INSTITUT
FÜR
BERUFS-
UND
ERWACHSENENBILDUNGSFORSCHUNG
AN DER UNIVERSITÄT LINZ

Ursachen und Folgen von Abbrüchen in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel des BBRZ Linz

ENDBERICHT

Teil 1 (Textband):

Projektstruktur und Projektverlauf
Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung
Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Autor:

A.Univ.-Prof. Dr. Ingo Mörth

Projektleitung:

Univ.-Doz. Dr. Walter Blumberger

Projektmitarbeit:

Dipl.Soz. Marion Bacher
Mag. Christina Heilbrunner

Juli 1998

A-4020 LINZ, RAIMUNDSTRASSE 17, TEL: ++43 732 609313, FAX: ++43 732 609314, EMAIL: OFFICE@IBE.CO.AT

Univ.-Prof. Dr. Ingo Mörth
Johannes Kepler Universität Linz

Online-Archiv der Publikationen

Nr./ number	G-25
Titel/ title	Ursachen und Folgen von Abbrüchen in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel des BBRZ Linz
Untertitel/ subtitle	Endbericht, Teil 1 (Textband): Projektstruktur und Projektverlauf; Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung; Zusammenfassung und Schlußfolgerungen
title & subtitle English	Reasons and consequences of discontinuances in vocational rehabilitation by example of the BBRZ in Linz (Austria), final report part 1 (project description, results of a client survey, summary and conclusions).
Koautor/ co-author(s)	Marion Bacher, Walter Blumberger, Christine Heilbrunner
Art/ category	Forschungsbericht/ research report
Jahr/ year	1998
Publikation/ published	Linz 1998: Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung
weiteres/ further link	-

© Ingo Mörth/ IBE

Dieser Text ist urheberrechtlich geschützt. Er kann jedoch für persönliche, nicht-kommerzielle Zwecke, insbesondere für Zwecke von Forschung, Lehre und Unterricht ("fair use"-copy), gespeichert, kopiert und ausgedruckt und zitiert werden, solange eindeutig die Urheberschaft und die Erstveröffentlichung durch die folgende Zitation kenntlich gemacht wird.

Zitation/ citation:

Mörth, Ingo/ Heilbrunner, Christine/ Bacher, Marion/ Blumberger, Walter: Ursachen und Folgen von Abbrüchen in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel des BBRZ Linz. Endbericht, Teil 1 (Textband): Projektstruktur und Projektverlauf; Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung; Zusammenfassung und Schlußfolgerungen, Linz 1998: Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung (101 Seiten); online verfügbar über: http://soziologie.soz.uni-linz.ac.at/sozthe/staff/moerth.htm

Externe Links auf diesen Text sind ausdrücklich erwünscht und bedürfen keiner gesonderten Erlaubnis. Eine Übernahme des ganzen Beitrages oder von Teilen auf einem nicht-kommerziellen web-server bedürfen der Zustimmung des Autors. Jede Vervielfältigung oder Wiedergabe, vollständig oder auszugsweise, in welcher Form auch immer, zu kommerziellen Zwecken ist ohne vorherige schriftliche Genehmigung durch den Autor und den Verlag verboten.

---

copyright notice

Permission to make digital or hard copies of part or all of this work for scholarly, research, educational, personal, non-commercial use is granted without fee provided that these copies are not made or distributed for profit or direct commercial advantage ("fair use"-restriction), and that copies show this notice on the first page or initial screen of a display along with the full bibliographic citation as shown above. External links to this source are welcome and need no specific consent. Any online display of part or all of this work is subject to the prior consent of the author. Any commercial use or distribution is forbidden, unless consented in writing by the author and the publisher.

Inhaltsverzeichnis

Seite

1 KONTEXT UND ZIELE DES PROJEKTES 5

1.1 PROBLEMSTELLUNG UND UNTERSUCHUNGSINTERESSE 5

1.2 ZUM BISHERIGEN INFORMATIONSSTAND, VERGLEICHBARE STUDIEN 6

1.3 PROJEKTZIELE 7

2 PROJEKTSTRUKTUR UND PROJEKTVERLAUF 8

2.1 DIE AKTENANALYSE VORHANDENER BBRZ-DATEN 8

2.2 DIE QUALITATIVEN INTERVIEWS 9

2.3 DIE EXPERTENRUNDEN 9

2.4 DIE SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG 10

3 ERGEBNISSE DER VORBEREITENDEN PROJEKTTEILE IM ÜBERBLICK 11

3.1 DIE QUANTITATIVE ANALYSE DER BBRZ-AKTEN 11

3.1.1 EINIGE WICHTIGE ASPEKTE DER ERSTEN ANALYSERUNDE 11

3.1.2 DIE VERTIEFTE AKTENANALYSE 13

3.2 ERGEBNISSE DER EXPERTENRUNDEN 21

3.2.1 EXPERTENRUNDE ZUR ERSTEN AKTENANALYSE 21

3.2.2 EXPERTENRUNDE ZUR VERTIEFTEN AKTENANALYSE 24

3.2.3 EXPERTENRUNDE ZU DEN FALLSTUDIEN UND ZUR VORBEREITUNG DER BEFRAGUNG 26

3.3 DIE QUALITATIVEN INTERVIEWS/FALLSTUDIEN 29

3.3.1 DIE AUSWAHL DER FÄLLE NACH INDIVIDUELLEN INDIKATOREN 29

3.3.2 ZUSAMMENFASSUNG DER INTERVIEWERGEBNISSE NACH THEMENBEREICHEN 31

4 ERGEBNISSE DER REHABILITANDENBEFRAGUNG 33

4.1 AKTENKUNDIGE ASPEKTE DER REHABILITATION UND SOZIALE SITUATION IM VERGLEICH ZUR GRUNDGESAMTHEIT 33

4.1.1 VERGLEICHE NACH REHABILITATIONSMAßNAHMEN 33

4.1.2 VERGLEICHE NACH SOZIALER SITUATION UND BEHINDERUNG 36

4.2 VERLAUF UND BEURTEILUNG DER REHABILITATION IM BBRZ 42

4.2.1 ALLGEMEINE ASPEKTE 42

4.2.2 ABBRUCHRELEVANTE ASPEKTE 50

4.2.3 SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ABBRECHERN UND ABSCHLIEßERN 55

4.3 LEBENS- UND BERUFSVERLAUF NACH DER REHABILITATION 60

4.3.1 TYPEN BERUFLICHER INTEGRATION IM VERGLEICH 60

4.3.2 BERUFSEINSTIEG UND BERUFSVERLAUF 61

4.3.3 DERZEITIGE SOZIALE UND ÖKONOMISCHE SITUATION 68

4.3.4 SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ABSCHLIEßERN UND ABBRECHERN 69

4.4 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ARBEITS-, REGEL- UND ZUSATZABBRECHERN 71

4.4.1 SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE DER AUSGANGSSITUATION 71

4.4.2 SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE WÄHREND DER REHABILITATION 72

4.4.3 SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE IM WEITEREN BERUFS- UND LEBENSVERLAUF 73

4.5 KOMPLEXE FAKTOREN FÜR ABBRUCH ODER ABSCHLUß DER REHABILITATION 76

4.5.1 EIN MULTIVARIATES MODELL FÜR TYPEN DER MOTIVATION DER BEENDIGUNG 76

4.5.2 ABBRUCHSYNDROME: ERGEBNISSE EINER FAKTORENANALYSE 82

5 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUßFOLGERUNGEN 85

5.1 DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IN KÜRZE 85

5.1.1 BESCHREIBUNG TYPISCHER ABBRECHERGRUPPEN, RISIKOINDIKATOREN 85

5.1.2 BESTIMMUNG VON ABBRUCHURSACHEN 86

5.1.3 BEURTEILUNG D. AUSBILDUNG U. D. BBRZ-PERSONALS (LEHRENDE, FACHDIENSTE) 91

5.1.4 DARSTELLUNG DES PROZEßVERLAUFS VON ABBRÜCHEN, ABBRUCHINDIKATOREN 92

5.1.5 SOZIALE UND BERUFLICHE SITUATION NACH DEM BBRZ 93

5.2 SCHLUßFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN 95

5.2.1 ORGANISATORISCHE MAßNAHMEN IN ABLAUF UND GESTALTUNG DER BERUFLICHEN REHABILITATION 95

5.2.2 KLIENTINNENBEZOGENE MAßNAHMEN 97

5.2.3 SCHLUßBEMERKUNG 98

6 VERZEICHNISSE 99

6.1 TABELLENVERZEICHNIS 99

6.2 LITERATURVERZEICHNIS 100

1 Kontext und Ziele des Projektes

1.1 Problemstellung und Untersuchungsinteresse

Das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) in Linz verfolgt das Ziel, behinderte Menschen durch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation so weit wie möglich in die Gesellschaft zu (re)integrieren oder Maßnahmen zu setzen, die geeignet sind, dem Eintritt bzw. der Verschlechterung einer Behinderung vorzubeugen. Diese Zielsetzung wird im wesentlichen durch zwei Vorgangsweisen zu realisieren versucht:

(1) Aufgrund der Erkrankung bzw. Behinderung ist es den Klienten nicht mehr möglich, den früheren Beruf weiter auszuüben, sodaß eine neue berufliche Orientierung notwendig ist. Durch die Teilnahme an Berufsfindungsmaßnahmen wird der Klient darin unterstützt, eine neue berufliche Perspektive zu finden. In der Berufsfindung wird also geklärt, welche Begabungs- und Neigungsschwerpunkte beim Klienten gegeben sind, und welche Berufswahl mit der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung vereinbar ist. Oftmals schließt an die Berufsfindung eine Vorförderung bzw. ein Rehabilitationsvorbereitungslehrgang an, wodurch die Klienten, die sich für eine neue Berufsausbildung entschieden haben, auf den Ausbildungsbeginn und auf die leichtere Bewältigung der Ausbildung vorbereitet werden.

(2) Die zweite und bedeutendere Vorgangsweise im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ist die Ausbildungsmaßnahme selbst. Es gibt fünf verschiedene standardisierte Ausbildungsmaßnahmen: Bürokaufmann (einschließlich modifizierter Bürokaufmann), Bautechnischer Zeichner, technischer Zeichner Maschinenbau, Elektromechaniker Schwachstrom und die Optikerausbildung. Diese sogenannten "Regelausbildungen" dauern drei oder vier Semester und werden mit der Ablegung der Lehrabschlußprüfung abgeschlossen. In den letzten Jahren wurde die Regelausbildung von einem traditionellen, berufsschulähnlichen Modell auf ein offeneres, projektorientiertes Modell umgestellt. Neben den Regelausbildungen gibt es darauf aufbauende Zusatzausbildungen, die als Ziel die Spezialisierung im jeweiligen Berufsbereich anstreben und hinsichtlich der persönlichen Neigungen der Klienten, der Arbeitsmarktchancen sowie der Zielvorstellungen der Kostenträger entsprechend gestaltet werden. Neben standardisierten Zusatzausbildungen (s.u.) wurde in den letzten Jahren individualisierte Zusatzausbildungen ermöglicht.

Die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation erfordern jedoch auch Kosten: zunächst die finanziellen Leistungen der Kostenträger, aber auch die zeitlichen Kosten der Rehabilitanden, und nicht zuletzt werden die Ressourcen der Rehabilitationseinrichtung beansprucht. Solange die Reha-Maßnahmen mit einem positiven Abschluß beendet werden, erscheinen diese Kosten als sinnvolle und notwendige Investitionen, die den Rehabilitanden eine neue berufliche Existenz eröffnen (s. dazu auch Blumberger u.a. 1995). Anders verhält es sich, wenn die Maßnahmen frühzeitig abgebrochen werden. Die bis dahin verursachten Kosten können als Fehlinvestition bewertet werden, die es nach Möglichkeit zu vermeiden gilt, bzw. es sind Kriterien sichtbar zu machen, um trotz Abbruch einer Maßnahme die o.a. Ziele der Rehabilitation ganz oder teilweise als erreicht zu betrachten bzw. betrachten zu können.

Anfang 1994 vergab daher das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum Linz (BBRZ) den Auftrag, Ursachen und Folgen von Abbrüchen der beruflichen Rehabilitation bei seinen KlientInnen näher unter die Lupe zu nehmen. Abbrüche in der beruflichen Rehabilitation wurden dabei zunächst als ein eher negatives Phänomen gesehen, insoferne sowohl Kosten (der Kostenträger) als auch Zeit (der Rehabilitanden) und Ressourcen (des BBRZ) aufgewendet werden, ohne gesteckten Ziele zu erreichen.

Über diesen Aspekt der beruflichen Rehabilitation gab es bisher keine vertieften Studien und Forschungen. Als „Typ 1“ möglicher Berufsverläufe waren Abbrecher zwar in der ersten größeren österreichischen Untersuchung zum Berufsverlauf von AbsolventInnen der beruflichen Rehabilitation (s. Blumberger/Denz/Frischenschlager 1984, 1991) mit erfaßt, die dort erhobenen Daten sind jedoch hinsichtlich der genaueren Ursachenanalyse zu wenig aussagekräftig sowie hinsichtlich der Folgenabschätzung wegen der Veränderungen von Rehabilitation und Arbeitsmarkt seit dem damaligen Beobachtungszeitraum (1975-1983) teilweise überholt.

Ein allgemeines Untersuchungsinteresse war daher, generell genauere Informationen über und ein vertieftes Verständnis für das Ereignis „Abbruch der Rehabilitation“ zu gewinnen, indem Betroffene detailliert zur Abbruchsituation und zum weiteren Berufs- und Lebensverlauf befragt werden sollten. Hauptziel war darüber hinaus, Empfehlungen für den Auftraggeber BBRZ abzuleiten, wie die Abbruchrate in der beruflichen Rehabilitation reduziert werden kann, und welche Maßnahmen u. U. im Bereich anderer Institutionen der beruflichen Rehabilitation nach erfolgten Abbruch bestimmte negative Folgen abwenden oder mildern könnten.

1.2 Zum bisherigen Informationsstand, vergleichbare Studien

Einen Überblick über die demographischen Daten der AbsolventInnen des BBRZ und über den Verlauf der Rehabilitation gibt die zwischen 1983 und 1990 regelmäßig erstellte Demographie (vgl. Nemella 1983 ff.) auf Basis der am BBRZ vorhandenen Rehabilitanden-Akten. Daraus wird ersichtlich, daß die Abbruchraten im BBRZ - über alle Maßnahmenarten - durchschnittlich etwa bei 25 Prozent liegen. Es gibt allerdings große Unterschiede zwischen den Maßnahmenarten - auch zwischen den verschiedenen Ausbildungen - und große Schwankungen in den Jahren, ohne daß der deskriptiv orientierten Demographie nähere Hinweise zu möglichen Hintergründen und Ursachen solcher Unterschiede zu entnehmen sind. Als erster Schritt des Projektes empfahl sich daher, die Datenbasis der BBRZ-Akten in einer vertieften Analyse speziell hinsichtlich der möglichen Ursachen und Begleitumstände von Abbrüchen nochmals und zusammenfassend aufzuarbeiten, um daraus Anhaltspunkte für die Betroffenenbefragung zu gewinnen.

Vergleichbare statistische Analysen zur beruflichen Rehabilitation in der BRD zwischen 1980 und 1992 erbrachten Abbruchraten rund um 29 Prozent bei erwachsenen und ca. 21 Prozent bei jugendlichen Teilnehmern von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. dazu Untersuchungen wie: Bundesanstalt f. Arbeit 1993; Blaschke/König 1992, Blaschke 1990, Bundesinstitut f. Berufsbildung 1982, Agrarsoziale Gesellschaft 1980), ohne daß dort dem Phänomen „Abbruch“ ein vertieftes Augenmerk geschenkt worden wäre. Einzig die Studien von Schönhals (1985) und Tews (1986, jew. mit Mitarbeitern) konzentrieren sich auf Abbrüche und seien im folgenden kurz referiert.

Schönhals führte 1982 - 1984 eine qualitative Studie (Tiefeninterviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungen) in mehreren Berufsförderungswerken durch, um Gründe und motivationale Zusammenhänge von Abbrüchen zu untersuchen sowie Verbesserungen zur Verhinderung von Abbrüchen vorzuschlagen. In der Regel wurde ein Zusammentreffen verschiedener destabilisierender Faktoren festgestellt, welches zum Abbruch führte. Defizite bei Berufsfindung und -beratung, Unterrichtsanforderungen, finanzielle Probleme, gesundheitliche Schwierigkeiten sind solche Faktoren. Als Verbesserungsansätze werden gezieltere Beratung, Verlängerung der Ausbildungszeit, Verstärkung der Praxisorientierung der Ausbildungen und die gezielte Einbeziehung von Angehörigen in den Prozeß der beruflichen Rehabilitation genannt. *Tews* untersuchte 590 Abbruchfälle aus 18 Berufsförderungswerken in der BRD (Beobachtungszeitraum 1. Halbjahr 1984). Mit 6 Erhebungsbögen wurden die Rehabilitanden selbst sowie die verschiedenen Dienste (Sozialdienst, ärztl. Dienst, Psycholog. Dienst, Ausbildungspersonal) befragt. Augen-

merk der fallbezogen integrierten Erhebung lag dabei auf der Vorgeschichte und den Zusammenhängen des Abbruchs *(Ursachenanalyse).* Als häufigste Abbruchgründe ergaben sich Gesundheitsprobleme der Rehabilitanden, zu hohe Ausbildungsanforderungen, fehlende Mitarbeit und Motivation, falsches Berufsbild bei Ausbildungswahl, familiäre und psychische Probleme. Häufig spielten mehrere Ursachen zusammen. Tews versuchte, durch Faktorenanalyse verschiedene Abbrechergruppen herauszuarbeiten und so zielgruppenspezifisch Ansatzpunkte für Beratung, Betreuung und Intervention in der Reha-Institution abzuleiten.

In beiden Studien fehlt leider der zweite, für unsere Untersuchung wichtige Aspekt fast zur Gänze, nämlich der Lebens- und Berufsverlauf nach der Rehabilitation bzw. deren Abbruch *(Folgenanalyse).* Dazu gibt es bisher nur sekundärstatistische Untersuchungen. Einerseits ergab eine US-Studie über Rehabilitanden der Jahre 1974-1977 (US Rehabilitation Services Administration 1980) keine wesentlichen demographischen Unterschiede (Alter, Geschlecht, Rasse, Region, Bildung, Art der Behinderung) zwischen Abschließern und Abbrechern. Der einzige bemerkenswerte Unterschied des Berufsverlaufes war dort die höhere berufliche Positionierung sowie das damit verbundene höhere Einkommen der Abschließer im Vergleich zu den Abbrechern. Auch in einer (west-)deutschen Analyse (Blaschke/König 1992) wurde der Erfolg der beruflichen Rehabilitation anhand der Daten über erwachsene Rehabilitanden, die in 1982 - 1985 eine von der Bundesanstalt für Arbeit finanzierte Umschulung beendet haben, sekundärstatistisch gemessen. Erfaßt wurde dabei, in welchem Umfang erfolgreiche und nicht erfolgreiche Umschüler(innen) innerhalb von zwei Jahren eine berufliche Wiedereingliederung erreichten, wann die berufliche Wiedereingliederung erreicht wurde, von welcher Dauer sie war und ob sie im Rahmen der in der Umschulung erworbenen Qualifikation erfolgte. Für alle genannten Parameter ergaben sich bessere Daten für erfolgreiche Umschüler(innen). Bessere Berufspositionen, höheres Einkommen, raschere und dauerhaftere Integration sind auch in unserer Untersuchung feststellbare Ergebnisse, wenn man den Ausbildungsabbruch wegen direktem Wiedereintritt ins Erwerbsleben nicht als „echten“ Ausbildungsabbruch zählt (s.u.).

Einige detailliertere, aus direkter Befragung von AbsolventInnen der Rehabilitation gewonnene und daher direkt vergleichbare Vorinformationen zum Thema „Folgenanalyse“ waren lediglich der bereits zitierten AbsolventInnenbefragung (Blumberger et al. 1984) zu entnehmen. Die damaligen Daten, soweit sie für einige Variable nach Typ der Absolvierung differenziert vorliegen, stimmen im großen und ganzen bzw. der Tendenz nach mit unseren Ergebnissen überein (s.u.).

1.3 Projektziele

Die Ziele der vorliegenden Studie sind also folgende:

- Bestimmung von Abbruchursachen;
- Beschreibung typischer Abbrechergruppen;
- Darstellung des Prozeßverlaufs von Abbrüchen;
- Feststellung von Risikofaktoren/ Indikatoren für einen bevorstehenden Abbruch;
- Analyse von Möglichkeiten der Verhinderung von Abbrüchen;
- Interventions-/Hilfemöglichkeiten nach erfolgtem Abbruch;
- Untersuchung der Folgen abgebrochener Rehabilitationsmaßnahmen, und zwar:
- Auswirkungen auf die weiteren Lebensläufe der Betroffenen;
- Auswirkungen auf die persönliche, soziale, gesundheitliche und berufliche Situation.

2 Projektstruktur und Projektverlauf

Ursprünglich war eine zweifache Vorgehensweise geplant, nämlich

1. eine *quantitative Beschreibung* bzw. Analyse der Grundgesamtheit durch eine Aufarbeitung und Zusammenfassung der in den Akten des BBRZ erfaßten Daten, und
2. eine *qualitative Beschreibung* bzw. Analyse der Ausbildungs-, Berufs- bzw. Lebensverläufe der Betroffenen im Wege von biographischen Tiefeninterviews. Dabei sollten alle Phasen vor, während und nach der beruflichen Rehabilitation erfaßt werden.

Dieses Konzept wurde im Verlauf des Projektes insoferne ergänzt, als alle Ergebnisse aus den beiden o.a. Untersuchungsteilen einer Runde von Experten aus dem BBRZ (VertreterInnen aller dort tätigen Fachdienste) vorgestellt wurden und nach dem Muster des „Delphi-Verfahrens“ diskutiert und kommentiert wurden. Statt anonym und einzeln (originale Delphi-Konzeption) wurden die Experten in Form einer Gruppendiskussion gemeinsam zur Auseinandersetzung mit unseren Zwischenergebnissen gebeten.

Schließlich stellte sich heraus, daß die qualitative, am individuellen biographischen Verlauf orientierte Vorgehensweise zu wenig geeignet erschien, verläßliche Indikatoren für allfällige Strategien zur Vermeidung von Abbrüchen zu liefern, und daß das Ziel der umfassenden Information rund um den Abbruch am besten durch eine repräsentative, schriftliche Befragung zu erreichen wäre, bei der auch „Abschließer“ als notwendige Kontrollgruppe in ausreichendem Maße einbezogen werden können. Die beiden o.a. Untersuchungsteile wurden also ausgeweitet auf:

3. *Gruppendiskussionen mit Experten* über Ergebnisse der Aktenanalyse und der Tiefeninterviews, als Vorbereitung des abschließenden Teils:
4. *Standardisierte Befragung von Abbrechern und Abschließern* der beruflichen Rehabilitation zur individuellen Erfahrung der Ausbildung, zur Einschätzung aller Aspekte der Ausbildungssituation und zur Entwicklung der privaten und beruflichen Situation nach der Maßnahme.

2.1 Die Aktenanalyse vorhandener BBRZ-Daten

Alle weiteren Untersuchungsschritte sollten auf einem quantitativen Überblick über die Grundgesamtheit basieren (EDV-unterstützte Daten- bzw. Aktenanalyse). Ein zentrales Anliegen der quantitativen Analyse war dabei der Vergleich von Abbrechern und Nicht-Abbrechern. Dadurch sollte es möglich werden, jene Merkmale, Merkmalsgruppen und Verlaufsmuster zu beschreiben, die diese beiden zu untersuchenden Gruppen statistisch signifikant diskriminieren und die Frage nach den Ursachen für Abbrüche zu beantworten.

Erste Ergebnisse lagen als erster Zwischenbericht (verantwortliche Mitarbeiter-/AutorInnen *Marion Bacher und Christina Heilbrunner*) im August 1994 vor, konnten jedoch relativ wenige wirklich diskriminierende Merkmale identifizieren. Daher wurde als erster weiterführender Schritt die vorher einheitlich definierte Kategorie der „Abbrecher“ nach Abbrüchen der Regel- und der Zusatzausbildungen differenziert sowie erste Ansatzpunkte gesucht, durch Neugruppierung einzelner wichtiger Variabler, wie Vorberuf oder Behinderungsart, aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen. Die wichtigsten Ergebnisse dieser ersten Phase der Aktenanalyse sind unten kurz zusammengefaßt.

Diese Analyse wurde einer ersten Expertenrunde im November 1994 vorgestellt und dort diskutiert (s.u.). Aufgrund der Ergebnisse dieser Expertendiskussion wurde eine Vertiefung der Aktenanalyse durch die Anwendung multivariater Verfahren, durch stärkere Differenzierung der Abbrucharten, durch Differenzierung nach Jahr des Ausbildungsendes, sowie durch eine Redi-

mensionierung der Grundgesamtheit hinsichtlich zusätzlicher Klientengruppen beschlossen und bis März 1995 durchgeführt. Die Ergebnisse liegen als zweiter Zwischenbericht (verantwortlich: *Ingo Mörth*) vor, sind unten zusammengefaßt dargestellt und können im Teil 2 dieses Endberichtes (Materialband) hinsichtlich der Zahlenbasis genau studiert werden.

Auch diese vertieften Ergebnisse wurden unserer Expertenrunde im Mai 1995 vorgestellt sowie dort diskutiert (s.u.). Die inhaltliche Interpretation der komplexen Einflußfaktoren in dieser Runde stellte die Basis für das Konzept dar, die mündlichen Interviews nicht nach dem Zufallsprinzip auszuwählen, sondern nach abbruchrelevanten inhaltlichen Kriterien, sog. „Abbruch-“ bzw. „Abschlußsyndromen“ (s.u.).

2.2 Die qualitativen Interviews

Aus den erweiterten Daten zur Vorbereitung der qualitativen Interviews wurden komplexe *Indikatoren für die Wahrscheinlichkeiten von Abbruch oder Abschluß* (Abbruch- bzw.- Abschlußsyndrome) berechnet und daraus Gruppen von Zielpersonen für die Durchführung der Interviews definiert. Diese dritte Phase der Aktenanalyse war im Juni 1995 abgeschlossen.

Von der Projektleitung und geschulten InterviewerInnen wurden nach einer Quotierung unterschiedlicher Zielgruppen (s.u.) 30 Interviews mit Abbrechern und zur Kontrolle 20 Interviews mit Abschließern der BBRZ-Maßnahmen angepeilt. Diese Interviews sollten die gesamte Biographie der Betroffenen im Zusammenhang als Fallstudie rekonstruieren. Von einer Abrundung durch fallbezogene Zusatzinterviews mit Familienangehörigen, BBRZ-Fachpersonal und Arbeitgebern wurde aus Datenschutzgründen Abstand genommen.

Die Betroffenen-Interviews wurden nach einem ausführlichen Leitfaden geführt (siehe Endbericht 2: Materialband) und zwischen Ende Juni und Ende September 1995 durchgeführt. Letztendlich kamen 38 Interviews zustande, die nicht in wörtlicher Transkription, sondern gerafft protokolliert wurden. Wichtige Ergebnisse und deren Interpretation sind unten zusammengefaßt. Thematische Interviewprotokollauszüge zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Sichtweisen und Lebensphasen sind im Materialband des Endberichtes zu finden.

2.3 Die Expertenrunden

Insgesamt fanden also 3 Expertenrunden statt.:

- *Zur ersten Aktenanalyse*: 15 November 1994. Teilnehmende BBRZ-ExpertInnen: Karl Eibensteiner, Günter Finsinger, Gerhard Laschkolnig, Helmuth Mötz, Josef Ofensberger, Franz Palfi, Ilse Pucher, Helmut Unterholzer, Sonja Wohlschlager.
- *Zur vertieften Aktenanalyse*: 22. Mai 1995. Teilnehmende BBRZ-ExpertInnen: Anton Gredler, Gerhard Laschkolnig, Helmuth Mötz, Josef Ofensberger, Ilse Pucher, Sonja Wohlschlager, Josef Zwirlein.
- *Zu den Fallstudien*: 8. November 1995. Teilnehmende BBRZ-ExpertInnen: Günter Finsinger, Anton Gredler, Gerhard Laschkolnig, Josef Ofensberger, Ilse Pucher, Helmut Unterholzer, Sonja Wohlschlager.
- *Zu den Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung:* 12. Mai 1997. Teilnehmende BBRZ-ExpertInnen: Karl Eibensteiner, Günter Finsinger, Gerhard Laschkolnig, Josef Ofensberger, Franz Palfi, Ilse Pucher, Helmut Unterholzer.

Der Ablauf der Expertenrunden beinhaltete stets: eine Tischvorlage mit den zur Debatte stehenden Ergebnissen; eine kurze Präsentation der Hauptfragen durch das Projektteam; einen Hinweis auf die erwarteten Ergebnisse der Diskussionsrunde; eine 2-3-stündige Erörterung der Themen; eine geraffte Protokollierung (durch *Christina Heilbrunner*) der wichtigsten Diskussionsergebnisse. Diese werden auf Grundlage der Protokolle unten zusammengefaßt referiert.

2.4 Die schriftliche Befragung

Aufgrund der Ergebnisse der Fallstudien wurde ein Fragebogen für die schriftliche Befragung von Rehabilitanden entwickelt. Der Entwurf dieses Fragebogens wurde auch den TeilnehmerInnen der 3. Expertenrunde vorgelegt, und Änderungswünsche bzw. Ergänzungsvorschläge eingearbeitet.

Geplant war eine Totalerhebung bei Abbrechern (N = 638) und die Befragung einer Stichprobe von erfolgreichen Absolventen (N = 1461 in der Grundgesamtheit).

Nach einem Pretest Ende November wurde Anfang Dezember 1995 an alle bekannten Adressen von Abbrechern sowie an die Stichprobe der Abschließer (Schwerpunkt Abschlußjahre 1988 und später, N der Stichprobe = ca. 600) der endgültige Fragebogen verschickt.

Noch vor Weihnachten 1995 wurden aufgrund des schleppenden Rücklaufes gerade bei Abbrechern zusätzliche Adressenrecherchen bei Abbrechern durchgeführt und eine 2. Aussendungswelle gemacht.

Codierung und erste lineare Rohauswertung erfolgte im Jänner 1996. Die weitere Auswertung erfolgte mittels des Statistikprogrammsystems ALMO (von Kurt Holm, Linz) und umfaßte:

- Eliminierung von Codefehlern und sonstige numerische Variablenbereinigungen (z.B. Kategorienzusammenfassungen);
- Berechnung neuer Variabler;
- Inhaltliche Bezeichnung aller Variablen und Kategorien des revidierten Datensatzes (Feber, März 1996);
- Mutivariate Explorierung des Datenfeldes (Hierarchische Kovarianzanalysen), anschließend Diskussion des Auswertungsplanes (Mai 1996);
- Detailanalysen (Okt. - Dezember 1996, s. Kap. 4 dieses Bandes);
- Interpretation, Erstellung eines Rohberichtes (Feber - Juli 1997);
- Diskussion der Ergebnisse, ergänzende Analysen (Sept. - Dezember 1997).

Der nun vorliegende Gesamtbericht, der alle Projektphasen darstellt und zugleich als Synthesebericht zusammenfaßt, dokumentiert ein komplexes Forschungsdesign und aufwendige Erhebungs- wie Auswertungsmethoden. Die lange zeitliche Dauer seiner Erstellung ist jedoch nicht nur darauf, sondern auch auf die Arbeitsüberlastung des verantwortlichen Autors zurückzuführen.

3 Ergebnisse der vorbereitenden Projektteile im Überblick

3.1 Die quantitative Analyse der BBRZ-Akten

3.1.1 Einige wichtige Aspekte der ersten Analyserunde

Hier werden die wichtigsten Punkte als Auszug des ersten Zwischenberichts (Bacher/ Heilbrunner) dargestellt. Gemäß Untersuchungsdesign umfaßt die Grundgesamtheit all jene Klienten des BBRZ, die der Gruppe der Rehabilitanden (Maßnahmenpersonengruppe "R") angehören und das BBRZ in den Jahren zwischen 1980 und 1992 nach erfolgreichem Abschluß oder Abbruch einer Ausbildung (Maßnahmengruppe 3) verlassen haben. Insgesamt umfaßte diese Gruppe für die ersten Analysen 2029 Personen. Über diese im Rahmen des Projekts untersuchten Personengruppe erhielten wir vom BBRZ folgende Angaben zur Verfügung gestellt:

- Geburtsjahr, Herkunft des Klienten (Heimatbundesland), Herkunft des Klienten (Postleitzahl der Heimatanschrift), Geschlecht, Familienstand, Sorgepflichten, Wohnsituation (Unterbringung in einem Wohnheim), Schulbildung, Vorberuf, Einweisendes Arbeitsamt, Behinderung (verbale Beschreibung, Kategorien), Kundenkombination (Kostenträger), Maßnahmenart (Regel- und Zusatzausbildung), Besuch einer Berufsfindungsmaßnahme, Maßnahmenwechsel, Maßnahmeendejahr, Endeart, Endegrund, Maßnahmenanzahl.

Mehrheit der Klienten setzt mit Zusatzausbildung fort:

Rund 60 % der Rehabilitanden haben nach der Absolvierung einer Regelausbildung ergänzend eine Zusatzausbildung angeschlossen, um sich dadurch weiter spezialisieren zu können. Von welchen Umständen die Spezialisierung durch eine Zusatzausbildung beeinflußt ist, wurde in einem nächsten Schritt untersucht. Von den geprüften Merkmalen zeigte das *Geschlecht* keinen Einfluß. Zwischen dem *Maßnahmeendejahr* und der Entscheidung für eine Zusatzausbildung besteht ein Zusammenhang derart, daß in jüngerer Zeit die Ausbildungen häufiger durch eine Zusatzausbildung ergänzt wurden. Dies ist sicherlich sowohl auf das größere Angebot von Zusatzausbildungen in jüngerer Zeit zurückzuführen als auch darauf, daß eine Zusatzausbildung allgemein schlechter werdende Beschäftigungschancen kompensieren kann. Ferner zeigt sich, daß *kaufmännische Ausbildungen weniger häufig als technische* durch Zusatzausbildung fortgesetzt werden. Zuletzt ist ein Zusammenhang zwischen dem *Besuch eines Reha-Vorbereitungslehrgangs* und der Wahl einer Zusatzausbildung zu beobachten. Rehabilitanden, die einen RVL besucht haben, entscheiden sich häufiger zu einer Fortsetzung ihrer Regelausbildung als jene, die keinen RVL besucht haben.

Arten und erfaßte Gründe von Abbrüchen

Insgesamt haben knapp 30 % der Rehabilitanden eine begonnene Ausbildung nicht abschließen können. Wurde jedoch eine Zusatzausbildung abgebrochen, ist vorher eine Regelausbildung erfolgreich abgeschlossen worden. Die Abbrecher einer Zusatzausbildung können dann in eigentlichem Sinn nicht Regelausbildungsabbrechern gleichgesetzt werden. Berücksichtigt man dies, dann reduziert sich der Anteil der „eigentlichen“ Ausbildungsabbrecher um 11 % auf nur mehr 18 % Abbrecher einer Regelausbildung. Der Abbruch der Regelausbildung ist durch andere Gründe verursacht als der Abbruch einer Zusatzausbildung. Regelabbrecher brechen vorwiegend aus pädagogischen und disziplinären Gründen, sowie aufgrund einer Krankheitsverschlechterung ab. Zu beachten ist im weiteren, daß der *Berufseintritt* bei beiden Abbrechergruppen einen häufigen Abbruchsgrund darstellt. 99 Abbrecher einer Zusatzausbildung konnten noch vor Ausbildungsende eine Arbeitsstelle annehmen. Bemerkenswert ist, daß dieser Umstand auch bei 66

(von 370) Teilnehmern an einer Regelausbildung der Fall war. Diese 66 Abbrecher einer Regelausbildung, die eine Arbeitsstelle angenommen haben, kann man in eigentlichem Sinne als erfolgreiche Rehabilitanden bezeichnen. Berücksichtigt man die letztgenannte Personengruppe, dann verringert sich der Anteil der Ausbildungsabbrecher abermals auf nur mehr 304 Personen oder 15 % der Rehabilitanden.

Abbruchrelevante Merkmale bei Regelabbruch (ausgenommen wegen Arbeitsantritt)

Abschließend wurde versucht, jene Merkmale zu finden, die Abbrecher von Nicht-Abbrechern unterscheiden. Hierzu wurden folgende Merkmale geprüft: Alter bei Austritt aus dem BBRZ, Maßnahmenendejahr, Geschlecht, Familienstand, Sorgepflichten, Wohnverhältnisse, Abschluß der beruflichen Vorbildung, Richtung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, Besuch einer Berufsfindungsmaßnahme, Besuch eines RVL und schließlich die Behinderungsart. In dieser ersten Analyse sind nur jene Personen als Abbrecher definiert, die eine Regelausbildung abgebrochen haben, ausgenommen aufgrund eines Berufseintritts. Fünf Merkmale zeigten einen signifikanten Zusammenhang (Mindestsignifikanzniveau 95 %) mit einem Ausbildungsabbruch. Diese Einflußgrößen sind die folgenden:

- das Alter bei Austritt aus dem BBRZ (vor allem unter 20-Jährige brechen ab);
- das Maßnahmenendejahr (in früheren Jahren wurde eher abgebrochen);
- Art des Abschlusses der beruflichen Vorbildung (eher Personen mit Teilabschluß, also eine über die Pflichtschule hinausgehende Berufsbildung zwar begonnen, aber nicht vollständig abgeschlossen);
- Besuch einer Berufsfindung und Besuch eines RVL (erhöht die Abbruchwahrscheinlichkeit).

Alle anderen geprüften Merkmale zeigten zunächst keinen Einfluß. Ein Ausbildungsabbruch schien unabhängig vom Geschlecht, Familienstand, der Sorgepflichten, den Wohnverhältnissen, der gewählten Ausbildungsrichtung sowie der Behinderungsart.

Weitere Hinweise auf abbruchrelevante Merkmale: Behinderung, Vorberuf, Zusatzabbruch

Eine *Einzelanalyse nach Behinderungsarten* erbrachte als Ergebnis, daß Personen mit Darmerkrankung, Herzerkrankung, Nierenerkrankung sowie Beeinträchtigung der Sinnesorgane überdurchschnittliche Erfolgsquoten (über 90 %) zeigten , Personen mit Diabetes, Tumoren, Epilepsie sowie psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen hingegen waren am wenigsten erfolgreich (Erfolgsquoten bei 70 % und darunter). Personen mit anderen Erkrankungen (so insbesondere die größte Gruppe mit fast 50 % aller Rehabilitanden: „Beeinträchtigung des Bewegungsapparates“) haben dazwischenliegende Erfolgsquoten (zwischen 80 und 90 %). Zwischen *Herkunftsberuf und Ausbildungserfolg* errechnete sich zwar kein signifikanter Zusammenhang, doch zeigten einige gewisse Herkunftsberufe einen unterdurchschnittlichen Ausbildungserfolg: z.B. Bäcker, Koch/Kellner, "andere Ausbildungen", "andere Berufe". Schließlich ergab eine erste *Einbeziehung der Abbrecher einer Zusatzausbildung* Hinweise, daß hier andere oder zusätzliche Faktoren wirksam sein könnten.

