

Sonderdruck aus:

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Wolfgang Dern

Zur Abbildgüte von Beobachtungsdaten
in der beruflichen Rehabilitation

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB)

Die MittAB verstehen sich als Forum der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Es werden Arbeiten aus all den Wissenschaftsdisziplinen veröffentlicht, die sich mit den Themen Arbeit, Arbeitsmarkt, Beruf und Qualifikation befassen. Die Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift sollen methodisch, theoretisch und insbesondere auch empirisch zum Erkenntnisgewinn sowie zur Beratung von Öffentlichkeit und Politik beitragen. Etwa einmal jährlich erscheint ein „Schwerpunkt-heft“, bei dem Herausgeber und Redaktion zu einem ausgewählten Themenbereich gezielt Beiträge akquirieren.

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Das Manuskript ist in dreifacher Ausfertigung an die federführende Herausgeberin
Frau Prof. Jutta Allmendinger, Ph. D.
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
90478 Nürnberg, Regensburger Straße 104
zu senden.

Die Manuskripte können in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden, sie werden durch mindestens zwei Referees begutachtet und dürfen nicht bereits an anderer Stelle veröffentlicht oder zur Veröffentlichung vorgesehen sein.

Autorenhinweise und Angaben zur formalen Gestaltung der Manuskripte können im Internet abgerufen werden unter http://doku.iab.de/mittab/hinweise_mittab.pdf. Im IAB kann ein entsprechendes Merkblatt angefordert werden (Tel.: 09 11/1 79 30 23, Fax: 09 11/1 79 59 99; E-Mail: ursula.wagner@iab.de).

Herausgeber

Jutta Allmendinger, Ph. D., Direktorin des IAB, Professorin für Soziologie, München (federführende Herausgeberin)
Dr. Friedrich Buttler, Professor, International Labour Office, Regionaldirektor für Europa und Zentralasien, Genf, ehem. Direktor des IAB
Dr. Wolfgang Franz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Mannheim
Dr. Knut Gerlach, Professor für Politische Wirtschaftslehre und Arbeitsökonomie, Hannover
Florian Gerster, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit
Dr. Christof Helberger, Professor für Volkswirtschaftslehre, TU Berlin
Dr. Reinhard Hujer, Professor für Statistik und Ökonometrie (Empirische Wirtschaftsforschung), Frankfurt/M.
Dr. Gerhard Kleinhenz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Passau
Bernhard Jagoda, Präsident a.D. der Bundesanstalt für Arbeit
Dr. Dieter Sadowski, Professor für Betriebswirtschaftslehre, Trier

Begründer und frühere Mitherausgeber

Prof. Dr. Dieter Mertens, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl Martin Bolte, Dr. Hans Büttner, Prof. Dr. Dr. Theodor Ellinger, Heinrich Franke, Prof. Dr. Harald Gerfin, Prof. Dr. Hans Kettner, Prof. Dr. Karl-August Schäffer, Dr. h.c. Josef Stingl

Redaktion

Ulrike Kress, Gerd Peters, Ursula Wagner, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB), 90478 Nürnberg, Regensburger Str. 104, Telefon (09 11) 1 79 30 19, E-Mail: ulrike.kress@iab.de; (09 11) 1 79 30 16, E-Mail: gerd.peters@iab.de; (09 11) 1 79 30 23, E-Mail: ursula.wagner@iab.de; Telefax (09 11) 1 79 59 99.

Rechte

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und unter genauer Quellenangabe gestattet. Es ist ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet, fotografische Vervielfältigungen, Mikrofilme, Mikrofotos u.ä. von den Zeitschriftenheften, von einzelnen Beiträgen oder von Teilen daraus herzustellen.

Herstellung

Satz und Druck: Tümmels Buchdruckerei und Verlag GmbH, Gundelfinger Straße 20, 90451 Nürnberg

Verlag

W. Kohlhammer GmbH, Postanschrift: 70549 Stuttgart; Lieferanschrift: Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart; Telefon 07 11/78 63-0; Telefax 07 11/78 63-84 30; E-Mail: waltraud.metzger@kohlhammer.de, Postscheckkonto Stuttgart 163 30. Girokonto Städtische Girokasse Stuttgart 2 022 309. ISSN 0340-3254

Bezugsbedingungen

Die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ erscheinen viermal jährlich. Bezugspreis: Jahresabonnement 52,- € inklusive Versandkosten; Einzelheft 14,- € zuzüglich Versandkosten. Für Studenten, Wehr- und Ersatzdienstleistende wird der Preis um 20 % ermäßigt. Bestellungen durch den Buchhandel oder direkt beim Verlag. Abbestellungen sind nur bis 3 Monate vor Jahresende möglich.

Zitierweise:

MittAB = „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ (ab 1970)
Mitt(IAB) = „Mitteilungen“ (1968 und 1969)
In den Jahren 1968 und 1969 erschienen die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ unter dem Titel „Mitteilungen“, herausgegeben vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.

Internet: <http://www.iab.de>

Zur Abbildgüte von Beobachtungsdaten in der beruflichen Rehabilitation

Wolfgang Dern, Ulm*

Die Überlegungen zur Abbildgüte wurden entlang den Alltagsproblemen einer um Weiterentwicklung bemühten Abteilung für berufliche Rehabilitation im Rehabilitationskrankenhaus Ulm gewonnen.

Ausgangspunkt der Gedankenkette ist der bei den Beschäftigten der Einrichtung vorherrschende Eindruck, der Leistungsstand der Rehabilitanden sei in letzter Zeit abgesunken.

Um dies zu prüfen, wurden die seit Jahren gesammelten Katamnesedaten auf Belege für diesen Eindruck durchgesehen. Hierbei zeigte sich, daß allein durch die Wahl der Auswertungsmethode die Annahme als bestätigt oder widerlegt angesehen werden kann.

Da auf dem Weg über die Katamnesedaten nicht abzuklären ist, ob der Eindruck, die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden hätte abgenommen, zutreffend ist oder nicht, wird versucht nachzuvollziehen, woher der Eindruck kommt und weshalb er für die Einrichtung überhaupt so bedeutend ist, daß sich eine längere Beschäftigung mit dem Gedanken lohnt.

Hierfür ist von Bedeutung, daß alle Mitarbeiter der Abteilung nach deren Umstrukturierung zu eigenständigen Berichterstattern wurden. Unabhängig von der gesellschaftlichen Wertigkeit, die jeder Ausbildung und jeder Berufstätigkeit zugeordnet ist, steht nun jeder Beschäftigte gelegentlich im Mittelpunkt oder auch am Rande des Beobachtungsfeldes. Hierdurch wurden Bedeutungsunterschiede zwischen den Beobachtern eingeebnet und neue Beobachtungsmöglichkeiten erschlossen.

Durch Zusammenarbeit mit Fachkräften außerhalb der Abteilung konnten die Beobachtungen systematisiert werden. Durch die Anwendung dieser veränderten Verfahren werden Besonderheiten und Gemeinsamkeiten zwischen den Rehabilitanden sichtbar, die zuvor nicht in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerieten.

Die Gründe für die verbesserte Wahrnehmung liegen somit an den Beobachtern, den Beobachtungsinstrumenten und der steigenden Sensibilität für das Beobachtete.

Die Katamnesedaten berücksichtigen lediglich das, was im Rahmen der Verwaltungsentscheidung, ob einer zum Kreis der Förderungsfähigen, also der Rehabilitanden gehört, von Bedeutung ist: den gesundheitlichen Status, die vormalige Berufstätigkeit, die Belastung bei dieser Tätigkeit, die arbeitsmedizinischen Einschränkungen und die Ergebnisse der Psychodiagnostik, um die wesentlichen Erfassungsmerkmale zu nennen. Die Störvariablen, die sich zu dem Eindruck verdichten, die Leistungsfähigkeit der Klientel nehme ab, sind hierbei nicht erfaßt.

Die Schwierigkeiten, im Rahmen der statistischen Datenerfassung zu phänomengerechten Kategorienbildungen zu kommen, werden offensichtlich. Die Gründe liegen unter anderem darin, daß die Einschränkungen der Klientel weiter streuen als die Erfassungssystematik der Statistik.

Unabhängig von der Methode, mit der die Daten erfaßt wurden, sollen sie doch immer der Lebensplanung des Betroffenen dienen. Das heißt, die Erkenntnisse können nur sinnvoll verwandt werden, wenn sich auch der Betroffene in ihnen wiedererkennt.

Gliederung

- 1 Einleitung
- 2 Anliegen und Problemsituation
- 3 Gegenwärtiger Stand der Diskussion in Umrissen
- 4 Erklärungswert bisheriger Auswertungen
- 5 Einflüsse von Veränderungen der Beobachter und der Beobachtungsinstrumente
- 6 Zur gegenseitigen Verstärkung von institutionellem Wandel und biographischer Entwicklung der Mitarbeiter
- 7 Faktische Beobachtungen und intuitive Eindrücke

- 8 Weshalb bilden sich die Wahrnehmungen nicht in den Daten der Katamnese ab?
- 9 Fazit: Berufliche Rehabilitation – oder der Versuch, fremdes Leben zu deuten

1 Einleitung

Die Klientel der beruflichen Rehabilitation läßt sich mit zwei unterschiedlichen Erfassungssystemen beschreiben.

Zum einen mit den Merkmalen, die im Rahmen von statistischer Methodik als gut auswertbar erscheinen und die auch andernorts gesammelt werden, was eine Vergleichbarkeit sicherstellt. Hierzu gehören beispielsweise: Alter, Geschlecht, Schulbildung, aber auch Angaben zur Erkrankung, also Diagnosen nach dem ICD, arbeitsmedizinische Einschränkungen usw.; in ähnlicher Form können kognitive Leistungsfähigkeit oder Grundqualifikation des Arbeitens beschrieben werden.

* Wolfgang Dern ist Magister der Soziologie und Leiter der Abteilung Berufliche Rehabilitation im Rehabilitationskrankenhaus Ulm. Der Beitrag liegt in der alleinigen Verantwortung des Autors.

Diese hochaggregierten Angaben erlauben Aussagen zur Gesamtklientel. Auf der Basis dieser Angaben können strategische Planungen für die inhaltliche Weiterentwicklung der Rehabilitationseinrichtung aufgebaut werden oder sie können dazu dienen, die Klientel der Einrichtung mit der einer anderen oder mit allen zu vergleichen.

