

Reinhard Saal

Rehabilitation in der beruflichen Alltagswelt

Der vorliegende Text entstand 2018 mit dem Ziel, Erfahrungen und Daten aus dem „Dieburger Modell“ im Zeitraum von 1987 bis 2011 an Fachkollegen weiterzugeben. Anlass war die Einladung als Referent zur Jahrestagung von 53° Nord, im März 2018. Für die folgende Analyse wurde das Vortragsmanuskript gründlich überarbeitet, ausformuliert und mit zusätzlichen Anmerkungen und Quellenangaben versehen.

Für die Einladung möchte ich den Vertretern von 53° NORD danken!

Sehr geehrte Damen und Herren,

es würde mich sehr freuen, Ihnen neue Impulse für Ihre Arbeit geben zu können.

ZUM VORTRAG

Ich möchte im Eröffnungsreferat herausarbeiten, welche Bedeutung die „berufliche Alltagswelt“ für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen hat. Für Werkstätten ist dieses Thema besonders interessant, weil sie Zugänge zur Arbeitswelt intensiver gestalten können als andere Institutionen.

Sofern wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, möchte ich sie als Eckpunkte unserer Arbeit festhalten. Überwiegend stütze ich mich aber auf Alltagsbeobachtungen, auf praktische Erfahrungen **a u ß e r h a l b** der Werkstatt, mit Werkstatt-Klientel.

Die Vortragsthemen

1. Befunde zur Arbeitswelt (berufliche Alltagswelt)
 - a. Entdeckung der „Arbeitswelt“
 - b. Arbeitswelt als Problemfeld für Psychotiker
 - c. Arbeitswelt als Problemlösungsinstanz
2. Exkurs: „Sonderwelt“ der Werkstatt
3. Rehabilitationspraxis in der beruflichen Alltagswelt
 - a. Leistung
 - b. Verhalten
 - c. Motivation
4. Schluss: Rationalisierung der beruflichen Alltagswelt

Vorstellung

Von 1987 bis 2013 war ich für die Dieburger Reha-Werkstatt tätig - 15 Jahre davon als Leitung. Das Gründungskonzept unserer Werkstatt war: die berufliche Förderung **a l l e r** Rehabilitanden in einer externen Arbeitsgruppe. Unser Organisationsmodell und einige empirische Daten stelle ich Ihnen im Laufe des Vortrags vor. Mir geht es dabei um generelle Aussagen zur Rehabilitation und nicht um die Präsentation der Reha-Werkstatt in Dieburg.

Seit 2014 arbeite ich in einem anderen Bereich, und zwar u.a. in der Vermittlung geistig behinderter Menschen auf Beschäftigungsplätze außerhalb der Werkstatt. Die Besonderheiten der verschiedenen Zielgruppen wären ein eigenes Vortragsthema.

Ich bin Soziologe. Mein Zugang zur Werkstatt ist geprägt von meinem fachlichen Hintergrund.

- ¹ Meine These ist, dass in der „beruflichen Alltagswelt“ Probleme und Ressourcen zu ihrer Lösung kulminieren. Die berufliche Rehabilitation hängt damit wesentlich von sozialen Prozessen im Arbeitsalltag ab.

SPEZIFIZIERUNG DES PERSONENKREISES

Die Geltung dieser These (1) möchte ich zunächst beschränken auf jene Werkstatt-Klientel, die an Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis leidet.¹ Beruflich habe ich 94 Menschen mit diesen Erkrankungsbildern begleitet - die meisten über mehrere Jahre. Andere Erkrankungsformen sind mir nur in kleinen Fallzahlen begegnet.

Im Folgenden beziehe ich mich daher auf diese 94 Klienten (sofern nicht anders vermerkt), die wir im Zeitraum von 1987 bis 2011 aufgenommen haben.² Insgesamt waren es 197 Klienten.

Diagramm 1 (nächste Seite) zeigt die verschiedenen Erkrankungsgruppen und die Zusatzhandicaps aller Rehabilitanden 1987 - 2011

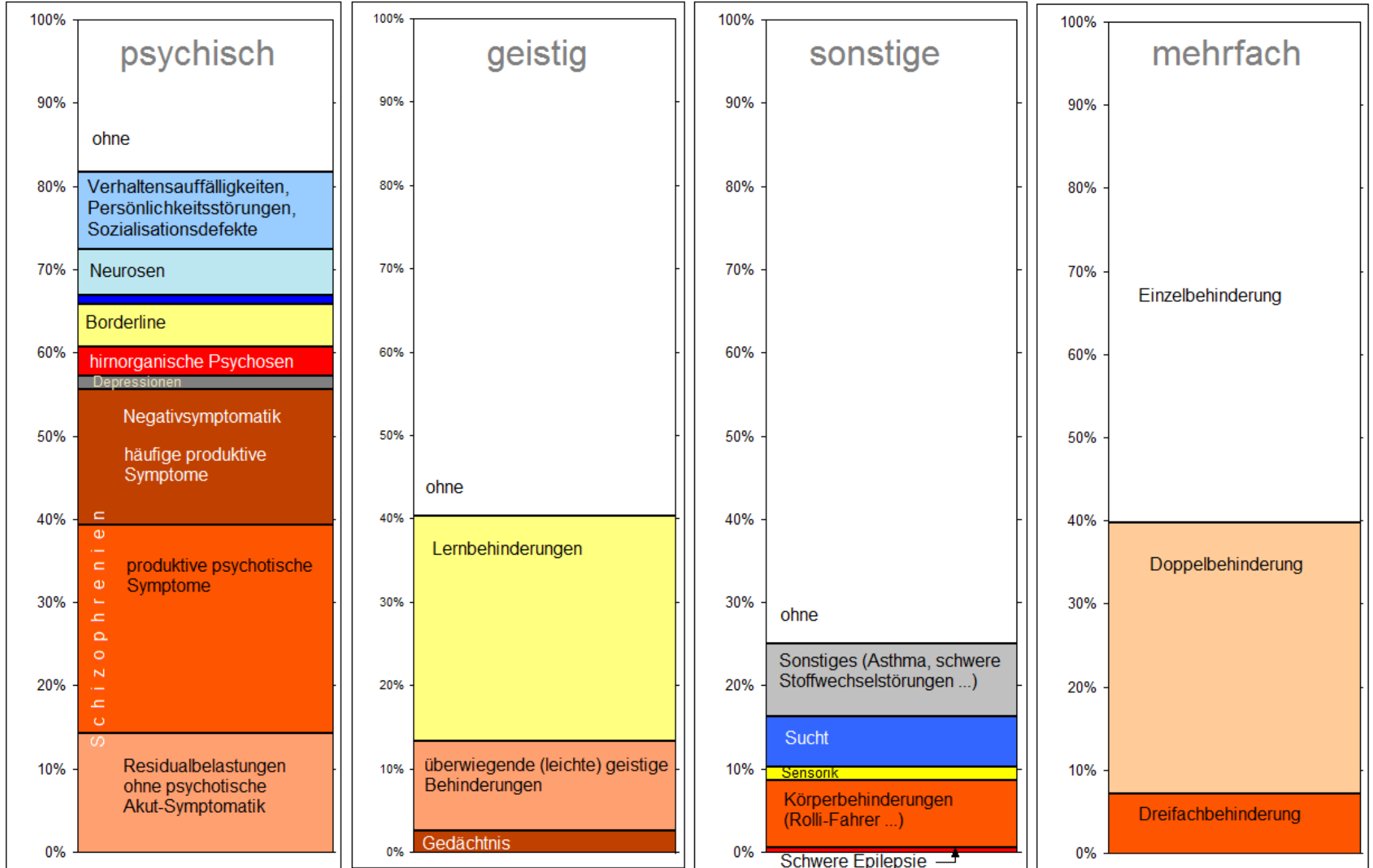
Diagramm 2 zeigt die absoluten Aufnahmezahlen für die verschiedenen Erkrankungsgruppen in 5-Jahres-Blöcken

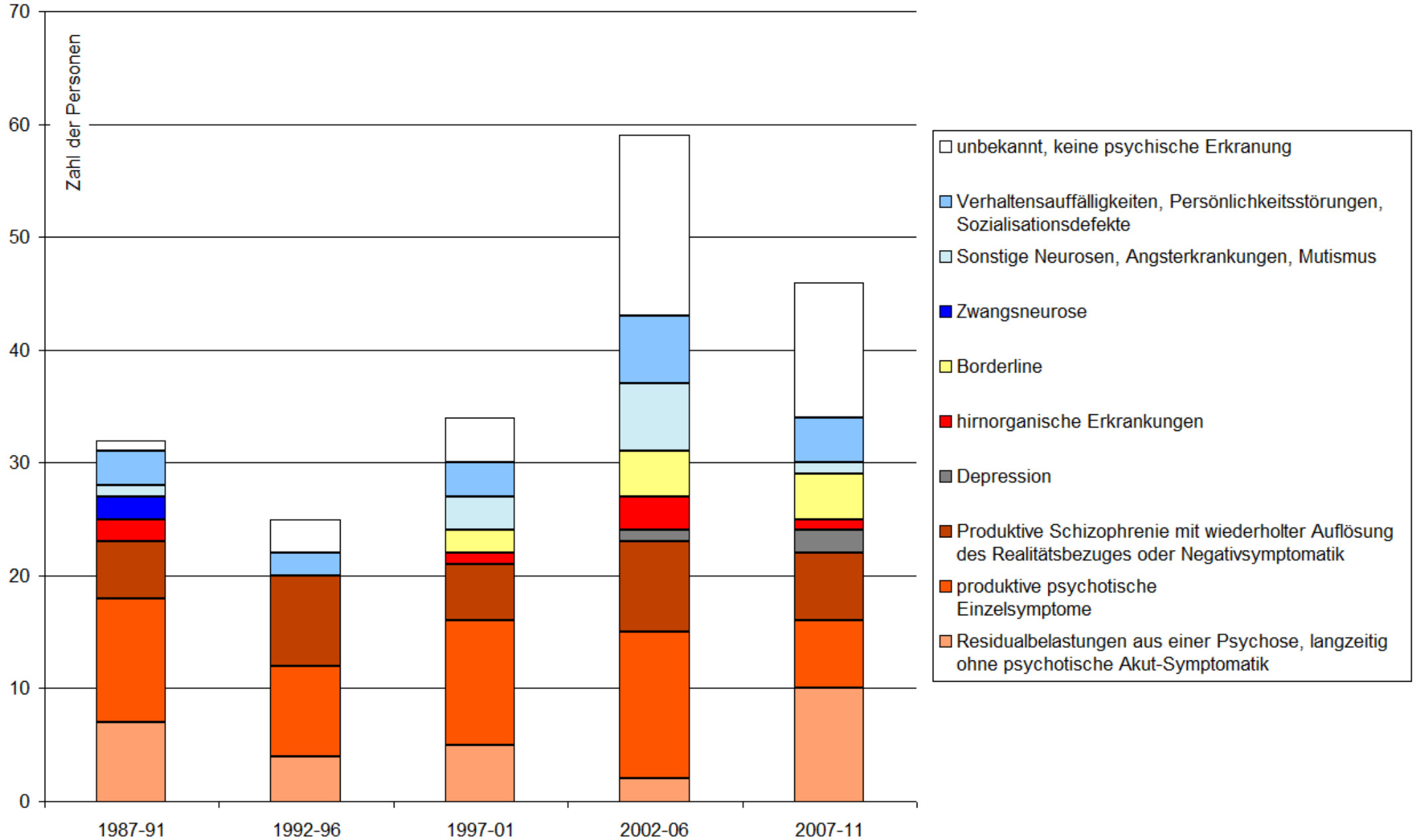
¹ Die Differenzierung der Klientel ist nicht nur eine fachliche Voraussetzung für die weitere Professionalisierung unserer Arbeit, sondern auch eine Forderung der Betroffenen. "Schafft endlich den Begriff 'psychisch krank' ab!", forderte Ursula Talke bei ihrem Vortrag zum 40-jährigen Jubiläum der Aktion Psychisch Kranke (APK 2011, S.28).

Die Heterogenität der Klientel ist bemerkenswert. Sie betrifft nicht nur Krankheitsbilder. Unserer Klientel reicht vom 18- bis zum 55-jährigen, von der Heimbewohnerin bis zum Familienvater, vom Berufseinsteiger bis zum ehemaligen Filialleiter einer Bank, vom Sonderschüler bis zum Akademiker.

² Das Einzugsgebiet (der östliche Landkreis Darmstadt-Dieburg) hatte 2011 ca. 135.000 Einwohner. Von jährlich 19 schizophrenen Ersterkrankungen pro 100.000 Einwohnern (Gaebel 2010, S. 16) landen ca. 15% irgendwann in der Werkstatt: 94 von 641 (19 / 100.000 x 135.000 x 25 Jahre) <https://www.ladadi.de/landkreis-verwaltung/der-kreis/zahlen-und-fakten/bevoelkerung.html>

In den Nachbarregionen gibt es mehrere konkurrierende (konventionelle) Reha-Werkstätten: in Darmstadt, Dietzenbach, Erbach, Asbach und Aschaffenburg, letztere jenseits der Landesgrenze zu Bayern. Asbach bietet außerdem RPK-Maßnahmen an.





Die Aufnahmezahlen bei den Schizophrenen sind erstaunlich konstant: etwas über 20, jeweils in 5 Jahren. - Inkl. Doppelaufnahmen.

„ETHNOLOGIE“ DER ARBEITSWELT

„Berufliche Alltagswelten“ werden seit knapp 100 Jahren erforscht, zunächst von Soziologen (Elton Mayo), später auch von Ethnologen. Die Ergebnisse haben eine grundlegende Bedeutung für unsere Arbeit.

Anfang des 20. Jahrhundert begannen die damals führenden amerikanischen Unternehmen mit dem Aufbau eines „Scientific Management“ (also einer wissenschaftlichen Betriebsführung). Einen Baustein hierfür hatte Frederick Taylor etabliert. Taylor steht für das Konzept, Arbeitsabläufe in kleine Schritte zu zerlegen und zu optimieren, bis in die Bewegung hinein. Kritisiert wurde das von Gewerkschaften als „Wissensenteignung“ und als Entwertung der Facharbeit. Die Arbeitskräfte stellte man sich je einzeln nur als ausführende Individuen vor.

Diese Vorstellung von „Arbeit“ änderte sich radikal mit einer Serie von Studien: den „Hawthorne Studies“.¹ Hawthorne war der Standort eines riesigen Industriekomplexes in der Nähe von Chicago, mit den Ausmaßen einer Kleinstadt (über 40.000 Mitarbeiter). Hier ließ Western Electric die Wirkung der Beleuchtung auf die Arbeitsleistung wissenschaftlich testen - 1924. Das Ergebnis war überraschend: In allen experimentellen Varianten stieg die Arbeitsleistung.

Schlussfolgerung: Im Experiment muss ein Störfaktor wirksam gewesen sein. Als solchen identifizierte man den „menschlichen Faktor“, genauer, die Aufmerksamkeit, die die Forscher den Arbeitern zuwendeten. Die soziale Zuwendung hatte eine größere Auswirkung auf die Produktivität als die Veränderung der objektiven Arbeitsbedingungen.

Diese Entdeckung führte dazu, dass man sich im „Scientific Management“ den sogenannten „Human Relations“ zuwendete, den menschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz.

2a *Für unsere Arbeit halte ich als gesicherten Kenntnisstand folgendes fest:*

Das was wir als „Arbeitswelt“ bezeichnen, hat eine doppelte Organisationsstruktur: eine formelle und eine informelle. Die informelle Organisation einer Firma reagiert zwar auf Einflüsse. Sie ist aber auch widerständig. Sie verfügt über eigene Regeln, Hierarchien, Belohnungs- und Bestrafungsmöglichkeiten.

Arbeitswelten sind „Lebenswelten“.²

¹ Im Internet gibt es umfangreiches Material zu den Hawthorne Studies - sogar Originalaufnahmen vom Hawthorne-Werk aus den 20er Jahren: <https://www.youtube.com/watch?v=W7RHjwmVGhs> (Hares Neme, AT&T Archive)

² Der Begriff der Lebenswelt bezeichnet in der Soziologie die Gesamtheit der kulturellen Voraussetzungen des Handelns. Habermas' (1981) kommunikationstheoretischer Lebensweltbegriff scheint mir für unsere Arbeit am fruchtbarsten zu sein.

Die informelle Organisation einer Firma setzt dem „Scientific Management“ Grenzen. Beispielsweise kann auf der informellen Ebene Leistungsdruck (der von der Betriebsleitung kommt) abgewehrt werden.¹

Die Akteure der beruflichen Alltagswelt haben also einen eigenen Entscheidungsspielraum, ein informelles Mitbestimmungsrecht. Wenn man den Arbeitswelten ein solches Recht einräumt, dann gilt das auch für den Einsatz unserer Klienten. Beurteilungen der Einsatzfähigkeit aufgrund fachärztlicher Gutachten oder nach Testverfahren in der Werkstatt bewähren sich nicht immer in der Alltagswelt. Was, in welchem Ausmaß ein Problem ist, das entscheiden letztlich die Akteure der Arbeitswelt selbst. Sie sind es, die die Inklusion leisten - oder nicht.

- 2b Daraus folgt eine doppelte „Methodologie“ der Inklusion: die der funktionalen Beziehung und die der Solidarität, der Diagnosen von „Störungen“ und der Akzeptanz von „Abweichungen“, der fachlichen und der sozialen Organisation.

Es kommt ein weiterer Punkt hinzu: Die formelle Organisation funktioniert nur mangelhaft, wenn sie nicht informell gedeckt ist. Das gilt vor allem in Ausnahmesituationen: z.B., wenn Arbeitsprobleme erkannt, gemeldet und gelöst, Fehler korrigiert, Mitarbeiter angelernt oder angeleitet werden. Der formelle Arbeitsprozess muss angepasst werden an individuelle Fähigkeiten, krankheits- oder urlaubsbedingte Ausfälle und andere spezielle Arbeitssituationen.

- 2c Die informelle Organisation ist ein Produktivfaktor, nicht nur weil sie motivierend wirkt, sondern weil sie komplementäre Kooperation gewährleistet.

Eine Umschreibung für die Aussetzung der komplementären informellen Kooperation und für die absichtliche Störung des Arbeitsablaufes ist der Ausdruck „Dienst nach Vorschrift“.

- 2d Die „soziale Integration“ der Arbeitswelt ist eine Grundlage funktionierender Arbeitsteilung.

¹ Die informelle Sanktionierung von Akkordbrechern ist ein Beispiel.

