Anzahl von Klienten mit Interviews in größeren Abständen angestrebt wurde. Ebenso musste die Kontaktart angepasst werden: Da zunächst davon ausgegangen wurde, dass die Klienten aus der Region stammen, sollten alle Interviews persönlich geführt werden. Da aber die Mehrheit der Klienten in größerer Entfernung wohnte, wurden alle Interviews nach Klinikaufenthalt telefonisch geführt.

Die Stakeholderinterviews konnten größtenteils wie geplant durchgeführt werden. Es gab wenige Interviewte, die kein persönliches Interview geben konnten/wollten und die Fragen schriftlich beantworteten. Andere stimmten einer Aufnahme des Interviews nicht zu, so dass ein Gedankenprotokoll angefertigt wurde. Des Weiteren war angestrebt, auch Arbeitgeber und andere am Reintegrationsprozess beteiligte Stakeholder zu befragen, wenn der Berufscoach mit ihnen in Kontakt getreten war. Da aber in der vorliegenden Klienten-Stichprobe solche Kontaktaufnahmen nicht stattfanden, wurde kein Stakeholder dieser Art interviewt. Bei der Fragebogenerhebung wurde die Datenerhebung an die klinikinternen Bedingungen angepasst. Die Umsetzung konnte dann wie geplant stattfinden. Da weniger Fragebögen als erwartet zurückkamen, wurde die Laufzeit der Erhebung um drei Monate verlängert.

Auswertung

Bei Datenauswertung und -darstellung muss immer eine Auswahl von Aussagen der Interviews oder Fragen der Fragebogendaten getroffen werden. Diese Auswahlkriterien sind nur zum Teil objektivierbar, zu Teilen spielen immer auch subjektive Kriterien eine Rolle. Diese Auswahl ist besonders bei den Analysen der qualitativen Daten notwendig und unumgänglich. Sie wurde in ihrem Einfluss dadurch zu mildern versucht, indem die Subjektivität der Auswahl zu jedem Zeitpunkt kritisch reflektiert wurde. Zur Auswertung der Interviews wurden zudem vier verschiedene Auswerter eingesetzt, wodurch eine Forschertriangulierung stattfand, die die Gefahr von systematischen Fehlern verringert. Die qualitativen Ergebnisse spie-

len in dieser Evaluation eine besonders große Rolle: in den Interviews konnte die subjektive Wahrnehmung der Befragten erhoben werden, die in Fragebögen nicht erfasst werden kann. Die Auswertung der Fragebogendaten war durch die bereits beschriebenen Einschränkungen beeinflusst. Untergruppenanalysen konnten wegen der kleinen Stichprobe nicht durchgeführt werden. Bei Signifikanztests ist das Signifikanzniveau stark durch die Stichprobengröße beeinflusst. Es wurde deswegen größerer Wert auf deskriptive Analysen und auf Effektstärken gelegt, die unabhängig von der Stichprobengröße sind.

6.3. Veränderungen des Programmes während der Evaluation

Die Programmbeschreibung veränderte sich unter dem Einfluss der Zeit und z.T. auch unter dem Einfluss der Evaluation. Gleichzeitig wurden manche in der Programmbeschreibung genannten Elemente im Zeitraum und in der Stichprobe der Evaluation nicht vorgefunden wie beschrieben.

<u>Verstärkter Austausch</u>: Im Verlauf der Evaluation und durch diese bedingt nahm der Austausch zwischen den Kooperationspartnern zu. Zum Beispiel fanden Gespräche zwischen Rehafachberater und Vertretern des ZBG bzgl. der Inhalte der Entlassberichte statt. Die folgenden Veränderungen beruhen z.T. auf diesem verstärkten Austausch zwischen den Stakeholdern.

Gruppenangebot in der Klinik: Kurz nach Beginn der Evaluationsstudie wurde auf Wunsch einer Klinik in dieser Klinik ein Gruppenangebot ergänzend zum Berufscoaching eingeführt. An dieser Gruppe konnten Teilnehmer am Berufscoaching wie auch andere Rehabilitanden teilnehmen. Da die Gruppe erst später eingeführt wurde, wurde das Gruppenangebot nicht in die Evaluation einbezogen. Es gibt aber einige Klienten, die neben den Einzelgesprächen auch an der Gruppe teilgenommen haben.

Rückmeldungen über Coachingverläufe: Durch die Evaluation wurden die Klinikmitarbeiter angeregt, über Verbesserungen nachzudenken. Die Vorschläge wurden sowohl über die Evaluationsmitarbeiter als auch durch Gespräche zwischen den Kooperationspartnern zum Teil bereits während der Evaluation umgesetzt. So wurden zunehmend Rückmeldungen über die Verläufe des Berufscoachings bei ausgewählten Patienten in Besprechungen gegeben. Eine systematische Form der Rückmeldung entstand aber noch nicht.

Leistungen des Berufscoachings: Im Manual sind eine große Bandbreite an möglichen Interventionen durch den Berufscoach beschrieben. Zum Beispiel kann der Berufscoach bei Bedarf Kontakt mit dem Arbeitgeber des Klienten oder weitere Institutionen wie dem Arbeitsamt aufnehmen. In der untersuchten Stichprobe fanden diese Gespräche mit weiteren Beteiligten (neben den Mitarbeitern der Kliniken) nicht statt.

6.4. Bezug zur Evaluationsforschung

Die Evaluation zielte darauf ab, die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten nebeneinander darzustellen. Es sollten formative wie auch summative Fragen beantwortet werden (Scriven, 1991). Durch die Evaluation, insbesondere die formativen Bestandteile wird die Maßnahme beeinflusst und verändert: Fragen der Forscherin in den Stakeholder-Interviews können Veränderungen anregen und das Bewusstsein über die Evaluation kann das Verhalten der Durchführenden beeinflussen (z.B. größere Bemühungen der Coachs; beim Klinikpersonal ist das Berufscoaching präsenter). Die Evaluation kann zudem die Kommunikation zwischen den Beteiligten anstoßen (siehe auch Abschnitt 6.3.). Somit stellt sich die Frage, welche Effekte im summativen Teil der Evaluation gemessen wurden: Sind es die Effekte der ursprünglichen Version der Maßnahme? Oder der veränderten Maßnahme oder sind gemessene Veränderungen auf Veränderungen der Maßnahme zurückzuführen, die durch die Evaluation oder durch die Zeit entstanden sind? Bereits vor Beginn der Datenerhebung wurden Modifikationen an MB Reha Südbaden vorgenommen. So wurde z.B. festgelegt, dass die Coachs sich in der Nachbetreuung bei den Klienten im Abstand von erst drei, dann sechs Monaten melden sollen. Diese Veränderung fand schon vor der Veränderungsmessung statt, und auch sonst ist kein Einfluss von Veränderungen auf die summative Bewertung auszumachen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass durch bzw. nach den Stakeholder-Interviews Veränderungen in der Kooperation und in den Modalitäten der Zuweisung stattgefunden haben. Da die Stakeholderinterviews während der ersten Datenerhebung (T1) in den Kliniken geführt wurden, flossen die danach eingeführten Veränderungen nicht mehr in die Evaluationsergebnisse ein.

Gleichzeitig wurde das Design der Evaluation an das Berufscoaching angepasst. Zu Beginn der Evaluation lag noch kein ausgearbeitetes Manual vor, so dass die ersten Überlegungen zum Design ohne genaue Informationen über das Berufscoaching stattfanden. In den ersten Interviews bzw. Besprechungen mit ZBG-Mitarbeitern wurden Informationen zur Durchführung des Berufscoaching gesammelt. Die Manualisierung wurde angeregt und unterstützt. Auf Basis der gewonnenen Informationen wurde das Designs angepasst (z.B. Interviews mit Klienten statt alle zwei Wochen alle vier Monate). Das Design konnte nicht in allen Fällen planmäßig umgesetzt werden, da einige Aspekte des Coachings im beobachteten Zeitraum nicht so durchgeführt wurden, wie angekündigt. Z.B. wurden keine Arbeitgeber oder andere Ämter in das Berufscoaching der interviewten Klienten einbezogen, so dass diese Stakeholder nicht interviewt werden konnten.

Die offenen inhaltlichen Fragen und methodischen Einschränkungen bezüglich Validität, Reliabilität und Objektivität der Ergebnisse sind für die Evaluationsforschung charakteristisch. Für Evaluationsstudien sind diese Gütekriterien – auch wegen der Erfolglosigkeit bei der Umsetzung eines Experimentaldesigns – nicht primär relevant (Stockmann, 2006). Inzwischen wird die Evaluationsforschung stärker als politischer, denn als wissenschaftlicher Akt gesehen: Es wird die instrumentelle Funktion für die Entscheidungsfindung im politischen Prozess in den Vordergrund gestellt. Die Evaluation soll in erster Linie den Interessen der Betroffenen dienen (Stockmann, 2006). Daher gilt es, die Frage zu beantworten, welche Evaluationsfunktionen die vorliegende Evaluation erfüllt (Stockmann, 2007; vgl. Kapitel 3.1.):

- 1. Erkenntnisfunktion: Da die Durchführung der Evaluation durch eine wissenschaftliche Abteilung der Universität erfolgte, hat die Erkenntnisfunktion eine große Bedeutung. Zum einen interessieren inhaltliche Erkenntnisse über die Durchführung und Wirksamkeit eines Berufscoachings in der Rehabilitation, zum anderen methodische Fragen nach der Durchführbarkeit einer Evaluation in diesem Feld. Die Erkenntnisse werden nicht nur zur Bewertung des Programms genutzt, sondern auch durch Publikationen und wissenschaftlichen Vorträgen mit der Forschergemeinde geteilt und diskutiert.
- 2. Kontrollfunktion: Eine Offenlegung, inwieweit die im Programm Involvierten ihre Aufgabe erfüllen, geschah in dieser Evaluation durch die Evaluation der Durchführung und der Zielerreichung. Die Kontrolle einzelner Mitarbeiter war aber kein Ziel der Evaluation, so dass sie durch Anonymisierung so weit wie möglich vermieden wurde. Die Evaluation kann aber die Funktion für den Kostenträger erfüllen, zu kontrollieren ob die angestrebten Ziele mit dem Programm erreicht wurden.
- 3. Entwicklungsfunktion durch Dialog: Ein Schwerpunkt dieser Evaluation lag auf formativen Elementen, wodurch die Entwicklung des Programms im Fokus stand. Durch den Einbezug der Stakeholder in die Evaluation wurden Veränderungen bereits durch Interviewfragen angeregt. Ein Dialog zwischen den Stakeholdern wurde nicht gezielt angeregt, fand bzw. findet aber als Folge der Evaluation statt. Ein Medium dafür bietet der Abschlussbericht, der an den Kostenträger, die durchführende Einrichtung wie auch die Rehabilitationskliniken gesendet wurde.
- 4. Legitimationsfunktion: Die Evaluation wurde von dem Kostenträger der Maßnahme in Auftrag gegeben. Da die beruflichen Maßnahmen in der Rehabilitation aktuell auf dem Prüfstand stehen, kommt der Legitimation der Maßnahme eine zentrale Bedeutung zu. Der Evaluationsauftrag wurde allerdings vom Auftraggeber nicht weiter expliziert. Deswegen ist unklar, inwieweit die Evaluation als Legitimation der Maßnahme dienen soll.
- 5. "Taktische" Funktion: Das Berufscoaching war zu Beginn der Evaluation bereits in den Regelbetrieb übergangen. Diese Entscheidung wurde also schon vor dem Evaluationsauftrag gefällt. So könnte vermutet werden, dass die Entscheidung nachträglich durch die Eva-

luation legitimiert werden soll. Gleichzeitig kann auch nach Einführung der Maßnahme eine Entscheidung über die Ausweitung vs. Absetzen des Programmes anstehen, so dass es nicht nur um taktische sondern auch um "wahre" Legitimation gehen kann.

