

PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN IM ARBEITS- LEBEN | Strukturelle Probleme der Teilhabe und Lösungsan- sätze

Jan Stähr

Zusammenfassung | Die Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung, die durch die Psychiatriereform erzielt wurden, sind im Bereich der Teilhabe von psychisch kranken Menschen am Arbeitsleben nur sehr bescheiden ausgefallen. Strukturell ist dies einer Sichtweise geschuldet, nach der Menschen mit psychischen Erkrankungen fit für den Arbeitsmarkt zu sein, und nicht umgekehrt die Strukturen so beschaffen sein müssen, dass sie den Erfordernissen von psychisch kranken Menschen entsprechen. Mit dieser Logik versucht das Prinzip des „supported employment“, die im Sozialgesetzbuch verankerte „Unterstützte Beschäftigung“, zu brechen.

Abstract | With regard to the employment participation of mentally ill people, the progress achieved by psychiatric reform efforts in Germany has only been very modest so far. Structurally speaking, this is due to an opinion that psychologically challenged people should be fit for the labour market, neglecting the opposite perspective that working conditions could be tailored to their specific needs. The underlying rationale is countered by the principle of „supported employment“ as laid down in the German Social Code.

Schlüsselwörter ► Psychisch Kranker
► Arbeitnehmer ► Arbeitswelt ► Teilhabe
► soziale Ausgrenzung ► Arbeitsbedingungen

1 Einleitung | Auf der Jahrestagung 2002 der Aktion Psychisch Kranke (APK) wurde das Thema der Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben beleuchtet. Regina Schmidt-Zadel konstatierte in ihrer Eröffnungsrede, dass die Daten zu deren Arbeits- und Beschäftigungssituation alarmierend seien, was insbesondere für die chronisch Erkrankten unter ihnen gelte.

Das Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ werde bei psychisch Kranken eindeutig nicht umgesetzt. Viele würden in ihrem Leben nie Zugang zum Arbeitsleben finden. Selbst dort, wo die Anforderungen der Psychiatriereform weitestgehend erfüllt zu sein scheinen, finde die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben nicht statt. Es sei davon auszugehen, dass maximal zehn Prozent der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind und 20 Prozent einen beschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt für Behinderte haben. Etwa fünf Prozent nutzten Angebote beruflichen Trainings und beruflicher Rehabilitation. Zirka 15 Prozent nähmen Beschäftigungsmöglichkeiten in Tagesstrukturierenden Angeboten wahr. Mehr als die Hälfte aller chronisch psychisch Kranken sei untätig. Die meisten dieser Untätigen benötigten intensive kostenwirksame Betreuung, auch um die Untätigkeit zusätzlich zur krankheitsbedingten Einschränkung ertragen zu können (Schmidt-Zadel 2002).

Trotz erheblicher Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker seit der Psychiatrie-Enquete 1975, der Reform des Sozialgesetzbuches (SGB) IX 1999 und dem vom Bundestag 2002 beschlossenen Antrag zur Fortentwicklung der Psychiatriereform gibt es im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben chronisch psychisch Kranker nach wie vor gravierende strukturelle Probleme (Hundsdoerfer 2009).

Die Gründe sind meines Erachtens in einer falsch gestellten Prämisse der beruflichen Rehabilitation zu suchen: Ziel der beruflichen Rehabilitation ist es, die psychisch kranken Rehabilitanden in einem aufwendigen Verfahren fit für den Arbeitsmarkt zu machen und nicht umgekehrt sich der Herausforderung zu stellen, wie der Arbeitsmarkt, gerade auch der erste Arbeitsmarkt, so gestaltet werden kann, dass psychisch Kranke integriert werden können. Man arbeitet lieber an Defiziten von Menschen, anstatt wirklich Strukturen zu verändern. Dies kommt einem Festhalten an einem verkürzten Integrationsbegriff gleich, der die Anpassung behinderter Menschen an bestehende Strukturen beinhaltet, und verkennet, dass nicht die psychisch kranken Menschen defizitär sind, sondern die zur Verfügung gestellten Strukturen und Ressourcen psychisch Kranken nicht gerecht werden. Ein weiter gefasstes Inklusionsverständnis, wie es in der UN-Behindertenrechtskonvention angelegt ist, zielt darauf ab, dass Behinderung nicht von vornher-

ein defizitär betrachtet, sondern als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht wird. Inklusion erfordert deshalb die Anpassung der gesellschaftlichen Normalität an die Bedürfnisse aller, auch an die behinderten Menschen (Wabnitz 2013).

Zugleich findet man häufig ein allzu schematisches Vorgehen der Mitarbeiter der Jobcenter beziehungsweise Arbeitsagenturen in Form einer Entweder-oder-Lösung vor: Entweder ist jemand funktionsfähig für den ersten Arbeitsmarkt mit allen notwendigen Anforderungen oder es folgt die Eingliederung in eine Werkstatt für Behinderte, wenn nicht sogar die sofortige Berentung. Dazwischen gibt es vielfach keine Lösungen, die den individuellen Möglichkeiten der Rehabilitanden Rechnung tragen, was eine enorme Verschwendung von Ressourcen mit sich bringt.