3.1.2 Die vertiefte Aktenanalyse

Der vom BBRZ zur Verfügung stehende und von Marion Bacher für die Grundanalyse aufbereitete Datensatz mußte zum Zwecke einer differenzierteren multivariaten Analyse der verschiedenen Arten der Beendigung der Reha-Maßnahmen weiter bearbeitet und in einigen Punkten korrigiert werden:

Erweiterung der untersuchten Personengruppe

In der ursprünglichen Analyse wurden Personen, die als sog. *„Unterbrecher"* im Datensatz erfaßt waren, aus der Analyse ausgeklammert. Von den 41 Unterbrechern haben jedoch nur 13 zwischen 1990 und 1992 unterbrochen, 28 bereits 1989 oder früher. Faktisch ist die große Mehrheit der Unterbrecher damit Abbrecher, da die Wiederaufnahme einer unterbrochenen Ausbildung nach mehr als drei Jahren unwahrscheinlich erscheint. Als gemeinsamer Nenner der Ab- und Unterbrecher ist zudem die Tatsache zu verzeichnen, daß die begonnene Ausbildung im Beobachtungszeitraum nicht regulär beendet wurde. *Die Unterbrecher werden daher hier nicht aus der Auswertung genommen*. Ausgenommen waren auch die Personen der Maßnahmengruppe vier, da hier viele unklare und Sonderfälle versammelt sind. Von den 31 Personen der Maßnahmengruppe 4 haben 13 eine Regelausbildung zumindest begonnen, 18 auch eine Zusatzausbildung zumindest begonnen. Lt. Maßnahmenrelation ist Maßnahmegruppe 4 „kfm. Ausbildung f. Blinde; individuelle Bildungsmaßnahmen (IBM), Maßnahmen des Arbeitstrainings etc.". Da vollblinde Personen in der Grundgesamtheit nicht dabei sind, sind hier die IBMs und sonstigen weiterführenden neueren Maßnahmen dabei. Auch *diese Personengruppe wurde in die vertiefte Aktenanalyse einbezogen.* Die Zahl der Probanden erhöht sich daher von den bisher berechneten 2029 Personen *auf insgesamt 2099 Probanden.* Die Verteilung aller Merkmale in der erweiterten Grundgesamtheit ist im Teil 2 des Endberichtes (Materialienband) ersichtlich.

Neucodierung der Behinderungen

Die Daten zur Art der Behinderung standen im Datensatz in der ursprünglichen verbalen Kurzbeschreibung und in einer Zusammenfassung zur Verfügung, die die jeweils erstgenannte Behinderung in Kategorien einer nominalen Variable einordnete. Dabei erschien problematisch, daß mehrfache Behinderungen nicht erfaßt waren (insbesondere psychosoziale Problemlagen, eine schon in der Erstanalyse signifikante Einflußgröße, schienen oft erst als zweite Behinderung auf). Ferner war die Kategorie „Erkrankungen des Bewegungsapparates" mit ca. der Hälfte aller Rehabilitanden zu undifferenziert. Daher wurden die Behinderungen nach dem folgenden, mit Rehabilitationsärzten diskutierten Plan differenzierter neu codiert und jede Behinderung einzeln erfaßt, sodaß mehrfache Behinderungen sichtbar bleiben. Für die neuen Kategorien und ihre Verteilung siehe Tabelle 1.

Daß die Erfassung von Mehrfachbehinderungen sinnvoll ist, zeigt sich daran, daß immerhin ca. 20 % aller Rehabilitanden unter zwei- oder dreifacher Beeinträchtigung leiden (mit psychosozialen Problemlagen oft als 2. oder 3. Behinderung). Die Anzahl der Behinderungen hat signifikanten Einfluß auf den Gesamterfolg und auf die Wahrscheinlichkeit, bereits die Regelausbildung abzubrechen bzw. zu unterbrechen.

Tabelle 1:
Verteilung der Behinderungsarten in der BBRZ-Grundgesamtheit

Art der Behinderung neu	**abs.**	**Prozent**
Berufsbedingte Haut- und Atemwegserkrankungen (Allergien, Asthma, Haut, Bronchien, *auch Staublunge* etc.)	50	2,4
Andere Haut- und Atemwegserkrankungen (Allergien, Asthma, Haut, Bronchien, *nicht* sonst. Lungenkrankh.)	117	5,6
Erkrankungen und Verletzungen der inneren Organ (Herz, Nieren, Darm, Lunge; *nicht* Diabetes, Tumore)	166	7,9
Diabetiker	28	1,3
Tumorerkrankungen einschl. aller Krebsformen	33	1,6
Schädel-Hirn-Verletzungen u. -Krankheiten	95	4,5
Epileptiker	41	1,9
Beeinträchtigung der Sinnesorgane (Sehen, Hören)	98	4,7
Alle psychosozialen Problemlagen („Psychisch“, Sucht, Suizidversuch, Eßstörungen, Stottern u.ä.)	145	6,9
Oberschenkelamputationen	34	1,6
Unterschenkelamputationen (auch Füße, Zehen)	22	1,1
Oberarmamputationen	12	0,6
Unterarmamputationen (auch Hand, Finger)	39	1,9
Arme, Schulter: eindeutig schwerere Beeinträchtigungen (Ganzlähmungen, Steife ein Arm; sonstiges. bei beiden Armen)	72	3,4
Arme, Schulter: undefinierbare bzw. leichtere Beeinträchtigungen	113	5,4
Wirbelsäule, Bandscheiben: eindeutig schwerere Schäden (Morbus Bechterew, mehrf. Brüche o. Operationen, schw. Skoliose u.ä.)	88	4,2
Wirbelsäule, Bandscheiben: undefinierbare bzw. leichtere Schäden	400	19,1
Hüfte und Becken: eindeutig schwerere Schäden (beidseitige Luxationen, Mehrfachbrüche u.ä.)	49	2,3
Hüfte und Becken: undefinierbare und leichtere Schäden	112	5,3
Beine inkl. Knie und Füße: eindeutig schwerere Schäden (Lähmg., starke Verkürzg. etc. bei einem Bein; Schäden an beiden Beinen)	93	4,4
Beine inkl. Knie und Füße: undef. u. leichtere Schäden	385	18,3
Beeinträchtigung der Gesamtbeweglichkeit: Querschnitt total	81	3,9
Beeinträchtigung der Gesamtbewegl.: Querschnitt inkomplett	15	0,7
Beeinträchtigung der Gesamtbewegl : alle anderen Ursachen (Mutipl. Sklerose, Spastiker, Muskelschwund, Halbseitenlähmung etc.)	153	7,3
Sonstiges (z.B. Krampfadern, Bluter, Hormonelle Störungen, Knochen-TBC; Kreislaufstörg., Entzündungen, undefinierte Probleme)	112	5,3

Berechnung neuer Variabler

Aus den Grunddaten wurden neben der neuen Erfassung der Behinderungen drei für den Reha-Erfolg möglicherweise bedeutsame Einflußgrößen neu herausgerechnet:

Pensionsfälle

Die Möglichkeit einer Berufsunfähigkeitspensionierung bei fehlendem Reha-Erfolg wurde als motivationsbeeinflussende Größe angesehen. Als Indikator für diese Möglichkeit wurde aus den Kombinationen von Kostenträgern alle jene herausgefiltert, bei denen eine Pensionsversicherung beteiligt war. Knapp 30 % waren als „Pensionsfall“ einzustufen.

Individualisierte Maßnahmen

Um den Effekt der seit 1988 häufiger eingesetzten individualisierten Maßnahmen prüfen zu können, wurden die eindeutig als Absolventen individualisierter Maßnahmen kenntlichen 31 Rehabilitanden der Maßnahmengruppe 4 herausgehoben und dem Rest gegenübergestellt.

Maßnahmenzahl neu

Nicht die absolute Zahl an absolvierten Maßnahmen verweist auf mögliche Effekte, sondern eine zweifach korrigierte Größe. Einerseits sind vorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Reha-Vorbereitungslehrgang) herauszufiltern (was schon berücksichtigt war), andererseits die Entsprechung der derart reduzierten Zahl zur Art der Beendigung. Für jemand, der aus einer Regelausbildung heraus die BBRZ-Maßnahmen beendete (regulär, Arbeit, Abbruch, Unterbruch), ist die entsprechende Zahl 1. Für jemand, der aus einer Zusatzausbildung heraus die Maßnahmen beendete, ist die entsprechende Zahl 2. Immerhin 13 % haben jedoch mehr als die entsprechende Kernmaßnahmenzahl (s.u.) verzeichnet.

Differenzierte Typenbildung:

Es wurden 5 Typen der Beendigung der Rehabilitation gebildet:

Zu *Typ 1 (Arbeitserfolg)* zählt ein Rehabilitand, wenn er/sie aus einer begonnenen „Kernmaßnahme“ wegen des Antrittes einer Berufstätigkeit ausschied, ungeachtet der Art der Maßnahme bei arbeitsbedingtem Abbruch. *Kernmaßnahmen sind*: die klassischen, standardisierten Grundkurse/Regelausbildungen, die ebenfalls standardisierten Zusatzausbildungen und jene individualisierten Sondermaßnahmen, die anstelle einer Regel- oder Zusatzausbildung am BBRZ oder mit Betreuung des BBRZ absolviert werden können.

Zu *Typ 2 (Regelausbildungsabbruch)* zählt ein Rehabilitand, wenn er/sie bereits die Regelausbildung bzw. eine deren Stelle einnehmende individuelle Bildungsmaßnahme vorzeitig abbrach (ausgenommen wegen Arbeit) und keine weitere Kernmaßnahme begonnen hat, bzw. eine allfällige zusätzliche Kernmaßnahme nach Abbruch der Erstausbildung ebenfalls nicht regulär beendete. Auch ein Rehabilitand, der/die eine Erstausbildung *unterbrochen* hat und im Beobachtungszeitraum nicht wieder aufgenommen hat, zählt zu Typ 2.

Zu *Typ 3 (Regelausbildungsabschluß)* zählt ein Rehabilitand, wenn er/sie eine Erstausbildung (Regel- bzw. individuelle Ausbildung) regulär beendete und keine weitere Kernmaßnahme im Anschluß daran begann.

Zu *Typ 4 (Zusatzausbildungsabbruch)* zählt ein Rehabilitand, wenn er/sie nach Abschluß einer Erstausbildung weitere Kernausbildungen begann und keine davon regulär beendete, also entweder abbrach oder nach Unterbrechung im Beobachtungszeitraum nicht wieder aufnahm.

Zu *Typ 5 (Zusatzausbildungsabschluß)* zählt ein Rehabilitand, wenn er/sie nach Abschluß einer Erstausbildung weitere Kernmaßnahmen begann und zumindest eine davon regulär beendete.

Zu Typ 0 (Grunderfolg) zählt ein Rehabilitand, wenn er/sie eine „Kernmaßnahme“ nur wegen Eintritt ins Arbeitsleben abbrach oder begonnene Ausbildungen regulär beendete. Bei Ausbildungen und Maßnahmen nach Beendigung einer Regelausbildung mußte zumindest eine weitere Kernmaßnahme regulär beendet worden sein, auch wenn andere Maßnahmen vorher abgebrochen worden waren. Typ 0 faßt die Typen 1,3,5 zusammen.

Die Typen der Beendigung verteilen sich unter den untersuchten Rehabilitanden wie folgt:

Tabelle 2:
Typen der Beendigung der beruflichen Rehabilitation in der Grundgesamtheit

Typ der Beendigung	**abs.**	**Prozent**
Typ 1: Arbeitsabbruch	168	8,0
Typ 2: Regelabbruch	342	16,3
Typ 3: Regelabschluss	443	21,1
Typ 4: Zusatzabbruch	138	6,6
Typ 5: Zusatzabschluss	1008	48,0
Typ 0: Grunderfolg (Typ 1 + Typ 3 + Typ5)	1619	77,1
Summe	2099	100

Hinsichtlich dieser Typen wurden multivariate Analysen zur Herausfilterung signifikanter Einflußvariabler gerechnet. Dabei wurden die über die neue Grundgesamtheit bekannten Merkmale nach biographisch-zeitlichen und inhaltlichen Kriterien zu drei Einflußgruppen zusammengefaßt und in ein Modell der gruppenweisen hierarchischen Regression hinsichtlich der jeweils univariat definierten abhängigen Variablen einbezogen. Da dieses Modell durch einige relevante nominale unabhängige Variable zu ergänzen war, ist das gerechnete Modell als „hierarchische Kovarianzanalyse“ innerhalb des allgemeinen linearen Modells zu bezeichnen. Die Gruppen sind:

Gruppe 1: Soziale Ausgangssituation

Geschlecht: (1) männlich, (2) weiblich; Sorgepflichten: (1) ja, (2) nein; Schulbildung: (1) Pflichtschule, (2) Lehre, (3) höhere Bildung; Austrittsalter: (1) bis 20, (2) bis 25, (3) bis 30, (4) bis 35, (5) bis 40, (6) bis 45, (7) darüber; Herkunftsgemeinde: (1) Stadt, (2) Landgemeinde; Abschluß der beruflichen Vorbildung: (1) nein, (2) teilw., (3) abgeschlossen.

Gruppe 2: Variable der Behinderung

Pensionsfall: (1) ja, (2) nein; Berufskrankheit: (1) nein, (2) ja; Äußere Krankheit: (1) nein, (2) ja; Innere Organe: (1) nein, (2) ja; Diabetes: (1) nein, (2) ja; Tumor bzw. Krebserkrankung: (1) nein, (2) ja; Schädel/Hirnverletzung: (1) nein, (2) ja; Epilepsie: (1) nein, (2) ja; Sinnesorgane: (1) nein, (2) ja; Psychosoziale Probleme: (1) nein, (2) ja; Oberschenkelamputation: (1) nein, (2) ja; Unterschenkelamputation: (1) nein, (2) ja; Oberarmamputation: (1) nein, (2) ja; Unterarmamputation: (1) nein, (2) ja; Arme/Schulter schwer: (1) nein, (2) ja; Arm/schulter leicht: (1) nein, (2) ja; Wirbelsäule schwer: (1) nein, (2) ja; Wirbelsäule leicht: (1) nein, (2) ja; Hüfte/Becken schwer: (1) nein, (2) ja; Hüfte/Becken leicht: (1) nein, (2) ja; Beine schwer: (1) nein, (2) ja; Beine leicht: (1) nein, (2) ja; Querschnittlähmung total: (1) nein, (2) ja; Querschnittlähmung inkomplett: (1) nein, (2) ja; Einschränkung Gesamtbeweglichkeit: (1) nein, (2) ja; Sonst. Behinderung: (1) nein, (2) ja;

Gruppe 3: Variable des Maßnahmenverlaufes

Wohnheim: ja ,nein; Berufsfindung: (1) ja, (2) nein; Rehavorbereitungslehrgang: (1) ja, (2) nein; Maßnahmenkategorie: kaufmännisch, technische; Maßnahmewechsel: (1) ja, (2) nein; Individualisierte Bildungsmaßnahme: (1) ja, (2) nein; Maßnahmenzahl: (1) dem Typ entsprechend, (2) mehr.

Nominale Kovarianten:

Familienstand: (A1) ledig, (A2) verheiratet., (A3) geschieden/verwitwet; Bundesland: (B1) Wien, (B2) NÖ, (B3) Bgld, (B4) OÖ, (B5) Stmk, (B6) Ktn, (B7) Szbg, (B8) Tirol, (B9) Vlbg; Vorberuf: (C1) Bürokaufmann, (C2) Tischler, (C3) KFZ, (C4) Metallberufe, (C5) Bau/ Baunebengewerbe, (C6) Elektriker, (C7) Installateur, (C8) Koch/Kellner, (C9) Bäcker, (C10) Friseur, (C11) Fleischer, (C12) in kaufm. Ausb, (C13) in technischer Ausbildung, (C14) in anderer Ausbildung, (C15) sonstige Berufe.

Für jeden Typ der Beendigung mußten schließlich zwei Varianten des Modells gerechnet werden. Der Grund liegt in der fehlenden Erfassung von Daten zur Bildung, Berufsbildung und zum Vorberuf vor dem Ausbildungsendejahr 1988. Daher wurden Rehabilitanden vor 1988 ohne die Bildungs- und Berufsvariablen gerechnet *(Modell A),* Rehabilitanden 1988-1992 einschließlich dieser Variablen und einschließlich der individualisierten Maßnahmen *(Modell B).* Die Ergebnisse für die einzelnen Typen und die beiden Modelle sind nun kurz tabellarisch zusammengefaßt. Die ausführliche Modellrechnung ist im Teil 2 des Endberichtes (Materialband) enthalten.

Tabelle 3:
Einflüsse auf Art der Beendigung in Grundgesamtheit (Modell A: Endejahr 1980 - 1987)

Merkmale mit signifikantem Einfluß	Erhöhung (+) oder Verringerung (-) der Wahrscheinlichkeit des Typs der Beendigung					
	„Erfolgstypen“				„Abbruchtypen“	
(*): erklärte Streuung insgesamt; sonst bedeutet: +++/---: = hoch signifikant; ++/-- = mittel; +/- = noch signif.	Typ 0 Grd.erf.	Typ 1 Arb.erf.	Typ 3 Reg.Abs.	Typ 5 Zus.Abs.	Typ 2 Reg.Abb.	Typ 4 Zus.Abb.
alle unabhängigen Merkmale zusammen (*)	11 %	7 %	11 %	12 %	11 %	8 %
Bundesland: OÖ	+++	n.s.	n.s.	++	-	-
Bundesland: Wien	-	n.s.	n.s.	--	++	n.s.
Bundesland: Kärnten	n.s.	n.s.	n.s.	--	n.s.	n.s.
Bundesland: Steiermark	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	+++
Bundesland: Salzburg	n.s.	n.s.	--	n.s.	n.s.	n.s.
Bundesland: Tirol	n.s.	n.s.	+	n.s.	n.s.	n.s.
Bundesland: Vorarlberg	--	n.s.	n.s.	-	n.s.	++
Familienstand: ledig	n.s.	--	-	---	n.s.	n.s.
Familienstand: verheiratet	n.s.	++	++	+++	n.s.	n.s.
Familienstand: geschieden/verwitw.	---		n.s.	++	+	++
Austrittsalter über 20-jährig	n.s.	-	+	+++	n.s.	n.s.
Geschlecht: männlich	n.s.	+	--	n.s.	+	n.s.
Behinderung: Sonst. Haut/Atemwege	n.s.	n.s.	---	n.s.	-	n.s.
Behinderung: Psychosozial	---	n.s.	n.s.	--	+++	n.s.
Behinderung: Oberschenkelamputation	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	++	n.s.
Behinderung: Unterschenkelamputation	--	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+++
Behinderung: Schwere Wirbelschäden	n.s.	n.s.	n.s.	+	n.s.	n.s.
Behinderung: Leichtere Wirbelschäden	n.s.	n.s.	--	n.s.	n.s.	n.s.
Behinderung: Schwere Schäden an Hüfte	n.s.	n.s.	-	n.s.	++	-
Behinderung: Leichtere Schäden an Hüfte	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	--
Behinderung: Querschnittlähmung teilw.	n.s.	n.s.	n.s.	+	n.s.	n.s.
Pensionsfall/begünstigte/r Behinderte/r	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+	n.s.
Unterbringung im Wohnheim	+++	---	++	++	---	n.s.
relative Anzahl der BBRZ-Maßnahmen	+++	n.s.	n.s.	++	--	-
Besuch Rehavorbereitungslehrgang	---	n.s.	---	n.s.	+++	n.s.
kaufmännische Maßnahmenkategorie	n.s.	++	+++	---	n.s.	n.s.
Maßnahmewechsel	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+	n.s.

(+++ = sehr starke Erhöhung der Wahrscheinlichkeit; ++ = starker Erhöhung; + = schwache Erhöhung; analog sind ---, --, - als sehr starke, starke und schwache Verringerung der Wahrscheinlichkeit zu lesen; n.s. = nicht signifikant)

Tabelle 4:
Einflüsse auf Art der Beendigung in Grundgesamtheit (Modell B: Endejahr 1988 - 1992)

Merkmale mit signifikantem Einfluß (*): erklärte Streuung insgesamt; sonst bedeutet: +++/---: = hoch signifikant; ++/-- = mittel; +/- = noch signif.	Erhöhung (+) oder Verringerung (-) der Wahrscheinlichkeit des Typs der Beendigung					
	„Erfolgstypen“				„Abbruchtypen“	
	Typ 0 Grd.erf.	Typ 1 Arb.erf.	Typ 3 Reg.Abs.	Typ 5 Zus.Abs.	Typ 2 Reg.Abb.	Typ 4 Zus.Abb.
alle unabhängigen Merkmale zusammen (*)	11 %	7 %	8 %	10 %	9 %	7 %
Bundesland: OÖ	++	n.s.	n.s.	+	--	n.s.
Bundesland: NÖ.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.
Bundesland: Kärnten	n.s.	--	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Familienstand: ledig	n.s.	--	-	+++	n.s.	n.s.
Familienstand: verheiratet	n.s.	++	n.s.	--	n.s.	n.s.
Familienstand: geschieden/verwitw.	n.s.	n.s.	++	n.s.	-	n.s.
Sorgepflichten (Kinder)	--	-	n.s.	n.s.	+++	n.s.
Austrittsalter:20-35jährig	+++	n.s.	+++	+++	---	n.s.
Geschlecht: männlich	n.s.	++	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Schulbildung: niedrig	n.s.	++	---	-	n.s.	+
Berufsbildung: abgebrochen	-	n.s.	++	--	++	n.s.
Vorberuf: kaufmännisch mit LAP	n.s.	+++	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Vorberuf: kaufmännisch ohne LAP	+++	+	+	n.s.	---	n.s.
Vorberuf: Bau-/Baunebengewerbe mit LAP	-	--	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Vorberuf: technisch ohne LAP	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.
Vorberuf: Gastgewerbe mit LAP	-	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.
Vorberuf: Friseur u.ä. mit LAP	n.s.	+	n.s.	-	n.s.	n.s.
Vorberuf: Fleischer mit LAP		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+
Vorberuf: Sonstige mit LAP	---	n.s.	---	n.s.	+	+
Vorberuf: Sonstige ohne LAP	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	--
Behinderung: Sonst. Haut/Atemwege	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+
Behinderung: Diabetes	---	-	n.s.	--	+++	++
Behinderung: Psychosozial	---	n.s.	n.s.	---	++	n.s.
Behinderung: Oberschenkelamputation		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Behinderung: Unterschenkelamputation		+	n.s.	-	n.s.	n.s.
Behinderung: Schwere Wirbelschäden	---	n.s.	n.s.	--	n.s.	++
Behinderung: Leichtere Wirbelschäden	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.
Behinderung: Schwere Beinschäden	n.s.	+	n.s.	--	n.s.	n.s.
Behinderung: Leichtere Beinschäden	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Behinderung: Querschnittlähmung total	n.s.	n.s.	++	n.s.	-	+
Pensionsfall/begünstigter Behinderte/r	n.s.	++	n.s.	n.s.	+	n.s.
relative Anzahl der BBRZ-Maßnahmen	+++	n.s.	-	+++	---	n.s.
Besuch Berufsfindung	-	--	n.s.	n.s.	++	n.s.
kaufmännische Maßnahmenkategorie	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	++
Individualisierte Bildungsmaßnahme	---	n.s.	--	n.s.	n.s.	+++

Diese Daten können nun zu einem *Profil von potentiellen „RisikoklientInnen“* zusammengefaßt werden, also Rehabilitandengruppen, deren Merkmale auf eine signifikante Häufung von Abbrüchen im Vergleich zu anderen Arten der Beendigung (Arbeitseintritt, Abschluß) hinweisen. Das Bild wandelt sich allerdings im Vergleich der beiden Beobachtungsperioden (80-87, 88-92) deutlich.

Bis 1987 galt: Ein/e "RisikoklientIn"

- kam nicht aus OÖ (mit Wien als Faktor bei Regel- und Stmk./Vlbg. als Faktor bei Zusatzabbrüchen)
- war eher männlich;
- war entweder unter 20jährig oder älter als 35 (wenn älter, dann zusätzlich geschieden/ verwitwet);
- war entweder schwerer körperbehindert (bes. Amputationen, Hüft/Beckenschäden) sodaß auch der offizielle Grad der Behinderung höher („begünstigt“), und eine Pension möglich war;
- oder war (tw. zusätzlich) psychosozial beeinträchtigt;
- mußte (aufgrund der Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger erschwerender Ursachen) einen Rehavorbereitungslehrgang machen (der die Handicaps jedoch nicht gänzlich kompensieren konnte);
- wohnte nicht in einem BBRZ-Wohnheim;
- hatte eine "gebrochene" BBRZ-Karriere (z.B. Wechsel kaufm. <-> techn. Maßnahme, höhere Maßnahmenzahl z.B. wegen Unterbrechungen).

Ab 1988 gilt für "RisikoklientInnen": er/sie

- kommt nicht aus OÖ;
- ist entweder unter 20jährig oder älter als 35;
- hat niedrigere Schulbildung (insbesondere bei Zusatzabbruch);
- hat bereits eine vorherige Berufsbildung nicht abgeschlossen (was zwar einen Regelabschluß begünstigt, aber den Abbruch einer folgenden Zusatzausbildung fördert);
- hat eher einen ausbildungsfernen Vorberuf (d.h. nicht kaufm./techn., also Bereiche Ernährung/Dienstleistung: Gastgewerbe, Friseur, Fleischer; sonstige Berufe);
- ist entweder schwerer körperbehindert (jetzt aber bes. Wirbelsäulenschäden, Querschnittlähmungen) sodaß auch der offizielle Grad der Behinderung höher („begünstigt“), und eine Pension möglich war;
- oder ist Diabetiker oder (wie auch vorher) psychosozial beeinträchtigt;
- macht eine Berufsfindung und bricht dann eher die gewählte Regelausbildung ab;
- bricht nach einer kaufmännischen Regelausbildung die anschließende Zusatzausbildung eher ab;
- absolviert eine individualisierte Zusatzausbildungsmaßnahme (IBM; könnte allerdings darauf zurückzuführen sein, daß bei IBMs der Abschluß länger dauert und erst nach Ende der BBRZ-Betreuung eintritt).

Zusätzliche Outcome-Variable

Zur Kontrolle der Problematik, daß bei Bildung der Typen die komplementäre Kategorie des Nicht-Typs aus den sehr heterogenen anderen Typen zusammengefaßt wird, wo sich die Einflüsse verschiedener Einzelvariabler gegenseitig schwächen, mitunter sogar aufheben können, wur-

den abschließend homogene Teilmengen der Rehabilitanden gebildet, für die Informationen über unterschiedlich erfolgreiche Arten der Beendigung der Maßnahmen zur Verfügung standen:

1. Teilmenge 1: Alle Erfolgreichen (Outcome-Variable: Arbeitserfolg vs. Bildungserfolg)
2. Teilmenge 2: Alle TeilnehmerInnen ausschließlich der Regelausbildung (Outcome-Variable: Regelausbildungsabschluß vs. -abbruch)
3. Teilmenge 3: Alle TeilnehmerInnen einer Zusatzausbildung (Outcome-Variable: Zusatzausbildungsabschluß vs. Abbruch)

Die ausführlichen Modellrechnungen finden sich im Materialband. Hier sind die Ergebnisse für die Periode 1988-1992 kurz zusammengefaßt:

Bildungserfolg vs. Arbeitserfolg

Die Wahrscheinlichkeit, die Reha-Maßnahmen mit einem Bildungsabschluß erfolgreich zu beenden, verändert sich im Vergleich zur erfolgreichen Beendigung durch Arbeitsantritt (Arbeitserfolg):

- *Erhöhung* bei Ledigen, Frauen, Pflichtschülern, Älteren, bei Vorliegen von Sorgepflichten; bei Kärntnern, bei Tischlern und Bauberufen, bei Pensionsfällen;
- *Verringerung* bei NÖ oder Salzburgern; bei Vorberuf Friseur und Büroberuf; bei schweren Wirbel- oder Beinschäden.

Regelabschluß vs. Regelabbruch

Die Erfolgswahrscheinlichkeit, auf Regelmaßnahmenniveau die Ausbildung abzuschließen, verändert sich im Vergleich zu den Regelabbrechern:

- *Erhöhung* bei Frauen, Ledigen, Gebildeteren, Personen aus Landgemeinden, bei Wien, Burgenland, Kärnten, bei Tischlern, Fleischern, vorher in kaufm. oder techn. Ausbildung gewesenen Personen; bei Erkrankungen der inneren Organe, Sinnesorgane, schweren Beinschäden und totalen Querschnittlähmungen;
- *Verringerung* mit Sorgepflichten; bei Steiermärkern; bei KFZ-Mechanikern, Installateuren, Koch-Kellnerberufen, Friseuren, sehr deutlich bei sonstigen Berufen; bei Diabetes, Oberschenkel- oder Unterarmampuationen; bei Berufsfindung, Maßnahmewechsel oder individuellen Bildungsmaßnahmen.

Zusatzabschluß vs. Zusatzabbruch

Die Wahrscheinlichkeit, die Zusatz-Maßnahme mit einem Bildungsabschluß erfolgreich zu beenden, verändert sich im Vergleich zu deren Abbruch:

- *Erhöhung* bei Ledigen, aber auch bei Älteren; bei Rehabilitanden aus einer sonstigen Ausbildung kommend; bei schweren Wirbelschäden; bei technischen Ausbildungen und bei relativ entsprechender Maßnahmezahl (= geradlinigem Maßnahmenverlauf);
- *Verringerung* bei Fleischern und sonstigen Berufen; bei Pensionsfällen; bei sonst. Haut- und Atemwegserkrankungen, bei Erkrankung innerer Organe, Diabetes, Schädelverletzungen, psychosozialen Problemen, schweren Armverletzungen und totalem Querschnitt; bei vorherigem Besuch eines Rehavorbereitungslehrgangs und individuellen Maßnahmen.

3.2 Ergebnisse der Expertenrunden

3.2.1 Expertenrunde zur ersten Aktenanalyse

Den Experten wurden aufgrund der Ergebnisse der ersten Aktenanalyse folgende Fragen vorgelegt:

- Wie sind die Unterschiede zwischen Abbrechern und Abschließern in den einzelnen Merkmalsausprägungen (z.B. Behinderung und Vorberuf) zu erklären?
- Welche Hinweise gibt es für eine qualitative Unterscheidung von Regelausbildungsabbrüchen und Zusatzausbildungsabbrüchen?
- Welche zusätzlichen, in den Akten nicht oder nicht ausreichend erfaßten Umstände könnten für Abbrüche relevant sein?
- Solche Umstände können in der Rehabilitation vorgelagerten Lebensabschnitten bzw. Lebensereignissen gesucht werden. Welche solchen "kritischen Lebensereignisse" können von den Experten genannt werden?
- Mögliche Abbruchsursachen müssen auch im Ausbildungsverlauf gesucht werden. Welche Hinweise haben die Experten hierzu?
- Gibt es möglicherweise Unterschiede in der Persönlichkeit der Rehabilitanden, die einen Erfolg/Abbruch bedingen?
- Auf welche Aspekte muß in der qualitativen Befragung besonders geachtet werden?

Die Diskussionsergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (gemäß Protokoll von *Christina Heilbrunner*):

Ursachen für Abbrüche:

Hohes Ausmaß an RisikoklientInnen

Viele KlientInnen kommen zu früh nach Eintritt der Behinderung in die Ausbildung, wenn die Behinderungsbewältigung noch nicht geschafft ist. Obwohl die körperliche und/oder psychische Überforderung bereits bei Ausbildungsbeginn vorhersehbar ist, kommen sie in die Ausbildung. Während eine ärztliche Diagnose der Nichteignung aufgrund körperlicher Überforderung zumeist berücksichtigt wird, geschieht dies bei psychischer Überforderung oft nicht. Erfahrungsgemäß gibt es sehr viele RisikoklientInnen; die festgestellte „harte“ Abbruchrate von 13 und 15 Prozent ist daher erstaunlich niedrig

Kritische soziale Verhältnisse

Überschuldung, desolate soziale Verhältnisse, Wohnverhältnisse, frühere Straffälligkeit, Umgang mit Alkohol, Sektenproblematik (insbesondere 1993) können ein Abbruchsyndrom ergeben.

Psychische Belastungen

Oft ist es trotz des bereits zu Beginn erkennbaren Abbruchsrisikos (aufgrund psychischer Überforderung) sinnvoll, die Ausbildung zu versuchen. Es sollten jedoch dann auch die notwendigen Stützungsmaßnahmen abgeklärt werden.

Psychische Beeinträchtigungen / Mehrfachbehinderung

Psychische Beeinträchtigungen und Suchtproblematik sind viel häufiger als aus den Daten, die immer nur die primäre (körperliche) Behinderung nenne, ersichtlich wird. Während der Krankheitsverlauf bei körperlicher Behinderung gut prognostizierbar ist, ist dies bei psychischen Erkrankungen eher nicht der Fall.

Krankenstände, Fehlzeiten

Wenn jemand länger als 15 Tage krank ist, erfolgt eine Ausbildungsunterbrechung. Ob es danach zu einem Abbruch oder zu einer Wiederzuweisung kommt, hängt zum einen von der Dauer der Unterbrechung ab, zum anderen von der Ausbildung (Zeitpunkt), von der Häufigkeit der bisherigen Fehlzeiten und Unterbrechungen (viele taktieren) und natürlich von der Begründung (klare Diagnose vs. diffuse Angaben). Eine Prognose, die eine Wiederzuweisung begründen kann, ist besonders bei psychischen Problemen schwierig.

Zumeist frühzeitige Abbrüche

Die meisten Abbrüche erfolgen bereits im ersten Semester, wenn die Behinderungsbewältigung und das Einstellen auf die Ausbildungssituation zu leisten ist. Spätere Abbrüche sind meist krankheitsbedingt oder aber in Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen der Ausbildungssituation: psychische Belastung aufgrund der Entfernung von zu Hause, damit zusammenhängende familiäre Probleme (Scheidung), Pendeln, Situation im Wohnheim etc.

Häufig Zusammentreffen mehrerer Faktoren

Gerade im psychosozialen Bereich ein häufiges Syndrom.: z.B. Suchtverhalten trifft zusammen mit psychischer Erkrankung und eingeschränkter intellektueller Leistungsfähigkeit. Wenn in den Akten vordergründig medizinische Gründe angegeben werden, können ergänzend/verstärkend immer auch andere Ursachen maßgeblich sein (z.B. Alkohol).

Zusammenhang mit dem pädagogischen Konzept (Projektausbildungsform)

In der Projektausbildung gibt es kaum Abbrüche bzw. wenn, dann nur aufgrund von Berufseintritt oder Krankheit. Man wird auf Probleme früher aufmerksam und kann aufgrund der offenen Strukturen adäquater damit umgehen (allerdings sind gerade diese offenen Strukturen für viele KlientInnen ein Problem). Mitzuberücksichtigen ist dabei allerdings, daß die Projektausbildung erst ab dem zweiten Semester (nach dem sog. Vorschaltmodul) relevant ist, und insgesamt die meisten Abbrüche bereits im ersten Semester erfolgen (gemäß Aktenanalyse: ca. 80 %).

Zusatzausbildung als Warteschleife

Bei Abbrüchen von Zusatzausbildungen (ZA) sind ganz andere Risikofaktoren und Ursachen wirksam als in der Regelausbildung bzw. zu Ausbildungsbeginn. Viele machen eine ZA nur aus dem Grund, weil sie noch keine Arbeit gefunden haben, obwohl sie eigentlich insgesamt bereits "genug haben" von der Ausbildung. Sobald ein Arbeitsplatz gefunden ist, brechen sie ab. Viele wissen gar nicht, welche ZA sie machen wollen. Die Wahl erfolgt dann entweder zufällig oder aus sozialen Gründen, d.h. danach, welche die Klassenkollegen, die Freunde oder der/die Freund/in machen.

Mangelnde Identifikation mit dem Ausbildungsziel

Zum Teil haben KlientInnen keine Zukunftsperspektiven. Die Ausbildung wir mangels anderer Alternativen oder sozusagen "als letzte Chance" begonnen, ohne sie wirklich machen zu wollen oder von der Sinnhaftigkeit überzeugt zu sein. Dementsprechend gering ist dann auch das Durchhaltevermögen. Es kommt auch vor, daß KlientInnen nicht die von ihnen gewünschte Aus-

Ausbildung machen dürfen (z.B. wenn von den Kostenträgern für Bürokaufmann-Absolventen nur kaufmännische ZA bewilligt wird).

Wohnsituation

Die Wohnsituation der KlientInnen (insbesondere im Wohnheim Hausleitnerweg) ist nicht zufriedenstellend (2-Bett-Zimmer, Dusche und WC am Gang, desolat, Lärm, verärgerte Nachbarn, etc.) Es gibt häufig Beschwerden (z.B. Lernen sei unmöglich). Oft wird lieber auch über weite Entfernungen gependelt, um die Unterbringung im Wohnheim zu vermeiden, jedoch auch das Pendeln stellt dann mitunter eine große Belastung dar.

Finanzielle Situation während der Ausbildung

Viel bekommen hohe Transferzahlungen und genießen die Ausbildungszeit; andere bekommen sehr geringe Zuwendungen, und müssen möglichst bald fertig werden oder sogar abbrechen, weil sie es sich nicht mehr leisten können. Hinzu kommen mitunter die nach der Ausbildung zu erwartenden niedrigen Einkommen (neuer Beruf, Anfangsgehalt), wodurch die Motivation zum Abschließen der Ausbildung sinkt, und die Bereitschaft zum Abbruch bei der ersten besten Jobchance mit adäquatem Gehalt steigt.

Soziale Situation während der Ausbildung

Soziale Integration (Anschluß) ist von großer Bedeutung zur Bewältigung der Situation (Behinderung, Arbeit verloren, Neuheit der Ausbildungssituation, Trennung von zu Hause, ...)
Viele, insbesondere wenn sie im Wohnheim untergebracht sind, regredieren in ihrem Verhalten (zweite Schulzeit; Ausprobieren bzw. Genießen der zweiten Jugend); Alkohol ist ein großes Problem, auch z.T. damit in Zusammenhang auftretende Kleinkriminalität.

Weitere Gesichtspunkte

Versteckte Abbrüche

Viele werden aus sozialen, ökonomischen (im Hinblick auf die Situation der Betroffenen) oder sonstigen Gründen (es gibt keine Alternativen zur Ausbildung) bis zur Lehrabschlußprüfung (LAP) "durchgetragen". Es wird versucht, drohende Abbrüche zu vermeiden, indem Teilziele der Ausbildung reduziert werden, aber das Ziel LAP jedenfalls erreicht wird.

Recht auf Abbruch

Abbrüche sind nicht immer negativ zu werten. Wenn jemand zu der Überzeugung kommt, daß er die Ausbildung nicht will, soll er das Recht haben, sich für den Abbruch zu entscheiden

3.2.2 Expertenrunde zur vertieften Aktenanalyse

Die Vertiefung der Aktenanalyse brachte neue Aspekte, welche Merkmale die Abbruch- oder Erfolgswahrscheinlichkeit von RehabilitandInnen erhöhen oder verringern. Die Zusammenhänge schienen heterogen und nicht durch die Hypothesen der ersten Expertenrunde abgedeckt. Erklärungsbedarf bestand insbesondere in bezug auf die Bereiche Behinderungsart, Vorberuf und Reha-Maßnahme. Den ExpertInnen wurde als zentrale Frage vorgelegt:

- Bei welcher Art der Beendigung (Typen, s.o.: Arbeitserfolg, Regelabbruch, Regelabschluß, Zusatzabbruch, Zusatzabschluß) und wann (vor oder nach 1988) ist der Einfluß der verschiedenen Variablen interpretierbar (als Förderung der Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Typs der Beendigung oder Reduktion derselben)?

