

## **Behinderung und trotzdem Chancen auf dem Arbeitsmarkt**

Sehr geehrte Damen und Herren,


eigentlich habe ich sehr lange über die Formulierung des Themas nachgedacht und nach etlichen Literaturrecherchen formulierte ich das Thema folgendermaßen: Chancengleichheit in Arbeit und Beruf für Menschen mit Behinderungen – warum schaffen wir immer noch zu wenig, obwohl wir alle so viel wollen? Es ist dann aber doch bei dem etwas rational klingenden Thema geblieben, wie es nun ausgewiesen ist.

Ich werde die Thematik etwas eingrenzen auf den Personenkreis, der eine Förderung im Bereich der beruflichen Rehabilitation erfahren kann und unsere gemeinsamen Überlegungen gehen dahin, wie wir in Zeiten knapperer Mittel die Herausforderungen bewältigen können, die mit einer Effizienzsteigerung in der beruflichen Rehabilitation gesehen werden.

Uns führt heute das gemeinsame Ziel zusammen, berufliche Rehabilitation immer konkret aus der Sicht der Betroffenen zu unterstützen, um Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten eine dauerhafte und persönlich auch gelingende Eingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Weil wir alle wissen und das ist zuzuförderst in unserem beruflichen Verständnis verankert: Die Arbeit und der Beruf haben für den Menschen und für die moderne Industriegesellschaft insgesamt a priori eine zentrale Bedeutung und zwar für die Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Menschen, für seine soziale Platzierung und für seine Identitätsfindung und für das Eingebundensein in soziale Beziehungen. Manches kann im Laufe biographischer Zusammenhänge aber verloren gehen, die Arbeitskraft, die Motivation, die Leistungsbereitschaft, manchmal sogar alles durch schicksalhafte Entwicklungen bei den Betroffenen und in ihrem sozialen Umfeld.

Ich möchte heute besonders auf folgende Problemfelder in diesem Kontext eingehen:

- Paradigmenwechsel im Umgang mit Menschen mit Behinderungen,
- Woran können wir uns orientieren? – Von der „Hamburger Arbeitsassistenten“ über das Modellprojekt REGINE (Regionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation behinderter Jugendlicher, über „ECDL“ – barrierefrei“ zu „JOB 4000“
- Die schwierigen Wege in den Beruf; Problematisierungen im Alltag, eventuelle Kooperationssperren und Notwendigkeiten




Auch in den Rehabilitationsprozessen haben wir es im Rahmen der Solidargemeinschaft mit der Tatsache zu tun, dass es die Einstellung zu den Menschen ist, die die oberste Priorität besitzt. Der Mensch ist nicht schlechthin an den Arbeitsprozess anzupassen, sondern es sind für ihn die Bedingungen zu schaffen, dass er mit seinen Möglichkeiten das für ihn Machbare auch schafft und zwar auf dem einen Arbeitsmarkt, denn es gibt nur den einen. Auch wenn in der wissenschaftlichen Literatur immer mehr die Teilsegmente des Arbeitsmarktes diskutiert werden, und die Klassifizierung nach Wagner (1993) dabei eine wesentliche Rolle spielt, der von wenigstens 5 Teilsegmenten des Arbeitsmarktes ausgeht:

1. der allgemeine Arbeitsmarkt, die reguläre sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeit,
2. der zweite Arbeitsmarkt, die reguläre, nicht versicherungspflichtige Beschäftigung, z. B. ABM,
3. der dritte Arbeitsmarkt, als Sonderarbeitsmarkt, z. B. die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, der Zugang ist durch das Behindertenrecht geregelt.
4. der vierte Arbeitsmarkt, die nicht sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, z. B. die Schwarzarbeit als Form illegaler Schattenökonomie,
5. die so genannte Reservearmee, Langzeitarbeitslose, Nichtbeschäftigte. /1/ Wagner, H: Sonderschule – und danach? Über Probleme veränderter Arbeitsmärkte und Berufsperspektiven für Behinderte. In: Behindertenpädagogik 32, S. 265.

Wie auch immer wir das sehen, die Einstellung aller Menschen zu den Menschen macht es, auch das allgemeine Bewusstsein, dass in den sozialen Wert eines Unternehmens die Tatsache der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen eingeschlossen ist. Der Mensch mit Behinderungen wird zunehmend und notwendigerweise zum Baumeister des Sozialen, seiner eigenen sozialen Umwelt, seiner Lebenswelt, darin eingeschlossen Beschäftigung und Beruf.

Statt Einpassung von Menschen in die sozialen Zusammenhänge kommt es deshalb darauf an, die Menschen zu befähigen, sich selbst ihre Zusammenhänge zu schaffen. Der Paradigmenwechsel lässt sich thesenartig formulieren:


- 1. Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- und Kompetenzperspektive** (konkret: Das Wissen um die Stärken des Menschen und der Glaube an die Entwicklung von Fähigkeiten hilft, Ressourcen zu nutzen und Kompetenzen zu entwickeln (Bsp.: Rehabilitanden in der Ergotherapieausbildung))
- 2. Von der Konstanzannahme zum Veränderungsmodell** (konkret: Das Defektdenken ist absolut zu vernachlässigen im Interesse eines Konzeptes der lebenslangen veränderungsoffenen menschlichen Entwicklungsprozesse von Menschen, eingeschlossen Menschen mit Behinderungen. Übrigens: Ein Paradebeispiel dafür, wie bei der Akzeptanz der Veränderungsannahme reale Entwicklungschancen von Individuen anders gesehen werden können,



ist die veränderte Sichtweise der Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen mit Trisomie 21/ Down – Syndrom nach Berry, 1986 /2/.