Weitere Ergebnisse:

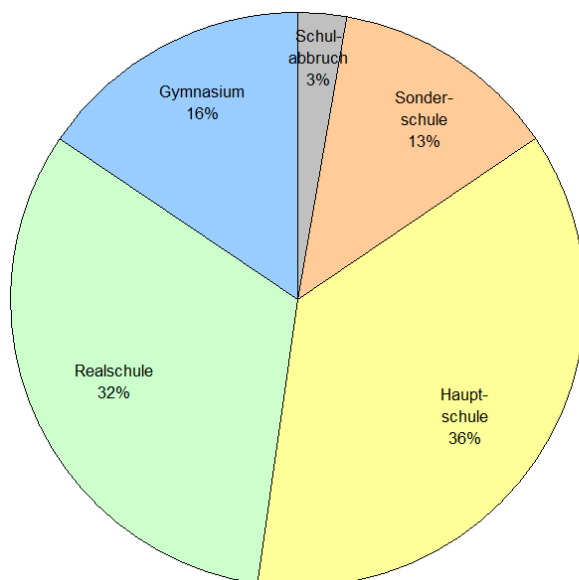
- Die Stellung des Einzelnen innerhalb der informellen Organisation hängt erheblich von persönlichen Eigenschaften ab. Wichtig sind extern begründete Beziehungen: Bekanntschaft, Freundschaft und Verwandtschaft (wichtig auch für die Coachs; rs).
- Soziale Zuordnungen prägen auch die informelle Organisation (Sozialstatus, ethnische Zugehörigkeit, Geschlecht).
- Jeder Betrieb entwickelt eigene informelle Welt, die fragmentiert sein kann, sich auflösen und neu bilden kann. Erfahrungen in einer dieser Welten lassen sich also nicht unbedingt auf andere übertragen.

Auch die Einstellung neuer Mitarbeiter erfolgt üblicherweise nicht nur anhand formeller Qualifikationen. Wenn nicht schon "Beziehungen" vorhanden sind, spielt auch die "Chemie" eine Rolle (also die informelle soziale Resonanz).

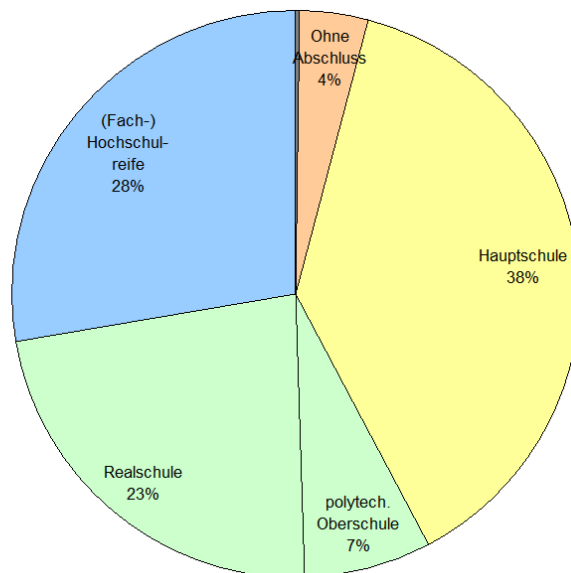
FORMALE QUALIFIKATIONEN

Die Klienten der Reha-Werkstätten bringen typischerweise schulische und berufliche Qualifikationen mit. Das zeigen auch die Daten der schizophränen Klienten in Dieburg 1987 – 2011

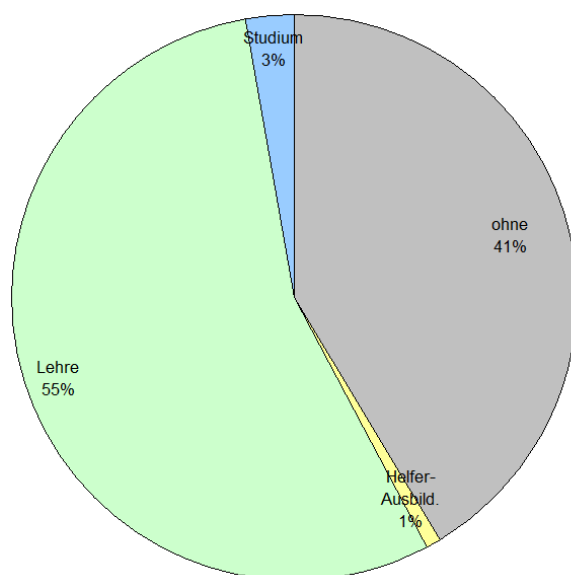
Schulische Qualifikation (Diagramm 3a)



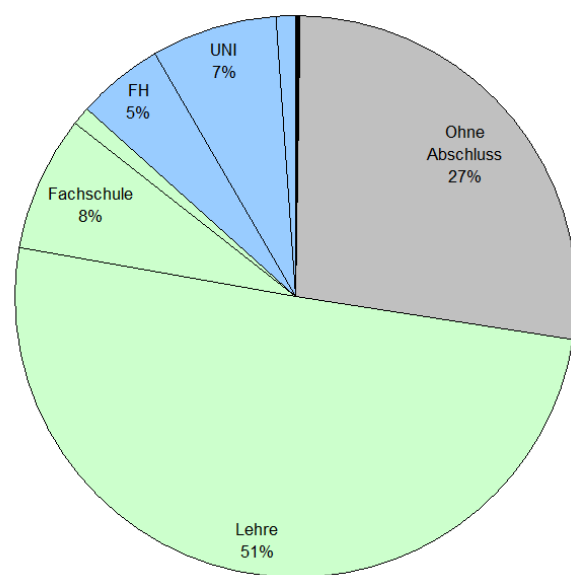
BRD 2011 (Diagramm 3b)



Berufliche Qualifikation (Diagramm 4a)



BRD 2011 (Diagramm 4b)



Quelle der Daten zur BRD (Download am 14.10.2012):

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html>

Zur Veränderung der schulischen und beruflichen Qualifikation der aufgenommenen Klienten von 1987 bis 2011 siehe Anhang „Ergänzendes Material“ Diagramm [11](#) und [12](#)

ALLTAGSWELT ALS PROBLEMFELD

Das Qualifikationsniveau bleibt statistisch zwar deutlich hinter dem Durchschnitt zurück. Die „passende“ berufliche Qualifizierung ist aber offenbar nicht das Kernproblem der Klientel. Sie ist kein primäres Handicap.¹

Demnach sind die üblichen Qualifikationsangebote der Werkstätten keineswegs obsolet. Einen Kurs besuchen zu dürfen, bedeutet Anerkennung. Qualifikation ist ein Vorteil. Den Kern des Problemfeldes erreichen Kursangebote jedoch nicht.

Wenn zu einer guten Qualifikation auch noch eine nachgewiesene praktische Leistungsfähigkeit hinzukommt, dann spitzt sich die Frage nach der Lokalisierung des Problemfeldes weiter zu.

FALLBEISPIEL: Paul kam Anfang der 90er Jahre im Alter von 33 Jahren zu uns, mit der Diagnose einer schizo-affektiven Psychose. Der Erkrankungsbeginn lag 14 Jahre zurück. In diesen 14 Jahren war es zu mehreren stationären Psychiatrieaufenthalten gekommen. 4 Jahre vor der Aufnahme hatte Paul einen schweren Suizidversuch unternommen. Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme haben wir keine Akutsymptomatik bei ihm mehr wahrgenommen. Paul war gut auf Haldol Decanoat eingestellt. Ein Depot-Medikament.

Paul hatte die Mittlere Reife erreicht und eine Ausbildung zum Anwaltsgehilfen abgeschlossen, trotz seiner Erkrankung. Er hatte jedoch keine Berufserfahrung.

Paul errang über einen Zeitraum von 15 Jahren vor und noch während der Teilnahme an unserer Reha-Maßnahme mehrere Meistertitel (deutsche, europäische und Weltmeistertitel) – und zwar mit einer umfangreichen Kleintierzucht. Paul hatte sich für diese Zucht Kenntnisse angeeignet in der Pflege, Behandlung, Ernährung, Vererbung und Beurteilung dieser Tiere. Und er hat vor allem sehr viel Arbeit in sein Hobby gesteckt.

Offenbar unterschied sich die Organisation dieser Arbeitsleistung von der eines erwerbstätigen Menschen. Arbeit ist nicht gleich Arbeit. Das Fallbeispiel deutet darauf hin, dass es spezielle Anforderungen der erwerbsförmigen, abhängigen, kooperativen Arbeit gibt, an denen schizophren erkrankte Menschen typischerweise scheitern können. Soweit das Fallbeispiel.

¹ Der Erkrankungsbeginn fällt oft in die Zeit der Berufsausbildung und verhindert deren Abschluss. Und die vorhandene formale Qualifikation ist in der Praxis oft nicht abrufbar. Der Rehabilitand benötigte in diesem Fall keinen qualifizierenden Kurs, sondern eher die Fähigkeit, seine Qualifikation anzuwenden (und vielleicht sogar selbst weiterzugeben z.B. in einem PC-Kurs für den nicht-EDV-affinen Teil des Personals).

In einer Firma haben wir tatsächlich einen Rehabilitanden, der neue Firmenmitarbeiter anleitet und anlernt. Unsere Rehabilitanden in den Firmen mit "virtuellen" Gruppen sind nicht unbedingt als solche erkennbar, gerade für neue Mitarbeiter.

Wenn man in Vorstellungsgesprächen¹ nach den beruflichen Handicaps fragt, kommt am häufigsten die Antwort, dass die Belastungsfähigkeit eingeschränkt ist. Gute Arbeitsqualität trauen sich die Interessenten hingegen zu. Der „Smalltalk“ wird oft als Problem am Arbeitsplatz genannt.² Und, wenn man danach fragt, dann wird nicht die „Arbeit“, sondern die „Arbeitswelt“ ausdrücklich als das Hauptproblem identifiziert.

- 3a *Ich halte daher folgenden Punkt fest:* Bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die Ausführung von Arbeitsschritten oder von komplexen Arbeitsprozessen typischerweise nur in den Akutphasen beeinträchtigt. Das Problemfeld, das von einer wirksamen Reha-Maßnahme erschlossen werden muss, ist nicht die Arbeit, sondern die Arbeitswelt.

Dabei ist die Arbeitswelt nicht einfach ein Feld mit definierbaren Überforderungen.

- 3b Eingliederungsprobleme manifestieren oder „konstituieren“ sich erst in der beruflichen Umwelt.³

Zusätzlich gibt es einen Rückkopplungseffekt: Soziale Ausschließung ist einer der stärksten Stressoren - ein krankmachender Faktor.

¹ Ich habe in 25 Jahren ca. 200 Erstgespräche geführt, einen beträchtlichen Teil davon in unserm Firmen-Büro, d.h. in der VW OTLG. Es ist klar, dass dem Erstgespräch eine Schlüsselrolle zukommt und dass die Gesprächssituation dabei eine nicht unerhebliche Bedeutung hat.

² Diese schildern auch Hack und Angermeyer 1979 S.38
Die Angst vor dem Smalltalk hat vielleicht etwas zu tun mit dem wahrgenommenen Verlust der Fähigkeit situativ angemessen reagieren zu können.

³ Ähnlich argumentiert Reinhard Peukert in seinem wegweisenden Vortrag auf dem Fachtag der Hessischen Reha-Werkstätten 2004: "Ob eine Anforderung ein Förderfaktor (F) oder eine Barriere (B) ist, entscheidet sich an den verfügbaren Ressourcen (R). Daher können F und B nicht in epidemiologischen Untersuchungen, sondern nur in der konkreten Lebenswelt der Menschen (LW) gefunden werden {(R) LW} und auch nur dort beeinflusst werden. (...) wir erkennen die besondere Bedeutung der Lebenswelt, der nicht-veranstalteten, zumindest der nur mäßig veranstalteten Zeit, die Bedeutung des eher Alltäglichen für die persönlichkeitsbildenden - und das sind im psychiatrischen Feld zugleich die salutogenen - Prozesse. (Peukert 2004, S. 2f)

EVALUIERUNG DES SUPPORTED EMPLOYMENT

- 4a Als nächsten „Eckpunkt“ sehe ich die Erfolge des Supported Employment (SE):
Wie Sie wissen, zeigt die Evaluierungsforschung (auch im deutschsprachigen Raum), dass das Supported Employment der konventionellen, vor-beruflichen Förderung überlegen ist.¹

Dieses Ergebnis überrascht - zum einen, weil „Arbeit“ im öffentlichen Bewusstsein eher mit Krankheit und Ausbeutung assoziiert wird und zum anderen, weil die fachliche Qualität in spezialisierten Institutionen einfacher zu konzentrieren und zu gewährleisten sein müsste als die einer ambulanten Hilfe.

Im klassischen Supported Employment erfolgt der Zugang zur Arbeit über die Platzierung in der Arbeitswelt, im Berufsalltag. Für die Teilnehmer am Supported Employment muss der Arbeitnehmerstatus erreichbar sein.²

Die Evaluierungsforschung sagt etwas über eine Gesamtwirkung aus. Wie diese Wirkung zustande kommt, welche Prozesse im Detail ablaufen, dazu fehlen wissenschaftliche Arbeiten.

Die Annahme liegt nahe, dass der Erfolg des Supported Employment auf dem Zugang zur beruflichen Alltagswelt beruht. Das zeigen die Erfolge in unserem Dieburger Rehabilitationsprogramm, das in den „normalen“ Berufsalltag hineinreicht.

Unserer Werkstattklientel können wir (anders als im Supported Employment) nur einen arbeitnehmerähnlichen Zugang zur Arbeitswelt bieten. Auf dieser Grundlage sind aber weitgehende Arrangements der Eingliederung realisierbar, die einen niederschweligen und intensiven Zugang zur Arbeitswelt erlauben.

¹ "Ergebnisse aus den USA zeigen, dass die Wiedereingliederungsrate mit SE von psychisch kranken Menschen im Vergleich zu konventionellen Ansätzen doppelt so hoch ist. Ebenfalls konnte nachgewiesen werden, dass SE unabhängig vom Alter der Patienten, von der Diagnose und vom Schweregrad der Erkrankung wirksam ist." (Bärtsch 2012)

Im europäischen und speziell im deutschsprachigen Raum liegen Forschungsergebnisse seit über 10 Jahren vor. Sie zeigen die Wirksamkeit des Supported Employment auch unter Bedingungen, die sich von denen in den USA etwas unterscheiden (besseres System sozialer Sicherheit und Wohlfahrt, ausgebaute traditionelle Rehabilitations-Angebot und höhere Hürden des europäischen Arbeitsmarktes). Hierzu insbesondere die Arbeit der EQOLISE Gruppe (Burns 2007).

Auf der Homepage des Vereins "Supported Employment Schweiz" finden sich weitere Forschungsarbeiten, z.T. als Download: Rüst 2004, Hoffmann 2007, Rössler 2008, Hoffmann 2012[!] und 2013 (www.supportedemployment-schweiz.ch).

² Hierzu z.B. Hoffmann 2012, S. 159: "Persons exhibiting the following were excluded: (...) performance <50% of normal work performance as evidenced during the assessment phase".

Die Werkstatt-Klientel ist wesentlich "schwächer". Ihre Vorauswahl erfolgt durch den Kostenträger des Berufsbildungsbereichs. Diese ist durch medizinische Gutachten abgesichert.

ERFAHRUNGEN IM DIEBURGER MODELL

Der Ausgangspunkt für unsere Konzeption war ein Angebot des Vertriebszentrums Rhein Main der Volkswagen Original Teile Logistik GmbH & Co. KG (VW OTLG). Ein Betrieb mit ca. 400 Beschäftigten, über 60.000 qm Lagerfläche für Ersatz- und Zubehörteile von VW und Audi. Wir konnten und sollten versuchen, psychisch kranke Menschen *i n d i v i d u e l l* in verschiedenen Betriebsabteilungen (Wareneingang, Kommissionierung, Bereitstellung usw.) an Tätigkeiten heranzuführen. Dabei war die quantitative Leistung zunächst unerheblich. Wir begannen mit 8 Plätzen, die dann auf 15 und schließlich auf 20 aufgestockt wurden, betreut von einer Gruppenleitung, mit Sitz in der Firma.

→ 5 der 7 Vertriebszentren sind übrigens noch frei für ähnliche Kooperationsformen.

1. Direkter Eintritt in die Firma

Diagramm 5a



„A-Vertrag“ = Arbeitsvertrag; „extern“ = in der Normalität, aber noch im Sprachraum der Sonderwelt

Unser konzeptionelles Ideal war die rein externe Betreuung - orientiert am Prinzip der beruflichen „Normalisierung“. Es gab keine Auswahl „geeigneter“ Klienten.¹

¹ Die "Eignungsdiagnostik (mittels) anerkannter und zielgruppengerechter Methoden" wird seit 2011 vom Kostenträger im Eingangsverfahren vorgeschrieben, gemäß HEGA 2010, Punkt 4.1.

G. Längle (Leiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie) resümiert eine seiner empirischen Arbeiten folgendermaßen: "Insgesamt gilt [...], dass eine Prognose der beruflichen Integration für Gruppen von Patienten kaum möglich ist und die Orientierung am Einzelfall und dessen engmaschige Begleitung am ehesten Gewähr für einen optimalen, d.h. den Bedürfnissen des Patienten angepassten, Rehabilitationsverlauf (...) bietet." (Längle 2002, S. 97)

Reker (2004, S. 58) schreibt: "Die Verhaltensbeobachtung im realistischen Setting, also ... am Arbeitsplatz etc., liefert die besten und zuverlässigsten Informationen über Fähigkeiten bzw. ihre Einschränkung".

Ich plädiere dafür, formelle Eignungstests fallen zu lassen. Sie ■ kosten Ressourcen, ■ verstärken die negative Erfahrung der Auslese, die unsere Klienten schon vor der Aufnahme in die Werkstatt durchlaufen, ■ suggerieren Objektivität von Handicaps, ■ blenden soziale Prozesse aus, ■ demotivieren und ■ bestätigen nur sich selbst. ■ Wie Menschen zueinander passen, müssen diese selbst entscheiden. Hierzu Fallbeispiele C und D im Anhang.

Im Tagesgeschäft sind wir allerdings verantwortlich dafür, Risiken zu beurteilen und abzufangen - Risiken, die z.B. auftreten in psychotischen Akutphasen oder aufgrund der Nebenwirkungen von Medikamenten.

Statt zu selektieren sollten Werkstätten neugierig machen, Ängste abbauen, motivieren und vielfältige auch niederschwellige externe berufliche Arrangements anbieten.

2. Firmenarbeitsplatz kombiniert mit Auffanggruppe... Diagramm 5b

intern	externe AG	Auffang-Gr.	externe AG	??
--------	------------	-------------	------------	----

„intern“ = konventionelle Werkstatt (interner Bereich); „Auffang-Gr.“ = Auffanggruppe im internen Bereich

Wir benötigten eine „Auffanggruppe“, um Krisen abzufangen. Eine konventionelle Werkstatt entstand, die ein „Kennenlern-Angebot“ bei Neuaufnahme vorsah. In der Praxis erfolgten Neuaufnahmen meist in diesen „internen Bereich“. Damit ließ sich der beste Zeitpunkt für den Übertritt in die Trainingsfirma einfacher wählen, z.B. abhängig von der Arbeits- und Personalsituation. Später standen dann auch noch verschiedene externe Arbeitsgruppen zur Auswahl.¹

3. Firmenarbeitsplatz kombiniert mit Praktika ... Diagramm 5c

intern	externe AG	Auffang-Gr.	externe AG	Praktikum	externe AG	
					Alternativen:	intern
					Praktikum	BIB
					Praktikum	A-Vertrag

Ein langfristiger Aufenthalt in einer externen Arbeitsgruppe führt dazu, dass die Rehabilitanden dort „festwachsen“.² Darum haben wir Praktika außerhalb dieser Gruppen (also auf externen Einzelarbeitsplätzen) zum obligatorischen Teil des Berufsbildungsangebotes gemacht.