Als Konsequenz der politischen Funktion von Evaluationen ergeben sich dem konventionellen Forschungsparadigma zuwiderlaufende Konsequenzen (Stockmann, 2006): Nicht die Falsifikation von Theorien steht im Vordergrund, sondern die Angabe von Lösungen und Handlungsalternativen für auftretende Probleme. Es stehen nicht die Forschungsfragen der Wissenschaftler im Mittelpunkt, sondern der Informationsbedarf der Stakeholder. Statt Wertneutralität der Aussagen werden stellungsbeziehende Wertungen verlangt (Stockmann, 2006).

6.5. Weiterentwicklung und Transfer des Programms

Weiterentwicklung des Programms

Das Berufscoaching ist in den beiden Interventionskliniken gut implementiert. Auf Basis der hinderlichen und förderlichen Faktoren (Abschnitt 4.2.2.) können Vorschläge zur Optimierung von MB Reha Südbaden abgeleitet werden.

- Die Zuweiser wählen entgegen den Kriterien für die Zielgruppe immer wieder unmotivierte Patienten für das Coaching aus, obwohl die Inhalte und vor allem die Intensität des Berufscoachings nicht primär geeignet sind, die Klienten zu motivieren. Deswegen sollte in Zusammenarbeit aller Beteiligten (v.a. ZBG, Kliniken und Kostenträger) genau definiert werden, welche Rehabilitanden ausgewählt werden und wie viel Motivationsarbeit die Coachs leisten können oder sollen. Die Zielgruppe und die Intervention sollten diesbezüglich stärker aufeinander abgestimmt werden. Es sollten eindeutige Vorgaben zu den Indikations- sowie Kontraindikationskriterien und zu den Inhalten der Aufklärung und Motivationsklärung bei Zuweisung vereinbart werden. Die Informationen zur Auswahl und Motivierung der Rehabilitanden sollten regelmäßig geschult werden.
- Die Informationsveranstaltung für die Rehabilitanden in den Kliniken erwies sich als förderlich für den Informationsstand und die Erwartungen der Klienten bei Beginn der Maßnahme. Es wird deswegen empfohlen, die Informationsveranstaltung in den Rehabilitationskliniken einzuführen bzw. beizubehalten.
- In der Nachbetreuung soll der Kontakt zu den Personen mit fortbestehender beruflicher
 Problemlage aufrechterhalten werden. Dazu sind feste Vereinbarungen bereits im Erst-

gespräch zwischen Coach und Klient zur Anzahl der Kontakte und Kontaktmodalitäten während des Jahres empfehlenswert. Das individuell auf die Bedürfnisse und die Situation angepasste Vorgehen in der Nachbetreuung sollte weiterhin als zentraler Bestandteil der Maßnahme beibehalten werden.

- Die Entfernung zwischen ZBG und dem Wohnort der Klienten sollte möglichst gering gehalten werden. Bislang ist die Umsetzung dessen noch mit Schwierigkeiten verbunden, da die kooperierenden Kliniken mit Patienten aus allen Teilen des Landes belegt werden, das ZBG aber nur in Bad Krozingen angesiedelt ist. Langfristig könnte bei einer Ausweitung des Berufscoachings eine Organisation wie z.B. der Rehafachberater angestrebt werden: Die Rehabilitanden bekommen den Rehafachberater zugewiesen, der bei ihnen am Wohnort ist.
- Die Kommunikation zwischen den Beteiligten v.a. ZBG, Klinik, und DRV, z.B. Reha-Fachberater sollte gestärkt werden, um z.B. die Zielsetzungen, Indikationskriterien, Zuständigkeitsbereiche sowie Durchführungs- und Finanzierungsmodalitäten gemeinsam zu diskutieren. Neben im Idealfall wöchentlichen Treffen zwischen zuständigem Coach und Klinik für Rückmeldungen zum Verlauf, sind auch regelmäßige Treffen in größeren Abständen zwischen ZBG, Klinikmitarbeiter und z.B. Reha-Fachberater für konzeptuelle und organisatorische Fragen sinnvoll. Diese Empfehlung entspricht den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2011) zu regelmäßigen Teamkonferenzen und stärkerer Kooperation zwischen den Klinikmitarbeitern, Reha-Fachberatern, externen Institutionen der (medizinisch-) beruflichen Rehabilitation sowie Arbeitgebern und Betrieben.
- Das für den internen Gebrauch erstellte Manual sollte so ausgearbeitet werden, dass auch andere Einrichtungen das Berufscoaching durchführen könnten. Dazu sollten die Voraussetzungen und Strukturen beschrieben werden (z.B. Räumlichen und personelle Voraussetzungen der durchführenden Einrichtung, Ausbildungsvoraussetzungen/ Schulungen der Coachs). Die Inhalte und Durchführung der Bestandteile soll beschrieben werden ("was wird gemacht?), wobei auch die Zielsetzungen, die (Kontra-)Indikationen, die Dauer und die benötigten Materialien und Voraussetzungen benannt werden sollen. Ein Rahmen für dieses Manual wurde bereits gemeinsam erstellt.
- Die **Finanzierung** sollte vom Kostenträger sowohl in der Höhe als auch in der Modalität unter Einbezug von Vertretern der Kliniken und des ZBGs besprochen und festgelegt werden (wer zahlt wen, und wie viel? Abhängig von Fallzahlen oder als Pauschale?).

Dies ist eine wichtige Voraussetzung, damit auch weiteren interessierten Kliniken die Finanzierungsmodalitäten offen gelegt werden können.

Transfer des Konzepts

In der Rehabilitation werden berufsbezogene Maßnahmen zunehmend von den Kostenträgern eingefordert. Das Berufscoaching MB Reha Südbaden adressiert den Bedarf an individuell zugeschnitten Angeboten für Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation, die Hilfen bei der beruflichen Reintegration nach Klinikaufenthalt benötigen. In Anbetracht der häufig großen zeitlichen Verzögerung zwischen medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Maßnahmen im Anschluss, zielt das Zentrum Beruf + Gesundheit darauf ab den Übergang zu verkürzen. Individuelle Nachsorgeangebote für berufliche Probleme gab es bisher in dieser Form noch nicht. Der Bedarf an einer Maßnahme wie dem Berufscoaching ist aus Sicht der Praktiker wie auch aus Forschersicht gegeben.

Die Übertragung des Berufscoachings auf andere Einrichtungen wird aufgrund der hohen Akzeptanz, des hohen Bedarfs und des allgemeinen Interesses am Berufscoaching befürwortet. Das Konzept MB Reha Südbaden ist für eine Übertragung auf andere Einrichtungen besonders geeignet, da es kein indikationsspezifisches Konzept ist. Die Durchführungsmodalitäten können an Klinikbedingungen und Rehabilitanden angepasst werden. Die Manualisierung des Angebots bildet für die Verbreitung der Maßnahme eine notwendige Grundlage. Zusätzlich würde die Sicherstellung der Finanzierung die Bereitschaft zur Teilnahme bei anderen Kliniken und Institutionen erhöhen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Entfernung der Coachs von Kliniken bzw. Wohnort der Rehabilitanden dar. Es wird eine örtlich möglichst nahe Betreuung angestrebt, um die Ortskenntnis der Coachs sowie der Vernetzung der durchführenden Institution nutzen zu können. Ein Coach am Wohnort des Rehabilitanden ist somit wünschenswert. Gleichzeitig sollen die ersten Gespräche zwischen Coach und Rehabilitand während der medizinischen Rehabilitation stattfinden, die Kliniken liegen häufig aber nicht in der Nähe des Wohnorts der Rehabilitanden. Aktuell wird dies so gelöst, dass die Nachbetreuung bei größeren Distanzen telefonisch geführt wird. Bei einer flächendeckenden Verbreitung des Konzeptes MB Reha Südbaden wären zwei weitere Lösungen denkbar: Als erste Version könnte den Rehabilitanden ein Coach in der Nähe zugewiesen werden, der das Erstgespräch während der Klinik telefonisch führt, falls die Klinik zu weit weg ist. Diese Lösung hätte den Nachteil, dass das erste vertrauensbildende Gespräch nur telefonisch geführt wird. Dafür könnte die Nachbetreuung als zentraler Bestandteil des Angebots persönlich stattfinden. Als zweite Version könnte ein Coach aus Kliniknähe das Erstgespräch in der Klinik führen und den Klienten dann an einen Coach übergeben, der nahe dem Wohnort des Rehabilitanden angesiedelt ist.

Hier besteht zum einen die Herausforderung, dass die Coachs gut vernetzt sein müssen, damit alle wichtigen Informationen weitergegeben werden. Zum anderen bedeutet es einen Wechsel des Coachs für die Klienten.

Solange die stationäre medizinische Rehabilitation in großer Entfernung zum Wohnort der Rehabilitanden durchgeführt wird, wird die Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und Nachsorge diesen Herausforderungen weiterhin begegnen müssen.

Überlegungen zur institutionellen Anbindung

Die MB Reha Südbaden wird vom Zentrum Beruf + Gesundheit als einer Phase-Il-Einrichtung durchgeführt, d.h. einer externen, für die medizinisch-berufliche Rehabilitation spezialisierten Einrichtung. Die Vorteile dessen liegen darin, dass diese Institutionen das fachliche Wissen, die Erfahrung und die institutionelle Vernetzung für diese Intervention haben. Die Institution ist unabhängig vom Kostenträger, so dass die Klienten nicht befürchten müssen, dass ihre Aussagen die Gewährung von Reha-Leistungen beeinflussen. Das bietet die Grundlage für eine offene Beziehungsgestaltung. Gleichzeitig kann die Unabhängigkeit vom Kostenträger eine Schwierigkeit bedeuten, da die Arbeit der Berufscoachs durch die Entscheidungen des Reha-Fachberaters begrenzt ist. Sie können mit den Klienten die Gespräche mit dem Rehafachberater und Lösungen vorbereiten, haben aber keinen Einfluss auf die Bewilligung von Leistungen.

Des Weiteren bildetet die Kommunikation zwischen Kliniken und externen Institutionen eine besondere Herausforderung. Zunächst müssen die Coachs alle relevanten Informationen über den Klienten von Seiten der Kliniken bekommen. Nach dem Erstgespräch müssen die Informationen zu Inhalten und Vorhaben des Berufscoachings zurück an die Klinik fließen. Die Coachs sind nicht – wie andere Klinikmitarbeiter - in das Klinikteam eingebunden und die Wege des Informationsaustauschs müssen erst etabliert werden. Zum Teil ist der Austausch von Informationen zudem durch z.B. Schweigepflichtbestimmungen begrenzt.