- 1. Von der Segregation über die De – Institutionalisierung zur Integration und Inklusion** (konkret: Es sind die Plätze und Möglichkeiten zu schaffen, die Menschen mit Behinderungen nicht von vornherein segregieren, sondern diese Menschen in die Arbeits- und Lernprozesse und in den Alltag, in unser Leben integrieren und vollständig einbinden, also inkludieren. So konnte in Untersuchungen beispielsweise nachgewiesen werden, dass viele vermeintliche Zuschreibungsprozesse von Behinderungen auch durch Artefakte der Segregation, also der Aussonderung erst entstehen können).
- 2. Vom medizinischen Modell zum ganzheitlichen Modell auf der Grundlage eines modernen Gesundheitsbegriffs und Behinderungsbegriffs** (konkret: Das Ursache – Wirkungsprinzip im Sinne von „Wenn, dann...“ ist im modernen Denken der Geisteswissenschaften überholt; es geht um ganzheitliche „vernetzte“ Handlungsmodelle. Es ist bemerkenswert, wie sich neben den veränderten Verständnissen der Begriffe auch die Sichtweisen auf den Menschen, also Menschenbilder wandeln und wie sich daraus neue Handlungsansätze und Förderansätze in der Arbeit mit den Menschen mit Behinderungen entwickeln).
- 3. Von der Typologie und Klassifikation von Standardsituationen zu individuellen Beschreibungssituationen und zu individuellen Lösungsansätzen** (konkret: Wir beschreiben den Menschen nicht als den „typisch Deblen“ (den Alkoholiker, den Hyperaktiven, den Autisten etc), sondern wir beobachten und verstehen den einzelnen Menschen mit seinen Beeinträchtigungen und individuellen Persönlichkeitsmerkmalen und betrachten systemisch seine konkreten Lebensbedingungen. Daraus ergeben sich individuelle Förderbedarfe und wir erkennen auch besondere Fähigkeiten) (/3/ vgl.: Eggert, 2007).

Das Wissen um die Stärken der Menschen und der Glaube an ihre Fähigkeiten, in eigener Regie, gewissermaßen als „Experten in eigener Sache“ eine lebenswerte Welt und eine gelingende Gestaltung ihres Alltags herzustellen, führt mit einigermaßen Sicherheit zu einer anderen beruflichen Perspektive als im Falle eines professionellen Szenarios der Hilfebedürftigkeit mit teilweise auch hilflosen Helfern. Aus der Sicht der professionellen und institutionalisierten Hilfen bedeutet diese Empowermentperspektive für Menschen mit Behinderungen die aktive Förderung solidarischer Formen der Selbstorganisation. Daran hängen eine ganze Reihe von Lernprozessen für alle Beteiligten, wobei wir durch den Paradigmenwechsel erkennen, dass nur jene Art von professionellen Angeboten letztlich wirksam werden kann, die in das System des Selbst- und Weltverständnisses der Klienten und Klientinnen integrierbar ist und das persönlich und für alle glaubwürdig wird. Diese Einsicht führt mit Notwendigkeit zur Überwindung einer einseitigen Betonung professioneller Lösungskompetenzen und von der Orientierung an der Allmacht der Experten zu einer partnerschaftlichen Kooperation von Betroffenen und Fachleuten. Meine These ist, dass jede professionelle Aktivität, der es nicht gelingt, zur




Überwindung des Erfahrungskomplexes der „gelernten Hilflosigkeit“ beizutragen, wirkungslos bleibt. Psychosoziale und sonderpädagogische Praxis lässt sich nicht in Kategorien von Widerspruchsfreiheit oder im Funktionskreis des instrumentellen Denkens adäquat erfassen. Anstelle eines Diskurses, der von der Unterstellung eines imaginären Allgemeinwohls ausgeht, ist es notwendig, auch die Widersprüche, Interessenunterschiede und die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen zur Grundlage unseres Handelns zu machen, unter anderem die ehrliche Analyse unerwünschter Nebenfolgen „fürsorglicher Belagerung“ und ihre institutionellen Eigenlogiken und schließlich darin eingeschlossen die Anerkennung unterschiedlicher und teilweise auch widersprüchlicher Interessen von Klienten und Professionellen. Und die wichtigste Erkenntnis dabei? Das ist unsere Einsicht einer Divergenz von Rechten und Bedürfnissen. Die Krise des Sozialstaates macht für uns alle und auch für die Betroffenen sichtbar, dass die Rechte keineswegs in Wohlfahrtsleistungen gesichert sind, und mit deren Abbau auch gefährdet sind und eigenständig vertreten und abgesichert werden müssen. Rappaport spricht ganz treffend davon, dass „Rechte ohne Ressourcen ein grausamer Scherz sein können“ (/4/ J. Rappaport: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit, 1985. S. 296). Ich denke auch besonders im Umgang mit Menschen mit Behinderungen und mit den Rehabilitanden geht es im Sinne des Empowerments um folgendes:

Erstens:

Verzicht auf professionelle Fertigprodukte. Die Versorgung mit vorgefertigten Standardlösungen für individuelle Probleme, die zunächst von den Rehabilitanden als durchaus entlastend erlebt werden mögen, können jedoch gleichzeitig passive Erwartungshaltungen verfestigen. Phantasie und Kreativität im Umgang mit der eigenen Lebenssituation können verschüttet werden, der Klient kann der u. U. noch schimpfende Konsument von mundgerecht abgepackten Versorgungsleistungen werden. Allerdings werden solche Dienstleistungsroutinen häufig auch durch die vorgegebene institutionelle Logik bestimmt (Einzelfallabrechnungen, Notwendigkeit der Diagnosestellung, von Kassen definierte Therapien, die abrechnungsfähig sind). Es ist nach wie vor notwendig und es liegt ein Stück mit in unserer Verantwortung, die institutionellen Arbeitsbedingungen für gestaltbare individuelle Strukturen zu öffnen und transparenter zu machen.

Zweitens:

Professionelle Helfer sollten noch mehr die Funktionen der Initiierung und Förderung von Selbstorganisationen des Alltags der Betroffenen übernehmen und die Eigendynamik von Gruppenprozessen in kommunalpolitischen Zusammenhängen nutzen. Im neuen Fachjargon geht es um Networking, also Netzwerkarbeit und Netzwerkförderung bis hin zur Vernetzung der Netzwerke. Und da sind die spezifischen Bedingungen einer jeden Region andere, diese spezifischen Bedingungen beinhalten aber die Chancen für originäres professionelles Handeln.



Fazit ist, dass sich das Selbstverständnis der Menschen mit Behinderungen und die Grundlagen der Behindertenpolitik gewandelt haben. Besonders mit dem persönlichen Budget, auch trägerübergreifend, als einer neuen Leistungsform sollen gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen Realität werden. Sie selbst sind die Experten in eigener Sache und bei der Realisierung eines persönlichen Budgets entscheiden sie als Experten in eigener Sache. Es gibt Modellprojekte seit einigen Jahren auch in Deutschland, in denen das persönliche Budget erprobt wurde. In den 14 Modellregionen bundesweit wurden Erfahrungen in der Arbeit gesammelt. Die Ergebnisse zeigen, dass das durchschnittliche Alter der Budgetnehmer 36 Jahre beträgt. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen (39 Frauen, 41 Männer). Die größte Gruppe unter den Budgetnehmern waren in den Modellversuchen Menschen mit psychischen Erkrankungen (33), gefolgt von Menschen mit geistigen Behinderungen (26) und Menschen mit Körperbehinderungen (16). Über die Hälfte hatte keine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Durchschnitt beträgt ein persönliches Budget im Monat etwa 1400.00 Euro, es gibt die Spanne zwischen 36 Euro bis 12 683,00 Euro, über die Hälfte der Budgets liegen zwischen 200 und 800 Euro (/5/ vgl.Schöck,J. Persönliches Budget - Kritische Betrachtung aus Sicht der Behindertenhilfe, Konferenz 2006). Das persönliche Budget soll den Menschen mit Behinderungen berechtigen, anstatt der bisher üblichen Sachleistungen Geld und Gutscheine zur Finanzierung der erforderlichen Hilfen zu beziehen und sich nach eigenen Vorstellungen das notwendige Leistungspaket zusammenzustellen. Von Januar 2008 an besteht ein uneingeschränkter Rechtsanspruch auf das persönliche Budget, das derzeit noch eine Ermessensleistung ist. Damit besteht auch die Möglichkeit, Unterstützungsleistungen zu differenzieren und zu effektivieren und es entsteht die Notwendigkeit, bei aller individuellen Verfahrensweise ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs weiter zu entwickeln, die Leistungsangebote neu zu formulieren und flexible Reaktionsmöglichkeiten zu schaffen.

Trotz aller Tatsachen der schwierigen Lage für die Integration von Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt findet man doch unter den Stichworten Beruf, Bildung, Zukunft für behinderte Menschen eine Menge von Informationen, viele politische Forderungen, aber auch eine Reihe von Best - Practice – Modellen.


Da ist die Hamburger Arbeitsassistentz, eröffnet im Jahre 1992, zunächst als Modellprojekt, mit dem Ziel verbesserter Arbeitsmarktchancen durch unterstützte Beschäftigung gewissermaßen „vor Ort“ zu schaffen. Sie will Möglichkeiten für innovative Formen der beruflichen Integration eröffnen. Dahinter steht das Konzept des „supported Employment“ aus den USA, übersetzt mit gestützter Beschäftigung. Dieses Konzept umfasst alle Hilfen, die für Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, um erfolgreich in den Unternehmen des regulären Arbeitsmarktes arbeiten zu können. Die Erfahrungen in der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen unterstreichen, dass das Angebot von Arbeitsassistentz am Arbeitsplatz ein wesentlicher Baustein für eine



