

Vorwort

Menschen haben immer für ihren Lebensunterhalt arbeiten müssen. Einer sinngebenden Beschäftigung nachzugehen, in welcher Form auch immer, wird als ein Grundbedürfnis des Menschen formuliert. Mit den Veränderungen der Arbeitswelt heute und der anhaltend hohen Arbeitslosenzahl hat Arbeit einen neuen Stellenwert erhalten und kann im Sinne eines Tätigseins, wie Peter Weber es nennt, neu diskutiert werden.

Betrachtet man die Geschichte von Arbeit als Mittel zur Therapie, so kann ein Bogen geschlagen werden von der Antike bis zur Gegenwart (siehe Kapitel 1.6)

Mit dem Inkrafttreten der Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten im Jahre 1977 wurde die Arbeitstherapie fest im Berufsbild verankert. Dennoch blieb sie lange Jahre das Stiefkind in Ausbildung und Praxis. Sie galt als wenig modern, langweilig und monoton.

Bereits Ende der 60-er Jahre engagierte sich Christiane Haerlin für eine systematisch ausgerichtete Arbeitsweise der Arbeitstherapie. Durch ihre Arbeitserfahrung bei Douglas Bennett in England gewann sie schon früh die Erkenntnis, dass Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung psychisch kranker Menschen leistet. Douglas Bennett setzte Arbeit zur Behandlung bei seinen Patienten ein und führte zusammen mit Wing erste Untersuchungen zu ihrer Wirksamkeit durch.

Allmählich entwickelte sich ein Konzept arbeitstherapeutischen Handelns, das die Sicht über die Klinikmauern hinaus forderte und den Blick auf die Anforderungen der Arbeitswelt richtete.

Damals wurden zwei auch heutige noch gültige Grundregeln aufgestellt:



*Arbeit muss realitätsnah gestaltet werden.
Keine arbeitstherapeutische Behandlung ohne Perspektive.*

Der Frage, inwieweit diese beiden Grundregeln verwirklicht werden konnten und können, wird in diesem Buch nachgegangen, u.a. durch Beiträge aus den verschiedenen Praxisfeldern.

Die Entwicklung und Ausrichtung nach den ergotherapeutischen Modellen führt neben theoretischen Diskursen zunehmend auch zu professionel-

lerem Handeln in der Praxis. Die Übertragung der Modelle und die Anwendung ihrer Instrumente auch im arbeitstherapeutischen und arbeitsrehabilitativen Handeln werden heute erwartet. (siehe Kapitel 2.5 und 2.8).

Wirksamkeit und Nachhaltigkeit werden gefordert, ergotherapeutische Verfahren mithilfe evidenzbasierter Forschung daraufhin untersucht (siehe Kapitel 2.7)

Das Arbeitsfeld der Ergotherapeuten hat sich erweitert. Sie erobern sich zunehmend Aufgabenstellungen und Arbeitsplätze in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbMs), beruflichen Trainingszentren (BTZen), Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPKs), Tagesstätten, Integrationsfachdiensten u.a.

Auch einzelne ergotherapeutische Praxen haben sich arbeitstherapeutischen Inhalten geöffnet. Die derzeitige gesellschaftspolitische Entwicklung und die zunehmende Bedeutung ambulanter Leistungen fördern diesen Trend und bieten Ergotherapeuten die Chance, sich in neuen Wirkungsfeldern zu etablieren.

Geeignete Konzepte ergotherapeutischen Handelns im Hinblick auf die Veränderungen der Arbeitswelt und deren Anforderungen können in Betrieben Türen öffnen im Sinne präventiver und rehabilitativer Aufgaben. Einzelne Ergotherapeuten haben bereits entsprechende Angebote entwickelt und führen diese auch durch (siehe Kapitel 3.13)

Jenseits krankenkassenfinanzierter Leistungen finden sich andere Kostenträger wie z.B. die Rentenversicherung, die Berufsgenossenschaften, die Agentur für Arbeit/ARGE, das Integrationsamt u.a. Diese erwarten Dienstleistungen, die sowohl den Klienten/Kunden als auch die Arbeitswelt und ihre Anforderungen im Blick haben. Dazu gehört auch, dass in der gegenwärtigen arbeitsmarktpolitischen Situation die Bedeutung der Arbeit weiterhin betont, aber die alleinige Ausrichtung arbeitsrehabilitativer Zielsetzung auf die Integration in den Arbeitsmarkt kritisch diskutiert werden muss (siehe Kapitel 1.1)

Für die Ergotherapeutin ist es daher notwendig, Interesse zu entwickeln und sich Kenntnisse über gesellschaftspolitische Situationen, strukturelle Gegebenheiten und die sich daraus ergebenden Finanzierungsmöglichkeiten anzueignen (siehe Kapitel 1.2 und 1.3).

Die bisher klar geregelte Rehabilitationslandschaft verändert sich im Zuge der knapper werdenden Kassen, Institutionen kämpfen um ihre Existenz. Sie erweitern ihr Angebot und erschließen sich damit neue Aufgaben.

Im Sinne der Klienten ist es nicht zweckmäßig, institutionsbezogen zu denken. Im Gegenteil muss das Angebot einer Region nach dem funktionalen Ansatz analysiert und gegebenenfalls fehlende Angebote für eine optimale arbeitsrehabilitative Versorgung geschaffen werden (siehe Kapitel 1.5).

In der allgemeinpolitischen Diskussion über den so genannten dritten Arbeitsmarkt wird in der Hoffnung nachgedacht, neue Arbeitsplätze zu schaffen. Alternative Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit wie z.B. Zuverdienst müssen gerade für gesundheitlich beeinträchtigte und behinderte Menschen geschaffen werden. Hierfür sind Ideen, Kreativität, Mut, Durchhaltevermögen sowie der Zusammenschluss in Netzwerken und Kooperationen gefragt (siehe Kapitel 1.2 und 3.9).

Neben dem personenzentrierten Vorgehen, das insbesondere von der Aktion psychisch Kranke entwickelt und gefordert wird, ist es für Ergotherapeuten wichtig sich bewusst zu machen, in welchem Kontext sich sowohl Klienten als auch Therapeuten bewegen. Der Ansatz des systemischen Denkens ist hier hilfreich und notwendig. Er wird von Weber, Marotzki und Philippi bezogen auf ergotherapeutisches Handeln dargestellt im Beitrag „Arbeitstherapeutische Verfahren“ (Scheepers 2007).

Darüber hinaus ist es unterstützend, nicht nur die klassische medizinische Einteilung der Patienten und Klienten nach Diagnosen im Sinne der ICD 10 vorzunehmen, sondern auch die Betrachtung nach Funktionsfähigkeiten im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in das ergotherapeutische Denken miteinzubeziehen (siehe Kapitel 1.4)

Überwiegend findet arbeitstherapeutisches Handeln in der Arbeit mit psychisch kranken und behinderten Menschen statt. Dieses Buch hat daher den Schwerpunkt darauf gelegt.

Die Personengruppe der psychisch kranken Menschen muss in ihrer Heterogenität gesehen werden. Diesem Umstand wird in der Darstellung der unterschiedlichen Praxisfelder Rechnung getragen. Die Konzepte der einzelnen Angebote werden beschrieben, das praktische Tun wird verdeutlicht durch die Beschreibung des Behandlungs-/Rehabilitationsverlauf eines Klienten.

Uns war es wichtig, eine Sprachregelung zu finden, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt. Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir jedoch keine Doppelbezeichnungen verwendet. Da die überwiegende Zahl der Berufsangehörigen weiblich ist, wird in der Regel die weibliche Form genutzt.

Kirsten Köhler und
Friederike Steier-Mecklenburg

im Oktober 2007

auf Leistungsfähigkeit von psychisch erkrankten Menschen zutrifft, bleibt fraglich.

Ergotherapeutische Test-, Assessment- und Trainingsverfahren, die einen Aussage- oder Voraussagewert in Bezug auf Leistungen in einem beruflichen oder sozialen Umfeld im Sinne der ICF zulassen, sind in Zukunft stärker gefragt. Zur Dokumentation bieten sich die ICF-Checklisten an.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. ICF-Praxisleitfaden: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, 2. überarbeitete Auflage, Frankfurt am Main: Eigenverlag; 2006.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: Weltgesundheitsorganisation (WHO); 2005.
- Ewert T, Cieza A, Stucki G. Die ICF in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror.* 2002; 12: 157–162.
- Hemmingsson H, Jonsson H. The issue is – An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health – some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy.* 2005; 59: 569–576.
- Nagi S. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: Concepts, methods, and procedures. *American Journal of Public Health.* 1964; 54: 1568–1579.
- Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation.* 2003; 25: 1075–1079.
- Schuntermann M. Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – Offene Fragen. Landsberg/Lech: ecomed Medizin; 2005.
- Stamm T, Cieza A, Machold K, Smolen J, Stucki G. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2006; 53: 9–17.
- Viol M, Grotkamp S, Seger W. Personenbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion), Teil II: Personal Contextual Factors (Short Version), Part II. *Gesundheitswesen.* 2007; 69: 34–37.
- Viol M, Grotkamp S, van Treeck B, Nüchtern E, Haben T, Manegold B, Eckardt S, Penz M, Seger W. Personenbezogene Kontextfaktoren, Teil I: Ein erster Versuch zur systematischen, kommentierten Auflistung von geordneten Anhaltspunkten für die sozialmedizinische Begutachtung im deutschen Sprachraum. *Gesundheitswesen.* 2006; 68: 747–759.
- World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf: Weltgesundheitsorganisation (WHO); 2001.

1.5 Funktionen der Rehabilitation – das Kölner Instrumentarium

Christiane Haerlin,
Hermann Mecklenburg

Der „funktionale Ansatz“ ist bereits die ordnende Leitidee des „Expertenberichtes zur Reform der Psychiatrie“ aus dem Jahre 1988 gewesen (BMJFFG 1988), der die Funktionsbereiche Behandlung/Pflege/Rehabilitation, Wohnen, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Arbeit und berufliche Bildung definierte.

Funktionen sind die Schritte, auf die sich komplexe Handlungsabläufe zurückführen lassen. Die Autoren des Kölner Instrumentariums haben diese Form gewählt für die Beschreibung von Inhalten und Ablauf der Rehabilitation, um den nach wie vor häufig gewählten „institutionellen Ansatz“ zu überwinden. Mit der zunehmenden Bedeutung des „persönlichen Budgets“ sind deshalb Institutionen dazu aufgerufen, ihre Angebote nicht mehr als Gesamtpaket, sondern, je nach individuellen Erfordernissen, in Form von variablen Funktionen anzubieten.

Inzwischen hat sich für die gesamte Hilfeplanung und für die Hilfeangebote in der psychiatrischen Versorgung der „personenzentrierte Ansatz“ durchgesetzt (BMG 1999). Es wird „vom Bedarf der einzelnen Personen in ihrem Lebensfeld ausgegangen, statt von entwickelten Einrichtungstypen und den unterschiedlichen Kostenträger-Zuständigkeiten“ (BMG 1999, S. 18). Dies bedeutet, dass der Einzelne die Hilfen erhält, die er benötigt; nicht weniger, aber auch nicht mehr, dafür aber passgenau.

Das Kölner Instrumentarium (Abb. 1.6) hat mit der Beschreibung von 15 Funktionen den personenzentrierten Ansatz auf das Feld von Rehabilitation und beruflicher Integration übertragen (Haerlin 2006). Ein Beispiel soll dies erläutern.

Beispiel: Herr B. hat vor einem halben Jahr seine Arbeit verloren. Da in der Beratung (Funktionen 1 und 2) deutlich wird, dass noch residuale Krankheitssymptome vorhanden sind, wird eine Belastungserprobung (Funktion 3) empfohlen. Hier stellt sich nun rasch heraus, dass Herr B. noch mit guter Kompetenz über die Grundarbeitsfähigkeiten verfügt. So kann er nach kurzer Vorbereitung unmittelbar in das Berufliche Training (Funktion 8) übertreten, nachdem in der Rehaplanung das weitere Vorgehen abgeklärt wurde (Funktion 6). Weder der Zeitrahmen noch der Ablauf der Rehabilitation werden von einer Institution oder vom Kostenträger

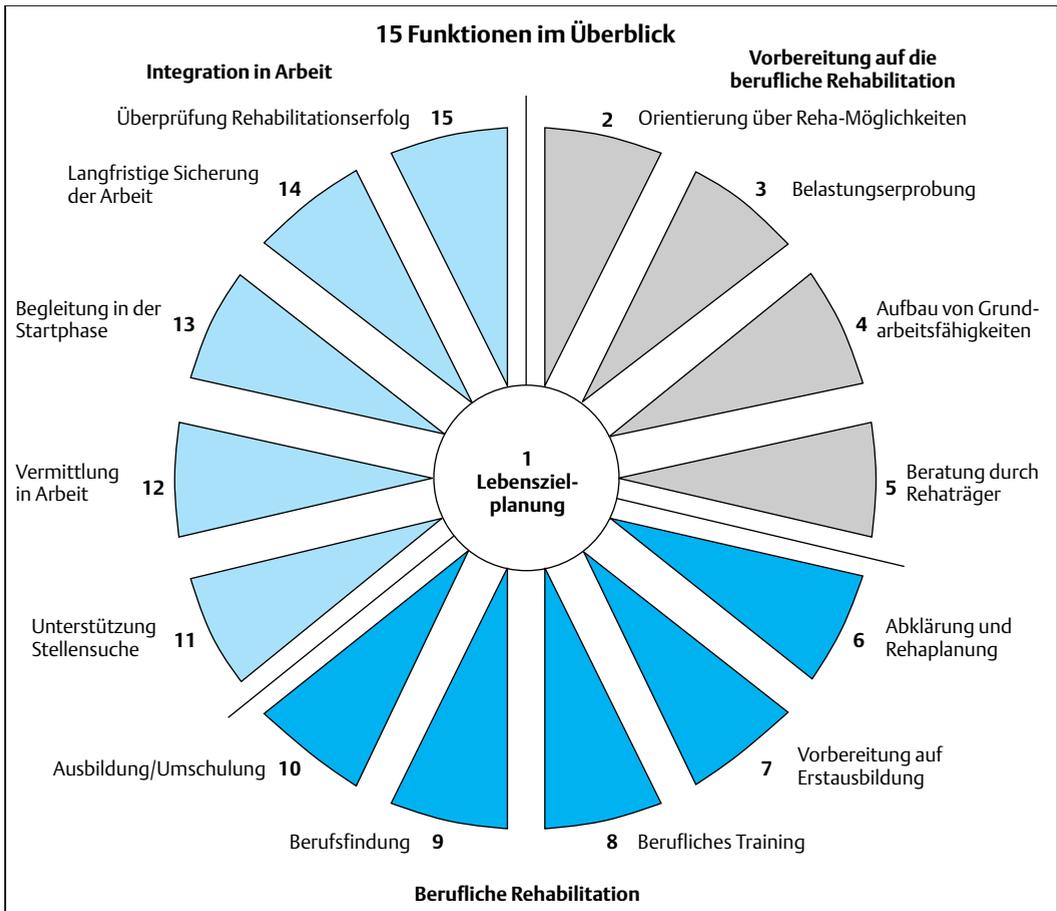


Abb. 1.6 Die Funktionen des Kölner Instrumentariums im Überblick.

vorgegeben, sondern sie richten sich nach dem individuellen Bedarf des Herrn B. Die Hilfen werden zwar in Institutionen durchgeführt. Diese müssen sich aber auf die Bedürfnisse des Herrn B. einstellen, anstatt dass Herr B. das nehmen muss, was die Institution anbietet.