Die andere Methode zielt von Beginn an auf die Beschreibung eines einzelnen Rehabilitanden. Sie will die Fähigkeiten und Besonderheiten dieses Menschen abbilden. Sie ist darauf angelegt, aus dem Beobachteten und dem mit dem Rehabilitanden Erarbeiteten auf die berufliche Zukunft des Betroffenen zu schließen. Diese Methode sammelt Daten nur zum kleinsten Teil mit Hilfe eines vorgegebenen Rasters, die weitaus umfangreichere Datenmenge fällt auf Grund einer Beobachtungssystematik an, die sich zum Teil aus Überlegungen zur Systematik der Leistungsbeschreibung, zum Teil aus der Art ergibt, in der die Binnenstruktur der Abteilung die Mitarbeiter untereinander zur Kooperation verpflichtet. Wenn nun beide Datenerfassungsarten nebeneinander in derselben Abteilung parallel betrieben werden, dann befruchten sie sich gegenseitig und stellen sich gleichzeitig auf eine sehr spezifische Weise gegenseitig in Frage. Während die Statistik auf systematische Verschiebungen in der Zusammensetzung der Fähigkeiten der Rehabilitanden aufmerksam macht und dadurch Weiterentwicklungen bei der Einzelfallbeschreibung annahmt, weist die Vielfältigkeit, die bei der Beschreibung der Individuen gefordert wird, auf die mögliche Weiterentwicklung der statistischen Erfassungsmethoden und besonders deren intelligentere Auswertung hin. Die Abbildgüte der Beobachtungsdaten wird somit an den Massendaten der Statistik und den Einzelfalldaten der Fallbeschreibung diskutiert. Das Gütekriterium ist hierbei zunächst das Maß, in dem es gelingt, fremdes Leben so abzubilden, daß es sowohl dem Abgebildeten als auch dem Adressaten in der Verwaltung verständlich ist. Auf Grund der Schilderungen sind Entscheidungen für die Zukunft zu treffen, die sich als weitestgehend haltbar erweisen sollen.

2 Anliegen und Problemsituation

Das Nachfolgende bezieht sich auf die Abteilung Berufliche Rehabilitation am Rehabilitationskrankenhaus Ulm, welche ab hier nur noch mit Berufliche Reha abgekürzt wird. Die Abteilung umfaßt 105 Plätze für berufliche und 10 Plätze für medizinische Maßnahmen, die mit Jugendlichen und Erwachsenen belegt werden können.

Die Berufliche Reha bildet zusammen mit den Kliniken für Orthopädie und Neurologie, der Sektion AHB und noch einer Vielzahl anderer Bereiche das REHABILITATIONSKRANKENHAUS ULM, das ab hier mit RKU abgekürzt wird.

Als Einrichtung der Phase II erbringt die Berufliche Reha umfassende medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des §10 Rehaangleichungsgesetz und berufsfördernde Leistungen im Sinne des §11, Abs.2, Nr.2-4 Rehaangleichungsgesetz, ausgenommen Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, wie sie in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken erfolgen¹.

¹ Siehe Schriftenreihe der „Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen“ Bonn, 1990 ff

² Vgl. Wasilewski, Rainer 1992; Dern, Wolfgang 1993, 1994, 1995, 1996.

Ziel der Förderung ist der Abbau bzw. Ausgleich vorhandener schulischer und behinderungsbedingter Defizite. Solche Defizite können durch lang zurückliegende Schulzeit, Lernstörungen und Entwöhnung, durch behinderungsbedingt eingeschränkte körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit sowie durch reduzierte psychische Belastbarkeit und gestörtes Sozialverhalten entstehen, wodurch dem Rehabilitanden ein direkter Einstieg ins Erwerbsleben erschwert oder unmöglich gemacht ist.

Das Einzugsgebiet für die hier betreuten Rehabilitanden ist über die gesamte Republik gestreut und hat seinen Schwerpunkt im südwestdeutschen Bereich, aus dem etwa 40% aller Rehabilitanden kommen.

Die Gründe für die Anmeldung eines Rehabilitanden in Ulm liegen in der sich gegenseitig verstärkenden Aufschichtung von Hemmnissen, die zu Integrationsstörungen führen, wie:

- vielfältige gesundheitliche Einschränkungen,
- Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit,
- Störungen der psychophysischen Belastbarkeit,
- Störungen des Arbeits- und Sozialverhaltens,
- Lernstörungen bzw. Lernentwöhnung.

Der Versuch, die Maßnahmen der Beruflichen Reha katamnestisch auf Erfolg, respektive Mißerfolg hin zu untersuchen, geht auf das Jahr 1989 zurück. In diesem Jahr beauftragte die Geschäftsführung das Institut für Empirische Soziologie in Nürnberg mit der Erarbeitung eines Erfassungsinstruments für die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wesentlichen Eigenschaften der Rehabilitanden.

Mit Hilfe dieses Instruments wurden zunächst alle Akten der Rehabilitanden, die seit Oktober 1984 bei uns waren, ausgewertet. Anschließend wurden diese Rehabilitanden zum weiteren Verlauf ihrer Rehabilitationsmaßnahme befragt und zum letzten wurde versucht, Zusammenhänge zwischen der Maßnahme in Ulm und dem weiteren Rehabilitationsverlauf zu ermitteln.

Die Schwierigkeit dieses Unterfangens lag in dem Versuch, die Einflüsse einer relativ kurz dauernden Vorbereitungsmaßnahme auf eine anschließende Ausbildung und den erfolgreichen Abschluß derselben zu ermitteln, wobei zu bedenken ist, daß zwischen dem Abschluß der Maßnahme in Ulm und dem Ende der Berufsausbildung bis zu vier Jahren vergangen waren.

Nach Abarbeitung dieses ersten Katamneseschritts durch das Institut für Sozialforschung in Nürnberg führten wir die Untersuchung eigenständig fort. Unser Augenmerk lag in den nachfolgenden Jahren nicht mehr auf der Ermittlung eines Zusammenhangs zwischen der Reha-Vorbereitungsmaßnahme in Ulm und dem erfolgreichen Abschluß einer Rehabilitationsmaßnahme oder der erfolgreichen Eingliederung in Arbeit und Gesellschaft, sondern vielmehr darauf, die Strukturdaten der Rehabilitanden, die in einem Kalenderjahr eine Maßnahme in Ulm abgeschlossen hatten, aufzubereiten. Die so gewonnenen Ergebnisse dienten uns in der Folge dazu, die in der Beruflichen Reha angebotenen Maßnahmen adäquat auf die bei uns angemeldeten Rehabilitanden abzustimmen. In der Außerdarstellung konnten wir mit den Auswertungsergebnissen effizient auf die Besonderheiten der im RKU betreuten Rehabilitanden hinweisen. Auswertungen mit dieser Zielrichtung wurden jährlich durchgeführt.²

Diese Auswertungen verfolgen als weiteres das Ziel, die vortheoretischen Alltagserfahrungen der Mitarbeiter mit den er-

hobenen Daten zu vergleichen und hierbei der Frage nachzugehen: Inwieweit deckt sich das Erinnerte mit dem Erhobenen?

Auf der Suche nach dem, was in den Mitarbeitern das Gefühl verursacht, „wegen der veränderten Klientel stark belastet zu sein“, bietet die Datenbasis vielfältige Auswertungsmöglichkeiten.

Ein konkretes Beispiel für solche Fragestellungen könnte die folgende Hypothese sein:

Im Rahmen der kaufmännischen Rehabovorbereitungsmaßnahmen werden deutlich mehr Rehabilitanden mit einer psychiatrischen Diagnose behandelt als in den gewerblichen Maßnahmen.

Solche Überlegungen werden häufig vorgebracht, wenn Mitarbeiter ihr Gefühl, erheblich belastet zu sein, begründen wollen.³

Die jährliche Auswertung der zu den Rehabilitanden gesammelten Daten bietet darüber hinaus die Basis, von der aus eine veränderte Praxis eingeleitet wird. (siehe Anlage 1)

3 Gegenwärtiger Stand der Diskussion in Umrissen

In diesem Jahr beschäftigt uns eine allgemeine Leistungsschwäche der Klientel.

Wir haben den Eindruck, daß sich die Rehabilitanden verstärkt durch die folgenden Merkmale auszeichnen:

- Kognitive und/oder akute krankheitsbedingte Schwächen,
- eine veränderte Kombination von Schädigung und Funktionseinschränkung,
- allgemeine Schwierigkeiten, das Leben zu meistern,
- nachlassende Anstrengungsbereitschaft sowie Anstrengungsmöglichkeit,
- nachlassende Fähigkeit, sich im Alltag einer rapide wandlungsorientierten Gesellschaft zurechtzufinden.

Zusammenfassend kann dies alles mit Hinfälligkeit bezeichnet werden.

Im Nachfolgenden soll versucht werden,

- mit Hilfe der bereits erhobenen Daten,
- durch Beschreibung des Maßnahmenablaufs,
- durch Berücksichtigung der erstellten Berichte zu jedem Rehabilitanden,

dem vorgenannten Eindruck etwas näher zu kommen⁴.

Dabei bleibt es das Ziel aller Fragen, die in der Einrichtung angemeldete Klientel besser zu verstehen, um anschließend die Maßnahmen genauer auf die Leistungsmöglichkeiten und Interessen der Rehabilitanden auszurichten.

³ Die vorgenannten Hypothese wurde überprüft. Ein statistischer Beleg läßt sich in diesem Fall nicht finden.

⁴ Für die Erfassung dieser Störungen liegen im Einzelfall vielfältige Methoden und Meßinstrumente vor: So z.B. der IRES, das FIM Erhebungsinstrument, das ERTOMIS System, das DUKE Gesundheitsprofil, der SF36 Health Survey. Im folgenden wird auf diese Assessment Instrumente kein Bezug genommen, da es sich hier um eine indikative Betrachtung problemorientierter Art handelt.

⁵ Dern, Wolfgang 1995, S. 22.

⁶ Die *Soziale Kompetenz* wurde aus 19 Ratingfragen ermittelt, die folgende Bereiche Abdecken: Selbständigkeit und Angewiesensein auf Unterstützung, Verhältnis zu den Mitarbeitern, Verhalten in der Gruppe, Verhältnis zu anderen Teilnehmern, Freizeitverhalten, Umgang mit der eigenen Behinderung.

4 Erklärungswert bisheriger Auswertungen

Die Auswertungen der aus 5 Bereichen bestehenden Datenbasis

- Anamnese
- Gesundheitlicher Status
- Psychodiagnostik
- Berufspädagogische Beurteilung
- Sozialpädagogische Beurteilung
- Anmelde- und Abschlußempfehlung

liefern zu den geschilderten Wahrnehmungen ein widersprüchliches Bild. Werden die Daten den einzelnen Maßnahmen und den Jahren zugeordnet, in denen die Teilnehmer in Ulm waren, dann lassen sich durchaus bedeutende Veränderungen im Verlauf der Jahre konstatieren. Das folgende Zitat aus der Auswertung des Jahres 1995 für die Teilnehmer an einem gewerblichen Rehabovorbereitungslehrgang macht das deutlich:

„Zum Teil dramatisch verändert hat sich die Selbständigkeit der Teilnehmer, verstanden als abnehmende Fähigkeit, den eigenen lebenspraktischen Bereich zu organisieren, pünktlich und zuverlässig zu sein oder auch nur die eigenen Heimfahrten zu organisieren, wie auch das Verhalten in den berufspädagogischen Gruppen, das durch zunehmende Zurückgezogenheit der Teilnehmer gekennzeichnet werden muß.

Eine Erklärung hierfür könnte darin gesucht werden, daß der Anteil der Arbeitslosen und derjenigen, die mehr als zwei Jahre berufliche Ausgliederung vor der Maßnahme hinter sich haben, deutlich zugenommen hat, ebenso hat das schulische Bildungsniveau der Teilnehmer abgenommen.

Die oben erwähnten Veränderungen bilden einen Erklärungsansatz für die zunehmende Bedeutung der Empfehlung, die Teilnehmer zukünftig auf eine Werkstatt für Behinderte, die Rente oder eine medizinische Reha-Maßnahme zu verweisen (diese Empfehlung wurde im Jahre 1994 in etwa einem Drittel aller Fälle ausgesprochen).