Wir benötigten ca. 10 Jahre, um zu diesem Verlaufs-Modell (3) zu kommen.

Diagramm 6 (nächste Seite) zeigt die tatsächlichen Reha-Verläufe über 4 Jahre, für alle Rehabilitanden mit schizophrenen Störungen (94 Personen). Die Zeitachse oben zeigt die Phaseneinteilung:

EV = Eingangsverfahren, BBB = Berufsbildungsbereich, AB = Arbeitsbereich

Die förderrechtliche Phaseneinteilung und insbesondere die Trennung von BBB und AB betrifft:

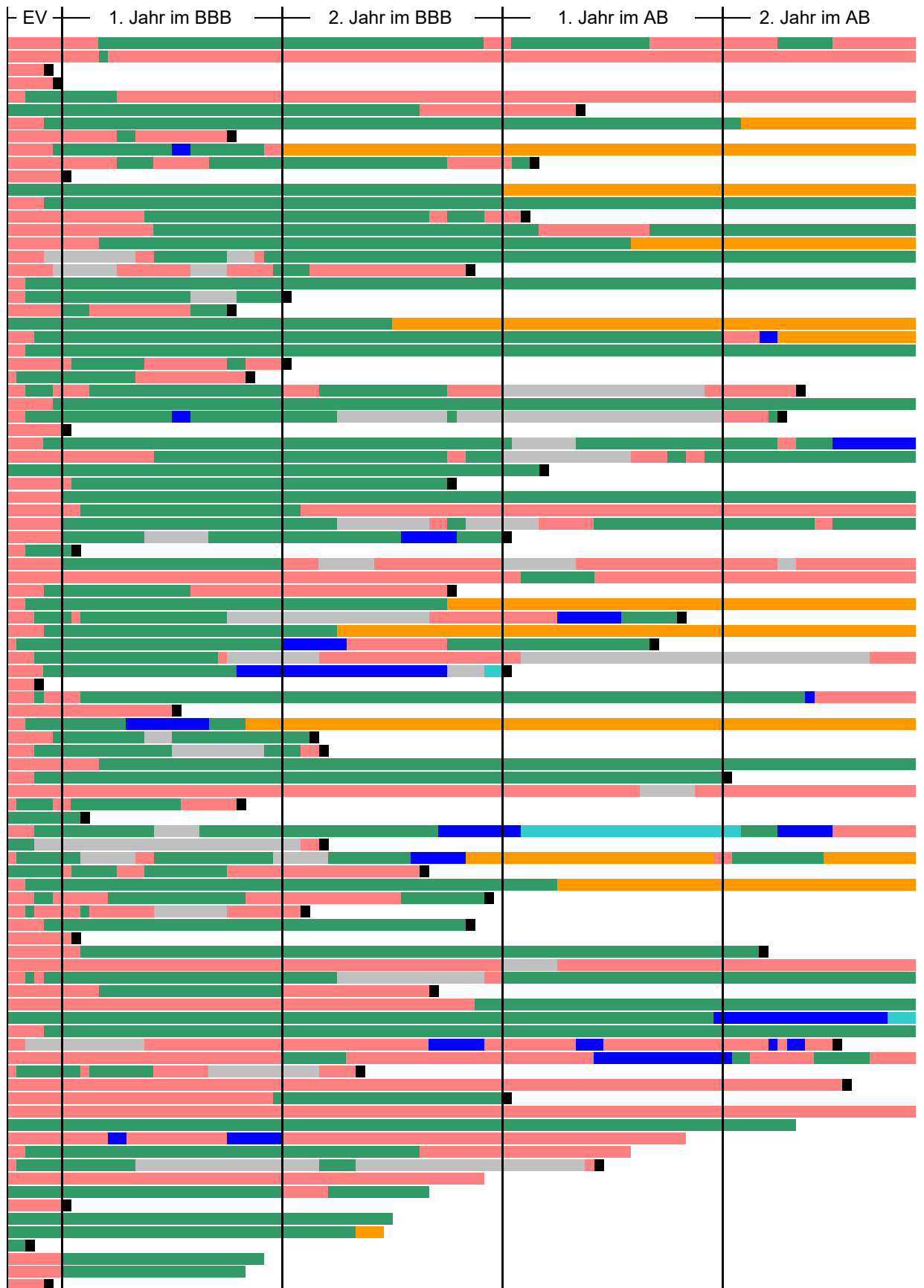
- den Personaleinsatz
 - die ergänzenden Förderangebote, die tendenziell reduziert werden
 - den Bezug von Lohn ab dem AB
 - das Ende des Rehabilitandenstatus und den Übergang in einen Beschäftigtenstatus
-

¹ VW OTLG in Dieburg, Messer Cutting Systems in Groß Umstadt, das Studentenwerk auf dem Dieburger Campus, Cosnova Logistics in Großostheim und unser Werkstattladen UNIKAT.

² "Vielen seelisch behinderten Menschen fällt es schwer, die ihnen bekannten sozialen Orte zu verlassen. Andere müsse dazu verführt werden, etwas Neues zu probieren." (Peukert 2004, S.5)

DIE TATSÄCHLICHEN REHA-VERLÄUFE

Diagramm 6



Legende:

interner Bereich andere WfbM o.ä.

externe Gruppe unterbrochen

externe Praktika Einzelarbeitsplätze (BIB)

Arbeitsvertrag ausgeschrieben

Ich fasse die Ergebnisse zusammen:

- Der Übertritt in die Trainingsfirma erfolgt individuell, in der Regel früh.
- Fast alle Klienten machen Arbeitsversuche in ausgelagerten Arbeitsgruppen.
- Die Fluktuation ist hoch. Das ist für diesen Personenkreis typisch.¹
- Nach Maßnahmenunterbrechungen oder einem Aufenthalt in einer internen Auffanggruppe wird auch die Rückkehr in die Firma praktiziert, ggf. mehrfach.
- Auch der interne Bereich wird langfristig besetzt. (hierzu Diagramm 8)
- Die Rehabilitationserfolge sind bei Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis überdurchschnittlich. 17 der 94 schizophrenen Klienten durchliefen das Reha-Programm erfolgreich, mit einer durchschnittlichen Teilnahmedauer von ca. 30 Monaten (und in Einzelfällen auch von über 4 Jahren, die in Diagramm 6 also nicht erfasst sind).²

Nachfolgend zwei Diagramme mit der Darstellung der Belegung des internen Bereichs der Reha-Werkstatt Dieburg:
Diagramm 7:

Über 25 Jahre betreuten wir circa 40% aller Klienten intern, plus/minus 10 %-Punkte.

Diagramm 8:

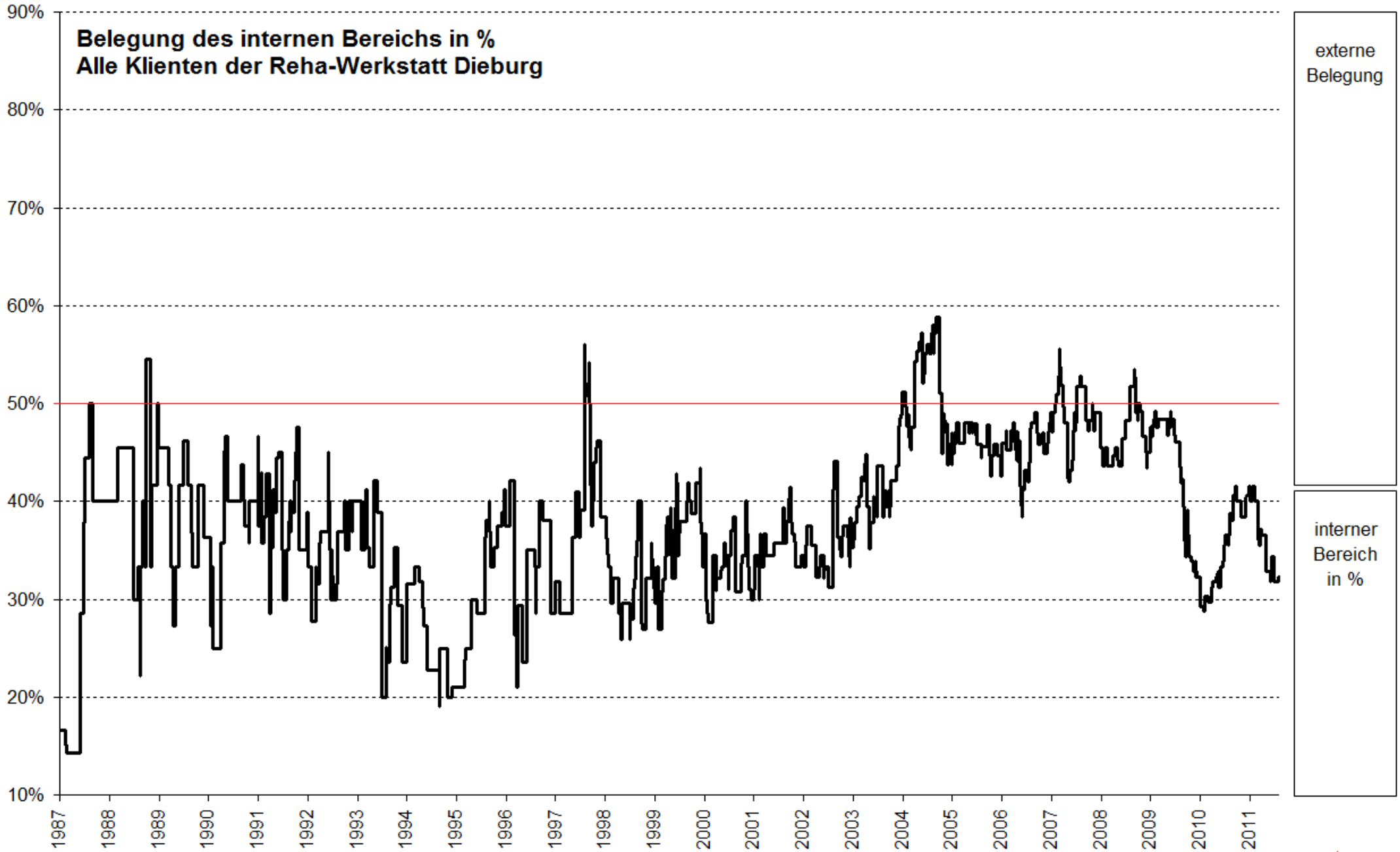
Bei den Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ergibt sich ein anderes Bild: Ab 1996 wächst die interne Gruppe, bis auf ein Niveau über 50%.

¹ Die hohe Fluktuation über alle Formen der Beschäftigung oder Nicht-Beschäftigung hinweg (d.h. auch der hohe Anteil von Abbrechern) ist in der Fachliteratur gut belegt (z.B.: Gerhard Längle, Die berufliche Entwicklung schizophrener Patienten im Jahr nach Entlassung aus der Klinik, in: APK 2002, S. 96).

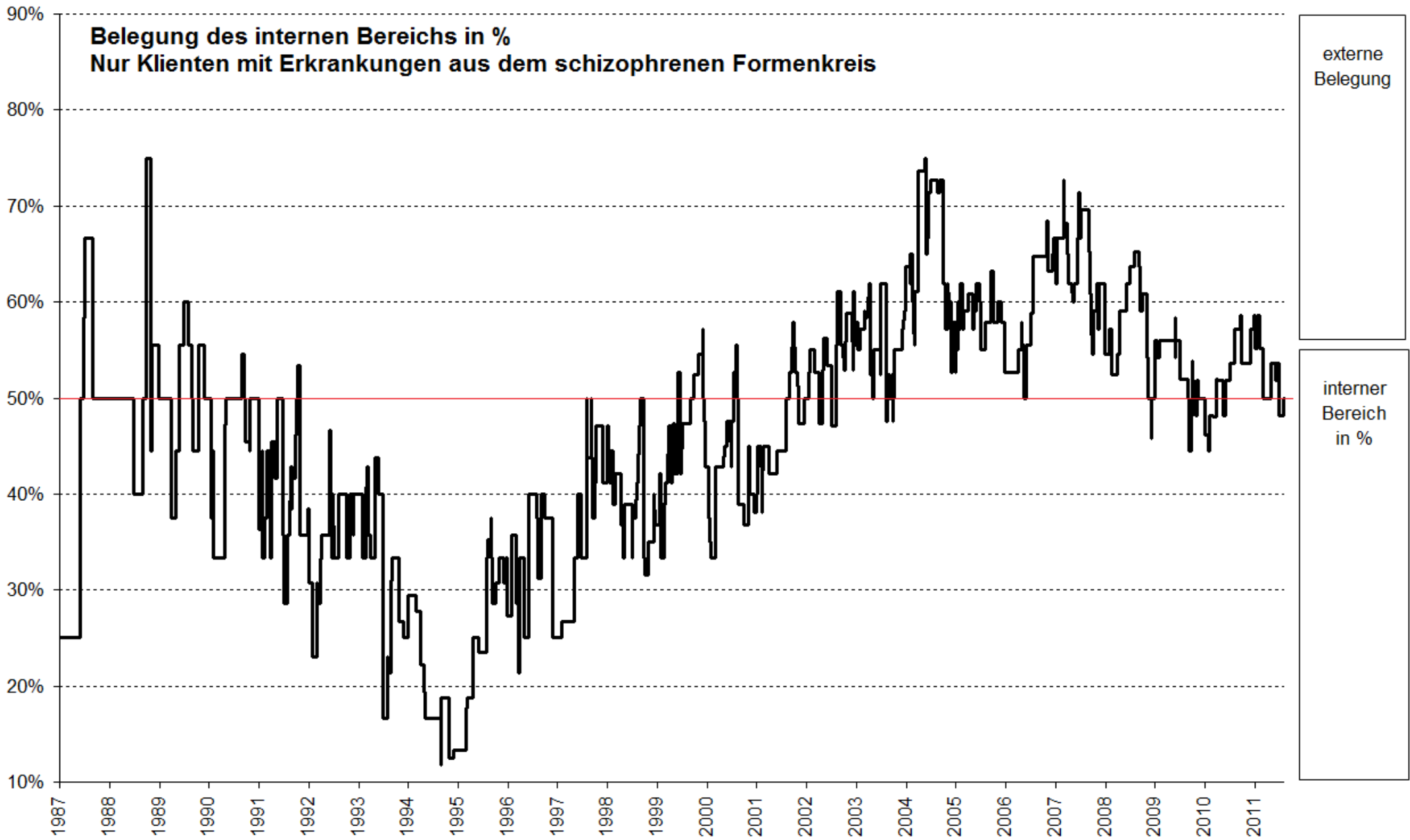
² Als erfolgreich habe ich nicht nur Vermittlungen in ein reguläres Arbeitsverhältnis oder in eine Lehre gezählt. ▪ Ein Klient nahm nach der Maßnahme eine selbständige Tätigkeit wieder auf, die vor der Reha über mehrere Jahre geruht hatte. ▪ Wir hatten eine Klientin, die vom Kostenträger eine Ablehnung der Kostenzusage für eine Verlängerung der Maßnahme bekam. Sie stand kurz vor der Übernahme in ein reguläres Arbeitsverhältnis. (Das ging auch aus unseren Berichten hervor.) Stattdessen wurde sie auf ihre EU-Rente verwiesen. Sie hat sich dann für die Rente entschieden und bei dem Unternehmen, das sie einstellen wollte, einen Zuverdienst-Job angenommen. Wir haben sie als Erfolgsfall gezählt. ▪ Wir hatten zwei Klienten, die nach der Reha ein Berufsförderungswerk besuchten und mit Erfolg durchliefen. Beide fanden danach eine Arbeitsstelle. ▪ Eine Klientin, die sich in einer unserer Arbeitsgruppen sehr gut entwickelte und stabilisierte, fand ihren Lebenspartner in der Firma, in der sie arbeitete. Sie heiratete, bekam Kinder und übernahm Haushalt und Mutterpflichten, die gleichwertig zur Erwerbstätigkeit sind.

Zur Nachhaltigkeit (Stand Nov. 2013): In 3 Fällen scheiterte die Beschäftigung im ersten Jahr. In 2 weiteren Fällen wurden die Arbeitsplätze aus betrieblichen Gründen aufgelöst (nach unterschiedlicher Beschäftigungsdauer). 3 Klienten gerieten nach 12 bis 15 Beschäftigungsjahren in psychische Krisen, die zur Kündigung führte. 6 Klienten haben ihren Arbeitsplatz noch. Zu den restlichen 3 fehlen mir Informationen.

Erfolglos ausgeschiedene Klienten müssen nicht "nachhaltig" erfolglos bleiben: Ein gescheiterter Ex-Klient hat es beispielsweise zum Geschäftsführer einer Immobilienfirma gebracht.



2011 erreichten wir das Belegungsmaximum von 65 Klienten. Vergleiche Diagramm [13](#), im Anhang „Ergänzendes Material“!

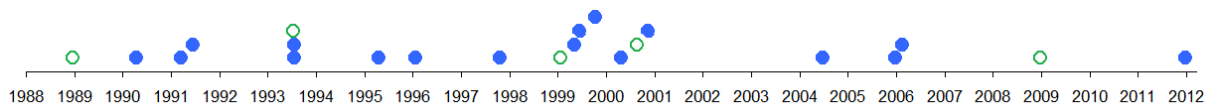


2011 betreuen wir 26 bis 29 Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Vergleiche Diagramm [14](#), im Anhang „Ergänzendes Material“!

Bei Rehabilitanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beobachten wir eine Polarisierung: Der Anteil der erfolgreichen Rehabilitanden, die sich psychisch stabilisieren, dauerhaft extern beschäftigt sind und vielleicht sogar einen regulären Arbeitsvertrag erreichen, ist zwar überdurchschnittlich hoch. Aber auch der interne Bereich wird belegt: Erstens von Rehabilitanden, die eine zunehmende „Negativsymptomatik“ entwickeln und vor Anforderungen „flüchten“. Und im Übrigen sind Mehrfachbehinderungen der Hauptgrund für die Belegung des internen Bereichs, über alle Erkrankungsgruppen hinweg.

Zeitpunkt des Austritts erfolgreicher Rehabilitanden¹

Diagramm 9



Blau ausgefüllte Punkte repräsentieren erfolgreiche schizophrene Klienten, grüne Kreise Klienten mit anderen Handicaps.

- 4b Mit den Daten der Reha-Werkstatt Dieburg lässt sich zeigen, dass die Förderung in der beruflichen Alltagswelt auch in einem „modifizierten Arbeitnehmerstatus“ effektiv ist - effektiver als in der konventionellen Werkstatt.

Offenbar verfügt die berufliche Alltagswelt über eine überschießende Problemlösungs-kapazität, die über die Bewältigung von Arbeitsaufgaben hinausreicht. Die normale Arbeitswelt ist nicht der harte, rücksichtslose Kontrast zur Werkstatt. Sie ist nur stärker an eine ökonomische Rationalität gebunden.