Das Kölner Instrumentarium bezieht seine Legitimation aus einem „ganzheitlichen Ansatz“. Angewandt auf das therapeutisch-rehabilitative Handeln heißt das, die ganze Palette der möglichen Schritte zu überblicken, um sie auf den Einzelnen zuschneiden zu können. Ganzheitlich heißt auch, eine Grundhaltung zu praktizieren, die das gesamte relevante Beziehungsfeld umfasst:

- Die Person des Rehabilitanden: Der Einzelne ist in der Rehabilitation Verhandlungspartner der Professionellen auf gleicher Augenhöhe. Nach Beratung und Assessment entscheidet er, ob und welchen Weg er gehen will.
- Die Familie: Es ist bekannt, dass positive Erwartungen der Angehörigen die Prognose für den Erfolg der Rehabilitation verbessern (Ciompi 1979).
- Die Fachleute: Basierend auf der Entscheidung des Klienten setzen die Hilfen an, im Sinne der Definition von Douglas Bennett: „Das Ziel der Rehabilitation ist, den Behinderten dazu zu befähigen, seine verbliebene Fähigkeit bestmöglich zu nutzen in einer möglichst normalen sozialen Umgebung“ (Bennett 1978, S. 1). Es ist die Verantwortung der rehabilitativen und therapeutischen Fachleute, ein förderliches Rehabilitationsgefüge zu etablieren, sodass sich positive Wirkfaktoren entfalten können (Mecklenburg 1999). Zu diesen gehören eine an Ressourcen orientierte Haltung, die Vernetzung aller Beteiligten, der kontinuierliche Ablauf ohne „leere“ Zeiten und die Beziehungskonstanz zwischen Rehabilitand und Helfer sowie die Nähe zum Arbeitsmarkt und Wohnort.

1.5.1 15 Funktionen als Kompass für Wege in Arbeit

Die hier aufgeführten 15 Funktionen werden jeweils beschrieben und erläutert durch folgende Kategorien: Definition, Ziel, Zielgruppe, inhaltliche Beschreibung, Ort, Personal, Methode und Grundhaltung, rechtlicher und finanzieller Rahmen und die Art der Zusammenarbeit mit anderen. Im Internet ist die durch eine Redaktionsgruppe jeweils aktualisierte Version vollständig zu lesen (www.btz-koeln.de). Dabei wird insbesondere auf das Fallbeispiel verwiesen, das die Anwendung des Instrumentariums veranschaulicht. Im Folgenden werden die 15 Funktionen mit ihrem Ziel und ihrer Definition wiedergegeben.

Funktion 1: Beratung Lebenszielplanung

Die gesamte Lebenssituation und die sich daraus ergebende Lebenszielplanung steht als erste und zentrale Funktion im Mittelpunkt aller Bemühungen. Von hier aus geschehen die Vorbereitung und die spätere Durchführung der beruflichen Rehabilitation, sowie die Schritte zur Integration ins Arbeitsleben. Zu jeder Phase kann die Lebenszielplanung erneut beraten werden.

Ziel ist es, die Gesamtsituation nach psychischer Erkrankung zu betrachten, mit ihren privaten und beruflichen Aspekten.

Die Beratung ist eine spezielle Intervention, die aufgrund einer einschneidenden Veränderung der Lebenssituation, wie dies eine psychische Erkrankung darstellt, notwendig ist. Günstig ist eine Bezugsperson, die durch den Prozess der Rehabilitation im Sinne eines Case-Managers begleitet.

Funktionen 2 – 5: Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation

Diese Vorbereitung kann, muss aber nicht identisch mit der „medizinisch-sozialen Rehabilitation“ sein.

Funktion 2: Orientierung über Rehabilitationsmöglichkeiten

Das Ziel ist es, einen gründlichen Überblick über die individuellen Möglichkeiten zu erhalten. Konkrete Schritte können eingeleitet werden. Die Beratung besteht aus einer ein- oder mehrmaligen Intervention zu grundsätzlichen beruflichen Fragestellungen.

Funktion 3: Belastungserprobung

Das Ziel ist es, den derzeitigen Stand der Arbeitsfähigkeit nach akuter oder längerfristiger Erkrankung festzustellen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit wird im Sinne eines Assessments durch handlungsorientierte Erprobung in einem oder mehreren Arbeitsfeldern festgestellt.

Funktion 4: Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten

Das Ziel ist es, die Voraussetzung für eine berufliche Rehabilitation und spätere Arbeitstätigkeit zu schaffen. Der Aufbau der Grundarbeitsfähigkeiten ist ein mittel- bis langfristiger handlungsorientierter Vorgang, der nach längeren Phasen der Krankheit und Arbeitslosigkeit notwendig sein kann.

Funktion 5: Beratung durch Träger der Rehabilitation

Das Ziel ist festzustellen, welche Hilfen für eine Integration ins Arbeitsleben notwendig sind. Es wird eine erste Rehabilitationsplanung mit konkreten Vorschlägen erarbeitet. Diese Beratung geht mit dem individuellen formalen „Antrag auf Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ einher.

Funktionen 6 – 10: Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation umfasst beratende, diagnostische und trainierende Schritte mit dem Ziel der Integration ins Arbeitsleben.

Funktion 6: Abklärung und Rehabilitationsplanung

Das Ziel ist die Planung konkret fortzuschreiben und realistische Stufen mit den dazugehörigen Funktionen zu benennen, die zur Integration auf dem allgemeinen oder geschützten Arbeitsmarkt führen können. Die Abklärung ist ein diagnostischer, handlungsorientierter Vorgang, der sich an Belastungserprobung und Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten anschließen kann.

Funktion 7: Vorbereitung auf Erstausbildung

Das Ziel ist die Erreichung der Ausbildungsfähigkeit. Wenn das nicht möglich ist, wird eine alternative Qualifizierung für die berufliche Integration erarbeitet. Die Berufsvorbereitung ist ein individueller Prozess zwischen Schulabschluss und Eintritt in eine Ausbildung. Die Entwicklung von beruflich relevanten Qualifikationen und Verhaltensstandards, wie z. B. Lernkompetenzen, wird angestrebt.

Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität (<http://www.uniklinik-freiburg.de/zggf/live/Fachinformationen/EA/EA-Feldstudie.pdf>). Die Rehabilitation. 2000; 39: 255–261.

Voigt-Radloff S. The Occupational Therapy Assessment: Psychometric analyses within subgroups of different health service stages. Unveröffentlichte Master thesis; Hogeschool Amsterdam 2004.

World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf: World Health Organisation; 2001. www.dimdi.de

2.4 Arbeitsdiagnostische Instrumente und Verfahren

Kirsten Köhler

Das Wort „Diagnostik“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet Unterscheidung. „Es ist die methodische Erforschung der Merkmale eines Lebewesens oder Gegenstandes, um ihn mit bereits bekannten Begriffen erfassen zu können“ (Der neue Brockhaus 1974). Nach Fisseni (1990) bedeutet Diagnostik: Gründlich kennen lernen – entscheiden und beschließen. Diagnostik ist zentraler Bestandteil eines methodisch orientierten Vorgehens für Zielfindung, Behandlung und Evaluation.

Für den Begriff der Arbeitsdiagnostik bedeutet das Unterscheiden bzw. die methodische Erforschung der Merkmale eine differenzierte Erhebung der sozio-emotionalen und instrumentellen Fähigkeiten eines Klienten durch eine teilnehmende Beobachtung, Befragung und das Einholen von Hintergrundinformationen. Von einigen wird die Arbeitsdiagnostik als eine zeitlich befristete Maßnahme innerhalb der Arbeitstherapie gesehen. Andere verstehen sie als einen kontinuierlichen Prozess von diagnostischen Maßnahmen und daraus resultierendem Handeln bzw. Verhalten, der andauert, bis sich die Arbeitsfähigkeiten stabilisiert haben. Dieser Vorgang wird als Prozessdiagnostik bezeichnet.

Arbeitsfähigkeiten werden nicht ausschließlich im Erwerbsleben benötigt. Auch um ehrenamtliche Tätigkeiten durchzuführen oder im Bereich der Selbstversorgung sind zahlreiche Arbeitsfähigkeiten gefordert. Diese Aktivitäten unterscheiden sich von der Erwerbsarbeit dadurch, dass sie tariflich nicht geregelt, unbestimmter in ihren Anforderungen und zeitlich flexibler sind. Ziel der Arbeitsdiagnostik ist immer auch die Entwicklung einer Lebens- und/oder Arbeitsperspektive.

Instrumente sind Verfahrensweisen oder Hilfsmittel. Eine klare Trennung ist nicht immer möglich. Im letzten Jahrzehnt haben die im angloamerikanischen Raum entwickelten ergotherapeutischen Praxismodelle die Arbeit der deutschsprachigen Ergotherapie bestimmt. Die im Zusammenhang mit diesen Modellen entwickelten Befundinstrumente und Checklisten haben die ergotherapeutische Arbeit erweitert und bereichert. Die Frage nach der Wirksamkeit ergotherapeutischer Leistungen hat inzwischen auch in Deutschland die Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Effizienz gefördert. MELBA (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit), LFP (Lübecker Fähigkeitenprofil), O-AFP (Osnabrücker Fähigkeitenprofil) und EA (Ergotherapeutisches Assessment) sind Belege für diese Entwicklung.

Häufig wird, abgeleitet aus dem englischen Sprachgebrauch, statt von Instrumenten von Assessments gesprochen. Assessment beschreibt auch einen diagnostischen Prozess, der die aktuelle Leistungsfähigkeit überprüft und das Fähigkeitsprofil des Klienten erfasst. In diesem Prozess werden Instrumente eingesetzt. Man spricht dann auch von Assessmentinstrumenten.

Einige der im Folgenden beschriebenen Instrumente wurden auf der Basis angloamerikanischer Modelle entwickelt. Nach Hagedorn soll ein Modell „uns eine Reihe von Methoden und eine Perspektive zur Betrachtung von Situationen an die Hand geben, aber es sollte auch grundlegende Prinzipien bieten sowie Beweismaterial, das diese Prinzipien untermauert“ (Jersoch-Herold et al. 1999, S. 33). Nach Marotzki und Hack (1999, S. 177) repräsentieren Modelle „gebündeltes, systematisches Wissen unterschiedlicher theoretischer und praktischer ergotherapeutischer Herkunft“. Die Gefahr besteht, dass die Instrumente nach dem Nutzwert für die tägliche Praxis ausgewählt werden und die Chance vertan wird, sich mit den Modellen zu befassen. Dies würde bedeuten, sich intensiv und kritisch mit der schwierigen Frage nach dem zentralen Zugang der Ergotherapie zu ihren Aufgabengebieten auseinanderzusetzen (Marotzki et al. 1999).

Die im weiteren Text aufgeführten Instrumente, die auf dem Hintergrund eines Modells entwickelt wurden, müssen daher immer im Zusammenhang mit diesem betrachtet werden. Empfohlen wird die Nutzung der Instrumente aus einem Modell. Für eine umfangreiche Diagnostik reicht der Einsatz eines Instruments in der Regel nicht aus.

Es existieren Instrumente zur Anamnese des Klienten und zur handlungsorientierten Diagnostik, wobei eine klare Trennung nicht immer möglich ist. Bei

der anamnestischen Diagnostik werden Daten aus der Lebens- und Arbeitsgeschichte des Klienten, seiner derzeitigen Lebensgestaltung und seinem Umfeld ermittelt. Bei der handlungsorientierten Diagnostik wird der arbeitstherapeutische Prozess gemeinsam mit dem Klienten mithilfe von Instrumenten befundet.

Der Einsatz von Instrumenten setzt voraus, dass der Klient mit der Bearbeitung einverstanden ist und die Fähigkeit dazu hat. Er muss bei der Nutzung vieler Instrumente in der Lage und bereit sein, über sein Leben mit all seinen Facetten nachzudenken und den Wunsch nach Veränderung verspüren. Das setzt voraus, dass die Therapeutin dem Klienten die Gründe für die Wahl des Instrumentes und dessen Inhalt und Ziel erläutern muss.

Im Folgenden werden arbeitsdiagnostische Instrumente vorgestellt. Die Beschreibungen können keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie geben nur die wesentlichen Merkmale des Instruments wieder.

2.4.1 Arbeitsdiagnostische Instrumente

Berufs- und Arbeitsanamnese

Die Berufs- und Arbeitsanamnese wird in den ersten Tagen der arbeitstherapeutischen Behandlung oder arbeitsrehabilitativen Maßnahme erhoben und gibt Aufschluss über die bisherige Arbeitsgeschichte und die derzeitige Arbeitssituation. Es muss zwischen der Anstellung und dem Behalten einer Arbeitsstelle unterschieden werden. Bei der Einschätzung der Chancen für eine Anstellung sind die letzten zwei Jahre vor der Erkrankung wichtig, bei der Prognose für den Erhalt der Arbeit ist die Arbeitsgeschichte bedeutsam.

Einige Klienten erleben nach der Bearbeitung des Formulars ihre bisherige Arbeitsgeschichte als ein ständiges Versagen; anderen wird durch die Auflistung der bisherigen Tätigkeiten bewusst, dass sie in ihrem Arbeitsleben einiges geleistet haben. Nach Seyfried (1993) kommt es für den Klienten zur „(Wieder-)Aneignung der eigenen Geschichte“.

Auf einem Formblatt werden die harten Daten erfasst. Angelehnt an einen Lebenslauf enthält die Berufs- und Arbeitsanamnese Daten über Schulbesuche, Praktika, Ausbildungen und Berufstätigkeiten. Eine Unterteilung, wie sie allgemein in Lebensläufen gefordert wird, erschwert im klinischen Alltag das Erfassen der chronologischen Daten. Vielen Klienten fällt es schwer, einzelne Tätigkeiten diesen Bereichen zuzuordnen. Von daher wird der Patient/

Klient häufig gebeten, seine beruflichen Aktivitäten mit genauen Zeitangaben chronologisch aufzuführen. Erfragt werden in der Regel auch die Gründe für den Abbruch beruflicher oder schulischer Aktivitäten. In der Arbeitsrehabilitation ist eine Unterteilung in die oben genannten Bereiche wichtig und durchführbar.

