

Rehabilitation in der beruflichen Alltagswelt

1. Werkstatt als Rehabilitationsträger

Vor circa 25 Jahren, 1987, entschied ich mich für eine Stelle als Gruppenleiter in einer Behindertenwerkstatt. Zusammen mit zwei Kollegen hatte ich die Chance, eine Gruppe "psychisch erkrankter Menschen" auf den Einsatz an "normalen" Firmenarbeitsplätzen vorzubereiten und außerhalb der Werkstatt zu betreuen. Wir orientierten uns am Prinzip der beruflichen "Normalisierung" und wollten damit die Lebenschancen und die psychische Stabilität unserer Klienten verbessern.

Unsere Werkstatt ist gewachsen, auf über 60 Beschäftigte. Viele Firmenkontakte sind hinzu gekommen. Wir gewährleisten heute die regionale Versorgung für "seelisch behinderte" Menschen, die ihren Anspruch auf einen Platz in der Werkstatt einlösen. Trotzdem mussten wir in unserem konventionellen Bereich nie über 50% der Arbeitsplätze vorhalten. Durchschnittlich waren die externen Plätze (also die in Firmen) mit circa 60% der Beschäftigten belegt, bei einer Schwankungsbreite von $\pm 10\%$. Ihre relative Stabilität ist ein Indiz dafür, dass diese Quote auch auf andere Reha-Werkstätten übertragbar sein müsste, zumindest in wirtschaftlich starken Regionen (möglicherweise aber nur für Neuaufnahmen).

Bis 2002 fanden fast 20% (zwanzig Prozent) aller aufgenommenen Rehabilitanden einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz, nach durchschnittlich 30 Teilnahmemonaten. Seither gelingt der Übertritt in reguläre Beschäftigung wesentlich seltener.

Der Erfolg der Öffnung unserer Werkstatt gibt Anlass, den Prozess der Rehabilitation näher zu betrachten.

Zwar war uns schnell klar, dass unsere Fördermöglichkeiten über die der konventionellen Werkstatt hinausgingen - spätestens als sich 1988 die ersten Arbeitsverträge abzeichneten. Am Ende eines Arbeitstages hätte aber keiner von uns sagen können, was genau er bewirkt hat. Bis zum heutigen Tag zeichnet sich die Diskussion durch eine auffällige theoretische und begriffliche Hilflosigkeit aus, wenn es um Prozesse geht, die im Arbeitsalltag ablaufen.

Die berufliche Alltagswelt ist der Ort, an dem über "Inklusion" zuletzt entschieden wird. Ich möchte deshalb zur professionellen Auseinandersetzung mit dieser Alltagswelt einige Beobachtungen, Anregungen und Thesen vortragen - und zwar speziell aus meiner Perspektive als Soziologe.

2. Zielgruppe

Über 60 % unserer Rehabilitanden leiden an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Auf diesen Personenkreis beziehe ich mich - als Erfahrungsbasis und als Zielgruppe, die auf die Rehabilitation am Arbeitsplatz (besonders) anzusprechen scheint.

Von "den psychisch Kranken" sprechen zu wollen, würde zu unnötiger Oberflächlichkeit verpflichten und damit der Stigmatisierung Vorschub leisten.

3. Individuelle Zugänglichkeit "normaler" Arbeitsplätze

Fast alle neu aufgenommenen Rehabilitanden wechseln innerhalb der ersten 3 Monate aus unserem internen Werkstattbereich (dem sog. Eingangsverfahren) an einen Firmenarbeitsplatz, und zwar ohne Assessment. Ein Teil dieser Rehabilitanden kehrt in den internen Bereich zurück - phasenweise oder dauerhaft - oder wechselt in eine andere Firma. Unsere Arbeitsplätze in Firmen werden so besetzt, wie die internen Gruppen, d.h. ohne zusätzliche Hürden. Im Gegenteil, die interne Betreuung ist die Ausnahme, die zu begründen ist.