Die Zunahme der gravierenden arbeitsmedizinischen Einschränkungen im Verlauf der Jahre, wie auch die sinkende intellektuelle Gesamtkapazität der Teilnehmer, könnten hierzu wesentlich beigetragen haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die dramatischen Veränderungen bei der Zusammensetzung der Klientel in den letzten Jahren den Schluß nahelegen, hier werde versucht, auch einer sehr leistungsschwachen Gruppe die Möglichkeiten zur beruflichen Integration offenzuhalten.“⁵

Wird eine höhere Aggregation der Daten gewählt, dann lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede erkennen. Das heißt, zwischen den Jahren 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede im kognitiven Leistungsvermögen der Rehabilitanden erkennen, wenn alle Teilnehmer lediglich nach Jahren gruppiert werden.

Ergebnisse, wie die vorgängig zitierten, geben Anlaß zu vielfältigen Deutungsmustern. Sie sind aber in jedem Fall nicht theoriegeleitet ermittelt worden, sondern stellen das Ergebnis der systematischen Datendurchsicht dar, für die jetzt eine Erklärung gesucht wird.

Die soziale Kompetenz der Teilnehmer wird mit Ratingfragen ermittelt, die von Mitarbeitern im Internat und parallel im berufspädagogischen Bereich ausgefüllt werden.

Betrachten wir die soziale Kompetenz⁶ der Rehabilitanden, wie sie sich aus der Sicht der Mitarbeiter im Internat darstellt,

dann wird deutlich, daß sie im Jahr 1994 gegenüber den Jahren 1992 und 93 deutlich zugenommen hat. Sie blieb auch im Jahr 1995 auf dem gleichen Niveau und nahm 1996 nochmals erheblich zu.

Betrachten wir hingegen die Einschätzung der sozialen Kompetenz der Rehabilitanden durch die Mitarbeiter im berufs-pädagogischen Bereich, dann zeigt sich, daß im Zeitraum von 1992 bis 1994 die soziale Kompetenz der Teilnehmer an einer Rehabovorbereitungsmaßnahme⁷ absank. Zum selben Zeitpunkt sank bei denselben Teilnehmern auch die berufliche Kompetenz⁸.

Die auf diese Weise aus den Grunddaten ermittelten Ergebnisse gleichen unserer Alltagserfahrung. Wir bemühen uns nicht um Erfahrung, sondern wir machen sie. Jeden Tag sammeln wir Erfahrungen. Täglich neu ordnen wir dem Erfahrenen eine überarbeitete sinnvolle Deutung zu. Üblicherweise haben wir die Erfahrungen nicht bewußt gesucht und ausgewählt, um eine bestimmte vorher formulierte Hypothese zu überprüfen.

Auf diesem Hintergrund spiegeln die in der Abteilung Berufliche Reha erhobenen Katamnesedaten wider, was auch Gegenstand vieler Alltagsgespräche ist:

Die Klientel des einen Jahres ist der des nächsten durchaus vergleichbar. Der einzelne Rehabilitand unterscheidet sich erheblich vom nächsten, obwohl er doch jeweils viel Typisches für seine Grunderkrankung und seine Vorgeschichte repräsentiert.

Es ist verwirrend, gleichzeitig die langfristige Stabilität der Datenbasis und ihre ständigen Veränderungen im Auge zu behalten.

Sich selbst stets mit dem Gedanken zu beruhigen, der gerade betrachtete Fall sei die Ausnahme von der Regel, gelingt auf Dauer nicht. Beruhigung will auf Dauer nur gelingen, wenn das Allgemeine und das Spezielle gesondert gedacht werden, so als sei das eine nicht Teil des anderen.

Die wenigen Hinweise auf die Datenbasis führen rasch zu Überlegungen, die sich auch beim ersten Nachdenken über die weiter oben formulierten Besonderheiten der Klientel im Betrachter einstellen können:

- Die Wahrnehmungen sind falsch, es hat sich gar nichts geändert.
- Die Aussagen können allenfalls auf sehr kleine Teilgruppen zutreffen.
- Die Behauptungen sind durch die Beobachtung von ganz wenigen Rehabilitanden zustande gekommen, eine Verallgemeinerung ist nicht zulässig.

Sobald wir längere Zeit über das Problem nachsinnen, beginnt es vor unserem geistigen Auge zu verschwimmen und vor unserem geistigen Ohr zu verrauschen.

⁷ Die *Soziale Kompetenz während der berufsördernden Anteile der Maßnahme* wurde mit den selben Fragen erhoben wie die *Soziale Kompetenz im Internat*.

⁸ Die *Berufliche Kompetenz* wurde mit 10 Ratingfragen zu folgenden Themen ermittelt: Leistungsbereitschaft, Arbeits- und Sozialverhalten, Arbeitsqualität, Arbeitstempo.

⁹ Vgl. Seyd, Wolfgang 1996.

5 Einflüsse von Veränderungen der Beobachter und der Beobachtungsinstrumente

Dieser Abschnitt stellt Notwendigkeit und Möglichkeiten der systematischen Erhebung der Leistungsmerkmale der Rehabilitanden heraus.

Drei Sachverhalte bestimmen hierbei das Vorgehen:

1. die Notwendigkeit der Beobachtung,
2. die Veränderung der Beobachter,
3. die Veränderung der Beobachtungsinstrumente.

1. Bevor die Frage nach der Art und Weise, in der der Eindruck einer Veränderung entsteht, gestellt und beantwortet werden kann, ist die Frage zu beantworten: Wieso achtet diese Berufliche Reha so sehr auf die Klientel, die in ihr untergebracht ist und rehabilitiert werden soll?

Aus Darstellungen, die nicht allzuweit zurückliegen, kann der Eindruck gewonnen werden, daß dies nicht allerorten der Fall ist⁹.

Das Besondere in der Beruflichen Reha liegt in dem Umstand, daß hier von Beginn an nur vorberufliche Maßnahmen durchgeführt werden, die jedesmal mit einem Abschlußbericht enden und dieser endet wiederum mit einer Empfehlung oder Prognose der Entwicklungsmöglichkeiten des Teilnehmers, was wiederum die Einrichtung zwingt, sich jedem einzelnen Teilnehmer besonders intensiv zuzuwenden, wenn sie dieser Aufgabe genügen will.

Das systematische Sammeln und Verdichten dieser Beobachtungen auf die mit der Maßnahme gestellten Frage hin, war von Beginn an mit organisatorischen Schwierigkeiten verbunden. Diese lagen im Zusammenführen der Beobachtungen der Mitarbeiter, die sich an verschiedenen hierarchischen Positionen befanden, wobei diejenigen, die unmittelbar beobachteten und mit dem Rehabilitanden arbeiteten, nur mittelbar an der Berichterstattung teilhatten.

Diese Situation war ungenügend, da sie gerade denen eine Aussage abverlangte, denen der Klient am wenigsten bekannt war, und führte zunächst zu dem Bemühen, neue Organisationsformen für diese Aufgabenstellung zu finden.

Die neuen Organisationsformen verlagerten die Aufgaben der Berichterstattung an die Basis der Beobachtungspyramide zurück. Dadurch entstand die Aufgabe, die Kollegen, die bisher keine Berichte geschrieben hatten, systematisch anzuleiten.

Hierbei wurde deutlich, daß diejenigen, die zuvor die Berichte erstellt hatten, über keine Systematik verfügten, die diesen Namen verdient hätte.

Um diese Lücke zu schließen, wurden Fachleute von außen gebeten, bei der Erstellung einer systematischen Beobachtungspyramide zu helfen.

Gleichzeitig bemühten sich die „neuen“ Berichtersteller, ihre Fähigkeiten für die systematische Erfassung von Leistungsparametern zu verbessern und besuchten sinnvolle Fortbildungen.

Eine weitere Besonderheit der Organisationsreform bestand darin, das Erstellen der Berichte in Arbeitsgruppen zu verlagern, denen nur die Mitarbeiter angehörten, die auch für die Betreuung der Rehabilitanden zuständig waren. Jede Gruppe wird von einem Moderator begleitet, der darauf achtet, daß die festgelegten Kriterien für die Berichterstellung beachtet werden.

Mit jedem Rehabilitanden muß regelmäßig das Ergebnis der so gewonnenen Überlegungen besprochen werden.

Um die systematische Beachtung der Wünsche des Rehabilitanden sicher zu stellen, wird jeder Rehabilitand gebeten, die Einrichtung und die Beschäftigten mit Hilfe eines Fragebogens zu beurteilen. Diese Beurteilung findet während des Aufenthaltes statt und wird mit dem Rehabilitanden besprochen. Durchgeführt wird diese Befragung von den Ausbildern und Lehrkräften, die wiederum auch für die Berichterstellung zuständig sind.

Die bisher aufgezeigten Strukturänderungen,

- Einführung einer systematischen Katamnese,
- Veränderung in der Abteilungsstruktur,
- Regelmäßige Beurteilung der Einrichtung durch die Rehabilitanden,
- Einbindung abteilungsfremder Fachkräfte zur Entwicklung neuer Beobachtungsansätze,

machen deutlich, in welchem Maße die Rehabilitanden zum Fokus des Handelns geworden sind. Die Frage nach der Struktur der Teilnehmer und damit die Frage nach der Maßnahmestruktur, die diesen Teilnehmern gerecht werden kann, ist zu der dauerhaften Herausforderung geworden, die heute das Handeln in der Beruflichen Reha bestimmt.

Wenn im Nachfolgenden der Frage nachgegangen wird: „Auf welche Art kommt der Eindruck zustande, daß sich die Klientel verändert hat?“, dann sind die vorgenannten Strukturänderungen zu bedenken, die dieser Frage erst die für die Abteilung Berufliche Reha bedeutsame Brisanz verleihen.

Der Frage soll anhand folgender Eckpunkte nachgegangen werden:

Inwieweit bringt die „Veränderung der Beobachter“ den Eindruck hervor, daß sich die Klientel verändert hat?

Inwieweit tragen neue und veränderte Beobachtungsinstrumente zu dem Eindruck bei, daß sich die Klientel verändert hat?

Welchen Beitrag liefert ein veränderter Maßnahmeablauf zu dem Eindruck, daß sich die Klientel verändert hat?

Inwiefern führen veränderte Interaktionsstrukturen unter den Mitarbeitern zu dem Eindruck, daß sich diese Klientel verändert hat?

2. Alle Mitarbeiter der Abteilung Berufliche Reha sind in den letzten Jahren zu Beobachtern, Interpretatoren, Berichterstattern und Zulieferern für die Berichte anderer geworden.

Da, wo es zuvor ein System von hauptamtlichen Berichterstellern gab, denen ein Heer an Datenzulieferern zur Seite stand, die sich hinterher mit ihren Informationen in den Berichten nicht mehr wiederfinden, gibt es nun ein System von Interdependenzen, das jeden zur Informationsquelle und jeden zum Berichterstatter gemacht hat.

Diese Qualifizierung der Mitarbeiter zieht eine Sensibilisierung für Fragen der Veränderung der Klientel nach sich.