Häufig wird auch nach dem Beruf der Eltern gefragt. Dies kann bei jungen Patienten wichtig sein. Eltern haben Erwartungen an die berufliche Zukunft ihrer Kinder, die häufig Folge der eigenen beruflichen Sozialisation sind. Bei seelischen Krisen ihrer Kinder sind sie bereit, jede Arbeit oder Ausbildung zu akzeptieren. Bessert sich die Befindlichkeit des Kindes, werden Hoffnungen wieder wach. Die Patienten sind dann in der Regel nicht mehr empfänglich für professionelle Aussagen.

Die weichen Daten beziehen sich auf psychosoziale Aspekte während der Schul-, Ausbildungs- und Arbeitszeiten. Auf einem Formular werden die Daten, die in Form eines Gesprächs ermittelt werden, festgehalten. Erfragt werden u.a. berufliche Wünsche, deren Verwirklichung, Belastungsfaktoren, Problemlösestrategien und das Kontaktverhalten zu Mitschülern, Ausbildern und Vorgesetzten. Eine Checkliste mit Fragen zur Arbeitsgeschichte kann hilfreich sein. Dieses Gespräch vermittelt dem Therapeuten wichtige Daten, ermöglicht aber auch dem Klienten einen reflektierenden Umgang mit seiner Arbeitsgeschichte. Die Dauer für dieses Gespräch beträgt ca. 30 Minuten und ist natürlich abhängig von der Dauer und Anzahl der beruflichen Tätigkeiten.

Worker Role Interview (WRI)

Das Worker Role Interview (Veloze 1998) ist ein auf dem Hintergrund des Models of Human Occupation (MOHO) entwickeltes Instrument. Das von Kielhofner in den letzten Jahrzehnten entwickelte MOHO stellt die Betätigung des Menschen in den Mittelpunkt. Das Betätigungsverhalten wird als Ergebnis der Interaktion von persönlichen und umweltbedingten Faktoren und der durchgeführten Aktivität verstanden. Daraus folgt, dass nicht die krankheitsbedingten Symptome, sondern deren Auswirkungen auf die alltägliche Lebensbewältigung bedeutsam sind.

Der Klient soll im Worker Role Interview verschiedene Aspekte seines Lebens und seines Arbeitsbereiches beleuchten, um dann gemeinsam die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen (Re-)Integration an den bisherigen Arbeitsplatz bzw. die bisherige Arbeit zu überprüfen. Das Worker Role Inter-

view ist ein semistrukturiertes Interview mit 16 Items zu Selbstbild, Werten und Interessen, Rollen, Gewohnheiten und Umwelt.

Aufgrund der anamnestischen Daten entscheidet die Ergotherapeutin, ob und wann sie das Instrument einsetzen kann. Sind z.B. Konflikte am Arbeitsplatz Mitauslöser für eine psychische Belastungsreaktion, sollte der Zeitpunkt für den Einsatz des Instrumentes im Team abgesprochen werden.

Die Autoren schlagen vor, das Interview wie eine Unterhaltung zu führen, um eine Vertrauensbasis aufzubauen. Wichtig sind nicht nur die harten Daten der Arbeitsgeschichte, sondern auch die emotionalen Äußerungen des Klienten. Als Hilfe für das Interview schlagen die Autoren Fragen zu den Auswirkungen der Erkrankung, zum Leben außerhalb der Arbeit, zu derzeitigen und früheren Arbeitsstellen und zur Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz vor. Anschließend erfolgt die Befunderhebung nach einer vierstufigen Ratingskala. Die Einstufung 4 bedeutet eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Rückkehr an den Arbeitsplatz, während die Einschätzung eines Items mit einer 1 gegen eine Rückkehr spricht. Ein Kriterienkatalog mit einer Definition zu den einzelnen Items erleichtert die Einschätzung. Die Dauer für die Befunderhebung wird nach einiger Routine mit 15 Minuten angegeben. Der Befund beeinflusst die Therapieplanung, indem entschieden werden muss, ob die Arbeitsfähigkeiten des Klienten sich noch verbessern können oder ob eine örtliche oder inhaltliche Veränderung am Arbeitsplatz möglich ist.

Am Schluss der Maßnahme empfehlen die Autoren eine zweite Befunderhebung. Ein Interview muss nicht noch einmal durchgeführt werden. Auf einem Bogen können die erhobenen Daten erfasst und verglichen werden. Der Zeitaufwand wird insgesamt mit 30–60 Minuten angegeben.

Worker Environment Inventory Scale (WEIS)

Worker Environment Inventory Scale (Moore-Corner 1995) ist ebenfalls ein auf dem Hintergrund des Models of Human Occupation (MOHO) entwickelter Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber. Er stellt keine Bewertung eines Arbeitsplatzes dar, sondern erfragt, welche Faktoren den Stelleninhaber beeinflussen und welche Wirkung diese auf ihn haben. Das Arbeitsverhalten eines Arbeitnehmers wird durch die räumliche Umgebung, Arbeitsmittel, soziale Gruppen und Beschäftigungsformen beeinflusst.

Die Worker Environment Inventory Scale besteht aus 17 Umgebungsfaktoren, die durch 17 Items auf dem Bewertungsbogen repräsentiert werden.

Worker Environment Inventory Scale ist für Klienten entwickelt worden, die einen Arbeitsplatz haben bzw. planen, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Das Instrument kann auch bei Klienten, die länger arbeitslos sind, eingesetzt werden, wenn es für die Therapie wichtig ist, die Einflüsse eines ehemaligen Arbeitsplatzes zu kennen und deren Auswirkungen auf Arbeitsleistung und Zufriedenheit.

Vor der Durchführung des Interviews werden Hintergrunddaten erhoben. Dazu können ein Besuch des Arbeitsplatzes und das Gespräch mit dem Arbeitgeber gehören. Hierzu ist das Einverständnis des Klienten unerlässlich. Das Manual enthält für die ungeübte Therapeutin vorformulierte Fragen zum Arbeitsverhalten. Nach einiger Routine reicht die im Anhang befindliche Kurzbeschreibung für die Interviewführung. Wichtig ist das gemeinsame Gespräch, um die Einflüsse der Arbeitsumgebung zu erfahren. Ein Abweichen von den vorgegebenen Fragen ist durchaus erwünscht.

Die Dauer des Interviews beträgt ca. 30 Minuten. Es kann auch in mehreren Sitzungen durchgeführt werden. Anschließend erfolgt die Bewertung der 17 Items. Jedes Item wird auf einer vierstufigen Skala bewertet. Die Einstufung 4 bedeutet, dass die Arbeitsumgebung die Arbeitsleistung unterstützt, die Zufriedenheit und das physische, emotionale und soziale Wohlbefinden fördert. Die Einstufung 1 besagt, dass die Arbeitsumgebung die Arbeitsleistung, Zufriedenheit und das physische, emotionale und soziale Wohlbefinden stark beeinträchtigt.

Der Klient wird über die Bewertung informiert. Gemeinsam werden die weiteren Schritte zur Wiederaufnahme der Arbeitsstelle geplant und vorbereitet. Diese können mögliche Veränderungen am Arbeitsplatz bedeuten oder die weitere Förderung des Klienten. Die Therapeutin berät und kann zwischen Stelleninhaber und Vorgesetzten vermitteln.

Worker Environment Inventory Scale ist ein selbstständiges Instrument. Es kann aber in Kombination mit dem Worker Role Interview genutzt werden. Dies setzt eine gute Kenntnis beider Instrumente voraus, um Wiederholungen zu vermeiden, da einige Fragenbereiche sich überlappen.

Arbeitsfähigkeitenkreis

Der Arbeitsfähigkeitenkreis ist eine grafische Darstellung der sozio-emotionalen und instrumentel-

behinderte Menschen und für Schulabgänger aus Sonder- und Lernhilfeschulen steigt ständig (BAGüS 2006).

Für die Werkstätten entstehen aus dieser Entwicklung Konsequenzen für die Zukunft. Innerhalb der Werkstatt könnte ein verbessertes Fallmanagement unter Einsatz von wissenschaftlich erprobten Verfahren, berufspraktische Vorbereitung mit Orientierung am Allgemeinen Arbeitsmarkt und eine differenzierte Prüfung des Zugangs zur Werkstatt helfen, die vorhandenen Plätze optimal auszunutzen. Die Werkstätten müssen sich verstärkt nach außen öffnen, z.B. in Form ausgelagerter Arbeitsplätze, als virtuelle Werkstatt oder über die Durchführung von Exkursionen und Praktika.

Nachbesserungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen könnten z.B. Integrationsprojekte fördern oder die Eingliederung auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen.

3.7.2 Ergotherapeutisches Handeln

Aufgaben, Ziele und Interventionen

Werkstätten sind trotz der einheitlichen Rechtsgrundlagen in der Werkstättenverordnung und im SGB IX höchst unterschiedlich strukturierte Organisationen. Einheitliche und standardisierte Zielsetzungen sind nicht möglich, sie werden von jeder einzelnen Werkstatt konzeptionell geprägt.

So gibt es auch nicht die eine Form ergotherapeutischen Handelns in einer Werkstatt, sondern eine Vielzahl an Möglichkeiten. Die Herausforderung für Ergotherapeuten in einer Werkstatt ist es, ein tragfähiges ergotherapeutisches Konzept zu entwickeln und zu implementieren. Ergotherapeuten laufen Gefahr, ihre eigene berufliche Identität im noch sehr oft wirtschaftlich geprägten Werkstattalltag zu verlieren.

Ergotherapeuten werden im Rahmen der Werkstatt für behinderte Menschen in verschiedenen Bereichen tätig. So im Rahmen des Eingangsverfahrens, im Berufsbildungsbereich, im Gruppendienst und/oder in der Abteilungsleitung des Arbeitsbereiches, in Außenarbeitsgruppen oder -plätzen und in Bereichen für schwerstmehrfachbehinderte Beschäftigte mit erhöhtem Förderbedarf. Sie arbeiten in der Regel eng mit anderen Kollegen in einem multiprofessionellen Team zusammen, z.B. mit den Fachkräften für Arbeits- und Berufsförderung und dem begleitenden Dienst der Werkstatt, dem sie manchmal auch organisatorisch zugeordnet sind.

Ergotherapeuten können bereichsübergreifende Aufgaben übernehmen und sind dann nicht nur an einem Ort tätig.

Entsprechend der gesetzlich festgelegten Aufgaben der Werkstätten für behinderte Menschen setzen Ergotherapeuten Ziele, führen vielfältige Interventionen durch und dokumentieren ihr Vorgehen und ihre Ergebnisse. Sie sind beteiligt an der Erstellung von fortzuschreibenden Eingliederungsplänen und beim Verfassen von Stellungnahmen, z.B. gegenüber Kostenträgern.

Die Werkstatt gibt Menschen mit Behinderung die Möglichkeit, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen.

Ergotherapeuten

- ermitteln differenziert Kompetenzen und Teilhabe (Partizipation) bezogen auf die Bereiche Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung unter Einsatz von Assessments.
- erheben Schul-, Berufs- und Arbeitsanamnesen und ergänzen die Sozialanamnese.
- ermitteln und analysieren Arbeitsanforderungen und Arbeitsfähigkeiten bezogen auf die angestrebte Perspektive, Adaptations- und Förderbedarf.
- entwickeln in Fallbesprechungen gemeinsam mit einem multidisziplinären Team mögliche Perspektiven für Teilnehmer und Beschäftigte.
- erstellen klientenzentriert Eingliederungspläne mit Zielsetzung und Interventionsplanung.
- entwickeln Förderprogramme und führen diese unter Berücksichtigung verschiedener Leistungsstufen durch.
- nutzen kompetenzzentrierte, interaktionelle und/oder ausdruckszentrierte Methoden in verschiedenen Sozialformen für Training und Förderung.
- Fertigen Medien, z.B. zur Diagnostik von Fähigkeiten und als Mittel zur Arbeitsunterweisung und Planung von Aktivitäten an, wie Arbeitsanleitungen, Arbeitspläne, Bewertungsbögen, Checklisten, Selbsteinschätzungsinstrumente, Leittexte, Bildkarten, Anschauungsstücke, Fertigungsmodelle u. a.
- gestalten die räumliche und soziale Umwelt von Teilnehmern und Beschäftigten und passen sie unter Anwendung adaptiver Verfahren an, z.B. durch ergonomische Analyse und Anpassung des Arbeitsplatzes, Erstellung von Hilfsmitteln, Grifadaptionen, Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation usw.
- reflektieren und evaluieren den Verlauf des Rehabilitationsprozesses regelmäßig mit Teilnehmern, Beschäftigten und dem multiprofessionellen Team.

Die Werkstatt führt Bildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit von behinderten Menschen durch.

Ergotherapeuten

- ermitteln gezielt (berufsbezogene) Interessen und Fähigkeiten der Teilnehmer.
- initiieren und führen individuelle Lernprozesse zum Erwerb und zur Verbesserung von Kompetenzen am oder außerhalb des Arbeitsplatzes durch.
- verwenden und gestalten Medien zu Bildungs- und Lernzwecken.
- gestalten Bildungsangebote zum Erwerb arbeitsbezogener und berufsspezifischer Kenntnisse und Fähigkeiten wie z.B. Grundlagen der EDV, Werkzeugkunde, Gartenpflege, Arbeitssicherheit, Maschinenbedienung, Bewerbungstraining u. a.
- gestalten Bildungsangebote zu Freizeitaktivitäten, zur Selbstversorgung oder relevanten gesellschaftlichen Themen, z.B. Gruppen zur Interessens- und Hobbyfindung, Frauengruppe, kreative Angebote, selbstständiges Wohnen, gesunde Ernährung, Körperpflege, Kochen, u. a.
- dokumentieren die Entwicklung und unterstützen diese durch gezielte Reflexion mit den Teilnehmern.

Die Werkstatt fördert den Übergang auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ergotherapeuten

- entwickeln Maßnahmen zur Förderung des Übergangs auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt.
- akquirieren Außenarbeitsplätze oder Praktikumsstellen auf dem regionalen Arbeitsmarkt.
- platzieren Klienten begründet unter Zuhilfenahme geeigneter Assessments, z.B. profilvergleichenden Verfahren.
- führen Praktika durch, begleiten sie und werten sie gemeinsam mit den Teilnehmern/ Beschäftigten aus.
- arbeiten Klienten an Außenarbeits- oder Praktikumsplätzen ein, qualifizieren am Arbeitsplatz (Jobcoaching, Training on the Job).
- beraten und informieren Arbeitgeber, das kollegiale Umfeld sowie Angehörige.
- beziehen zeitgerecht begleitende Dienste in den Rehabilitationsprozess ein.

Assessments

Ergotherapeuten nutzen in der Werkstatt für behinderte Menschen verschiedene Formen der Befunderhebung:

- Unstrukturierte Verfahren, wie z.B. das beiläufige Sammeln von Daten, freie Beobachtung und Gespräche am Arbeitsplatz.
- Strukturierte Verfahren, wie z.B. der Einsatz getesteter Instrumente (Assessments) oder selbst entwickelter Instrumente, in Form von Beobachtungsbögen, Checklisten und Interviews.
- Standardisierte Testverfahren, z.B. zur Erfassung manueller Geschicklichkeit.