Wir können in den Betrieben verschiedene und variable Anforderungsniveaus und Betreuungsintensitäten anbieten. Die Rehabilitanden können langsam in den Betriebsalltag hineinwachsen: in einem eingeschränkten Verantwortungsbereich, mit reduzierter Arbeitszeit, Zusatzpausen, ohne Leistungsdruck. In einzelnen Firmen ist ein Job-Coach sogar ganztags verfügbar. Daher können wir auch für "schwache" Rehabilitanden passende Arrangements anbieten.

Die Mehrheit unserer Rehabilitanden möchte nicht mehr in der konventionellen Werkstatt arbeiten - selbst wenn deren Angebote hochwertig sind (und das sind sie in vielen Werkstätten, die beispielsweise CNC-Metallverarbeitung machen). Sie identifizieren sich selbst als Mitarbeiter des jeweiligen Betriebes.

Als Job-Coachs in den Betrieben arbeiten "Gruppenleiter" unserer Werkstatt. Übrigens, auch keiner dieser externen Gruppenleiter will in die Werkstatt zurück.

4. Übersetzung psychiatrischer Probleme in soziale

Zu meinen stärksten Erfahrungen gehört die der relativen Erfolglosigkeit von Erfolgsprognosen bei unserer Klientel. Eine Erklärung hierfür ist die vielschichtige und umweltabhängige Entstehung, Ausformung und Wahrnehmung von Problemen.

Viele Rehabilitanden reagieren schon auf den Wechsel von der Werkstatt in einen Betrieb. Denn die berufliche Verortung betrifft den Kern ihrer Identität. Das Image und die tatsächliche "Atmosphäre"

der jeweiligen Arbeits- und Lebensumgebung haben einen tiefen Einfluss auf die Psyche. Die pädagogisierte Maßnahmen-Welt der Werkstatt hat vielleicht nicht immer den besten.

Was dann für den Betrieb ein "Problem" ist, das definieren letztlich die Betriebsmitarbeiter. Die Reaktionen von Büroangestellten, Fach- und Hilfsarbeiten können sehr unterschiedlich ausfallen. Sie sind eingebettet in unterschiedliche Betriebskulturen und abhängig von der wirtschaftlichen Situation der Firma (Wachstum oder Arbeitsplatzabbau).

Unsere Job-Coachs beteiligen sich an der Definition von Problemen, vor allem in Grenzbereichen zwischen Krankheit und Normalität. D.h. wir "verhandelt" und vereinbaren mit den beteiligten Akteuren, was mit welcher Wertigkeit problematisch ist.

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

5. Mehrdimensionalität

Rehabilitanden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind eine heterogene Zielgruppe, mit vielfältigen Problemen im Arbeitsleben: Arbeit ist mehr als eine Abfolge formell definierter Schritte. An meinen Arbeitsplatz komme ich als ganzer Mensch, d.h. mit meinen Gefühlen, meinen Werten und meinem Können. Wir müssen mit anderen zusammenarbeiten, soziale Normen und Rollenanforderungen (als Arbeitnehmer) einhalten und die erforderliche Motivation aufbringen.

Ich schlage folgende Strukturierung des Problemfeldes vor:

1. technische bzw. objektive Probleme im Arbeitsprozess,
2. problematische (Rollen-)Anforderungen institutionalisierter Sozialbeziehungen,
3. subjektive Probleme,
4. Probleme der alltäglichen Interaktion am Arbeitsplatz.

6. Kernthese

Eine effektive und bedarfsgerechte berufliche Rehabilitation für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kann sich auf sozialintegrative Prozesse in der Arbeitswelt stützen und kann diese weiterentwickeln. Job-Coachs arbeiten an der "Rationalisierung" der beruflichen Alltagswelt des Rehabilitanden.

Das Problemfeld kann ich nachfolgend nur in Aspekten anreißen.