Im Rahmen der Werkstatt ist der Zugang zur „normalen“ beruflichen Alltagswelt nur mittels externer Arbeitsgruppen für eine Mehrheit der Rehabilitanden möglich, einschließlich der „schwächeren“. Die Form der „virtuellen externen Gruppe“ ist hierfür die ideale Basis. Wir haben uns trotzdem auch eingelassen auf „reelle“ externe Gruppen mit einem abgegrenztem Aufgaben- und Arbeitsbereich. 14 unserer 94 schizophrenen Rehabilitanden absolvierten ihren Berufsbildungsbereich in einer solchen Gruppe.

¹ Unsere Vermittlungszahlen waren vor 2002 wesentlich höher als danach. Gründe sind:
Arbeitsmarkt: wachsende Konkurrenz im unteren Segment (Seit 2003 gibt es Mini-Jobs); wachsender Anteil von Zeitarbeit
Klientel: Sie ist teilweise "schwieriger" geworden:

- mehr Klienten mit Zusatzhandicaps (geistige, körperliche Einschränkungen, Sucht)
- mehr Klienten über 40 / über 50 / wachsende Altersspreizung
- wachsende Dauerklientel, die intern betreut wird

Institution: Bürokratisierung / Verringerung personeller und finanzieller Ressourcen

Ich habe zu zeigen versucht,

1. dass die berufliche Alltagswelt auf einer doppelten Struktur von formeller und informeller Organisation beruht,
2. dass sie ein Problemfeld ist, welches in der Rehabilitation bearbeitet werden muss und
3. dass die berufliche Alltagswelt Probleme der Eingliederung erstaunlich effektiv bewältigen kann.

Im Folgenden geht es um das praktische Anliegen, die berufliche Alltagswelt einerseits als Problemfeld zu entschärfen und andererseits, Prozesse in der beruflichen Alltagswelt als Ressource für die Rehabilitation zugänglich zu machen. Den Rückbezug aus der praktischen Arbeit auf wissenschaftliche Referenzen kann ich nur ansatzweise leisten.¹ Interessante Ansätze bieten vor allem die Kommunikations- und die Rollentheorie, z.B. zum grundlegenden Krankheitsverständnis: Soziologen verstehen „somatische Krankheit als 'die Unfähigkeit zu relevanter Aufgabenerfüllung' und psychische Krankheit als 'die Unfähigkeit zur Rollenerfüllung' „.²

¹ Anders als in der beruflichen Rehabilitation gibt es zu akuten Krankheitsprozessen doch einige wissenschaftliche Texte, die sich mit Aspekten der Arbeitswelt beschäftigen. So unterstreicht schon Douglas Bennet die psychiatrische Bedeutung der Arbeit als Basis-Aktivität des Menschseins: "Work can provide the psychiatrically ill with an opportunity for socially productive behaviour. It fosters social interaction and, and by recognising a sick person's capacities, reduces the sense of social incompetence which he may experience a patient. It helps him to structure his time usefully. By developing skills it prevents the development of secondary disabilities and prepares him to return to an acceptable position and function in society." (Bennet 1970, S. 224)

In seiner Dissertation untersucht der Psychiater Michael Huppertz die Veränderung des Weltbezuges im Verlauf schizophrener Krisen. Er beschäftigt sich mit der Dynamik von Alltagserfahrungen. (Huppertz 2000)

² Finzen 2009 S. 65f

EXKURS: INSTITUTIONELLE ALLTAGSWELTEN

Auch Werkstätten bieten eine Alltagswelt¹ mit verschiedenen sozialen Rollen:

- A. Die berufliche Qualifizierung kann nach dem Verhältnis Ausbilder - Lehrling (oder Lehrer - Schüler / Schulungsteilnehmer) verstanden werden.
- B. Die Zusammenarbeit basiert auf „kollegialen“ Rollen (Vorarbeiter - Hilfsarbeiter), im Rahmen eines modifizierten Arbeitnehmer - Arbeitgeber Verhältnisses.

Wie das erstmalige Erlernen einer Rolle, ist auch die Wiederaneignung von Rollenkompetenzen, die in einer psychischen Krise verloren gehen, im Wesentlichen ein informeller Prozess, eingebettet in die alltägliche Interaktion, durch Lernen an Vorbildern, weithin unbewusst.

Die Werkstatt kann und muss für die Wiederaneignung sozialer Rollen einerseits größere Spielräume bereithalten als die normale Arbeitswelt, die ebenfalls „berufliche Sozialisation“ leistet: Die formellen Disziplinierungsmöglichkeiten der Werkstatt sind eingeschränkt.

Punktuell können Sozialisationsleistungen als „Training“ ausdifferenziert werden: mit Angeboten zur Persönlichkeitsförderung und Reifung, zum Erlernen sozialer Strategien (Coping) oder zur Befähigung für eine besondere Arbeit (z.B. Telefondienst):

- C. Ein solches Training der Rollenperformanz basiert selbst auf einem Rollen-Verhältnis, dem von Coach und Klient (als Rehabilitand, Job-Aspirant, ...).

Die Rollen des Lehrers, Vorarbeiters und Coachs verschmelzen in Werkstätten zu einer „Unterstützer“-Rolle. Und die Autorität des Unterstützers hat nicht nur eine fachliche Basis, sondern auch eine disziplinarische. In der Werkstatt ist die Trennung von Personal und Klienten deckungsgleich mit diesem fachlich-disziplinarischen Autoritätsgefälle. Und die Trennung setzt sich auf der informellen Ebene fort. Die informelle Zusammenarbeit gelingt eher dem Personal und stärkt dessen Position, nach oben u n d nach unten. Anders als in normalen Firmen wird die formelle Hierarchie in der Werkstatt (die zwischen Personal und Klienten) durch die informelle Organisation noch verstärkt.²

¹ Zink (2004 S.3) schreibt: "Für viele ist die Werkstatt in ihrer jetzigen Ausprägung wesentlich mehr als nur ein Arbeitsplatz, sondern ein darüber hinaus gehender 'Lebensraum', in dem sie ohne Diskriminierung mit Menschen, die sich in einer vergleichbaren Lebenssituation befinden, kommunizieren und zusammenleben können." Was Zink hier beschreibt, ist tatsächlich kein exklusives Merkmal von Werkstätten: Denn Diskriminierung ist weder 'extern' universell noch 'intern' aufgehoben. Und der berufliche Abstieg in die Werkstatt kann selbst schon diskriminierend sein. Im Übrigen wird man eine heterogenere Belegschaft als die der Reha-Werkstätten in "normalen" Firmen nicht oft finden.

² Die sozialen Distanzverhältnisse sind intern und extern verschieden. Hierzu Stichworte:

- I n t e r n können Klienten ausgeschlossen sein z.B. vom Pausenraum, vom Speisetisch, von den Toiletten des Personals. E x t e r n sind sie Personal.
- I n t e r n unterliegen alle Klienten der Aufsichtspflicht. U n d e x t e r n ? ... haben sie mitunter Schlüsselgewalt.
- I n t e r n verstehen sich die psychisch kranken "Klienten" typischerweise als "Rehabilitanden". E x t e r n verstehen sie sich als Mitarbeiter der Firma XY.
- I n t e r n gibt es praktisch keine Aufstiegsmöglichkeit ins Personal. Liebesbeziehungen über die Grenze hinweg sind ein Kündigungsgrund. E x t e r n ist das anders...

Exponierte Projekte sind ständig mit dem Zwang zum Umdenken konfrontiert, vor allem, wenn sie an eine "Mutter-WfbM" angebunden bleiben. Aus deren Sicht erscheinen jene fortgesetzt als querulantisch.

Die Ausbildung sozialer Rollen in der „Sonderwelt“ der Werkstatt wäre ein eigenes Vortragsthema. Eine brillante Beschreibung institutioneller Alltagswelten möchte ich Ihnen zur Lektüre empfehlen: Erving Goffman, Asyle.¹

REHABILITATIONSPRAXIS IN DER BERUFLICHEN ALLTAGSWELT

ABGRENZUNG: Das „Problemmaterial“ psychotischer Krisen betrifft Störungen der Aufmerksamkeit, des Denken, der Ich-Funktionen, der Wahrnehmung, der Intentionalität und des Antriebs, der Psychomotorik und der Affektivität. Diese Symptome sind im Arbeitsalltag nicht zu bewältigen und erfordert eine schnelle medizinische Intervention (nötigenfalls auch ein entschiedenes Hinwirken hierauf). Schizophrenien sind mit einem hohen Chronifizierungsrisiko verbunden. Frühe Erkennung und Behandlung verbessern die Chance für einen günstigen Erkrankungsverlauf.²

Für Rehabilitanden und Betreuer unterscheiden sich externe Rehabilitationsplätze erheblich von der konventionellen Werkstatt.

Die Rehabilitanden müssen über kurz oder lang dazu in der Lage sein, Anschluss zu finden an die informelle Handlungskoordination im Betrieb. Teilnehmer, die nicht ein Minimum an Beziehungsfähigkeit mitbringen, die fremd bleiben, die Beziehungen alltäglich am Nullpunkt neu beginnen, scheitern.³ Sie machen insgesamt keine Fortschritte und müssen letztlich wieder aus dem Betrieb herausgenommen werden. Das sind nicht unbedingt Klienten, die zu den „schwächeren“ bzw. geringer qualifizierten gehören.

¹ Auch Asmus Finzen (www.finzen.de), Reformpsychiater, regt an, Goffmans Ansatz wiederzubeleben; hierzu insbesondere Finzen 2009 S. 126 ff

Reinhard Peukert (2004, S. 6f) weist darauf hin, wie sehr die Selbstdarstellung der Werkstätten selbst von der Sonderwelt-Perspektive geprägt ist: "Bei der Begründung für diese Angebote und deren Finanzierung sollten wir mutiger sein, und deren unmittelbaren Wert hervorheben - und uns nicht in die welt-verdoppelnde Sprache des pädagogisch-legitimatorischen Jargons begeben.

Sie wissen nicht, was ich meine? Ich zitiere:

'Die Angebote sollen ... Freude am Zusammensein sowie gemeinsamen Tun vermitteln'

Frage: ist es nicht gestattet, einfach Freude dabei zu haben, und fällt uns nichts ein, was am einfachen Freude haben persönlichkeitsfördernd ist?

'Kreativität soll gefördert werden' - Warum wird die Kreativität der Werkstattmitarbeiter nicht einfach genutzt? Bestehen Kreativitätsangebote nicht eher darin, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, ihre Kreativität auszudrücken, sie zu leben?

'Der soziale Kontakt soll geübt und gestärkt, ... neue Lernfelder eröffnet werden' dabei geht es doch eher darum, neue Erfahrungen machen zu können und soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen.

Warum diese Pädagogisierung der Wirklichkeit?

Warum wird gefördert, geübt und eröffnet - anstatt zu leben?

Diese realitätsverdoppelnde Sprache widerspricht der inneren Logik persönlichkeitsfördernder, salutogener Prozesse, wie sie - trotz dieser Sätze im Programm - tatsächlich stattfinden: nämlich unmittelbar, in Beziehung, im gemeinsamen Tun.

Ich habe den Verdacht, - obwohl die Forderung nach zusätzlichen Mitteln nicht erhoben ist, meinen die Autoren der Zitate, sie müssten ihre so wertvollen Angebote dem Leistungsträger gegenüber genau so, in der gleichen Weise und Diktion legitimieren wie die anderen Werkstattangebote - und dabei stolpern sie in die Falle des pädagogisierenden legitimatorischen Jargons."

² Zur Akutsymptomatik Gaebel 2010 S. 8 und zum Chronifizierungsrisiko u.a. S.30

³ Wenn Klienten auch noch Angst davor haben, Fragen zur Arbeitsausführung an Kollegen zu richten, dann produzieren und vertuschen sie ggf. Fehler.

5 | Kommunikationsfähigkeit ist eine Schlüsselkompetenz im Reha-Prozess.¹

In unserem Trainingsbetrieb (VW OTLG) gab es eine Konkurrenz der Abteilungen um den Einsatz der Rehabilitanden.

BETREUER-ROLLE: Mit dem Einsatzrahmen verändert sich auch die Betreuer-Rolle:

- (1.) Der Betreuer ist (anders als in der Werkstatt) nicht mehr Teil des „Personals“. Möglicherweise sind das eher seine Klienten. Und die betriebliche Öffentlichkeit wirkt ihm gegenüber als soziale Kontrollinstanz. Seine „Haltung“ wird publik.
- (2.) Die Betreuung von Einzelarbeitsplätzen (auch in „virtuellen Gruppen“) verändert die Betreuer-Rolle noch weitergehender. Der Betreuer wird zum Coach. Das „Rollenbündel“ der Werkstatt löst sich auf. Andere Akteure übernehmen Funktionen in Bezug auf Arbeitsanleitung und Schulung. Und das Coaching gewinnt seinen Sinnbezug aus den Problemen seiner Klienten im Betrieb, insbesondere aus den Anforderungen der alltäglichen Zusammenarbeit.

DAS PROBLEMMATERIAL: Leistungsdefizite, Regelverstöße und Motivationsprobleme sind die drei wichtigsten Problemkomplexe, die in der betrieblichen Alltagswelt von den verschiedenen Akteuren wahrgenommen und eingeordnet werden, um sie zu überbrücken oder zu lösen oder die Kooperation einzufrieren bzw. zu beenden.

Leistung und Ausfälle

FUNKTIONALE EINSCHRÄNKUNG: Leistungsschwankungen, geringes Durchhaltevermögen, reduzierte Belastbarkeit, eine permanente Leistungsreduzierung, bis hin zur psychomotorischen Verlangsamung und der erhöhte Krankenstand, mit langzeitigen Psychiatrieaufenthalten, sind typisch für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie. Solange es nicht um einen regulären Arbeitsvertrag geht, kann man mit den Firmen sehr weitgehende Anforderungsreduzierungen vereinbaren und langfristig aufrechterhalten: indem man die Arbeitszeit reduziert², zusätzliche Pausen ermöglicht, Arbeitsdruck vermeidet oder

¹ "Aus wissenschaftlicher Sicht bestehen keine Zweifel, dass gerade die Therapie sozial-kommunikativer Funktionseinbußen im Zentrum psychiatrischer Rehabilitation chronisch psychisch Kranker steht." (Rössler 2004 S. 2)

Es sind also nicht die akuten, diagnose-relevanten Symptome der Schizophrenie, die die Zugänglichkeit für die Rehabilitation bestimmen. Hierzu Fallbeispiel Frau Mohr im Anhang A.

Die neuere empirische Kommunikationsforschung zeigt übrigens, wie sehr Kommunikation und Zusammenarbeit miteinander verwoben sind (hierzu Tomasello 2009)

Auf die kommunikationstheoretische Fundierung des Lebensweltkonzeptes bei Habermas 1981 hatte ich bereits hingewiesen.

² Im Berufsbildungsbereich werden die Möglichkeiten zur Reduzierung der Arbeitszeit durch die Kostenträger stark eingeschränkt. Nur befristete Zeitreduzierungen werden bewilligt. Die Agentur für Arbeit und die Rentenversicherung finanzieren ausschließlich Vollzeit-Reha-Maßnahmen. Diese Position müsste revidiert werden.

den Verantwortungsbereich einschränkt.¹ Angebote innerhalb der Arbeitszeit, die auf Qualifizierung, Ertüchtigung und Persönlichkeitsbildung gerichtet sind, können hinzukommen: also Kurse, Sport, kulturelle Aktivitäten und Ausflüge (wie wir das in Dieburg praktiziert haben).²

WAHRNEHMUNG DER BELASTBARKEIT: Die Leistungs- und Belastungsfähigkeit ist jedoch nicht statisch. Und sie ist auch nicht evident. Leistung und Belastbarkeit werden von vielfältigen Faktoren beeinflusst. Kurzfristig von Schwankungen des Betriebsklima, von Vorbildern gelungener beruflicher Eingliederung, vom eigenen Erfolg usw. Die psychische Stabilisierung ist insgesamt aber ein langfristiger Prozess. Die lange Dauer der Stabilisierung wird im Einzelfall oft erst rückblickend sichtbar, d.h. nach einem oder mehreren Rückschlägen. Die variable Grenze der Belastbarkeit kann man nur wahrnehmen, wenn man sie testet und sie vielleicht für kurze Zeit sogar übersteigt. Diese Wahrnehmungsfähigkeit erlernen nicht alle Rehabilitanden. Das Risiko einer Überlastung wächst mit dem Erfolg, u.a. wenn sich Einstellungschancen abzeichnen, weil z.B. dahingehende Ankündigungen von Akteuren der jeweiligen Firma gemacht werden. Der Druck, der damit entsteht, lässt sich schwerlich zurücknehmen (hierzu Fallbeispiel B, im Anhang).

COACH: Es gehört daher zu den Aufgaben des Coachs, die Rehabilitanden zu bremsen, vor (Selbst-)Überforderungen zu schützen, um eine stressbedingte psychische Dekompensation zu vermeiden. Der Coach hilft dem Rehabilitanden bei der Selbsteinschätzung. Er bremst oder fordert. Für Rehabilitanden, die es nicht lernen, ihre Belastungsgrenze selbst zu erkennen, muss der Coach stellvertretend ein akzeptables Anforderungsniveau finden, festlegen und immer wieder erneuern. Für diese Klienten muss der Coach Leistungsstandards vor dem Firmenpersonal entwickeln, ggf. zurücknehmen und begründen.³

¹ Hack und Angermeyer beschreiben diese personengebundenen Residualtätigkeiten ambivalent: am unteren Ende der Betriebshierarchie, schwer objektivierbare Leistung, aus dem Arbeitsablauf ausgegliedert, isolierter Arbeitsplatz (Angermeyer 1979, S.59 ff.).

² Für externe Arbeitsgruppen konnten wir verschiedene Kooperations- und Entgelt-Modelle mit den Firmen vereinbaren und erproben:

1. Für unsere erste virtuelle Gruppe vereinbarten wir Entgelte für die Durchschnittsleistung. Mittelfristig glichen sich Leistungsdefizite und -Überschüsse aus, auch wenn die Gruppenbesetzung wechselte.
2. Für unsere zweite virtuelle Gruppe vereinbarten wir zunächst den Einsatz von 3 "starken" und 3 "schwachen" Klienten. Die 3 schwachen sollten (wie in 1) von unsere Werkstatt kurzfristig neu besetzt werden können. Abgerechnet wurden 4 Personen, mit einem Pauschalbetrag je Beschäftigten.
3. Für unsere erste reelle Gruppe rechneten wir erledigte Aufträge ab. Das Arbeitsvolumen konnten wir in Grenzen steuern. Dadurch konnten wir Ausfälle gut verkraften.
4. Mit der zweiten reellen Gruppe mussten wir das anfallende Pensum abarbeiten, also eine definierte Tagesleistung erbringen. Ausfälle mussten wir jeweils unmittelbar ausgleichen, z.B. durch Mehrleistung, Überstunden, verstärkte Mitarbeit der Gruppenleitung. Oder durch den Einsatz interner Klienten, die bereit waren, als Überbrückungshilfe mitzuarbeiten. Nötigenfalls setzten wir bezahlte Kräfte ein.