erfolgreiche Vermittlung und dauerhafte Eingliederung sein kann. Dies gilt insbesondere für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit schweren Behinderungen. Arbeitsassistenz ist als wichtige Unterstützungsleistung sowohl im Sinne von einfachen Hilfestellungen für Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen als auch als qualifizierende Unterstützung (job coaching) am Arbeitsplatz für Menschen mit Lernschwierigkeiten und für Personen mit geistiger Behinderung und Lernbehinderung zu verstehen. Eine wichtige Aufgabe erfüllen dabei die Arbeitsassistenten. Neben der Vermittlung der Arbeitsfertigkeiten geht es vor allen Dingen darum, den behinderten Arbeitnehmern die Arbeitsabläufe transparent zu machen, zu qualifizieren, mit flexiblen Arbeitsanforderungen umzugehen, die Fähigkeit zur betrieblichen Kommunikation und damit die soziale Integration zu fördern. Und die Qualifizierungsbemühungen richten sich nicht nur an die behinderten Arbeitnehmer; ebenso bedürfen auch die Kollegen und Vorgesetzten in den Betrieben der Unterstützung und Qualifizierung. Das Arbeitsfeld der Arbeitsassistenten ist in hohem Maße als Gratwanderung zwischen unterschiedlichen Interessen im Betrieb anzusehen. Das Ergebnis liegt auf der Hand: In den letzten Jahren hat die Hamburger Arbeitsassistenz über 250 Personen mit geistiger Behinderung, die zum überwiegenden Teil über keinerlei Erfahrungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verfügten, in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vermittelt und am Arbeitsplatz personell begleitet. Das ist auch ein Beispiel, dass berufliche Integration als realistische Alternative zur WfB gestaltet werden kann. Dieser Ansatz wird inzwischen in vielen Ländern umgesetzt. Im deutschsprachigen Raum haben sich für „unterstützte Beschäftigung“ vor allem die Bezeichnungen Arbeitsassistenz bzw. Integrationsfachdienst durchgesetzt. In Österreich ist der Begriff Arbeitsassistenz im Behindertengesetz seit 1999 gesetzlich verankert. Die Arbeitsassistenz in Österreich ist jedoch mit der Arbeitsassistenz in Deutschland nicht vergleichbar. Arbeitsassistenz in Deutschland meint die direkte Hilfe am Arbeitsplatz, also das, was in Österreich von den „job coaches“ oder der persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz geleistet wird. Im zusammenwachsenden Europa lohnen sich Vergleiche der Herangehensweisen, wenn es um die Integration von Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt geht. Das EBG hat in verschiedenen Modellprojekten, gefördert durch die Europäische Union, mitgewirkt und Erfahrungen sammeln können sowie zur Entwicklung von Curricula für Ausbildungen und zum Aufbau von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in den osteuropäischen Ländern beitragen können. Ganz konkreter Beitrag ist der Aufbau der privaten Fachmittelschulen im Rahmen einer 2006 gegründeten Sozialakademie und zwar in einer strukturschwachen Region in Brezno, Slowakei.

Faszinierend ist für mich die Realisierung der Initiative ECDL – barrierefrei, die das Ziel hat, primär sehbehinderten und blinden sowie hörbehinderten und hörgeschädigten und mobilitäts- bzw. bewegungsbehinderten Menschen besseren Zugang zur Ausbildung im IT – Bereich zu geben. ECDL – European Computer Driving Licence – ist eine wesentliche Grundlage für die Integration der Menschen mit Behinderungen in die Bildungs-, Berufs- und Lebenswelt mit Hilfe






der modernen Medien, sie will den Menschen Zugänge ermöglichen zur Informationsgesellschaft und diese Initiative steht gegen „digital gap“, der digitalen Spaltung der Gesellschaft. Microsoft wendete im Geschäftsjahr 2007 weltweit insgesamt 55 Millionen US – Dollar auf, um benachteiligten Gruppen den Zugang zur digitalen Welt und Arbeit zu verschaffen. Ergebnisse der Arbeit sind barrierefreie Lern- und Lehrmaterialien, die auch ortsungebunden durch die e - learning Plattform zur Verfügung stehen. Das EBG hat als Partner mit Unternehmen aus Ungarn und Italien eine Plattform EBCUL ([www.ebcul.com](http://www.ebcul.com)) für die Ausbildung von blinden Menschen geschaffen, die seit Januar 2007 zur Verfügung steht.

Die Bundesanstalt für Arbeit entwickelte ein gestuftes Lernortekonzept für die berufliche Integration behinderter Jugendlicher im Rahmen des Projektes REGINE („Regionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern)behinderter Jugendlicher“, vgl. /6/). Das Anliegen dieser Modellinitiative REGINE besteht darin, die Ausgestaltung und Umsetzung der ortsnahen Berufsausbildung auf der Grundlage der individuellen Fördermöglichkeiten zu erproben, auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren. Der Leitgedanke ist: „So normal wie möglich, so speziell wie erforderlich“. Das Modellprojekt wurde positiv vom Institut für empirische Soziologie Nürnberg evaluiert und es wurde hervorgehoben, dass sich bei der Wahl der angemessenen Strategien zur wohnortnahen Förderung der behinderten Jugendlichen die Entscheidungsträger häufig in einem Spannungsfeld zwischen Sicherstellung fachlich kompetenter Leistungserbringung, prinzipiellen Wirtschaftskalkülen und Überlegungen zum Einsatz vorhandener personeller Kapazitäten mit entsprechender Professionalität bewegen.

Vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2013 werden mit dem Initiativprogramm „Job 4000“ weitere Möglichkeiten offensiv für die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Berufs- und Arbeitswelt erschlossen. Wir alle sollten uns über die Ergebnisse der zahlreichen Initiativen und Modelle verständigen und die vorliegenden Erfahrungen in unsere Handlungskonzepte einbeziehen, die zur beruflichen und sozialen Eingliederung von Menschen im europäischen Raum existieren und ein riesiges Arsenal von Erfahrungen konstituieren. Als problematisch sehe ich an, dass die vielen Modellprojekte, die verdienstvoll gelaufen sind, beim Übergang in die Regelförderung meistens eine Reduzierung der Mittel erfahren, dass oft auch andere Träger beauftragt werden, dass neue Mitarbeiter ohne die Erfahrungen der Pionierarbeit im Projekt die Aufgaben weiterführen und dabei Qualitätsverluste im Vergleich zur Arbeit im Projekt programmiert sind.

Eine Situation der Menschen liegt mir besonders am Herzen, wenn es um die soziale und berufliche Integration geht: Das sind die Menschen, die in ihren biographischen Bezügen psychische Störungen entwickeln bzw. die psychisch krank sind. Psychische Erkrankungen sind zum einen immer Familienerkrankungen. Jedes Lebensereignis, das im sozialen System der Familie drastische Veränderungen hervorruft, hat das Potential zu einem Belastungsfaktor bzw. Stressfaktor für alle Beteiligten zu werden. In der



Resilienzforschung versucht man heute, zumindest die Fragen zu formulieren, wie man den zunehmenden Tatsachen der Entwicklung von psychischen Störungen begegnen kann. Resilienz ist die Fähigkeit eines Menschen oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebenssituationen und deren negativen Folgen umgehen zu können. An die Bedeutung von Resilienz sind zwei Bedingungen gebunden: Erstens eine signifikante Bedrohung für die Entwicklung eines Menschen und zweitens eine erfolgreiche Bewältigung der belastenden Lebensumstände. Der Begriff Resilienz ist ein Antonym zum Begriff Vulnerabilität, was Verwundbarkeit, Verletzbarkeit, Anfälligkeit gegenüber widrigen Lebensumständen bedeutet. Der Mangel an sozialer Unterstützung in ihren Teilbereichen einer informativen, emotionalen, evaluativen bzw. instrumentellen Unterstützung und die unzureichende Einbindung in soziale Systeme sowie fehlende systemische Handlungskonzepte können hoch generalisierte Vulnerabilitätsfaktoren für die pathogene Wirkung für kritische Lebenssituationen der Betroffenen sein. Notwendig ist in jedem Falle der Aufbau und die Förderung von sozialen Stützsyste men zur „Pufferung“ von Auswirkungen von belastenden Ereignissen und Schwierigkeiten im Prozess der beruflichen Rehabilitation. Ich sehe am wachsenden wissenschaftlichen Interesse an der positiven, gesunden Entwicklung der Menschen trotz belastender Lebensumstände einen weiteren modernen Perspektivenwechsel in den Human- und Sozialwissenschaften und eine Herausforderung mit präventivem Hintergrund für uns, die wir besonders um die berufliche und soziale Integration von Menschen mit Behinderungen bemüht sind.

Psychische Behinderungen weisen sehr unterschiedliche Störungsbilder auf:


- Psychosen, sie zeigen sich im schizophrenen Verhalten, in manisch – depressiven Störungen (ICD, Kategorie F2,F3)
- Neurotische Störungen entsprechend ICD, F4),
- Persönlichkeitsstörungen, auch Autismus (ICD, F8),
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (ICD F9 – Psychosoziale Retardierungen,
- Essstörungen, bes. Anorexie und Bulimie (ICD F5)
- Auch vereinzelt auftretende diffuse Vermischungen diverser o. g. Krankheitsbilder, u. a. ADHS.

Die Anteile dieser Störungsbilder betragen im langjährigen Mittel:

- |   |                        |
|---|------------------------|
| • Psychosen                                     | 34,4 %, (aktuell 40 %) |
| • Schwere Neurosen und Persönlichkeitsstörungen | 35,0 %                 |
| • Psychosoziale Retardierung                    | 22,0 %                 |
| • Andere  | 8,6 %                  |
- (Vgl.: /7/ INBAS – Prozessbegleitung 2005)

Eine detaillierte Beschreibung der Schwere und der Auswirkungen der psychischen Behinderungen auf die berufliche und soziale Teilhabe zur weiteren Präzisierung und Vergleichbarkeit unserer Arbeit ist leider nicht gegeben. Hier ist






die Entwicklung von Instrumentarien noch nicht hinreichend weit entwickelt, besonders jene, die am individuellen Bedarf ausgerichtet sind.

Es gibt Konzeptbausteine, die (nach Bernhardt, J. INBAS, 2005) im Sinne einer leitfadengestützten Evaluation die folgenden Punkte enthalten:

- Die personelle Ausstattung des Trägers, incl. psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkompetenzen,
- Stabilisierungsangebote auf der Grundlage von Rezidivkonzepten, die die Menschen mit psychischen Störungen zunächst im Hinblick auf die neue Situation und deren Anforderungen stabilisieren, um dann mit dem Einzelnen ein individuelles Konzept zur Vermeidung von Rückfällen zu erarbeiten. Das ist unabdingbar für alle Störungsbilder, will man die Zeit während und nach der beruflichen und sozialen Rehabilitation gut vorbereiten. Insbesondere benötigen die Menschen mit psychischen Störungen solche Strategien, die Aspekte wie das Erkennen von gefährdenden Belastungen, Frühwarnzeichen für ein Rezidiv, Compliance, Bewältigung der Folgen und Einschränkungen der schweren Erkrankung, Aufbau sozialer Kompetenzen und den Umgang mit möglichen Neuerkrankungen beinhalten.
- Bei unseren Angeboten für Entlastungsmöglichkeiten in Krisensituationen geht es darum, den Rehabilitanden eine Reduktion möglicher Belastungsaspekte anzubieten, die natürlich zwischen allen Beteiligten abzustimmen sind.
- Wesentlich sind Maßnahmen zur Sicherung der Compliance, denn fast alle Menschen mit psychischen Störungen sind auf die Einnahme einer neuroleptischen Medikation angewiesen. Die Bereitschaft und Zuverlässigkeit der Einnahme von Medikamenten, eben Compliance, zeigen nicht immer alle Betroffenen und vor allem jüngere Menschen nicht immer. Mangelnde Compliance kann sicher nicht grundsätzlich und sofort zum Abbruch einer Maßnahme führen, bei fortgesetzt praktizierter Verweigerung der Einnahme verschriebener Medikamente muss allerdings die Frage nach der Mitwirkungsbereitschaft und nach der Prognose und damit auch der Verantwortbarkeit zu stellen erlaubt sein. Der Umgang mit diesem Problem ist nicht zu standardisieren, sondern interindividuell und interinstitutionell sehr differenziert zu handhaben.
- Ein nächster Baustein, das ist die Anpassung der Prüfungsmodalitäten. Menschen mit psychischen Störungen entwickeln in Ausnahmesituationen – und als solche ist eine Prüfungssituation zu denken – im Gegensatz zu ihren fachlichen Kompetenzen im Ausbildungsverlauf Versagensängste und Leistungsabfälle bis zum totalen Versagen. Entsprechend auch den Empfehlungen des BIBB und den Spielräumen, die wir als Pädagogen haben, geht es nicht um Leistungsnachlässe sondern um die angstfreie Gestaltung der Situationen, so dass der Rehabilitand in die Lage versetzt wird, sein tatsächliches Leistungspotential möglichst ohne die aufgrund der psychischen Störungen auftretenden Beeinträchtigungen zu aktualisieren.
- Angehörigenarbeit ist ein weiterer Baustein, denn die psychische Behinderung eines Menschen ist nicht isoliert von seinem konkreten




sozialen Umfeld zu sehen. In der Angehörigenarbeit liegen die Antworten für Spannungsverhältnisse, die sich auf die Beziehungsgestaltung im Alltag auswirken. Es gibt Belege dafür, dass durch eine konkrete Angehörigenarbeit besonders bei den Menschen mit psychischen Störungen ein erheblicher Beitrag zur Rückfallprophylaxe geleistet wird. Die Angehörigen selbst kommen zur Erkenntnis der Akzeptanz und des Mitwirkens im Interesse ihres Familienmitgliedes. Sie lernen Wesentliches über die Störung und sehen therapeutisches Handeln in einem anderen Licht. Nicht selten erfahren Angehörige das Auftreten der Störung ihres Rehabilitanden im familialen Umfeld auch als kränkend und beschämend. Und sie können sich als schuldig oder verursachend für das Verhalten ansehen. In der Angehörigenarbeit werden dann wertvolle Erfahrungen gemacht, dass sie kein Einzelschicksal erleben, sie erfahren, wie andere mit den Problemen im familialen Milieu umgehen und können Entlastungsstrategien entwickeln. Aber auch das ist die Realität: Ein hoher Anteil von Rehabilitanden mit psychischen Störungen besitzt kein funktionierendes familiales und soziales Umfeld. Nur 65 % der jungen Menschen kommen aus Elternhäusern, davon wiederum funktionieren 45 % erkennbar problematisch.

Rehabilitation hat nicht nur die Teilhabe am Arbeitsleben zum Ziel, aber Arbeit ist einer der elementarsten Bausteine und zugleich Zielperspektive einer jeden Rehabilitation. Der Erfolg oder Misserfolg rehabilitativer Maßnahmen entscheidet über das künftige Leben eines Rehabilitanden, auch über das eines Menschen mit psychischen Störungen, über seine soziale Stellung vor dem Hintergrund der Tatsache, dass er soziale Positionen durch Krankheit verloren hat, der Erfolg entscheidet über seine materielle Lebenssituation.

Diese Tatsachen und die Ziele unserer Arbeit sind uns allen bekannt. Angesichts der Betrachtung des unverwechselbaren Einzelfalles wird es immer wieder notwendig sein, die Grenzen der Versorgungssysteme zu überschreiten. Das bedeutet für eine effektive Versorgungsplanung, die Grundlagen für eine gut funktionierende Kooperation zu schaffen und auch ständig zu sichern. Wir sprechen bei all den kooperativen Bemühungen im speziellen von der „fallbezogenen“ Kooperation. Der Aufbau und die Analyse von Hilfeverläufen, von Kooperationsbeziehungen und die Hindernisse für eine gelingende Kooperation zeigen, wie zwingend notwendig sich die „Fallführung aus einer Hand“ mit entsprechender Festlegung der Federführung, mit Festlegung der Zeitschiene und den Konkretionen der Arbeit der Kooperationspartner aus multiperspektivischer Sicht erweist. Den komplizierten Einzelfall zu verstehen, die „richtige“ Hilfe zu planen und die daraus resultierenden Aufgaben zu bewältigen, erfordern eine qualifizierte mehrdimensionale Fallarbeit, eben aus einer Hand und in Zusammenarbeit mit den Betroffenen, den Unternehmen und Einrichtungen, den professionellen Helfern und den verschiedenen Kostenträgern.