7. LITERATUR

- Bacher, J. (2002). Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. *ZA-Information*, *51*, 38–66.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Engelwood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2002). Social foundation of thought and action. In D. F. Mark (Hrsg.), *The Health Psychologoy Reader* (S. 94–106). London: SAGE Publications.
- Berg, C. & Millmeister, M. (2011). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodierverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & Mruck Katja (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 303–332). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bethge, M. (2008). Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Faktoren und berufliche Wiedereingliederung bei Rückenschmerzpatienten: Eine Literaturübersicht. *Der Orthopäde, 39,* 866–873.
- Bethge, M. (2010). *Patientenorientierung und Wirksamkeit einer multimodalen medizinisch*beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Bethge, M. & Müller-Fahrnow, W. (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Die Rehabilitation*, 47 (4), 200–209.
- Bierhoff, H.-W., Lemiech, K. & Rohmann, E. (2012). Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Freiwilliges Arbeitsengagement. *Wirtschaftspsychologie*, *14* (1), 83–90.
- Bischoff, C., Gönner, S., Ehrhardt, M. & Limbacher, K. (2005). Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation Ergebnisse des Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekts. *Verhaltenstherapie*, *15* (2), 78–87.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & MacDonald, E. (2008). A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. *J Occup Rehabil*, *18* (1), 27–34.
- Borgogni, L., Dello Russo, S., Miraglia, M. & Vecchione, M. (2013). The role of self-efficacy and job satisfaction on absences from work. *European Review of Applied Psychology, 63* (3), 129–136.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit 87 Tabellen (4., überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Braunger, C., Kubiak, N., Müller, G., Wietersheim, J. von & Oster, J. (2013). Wirksamkeit und Akzeptanz von Nachsorgegesprächen via Telefon und Face-to-Face-Kontakten nach der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Teilhabe 2.0 Reha neu denken? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 04. bis 06. März 2013 in Mainz; Tagungsband* (Deutsche Rentenversicherung: DRV-Schriften, Bd. 101, S. 45–47). Berlin: DRV Bund.
- Briest, J., Bieniek, S. & Bethge, M. (2012). Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge (IMBORENA) Ergebnisse einer Bedarfsanalyse. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), Rehabilitation: flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 98, S. 52–53). Berlin: DRV Bund.
- Brockhaus, B., Seelig, H. & Bengel, J. (2013). Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der "Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation Südbaden". Abschlussbericht. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Bürger, W. (2006). Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In W. Müller-Fahrnow, T. Hansmeier & M. Karoff (Hrsg.), Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments Interventionen Ergebnisse (S. 47–55). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* (48), 211–221.
- Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M. & Koch, U. (2001). Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Die Rehabilitation, 40* (4), 217–225.
- Buschmann-Steinhage, R. & Brüggemann, S. (2011). Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Bundesgesundheitsblatt*, *54* (4), 404–410.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J. & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*, 32 (8), 607–621.
- Charmaz, K. (2006). Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications.

- Cook, T. D. & Matt, G. E. (1990). Theorien der Programmevaluation Ein kurzer Abriss. In U. Koch & W. W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial-und Gesundheitsprogrammen* (S. 15–38). Berlin: Springer.
- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("neues Credo") ein Erfolgsmodell? *Die Rehabilitation, 51* (05), 316–325.
- Derogatis L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University. School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI) 18. Administration, scoring and procedures manual.* Minneapolis: NCS Pearson.
- Désiron, H. A. M., Rijk, A. de, van Hoof, E. & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, *11*, 615.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2009). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). Reha-Bericht 2011. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2012). Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Dhom-Zimmermann, S., Anton, E. & Rüddel, H. (2012). Schnittstellenoptimierung nach medizinischer Rehabilitation zur beruflichen Rehabilitation als Herausforderung an Leistungserbringer und Leistungsträger. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), Rehabilitation: flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 98, S. 205–207). Berlin: DRV Bund.
- Erbstößer, S., Klosterhuis, H. & Lindow, B. (2007). Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. *RVaktuell*, *54* (10), 362–366.
- Erbstößer, S., Verhorst, H., Lindow, B. & Klosterhuis, H. (2008). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung ein Überblick. *RVaktuell* (11), 343–350.
- Erler, K., Heyne, A. & Neumann, U. (2013). Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge IRENA. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Teilhabe 2.0 Reha neu denken? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 04. bis 06.*

- *März 2013 in Mainz; Tagungsband* (Deutsche Rentenversicherung: DRV-Schriften, Bd. 101, S. 55–56). Berlin: DRV Bund.
- Ernst, G. (2010). Nachsorge in der Medizinischen Rehabilitation Welche Erfolgsfaktoren lassen sich erkennen? Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation Management, Praxis, Forschung; vom 8. bis 10. März 2010 in Leipzig; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 88, S. 165–166). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Flach, T. (2011). Erwartungshaltungen von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen als Einflussgröße für die Wiedereingliederung nach beruflicher Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 93, S. 237–239). Berlin: DRV Bund.
- Fleig, L., Pomp, S., Schwarzer, R., Pimmer, V. & Lippke, S. (2012). Reha-Nachsorge per computergestützter Telefonberatung? Effektivität und Wirkmechanismen eines psychologischen Nachsorgeprogrammes zur Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität bei kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), Rehabilitation: flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 98, S. 42–43). Berlin: DRV Bund.
- Flick, U. (2010). Triangulation. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 278–290). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C. et al. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie*, *Psychosomatik*, *Medizinische Psychologie*, 61 (2), 82–86.
- Friedrich-Gärtner, L. & Niehaus, M. (2011). Berufliche Rehabilitation von psychisch Erkrankten: Eine systematische Literaturübersicht. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 93, S. 241–243). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S. & Jäckel, W. (2005). *Rehabilitationsnachsorge* (*RENA-Projekt*). *Abschlussbericht*. Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V., Bad Säckingen.

- Gerlich, C., Neuderth, S. & Vogel, H. (2008). Systematische Sammlung und wissenschaftliche Bewertung von Interventionsbausteinen zur gezielten Bearbeitung beruflicher Problemlagen während der medizinischen Rehabilitation. Würzburg: Universität Würzburg (Abschlussbericht).
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine Pub. Co.
- Groß, M. (2009). Berufliche Rehabilitation: In jeder Krise steckt eine Chance. Austausch der Geschäftsführer der Rehabilitationsträger und Berufsförderungswerke zum Thema "Berufliche Rehabilitation" in Wiesloch. *Spektrum* (1), 22–25.
- Haaf, H. & Schliehe, F. (2000). Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 19–40). Berlin: Springer.
- Hansmeier, T. (2009). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 198–211). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Hansmeier, T. & Karoff, M. (2000). Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 163–182). Berlin: Springer.
- Hansmeier, T. & Schliehe, F. (2009). Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 34–49). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hentschke, C., Hofmann, J. & Pfeifer, K. (2012). RÜCKGEWINN: Implementierungserfahrungen einer Nachsorgestudie Lektion gelernt! In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), Rehabilitation: flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 98, S. 39–41). Berlin: DRV Bund.
- Hillebrand, S. (2012). Evaluation des Berufscoachings "Medizinisch-berufliche Rehabilitation Südbaden". Eine qualitative Analyse von Experteninterviews (Diplomarbeit). Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.

- Hillert, A. & Koch, S. (2009). Psychosomatik. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 331–348). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Hillert, A., Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2009). Ausblick. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 405–413). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Hillert, A., Staedtke, D. & Cuntz, U. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (58), 94-100.
- Hoefsmit, N., Houkes, I. & Nijhuis, F. J. N. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*, 22 (4), 462–477.
- Hollederer, A. & Brand, H. (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Huber, D., Karoff M., Kittel, J., Hoberg, E. & Hoerschelmann, N. von. (2010). Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BERUNA-Studie). In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation Management, Praxis, Forschung; vom 8. bis 10. März 2010 in Leipzig; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 88, S. 424–426). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Huber, D., Kittel J., Karoff J. & Karoff M. (2011). Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BARUNA-Studie). In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 93, S. 192–194). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Jensen, Anne Grete Claudi. (2013a). A two-year follow-up on a program theory of return to work intervention. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 44* (2), 165–175.
- Jensen, Anne Grete Claudi. (2013b). Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 44* (2), 155–164.

- Kardorff, E. & Schönberger, C. (2010). Evaluationsforschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 367–381). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Kardorff, E. von. (2000). Qualitative Evaluationsforschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 238–250). Reinbek: Rowohlt.
- Karoff, M., Röseler, S., Lorenz, C. & Kittel, J. (2000). Intensivierte Nachsorge (INA) ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach Herzinfarkt und/oder Bypassoperation. *Zeitschrift für Kardiologie*, 89 (5), 423–433.
- Kayser, E., Zwerenz, R., Gustson, D., Vomdran, A. & Beutel, M. (2002). Schnittstellenproblematik am Beispiel der integrierten beruflichen Belastungserprobung (BE). *Praxis Klin Verhaltensmed Rehabil*, 58, S. 91–93.
- Kedzia, S., Heuer, J. & Horschke, A. (2013). Evaluation der modifizierten und weiterentwickelten Psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Teilhabe 2.0 Reha neu denken? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 04. bis 06. März 2013 in Mainz; Tagungsband* (DRV-Schriften, Bd. 101, S. 56–57). Berlin: Dt. Rentenversicherung Bund.
- Kittel, J. & Karoff, M. (2008). Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Die Rehabilitation* (47), 14–22.
- Kobelt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 54* (4), 451–457.
- Koch, S. (2007). Entwicklung und Evaluation einer berufsbezogenen Gruppentherapie für die stationäre kognitive Verhaltenstherapie. Rosenheim: Publikationsbasierte Dissertation.
- Koch, S. & Bengel, J. (2000). Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 3–18). Berlin: Springer.
- Koch, U., Lehmann, C. & Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Die Rehabilitation*, *46* (3), 127–144.
- Köpke, K.-H. (2005). Aufwerten, ausbauen und systematisieren Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation, 44* (6), 344–352.

- Köpke, K.-H. (2007). Unverzichtbar und unterschätzt Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung verstärkt auf Nachhaltigkeit ausrichten. *Deutsche Rentenversicherung*, 62 (11-12), 790–801.
- Korsukéwitz, C. (2007). Medizinische und berufliche Rehabilitation in der deutschen Rentenversicherung. In P. W. Schönle (Hrsg.), *Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Perspektiven* (S. 7–12). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Kraus, W. (1995). Qualitative Evaluationsforschung. In U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L.
 v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl., S. 412–415). Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuntz, J. (2012). Der Verlauf eines Berufscoachings aus Sicht der Rehabilitanden. Eine qualitative Interviewstudie (Masterarbeit). Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W. & Schubert, M. (2011). Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund – Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. Rehabilitation, 50 (03), 186–194.
- Leonhart, R. (2004). Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Die Rehabilitation, 43* (4), 241–246.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Vogel, H., Wolf, H.-D. & Neuderth, S. (2012). *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation* (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Wolf, H.-D. & Neuderth, S. (Hrsg.). (2010). *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation* (1. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, C. & Vogel, H. (2008). Würzburger Screening. Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen (Abschlussbericht). Würzburg: Julius-Maximilians-Universität.
- Lukasczik, M., Gerlich, C. & Neuderth, S. (2011). Einfluss Partizipativer Entscheidungsfindung auf Zufriedenheit und Motivation im Kontext der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit

- durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 93, S. 155–157). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Mattmüller, D. (2013). Warum nehmen Reha-Patienten am "Berufscoaching" teil? Erwartungen und Ziele aus Patientenperspektive. Eine qualitative Interviewstudie (Diplomarbeit). Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Michon, H. W. C., Weeghel, J., Kroon, H. & Schene, A. H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes. *Soc Psychiat Epidemiol*, *40* (5), 408–416.
- Morfeld, M. & Koch, U. (2007). Einführung in die Rehabilitation. In M. Morfeld, W. Mau, W. Jäckel & U. Koch (Hrsg.), *Querschnitt Rehabilitation, physikalische Medizin und Naturheil-verfahren. Ein fallorientiertes Lehrbuch* (1. Aufl., S. 1–3). München: Elsevier.
- Mörtl, K. (2008). Hilfreiche Faktoren in der Psychosomatischen Tagesklinik aus Patientensicht. Eine qualitative Studie (Dissertation). Universität Ulm.
- Muhr, T. (1997) ATLAS.ti. Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache Textinterpretation [Computer software]. Berlin: Scientific Software Development.
- Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F. M., Gerwinn, H. & Hansmeier, T. (2005). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation*, *44* (5), 287–296.
- Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2006). Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. In W. Müller-Fahrnow, T. Hansmeier & M. Karoff (Hrsg.), Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments Interventionen Ergebnisse (S. 36–46). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2009). Einleitung. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 1–14). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Neuderth, S., Gerlich, C. & Vogel, H. (2009). Berufsbezogene Therapieangebote in deutschen Rehabilitationskliniken: aktueller Stand. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 185–198). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Neuderth, S. & Vogel, H. (2000). Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg.), Frankfurt/Main.