Einflüsse der Behinderungsart:

Psychosoziale Behinderungen, Diabetes

Höhere Abbruchwahrscheinlichkeit (zumeist Typ 2) von Menschen mit psychosozialen Behinderungen und Diabetikern (Insulinspritzen; häufig lange Zeit schlecht eingestellt; Spätschäden). Hier wurde als erste Vermutung ein Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf bzw. einer Verschlechterung (= Belastung der Umschulung nicht mehr zu bewältigen) geäußert; als zweite Vermutung kam, daß Diabetiker sich schlecht „führen" lassen (Schulung im Umgang mit der Behinderung; Autonomie), sich schwer in ein rigides System einpassen.

Schwerere Behinderungen des Bewegungsapparates

Schwerer Behinderte brechen öfter zwecks Berufseintritt ab: wird die eigene Behinderung als schwere Behinderung erlebt, erscheinen die beruflichen Chancen so stark reduziert, daß der Nutzen der Ausbildung insgesamt fraglich erscheint; bei der erstbesten Chance, wenn sich z.B. durch Praktika eine Möglichkeit zum Arbeitseintritt ergibt, wird die Ausbildung sofort abgebrochen.

Sichtbare / nicht sichtbare Behinderungen

Z.B. Beinbehinderungen (erhöhen den Arbeitsabbruch) sind sofort sichtbar; ein Arbeitgeber erkennt unmittelbar, daß bei der Beschäftigung ev. eine Förderung beansprucht werden kann (*positive soziale Auffälligkeit der Behinderung*); bei nicht sichtbaren Behinderungen ist die Beschäftigung nicht so augenscheinlich attraktiv (es werden nicht unmittelbar Förderungsmöglichkeiten assoziiert), bzw. es herrscht mehr Unsicherheit über Behinderungsauswirkungen.

Kippen von Zusammenhängen mit Dauer der Maßnahme

Je länger die Ausbildung dauert, desto eher kommt es zum Abbruch: dies trifft bei manchen Behinderungsarten stärker, bei anderen weniger zu. Insbesondere Menschen mit psychosozialen Behinderungen schaffen eine zu lange Dauer eher nicht; auch Suchtkranke, die oft solange als möglich „nur mitgetragen" werden; oder auch schwere Wirbelschäden, die bereits durch die Bewegungseinschränkungen besondere Belastungen haben.

Einflüsse der sozialen Situation, insbesondere Vorberuf und Bundesland

Entfernung, Arbeitsmarktsituation

Enferntere Bundesländer verursachen größere Probleme mit zunehmender Dauer der Ausbildung. Viele Wohnungsansuchen gegen Ende der Ausbildung; insbes. bei RehabilitandInnen aus der Steiermark sehr häufig; (z.T. auch, weil in der Zwischenzeit Beziehungen aufgebaut wurden), wenn das nicht klappt: Abbruch. Dazu ist etwa die Arbeitsmarktsituation in Kärnten außerordentlich schlecht; daher wird versucht, in Oberösterreich (oder Wien) etwas zu finden, wenn das klappt: Arbeitsabbruch.

Ernährung/Dienstleistung (Friseur/euse, Koch/Kellner, Fleischer) abbruchrelevanter Vorberuf

FriseurInnen arbeiten oft wieder im gleichen Beruf, da ihr Berufsbild („kosmetisches Bewußtsein") keinen anderen Beruf zuläßt, sie halten Kontakt zum Vorberuf während der Ausbildung (Zusatzeinkommen). Ihr Kommunikationsbedürfnis (Kontaktberuf) macht sie schwer für Büroberufe motivierbar (Regelabbrüche). Kommunikationsbedürfnis und Zusatzeinkommen trifft auch bei Koch/Kellner zu. Intellektuelle Überforderung kann eher eine Rolle spielen, z.B. auch bei Fleischern; bei Maurern nicht so relevant; machen bautechnischer Zeichner; Kontinuität gegeben; Zusatzausbildung ist im technischen Bereich nicht so schwer.

Aspekte der Reha-Maßnahmen

Wahrscheinlicherer Abbruch bei Absolvierung vorbereitender Maßnahmen

Reha-Vorbereitungen und insbesondere Berufsfindung werden nur gemacht, wenn es Unklarheiten gibt, d.h. in besonderen Problemfällen, die trotz der Vorbereitung noch höhere Abbruchraten aufweisen.

Unterschiede der Perioden (bis 1987, ab 1988)

Die Unterschiede in den Perioden vor und nach 1988 sind ev. dadurch erklärbar, daß es vorher kaum Zusatzausbildungen und Praktika gab; ev. auch durch den starken Anstieg der Oberösterreicher (derzeit über 87 %). Bis 1988 gab es einen einheitlichen RVL für kfm. und technische Ausbildungen (nur Auffrischung von Schulwissen); seit 1988 getrennt.

Wohnheimunterbringung als Erhöhung der Erfolgswahrscheinlichkeit

Positiv wirken ev. die Lerngemeinschaften; das „Mitgerissen werden" durch die anderen. Der Anteil der Wohnheimunterbringung ist seit 1988 abnehmend.

Besondere Aspekte beim Abbruch einer Zusatzausbildung

Zusatzausbildungen sind eher anspruchsvoller und werden dann (intellektuell) nicht mehr bewältigt; trifft vor allem im kfm. Bereich zu (mehr Faktenwissen; neue Fachgebiete; andere Methodik); im techn. Bereich ist der Unterschied zwischen Regel- und Zusatzausbildung nicht so groß. Zusatzausbildungen scheitern oft auch behinderungsbedingt; z.B. bei Wirbelschäden; oft sehr zeitaufwendige Therapien; Probleme mit langem Sitzen („Strebern"). Ferner sind Zusatzausbildungen oft „Warteschleife", Berufseinstieg erfolgt so bald als möglich

Weiterer Gesichtspunkt

Erweiterung der Ausbildungspalette mit Blick auf Kontinuität zum Vorberuf und in Richtung „Kontaktberufe" (Dienstleistungsberufe).

3.2.3 Expertenrunde zu den Fallstudien und zur Vorbereitung der Befragung

Den ExpertInnen wurden die ersten Ergebnisse aus den Fallstudien (s.u., S. 24ff.). vorgestellt Sie sollten interpretiert werden, und daraus Vorschläge zum Fragebogen für die schriftliche Befragung formuliert werden.

Abbruch- und Durchhaltemotive

Behinderungsbewältigung

Fehlende Akzeptanz in der Gruppe (in Zusammenhang mit der Erkrankung/Behinderung) kann zum Abbruchauslöser werden. Gut integrierte halten eher durch. Behinderungsbewältigung hat neben den medizinischen auch psychische und soziale Aspekte. Dabei sind psychische Behinderungen ein besonderes Problem.

Alkoholprobleme

Kritisierte Alkoholproblematik: Alkohol ist überall ein Problem, warum also gerade im BBRZ nicht? (parallel zum Bundesheer: Kasernierungssituation).

Allgemeine Durchhaltemotive

Positive gesundheitliche Erwartungen als Durchhaltemotiv sollten berücksichtigt werden. Bei „Zusatzausbildung als Warteschleife" ist zu beachten, daß bereits während der Berufsfindung die Entscheidung über die Zusatzausbildung fällt (Gesamtausbildungsplan); später ändern sich jedoch oft die Berufswünsche, Fähigkeiten und Neigungen werden ev. anderes eingeschätzt oder es steht eher der Wunsch nach einem Arbeitsplatz im Vordergrund. Während der Regelausbildung ist die LAP das eindeutige Ziel, erst dann machen sich die Leute Gedanken über die Zusatzausbildung oder über einen Arbeitsplatz

Kritikpunkte zum BBRZ

Berufsfindung (BF) und Reha-Vorbereitung (RVL)

Die Einschätzung durch die KlientInnen ist ev. unmittelbar nach RVL positiv (sehen die Notwendigkeit, könnten die Ausbildungsanforderungen nicht schaffen); im Nachhinein wird er als zunehmend unwichtig erachtet. Manche KlientInnen haben schon sehr klare Vorstellungen davon, was Sie wollen; sie machen weder BF noch RVL; wenn jedoch die Entscheidung erst im Haus fällt, gibt es immer viel Kritik an der Entscheidungsfindung; die mangelnde Akzeptanz erhöht die Abbruchgefahr. RVL hat auch den Sinn, Lernen zu lernen (Softeinstieg). Insgesamt verlängerte Ausbildungsdauer kann wieder negativ wirken.

Image der BBRZ-Ausbildung, Curricula

Kritik an einer zu leichten Lehrabschlußprüfung (LAP): diese ist Sache der Handelskammer. Ev. gibt es einen Zusammenhang mit den fachlichen Anforderungen bei der LAP; manche Stoffgebiete werden nur deshalb unterrichtet, weil sie geprüft werden; veraltete Curricula sind nicht BBRZ-spezifisch, sollten aber doch aktualisiert werden. Während der Ausbildung wird ehrgeizig gearbeitet und an der Relevanz verschiedener Ausbildungsinhalte (z.B. Maschineschreiben) nicht gezweifelt; wenn sie geschafft ist und nicht mehr unmittelbar wichtig, ist sie plötzlich nichts mehr wert.

Fehlzeiten

Kritik an zu vielen Fehlzeiten anderer: Werden jetzt viel stärker kontrolliert als früher (elektronisches Klassenbuch; Bestätigungen werden verlangt). Problem der Selbstverantwortung vs. strikte Kontrollen. Die Leute können sich jedoch „sehr viel leisten", ohne daß abgebrochen wird. Motivierte leiden z.T. sehr unter denen, „die sich nichts antun", z.T. profitieren sie auch, weil die Lehrer für weniger Anwesende relativ mehr tun können. Labile leiden entweder sehr oder nützen selbst soweit wie möglich Schlupflöcher aus.

Praxisdefizite der Ausbildung

Man müßte zu erfahren versuchen, was den Kritikern konkret fehlt. Generell: solche Ausbildungskritik ist an sich nicht BBRZ-spezifisch, sondern typisch für viele Ausbildungen (z.B. auch Medizinstudium). Gerade bei den Betriebspraktika gab es bei den Technikern 95% positive Rückmeldungen; ev. ist die Situation nur bei den Kaufleuten problematisch; doch seit 1992 gab es starke Veränderungen.

Kritik am Personal des BBRZ

Bei Lehrkräften sind ev. Unterschiede zwischen den Honorarkräften und hauptamtlichen Lehrern zu berücksichtigen. Bei der Psychologenkritik ist es ganz wesentlich, den Zeitpunkt der Ausbildung zu berücksichtigen (früher problematischer durch bestimmtes Personal). Sonderproblem bei den Sozialarbeitern: eine negative Beurteilung der Sozialarbeiter ist in Zusammenhang mit der Frage der Problemlösungskompetenz des Sozialarbeiter *und* der hilfesuchenden KlientInnen

zu sehen (weiter verweisen zum Psychologen oder zur Schuldnerberatung ist ok; der Sozialarbeiter kann nicht beispielsweise S 40.000,- zur Schuldenabdeckung überreichen;). Es ist auch ein Problem falscher Erwartungen und mangelnder Bereitschaft der KlientInnen, auch selbst etwas zu tun.

Hilfestellungen nach BBRZ-Ende

BBRZ ist nicht Adressat der Kritik an mangelnden Hilfestellungen. Zwar messen sowohl Kostenträger als auch KlientInnen das BBRZ an den Vermittlungen und nicht an erfolgreichen Prüfungen, doch das BBRZ hat lediglich den Auftrag, auszubilden und die KlientInnen bis zur LAP zu führen. Man könnte ev. Fragen, von wem solche Hilfen erwartet würden, allerdings stehen derzeit kaum Angebote zur Verfügung.

Verhinderung von Abbrüchen

Umgang mit Problemfällen (Frühwarnsystem)

Problemfälle aus behinderungsspezifischer Sicht sind für die Mediziner auf EDV jederzeit abrufbar. Ferner: Lehrer informieren die Fachdienste, wenn Probleme sichtbar werden; Besprechungen von Problemfällen erfolgen laufend im Team. Allerdings: wenn durch den Kostenträger abgebrochen wurden, kann das BBRZ nichts mehr tun.

Gewünschte Unterstützungen

Interessant wäre eine Frage „was wäre (bei Abbruchgedanken) hilfreich gewesen, um die Ausbildung doch zu beenden“. Dabei explizit „Hilfe und Unterstützung durch BBRZ-Personal“ berücksichtigen und nachfragen: von wem konkret?

3.3 Die qualitativen Interviews/Fallstudien

3.3.1 Die Auswahl der Fälle nach individuellen Indikatoren

Aufgabenstellung bei der Vorbereitung der Fallstudien war, anhand der signifikanten Einflußgrößen für alle Probanden, die für die qualitative Analyse als Zielgruppe in Frage kommen, einen Prognosewert für die Wahrscheinlichkeit des jeweiligen Reha-Abschlusses zu ermitteln und die Probanden damit in bestimmte, dem Untersuchungsziel entsprechende Extremgruppen zu gliedern. Aus Gründen der Erreichbarkeit und der ausreichenden Zeitdauer, um auch Folgen eines Abbruches der beruflichen Rehabilitation in der Befragung im Längsschnitt abbilden zu können, wurde die Untergruppe der Rehabilitanden 1988-1990 als Zielgruppe der qualitativen Befragung ausgewählt. Diese Gruppe umfaßte 653 Zielpersonen.

Diese Gruppe der Rehabilitanden 1988-1990 unterscheidet sich insgesamt nicht signifikant von der Gesamtgruppe 1988-1992, für die die Modelle gerechnet worden waren. Tendenziell sind jedoch 1991 und 1992 die Zusatzabschlüsse im Vergleich zu vorher rückläufig (57 zu 53 Prozent aller Formen der Beendigung), die Regelabschlüsse hingegen etwas steigend (12 zu 18 Prozent aller Formen der Beendigung).

Prognosewerte für die Arten der Beendigung

Entsprechend den Modellergebnissen (Kap.3.1.2, Tabelle 3 und Tabelle 4) wurden nun Indizes aus den Variablen mit signifikanten Einflüssen auf die Art der Beendigung für jeden Typ entwickelt. Jede Variable wurde dabei in einen Summenindex mit einem nach Stärke des partiellen Korrelationskoeffizienten und des erreichten Signifikanzniveaus bemessenen Gewicht (zwischen 1 und 4) einbezogen. Die Indizes sind als vom Modell her angebbare Wahrscheinlichkeiten zu interpretieren, ob bei einem Probanden eine bestimmte Art der Beendigung der Rehabilitation zu erwarten ist oder nicht. Auf diese Weise war dann für jeden Probanden ein Indexwert zwischen 0 (keine prognosefähigen Merkmale im Datensatz) und Maximum (zw. 18 und 25 Indexpunkte je nach Typ; d.h. alle für das Zutreffen des Typs prognosefähigen Merkmale im Datensatz). Dieser Index wurde dann in die Stufen 1 (geringere Wahrscheinlichkeit), 2 (mittlere Wahrscheinlichkeit) und 3 (höhere Wahrscheinlichkeit) eingeteilt und ergibt folgende Verteilungen innerhalb aller Probanden der Abschlußjahre 1988-1990:

Tabelle 5:
Wahrscheinlichkeitsindices für Typen der Beendigung

Wahrscheinlichkeit	"Erfolgstypen"			"Abbruchtypen"	
	Typ 1: Arbeit	Typ 3: Regelabs.	Typ 5: Zusatzabs.	Typ 2: Regelabbr.	Typ 4: Zusatzabbr.
gering wahrscheinlich	25,6	20,2	19,6	41,7	56,2
mittel wahrscheinlich	52,7	40,7	70,1	53,0	34,1
höher wahrscheinlich	21,7	39,1	10,3	5,4	9,7
Summe (N = 653)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Extremgruppenbildung: Wahrscheinliche und unwahrscheinliche Fälle innerhalb eines Typs

Als nächster Schritt war dann die Verteilung der Probanden je Typ auf die Wahrscheinlichkeitskategorien im Vergleich zu den jeweils anderen Arten der Beendigung zu erfassen, um die Extremgruppen herauszufiltern. Die folgende Tabelle gibt den entsprechenden Überblick:

Tabelle 6:
Extremgruppen nach Typen der Beendigung

Personen je Typ nach Wahrscheinlichkeiten	"Erfolgstypen"			"Abbruchtypen"	
	Typ 1: Arbeit	Typ 3: Regelabs.	Typ 5: Zusatzabs.	Typ 2: Regelabbr.	Typ 4: Zusatzabbr.
Unwahrscheinliche	17 %	11 %	17 %	34 %	47 %
Eher Wahrscheinliche	43 %	46 %	10 %	18 %	18 %
Summe (	N = 54	N = 83	N = 374	N = 85	N = 57

Während bei den Typen „Arbeitseintritt“ bzw. „Regelabschluß“ die Verteilung der tatsächlichen Art der Beendigung in Richtung der signifikant wirkenden Merkmale aus der Aktenlage tendiert, zeigt sich, daß bei den Regelabbrechern und bei den Zusatzausbildungen (Abschluß wie Abbruch derselben) der Anteil der aus den aktenkundigen Daten eindeutig prognostizierbarer Arten der Beendigung wesentlich geringer ist als der Anteil derer, die *entgegen der „Aktenlage“* abschließen bzw. abbrechen. Hier wird besonders deutlich, daß nur zusätzliche, von den Betroffenen selbst erhältliche Informationen erklären können, worauf die „BBRZ-Karriere“ beruht.

Aus den o.a. Extremgruppen je Typ wurden dementsprechend Interviewquoten gebildet, wobei eine "Kontrollgruppe" von Personen mit mittlerer Wahrscheinlichkeit des Abbruchs einer Ausbildung hinzugenommen wurde. Aufgrund der Probleme der Erreichbarkeit, der Verweigerungsrate und des fehlerhaften Adressenmaterials mußten letztendlich auch Personen interviewt werde, die erst 1991 oder später die BBRZ-Ausbildung beendet hatten. Die folgende Tabelle 7 zeigt die letztendlich durchgeführten Interviews in den einzelnen Kategorien.

Tabelle 7:
Durchgeführte Fallstudieninterviews nach Gruppen im Vergleich zur Grundgesamtheit

Extremgruppen	Interviews	Extremgruppen-größe (88-90)	Rehabilitanden 88-92
Wahrscheinliche Arbeitsabbrecher	3	23	zus. 92 (8%)
Unwahrscheinliche Arbeitsabbrecher	2	9	
Wahrscheinliche Regelabbrecher	2	29	zus. 161 (14%)
Unwahrscheinliche Regelabbrecher	4	15	
Wahrscheinliche Regelabschließer	3	38	zus. 175 (15%)
Unwahrscheinliche Regelabschließer	2	09	
Wahrscheinliche Zusatzabbrecher	2	10	zus. 91 (8%)
Unwahrscheinliche Zusatzabbrecher	3	27	
Wahrscheinliche Zusatzabschließer	5	39	zus. 651 (55%)
Unwahrscheinliche Zusatzabschließer	7	64	
Mittlere Regelabbrecher	4	41	
Mittlere Zusatzabbrecher	3	20	
Zusammen	40	324 (von 653)	1170

3.3.2 Zusammenfassung der Interviewergebnisse nach Themenbereichen

40 Rehabilitanden (der Jahrgänge 1988-1992) wurden also für die Fallstudien ausgewählt und interviewt, die aufgrund der Daten aus den BBRZ-Akten besondere hohe oder besonders geringe Wahrscheinlichkeiten für ihren tatsächlichen Abbruch bzw. Abschluß aufwiesen. 23 der Interviews wurden mit Abbrechern, 17 mit Abschließern geführt. Ca. 2/3 sind Männer, 1/3 Frauen. Ausführliche Auszüge aus den Protokollen sind im Materialband zu finden. Hier sind die wichtigsten Aspekte zusammengefaßt:

Aspekte der Ausbildung und Berufstätigkeit vor Behinderung und Rehabilitation

- Abgeschlossene Ausbildungen und kontinuierliche Berufstätigkeiten vorher dürften auch den Erfolg im BBRZ (Abschluß zumindest der Regelausbildung) fördern, sofern nicht Aspekte der (Schwere der) Behinderung oder der finanziellen Situation dazwischenkommen.
- Umgekehrt münden unterbrochene Bildungs- und Berufsbiographien vorher auch eher in Abbrüche, wenn nicht zusätzliche Aspekte die Durchhaltemotivation fördern.
- Wichtige Durchhaltemotive trotz solcher Probleme sind die Chance, über das BBRZ endlich eine Berufsausbildung nachzuholen und abzuschließen, sowie die soziale Verantwortung für Familie, oft auch in Verbindung mit einer günstigen finanziellen Situation während der Umschulung.
- Arbeitsabbrecher dürften einerseits eher Personen sein, die schon höher qualifiziert waren (z.B. Meisterprüfung) und daher trotz fehlendem Abschluß im BBRZ qualifiziert ins Arbeitsleben einsteigen können, sowie andererseits Menschen, die die erstbeste Arbeitschance angesichts einer belastenden Situation in der Ausbildung ergreifen, teilweise sogar im behinderungsauslösenden Ursprungsberuf.

Aspekte der Erkrankung/Behinderung

Aus den vorliegenden Interviews sind keine eindeutigen Hinweise auf besondere Einflüsse der Art der Erkrankung/Behinderung ableitbar. Vielmehr sind es deren Auswirkungen während der Ausbildung, die eine Rolle spielen. Schwere Unfälle mit langwierigen, komplizierten Heilungsprozessen, verbunden mit Krankenständen, wirken beispielsweise abbruchbegünstigend.

Aspekte des Ausbildungsverlaufes

Berufsfindung und Vorbereitungslehrgang scheinen keinen direkten Einfluß auf den tatsächlichen Ausbildungsverlauf zu haben. Wesentlicher sind die positive Einschätzung des Ausbildungszieles, die Bewältigung der Lern- und Leistungsanforderungen sowie die empfundene Praxisnähe der Ausbildung.

Kritik an der BBRZ-Ausbildung

Unabhängig vom tatsächlichen Ausbildungsverlauf (Abbruch bzw. Abschluß) gab es viel Kritik an der Ausbildungskonzeption und deren Umsetzung:

- das Angebot an Ausbildungsmöglichkeiten wird als zu beschränkt, zu wenig arbeitsmarktorientiert gesehen;
- desinteressierte Ausbildungskollegen lassen zuwenig positive Orientierung in der Gruppe aufkommen, es werde zu wenig getan, um dies zu steuern (z.B. Kontrolle von Fehlzeiten);
- die LAP wird als zu leicht erlangbar und daher auch am Arbeitsmarkt nicht wirklich anerkannt beurteilt;

- die Praxisorientierung der Ausbildung und die Effizienz der Betriebspraktika werden als unzureichend kritisiert;
- die fachliche Kompetenz und das Engagement der Lehrpersonen werden von ca. 1/3 negativ beurteilt, ebenso deren pädagogische Kompetenz in besonderen Bereich der Erwachsenenbildung;
- einige Befragte haben sich als Objekt (abgelehnter) „psychologischer Experimente“ gesehen;
- bei den Zusatzausbildungen wird der „inoffizielle“ Charakter und die mangelnde Anerkennung am Arbeitsmarkt beklagt;

Kritik an der Betreuung

- Durchwegs schlecht werden die Sozialarbeiter im BBRZ beurteilt;
- Psychologen werden kontroversiell beurteilt (entweder als sehr gut oder als eher schlecht);
- einige Male wird Alkohol im BBRZ als Problem angesprochen.

Der tatsächliche Abbruch

- Es gibt gemäß den vorliegenden Fallstudien klare „äußere“ Abbruchzusammenhänge: Gesundheitszustand, belastende finanzielle Situationen, lange Ausbildungsdauer bis Ende der Zusatzausbildung.
- Es dürfte aber auch „innere“ Entwicklungen geben, die aus anfangs nur wenig problematischen Situationen in einem sich verstärkenden Prozeß zum Abbruch führen, so z.B. der Sog einer desinteressierten Clique von Ausbildungskollegen, mangelnde Überbrückung von Fehlzeiten, das subjektive Gefühl, zuwenig Unterstützung im BBRZ zu erfahren.
- Abbrechern wird nach Ansicht einiger Befragter nach ihrem ersten Schritt seitens des BBRZ zuwenig „nachgegangen“, d.h. keine Gründe erfragt und kein Versuch gemacht, sie in die Ausbildung zurückzuholen.

Übergangssituation

Eine Nachbetreuung wird oft (sowohl hinsichtlich Qualität als auch Quantität) vermißt, namentlich hinsichtlich der Bewältigung einer besonderes auffälligen Behinderung außerhalb der geschützten Atmosphäre des BBRZ, der Arbeitsmöglichkeiten und hinsichtlich Art und Umfang von Förderungen. Manche Absolventen wissen etwa anfangs gar nicht, daß ihre Arbeitgeber aufgrund des Behinderteneinstellungsgesetzes oder anderen Maßnahmen für sie Förderungen beanspruchen können.

Diese Fallstudien sind - so interessant die einzelnen Gesichtspunkte auch erscheinen mögen - nur als Hinweise auf komplexe Wirkszusammenhänge zu betrachten, die in der repräsentativen Befragung von Rehabilitanden, deren Ergebnisse im folgenden dargestellt werden, bei den Fragestellungen zu beachten und in den Analysen zu verfolgen waren.

4 Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung

4.1 Aktenkundige Aspekte der Rehabilitation und Soziale Situation im Vergleich zur Grundgesamtheit

4.1.1 Vergleiche nach Rehabilitationsmaßnahmen

Vor Darlegung der wesentlichen Ergebnisse zur subjektiven Beurteilung der beruflichen Rehabilitation, der Hintergründe und Indikatoren von Abbrüchen derselben sowie zur Entwicklung der Berufs- und Lebenssituation nach Beendigung der Rehabilitation im BBRZ muß anhand der aus der Aktenanalyse verfügbaren Daten geprüft werden, ob die Befragungsergebnisse als repräsentativ und aussagekräftig für die Gesamtheit der Rehabilitanden betrachtet werden können. Dies geschieht durch Vergleich der Verteilung wichtiger Sozial- und Rehabilitationsdaten. Zugleich werden damit Merkmale der Ausgangssituation (präinstitutionelle Phase) und des institutionellen Rahmens der beruflichen Rehabilitation sichtbar.

Wichtigste Merkmale zur Beurteilung der Repräsentativität sind in unserem Zusammenhang die Anzahl und die Art der erfaßten Abbrüche, entsprechend der bei der Aktenanalyse vorgenommenen Differenzierung nach Typen der Beendigung:

Tabelle 8:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Art der Beendigung

Endeart	Befragte	Befragte	BBRZ-KlientInnen %		
	absolut	%	ges.	80-87	88-92
Abbruch wegen Arbeit (Typ 1)	31	11,0	8,0	8,2	7,9
Abbruch Regelausbildung (Typ 2)	22	7,8	16,3	19,5	13,8
Abschluß Regelausbildung (Typ 3)	65	23,1	21,1	28,8	15,0
Abbruch Zusatzausbildung (Typ 4)	26	9,3	6,6	5,1	7,8
Abschluß Zusatzausbildung (Typ 5)	137	48,8	48,0	38,4	55,6
Summe	281	100%	100%	N=929	N=1170

Während reguläre Abschlüsse einer Regel- oder Zusatzausbildung sowie die Summe von Abbrüchen (28,1 % der Befragten vs. 30,9 % der Klienten) ziemlich gut erfaßt sind, lassen sich deutliche Verschiebungen innerhalb der Gruppe der Abbrecher nach Typ des Abbruchs feststellen. Arbeits- und Zusatzabbrecher sind über-, Regelabbrecher unterrepräsentiert. Dies ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß systematisch eher Abbrecher befragt wurden, deren Ausbildungsende kürzer zurückliegt. Dementsprechend wird für die Rehabilitanden ab 1988 eine bessere Repräsentativität bei den Ausbildungsabbrechern erreicht. In dieser Gruppe ist der Anteil der Zusatzausbildungen unter allen Klienten insgesamt höher als vorher, was sich in der Häufigkeit der Wahl einer Zusatzausbildung samt höherer Chance, diese ev. abzubrechen, niederschlägt (Tabelle 9).

Analog ist die Verzerrung nach Jahr des Ausbildungsendes im Vergleich zur Grundgesamtheit zu sehen (Tabelle 10).

Tabelle 9:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Zusatzausbildung

Zusatzausbildung	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
ja	196	68,1	59,2
nein	92	31,9	40,8
Summe	288	100%	100%

Tabelle 10:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Jahr des Ausbildungsendes

Endejahr	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
1980 - 1987	93	36,6	44,3
1988 - 1992	161	63,4	55,7
Summe	254	100%	100%

Diese Verzerrungen sind hinsichtlich der Aussagekraft der Gesamtergebnisse jedoch innerhalb der Toleranzgrenzen, sodaß etwa Bewertungen des BBRZ und der dort gemachten Erfahrungen durch die Gesamtheit der befragten Klienten als hinreichend abgesichert gelten können. Zudem wird bei signifikanten Unterschieden zwischen den verschiedenen Abbruchtypen bei den folgenden Analysen stets auch hinsichtlich der Effekte des Zeitraumes des Beendigung differenziert und kontrolliert, sodaß die Verzerrungen auch inhaltlich kompensiert werden können.

Der weitere aktenkundige Verlauf der beruflichen Rehabilitation, nämlich die Absolvierung vorbereitender Maßnahmen wie Berufsfindung und Reha-Vorbereitungslehrgang zeigt ebenfalls einige leichtere Verzerrungen bei den Befragten, die auf das o.a. Gewicht der Befragung bei neueren Ausbildungsjahrgängen zurückzuführen sein dürften (Tabelle 11und Tabelle 12).

Tabelle 11:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Berufsfindung

Berufsfindung	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
ja	192	66,2	57,5
nein	98	33,8	42,5
Summe	290	100%	100%

Tabelle 12:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Reha-Vorbereitungslehrgängen.

Reha-Vorbereitung	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
ja	150	51,5	42,4
nein	141	48,5	57,6
Summe	291	100%	100%

Trotz der Zunahme an technischen Ausbildungen im BBRZ seit Beginn des Programms der beruflichen Rehabilitation (von 40,4 % aller Ausbildungen im Zeitraum 1978-1981 auf 47,7 % seit

1988, siehe Aktenanalyse) zeigt sich allerdings, daß eher Klienten mit kaufmännischer Ausbildungsrichtung bereit waren, unseren Fragebogen zu beantworten. Diese der zeitlichen Auswahl der Befragten entgegengesetzte Verzerrung läßt sich vielleicht mit der in der empirischen Sozialforschung generell beobachtbaren Tendenz erklären, bei postalischem Rücklauf eher die Extremgruppen hinsichtlich des Befragungsthemas zu erfassen. Personen mit besonders negativer und besonders positiver Einstellung zu Thema bzw. dahinterstehender Institution sind eher bereit zu antworten. Aus den qualitativen Interviewergebnissen zeigte sich, daß gerade Personen mit kaufmännischer Regelausbildung sowohl mehr Kritik als auch mehr Zufriedenheit gegenüber dem BBRZ äußerten. Auch in den Befragungsergebnissen wird dies zum Teil so sichtbar: bei den kaufm. Ausbildungen stehen im Schnitt positivere Urteile über die Struktur und Inhalt der Ausbildung durchschnittlich schlechteren Urteilen über das BBRZ-Personal gegenüber (s.u.).

Tabelle 13:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Art der Regelausbildung

Regelausbildung	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
kaufmännisch	171	59,2	52,7
technisch	118	40,8	47,3
Summe	289	100%	100%

Die Interpretation der Tabelle 14 über TeilnehmerInnen mit zumindest begonnenen Zusatzausbildungen ergibt, daß hier die kaufmännischen Ausbildungen nicht mehr überrepräsentiert sind, sondern im selben Ausmaß wie in der Grundgesamtheit vorliegen. Unterschiede sind ausschließlich auf die Zunahme individualisierter Bildungsmaßnahmen in den neueren Ausbildungsjahrgängen sowie auf den laufend erweiterten Katalog von Zusatzangeboten zurückzuführen. Daraus folgt umgekehrt, daß eher jene Personen mit kaufmännischer Ausbildung überrepräsentiert sind, die ihre BBRZ-Karriere mit der Regelausbildung beendeten.

Tabelle 14:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Zusatzausbildungen

Zusatzausbildungen		Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt
21	EDV-Kaufmann	11	5,6 %	9,0 %
23	Spediteur	23	11,7 %	11,6 %
24	Buchhaltung/Kostenrechnug	27	13,7 %	11,7 %
25	Vorb.lehrgang Lohnverrechnung	9	4,6 %	4,0 %
27	Buchhaltung/Personalverrechnung.	11	5,6 %	5,5 %
28	Reisebüroassistent	7	3,6 %	3,4 %
29	sonstige kaufm. Ausbildung	1	0,5 %	0,6 %
31	Hotel- u. Gastgewerbeassistent	2	1,0 %	1,4 %
	Kaufm. Zusatzausb. gesamt	**91**	**46,2 %**	**47,2 %**
51	Bautechn. Detailkonstrukteur	10	5,1 %	7,6 %
53	Maschinenbau Detailkonstrukteur	11	5,6 %	5,2 %
55	Raumgestaltung	4	2,0 %	4,8 %
56	Installationstechnik	12	6,1 %	7,9 %
57	Qualitätssicherung	9	4,6 %	4,8 %
58	Refa-Ausbildung	1	0,5 %	0,4 %
59	sonst. technische Zusatzausbildung	2	1,0 %	0,1 %
64	Microcomputer- /Steuerungstechnik	10	5,1 %	9,8 %
65	Elektromechaniker Starkstrom	5	2,5 %	2,2 %
67	Automatisierungstechnik	8	4,1 %	2,3 %
68	E.M.Starkstrom/Steuerungstechnik	2	1,0 %	1,9 %
69	Produktdesign	1	0,5 %	1,8 %
70	Umweltschutztechnik	-	-	1,2 %
71	CAD	6	3,1 %	-
72	Elektronikpaß	4	2,0 %	-
	techn. Zusatzausbildungen gesamt	**85**	**44,2 %**	**45,7 %**
99	Individuelle Zusatzausbildungen	19	9,6 %	2,6 %
	Summe	197	100%	1247 = 100%

Sonstige überprüfte institutionelle Merkmale, wie das Wohnen im Wohnheim, zeigen keine Unterschiede zwischen Befragten und Grundgesamtheit.

4.1.2 Vergleiche nach sozialer Situation und Behinderung

Die regionale Streuung der Befragten deckt sich gut mit der Verteilung in der Grundgesamtheit aller Klienten. Lediglich OÖ. sowie die benachbarten Bundesländer Salzburg und Niederösterreich sind leicht überrepräsentiert, was auch in dem dort verfügbaren aktuelleren Adressenmaterial begründet sein dürfte.

Tabelle 15:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Bundesland

Bundesland	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
Vorarlberg	2	0,7	1,2
Tirol	4	1,4	1,9
Salzburg	17	5,9	4,2
Oberösterreich	170	59,4	55,2
Niederösterreich	31	10,9	10,3
Wien	10	3,5	3,3
Burgenland	10	3,5	3,4
Kärnten	13	4,6	6,9
Steiermark	29	10,1	13,6
Summe	286	100%	100%

Nach Merkmalen der sozialen Situation deckt sich die demographische Struktur unserer Befragten gut mit der Grundgesamtheit:

Tabelle 16:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Geschlecht, Familienstand und Lebensalter

Merkmal	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
Geschlecht			
männlich	225	76,8	80,0
weiblich	68	23,2	20,0
Familienstand			
ledig	114	38,9	72,4
verheiratet/gesch./verw.	179	61,1	27,6
Lebensalter			
- 29	90	31,2	25,0
30 - 34	104	36,1	37,0
35 - 39	44	15,3	20,6
ab 40	50	17,4	17,4

Das Lebensalter in Tabelle 16 ist auf den Befragungszeitraum 1995 bezogen standardisiert. Daß der Anteil Verheirateter sich verdoppelt hat, ist eine normale biographische Entwicklung, wenn man das Alter beim Abgang aus dem BBRZ berücksichtigt. 50,8 % bzw. in der Grundgesamtheit sogar 52,9 % waren unter 25 Jahren, somit ist eine Eheschließung/Familiengründung im Anschluß an die berufliche Rehabilitation erwartbar. Im Sinne einer erfolgreichen Gesamtrehabilitation ist die Gründung einer eigenen Familie durch die Rehabilitanden in einem dem österreichischen Durchschnitt entsprechenden Ausmaß übrigens als (Teil-)Erfolg zu werten.

Leicht verzerrt sind unter unseren Befragten die Extremgruppen der Altersverteilung zum Zeitpunkt des Verlassens des BBRZ im Vergleich zur Grundgesamtheit. Unter 20-Jährige sind unterrepräsentiert, und über 35-Jährige überrepräsentiert.

Tabelle 17:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Austrittsalter

Austrittsalter	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
- 19	12	4,7	9,0
20 - 24	117	46,1	43,9
25 - 29	58	22,8	25,1
30 - 34	31	12,2	11,2
ab 35	36	14,2	10,8
Summe	254	100%	100%

Der höchste erreichte Bildungsabschluß unserer Befragten zeigt eine Verzerrung gegenüber der Grundgesamtheit, die einerseits auf das gewählte Erhebungsinstrument zurückzuführen sein dürfte. Bei postalischer Befragung tendieren besser Gebildete eher dazu zu antworten. Die auf den ersten Blick überraschende stärkere Präsenz der Personen ohne Lehrabschluß erklärt sich sofort aus der Art der Fragestellung: Bildung wurde nach Abschlüssen vor der beruflichen Rehabilitation gefragt. Jene Befragten, die über das BBRZ einen Lehrabschluß erreichten, aber vorher noch keine abgeschlossene Berufsausbildung hatten, waren ebenfalls stärker motiviert, den Fragebogen zu beantworten. Dieses Erfolgserlebnis als Motivationsfaktor der Antwortbereitschaft zeigt sich auch, wenn man die Anteile von Ausbildungsabbrechern (vor der Rehabilitation) vergleicht. 27 % Abbrechern in der Grundgesamtheit stehen 33 % bei den Befragten gegenüber.

Tabelle 18:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Schulbildung

Schulbildung	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
Pflichtschule	93	32,1	24,8
Lehre	167	57,6	72,4
Höhere Schule	30	10,3	2,8
Summe	290	100%	100%

Ein weiteres aus der Aktenlage bekanntes Merkmal ist der (erlernte) Vorberuf der Klienten. Im Fragebogen wurde zusätzlich nach dem zuletzt vor Beginn der beruflichen Rehabilitation ausgeübten Beruf gefragt. Die erlernten Vorberufe sind im großen und ganzen durch unsere Befragten gut im Vergleich zur Grundgesamtheit abgedeckt. Die meisten Unterschiede (vor allem bei den technischen Berufen) ergeben sich aus der großen Restkategorie der Grundgesamtheit „sonstige Ausbildung/Anlehre“, wo viele angelernte technische bzw. Produktionsberufe subsumiert sind, die von den Befragten dann einem konkreten Berufsfeld zugeordnet wurden (z.B. „Bauarbeiter“ subsumiert den Hilfsarbeiter wie den gelernten Maurer).