Welche Voraussetzungen und Leitprinzipien sind für eine solche gelingende Kooperation zwischen den Menschen mit Behinderungen, ihren Angehörigen, den Arbeitgebern und den verschiedenen agierenden Fachleuten von entscheidender



Bedeutung? Konkreter und auf die institutionelle Ebene gebracht: Wie gestaltet sich die Kooperation zwischen den vorbehandelnden betreuenden Einrichtungen, den Bildungseinrichtungen, den Betrieben für die Praktika und für die Arbeit, möglichst in Wohnortnähe, zwischen den Tageskliniken, therapeutischen Einrichtungen, den Einrichtungen für die Folgebetreuungen? Kooperation darf nicht zur Instrumentalisierung von Partnern und schon gar nicht zur Instrumentalisierung von Menschen führen.

Worum geht es? Als Thesen zum professionellen Agieren in der Kooperation.

- Entwicklung gemeinsamer Bewältigungsstrategien in Gesprächen mit allen Beteiligten
- Gemeinsame Festlegungen der einzelnen Schritte im Rahmen des Gesamtkonzeptes und das ist der unverwechselbare Einzelfall,
- Gemeinsame Ressourcenerschließung, individuelle Ressourcen eingeschlossen
- Nutzung gegebener räumlicher Vernetzungen in regionalspezifischen Zusammenhängen, da müssen nicht alle die gleichen Bedingungen haben und haben sie auch gar nicht,
- Vor allem aber die Erhöhung der Fachkompetenzen durch Begleitung, Unterstützung, Beratung, Befähigung zur Kommunikation, Aufmerksammachen auf risikobehaftete Vorgehensweisen bei einzelnen Beteiligten in der Situation.

Kooperation im Sinne der Hilfe für die Betroffenen heißt für mich auch, mögliche Kooperationssperren zu erkennen und sie unvoreingenommen überwinden helfen. Und es gibt in unseren Angelegenheiten eine Menge von Kooperationssperren. Da sind zuallererst die Fragen des Datenschutzes, auf die sich auch manches Rückzugsverhalten im professionellen Raum bezieht.

Ich sage aber auch voller Überzeugung, dass Kooperationssperren sich aus unserer eigenen Professionalität ergeben. Manchmal versuchen wir nicht von Anfang an und ganz systematisch und aus ganzheitlicher Sicht, alle Betroffenen mit einzubeziehen. Die Nutzenerwägungen werden aus der eigenen Perspektive und auf dem eigenen Erfahrungshorizont abgebildet.

Auch die Institutionalität kann zu einer sehr wesentlichen Kooperationssperre werden. Es wirken im Interesse der Betroffenen verschiedene Institutionen zusammen und zu Kooperationssperren können, ob wir es wollen oder nicht, die teilweise konkurrierenden Systeme und gewisse institutionelle Unvereinbarkeiten werden. Des Weiteren ist die Interpersonalität als Kooperationssperre zu sehen, die an die handelnden Akteure, Menschen mit Behinderungen, Angehörige, Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter, Verwaltungsangestellte etc. gebunden ist und wo sich die Einzelnen im oft gut gemeinten Sinne, manchmal auch aus Vorsicht und daraus resultierender Unsicherheit selbst Grenzen für ihr Handeln im Umgang miteinander und im professionellen Feld setzen.

Also schauen wir auf die Rahmenbedingungen für unsere Hilfeleistungen im Sinne einer guten Kooperation.




Ich sehe folgende Möglichkeiten:

- Schaffung einer kooperationsfördernden Infrastruktur, die sich in den spezifischen Regionen durchaus auch unterschiedlich gestalten kann, als da sind die konkreten Vereinbarungen für das Handeln, die Ausgestaltung von Netzwerken für die Hilfeangebote, wozu die Gelegenheit gegeben sein muss, sich auch in der beruflichen Interaktion kennenzulernen. Bekanntlich führen die Kenntnis der Alltagspraxis des Einzelnen und auch das sich in einer personalen Beziehung aufbauende Vertrauen zu Lerneffekten bei allen Beteiligten und zur Kooperation.
- Kooperation auf interinstitutioneller bzw. interprofessioneller Ebene ist niemals eine „Notfallkooperation“ , kann es aber ganz schnell werden, aber zumindest lernen wir für den nächsten Fall und vor allem für die Abwendung von Gefährdungen und es ist die Gelegenheit für präventives Handeln ganz entscheidend auszugestalten.
- Schließlich – und das wissen wir alle – spielen immer Kosten – Nutzen – Fragen in praktizierten Kooperationsmodellen eine nicht unerhebliche Rolle. Alle Kosten sind zu kalkulieren und dabei geht es eben auch um partnerschaftliche Offenheit und Kenntnisnahme der jeweiligen Möglichkeiten. Und die Kosten – Nutzen – Frage wird bekanntlich festgemacht an der Frage „Wer trägt die Kosten angesichts knapper Kassen?“ Das Thema Kooperation ist immer auch eine Verteilungsfrage, dergestalt: „Finanziert jedes System seine eigenen Aufgaben entsprechend den jeweils festgeschriebenen Pflichtleistungen oder wird das System als Ausfallbürge des anderen gesehen?“

Transparenz und Offenheit bringen uns am weitesten. Nicht nur bei der Kostenfrage, sondern auch in der rechtzeitigen Schaffung von Informationssystemen, etabliert als Netz von Versorgungsleistungen, die sich in der Anlage regional durchaus unterscheiden können.