- Niemeyer, C., Schaidhammer-Placke, M. & Greitemann, B. (2012). Sorge um die Nachsorge
 Zur Wirksamkeit der ambulanten Folgeleistungen der Deutschen Rentenversicherung
 Westfahlen. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), Rehabilitation: flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; vom 5. bis 7.
 März 2012 in Hamburg; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 98, S. 37–39). Berlin: DRV Bund.
- Nordmann, A., Panneck, C., Pfistner, U. & Reiber, M. (2012). *Manual Berufscoaching* "MB Reha Südbaden". Bad Krozingen: Zentrum Beruf + Gesundheit.
- Nordmann, A. & Zschache, R. (2009). *MB Reha Südbaden: Bericht über die dreijährige Modellphase.* Bad Krozingen: Zentrum für Beruf + Gesundheit.
- Paul, K. I. (2005). The negative mental health effects of unemployment: Meta-analyses of cross-sectional and longitudinal data. (Dissertation) Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität.
- Pfaudler, S., Hoberg, E. & Benninghoven, D. (2013). Internetbasierte Nachsorge bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten Inanspruchnahme, Gründe der Nicht-Teilnahme, erste Ergebnisse. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Teilhabe 2.0 Reha neu denken? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 04. bis 06. März 2013 in Mainz; Tagungsband* (DRV-Schriften, Bd. 101, S. 64–65). Berlin: DRV Bund.
- Pimmer, V. & Buschmann-Steinhage, R. (2009). Forschung in der Rehabilitation. Gemeinsamer Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund & Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Plewis, I. & Mason, P. (2005). What Works and Why: Combining Quantitative and Qualitative Approaches in Large-scale Evaluations. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8 (3), 185–194.
- Poersch, M. & Schmitt, M. (2009). Das "Rubikon-Missverständnis" ein häufiges Motivationsproblem in der medizinischen Rehabilitation (psychisch) kranker Erwerbstätiger. *Die Rehabilitation*, 48 (02), 111–114.
- Pohontsch, N., Träder, J.-M., Scherer, M. & Deck, R. (2013). Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. *Die Rehabilitation* (in press).

- Radoschewski, F. M., Müller-Fahrnow, W., Thode, N. & Tesmer, I. (2006). *PORTAL. PartizipatinsOrientierte Rehabilitation zur Teilhabe am ArbeitsLeben. Projekt-Bericht.* Berlin: Charité.
- Reiser, A., Rüddel, H. & Jürgensen, R. (2013). Tradition vs. Moderne Persönlichtelefonische vs. web-basierte Nachsorge. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Teilhabe 2.0 Reha neu denken? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 04. bis 06. März 2013 in Mainz; Tagungsband* (DRV-Schriften, Bd. 101, S. 47–49). Berlin: DRV Bund.
- Röckelein, E., Lukasczik, M. & Neuderth, S. (2011). Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl*, *54* (4), 436–443.
- Rollnik, J. D. & Allmann, J. (2011). Berufliche Teilhabe von neurologischen Rehabilitanden Langzeitergebnisse eines medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentrums (Phase II). *Die Rehabilitation*, *50* (1), 37–43.
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., de Boer, Wout E. L., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H. et al. (2012). Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*, *7* (11), e49760.
- Schliehe, F. & Röckelein, E. (2001). Berufsfördernde Maßnahmen aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. In S. Neuderth & H. Vogel (Hrsg.), Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven; Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg (S. 17–18). Frankfurt/Main.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39* (7), 248–255.
- Schönle, P. W. (2007). Medizinisch-berufliche Rehabilitation Konzept, Praxis, Perspektive. In P. W. Schönle (Hrsg.), *Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Perspektiven* (S. 37–53). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Schröder, H., Knerr, P. & Wagner, M. (2009). *Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.*Bonn: Infas.
- Schumacher, H.-L. & Lindner, A. (2004). 2-Jahres-Katamnese bei orthopädischen Patienten nach multimodaler Therapie in einer Stichprobe mit psychischer Komorbidität und einer Stichprobe mit häufiger Arbeitsunfähigkeit. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 17 (66), 109–116.

- Schutzeichel, F. & Hirschler, G. (2004). Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation das Modell BOR verkürzt Bearbeitungs- und Wartezeiten. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), "Selbskompetenz Weg und Ziel der Rehabilitation". DRV-Schriften (S. 226–228). DRV Schriften.
- Scriven, M. (1991). Evaluation thesaurus (4. Aufl.). Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J. R., Bergmann, P., Birkner, K. et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* (10), 353–402.
- Sonnentag, S. & Spychala, A. (2012). Job control and job stressors as predictors of proactive work behavior: Is role breadth self-efficacy the link? *Human Performance*, *25* (5), 412–431.
- Speier, C. & Frese, M. (1997). Generalized self-efficacy as a mediator and moderator between control and complexity at work and personal initiative: A longitudinal field study in East Germany. *Human Performance*, *10* (2), 171–192.
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M. et al. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 79* (9), 517–523.
- Stockmann, R. (2006). Evaluation in Deutschland. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationsfor-schung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder* (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, Bd. 1, 3. Aufl., S. 15–46). Münster: Waxmann.
- Stockmann, R. (2007). Einführung in die Evaluation. In R. Stockmann (Hrsg.), *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung* (S. 24–70). Münster: Waxmann.
- Streibelt, M. (2010). Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. *Praxis Klin Verhaltensmed Rehabil* (86), 5–14.
- Streibelt, M. & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Die Rehabilitation*, *52* (2), 111–118.
- Streibelt, M., Gerwinn, H., Hansmeier, T., Thren, K. & Müller-Fahrnow, W. (2007). SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. *Die Rehabilitation* (46), 266–275.

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (2011). 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Nachhaltigkeit durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum; Tagungsband (DRV-Schriften, Bd. 93). Berlin: DRV Bund.
- Verhorst, H., Erbstößer, S. & Nischan, P. (2004). Rahmenkonzept "Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben". Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hähne, M. & Brieger, P. (2006). Maßnahmenabbrecher in der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen. *Psychiatrische Praxis*, *33* (3), 124–131.
- Williams, R. M. & Westmorland, M. (2002). Perspectives on workplace disability management: A review of the literature. Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 19 (1), 87–93.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Sozialforschung, 1 (1).
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). Lehrbuch Evaluation (3., korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Zwerenz, R., Gerzymisch, K., Edinger, J., Holme, M., Knickenberg, R. J., Spörl-Dönch, S. et al. (2013). Evaluation of an internet-based aftercare program to improve vocational reintegration after inpatient medical rehabilitation: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, *14* (1), 26.

8. ANHANG



8.1. TeilnehmerInneninformation

Information für TeilnehmerInnen

zur wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation der "Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation Südbaden"

(für Sie zum Aufbewahren)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden wollen wir Ihnen den Hintergrund des beiliegenden Fragebogens und das weitere Vorgehen erklären. Der Fragebogen dient der wissenschaftlichen Evaluation der Dienstleistung "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden" des Zentrums Beruf und Gesundheit, das mit Ihrer Klinik zusammenarbeitet.

Die Evaluationsstudie wird vom Institut für Psychologie der Universität Freiburg (Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg durchgeführt.

Ziel der Evaluationsstudie:

Der Nutzen der Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation Südbaden soll durch die Evaluationsstudie geprüft werden. Ihre Angaben helfen, das Angebot zu bewerten und zu optimieren.

Ablauf der Evaluation:

Die erste Erhebung besteht in dem beiliegenden Fragebogen, den Sie bitte ausfüllen. Unabhängig davon, ob Sie die Dienstleistung des Zentrums Beruf und Gesundheit in Anspruch nehmen werden, werden wir Ihnen nach 12 Monaten erneut einen Fragebogen zu schicken. Dadurch wollen wir erfahren, wie sich Ihre Situation verändert hat. Zusätzlich zu den Fragebögen werden Informationen aus den Abschlussberichten der Rehabilitationseinrichtungen sowie ggf. den Dokumentationen des Zentrums Beruf + Gesundheit ausgewertet. Dafür werden die Kliniken bzw. das Zentrum Beruf + Gesundheit eine Kopie des Abschlussberichtes/der Dokumentationen an die Verantwortlichen des Evaluationsprojektes weitergegeben.

Freiwilligkeit:

Die Teilnahme an der Evaluationsstudie ist freiwillig. Ihre Bereitschaft für eine Teilnahme und das Einverständnis zur Verwendung Ihrer Informationen bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift auf der beiliegenden Einverständniserklärung.

Sie können jederzeit – auch nach bereits gegebener Einwilligung – aus der Evaluationsstudie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten veranlassen (schriftliche oder telefonische Benachrichtigung an unten stehende Adresse ist ausreichend). Ihnen entstehen keinerlei Nachteile für Ihren Klinikaufenthalt oder die Teilnahme an der Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation Südbaden, wenn Sie an der Evaluationsstudie nicht teilnehmen.

Datenschutz:

Die personenbezogenen Angaben (Name und Kontaktdaten, Informationen aus den Abschlussberichten) werden für die Zusendung des zweiten Fragebogens sowie für die Zuordnung

der Fragebögen zueinander und zu den Informationen aus den Dokumentationen benötigt. Ihre Fragebogendaten werden getrennt von Ihren persönlichen Informationen unter einer Nummer aufbewahrt. Eine Zuordnung der Nummer zu Ihrem Namen ist nur über eine Liste in Papierform möglich. Diese Liste wird von den Mitarbeitern der Studie (s.u.) unter Verschluss aufbewahrt. Dritte haben keinen Zugang. Die Liste wird nach Abschluss der Untersuchung (Oktober 2012) vernichtet. Die Fragebögen werden anonym ausgewertet.

Nur die Mitarbeiter der Studie haben Zugang zu Ihren Daten und sie unterliegen der Schweigepflicht. Dritte (z.B. Klinikmitarbeiter, Mitarbeiter des Zentrum Beruf + Gesundheit, Deutsche Rentenversicherung) erhalten **keine** personenbezogene Informationen aus den Unterlagen der Studie.

Die Studie ist von der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie begutachtet. Die Kommission bestätigt, dass keine ethischen Bedenken gegen die Studie vorliegen. Zielsetzung, Planung und vorgeschlagene praktische Durchführung entsprechen in vollem Maße den Anforderungen, die an ein solches Projekt gestellt werden.