7. Objektive Anforderungen und Defizite

Arbeitsabläufe in Betrieben stehen in technischen und betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen. Jeder Teilnehmer am Arbeitsprozess bringt sowohl positive Fähigkeiten ein (Qualifikation, technisches Verständnis, Auffassungsgabe, Geschicklichkeit, Leistung) als auch Einschränkungen (Leistungsschwankungen, Belastungsgrenzen, erkrankungsbedingte Ausfallzeiten oder fortbestehende Handikaps).

Am Arbeitsplatz selbst können Defizite teilweise ausgeglichen und positive Fähigkeiten gefördert werden, z.B. durch Vermittlung von Kenntnissen (vertiefte Einarbeitung und Schulung), Einsatz von Hilfsmitteln und behindertengerechte Gestaltung von Abläufen - also durch technisch-kognitive Problemlösungen. Bei der beruflichen Eingliederung von geistig, körperlich oder sensorisch behinderten Menschen ist damit oft schon der größte Teil der Arbeit getan. Hierzu gibt es reichhaltige gelungene Beispiele.

Fallanamnesen und Selbsteinschätzungen zeigen allerdings, dass nicht "die Arbeit" sondern die Arbeitswelt das Problemmaterial der beruflichen Integration vieler schizophrener Psychotiker formt.

8. Soziale Anforderungen und Defizite

Der materielle Arbeitsprozess ist eingebettet in eine soziale Organisationsform: in den Betrieb als Ort erwerbsförmiger Tätigkeit.

Die Arbeitnehmerrolle stellt normative Anforderungen - über die objektive, technische Dimension der Arbeit hinaus. Zu diesen Anforderungen gehören die Arbeitstugenden (Pünktlichkeit, Einhaltung der Pausen, ordentliche Krankmeldung, Verbleib im Betrieb während der Arbeitszeit, Sauberkeit und Ordnung, Sorgfalt und Genauigkeit der Arbeit, vollständige Arbeitsausführung, Zuverlässigkeit, Bereitschaft zu fremdbestimmter Leistung, Zusammenarbeit und Eingliederung in die Hierarchie). An der Arbeitnehmerrolle scheitern mitunter auch schizophrene Psychotiker, die Höchstleistungen in privaten, selbstorganisierten Hobbys erbringen. Das haben wir erlebt.

In Bezug auf die Arbeitstugenden ist der Toleranzspielraum der Arbeitswelt nur gering. Die vom Arbeitnehmer geforderte Disziplin ist aber gerade in der Lebens- und Krankheitssituation von chronisch schizophrenen Menschen nicht leicht aufrecht zu erhalten.

Für die innerbetriebliche Rehabilitation muss die Arbeitnehmerrolle modifiziert werden. Die Rehabilitanden sind (möglichst) der Belegschaft zugeordnet. Das heißt, sie treten nicht als Mitarbeiter eines externen Dienstleistungsanbieters auf - das sonst vorherrschende Modell für externe Arbeiten der Werkstatt.

Modifikationen der Arbeitnehmerrolle:

- (1) Der Einsatz eines professionellen Job-Coachs oder einer betriebszugehörigen Bezugsperson bringt die Integrationsaufgabe zum Teil von einer formellen auf eine personelle Ebene (Punkt 15).
- (2) Die Träger der Rehabilitation in Werkstätten zahlen Ausbildungs- oder Übergangsgeld und setzen den Tausch von Lohn gegen Leistung zunächst aus (über 2 Jahre).
- (3) Die quantitative Leistung ist eines der Kernthemen der Rehabilitation. Menschen mit schizophrenen Psychosen müssen ihre Belastungsfähigkeit beobachten, um psychisch stabil zu bleiben. Aber die Belastungsfähigkeit muss auch trainiert und getestet werden, um die Leistungsfähigkeit ausschöpfen zu können und akzeptable Leistung zu erbringen. Der Kranke muss also lernen, seine Belastungsgrenze (die variabel ist) wahrzunehmen und sie im Betrieb angemessen darzustellen, also sich selbst zu vertreten. Der Job-Coach fördert diese neue berufliche Positionsbestimmung.