Ein jeder ist jetzt mit Fragen beschäftigt, die die Bedeutung des Beobachteten betreffen. Z.B.: *Bedeutet das, was gegenwärtig beobachtet wird, noch das, was es zuletzt bedeutete?*

Und vielleicht noch wichtiger: *Was bedeutet das Neue, das wir jetzt auf Grund der größeren Sensibilität beobachten?*

Dadurch, daß alle Mitarbeiter der Abteilung Berufliche Reha in die Beobachtungs-/Berichterstattungskette mit einbezogen wurden, hat sich die Anzahl der Beobachtungen sprunghaft erhöht, und in der Folge hiervon haben sich auch die Fragen nach der Bedeutung des Beobachteten vervielfacht.

3. Das Besondere an den neuen Beobachtungsinstrumenten ist, daß diese im Austausch mit Wissenschaftlern gewonnen wurden, die sich um die Beschreibung der Grundfunktionen bemühen, auf denen das aufbaut, was umgangssprachlich Erwerbsfähigkeit genannt wird.

Die alten Beobachtungsinstrumente waren vortheoretisch aus der mehr oder minder reflektierten Alltagserfahrung des Berichterstatters entstanden. Sie hatten keine besondere Systematik, und die Verfasser neigten dazu, Form und Aufbau der Berichte dem jeweils zu beschreibenden Rehabilitanden anzupassen.

Um die Eckpfeiler der veränderten Beobachtung,

- Verhältnis Maßnahmetage zu Anwesenheitstage,
- Anzahl der Unterrichtseinheiten pro Tag,
- Größe der Unterrichtsgruppe,
- Unterrichtsinhalte,
- berufliche Vorerfahrungen,
- Konzentrationsleistung,
- Geschwindigkeit,
- Beanspruchungsreaktion,
 - Ermüdbarkeit,
 - Erholungsfähigkeit,

für die Verfertigung der Berichte nutzbar machen zu können, mußten Organisationsänderungen durchgeführt werden.

Die in der Abteilung Berufliche Reha in den vergangenen Jahren durchgeführten Organisationsänderungen betreffen

- die Struktur der Abteilung¹⁰,
- den Beobachtungsprozeß,
- die Einführung der teamzentrierten Auswertung und Interpretation der Beobachtungen.

Das für die Berichterstattung nach außen Bedeutsamste dürfte die Darstellung der Erhebungen zu einem Rehabilitanden vor einem Gremium sein. Die Beobachtungen müssen mit anderen, die den Rehabilitanden ebenfalls kennen, diskutiert werden. Erst nach einer Einigung über die Bedeutung des Beobachteten im Kreise der Kollegen wird der Bericht erstellt, der einem klaren Aufbauschema folgt, das zuvor mit den Wissenschaftlern erarbeitet wurde.

Die veränderten Beobachtungsinstrumente führen so zu breiteren und konkreteren Erfahrungen, die wegen der hohen Systematik jetzt auch leichter miteinander verglichen werden können.

6 Zur gegenseitigen Verstärkung von institutionellem Wandel und biographischer Entwicklung der Mitarbeiter

Von den Veränderungen des Maßnahmeablaufs sollen an dieser Stelle nur die erwähnt werden, die neue Kontakte und da-

¹⁰ Die Organisationsänderungen betrafen die Verlagerung von Entscheidungskompetenz an die Basis und die Veränderung der Aufgaben der Vorgesetzten, die jetzt zur ersten Dienstleistungsfachkraft der Mitarbeiter wurden, denen sie vorstehen.

mit Informationsmöglichkeiten zwischen den Mitarbeitern und den Rehabilitanden beinhalten. Andere Veränderungen, die zum Beispiel eine verbesserte Information der Rehabilitanden über den Maßnahmeablauf und ihre individuellen Maßnahmeergebnisse betreffen, haben mit Sicherheit auch Auswirkungen auf Art und Inhalt der Gespräche zwischen den Rehabilitanden und den Mitarbeitern, sollen aber an dieser Stelle nicht gesondert betrachtet werden.

In den Maßnahmeablauf wurden feststehende Einzelgespräche zwischen den Ausbildern / Lehrkräften und den Teilnehmern eingebaut. Diese Termine haben in der Systematik der Leistungsermittlung das Ziel, bestimmte berufliche Vorerfahrungen zu erheben. Gleichzeitig führen diese Gespräche jedoch regelmäßig zu einem etwas innigeren Verhältnis zwischen dem Rehabilitanden und einem seiner Betreuer. Auf diesem Hintergrund werden im Laufe der Zeit Informationen ausgetauscht, die über das hinausgehen, was zur Berichterstattung erforderlich ist.

In den Maßnahmeablauf wurde die Befragung der Teilnehmer zu ihren Leistungsstärken und Leistungsschwächen sowie die Beurteilung der Einrichtung, der Mitarbeiter wie der Maßnahmestruktur durch die Teilnehmer aufgenommen. Die Befragung erfolgt mit standardisierten Fragebögen durch die Ausbilder und Lehrkräfte, die den Teilnehmern auch die Ergebnisse zurückmelden.

An dieser Stelle mischt sich das „Berichtsrelevante“, das nach außen weitergegeben wird, mit dem, was begleitend über die Lebensumstände des Einzelnen bekannt wird. Das eine geht in den Bericht ein, das andere vermittelt einen Eindruck vom Zustand der Rehabilitanden. Manches führt dann im weiteren zu neuen Angebotsformen innerhalb der Maßnahme, wie z.B. regelmäßige Schuldnerberatung. Anderes verändert die Wahrnehmung der Rehabilitanden und wirft weitere Fragen auf.

In der Beruflichen Reha arbeiten etwa 40 Mitarbeiter. Nur sehr wenige haben die gleiche Qualifikation. So gibt es mehrere Psychologen, Ärzte und Ergotherapeuten. Alle anderen unterscheiden sich bereits in ihrer formalen Ausbildung. Aber auch bei den vorgenannten liegen Spezialisierungen vor, die zu einer weiteren Differenzierung führen.

Der Grund, bei der Einstellung der Mitarbeiter auf eine große Vielfalt an Berufsausbildungen zu achten, ist das Bemühen, durch vielfältige Sicht- und Vorgehensweisen den Rehabilitanden gerecht zu werden.

Aus der Vielfalt der Ausbildungen und dem Bemühen eines jeden Mitarbeiters, seine berufstypische Eigenständigkeit zu erhalten, ergibt sich auch die Abgrenzung von der nächsten Qualifikation, um so die eigene Identität zu bewahren.

Gleichzeitig bieten die vielen verschiedenen Ausbildungen der Mitarbeiter jedem die Möglichkeit zu erkennen, daß seine Ausbildung nur eine unter vielen ist, mit einer spezifischen Fähigkeit, die sich von der nächsten unterscheidet, was aber nicht hierarchisch zu verstehen ist. Das Erkennen dieses eigenständigen Werts einer jeden Ausbildung, das Absehen von der gesellschaftlichen Wertigkeit, die jeder Ausbildung und jeder Berufstätigkeit zugeordnet ist, ist eine der Voraussetzungen für ein produktives Miteinander.

Der Weg zu diesem veränderten Miteinander der unterschiedlichen Berufsqualifikationen liegt zum einen in den Tätigkeiten, die erforderlich sind, um beispielsweise eine Berufsfindung durchzuführen. Hier wird von jedem Beteiligten

ein hohes Maß an sozialer und verbaler Kompetenz erwartet, damit er die Motive des Rehabilitanden aus seiner Sicht erfassen und das so Erfahrene mit den Kollegen wiederum austauschen kann, um so zu einem möglichst vollständigen Bild der Absichten und Perspektiven des Probanden beizutragen. Das berufsspezifische Können dient bei dieser Aufgabe dazu, das Erfahrene auf einem spezifischen Hintergrund aufzufächern. Ohne kommunikative Kompetenzen wären in diesem Zusammenhang die berufsspezifischen Kenntnisse des Mitarbeiters ziemlich wertlos.

Im Rahmen der bereits geschilderten Organisationsänderungen wurden die wichtigen und unwichtigen Aufgaben oder das Zentrum und die Peripherie der Arbeit neu definiert. Während des Rehavorbereitungslehrgangs stehen Ausbilder und Lehrkräfte im Zentrum, Ärzte und Psychologen haben eine Randfunktion und werden bei Bedarf eingeschaltet, um ab- und erklärend Stellung zu nehmen.

Während einer Berufsfindung stehen Arzt, Psychologe, Rehaberater und ein Berufspädagoge im Mittelpunkt der Maßnahme. Im Rahmen einer Facherprobung werden weitere Kollegen herangezogen, die aber jetzt nur randständig an der Erledigung der Aufgabe mitwirken.

Jeder Mitarbeiter steht somit im Mittelpunkt und am Rande, was Bedeutungsunterschiede eingeebnet hat.

Die unmittelbaren Folgen dieses Wandels liegen darin, daß nunmehr Beobachtetes, Erfahrenes, Gedachtes und Vermutetes untereinander ausgetauscht werden, wo zuvor nur durch die eigene Qualifikation Abgedecktes mitgeteilt wurde.

Die durch die Gruppengespräche verdichteten und durch die Erhebungsinstrumente systematisierten Eindrücke und Erkenntnisse der Mitarbeiter weichen nunmehr, in bezug auf ein und dieselbe Person, entsprechend den berufsbiographischen Besonderheiten, in ihrer Feinstruktur voneinander ab.

In der Grundaussage stimmen alle Teammitglieder in ihrer Einschätzung zu einem Teilnehmer überein, jedoch hat jede Aussage ihre eigene berufs- und biographiespezifische Feinstruktur. Wir haben also einen Kern an Gemeinsamkeiten und eine Schleppe an individueller Auffächerung.

Aus dieser Kombination von gesicherten Kenntnissen im Kern und individuellen Eindrücken und Erfahrungen in der Schleppe ergeben sich die Stimmungen und Eindrücke, die in der Berufliche Reha zur Struktur der Klientel vorliegen.

7 Faktische Beobachtungen und intuitive Eindrücke

Um die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden aussagekräftiger zu dokumentieren, wurde als Folge des Austauschs mit den Arbeitswissenschaftlern an der Berichterstattung folgendes geändert:

1. Jeder Abschlußbericht enthält die Angabe,
 - an wieviel Maßnahmetagen der Teilnehmer ganztätig teilgenommen hat,
 - wieviel Unterrichtsstunden pro Woche von ihm zu bewältigen waren,
 - wieviel Unterrichtseinheiten max. pro Tag erteilt wurden und wie groß seine Lerngruppe war.
2. Die Teilnehmer werden zu ihren Erfahrungen mit der letzten Berufstätigkeit befragt, um Motivationsschwerpunkte zu ermitteln.

3. In jedem Bericht wird zu folgenden basalen Leistungsparametern Stellung genommen:

- Erschöpfung, Zusatzpausen, Nervosität, Zittern,
- Erholung des Rehabilitanden – in welchem Umfang und in welchem zeitlichen Rahmen,
- Einschätzung des Arbeitsverhaltens im Hinblick auf Tempo und Ergebnisse,
- Konzentration und Aufmerksamkeit während der Theorie und Praxis,
- Motivationsschwerpunkte während der Maßnahme und während der letzten Tätigkeit,
- Wissen und Können in den Kulturtechniken, Fachpraxis, Fachtheorie,
- Soziale Kompetenzen.