Aufwand für Studienteilnehmer:

Die zwei schriftlichen Befragungen nehmen jeweils ca. 10-15 Minuten in Anspruch. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mitarbeiter der Evaluationsstudie und Kontakt:

Dipl.-Psych. Bettina Brockhaus (Tel. 0761 / 203 – 3049 Sekr.: 0761/203-3046)

Institut für Psychologie

Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie

Engelbergerstraße 41

D-79085 Freiburg

Bettina.Brockhaus@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Dr. Harald Seelig B.A. Bastian Heger

Wenn Sie an der Evaluationsstudie von MB Reha Südbaden teilnehmen, dann möchten wir Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich danken.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. J. Bengel

Leiter

der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg Dipl.-Psych. B. Brockhaus

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg





Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluationsstudie der "Medizinisch-Beruflichen Rehabilitation Südbaden"

"ivieu	misch-beranichen Nehabilitation Saubaden	
Vorname:	Nachname:	
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
ich ein Informationsblatt zur St	urchführung der Evaluationsstudie informiert worden. Dafür die erhalten. Mir wurde versichert und mir ist bekannt, hne Einschränkungen – absolut vertraulich behandelt werde	
_	aben in keinem Fall an Dritte weitergegeben werden	-11
	erständnis zurückziehen kann aus den schriftlichen Befragungen wie auch aus den Abschlu	ussberich
ten der Rehabilitationsbehdass die Daten anonymisie	ndlungen wissenschaftlich ausgewertet werden ausgewertet werden	
dass die Zuordnung meines	Namens zu den Daten nach Ablauf der Studie gelöscht wird	
den in der Teilnehmerinform Verwendung der erhobenen onseinrichtung eine Kopie m	erständnis für die Teilnahme an der Evaluationsstudie untion genannten Voraussetzungen und gebe die Erlaubn Daten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Rehabil ines Abschlussberichtes und ggf. das Zentrum Beruf + G Dokumentation an die Verantwortlichen der Evaluation	nis zur itati- Gesund-
Ort, Datum	Unterschr	 rift

8.3. Fragebögen

Fragebogen T1

Liebe(r) Patient(in),

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen auszufüllen. Auf den folgenden Seiten wollen wir Sie zu Ihrer beruflichen und persönlichen Situation befragen. Ihre Angaben helfen uns, Angebote zur beruflichen (Re-)Integration zu verbessern.

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden streng vertraulich und anonym behandelt.

Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten und zum Ausfüllen ist kein besonderes Wissen notwendig. Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge und in vollständiger Weise. Für das Ausfüllen benötigen Sie ca. 10-15 Minuten.

Angaben für die nächste Kontaktaufnahme:

Da wir Sie gerne zu einem späteren Zeitpunkt erneut befragen wollen, möchten wir Sie bitten, hier Ihre Kontaktdaten anzugeben, über die Sie voraussichtlich in ca. 12 Monaten erreichbar sein werden. Dies ist notwendig, um Ihnen einen weiteren Fragebogen zusenden zu können. Diese Kontaktdaten werden getrennt vom Rest des Fragebogens aufbewahrt.

Nachname:	Vorname:	
Straße:	PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	Handynummer:	
Email-Adresse:		
Sonstige Person / Stelle über die ich ggf. erreichbar sein werde:		
ggi. orroloribar bolir wordo.	Name, Adresse, Tel. Nummer	

Bitte geben Sie die unterschriebene Einverständniserklärung und den ausgefüllten Fragebogen wieder vorne ab.

Schon jetzt möchten wir Ihnen für Ihre Mitarbeit und Unterstützung herzlich danken!

Bitte heutige	s Datum angeben:	
Ditte lieutige	3 Dataili aligebelli.	

1. Fragen zu Problemen und Beschwerden

1a	Wie würden S	Sie Ihre aktuelle G	esundheit beschreiben?					
	sehr gut	☐ gut	☐ mittelmäßig	schled	ht	☐ sel	hr schlec	ht
1b	_	ze Tage sind Sie a der Arbeit fernge	us gesundheitlichen Gründ eblieben?	len in den let	zten 12 ľ	Monaten	vor den	ı Kli-
	II та	ge						
1 c	Wie sehr litte	n Sie in den letzte	en sieben Tagen unter					
				überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Oh	ınmachts- und :	Schwindelgefühle	n					
de	m Gefühl, sich	für nichts zu intere	essieren					
Ne	rvosität oder ir	nnerem Zittern						
He	rz- oder Brusts	chmerzen						
Eir	nsamkeitsgefüh	len						
de	m Gefühl, gesp	annt oder aufgere	egt zu sein					
Üb	elkeit oder Ma	genverstimmung						
Scl	hwermut							
plċ	itzlichem Ersch	recken ohne Grun	d					
Scl	hwierigkeiten b	eim Atmen						
de	m Gefühl, wert	los zu sein						
Scl	hreck- oder Par	nikanfällen						
Ta	ubheit oder Kri	bbeln in einzelnen	ı Körperteilen					
eir	nem Gefühl der	Hoffnungslosigke	it angesichts der Zukunft					
so	starker Ruhelo	sigkeit, dass Sie ni	cht stillsitzen konnten					
Scl	hwächegefühl i	n einzelnen Körpe	rteilen					
Ge	danken, sich da	as Leben zu nehme	en					

8. Anhang

Fui	rchtsamkeit]			
1d	Welche körperlichen und/ode	er psy	chischen Erkrankungen habe	en Sie?					
	keine								
	körperliche Erkrankung(en):								
	psychische Erkrankung(en):							_	
								_	
	Behinderungsgrad (GdB) zu l_		I %						
	2. Angaben zu A	usb	ildung und Berut	f					
2 a	Was ist Ihr höchster erreichte	r Schu	llabschluss?						
	Ohne Schulabschluss		Haupt-/Volksschulabschlus	SS		Abi	tur/ Fac	habitur	
	Sonderschulabschluss		Realschulabschluss/ Mittle Reife	ere			ch-/ Facl schluss	hhochsch	ıul-
	Anderes und zwar:								
2b	Welche Berufsausbildung hal	oen Si	e abgeschlossen? (Mehr	fachant	worte	en m	öglich)		
	Lehre (berufliche / betrieb- liche Ausbildung)		Fachschule (Meister-, Techi kerschule, Berufs-, Fachaka demie)		a -	nder	e Berufs	ausbildu	ng
	Universität/ Hochschule		keine Berufsausbildung						
2c	Meine Berufsausbildung ist in	n Deut	tschland						
.	anerkannt.		nicht anerkannt.	[□ w	/eiß i	ich nicht		

8. Anhang

2d	Sind Sie zurzeit berufstätig?			
	Ja, Vollzeit (6 Stunden/Tag und mehr)		Ne	in, arbeitslos seit
	Ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Stunden/Tag)		Ne	in, Zeitrente bis
	Ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Stunden/Tag)			in, dauerhaft berentet (Altersrente,
	Ja, in Ausbildung/Umschulung			verbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- er Berufsunfähigkeitsrente)
	Hausfrau/-mann (falls Sie Hausfrau/-mann sind oder sich in Ausbildung befind den Fragen Ihre Tätigkeit im Haushalt bzw. der Ausbildung wi			
2e	Wie lange sind Sie bereits in der unter 2d angekreuzte	n be	rufli	chen Situation?
ı	Jahre		l w	ochen
2f	Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie aktuell bzw. g	inge	n Sie	e zuletzt nach?
2g	Werden Sie bei Ihren aktuellen beruflichen Fragen ode	r Pro	ble	men unterstützt?
	Ja, ich werde unterstützt durch (Mehrfachantworten m	öglic	:h)	
	Agentur für Arbeit / ARGE / Job Center	Į	_	einen Fachberater der Renten- /Krankenversicherung
	einen Integrationsfachdienst	Į		Sonstiges:
	meinen (früheren) Arbeitgeber			
	Nein, ich werde aktuell nicht unterstützt.			
	Nein, ich habe keine Fragen/Probleme.			
2h	Bitte beantworten Sie folgende Fragen!			
Glau	ben Sie, dass Sie nach dem Klinikaufenthalt wieder an] Ja	, für eine Weile
Ihrer	n bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?] Ja	, bis zur Rente
_	en Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenan- zu stellen?] Ja	☐ Nein
	bald nach dem Klinikaufenthalt hoffen Sie, in einen be-		In	nerhalb eines Monats
ruflio	chen Alltag zurückzukehren?] In	nerhalb von mehr als einem Monat
] ga	ar nicht mehr

2i Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?					
	Stimme über- haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils-teils	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
Ich übernehme gerne Verantwortung.					
Es hat sich für mich als gut erwiesen, selbst Entscheidungen zu tref- fen, anstatt mich auf das Schicksal zu verlassen.					
Bei Problemen und Widerständen finde ich in der Regel Mittel und Wege um mich durchzusetzen.					
Erfolg ist oft weniger von Leistung als vielmehr von Glück abhängig.					
Ich habe häufig das Gefühl, dass ich wenig Einfluss darauf habe, was mit mir geschieht.					
Bei wichtigen Entscheidungen orientiere ich mich oft an dem Verhalten von anderen.					
Wenn ich etwas will, kann ich mich im Allgemeinen auch damit durchsetzen.					
Ich schätze meine Fähigkeiten hoch ein.					
Wenn ich etwas erreichen will, kann ich Rückschläge überwinden, ohne dadurch mein Ziel aufzugeben.					
Wenn ich vor einer neuen Aufgabe stehe, habe ich oft Angst, ihr nicht gewachsen zu sein.					
Falls ich arbeitslos werde/bin, bin ich überzeugt, durch meine Fähig- keiten schnell wieder eine Stelle zu bekommen.					
Bei erforderlichem Berufswechsel wäre ich den neuen Anforderungen sicher gewachsen.					
Mit meiner aktuellen beruflichen Situation bin ich sehr zufrieden.					

2j	Bitte beantworten Sie folgende Fragen!					
		überhaupt nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
	stark sind Sie durch gesundheitliche Probleme in Ihrer Arbeit eschränkt?					
_	en Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Probn bei?					
Wie	stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit belastet?					
Wie	sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fragen/Problemen?					
	motiviert sind Sie, Ihre Arbeit wieder aufzunehmen bzw. eine Arbeit zu finden?					
Wie	gerne würden Sie einer anderen Arbeit nachgehen?					
3 a	3. Allgemeines zur Person Welches Geschlecht haben Sie?					
	weiblich männlich					
3b	Wie alt sind Sie?					
	l Jahre					
3c	Wie ist Ihre Partnersituation?					
	allein stehend wechselnde Bezie- hungen feste Be	eziehung			Verheir	atet
3d	Wie viele Kinder haben Sie?					
	l Kinder					
3e	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? 3f In v	welchem	Land si	nd Sie g	eboren?	

Danke, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben!

Falls Sie Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein haben, nutzen Sie bitte dieses Feld 8. Anhang

Fragebogen T2 Vergleichsgruppe

Liebe/r Teilnehmer/in

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen auszufüllen. Um festzustellen, wie sich Ihre Situation im Vergleich zur ersten Befragung verändert hat, bitten wir Sie erneut unsere Fragen zu beantworten. Einige Fragen beziehen sich auf die Zeit **nach** Ihrem Klinikaufenthalt. Dieser fand vor **ca. zwölf Monaten** statt.

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden streng vertraulich und anonym behandelt. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge. Für das Ausfüllen benötigen Sie ca. 10-15 Minuten.