Die Auswahl der Befunderhebungsmethode sollte sorgfältig erwogen werden und steht in Abhängigkeit zu den gewünschten Informationen, der Klientengruppe und des Werkstattkonzeptes.

Die Durchführung von Assessments ist immer dann sinnvoll, wenn es darum geht, gezielt Informationen zu sammeln. Sie bietet eine hohe Zuverlässigkeit, ermöglicht Vergleichbarkeit und Effizienznachweis. Die einheitliche Terminologie erleichtert die Kommunikation innerhalb und außerhalb der Werkstatt. PC-Versionen und Formblätter unterstützen die Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse. Beispiele üblicher Assessments sind in **Tabelle 3.5** aufgelistet.

Selbst entwickelte Instrumente sind in der Regel genau auf die Bedingungen der Werkstatt zugeschnitten. So entsteht ein hoher Grad an Identifikation und „interner Akzeptanz“. Kritisch zu sehen sind dabei der Mangel an fester Terminologie, die fehlende wissenschaftliche Aussagekraft und der reduzierte Grad an Reliabilität und Validität, besonders in der Zusammenarbeit mit Kostenträgern und externen Kooperationspartnern.

Fazit

Ergotherapeuten bringen aufgrund ihrer Ausbildung genau das Wissen und die Kompetenzen mit, die für die Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen notwendig sind.

Dennoch gelingt es ihnen häufig noch nicht ausreichend, ihre Arbeit und ihre Einsatzmöglichkeiten transparent zu machen. Das Potenzial ergotherapeutischen Handelns wird nicht voll ausgeschöpft. Der gesetzliche Auftrag der Werkstätten und die aktuelle Entwicklung erfordern differenzierte Konzepte zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses. Ergotherapeuten sind prädestiniert, die „Schnittstellen“ zwischen Schule und Werkstatt und zwischen der Werkstatt und dem Arbeitsmarkt inhaltlich zu gestalten. Innerhalb der Werkstatt können sie durch bereichsübergreifende Arbeit helfen, Abläufe effektiver zu gestalten, und spezielle Aufgaben übernehmen.

Tab. 3.5 Beispiele üblicher Assessments

Assessment	Beschreibung	Herausgeber/Bezug
MELBA	Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit.	Miro GmbH/Lich www.melba.de
MELBA SL	„Das Modul MELBA SL ermöglicht eine differenziertere Dokumentation von Fähigkeiten und Anforderungen im Bereich unterdurchschnittlicher Ausprägungen und stellt damit eine Ergänzung zur Standardversion von MELBA dar.“	
IDA	Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten.	
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt.	www.imba.de
DLM	Detmolder Lernwegemodell.	Lebenshilfe Detmold e.V.
O-AFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeiten-Profil.	Hogrefe-Verlag/Göttingen
PAC	Progress Assessment Chart – Systematische Einschätzung zur Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung. Erfasst die Bereiche Beschäftigung, Selbsthilfe, soziale Integration, Kommunikation und das Persönlichkeitsbild. Verschiedene Versionen, z.B. PAC 2: Systematisches Beobachtungs- und Förderverfahren für Jugendliche und Erwachsene mit einer geistigen oder Lernbehinderung.	
MOHOST	Model of Human Occupation Screening Tool. Befunderhebungsinstrument zum Erheben eines ganzheitlichen Bildes des Betätigungsverhaltens unter den Aspekten Wille (Volition), Gewohnheit (Habituation), Durchführung der Betätigung (Performance Capacity) und der Umwelt.	Verlag modernes lernen/ Dortmund
WRI	Worker Role Interview (MOHO).	Schulz-Kirchner, Idstein (Veröffentlichung voraussichtlich 2008)
WEIS	Work Environment Impact Scale (MOHO).	
MAST	Manual Abilities Scanning Tests. Testverfahren zur Ermittlung manueller Geschicklichkeit (MAST, Wilcock 1982).	
HAMET 2	Ein Test in Form handlungsorientierter Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen.	www.hamet.de BBB Waiblingen/Waiblingen

men. Durch die Fähigkeit zur differenzierten Fähigkeits- und Anforderungsanalyse gelingt eine gezielte Platzierung von Klienten. Die methodischen Kompetenzen zur Befähigung von Menschen ermöglichen berufs- und persönlichkeitsbezogene Lern- und Bildungsprozesse.

3.7.3 Fallbeispiele

Anhand der folgenden Fallbeispiele werden Möglichkeiten ergotherapeutischen Handelns in Werkstätten für behinderte Menschen aufgezeigt. Alle Fallbeispiele beruhen auf realen Gegebenheiten. Die beschriebenen Vorgehensweisen stehen im Kontext zum Konzept der jeweiligen Einrichtungen. Erarbeitet wurden die Fallbeispiele gemeinsam mit Maria

Beckmann, Melanie Haarlammert und Georg Rosenkranz.

Ergotherapie in einem Berufsbildungsbereich

Frau S. ist Teilnehmerin im Berufsbildungsbereich, 20 Jahre alt, mit der Diagnose: Geistige Behinderung, Down-Syndrom und Sprachbehinderung.

Frau S. schließt mit 19 Jahren die Schule für geistige Entwicklung ab. Sie lernt die Werkstatt schon während der Schulzeit über ein dreiwöchiges Praktikum im Berufsbildungsbereich kennen. Für die Eltern wird in diesen Wochen ein Elternabend durch die Sozialpädagogin und Ergotherapeutin gestaltet, die über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabili-

tation in der Werkstatt für behinderte Menschen informieren. In einem nachfolgenden Aufnahmegespräch unter Beteiligung der Schülerin, der Eltern und des Lehrers wird vereinbart, das Eingangsverfahren einzuleiten.

Frau S. wird in die Werkstatt für behinderte Menschen aufgenommen und lernt jetzt Strukturen eines Arbeitsalltages kennen. Sie muss sich zunächst räumlich und personell orientieren. Die Ergotherapeutin setzt hierzu Medien ein. Sie hat Bildkarten zu Mitarbeitern und Abteilungsbezeichnungen angefertigt, Lagepläne mit entsprechenden Lernaufgaben unterstützen die räumliche Orientierung. Frau S. begleitet die Ergotherapeutin häufig bei der Materialbeschaffung in verschiedene Abteilungen und lernt so immer sicherer Räume und Wege kennen. Erste Arbeitserprobungen finden im Rahmen von einfachen Verpackungs- und Montagearbeiten statt.

Zur umfassenden Diagnostik der Fähigkeiten und Fertigkeiten setzt die Ergotherapeutin verschiedene Assessments ein. Die manuelle Geschicklichkeit und den Umgang mit Leistungsdruck ermittelt sie über die Durchführung des MAST-1-Tests (Manual Abilities Scanning Test). Frau S. fällt es schwer, Anweisungen zu befolgen und Regeln einzuhalten. Sie wählt eigene Vorgehensweisen, um das Ergebnis zu erreichen.

Im Eingangsverfahren der Werkstatt wird als Standard immer ein Fähigkeitsprofil nach MELBA erhoben. Die Ergotherapeutin entschließt sich bei dieser Teilnehmerin zur zusätzlichen Durchführung des PAC 2, um Daten zu den Themen „Beschäftigung“ und „Selbstversorgung“ zu erheben. Die Auswertung ergibt, dass Frau S. besonders in den Bereichen Hygiene und Ernährung auf Unterstützung angewiesen ist.

Am Ende des Eingangsverfahrens erstellt die Ergotherapeutin in enger Absprache mit der Sozialpädagogin die Bildungs- und Begleitplanung (Eingliederungsplan) mit Schwerpunktzielen und methodische Vorgehensweisen für die anschließende Berufsbildungsmaßnahme. Die Ziele werden gemeinsam mit Frau S. festgelegt:

- Frau S. steigert ihre kognitiven Fähigkeiten und fasst Arbeitsanweisungen vollständig auf.
- Sie steigert ihre Fähigkeiten zur Arbeitsausführung und arbeitet ausdauernd bis zu 30 Minuten.
- Sie erweitert ihre sozialen Kompetenzen am Gruppenarbeitsplatz, lernt, Regeln einzuhalten und mit anderen zusammenzuarbeiten, und verbessert ihre lebenspraktischen Fähigkeiten im Hinblick auf Hygiene und Ernährung.

Frau S. fällt es schwer, sich an Regeln und vereinbarte Zeiten zu halten. Sie gestaltet ihre Toiletten-

gänge ausgedehnt und entzieht sich regelmäßig der Arbeit. Die Ergotherapeutin erarbeitet gemeinsam mit der Gruppe Verhaltensregeln. Diese werden schriftlich fixiert und in der Gruppe ausgehängt. Es wird vereinbart, sich gegenseitig an die Einhaltung der Regeln zu erinnern.

Frau S. zeigt wenig Interesse für Bildungs- und Arbeitsangebote. Es gelingt ihr noch nicht, eine arbeitsbezogene Rolle einzunehmen. Über stark vorstrukturierte, einfache Aufgaben erfährt Frau S. Erfolgserlebnisse und kann ihre Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit steigern.

Ihr Interesse an den Gruppenmitgliedern steigt stetig. Die Ergotherapeutin regt die Teilnahme an fördernden Bildungsangeboten an. So nimmt Frau S. von nun an wöchentlich an der „Frauengruppe“, „Erzählrunden“ und einer „Sportgruppe“ teil. Bei allen Angeboten wird sie auch durch die Ergotherapeutin begleitet.

Bei Arbeitsaufträgen setzt die Ergotherapeutin jetzt vermehrt die Teamarbeit als Sozialform ein. Frau S. übernimmt die Verantwortung für Teilbereiche, z.B. die Beschaffung bestimmter Arbeitsmaterialien.

Zum Ende des ersten Jahres (Grundkurs) unternimmt Frau S. gemeinsam mit der Ergotherapeutin Orientierungsfahrten zu den Nebenstellen der Werkstatt und nimmt an Rundgängen innerhalb der WfbM teil. Vor den Besuchen werden gemeinsam Fragestellungen erarbeitet, die vor Ort geklärt werden sollen. Frau S. bringt von ihren Erkundungen Produkte aus der Fertigung mit und stellt diese der Gruppe vor.

Die Ergotherapeutin begleitet einen Entscheidungsprozess, an dessen Ende Frau S. sich auf zwei verschiedene Praktikumsstellen für den Aufbaukurs festlegen wird.

Die Bildungs- und Begleitplanung wird in Vorbereitung auf das Praktikum abgestimmt, Ziele und methodische Vorgehensweisen für den Praktikumsplatz ergänzt.

Als Rehabilitationsziel wird derzeit übereinstimmend die Eingliederung in den Arbeitsbereich der Werkstatt angestrebt. Eine Eingliederung auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt ist nicht möglich.

Ergotherapie als bereichsübergreifende Aufgabe

Herr K. ist Landwirt mit der Diagnose: Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, Depression.

Er wird im Alter von 51 Jahren in die Werkstatt für behinderte Menschen aufgenommen. Die Ergotherapeutin lernt ihn zu Beginn des Eingangsverfahrens

rens kennen. Herr K. ist ein sogenannter „Quereinsteiger“, d. h., er gehört zu den Teilnehmern mit beruflicher Vorerfahrung, die in die WfbM aufgenommen werden. Diese werden von der zuständigen Ergotherapeutin individuell betreut. Zunächst wird eine differenzierte Berufs- und Arbeitsanamnese erhoben:

Herr K. absolvierte nach seinem Realschulabschluss eine landwirtschaftliche Lehre. Er schloss ein Studium der Agrarwissenschaften an. Sein Ziel war es, sich später wissenschaftlich mit der Veredelung von Nutzpflanzen auseinanderzusetzen. Im Alter von 21 Jahren erlitt er einen Autounfall, bei dem er sich schwere Schädel-Hirn-Verletzungen zuzog. Durch langjährige Therapie erlangte er eine fast vollständige Wiederherstellung der motorischen Funktionen. Herr K. konnte wieder laufen. Seine kognitiven Einschränkungen blieben zum Teil bestehen. Herr K. litt unter Konzentrationsproblemen, einer defizitären Auffassung und reduzierter Ausdauer. Komplexe Situationen und Informationen konnte er nicht mehr erfassen und verarbeiten. Eine Fortsetzung des Studiums kam nicht mehr infrage.

Herr K. nahm eine Tätigkeit in einer Gärtnerei auf. Dort arbeitete er in den vergangenen 30 Jahren. Er führte einfache, strukturierte Tätigkeiten wie Fegen, Umgraben und Umpflanzen durch. Im Laufe der Jahre traten zunehmend emotionale und soziale Unsicherheiten auf. Herr K. empfand seine Kollegen als wenig rücksichtsvoll, fühlte sich nicht akzeptiert. Die Vorwürfe, er würde simulieren, sich nicht richtig anstrengen, empfand er als kränkend. Als die Situation sich weiter zuspitzte, gab Herr K. das Arbeitsverhältnis auf und bemühte sich um die Aufnahme in der Werkstatt für behinderte Menschen.

Für das Eingangsverfahren wird Herr K. aufgrund der beruflichen Vorerfahrung in die Abteilung „Garten- und Landschaftsbau“ aufgenommen. Die Ergotherapeutin betreut Herrn K. von nun an regelmäßig an seinem Arbeitsplatz. Sie ist seine Ansprechpartnerin für Fragen, Probleme und organisatorische Angelegenheiten.

Die Ergotherapeutin erhebt einen motorisch-funktionellen Befund. In der manuellen Geschicklichkeit zeigt Herr K. nur geringe Defizite. Leichte Gleichgewichtsprobleme und eine gelegentlich auftretende Rumpfinstabilität kompensiert er gut.

Die psychischen Arbeitsfähigkeiten werden über das Assessment MELBA SL dokumentiert. Durch Beobachtungen am Arbeitsplatz, kontinuierliche Reflexionsgespräche mit dem Teilnehmer und einen regelmäßigen Austausch mit dem Gruppenleiter, einem ausgebildeten Gärtner mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung, ergibt sich ein differenziertes Bild.

Im Vordergrund steht eine starke Selbstunsicherheit, Herr K. benötigt viel Unterstützung zu Beginn von Aufgabenstellungen. Er hat Angst, Fehler zu machen, den Anforderungen nicht zu genügen. Die Teilnahme an einer Berufsbildungsmaßnahme ist sinnvoll.

In der „Bildungs- und Begleitplanung“ werden Ziele und Maßnahmen gemeinsam mit ihm erarbeitet und festgelegt.