Diese Punkte wurden aufgenommen, um dem Auftraggeber der Maßnahmen ein differenziertes Leistungsbild zurückzumelden, das es ihm erlaubt, mit und für den Klienten sachdienliche und richtige Entscheidungen für die Zukunft zu fällen.

Nachdem

- diese Beobachtungspunkte über einige Zeit systematisch ermittelt und jeweils in der Gruppe diskutiert worden sind,
- auf der Basis dieser Ergebnisse Empfehlungen für weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen erarbeitet worden sind,
- diese Empfehlungen über einige Zeit den Rehabilitanden erläutert wurden,

haben alle Beteiligten ein Bild von der Verteilung der oben genannten Eigenschaften gewonnen. Dieser gemeinsame Erfahrungssatz der Abteilung Berufliche Reha sieht etwa wie folgt aus:

1. Fehltageliegen zwischen 20 und 30%, die Teilfehlzeiten nicht mitgerechnet.
2. Teilnehmer sind eher unwillig, zu ihren beruflichen Vorerfahrungen Stellung zu nehmen.
3. Bei den basalen Leistungsparametern fällt auf:
 - Fast alle Rehabilitanden benötigen Zusatzpausen.
 - Viele haben Schwierigkeiten, ihre Erholung zu steuern.
 - Die Tempoleistung der Mehrzahl liegt unter den Erwartungen.
 - Die Konzentrationsspanne ist sehr kurz.
 - Wissen und Können korrespondieren eng mit Konzentration und Aufmerksamkeit.

Die verbesserte Berichterstattung hat also direkt zu einer veränderten Wahrnehmung der Rehabilitanden geführt. Die „neuen“ Erfahrungen, die so neu gar nicht sind, aber durch die Art, wie sie gewonnen und kommuniziert werden, neu erscheinen, verlangen nun nach Erklärungen. Die Bedeutung der Erklärungen für das Selbstverständnis der Mitarbeiter ergibt sich aus dem Umstand, daß ein jeder vor der neuen Erfassung die Rehabilitanden für leistungsfähiger hielt, als sie es offensichtlich sind.

8 Weshalb bilden sich die Wahrnehmungen nicht in den Daten der Katamnese ab?

Bereits weiter vorne wurden die Änderungen in der Abteilung Berufliche Reha auf die Punkte

Struktur der Abteilung,¹¹
Organisation des Beobachtungsprozesses,
Organisation der Auswertung und Interpretation der Beobachtungen,

¹¹ Siehe Fußnote 10

¹² Siehe Fußnote 4

verdichtet. Anstoß für die Veränderung war das Bemühen, die Besonderheiten der Rehabilitanden präziser abzubilden. Die durchgeführten Änderungen führten in die gewünschte Richtung. Ein anfangs verwirrender Begleiteffekt dieser Änderungen war die veränderte Wahrnehmung der Rehabilitanden.

Indem die Strukturänderung das bewirkte, weshalb sie eingeleitet worden war, nämlich die Besonderheiten der Rehabilitanden zutreffender und differenzierter zu erfassen, widerspiegelt sie den in der Beruflichen Reha Beschäftigten die Rehabilitanden beschädigter, als das vorher der Fall war.

Parallel zu diesem Prozeß der verbesserten Wahrnehmung verändern sich die aufgenommenen Rehabilitanden, wie dies in der Auswertung der Katamnese-daten aus dem Jahre 1995 deutlich wurde¹².

Eine Aufteilung der jetzt wahrnehmbaren Leistungsschwäche auf die Strukturänderungen der Abteilung und die tatsächlichen Veränderungen der Rehabilitanden, die deren Reintegration erschweren, ist nicht möglich, weil die Veränderungen der Rehabilitanden nur auf Grund der Strukturänderungen differenziert beschrieben werden können.

Beides zusammen führt zu dem „Eindruck“ der Leistungsschwäche der Rehabilitanden, der sich den in der Beruflichen Reha Beschäftigten aufdrängt.

Die bisher herausgearbeiteten Gründe für die exaktere Beobachtung der Rehabilitanden können demnach in den folgenden Schritten zusammengefaßt werden:

1. Die Beobachter werden beobachtungsfähiger.
2. Die Beobachtungsinstrumente bekommen eine immer größere instrumentelle Güte.
3. Der Maßnahmeablauf erfährt dadurch eine immer differenziertere Betrachtung.
4. Die Sensibilität für das, was festgestellt wird, wächst.

Im nächsten Schritt wirkt die größer werdende methodische Sensibilität auf die Organisation der Abteilung Berufliche Reha zurück. Die bereits gegebenen Freiräume einer jeden Arbeitsgruppe werden von den zugehörigen Mitarbeitern ausgelotet, erkannt, genutzt und führen zu einer stärkeren Vernetzung mit anderen Arbeitsgruppen. Hieraus ergeben sich inhaltliche Anregungen zur Weiterentwicklung der Maßnahmeinhalte, was dann wieder neue Beobachtungsmöglichkeiten erschließt u.s.w.

Daß sich die durch diese Feinstrukturen ermöglichten Erfahrungen nicht in der Datenbasis abbilden, hat zunächst einen historischen Grund. Der für die Katamnese eingesetzte Fragebogen wurde erarbeitet als Erfassungsinstrument für „die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wesentlichen Eigenschaften der Rehabilitanden“.

Die für die berufliche Rehabilitation wesentlichen Eigenschaften der Rehabilitanden ergeben sich zunächst aus der Gesetzeslage.

Die gesetzliche Regelung der Zugangsvoraussetzung und der Förderungsrahmen beziehen sich auf den dauerhaften Körperschaden, die notwendigen Hilfen zur Integration in Arbeit und Gesellschaft, die Erforderlichkeit besonderer Hilfen bei der Förderung und die Vorgaben, daß nur die Maßnahme gefördert werden darf, die der Rehabilitand auch bewältigen kann und die eine dauerhafte Eingliederungschance bietet.

Die im Rahmen der Maßnahme erfaßten Daten zu den Bereichen

- Anamnese
- Sozialpädagogische Beurteilung
- Berufspädagogische Beurteilung
- Psychodiagnostik
- Gesundheitlicher Status
- Anmelde- und Abschlußempfehlung

folgen diesen Vorgaben.

Dies sind Fragen zum Gesundheitszustand, operationalisiert in den Diagnoseschlüsseln und in den arbeitsmedizinischen Einschränkungen. Die Überlegungen des ICDH¹³ sind hier noch nicht berücksichtigt.

Es handelt sich um Feststellungen zur kognitiven Leistungsfähigkeit. Hier orientiert sich der Kanon der erfaßten Daten an dem, was notwendig ist, um einen Rehabilitanden mit durchschnittlicher Leistungsfähigkeit zu beschreiben. Die nunmehr bedeutsamer werdenden Teilleistungsstörungen von Konzentration, Aufmerksamkeit, Sprachfähigkeiten werden nicht erfaßt. Ähnlich grob sind die Fragen zu den beruflichen und sozialen Kompetenzen der Teilnehmer.

Die hier in Rede stehenden Auffälligkeiten betreffen eine Mixtur aus

- gesundheitlichen Einschränkungen,
- gesteigerter Störanfälligkeit gegenüber den sich wandelnden gesellschaftlichen Anforderungen,
- einer zunehmenden vitalen Erschöpfung.

Die an den Rehabilitanden zu beobachtenden Besonderheiten ergeben sich – es sei nochmals darauf verwiesen – aus einer Mischung dieser Leistungseinschränkungen, die ihrerseits wiederum eine Aggregation feinerer Störvariablen darstellen.

Die Spannbreite der unmittelbaren gesundheitlichen Einschränkungen reicht aus phänomenologischer Sicht von Halsschmerzen und Husten, Schwindel und Übelkeit über Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen bis zu kleineren Unfällen.

Den Hintergrund stellen die rehabilitationsbegründenden Organschädigungen dar, also beispielsweise

- Herzinsuffizienz nach Ersatz der Herzklappe mit einer durch Makulargaben induzierten Blutgerinnungsstörung,
- Amputation des rechten Arms und Beins sowie ein Schädelhirntrauma als Folgen eines Motorradunfalls,
- Zustand nach schwerem Schädelhirntrauma, insulinpflichtige Zuckererkrankung.

Als Zusammenfassung des Beispiels könnte sich – soweit die Grunderkrankungen gegenwärtig keine besondere Behandlungsbedürftigkeit auslösen – anbieten: Befindlichkeitsstörung. Richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Organschäden, mit denen die Rehabilitationsbedürftigkeit begründet wird, dann könnte eine Zusammenfassung lauten: Die drei Fälle hatten im Durchschnitt 2 Diagnosen, oder bei diesen Fällen waren im Durchschnitt 6 arbeitsmedizinische Einschränkungen zu beobachten.

Eine Zusammenfassung dieser sehr verschiedenen Schädigungen, deren Schwere sich nicht unmittelbar aus der Dia-

gnose ableiten läßt, führt nicht zu handhabbaren Kategorien, sondern zu inhaltsleeren Aussagen. Ein Rückschluß von den Abstraktionen auf die Datenbasis ist bei einer so großen Streubreite nicht möglich.

Wenn im nächsten Schritt „die Störanfälligkeit“, die bei den Rehabilitanden gleichzeitig wahrgenommen wird, hinzukommt, dann steigt die Vielzahl der möglichen phänomenologischen Ausprägungen.

Als Störvariable kann hier zum einen das aufgefaßt werden, was auch im Alltagssprachgebrauch als störend bezeichnet wird, wie z.B. Lärm, Zugluft, Hektik oder Unruhe. Zum anderen wirken aber auch geringe Wetterveränderungen bei den beschriebenen Grunderkrankungen irritierend und erheblich leistungsreduzierend. Als weiteres muß eine erhöhte psychische Irritierbarkeit in Rechnung gestellt werden.

Wenn jetzt hinzugedacht wird, daß die Rehabilitanden auf diese Störungen mit massiver Leistungsreduktion reagieren, dann wird deutlich, wie schwer die Bildung von handhabbaren Kategorien fällt.

In einem dritten Schritt kommen nun noch Symptome der vitalen Erschöpfung hinzu, die sich beispielhaft an folgenden Merkmalen festmachen lassen:

Eine stabile Konzentration auf eine Tätigkeit kann nur für Minuten erzielt werden; die Fähigkeit, sich nach einer Anstrengung zu erholen, ist erheblich reduziert; es will nicht gelingen, den Anfang bei einer Arbeit zu finden; ständige Ratlosigkeit usw.

Bereits die kurze Schilderung macht deutlich, daß die Einschränkungen auf der Phänomenebene so lange als klar erscheinen, wie lediglich ein Referenzsystem betroffen ist. In unserem Beispiel ist das zunächst die Medizin. Kommt eine zweite Gruppe von Phänomenen hinzu, deren Hintergrund nun im Rahmen von kognitiven Kapazitäten, biographischen Besonderheiten, Überempfindlichkeiten oder auch Reifungsdefiziten gesehen werden müssen, dann beginnt die Eindeutigkeit der Beobachtungsobjekte schon zu verschwimmen.