Nachdem Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, schicken Sie ihn bitte im beiliegenden Rückumschlag an die Universität Freiburg zurück.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

1. Allgemeines

1a	Welches Datum ist heute?
	(Tag.Monat.Jahr)
1b	Welches Geschlecht haben Sie?
	weiblich
1 c	Wie alt sind Sie?
	Jahre 2. Beruf
2a	Sind Sie zurzeit berufstätig?
	Ja, Vollzeit (30 Stunden/Woche und mehr) Nein, arbeitslos seit
	Ja, Teilzeit (15 bis unter 30 Stunden/Woche) Nein, Zeitrente bis
	Ja, Teilzeit (1 bis unter 15 Stunden/Woche)
	Ja, in Ausbildung/Praktikum seitNein, dauerhaft berentet (Altersrente,Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs-
	oder Berufsunfähigkeitsrente) Hausfrau/-mann
	Wenn Sie Hausfrau/-mann oder dauerhaft berentet sind, fahren Sie bitte fort mit Beantwortung der Fragen bei Punkt 3 auf S. 6
2b	Wie lange waren Sie in der Zeit nach Ihrem Klinikaufenthalt in einer beruflichen Tätigkeit (Arbeit/Praktikum/Schule)?
	ich war die ganze Zeit beruflich tätig über 6 Monate I 1-6 Monate weniger als einen Monat gar nicht

2c	Wie bald nach Ihrem Klinikaufenthalt sind Sie in den beruflichen Alltag zurückgekehrt?					
	nnerhalb eines Monats	nach über einem M	lonat 🔲 gar nicht			
2d	Glauben Sie, dass Sie weite	rhin an Ihrem bisherigen A	Arbeitsplatz tätig sein können?			
	la, für eine Weile	Ja, bis zur Rente	☐ Nein			
2e	Haben Sie im letzten Jahr ei	inen Rentenantrag gestell	t?			
	la	☐ Nein				
2f	Falls nein: Planen Sie, einen	Rentenantrag zu stellen?				
	☐ Ja ☐ Nein					
2g	Haben Sie nach Ihrem Klinik	kaufenthalt Hilfe in berufli	ichen Fragen			
gew	ünscht?		☐ Ja ☐ Nein			
gesı	ucht?		☐ Ja ☐ Nein			
2h	Haben Sie <i>nach</i> Ihrem Klinik	kaufenthalt Hilfe in berufl	ichen Fragen erhalten?			
	Nein					
	Ja, und zwar durch (Mehrf	achantworten möglich)				
	Ja, und zwar durch (Mehrf		einen Fachberater der Renten- /Krankenversicherung			
		/ ARGE / Job Center	einen Fachberater der Renten-/Krankenversicherungsonstiges:			
	Agentur für Arbeit	/ ARGE / Job Center achdienst	/Krankenversicherung			

Haben Sie eine der nachfolgenden Leistungen erhalten? (Mehrfachantworten möglich)					
Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in folgender Form:					
Stufenweise Wiedereingliederung					
Keins von beiden					
			ρ0		
	überhaupt nicht	kaum	mittelmäßi	ziemlich	sehr
stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belas-					
_					
gerne würden Sie einer (anderen) Arbeit nachgehen?					
Sollte Ihrer Erfahrung nach an den beruflichen Hilfsang aufenthalt etwas geändert werden?	geboter	n nach	stationa	irem KI	inik-
Nein					
Ja, zusätzlich wünsche ich mir					
Ja, überflüssig fand ich					
	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in folgender Form Stufenweise Wiedereingliederung Keins von beiden Stark sind Sie durch gesundheitliche Probleme in Ihrer Ar- Arbeitssuche eingeschränkt? en Belastungen am Arbeitsplatz/durch Arbeitslosigkeit zu Ihren Indheitlichen Problemen bei? stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belas- sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fra- Problemen? motiviert sind Sie, ihrer Arbeit weiter nachzugehen bzw. eine Arbeit zu finden? gerne würden Sie einer (anderen) Arbeit nachgehen?	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in folgender Form: Stufenweise Wiedereingliederung Keins von beiden Stark sind Sie durch gesundheitliche Probleme in Ihrer Ar- Arbeitssuche eingeschränkt? en Belastungen am Arbeitsplatz/durch Arbeitslosigkeit zu Ihren Indheitlichen Problemen bei? stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belas- sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fra- Problemen? motiviert sind Sie, ihrer Arbeit weiter nachzugehen bzw. eine Arbeit zu finden? gerne würden Sie einer (anderen) Arbeit nachgehen? Sollte Ihrer Erfahrung nach an den beruflichen Hilfsangeboter aufenthalt etwas geändert werden? Nein Ja, zusätzlich wünsche ich mir	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in folgender Form: Stufenweise Wiedereingliederung Keins von beiden Stark sind Sie durch gesundheitliche Probleme in Ihrer Ar- Arbeitssuche eingeschränkt? en Belastungen am Arbeitsplatz/durch Arbeitslosigkeit zu Ihren indheitlichen Problemen bei? stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belassehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fra- Problemen? motiviert sind Sie, ihrer Arbeit weiter nachzugehen bzw. eine Arbeit zu finden? gerne würden Sie einer (anderen) Arbeit nachgehen? Sollte Ihrer Erfahrung nach an den beruflichen Hilfsangeboten nach aufenthalt etwas geändert werden? Nein Ja, zusätzlich wünsche ich mir	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in folgender Form: Stufenweise Wiedereingliederung Keins von beiden Stark sind Sie durch gesundheitliche Probleme in Ihrer Ar- Arbeitssuche eingeschränkt? en Belastungen am Arbeitsplatz/durch Arbeitslosigkeit zu Ihren indheitlichen Problemen bei? stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belas- sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fra- Problemen? motiviert sind Sie, ihrer Arbeit weiter nachzugehen bzw. eine Arbeit zu finden? gerne würden Sie einer (anderen) Arbeit nachgehen? Sollte Ihrer Erfahrung nach an den beruflichen Hilfsangeboten nach stationa aufenthalt etwas geändert werden? Nein Ja, zusätzlich wünsche ich mir	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in folgender Form: Stufenweise Wiedereingliederung Keins von beiden Stark sind Sie durch gesundheitliche Probleme in Ihrer Ar- Arbeitssuche eingeschränkt? en Belastungen am Arbeitsplatz/durch Arbeitslosigkeit zu Ihren Indheitlichen Problemen bei? stark fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit/Arbeitslosigkeit belas- sehr wünschen Sie sich Hilfe bei beruflichen Fra- Problemen? motiviert sind Sie, ihrer Arbeit weiter nachzugehen bzw. eine Arbeit zu finden? gerne würden Sie einer (anderen) Arbeit nachgehen? Sollte Ihrer Erfahrung nach an den beruflichen Hilfsangeboten nach stationärem Klaufenthalt etwas geändert werden? Nein Ja, zusätzlich wünsche ich mir

2l Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?					
	stimme über- haupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme sehr zu
Ich übernehme gerne Verantwortung.					
Es hat sich für mich als gut erwiesen, selbst Entscheidungen zu treffen, anstatt mich auf das Schicksal zu verlassen.					
Bei Problemen und Widerständen finde ich in der Regel Mittel und Wege um mich durchzusetzen.					
Erfolg ist oft weniger von Leistung als vielmehr von Glück abhängig.					
Ich habe häufig das Gefühl, dass ich wenig Einfluss darauf habe, was mit mir geschieht.					
Bei wichtigen Entscheidungen orientiere ich mich oft an dem Verhalten von anderen.					
Wenn ich etwas will, kann ich mich im Allgemeinen auch damit durchsetzen.					
Ich schätze meine Fähigkeiten hoch ein.					
Wenn ich etwas erreichen will, kann ich Rückschläge überwinden, ohne dadurch mein Ziel aufzugeben.					
Wenn ich vor einer neuen Aufgabe stehe, habe ich oft Angst, ihr nicht gewachsen zu sein.					
Falls ich arbeitslos werde/bin, bin ich überzeugt, durch meine Fähigkeiten schnell wieder eine Stelle zu bekommen.					
Bei erforderlichem Berufswechsel wäre ich den neuen Anforderungen sicher gewachsen.					
Mit meiner aktuellen beruflichen Situation bin ich sehr zufrieden.					
Meine aktuelle berufliche Situation ist so, wie ich Sie mir vor einem Jahr gewünscht hätte.					

3. Gesundheit

3a	Wie würden S	Sie Ihre aktuelle Gesu	ındheit insgesamt bes	schreiben?	
	sehr gut	☐ gut	☐ mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
	NAM: 1 - 4 11 - 1				
3b	rem Klinika	~	iszustand im vergi	eich zum Zeitpunkt ui	imittelbar <i>nach</i> in-
	viel besser	etwas besser	gleich	etwas schlechter	uiel schlechter
3c	Welche körpe	erlichen und/oder psy	ychischen Erkrankung	en haben Sie aktuell?	
	keine				
	körperliche Er	krankung(en):			
_	'	O(/			
_					
Ш	psychische Er	krankung(en):			
					
3d	Besitzen Sie e	inen Schwerbehinde	rtenausweis?		
	☐ Nein	☐ Ja, mit	% Grad der Behinder	ung (GdB)	
3e					
Aktu	iell bin ich aufg	rund meiner Erkrankı	ung 🔲in m	edizinischer/psychologise	cher Behandlung.
			🔲 krai	nkgeschrieben.	
			keins	von beiden.	
	Danke, dass	Sie sich die Zeit z	rum Ausfüllen gend	ommen haben. Bitte k	ontrollieren Sie,
		Fragen beantworte	et haben, und send	en Sie den Frageboge	
		liegende	en Rückumschlag Vielen Dank		

3. Berufscoaching

In dem Jahr nach Ihrem Klinikaufenthalt haben Sie nach unserer Information an dem Angebot "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden" des Zentrums Beruf und Gesundheit in Bad Krozingen, auch Berufscoaching genannt, teilgenommen. Dabei wurde Ihnen ein persönlicher Coach zur Seite gestellt, der Sie bereits in der Klinik traf und Sie bei Bedarf ein Jahr lang in beruflichen Fragen begleitete. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf das Berufscoaching und sollen zur Verbesserung und Bewertung des Angebots beitragen.

3a	Zu Überprüfung unserer Information kreuzen Sie bitte das Zutreffende an:					
	Ich habe am Berufscoaching teilgenommen (bitte weiter mit Frage 3b)					
	Ich habe aus folgenden (Gründ	en das Coaching			
	abgebrochen:					
				_(bitt	te weiter mit Frage 3b)	
	nicht angetreten:					
				_(bitt	te weiter mit Frage 3f)	
	Ich kenne das Berufscoa	ching	nicht (in diesem Fall fahren Sie fort n	nit Pu	ınkt 4 auf S. 7)	
3b	Welche Hilfen des Zentre (Mehrfachantworten mö		eruf und Gesundheit haben Sie in A	nsprı	uch genommen?	
	Erstgespräch		Psychologische Eignungsuntersuchung (1 Tag)		Gesprächsgruppe in der Klinik	
	Berufsberatung		Berufliche Erstorientierung (2Tage)		Persönliche Unterstützung in Krisenzeiten	
	Unterstützung bei Bewerbungsfragen		Belastungserprobung (5 Tage)		Leistungstests	
	Gespräche mit Arbeit- gebern/ Ämtern		Sonstiges:			

3с	In welcher Art und jeweils wie häufig hatten Sie Kontakt mit Ihrem Berufscoach? (Bitte alles Zutreffende angeben)					
	Persönliches Gespräch: Mal					
	Telefonisches Gespräch: Mal					
	Schriftlichen Kontakt (Brief, Mail): Mal					
3d	Der Kontakt wurde					
	meistens vom Zentrum Beruf + Gesundheit aufgenommen.					
	meistens von mir aufgenommen.					
	von beiden Seiten gleich oft aufgenommen.					
3e	Was hat Ihnen das Berufscoaching persönlich gebracht?					
3f	Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?					
		stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme zu
		sti nic	sti eh nic	NO NO	sti eh	sti zu
Durch schät	n das Berufscoaching kann ich meine Fähigkeiten besser einzen.					
	nließend gesehen habe ich die Art der Unterstützung erhalten, h brauchte.					
	n das Berufscoaching bin ich motivierter und zuversichtlicher in lichen Fragen geworden.					
Ich w bräud	ürde wieder zu meinem Berufscoach gehen, wenn ich Hilfe chte.					
Insge	samt bin ich mit dem Berufscoaching sehr zufrieden.					
	Durch das Berufscoaching sind meine persönlichen Voraussetzungen für meine Berufstätigkeit besser geworden.					
_	Insgesamt war das Berufscoaching für meinen beruflichen Weg hilf-reich.					
	Wenn ein/e Freund/in ein ähnliches Problem hätte, würde ich ihm/ihr das Berufscoaching empfehlen.					
Alles friede	in allem bin ich mit dem Ergebnis des Berufscoachings sehr zuen.					