Die Berufsbildungsmaßnahme erfolgt bei Herrn K. „integrativ“. Er bleibt in der Abteilung „Garten- und Landschaftsbau“. Herr K. festigte sein Selbstbild über die langsame Steigerung von Leistungsanforderungen. Es gelingt ihm, immer selbstständiger zu arbeiten. Auch im Rahmen von Teamarbeiten erweitert er seine sozialen Kompetenzen und gewinnt an psychischer Stabilität. Probleme bereitet ihm jedoch sein Status als „Mitarbeiter einer Werkstatt für behinderte Menschen“. Er kann sich mit dieser Rolle nicht identifizieren, schämt sich, anderen Personen von seinem Arbeitsplatz zu berichten. Die Ergotherapeutin bindet ihn in ein von ihr gestaltetes Kursangebot ein. „Werkstatt und Ich“ orientiert sich am Konzept ZERA (Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit). In Kleingruppen wird das Thema „Arbeit in der Werkstatt für behinderte Menschen“ erarbeitet und diskutiert. Die Ergotherapeutin hat dazu ein Skript und Medien erstellt. Es geht u. a. um die persönliche Bedeutung von Arbeit, Vor- und Nachteile einer Beschäftigung in der WfbM und die Auseinandersetzung mit eigenen beruflichen Zielen.

Herr K. nimmt sehr engagiert an diesem Bildungsangebot teil. Es gelingt ihm, seine Situation neu zu bewerten. Ihm wird bewusst, dass er besondere Bedingungen am Arbeitsplatz benötigt, um sich wohlfühlen zu können. Er möchte sich nicht mehr von Vorurteilen seiner Umgebung leiten lassen, sondern trifft für sich die Entscheidung, weiterhin in der Werkstatt arbeiten zu wollen. Herr K. wird in den Arbeitsbereich der Werkstatt eingegliedert. Die Bildungs- und Begleitplanung wird fortgeschrieben. Seine Entwicklung wird dokumentiert. Die Ergotherapeutin zieht sich zunehmend aus der Begleitung zurück, kann aber bei Schwierigkeiten in der Zukunft jederzeit wieder hinzugezogen werden.

Ergotherapie in einer virtuellen Werkstatt

Herr L. ist 43 Jahre alt und Arbeiter mit der Diagnose: Minderbegabung nach frühkindlicher Hirnschädigung, symptomarme Psychose F20.

Herr L. tritt vor einem halben Jahr in die virtuelle Werkstatt ein. Er befindet sich zu diesem Zeitpunkt in einem Arbeitstrainingsprojekt. Die Verlaufsdocumentation und der Entlassungsbericht des Projektes empfehlen, Herrn L. auf dem geschützten Arbeitsmarkt einzugliedern. Eine Belastbarkeit für den Allgemeinen Arbeitsmarkt liegt nicht vor.

Der Ergotherapeut erhebt gemeinsam mit ihm die Berufs- und Arbeitsanamnese und besucht ihn am derzeitigen Arbeitsplatz, der zunächst als Werkstattarbeitsplatz übernommen werden soll.

Herr L. verlässt mit 16 Jahren die Sonderschule. Einen Berufseignungslehrgang kann er nicht erfolgreich abschließen. In den folgenden 26 Jahren wechseln sich immer wieder befristete Arbeitsverhältnisse und Jahre von Arbeitslosigkeit ab. Er sammelt unterschiedliche berufliche Erfahrungen, z.B. im Gartenbereich und als Gemeindearbeiter. Vor 10 Jahren erkrankt Herr L. an einer Psychose und muss stationär behandelt werden. Auch am Arbeitsplatz entwickelt er paranoide Vorstellungen, er fühlt sich durch seine Kollegen einem unerträglichen Mobbing ausgesetzt. Als im darauffolgenden Jahr, durch die schwere Erkrankung beider Eltern, zusätzliche Belastungen für Herrn L. entstehen, wird er nach erneutem stationären Aufenthalt berentet. Er übernimmt die Pflege seiner Eltern.

Erst sechs Jahre später unternimmt er einen erneuten Versuch, berufstätig zu werden. Der Vater ist inzwischen verstorben. Herr L. wohnt in einer eigenen Wohnung und besucht die Mutter regelmäßig.

Über ein Arbeitstrainingsprojekt tritt er die Tätigkeit eines Hausmeistergehilfen in einer Kirchengemeinde an. Er leistet dort ausschließlich Hilfstätigkeiten. Oft sind dies auch schwere körperliche Arbeiten. Herr L. ist unzufrieden: Er kann seine Fähigkeiten an diesem Arbeitsplatz nicht einbringen, sich nicht entwickeln. Es fällt ihm jedoch schwer, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern oder sich abzugrenzen. Durch seine angepasste, hilfsbereite Art steigen die Belastungen sogar noch weiter.

Veränderungen am Arbeitsplatz und eine regelmäßige Betreuung durch den zuständigen Ergotherapeuten der virtuellen Werkstatt werden vonseiten des Beschäftigungsgebers nicht ausreichend unterstützt. Gemeinsam mit Herrn L. beschließt das Team, nach einem neuen Arbeitsplatz zu suchen. Der Ergotherapeut erstellt ein Fähigkeitsprofil über das Verfahren MELBA. Für die Diagnostik nutzt er neben den Beobachtungen am Arbeitsplatz auch das Verfahren IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten). Im Profil werden die Stärken im Bereich der „Merkmale zur Art der Arbeitsausführung“ ebenso deutlich wie die eher schwachen Pro-

filwerte in den „sozialen Merkmalen“. Eine Tätigkeit im haustechnischen Bereich soll weiterhin angestrebt werden. Das Team der virtuellen Werkstatt akquiriert einen geeigneten Arbeitsplatz und der Ergotherapeut erhebt vor Ort ein Anforderungsprofil. In einem Profilvergleich ergibt sich ein angemessener Grad an Übereinstimmung. Herr L. wird am neuen Arbeitsplatz eingegliedert. Der Ergotherapeut sucht ihn dort mindestens zweimal pro Woche auf. Gemeinsam werden Ziele vereinbart. Herr L. soll z.B. seine Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern steigern, ein gepflegtes äußeres Erscheinungsbild erreichen und berufsspezifische Fertigkeiten erlangen. In Form eines Jobcoachings qualifiziert der Ergotherapeut Herrn L. vor Ort. Er erlernt u.a. den sicheren Umgang mit einer Kehrmaschine. Regelmäßig finden Reflexionsgespräche am Arbeitsplatz auch mit Vorgesetzten statt. Herr L. erhält positive Rückmeldungen zu seinem Auftreten und seinen Leistungen. Er wird immer mehr in den Betrieb integriert, nimmt auch an Feiern und Betriebsversammlungen teil.

Im Rahmen der virtuellen Werkstatt nimmt er an arbeitsbegleitenden Bildungsmaßnahmen teil. Insbesondere unter interaktioneller Zielsetzung finden regelmäßig freizeitbezogene Gruppenaktivitäten, wie z.B. Kanufahren, Besuche von Ausstellungen, Klettern usw., statt. Auch der Ergotherapeut der Werkstatt gestaltet einen Teil der Angebote.

Herr L. gewinnt immer mehr an Selbstvertrauen. Der neu gewonnene Status stärkt sein Selbstbild. Er schafft es heute besser, sich abzugrenzen, übernimmt angemessen Verantwortung und hat sich psychisch stabilisiert.

Literatur

- BMAS. Bericht der Bundesregierung über die Situation behinderter und schwerbehinderter Frauen und Männer auf dem Ausbildungsstellenmarkt. Drucksache Deutscher Bundestag 15/5922; 2005.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). Teilhabe durch berufliche Rehabilitation. Online-Handbuch für Beratung, Förderung, Aus- und Weiterbildung. www.ausbildungberufchancen.de/handbuch/vollversionen/wfbm.php
- Bundesanstalt für Arbeit und BAG: WfbM. Rahmenprogramm für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen 2002. www.bagwfbm.de oder www.arbeitsagentur.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). Zugangszahlen und Bedarfsplanung der Werkstätten für behinderte Menschen aus der Sicht der Sozialhilfeträger – Bestandsauf-

Tab. 3.9 Umwelt

Belastungen	Ressourcen
Arbeitszeiteinteilung <ul style="list-style-type: none"> – Nacht- und Schichtarbeit – Überlange Arbeitszeit – Wochenendarbeit 	– Individuelle bzw. selbstständige Zeiteinteilung
Soziale Situation <ul style="list-style-type: none"> – Konflikte mit Vorgesetzten – Mobbing 	– Soziale Unterstützung
Räumliche/stoffliche Umgebung <ul style="list-style-type: none"> – Lärm, Hitze, Nässe – Beleuchtung – Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung 	– Gute räumliche Ausstattung
Körperliche Belastung <ul style="list-style-type: none"> – Einseitige Muskelbeanspruchung – Schwere Lasten 	– Arbeitsmittel

Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung und Ergotherapie

Gerade die Ergebnisse der oben zitierten BIBB/BAuA-Untersuchung machen deutlich, dass Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention mehrdimensional konzipiert werden müssen, um Personen- sowie Aufgaben- und Umwelaspekte kontextabhängig einbeziehen zu können. Dies gilt für den gesamten Prozess: die Analyse, die Interventionsgestaltung und die Evaluation. Lenhardt und Rosenbrock schreiben hierzu: „Komplexität und Veränderungsdynamik des Interventionsfeldes ‚Arbeit und Gesundheit‘ erfordern einen Typus präventiver Praxis, der sich von den Schwerpunktsetzungen und Handlungslogiken einer hierarchisch-regulativen, technikzentrierten und expertenorientierten Prävention traditioneller Prägung vor allem durch einen erweiterten inhaltlichen Problembezug sowie durch differenzierte flexiblere Kooperationsmuster deutlich abhebt“ (Lenhardt 2004, S. 295). Ergotherapeutisch kann der erweiterte inhaltliche Problembezug über den konsequenten Ansatz an der Perspektive des einzelnen Mitarbeiters auf seine Arbeitssituation entwickelt werden. Dies geht allerdings nur, wenn die vielfältigen Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher und arbeitspsychologischer Forschung über Arbeitsbelastungen einbezogen werden. In kooperativer Zusammenarbeit mit dem Mitarbeiter können dann langfristige Strategien entwickelt werden, die sowohl biografisch als auch auf die Betätigungsgewohnheiten in- und außerhalb des Arbeitskontextes ausgerichtet sind. Ergotherapeutische Modelle liefern hierzu allgemeine betätigungsbezogene Vorla-

gen, die sich für den Erwerbsbereich noch weiter spezifizieren lassen.

Als spezielle beratende und begleitende ergotherapeutische Aufgabenstellungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention kommen infrage: Ergonomie und Arbeitsplatzgestaltung, Early Intervention, Rückkehr an den Arbeitsplatz, Unterstützung bei Arbeitsplatzwechsel, Übergang in den Ruhestand. Hier steht die Ergotherapie noch ganz am Anfang.

Das folgende Praxisbeispiel von Peggy Adam macht die Komplexität eines solchen Ansatzes deutlich, der hier auch auf Interdisziplinarität mit der Physiotherapie aufbaut. Zudem wird das Potenzial der Ergotherapie für präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben im Erwerbsarbeitsbereich deutlich.

3.13.2 Pilotprojekt eines ergotherapeutischen Arbeitsplatzprogramms „Gesundes Verhalten am Arbeitsplatz“

Peggy Adam

Meine Tätigkeit als Gesundheitscoach erfülle ich im Personalwesen bei der Volkswagen AG im Werk Wolfsburg. Meine Aufgabe umfasst die Koordination eines Teams, welches für die Durchführung der Gesundheitspause im Personalkonzept Work2Work (Aufgabengebiet: Einsatz von leistungsgewandelten

Mitarbeitern) verantwortlich ist. Das Team besteht aus zwei Mitarbeitern, die zu Übungsleitern für Gesundheitssport ausgebildet wurden, und Honorarkräften (zwei Physiotherapeuten, eine Ergotherapeutin). Neben diesem Aufgabengebiet besteht mein Auftrag in der Entwicklung, Begleitung und Durchführung von Projekten in der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Tätigkeit, die sich in einem Automobilunternehmen auf die Gesundheit der Mitarbeiter bezieht, bringt vielfältige Erfahrungen in der Erarbeitung und Durchführung von Konzeptionen zu arbeitsplatzbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten mit sich.

Vorüberlegungen

Laut dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) werden Klienten im Rahmen von gesundheitsfördernden und präventiven ergotherapeutischen Interaktionen über gesundheitliche Aspekte ihrer alltäglichen Aktivitäten aufgeklärt. Sie werden bezüglich ihrer Interessen, Routinen, Gewohnheiten, Bewegungs- und Handlungsabläufe beraten, um aktiv ihre soziale und natürliche Umgebung verändern zu können. Neben individuellen Beratungen können zielgruppen- und settingspezifische Maßnahmen durchgeführt werden (DVE 2006).

Die WHO (1986) definiert Gesundheitsförderung als einen Prozess, der dazu dient „... allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Altgelt 2004, S. 44). Dies ist das zentrale Thema des Arbeitsplatzprogramms „Gesundes Verhalten am Arbeitsplatz“. Es geht darum, Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, die aktive Maßnahmeentwicklung durch die Mitarbeiter zu fördern. Aus diesem Grund wurde eine Mischung zwischen individueller Arbeitsplatzberatung sowie Gruppenvorträgen und -diskussionen gewählt, woran die Mitarbeiter aktiv teilnehmen.

Ausgangspunkt der folgenden Beschreibung ergotherapeutischer Beratung am Arbeitsplatz war der Montagebereich für die Fertigung von Hinterachsen. Dieser Bereich arbeitet in drei Schichten. Zu jeder Schicht gehören jeweils 30 Mitarbeiter, die sich über drei Produktionslinien aufteilen und dort Teams bilden. Ein Meister ist für diese Teams verantwortlich. In jedem Team arbeiten 12 Montagearbeiter an 12 Arbeitsplätzen. Von den 12 Arbeitsplätzen sind jeweils drei Kontrollplätze, wo Teile auf ihre Fehlerfreiheit kontrolliert werden. Alle Arbeits-

plätze sind Steharbeitsplätze. Der Arbeitsbereich ist geprägt durch seine strenge Taktbindung (festgelegte Zeitdauer für die Ausführung der Arbeitsschritte). Jeweils ein Anlagenführer unterstützt den Arbeitsablauf an der Montagelinie.

Zum Team gehört der Bereitsteller, dessen Aufgabe es ist, Verbauteile, wie Schrauben und Unterlegscheiben, in regelmäßigen Abständen an die Montagelinie zu liefern. Der Bereitsteller versorgt alle drei Linien.