³ Beispiel: Der Jobcoach kann manche Probleme als vorübergehend einordnen: *"Während der Medikamentenumstellung ist X nicht so einsatzfähig wie sonst."* Oder: *"X hat sich positiv entwickelt. Wir denken, dass er sich von seiner psychischen Erkrankung langsam erholt."*

LEISTUNGSERWARTUNGEN: Leistungserwartungen dürften generell die Grenze zur

Selbstschädigung nicht dauerhaft übersteigen. Das gilt auch für das Firmenpersonal selbst. Üblicherweise schonen sich die Mitarbeiter und ihre Kollegen und etablieren informell eine kollektive Leistungsgrenze - bei Rücksichtnahme auf leistungsgeminderte Kollegen. (Das scheint allerdings aufgrund wachsender Arbeitsverdichtung schwieriger zu werden).

Das Arbeitspensum des einzelnen Mitarbeiters wird in manchen Fällen aber durch die betriebsinterne Arbeitsverteilung täglich neu bestimmt: Personalausfälle müssen kompensiert, Auftragsspitzen abgefangen, technische Probleme, Arbeitsfehler behoben, Neuordnungen abgearbeitet werden usw. Für bestimmte Tätigkeiten und auch für viele Hilfsarbeiten sind die wechselnden Anforderungen (mit Hochleistungsphasen) eher typisch. Insbesondere wenn verschiedene Mitarbeiter Aufgaben an unsere Rehabilitanden weitergeben, besteht die Gefahr, dass einzelne Mitarbeiter überlastet werden, wenn sie keine „wehrhafte“ Arbeitshaltung einnehmen können. Die Beschränkung der Zahl der Ansprechpartner für unsere Rehabilitanden erleichtert die Auseinandersetzung mit Leistungsanforderungen.

Die angemessene „Wehrhaftigkeit“, gehört zu den wesentlichen Zielen der Rehabilitation. Auch Hack und Angermeyer beschreiben dies in ihrer empirischen Studie zur „Rehabilitation durch Arbeit“.¹ Der Kranke muss also lernen, seine Belastungsgrenzen im Alltag (auch über Krisenphasen hinweg) zu vertreten und die Leistungserwartungen seiner Umwelt zu korrigieren. Hierfür muss er glaubhaft sein. Und er muss ein Stück seines Handicaps preisgeben.

Die Toleranz schwindet, wenn Leistungsausfälle nicht mehr als „objektive“ krankheitsbedingte Einschränkungen wahrgenommen werden, sondern als „moralische“, zum Beispiel wenn die Grenze zwischen „krank sein“ und „krankfeiern“ infrage steht, wie bei der „Montagspsychose“². Das gilt auch, wenn sich jemand vor bestimmten Arbeiten „drückt“. Dann stößt die Krankheitsinterpretation durch Fachärzte und Fachdienste an Grenzen. Damit kommen Fragen der beruflichen Sozialisation auf die Tagesordnung.

Ich habe versucht zu zeigen, wie die Entwicklung der Belastungsfähigkeit, ihre Wahrnehmung und die Fähigkeit, Überlastungen abzuwehren, in die berufliche Alltagswelt eingeflochten sind.

¹ Hack und Angermeyer beschreiben zunächst Voraussetzungen der Rehabilitation: "Das Training von Belastbarkeit, sozialem Verhalten, Arbeitsbereitschaft, körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Anstrengungen kann zwar Grundqualifikationen schaffen / festigen, die nützlich und notwendig in ungeschützten Arbeitssituationen sind; notwendig sind jedoch auch Fähigkeiten im Erkennen von und Umgehen mit Widersprüchen und mit den weitreichenden Folgen dieser Widersprüche für die Struktur der Arbeitssituation und das Verhalten von Kollegen und Vorgesetzten. ... Unter ... geschützten Bedingungen ... lässt sich gerade der widersprüchliche Charakter der Arbeitssituation nicht simulieren." (a.a.O. S. 20 ff.) Arbeitnehmer müssen "Relevanzstrukturen" erlernen, um Anforderungen des Arbeitgebers mit den eigenen Interessen in der Arbeitssituation ausbalancieren zu können. Die Autoren zeigen dies an einem Beispiel selbst-zerstörerischen Arbeitseifers, d.h. der Entkopplung der eigenen (hohen) Leistungsansprüche von den (mangelhaften) Arbeitsbedingungen. Dem stellen sie ein Beispiel einer "wehrhaften" Arbeitshaltung gegenüber: d.h. einer eigenständigen Optimierung der Arbeit, teilweise gegen die Vorgaben des Betriebes. (Angermeyer 1979, S. 24 ff.)

² wenn sich Ausfälle montags häufen.

Soziale Normen und abweichendes Verhalten

FUNKTIONALE EINSCHRÄNKUNG: Situationsunangemessenes Verhalten gilt weithin als Kernproblem der Eingliederung von Psychotikern. Für unsere Werkstatt-Klientel bedeutet das nach meiner Erfahrung, dass die Beziehungen am Arbeitsplatz durch Grenzüberschreitungen infrage gestellt oder gesprengt werden: Von den Kranken geht typischerweise ein Beziehungs-Druck aus. Mitakteure werden oft subtil in die Welt des Kranken eingeflochten. Die Kranken verteilen unangemessene Rollen und verkennen ihre eigene. Ihre Umwelt gewinnt für psychisch Kranke ungerechtfertigte Bedeutungen. Sie machen unterschwellige Unterstellungen, fordern Gefühlsreaktionen heraus, provozieren Schuldgefühle oder suchen Schuld, wo keine ist, fordern die Aufspaltung von Gut und Böse, beschuldigen andere als Verfolger, erpressen Zuwendung, bis hin zu (versteckten) Suiziddrohungen usw. „Psychische Symptome sind [...] meist offensiv.“¹

COACH: Die Profis entlasten und ergänzen die Reparaturmechanismen der Alltagswelt, wenn die Interaktion durch unangemessene Verhaltensweisen zu scheitern droht:

- Die Profis steuern Situationsdefinitionen bei, ergänzen, korrigieren, revidieren die Problemwahrnehmung.
- Sie entlasten von Handlungsdruck durch Ausgrenzung von Problemen aus der Alltagswelt. Sie sind Ansprechpartner für alle Probleme des Rehabilitanden.
- Sie schützen Betriebsmitarbeiter vor Beziehungsüberlastung, dem Ausnutzen von Hilfsbereitschaft und der Entstehung eines „Helfersyndroms“.
- Sie modifizieren das System der positiven und negativen Sanktionierungen, übernehmen selbst einen Teil der sozialen Kontrolle.
- Sie führen strukturierende Elemente in den Alltag ein, da wo die selbstbestimmte Arbeitsorganisation scheitert.
- Sie motivieren zum Ausbau der Stärken und versuchen die Bedeutung von Handicaps oder Symptomen alltagspraktisch zu verringern.
- Sie nehmen dabei selbst eine dezidiert nicht-therapeutische Haltung ein und machen die „subjektive Authentizität“ psychotischer Erfahrungen kenntlich.

VERHALTENSERWARTUNGEN: Mit dieser professionellen Unterstützung toleriert das Firmenpersonal die beschriebenen Residualsymptome in überraschendem Ausmaß. Relativ gering sind die Toleranzspielräume bei den Arbeitstugenden: Pünktlichkeit, Einhaltung der Pausen, ordentliche Krankmeldung, Verbleib im Betrieb während der Arbeitszeit, Sauberkeit und Ordnung, Sorgfalt und Genauigkeit der Arbeit, vollständige Arbeitsausführung, Zuverlässigkeit, Zusammenarbeit, Eingliederung in die Hierarchie usw.

¹ Finzen 2009: S. 159

In seiner Arbeit über "schizophrene Krisen" (die als Dissertation am philosophischen Institut der TU Darmstadt entstanden ist) analysiert der Darmstädter Psychiater Michael Huppertz die Erkrankung als Aktivität (ausdrücklich abgegrenzt von den vorherrschenden "Defizitmodellen" S. 11 ff. u.a.). Besonders interessant ist in unserem Zusammenhang, dass seine Analyseebene - die Veränderung der Weltbezüge in der schizophrenen Krise - an "lebensweltliche" Prozesse anschließt. (Huppertz 2000)

Der Tugendbegriff verweist auf die moralische Dimension, auf die Verinnerlichung und damit auch auf die starke informelle Bedeutung dieser Regeln. Es geht um die Disziplin, die jedem Arbeitnehmer abverlangt wird. Selbst-Disziplinierung ist eine der Grundvoraussetzungen moderner Sozialformen.¹

Ein psychisch kranker Mensch muss aber für sein ganzes Leben ein höheres Maß an Disziplin aufbringen.²

Der Betrieb stellt hierfür den sachlichen Rahmen zur Verfügung. Und der Berufsalltag wirkt als beständiger Sozialisierungsstrom. Die Kollegen im Betrieb leben fortwährend die Arbeitnehmerrolle vor. Betreuer und Belegschaft machen alltägliche Leistungsanforderungen geltend oder nehmen sie zurück. Kooperationsprobleme werden alltäglich bereinigt, und zwar zwischen allen Mitarbeitern. Zum Teil können offene Verhaltensprinzipien in konkrete Verhaltensanweisungen übersetzt werden, um fehlende mentale Strukturen durch äußere zu ersetzen und die Kontrolle zu verstärken.³

Die Arbeitswelt ist vielleicht sogar das ideale Trainingsfeld für die Interaktionsfähigkeit, soweit die alltägliche Zusammenarbeit immer wieder anschaulich auf ihre sachliche Grundlage zurückgeführt werden kann. Sie bietet nicht das „Problemmaterial“, das private, familiäre Beziehungen erzwingen. Eine sachliche, d.h. emotional entlastete Zusammenarbeit erleichtert schizophrenen Menschen die Interaktion, nach dem Prinzip der „low expressed emotions“⁴. Sie ermöglicht Erfahrung mit Krankheitssymptomen in einer begrenzten Öffentlichkeit.

Identität und Motivationsprobleme

FUNKTIONALE EINSCHRÄNKUNG: Für die Rehabilitanden ist die Entwicklung eines tragfähigen Lebenskonzeptes eine zentrale Herausforderung. Es geht um die eigene Identität, um den Platz in der Welt. Wie schwer dieses Ziel einzulösen ist, zeigen die hohen Zahlen der motivationsbedingten Abbrüche (Diagramm 10a). Viele Rehabilitanden scheitern gar nicht erst an der beruflichen Realität, weil sie schon vor dem ersten Arbeitsversuch wieder ausscheiden (Diagramm 10b).

Die instabile Motivation gehört zum Krankheitsprozess. Zudem ist die Bewerbung in der Werkstatt als Eingeständnis der beruflichen Deklassierung nicht weit von der resignativen Antizipation des endgültigen Scheiterns entfernt. Und die Kranken teilen die grundlegenden Vorurteile der Durchschnittsbevölkerung. So entstehen neben der Abwertung von

¹ Sie hat auch eine erhebliche Bedeutung für die Entstehung der modernen Psychiatrie. Michael Foucault zeigt dies in einer nachlesenswerten Vorlesungsreihe (Foucault 1974).

² Beispielsweise um morgens aufzustehen und eine "Maßnahme" zu besuchen, und zwar trotz geringer Erfolgchancen, geringem Lohn, geringem Status und trotz der Nebenwirkungen der verordneten Medikamente...

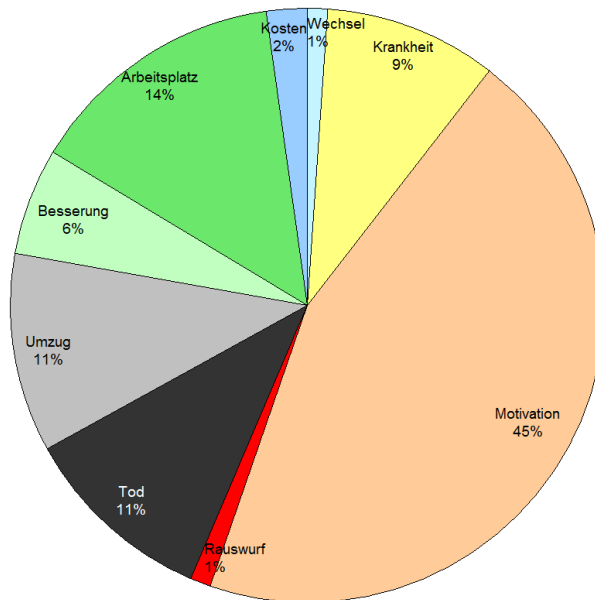
³ höhere Kontakthäufigkeit / Auflagen / zusätzliche Kontrollpunkte im Arbeitsprozess

⁴ High-Expressed-Emotions bedeutet die emotionale Überhöhung der Interaktion in Richtung Überengagement oder Feindseligkeit – mit einem ungünstigen Einfluss auf die Rückfallquote der Schizophrenie. Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Expressed-Emotion-Konzept>

Mitrehabilitanden, die wir oft beobachten, auch massive Selbstabwertungen, berufliche Resignation und generalisierte Gefühle der Ohnmacht.

Die Statistik zeigt eine hohe Zahl schneller motivationsbedingter Abbrüche:

Gründe des Ausscheidens
Diagramm 10a



Teilnahmedauer ausgeschiedener Klienten
Diagramm 10b

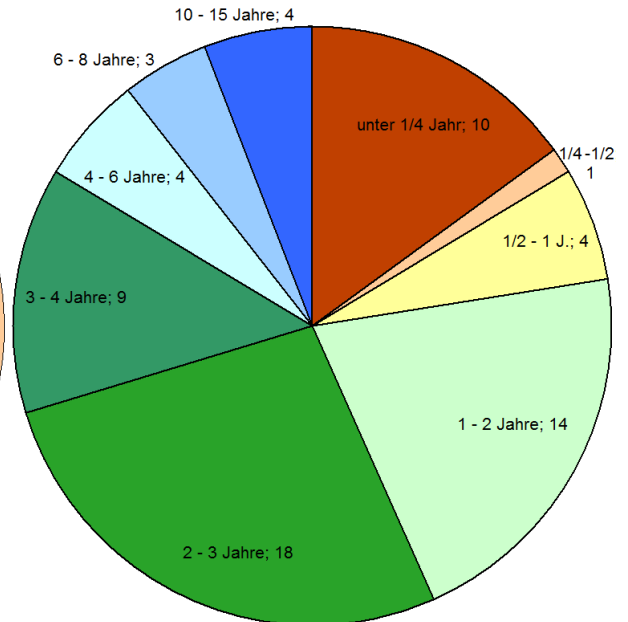


Diagramm 10: Ausgeschiedene schizophrene Klienten der Reha-Werkstatt Dieburg 1987 - 2011

Umgekehrt reagieren viele Rehabilitanden schon beim Wechsel in einen Betrieb mit der Freisetzung von Fähigkeiten. Sie erarbeiten sich die kollegiale Anerkennung der Firmenmitarbeiter.¹ Und sie identifizieren sich mit „ihrem“ Betrieb, nicht mit der Werkstatt. Die Betriebe leisten symbolische Integration, z.B. mit der Arbeitskleidung mit Firmen-Logo.

Obwohl dem Kranken Anpassungsleistungen auch gegen seine (deformierten wie idealen) Selbst-, Gemeinschafts- und Tätigkeitsvorstellungen abverlangt werden, ist die Betreuung auf sein Einvernehmen angewiesen: Er hat, wie alle beteiligten Akteure, vielfältige Verweigerungs- und Blockademöglichkeiten gegen Anforderungen jeder Art.

Zu den wichtigsten Aufgaben des Coachs gehört daher die Motivierung der Klienten: Mut machen, um vielleicht auch ein wenig mehr zu probieren als man sich zutraut.²

ZUGEHÖRIGKEIT: Für die Akteure der Arbeitswelt wird die psychiatrische Etikettierung³ durch die der Werkstatt überdeckt. Unsere Klienten werden nicht mit psychiatrischen Diagnosen in den Trainings-Betrieben vorgestellt. Und die Zugehörigkeit zu unserer „virtuellen Behinderten-Gruppen“ wird oft nur im unmittelbaren Kollegenkreis bekannt. Und in diesen

¹ Klaus Dörner spricht auch von dem Recht, für andere Menschen nützlich zu sein. Zugehörigkeit ist ein Wechselverhältnis von Teilhabe und "Teilgabe" (2005, S. 93).

² Das ist ein Prinzip der Logotherapie, nach V. Frankl: <https://www.youtube.com/watch?v=sd-1CjhbYPQ> (!!)

³ Zum Stigma der Schizophrenie: Finzen 1996 und 2010.

engeren Kreis geben wir auch nur bedarfsweise Informationen.¹ Dabei geht es insbesondere um psychotische Veränderung der subjektiven Welt unserer Klienten. Psychotische Erfahrungen lassen sich nicht wegdiskutieren. Sie sind subjektiv authentisch. Das lernen und akzeptieren in der Regel auch die Firmenmitarbeiter. Ich habe in mehreren Fällen erlebt, dass entscheidende Fortschritte der Rehabilitation erst nach der Bewältigung (unvorhersehbarer) schwieriger Situationen gelangen, also nachdem die Zugehörigkeit zum Betrieb über Problemsituationen hinweg gerettet werden konnte. Dies zeigt dem Rehabilitanden, dass er in die soziale Welt des Betriebes aufgenommen wurde.²

Das Stigma der Schizophrenie betrifft erst den Weg in ein reguläres Arbeitsverhältnis. Der Nachweis einer mehrjährigen Teilnahme am Arbeitsleben wiegt das Stigma ein wenig auf.

Schluss: Rationalisierung der Alltagswelten

Lernprozesse, die wir bei den Betrieben beobachten, beziehen sich auf einen versachlichten Umgang mit psychischen Störungen. Die Integration wird durch eine partielle Rationalisierung der Alltagswelt erst ermöglicht. Ich denke, dass die Koordination des Alltagshandelns ohnehin eine rationale Bezugnahme auf die jeweilige Arbeitssituation erfordert. Die Akteure erheben Geltungsansprüche, die von ihnen begründet werden können, wenn die Zusammenarbeit scheitert.³ Anforderungen der Kooperation oder deren Zurückweisung bzw. Modifizierung stützen sich auf solche Geltungsansprüche.

COACH: Der Coach ist ein neuer Akteur am Arbeitsplatz, der an die Rationalität der alltäglichen Koordination anknüpft. Manchmal lassen sich Probleme entschärfen, wenn der Coach versucht, sie zu reformulieren. Dazu gehört auch, die Grenzen der Rationalität sichtbar zu machen, um Probleme zu überbrücken⁴ oder spezielle professionelle Hilfen zu aktivieren. Soziale Beziehungen, wie sie die informelle Betriebsorganisation voraussetzt, lassen sich weder administrativ anordnen noch als fachliche Maßnahme hervorrufen. Sie erfordern vielmehr den persönlichen Einsatz der beteiligten Akteure. Auch der Coach ist doppelt gefordert: formell und informell. Als Betreuer sind wir selbst Arbeitnehmer, die diese soziale

¹ Beim Start eines neuen Beschäftigungsverhältnisses wünschen sich manche Ansprechpartner Informationen von den Profis über die Behinderten, was man zu beachten habe. Der Wunsch nach informationsgestütztem Verhalten kann eine Abwehr gegen den menschlichen Kontakt sein. Wunsch nach Distanz. Die Praxis zeigt, dass tatsächlich nur wenige professionelle Informationen für die soziale Umwelt wichtig sind, und zwar dann, wenn sie Risiken betreffen. Ein Epileptiker z.B. wird seinen Hilfebedarf bei Anfällen kundtun wollen gegenüber den relevanten Akteuren.