Trotz der verschiedenen Versuche, andere Formen von Rehabilitation zu etablieren, stellen die Werkstätten für behinderte Menschen bis heute anteilig die meisten Arbeitsplätze für chronisch psychisch Kranke. Versicherungspflichtige Arbeitsplätze sind nach wie vor die Ausnahme. Dabei ist aber inzwischen gut belegt, dass ein Mensch, der einen Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bekommen hat, meist am Ende seiner beruflichen Rehabilitation angelangt ist. Nach den Erhebungen der Bundesagentur für Arbeit werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung immer noch sehr häufig in eine WfbM eingegliedert. Ebenfalls ist aus diesen Zahlen zu ersehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Qualifizierungsmaßnahmen seltener mit einer Prüfung abschließen (Hundsdoerfer 2009).

Arbeit zu haben, bedeutet für viele psychisch Erkrankte den Ausschluss aus der normalen Arbeitswelt. Sie werden für viel Geld ausgegliedert, um dann unter hohen Kosten wieder integriert zu werden. Seit Jahren werden Subkulturen von Sondereinrichtungen mit einem hohen finanziellen Aufwand geschaffen. Diese Beheimatung im psychosozialen Netz steht einer dauerhaften Integration psychisch Erkrankter in die Normalität im Wege.

Die Rehabilitation psychisch kranker Mensch orientiert sich zu sehr an Einrichtungskonzeptionen und ist viel zu fragmentiert. Mehr denn je ist ein Umstieg von der angebotsorientierten zur am individuellen

Bedarf orientierten Versorgung geboten. Ein solcher Wechsel von instituts- zu personenzentrierten Hilfen ist auch für die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben dringend erforderlich. *Niels Pörksen* führt zu Recht aus, dass unser Handeln nicht mehr wie bisher an einer weiteren Ausdifferenzierung von Rehabilitationsmaßnahmen aller Art, sondern allein am Qualitätskriterium der tatsächlichen Teilhabe am Arbeitsleben orientiert sein darf (Pörksen u.a. 2002). Im Folgenden wird das Rehabilitationsverfahren beleuchtet und einer kritischen Bewertung unterzogen. Daran schließt sich eine Darstellung von Alternativen und Auswegen aus der aufgezeigten Problemlage an.

2 Leistungen zur Teilhabe zwischen Anspruch und Umsetzung | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können in Betrieben, durch Bildungsträger, durch Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, berufliche Trainingszentren und andere vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation), durch Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (RPK-Einrichtungen) sowie durch Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden. Die Leistungen sind darauf gerichtet, dem behinderten Menschen die Aufnahme und Ausübung einer seiner Neigung und Eignung entsprechenden Beschäftigung zu ermöglichen. Außerdem soll durch begleitende Maßnahmen die im Berufsbildungsbereich erworbene Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert und der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen gefördert werden. Entsprechend den Besonderheiten psychischer Störungen sollten die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben so weit wie möglich berücksichtigt werden.

Diese Leitvorstellungen sind sozialrechtlich in den §§ 33 bis 39 SGB IX verankert, wobei insbesondere § 33 Abs. 4 hervorzuheben ist: „Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt.“ Diese integrativ ausgerichtete gesetzgeberische Vorgabe führt aber in der Praxis zunächst einmal zur Ausgrenzung aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Da wird aus „Eignung [und] Neigung“

die Feststellung der Eignungs- und Leistungsfähigkeit in einem schematischen Verfahren, das individuelle Ressourcen gerade nicht berücksichtigt.

Einem Verfahren der beruflichen Rehabilitation geht häufig eine ungewollte und aufgezwungene medizinische Begutachtung voraus, bei der den Betroffenen eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit für den Arbeitsmarkt attestiert und ihnen geraten wird, sich für ein anderes Berufsfeld zu qualifizieren, unabhängig davon, ob sie dies überhaupt möchten. Der medizinischen Begutachtung folgt dann die Ausgliederung in die Reha-Abteilung der Bundesagentur für Arbeit. Diese könnte eigentlich von Vorteil sein, ist es aber in der Praxis nicht unbedingt, denn hierdurch wird die Entfernung vom allgemeinen Arbeitsmarkt eingeleitet. Es vergeht meist viel Zeit und vielen psychisch Erkrankten fehlt der lange Atem. Sie brechen das Verfahren während einer der durchlaufenen Maßnahmen ergebnislos ab, um sich dann berenteten zu lassen.