Die Probleme liegen auf der Hand: Unsere gemeinsame Sicht auf die Dinge muss sich festmachen

- Auf eine zügige Einleitung der beruflichen Rehabilitation; die Zuständigkeitsprüfungen haben häufig noch lange Wege.
- Es werden häufig informative Beratungsleistungen durchgeführt, weniger gelingt im Beratungsprozess das Praktizieren emotional – evaluativer Prozesse unter Berücksichtigung motivationaler Störfaktoren und emotionaler Ambivalenzen. Beratung ist kein Verwaltungsakt sondern zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung.
- Es geht zudem in den personalen Kontakten um die Stärkung der Eigenständigkeit und Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit der Rehabilitanden. Hier ist das doppelte Mandat des Reha-Beraters als helfender Berater und als entscheidungstreffender Sozialadministrator in der Totalität der Aufgabenstellungen wirksam.
- Es sind zudem die verschiedenen Interferenzen im Rahmen der psychosozialen Bewältigungsprozesse zu berücksichtigen, d. h. auf die



kritischen Lebensereignisse der Betroffenen mit den anstehenden adäquaten berufsbezogenen Entscheidungs- und Problemlösungsprozessen zu reagieren und Identitätsneueinregelungen zu fördern, das Selbstwertgefühl stabilisieren zu helfen und eine berufliche Selbstkonzeptänderung zu unterstützen.

Mit diesen Anforderungen sind wir mittendrin in einer notwendigen Professionalisierungsdebatte. Der Ruf nach einer adäquaten Ausbildung für Integrationsberater wird immer deutlicher und besonders die Forderung nach einer europaweit vergleichbaren Ausbildung nach einheitlichen Qualitätsstandards. Kriterien für ein integrationspädagogisches Studium wären unterdessen auf der einen Seite Arbeitsplatzkenntnisse in beruflichen Handlungsfeldern (u. a. handwerkliche Kenntnisse), auf der anderen Seite sozialpädagogische, verwaltungswissenschaftliche und sonderpädagogische Kenntnisse über den Umgang mit Menschen mit Behinderungen, Beratungsmethoden und methodische Instrumentarien und didaktische Arrangements, mehrdimensionale Fallarbeitsstudien, ausbildungsbegleitende Supervision, Arbeits- und Sozialrechtskenntnisse einschließlich der Kenntnisse über das Behinderteneinstellungsgesetz. Heute sind in der Praxis vor allem in diesem hier zur Disposition stehenden Feld der Arbeit mit Rehabilitanden Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Erwachsenenbildner, Heilpädagogen, Sonderpädagogen, Rehabilitationspädagogen mit vorheriger betrieblicher Ausbildung und meistens als Quereinsteiger beschäftigt. Selbständige Studiengänge für die berufliche Rehabilitationspädagogik werden sich entwickeln und auch dem Zeitgeist entsprechend entwickeln müssen, um die neuen Qualitätsstandards, wie sie in dem Equal – Projekt „Qualitätssicherung in der Integrationsarbeit als Versuch für einheitliche Qualitätsstandards“ entwickelt wurden. Einher mit der Professionalisierungsdebatte gehen Anforderungen an die angewandte Forschung. Sie muss Ergebnisevaluation durchführen, Nachhaltigkeit von Prozessen bewerten, Berufsverlaufsstudien incl. berufliche Verbleibstudien und Einzelfallstudien zu Berufsbiographien von Menschen mit Behinderungen, insbesondere deren subjektiven Perspektiven erarbeiten, um Kontinuitäten und Diskontinuitäten, eventuelle Brüche und erschwerte Übergänge zu erkennen. Da hat die Praxis viele Erfahrungen zu bieten, die auf eine wissenschaftliche Verallgemeinerung warten. Aber das ist schon ein nächstes Thema für weitere Konferenzen in der Gemeinsamkeit der Fachleute, der Arbeitgeber, der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

- 
- /1/ Wagner, H.: Sonderschule – und danach? Über Probleme veränderter Arbeitsmärkte und Berufsperspektiven für Behinderte. In: Behindertenpädagogik 32, S. 265.
  - /2/ Berry, P.: Development in DOWN` s Syndrom children and Adults. Townsville IC University, 1986.
  - /3/ Eggert, D. u. a.: Von den Stärken ausgehen. Borgmann 2007, S. 27.
  - /4/ Rappaport, J.: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit, 1985, S. 296:
  - /5/ Schöck, I.: Persönliches Budget - Kritische Betrachtung aus der Sicht der Behindertenhilfe, 2006.
  - /6/ Fassmann, H.: Probleme der Umsetzung des Postulats „So normal wie möglich, so spezifisch wie erforderlich“ im Rahmen eines Konzeptes zur wohnortnahen Rehabilitation unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Modellprojektes „REGINE“, 2001.
  - /7/ Bernhardt, J.: Umsetzung des neuen Fachkonzeptes BVB/ Prozessbegleitung durch INBAS, Neumünster, 2005 S.1.