Tabelle 19:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Vorberuf

Berufsgruppe	Befragte: erlernter Beruf (1)	Befragte: letzter Beruf v. Reha (1)	BBRZ gesamt erlernter Beruf (2)
Kaufmänn./Büro-Berufe	9,1	7,5	4,5
kaufm. Ausbildung/Anlehre	n.e.	n.e.	5,2
Kaufm./Büroberufe zusammen	**9,1**	**7,5**	**9,7**
Tischler/in u. verw. Berufe	6,8	5,6	6,1
KFZ-Berufe	5,6	2,3	5,9
Metallberufe	16,3	15,7	11,9
Bau/Bauneben-Berufe	15,5	14,3	11,1
Elektroberufe	5,2	4,5	2,8
Installateur/in u. verw. Berufe	8,7	5,3	2,1
technische Ausbildung/Anlehre	n.e.	n.e.	8,7
technische Berufe zusammen	**58,1**	**47,7**	**48,6**
Gastgewerbe-Berufe	7,9	10,5	7,7
Bäcker/in, Konditor/in	4,8	4,1	2,6
Friseur/se u. verw. Berufe	5,6	4,5	3,5
Fleischer/in	1,2	n.e.	1,4
Ernährung und pers. Dienst zus.	**19,5**	**19,1**	**15,2**
Kraftfahrer/in	n.e.	6,0	n.e.
sonstige Berufe	13,5	19,6	4,5
sonstige Ausbildung/Anlehre	n.e.	n.e.	22,6
Sonstige Berufe zusammen	**13,5**	**25,6**	**26,7**
Summe	100 % N = 252	100% N=266	100% N=1038

(1) In der Befragung wurden die erlernten/zuletzt ausgeübten Berufe offen abgefragt; die Befragten unterschieden dabei nicht zwischen Lehre, Anlehre und sonstiger Berufsausbildung (z.B. BMS).

(2) In den BBRZ-Akten sind Lehrberufe und sonstige Ausbildungen (diese leider nur pauschal nach Berufsbereich) getrennt erfaßt, allerdings erst seit 1988. Daher war diese Information nur für 1.038 Klienten (von 2.099 seit Beginn der BBRZ-Ausbildungen) verfügbar.

n.e. = nicht erfaßt; verw. = verwandte Berufe

Schlüsselt man die Differenzen zwischen erlerntem und zuletzt vor der Rehabilitation ausgeübtem Beruf auf, so zeigt sich, daß nur 147 Befragte noch im erlernten Beruf tätig waren (von 252 mit bekanntem Beruf, das sind 58 %). Von den 105 Wechslern gaben 86 (81 %) an, wegen der ursprünglichen Erkrankung/Behinderung auf einen anderen Beruf umgesattelt zu sein.

Abschließend sei noch ein Blick auf Merkmale der Behinderung geworfen. Die Behinderung war im Fragebogen nach jenen Kategorien anzugeben, die aus der vertieften Aktenanalyse gebildet worden waren (ausgenommen die dort extra ausgewiesenen Tumor/Krebserkrankungen, die hier unter „Erkrankung/Verletzung innerer Organe“ subsumiert sind):

Tabelle 20:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Behinderungskategorien

Behinderungskategorie	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
Haut, Atemwege (inkl. Staublunge)	28	9,6	7,9
Innere Organe (außer Staublunge)	19	6,5	7,9
Diabetes	5	1,7	1,3
Schädel-Hirn	23	7,8	4,5
Epilepsie	7	2,4	1,9
Sinnesorgane	22	7,5	4,8
Psychosoziale Problemlagen	10	3,4	6,9
Oberschenkelamputation	7	2,4	1,6
Unterschenkelamputation (inkl.Fuß, Zehe)	2	0,7	1,1
Oberarmamputation	6	2,0	0,8
Unterarmamputation (inkl. Hand/Finger)	6	2,0	1,9
schwere Schäden an den Armen/Händen	24	8,2	3,4
leichtere Schäden an den Armen/Händen	15	5,1	5,4
schwere Schäden an der Wirbelsäule	58	19,8	4,2
leichtere Schäden an der Wirbelsäule	56	19,1	19,1
schwere Schäden an der Hüfte	25	8,5	2,3
leichtere Schäden an der Hüfte	17	5,8	5,3
schwere Schäden an den Beinen/Füßen	59	20,1	4,4
leichtere Schäden an den Beinen/Füßen	40	13,7	18,4
Querschnittlähmungen (auch tw.)	15	5,1	4,6
Beeinträchtigung der Gesamtbeweglichk.	13	4,5	7,3
Sonstige	68	12,0	6,9

Außer bei den zwischen „leichter“ und „schwerer“ differenzierten Einschätzungen der Behinderungen am Bewegungsapparat (Arme/Hände, Wirbelsäule, Hüfte, Beine/Füße) und bei den psychosozialen Problemen liegen die Behinderungen der Befragten im Vergleich zur Grundgesamtheit innerhalb der Schwankungsbreite des Zufalls. Systematisch sind jedoch mehr schwerere Bewegungsapparatschäden angegeben. Dies ist einerseits auf die Unschärfe der Kategorisierung anhand der Aktenlage zurückzuführen: nur eindeutig als solche erkennbare Behinderungen wurden als „schwer“ eingestuft, und die Kategorie „leichtere Schäden“ umfaßt in der Grundgesamtheit auch alle nicht näher definierbaren Angaben. Die Befragten konnten hier eine präzisere Angabe machen. Darüber hinaus besteht die Tendenz, die eigene Behinderung eher als schwerer zu klassifizieren als eine rein medizinische Diagnose ergeben würde. Dazu kommt als weiterer Faktor, daß in einem weitaus höheren Maß Mehrfachbehinderungen/-beeinträchtigungen sichtbar wurden als es in der Aktenanalyse feststellbar war (Tabelle 22).

Hinsichtlich der *Behinderungsursache* standen nur die Daten aus der Absolventenanalyse 1984 zum Vergleich zur Verfügung. Die dort erhobenen Daten zeigen eine gute Übereinstimmung mit unseren Befragten (Tabelle 21):

Tabelle 21:
Befragte und AbsolventInnen (1975-1983[1]) nach Behinderungsursache

Behinderungsursache	Befragte absolut	Befragte %	Absolventen 1975-1983 %
Berufsbed. Behinderung gesamt	*90*	*31,0*	*33,7*
Arbeitsunfall	39	13,5	20,2
Berufskrankheit	51	17,5	4,5
Sonstiges[2]	-	-	9,0
Andere Behinderungen gesamt	*200*	*69,0*	*64,3*
Freizeitunfall	90	31,0	30,3
Sonstige Erkrankung	82	28,3	25,1
Behinderung seit Geburt	28	9,7	9,0

(1) Befragungsergebnisse aus Blumberger/Denz/Frischenschlager 1991, S.32

(2) "Sonstiges" war 1995 nicht als eigene Kategorie vorgegeben und wird aufgrund der Ergebnisse 1984 (nur 4,5 % Berufskrankheiten, aber 9,0 % "Sonstige") zu den berufsbedingten Erkrankungen gerechnet, da bei den Befragten die restriktive Definition der Kostenträger ("medizinisch anerkannte Berufskrankheit") nicht reproduziert wird, sondern mit dem Beruf in Verbindung stehende Erkrankungen und Behinderungen zumeist als "sonstige Behinderung" angegeben worden sein dürften.

Die dort erhobenen Daten zeigen eine gute Übereinstimmung mit unseren Befragten. Der leichte Rückgang berufsbedingter Behinderungen entspricht dem österreichischen Trend.

Tabelle 22:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Zahl der Behinderungen

Zahl der Behinderungen	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
eine	155	52,9	79,8
zwei	74	25,3	18,8
drei	64	21,8	1,4
Summe	293	100%	100%

Zuletzt ist noch zu prüfen, wie das Merkmal „begünstigter Behinderter“ im Vergleich gegeben ist. Weitaus mehr Begünstigte sind unter den Befragten als solche Personen in der Grundgesamtheit vertreten sind. Da die Aktenlage den Status während bis maximal zu Ende der Rehabilitation widerspiegelt, kann nicht verwundern, daß seither die Zahl der Begünstigten gestiegen ist. Nicht nur die mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes trägt dazu bei, sondern auch die wachsende subjektive Bereitschaft, bei bereits vorhandener „ausreichender“ Behinderung einen entsprechenden Feststellungsbescheid anzustreben.

Tabelle 23:
Befragte und BBRZ-Klienten nach Merkmal „Begünstigte/r Behinderte/r“.

Begünstigt	Befragte absolut	Befragte %	BBRZ gesamt %
ja	126	44,1	29,6
nein	160	55,9	70,4
Summe	286	100%	100%

4.2 Verlauf und Beurteilung der Rehabilitation im BBRZ

4.2.1 Allgemeine Aspekte

Vorbereitung und Entscheidungsfindung bei der Ausbildungswahl

Der Einstieg in die Rehabilitation erfolgt bei der Mehrheit der Befragten über eine vorbereitende Maßnahme. 66,7 % aller Befragten durchliefen die Berufsfindung (BF), 51,5 einen Rehavorbereitungslehrgang (RVL), und immerhin 33,7 % beide Vorbereitungen. Nur 16,7 % stiegen direkt, ohne BF oder RVL, in die Reha-Ausbildung ein.

Ob und welche vorbereitende Maßnahme durchlaufen wurde, steht in Zusammenhang mit dem Vorberuf (erlernter Beruf, zuletzt ausgeübter Beruf, berufliche Kontinuität vorher) und der Art der Behinderung (Ursache, Kategorie, Schwere der Behinderung). Im folgenden sind signifikante Wirkungen (Signifikanzniveau mindestens 95%) zusammengefaßt:

Tabelle 24:
Signifikante Einflüsse auf die Maßnahme: Berufsfindung

Einflußvariable/	**Berufsfindung absolviert**	
Kategorie	ja	nein
Rehabilitationsmaßnahmen vor BBRZ		
keine Maßnahme vorher	59,1	40,9
mindestens eine gemacht	78,9	21,1
Art der Behinderung		
Oberarmamputation	100,0	0,0
Diabetes	25,0	75,0
Schwere Hüft-/Beckenschäden	84,0	16,0
Zuletzt ausgeübter Beruf		
kaufmänn./ Büroberuf	65,0	35,0
techn. Beruf	64,8	35,2
Ernährung/ persönl. Dienste	56,9	43,1
Sonstiger Beruf	76,1	24,9
Berufliche Kontinuität vorher		
keine Kontinuität vorhanden	77,6	22,4
Berufswechsel wg. Erkrankung/Behind.g	71,4	28,6
Kontinuität gegeben	62,6	37,4
Summe jeweils (N = 290)	**66,2**	**33,8**

Die Wahrscheinlichkeit, zum Einstieg eine Berufsfindung zu machen, steigt also mit (oft bereits behinderungsbedingten) *Diskontinuitäten*: bei vorherigen Rehabilitationsversuchen (z.B. Berufsorientierung über die AMV), bei bestimmten Behinderungen, die besondere Sorgfalt der Ausbildungs- und Berufsneuwahl angezeigt erscheinen lassen (Verlust eines Armes, schwere Beeinträchtigung der Beweglichkeit, hingegen nicht bei Diabetes), bei Vorberufen, die die Wahl nicht von vornherein nahelegen (wie im Bereich Ernährung und persönliche Dienste bzw. sonstige Vorberufe) und bei eindeutiger beruflicher Diskontinuität (Arbeit in einem anderen als dem erlernten Beruf, hier auch signifikant bei behinderungsbedingtem Wechsel).

Tabelle 25:
Signifikante Einflüsse auf die Maßnahme: Reha-Vorbereitung

Einflußvariable/	**Reha-Vorbereitg. absolviert**	
Kategorie	ja	nein
Rehabilitationsmaßnahmen vor BBRZ		
keine Maßnahme vorher	46,5	55,5
mindestens eine gemacht	60,4	39,6
Art der Behinderung		
berufsbedingte Erkrankung/Behinderung	64,0	36,0
andere Erkrankung/Behinderung	46,7	53,3
Schädel-/ Hirnschäden	34,8	65,2
Leichtere Wirbelschäden	62,5	37,5
Erlernter Beruf		
kaufmänn./ Büroberuf	21,7	78,3
techn. Beruf	55,9	44,1
Ernährung/ persönl. Dienste	61,2	38,8
Sonstiger Beruf	44,1	55,9
Summe jeweils (N = 291)	**51,5**	**48,5**

Das Durchlaufen eines RVL hängt weniger mit der beruflichen Kontinuität als mit allgemeinen Behinderungshintergründen zusammen. Verwunderlich erscheint zunächst, daß Schädel-Hirn-Verletzungen die Wahrscheinlichkeit senken, leichtere Wirbelschäden hingegen erhöhen. Erklärungsbedürftig ist auch die signifikante Wirkung des erlernten Berufes: Tätigkeiten im kaufmännischen bzw. Bürobereich senken die Wahrscheinlichkeit deutlich, im Bereich Ernährung und persönliche Dienste steigt diese hingegen an. Dahinter dürfte die höhere Wahrscheinlichkeit bei berufsbedingten Behinderungen (Arbeitsunfälle, berufsbedingte Erkrankungen) und die geringere bei sonstigen Schäden stehen, die die jeweilige Politik der beteiligten Kostenträger hinsichtlich der Finanzierung eines RVL widerspiegeln.

Die Bedeutung der Reha-Vorbereitungslehrganges für die weitere Ausbildung wird von immerhin 48,7 % der Teilnehmenden als sehr wichtig eingeschätzt, allerdings nicht überdurchschnittlich von denen, die ihn eher besuchen (Rehabilitanden mit berufsverursachten Schäden), sondern am meisten von Rehabilitanden mit Behinderungen seit der Geburt (77 % meinten, der RVL sei sehr wichtig gewesen !).

Hinsichtlich der subjektiven Gründe der Berufswahl konnten die Befragten eine Reihe von Motiven als zutreffend oder nicht bezeichnen, die hier nach grundsätzlicher Ausbildungsrichtung (kaufmännische vs. technische Regelausbildung) differenziert dargestellt sind (Tabelle 26).

Bei Betrachtung diesbezüglicher Unterschiede fällt auf, daß bei den technischen Ausbildungen im BBRZ die berufsbezogenen, "intrinsischen" Motive (Interesse, Kontinuität) stärker genannt werden, während die anderen, "extrinsischen" Motive (Alternativenmangel, Beispiele anderer, Arbeitsplatzhoffnungen) bei den Kaufleuten öfter vorkommen. Wie später gezeigt werden kann, ist eine solche "extrinsische", weniger identitäts- und biographierelevante Motivation *der Kern eines wichtigen Abbruchsyndroms*, von dem vor allem die betroffen sein dürften, die einen Reha-Ausbildungsberuf ohne Verbindung zu früheren Berufstätigkeiten wählten (wählen mußten). Dies trifft vor allem die Berufe aus dem Bereich Ernährung und persönliche Dienste (Bäcker, Fleischer, Koch, Kellner, Friseur) sowie sonstige Berufe, die jedenfalls das Berufsfeld völlig

wechseln müssen, sowie viele handwerkliche Berufe, die behinderungsbedingt auf kaufmännische Ausbildungen umsteigen müssen (s. Tabelle 27).

Tabelle 26:
Gründe der Wahl des Regelausbildungsberufes nach gewählter Richtung

genannte Wahlmotive	kaufmänn.	technisch	gesamt
Ich habe mich immer schon für diesen Beruf interessiert.	29,6	45,2	36,0 %
Für diesen Beruf konnte ich die Kenntnisse und Erfahrungen aus meiner vor der Rehabilitation ausgeübten Tätigkeit gut verwerten.	14,0	35,7	23,1 %
Ich hatte zuwenig Information über andere Möglichkeiten.	15,7	12,2	14,7 %
Ich hatte keine klaren Vorstellungen und habe deshalb den Ausbildungsvorschlag der Berufsfindung angenommen.	21,7	13,0	18,0 %
Beispiele oder Gespräche im Freundes-, Bekannten- oder Verwandtenkreis waren für die Berufswahl ausschlaggebend.	6,6	6,0	6,3 %
Für diesen Beruf gab es günstigere Arbeitsplatzprognosen als für andere.	18,7	14,8	16,9 %
Hinweise und Beispiele von behinderten Kollegen sprachen für diesen Beruf.	6,0	1,7	4,2 %
Ich erwartete mir günstige Verdienstmöglichkeiten.	10,8	9,6	10,2 %
Ich hätte lieber etwas anderes gemacht, aber das war nicht möglich.	30,5	15,6	25,6 %

Tabelle 27: Gewählte Ausbildungsrichtung nach Vorberuf

Ausbildungswahl	nach erlerntem Beruf		nach letztem Beruf	
Berufsfeld der Vorberufe	kaufmänn.	technisch	kaufmänn.	technisch
Kaufmänn./ Büroberufe	95,6	4,4	100,0	0,0
handwerkl.-technische Berufe	43,7	56,3	42,0	58,0
Ernährung und persönl. Dienste	71,4	28,6	78,0	22,0
sonstige Berufe	67,6	32,4	58,2	41,8
Zusammen (N=262; je 100%)	**57,3**	**42,7**	**57,6**	**42,4**

Beurteilung der Ausbildung und des BBRZ-Personals (Lehrende, Fachdienste)

Zur Beurteilung der Ausbildungssituation sind folgende Fragen auszuwerten: die Beurteilung der Lern- und Leistungssituation, die Einschätzungen der Ausbildung insgesamt nach innerer und äußerer Qualität (Angebotspalette, Berufsrelevanz, Disziplin, Didaktik) sowie die Beurteilung der Leistungen des beteiligten Personals (Pädagogen, Fachdienste). Alle diese Beurteilungen wurden nach Zusammenhängen mit einem Bündel möglicher Einflußfaktoren untersucht, und signifikante Einflüsse (95% -Niveau) der folgenden Variablen sind im folgenden beschrieben:

- Behinderungsursache

- Anzahl der Behinderungen
- Absolvierung vorbereitender Maßnahmen
- Ausbildungsrichtung
- Form der Ausbildung (traditionell, Projektform)
- Entwicklung der gesundheitlichen Situation während der Rehabilitation
- Wohnen in einem BBRZ-Heim

Lern- und Leistungssituation allgemein

Die Lern- und Leistungssituation wurde von ca. 2/3 der Befragten als ganz gut zu bewältigen empfunden (64 % während der Regel-, immerhin noch 60 % während der Zusatzausbildung). Allerdings steigt der Anteil derer, die Schwierigkeiten hatten, von 9 % auf 19 % während der Zusatzausbildung. *Hauptfaktor der Beurteilung der Leistungssituation ist die Schwere und Entwicklung der Erkrankung/Behinderung*: die Wahrscheinlichkeit für Schwierigkeiten steigt während Regel- und Zusatzausbildung mit Absolvierung eines RVL, wenn die medizinische Rehabilitation als noch nicht abgeschlossen betrachtet wurde (zu früher Ausbildungsbeginn), und wenn die Ausbildung mit größeren gesundheitlichen und psychischen Belastungen verbunden war. Während der Regelausbildung kommen neben weiteren gesundheitlichen Aspekten (Mehrfachbehinderungen, Verschlechterung der Gesundheitszustandes und viele Krankenstände) auch Aspekte der Ausbildung hinzu: technische Regelausbildungen werden als schwieriger empfunden, und die Absolvierung einer Berufsfindung (Indikator für Berufsfeldwechsel bei der Ausbildung im Vergleich zum erlernten/letzten Beruf) indiziert ebenfalls signifikant höhere Schwierigkeiten.

Allgemeine Beurteilung der Ausbildung

Zur allgemeinen Beurteilung der Ausbildung waren Stellungnahmen zu einer Reihe von Statements abzugeben (siehe Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 28). Eine Faktorenanalyse ergab drei *Urteilsdimensionen: Inhaltliche Qualität des Unterrichts; Leistungskontrolle/Disziplin; äußerer Stellenwert der Ausbildung*. Die Urteile sind hier auf eine Beurteilung nach dem Notenschema 1-5 umgerechnet, um sie mit den direkten Beurteilungen des Personals vergleichbar zu machen (Tabelle 28).

Es zeigt sich, daß die *Unterrichtsqualität am besten beurteilt* wird (insgesamt Note "gut"), wozu das Urteil über die Lehrenden am meisten beiträgt: Fachkompetenz, Engagement und didaktische Qualität (Vermittlung, Erwachsenengrechtigkeit). Dieses Urteil spiegelt sich auch in der Gesamtnote für das Ausbildungspersonal (1,9 - s.u.). Leistungsförderung und Vorbereitung auf die Berufspraxis schneiden da im Schnitt schon etwas schlechter ab. Dementsprechend wird die Unterrichtsdisziplin nur mehr mit "befriedigend" benotet. Am schlechtesten wird der äußere Stellenwert der Ausbildung eingeschätzt (insgesamt noch befriedigend"), wobei die mangelnde formelle Anerkennung der Zusatzausbildungen sowie die begrenzte Auswahl an Ausbildungsmöglichkeiten (diese erhält nur ein "genügend") am schlechtesten abschneidet. Auch hier zeigen sich die *Qualität der Behinderung und die Entwicklung der Gesundheit* als wichtigste Einflußfaktoren.

Tabelle 28:
Beurteilung der BBRZ-Ausbildung nach Dimensionen und Schulnoten

Urteilsdimensionen/ Einzelaspekte	**Durchschnitts-note**
Unterrichtsqualität	*2,16*
Fachkompetenz der Lehrenden	1,91
Engagement der Lehrenden	1,94
Didaktik	2,01
Erwachsenenadäquanz	2,08
Leistungsförderung	2,31
Berufsrelevanz	2,34
Praxisorientierung	2,55
Unterrichtsdisziplin	*2,96*
Leistungswille in der Gruppe	2,85
Teilnahmekontrolle	3,06
Externer Stellenwert	*3,15*
Ruf der BBRZ-Ausbildung	2,73
Arbeitsmarktadäquanz	2,84
formelle Anerkennung Zusatzausbildungen	3,26
Angebot an Umschulungsberufen	3,75

Bei der Unterrichtsqualität wird die Beurteilung der Lehrenden (Kompetenz, Engagement und Didaktik) sowie die Erwachsenenadäquanz dann signifikant schlechter beurteilt, wenn die medizinische Rehabilitation noch nicht abgeschlossen erschien, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechterte oder wenn starke Belastungen verspürt wurden, umgekehrt schlagen sich Verbesserungen des Gesundheitszustandes in besseren Urteilen nieder. Bei der Berufs- und Praxisrelevanz kommen die Anzahl der Behinderungen (je höher, desto geringer wird diese eingeschätzt), die Behinderungsursache (berufsbedingte sowie seit Geburt vorhandene Schäden erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines besseren Beurteilung der Berufs- und Praxisrelevanz) sowie die Ausbildungsrichtung dazu: kaufmännische Ausbildungen werden als weniger berufs- und praxisrelevant eingeschätzt.

Bei der Unterrichtsdisziplin wirkt sich die Form des Unterrichts (traditionell vs. Projektform*) bei Projektunterricht in negativeren Urteilen über den Leistungswillen* der Gruppe und die Förderung des eigenen Leistungswillens aus. Auch neigen TeilnehmerInnen technischer Ausbildungen zu kritischeren Urteilen, ebenso Absolventen ab 1988.

Einkommensentwicklung und Wohnsituation hingegen wirken sich auf das Urteil über den *externen Stellenwert* der Ausbildung aus: BBRZ-Heimbewohner meinen eher, das Angebot an Umschulungsberufen sei nicht ausreichend, und Personen, deren Einkommenssituation sich gegenüber früher während der Rehabilitation verschlechterte, klagen über mangelnden Ruf und zuwenig formale Anerkennung der BBRZ-Ausbildung. Denselben Effekt haben Besuche einer vorbereitenden Maßnahme: Berufsfindung und Reha-Vorbereitung erhöhen die Klage über den mangelnden Ruf und die Anerkennung der BBRZ-Ausbildung.

Beurteilung des BBRZ-Personals

Das BBRZ-Personal konnte in den Kategorien der einzelnen Fachdienste bzw. des Lehrpersonals nach dem Notensystem hinsichtlich der Betreuungsqualität beurteilt werden:

Tabelle 29:
Durchschnittsnoten für die Betreuung durch BBRZ-Personal

Personalkategorie	Durchschnitts-note:
Ausbildungspersonal (Pädagogen)	1,88
Medizinische Fachdienste	2,19
Sozialarbeiter	2,24
Sozial- und Berufspädagogen	2,28
Reha-Beratung	2,28
Psychologen	2,66
Betriebskontaktereferat	2,84

Am besten wird das Lehrpersonal beurteilt, gefolgt von medizinischem Fachdienst, Sozialarbeitern, Sozial- und Berufspädagogen ex aequo mit der Reha-Beratung. Schlußlicht bilden Psychologen und Betriebskontaktereferat. Nun zu möglichen verursachenden Zusammenhängen:

- Bei den Lehrern bestätigt sich das Bild aus der Ausbildungsbeurteilung: bessere Gesundheit während der Ausbildung fördert ein positives Urteil.
- Das Urteil über den medizinischen Dienst (MD) fiel bei einer Unterbringung in einem BBRZ-Heim deutlich schlechter aus, ebenso bei Mehrfachbehinderungen. Wer also mehr Betreuungserfahrungen hatte, gab schlechtere Noten.
- Sozialarbeiter werden deutlich besser beurteilt, wenn die Rehabilitation mit einer Berufsfindung begann. Mehrfachbehinderungen und gesundheitliche Verschlechterungen ergeben eher schlechtere Noten, ebenso Unterbringung im BBRZ-Heim. Die Heimunterbringung ist auch die einzige Variable, die das Urteil über die Sozial- und Berufspädagogen negativ beeinflußt. Auch hier gilt also: Betreuungsmöglichkeit in Verbindung mit Betreuungsbedürfnissen ergibt schlechtere Urteile.
- Auch bei den Reha-BeraterInnen ergibt sich dasselbe Bild: gesundheitliche Probleme und Heimunterbringung = schlechtere Noten.
- Der psychologische Dienst wird zusätzlich (neben dem o.a. Syndrom) von Absolventen der Projektform der Ausbildung und korrespondierend von Personen mit Maßnahmenendejahr 1988 und später negativer beurteilt.
- Ein Sonderfall ist das am schlechtesten bewertete Betriebskontaktereferat. Neben dem Behinderungs-/Gesundheitssyndrom wirken sich hier einerseits *konkrete Erfahrungen in besseren Urteilen* aus: die Note wird mit der Anzahl absolvierter Praktika besser, und wer BBRZ-Hilfe beim Finden des ersten Arbeitsplatzes als Faktor angab, urteilte ebenfalls deutlich besser. Wer nach Reha-Ende länger arbeitslos war und den ersten Arbeitsplatz durch Eigeninitiative fand, vergab hingegen tendenziell die schlechtere Note. Enttäuschte Erwartungen an das BBRZ beim Übergang von der Institution ins "ungeschützte Leben" dürften sich gerade bei dem Fachdienst niederschlagen, der für einen zentralen Bereich der Außenwelt zuständig ist: eben dem Betriebskontaktereferat, zuständig für Arbeit und Beruf.

Die Entwicklung der gesundheitlichen und sozialen Situation

Gesundheitliche Situation

Die gesundheitliche Situation ist bereits als wichtiger Einflußfaktor bei der Beurteilung von Ausbildung und Personal angesprochen worden. Details zu den Angaben der Befragten ist Band 2 (Ergebnisfragebogen, Frage 32) zu entnehmen. Zu notieren wäre, daß sich bei fast 40 % die gesundheitliche Situation während der BBRZ-Ausbildung wesentlich gebessert hat. Folgende Probleme traten auf (gereiht nach Häufigkeit):

- Hohe gesundheitliche Belastungen durch die Ausbildung: 26 %;
- Häufige Krankenstände: 19 %;
- Noch nicht abgeschlossene medizinische Rehabilitation: 17 %
- Starke Verschlechterung der gesundheitlichen Situation: 13 %

Bemerkenswert sind die Zusammenhänge zwischen den negativen gesundheitlichen Aspekten: Zu früher Abschluß der medizinischen Rehabilitation geht signifikant einher mit Verschlechterungen, Belastungen, Krankenständen, ebenso Belastungen mit Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation und Krankenständen etc.

Tabelle 30:
Gesundheitliche Probleme: korrespondierende Anteile in Prozent (*)

Aspekt der Gesundheit	gesundheitl. Verschlechterungen	hohe gesundheitl. Belastungen	häufige Krankenstände
Medizin. Rehabilitation			
eher zu früh abgeschlossen	37,8	44,4	36,4
eher nicht zu früh abgeschl.	7,9	22,0	17,5
Verschlechterungen			
eher gegeben	-	58,8	52,8
eher nicht gegeben	-	20,8	14,2
Belastungen			
eher gegeben	-	-	31,0
eher nicht gegeben	-	-	14,7

(*) Zeilenprozentwerte: von 100 Personen, die einer Kategorie angehören, zeigen n % das Spaltenmerkmal, also z.B.: 58,8 % aller Rehabilitanden mit wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterungen nennen auch hohe gesundheitliche Belastungen.

Eine als zu früh abgeschlossen empfundene med. Rehabilitation verknüpft sich mit höheren Belastungen (44 %), Verschlechterungen des Zustandes (37 %) und Krankenständen (36 %); Verschlechterungen für sich genommen sind in noch höherem Maße mit Belastungen (59 %) und Krankenständen (52 %) verbunden, und auch Belastungen für sich genommen ergeben immerhin bei 31 % aller "Belasteten" häufige Krankenstände. Umgekehrt verringert das Fehlen eines Belastungsmerkmales sehr deutlich die Häufigkeit des Auftretens eines anderen Merkmales.

Das Auftreten solcher Belastungen ist hochsignifikant (99%-Niveau) mit bestimmten Behinderungsarten verbunden (Tabelle 31):

Tabelle 31:
Behinderungsarten und gesundheitliche Probleme während der Rehabilitation

Behinderungsart	zu frühe medizin. Rehabilitation	gesundheitl. Verschlech-terungen	hohe ge-sundheitl. Belastungen	häufige Kranken-stände
Innere Organe	-	35,0	-	29,4
Schädel-Hirn	40,0	(8,7)	52,2	-
Epilepsie	43,0	-	-	-
Sinnesorgane	-	32,0	45,5	-
Psychosoziales	40,0	50,0	-	-
Oberarmaputierte	-	-	-	(16,7)
Schwere Hüft-/Beckenschäden	-	(8,0)	(12,0)	
Schwere Bein-/Fußschäden	-	-	-	(18,2)
Querschnittlähmungen	(7,0)	-	-	(20,0)
Gesamtbeweglichkeit sonst.	(17,0)	-	-	-
Sonstige Behinderung	-	25,0	-	-

(*) Zeilenprozentwerte: von 100 Personen, die eine Behinderungsart haben, zeigen n % das Spaltenmerkmal, also z.B.: 40,0 % aller Rehabilitanden mit Schädel-Hirn-Verletzungen klagen über eine zu frühe medizinische Rehabilitation. Prozentwerte in Klammer bedeuten ein *signifikant geringeres Auftreten* des jew. gesundheitlichen Problems.

Erkrankungen der inneren Organe wirken sich in signifikant häufigeren Verschlechterungen und Krankenständen aus; bei Schädel-Hirn-Schäden sind es Probleme einer nicht als abgeschlossen empfundenen medizinischen Rehabilitation, die auch stärkere Belastungen ergeben, aber mit signifikant geringerem Ausmaß an Verschlechterungen und auch keinen besonderen Krankenstände einhergehen. Bei Beeinträchtigung von Sinnesorganen gehen eher Belastungen und Verschlechterungen Hand in Hand. Psychosoziale Beinträchtigungen - eine aus den bisherigen Analysen besonders bekannte Problemgruppe - sehen im Rückblick signifikant eher eine zu früh abgeschlossene medizinische Rehabilitation, die sich mit stärker empfundenen Verschlechterungen verbindet. Verschlechterungen werden auch eher bei sonstigen Behinderungen angegeben. Bei allen signifikanten Behinderungsarten des Bewegungsapparates zeigen sich umgekehrt deutlich geringere gesundheitliche Probleme als bei der jeweiligen Summe aller anderen Behinderungsarten..

Sozio-ökonomische Situation

Die soziale und ökonomische Situation ist abzulesen an den Angaben zur Integration in die Klassengemeinschaft (Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 31) während der Ausbildung, zur Wohnsituation und den damit zusammenhängenden Aspekten (Fragen 33-37), sowie zur finanziellen Situation (Frage 38).

Mehr als die Hälfte aller Rehabilitanden fühlte sich sehr wohl in der Klassengemeinschaft (56 % während der Regel-, 50 % auch während der Zusatzausbildung). Auch hinsichtlich der sozialen Integration ist die gesundheitliche Situation während der Ausbildung eine wichtige Größe: Belastungen, Verschlechterungen und Krankenstände beeinträchtigen signifikant (95%-Niveau) das Wohlbefinden in beiden Ausbildungsphasen, während der Zusatzausbildung wirkt sich zusätzlich auch eine zu frühe medizinische Rehabilitation aus. Mehrfachbehinderungen und der Besuch eines Reha-Vorbereitunglehrganges (Indikator für die Schwere der Behinderung) drücken ebenfalls aufs Wohlbefinden. Eine Berufsfindung hingegen erhöht zumindest während der Regelausbildung dieses deutlich, da hier soziale Kontakte innerhalb der Klassengemeinschaft früher und

länger aufgebaut werden konnten. *Negativ wirkt sich jedoch die Projektform des Unterrichts aus: Teilnehmende dieser Unterrichtsform fühlen sich während der Zusatzausbildung weniger wohl.*

Die Wohnsituation hat zwar einigen Einfluß auf die Abschlußwahrscheinlichkeit (s.u.), ist jedoch keine mit anderen Aspekten der BBRZ-Phase signifikant zusammenhängende Größe. 31 % konnten weiterhin zuhause wohnen bleiben, 63 % wohnten in einem BBRZ-Heim, 6 % anderswo (Verwandte, Wohngemeinschaft etc.). Negativ war das Wohnen fern von zuhause für 19 %, und 11% fühlten sich im BBRZ-Heim nicht wohl. Umgekehrt war das Pendeln für 12 % ein großes, für immerhin 38 % der Pendler noch ein mittleres Problem.

Auch die finanzielle Situation ist zwar eine abbruchrelevante Größe, jedoch ohne signifikanten Zusammenhang zu anderen Aspekten der Ausbildungssituation. Mehr als die Hälfte (54 %) hatte während der Rehabilitation weniger Einkommen als vorher. Hier sind allerdings zwei Behinderungsarten signifikant vertreten: Haut- und Atemwegs-Erkrankte (mit hohem berufsbedingten Anteil) haben ein eher höheres Einkommen, Schädel-Hirn-Verletzte (mit hohem Freizeitunfallanteil) ein eher geringeres Einkommen, was wieder die nach Kostenträger unterschiedliche Versorgung widerspiegelt.

4.2.2 Abbruchrelevante Aspekte

Hier werden jene Anworten im Zusammenhang mit der gesamten Ausbildungssituation dargestellt, die mit einem möglichen Abbruch in direkter Verbindung stehen: Das Hegen von Abbruchgedanken und die dafür maßgeblichen Gründe, ungeachtet eines allfälligen tatsächlichen Abbruchs, die Einschätzung eines tatsächlichen Abbruches, sowie - als wichtige Information zur Vermeidung von Abbrüchen - die Motivationen, trotz Abbruchgedanken eine begonnene Maßnahme zu Ende zu führen.

Abbruchgedanken und potentielle Abbruchgründe

Abbruchgedanken (Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 42) hatten insgesamt 25 % während der Regelausbildung, 32 % während der Zusatzausbildung. Wie sich diese Abbruchgedanken nach Arten der Beendigung der Ausbildung auswirkten, zeigt die nachstehende Tabelle:

Tabelle 32:
Abbruchgedanken und Beendigungsarten

Arten der Beendigung	**"Erfolgstypen"**			**"Abbruchtypen"**	
Abbruchgedanken	**Arbeit**	**Regel**	**Zusatz**	**Regel**	**Zusatz**
Während Regelausbildung					
zumindest gelegentlich	19,3	28,6	14,8	76,2	26,9
nie	80,7	71,4	85,2	23,8	73,1
Während Zusatzausbildung					
zumindest gelegentlich	72,7	-	15,6	-	64,0
nie	27,3	-	84,4	-	36,0

(*) Spaltenprozentwerte: jede Ausbildungsphase = 100 %.

Folgendes läßt sich aus obiger Übersicht herauslesen:

- *Arbeitsabbrecher* scheiden während der Regelausbildung ziemlich "überraschend" aus: nur 19 % denken zumindest gelegentlich an einen Abbruch, 81 % verlassen das BBRZ ohne vorherige Abbruchgedanken. Der Berufseintritt ist eine unverhoffte Chance von außen. Während der Zusatzausbildung jedoch denken fast ¾ zumindest gelegentlich an einen Abbruch, der Berufseintritt ist dann ein von "innen" vorbereiteter Schritt.
- *Regelausbildungsabbrecher* (aus anderen Motiven als Arbeitsantritt) hingegen scheiden zu ¾ nach einem vorbereitenden Prozeß von Abbruchgedanken aus. Bei 24 % ist der Abbruch jedoch ein "überraschender" Schritt, der z.B. aus gesundheitlichen Gründen oder wegen plötzlicher sozialer Belastungen erfolgt.
- Immerhin fast 30 % der *Regelausbildungsabschließer* halten trotz Abbruchgedanken durch, z.B. wegen des starken Wunsches nach Abschluß einer vorher nicht erreichten Berufsbildung.
- *Zusatzausbildungsabbrecher* denken während der Regelausbildung auch nicht öfter an einen Abbruch als Personen, die mit Abschluß der Regelausbildung ausscheiden (ca. 27 %). Das tatsächliche Ausscheiden ist dann erst während der Zusatzausbildung mit vorhergehenden Abbruchgedanken verbunden, jedoch zu einem geringeren Ausmaß als beim Regel-Abbruch: bei 64 % statt bei 76 %. 36 % sind "plötzliche" Zusatz-Abbrecher.
- *Zusatzausbildungsabschließer* sind auch deutlich weniger sog. "Durchhalter": nur mehr 16 % führen die Ausbildung trotz Abbruchgdedanken zu Ende.

Die im einzelnen relevanten Gründe für Abbruchgedanken sind nun der folgenden Übersichtstabelle (vgl. Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 43) zu entnehmen (Tabelle 33). Abbruchrelevant während der Regelausbildung sind hier (s.u.; nach Häufigkeit gereiht): Finanzielle Probleme (28,4%); psychische Probleme (25,6%); gesundheitliche Probleme (25,4%); erst dann kommt der Einstieg ins Arbeitsleben (23,5%). Dieser ist während der Zusatzausbildung das häufigste Motiv, gefolgt von Lernschwierigkeiten (welche vorher nur Rang 8 innehaben).

Womit hängen nun einzelne Abbruchmotive signifikant zusammen?

- Die *gesundheitliche Situation und Entwicklung* wirkt sich (neben den "selbstverständlichen" Zusammenhängen zu den auf Gesundheit und Psyche bezogenen Motiven) noch aus: Fehlzeiten, finanzielle Situation, falsche Ausbildungswahl sowie Ausbildungsdauer werden häufiger von Personen genannt, die eine zu frühe medizinische Rehabilitation beklagen sowie häufige Krankenstände nennen. Gesundheitliche Verschlechterungen führen zu häufigerer Nennung von Konflikten mit Lehrenden als Motiv. Hohe gesundheitliche Belastungen durch die Ausbildung gehen einher mit häufigerer Nennung der Wohnsituation.
- Die *Unterrichtsform des Projektunterrichtes* erhöht signifikant die Nennung des Motivs "Enttäuschung über den Umschulungsberuf" sowie "Konflikte mit Ausbildungskollegen".
- Das Durchlaufen einer *Berufsfindung* erhöht die Wahrscheinlichkeit, den reinen Überbrückungscharakter der Ausbildung als Motiv zu nennen.