² Beispiel: Eine Klientin, verstopfte über Monate hinweg die Toilette mit ganzen Klopapierrollen, bis sie erwischt wurde. Sie blieb im Betrieb, konnte ihre Leistung durchgreifend steigern und lernte schließlich ihren künftigen Ehemann in der Firma kennen.

³ Diese Geltungsansprüche betreffen:

1. die objektive Wahrheit der Bezugnahme auf Zusammenhänge der Arbeit,
 2. die normative Richtigkeit einer Bezugnahme auf soziale Anforderungen der Arbeit und
 3. die subjektive Authentizität der deklarierten Motivation.
- Habermas 1981, siehe Beispiel in Band 2 auf S. 185 ff.

⁴ Vicco von Bülow (Loriot) lehrt, dass man ein Bild u.U. besser schief hängen lässt. Das gilt im übertragenen Sinn auch für die Rehabilitation von Psychotikern. Mit kleinen Unzulänglichkeiten kann man leben.

Rolle vorleben und ihre Standards anwenden; und die Rehabilitanden sind potentielle Kollegen. Wir sind Teil der gleichen Welt und nehmen mit gleichem Recht Bezug auf sie.

Für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ist die Haltung der Profis ebenso wichtig, wie deren Fachkompetenz.¹ Für uns Job-Coachs ist die Anerkennung der Arbeitnehmerrolle unserer Klienten, mit all ihren Einschränkungen, eine Herausforderung. Alle Tugenden der Betreuer, wie „Echtheit, wertschätzender Umgang, ... Verlässlichkeit, Berechenbarkeit, Geduld“² usw. müssen sich in Bezug auf die alltägliche Zusammenarbeit bewähren. Die Persönlichkeit des Job-Coachs ist dabei eine seiner wichtigsten Qualitäten. „Persönlichkeit“ ist die Befähigung, in einer Situation nicht nur formell zu reagieren, sondern mit eigenen Anteilen, also informell präsent zu sein.

¹ Klaus Laupichler, Reinhard Peukert, Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen! In: APK 2006, S.56

Die Fachkompetenz, der zweite Punkt, müsste sich an professionellen Standards bemessen, die leider in der Rehabilitation kaum vorhanden sind.

² Plößl 2012

FALLBEISPIELE

Alle Fallbeispiele wurden anonymisiert. Namen (für Personen oder Firmen) sind erfunden.

- A) Frau Mohr kam Anfang der 90er Jahre im Alter von 33 Jahren in unsere Reha-Werkstatt. Die Diagnose einer schizophrenen Psychose lag mehrere Jahre zurück. Das Elternhaus lehnte Psychopharmaka ab. Frau Mohr nahm stattdessen Naturheil-Medikamente, Hefe-Präparate, Petroleumextrakte und andere Mittel, von denen die Eltern berichteten. Frau Mohr hatte einen Realschulabschluss und eine Lehre zur Großhandelskauffrau abgeschlossen. Berufserfahrung war praktisch nicht vorhanden.

In der Anfangsphase der Reha-Maßnahme fand sich Frau Mohr mehrfach in totalen Erstarrungszuständen (Stupor), ohne jede Kontaktfähigkeit. Wir versuchten über mehr als ein Jahr, die Eltern davon zu überzeugen, eine fachärztliche Behandlung einzuleiten. Letztlich willigten die Eltern in einen mehrwöchigen Psychiatrieaufenthalt ein, zwecks Medikamenteneinstellung.

Wir besuchten unsere hospitalisierten Klienten gelegentlich, und zwar zusammen mit einem Teil der Rehabilitanden-Gruppe. So auch Frau Mohr:

Die Medikamentenbehandlung in der Klinik hatte aus Frau Mohr scheinbar einen völlig anderen Menschen gemacht: eloquent, mit souveränem Auftreten.

Aber die Eltern waren immer noch nicht von der Wirksamkeit der Medikamente überzeugt. Der Vater hatte parallel zur schulmedizinischen Behandlung ein neues Hefe-Präparat entdeckt und seiner Tochter zur Einnahme angewiesen.

Nach dem schulmedizinischen Behandlungserfolg gelangen auch Fortschritte bei der Eingliederung in unsere Trainingsfirma. Frau Mohr entwickelte sich zu einer Leistungsträgerin in einer Firmen-Abteilung.

Es zeigte sich aber auch, dass es zu einer Chronifizierung von Residualstörungen in beträchtlichem Umfang gekommen war. Vor allem im Privatbereich terrorisierte Frau Mohr Mitmenschen, z.B. Mitbewohner im Miethaus. Sie beschädigte einen abgestellten Kinderwagen, beschmierte ein Motorrad mit Farbe. Einem Haustier in der Familie versuchte sie Schnaps einzuflößen, um gemeinsam mit dem Tier zu sterben, wie sie angab. In der Firma konnte sie eine formell korrekte Fassade aufrechterhalten. Sie verhielt sich akzeptabel, bis auf einen skurrilen (angeblichen) Suizid-Versuch: Sie hatte sich früh morgens in die Werkskantine geschlichen und einen Pulverfeuerlöscher ausgelöst.

Die Teilnahme an den Angeboten der Reha-Maßnahme stand in völligem Kontrast zu ihrem Selbstverständnis als Arbeitnehmerin des Betriebes. In ihrem Selbstverständnis war sie keine Rehabilitandin und auch nicht psychisch krank.

Trotz der Schwere der Residualstörungen gelang ihr die berufliche Teilhabe, weil sie sich auf eine gute sprachliche Kompetenz stützen konnte und weil es ihr gelang, die psychotischen Persönlichkeitsanteile aus dem Arbeitsbereich einigermaßen fernzuhalten (dafür möglicherweise umso heftiger im Privatbereich abzureagieren).

Selbst ohne Krankheitsbewusstsein kann ein externer Arbeitsplatz erreichbar sein.

- B) Herr Gross kam Mitte der 90er Jahre im Alter von 37 mit einer schizophrenen Psychose in unsere Werkstatt. Er wurde behandelt mit, Decentan, Neurocil und Timonil, später nur noch mit Solian.

Herr Gross hatte den Hauptschulabschluss erreicht. Eine abgeschlossene Ausbildung zum Mechaniker konnte er vorweisen. Er hatte Führerschein und Gablerschein. Vor der Reha-Maßnahme in Dieburg war er im Beruflichen Trainingszentrum BTZ Wiesloch.

Er hatte Berufserfahrung in 6 verschiedenen Firmen, meist über 2 – 4 Jahre.

Der Erkrankungsbeginn, genauer der erste Psychiatrieaufenthalt, lag 8 Jahre zurück. Am Anfang der Reha-Maßnahme musste Herr Gross jährlich die Psychiatrische Klinik aufsuchen. Er entschied das selbst. Am Arbeitsplatz waren deutliche Vorboten der psychotischen Krisen beobachtbar: wachsende Nervosität, unmotivierte Bewegungen der Hände und der Finger, generelle Unsicherheitsgefühle, Einschränkung des Selbstbewusstseins.

Mehrfach hatte Herr Gross im Vorfeld einer Krise versucht die Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren (vermutlich auf Einfluss der ebenfalls psychisch erkrankten Freundin).

Im Betrieb war er den Hausmeistern zugeteilt. Er entwickelte sich dort schnell zu einem Leistungsträger. Die Kollegen wollten ihn als Nachrücker für einen Hausmeister, der vorzeitig berentet werden sollte, einsetzen.

Die wachsende psychische Stabilität und die Aussicht auf eine Einstellung beflügelten Herrn Gross. Er übernahm jede Aufgabe, kam dadurch in eine Überforderungssituation und dekompenzierte nach einer gewissen Zeit. Die Geschäftsleitung knüpfte die Einstellung an die Bedingung einer 6-monatigen erkrankungsfreien Zeit. Der Zyklus von Stabilisierung, Überforderung und Krise wiederholte sich.

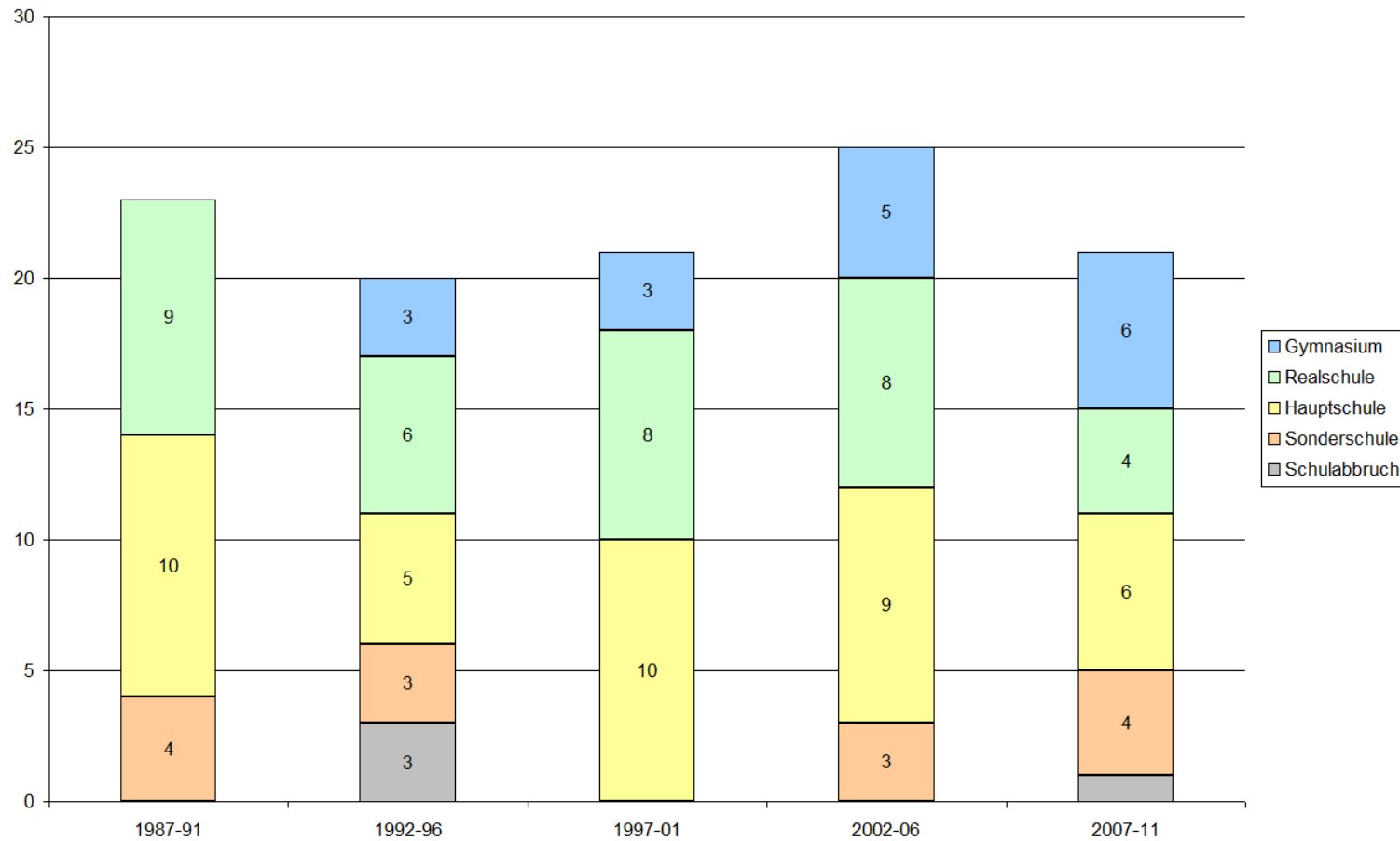
Wir suchten immer wieder nach Möglichkeiten, die (Selbst-)Überforderung zu verhindern, bis Herr Gross auf eigenen Wunsch (und auf Anraten seiner Freundin) aus der Reha-Maßnahme ausschied.

- C) Herr Mayer war in seiner Psychomotorik stark eingeschränkt. Wir zweifelten, ob eine Tätigkeit in einer Firma überhaupt einen Sinn hätte. Wir suchten aber dringend jemanden, der Alt-Pappen zuschnitt und sie so in die Produktion zurückführte. Eine einfache Aufgabe, ohne Zeitdruck. Wir wagten den Versuch und schon nach kurzer Zeit zeigte sich, dass sich Herr Mayer in der Firma wohl fühlte. Er kannte die halbe Belegschaft. Er war früher Briefträger im Nachbarort. Selbst der Bereichsleiter der Firma kam gelegentlich zu Herrn Mayer, um ein paar freundliche Worte mit ihm auszutauschen.
-
- D) Herr Kaufmann berichtete schon beim Vorstellungsgespräch davon, dass auch ein Angehöriger von ihm in der Firma xy arbeite. Es ist normalerweise ein Vorteil, wenn sich ein Betriebsmitarbeiter mit besonderem Engagement um einen Klienten kümmert. Herr Kaufmann machte einen recht fitten Eindruck. Sein Ziel war eine Umschulungsmaßnahme nach erfolgreicher Reha. Wir zweifelten, ob er überhaupt eine Kostenzusage erhalten würde, angesichts seines positiven Leistungsprofils. Als Herr Kaufmann dann tatsächlich zu uns kam und auch in besagter Firma eingesetzt wurde, erzählte der Angehörige im Verwandtenkreis herum, dass Herr Kaufmann jetzt bei „den Behinderten“ arbeite ... und Herr Kaufmann scheiterte (vielleicht nicht nur aber sicher auch wegen dieser diskriminierenden Einstufung). „Verrat durch Weiterverbreitung ihres Geheimnisses“ (Finzen 1996: 98) ist ein starker Impuls für ein Rezidiv (bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis).
-

ERGÄNZENDES MATERIAL

Schulische Qualifikation der Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Diagramm 11

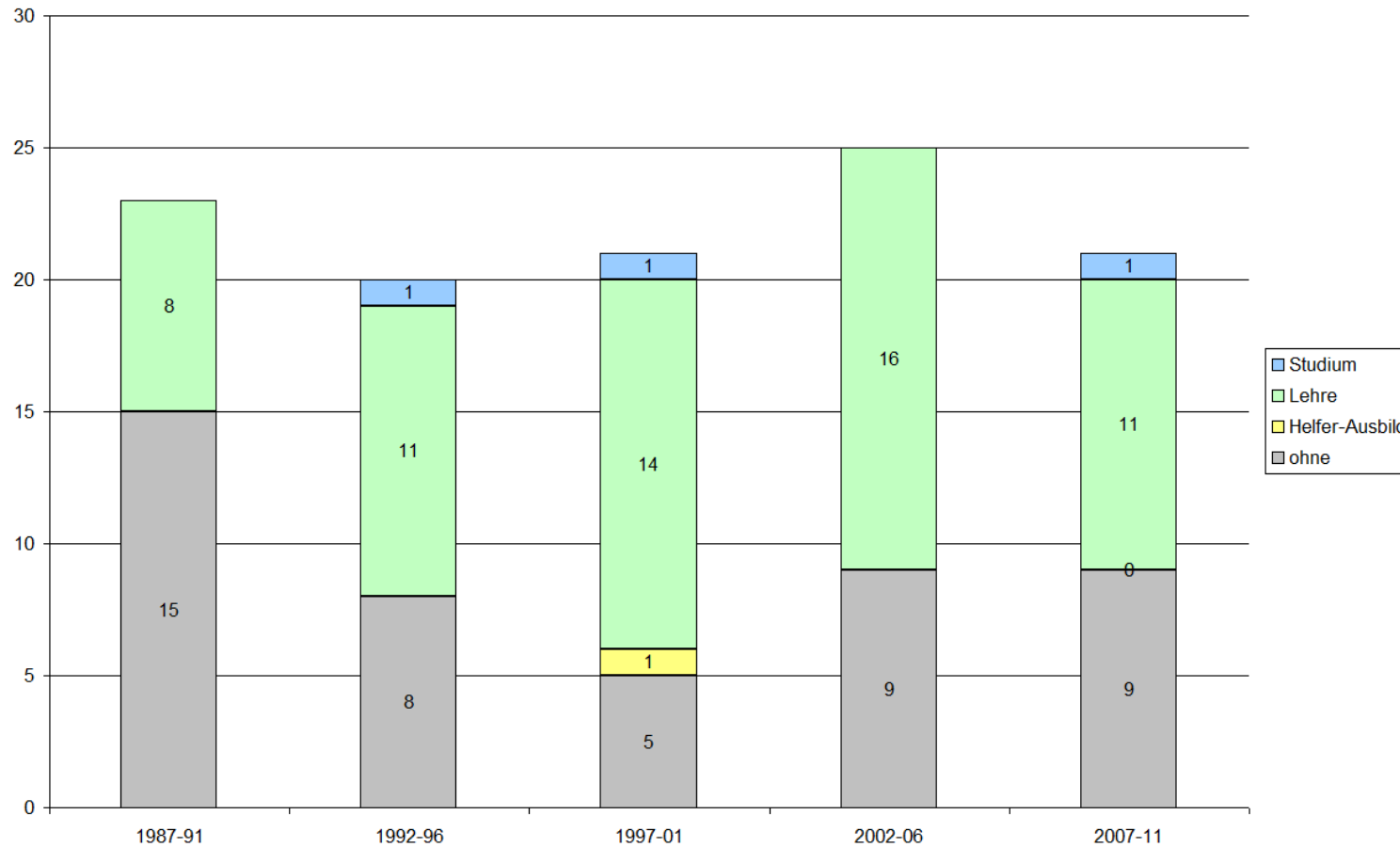


In der vertikalen Achse ist die Anzahl der aufgenommenen Personen abgebildet. Die Grafik zeigt die Schulabschlüsse der aufgenommenen Klienten in fünf 5-Jahres-Zeiträumen (in der horizontalen Achse):

01.01.1987 – 31.12.1991;
 01.01.1992 – 31.12.1996;
 01.01.1997 – 31.12.2001;
 01.01.2002 – 31.12.2006;
 01.01.2007 – 31.12.2011

Berufliche Qualifikation der Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Diagramm 12