3g	Das Berufscoaching war für die Erhal	tung/Erlangung meiner aktuellen Arbeitsstelle			
	eine notwendige Voraussetzung.	ohne Bedeutung.			
	eine wichtige Hilfe.				
	von geringer Bedeutung.				
3h	Wie würden Sie die Qualität des Berufscoa	ching beurteilen?			
	Ausgezeichnet 🔲 gut	☐ Weniger gut ☐ Schlecht			
3i	Sollte Ihrer Erfahrung nach an dem B	erufscoaching etwas geändert werden?			
	Nein				
	Ja, zusätzlich wünsche ich mir				
	Ja, überflüssig fand ich				

8.4. Einverständniserklärung Interviews



Einverständniserklärung

Interviews im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluationsstudie des Projekts "Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden".

Vorname:	Nachname:	
Anschrift:		

Ich bin über Inhalt und Zweck der Evaluationsstudie informiert worden. Mir wurde versichert und mir ist bekannt,

- dass die Bereitschaft zu den Interviews freiwillig ist
- dass die Interviews zu Zwecken der Auswertung auf Tonband aufgezeichnet wird
- dass ich jederzeit mein Einverständnis zurückziehen kann und in diesem Fall die Aufnahmen gelöscht werden
- dass alle meine Angaben ohne Einschränkungen absolut vertraulich behandelt werden
- dass die Daten anonymisiert ausgewertet werden
- dass wörtliche Zitate oder Inhalte, die meiner Person zugeordnet werden könnten, nur nach Rücksprache veröffentlicht werden.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der oben genannten Evaluationsstudie. In diesem Rahmen werde ich im Laufe der kommenden 12 Monate 4-5 Interviews geben, die auditiv aufgezeichnet werden. Ich gebe den Mitarbeitern des Evaluationsprojektes die Erlaubnis zur Verwendung dieser Daten für wissenschaftliche Zwecke.

8.5. Interviewleitfäden

Interviewleitfaden für Patienteninterviews

Erstinterview

Themen des Interviews sind der Termin beim ZBG, was Sie bisher darüber wissen, was Sie erwarten, sowie Ihren gesundheitlichen und beruflichen Hintergrund

Erzählaufforderung

Erzählen Sie bitte, wie es dazu kommt, dass Sie demnächst einen Termin beim Zentrum Beruf + Gesundheit haben. Sie können dabei gerne Ihre berufliche und gesundheitliche Geschichte erzählen.

	Mögliche (Nach-)Fragen
"Vorinfo"	 Gab es bereits Kontakt zum ZBG? Welche Informationen haben Sie über das ZBG? Welche Infos haben Sie darüber, was passieren wird/wozu es da sein wird? Haben Sie schon von anderen Patienten etwas gehört?
Aktuelle beruf- liche Situation	 Mit Arbeit: Wie viel Prozent? Angestellt/Selbstständig? Gab es Zeiten, wo sie Arbeitslos waren? Ohne Arbeit: Welche Bemühungen haben Sie unternommen, um einen Job zu finden Beide: Wie sehen Sie Ihre aktuelle Situation?
Aktuelle gesund- heitliche Situation	 Wie kam es zum jetzigen Klinikaufenthalt Beschreiben Sie ihre aktuelle Gesundheit
Arbeit & Krankheit	 Beeinflusst Ihre Krankheit Ihre Arbeit? Beeinflusst Ihre Arbeit Ihre Krankheit? Wie sehen Sie diesbezüglich Ihre Zukunft? Wie reagieren Kollegen auf Ihre Erkrankung? Gibt es Probleme auf der Arbeit?
Behandlungen	 Welche Behandlungen haben Sie bisher bezüglich Ihrer Gesundheit in Anspruch genommen? Haben Sie bereits Hilfen bezüglich beruflicher Fragen in Anspruch genommen? (jeweils wenn ja: erzählen Sie davon)
Erwartungen und Ziele be- züglich MB- Reha Südbaden	 Gründe für Teilnahme? Welche Wünsche haben Sie bezüglich Ihres ZBG-Termins? Was möchten Sie erreichen im kommenden Jahr? Wo wollen Sie in 12 Monaten gerne stehen? Was müsste das ZBG tun, um Ihnen optimal bei Ihren Problemen zu helfen? Haben Sie Befürchtungen, was den Termin angeht? Welche Schwierigkeiten könnte es geben? Welche persönlichen Umstände könnten das Erreichen Ihrer Ziele behindern/begünstigen? (zB Partnerschaft, Aktivitäten)
Psychologische Konstrukte	 Wie hoch ist Ihre Motivation für diese Thematik? Wie blicken Sie in die Zukunft? (Optimistisch) Glauben Sie, Sie könnten auch alleine zurecht kommen?
Abschluss	 Gibt es wichtige Punkte, die in diesem Interview nicht angesprochen wurden? Möchten Sie abschließend noch etwas sagen?

Interviewleitfaden für Klienten-Interviews					
Zweitintervie	Zweitinterview				
Erzählaufford	derung				
Erzählen Sie bit	te von dem ersten Termin beim ZBG!				
	Mögliche (Nach-)Fragen				
Nachfragen zur Erzählauf- forderung	 Welche Themen wurden besprochen? Welche Ziele wurden gesetzt/Welche Abmachungen getroffen? Wie haben Sie den Berufscoach wahrgenommen? 				
Bewertung ZBG	 Wie würden Sie das erste Gespräch bewerten? Wie sehen Sie das Angebot des ZBGs? Können Sie Hilfen in Anspruch nehmen/gebrauchen? Hat Ihnen etwas gefehlt? Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie? Was hätte der Berufscoach noch besser machen können? Wie wäre es aktuell, wenn Sie nicht beim ZBG gewesen wären? Wie viel "Aufwand" hat Ihre Teilnahme am Berufscoaching bisher bedeutet (Zeitlich, Psychisch, Materiell?) Bewertung auf einer Skala 1-10, 1= überflüssig, 6= sehr hilfreich 				
berufliche Situation	 Wie ist ihre aktuelle berufliche Situation? Wie empfinden Sie diese? Welche Pläne/Ziele haben Sie für die Zukunft? 				
Gesundheit	Wie geht es Ihnen gesundheitlich?				
Behandlungen	 Nehmen sie aktuell noch Hilfen in Anspruch? → Gesundheitlich, Psychisch, Beruflich? 				
Psychologi- sche Kon- strukte	 Wie hoch ist Ihre Motivation für die berufliche Thematik aktuell? Wie blicken Sie in die Zukunft? (Optimistisch) Glauben Sie, Sie könnten auch alleine zurecht kommen? 				
Abschluss	 Gibt es wichtige Punkte, die in diesem Interview nicht angesprochen wurden? Möchten Sie abschließend noch etwas sagen? 				

Interviewleitfaden für Klienten-Interviews					
Dritt-/&Viert/8	Dritt-/&Viert/&Fünftinterview				
Erzählaufford	erung				
Erzählen Sie bitt	te, was sich seit dem letzten Interview ereignet hat!				
	Mögliche (Nach-)Fragen				
berufliche Situation	 Wie ist ihre aktuelle berufliche Situation? Wie empfinden Sie diese (in Bezug auf Ihre vorherigen Ziele)? Welche Pläne/Ziele haben Sie für die Zukunft? 				
Gesundheit	Wie geht es Ihnen gesundheitlich? Veränderungen?				
Behandlungen	 Nehmen sie aktuell noch Hilfen in Anspruch? → Gesundheitlich, Psychisch, Beruflich? 				
Hatten Sie Konta	akt mit Ihrem Berufscoach? Wenn ja:				
Nachfragen zur Erzählauf- forderung	 Welche Themen wurden besprochen? Welche Ziele wurden gesetzt/Welche Abmachungen getroffen? Wie würden Sie das Gespräch bewerten? Hat Ihnen etwas gefehlt? Wie wichtig war dieses Gespräch? Bewertung auf einer Skala 1-10, 1= gar nicht hilfreich, 6= sehr hilfreich 				
Wenn kein Kontakt zum ZBG:					
	 Wieso gab es keinen Kontakt? Hätten Sie gerne Kontakt gehabt? Könnten Sie aktuell irgendeine Art von Hilfestellung gebrauchen? 				
Abschluss	 Gibt es wichtige Punkte, die in diesem Interview nicht angesprochen wurden? Möchten Sie abschließend noch etwas sagen? 				

Interviewleitfaden für Klienten-Interviews

Abschlussinterview

In diesem abschließenden Interview möchte ich Sie einladen, noch einmal auf das vergangene Jahr nach ihrem Klinikaufenthalt zurück zu blicken. Besonders im Fokus sollen Ihre beruflichen Veränderungen und den Einfluss des Berufscoachings darauf stehen.

Erzählaufforderung

Wenn Sie noch einmal auf das vergangene Jahr nach dem Klinikaufenthalt zurück blicken – was waren für Sie wichtige Entwicklungen oder Veränderungen?

	Weitere (Nach-)Fragen
Beruflich	 Was hat sich im Rückblick beruflich für Sie verändert? Wie sehen Sie ihre aktuelle Situation im Vergleich zur Situation nach Klinikaufenthalt/vor dem Berufscoaching?
Gesundheit	 Welche zentralen gesundheitlichen Entwicklungen gab es? Wie sehen Sie ihre aktuelle gesundheitliche Situation im Vergleich zur Situation nach Klinikaufenthalt?
Hilfen in beruf- lichen Fragen	 An welchen Punkten im vergangenen Jahr nach Klinikaufenthalt haben Sie in beruflicher Hinsicht am Meisten Unterstützung gebraucht? (unabhängig von der bekommen Unterstützung) Haben Sie irgendwann Hilfe bekommen? Wenn ja: Welche?
	Was war gut, was war weniger gut/hätte besser sein können?
	Wenn nein: was hätte Ihnen helfen können?
	Welche Rolle hat dabei das Berufscoaching gespielt?
Ziele	 Bei unserem ersten Interview haben Sie als Wunsch für den jetzigen Zeitpunkt gesagt: xxx. Wie sehen Sie Ihre Situation heute im Vergleich damit? Haben sich ihre Ziele seit dem ersten Interview verändert? Inwieweit hat das Berufscoaching zum Erreichen Ihrer Ziele beigetragen/hätte besser beitragen können? Welche weiteren Umstände haben das Erreichen Ihrer Ziele behindert/begünstigt? (zB Partnerschaft, Aktivitäten)
Motivation	 Wenn Sie zurückblicken: Wie hoch war nach dem Klinikaufenthalt ihre Moti- vation in beruflichen Fragen weiterzukommen?
	 Wenn niedrig: Welche Bereiche standen damals stattdessen im Vordergrund?