Tabelle 33:
Abbruchmotive nach Dimensionen und Ausbildungsphasen

Ausbildungsphasen **Dimensionen** Einzelmotive: % und Rangplatz	**während Regel-ausbildung**	**während Zusatz-ausbildung**	**zusammen**
Soziale und ökonomische Probleme			
finanzielle Probleme	(1) 28,4 %	(3) 24,1 %	(2) 25,0 %
Schwangerschaft	1,2 %	3,5 %	2,3 %
familiäre Probleme	(7) 20,0 %	(7) 13,8 %	(8) 17,2 %
zu lange Ausbildungsdauer	5,9 %	5,2 %	6,2 %
Wohnsituation	9,4 %	3,4 %	6,3 %
Pendelbelastung	9,4 %	(9) 10,3 %	(10) 10,9%
Sonstiges	(10) 16,3 %	(6) 13,8 %	(9) 14,8 %
Innere Probleme des Ausbildungsverlaufes			
Schwierigkeiten mit den Lerninhalten	(8) 19,7 %	(2) 25,9 %	(3) 23,4 %
schlechter Gesundheitszustand	(3) 25,6 %	(4) 15,5 %	(4) 22,6 %
reiner Überbrückungscharakter d. Ausbild.g	8,2 %	8,6 %	8,6 %
psychische Probleme	(2) 25,8 %	(4) 15,5 %	(5) 21,8 %
direkter Einstieg ins Arbeitsleben	(4) 23,5 %	(1) 37,9 %	(1) 32,0 %
Äußere Probleme des Ausbildungsverlaufes			
viele Fehlstunden	12,9 %	5,2 %	8,6 %
Konflikte mit AusbildungskollegInnen	4,7 %	6,9 %	6,2 %
Konflikte mit Lehr-/Betreuungspersonen	(9) 17,7 %	(9) 10,3 %	(9) 14,8 %
Enttäuschte Rehabilitationserwartungen			
Enttäuschung über Umschulungsberuf	(6) 22,4 %	(9) 10,3 %	(7) 18,8 %
falsche Ausbildungswahl	(4) 23,5 %	(8) 12,3 %	(6) 21,1 %
obw. erwartet, keine gesundh. Verbesserung	9,4 %	5,2 %	8,6 %

(*) Jede Zelle: Anteil an 100 %; (1), (2) ... bedeuten die Rangplätze des jew. Abbruchmotivs innerhalb der Spalte.

Tatsächliche Abbrüche

Zur Erinnerung sei hier nochmals auf die Typen der Beendigung (Tabelle 8) verwiesen:
11 % sind Arbeitsabbrecher, 8 % Regel-Abbrecher, 9 % Zusatz-Abbrecher.

Abbrecher wurden gefragt, ob sie im Rückblick den Abbruch der Ausbildung als Fehler ansehen würden. Insgesamt 26 % (s. Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 45) bejahten diese Frage.

Tabelle 34:
Einschätzung des Abbruchs als Fehler nach Typen

Abbruchtyp	Anteil der Fehlereinschätzung in %
Arbeitsabbrecher (N = 31)	9,7 %
Regelabbrecher (N = 22)	55,0 %
Zusatzabbrecher (N = 26)	20,8 %

Während nur knapp 10 % derer, die ohne Abschluß ins Berufsleben (zurück-)wechselten, den Abbruch als Fehler einschätzen, erscheint im Lichte der späteren Erfahrungen für mehr als die Hälfte der Abbrecher der Abbruch bereits während der Regelausbildung als Fehler. Diese Einschätzung nimmt deutlich ab, wenn der Abbruch erst in der Zusatzausbildungsphase erfolgt.

Als einzige Einflußfaktoren auf die Einschätzung des Abbruchs als Fehler zeigen sich einmal mehr die Variablen der Gesundheitsentwicklung: wer eine zu frühe abgeschlossene medizinische Rehabilitation konstatiert, neigt signifikant eher zur Fehlereinschätzung, desgleichen, wer hohe gesundheitliche Belastungen durch die Ausbildung angibt, bzw. wer über häufige Krankenstände klagt.

Durchhaltemotive

Die "Durchhalter", also diejenigen Rehabilitanden, die trotz Abbruchgedanken die jeweils begonnene Ausbildung abschlossen, wurden nach Motiven dafür gefragt (vgl. Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 46). Diese Motive wurden einer Faktorenanalyse unterzogen, bei der sich drei Dimensionen herauskristallisierten: *Hilfestellungen von Personen oder Institutionen; besondere Bedeutung des Ausbildungszieles; Beendigung als "kleineres Übel".*

Tabelle 35:
Durchhaltemotive nach Dimensionen und Ausbildungsphasen

Ausbildungsphasen **Dimensionen** Einzelmotive: % und Rangplatz	**während Regel-ausbildung**	**während Zusatz-ausbildung**	**zusammen**
Hilfestellungen			
Hilfe/Unterstützung von Ausbildungskollegen	(6) 25,0 %	(9) 12,9 %	(6) 24,2 %
Hilfe/Unterstützung von BBRZ-Personal	(9) 12,5 %	0 %	(9) 10,6 %
geschützte Situation während der Ausbildung	(5) 29,8 %	(4) 29,0 %	(5) 27,3 %
Hilfe/Unterstützung von Familie, Freunden	(8) 15,8 %	(6) 19,4 %	(8) 18,2 %
Verbesserung der gesundheitlichen Situation	5,4 %	-	4,5 %
Bedeutung des Ausbildungszieles			
wollte abgeschlossene Berufsausbildung	(1) 77,2 %	(2) 45,2 %	(1) 74,2 %
wäre mir sonst als Versager vorgekommen	(3) 47,4 %	(2) 45,2 %	(3) 42,2 %
Verantwortung für die Familie	(7) 22,8 %	(6) 19,4 %	(7) 19,7 %
bessere Chancen auf einen Arbeitsplatz	(2) 60,7 %	(1) 48,4 %	(2) 60,6 %
günstige finanzielle Sit. während Ausbildung	(10) 7,0 %	(8) 16,1 %	(10) 9,1 %
"Kleineres Übel"			
fehlende Alternativen	(4) 33,3 %	(4) 29,0 %	(4) 33,3 %
Sonstiges	1,8 %	0 %	1,5 %

(1), (2) ... bedeuten die Rangplätze des jew. Durchhaltemotivs innerhalb der Spalte

Betrachtet man Tabelle 35, so fällt die überragende Bedeutung des *Wunsches nach Abschluß einer Berufsausbildung* insbesondere während der Regelausbildung ins Auge. Danach folgen in dieser Phase die Hoffnungen auf einen Arbeitsplatz. Diese Hoffnungen vermögen jedoch während der Zusatzausbildung relativ stärker zu motivieren (Rangplatz 1), während Ausbildungsabschluß dann nur mehr den 2.Rang einnimmt. Das Bedürfnis, nicht als Versager vor sich selbst dazustehen, folgt als weiteres wichtiges Motiv.

Die fehlenden Alternativen rangieren insgesamt noch vor allen konkreten Hilfestellungen von Personen und Institutionen. Hier fällt vor allem auf, daß *das BBRZ-Personal eine marginale Rol-*

le bei der Motivation zum Durchhalten zu spielen scheint, ja während der Zusatzausbildung hier völlig ausfällt.
Nur wenige signifikante Einflüsse (95%-Niveau) auf die einzelnen Motive sind festzuhalten:

- Nicht als Versager dastehen wollen eher: Teilnehmer der traditionellen Ausbildungsform, Personen, deren Gesundheitszustand sich verschlechterte, von Geburt an behinderte Personen.
- Unbedingt einen Berufsbildungsabschluß erreichen wollen eher Teilnehmende kaufmännischer Ausbildungen.
- Hilfe von BBRZ-Personal wurde eher von Personen mit einer Berufskrankheit genannt, dazu dann häufiger, wenn hohe Belastungen der Gesundheit empfunden wurden. Die insgesamt geschützte Situation im BBRZ als Motiv ging einher mit Verschlechterungen der Gesundheit während der Ausbildung.
- Eine günstige finanzielle Situation gaben eher Personen an, die zuhause wohnen konnten.
- Schließlich wurde dann signifikant eher die Hilfe von Ausbildungskollegen angeführt, wenn *keine* Verschlechterungen der Gesundheit gegeben waren.

Hilfewünsche

Betrachtet man nun abschließend die Hilfewünsche derer, die die Ausbildung tatsächlich abgebrochen haben, so fallen einige deutliche Diskrepanzen zu den von den "Durchhaltern" genannten tatsächlich erfahrenen Hilfen auf.

Mehr als die Hälfte aller 45 Nennungen (die von immerhin 60 % aller Abbrecher kommen) bezieht sich auf Aspekte des BBRZ (Personal, Verbesserung organisatorischer Angelegenheiten etc.). Dem stehen nur knapp 30 % tatsächliche Nennungen der ("geschützten") BBRZ-Situation insgesamt gegenüber, und gar nur 12 % Nennungen von Hilfen des BBRZ-Personals. Die Abbrecher nannten hier wörtlich an Wünschen ans Personal (14 Nennungen) u.a.:

- "Einfühlsame, kompetente medizinische Betreuung".
- "Psychologische Betreuung, die nicht so lange auf sich warten ließ."
- "Andere Lehrer"; "Lehrer, die besser erklären und auf einzelne Personen eingehen können".
- "Bessere Sozialarbeiter".

Hinsichtlich der Ausbildungsorganisation wurde u.a. genannt (10 Nennungen):

- "Übergang von Regel- auf Zusatzausbildung zu schwer".
- "Weniger Personen in der Klasse".
- "Verlängerung der Zusatzausbildung: weniger Streß"
- "Fachbezogener, praxisnäherer Unterricht".
- "Möglichkeit eines Ersatzpraktikums".

4.2.3 Signifikante Unterschiede zwischen Abbrechern und Abschließern

Um Abbruchindikatoren und mögliche Interventionspunkte herauszufiltern, sind nunmehr jene Merkmale gesondert herausgegriffen, die signifikant (mindestens 95%-Niveau der Sicherheitswahrscheinlichkeit) zwischen Abschließern, Arbeitsabbrechern und sonstigen Abbrechern unterscheiden. Aufgrund der geringen absoluten Zahl der in den einzelnen Kategorien erfaßten sonstigen Abbrecher (22 Regel-, 26 Zusatzabbrecher) werden für diese Analysen die beiden Abbruchtypen nicht mehr differenziert.

Behinderung und gesundheitliche Entwicklung

Tabelle 36:
Beendigungstypen nach signifikanten Behinderungsarten

Behinderungsart		**Abschluß**	**Abbruch I (wegen Arbeit)**	**Abbruch II (alles andere)**	**Gesamt**
Diabetes	ja	20,0 %	20,0 %	60,0 %	100 %
	nein	72,8 %	10,9 %	16,3 %	100 %
Schädel-Hirn	ja	61,9 %	4,8 %	33,3 %	100 %
	nein	72,7 %	11,5 %	15,8 %	100 %
Wirbel schwer	ja	69,1 %	20,0 %	10,9 %	100 %
	nein	72,6 %	8,9 %	18,6 %	100 %
Hüfte leicht	ja	50,0 %	31,3 %	18,8 %	100 %
	nein	73,2 %	9,8 %	17,0 %	100 %
Gesamt	Prozent	71,9 %	11,0%	17,1 %	100 %
	absolut	202	31	48	281

Einige bereits aus der Aktenanalyse relevante Behinderungsarten tauchen auch jetzt auf:

Diabetiker brechen häufiger ab, sehr deutlich aus generellen Gründen, aber auch häufiger wegen Berufseintritt. Reguläre Abschlüsse sind unwahrscheinlich. Auch Schädel-Hirn-Verletzte sind eher allgemeine Abbrecher als Abschließer. Sie wechseln kaum ohne Abschluß ins Arbeitsleben. Bemerkenswert ist, daß Personen mit schwereren Wirbel-/Bandscheibenschäden ebenso überdurchschnittlich Arbeitsabbrecher sind wie Rehabilitanden mit leichteren Hüft-/Beckenschäden. Diese sind deswegen auch unterdurchschnittlich unter den regulären Abschließern vertreten. Dies trifft übrigens auch auf Personen zu, die einen RVL besuchten, also eher berufsbedingte Behinderungen aufwiesen (s. Tabelle 35).

Alle Variablen der *Entwicklung der Gesundheit* während der Rehabilitation zeigen dasselbe Bild: der allgemeine Abbruch wird deutlich durch negative Aspekte/Entwicklungen begünstigt, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Verschlechterungen bedingen bei fast der Hälfte der Betroffenen (49 %) einen allgemeinen Abbruch; häufige Krankenstände bei immerhin noch 38 % der davon Betroffenen; Rehabilitanden mit noch nicht als abgeschlossen empfundener medizinischer Rehabilitation brechen zu 31 % ab, während das Empfinden von höheren Belastungen deutlich geringere Wirkungen hat: 24 % brechen ab.

Arbeitsabbrüche zeigen nur bei zwei Merkmalen der gesundheitlichen Entwicklung signifikante Auswirkungen: die fehlende medizin. Rehabilitation verringert die Wahrscheinlichkeit (von 11 auf 6,7 %), Verschlechterungen erhöhen geringfügig die Wahrscheinlichkeit (von 11 auf 16 %).

Tabelle 37:
Beendigungstypen nach signifikanten Aspekten der gesundheitlichen Entwicklung

Gesundheit	**Abschluß**	**Abbruch I (wegen Arbeit)**	**Abbruch II (alles andere)**	**Gesamt**
zu frühe mediz. Rehabilitation				
eher	62,2 %	6,7 %	31,1 %	100 %
kaum	66,0 %	12,0 %	22,0 %	100 %
gar nicht	75,9 %	11,5 %	12,6 %	100 %
Verschlechterung der Gesundh.				
eher	35,1 %	16,3 %	48,6 %	100 %
kaum	76,5 %	5,9 %	17,7 %	100 %
gar nicht	76,6 %	11,9 %	11,4 %	100 %
hohe Belastungen				
eher	62,9 %	12,9 %	24,3 %	100 %
kaum	63,2 %	12,3 %	24,6 %	100 %
gar nicht	79,0 %	10,5 %	10,5 %	100 %
häufige Krankenstände				
eher	52,1 %	10,4 %	37,5 %	100 %
kaum	81,9 %	6,1 %	12,1 %	100 %
gar nicht	73,1 %	13,5 %	13,5 %	100 %
Gesamt Prozent	71,5 %	11,1 %	17,4 %	100 %
absolut	193	30	47	270

Das obige Ergebnis wird durch die generelle Einschätzung der Behinderungsentwicklung (Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 7) seit der Rehabilitation gestützt. Wer eine Verbesserung konstatierte, hat auch überdurchschnittlich regulär abgeschlossen (80 gegenüber 72 %).

Maßnahmenart und Maßnahmenverlauf

Hinsichtlich der Wahl der Regel- und Zusatzausbildung und der direkten Beurteilung der Ausbildungssituation zeigten sich signifikante Unterschiede bei der Art der Regelausbildung, dem Wahlmotiv "Alternativenlosigkeit", und der Beurteilung der Lernsituation (Tabelle 38).

Bemerkenswert erscheint, daß unter den Regelausbildungen die Ausbildung zum Elektromechaniker (Schwachstrom) eine überdurchschnittliche Quote regulärer Abschlüsse bedingte, unter den technischen Zusatzausbildungen hingegen die Folge-Ausbildung zum Starkstrommechaniker dann häufiger abgebrochen wurde. In beiden Fällen sind überdurchschnittliche Arbeitsabbrüche festzustellen (14 bzw. 16 % gegenüber dem Durchschnitt von 12 %). Höhere Wahrscheinlichkeiten für einen Arbeitsabbruch ergeben sich auch bei der Zusatzausbildung zum Detailkonstrukteur.

Tabelle 38:
Beendigungstypen nach signifikanten Aspekten des Ausbildungsverlaufes

Ausbildungsverlauf	**Abschluß**	**Abbruch I (wegen Arbeit)**	**Abbruch II (alles andere)**	**Gesamt**
Art der Regelausbildung				
Bürokaufmann	69,9 %	8,0 %	22,1 %	100 %
Elektrotechniker Schw.strom	81,4 %	16,3 %	2,3 %	100 %
Techn./Bautechn. Zeichner	70,8 %	13,9 %	15,3 %	100 %
Motiv: keine Alternative				
ja	62,7 %	10,5 %	26,9 %	100 %
nein	76,2 %	10,2 %	13,6 %	100 %
Art der techn. Zusatzausbildung				
Detailkonstrukteur	81,5 %	18,5 %	0,0 %	100 %
Elektromech. Starkstrom	71,4 %	14,3 %	14,9 %	100 %
Mikro-E./Steuer-/Autom.Techn.	91,3 %	8,7 %	0,0 %	100 %
Sonstige	72,7 %	9,1 %	18,2 %	100 %
Lern-/Leist.gs-Situat. Regelausb.				
schwierig	36,0 %	12,0 %	52,0 %	100 %
normal	73,2 %	11,2 %	15,6 %	100 %
leicht	80,0 %	10,7 %	9,3 %	100 %
Lern-/Leist.gs-Situat. Zusatzausb				
schwierig	45,5 %	21,2 %	33,3 %	100 %
normal	81,3 %	8,4 %	10,3 %	100 %
leicht	89,2 %	8,1 %	2,7 %	100 %
Beurteilung Klasse Zusatzausb.				
sehr wohl gefühlt	81,4 %	12,3 %	6,2 %	100 %
wohl	77,6 %	9,2 %	13,2 %	100 %
nicht wohl	33,3 %	20,0 %	46,7 %	100 %
Regelausbildung (N=279) in %	71,5 %	11,1 %	17,2 %	100 %
Zusatzausbildung (N=178) in %	76,1 %	11,7 %	12,2 %	100 %

Die höchste Abschlußquote unter den Zusatzausbildungen erreichen Fortbildungen in neuen Technologien (Mikroelektronik, Steuerungstechnik, Automatisierungstechnik (91 % gegenüber den 71% generell, bzw. 80 % unter den technischen Zusatzausbildungen).

Eine als schwierig empfundene Lern- und Leistungssituation führt während der Regelausbildung deutlich zum allgemeinen Abbruch (52 % gegenüber dem Durchschnitt von 17 %), während der Zusatzausbildung auch in stärkeren Maße zu Arbeitsabbrüchen (21 vs. 11 %). Immerhin 46 % schließen jedoch ihre Zusatzausbildung trotz der schwierigen Lern- und Leistungssituation ab. Hier erweist sich das Eingebettet-Sein in die Klassengemeinschaft als wichtiger Faktor: wer sich nicht wohl fühlte, brach klar öfter ab (47 vs. 12 %), wer sich sehr wohl fühlte, schloß überdurchschnittlich regulär ab (81 vs. 76 %).

Abbruchgedanken

Abbruchgedanken verknüpfen sich signifikant mit der Art der Beendigung (Tabelle 39). Wer nie solche Gedanken hegte, hat überdurchschittliche Wahrscheinlichkeiten für regulären Abschluß (77% in der Regel-, 89 % in der Zusatzausbildung).

Durchhaltewahrscheinlichkeiten

Bei den Abbruchgründen, die nach signifikanten Unterschieden zwischen den "Durchhaltern" einerseits und den beiden Abbruchtypen andererseits zu bewerten sind, ergeben folgende potentielle Abbruchmotivationen signifikante überdurchschnittliche Durchhaltewahrscheinlichkeiten (Durchschnitt: 41 % Durchhalter unter Rehabilitanden mit Abbruchgedanken):

50 % Durchhalter bei gesundheitlichen und psychischen Belastungen durch die Ausbildung;
46 % Durchhalter bei Enttäuschung über den Umschulungsberuf bzw. falscher Ausbildungswahl;
45 % Durchhalter bei Schwierigkeiten mit den Lerninhalten.

Stark unterdurchschnittliche Durchhaltewahrscheinlichkeiten ergeben sich nur beim Abbruchmotiv "Fehlzeiten". Damit ist die bei der Projektkonzeption formulierte Hypothese, daß *Fehlzeiten ein deutlicher Abbruchindikator* sind, teilweise bestätigt. Teilweise deshalb, weil dies nur bei einer Minderheit (12 %) subjektiv als abbruchrelevante Größe gesehen wird (s.o.).

Tabelle 39:
Beendigungstypen nach signifikanten Abbruchaspekten

Abbruchaspekte	**Abschluß**	**Abbruch I (wegen Arbeit)**	**Abbruch II (alles andere)**	**Gesamt**
Abbruchgedanken wd. Regelausb.				
nie	76,6 %	12,0 %	11,5 %	100 %
gelegentlich	58,6 %	10,3 %	31,0 %	100 %
häufig	44,4 %	0,0 %	55,6 %	100 %
Abbruchged. wd. Zusatzausbildg.				
nie	88,9 %	4,4 %	6,7 %	100 %
gelegentlich	55,6 %	30,6 %	13,9 %	100 %
häufig	23,8 %	23,8 %	52,4 %	100 %
Abbruchmotivationen				
Schwierigk. m. Lerninhalten	44,8 %	6,9 %	48,3 %	100 %
schlechter Gesundheitszustand	39,3 %	0,0 %	60,7 %	100 %
Fehlzeiten	22,2 %	11,1 %	66,7 %	100 %
gesundheitliche Belastungen	50,0 %	0,0 %	50,0 %	100 %
Enttäuschung über Reha-Beruf	46,2 %	3,9%	50,0 %	100 %
falsche Ausbildungswahl	46,2 %	3,9 %	50,0 %	100 %
Regelausbildung (N=276) in %	71,7 %	11,2 %	17,0 %	100 %
Zusatzausbildung (N=192) in %	75,5 %	11,5 %	13,0 %	100 %
"Abbruchdenker" (N=119) in %	41,2 %	26,1 %	32,8 %	100 %

Soziale und ökonomische Aspekte

Bei den sozio-ökonomischen Aspekten während der Rehabilitation erweist sich nur die *Wohnsituation* als signifikante Größe: die Abbruchwahrscheinlichkeit erhöht sich deutlich, wenn nicht im BBRZ-Wohnheim gewohnt wurde (von 9 auf 18 % beim Arbeitsabbruch; von 16 auf 36 % beim allgemeinen Abbruch). Umgekehrt sinkt die Abschlußwahrscheinlichkeit auf unter 50 % bei den nicht im Wohnheim befindlichen (also zuhause oder privat untergebrachten) Rehabilitanden.

Bei denen jedoch, die sich im *Wohnheim nicht wohl* und durch *die Trennung von zuhause stark belastet* fühlten, steigt die allgemeine Abbruchwahrscheinlichkeit auf ca. 30 % (gegenüber dem Durchschnitt von 16 %).

Die Abbruch-/Abschlußwahrscheinlichkeiten variieren auch mit *der Gesamtzufriedenheit mit dem BBRZ* insgesamt. Bei den weniger Zufriedenen finden sich 38 % allgemeine Abbrecher (Durchschnitt 17 %), bei den sehr Zufriedenen 80 % Abschließer (Durchschnitt 72 %).

4.3 Lebens- und Berufsverlauf nach der Rehabilitation

4.3.1 Typen beruflicher Integration im Vergleich

Vor einer detaillierteren Analyse von Berufseinstieg, Berufsverlauf, sozialer und ökonomischer Situation ist ein Vergleich unserer Rehabilitanden (Abschlußjahre 1980-1992) mit den befragten Absolventen der Jahre 1974-1983 (Blumberger u.a. 1991) sinnvoll. In dieser ersten großen Untersuchung von BBRZ-AbsolventInnen war als wesentliche Kategorie die *Qualität der beruflichen Integration* herausgearbeitet worden. Diese Qualität wurde in einer Typologie abgebildet, die 4 Typen umfaßte (vgl. Blumberger/Denz/Frischenschlager 1991, S. 33, auch für die Daten der Tabelle 40):

Typ 1: Abbruch oder negativer Abschluß (keine LAP) der Ausbildung;
Typ 2: Positiver Abschluß, jedoch nie berufstätig nachher;
Typ 3: Positiver Abschluß, nachher zumindest zeitweise, dzt. jedoch nicht berufstätig;
Typ 4: Positiver Abschluß, derzeit berufstätig.

Als Indikator für die Qualität der beruflichen Integration sinnvoll ist die Verteilung nach den Typen 2-4, da der Typ 1 ohne Information über den beruflichen Status nach dem Abbruch gebildet worden war. Die folgende Tabelle gibt nun Aufschluß über diese Verteilung, und zwar im Vergleich der positiven Abschlüsse damals und jetzt sowie der Abbrecher jetzt, zusätzlich differenziert nach Abbrechern, die nicht wegen Berufseintritt abgebrochen hatten.

Tabelle 40:
Absolventen und Abbrecher nach Typen beruflicher Integration im Vergleich

Integrationstyp	Abschließer 74-83	Abschließer 80-92	alle Abbrecher 80-92	nur allg. Abbrecher 80-92
Typ 2: nie integriert	15,0 %	5,9 %	12,7 %	18,7 %
Typ 3: teilintegriert	10,3 %	21,3 %	22,8 %	27,1 %
Typ 4: voll integriert	74,7 %	72,7 %	64,6 %	54,2 %
N (jede Spalte = 100%)	N = 233	N = 202	N = 79	N = 48

Im Vergleich zu früher fällt auf, daß deutlich weniger AbsolventInnen in unserer Untersuchung zu Typ 2 zu zählen sind, also nie im Arbeitsleben nach der Rehabilitation Fuß fassen konnten. Andererseits ist der Anteil derer, die zumindest zeitweise berufstätig waren, mehr als doppelt so groß. Der Anteil der derzeit Berufstätigen ist relativ konstant geblieben.

Bei undifferenzierter Betrachtung der Abbrecher sinkt der Anteil des Typs 4 zugunsten des Typs 2 (nur mehr knapp 65 % berufstätig, dagegen fast 13 % nie integriert). Nimmt man den Arbeitsabbruch heraus, so sind nur mehr 54 % der Abbrecher derzeit berufstätig, hingegen fast 19 % beruflich nie integriert gewesen. Von den Arbeitsabbrechern sind 5 von 30 (16,7 %) derzeit nicht mehr berufstätig. Zum Vergleich: der Anteil des Typs 3 an allen zumindest teilweise Berufstätigen (Typ 3 + Typ 4) betrug bei den Abschlüssen 1974-1983 ebenfalls 16,7 %, bei den Abschlüssen 1980-1992 waren dies 22,6 %, und bei den sonstigen Abbrüchen 1980-1992 immerhin 33,3 %.

Die *"Erfolgsquote"*, gemessen am zumindest teilweise geglückten Berufseinstieg nach der Rehabilitation, hat also im Vergleich der beiden Beobachtungszeiträume *signifikant zugenommen*.

Zugleich ist bereits durch diesen einfachen Vergleich beweisbar, daß der Abbruch der beruflichen Rehabilitation das Generalziel (s. Kap. 1) der dauerhaften beruflichen Reintegration deutlich beeinträchtigt.

4.3.2 Berufseinstieg und Berufsverlauf

Zunächst werden alle Variable, die die Karriere nach dem BBRZ beschreiben und bewerten, für alle Befragten undifferenziert dargestellt, dabei jedoch mit einer Reihe von möglichen unabhängigen Variablen in Verbindung gebracht. Dieses Set unabhängiger Variabler beinhaltet auch einige Variable der sozialen Ausgangssituation, da sich die sozialen und ökonomischen Möglichkeiten nach der Rehabilitation vielfach wieder auf diese beziehen und signifikanten Einfluß auf die Art und Erfolg der Karriere nachher haben. Dieses "Kontroll-Set" umfaßt also:

- Alter bei Reha-Ende, Geschlecht, Wohnort (Stadt/Land), Bundesland (OÖ, andere), Anzahl zusätzlicher Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach dem BBRZ, Ausbildungsrichtung im BBRZ (kaufm./techn.), Absolvierung und Zahl von Betriebspraktika (ab eigentlichem Berufseinstieg).

Betriebspraktika

Eine Vorstufe des (Wieder-)Einstiegs ins Berufsleben sind die Betriebspraktika während der Ausbildung. Immerhin fast 15 % fanden (auch) über diese Praktika den tatsächlichen Einstieg (s.u.). Insgesamt 60 % haben solche Praktika absolviert (Ergebnisfragebogen, Frage 30), davon ca., die Hälfte eines, immerhin ¼ drei oder mehr solche Praktika. Besonders gut wurden diese Praktika jedoch nicht bewertet. Die Durchschnittsbenotung ist "befriedigend".

Ob ein Betriebspraktikum gemacht wurde, hängt stark mit zwei Aspekten der Ausgangssituation zusammen: Frauen machen wesentlich häufiger ein solches Praktikum (79 %) als Männer (nur 55 %), und ein Wohnort in Oberösterreich erweist sich auch als sehr förderlich: 66 % der OberösterreicherInnen, nur 51 % aus anderen Bundesländern kommen in den Genuß eines Betriebspraktikums.

Der Weg zum ersten Arbeitsplatz

Vermittlungsdauer

Klammert man die Arbeitsabbrecher aus, so liegt die Quote der beruflichen Einbindung nach Beendigung der Rehabilitation (einschließlich deren Abbruch) bei unseren Befragten bei über 40 % direktem Einstieg, und 34,8 % Berufseinstieg binnen eines halben Jahres. In der bereits zitierten Vergleichsuntersuchung (Blumberger et al. 1991, S. 45) lag die Quote nach einem halben Jahr bei dem deutlich höheren Wert von 85 %. Details sind der folgenden Tabelle 41 zu entnehmen.

Tabelle 41:
Vermittlungsdauer von Absolventen im Vergleich (Beobachtungsperiode und Typ)

Periode / **Vermittlungsdauer**	1974-1983	1980-1992		
	Abschließer	Abschließer	Abbrecher	Gesamt (**)
sofort	32,6 %	43,5 %	11,1 %	36,6 %
1-6 Monate	52,7 %	34,8 %	66,6 %	40,9 %
1-2 Monate	(*) 36,2 %	21,2 %	37,0 %	24,6 %
3-6 Monate	(*) 16,5 %	13,6 %	29,6 %	15,4 %
7-12 Monate	8,0 %	11,9 %	3,7 %	11,0 %
länger	6,7 %	9,7 %	22,2 %	11,5 %
Gesamt (je 100 %)	N = 224	N = 184	N = 27	N = 211

(*) Abschließer 1974-83: Kategorien 1-3 Monate, bzw. 4-6 Monate
(**) einschließlich Arbeitsabbrecher

Gegenüber der Befragung eine Dekade vorher hat sich bei den Abschließern einerseits der direkte Berufseinstieg verstärkt, andererseits aber auch die längere Vermittlungsdauer von mehr als einen halben Jahr. Beim Vergleich Abbrecher (ohne Arbeitsabbrecher) und Abschließer glückt der Einstieg zwar nicht sofort, aber doch für 2/3 nach spätestens einem halben Jahr, mit deutlich mehr Personen zwischen 3 und 6 Monaten. Aber auch die Gruppe der mehr als ein Jahr Wartenden ist deutlich größer.

Wer *länger für den Einstieg brauchte* (Abschließer und Abbrecher gleichermaßen), war auch signifikant in der weiteren Berufskarriere immer wieder oder über *lange Phasen arbeitslos*: 84 % derer, die häufig nach der Rehabilitation arbeitslos waren, suchten mehr als 6 Monate nach dem ersten Arbeitsplatz, und umgekehrt fanden 77 % der nie oder fast nie Arbeitslosen binnen 2 Monaten einen Arbeitsplatz.

Schließlich hängt die Vermittlungsdauer noch signifikant mit dem Alter bei Austritt (20-30Jährige haben bessere Chancen, rasch einzusteigen als über 35Jährige) sowie mit der Zahl weiterer Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zusammen. Der schwierige Ersteinstieg und die Wahrscheinlichkeit weiterer Arbeitslosigkeit spiegeln sich in höheren Wahrscheinlichkeiten, weitere Maßnahmen zu durchlaufen.

Vermittlungsart

Nun zur Art der Vermittlung auf diesen ersten Arbeitsplatz. Hier bietet sich wieder der Vergleich zur früheren Untersuchung (Blumberger et al. 1991, S. 45) an (s. Tabelle Nr. 42).

Was gegenüber der ersten beobachteten Dekade auffällt, ist *die wesentlich geringere Rolle des Arbeitsamtes* (des heutigen Arbeitsmarktservice) bei der Vermittlung. Nur mehr die *Hälfte der früheren Vermittlungsquote* ist feststellbar (20 zu 39 %).

Tabelle 42:
Wege zum ersten Arbeitsplatz im Vergleich

Art der Vermittlung	1980-92	1974-83
Bin im gleichen Betrieb geblieben, in dem ich vor der Rehabilitation war	6,9 %	8,4 %
Ergab sich aus dem Betriebspraktikum	14,6 %	n.e.
Über Vermittlung des Arbeitsmarktservice (früher Arbeitsamt)	20,3 %	39,1 %
Durch die Unterstützung des BBRZ	5,4 %	n.e.
In Verbindung mit einer finanziellen Förderung	5,4 %	n.e.
Durch Eigeninitiative	53,3 %	47,1 %
Durch private Beziehungen	18,2 %	18,4 %

n.e. = nicht erhoben

Signifikante Einflüsse aus unserem Set überprüfter Variabler zeigen sich wie folgt:

- Im *gleichen Betrieb* bleiben fast nur Männer, dies ist auch stark von einem Wohnort am Land abhängig.
- Das *Betriebspraktikum* als Einstieg ist typisch für technische Ausbildungen. Kaufmännische Ausbildungen verringern die Wahrscheinlichkeit, über das Praktikum Arbeit zu finden. Dieser Einstieg geht auch mit kürzeren Vermittlungszeiten (innerhalb von 2 Monaten) einher.
- Das *Arbeitsmarktservice* ist eher außerhalb von OÖ relevant. OberösterreicherInnen werden nur zu 15 % über das AMS erstvermittelt, andere zu fast 30 %. Die Vermittlungsbemühungen schlagen sich auch in einer höheren Anzahl von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bei AMS-Einstieg nieder, und der Einstieg dauerte deutlich länger.
- *Förderungen* als Einstiegsweg scheinen fast nur in OÖ eine Rolle zu spielen. 84 % der Geförderten kommen aus diesem Bundesland.
- *Eigeninitiative* ist eher eine Sache derer, die in höheren Lebensjahren die Rehabilitation duchliefen, sowie eine Männerdomäne: Frauen finden so nur zu 35 % zurück ins Berufsleben, Männer hingegen zu 58 %.
- *Private Beziehungen* sind hingegen eher Frauensache beim Einstieg: 30 % nutzen sie, Männer nur zu 15 %. Auch bei kaufmännischen Ausbildungen sind Beziehungen wichtiger für den Einstieg als bei den technischen Umschulungsberufen.

Qualität des ersten Arbeitsplatzes

Die Qualität des ersten Arbeitsplatzes (s. Ergebnisfragebogen, Frage 49) ist hinsichtlich Ausbildungs- und Behinderungsadäquanz im Durchschnitt eher niedrig:

- 52 % meinen, die erste Arbeit ohne Ausbildung nicht so gut bewältigen zu können;
- 50 % meinen, die Tätigkeit liege im Berufsfeld der Ausbildung;
- 44 % meinen, die erste Arbeit ließe Raum zur Berücksichtigung der Behinderung;
- 40 % meinen, die erste Arbeit entspräche dem Niveau der Ausbildung

Umgekehrt meinen die jeweils auf 100 % fehlenden Rehabilitanden, daß hinsichtlich der o.a. Punkte Einschränkungen hinzunehmen waren. Nun zu signifikanten Zusammenhängen zu diesen Qualitäten der ersten Arbeitsplatzes:

- Den *allgemeinen Nutzen der Ausbildung* für die erste Arbeit bestätigen eher jüngere Rehabilitanden. Auch Kaufleute sind deutlich eher dieser Ansicht.
- *Nähe zum Berufsfeld der BBRZ-Ausbildung* konstatieren eher Jüngere. Ein Betriebspraktikum erhöht zunächst die Wahrscheinlichkeit dieser Qualität, mit steigender Zahl derselben sinkt diese konstatierte Nähe aber wieder ab.
- *Behindertengerechtigkeit* empfinden Frauen entweder völlig oder gar nicht gegeben, während Männer hier eher zu einem "teils-teils" neigen. Mit längerer Dauer der Arbeitssuche und höherer Maßnahmenzahl nach dem BBRZ sinkt die Beurteilung des ersten Arbeitsplatzes als behinderungsadäquat.
- Das *Ausbildungsniveau* sehen eher jene als gewahrt an, die keine zusätzliche Maßnahme nach dem BBRZ in Anspruch nahmen. Auch hier sind die Kaufleute häufiger dieser Ansicht als die Techniker.

Verweildauer

Die Verweildauer auf dem ersten Arbeitsplatz (s. Ergebnisfragebogen, Frage 50) ist deshalb so erstaunlich hoch, weil fast 40 % kontinuierlich bis zum Befragungszeitpunkt auf dieser Stelle verblieben sind:

Tabelle 43:
Verweildauer am ersten Arbeitsplatz im Vergleich

Dauer	Abschließer 1974-1983	alle Befragten 1980-1992
1 - 6 Monate	48,8 %	21,2 %
7 - 12 Monate	15,9 %	6,0 %
länger insgesamt	35,6 %	72,8 %
13 - 24 Monate	-	13,5 %
25 - 36 Monate	-	10,3 %
37 - 60 Monate	-	17,9 %
61 - 120 Monate	-	21,5 %
über 120 Monate	-	9,6 %
Gesamt (je 100 %)	N = 107	N = 251

Die großen Unterschiede zur Vergleichsuntersuchung der Rehabilitanden 1974-1983 (Blumberger et al. 1991, S. 51) sind nicht leicht zu erklären. Veränderungen der Arbeitsmarktsituation sind sicherlich ein wichtiger Faktor, insoferne die Chancen, sich durch Arbeitsplatzwechsel von einem ersten, unbefriedigenden Arbeitsplatz zu verbessern, geringer wurden, und daher am ersten Arbeitsplatz festgehalten wird. Möglicherweise verzerren auch die unterschiedlichen Typen der beruflichen Integration bzw. der Beendigung der Rehabilitation das Bild. Das Ergebnis für unsere Befragung ist jedoch konsistent. Immerhin 44 % gaben an, seit der Rehabilitation nur für eine Firma gearbeitet zu haben (s. Ergebnisfragebogen, Frage 11). Signifikante Einflüsse sind:

- Bemerkenswert erscheint, daß Techniker die höher Verweildauer am ersten Arbeitsplatz aufweisen als Kaufleute.
- Die Absolvierung eines Betriebspraktikums wirkt sich insofern signifikant auf die Verweildauer aus, als dies eher die mittleren Zeiträume begünstigt. Eher kurze und eher sehr lange Dauer ist wahrscheinlicher ohne Betriebspraktikum.

- Schließlich sind Männer eher noch bei der Firma beschäftigt, bei der sie die Berufskarriere nach dem BBRZ begonnen haben. Dies gilt auch für Städter im Vergleich zu einem Wohnort am Lande.