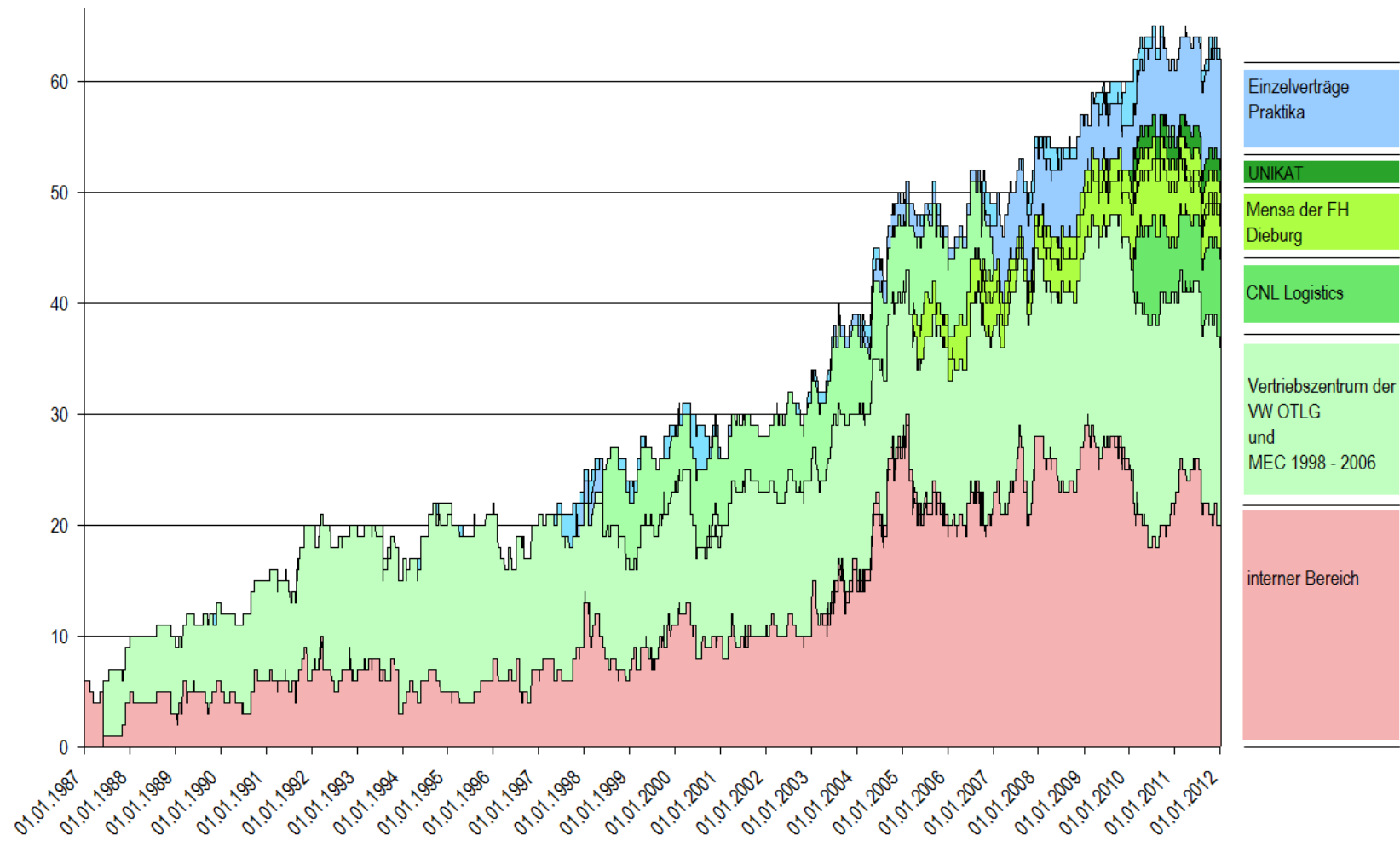
In der vertikalen Achse ist die Anzahl der aufgenommenen Personen abgebildet. Die Grafik zeigt die berufliche Ausbildung der aufgenommenen Klienten in fünf 5-Jahres-Zeiträumen (in der horizontalen Achse):

01.01.1987 – 31.12.1991;
 01.01.1992 – 31.12.1996;
 01.01.1997 – 31.12.2001;
 01.01.2002 – 31.12.2006;
 01.01.2007 – 31.12.2011

Belegung der Reha-Werkstatt Dieburg 1987-2011

Verteilung aller Klienten auf interne und externe Bereiche - In absoluten Zahlen

Diagramm 13

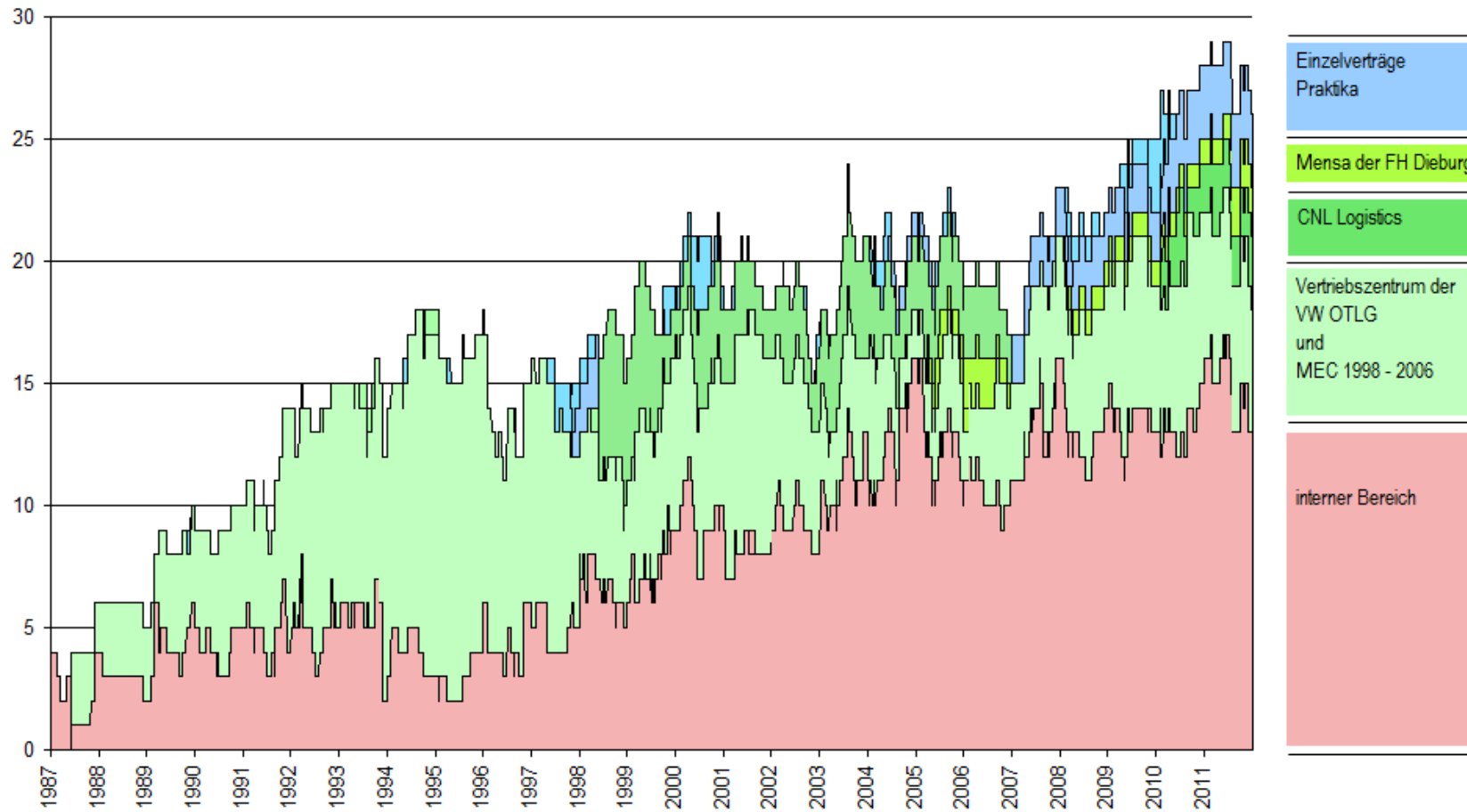


Die vertikale Achse zeigt die Zahl der Personen. Auf der horizontalen Achse ist der Zeitraum vom 1.1.1987 bis zum 31.12.2011 abgebildet.

Belegung der Reha-Werkstatt Dieburg 1987-2011

Verteilung der Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf interne und externe Bereiche - In absoluten Zahlen

Diagramm 14

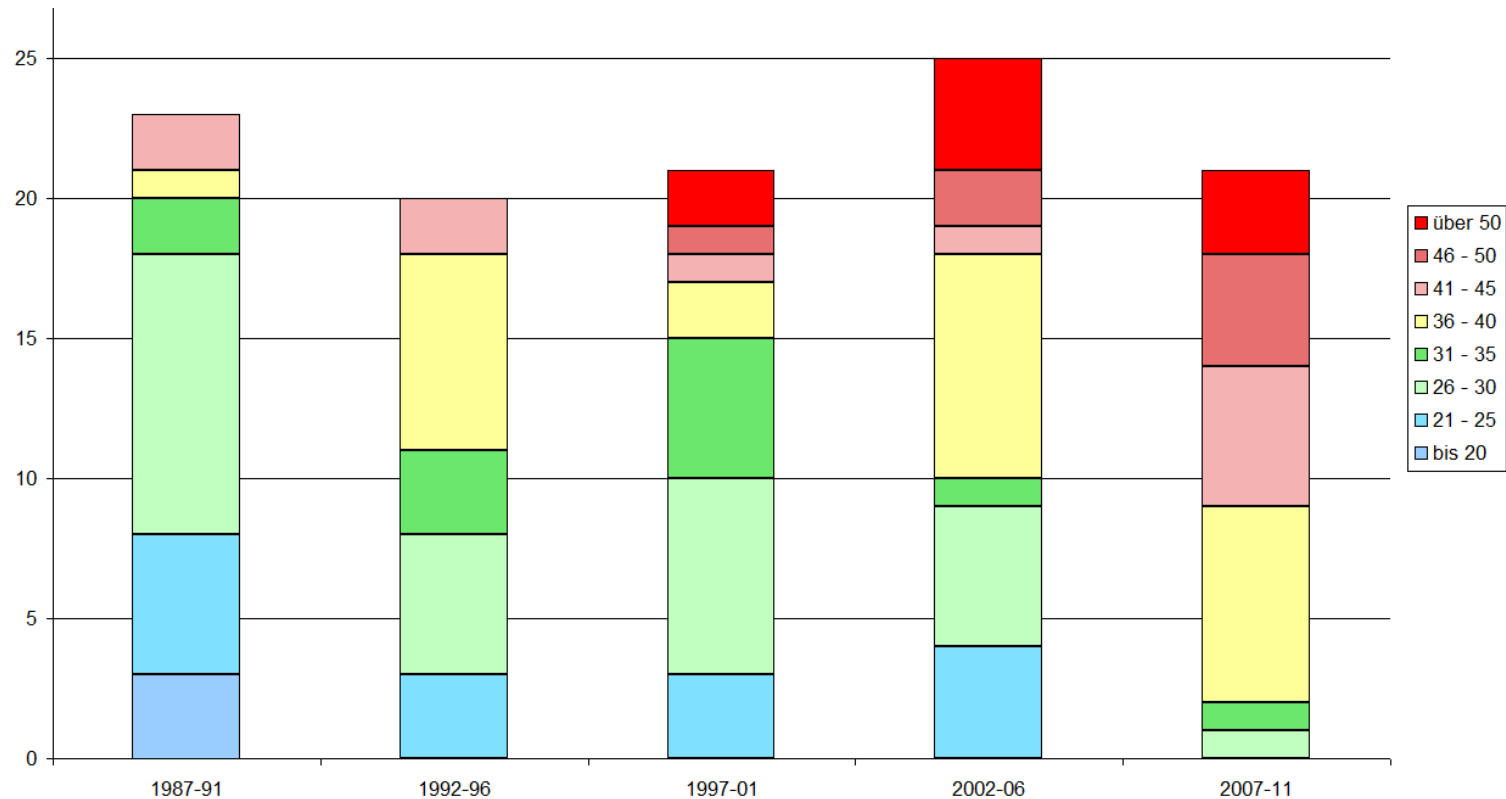


Die vertikale Achse zeigt die Zahl der Personen. Auf der horizontalen Achse ist der Zeitraum vom 1.1.1987 bis zum 31.12.2011 abgebildet.

Entwicklung des Alters bei Aufnahme 1987-2011

der Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Diagramm 15



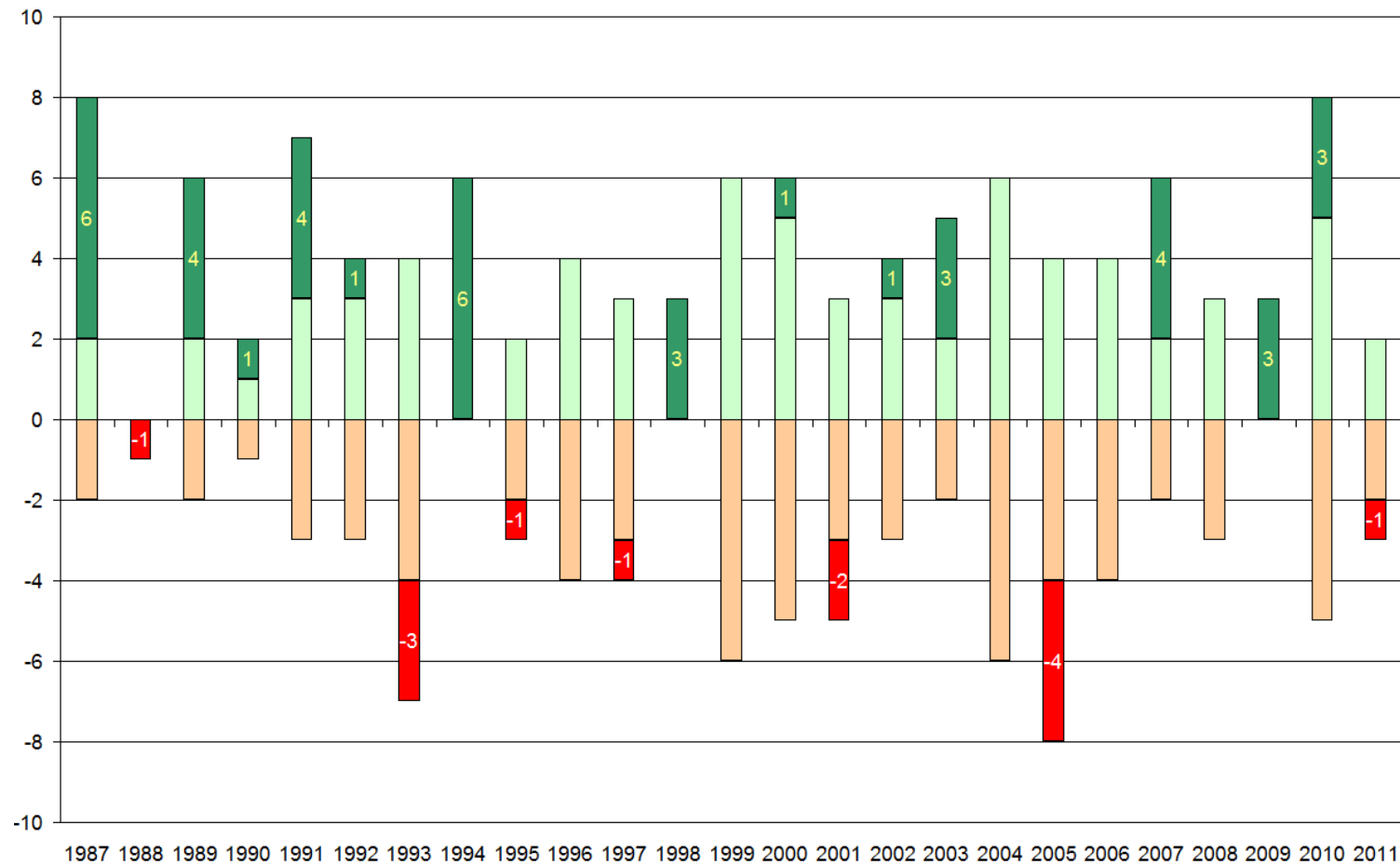
In der vertikalen Achse ist die Anzahl der aufgenommenen Personen abgebildet. Die Grafik zeigt die Alterszusammensetzung der Aufnahmen in fünf 5-Jahres-Zeiträumen (in der horizontalen Achse):

01.01.1987 – 31.12.1991;
 01.01.1992 – 31.12.1996;
 01.01.1997 – 31.12.2001;
 01.01.2002 – 31.12.2006;
 01.01.2007 – 31.12.2011

Im gesamten Beobachtungszeitraum hat sich die Spannweite des Aufnahmealters vergrößert und zugunsten älterer Jahrgänge verschoben. Insbesondere die Altersgruppe der unter 25-Jährigen hat sich verringert, während die der über 40-Jährigen zuletzt stark angestiegen ist. Die älteren Jahrgänge bringen andere biographische Voraussetzungen mit als die jüngeren – und andere Perspektiven.

Fluktuation der Teilnehmer mit Erkrankungen aus dem schizoprenen Formenkreis

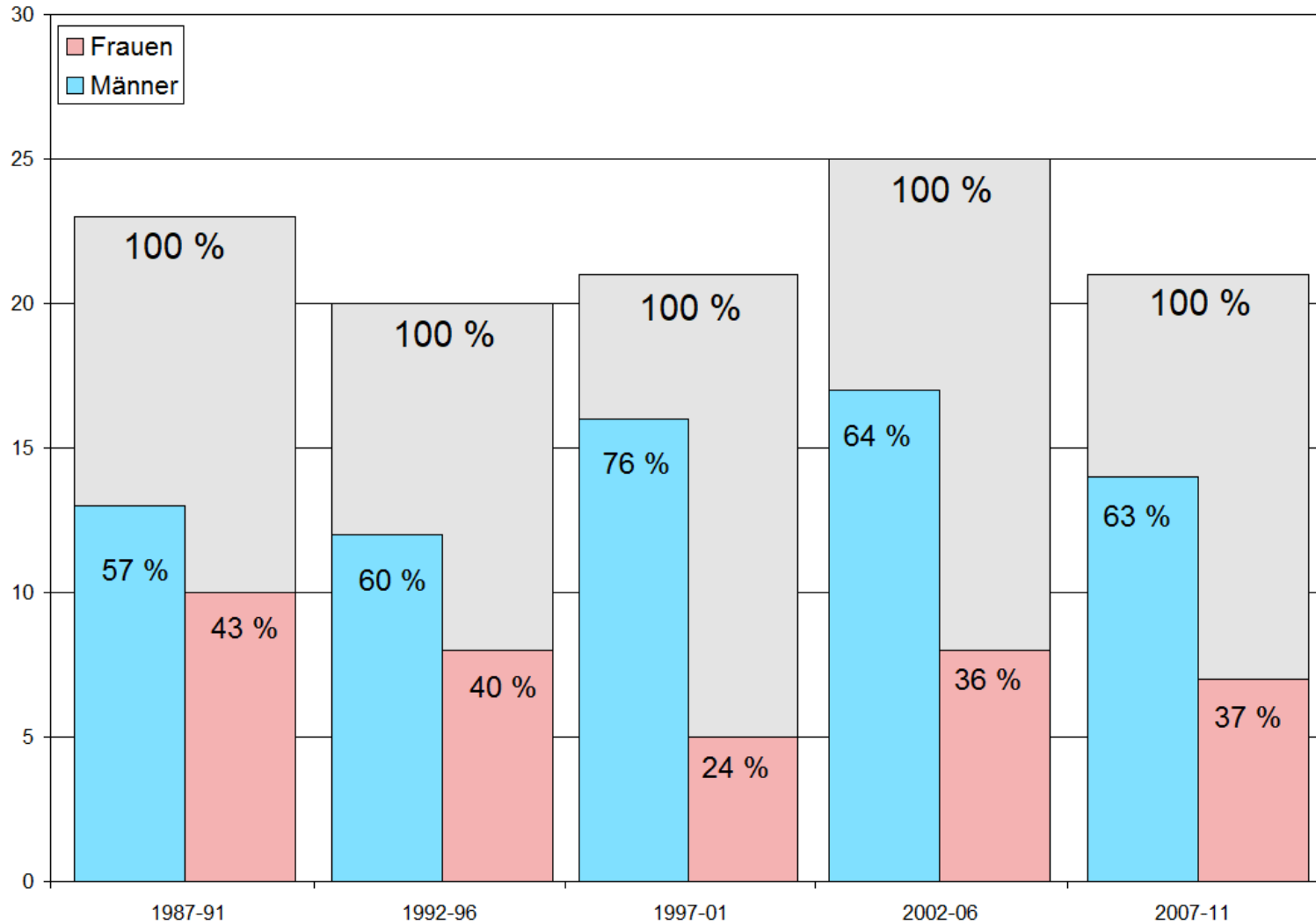
Diagramm 16



Das Diagramm zeigt die jährlichen Aufnahmen und Abgänge von Klienten mit Erkrankungen aus dem schizoprenen Formenkreis. In der vertikalen Achse wird die Zahl der Personen abgebildet. Die Saldos von Zu- und Abgängen sind zusätzlich als Wert eingetragen: Zugänge in grün, Abgänge in rot. In der horizontalen Achse ist der Zeitverlauf dargestellt, mit 25 Jahressummen von 1987 bis 2011.