Die Schädigungen, die – mit einem medizinischen Referenzsystem beschrieben – eindeutig erschienen, können nun, was ihre Tiefe betrifft, auch als Folge der „zweiten Schädigungsart“ verstanden werden, wie auch umgekehrt.

Kommt nun noch die „vitale Erschöpfung“ als weitere Schädigung hinzu, die sich auf Grundparameter der Leistungsfähigkeit bezieht, dann wird die Situation vollends unübersichtlich.

Die Ausdifferenzierung der gewählten Beispiele ist gering. Der Alltag bietet eine erheblich größere Vielfalt an Kombinationen.

Wir stehen mithin vor dem Dilemma, daß die überwältigende Vielfalt der Phänomene berauscht, aber nicht erklärt.

Eine Kategorisierung reduziert all das Spezifische der Schädigungen und liefert ein Bild, aus dem in keinem Fall auf die zugrunde liegenden Einzelbeobachtungen geschlossen werden kann.

Im Zusammenhang mit der Auswertung der Katamneseergebnisse des Jahres 1994¹⁴ wurde der Versuch unternommen, von der Datenbasis ausgehend, einen Prototypen des Rehabilitanden, der im Jahre 1992 eine Maßnahme im RKU beendet hat, zu rekonstruieren. Das Zitat macht deutlich, daß dies nur

¹³ Vgl. ICDH 1995.

¹⁴ Vgl. Dern, Wolfgang 1994.

gelang, indem der Datenbasis durch Hinzufügen von Phänomenologischem die Authentizität des Gelebten mitgegeben wurde. Diese Hinzufügungen geschahen auf zwei sehr unterschiedlichen Wegen. Der eine besteht in einer reinen Addition von phänomenologisch beobachtbaren Eigenschaften, die in der nachfolgenden Darstellung kenntlich gemacht werden. Der zweite Weg besteht darin, daß statistisch Ermitteltes, das jeweils für die Gesamtheit der Fälle gilt, in einer Person gebündelt wurde. So ist es sicherlich richtig, daß die Teilnehmer im arithmetischen Mittel etwa 30 Jahre alt waren. Richtig ist auch, daß die größte Gruppe über einen Hauptschulabschluss verfügte und bereits eine Lehre erfolgreich abgeschlossen hatte. Wenn aber der gesamte Datenbestand mit diesen drei Merkmalen durchkämmt wird, dann zeigt sich bereits, daß sie nur noch auf eine Minderheit zutreffen. Wenn jetzt alle im Fallbeispiel aufgelisteten Folgekriterien berücksichtigt werden, dann handelt es sich um einen Einzelfall, der nur in seiner Einmaligkeit auf die anderen Fälle, die ähnlich einmalig sind, verweist.

Das Beispiel repräsentiert die Besonderheit der Klientel, indem es einen, wenn auch konstruierten, Einzelfall herausgreift (Vergleiche Anlage 2).

Wenn Heuristik und Abstraktion als Beschreibungsinstrumente an die Vielfalt des zu Beschreibenden nicht heranreichen, dann stellt sich die Frage, auf welchem Wege die abstrakten Feststellungen zur Struktur der Rehabilitanden zustande kamen, die den Auslöser all dieser Überlegungen bilden?

Dieser Frage soll als nächstes nachgegangen werden.

Die Schwierigkeit, das, was bei der Arbeit mit den Rehabilitanden augenscheinlich ist, systematisch mit erfaßten Daten zu belegen, ergibt sich aus dem Umstand, daß jede Quantifizierung, die eine genügende Falldeckung aufweist, eine Vergrößerung qualitativer Merkmale mit sich bringt. Hierdurch läuft jede quantifizierende Beschreibung Gefahr, etwas zu beschreiben, das im Einzelfall gar nicht auftritt – gemeint ist, die Kategorien haben auf der Ebene der beobachteten Einzelsubjekte keine Repräsentanz.

Diese grundsätzliche Überlegung gewinnt im hier diskutierten Zusammenhang ihre Bedeutung aus der Tatsache, daß die Phänomene sehr weit streuen und ihre Mitte nur mit Begriffen gefaßt werden kann, die außerhalb des kategorialen Systems liegen, mit denen das Einzelphänomen erfaßt wird. (Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen, deren Leistungsfähigkeit hierdurch deutlich eingeschränkt ist, können zur Verdeutlichung ihres Zustandes als siech beschrieben werden. Ein Terminus, der mit seinen Bedeutungsinhalten weit über den medizinischen Bezug hinaus weist.)

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Schwierigkeit, die Individuen mit ihrer individuellen Phänomenologie so zu erfassen, daß diese Besonderheiten erkannt und gleichzeitig interindividuell zusammen gefaßt werden können.

Es geht um die Möglichkeiten, eine phänomengerechte Kategorienbildung darzustellen.

Alle Mitarbeiter der Abteilung Berufliche Reha sind in die Erfassung des Leistungsvermögens der Rehabilitanden einbezogen. Die Mehrzahl der Mitarbeiter hat darüber hinaus die Aufgabe, das Beobachtete in einem Bericht zusammenzufassen.

Jeder Berichtersteller ist nun bemüht, die Besonderheiten seiner Klienten einzufangen. Das, was er nicht selbst erfassen

kann, soll von anderen Disziplinen erfaßt und beschrieben werden. Sobald die Aufgabe nicht mehr gelöst werden kann, weil für die Besonderheit kein kategorialer Apparat zur Verfügung steht, kommt es zu Bemühungen, durch Weiterentwicklung der Methoden auch die neu aufgetauchten Besonderheiten beschreibend einzufangen zu können.

Alles Beschreiben hat das Ziel, das Phänomen so abzubilden, daß es wiedererkannt und für die Zwecke der Rehabilitationsplanung eingesetzt werden kann.

Die Gliederung und die Struktur der Abteilung Berufliche Reha, der konzeptionelle Aufbau der Maßnahmen und der kategoriale Apparat der Beobachter definieren den Rahmen, unter dem die Besonderheiten der Rehabilitanden erfahrbar gemacht werden können.

Gliederung, Struktur, Konzeption und Kategorien sind im Vergleich mit den rasch wechselnden Besonderheiten der Rehabilitanden nur einem langsameren Wandel unterworfen. Sie können zur Erledigung der Aufgabe nur dienen, wenn sie zu all den individuellen Einmaligkeiten der Rehabilitanden Verbindungspunkte besitzen, die es erlauben, das Einmalige des fremden Lebens in eine neue Sprache zu übersetzen, die der Aufgabenstellung beruflich rehabilitativer Verwaltungspraxis gerecht wird.

Die gehaltvolle Abstraktion, die gleichzeitig durch eine entsprechende Datenbasis belegt ist und die sich ständig weiterentwickelt, sind die Beobachtungsinstrumente. Sie stellen das Komplement zur Vielfalt des Lebendigen dar. In der Vielfalt der Beobachtungsinstrumente spiegeln sich die Rehabilitanden in ihren ontischen Bezügen, ihrem Sosein und gleichzeitig in ihrer beständigen Beschädigung mit ihren körperlichen, funktionalen und sozialen Facetten.

Das wenig Konkrete der Aussagen zum gegenwärtigen Zustand der Rehabilitanden ist eine Funktion der Erkenntnisinstrumente, die von ihrer Anlage so unspezifisch sein müssen, daß sie für eine Vielzahl an Rehabilitanden passend sind und gleichzeitig so spezifisch, daß mit ihrer Hilfe die Phänomene so eindeutig abgebildet werden können, daß sie nur der beschriebenen Person zugeordnet werden können.

9 Fazit: Berufliche Rehabilitation – oder der Versuch, fremdes Leben zu deuten

Die Beschreibung der Leistungsstärken und der Leistungsschwächen eines Menschen kann nur gelingen, wenn diese in ihrer biographischen Bedeutung verstanden werden. Andernfalls sind es sinnleere Daten, die einem Menschen assoziiert werden wie Leistungsmerkmale einem Kraftfahrzeug. Das Sinnleere macht sich immer dann und dadurch bemerkbar, daß realistische Handlungsentwürfe für eine neue berufliche oder soziale Umwelt mit solchen Daten nicht gelingen.

An diesem Punkt tritt der biographische Hintergrund des Geschädigten in die Ermittlung der Leistungsparameter ein.

Sein bereits gelebtes Leben und die Planungsentwürfe für sein zukünftiges Leben stellen das Material dar, aus dem Patient und Rehaberater konsensfähige Grob- und Feinziele entwickeln können. Voraussetzung für dieses Vorgehen ist zum einen, daß der Patient in der Lage ist, sein vergangenes Leben als Verwirklichung einer Summe von Fähigkeiten zu begreifen, die ihm zum Teil auch für die Bewältigung seines zukünftigen Lebens noch zur Verfügung stehen; zum anderen, daß der Entwurf für ein zukünftiges Leben vorsichtiger und realistischer geplant werden muß, als das für den bereits

gelebten Teil des Lebens erforderlich war, da die Ressourcenbasis, von der aus der Betroffene jetzt handeln muß, wesentlich schmaler geworden ist.

In vielen Fällen ist diese Aufgabe nicht besonders schwer. Der Rehabilitand steht „mit beiden Beinen auf der Erde“, ist in ein soziales Umfeld integriert, hat bisher sein Leben gut gemeistert und wird dies auch in der Zukunft können. Wenn zu diesen guten Voraussetzungen noch ein einfühlsam fördernder Berater hinzu kommt, dann wird der Betroffene meist seinen Weg alleine gehen können.

Am anderen Ende der Organisation des Alltags befinden sich viele Rehabilitanden in der Situation, daß ihre gesamten Ressourcen gerade ausreichen, um ihren Lebenszusammenhang stabil zu erhalten. In diesen Fällen bleibt meist keine oder kaum noch Energie für einen Freundeskreis oder ein Steckenpferd, gelegentlich ist bereits der Kontakt zur Ehefrau/Ehemann oder den Kindern gestört.

Parallel zu dieser Verteilung der Rehabilitanden, entsprechend ihrer Fähigkeiten „das Leben zu meistern“, verläuft eine Verteilung nach Art und Schwere ihrer Fähigkeitseinschränkungen.

Je ungünstiger die Kombination von Krankheitsfolgen und bereits prämorbid bestehendem geringen Fähigkeitspotential ist, um so bedeutsamer und zeitaufwendiger¹⁵ wird die Feingliederung eines realistischen Rehabilitationsplanes werden.

An dieser Stelle werden Rehabilitationseinrichtungen mit einer erweiterten Abklärung beauftragt, weil diese Aufgabe nicht mit dem Zeitbudget bewältigt werden kann, das dem Rehaberater für einen Beratungsfall zur Verfügung steht.

Die Ergebnisse der Einrichtung für Berufliche Rehabilitation sollen dem Betroffenen und seinem Rehaberater die Möglichkeit eröffnen, auf der Basis des bereits gelebten Lebens einen Handlungsentwurf aufzubauen, der den Wünschen und Möglichkeiten des Rehabilitanden, den Bedingungen des in Aussicht genommenen Arbeitsmarktes und den gesetzlichen Vorschriften entspricht.