Arbeitsplatzwechsel

Ca. 60 % aller Befragten haben zumindest einmal den Arbeitsplatz seit der Rehabilitation gewechselt, davon 41 % (25 % insgesamt) mehrfach. An Gründen wurde dazu genannt:

Tabelle 44:
Gründe für den Wechsel von Arbeitsplätzen nach Häufigkeit

Wechselgrund	beim ersten Arbeitsplatz	bei weiteren Arbeitsplätzen	überhaupt genannt
Ich konnte auf einen besseren Arbeitsplatz wechseln.	32,1 %	47,4 %	45,3 %
Die Bezahlung war schlecht.	30,4 %	20,5 %	35,3 %
Ich wollte etwas tun, das eher meiner Ausbildung bzw. meinen Fähigkeiten entspricht.	21,9 %	29,5 %	29,8 %
Es gab Probleme mit Vorgesetzten und/oder KollegInnen.	18,5 %	19,2 %	24,7 %
Der Arbeitsplatz war weit von meinem Wohnort entfernt.	17,2 %	14,1 %	22,8 %
Das Arbeitsverhältnis war befristet und wurde nicht mehr verlängert.	15,3 %	16,7 %	20,3 %
Ich hatte gesundheitlich große Schwierigkeiten.	13,6 %	21,8 %	18,1 %
Der Betrieb wurde geschlossen (wegen Konkurs u.ä.).	7,7 %	15,4 %	13,5 %
Aufgrund betrieblicher Rationalisierungsmaßnahmen.	8,9 %	11,5 %	11,8 %
Ich war mit der Arbeitszeit unzufrieden.	9,5 %	7,7 %	11,2 %
Private (familiäre) Gründe waren ausschlaggebend.	8,3 %	5,1 %	10,0 %
Der Stress war nicht auszuhalten.	4,8 %	5,1 %	6,5 %
Die Förderung für meinen Arbeitsplatz ist weggefallen.	4,8 %	7,7 %	5,9 %
Sonstige Gründe	8,9 %	8,9 %	11,2 %

Die *Verbesserung unbefriedigender Aspekte des vorigen Arbeitsplatzes* steht eindeutig an der Spitze aller Wechselgründe (über 45 %). Als Verbesserungsmotiv rangiert die Bezahlung vor der höheren Ausbildungsadäquanz, dann folgen Arbeitszeit und Arbeitswege.

Mit deutlichem Abstand folgen *Probleme mit Vorgesetzten und/oder Kollegen*. Nennenswert ist dann nur mehr die *Befristung des Arbeitsverhältnisses*, teilweise in Abhängigkeit von entsprechend befristeten Förderungen. Was sind nun signifikante Einflüsse auf die verschiedenen Wechselsyndrome aus unserem Set unabhängiger Variabler?

- *Bezahlung* ist eher ein Wechselmotiv im städtischen Bereich als auf dem Lande. OberösterreicherInnen sind bei diesem Motiv unterdurchschnittlich vertreten.
- *Ausbildungsadäquanz* als Grund tritt eher in der Stadt als bei einem ländlichen Wohnort auf. Wer ein Betriebspraktikum absolvierte, weist geringere Wahrscheinlichkeit für diesen Grund auf.
- Die *Arbeitszeit* wird eher von Personen mit mehr Reha-Maßnahmen nach dem BBRZ genannt.
- Frauen wechseln eher wegen *Konflikten* als Männer.
- Ein verzögerter Einstieg (längere Dauer der Arbeitssuche) erhöht signifikant die Relevanz des Grundes "*Befristung*". *Der Wegfall von Förderungen* in diesem Zusammenhang tritt eher im städtischen Bereich in Erscheinung.
- *Stress* ist eher in der Stadt relevant.

Die derzeitige Berufstätigkeit

Derzeit sind 75 % aller Befragten berufstätig, und zwar seit durchschnittlich 4 Jahren auf dem derzeitigen Arbeitsplatz (bzw. im derzeitigen Betrieb, s. Ergebnisfragebogen, Frage 53). Männer und ältere Rehabilitanden sind signifikant länger dort tätig als Frauen und jüngere Personen.

Auf der Suche nach Arbeit sind 8 %, im Schnitt bereits seit 1 Jahr. Knapp 6 % sind pensioniert, der Rest in Karenz, Hausfrau oder im Krankenstand (zusammen 5 %).

Branche der derzeitigen Tätigkeit

Die derzeit Berufstätigen verteilen sich auf folgende Branchen, wobei die Ausbildungsrichtung eine signifikante Rolle spielt:

Tabelle 45:
Berufstätige Rehabilitanden nach Branchen und Ausbildungsrichtung

	Ausbildungsrichtung	
Branche	kaufmänn.	technisch
Handel, Geld, Versicherung	71,4 %	28,6 %
Öffentlicher Dienst	81,1 %	18,9 %
sonstige Dienstleistungen	73,5 %	26,5 %
Landwirtsch., Bergbau, Energie	58,3 %	41,7 %
Metallgewerbe	32,0 %	68,0 %
Baugewerbe	13,8 %	86,2 %
sonstige Produktionsbereiche	48,0 %	52,0 %
Gesamt (jede Zeile = 100 %)	N = 116	N = 88

Qualität der Beschäftigung

Was die Art der Beschäftigung betrifft (s. Ergebnisfragebogen, Frage 55), so ist die große Mehrheit unselbständig tätig (79 %), knapp 8 % sind selbständig, der Rest ist aufgrund der Angaben zu dieser Frage nicht eindeutig zuordenbar. Fast 2/3 der Beschäftigungsverhältnisse sind nach Selbsteinschätzung als qualifiziert (Fach- oder Führungskraft) einzustufen, etwa 12 % als *eindeutig randständig* (geringfügig, nur saisonal, nur befristet etc.).

Qualifiziert sind eher Männer, Absolventen technischer Richtung sowie Teilnehmende eines Betriebspraktikums beschäftigt. Randständig eher Frauen.

Bei der Größe des Unternehmens überwiegen größere Betriebe (40 % mehr als 500 Beschäftigte). Techniker sind signifikant eher in Mittelbetrieben (Durchschnitt 32 %) tätig.

Bei den konkreten Qualitäten des Arbeitsplatze (Ergebnisfragebogen, Frage 57) fällt zunächst auf, daß Ausbildungs- und vor allem Behinderungsadäquanz gegenüber der Beschreibung des ersten Arbeitsplatzes zurückgegangen sind: während anfangs noch 44 % volle Behindertengerechtigkeit konstatierten, sind es jetzt nur mehr 35 %. Die folgende Tabelle reiht nun alle gefragten Arbeitsplatzqualitäten nach dem Grad ihrer Erfüllung (Mittelwert zwischen 1 = voll zutreffend und 3 = wenig zutreffend)

Tabelle 46:
Qualitäten des derzeitigen Arbeitsplatzes nach Grad der Erfüllung

Arbeitsplatzqualitäten	Mittelwert
gutes Arbeitsklima	1,50
zufriedenstellende Arbeitsbedingungen (z.B. betreffend Lärm, Hitze, Staub, Schutz vor Arbeitsunfällen, ...)	1,51
abwechslungsreiche Tätigkeit	1,63
Arbeitsplatzsicherheit	1,64
Leistungsanforderungen, die meinen Fähigkeiten entsprechen (Schwierigkeitsgrad und Arbeitsumfang)	1,67
günstige Arbeitszeit(regelung)	1,69
Freiraum zur selbständigen Einteilung und Gestaltung meiner Arbeit	1,72
angemessene Verdienstmöglichkeiten	1,91
Rücksichtnahme auf die Erkrankung/ Behinderung (Ausstattung, Zusammenarbeit)	2,00
Weiterbildungsmöglichkeiten	2,07
Aufstiegsmöglichkeiten	2,23
ein der BBRZ-Ausbildung entsprechendes Tätigkeitsfeld	2,38

Insgesamt rangieren die Merkmale "Behinderungsadäquanz" und "Ausbildungsadäquanz" am hinteren Ende dieser Reihung. Konkrete Arbeitsbedingungen, wie Betriebsklima, Arbeitnehmerschutz, Abwechslung, dazu auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes sind einigermaßen gegeben. Signifikant schlechter schneiden jedoch die Verdienstmöglichkeiten, die Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Weiterbildung ab. Die Gesamtzufriedenheit mit der derzeitigen Arbeitssituation ist dementsprechend aus der Sicht der Befragten insgesamt ein schwaches "gut" auf einer 5-stufigen Skala (Ergebnisfragebogen, Frage 58).

4.3.3 Derzeitige soziale und ökonomische Situation

Einkommenssituation

Die Einkommenssituation variiert klarerweise stark nach Einkommensquellen. Die folgende Tabelle zeigt, wie sich das Einkommen der Rehabilitanden zusammensetzt, und wie hoch das Durchschnittseinkommen jeweils ist:

Tabelle 47:
Einkommensquellen und durchschnittliche Einkommenshöhe (netto pM)

Einkommensquelle	Anteil	Durchschnitts-einkommen
Lohn / Gehalt aus eigener Berufstätigkeit	77,2 %	S 19.000,-
Arbeitslose, Notstand, Karenz-, Krankengeld (*)	12,2 %	S 10.600,-
Rente / Pension	14,1 %	S 16.000,-
mit Familienbeihilfe	12,3 %	S 15.300,-
mit Pflegegeld	6,0 %	S 21.500,-
mit Sonstigem	10,0 %	S 17.000,-
Gesamt (jede Zelle = Anteil an 100 %)	N = 269	S 16.600,-

(*) einschließlich 2 Sozialhilfeempfänger

Bei den durchschnittlichen Nettoeinkommen je Einkommensquelle ist zu beachten, daß Anteile anderer möglicher Einkommensquelle den Wert etwas nach oben verändern. Finanziell am besten gestellt sind jene Rehabilitanden, die aufgrund ihrer Hilfsbedürftigkeit zusätzlich zu anderen Einkommensquellen Pflegegeld beziehen, gefolgt von Einkommen vorwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit. Die Einkommenssituation hängt signifikant nur vom Geschlecht und vom Alter ab. Frauen leben eher von sozialen Unterstützungen, und Jüngere haben geringere Durchschnittseinkommen.

Problematisch empfinden ca. 28 % ihre finanzielle Situation insgesamt, ca. 24 % auch die besonderen Belastungen in Verbindung mit der Behinderung (Ergebnisfragebogen, Frage 62). Wer Erwerbseinkommen hat, ist hier unterdurchschnittlich vertreten, während andererseits für Bezieher sozialer Unterstützungen besonders die allgemeine Finanzsituation, und für Pensionsempfänger die besondere Behinderungsbelastung signifikant problematischer ist.

Arbeitslosigkeit

Nach der Rehabilitation waren immerhin 21 % über längere Phasen und 12 % häufig arbeitslos. Derzeit sind (s.o.) 8 % gegen ihren Willen arbeitslos, und zwar im Schnitt mehr schon mehr als 1 Jahr vor dem Befragungszeitpunkt. Die Gründe (für die vollständige Liste siehe Ergebnisfragebogen, Frage 59) einer ungewollten Arbeitslosigkeit sind folgende:

Tabelle 48:
Gründe für derzeit ungewollte Arbeitslosigkeit nach Häufigkeit

Grund	Anteil
Aufgrund d. Erkrankung/Behinderung finde ich keinen geeigneten Arbeitsplatz.	33,8 %
In meiner näheren Umgebung gibt es keine passenden Arbeitsmöglichkeiten.	29,4 %
In meinem Alter ist es schwierig, eine neue Beschäftigung zu finden.	20,6 %
Meine Bewerbungen waren nie erfolgreich, weil immer zuviel verlangt wird.	11,8 %
Es gibt keine geeigneten Kinderbetreuungseinrichtungen.	8,8 %
Gesamt (jede Zelle = Anteil an 100 %)	N = 69

Hauptgrund ist klar die Behinderungsproblematik, teilweise verbunden mit regionalen oder altersbedingten Arbeitsmarktproblemen.

Der Status als begünstigter Behinderter wirkt sich auf Arbeitslosigkeit generell signifikant aus: solche Rehabilitanden sind entweder (fast) nie oder häufig arbeitslos. Sie sind auch überproportional beim Grund „keine Arbeit wegen Behinderung“ vertreten.

Soziale Situation

Bei den Indikatoren zur sozialen Lage und Zufriedenheit (Fragen 62 und 63) zeigen sich keine auffälligen Besonderheiten bzw. Zusammenhänge. 90 % können ihren Alltag ohne fremde Hilfe bewältigen, 80 % sind mit der Wohnsituation zufrieden, 75 % verspüren bzw. verspürten keine negativen Auswirkungen der Behinderung auf Familie und Partnerschaft, und 73 % sind insgesamt mit ihrer Lebenssituation zufrieden.

In Vereinen aktiv sind 40 %, was dem österreichischen Durchschnitt entspricht. Wer auf fremde Hilfe bei der Alltagsbewältigung angewiesen ist, ist eher Mitglied eines Behindertenvereines. Nicht leicht erklärbar ist, daß OberösterreicherInnen signifikant weniger auf Alltagshilfen angewiesen sind als Rehabilitanden aus anderen Bundesländern.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist bei Frauen und LandbewohnerInnen höher.

4.3.4 Signifikante Unterschiede zwischen Abschließern und Abbrechern

Abschließer und Abbrecher (differenziert nach Arbeits- und anderen Abbrüchen) unterscheiden sich hinsichtlich des Verlaufs und der Merkmale der postinstitutionellen Phase signifikant (95%-Niveau) in etlichen Aspekten voneinander (Tabelle 50).

Berufseinstieg und Arbeitsplatzwechsel

Der Berufseinstieg ist bei den Abschließern und Arbeitsabbrechern klar nachhaltiger als bei den sonstigen Abbrechern, die deutlich kürzer auf dem ersten Arbeitsplatz verweilten als ihrem Anteil an allen Rehabilitanden entspricht (23 zu 14 %). Ganz deutlich wird von den Abbrechern auch eher im alten Beruf gearbeitet als bei den Abschließern, und dementsprechend arbeiten diese zuerst wesentlich häufiger auf einem Arbeitsplatz im Berufsfeld der BBRZ-Ausbildung.

Tabelle 49:
Beendigungstypen nach signifikanten Aspekten des Berufseinstieg

Berufseinstieg	**Abschluß**	**Abbruch I (wegen Arbeit)**	**Abbruch II (alles andere)**	**Gesamt**
Dauer der ersten Arbeit				
bis 1 Jahr	70,5 %	5,8 %	23,7 %	100 %
bis 5 Jahre	83,5 %	11,3 %	5,2 %	100 %
länger	72,0 %	22,0 %	6,0 %	100 %
Erste Arbeit im alten Beruf				
zutreffend	42,9 %	21,4 %	35,7 %	100 %
teilweise	72,7 %	18,2 %	9,1 %	100 %
nicht zutreffend	78,1 %	8,9 %	13,0 %	100 %
Erste Arbeit BBRZ-nahe				
zutreffend	82,8 %	8,6 %	9,6 %	100 %
teilweise	75,8 %	14,5 %	9,7 %	100 %
nicht zutreffend	62,5 %	8,3 %	29,2 %	100 %
Arbeitslosigkeit nachher				
nie arbeitslos	75,0 %	16,3%	8,8 %	100 %
kaum arbeitslos	79,0 %	3,2 %	17,7 %	100 %
phasenweise arbeitslos	72,1 %	2,3 %	**25,6 %**	100 %
oft arbeitslos	66,7 %	3,7 %	**29,6 %**	100 %
Gesamt Prozent absolut	74,5 % 173	10,5 % 23	14,0 % 30	100 % 226

Gesundheitliche Probleme als Grund für einen Arbeitsplatzwechsel treten doppelt so häufig wie im Durchschnitt bei sonstigen Abbrechern auf.

Arbeitslosigkeit ist ganz klar wahrscheinlicher bei den sonstigen Abbrechern, während Abschließer und Arbeitsabbrecher geringere Arbeitslosehäufigkeiten aufweisen.

Soziale Situation

Die beste Einkommenssituation haben Arbeitsabbrecher (höchster Anteil in der Gruppe über 20.000,- S Netto-Monatseinkommen, weil höchster Anteil an Erwerbseinkommenbeziehern).

Einem Verein gehören Abschließer signifikant häufiger an als sonstige Abbrecher, während Arbeitsabbrecher hier nicht auffallen. Aktive Vereinszugehörigkeit ist ein Indikator für soziale Integration, die einen Abschluß der Rehabilitation offenbar begünstigt.

4.4 Unterschiede zwischen Arbeits-, Regel- und Zusatzabbrechern

In diesem Kapitel geht es um eine Spezialanalyse innerhalb der Abbrecher, bei der die Arbeitsabbrecher den Regel- und Zusatzabbrechern gesondert gegenübergestellt werden. Die aus der Aktenanalyse bekannten Hinweise auf ganz unterschiedliche Hintergründe bei den einzelnen Abbruchtypen (Kap. 3.1.2.) sollten so im direkten Vergleich und unter Einbeziehung der subjektiven Bewertungen und zusätzlichen Informationen aus der Befragung weiter verfolgt werden.

Die in der multivariaten Regressions- bzw. Kovarianz-Analyse verwendeten inhaltlich definierten Variablengruppen wurden jedoch (aufgrund der geringen absoluten Zahlen bei den einzelnen Abbruchtypen) in eine nach Phasen differenzierte Korrelationsanalyse umgewandelt. Die drei im folgenden dargestellten Phasen sind die auch biographisch relevanten Phasen: präinstitutionell, institutionell (BBRZ-Zeit), postinstitutionell.

4.4.1 Signifikante Unterschiede der Ausgangssituation

In die Analyse der Ausgangssituation wurden folgende Variable einbezogen (siehe Band 2, Ergebnisfragebogen, Fragen 1-18): Geschlecht, Austrittsalter, Lebensalter, Familienstand, Kinder, Wohnort (Stadt/Land), Bundesland (OÖ/andere), Schulbildung, Abbruch einer vorherigen Berufsbildung, erlernter Beruf, zuletzt ausgeübter Beruf (kaufmännisch/ handwerklich-technisch/ Ernährung+persönliche Dienste/ Sonstige), Berufswechsel, Anzahl Firmen vor Rehabilitation, Arbeitslosigkeit vor Rehabilitation, Rehabilitationsmaßnahmen vor BBRZ (Anzahl), , Dauer der Hauptbehinderung, Behinderungsursache, Anzahl von Behinderungen, Behinderungsarten, Status als begünstigter Behinderte/r.

Außer hinsichtlich des erlernten Berufes und verschiedener Behinderungsarten sind in der Ausgangssituation *keine signifikanten Merkmale* zu finden, die die verschiedenen Abbruchtypen voneinander unterscheiden, bzw. die Wahrscheinlichkeit gegenüber dem Durchschnitt für einen bestimmten Abbruchtyp erhöhen.

Tabelle 50:
Signifikante Unterschiede der Ausgangssituation nach Abbruchtypen in Prozent

Aspekte der Ausgangssituation	**Arbeits-abbruch**	**Regel-abbruch**	**Zusatz-abbruch**	**Gesamt**
Erlernter Beruf				
kaufmänn./Büroberufe	6,9 %	26,7 %	8,0 %	11,6 %
handwerkl.-techn. Berufe	**69,0 %**	53,3 %	48,8 %	58,0 %
Ernährung/persönliche Dienste	20,7 %	6,7 %	16,0 %	15,9 %
Sonstige Berufe	3,5 %	13,3 %	28,0 %	14,5 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=29	N=15	N=25	N=69
Behinderungsart				
Schädel-Hirn-Schäden	3,2 %	**22,7 %**	7,7 %	10,0 %
Epilepsie	3,2 %	13,6 %	0,0 %	5,0 %
Schwere Wirbel/Bandsch.schäden	**35,5 %**	9,1 %	15,4 %	21,5 %
Sonstige Behinderung	9,7 %	**27,3 %**	3,8 %	12,6 %
Summe (jede Zelle =Anteil an 100 %)	N=31	N=22	N=26	N=79

Rehabilitanden mit kaufmännischer bzw. Büro-Ausbildung brechen, wenn sie schon abbrechen, überdurchschnittlich häufig eine Regelausbildung ab. Handwerklich-technische Vorberufe führen eher zu Arbeitsabbrüchen, ebenso ein Vorberuf im Bereich Ernährung/ persönliche Dienste (Koch, Kellner, Bäcker, Friseur). Sonstige Berufe steigen mit höherer Wahrscheinlichkeit erst während der Zusatzausbildung aus.

Die bekannten Problemgruppen der Schädel-Hirn-Verletzten und der Epileptiker sind wahrscheinlichere Regelabbrecher, ebenso sonstige Behinderungen; schwerer Wirbel-/Bandscheibengeschädigte neigen mit höherer Wahrscheinlichkeit zum Arbeitsabbruch.

4.4.2 Signifikante Unterschiede während der Rehabilitation

Die verschiedenen Abbruchtypen unterscheiden sich hinsichtlich von Merkmalen, die den Rehabilitationsverlauf und seine Beurteilung beschreiben, in einigen Aspekten:

Tabelle 51:
Signifikante Unterschiede des Rehabilitationsverlaufes nach Abbruchtypen in Prozent

Aspekte des Reha-Verlaufes	**Arbeits-abbruch**	**Regel-abbruch**	**Zusatz-abbruch**	**Gesamt**
Regelausbildung				
kaufmännisch	43,3 %	72,7 %	76,9 %	**68,8 %**
technisch	**56,7 %**	27,3 %	23,1 %	37,2 %
Summe (jede Spalte = 100%)	N=31	N=22	N=26	N=79
Lernsituation wd. Regelausbildung				
schwierig	9,7 %	**54,5 %**	3,9 %	20,2 %
normal	64,5 %	36,4 %	76,9 %	60,8 %
leicht	25,8 %	9,1 %	19,2 %	19,0 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=31	N=22	N=26	N=79
Beurteilung der Ausbildungen				
Engagement d. Lehrer: voll zutreff.	54,8 %	59,1 %	30,7 %	48,1 %
Leistungsförderung: voll zutreffend	51,6 %	14,3 %	29,2 %	34,2 %
gute Klassengem. wd. Regelausb.	67,7 %	36,4 %	57,7 %	55,7 %
gute Note für Reha-Berater	65,0 %	62,5 %	71,4 %	66,0 %
Summe (jede Zelle = Anteil an 100 %)	N=31	N=21	N=24	N=76
Entwicklung der Gesundheit				
nicht abgeschloss. med. Rehab.	10,3 %	47,6 %	15,4 %	22,4 %
gesundheitiche Verschlechterung	16,7 %	57, 1 %	19,2 %	28,6 %
gesundheitiche Belastungen	29,0 %	61,9 %	16,0 %	33,7 %
häufige Krankenstände	16,7 %	52,4 %	26,9 %	29,9 %
Summe (jede Zelle = Anteil an 100 %)	N=29	N=21	N=26	N=76
Abbruchmotive				
gesundheitliche Verschlechterung	0,0 %	55,0 %	31,0 %	24,3 %
Fehlzeiten	3,2 %	30,0 %	0,0 %	10,0 %
psychische Probleme	0,0 %	50,0 %	15,2 %	18,6 %
falsche Ausbildungswahl	3,2 %	35,0 %	31,6 %	20,1 %
Konflikte mit Lehrenden	6,0 %	30,0 %	15,8 %	15,7 %
Abbruch war Fehler	9,7 %	55,0 %	20,8 %	25,0 %
Summe (jede Zelle = Anteil an 100 %)	N=31	N=20	N=24	N=75

- Zusätzlich zu den bereits bekannten Zusammenhängen der Ausbildungsrichtung und der Lern- und Leistungssituation zeigen sich als signifikante Problemzonen:
- unterdurchschnittliches Urteil über das Engagement der Lehrer bei Zusatzabbrechern,
- ebenso über die Leistungsförderung und das Klassenklima bei Regelabbrechern;
- überdurchschnittliche Wirkung gesundheitlicher Probleme bei Regelabbrüchen;
- desgleichen erhöhen alle potentiellen Abbruchmotive eher die Wahrscheinlichkeit des Regelabbruches.

4.4.3 Signifikante Unterschiede im weiteren Berufs- und Lebensverlauf

Da eines der wichtigen Ziele des Projektes darin liegt, Folgen von Abbrüchen der beruflichen Rehabilitation (die „postinstitutionelle Phase“) zu beschreiben und zu erklären, seien nun die Ergebnisse relativ detailliert herausgegriffen, die *signifikante Unterschiede zwischen den Abbruchtypen* beinhalten (mindestens 99 % Sicherheitswahrscheinlichkeit eines nicht zufälligen Zusammenhanges (Chi-Quadrat)).

Der Einstieg ins Berufsleben

Beim Blick auf Tabelle Nr. 53 fällt als erstes auf, daß die Arbeitsabbrecher im Vergleich zu den anderen Abbruchsarten zu recht als eine Variante eines im Grunde erfolgreichen Beendens der BBRZ-Rehabilitation betrachtet werden können. Zwei Drittel wechseln aus einer begonnenen Zusatzausbildung ins Arbeitsleben (22 von insgesamt 33 Arbeitsabbrechern unter unseren Befragten). Sie sind

- klar weniger oft arbeitslos als andere Abbrecher;
- beim Einstieg ins Berufsleben deutlich (zumindest im Vergleich zu den Regelabbrechern) näher zu Inhalt und Niveau der im BBRZ absolvierten bzw. begonnen Ausbildung;
- signifikant länger bzw. ausschließlich am ersten Arbeitsplatz und waren daher insgesamt bei weniger Firmen beschäftigt;
- bei Arbeitsplatzwechsel gar nicht genötigt, wegen gesundheitlichen Problemen zu wechseln.

Die derzeitige berufliche Situation

Auch der Blick auf die derzeitige berufliche Situation (Tabelle Nr. 54) zeigt das Bild des/r relativ erfolgreichen Arbeitsabbrechers/in. Sie sind:

- eher erwerbstätig als andere Abbrecher;
- eher selbständig und in qualifizierter Position tätig, mit den entsprechenden Attributen eines guten Arbeitsplatzes: insbesondere abwechslungsreich und mit Weiterbildungsmöglichkeiten;
- in deutlich besserer Einkommenssituation als die anderen Abbrecher.

Tabelle 52:
Signifikante Unterschiede des Berufseinstiegs nach Abbruchtypen in Prozent

Aspekte des Berufseinstiegs	**Arbeits-abbruch**	**Regel-abbruch**	**Zusatz-abbruch**	**Gesamt**
Arbeitslosigkeit nachher				
nie/kaum	88, 3 %	35,4 %	60,0 %	61,0 %
öfter	11, 7 %	**64,6 %**	40,0 %	39,0 %
Summe (jede Spalte = 100%)	N=17	N=17	N=20	N=54
1. Arbeit über AMS vermittelt				
AMS-Vermittlung	6,7 %	25,0 %	**28,6 %**	17,9 %
ohne AMS-Vermittlung	**93, 3 %**	75,0 %	71,4 %	82,1 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=30	N=16	N=21	N=67
1. Arbeit war inhaltl. BBRZ-nahe				
zutreffend	43,5 %	8,3 %	50,0 %	37,7 %
teilweise	39,1 %	25,0 %	16,7 %	28,3 %
nicht zutreffend	17, 4 %	**66,7 %**	33,3 %	34,0 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=23	N=12	N=18	N=53
1.Arbeit entsprach BBRZ-Niveau				
zutreffend	45,8 %	8,3 %	37,5 %	34,6 %
teilweise	37,5 %	25,0 %	43,8 %	36,5 %
nicht	16,7 %	**66,7 %**	18,7 %	28,9 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=24	N=12	N=16	N=52
Auf erstem Arbeitsplatz geblieben				
ja	55,6 %	35,3 %	30,0 %	42,2 %
nein	44,4 %	64,7 %	70,0 %	57,8 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=27	N=17	N=20	N=64
Anzahl der Firmen nachher				
1	63,3 %	40,0 %	31,8 %	47,8 %
2	26,7 %	13,3 %	45,5 %	29,8 %
4 und mehr	10,0 %	33,4 %	0,0 %	11,9 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=30	N=15	N=22	N=67
Arbeitspl.wechsel wg. Gesundheit				
ja	0,0 %	**45,5 %**	31,3 %	25,0 %
nein	100,0 %	54,5 %	68,7 %	75,0 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=13	N=11	N=16	N=40

Tabelle 53:
Signifikante Unterschiede der Berufssituation nach Abbruchtypen in Prozent

Aspekte der Berufssituation	Arbeits-abbruch	Regel-abbruch	Zusatz-abbruch	Gesamt
Derzeitige wirtschaftliche Stellung				
berufstätig	86,2 %	63,2 %	64,0 %	72,6 %
arbeitslos	6,9 %	**10,5 %**	4,0 %	6,9 %
in Pension	3,5 %	10,5 %	12,0 %	8,2 %
sonstiges	3,4 %	15,8 %	20,0 %	12,3 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=29	N=19	N=25	N=73
Derzeitige Art der Erwerbstätigk.				
unselbständig erwerbstätig	66,7 %	83,3 %	93,8 %	78,2 %
selbständig erwerbstätig	33,3 %	16,7 %	6,2 %	21,8 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=27	N=12	N=16	N=55
Derzeitiges Niveau der Erwerbstät.				
qualifizierte Tätigkeit (Fachkraft)	74,1 %	25,0 %	56,3 %	58,2 %
weniger qualifizierte Tätigkeit	25,9 %	75,0 %	43,7 %	41,8 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=27	N=12	N=16	N=55
Derzeit abwechslungsreiche Arbeit				
voll zutreffend	63,0 %	18,2 %	50,0 %	50,0 %
einigermaßen	25,9 %	63,6 %	18, 8 %	31,5 %
kaum zutreffend	11,1 %	18,2 %	31,2 %	18,5 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=27	N=11	N=16	N=54
Dzt. Arbeit: Weiterbildungsmögl.				
voll zutreffend	29,6 %	16,7 %	6,3 %	20,0 %
einigermaßen	48,2 %	33,3 %	43,7 %	43,7 %
kaum zutreffend	22,2 %	50,0 %	50,0 %	36,3 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=27	N=12	N=16	N=55
Derzeitiges Einkommen				
bis öS 10.000	3,8 %	33,3 %	28,6 %	20,0 %
bis öS 15.000	30,8 %	44,5 %	47,7 %	40,0 %
bis öS 25.000	50,0 %	16,7 %	19,0 %	30,1 %
mehr	15,4 %	5,5 %	4,7 %	9,2 %
Summe (jede Spalte = 100 %)	N=26	N=18	N=21	N=65

4.5 Komplexe Faktoren für Abbruch oder Abschluß der Rehabilitation

Den Abschluß der Analysen des Datenmaterials der Rehabilitandenbefragung bilden verschiedene multivariate Verfahren, um den gegenseitigen Einfluß verschiedener Merkmale einzubeziehen und auf Typen der Beendigung anzuwenden, die - im Gegensatz zu den Typen der Aktenanalyse - nicht nur objektive, sondern *auch subjektiv-motivationale Aspekte einschließen.*

4.5.1 Ein multivariates Modell für Typen der Motivation der Beendigung

Das bereits aus der Aktenanalyse bekannte Verfahren der multivariaten qualitativen hierarchischen Regressionsanalyse (= Diskriminanzanalyse, vgl. Holm 1988, S. 279) wurde auf eine neue abhängige Variable angewendet, die die tatsächliche Beendigung (Abbruch oder Abschluß) mit Gedanken an einen Abbruch verbindet und damit *drei neue Typen der Beendigung* formt:

Typ 1: Problemlose Abschließer:

Dies sind alle Befragten, die eine begonnene Maßnahme (Regel- und/oder Zusatzausbildung) beendeten und während der gesamten Rehabilitation nie an einen Abbruch gedacht haben.

Typ 2: Durchhalter:

Dies sind alle Befragten, die eine begonnene Maßnahme (Regel- und/oder Zusatzausbildung) beendeten und zumindest gelegentlich dabei an einen Abbruch dachten, ungeachtet des Grundes solcher Abbruchgedanken. Diese Gruppe ist besonders interessant, da hier Anhaltspunkte zur Verhinderung von Abbrüchen und zur Intervention in Problemsituationen besonders deutlich hervortreten können.

Typ 3: Abbrecher:

Abbrecher sind alle, die eine begonnene Maßnahme (Regel- und/oder Zusatzausbildung) nicht beendeten und damit vorzeitig ausschieden, ungeachtet des tatsächlichen Abbruchgrundes (also auch Arbeitsabbrecher), und ungeachtet allfälliger vorheriger Abbruchgedanken. Die an sich interessante Untergruppe des „plötzlichen Abbrechers“ (Abbruch ohne vorherige Abbruchgedanken) konnte aufgrund der zu geringen absoluten Zahl (15 Personen) nicht gesondert gerechnet werden.

Die Typen verteilen sich wie folgt:

Tabelle 54:
Neue Typen der Beendigung

Typ	abs.	Prozent
Abschließer	148	53,4 %
Durchhalter	50	18,1 %
Abbrecher	79	28,5 %
Summe	277	100 %

Was heißt nun „multivariate qualitative hierarchische Regressionsanalyse (= Diskriminanzanalyse)“ als angewendetes Verfahren ?

- „Multivariat“ bedeutet, daß mehrere unabhängige Variable einbezogen sind;
- „qualitativ“ bedeutet, daß die abhängige Variable nur inhaltliche, aber keine zahlenmäßig (quantitativ) erfaßbaren Differenzierungen (hier in die drei Typen) aufweist;
- „Hierarchisch“ bedeutet, daß nicht alle unabhängigen Variablen als einheitliches Bündel analysiert werden, sondern hintereinander („hierarchisch“) gruppiert werden, sodaß zeitlich nachfolgende Merkmale nicht als Einflußfaktoren auf vorher auftretende Aspekte betrachtet und gerechnet werden, sondern nur als Faktor hinsichtlich gleichzeitig oder später gegebener Aspekte.
- „Regressionsanalyse“ bedeutet, daß Veränderungen der abhängigen Variable in Relation zu Veränderungen von unabhängigen Variablen gemessen werden (als „Regressionskoeffizient“, der besagt, daß Veränderungen in einer unabhängigen Variable um einen Skalenwert eine Veränderung in der abhängigen um einen Faktor zwischen -1 und +1 bewirken; z.B. bedeutet ein Koeffizient 0,2, daß eine Veränderung der einen sich mit 20%-igem Effekt auf Veränderungen der anderen Variablen auswirken);
- „Diskriminanzanalyse“ bedeutet die Anwendung der Regressionsanalyse auf nominale abhängige Variable, wobei Veränderungen unabhängiger Variabler nicht direkt meßbare Effekte ergeben, sondern die *Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten Typs* um einen bestimmten Faktor erhöhen oder verringern.

Welche unabhängigen Variablen sind in die Berechnungen einbezogen (Gruppierung nach zeitlich-biographischem Ablauf der möglichen Wirkung auf nachfolgende Aspekte bzw. die Typen):

- **Gruppe 1 (soziale Lage vorher):** Austrittsalter (-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35+ Jahre); Geschlecht (m/w), Wohnort (Stadt/Land), Bundesland (OÖ/andere), Schulbildung (Pflichtsch./ Lehrabschluß/ Höher), Arbeitsstellen vor Reha (Anzahl), Arbeitslosigkeit vor Reha (nie, kaum, phasenweise, oft).
- **Gruppe 2 (Behinderung):** Reha-Maßnahmen vor BBRZ (Zahl), Behinderungsart (alle Kategorien: ja/nein), Behinderungsdauer (5J, 6-10J, 10+, seit Geburt), Grad der Behinderung (unter 50%, 50-69%, 70+%);
- **Gruppe 3 (BBRZ-Maßnahmen):** Berufsfindung (ja/nein), Rehavorbereitung (ja/nein), Ausbildungsrichtung (kfm./techn.), Gründe für Wahl (alle: ja/nein), Ausbildungsbeginn (Jahr), Ausbildungsende (bis 87/später), Form (tradit./Projekt), Zusatzausbildung (ja/nein), Betriebspraktikum (ja/nein);
- **Gruppe 4 (Gesundheitl. Entwicklung wrd. BBRZ):** Mediz. Rehab. abgeschlossen, Verschlechterungen eingetreten, Belastungen durch Reha gegeben (alle: sehr, eher,wenig, nicht zutreff.), besserer Umgang mit Behinderung (ja/nein);
- **Gruppe 5 (sozio-ökonomische Lage wrd. BBRZ):** Wohnen (zuhause/anderswo), Einkommen (Höhe), Einkommen (mehr/gleich/weniger als vorher);
- **Gruppe 6 (Beurteilung der Rehabilitation):** Lern-/Leistungssituation (schwierig, normal, leicht), Beurteilungsitems (alle: völlig, eher, weniger, nicht zutreff.), Noten Personal (alle: sgt, gut, bef, genngd), Klassengemeinschaft (sehr, eher, weniger, nicht wohl gefühlt), Gesamtzufriedenheit.

Das Ergebnis der Analysen ist rechnerisch im Band 2 dokumentiert. Die inhaltliche Interpretation dieser Daten ergibt als allgemeine Schlußfolgerung, daß das Modell insgesamt sehr gut die Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten des einen oder anderen Typs zu prognostizieren vermag. Ca. 2/3 der Streuung werden durch die im Modell erfaßten Variablen erklärt, der multiple Korrelationskoeffizient ist dementsprechend mit 0,83 sehr hoch. Je nach Typ ergeben sich unterschiedliche Erklärungsbeiträge der einzelnen Variablengruppen und eine Reihe von bemerkenswerten Einzeleffekten.

Die signifikanten Merkmale des Modells seien nun hinsichtlich ihrer Fähigkeit, die Wahrscheinlichkeit des einen oder anderen Typs zu prognostizieren, in einer Überblickstabelle (gereiht nach Stärke der partiellen Korrelation) dargestellt. Ein positives Vorzeichen bedeutet dabei, daß durch das Merkmal ein verstärkender Effekt auf das Auftreten des jeweiligen Typs (im Vergleich zu

den beiden anderen Typen) gegeben ist, ein negatives Vorzeichen den umgekehrten Zusammenhang. Bei den Gesamtwerten ist logischerweise nur der absolute Effekt/Zusammenhang mit der Variation der drei Typen meßbar, ohne Richtung/Vorzeichen. n.s. = nicht signifikant.