Geschlecht der Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Diagramm 17



In der vertikalen Achse ist die Anzahl der aufgenommenen Personen abgebildet. Die Grafik zeigt die Zusammensetzung der Aufnahmen nach Geschlecht in fünf 5-Jahres-Zeiträumen (in der horizontalen Achse):

01.01.1987 – 31.12.1991;
 01.01.1992 – 31.12.1996;
 01.01.1997 – 31.12.2001;
 01.01.2002 – 31.12.2006;
 01.01.2007 – 31.12.2011

Im gesamten Beobachtungszeitraum sind Frauen unterrepräsentiert. Ein Veränderungstrend ist nicht zu erkennen.

LITERATUR

Das Download-Datum ist für alle Internet-Adressen in der Form (↓ Monat.Jahr) angegeben.

- Angermeyer 1979:** Irmgard Hack / Matthias Angermeyer, Rehabilitation durch Arbeit. Eine qualitativ-empirische Studie zur Arbeitssituation von Patienten einer sozialpsychiatrischen Ambulanz. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1979
- APK 2002:** Aktion Psychisch Kranke e.V., Schmidt-Zadel, Pörksen (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben, Band 1 und 2. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002; (↓ 3.2018) www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_29_gesamt.pdf
- APK 2004:** Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“, Psychiatrie Verlag, Bonn 2004; (↓ 3.2018) http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/0013_Individuelle_Wege_gesamt.pdf
- APK 2006:** Aktion Psychisch Kranke e.V., Schmidt-Zadel, Kunze, Peukert (Hg.). „Gute Praxis und Ökonomie verbinden“, Psychiatrie Verlag, Bonn 2006; (↓ 3.2018) http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_32.pdf
- APK 2008:** Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Schmidt-Zadel, Pörksen. Personenzentrierte Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008; (↓ 3.2018) www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_34.pdf
- APK 2009:** Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Projektbericht TAB: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke - Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (01.01.2004 bis 31.12.2007) (↓ 3.2018) http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/aberi_tab_ent_17-01-2009.pdf
- APK 2011:** Aktion Psychisch Kranke e.V., Peter Weiß (Hg.), Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2012; (↓ 3.2018) http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_38.pdf
- BAG:WfbM:** Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, Belegte Plätze nach Behinderungsarten (2007 / 2009 / 2010 / 2011 / 2012); (↓ 1.2013) www.bagwfbm.de/category/34
- BAG:WfbM 1999:** Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (Hrsg.), Bildstörung. Der lange Weg vom Tollhaus zur Werkstatt für Behinderte. Katalog zur Ausstellung. BAG WfbM Frankfurt a.M. 1999
- Basaglia:** F Basaglia, G Cogliattidezza, M G Giannichedda, Möglichkeiten zur Eingliederung psychisch Kranker. Freiburg: Hadie-Eigenverlag
- Bärtsch 2012:** Bettina Bärtsch & Franziska Bühler, Supported Employment. Impulsreferat zum 2. Internationalen Coaching-Forschungskongress im deutschsprachigen Raum. Basel 2012; (↓ 8.2013) www.coaching-meets-research.ch/archiv/kongress-2012/programm/tag2-keynotes/Workshop%20a%20-%20Baertsch%20Buehler.pdf
- Boardmann 2003:** Jed Boardman, Bob Grove, Rachel Perkins, Geoff Shepherd, Work and employment for people with psychiatric disabilities. In: The British Journal of Psychiatry (2003) 182: S.467-468; (↓ 4.2013) <http://bjp.rcpsych.org/content/182/6/467#BIBL>
- Bendel 2015:** Alexander Bendel, Caroline Richter, Frank Richter; Entgelt und Entgeltordnungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Etablierung eines wirtschafts- und sozialpolitischen Diskurses. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. In: WISO Diskurs Juli 2015, Bonn. Im (↓ 10.2015) <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11514.pdf>

- Bennett 1970:** Douglas Bennett; The value of work in psychiatric rehabilitation. In: Social Psychiatry, October 1970, Volume 5, Issue 4, S.224-230; (↓ 4.2013) [http://80.74.159.236/fileadmin/drahtzug/downloads/berichte_aus_der_forschung/Social Psychiatry 1970 Bennet The Value of Work in Psychiatric Rehabilitation.pdf](http://80.74.159.236/fileadmin/drahtzug/downloads/berichte_aus_der_forschung/Social_Psychiatry_1970_Bennet_The_Value_of_Work_in_Psychiatric_Rehabilitation.pdf)
- Burns 2007:** Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., ... EQOLISE Grp, The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. LANCET 2007, 370 (9593), S.1146-1152; (↓ 2.2018) http://80.74.159.236/fileadmin/drahtzug/downloads/berichte_aus_der_forschung/Lancet_September_2007_Sieben_Seiten.pdf
- Dörner 2005:** Klaus Dörner, Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs. In: APK 2005, S.91-94
- Finzen 1993:** Asmus Finzen, Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993
- Finzen 1996:** Asmus Finzen, „Der Verwaltungsrat ist schizophren“ Die Krankheit und das Stigma. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996
- Finzen 2009:** Asmus Finzen, Psychiatrie und Soziologie. 2009; (↓ 3.2018) <http://www.finzen.de/pdf-dateien/soziologie.pdf>
- Finzen 2010:** Asmus Finzen, Die Krankheit verstecken. Stigma und Stigmabewältigung. Die Kerbe 4 / 2010, Evangelische Gesellschaft GmbH, Stuttgart; (↓ 3.2018) <http://www.finzen.de/pdf-dateien/stigma%20verstecken.pdf>
- Foucault 1974:** Michael Foucault, Die Macht der Psychiatrie. Vorlesungen am Collège de France 1073-74. Suhrkamp Vlg., Frankfurt 2005
- Gaebel 2010:** Wolfgang Gaebel und Wolfgang Wölwer, Schizophrenie; Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50, Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2010 (↓ 2.2018) <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.html>
- Garfinkel 1967:** Harold Garfinkel, Studies in Ethnomethodology. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1967
- Goffman 1973:** Erving Goffman, Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1973
- Goffman 1975:** Erving Goffman, Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1975
- Habermas 1981:** Jürgen Habermas, Theorie des Kommunikativen Handelns. Band 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung; Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1981.
- HEGA 2010:** Fachkonzept für Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Agentur für Arbeit. (↓ 3.2018) https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba013436.pdf
- Heide 2015:** A. Heide und A. Senner (Elbe Werkstätten Hamburg) Vortrag auf der Werkstätten:Messe 2015 „50% auf Außenarbeitsplätzen. Werkstatt kann Inklusion“ (↓ 10.2015) www.werkstaettenmesse.de/CDB/download/da194c57-bdff-41ec-958d-80066ed9e71c?Type=FancyBox#
- Hoffmann 2007:** Holger Hoffmann und Dorothea Jäckel, Nachhaltige Reintegration psychisch Kranker in die freie Wirtschaft. Managed Care 7/8, 2007; (↓ 3.2018) https://www.supportedemployment-schweiz.ch/files/8Z2E7B2/jcp_managed_care.pdf
- Hoffmann 2012:** Holger Hoffmann, D. Jackel, S. Glauser, Z. Kupper. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 2012: 125 S.157–167; (↓ 3.2018) https://www.supportedemployment-schweiz.ch/files/0IAGVQF/artikel_hoffmann_et_al_jcp_2011.pdf

- Hoffmann 2012.6:** Holger Hoffmann, Nachhaltigkeit des Berner Job Coach Projekts – 5-Jahres-Ergebnisse. Impulsreferat zum 2. Internationalen Coaching-Forschungskongress im deutschsprachigen Raum. Basel 2012; (↓ 8.2013) www.coaching-meets-research.ch/archiv/kongress-2012/programm/tag2-keynotes/Workshop%206b%20-%20Hoffmann.pdf
- Hawthorne Studies,** Youtube-Video: AT&T Archives. Bearbeitung und Upload von Hares Neme 2012, (↓ 2.2018) www.youtube.com/watch?v=W7RHjwmVGhs
- HÜP 2012:** Vereinbarung zwischen dem Landeswohlfahrtsverband Hessen, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen und den Verbänden privater Träger in Hessen. Von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Übergänge gestalten. Das Hessische Übergangspapier. (↓ 3.2018) www.integrationsamt-hessen.de/fileadmin/user_upload/daten/sonstiges/UEbergaenge_gestalten_-_Das_Hessische_UEbergangspapier.pdf
- Huppertz 2000:** Michael Huppertz, Schizophrene Krisen. Bern, Verlag H. Huber 2000
- Landkreis DA-Di 2011:** Landkreis Darmstadt Dieburg. Bevölkerung 2011. (↓ 02.2018) <https://www.ladadi.de/landkreis-verwaltung/der-kreis/zahlen-und-fakten/bevoelkerung.html>
- Langner 2013:** Langner, Anke. Erwerbsarbeit – Inklusion und Werkstatt für Menschen mit Behinderung?. Zeitschrift für Inklusion, [S.l.], Nov. 2013. ISSN 1862-5088. (↓ 11.2015) www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/2/2
- Laupichler 2006:** Klaus Laupichler, Reinhard Peukert, Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen! In: APK 2005, S.54-72
- Längle 2002:** Gerhard Längle, Die berufliche Entwicklung schizophrener Patienten im Jahr nach Entlassung aus der Klinik, in: APK 2002, S.88-98
- Mecklenburg 2013:** Hermann Mecklenburg, Rehabilitation, Teilhabe, Inklusion - aktuelle Situation in Deutschland, Perspektiven der Weiterentwicklung. (↓ 11.2013) https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/Texte_Anmeldecoupons_als_PDF/Rehabilitation_Mecklenburg.pdf
- Peukert 2004:** Reinhard Peukert, Unveröffentlichtes Manuskript zum Vortrag auf dem Fachtag der Hessischen Reha-Werkstätten, Wiesbaden 2004 (↓ 11.2024) https://www.denksaal.de/handicap/fachliteratur/Peukert_2004_Fachtag_Reha-Werkstaetten_Hessen.pdf
- Psychiatrie-Enquete 1975:** BT-Drucksache 7/4200. Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland zu psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Deutscher Bundestag 1975 (↓ 3.2018) https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf
- Plößl 2012:** Irmgard Plößl, Alle gleich oder jeder anders? Werkstattentag Freiburg 2012; (↓ 1.2013) http://2012.werkstaettentag.de/userfiles/vortraege/51/uploads/alle_gleich_oder_jeder_anders.pdf
- Reker 1999:** T. Reker, B. Eikermann, Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. Psychiatrische Praxis. 26. 218-223
- Reker 2004:** Thomas Reker, Rehabilitationsdiagnostik. In: Rössler 2004, S.55 ff.
- Rössler 2004:** Wulf Rössler, Psychiatrische Rehabilitation. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2004
- Rössler 2008:** Wulf Rössler und Bettina Bärtsch, Supported Employment - ein neuer berufsintegrierender Ansatz. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 2008; (↓ 3.2018) [https://www.supportedemployment-schweiz.ch/files/3HU3KK2/supported_employment_\(roesslerbaertsch\).pdf](https://www.supportedemployment-schweiz.ch/files/3HU3KK2/supported_employment_(roesslerbaertsch).pdf)
- Rüst 2004:** Thomas Rüst und Annelies Debrunner, „Supported Employment“, Modelle unterstützter Beschäftigung in der Schweiz. Zusammenfassung des Schlussberichts Supported Employment.

Nationales Forschungsprogramm 45, „Probleme des Sozialstaats“, Zürich 2004; (↓ 1.2013)
https://www.supportedemployment-schweiz.ch/files/8TVH9KH/ruest+debrunner_zusammenfassung_2004.pdf

Saal 2002: Reinhard Saal, Berufliche Rehabilitation im Alltag eines Betriebes.

In: APK 2002, Band 1, S.99-104

Saal 2012: Reinhard Saal, Rehabilitation in der beruflichen Alltagswelt. In: IMPULSE Nr.60, 01.2012, Magazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung. S.6-11; (↓ 1.2013)
www.bag-ub.de/dl/impulse/impulse60-web.pdf.

Saal 2013: Reinhard Saal, Rehabilitation in der beruflichen Alltagswelt. Vortrag zur WfbM:Messe, Nürnberg im März 2013; (auf: www.werkstaettenmesse.de/Filestore.aspx/Saal.pdf?.. leider nicht mehr abrufbar) www.denksaal.de/handicap/fachartikel/Saal_2013_Rehabilitation_in_der_beruflichen_Alltagswelt.pdf

Schartmann 1995: Dieter Schartmann, Soziale Integration durch Mentoren. Das Konzept des „Natural Support“ als Aktivierung innerbetrieblicher Unterstützungsressourcen in der beruflichen Integration von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 4/1995; Reha Druck Graz. (↓ 8.2015) <http://bidok.uibk.ac.at/library/schartmann-mentoren.html>

Tomasello 2009: Michael Tomasello, Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation.

Suhrkamp Vlg., Frankfurt M. 2009

UN-BRK 2006: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Bundesgesetzblatt 2008 II, S. 1419; (↓ 7.2015) www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf

UN-BRK Staatenbericht 2015: Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of Germany. (↓ 7.2015) http://nitsa-ev.de/wp-content/uploads/2015/04/UN-Empfehlungen_zur_BRK-Umsetzung_engl.pdf

Wendt 2013: Sabine Wendt, Ergebnisse der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung „Teilhabe statt Teile haben“ im November 2013 in Suhl, Diskussionsbeitrag Nr. 3/2014 im Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhaberecht; (↓ 6.2014)
http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2014/D3-2014_Ergebnisse_der_Jahrestagung_der_Bundesarbeitsgemeinschaft_Unterstuetzte_Beschaefigung_2013.pdf

Wendt 2014: Sabine Wendt, Ist das arbeitnehmerähnliche Rechtsverhältnis für behinderte Beschäftigte in WfbM noch zeitgemäß? In: Behindertenrecht. Fachzeitschrift für Fragen der Rehabilitation. Richard Boorberg Verlag - Stuttgart, 53. Jg., Heft 3/2014 April 2014, S. 59 – 65

Wolfmayr 2014: Franz Wolfmayr, Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Europa. Die Strategie der EASPD zur Umsetzung der UN-BRK und ihre „Roadmap zur De-Institutionalisierung“. Solothurn, 7.11.2014; (↓ 7.2015) <http://insos.ch/assets/Downloads/Praesentation-FranzWolfmayr-UN-BRK.pdf>

Zaumseil 1997: Manfred Zaumseil, Klaus Leferink (Hg.), Schizophrenie der Moderne - Modernisierung der Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997

Zink 2004: Klaus J. Zink, Zukunft der „Werkstatt für behinderte Menschen“ – „Werkstatt für behinderte Menschen“ mit Zukunft. Werkstätten:Tag, Erfurt 2004. (↓ 3.2018)
<http://www.werkstaettentag.bagwfbm.de/download/Zinkrede.pdf>

ABKÜRZUNGEN UND GLOSSAR

- AB** - Arbeitsbereich: die 3. Phase nach EV und BBB
- BBB** - Berufsbildungsbereich: die 2. Phase der Eingliederung in eine WfbM
- Beschäftigungsverhältnis** - soweit es auf einem Beschäftigungsvertrag basiert, ist es kein Arbeitsverhältnis im arbeitsrechtlichen Sinn, insbesondere keine Arbeitnehmerüberlassung (siehe Beschäftigungsvertrag)
- Beschäftigungsvertrag** - in Abgrenzung zum Arbeitsvertrag werden Beschäftigungsverträge zwischen Arbeitgeber und WfbM und einem Beschäftigten der WfbM geschlossen. Der Beschäftigte bleibt Angehöriger der WfbM.
- BiB** - Betriebsintegrierte Beschäftigung auf Grundlage eines Beschäftigungsvertrages im Sinne von § 219 SGB IX (dauerhaft ausgelagerte Plätze).
- EV** - Eingangsverfahren: die erste Phase der Eingliederung in eine WfbM
- FBI** - Fachkraft für berufliche Integration in Hessischen Werkstätten
- HKP** - Hessisches Konzeptionspapier zur Schaffung und Finanzierung von Arbeits-, Ausbildungs- und Beschäftigungsplätzen außerhalb von Werkstätten für Behinderte, 1990
- HÜP** - Hessisches Übergangspapier 2012
Vereinbarung zwischen dem LWV Hessen, der Liga der freien Wohlfahrtspflege und den Vertretern der privaten Träger in Hessen
- IFD** - Integrationsfachdienst. IFDs unterstützen behinderte Menschen bei der beruflichen Integration, auf Grundlage des § 192 SGB IX. Sie gehören nicht zur Personalausstattung der Werkstatt, sondern arbeiten im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit, der Reha-Träger und der Integrationsämter.
- LWV** - Landeswohlfahrtsverband. Der LWV ist der überörtliche Sozialhilfeträger der zusammengeschlossenen hessischen Landkreise und kreisfreien Städte.
- Reha** - Rehabilitation
- SE** - Supported Employment
- SD** - Sozialer Dienst. Er kümmert sich in den Werkstätten um die sozialen und pädagogischen Probleme der Beschäftigten.
- SGB** - Sozialgesetzbuch
- Stigmatisierung** - nennt man den Vorgang, bei dem ein wahrgenommenes Handicap als ein Zeichen für Einschränkungen verwendet wird, die über dieses Handicap hinausgehen.
- Stufenkonzept** - ist im HÜP als Förderangebot der WfbM formell verankert. Es beschreibt die Eingliederungsschritte: 1. Praktikum, 2. Arbeitserprobung, 3. Beschäftigungsvertrag, 4. Übergang auf den Arbeitsmarkt.
- WfbM** - Werkstatt für behinderte Menschen
- WVO** - Werkstättenverordnung (www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/schwbw/gesamt.pdf)

UPLOAD auf www.denksaal.de 2018

Zuletzt überarbeitet, ergänzt und neu formatiert 2024

Die Adressen der angegebenen Internetquellen wurden nicht neu geprüft.

Reinhard Saal, 22.11.2024