Es ist völlig gleich, in welcher Tiefe das Verstehen des fremden Lebens den professionellen Helfern gelingt. Der Handlungsplan für die Rehabilitation kann nur gelingen, wenn er sich auf die Ebene einstellt, auf der dem Betroffenen ein Verständnis seines Lebens möglich ist.

Das Erfassen der gegenwärtigen Situation und die Befähigung, das erfaßte Projektiv auf die Zukunft anzuwenden, muß geübt werden, sowohl vom Rehabilitanden als auch von der beratenden Seite.

Die bisherige Alltagserfahrung der Rehabilitanden kam ohne diese Fähigkeitsdimension aus. Ihr Leben bestand nicht aus einer exakten Planung von Handlungsschritten, die sich auf ein bestimmtes zukünftiges Ziel hin orientierten. Es kann hier eher von einem offenen Lebensentwurf gesprochen werden, in dem der Betroffene retrospektiv dem Eingetretenen, durch ständige wiederholte Reinterpretation, einen für ihn bedeutsamen Sinn verliehen hat.

Der neue Zustand läßt dieses Verfahren zunächst nicht zu, da dem Betroffenen jetzt nicht mehr die Handlungsmöglichkeiten (Fähigkeitspotentiale) wie zuvor zur Verfügung stehen.

Die Schwierigkeiten, die bestehenden Fähigkeitsstörungen in ihrer Auswirkung auf die zukünftige Lebensgestaltung möglichst breit zu erfassen, liegen aber nicht nur beim Betroffenen, sondern ebenso bei den professionellen Helfern.

Das Einschätzen der Bedeutung der Störungen für den Lebensalltag der Betroffenen kann nur bei hinlänglicher Kenntnis der Lebensumstände des Betroffenen und bei vorhandener Transferkompetenz gelingen. Letztere ergibt sich zu einem guten Teil aus der Fähigkeit, Einsicht in das Konstrukt des eigenen Lebens zu nehmen.

In dem hier beschriebenen Rahmen deutet Berufliche Rehabilitation fremdes Leben, um zu lebbareren Handlungsentwürfen für die Reintegration der Betroffenen zu kommen.

Literaturliste

- Dern, Wolfgang (1995): Auswertung der Katamnese- und Anamnese- daten der Abteilung Berufliche Rehabilitation für die Jahre 1992 - 1993 - 1994. Rehabilitationskrankenhaus Ulm.
- Dern, Wolfgang (1994): Befragung der Rehabilitanden, die 1992 und 1993 eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation im RKU beendet haben. Rehabilitationskrankenhaus Ulm.
- Dern, Wolfgang (1996): Fragestellungen, Modelle, Methoden und Probleme bei der Evaluation einer Dienstleistungseinrichtung. Rehabilitationskrankenhaus Ulm.
- Dern, Wolfgang (1993): Qualitätssicherung; Auswertung der Rehabilitandendaten für das Jahr 1992. Rehabilitationskrankenhaus Ulm.
- ERTOMIS ASSESSMENT METHOD (1992): Einführung für Anwender. EAM gem. Gesellschaft zur Beruflichen Rehabilitation mbH Siegen.
- ERTOMIS (1985): Fähigkeits- und Anforderungs-Profile – Hilfe für die Eingliederung Behinderter. Gemeinnützige Stiftung Ertomis GmbH.
- ERTOMIS (1985): Fähigkeits- und Anforderungs-Profile - Hilfe für die Eingliederung Behinderter. Anhang: Definition der ERTOMIS-Kriterien. Gemeinnützige Stiftung Ertomis GmbH.
- FIM (1993): Begleitbroschüre zum FIM Center for Functional Assessments Research. Symposium, Funktionaler Selbständigkeits-Index Schauflingen, Klinik Bavaria.
- FIM (1993): Leitfaden Center for Functional Assessments Research. Für die Verwendung des funktionalen Selbständigkeitsindex und zur Verwendung des einheitlichen Datenschemas für die medizinische Rehabilitation Schauflingen, Klinik Bavaria.
- Fliedner, T.M./ Gerdes N. (1988): Wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten. Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven. In: Deutsche Rentenversicherung, 4 - 5, S. 227 - 237.
- Gerdes, N./ W.H.Jäckel (1992): Indikatoren des Reha-Status (IRES) – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. In: Die Rehabilitation, H. 2, 31. Jg., S.:73-79.
- Locker, Heinrich (1993): Handlungskonzepte und subjektive Vorstellungen von Rehabilitationsberatern. Dissertation Gesamthochschule Essen.
- ICIDH (1995): übers. Von R. G. Matthesius. Berlin, Wiesbaden: Ulstein Mosby.
- Parkerson, G.R. (1996): User's Guide for the DUKE Health Profile (DUKE). Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center. Durham.
- Schuntermann, M.F. (1988): Konzepte der Beurteilung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch die Rentenversicherungsträger. In: Deutsche Rentenversicherung, 4 - 5, S. 238-265.

¹⁵ Vgl. Locker, Heinrich 1993.

Schuntermann, M.F./ Koch, U. (1988): Erfolgsparameter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. In: Öff. Gesundheitswesen, 49, S. 136-141.

Seyd, Wolfgang (1996): Neue Trends in der beruflichen Rehabilitation. Vortrag anlässlich der Herbsttagung „Rehabilitationspsychologie“ vom 20.-22.11.96 im Stephanuswerk Isny

Wasilewski, Rainer (1992): Erfolge berufsfördernder Maßnahmen im Rehabilitationskrankenhaus Ulm. Institut für Empirische Soziologie Nürnberg.

Ware, J.E./ Kosinski, M./ Keller, S.D. (1994): SF 36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Boston: The Health Institute.

Anlage 1

Die Auswertung des Jahres 1995 beschäftigte sich mit den gemessenen Veränderungen der Rehabilitanden in den Jahren 1992 - 1993 - 1994. Die hier gefundenen Ergebnisse wurden zum Anlaß, Ablauf und Inhalte der Maßnahmen der veränderten Teilnehmerstruktur anzupassen. Beispielhaft werden die Auswertungsergebnisse für die gewerbliche Rehabilitationsvorbereitungsmaßnahme dargestellt:

„Rehavorbereitung – gewerblich

Prüfung der Hypothese: Es gibt keine Unterschiede der Merkmalsausprägung für die Teilnehmer an einer Rehavorbereitung/gewerbl. in den Jahren 1992 - 1994

Merkmal	Prüfwert	Richtung	statistische Prüfverfahren
Selbständigkeit	0,0001	–	Wilcox.
Verhältnis zu den sozialpädagogischen Mitarbeitern	0,0001	+	Wilcox.
Konzentration	0,0007	–	Wilcox.
Letzter Status vor der Maßnahme	0,001	mehr Arbeitslose	Likli
Dauer der beruflichen Ausgliederung vor der Maßnahme	0,001	mehr über 2 Jahre	Likli
Dauer der Maßnahme	0,001	länger	Wilcox.
Dauer der Erwerbstätigkeit vor der Maßnahme	0,002	mehr 5-10Jahre/weniger über 10 Jahre	Likli
Schulbildung	0,005	weniger Hauptschule/mehr ausl.Schulbesuch	Likli.
Verhalten in den berufspädagogischen Gruppen	0,0086	–	Wilcox.
Verhältnis zu den berufspädagogischen Mitarbeitern	0,0087	–	Wilcox.
Ziel der Maßnahme laut Gesamtplan	0,015	weniger Vollausbildung/mehr abhängig von Vorbereitung	Likli
Intelligenzniveau	0,0167	–	Wilcox.
Empfehlung am Ende der Maßnahme	0,021	mehr WFB/Rente/weniger Vollausbildung	Likli
Umgang mit der Behinderung (Berufspädagogen)	0,0312	+	Wilcox.
Sozialverhalten (Wohnheim)	0,0597	–	Wilcox.
Anzahl der gravierenden arbeitsmedizinischen Einschränkungen	0,0667	mehr	Wilcox.
Berufliche Kompetenz	0,0983	–	Wilcox.
Umgang mit der Behinderung (Wohnheim)	0,1019	+	Wilcox.
Sozialverhalten während der beruflichen Maßnahmen	0,1290	–	Wilcox.
Verhalten in der Gruppe (Wohnheim)	0,1323	+	Wilcox.
Freizeitverhalten (Wohnheim)	0,3000	+	Wilcox.
Verhältnis zu anderen Teilnehmern (Wohnheim)	0,3706	–	Wilcox.
Alter der Rehabilitanden	0,4819	jünger	Wilcox.
Anzahl der Diagnosen	0,4851	mehr	Wilcox.
Letzte Stellung im Beruf	0,513		Likli
Berufliche Bildung	0,531		Likli

Hinsichtlich der Teilnehmerstruktur hat sich die Zusammensetzung derer, die eine gewerbliche Reha-Vorbereitungsmaßnahme in den letzten drei Jahren durchliefen, am gravierendsten verändert. Lediglich die berufliche Bildung (überwiegend abgeschlossene Ausbildung), wie die letzte Stellung im Beruf (überwiegend Arbeiter), haben sich nicht verändert.

Zum Teil dramatisch verändert hat sich die Selbständigkeit der Teilnehmer, verstanden als abnehmende Fähigkeit, den eigenen lebenspraktischen Bereich zu organisieren, pünktlich und zuverlässig zu sein oder auch nur die eigenen Heimfahrten zu organisieren, wie auch das Verhalten in den berufspädagogischen Gruppen, das durch zunehmende Zurückgezogenheit der Teilnehmer gekennzeichnet werden muß.

Eine Erklärung hierfür könnte darin gesucht werden, daß der Anteil der Arbeitslosen und derjenigen, die mehr als zwei Jahre berufliche Ausgliederung vor der Maßnahme hinter sich haben, deutlich zugenommen hat, ebenso hat das schulische Bildungsniveau der Teilnehmer abgenommen.

Die oben erwähnten Veränderungen bilden einen Erklärungsansatz für die zunehmende Bedeutung der Empfehlung, die Teilnehmer zukünftig auf eine Werkstatt für Behinderte, die Rente oder eine medizinische Reha-Maßnahme zu verweisen (diese Empfehlung wurde im Jahre 1994 in etwa einem Drittel aller Fälle ausgesprochen).

Die Zunahme der gravierenden arbeitsmedizinischen Einschränkungen im Verlauf der Jahre, wie auch die sinkende intellektuelle Gesamtkapazität der Teilnehmer könnten hierzu wesentlich beigetragen haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die dramatischen Veränderungen bei der Zusammensetzung der Klientel in den letzten Jahren den Schluß nahelegen, hier werde versucht auch einer sehr leistungsschwachen Gruppe die Möglichkeiten zur beruflichen Integration offenzuhalten.

Die Auswertung des Jahres 1996 erbrachte unter dem Gesichtspunkt des differenziellen Auswertungsansatzes die folgenden Ergebnisse: Die Auswertung erfolgte in zwei Schritten, zuerst wird ermittelt, ob ein Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit und den Einflußfaktoren ausgeschlossen werden kann, wenn dies nicht möglich ist, wird in einem zweiten Schritt überprüft, ob der Zusammenhang linear ist, das heißt, ob mit dem Anheben der Einflußfaktoren eine Steigerung respektive Absenkung der Kundenzufriedenheit erreicht werden kann:

„Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit und Einflußfaktoren“

Neben der Untersuchung des Grads der Zufriedenheit der Kunden stellt die Untersuchung, ob und von welchen Faktoren die Kundenzufriedenheit abhängig ist, ebenfalls einen Teil der Studie dar.