Tabelle 55:
Zwischen Abschließern, Durchhaltern und Abbrechern diskriminierende Merkmale

Merkmal	partieller Korrelationskoeffizient bei			
	Abschließern	Durchhaltern	Abbrechern	Gesamt
Merkmale der Ausgangssituation				
wenig Arbeitslosigkeit vor dem BBRZ	**+ .15**	n.s.	n.s.	n.s.
Größere Zahl Arbeitsplätze vor BBRZ	n.s.	n.s.	+ .13	n.s.
Merkmale der Behinderung				
Amputationen an Unterschenkel/Fuß/Zehe	n.s.	**+ .14**	n.s.	n.s.
Querschnittlähmungen	n.s.	**+ .14**	n.s.	n.s.
Leichtere Schäden an Gliedmaßen	n.s.	**+ .13**	n.s.	n.s.
Erkrankungen innerer Organe	n.s.	**+ .13**	n.s.	n.s.
Längere Dauer d. Behinderung vor BBRZ	n.s.	**+ .14**	- .17	.18
Schon vor BBRZ berufl. Reha-Maßnahm.	**+ .14**	n.s.	- .19	.19
Merkmale der BBRZ-Maßnahme (objektiv)				
Rehabilitation vor 1988 begonnen	- .14	n.s.	+ .13	n.s.
Besuch eines RVL	- .16	n.s.	n.s.	n.s.
Absolvierung der Berufsfindung	n.s.	- .13	n.s.	n.s.
Arbeitsplatzprognose Grund Ausb.wahl	**+ .17**	n.s.	n.s.	.17
Alternativenlosigkeit Grund Ausb.wahl	- 23	**+ .13**	+ .13	.22
Absolvierung eines Betriebspraktikums	**+ 23**	n.s.	- .27	.28
Entwicklung der Gesundheit wrd. BBRZ				
Verschlechterung der Gesundheit	- 20	n.s.	**+ .20**	.23
Besserer Umgang mit d. eigenen Behinder.	**+ .13**	- .13	n.s.	n.s.
Hohe gesundheitliche Belastungen	- .13	n.s.	n.s.	n.s.
Subjektive Beurteilung der Maßnahmen				
Guter Ruf BBRZ-Ausbildung insgesamt	- .13	n.s.	n.s.	n.s.
Gute Auswahl an Umschulungsberufen	+ .13	n.s.	n.s.	n.s.
Gute Berücksichtigung d. Arbeitsmarktes	- .16	n.s.	n.s.	n.s.
Gute Erwachsenengerechtigk. d. Ausbildg.	+ .16	- .15	n.s.	.18
Leichte Lern-/Leistungssituat. Regelausb.	+ .21	n.s.	- .20	.22
Guter externer Stellenwert Zusatzausbildg.	-.41	**+ .27**	- .22	.42
Gute Didaktik der Lehrenden	+ .24	n.s.	- .21	.25
Gutes Engagement der Lehrenden	n.s.	- .20	n.s.	n.s.
Gute Fachkompetenz der Lehrenden	- .15	+ .13	n.s.	.17
Gute Leistungsförderung	- .15	+ .20	n.s.	.21
Gutes Urteil über Sozialpädagogen	- .42	+ .29	+ .22	.44
Gutes Urteil über Reha-Berater	**+ 38**	- .27	- .18	.39
Gutes Urteil über Sozialarbeiter	+ .22	- .18	n.s.	.24
Gutes Urteil über Psychologen	n.s.	n.s.	- .12	n.s.
Bessere Gesamtzufriedenheit	**+ .20**	- .16	n.s.	.21

Zuerst seien einige generelle Trends aus den oben ersichtlichen Merkmalen abgeleitet:

- Die *Kontinuität der Berufstätigkeit* ist der einzig wirksame Aspekt der Ausgangssituation: geringere Arbeitslosigkeit fördert den problemlosen Abschluß, und eine höhere Zahl von Arbeitsplätzen vor der Rehabilitation macht den Abbruch wahrscheinlicher.
- *Unterschiede der Behinderung* wirken sich nur auf die Wahrscheinlichkeit aus, trotz Abbruchgedanken durchzuhalten. Dies sind einerseits leichtere bzw. gut kompensierbare bzw. weniger sichtbare Behinderungen (Innere Organe, Unterschenkelamputationen, leichtere Schäden an Gliedmaßen), andererseits eine besonders schwere Behinderung, die den Abschluß der beruflichen Rehabilitation als einzige Chance erscheinen läßt: die an den Rollstuhl fesselnde Querschnittlähmung.
- Wichtig bei der Behinderung ist auch ein bereits *stabilisierter (positiver) Umgang* mit ihr. Wer schon länger vor dem BBRZ behindert war, hat eine höhere Wahrscheinlichkeit, durchzuhalten; und jemand, der schon vor dem BBRZ Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation durchlief, zählt eher zu den problemlosen Abschließern, und hat eine geringere Wahrscheinlichkeit abzubrechen. Zu diesem Syndrom gehört auch, daß Personen, die eher einen positiven Umgang mit der eigenen Behinderung als Ergebnis der Rehabilitation konstatieren, auch eher problemlos abschließen.
- Bei den objektiven Aspekten der Maßnahme bestätigt sich bereits Bekanntes: vor 1988 wurde häufiger abgebrochen, und vorbereitende Maßnahmen (BF, RVL) verringern die Abschluß- bzw. Durchhaltewahrscheinlichkeit, ohne jedoch auf den Abbruch selbst signifikant zu wirken.
- Interessant erscheint, daß eine inhaltlich positiv begründete, aber extern orientierte Ausbildungswahl (der Blick auf die Arbeitsmarktchancen) den problemlosen Abschluß wahrscheinlicher macht, und eine negativ begründete Wahl (Alternativenlosigkeit) sowohl das Durchhalten als auch den Abbruch (und damit jedenfalls Abbruchgedanken) begünstigt.
- Verschlechterung der Gesundheit als deutliche Erhöhung der Abbruchwahrscheinlichkeit sowie hohe gesundheitliche Belastungen als Verringerung der Wahrscheinlichkeit problemlosen Abschlusses sind ebenfalls ein bereits bekanntes Phänomen.
- Alle positiven Bewertungen der BBRZ-Ausbildung hinsichtlich ihres externen Stellenwertes verringern signifikant die Wahrscheinlichkeit des problemlosen Abschlusses, umgekehrt wirkt jedoch nur *die Einschätzung der Zusatzausbildung*: als deutliche Motivation, trotz Abbruchgedanken diese abzuschließen (also „durchzuhalten“).
- Bei den internen Bewertungen fällt zunächst auf, daß die positive Erfahrung und Umsetzung der Lernsituation (gute Didaktik, Erwachsenengerechtigkeit, leichte Lernsituation) mit dem problemlosen Abschluß einhergeht.
- Spezifisch *motivierend durchzuhalten* wirken dann eher zusätzliche Leistungskomponenten, wie die Förderung der Leistung, die Anerkennung der Fachkompetenz der Lehrenden, und die Arbeit der Sozial- und Berufspädagogen.

Nun zu besonderen Aspekten der einzelnen Typen:

Typ 1: problemlose AbschließerInnen

Die Erklärungskraft des Modells ist hier hoch (75 % erklärte Streuung). Die Qualität der Erfahrungen im BBRZ (erfaßt durch die Beurteilung aus Sicht der Befragten) spielt die größte Rolle für die Wahrscheinlichkeit eines „problemlosen Abschlusses“ (43 % Anteil an der erklärten Streuung insgesamt). Die durchgeführten Maßnahmen einschließlich der Gründe für die Wahl einer bestimmten Ausbildung erklären immerhin 28% der im Modell erfaßten Streuung. Es folgen die Entwicklung der Gesundheit während des BBRZ (14%) und die Qualität der erlittenen

Behinderung/Beeinträchtigung (11%). Wenig ins Gewicht fallen die soziale Situation während der BBRZ-Maßnahmen (nur 1% Anteil an der erklärten Streuung), und die soziale Ausgangssituation (3%). Als Einzeleffekte sind zu notieren (signifikante partielle Korrelationen):

Die Wahrscheinlichkeit für problemlosen Abschluß erhöht sich:

- bei geringerer Arbeitslosigkeit vor Beginn der Rehabilitation;
- bei Durchlaufen von beruflichen Reha-Maßnahmen bereits vor dem BBRZ;
- wenn kein Reha-Vorbereitungslehrgang absolviert wurde;
- wenn die Arbeitsplatzprognose der gewählten Ausbildung eine Rolle spielte;
- wenn ein Betriebspraktikum absolviert wurde;
- wenn der Gesundheitszustand während des BBRZ sich nicht verschlechterte;
- wenn die Ausbildung gesundheitlich nicht als besonders belastend empfunden wurde;
- wenn sich ein besserer Umgang mit der eigenen Behinderung entwickeln konnte;
- wenn die Lernsituation während der Regelausbildung als leichter empfunden wurde;
- wenn der Lehrstoff als gut vermittelt empfunden wurde;
- wenn die Ausbildung als erwachsenengerecht empfunden wurde;
- wenn den Zusatzausbildungen anerkannter Stellenwert zuerkannt wurde;
- wenn die Arbeit der Sozialarbeiter gut benotet wurde;
- wenn die Arbeit der Reha-Berater gut benotet wurde;
- wenn die Gesamtzufriedenheit mit dem BBRZ höher war.

Die Wahrscheinlichkeit für problemlosen Abschluß verringert sich:

- wenn das Angebot an Umschulungsberufen als unzureichend empfunden wurde;
- wenn das Angebot an Umschulungsberufen als nicht marktgerecht empfunden wurde;
- wenn die Wahl der Ausbildung mangels verfügbarer Alternativen erfolgte;
- wenn der Ruf des BBRZ als mangelhaft empfunden wurde;
- wenn die Arbeit der Sozialpädagogen schlechter benotet wurde.

Typ 2: DurchhalterInnen (trotz Abbruchgedanken)

Das Modell ist hier weniger prognosekräftig. Die erklärte Streuung sinkt auf knapp 50 %. Das Gewicht erklärender Variablengruppen verschiebt sich: die Beurteilung der BBRZ-Maßnahmen (44 % Anteil an der erklärten Streuung) bleibt zwar gleich, doch die Art der Behinderung (25 %). erklärt mehr, die Maßnahmen selbst jedoch weniger (nur mehr 18 % Streuung), ebenso die gesundheitliche Entwicklung im BBRZ (nur mehr 9 %). Irrelevant erscheinen nach wie vor die soziale Lage vor und während der Rehabilitation. Als zusätzliche Einzeleffekte sind zu notieren (signifikante partielle Korrelationen, neben den nunmehr gegenläufig wirkenden Merkmalen beim problemlosen Abschluß):

Die Wahrscheinlichkeit für ein Durchhalten trotz Abbruchgedanken erhöht sich:

- Bei kürzerer Dauer zwischen Eintritt der Erkrankung/Behinderung und dem BBRZ;
- bei Querschnittlähmungen;
- bei leichteren Schädigungen an Gliedmaßen;
- bei Unterschenkel/Fuß/Zehen-Amputationen;
- bei Erkrankungen oder Verletzungen innerer Organe;
- wenn eine Berufsfindung gemacht wurde;
- wenn das Engagement der Lehrenden gut beurteilt wurde;

- wenn die Arbeit der Sozial- und Berufspädagogen gut bewertet wurde.

Typ 3: Abbrecher

Für diese Form der Beendigung vermag das Ausgangs-Modell am wenigsten auszusagen. Die erklärte Streuung sinkt auf 40 %. Der erklärende Anteil einzelner Variablengruppen ist zwischen den Gruppen „Beurteilung des BBRZ“ (32 %), „Maßnahmen“ (29 %) und „Behinderung“ (35%) fast ausgeglichen. An zusätzlichen Aspekten sind nur noch zu notieren: bei höherer Firmenzahl vor der Rehabilitation erhöht sich die Abbruchwahrscheinlichkeit, bei Oberschenkelamputationen verringert sie sich.

Innerhalb der Abbrecher wurde dann eine Berechnung des generellen Modells differenziert nach Abbruchtypen durchgeführt (Detailberechnungen siehe Band 2, Rehabilitandenbefragung, Multivariate Modelle, Tabellen 5-7). Die Ergebnisse aus Kapitel 4.4. bestätigen sich auch bei Kontrolle gegenseitiger Beeinflussung relevanter Merkmale:

- *Arbeitsabbrecher* sind von den anderen Abbruchtypen am stärksten durch die Beurteilung der Maßnahmen unterscheidbar (66 % der im Modell erklärten Streuung, 30 % durch die Behindeung, alles andere Fällt nicht ins Gewicht). Eine als schwieriger empfundene Lern- und Leistungssituation, Kritik an der Didaktik und am Ruf der Zusatzausbildung sowie ein deutlich schlechteres Urteil über die Reha-Berater kennzeichnen den Arbeitsabbruch.
- *Regelabbrecher* sind stärker durch die Art der Behinderung unterscheidbar (40 % der erklären Streuung, dann 30 % Beurteilung der Maßnahmen, 15 % die gewählten Maßnahmen, alles andere fällt nicht ins Gewicht). Die bekannten Risikogruppen der Diabetiker, Epileptiker und psychosozial Beeinträchtigten tauchen hier mit signifikanter Wirkung auf. Bei den Motiven der Ausbildungswahl spielt eine zu geringe Sachinformation eine Rolle: Informationsmangel und (notwendigerweise partikuläre) Hinweise behinderter KollegInnen. Sie urteilen auch am negativsten über das Betriebskontaktereferat, obwohl sie signifikant weniger Betriebspraktika absolvierten.
- *Zusatzabbrecher* sind wieder zu fast 60 % über das subjektive Urteil zur BBRZ-Ausbildung von den anderen Abbruchtypen im Modell unterscheidbar. Sie fühlte sich weniger wohl in der Klasse, empfanden die Lernsituation als schwieriger, beurteilten Lehrpersonen und Fachdienste signifikant schlechter (mit der Ausnahme der Sozial- und Berufspädagogen). Bei den Motiven zur Ausbildungswahl führen Vorschläge aus der Berufsfindung, die Beispiele aus dem Freundeskreis und das Empfinden, keine Alternative zu haben, eher zu Abbruch während der Zusatzausbildung als zu anderen Abbruchformen. Von den sonstigen Aspekten ist nur das signifikant geringere Einkommen während der BBRZ-Ausbildung zu notieren.

4.5.2 Abbruchsyndrome: Ergebnisse einer Faktorenanalyse

Letztendlich wurden alle erhobenen Merkmale der *objektiven und subjektiven Entwicklung während des Durchlaufens der BBRZ-Maßnahmen* einer Faktorenanalyse speziell für die Gruppe derer unterzogen, die Abbruchgedanken hegten oder tatsächlich abgebrochen haben. Das Merkmal "Abbruch wegen Arbeitsantritt" wurde dabei nicht in die Analyse einbezogen, da es konstitutiv für einen der Abbruchtypen war. Solche BBRZ-spezifischen Abbruchsyndrome sollten insbesondere abbruchrelevante Zusammenhänge als Feld für institutionelle Aufmerksamkeit und mögliche Interventionen abklären.

Die schiefwinkelige Rotation erbrachte 5 signifikante (Korrelationen unter 0,5, Winkel über 60 Grad) und interpretierbare Faktoren.

Syndrom 1: Negative Ausbildungserfahrungen

Folgende Variable waren diesem Faktor (= gemeinsame Hintergrunddimension) zuordenbar, der sich als stärkste Dimension (höchster sog. Eigenwert) erwies:

- (Kürzere) Dauer der Behinderung vor Beginn des BBRZ, Informationsmangel als Grund der Ausbildungswahl, (geringere) Integration in die Klassengemeinschaft, Konflikte mit Lehrenden als mögliches Abbruchmotiv, Kritik an der Praxisrelevanz, der Arbeitsmarktadäquanz und dem generellen Ruf der Ausbildung, (schlechtere) Urteile über Engagement, Fachkompetenz, Didaktik, Erwachsenengerechtigkeit der Lehre, (schlechtere) Benotung der Lehrenden, der Sozialarbeiter, der Reha-Berater und des medizinischen Dienstes.

Bemerkenswert erscheint, daß das *Ausbildungswahlmotiv "Informationsmangel"* sowie die Behinderungsdauer ebenfalls auf dieser Dimension liegen. Das o.a. Motiv erscheint damit als nach rückwärts projizierte Kritik: wenn man alle Informationen (= Erfahrungen) bereits zu Beginn gehabt hätte, hätte man sich nicht für die konkrete, mit so viel negativen Erfahrungen verbundene Ausbildung entschieden. Die kürzere Behinderungsdauer indiziert die *geringere Behinderungsbewältigung* als eigentlichen Aspekt, deren negative Erfahrungen ebenfalls auf die Ausbildung projiziert werden.

Syndrom 2: Gesundheitliche und psychische Probleme

Folgende Variable waren diesem Faktor (= gemeinsame Hintergrunddimension) zuordenbar, der sich als zweitstärkste Dimension (nach dem sog. Eigenwert) erwies:

- Absolvierung einer Berufsfindung, deren Ergebnis als Wahlmotiv für die Ausbildung, (höhere) Anzahl von Behinderungen, (schwierigere) Lernsituation während der Regelausbildung, (häufigere) Abbruchgedanken während der Regelausbildung, gesundheitliche Verschlechterung und psychische Probleme als Abbruchmotiv, familiäre Probleme als Abbruchmotiv, tatsächliche Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation, hohe gesundheitliche und psychische Belastungen während der Ausbildung, noch nicht abgeschlossene medizinische Rehabilitation, häufige Krankenstände.

Auch hier erscheint bemerkenswert, daß neben den klaren Aspekten der Gesundheit und ihrer Entwicklung die *Berufsfindung und ihre Wirkung auf die Ausbildungsentscheidung* zu diesem Faktor gehört. Möglicherweise sind hier die Entkoppelung der Berufsfindung von den gesundheitlichen Voraussetzungen der Rehabilitanden und eine deshalb nicht behinderungsadäquate

Berufswahl der gemeinsame Hintergrund. Die Gesundheit erweist sich damit auch als wesentlicher Hintergrund für die Beurteilung der Lernsituation während der Regelausbildung sowie die Häufigkeit von Abbruchgedanken in dieser Phase.

Syndrom 3: Allgemeine Enttäuschung über die gewählte Ausbildung

Folgende Variable waren diesem Faktor (= gemeinsame Hintergrunddimension) zuordenbar, der sich als drittstärkste Dimension (nach dem sog. Eigenwert) erwies:

- Alternativenlosigkeit als Grund der Ausbildungswahl, Interesse am Umschulungsberuf als Grund der Ausbildungswahl, (Projekt-) Form der Ausbildung, Klagen über zuwenig Kontrolle und zuwenig Ernst in der Ausbildung, Klagen über einen geringen externen Stellenwert der BBRZ-Ausbildung insgesamt und der Zusatzausbildung im besonderen, (häufige) Gedanken an Abbruch während der Zusatzausbildung,, Enttäuschung über den Umschulungsberuf und falsche Ausbildungswahl als Motive von Abbruchgedanken, Nichteintritt erwarteter gesundheitlicher Verbesserungen als mögliches Abbruchmotiv.

Enttäuschte Ausbildungserwartungen zeigten sich bereits in der Analyse der Abbruchgründe allein (Tabelle 33) als Faktor, wobei die unmittelbare Abbruchrelevanz eher in der Regelausbildung (Rangplatz 4 bzw. 6) als in der Zusatzausbildung (Rangplatz 8 , 9) gegeben schien. Interessant sind nun die zusätzlich auf dieser Dimension ladenden Merkmale: *Interesse am Umschulungsberuf als Grund der Ausbildungswahl* signalisiert offenbar besonders hohe Erwartungen, die dann durch die subjektive Erfahrung, daß die Ausbildung weder intern noch extern besonders ernst genommen zu werden scheint, in Enttäuschung umschlägt. Alternativenlosigkeit signalisiert umgekehrt eine bereits beim Einstieg vorhandene Skepsis, die dann allzuleicht bestätigt erscheint.

Syndrom 4: Sozio-ökonomische Belastungen

Folgende Variable waren diesem Faktor (= gemeinsame Hintergrunddimension) zuordenbar, der sich als viertstärkste Dimension (nach dem sog. Eigenwert) erwies:

- (Höheres) Lebensalter bei Ausbildungsbeginn, Wahl des Umschulungsberufes aufgrund von Vorkenntnissen, (geringeres) Einkommen während der Ausbildung als vorher und (daraus resultierende) finanzielle Belastungen als Motiv für Abbruchgedanken, Überbrückungscharakter der Ausbildung, Länge der Ausbildung als mögliches Abbruchmotiv, die Wohnsituation sowie die Belastungen durch Pendeln als weitere mögliche Abbruchmotive.

Dieser Faktor faßt belastende Aspekte der Lebenssituation in Zusammenhang mit der Ausbildung zusammen. Ältere, vorher gut verdienende Rehabilitanden, die ihre gewohnte Lebenssituation schwer in Einklang mit der Rehabilitation bringen können, sind sozusagen typische Vertreter dieses Syndroms. Dazu paßt auch, daß die Nähe zum bisherigen Berufsfeld als einziger der Gründe für die Ausbildungswahl zu diesem Faktor zu rechnen ist.

Syndrom 5: Biographische Distanz zur Ausbildung

Folgende Variable waren diesem letzten Faktor zuordenbar:

- Ausbildungswahl wegen Beispielen und Hinweisen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis bzw. von behinderten Kollegen, wegen der Arbeitsplatzprognose oder wegen der Verdienst-erwartungen, Verbesserungen der gesundheitlichen Situation und allgemein günstige Behinderungsentwicklung, Schwierigkeiten mit den Lerninhalten und Konflikte mit Ausbildungskollegen, Status als begünstigter Behinderter.

Auf den ersten Blick scheinen die hier zusammengefaßten Merkmale sehr heterogen und schwer inhaltlich interpretierbar. Kernpunkt ist jedoch die rein extrinsischen Motivation bei der Ausbildungswahl, die beim Auftauchen erster Schwierigkeiten mit der Lernsituation oder mit den Kollegen einen Abbruch als realistische Alternative erscheinen läßt, insbesondere wenn die gesundheitliche Situation problemlos ist und aus dem Status als begünstigter Behinderter eine gewisse Absicherung möglich erscheint.

5 Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

5.1 Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze

Die Hauptergebnisse der Studie werden im folgenden nach den in den Projektzielen (Kapitel 1.3) formulierten Fragen kurz zusammengefaßt.

5.1.1 Beschreibung typischer Abbrechergruppen, Risikoindikatoren

16 % sind „Totalabbrecher", 8 % Abbrecher wegen Berufseintritt, 6 % Zusatzabbrecher

Insgesamt haben knapp 30 % der BBRZ-Rehabilitanden unseres Beobachtungszeitraumes (1980-1992) eine begonnene Ausbildung (Regel- oder Zusatzausbildung) nicht abschließen können. Wurde eine Zusatzausbildung abgebrochen, ist vorher eine Regelausbildung erfolgreich abgeschlossen worden. Die Abbrecher einer Zusatzausbildung sind daher als eigener Typ eines Abbruchs anzusehen. Zu beachten ist im weiteren, daß der direkte *Berufseintritt* bei beiden Abbrechergruppen einen häufigen Abbruchsgrund darstellt. Berücksichtigt man, daß Arbeitsantritt oder Abschluß zumindest einer Regelausbildung als „Teilerfolg" angesehen werden können, verringert sich der Anteil der „vollständig erfolglosen" Ausbildungsabbrecher auf ca. 16 % der Rehabilitanden. Unter Berücksichtigung der beiden Gruppen von Ausbildungsabschlüssen (Regel- bzw. Zusatzabschluß) wurde die Gesamtheit aller untersuchten Rehabilitanden nach fünf Typen der Beendigung differenziert, welche sich wie folgt verteilen:

Tabelle 56: (= Tabelle Nr. 2)
Typen der Beendigung der beruflichen Rehabilitation in der Grundgesamtheit

Typ der Beendigung	**abs.**	**Prozent**
Typ 1: Arbeitsabbruch	168	8,0
Typ 2: Regelabbruch	342	16,3
Typ 3: Regelabschluss	443	21,1
Typ 4: Zusatzabbruch	138	6,6
Typ 5: Zusatzabschluss	1008	48,0
Grunderfolg (Typ 1 + Typ 3 + Typ5)	1619	77,1
Summe	2099	100

Da sich die Abbruchhäufigkeit seit 1988 deutlich verringerte, wurden in einer vertieften Aktenanalyse alle über die Rehabilitanden aktenkundigen Merkmale der sozialen und gesundheitlichen Situation sowie des Ausbildungsverlaufes im BBRZ getrennt für frühere (1980-1987) und spätere (1988-1992) Jahre des Ausbildungsendes auf mögliche Abbruchrelevanz hin zusammenhängend untersucht. Diese Daten wurden zu einem Profil von potentiellen „RisikoklientInnen" zusammengefaßt werden, also Rehabilitandengruppen, deren Merkmale auf eine signifikante Häufung von Abbrüchen im Vergleich zu anderen Arten der Beendigung (Arbeitseintritt, Abschluß) hinweisen.

Externe Abbruchindikatoren vor und während der Rehabilitation ***(Risikomerkmale)***

Für die Ausbildungen bis 1987 galt: Ein/e "RisikoklientIn" kam nicht aus OÖ (mit Wien als Faktor bei Regel- und Stmk./Vlbg. als Faktor bei Zusatzabbrüchen); war eher männlich; war entweder unter 20jährig oder älter als 35 (wenn älter, dann zusätzlich geschieden/verwitwet); war ent-

weder schwerer körperbehindert (bes. Amputationen, Hüft/Beckenschäden) sodaß auch der offizielle Grad der Behinderung höher („begünstigt“), und eine Pension möglich war, oder war (teilweise zusätzlich) psychosozial beeinträchtigt; mußte (aufgrund der Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger erschwerender Ursachen) einen Rehavorbereitungslehrgang machen (der die Handicaps jedoch nicht gänzlich kompensieren konnte); wohnte nicht in einem BBRZ-Wohnheim und hatte eher eine "gebrochene" BBRZ-Karriere (z.B. Wechsel kaufm. <-> techn. Maßnahme, höhere Maßnahmenzahl z.B. wegen Unterbrechungen);

Ab 1988 gilt für "RisikoklientInnen": er/sie kommt eher nicht aus OÖ; ist entweder unter 20jährig oder älter als 35; hat niedrigere Schulbildung (insbesondere bei Zusatzabbruch); hat bereits eine vorherige Berufsbildung nicht abgeschlossen (was zwar einen Regelabschluß begünstigt, aber den Abbruch einer folgenden Zusatzausbildung fördert); hat eher einen ausbildungsfernen Vorberuf (d.h. nicht kaufmännisch oder technisch zuordenbare Berufe, wie im Bereich Ernährung/Dienstleistung: Gastgewerbe, Friseur, Fleischer; sonstige Berufe); ist entweder schwerer körperbehindert (jetzt aber bes. Wirbelsäulenschäden, Querschnittlähmungen) sodaß auch der offizielle Grad der Behinderung höher ist („begünstigt“, womit auch eher eine Pension möglich war), oder ist Diabetiker oder (wie auch vorher) psychosozial beeinträchtigt; macht eher eine Berufsfindung und bricht dann aber eher die gewählte Regelausbildung ab; bricht nach einer kaufmännischen Regelausbildung die anschließende Zusatzausbildung eher ab als nach einer technischen Regelausbildung.

5.1.2 Bestimmung von Abbruchursachen

In den zwei vergleichbaren deutschen Untersuchungen ergaben sich als häufigste Abbruchgründe (1) Gesundheitsprobleme der Rehabilitanden, (2) zu hohe Ausbildungsanforderungen, (3) fehlende Mitarbeit und Motivation, (4) falsches Berufsbild bei Ausbildungswahl, (5) finanzielle, familiäre und psychische Probleme. Häufig spielten (6) mehrere Ursachen zusammen. Diese Befunde sind anhand der detaillierten Ergebnisse unserer Erhebungen zu bestätigen sowie in wichtigen Aspekten zu ergänzen.

1. Gesundheitsprobleme als Abbruchursache

Expertenhypothese des Risikos fehlender physischer und psychischer Behinderungsbewältigung bestätigt

Schon in der Expertenrunde wurde die Vermutung geäußert, daß viele KlientInnen zu früh nach Eintritt der Behinderung in die Ausbildung kommen, wenn die Behinderungsbewältigung noch nicht geschafft ist. Und während eine ärztliche Diagnose der Nichteignung aufgrund körperlicher Überforderung zumeist berücksichtigt werde, geschehe dies bei psychischer Überforderung oft nicht. Diese Hypothese muß als bestätigt betrachtet werden. Gesundheitliche Belastungen und ein als zu früh empfundener Rehabilitationsbeginn treten auch bei unseren Befragten immer wieder auf, obwohl andererseits bei insgesamt 40 % eindeutige Verbesserungen des Gesundheitszustandes konstatiert werden. Probleme gab es (gereiht nach Häufigkeit):

- Hohe gesundheitliche Belastungen durch die Ausbildung: 26 %;
- Häufige Krankenstände: 19 %;
- Noch nicht abgeschlossene medizinische Rehabilitation: 17 %
- Starke Verschlechterung der gesundheitlichen Situation: 13 %

40 % haben gesundheitliche Probleme, 25 % denken deswegen an Abbruch, 8 % brechen (auch) deswegen ab

Zumindest einen der o.a. problematischen Aspekte der Gesundheitsentwicklung nennen ebenfalls 40 %. Bemerkenswert sind die *Zusammenhänge zwischen diesen negativen gesundheitlichen Aspekten*. Zu früh abgeschlossene medizinische Rehabilitation geht signifikant einher mit Verschlechterungen, Belastungen, Krankenständen, ebenso Belastungen mit Verschlechterungen und Krankenständen etc. Umgekehrt verringert das Fehlen eines Belastungsmerkmales sehr deutlich die Häufigkeit des Auftretens eines anderen Merkmales. Das Auftreten solcher Belastungen ist auch hochsignifikant mit bestimmten Behinderungsarten verbunden. Erkrankungen der inneren Organe wirken sich in signifikant häufigeren Verschlechterungen und Krankenständen aus; bei Schädel-Hirn-Schäden sind es Probleme einer nicht als abgeschlossen empfundenen medizinischen Rehabilitation, die auch stärkere Belastungen ergeben, aber mit signifikant geringerem Ausmaß an Verschlechterungen und auch keinen besonderen Krankenstände einhergehen. Bei Beeinträchtigung von Sinnesorganen gehen eher Belastungen und Verschlechterungen Hand in Hand. Psychosoziale Beinträchtigungen - eine aus den bisherigen Analysen besonders bekannte Problemgruppe - sehen im Rückblick signifikant eher eine zu frühe medizinische Rehabilitation, die sich mit stärker empfundenen Verschlechterungen verbindet. Verschlechterungen werden auch eher bei sonstigen Behinderungen angegeben.

Gesundheitliche Probleme bilden oft den Kern zusätzlicher Abbruchmotive und -aspekte

Ca. je ein Viertel aller befragten Rehabilitanden gibt *psychische Probleme* (25,6 %) und *gesundheitliche Probleme* (25,4 %) als Grund für Abbruchgedanken an, was die Ränge 2 und 3 bei Abbruchmotiven während der Regelausbildung sowie 4 und 5 während der Zusatzausbildung ergibt. Fast 2/3 derer, die solche Abbruchmotivationen nennen, klagen über auch zumindest ein negatives gesundheitliches Merkmal. Neben diesem "selbstverständlichen" Zusammenhang sind negative Aspekte der Gesundheit signifikant noch mit weiteren Abbruchmotiven verbunden: Fehlzeiten, finanzielle Situation, falsche Ausbildungswahl sowie Ausbildungsdauer werden häufiger von Personen genannt, die eine zu früh abgeschlossene medizinische Rehabilitation beklagen sowie häufige Krankenstände nennen. Gesundheitliche Verschlechterungen führen zu häufigerer Nennung von Konflikten mit Lehrenden als Motiv. Hohe gesundheitliche Belastungen durch die Ausbildung gehen einher mit häufigerer Nennung der Wohnsituation als Abbruchmotiv

Verschlechterung der Gesundheit bedeutsamster Einzelaspekt

Alle Variablen der *Entwicklung der Gesundheit* während der Rehabilitation zeigen beim Vergleich zwischen Abbrechern und Abschließern dasselbe Bild: der allgemeine Abbruch wird deutlich durch negative Aspekte/Entwicklungen begünstigt, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Verschlechterungen bedingen bei fast der Hälfte der Betroffenen (49 %) einen allgemeinen Abbruch; häufige Krankenstände bei immerhin noch 38 % der davon Betroffenen; Rehabilitanden mit noch nicht als abgeschlossen empfundener medizinischer Rehabilitation brechen zu 31 % ab, während das Empfinden von höheren Belastungen deutlich geringere Wirkungen hat: 24 % brechen ab. Arbeitsabbrüche zeigen nur bei zwei Merkmalen der gesundheitlichen Entwicklung signifikante Auswirkungen: die fehlende medizin. Rehabilitation verringert die Wahrscheinlichkeit (von 11 auf 6,7 %), Verschlechterungen erhöhen geringfügig die Wahrscheinlichkeit (von 11 auf 16 %).

Verbesserung der Gesundheit begünstigt Abschlußwahrscheinlichkeit

Das obige Ergebnis wird durch die generelle Einschätzung der seit der Rehabilitation gestützt. Wer eine Verbesserung konstatierte, hat auch überdurchschnittlich regulär abgeschlossen (80 gegenüber 72 %).

Negative Gesundheitsentwicklung läßt Abbruch im Rückblick eher als Fehler erscheinen

Als einzige Einflußfaktoren auf die Einschätzung des Abbruchs als Fehler zeigen sich einmal mehr die Variablen der Gesundheitsentwicklung: wer eine zu frühe medizinische Rehabilitation konstatiert, neigt signifikant eher zur Fehlereinschätzung, desgleichen, wer hohe gesundheitliche Belastungen durch die Ausbildung angibt, bzw. wer über häufige Krankenstände klagt.

2. Zu hohe Ausbildungsanforderungen als Abbruchursache

Auch bei Problemen mit den Leistungsanforderungen spielt die belastete Gesundheit mit

Die Lern- und Leistungssituation wurde von ca. 2/3 der Befragten als ganz gut zu bewältigen empfunden (64 % während der Regel-, immerhin noch 60 % während der Zusatzausbildung). Allerdings steigt der Anteil derer, die Schwierigkeiten hatten, von 9 % auf 19 % während der Zusatzausbildung. Hauptfaktor der Beurteilung der Leistungssituation ist die Schwere und Entwicklung der Erkrankung/Behinderung: die Wahrscheinlichkeit für Schwierigkeiten steigt während Regel- und Zusatzausbildung mit Absolvierung eines RVL, wenn die medizinische Rehabilitation als noch nicht abgeschlossen betrachtet wurde (zu früher Ausbildungsbeginn), und wenn die Ausbildung mit größeren gesundheitlichen und psychischen Belastungen verbunden war. Während der Regelausbildung kommen neben weiteren gesundheitlichen Aspekten (Mehrfachbehinderungen, Verschlechterung der Gesundheitszustandes und viele Krankenstände) auch Aspekte der Ausbildung hinzu: technische Regelausbildungen werden als schwieriger empfunden, und die Absolvierung einer Berufsfindung (Indikator für Berufsfeldwechsel bei der Ausbildung im Vergleich zum erlernten/letzten Beruf) indiziert ebenfalls signifikant höhere Schwierigkeiten.

30 % empfinden schwierige Anforderungen, 10 % denken deswegen an Abbruch, 5 % brechen (auch) deswegen tatsächlich ab.

Eine als schwierig empfundene Lern- und Leistungssituation führt während der Regelausbildung deutlich zum allgemeinen Abbruch (52 % gegenüber dem Durchschnitt von 17 %), während der Zusatzausbildung auch in stärkeren Maße zu Arbeitsabbrüchen (21 vs. 11 %). Immerhin 46 % schließen jedoch ihre Zusatzausbildung trotz der schwierigen Lern- und Leistungssituation ab. Hier erweist sich das Eingebettet-Sein in die Klassengemeinschaft als wichtiger Faktor: wer sich nicht wohl fühlte, brach klar öfter ab (47 vs. 12 %), wer sich sehr wohl fühlte, schloß überdurchschnittlich regulär ab (81 vs. 76 %).

Ausbildungsanforderungen und Ausbildungskritik hängen stärker mit Arbeitsabbrüchen zusammen

Arbeitsabbrecher sind von den anderen Abbruchtypen am stärksten durch die Beurteilung der Maßnahmen unterscheidbar (66 % der im Modell erklärten Streuung, 30 % durch die Behindeung, alles andere Fällt nicht ins Gewicht). Eine als schwieriger empfundene Lern- und Leistungssituation, Kritik an der Didaktik und am Ruf der Zusatzausbildung sowie ein deutlich schlechteres Urteil über die Reha-Berater kennzeichnen den Arbeitsabbruch.

3. Fehlende Mitarbeit und Motivation als Abbruchursache

Expertenhypothese über mangelnde Identifikation mit dem Ausbildungsziel teilweise bestätigt

Schon in den Expertengesprächen wurde auf diesen Aspekt als mögliche Ursache hingewiesen. Die Ausbildung werde mangels anderer Alternativen oder sozusagen "als letzte Chance" begonnen, ohne sie wirklich machen zu wollen oder von der Sinnhaftigkeit überzeugt zu sein. Dement-

sprechend gering sei dann auch das Durchhaltevermögen. Es komme auch vor, daß KlientInnen nicht die von ihnen gewünschte Ausbildung machen dürfen (z.B. wenn von den Kostenträgern für Bürokaufmann-Absolventen nur kaufmännische ZA bewilligt wird). Diese Hypothese kann als teilweise bestätigt angesehen werden.

Berufliche Diskontinuität als wichtiger Aspekt abbruchrelevant fehlender Motivation eher bei Kaufleuten zu finden

Bei Betrachtung von Motivationsunterschieden der Umschulungsberufswahl fällt auf, daß bei den technischen Ausbildungen im BBRZ die berufsbezogenen, "intrinsischen" Motive (Interesse, Kontinuität) stärker genannt sind, während die anderen, "extrinsischen" Motive (Alternativenmangel, Beispiele anderer, Arbeitsplatzhoffnungen) bei den Kaufleuten öfter genannt sind. Eine solche "extrinsische", weniger identitäts- und biographierelevante Motivation ist *der Kern eines wichtigen Abbruchsyndroms*, von dem vor allem die betroffen sein dürften, die einen Reha-Ausbildungsberuf ohne Verbindung zu früheren Berufstätigkeiten wählten (wählen mußten). Dies trifft vor allem die Berufe aus dem Bereich Ernährung und persönliche Dienste (Bäcker, Fleischer, Koch, Kellner, Friseur) sowie sonstige Berufe, die jedenfalls das Berufsfeld völlig wechseln müssen, sowie viele handwerkliche Berufe, die behinderungsbedingt auf kaufmännische Ausbildungen umsteigen müssen.

Expertenhypothese über Zusatzausbildung als Warteschleife nicht bestätigt

Bei Abbrüchen von Zusatzausbildungen (ZA) sind ganz andere Risikofaktoren und Ursachen wirksam als in der Regelausbildung bzw. zu Ausbildungsbeginn. Viele machen eine ZA nur aus dem Grund, weil sie noch keine Arbeit gefunden haben, obwohl sie eigentlich insgesamt bereits "genug haben" von der Ausbildung. Sobald ein Arbeitsplatz gefunden ist, brechen sie ab. Viele wissen gar nicht, welche ZA sie machen wollen. Die Wahl erfolgt dann entweder zufällig oder aus sozialen Gründen, d.h. danach, welche die Klassenkollegen, die Freunde oder der/die Freund/in machen.

4. Falsches Berufsbild bei Ausbildungswahl bzw. falscher Ausbildungsberuf

Berufsfindung und Reha-Vorbereitung führt nur teilweise zur realistischen Ausbildungswahl

Der Einstieg in die Rehabilitation erfolgt bei der Mehrheit der Befragten über eine vorbereitende Maßnahme. 66,7 % aller Befragten durchliefen die Berufsfindung (BF), 51,5 einen Rehavorbereitungslehrgang (RVL), und immerhin 33,7 % beide Vorbereitungen. Nur 16,7 % stiegen direkt, ohne BF oder RVL, in die Reha-Ausbildung ein. Die Wahrscheinlichkeit, zum Einstieg eine Berufsfindung zu machen, steigt also mit (oft bereits behinderungsbedingten) *Diskontinuitäten*: bei vorherigen Rehabilitationsversuchen (z.B. Berufsorientierung über die AMV), bei bestimmten Behinderungen, die besondere Sorgfalt der Ausbildungs- und Berufsneuwahl angezeigt erscheinen lassen (Verlust eines Armes, schwere Beeinträchtigung der Beweglichkeit, hingegen nicht bei Diabetes), bei Vorberufen, die die Wahl nicht von vornherein nahelegen (wie bei „sonstigen Vorberufen“) und bei eindeutiger beruflicher Diskontinuität (Arbeit in einem anderen als dem erlernten Beruf, hier auch signifikant bei behinderungsbedingtem Wechsel).