Auftraggeber des Beratungsprojektes war die Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“, die nach einer Konzeption zur Reduzierung von körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz suchte. Diese Projektgruppe besteht aus Mitarbeitern des Personalwesens, des Gesundheitswesens, aus Mitarbeitern der Arbeitssicherheit und Planung sowie dem Betriebsrat. Diese Projektgruppe veranlasste auch die Erstellung eines Arbeitsplatzkatasters. Dieses erfasst Arbeitsplätze mit ihren Belastungen mittels eines Erhebungsbogens und weist den Schweregrad der Belastung mittels eines Ampelsystems (Rot als Signalfarbe für eine starke Belastung, Grün als Hinweis, dass keine gesundheitliche Belastung vorherrscht) aus. Beurteilt werden Belastungsschwerpunkte u.a. in den Bereichen:

- Biomechanik (Grundkörperhaltungen, Körperhaltungen, körperliche Zwangskörperhaltungen, Heben und Tragen von Lasten usw.).
- Physikalische Einwirkungen (Lärm, Schwingungen, Temperatur, Kälte usw.).
- Umgebungseinflüsse (Schmutz, Luftverhältnisse, Beleuchtung, Hautbelastung, Rauche/Gase/Dämpfe).

Die Angaben zu den Belastungen der Biomechanik bilden die inhaltlichen Schwerpunkte des präventiven ergotherapeutischen Arbeitsplatzberatungsangebotes „Gesundes Verhalten am Arbeitsplatz“. Der Ablauf wurde abgestimmt mit der Arbeitsgruppe „Betriebliche Gesundheitsförderung“, der betrieblichen Führung und dem Betriebsrat. Grundvoraussetzungen für die Durchführung des Programms sind:

- Partizipation der Beschäftigten.
- Integration in betriebliche Abläufe.
- Integration in betriebliche Entscheidungsstrukturen.
- Kleingruppenarbeit bis max. 15 Teilnehmer.
- Für Einzelgespräche muss der Mitarbeiter aus dem Arbeitsprozess herausgelöst werden können.
- Die Teilnahme des betrieblichen Vorgesetzten ist unbedingt erforderlich.

Tab. 3.10 Allgemeine Ziele für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Allgemeine Ziele	Kernpunkte „Gesundes Verhalten am Arbeitsplatz“
Verminderung von Fehlbelastungen	– Vermittlung grundlegender Kenntnisse der funktionellen Anatomie unter Berücksichtigung der physiologischen Beanspruchung der Beschäftigten an ihren Arbeitsplätzen
Stärkung gesundheitlicher Ressourcen	– Vermittlung von Handlungsstrategien und Bewegungsvariationen – Beratung zu weiterführenden Gesundheitsanbietern (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Krankenkassen, Sportvereine)
Erkennen geistiger, emotionaler und sozialer Bedürfnisse bei der Arbeit	– Vermittlung von Kenntnissen über Belastungen und Ressourcen in der Arbeitswelt – Eigenwahrnehmung stärken, Eigenverantwortung stärken
Kompetenzentwicklung	– Erarbeitung persönlicher Ziele – Erarbeitung möglicher individueller und gruppenspezifischer Lösungsansätze – Übertragung von bekannten Lösungswegen auf andere Situationen

Unter dem Hauptziel der Reduzierung von körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz und unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem Arbeitsplatzkataster wurden in Anlehnung an Lenhardt und Rosenbrock (2004) allgemeine Ziele für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung abgeleitet und mit spezifischen Inhalten verbunden (Tab. 3.10 Allgemeine Ziele für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung).

Der Aufbau des Programms

- Einführungsveranstaltung in einer Gruppenbesprechung.
- Erste individuelle Beratung am Arbeitsplatz.
- Vorbereitung des Gruppengesprächs.
- Zweites Gruppengespräch.
- Zweite individuelle Beratung am Arbeitsplatz.
- Feedback/Evaluation.

Die Durchführung

Für die Durchführung des Programms waren eine Ergotherapeutin und eine Physiotherapeutin verantwortlich.

Im Vorfeld fand eine Arbeitsplatzbegehung statt, um sich zusätzlich zu den Unterlagen des Arbeitsplatzkatasters einen allgemeinen Eindruck von den Arbeitsplätzen zu verschaffen und die entsprechenden Ansprechpartner und Mitarbeiter kennenzulernen.

Einführungsveranstaltung (Mitarbeiter + Meister/pro Team 60 min)

Die Einführungsveranstaltung fand im Rahmen von Gruppengesprächen statt. Diese Gruppengespräche sind im Arbeitsprozess einmal wöchentlich integriert. Die Mitarbeiter wurden hierfür in ihren Arbeitsteams eingeladen. Der Inhalt der ersten gemeinsamen Veranstaltung waren das Vorstellen des Ablaufs, die Abfrage nach gewünschten Inhalten zu diesem Programm, das Vorstellen der Arbeitsmaterialien (Abb. 3.28) und erste Erläuterungen zu Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen. Es wurden weiterhin erste Schwerpunkte aus dem Arbeitsplatzkataster aufgegriffen und Lösungsmöglichkeiten diskutiert.

Erfahrungen: Zu diesem Zeitpunkt war eine konstruktive Diskussion über Lösungen schwierig, da auf der Zuhörerseite noch kein Vertrauen aufgebaut war und die meisten Vorschläge als nicht umsetzbar angesehen wurden.

Erste individuelle Beratung am Arbeitsplatz (pro Mitarbeiter ca. 30 min)

In Absprache mit dem Meister und Anlagenführer werden Zeiten ermittelt, in denen es möglich ist, Mitarbeiter aus dem Arbeitsprozess herauszulösen. Die Beratung basiert auf Freiwilligkeit. Das Gespräch gliedert sich in folgende Bestandteile:

- Fragen nach dem persönlichen Befinden.
- Analyse nach Belastungen an dem Arbeitsplatz bzw. den Arbeitsplätzen.

- Bildhafte Erläuterungen von Beschwerdeschwerpunkten.
- Erarbeitung möglicher Entlastungshaltungen und Bewegungsvarianten.
- Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. Aufnahme von Veränderungsvorschlägen durch den Mitarbeiter.
- Festhalten von Schmerzintensität mittels einer visuellen Analogskala.
- Eigene Ziele des Mitarbeiters werden in einem Arbeitsblatt festgehalten.

Erfahrungen: Alle Mitarbeiter nahmen das Angebot an. Für die Anlagenführer bedeutete dieses Programm einen erhöhten Organisationsaufwand, sodass von beiden Seiten flexibel zu reagieren war. Positiv wurde von den Mitarbeitern angenommen, „...dass sich jemand mal Zeit genommen hat für persönliche Probleme“ (Aussage eines Teilnehmers). In den Vieraugengesprächen wurden u.a. Probleme auf Gruppenseite angesprochen. Aufgrund der star-

ken Taktbindung war es kaum möglich, kurzfristige Veränderungen an den Arbeitsplätzen vorzunehmen.

Vorbereitung des Gruppengesprächs (Multiplikatoren, pro Schicht zwei Stunden)

Eine Zusammenkunft mit dem Meister, Anlagenführern, Gruppensprecher und Vertrauensleuten der Gewerkschaft hatte die Vorbereitung des nach Prozessablauf anstehenden Gruppengesprächs zum Ziel. Dieser Teilnehmerkreis der Multiplikatoren war für die Durchsetzung der Ideen, aber auch bei der Umsetzung von Lösungen entscheidend, da sie meinungsprägend und eng in den Arbeitsprozess eingebunden sind.

Dieser Gesprächskreis erhielt ein Fazit über die Arbeit an den Arbeitsplätzen und eine Zusammenfassung der dort bearbeiteten Themenschwerpunkte. Daraus wurden erste gemeinsame Arbeitsziele für das kommende Gruppengespräch festgelegt und die Umsetzbarkeit von Lösungsvorschlägen

Arbeitsplatzprogramm

Name: _____

Team: _____

Meine persönlichen Gesundheitsziele:				
Belastung	Beschwerden/ Stressoren	Arbeitsplatz	persönliches Ziel/Verhalten	Vorschläge für Veränderungen am Arbeitsplatz
<i>Einseitige Belastung rechter Arm</i>	<i>Ellenbogenschmerz</i>	<i>Bremsleitungen montieren</i>	<i>Bewegungsvariationen anwenden</i>	<i>Veränderter Griff</i>
1				
2				
3				

Ich habe meine Ziele erreicht...	ja	teilweise	kaum	nein
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 3.28 Beanspruchungsprofil.

wurde diskutiert sowie weitere evtl. bereits bestehende Vorschläge aus der Gruppe aufgenommen.

Erfahrungen: Die Vorarbeit in diesem Ablaufpunkt war entscheidend für die Qualität der Gruppengespräche in Bezug auf die Umsetzung von gemeinsamen Zielen. In dieser Diskussion wurden viele Verbindungen zu bestehenden Arbeitsgruppen gezogen. Die Beteiligung des Meisters war von großer Bedeutung für das Gelingen des Programms, da nur er den Handlungsrahmen aufzeigen konnte, in dem die aus der Gruppe erarbeiteten Lösungsvorschläge umgesetzt werden können.

Zweites Gruppengespräch (Mitarbeiter + Meister/pro Team 60 min)

Die Gruppenteilnehmer trafen sich erneut im Rahmen eines Gruppengesprächs. Sie erhielten ein Feedback aus der Arbeit in der Gruppe und ebenfalls eine Zusammenfassung der bearbeiteten Themenschwerpunkte. In der Gruppe wurde eine Verbindung zwischen den individuellen Belastungen und den Belastungsschwerpunkten aus dem Arbeitsplatzkataster gezogen und gemeinsam mit den oben genannten Multiplikatoren weitere Arbeitsschritte für das Team festgehalten und besprochen.

Erfahrungen: Durch das vorbereitende Gruppengespräch wurde nach der Darstellung der Schwerpunkte des Arbeitsplatzkatasters durch die Therapeuten in den Gruppen angeregt diskutiert und die Multiplikatoren übernahmen zum Teil selbst die Diskussionsführung und Festlegung der nächsten Arbeitsschritte. Die Aufgabe der Ergo- und Physiotherapeutin wechselte von einer stark führenden und vortragenden Rolle in eine Moderationsrolle.

Zweite individuelle Beratung am Arbeitsplatz (pro Mitarbeiter ca. 15 min)

In einem Vieraugengespräch wurde nach dem Umsetzungsstand der persönlichen Ziele gefragt. Der Prozess der Umsetzung und der sich daraus ergebenden Fragen stand im Mittelpunkt dieser Beratung. Des Weiteren wurde erneut nach gesundheitlichen Beschwerden gefragt und wieder die Schmerzintensität erhoben.

Erfahrungen: Viele Mitarbeiter berichteten von Versuchen, die besprochenen Handlungsstrategien umzusetzen, konnten diese aber nicht in den Alltag integrieren, teils aus „Bequemlichkeit“ und aus Unsicherheit gegenüber ihren Kollegen, z.B. aktiv Entlastungsübungen durchzuführen. Viele Mitarbeiter waren überrascht, auf ihre selbst festgelegten Ziele angesprochen zu werden.

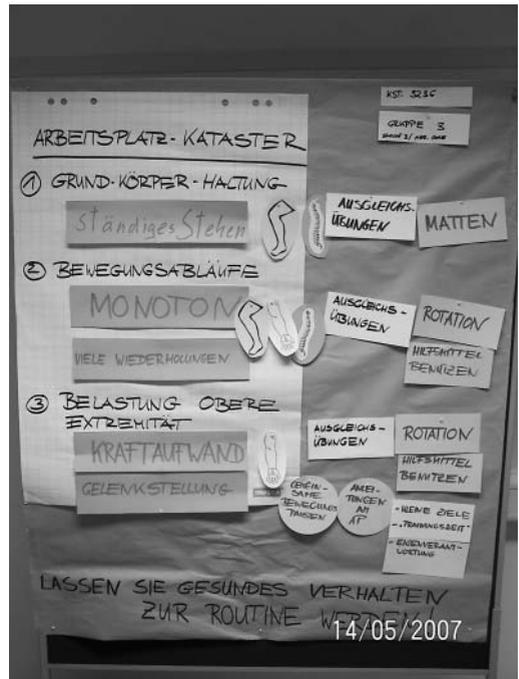


Abb. 3.29 Gruppengespräch.

Feedback/Evaluation

Der angefertigte Projektbericht enthielt ein Verlaufsprotokoll, eine Zusammenfassung der therapeutischen Arbeitsergebnisse und Vorschläge zur Veränderung von Arbeitsverhältnissen. Es wurde eine Zielvereinbarung zur weiten Vorgehensweise festgehalten.

Die Mitarbeiter wurden mittels Fragebogen gebeten, eine Beurteilung des Programms, dessen Wirksamkeit und ihrer Akzeptanz abzugeben.

Die Ergebnisse aus dem Projektbericht und der Befragung wurden in dem Arbeitskreis „Betriebliche Gesundheitsförderung“ präsentiert (Abb. 3.29) und zur weiteren Verwendung im Projekt zur Verfügung gestellt.

Zusammenfassung

Von Vorteil für dieses Projekt war die therapeutische Anwesenheit über einen längeren Zeitraum. Zum einen für die Therapeuten selbst, um diesen Wandlungsprozess von Verschlussenheit bis hin zu einer offenen Diskussion zu erleben. Zum anderen mitzuerleben, dass es nicht an eigenen Lösungsvorschlägen aus der Gruppe mangelt, sondern an der konsequenten Umsetzung und der damit verbundenen Wertschätzung der Mitarbeiter und deren

Ideen. Solche Vorgehensweisen frustrieren und führen zu Gleichgültigkeit gegenüber neuen Ideen und Prozessen. Das zeigte sich besonders in dem Erstaunen im zweiten Beratungsgespräch bezüglich ihrer persönlichen Ziele „beim Wort“ genommen zu werden, und zeigt gleichzeitig die fehlende Erfahrung von nachhaltiger Prozessbegleitung. Dieser Punkt wird für nachfolgende Projekte in einer verstärkten Einbindung der Führungsebene verändert werden.

Für ein nachhaltiges Ergebnis in Bezug auf die persönlich festgelegten Ziele und deren minimale Umsetzung muss ebenfalls das allgemeine Gesellschaftsbild zu Gesundheit betrachtet werden. Gesundheit ist so lange fraglos gegeben, bis Schmerzen oder Funktionsbeeinträchtigungen sie als gefährdet erscheinen lassen und sie deshalb auch keine dauernden Schutz- oder Stützhandlungen erfordert (Borgetto 2007). Aus diesem Grund wird der Nutzen von Prävention in nächsten Veranstaltungen stärker in den Gruppenprozess eingebunden werden.

Therapeuten im betrieblichen Setting bieten die Möglichkeit der praktischen Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Der Vorteil, als Therapeutin zu arbeiten, erschließt sich in dem Schwerpunkt, den einzelnen Menschen in seiner Umgebung mit seinen Bedürfnissen sensibel wahrzunehmen und die Umsetzung seiner Ziele konsequent zu begleiten. Das Ziel, selbstständig für seine Gesundheit zu handeln, kann auf vielfältige Weise umgesetzt werden. Diese Vielfältigkeit muss in zum Teil stark regelgeleiteten betrieblichen Settings von Therapeuten vertreten werden. Auf diese Weise können Ergotherapeuten langfristig in Bezug auf die von Wilcock (1998) genannten Risikofaktoren, wie fehlende Betätigungsbalance, Betätigungsentzug und Betätigungsentfremdung, einwirken und für die Gesundheit am Arbeitsplatz als kompetenter Dienstleister eintreten.