Die Zufriedenheit der Kostenträger ist, wie bereits beschrieben, erstaunlich hoch ausgefallen und die Untersuchung der auffälligsten Frage, die für die geringere Zufriedenheit einiger Kostenträger verantwortlich ist, ist im vorigen Kapitel abgehandelt worden. Eine weitere Differenzierung in die Einzelfragen kann keine sinnvollen Ergebnisse liefern, da keine Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen zwischen den Kostenträgern bestehen. Einen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit der Kostenträger und z.B. der Anzahl der von ihm angemeldeten Rehabilitanden herzustellen, erübrigt sich ebenfalls aus dem Grund, daß kein Vergleich zwischen den „unzufriedenen“ und den „zufriedenen“ Kostenträgern angestellt werden kann, weil keine „unzufriedenen“ Kostenträger auf die Befragung geantwortet haben.

Für den Bereich der Rehabilitanden sind die Katamnesedaten zu Scores zusammengefaßt worden, die als mögliche Einflußfaktoren in Frage kommen. Dadurch werden Bereiche gebildet, die thematisch zusammengehören und sich nicht überschneiden. So soll sich der mögliche Einfluß des jeweiligen Themenbereichs auf die Kundenzufriedenheit feststellen lassen.

Die Verknüpfung der Scores mit der Rehabilitandenzufriedenheit erfolgt mit der SAS-Prozedur PROC CORR auf einem Signifikanzniveau von 5%.

Sowohl bei den Rehabilitanden der Jahre 1992/1993 als auch bei denen von 1994/1995 sind signifikante Zusammenhänge zwischen der Rehabilitandenzufriedenheit und den Scores für

- Empfehlung zum Ende der Maßnahme
- Berufliche Kompetenz
- Intellektuelle Leistungsfähigkeit
- Verhältnis zu anderen Teilnehmern
- Empfehlung laut Gesamtplan
- Umgang mit Behinderung

festgestellt worden.

Anlage 2

Der Teilnehmer an der Rehabilitationsvorbereitungsmaßnahme¹⁶

Eine Fallgeschichte	Erfasste Phänomenbereiche – verfügbare Datenbasis	Weitere relevante Phänomenbereiche – nicht erfasster Art
<p><i>Soziale Vorgeschichte</i> Herr Hubert ist dreißig Jahre alt, ledig und lebt allein im Raum Hannover. Er besuchte die Hauptschule, die er ohne qualifizierenden Abschluß verließ. Im Anschluß durchlief er eine gewerbliche Berufsausbildung, die er abschloß. Seither war er mehr als 10 Jahre erwerbstätig; zuletzt war er nicht mehr im erlernten Beruf, sondern als Maschinenbediener tätig. Bevor er in die Maßnahme eintrat, war er weit über ein Jahr arbeitslos und krank. Vom Rehaberater seines Kostenträgers war ihm aufgrund der psychologischen Begutachtung eine Ausbildung zum Bürokaufmann in einem BFW vorgeschlagen worden. Der Ausbildung müßte jedoch eine erfolgreiche 6monatige Rehabilitationsvorbereitungsmaßnahme vorangestellt werden, da seine Vorkenntnisse im Deutschen wie im Rechnen sonst nicht für eine Ausbildung ausreichen.</p> <p><i>Ärztliche Untersuchung</i> Die ärztliche Untersuchung zu Beginn seines Aufenthaltes ergab, daß sich sein gesundheitliches Gesamtbild im Vergleich zu dem früheren Gutachten verschlechtert hatte. Insgesamt lagen drei Diagnosen vor: zum einen ein operierter Bandscheibenvorfall, der bei Herrn Hubert nach längerem Sitzen zu erheblichen Verspannungsschmerzen führte; eine schon seit der Kindheit bestehende epileptische Erkrankung, die zu gelegentlichen Absenzen führt und eine Alkoholkarriere. Herr Hubert war über den Arztkontakt wenig erfreut, da er aus seiner Sicht nur gelegentliche Rückenschmerzen hatte. Die Epilepsie sei aus seiner Sicht medikamentös eingestellt und kein Thema mehr. Zu seiner Suchterkrankung teilte er mit, daß er schon seit langem trocken sei, und er auch hier keinen Rat benötige. Der Einsatz im kaufmännischen Bereich wurde aus Sicht der Ärztin befürwortet und zur Behandlung wie zur Vorbeugung der bandscheibenbedingten Schmerzen vereinbarte sie mit ihm eine krankengymnastische Behandlung, die Herr Hubert akzeptierte.</p> <p><i>Psychologische Untersuchung</i> Eine erneute psychologische Untersuchung während der Rehavorbereitung fand nicht statt. Aus den uns vorliegenden Unterlagen war zu entnehmen, daß bei Herrn Hubert eine knapp durchschnittliche intellektuelle Gesamtleistung vorliegt; sein Wahrnehmungstempo altersentsprechend ist; die Merkfähigkeit wie auch die Konzentrationsfähigkeit allerdings etwas unterhalb der Normleistung der Altersgruppe liegen und aus psychologischer Sicht von einer eingeschränkten Belastbarkeit auszugehen sei.</p> <p><i>Verlauf der Maßnahme</i> Von Beginn an war die Leistungsmotivation <i>im berufspädagogischen Teil der Maßnahme</i> überdurchschnittlich hoch. Seine Ausdauer und Konzentration, sein Tempo, wie die Qualität beim Erledigen der vorgelegten Aufgaben, waren allerdings unauffällig. Seine Fähigkeiten im schriftlichen und besonders im mündlichen Umgang mit der deutschen Sprache waren erheblich eingeschränkt. Die praktisch-kaufmännische Anstelligkeit, die Organisationsgeschick, Wendigkeit und Umstellfähigkeit umfaßt, lag stets knapp unter dem, was für eine Ausbildung auf Kammerebene erforderlich ist. Die erheblichen Einschränkungen im Umgang mit der Muttersprache führten zu einer Vorstellung bei der Logopädin. Nach einer Eingangsdiagnostik, die der Ermittlung der systematischen Fehler diente, wurde eine Einzelbehandlung über den gesamten Maßnahmezeitraum durchgeführt. Herr Hubert war sich des Sinns der Maßnahme bewußt und nahm engagiert an dieser teil. Er arbeitete kooperativ mit den Lehrkräften und Ausbildern zusammen. Seine Gruppenfähigkeit war gegeben, auch wenn er den Kontakt zu den Mitrehabilitanden nicht gerade suchte und Aufgaben für die Gruppe eher ungern übernahm. Hinsichtlich des Erkennens der Auswirkungen, die seine Behinderung auf die von ihm angestrebte Ausbildung haben wird, war noch eine erhebliche Unsicherheit feststellbar.</p>	<p>Alter, Schulbildung, Berufsabschluß, Dauer der Erwerbstätigkeit, letzte Stellung im Beruf, letzter Status, Dauer der Ausgliederung</p> <p>Anzahl der Diagnosen, Art der Diagnosen,</p> <p>Ärztliche Empfehlung für den Einsatzbereich, Zusatztherapien</p> <p>Intelligenz und Fähigkeitskomponenten</p> <p>Leistungsbereitschaft, Ausdauer, Konzentration, Tempo, Qualität, schriftliches Ausdrucksvermögen, kaufm.-Anstelligkeit,</p> <p>Sozialverhalten,</p>	<p>Familienstand, Wohnort</p> <p>Ergebnis der Beratung beim Kostenträger, Begründung der Maßnahme</p> <p>Vergleich zum Vorgutachten Gesundheitliche Einschränkungen, Befinden, Krankheitsgeschichte, Bewältigung der Erkrankung,</p> <p>mündlicher Umgang mit der deutschen Sprache, Einleitung der Behandlung bei der Logopädin, Inhalt der Behandlung durch die Logopädin,</p> <p>Akzeptanz der Maßnahme durch den Teilnehmer,</p> <p>Auswirkung der Behinderung in der zukünftigen Berufstätigkeit</p>

¹⁶ siehe Fußnote 14

Eine Fallgeschichte

	<i>Erfaßte Phänomenbereiche – verfügbare Datenbasis</i>	<i>Weitere relevante Phänomenbereiche – nicht erfaßter Art</i>
<p>Im Internat hatte Herr Hubert nur dann Kontakt zu den Mitarbeitern, wenn er von diesen angesprochen wurde. Es fiel ihm offensichtlich sehr schwer, mit den Mitarbeitern über seine Probleme zu sprechen. Er hatte sehr wenig Kontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern und verbrachte seine Freizeit häufig allein.</p>	<p>Verhältnis zu den Mitarbeitern, Verhältnis zu Mitrehabilitanden</p>	<p>Organisation der Freizeit</p>
<p>Als besonders problematisch erwies sich seine Weigerung, die Auswirkungen der vorliegenden epileptischen Erkrankung zu akzeptieren. So kam es mehrfach zu kleineren Verletzungen durch Stürze, bei denen er aus seiner Sicht nur ausgerutscht war, die aber aus ärztlicher Sicht mit seinem Anfallsgeschehen in Zusammenhang standen. Herr Hubert schien außerhalb der Einrichtung Alkohol zu trinken, war aber einem Gespräch hierüber nicht zugänglich.</p>	<p>Behinderungs- bewältigung</p>	<p>Auswirkung der nicht vollzogenen Behinderungsbewältigung</p>
<p><i>Ergebnis der Maßnahme</i> Die abschließende Beurteilung zum Ende der Maßnahme mußte zum einen die guten Lernfortschritte besonders im Deutschen und das große Engagement des Teilnehmers berücksichtigen, zum anderen aber auch seine nach wie vor geringe Krankheitseinsicht und sein insgesamt wenig kooperatives Verhalten, was bei einer späteren kaufmännischen Tätigkeit zu erheblichen Integrationsproblemen führen könnte. Wir empfahlen, einen Ausbildungsversuch zum Bürokaufmann in einem BFW zu unternehmen.</p>	<p>Ausbildungsniveau, Ausbildungsort</p>	<p>Lernfortschritte</p>
<p><i>Ergebnis der Nachbefragung</i> Als wir Herrn Hubert nach knapp zwei Jahren zu seiner Einschätzung des Aufenthaltes im RKU befragten, antwortete er erst nach einer Erinnerung.</p> <p>Er teilte uns mit, daß er sich durch die Maßnahme gut auf die folgende Ausbildung vorbereitet gefühlt habe. Er habe während des Aufenthaltes einiges Neue über sich gelernt und dabei seine Stärken und Schwächen besser kennengelernt. Durch die Art des Unterrichts habe er seine persönliche Leistungsfähigkeit gut entfalten können.</p> <p>An die Regeln des Wohnheims habe er sich erst nach einiger Zeit gewöhnen können, und die Freizeitangebote seien für ihn zu gering gewesen.“</p>	<p>Selbsteinschätzung</p> <p>Beurteilung des Aufenthaltes</p> <p>Beurteilung Wohnheim</p> <p>Beurteilung Freizeitangebot</p>	<p>Erinnerung an Fragebogenaktion</p>