MB-Reha Süd-Beschreiben Sie bitte das Berufscoaching mit den für Sie wichtigsten Faktoren! (gehen Sie davon aus, ich würde es nicht kennen) baden Was hat Ihnen wobei geholfen? Was war gut? Was hätte zu einem noch besseren Verlauf beitragen können? Gab es **Schwierigkeiten**? Bei Kontaktabbruch: Woran lag es Ihrer Meinung nach, dass der Kontakt abgebrochen ist? Hätten Sie Vorschläge, wie dies in Zukunft besser laufen könnte? Wie beurteilen Sie das Coaching in Bezug auf ihre persönlichen Kosten bzw. Nutzen durch das Angebot? Was wäre anders gewesen, wenn das Coaching nicht gewesen wäre? Wenn Sie einem anderen Patienten eine Empfehlung geben könnten, wie das Berufscoaching war und ob er daran teilnehmen sollte – wie würden Sie ihm (Hintergrund der Studie erklären) Wenn Sie der DRV direkt raten könnten, ob sie dieses Programm weiter finanzieren und ggf. noch ausweiten sollen, wie würden sie ihr raten? **Bewertung** auf Skala 1-6. **Abschluss** Gibt es wichtige Punkte, die in diesem Interview nicht angesprochen wurden? Möchten Sie abschließend noch etwas sagen?

Beispiel-Interviewleitfaden Stakeholder

Datum: xxx

Name: Arzt Interventionsklinik

Erzählaufforderung

- 1. Erzählen Sie bitte aus Ihrer Sicht, wie die Kooperation mit dem Zentrum Beruf + Gesundheit zu Beginn angelaufen ist und wie sie sich seitdem entwickelt hat!
- 2. Wie ist der aktuelle Behandlungsablauf (gerne mit einem Beispiel)?

Thema		Fragen
A:	1.	Welche Anfangsschwierigkeiten gab es zu Beginn?
2 Detailinfo zur Er-		Können Sie den Aufwand von Seiten der Ärzte kurz zusammenfassen? (Zur Installation und im täglichen Betrieb)
zählaufforderung	3.	Welche Indikationen gibt es für die Teilnahme? Kontraindikationen?
	4.	Welche Kommunikationswege gibt es? (Zum ZBG, zu Patienten?)
		Wie zufrieden sind sie damit? Verbesserungen?
	5.	Welche Informationen sollten zusätzlich gegeben werden?
	6.	Was hat sich seitdem bei Ihnen verändert (nicht nur Ablauf sondern vlt auch größere Aufmerksamkeit für berufliche Themen)?
B:	1.	Was sind aus Ihrer Sicht die Neuigkeiten (innovativen Elemente) an MB Reha Südbaden?
MB Reha Südbaden	2.	Welche Eigenschaften schätzen Sie, welche sehen Sie kritisch?
	3.	Wie zufrieden sind Sie bisher mit dem Angebot des ZBG?
	4.	Verbesserungsvorschläge/ Wünsche?
	5.	Wie sehen Sie den Bedarf in Ihrer Klinik an dem Angebot?

C:	
Übertragbarkeit	 Inwiefern könnte MBR Südbaden auf andere Einrichtungen übertragen werden?
des Projekts	2. Welche Voraussetzungen müssten generell für die Umsetzung eines solchen Projektes an anderen Orten gegeben sein? (z.B. Standortfaktoren/ Rahmenbedingungen/ Infrastruktur)
	3. Welche Abwandlungen könnte bzw. sollte es in der Ausführung an anderen Orten geben?
	4. Welches könnten Argumente gegen eine Übertragung des Projektes sein?
D:	 Welche Ziele haben Sie für Ihre Patienten, die Sie zum ZBG schicken? Wie könnte man die Erreichung dieser messen? (was würden Sie die Patienten
Ziele & Evaluation	fragen wollen nach einem Jahr) 3. Was wünschen Sie sich für sich von der Evaluationsstudie?
	 4. Anhand welcher Kriterien würden Sie den Erfolg dieses Projektes messen? 5. Welche Folgen könnten aufgrund der Evaluation entstehen und wie würden Sie diese bewerten?
E:	Gibt es wichtige Punkte, die in diesem Interview nicht angesprochen wurden?
Abschluss	Können Sie abschließend die aus Ihrer Sicht wichtigsten Punkten noch einmal zusammenfassen?

8.6. Interviewpartner, Anzahl und Dauer der Interviews

Stakeholder				
Zielgruppe	Anzahl der Interviews	Anzahl der inter- viewten Personen	Dauer der Inter- views	Setting
Chefärzte	6	7	29-66min	Face-to-face
Ärzte	2	3	37-68min	Face-to-face
Sozialdienste	5	6	38-66min	Face-to-face
ZBG	4	3	58-129min	Face-to-face
DRV Baden- Württemberg	2	2	86min	Face-to-face / schriftlich
IfD	1	1	68min	Face-to-face

Klienten				
Nr. Interviews	Anzahl interviewter	Dauer der	Setting	
	Personen	Interviews	0	
Erstinterviews	12	26-62min	Face-to face	
Zweitinterviews	10	13-46min	Face-to face/ telefonisch	
Drittinterviews	10	9-32min	telefonisch	
Viertinterviews	10	9-22min	telefonisch	
Fünftinterviews	2	8-17min	telefonisch	
Abschlussinterviews	10	21-34min	telefonisch	

8.7. Liste der Zuweisungskriterien für MB Reha Südbaden

Diese Liste mit den Zuweisungskriterien für das Berufscoaching wurde vom Maßnahmeanbieter (ZBG) erstellt. Sie soll den Klinikmitarbeitern als Hilfe bei der Zuweisung dienen (Nordmann et al., 2012).

Insbesondere bei Personen mit folgenden Situationen ist ein Berufscoaching zu empfehlen:

- LTA-Empfehlung ärztlicherseits, der Antrag wird jedoch nicht während des Klinikaufenthalts gestellt
- LTA-Empfehlung und Antrag in der Klinik, bei bestehender Unsicherheit auf Patientenseite, welche LTA-Maßnahme die richtige sein sollte
- Patient muss sich beruflich neu orientieren, hat aber kein klares Berufsziel
- Erkennbare Unzufriedenheit des Patienten am Arbeitsplatz (z.B. bei Unterforderung, ungünstige Rahmenbedingungen etc.), welche eine dauerhaft erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf verhindern können
- Bestehende Risikofaktoren bzw. Stress auslösende Arbeitsbedingungen (z.B. bei Mobbing, innerbetriebliche Umsetzung etc.), die vom Patienten voraussichtlich nicht während des Klinikaufenthalts ausreichend gelöst werden können
- Patient braucht Unterstützung bei der Bewerbung um einen neuen Arbeitsplatz (Bewerbungstraining)
- Konflikte mit Arbeitgeber, die voraussichtlich über den Klinikaufenthalt andauern
- Bei fehlender Abgrenzung gegenüber Vorgesetzten und(oder andere KollegInnen, was voraussichtlich Erneute Gesundheitsproblematik verursachen kann
- Absehbare Probleme bei der Umsetzung der SWE, wie sie oftmals bei Patienten mit psychosomatischer Symptomatik bzw. vorausgegangenen Konflikten am Arbeitsplatz auftreten
- Vorhandene Antriebsarmut (bei ausreichender Arbeitsfähigkeit und signalisiertem Interesse an berufl. Wiedereingliederung
- Erkennbare Einschränkung der selbstständigen Entscheidungsfähigkeit
- Erkennbares unstrukturiertes Verhalten und Denken von Patienten, die sich auf eine Bewerbung konzentrieren müssen (z.B. wenn Patienten zum "Verzetteln" neigen)

Bitte beachten Sie:

Wichtig ist, dass alle Patienten im ersten Halbjahr nach Klinikaufenthalt aus medizinischer (inkl. Psychotherapeutischer) Sicht in der Lage sind, sich beruflich neu zu orientieren bzw. zu integrieren."

9. PROJEKTINFORMATIONEN

Förderer: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Förderperiode: 01.10.2010 – 31.12.2012

Laufzeit: 01.10.2010 – 30.04.2013

Durchführung der Evaluationsstudie

Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie,

Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel,

Dipl.-Psych. Bettina Brockhaus,

Dr. Harald Seelig

<u>Diplom-/Masterarbeiten</u>:

Jennifer Kuntz, Daniela Mattmüller, Simon Hillebrand

Interessenskonflikte:

Es bestehen bei keinem der Mitarbeitenden Interessenskonflikte.

Kontakt:

Engelbergerstr. 41, D-79085 Freiburg

Tel: 0761-203-3046, bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Durchführung der MB Reha Südbaden

Zentrum Beruf + Gesundheit, Dipl. Psych. Andrea Nordmann

Kontakt:

Am Kurpark 1, D-79189 Bad Krozingen, Tel.: 07633 402 5601, info@beruf-gesund.de

Interventionskliniken

Rehaklinik Glotterbad im Glottertal,

Chefarzt: Dr. med. Werner Geigges

Rheintalklinik, Bad Krozingen,

Chefärzte: Dr. med. Stefan Göhring, Dr. med. Thomas Krebs

Regio Reha Tagesklinik,

Chefarzt: Dr. med. Heino Kortenhaus (bis 2011), Dr. med. Michael Staiger (seit 2011)

Vergleichskliniken:

Rehabilitationsklinik Höhenblick, Baden Baden,

Chefarzt: Dr. med. Jürgen Möbis-Wolf

Weißensteinklinik, St. Blasien,

Chefarzt: Dr. med. Wolfgang Kupsch

Kohlwaldklinik, St. Blasien,

Chefarzt: Dr. med. Gerd Francke

Weitere Rehakliniken, die MB-Reha anbieten, aber nicht in die vorliegende Studie einbezogen wurden (späterer Kooperationsbeginn)

REHA SÜD GmbH, Freiburg,

Chefarzt: Dr. Schulenburg

RehaKlinikum Bad Säckingen,

Chefarzt: Prof. Dr. med. Karl-Ludwig von Hanstein

10. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Atlas.ti = Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache – Textinterpretation

AU = Arbeitsunfähigkeit

BAR = Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

BBPL = Besondere berufliche Problemlage

BBW = Berufsbildungswerk

BERUNA = Berufsbezogene Rehabilitation und Nachsorge

BFW = Berufsförderungswerk

BMFT = Bundesministerium für Forschung und Technik

BR = Berufliche Rehabilitation

BPL = Berufliche Problemlage (Kriterien in dieser Arbeit definiert)

BSI-18 = Brief Symptom Inventary-18

BTZ = Berufliche Trainingszentren

CTA-Liste = Ceckliste Teilhabe am Arbeitsleben

DRV = Deutsche Rentenversicherung

FB = Fragebogen

GAT = Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem

GdB = Grad der Behinderung

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

GRV = Gesetzliche Rentenversicherung

GT = Grounded Theory

Ifd = Integrationsfachdienst

IG = Interventionsgruppe

IK = Interventionsklinik

INA = Intensivierte Nachsorge für arbeitsunfähige Patienten

IRENA = Intensivierte Rehabilitationsnachsorge

LF = Leistungsfähigkeit

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

M = Mittelwert

MBOR = Medizinisch Beruflich orientierte Rehabilitation

MBR = Medizinisch Berufliche Rehabilitation

O = Orthopädie

PS = Psychosomatik

RCT = Randomised Controlled Trial

Reha = Rehabilitation

RTW = Return to Work

SD = Standardabweichung

SE = Standardfehler

SGB = Sozialgesetzbuch

SIBAR = Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation

SIMBO = Screening-Instrument zur Erkennung eines MBOR-Bedarfs

VG = Vergleichsgruppe

VK = Vergleichsklinik

WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

WHO = World Health Organization

WS = Würzburger Screening

ZBG = Zentrum Beruf + Gesundheit

ZUF-8 = Fragebogen zur Patientenzufriedenheit