25 % nennen unklares Berufsbild und einen anderen Wunschberuf als relevant bei der Ausbildungswahl, 10 % denken deswegen an Abbruch, 5 % brechen (auch) deswegen tatsächlich ab

Keine klaren Berufsvorstellungen hatten insgesamt 18 % aller Befragten (21 % der kaufmännisch, aber nur 13 % der technisch Ausgebildeten), und fast 26 % hätten lieber einen anderen Umschulungsberuf gewählt, der jedoch nicht angeboten wurde bzw. nicht absolvierbar erschien

(30 % der Kaufleute, 15 % der Techniker). Falsche Ausbildungswahl bzw. Enttäuschung über den Umschulungsberuf werden von ca. 20 % aller, die an Abbruch dachten, als Motiv genannt (das sind ca. 10 % aller Befragten), und bei 50 % aller Abbrecher (außer wegen Berufseintritt) ist dieser Abbruchgrund relevant.

5. Sozio-ökonomische Probleme (Finanzen, Familie etc.) als Abbruchursache

Expertenhypothese über Wirkungen der finanziellen Situation weitgehend bestätigt: 54 % nennen schlechtere finanzielle Bedingungen während der Rehabilitation, 25 % denken deswegen an Abbruch, 8 % brechen (auch) deswegen ab.

Die Expertenhypothese über geringere Einkommen während der Rehabilitation und damit zusammenhängende Belastungen als abbruchrelevanter Aspekt erscheint klar bestätigt. 54 % gaben an, weniger zu verdienen als vor der Rehabilitation, und 25 % hegten wegen finanzieller Probleme Abbruchgedanken. Während der Regelausbildung ist dies sogar Abbruchorientierung Nr. 1, noch vor psychischen und gesundheitlichen Problemen sowie Einstieg ins Arbeitsleben. Aber auch während der Zusatzausbildung ist die finanzielle Seite unter den drei wichtigsten Abbruchaspekten.

Wachsende Belastungen mit Ausbildungsdauer nur für Minderheit abbruchrelevant

Spätere Abbrüche wurden von den Experten auch im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen der Ausbildungssituation gesehen: psychische Belastung aufgrund der Entfernung von zu Hause, damit zusammenhängende familiäre Probleme (Scheidung), Pendeln, Situation im Wohnheim etc. Dies konnte nur für eine kleine Teilgruppe als relevant bestätigt werden. 17 % nannten familiäre Probleme als Grund für Abbruchgedanken, aber nur 6 % die Ausbildungsdauer (und hier eher während der Regel- als während der Zusatzausbildung). Für 10 % spielte auch die Pendelbelastung eine Rolle.

Expertenhypothese über die Bedeutung der sozialen Integration während der Ausbildung teilweise bestätigt.

Soziale Integration (Anschluß) wurde als bedeutsam zur Bewältigung der Situation (Behinderung, Arbeit verloren, Neuheit der Ausbildungssituation, Trennung von zu Hause, ...) angesehen. Dies zeigte sich nur teilweise in den Befragungsergebnissen. Das Wohlfühlen in der Klassengemeinschaft (mehr als 50 % fühlten sich insgesamt sehr wohl) begünstigte signifikant nur während der Zusatzausbildung den erfolgreichen Abschluß. Das Wohnen im BBRZ-Wohnheim erwies sich entgegen der Expertenmeinung als ein den Abschluß jedenfalls begünstigender Faktor. Nur bei den Wohnheimbewohnern, die sich durch die Trennung von zuhause stark belastet fühlten, stieg die Abbruchwahrscheinlichkeit zusätzlich an.

6. Psychische Belastungen und Probleme als Abbruchursache

Psychische Belastungen und Beeinträchtigungen

Psychische Belastungen nennen 25 % während der Regelausbildung als Abbruchaspekt (2. Stelle aller Aspekte). Während der Zusatzausbildung sinkt diese Bedeutung, da Bewältigungsmechanismen offensichtlich greifen (interne und externe). Psychische Aspekte stehen jedoch in einem sehr engen Zusammenhang zur Entwicklung der gesundheitlichen Situation (s.o.) und zur Einschätzung der Ausbildungssituation (s.u.). Als alleinige Ursache eines Abbruchs taucht dieser Faktor kaum auf.

5.1.3 Beurteilung der Ausbildung und des BBRZ-Personals (Lehrende, Fachdienste)

Beurteilung der Lern- und Leistungssituation

Die Lern- und Leistungssituation wurde von ca. 2/3 der Befragten als ganz gut zu bewältigen empfunden (64 % während der Regel-, immerhin noch 60 % während der Zusatzausbildung). Allerdings steigt der Anteil derer, die Schwierigkeiten hatten, von 9 % auf 19 % während der Zusatzausbildung. Hauptfaktor der Beurteilung der Leistungssituation ist die Schwere und Entwicklung der Erkrankung/Behinderung: die Wahrscheinlichkeit für Schwierigkeiten steigt während Regel- und Zusatzausbildung mit Absolvierung eines RVL, wenn die medizinische Rehabilitation als noch nicht abgeschlossen betrachtet wurde (zu früher Ausbildungsbeginn), und wenn die Ausbildung mit größeren gesundheitlichen und psychischen Belastungen verbunden war. Während der Regelausbildung kommen neben weiteren gesundheitlichen Aspekten (Mehrfachbehinderungen, Verschlechterung der Gesundheitszustandes und viele Krankenstände) auch Aspekte der Ausbildung hinzu: technische Regelausbildungen werden als schwieriger empfunden, und die Absolvierung einer Berufsfindung (Indikator für Berufsfeldwechsel bei der Ausbildung im Vergleich zum erlernten/letzten Beruf) indiziert ebenfalls signifikant höhere Schwierigkeiten.

Allgemeine Beurteilung der Ausbildung

Zur allgemeinen Beurteilung der Ausbildung waren Stellungnahmen zu einer Reihe von Statements abzugeben (siehe Band 2, Ergebnisfragebogen, Frage 28). Eine Faktorenanalyse ergab drei *Urteilsdimensionen: Inhaltliche Qualität des Unterrichts; Leistungskontrolle/Disziplin; äußerer Stellenwert der Ausbildung*. Die Urteile wurden hier auf eine Beurteilung nach dem Notenschema 1-5 umgerechnet. Es zeigt sich, daß die Unterrichtsqualität am besten beurteilt wird (insgesamt Note "gut"), wozu das Urteil über die Lehrenden am meisten beiträgt: Fachkompetenz, Engagement und didaktische Qualität (Vermittlung, Erwachsenengrechtigkeit. Leistungsförderung und Vorbereitung auf die Berufspraxis schneiden da im Schnitt schon etwas schlechter ab. Dementsprechend wird die Unterrichtsdisziplin nur mehr mit "befriedigend" benotet. Am schlechtesten wird der äußere Stellenwert der Ausbildung eingeschätzt (insgesamt noch befriedigend"), wobei die mangelnde formelle Anerkennung der Zusatzausbildungen sowie die begrenzte Auswahl an Ausbildungsmöglichkeiten (diese erhält nur ein "genügend") am schlechtesten abschneidet.

Beurteilung des BBRZ-Personals

- Das BBRZ-Personal konnte in den Kategorien der einzelnen Fachdienste bzw. des Lehrpersonals nach dem Notensystem hinsichtlich der Betreuungsqualität beurteilt werden. Am besten kommt das Lehrpersonal weg (Note 1,88, gefolgt von medizinischem Fachdienst (2,19), Sozialarbeitern (2,24), Sozial- und Berufspädagogen ex aequo mit der Reha-Beratung (2,28). Schlußlicht bilden Psychologen (2,66) und Betriebskontaktereferat (2,84). Nun zu möglichen verursachenden Zusammenhängen. Bei den Lehrern bestätigt sich das Bild aus der Ausbildungsbeurteilung: bessere Gesundheit während der Ausbildung fördert ein positives Urteil. Das Urteil über den medizinischen Dienst fiel bei einer Unterbringung in einem BBRZ-Heim deutlich schlechter aus, ebenso bei Mehrfachbehinderungen. Wer also mehr Betreuungsmöglichkeit oder mehr Betreuungsbedürfnisse hatte, gab schlechtere Noten. Ein Sonderfall ist das am schlechtesten bewertete Betriebskontaktereferat. Neben dem Behinderungs-/ Gesundheitssyndrom wirken sich hier einerseits *konkrete Erfahrungen in besseren Urteilen* aus: die Note wird mit der Anzahl absolvierter Praktika besser, und wer BBRZ-Hilfe beim Finden des ersten Arbeitsplatzes als Faktor angab, urteilte ebenfalls deutlich besser. Wer nach Reha-Ende länger arbeitslos war und den ersten Arbeitsplatz durch Eigeninitiative fand, vergab hingegen tendenziell die schlechtere Note..

5.1.4 Darstellung des Prozeßverlaufs von Abbrüchen, Abbruchindikatoren

Für eine neue Variable zur Erhellung des Verlaufes von Abbrüchen wurde die tatsächliche Beendigung (Abbruch oder Abschluß) mit den erhobenen *Gedanken an einen Abbruch* verbunden und drei neue Typen gebildet. Typ 1: *Problemlose Abschließer* (begonnene Maßnahme (Regel- und/oder Zusatzausbildung) beendet und während der gesamten Rehabilitation nie an einen Abbruch gedacht; Typ 2: *Durchhalter* (begonnene Maßnahme beendet und zumindest gelegentlich an einen Abbruch gedachten; Typ 3: *Abbrecher* (begonnene Maßnahme nicht beendet).

Problemlose Abschlüsse sind stark mit positiven BBRZ-Urteilen verbunden

Die Qualität der Erfahrungen im BBRZ (erfaßt durch die Beurteilung aus Sicht der Befragten) spielt die größte Rolle für die Wahrscheinlichkeit eines „problemlosen Abschlusses“ (43 % Anteil an der erklärten Streuung insgesamt). Die durchgeführten Maßnahmen einschließlich der Gründe für die Wahl einer bestimmten Ausbildung erklären immerhin 28% der im Modell erfaßten Streuung.

Durchhaltemotive: Abschluß einer Berufsausbildung stärkstes Motiv

Drei Dimensionen an Durchhaltemotiven sind zu nennen: *(1) Hilfestellungen von Personen oder Institutionen; (2) besondere Bedeutung des Ausbildungszieles; (3) Beendigung als "kleineres Übel". Ü*berragende Bedeutung hat der *Wunsch nach Abschluß einer Berufsausbildung* insbesondere während der Regelausbildung. Danach folgen in dieser Phase die Hoffnungen auf einen Arbeitsplatz. Diese Hoffnungen vermögen jedoch während der Zusatzausbildung relativ stärker zu motivieren (Rangplatz 1), während Ausbildungsabschluß dann nur mehr den 2.Rang einnimmt. Das Bedürfnis, nicht als Versager vor sich selbst dazustehen, folgt als weiteres wichtiges Motiv. Die fehlenden Alternativen rangieren insgesamt noch vor allen konkreten Hilfestellungen von Personen und Institutionen. Hier fällt vor allem auf, daß *das BBRZ-Personal eine marginale Rolle bei der Motivation zum Durchhalten* zu spielen scheint, ja während der Zusatzausbildung hier völlig ausfällt.

Abbruchsyndrom 1: Negative Ausbildungserfahrungen

Alle Merkmale der *objektiven und subjektiven Entwicklung während des Durchlaufens der BBRZ-Maßnahmen* wurden einer Faktorenanalyse speziell für die Gruppe derer unterzogen, die Abbruchgedanken hegten oder tatsächlich abgebrochen haben. Wichtigster Faktor waren die (negativen) Ausbildungserfahrungen. Bemerkenswert erscheint, daß das Ausbildungswahlmotiv "Informationsmangel" sowie die Behinderungsdauer ebenfalls auf dieser Dimension liegen. Das o.a. Motiv erscheint damit als nach rückwärts projizierte Kritik: wenn man alle Informationen (= Erfahrungen) bereits zu Beginn gehabt hätte, hätte man sich nicht für die konkrete, mit so viel negativen Erfahrungen verbundene Ausbildung entschieden. Die kürzere Behinderungsdauer indiziert die geringere Behinderungsbewältigung als eigentlichen Aspekt, deren negative Erfahrungen ebenfalls auf die Ausbildung projiziert werden.

Abbruchsyndrom 2: Gesundheitliche und psychische Probleme

Neben den direkten Aspekten der Gesundheitssituation und ihrer Entwicklung erscheint bemerkenswert, daß die *Berufsfindung und ihre Wirkung auf die Ausbildungsentscheidung* zu diesem Faktor „Gesundheit" gehört. Möglicherweise sind hier die Entkoppelung der Berufsfindung von den gesundheitlichen Voraussetzungen der Rehabilitanden und eine deshalb nicht behinderungsadäquate Berufswahl der gemeinsame Hintergrund. Die Gesundheit erweist sich damit auch als wesentlicher Hintergrund für die Beurteilung der Lernsituation während der Regelausbildung sowie die Häufigkeit von Abbruchgedanken in dieser Phase.

Abbruchsyndrom 3: Allgemeine Enttäuschung über die gewählte Ausbildung

Enttäuschte Ausbildungserwartungen zeigten sich bereits in der Analyse der Abbruchgründe allein als Faktor, wobei die unmittelbare Abbruchrelevanz eher in der Regelausbildung als in der Zusatzausbildung gegeben schien. Interessant sind nun die zusätzlich auf dieser Dimension ladenden Merkmale: *Interesse am Umschulungsberuf* als Grund der Ausbildungswahl signalisiert offenbar besonders hohe Erwartungen, die dann durch die subjektive Erfahrung, daß die Ausbildung weder intern noch extern besonders ernst genommen zu werden scheint, in Enttäuschung umschlägt.

Abbruchsyndrom 4: Sozio-ökonomische Belastungen

Dieser Faktor faßt belastende Aspekte der Lebenssituation in Zusammenhang mit der Ausbildung zusammen. Ältere, vorher gut verdienende Rehabilitanden, die ihre gewohnte Lebenssituation schwer in Einklang mit der Rehabilitation bringen können, sind sozusagen typische Vertreter dieses Syndroms. Dazu paßt auch, daß die Nähe zum bisherigen Berufsfeld als einziger der Gründe für die Ausbildungswahl zu diesem Faktor zu rechnen ist.

Abbruchsyndrom 5: Biographische Distanz zur Ausbildung

Kernpunkt dieses Syndroms ist eine rein extrinsischen Motivation bei der Ausbildungswahl, die beim Auftauchen erster Schwierigkeiten mit der Lernsituation oder mit den Kollegen einen Abbruch als realistische Alternative erscheinen läßt, insbesondere wenn die gesundheitliche Situation problemlos ist und aus dem Status als begünstigter Behinderter eine gewisse Absicherung möglich erscheint.

5.1.5 Soziale und berufliche Situation nach dem BBRZ

Ausbildungsabschluß verdreifacht die Chance zumindest teilweiser berufliche Integration

Während nur knapp 6 % der Ausbildungsabschließer nach Ende der BBRZ-Ausbildung nie beruflich integriert waren, sind es über 18 % der Abbrecher (Arbeitsabbrecher herausgenommen). Im Vergleich zu früheren Untersuchungen fällt auf, daß im Beobachtungszeitraum 1980 - 1992 deutlich weniger AbsolventInnen nie integriert waren als früher. Der Anteil derer, die zumindest zeitweise berufstätig waren, ist gegenüber dem Beobachtungszeitraum 1974 - 1983 sogar mehr als doppelt so groß. Der Anteil der derzeit Berufstätigen ist relativ konstant geblieben.

Nachhaltiger Berufseinstieg bei Abschließern

Der Berufseinstieg ist bei den Abschließern (und Arbeitsabbrechern) klar nachhaltiger als bei den sonstigen Abbrechern, die deutlich kürzer auf dem ersten Arbeitsplatz verweilten als ihrem Anteil an allen Rehabilitanden entspricht. Ganz deutlich wird von den Abbrechern auch eher im

alten Beruf gearbeitet als bei den Abschließern, und dementsprechend arbeiten diese zuerst wesentlich häufiger auf einem Arbeitsplatz im Berufsfeld der BBRZ-Ausbildung.

Verzögerter Berufseinstieg erhöht Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit

Wer länger für den Einstieg brauchte (Abschließer und Abbrecher gleichermaßen), war auch signifikant in der weiteren Berufskarriere immer wieder oder über lange Phasen arbeitslos: 84 % derer, die häufig nach der Rehabilitation arbeitslos waren, suchten mehr als 6 Monate nach dem ersten Arbeitsplatz, und umgekehrt fanden 77 % der nie oder fast nie Arbeitslosen binnen 2 Monaten einen Arbeitsplatz.

Nach der Rehabilitation waren immerhin 21 % über längere Phasen und 12 % häufig arbeitslos. Zum Befragungszeitpunkt waren 8 % gegen ihren Willen arbeitslos, und zwar im Schnitt schon mehr als 1 Jahr. Die Gründe einer ungewollten Arbeitslosigkeit sind folgende hauptsächlich in der Behinderungsproblematik zu suchen, teilweise verbunden mit regionalen oder altersbedingten Arbeitsmarktproblemen. Der Status als begünstigter Behinderter wirkt sich auf Arbeitslosigkeit generell signifikant aus: solche Rehabilitanden sind entweder (fast) nie oder häufig arbeitslos. Sie sind auch überproportional beim Grund: keine Arbeit wegen Behinderung vertreten.

Nur mäßige Qualität des ersten Arbeitsplatzes

Die Qualität des ersten Arbeitsplatzes ist hinsichtlich Ausbildungs- und Behinderungsadäquanz im Durchschnitt nicht berauschend: nur 52 % meinen, die erste Arbeit ohne Ausbildung nicht so gut bewältigen zu können; nur 50 % meinen, die Tätigkeit liege im Berufsfeld der Ausbildung; nur 44 % meinen, die erste Arbeit ließe Raum zur Berücksichtigung der Behinderung; und gar nur 40 % meinen, die erste Arbeit entspräche dem Niveau der Ausbildung.

Verschlechterung von Ausbildungs- und Behinderungsadäquanz bei Arbeitsplatzwechsel

Bei den konkreten Qualitäten des Arbeitsplatzes fällt zunächst auf, daß Ausbildungs- und vor allem Behinderungsadäquanz gegenüber der Beschreibung des ersten Arbeitsplatzes zurückgegangen sind: während anfangs noch 44 % volle Behindertengerechtigkeit konstatierten, sind es jetzt nur mehr 35 %.. Insgesamt rangieren die Merkmale "Behinderungsadäquanz" und "Ausbildungsadäquanz" am hinteren Ende einer Reihung von Merkmalen des derzeitigen Arbeitsplatzes.

Die derzeitige soziale Situation insgesamt ist zufriedenstellend

Derzeit sind 75 % aller Befragten berufstätig, und zwar seit durchschnittlich 4 Jahren auf dem derzeitigen Arbeitsplatz (bzw. im derzeitigen Betrieb). Männer und ältere Rehabilitanden sind signifikant länger dort tätig als Frauen und jüngere Personen. Auf der Suche nach Arbeit sind 8 %, im Schnitt bereits seit 1 Jahr. Knapp 6 % sind pensioniert, der Rest in Karenz, Hausfrau oder im Krankenstand (zusammen 5 %).

5.2 Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Diese abschließenden Bemerkungen beziehen sich nur auf Aspekte, deren Gestaltung in der Kompetenz des BBRZ liegen oder zumindest durch das BBRZ beeinflußbar erscheinen. Wie in den eingangs zitierten Vergleichsuntersuchungen (Tews, Schönhals) soll dabei zwischen organisatorischen Maßnahmen und einzelfallorientierten Vorgehensweisen unterschieden werden. In die Verhinderung von Abbrüchen zu investieren lohnt sich dabei allemal: *5 verhinderte Abbrüche entlasten das Sozialsystem um mindestens einen permanenten Bezieher von Transferleistungen (Pension, Sozialhilfe, Arbeitslosengeld)*. Dies ergibt sich aus der Hochrechnung der Quote von fast 20 % nie beruflich integrierter Menschen bei den Abbrechern gegenüber nur 6 % bei den Abschließern.

5.2.1 Organisatorische Maßnahmen in Ablauf und Gestaltung der beruflichen Rehabilitation

Ein wichtiges Feld sind die direkt oder indirekt in der Gestion des BBRZ liegenden vorbereitenden Maßnahmen. Motto für abbruchverhindernde Organisationsentwicklung muß hier sein:

1. Optimierung vorbereitender Rehabilitationsmaßnahmen

Hier sind zu nennen:

- *Sicherstellung des Abschlusses notwendiger medizinischer Rehabilitation*

  Zu früher Beginn der beruflichen Rehabilitation wird immer wieder zusammen mit gesundheitlichen Belastungen während der Reha-Ausbildung genannt und ist ein wichtiges Element abbruchrelevanter Probleme. Sorgfältiges medizinisches „Screening“ aller Reha-KandidatInnen vor Beginn der beruflichen Rehabilitation nach klaren Standards notwendiger medizinischer Rehabilitation und physischer wie psychischer Leistungsfähigkeit der KlientInnen kann hier unsichere Rehabilitationsverläufe vor deren Beginn unterbinden.

- *Höheres Augenmerk auf Behinderungsbewältigung bei der Reha-Vorbereitung*

  Gelungene Behinderungsbewältigung ist ein wichtiger Indikator für höhere Wahrscheinlichkeit des Abschließens. Sowohl während des ohnehin angebotenen Reha-Vorbereitungslehrganges als auch mit eventuell ergänzend dazu zu konzipierenden Maßnahmen ist dieses Ziel verstärkt anzustreben. Psychologische Instrumentarien sind zu entwickeln. Auch Menschen, die aufgrund ihres Behinderungsart, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit oder ihres Vorberufes eines normalen Reha-Vorbereitungslehrganges nicht bedürfen, bedürfen u.U. einer über rein medizinische Maßnahmen hinausgehenden Hilfe bei der Behinderungsbewältigung.

- *Berufliche und biographische Kontinuität in der Ausbildungsfindung anstreben*

  Wie schon in früheren Untersuchungen zur beruflichen Rehabilitation ist Kontinuität auch für die Abbruchwahrscheinlichkeit ein relevanter Faktor. Die Berufsfindung sollte - erleichtert durch das derzeitige Modell flexibler Ausbildungsgestaltung - auf so vielen vorhandenen Kompetenzen wie möglich aufzubauen versuchen und dabei nicht nur den engen Kontext der bisherigen Berufstätigkeit, sondern auch den weiteren Kontext von Lebenssituation und Biographie einbeziehen. Ein geeignetes anamnetisches Instrument (umfassende Sozialanamnese) ist dazu zu entwickeln.

- *Vorbereitende Maßnahmen nach den Bedürfnissen des Falles und nicht nach Kriterien der Kostenträger gestalten*

  Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit oder nicht scheint den Umfang und die Zahl vorbereitender Maßnahmen stärker zu beeinflussen als Schwere der Behinderung oder Art der Vorberufes. Auf einheitliche Bereitschaft zu und Höhe der Finanzierung bei allen Kostenträgern ist hinzuarbeiten.

2. Optimierung der Ausbildungsangebote und Ausbildungsgestaltung

Hier sind zu nennen:

- *Etablierung einer dritten Ausbildungsschiene: soziale Dienste*

  Sowohl mit Blick auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes als auch hinsichtlich beachtlicher Vorberufs-Gruppen („Kommunikationsberufe", wie Friseur, Kellner etc.) bei den KlientInnen sind Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der expandierenden sozialen Dienste systematisch neben der kaufmännischen und der technischen Schiene zu entwickeln.

- *Stellenwert und Ruf der BBRZ-Ausbildung verbessern*

  Vor allem bei den Zusatzausbildungen taucht diese Dimension als Problemzone bei abbruchbegünstigenden Motivationen auf. Eine Image-Kampagne bei potentiellen Arbeitgebern wie in der allgemeinen Öffentlichkeit könnte hier Verbesserungen erreichen.

- *Praxisnähe, Praxiskontakte und Praxisrelevanz der Ausbildungen verbessern*

  Gute Praktika sind oft ein gelungener und nachhaltiger Wiedereinstieg ins Berufsleben. Praxisdimensionen werden immer wieder kritisch zur Ausbildung angemerkt und können abbruchrelevant werden. Das Betriebskontaktereferat, wichtige Schnittstelle zur Praxis, schneidet in der Beurteilung aller Dienste durch die KlientInnen am schlechtesten ab. Vielleicht könnte eine systematische Verklammerung von Betriebspraktika und Ausbildungsgestaltung die Situation in diesem Bereich insgesamt verbessern.

- *Wiederholungen von Ausbildungsabschnitten ermöglichen*

  Derzeit sind nur Unterbrechungen der beruflichen Rehabilitation und der Wechsel von Ausbildungsrichtungen möglich. Ein flexibleres Muster des Ausbildungsablaufes, das auch das Wiederholen von problematischen Abschnitten (aus welchen Gründen auch immer) gestattet, könnte in Problemfällen die Abschlußwahrscheinlichkeit erhöhen.

3. Ein Frühwarnsystem zur Erkennung von Abbruchgefahren einrichten

Hier ist zu nennen:

- *Objektive Risikomerkmale nach Abbruchwahrscheinlichkeiten erfassen*
- KlientInnen ab einer bestimmten statistischen Abbruchwahrscheinlichkeit sollten besonderes Augenmerk genießen und nachgehend betreut und gestützt werden. Dazu ist die Erfassung der Rehabilitanden anläßlich ihrer Aufnahme anamnetisch zu verbessern und ein statistisches Kalkül der Abbruchwahrscheinlichkeit aufgrund erfaßter Merkmale der sozialen, gesundheitlichen sowie der Situation des Ausbildungsverlaufes anzuwenden.

- *Subjekte Entwicklungen, Belastungen, Enttäuschungen systematisch erfassen*

  Während der Ausbildung sollte regelmäßig - etwa in Form eines zwingenden Beratungsgespräches oder einer standardisierten Bestandsaufnahme der subjektiven Befindlichkeit - die subjektive Motivations- und Problemlage überprüft werden. Dort sichtbare Probleme müssen sofort und umfassend durch alle beteiligten Dienste innerhalb des BBRZ bearbeitet und nach Möglichkeit abbruchverhindernd gelöst werden.

5.2.2 KlientInnenbezogene Maßnahmen

Bei einem funktionierenden Frühwarnsystem bzw. bei erhöhter Sensibilität im BBRZ-Team für Anzeichen abbruchrelevanter Situationen sind auf den „Problemfall“ bezogene Vorgehensweisen unabdingbar. Hier ist es schwer, detailliertere Maßnahmen - unabhängig vom Einzelfall, der zu behandeln ist - zu formulieren.

4. Beratungs- und Betreuungsstrategien für abbruchtypische Problemlagen entwickeln

Jedenfalls sind für die Hauptbereiche abbruchrelevanter Problemlagen und für „typische Fälle“ vom BBRZ-Team (Fachpädagogen, medizinischer und psychologischer Dienst, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) *aktive Beratungs- und Betreuungsstrategien* zu diskutieren und im Ablauf vorzustrukturieren. Solche typischen Fälle/Problemlagen sind jedenfalls:

- *Gesundheitsprobleme*
- *schwer bewältigbare Ausbildungsanforderungen*
- *generelle Motivationsprobleme*
- *Frustrationen durch verschiedene negative Ausbildungserfahrungen*
- *soziale und ökonomische Belastungen.*

5. KlientInnen nach dem ersten Abbruchschritt auffangen und Wiedereinstiegshilfen geben

Vor Ausbildungsende ausscheidenden Rehabilitanden sollte nachgegangen werden. Nach Analyse der Problemlage kann dann gemeinsam mit dem/der Klienten/in ein maßgeschneidertes Paket der Problembewältigung und des Wiedereinstiegs in die Ausbildung in einzelfallgerechten Schritten entwickelt werden.

5.2.3 Schlußbemerkung

Im Zusammenwirken organisatorischer und klientInnenbezogener Maßnahmen verringert sich mit Sicherheit die Wahrscheinlichkeit des Abbruches der beruflichen Rehabilitation. Anzumerken wäre abschließend, daß der auf den ersten Blick als Erfolgsvariante zu wertende Abbruch wegen Arbeitsantritt in vielen Fällen längerfristig auch negativ zu sehen ist (z.B. Arbeit oft im behinderungsauslösenden Ursprungsberuf, dadurch frühere generelle Berufsunfähigkeit), sodaß auch diese Fälle ins Konzept einzubeziehen sind. Wenn es gelingt, die Abbruchquote von derzeit ca. 20 % aller Rehabilitanden auf die - wahrscheinlich unvermeidbare - Hälfte zu senken, also 200 Abbrüche in 10 Jahren zu verhindern, bedeutet dies 40 dauernd aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Personen weniger, sowie zusätzliche volkswirtschaftliche Effekte durch die Verringerung der Dauer von Arbeitslosigkeit bei den restlichen 160 Personen. Das lohnt - neben dem mindestens ebenso wichtigen, aber unmeßbaren Effekt der Hilfe bei individuellen Schicksalen - ein beträchtliches Maß an Anstrengung.

6 Verzeichnisse

6.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Behinderungsarten in der BBRZ-Grundgesamtheit 14
Tabelle 2: Typen der Beendigung der beruflichen Rehabilitation in der Grundgesamtheit 16
Tabelle 3: Einflüsse auf Art der Beendigung in Grundgesamtheit (Modell A: Endejahr 1980 - 1987) 17
Tabelle 4: Einflüsse auf Art der Beendigung in Grundgesamtheit (Modell B: Endejahr 1988 - 1992) 18
Tabelle 5: Wahrscheinlichkeitsindices für Typen der Beendigung 29
Tabelle 6: Extremgruppen nach Typen der Beendigung 30
Tabelle 7: Durchgeführte Fallstudieninterviews nach Gruppen im Vergleich zur Grundgesamtheit 30
Tabelle 8: Befragte und BBRZ-Klienten nach Art der Beendigung 33
Tabelle 9: Befragte und BBRZ-Klienten nach Zusatzausbildung 34
Tabelle 10: Befragte und BBRZ-Klienten nach Jahr des Ausbildungsendes 34
Tabelle 11: Befragte und BBRZ-Klienten nach Berufsfindung 34
Tabelle 12: Befragte und BBRZ-Klienten nach Reha-Vorbereitungslehrgängen 34
Tabelle 13: Befragte und BBRZ-Klienten nach Art der Regelausbildung 35
Tabelle 14: Befragte und BBRZ-Klienten nach Zusatzausbildungen 36
Tabelle 15: Befragte und BBRZ-Klienten nach Bundesland 37
Tabelle 16: Befragte und BBRZ-Klienten nach Geschlecht, Familienstand und Lebensalter 37
Tabelle 17: Befragte und BBRZ-Klienten nach Austrittsalter 38
Tabelle 18: Befragte und BBRZ-Klienten nach Schulbildung 38
Tabelle 19: Befragte und BBRZ-Klienten nach Vorberuf 39
Tabelle 20: Befragte und BBRZ-Klienten nach Behinderungskategorien 40
Tabelle 21: Befragte und AbsolventInnen (1975-1983[1]) nach Behinderungsursache 41
Tabelle 22: Befragte und BBRZ-Klienten nach Zahl der Behinderungen 41
Tabelle 23: Befragte und BBRZ-Klienten nach Merkmal „Begünstigte/r Behinderte/r“. 41
Tabelle 24: Signifikante Einflüsse auf die Maßnahme: Berufsfindung 42
Tabelle 25: Signifikante Einflüsse auf die Maßnahme: Reha-Vorbereitung 43
Tabelle 26: Gründe der Wahl des Regelausbildungsberufes nach gewählter Richtung 44
Tabelle 27: Gewählte Ausbildungsrichtung nach Vorberuf 44
Tabelle 28: Beurteilung der BBRZ-Ausbildung nach Dimensionen und Schulnoten 46
Tabelle 29: Durchschnittsnoten für die Betreuung durch BBRZ-Personal 47
Tabelle 30: Gesundheitliche Probleme: korrespondierende Anteile in Prozent (*) 48
Tabelle 31: Behinderungsarten und gesundheitliche Probleme während der Rehabilitation 49
Tabelle 32: Abbruchgedanken und Beendigungsarten 50
Tabelle 33: Abbruchmotive nach Dimensionen und Ausbildungsphasen 52
Tabelle 34: Einschätzung des Abbruchs als Fehler nach Typen 52
Tabelle 35: Durchhaltemotive nach Dimensionen und Ausbildungsphasen 53
Tabelle 36: Beendigungstypen nach signifikanten Behinderungsarten 55
Tabelle 37: Beendigungstypen nach signifikanten Aspekten der gesundheitlichen Entwicklung 56
Tabelle 38: Beendigungstypen nach signifikanten Aspekten des Ausbildungsverlaufes 57
Tabelle 39: Beendigungstypen nach signifikanten Abbruchaspekten 58
Tabelle 40: Absolventen und Abbrecher nach Typen beruflicher Integration im Vergleich 60
Tabelle 41: Vermittlungsdauer von Absolventen im Vergleich (Beobachtungsperiode und Typ) 62

Tabelle 42: Wege zum ersten Arbeitsplatz im Vergleich 63
Tabelle 43: Verweildauer am ersten Arbeitsplatz im Vergleich 64
Tabelle 44: Gründe für den Wechsel von Arbeitsplätzen nach Häufigkeit 65
Tabelle 45: Berufstätige Rehabilitanden nach Branchen und Ausbildungsrichtung 66
Tabelle 46: Qualitäten des derzeitigen Arbeitsplatzes nach Grad der Erfüllung 67
Tabelle 47: Einkommensquellen und durchschnittliche Einkommenshöhe (netto pM) 68
Tabelle 48: Gründe für derzeit ungewollte Arbeitslosigkeit nach Häufigkeit 69
Tabelle 49: Beendigungstypen nach signifikanten Aspekten des Berufseinstieg 70
Tabelle 50: Signifikante Unterschiede der Ausgangssituation nach Abbruchtypen in Prozent 71
Tabelle 51: Signifikante Unterschiede des Rehabilitationsverlaufes nach Abbruchtypen in Prozent 72
Tabelle 52: Signifikante Unterschiede des Berufseinstiegs nach Abbruchtypen in Prozent 74
Tabelle 53: Signifikante Unterschiede der Berufssituation nach Abbruchtypen in Prozent 75
Tabelle 54: Neue Typen der Beendigung 76
Tabelle 55: Zwischen Abschließern, Durchhaltern und Abbrechern diskriminierende Merkmale 78
Tabelle 56: (= Tabelle Nr. 2) Typen der Beendigung der beruflichen Rehabilitation in der Grundgesamtheit 85

6.2 Literaturverzeichnis

Agrarsoziale Gesellschaft: Zum Verlauf und humanitären Erfolg beruflicher Rehabilitation bei Jugendlichen und Erwachsenen. Göttingen 1980

Blaschke, Dieter: Verlauf und Erfolg der beruflichen Ausbildung im Jugendalter. In. Die Rehabilitation, Jg. 29 (1990), Heft 2, S. 76-83

Blaschke, Dieter: Erfolge der Umschulung in der beruflichen Rehabilitation - Die Beteiligung von Frauen, in: Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit, Jg. 1994, S. 4033 - 4038

Blaschke, Dieter; König, Paul: Berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden. Werkstattbericht des Instituts f. Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 3, Bonn 1992

Blumberger, Walter; Hermann Denz; Ursula Frischenschlager: Berufsverlauf von Absolventen der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Projektbericht des IBE. Linz 1984

Blumberger, Walter; Hermann Denz; Ursula Frischenschlager: Berufsverlauf von Absolventen der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. In: Berufliche Integration von Rehabilitanden. Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik Nr. 36. Wien 1991: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, S. 7-108

Blumberger, Walter; Ettl, Helmut: Volkswirtschaftliche Effizienz von beruflichen Rehabilitationsleistungen des BBRZ Linz. Projektbericht des IBE. Linz 1995

Bundesanstalt für Arbeit: Berufliche Rehabilitation: Arbeits- und Berufsförderung Behinderter in den Jahren 1991 und 1992, Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit, Sonderheft (Beilage zu Heft 11/1993)

Bundesinstitut f. Berufsbildung: Berufliche Bildung Behinderter. Schwerpunkte und Probleme der Ausbildung, Umschulung und Fortbildung in Betrieben und Rehabilitationseinrichtungen. Berlin 1982 (Berichte zur beruflichen Bildung 43)

Bundesministerium f. Arbeit und Sozialordnung, Psychologische Forschungsgruppe Schönhals (Hg.): Zur Problematik der Abbrecher der beruflichen Rehabilitation. Bonn 1985 (Forschungsbericht Sozialforschung 119)

Ettl, Helmut: Volkswirtschaftliche Effizienz von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen des BBRZ Linz: eine Kosten-Nutzen-Analyse. Linz 1995: Dipl.-Arb. an der Univ. Linz

Faßmann, Hendrik: Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsbildungswerken. Forschungsbericht des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg, Nürnberg 1997

Goldner, St.; Wehmeier, G.: Das Problem der Abbrecher in der beruflichen Rehabilitation in Berufsförderungswerken, in: Brückers, Walter (Hg.): Zukunftsinvestition - Berufliche Bildung, Bd. 2, Köln 1988, S. 344-353

Harrer, Michaela: Berufliche Rehabilitation behinderter Menschen: ein Vergleich Österreich - BRD. Wien 1992: Dipl.-Arb. an der Wirtschaftsuniversität

Heilbrunner, Christina; Mörth, Ingo: Berufliche Integration von Rehabilitanden - Ursachen und Folgen von diskontinuierlichen Berufsverläufen und Arbeitslosigkeit. In: Berufliche Integration von Rehabilitanden. Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik Nr. 36. Wien 1991: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, S. 109-233

Nemella, Joachim: Die Rehabilitanden des BBRZ Linz. Eine Demografie. Projektberichte des IBE. Linz 1983ff

Oyen, Renate: Berufliche Rehabilitation : Ausbildung, Arbeitsmarktchancen und betriebliche Integration Behinderter; Literatur und Forschungsprojekte. Bonn: Inst. für Arbeitsmarkt- u. Berufsforschung (Literaturdokumentation Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Sonderheft 8)

Puchner, Ursula: Die berufliche Rehabilitation aus der Sicht der Behinderten am Beispiel des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums Linz. Innsbruck 1988: Diss. an der Univ. Innsbruck

Tews, Hans Peter: Abbrüche beruflicher Rehabilitationsmassnahmen: ein Forschungsprojekt d. Arbeitsgemeinschaft Dt. Berufsförderungswerke. Hamburg 1986

Thallinger, Helmut: Berufswahl und berufliche Anpassung von Rehabilitanden während der beruflichen Umschulung. Linz 1990: Dipl.-Arb. an der Univ. Linz

United States, Rehabilitation Services Administration: Follow-up of former vocational rehabilitation clients. Final report. Annendale/Va. 1980