9. Subjektive Anforderungen und Defizite

Motivationen sind das subjektive Fundament der beruflichen Teilnahme. Die Mitarbeiter kommen mit unterschiedlichen Haltungen zur Arbeit, z.B. um ihre Rente aufzubessern, um den Tag sinnvoll zu strukturieren, um soziale Kontakte aufzubauen, mitunter bis in den Privatbereich hinein. Einzelne finden sogar ihren Lebenspartner am Arbeitsplatz, wie eine unserer Rehabilitandinnen.

Motivationen können problematisch sein: weil Psychosen das Wollen-Können erschweren, weil die Lebenssituation oder die biografische Perspektivlosigkeit demotivieren, weil sie zu einem unrealistischen Lebens- bzw. Berufskonzept gehören. Motivationen werden am Arbeitsplatz geprüft und neu geformt - in der Auseinandersetzung mit der beruflichen Realität. (Das ist in einer Schulungssituation so nicht zu haben.)

Motivationsarbeit gehört zu den zentralen Aufgaben des Job-Coachs - eine schwierige und sensible, vor allem dann, wenn eine oberflächliche Selbstbestimmung infrage zu stellen ist. Mutmachen bewährt sich in der Praxis, z.B. an den Kollegen im Betrieb, die ganz okay sind und die sich (in einem vernünftigen Rahmen) gerne soziale engagieren. Die normale Arbeitswelt ist eben nicht der harte, rücksichtslose Kontrast zur Werkstatt.

Die Kranken konfrontieren uns manchmal mit psychotischen Problemen, die zu ihrer subjektiven Welt gehören. Außerhalb der Therapie ist deren Bearbeitung unfruchtbar oder sogar schädlich. Wir arbeiten deshalb dezidiert nicht-therapeutisch. Psychotisch besetzte Themen drängen wir zurück, ersetzen sie durch andere, lenken ab. Akute psychotische Krisen können am Arbeitsplatz nicht "behandelt"

werden. Wenn psychotische Symptome auftreten, ist medizinische Intervention angesagt (beim Facharzt oder in der Klinik) - und zwar so früh wie möglich, bei den ersten Krankheitszeichen. Gerade den erfolgreichen Rehabilitanden fällt es anfangs schwer, die Compliance aufrecht zu erhalten. Nicht immer ist die Warnung vor dem Absetzen von Medikamenten erfolgreich.

Die Vermeidung von Helfer-Fällen, die frühzeitige Aktivierung externer Experten-Hilfe (bei auftretenden Krisen) und die ressourcenorientierte Zusammenarbeit, an Stelle einer problemorientierten, stellen Anforderungen an alle beteiligten Akteure. Der Job-Coach hilft bei deren Bewältigung durch Beratung und Intervention.

10. Informelle Interaktion

Die Interaktion mit Kollegen am Arbeitsplatz ist für viele chronisch schizophrene Menschen eines der Kernprobleme. Ausdrücklich macht sich das manchmal am unangenehm empfundenen Smaltalk am Arbeitsplatz fest.

Betriebe sind "Lebenswelten". Die Arbeit ist zwar geprägt von sachlichen Beziehungen, aber nie vollständig versachlicht. Die Mitarbeiter müssen sozial integriert sein, um ihr Handeln im Betriebsalltag koordinieren zu können. Die Funktionsfähigkeit des Betriebes erfordert ständig informelle Koordinationsleistungen. Nichts anderes besagt der Ausdruck "Dienst nach Vorschrift" (also die Aussetzung informeller Kooperation). Er ist nur eine Umschreibung für Streik bzw. für die Störung des Arbeitsablaufes. Die formelle Produktions- und Entscheidungsstruktur ist durch die informelle gedeckt.