Literatur

Adam L, Anders R, Heinrich-Heinicke A, Schellenberg A. Gemeinsam zum Ziel – Ergotherapie als Dienstleistung zur betrieblichen Prävention psychisch erkrankter ArbeitnehmerInnen. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Heerlen: Hogeschool Zuyd; 2006.

Altgelt Th, Kolip P. Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz Th, Haisch J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber; 2004: 41–54.

Bamberg E, Ducki A, Metz A, Hrsg. Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie; 1998.

Borgetto B, Kälble K. Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim & München: Juventa Verlag; 2007.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006. www.bibb.de/de/26901.htm

CAOT (Canadian Association of Occupational Therapy), Hrsg. Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT-Publication; 1997.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE). Prävention und Gesundheitsförderung in der Ergotherapie. Verbandsbroschüre. Karlsbad; 2006.

Fischer E. Übergänge im Kindesalter – Konzeptionelle Ansätze für die Ergotherapie in Gesundheitsförderung und Prävention. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. HAWK-Hildesheim, Holzminden, Göttingen; 2006.

Groth R. „Early Intervention“ als Präventionsmaßnahme in Betrieben – eine Aufgabe für die Ergotherapie? Unveröffentlichte Bachelorarbeit. HAWK-Hildesheim, Holzminden, Göttingen; 2006.

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J, Hrsg. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Göttingen: Hans Huber Verlag; 2004.

Kuhn D, Sommer D, Hrsg. Work-Life-Balance: Gesundheitsmanagement zwischen Betrieb und individueller Verantwortung. In: dies, Hrsg. Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen. Wiesbaden: Gabler-Verlag; 2004: 151–163.

Lenhardt U, Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber; 2004: 293–303.

Lenhardt U. Arbeitsbedingungen in Deutschland: Nichts für schwache Nerven. Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung. 2007; 3: 36–39.

Mehrhoff F, Hrsg. Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Stuttgart: Gentner Verlag; 2004.

Meyer A. The Philosophy of Occupational Therapy. [Reprint from Archives of Occupational Therapy, 1, 1–10] American Journal of Occupational Therapy. 1977; 31 (10): 639–642.

Scriven A (Hrsg.). Health Promoting Practice. The Contribution of Nurses and Allied Health Professionals. Basingstoke: Palgrave Macmillan Ltd; 2005.

Wilcock A. An Occupational Perspective of Health. Thorofare: Slack; 1998.

Weltgesundheitsorganisation Ottawa-Charta for Health Promotion. Dt. Übersetzung in Franzkowiak P, Sabo P, Hrsg. Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: Peter Sabo; 1986.

Register

A

- Abklärung, berufliche 37, 182 ff
- Ablenkung 213
- Affektive Störung 3, 133
- Aktion Psychisch Kranke 218 ff
- Aktivität 30 f
 - arbeitsrelevante 59 f
 - Beeinträchtigung 133
- Aktivitätskonzept 32, 34
- Alderfer, ERG-Theorie 54 f
- Allgemeiner Arbeitsmarkt 10, 106, 154 f, 157
- Alltagsaktivität 59 f
- Ambulanz, ergotherapeutische 99 ff
- Anerkennung 55
- Anforderungsprofil 67
- Anforderungsanalyse 158
- Angst, soziale 56
- Anhedonie 56
- Anpassung 69
- Ansprechpartner, persönlicher (PAP) 19, 22 f
- Anti-Psychiatrie 5 f
- Arbeit 2 ff, 214
 - Außenwelt 7 f
 - Definition 39
 - Funktion 2, 5
 - Innenwelt 7 f
 - Kreisbild 7
 - Wert, rehabilitativer 46
 - Wirkung, heilende 41 f
- Arbeitgeber 10
 - öffentlich-rechtlicher 12
- Arbeitnehmer
 - Flexibilität 4
 - Tätigkeitsniveau 4
- Arbeitnehmerrolle 142
- Arbeitsanalyse 71
- Arbeitsanamnese 52, 64, 110
 - Analyse 149
- Arbeitsangebot
 - klientenzentriertes 172
 - niedrighschwelliges 171 ff
- Arbeitsanleitung, schriftliche 70
- Arbeitsbelastung 40, 204 ff
 - Reduzierung 207
- Arbeitsbereich, WfbM 154
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) 28
- Arbeitsdiagnostik 7, 63, 108 ff
 - BTZ Köln 145
 - Fallbeispiel 112 ff
- Arbeitsentgelt 28, 152, 154
- Arbeitsergebnis 53
- Arbeitserprobung 74
- Arbeitsfähigkeit 6 ff, 40, 63, 145
 - Ermittlung 67 f, 108 ff, 161
 - sozio-emotionale 8
- Arbeitsfähigkeitenkreis 65 f
 - Arbeitsfähigkeitenprofil 69
 - Arbeitsförderung 19
 - Arbeitsgelegenheit (AGH) 28
 - Arbeitsgemeinschaft (ARGE) 20, 22, 176
 - Arbeitsgericht 10 f
 - Arbeitsgespräch 53, 145, 150
 - Arbeitskraftunternehmer 4
 - Arbeitslose 24
 - Arbeitslosengeld II 176, 178
 - Arbeitslosenhilfe 18
 - Arbeitslosigkeit 2, 9
 - Arbeitsmarkt 9 ff, 212 ff
 - allgemeiner 10, 106, 154 f, 157
 - besonderer 10 f
 - Organisation 10 ff
 - Arbeitspädagoge 142, 145
 - Arbeitsplatz 6
 - beschützter 191
 - Rückkehr 65
 - Sicherung 38
 - virtueller 155
 - Zuweisung, gezielte 67
 - Arbeitsplatzgestaltung 156
 - Arbeitsplatzprogramm 205 ff, 208
 - Arbeitsplatzunsicherheit 4
 - Arbeitsprozessqualifikation 153
 - Arbeitsrecht 10
 - Arbeitsrehabilitation
 - Evaluation 84 f
 - Vorhersagevariable 85 f
 - Arbeitsschutzgesetz 203
 - Arbeitssicherheitsgesetz 203
 - Arbeitstherapie
 - arbeitsweltorientierte 85
 - Definition 40, 44
 - funktionsorientierte 95
 - Geschichte 41 ff
 - handlungsorientierte 95
 - realitätsnahe 100
 - stationäre 107 ff
 - Wirksamkeitsnachweis 71
 - Ziel 108
 - Arbeitstraining, betriebliches 162 ff
 - Fallbeispiel 168 ff
 - Arbeitsumgebung 65
 - Arbeitsunfähigkeitstage 3
 - Arbeitsverdichtung 4, 204
 - Arbeitsverhalten 65
 - Arbeitswelt im Wandel 204
 - Arbeitszufriedenheit 55 f
 - ArGe (Arbeitsgemeinschaft) 20, 22, 176
 - Assessment 23 ff, 111
 - Bedeutung 75 ff
 - Definition 63, 76
 - ergotherapeutisches 58 ff, 68 f
 - of Communication and Interaction Skills 68
 - Werkstatt für behinderte Menschen 157 f

Assessmentinstrument 63
 – Bewertung 59
 – diskriminierendes 58
 – evaluatives 58f
 – prädiktives 58f
 Aufgabe 91f
 – allgemeine 31
 – semistandardisierte 70
 Aufmerksamkeitsstörung 213
 Auftragsarbeit 70f
 Ausbildung 38
 Ausbildungsfähigkeit 37
 Außenarbeitsgruppe 156

B

Bedürfnis 57
 Bedürfnishierarchie nach Maslow 54f
 Beeinträchtigung 34, 133
 – psychische 171, 177
 Befunderhebung 90f, 102
 – Top-down-Ansatz 95
 Befunderhebungsinstrument 66, 91
 Behandlungsplanung, integrierte 192
 Behandlungsverlauf 109
 Behinderung 29ff
 – Arbeitstraining 162ff
 – Berufsbildung 162ff
 – geistige 155, 158
 – Leistungsfähigkeit 156
 – psychische 155
 – Rehabilitation, berufliche 152ff
 Belastungserprobung 35ff, 72, 111
 – OSKAR 130f
 – Praktikumsbesuch 136, 138f
 Beratung, persönliche 38f
 Beratungsfachkraft 19, 23, 25
 Beratungsgespräch 177
 Beratungsresistenz 25
 Beratungsstelle 190ff, 194
 Berufsanamnese 64, 110
 Berufsbildungsbereich 152ff, 158f
 – integrierter 154
 Berufsbildungsmaßnahme 153f, 159f
 Berufseinstiegstraining 182
 Berufsfindung 38
 Berufsgenossenschaft, gewerbliche 203
 Berufsrecherche 145f, 149
 Berufswechsel 140
 Beschäftigung 39, 152
 – unterstützte 85
 Beschäftigungsförderung 26ff
 Beschäftigungsstätte 154
 Beschäftigungstherapie 44f
 beta-REHA 134ff
 – Fallbeispiel 137ff
 Betätigung 66, 91
 – Bedingung 216ff
 – produktive 202ff
 – sinnvolle 203
 Betätigungsbereich 88
 Betätigungsbiografie 102
 Betätigungsfeld, Realitätsnähe 100, 103f, 106

Betätigungspartizipation 90
 Betätigungsperformanz 90
 Betrieb 203f
 Betriebsarzt 203
 Bewältigungsstrategie 73
 Bewerbungskosten 27
 Beziehung, soziale 3, 32
 Bezugstherapeut 120f, 136, 139
 Bildung 216
 – berufliche 71, 152ff, 162
 Bildungsmaßnahme 157, 213f
 – berufliche 153
 – betriebliche 163
 Biomechanik 206
 BTZ Köln 142ff
 – – Aufbauorganisation 143
 – – Fallbeispiel 147ff
 – – Trainingsverlauf 143ff
 Bügeldienst 200
 Burnout-Syndrom 4

C

Canadian
 – Model of Occupational Performance (CMOP) 88f
 – Occupational Performance Measure (COPM) 66f, 199
 Case Management 22, 37
 Cochrane Collaboration 83
 Cogpack 69f, 110, 114f
 Computerarbeit 110, 115, 117

D

Detmolder Lernwegemodell 71
 Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) 98
 Diagnostik
 – arbeitspädagogische 148ff
 – Definition 63
 – handlungsorientierte 52, 64
 Dienst, begleitender 156
 Disability Management 203
 Diskrimination 58
 Doppel-Blind-Studie 81
 Down-Syndrom 158
 Drogenkonsum 176

E

Ecology of Human Performance Framework (EHP)
 91ff
 ECOTROS Assessment Evaluation 59
 Edukationsprogramm 73f
 EDV-Übung 184, 187
 Eigenverantwortung 135, 138
 Ein-Euro-Job 28
 Eingangsverfahren 152, 159
 Eingliederungsleistung 26
 Eingliederungsmanagement 23
 Eingliederungsplan 156
 Eingliederungsvereinbarung (EinV) 23, 25
 Eingliederungszuschuss 27
 Einschätzungsbogen 110
 Einschlafstörung 140
 Einstiegsfeld 27f

- Einzeltherapie 102f
 - EQOLISE-Studie 85
 - Ergebnisbesprechung 115
 - Ergebnismessung, patientenorientierte 59
 - Ergotherapeut
 - Aufgabe 47ff, 156
 - Kompetenz 49
 - Rollenerwartung 48f
 - Tätigkeitsfeld 17f
 - Ergotherapeutische Ambulanz 100ff
 - Anforderung 104f
 - Betätigung im realen Umfeld 103f
 - Bezugsrahmen 105
 - Entwicklung 105f
 - Evaluation 105
 - Gruppenmodul 103
 - Programmentwicklung 101ff
 - Rehaziel 102
 - Ergotherapeutischer Prozess 52ff
 - Ergotherapeutisches Assessment (EA) 58ff, 68f
 - Dokumentation 62
 - Nutzen 61f
 - Zweitbeurteilung 61f
 - Ergotherapie 34
 - Abschluss 53
 - ambulante 98ff, 138
 - Qualitätsanforderung 100
 - Definition 47, 98
 - Effizienz 63
 - Empfehlungsstärke 84
 - Fachberatung 180f
 - forensische 120ff
 - Arbeitsauftrag 125
 - entlassungsvorbereitende 124f
 - geschlossene 122ff
 - Gesundheitsförderung, betriebliche 201ff, 205
 - handlungsorientierte 121
 - ICF 32f
 - kreativitätsorientierte 85
 - offene 124f
 - psychiatrische 190ff
 - stationäre 99, 108, 212ff
 - Werkstatt für behinderte Menschen 156ff
 - Ziel 49
 - ERG-Theorie von Alderfer 54f
 - Erhebungsinstrument 75ff, 102f
 - Beschaffung 78f
 - Beurteilung 77f
 - Datenbank 79
 - Einsatzkriterien 79f
 - Erkrankung, psychische
 - Erwerbsminderung 2f
 - Lebensqualität 56
 - Erschöpfung 4
 - Erster Arbeitsmarkt 11, 212ff
 - Erwerbsarbeit 6, 10, 202
 - sozialversicherungspflichtige 27
 - Erwerbsfähigkeit 20
 - Erwerbsgesellschaft, Strukturwandel 4
 - Erwerbslose 10
 - Erwerbsminderung 3
 - Erwerbsunfähige 10f
 - Erwerbsunfähigkeitsrente 127
 - Evaluation 58
 - Evaluationsstudie 84f
 - Evidenz, Definition 83
 - Evidenzbasierte
 - Medizin 81ff
 - Praxis 83
- F**
- Fachberatung für Arbeit und Gesundheit 176ff
 - Ende 180
 - Ergebnis 180f
 - Ergotherapie 180f
 - Fallkonferenz 178ff
 - Gruppenangebot 180
 - Perspektive 179
 - Fachdienst, arbeitsdiagnostischer 182
 - FAF (Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen und Firmenprojekten) 13
 - Fähigkeit 113
 - elementare 8
 - emotionale 8
 - soziale 8
 - Fähigkeitenprofil 67f, 113, 145
 - Fähigkeitsanalyse 158
 - Fallmanagement 22ff
 - Fallmanager (FM) 19, 22f
 - Fertigkeit 94
 - Fordern 19, 21f
 - Fördern 19, 21f
 - Förderprogramm 156
 - Förderung der beruflichen Weiterbildung 27
 - Forschung 80f
 - Freiwilligkeit 218
 - Freizeit 66, 88
 - Freizeitaktivität 218
 - Fremderhebungsinstrument 76
 - Freudenberg-Stiftung 13
 - Frühberentung 3
 - Funktion 35ff
 - Lebenszielplanung 37
 - neuropsychologische 59f
 - psychosoziale 59f
 - sensomotorische 59f
 - Funktionsfähigkeit 29ff
- G**
- Gemeindepsychiatrie 190, 194ff
 - Ergotherapie 199ff
 - Qualitätskriterien 193
 - Geschicklichkeit, manuelle 159
 - Gesundheit 4, 29f
 - Gesundheitsberatung 178
 - Gesundheitsförderung
 - betriebliche (BGF) 201ff, 203
 - Definition 206
 - Gesundheitsförderungsmaßnahme 203, 207
 - Gesundheitsperspektive 192
 - Gesundheitsressource 204
 - Gesundheitsstörung 30, 32
 - Gewohnheit 90
 - Globalisierung 4f