Zur offiziellen Pflege der betrieblichen Lebenswelt gehört die symbolische Integration, wie das Firmenemblem auf der Arbeitskleidung oder die Betriebsfeiern.

Integrationsprobleme unserer Klientel werden zu einem erheblichen Teil auf der informellen Ebene abgefangen und bearbeitet. Anforderungen werden alltäglich geltend gemacht oder zurückgenommen. Kooperationsprobleme werden alltäglich bereinigt. Die informelle Interaktion im Arbeitsalltag ist ein (universelles) Medium der Integration (nicht nur für eine spezielle Klientel).

11. Sozialintegrative Rehabilitation

Die distanzierten Sozialbeziehungen eines Betriebes scheinen ein geeignetes Trainingsfeld sozialer Interaktion speziell für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu sein. Eine soziale Umwelt der "low expressed emotions" (so der Fachbegriff)

erleichtert die psychische Stabilisierung. Wirksam ist die Rehabilitation im Betriebsalltag jedenfalls für jene Kranke, denen es gelingt, an der informellen Handlungskoordination teilzunehmen. Rehabilitanden, die nicht ein Minimum an Beziehungsfähigkeit mitbringen, die fremd bleiben, die Beziehungen alltäglich am Nullpunkt neu beginnen, scheitern. Sie machen insgesamt keine Fortschritte und müssen letztlich wieder aus dem Betrieb herausgenommen werden. (Sie landen im konventionellen internen Bereich unserer Reha-Werkstatt - ansonsten die berufliche Heimat für unsere Mehrfachbehinderten, überwiegend Menschen mit geistigen Zusatzhandikaps.)

Die Teilnahme an der beruflichen Alltagswelt (Lebenswelt) scheint für die Mehrheit unserer Klienten ein Motor der beruflichen Rehabilitation zu sein. Und es gibt ein wechselseitiges Rückkopplungsverhältnis, zwischen gelingender beruflicher Integration und psychischer Stabilisierung.

12. Grenzen der Professionalität

Alltagsweltlich orientierte Rehabilitation bedeutet professionelle Pflege der Nicht-Professionalität. "Echte" soziale Beziehungen lassen sich weder administrativ anordnen noch als fachliche Maßnahme hervorrufen. Sie erfordern vielmehr den persönlichen Einsatz der beteiligten Akteure. Als Betreuer sind wir selbst Arbeitnehmer, die diese soziale Rolle vorleben und ihre Standards anwenden. Und die Rehabilitanden sind (künftige) Kollegen. Wir sind Teil der gleichen Welt.

13. Professionalisierung des Job-Coachings

Bemühungen zur Professionalisierung des Tätigkeitsfeldes fließen seit Jahren vor allem in die Entwicklung von immer neuen und differenzierteren Einteilungen von Handikaps und in Assessments: Melba, Hamet, Metzler, ICF usw. Was haben diese Instrumente zur Verbesserung der Rehabilitation beigetragen? Sie bergen allerdings ein Risiko: das der Ausgrenzung, mit wissenschaftlicher Legitimation.

Ich denke, dass die Professionalisierung des Job-Coaching in eine andere Richtung vorangetrieben werden muss: die Erforschung der beruflichen Alltagswelt, bis hinein in einzelne Handlungsakte. Welche "Reparaturmechanismen" hat die Alltagswelt? Wie lässt sich misslingende Interaktion überbrücken? Wie geht man mit "Irrationalität" um?