Grundarbeitsfähigkeit 37
 Grundbedürfnis 54
 Grundsicherung 10f, 19f
 – Träger 20
 Gruppenmodul 103
 Gruppentrainingsprogramm 73
 Gutachten, medizinisches 138

H

Habituation 89f
 Hagedorn, Problemlösungsprozess 163ff
 Hagedorn-Modell 52
 Handeln, ergotherapeutisches 97ff, 141, 156ff
 Handlung 34, 89f
 Handlungsbereitschaft 32
 Handlungstheorie nach Nordenfelt 32, 34
 Hard Skills 6
 Hartz IV 11, 18
 Heilmittel-Richtlinie 98
 Helfer, professioneller 39
 Herzberg, Zwei-Faktoren-Theorie 55ff
 Hilfe
 – institutionszentrierte 192f
 – personenzentrierte 192f
 Hilfebedürftige
 – erwerbsfähige (EHB) 19
 – junge 21
 Hilfebedürftigkeit 21
 Hilfeleistung 219f
 Hilfeplankonferenz 220
 Hirnleistungstraining 169
 Holzarbeiten 184, 188
 Hospitalismussyndrom 45

I

ICD-10 29, 33f
 ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) 29ff
 – Anwendung 32f
 – Kritik 34f
 – Nutzen 32f
 ICF-Checkliste 33
 IDA (Instrumentarium zur Diagnostik der Arbeitsfähigkeiten) 67f, 161
 Identitätsfindung 2
 IMBA (Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt) 68, 158
 Individualisierung 3f
 Information, ergotherapierrelevante 52, 62
 Informationsgewinnung 75ff, 165f
 Institutsambulanz 99
 Instrument, arbeitsdiagnostisches 63ff
 Integration 38
 Integrationsamt 16
 Integrationsdienst 111
 Integrationsfirma 12ff
 – Finanzierung 16f
 – Leitlinie, sozialethische 13f
 – marktorientierte 14
 – Personenkreis, geförderter 15
 – rechtlicher Rahmen 15f

Integrationsförderung 26
 Integrationsplanung 23
 Integrationsprojekt 15f
 Interaktion 34, 61
 Interessen-Checkliste 72, 111, 117
 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 29ff
 Interventionsstrategie 94
 Interview 64f

J

Jobcoaching 155, 157
 Job-Profil 182ff
 – Fallbeispiel 188f
 – Handlungsfeld 184ff
 Jungerwachsene, arbeitslose 176ff

K

Klassifikation 29ff
 Kognitive Störung 69f
 Kölner
 – ambulante Rehabilitation 129ff
 – Hilfesystem 176
 – Instrumentarium 35ff
 – – Anwendung 38f
 – Kreisbild 7f
 – Verein für Rehabilitation 127, 129
 Kommunikation 31, 69
 – Beeinträchtigung 34
 Kommunikationsfähigkeit 74
 Kommunikationstraining 122f
 Kompensationsfähigkeit 60
 Kompetenz, sozioemotionale 120
 Kontakt, sozialer 2, 5
 Kontaktstelle Schwerte 194, 196f
 Kontext 91ff
 – Ändern 94
 Kontextfaktor
 – personenbezogener 30f
 – umweltbezogener 30f
 Kontrollgruppenuntersuchung, randomisierte 81ff
 Konzentration 115
 Konzentrationsstörung 189, 213
 Körperfunktion 30f
 Körperstruktur 30f
 Kostenträger 98f
 Krankenkasse 98
 Krankheit 34
 Krankheitsmanagement 52
 Krankheitstage 3
 Krankheitsverarbeitung 57
 Krankschreibung 127
 Kreisbild 7f
 Kriegsverletzte 45
 Krise, psychosoziale 220
 Kurzprofilung 182f

L

Langzeitarbeitslosigkeit 9, 11
 Leben
 – häusliches 32
 – soziales 32

Lebensbereich 31f
 Lebensführung, eigenständige 59f
 Lebensqualität 32, 56
 Lebenssituation 3
 Leistung 34
 – Definition 32
 – medizinische 47
 Leistungsdruck 204
 Leistungsfähigkeit 29, 31f, 34
 Leistungsminderung 221
 Leistungsmotivation 56
 Leistungssachbearbeiter 23
 Leitlinie, medizinische 83f
 Leittextverfahren 71
 Lernbehinderung 155
 Lernen 31
 – leittextgestütztes 71
 – am Modell 167
 Lernfähigkeit 69
 Lernprozess 157
 Lübecker Fähigkeitenprofil 68, 113

M

Marktwirtschaft, soziale 10
 Maßnahme-Firma 14
 Maßregelvollzug 119f, 125
 MAST (Manual Abilities Scanning Tests) 158f
 Mehraufwandentschädigung 28
 MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) 8, 67, 159
 – SL 158, 160
 Merkfähigkeit 115
 Meta-Analyse 83
 Minderleistungsausgleich 221
 Mobilität 31, 34
 Mobilitätshilfe (MOBI) 27
 Model of Human Occupation (MOHO) 89ff
 Modell
 – ergotherapeutisches 99
 – nach Hagedorn 52
 MOHO (Model of Human Occupation) 64, 89ff, 102
 MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) 158
 Motiv 56
 Motivation 54ff
 – Definition 56
 – Einschätzung 57f

N

Nähe-Distanz-Konflikt 150
 Neurotische Störung 3
 Non-Profit-Unternehmer 11
 Nordenfelt, Handlungstheorie 32, 34

O

Obdachlosigkeit 176
 Occupational Self Assessment (OSA) 66, 91, 116
 Olbrich-Serie 69
 OSKAR 127, 129ff
 Osnabrücker
 – Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP) 69, 118
 – Kreisbild 8f
 – Werkstätten 125f

P

PAC (Progress Assessment Chart) 158f
 Partizipation (s. auch Teilhabe) 29ff
 Partizipationskonzept 34
 Patientenbericht 212ff
 Performanz 91ff
 – Interventionsstrategie 94
 Performanzbereich, eingeschränkter 93f
 Performanzvermögen 89f
 Person 91f
 Persönlichkeitsentwicklung 71, 157
 Persönlichkeitsförderung 152
 Persönlichkeitsstörung 133, 147
 Person-Occupation-Environment-Modell 204
 Placebo 81
 Polytoxikomanie 123
 Prädiktion 58
 Praktikum 136, 138f
 Prävention 33, 201ff
 Praxismodell, ergotherapeutisches 87ff, 95
 Problemlösungsprozess nach Hagedorn 163ff
 Produktivität 66, 88f, 202
 – Definition 108
 – Steigerung 2
 Profiling 23ff
 Prozessdiagnostik 63
 Psychiatrie
 – Arbeitstherapie 41ff
 – Ergotherapie, ambulante 98ff
 – forensische 119ff
 Psychiatrieerfahrene 193, 213, 215f
 Psychisch Kranke 5f, 191
 Psychopharmaka 45
 Psychose
 – paranoid-halluzinatorische 123
 – schizophrene s. Schizophrenie
 Psychosoziale Betreuung 221

Q

Qualifikation, berufliche 153
 Quereinsteiger 155

R

Rahmenvertrag 101
 Realitätssicht 57
 Recovery 193f
 Reflexionsgespräch 48, 70, 110f
 Reha-Ambulanz 128
 Rehabilitation
 – Ansatz, ganzheitlicher 36
 – berufliche 33, 132
 – – Abklärung 37
 – – ambulante 100
 – – BTZ Köln 142ff
 – – Dauer 134
 – – Fallbeispiel 140f
 – – personenzentrierte 39
 – – Schwerpunkt 137
 – – Vorbereitung 36f
 – Funktionen 35ff
 – ICF 32f
 – Kernkompetenz 32

- Rehabilitation
 - medizinische 33, 132
 - ambulante 127ff
 - Dauer 134
 - Fallbeispiel 138ff
 - Schwerpunkt 136f
 - Ziel 128
 - personenzentrierte 135
 - Realitätsnähe 135, 138
 - Ressourcenorientierung 135
 - Top-down-Ansatz 99
 - Vorgehen 51ff
 - wohnortnahe 128
 - Rehabilitationsantrag 39
 - Rehabilitationseinrichtung
 - beta-REHA 134ff
 - für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) 132ff
 - Rehabilitationsziel 134
 - Zielgruppe 133f
 - Rehabilitationserfolg 38
 - Prädiktor 40
 - Rehabilitationsergebnis 86
 - Rehabilitationsplanung 37, 52ff
 - integrierte 192
 - Rehabilitationsprozess 52
 - Rehabilitationsverlaufsgespräch 144f
 - Rehabilitationsziel 36, 52f, 134
 - Ergotherapeutische Ambulanz 102
 - Fremdbestimmung 57
 - realistisches 61f
 - Reliabilität 77
 - Rentenversicherungsträger 98
 - Ressourcen 101
 - eingliederungsfördernde 134
 - gesundheitsförderliche 203
 - Rolle 90
 - Rollen-Checkliste 73, 111
 - Rollengruppe 74
 - Rollenverständnis 91
 - RPK-Empfehlungsvereinbarung 127, 132f
 - Rückzugstendenz 150
- S**
- Salutogenese 178, 192
 - Sanktionen 25f
 - Schizophrenie 122, 133
 - Arbeitsrehabilitation 84
 - Arbeitshypothese 56
 - Schlüsselqualifikation 6, 67, 153
 - Schuldunfähigkeit 119
 - Schwellenlockerung 120f
 - Schwerbehinderte 10, 15
 - Schwerbehindertenrecht 163
 - Selbstbestimmung 191
 - Selbstbild 7f, 65, 161
 - Selbsteinschätzungsbogen 61, 66, 72, 110f
 - Selbsteinschätzungsinstrument 68f
 - Selbsterhebungsinstrument 76
 - Selbsthilfe-Firma 12f
 - Selbsthilfegemeinschaft 194
 - Selbstversorgung 31, 66, 88
 - Beeinträchtigung 34
 - körperliche 59f
 - Selbstvertrauen 7f, 161
 - Selbstverwirklichung 54f
 - Selbstwahrnehmung 134
 - Service Point 184f
 - SGB
 - II 10, 18ff
 - beschäftigungspolitische Maßnahme 26ff
 - Grundsicherung 19f
 - III 19
 - IX 10, 15, 152, 163, 191f
 - SGB-II-Leistung
 - Leistungsart 21
 - Leistungsvoraussetzung 20f
 - Soft Skills 6
 - Sozialarbeiter 146
 - Sozialgericht 11, 19
 - Sozialgesetzbuch s. SGB
 - Sozialhilfe 18, 176
 - Sozialpädagoge 182
 - Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ) 194, 199
 - Stellensuche 38
 - Strafverfahren 176
 - Strafvollstreckungskammer 119
 - Strafvollzug 119f
 - Stressabbau 141
 - Strukturierungshilfe 149, 151
 - Studie, empirische 81f
 - Supported Employment 85
- T**
- Tagesklinik 107, 190
 - Tagesstätte Schwerte 190ff, 194, 198
 - Tagesstrukturierung 2
 - Tarifverhandlung 10
 - Team, multiprofessionelles 146
 - Teilhabe 6, 29ff, 32f
 - an Arbeit 218ff
 - Beeinträchtigung 133
 - gesellschaftliche 98
 - gleichberechtigte 191
 - Test 76ff
 - Testanwendung, Richtlinie 77
 - Test-Gütekriterien 77f
 - Therapie, Definition 40
 - Therapieplanungsbogen 113
 - Tiefenprofilung 183
 - Tötungsdelikt 122
 - Trägerschaft, kommunale 20
 - Training
 - berufliches 35ff
 - Ergebnis 146f
 - Orientierungsphase 144, 148ff
 - Praktikumsreflexion 150f
 - Qualifizierungsphase 144, 150f
 - Verlauf 148ff
 - Wiedereingliederungsphase 144, 151
 - kognitives 69f, 115
 - Trainingsmaßnahme 27

Trainingszentrum, berufliches (BTZ) 142 ff
Tuberkulose 46

U

Umgebung 206
– kulturelle 89
Umschulung 37 f, 140 f
Umwelt 89 f, 92
– institutionelle 89
– räumliche 89 f
– soziale 89 f
Unfallversicherungsträger 98, 203
Unterbringung, einstweilige 119
Urteilsfähigkeit 40

V

Validität 77
Verhalten
– gesundes 205
– gewünschtes 167
Verhaltensstörung 133
Vermittlung 38
Vermittlungsgutschein 27
Verordnung, ärztliche 101
Versorgung, gemeindepsychiatrische 190 f
Verstimmung, depressive 127
Vertragsfähigkeit 57
Visualisierungsmethode 167
Vocational Traits 40
Volition 89 f
Vorbeugen 94
Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell 73

W

Wachstum 55
Weiterbildung, berufliche, Förderung (FbW) 27
Werkstatt 17
– für behinderte Menschen (WfbM) 11, 152 ff, 191
– – – Arbeitsbereich 154
– – – Assessments 157 f
– – – Berufsbildungsbereich 152 ff, 158 f
– – – Ergotherapie 158 ff
– – – Ergotherapieziel 156 f
– – – Fallbeispiel 158 ff

– – – Quereinsteiger 155, 160
– – – Übergangsgruppe 154
– – – Vermittlungsquote 155
– virtuelle 154 f, 160 f
Werkstattbeschäftigte 155 f
Werkstättenverordnung (WVO) 152, 154
WfbM s. Werkstatt für behinderte Menschen
Wiedereingliederung 134
– stufenweise 72
Wirtschaftsordnung, neoliberale 10
Wohnen, betreutes 190, 194
Work
– Environment Impact Scale (WEIS) 91
– Personality 40
– Readiness Program 73 f
Worker
– Environment Inventory Scale (WEIS) 65
– Role Interview (WRI) 64 f, 91

Z

Zeiterleben 2
Zeitmanagementgruppe 74
ZERA (Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit) 73, 160
Zielsetzungsgruppe 74
Zielvereinbarung 25 f
Zivilisationserkrankung 201
Zufriedenheit 32, 56
Zugehörigkeit 2, 5, 54 f
Zumutbarkeit 21
Zuverdienst 171 ff, 190
Zuverdienst-Firma 14
Zuverdienstprojekt 195 f
– Aufgabe, ergotherapeutische 174 f
– Ausgestaltung 173
– Bügeldienst 196
– Bürogruppe 197
– Kooperation 175
– Küchendienst 197
– Mitarbeiterrückmeldung 198 f
– Putzgruppe 197
– Umsetzung 173 f
Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg 55 ff
Zweiter Arbeitsmarkt 11 f