Lohnend scheint mir der Versuch, den kommunikativen Zusammenhalt der Alltagswelt zu erfassen und dafür Ansätze der Kommunikationsforschung und -Theorie zu befragen:

14. Alltagsweltliche Rationalität

Ich denke, dass die Koordination des Handelns nicht ohne rationale Bezugnahme auf die jeweilige Arbeitssituation auskommt. D.h. die Akteure erheben Geltungsansprüche, die begründet werden können. Diese Ansprüche betreffen:

1. die objektive Wahrheit der Bezugnahme auf Zusammenhänge der Arbeit (im Sinne von Punkt 7, siehe oben),
2. die normative Richtigkeit einer Bezugnahme auf soziale Anforderungen der Arbeit (Punkt 8) und
3. die subjektiven Authentizität der deklarierten Motivation (Punkt 9).

Unter diesen drei Gesichtspunkten kann man Anforderungen der Kooperation beurteilen und annehmen oder zurückweisen. Und an diese Rationalität der alltäglichen Koordination knüpft auch der Coach an, und zwar sowohl als Teilnehmer, der selbst Anforderungen der Erwerbsarbeit erfüllen muss und sie auch gegenüber Mitakteuren geltend macht, und als professioneller Akteur, mit geschulter Rationalität.

Beispiel: XY wird von ihrer Kollegin aufgefordert, ein Regal neu zu ordnen, das ein Kunde im Laden durcheinander gebracht hat.

XY könnte ablehnend antworten:

1. mit Bezug auf objektive Sachverhalte: "Ein Regalbrett ist lose. Das müsste erst repariert werden."
2. mit Bezug auf die soziale Ebene: "Ich habe in dieser Woche ständig Regale aufgeräumt. Jetzt wäre mal eine andere Kollegin dran!"
3. mit Bezug auf die subjektive Dimension: "Sie benachteiligen mich absichtlich mit diesen minderwertigen Arbeiten."

(Angelehnt an J. Habermas, *Theorie des kommunikativen Handelns*. Suhrkamp Vlg., Ffm 1981, S.185 ff.)

Manchmal lässt sich ein Problem schon entschärfen, wenn man es rational reformuliert. Und die Grenzen der alltagsweltlichen Rationalität werden damit sichtbar.

15. Professionelle Rationalität

Ein psychotisch gestörter Weltbezug stellt die Alltagsroutine in besonderer Weise infrage, wenn kommunikative Koordinationsleistungen scheitern. Um Spannungen und Differenzen bis zu einem gewissen Grad akzeptabel zu halten, müssen (1) strukturelle und (2) personelle "Überbrückungen" eingesetzt werden:

- (1) Chronisch schizophrene Menschen kommen mit einer tieferen Strukturierung ihres Arbeitsplatzes oft besser zurecht als mit einem offenen Arbeitsprozess. Das ist bekannt.

(2) Dem Job-Coach (oder einer anderen Bezugsperson) kommt eine Schlüsselrolle zu. Er ist Vertrauensperson, Vorbild und Autorität (die auch im Betrieb verankert sein muss).

Was auf der breiteren Sozialebene scheitert, kann zum Teil über die persönliche Ebene vermittelt oder aufgefangen werden. Die persönliche Beziehungsaufnahme umfasst viele Aspekte: beispielsweise die (partielle) positive und negative Sanktionierung, Schutz und Beistand, die Begleitung an den Arbeitsplatz, die Einschätzung von Problemen und Belastungen, Hilfen zur Vermeidung beruflicher Schwächen und zur Förderung der beruflichen Stärken, Abschirmung außerberuflicher Probleme usw.

Die Persönlichkeit des Coachs ist vielleicht seine wichtigste Qualität. Seine Professionalität setzt da ein, wo die alltagsweltliche Rationalität scheitert. Betriebliche Akteure und Rehabilitanden bekommen mit der Unterstützung des Coachs die Chance, sich neu zu positionieren und die Herausforderungen der beruflichen Integration zu bewältigen.



Reinhard Saal
Leitung der Abteilung
Reha-Werkstatt Dieburg

Das hier vorliegende Manuskript wurde veröffentlicht in: IMPULSE Nr.60, 01.2012,
Magazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung. S.6-11;

<http://www.bag-ub.de/dl/impulse/impulse60-web.pdf>