Das Verfahren der beruflichen Rehabilitation beginnt in aller Regel mit einer Diagnose der Leistungs- und Eignungsfähigkeit. In einer sechswöchigen sogenannten erweiterten Berufsfindung und Arbeitsprobung (EBA) werden die Rehabilitanden einer Überprüfung ihrer Fähigkeiten ausgesetzt. Dabei wird auf Drill nicht verzichtet, denn man orientiert sich an einem Vollzeitarbeitsplatz und das pünktliche Erscheinen am Arbeitsort um acht Uhr morgens ist verpflichtend. Viele Rehabilitanden leiden aber durch die Einnahme von Medikamenten unter Müdigkeit und so verwundert es nicht, dass die EBA von einem guten Teil schon vorzeitig abgebrochen wird. Damit ist dann auch das Reha-Verfahren beendet, bevor es eigentlich begonnen hat, und es folgt häufig die Berentung, die sich die Rehabilitanden nach dem vorangegangenen Stress dann auch wünschen. Diejenigen, die die EBA bis zum Ende schaffen, werden regelmäßig mit einer beruflichen Trainingsmaßnahme vertröstet, die meistens ein Jahr dauert und der eigentlichen Umschulung oder Weiterbildung vorangeht. Auch hierdurch geht vielen die Motivation verloren.

3 Strukturen der Exklusion | Die Passung von individuellen Voraussetzungen und sozialen Anforderungen verursacht bei psychisch kranken Menschen zunehmend Anschlussprobleme in verschiedenen sozialen Sektoren. Wer diese Erwartungen oder An-

forderungen nicht erfüllt, der muss mit Exklusion rechnen. Die sozialpsychiatrische Reaktion auf die relativ schlechten Inklusionsbedingungen besteht nach wie vor in der Schaffung einer Parallelwelt, die den betroffenen Menschen Schutz vor Überforderung, Diskriminierung und Stigmatisierung bietet, wie zum Beispiel Werkstätten oder Tagesstätten. Der Wandel von der Gemeindepsychiatrie zur Psychiatriegemeinde führt jedoch zu einem zusätzlichen Exklusionsrisiko. Die soziale Integration in die Psychiatriegemeinde wird mit der Exklusion aus vielen Bereichen der Gesellschaft erkaufte (Richter 2010).

Das System der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit seinen jeweils spezifischen Zugangskriterien ist wiederum hochgradig selektiv und trägt nicht den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Rechnung. Die gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Einzelfall notwendige Verknüpfung von psychiatrischen und arbeitsbezogenen Hilfen ist strukturell unterentwickelt und weithin eher von einem unverbundenen Nebeneinander geprägt, wobei das gegenwärtige System angebots- und maßnahmebezogen organisiert ist. Für den Zugang zu Leistungen müssen die Rehabilitanden jeweils spezifische Voraussetzungen erfüllen (Pörksen u.a. 2002).

Für die Maßnahmen werden die jeweils passenden Klienten und Klientinnen nach dem Motto gesucht: Wer ist ausreichend motiviert und belastbar, um das Angebot erfolgreich nutzen zu können? Bei einer personenzentrierten Organisation und Erbringung von Hilfen würde man diese Frage ersetzen durch: „Welche Unterstützung und Förderung braucht der Mensch mit psychischer Beeinträchtigung aktuell, um seine Arbeitsfähigkeit zu erproben, zu erhalten oder wieder zu erlangen, seine beruflichen Neigungen zu entdecken und seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln, einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Zugang zu Arbeit und Beschäftigung zu erhalten und zu sichern“ (Pörksen u.a. 2002).

Gegenwärtig besteht aber ein Rehabilitationsparadoxon, bei dem eine gute Prognose häufig eine notwendige Voraussetzung für die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme ist. Es werden Fähigkeiten vorausgesetzt, die erst erworben werden müssen. Dies trifft besonders die wenig leistungsfähigen chronisch psychisch kranken Menschen. Die Eintrittskarte

für den Zugang zu Leistungen der beruflichen Eingliederung ist die vollständige Arbeitsfähigkeit mit der Perspektive zur Teilnahme am allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Zeitumfang oder in der Zielperspektive abgespeckte Angebote gibt es kaum. Es werden vorwiegend Formen der Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung angeboten, die in aller Regel auf eine Vollerwerbstätigkeit ausgerichtet sind, so auch Vollzeitrehabilitationsmaßnahmen oder Eingliederungen in die WfbM, die ebenfalls zeitintensiv ausgerichtet sind (Meierjohann 2006).

Wer dauerhaft nur sehr begrenzt arbeitsfähig ist, findet jedoch kaum und schon gar nicht ausreichende und dauerhafte Hilfen zur Arbeit an normalitätsorientierten Arbeitsplätzen unter besonderen, angepassten Bedingungen. Die Unterstützung von ein bisschen Arbeit findet keine Akzeptanz. Es gilt: Ganz oder gar nicht! Dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufig vor vielen Barrieren stehen, die nur eine begrenzte, aber dennoch wichtige Form von normaler Arbeitstätigkeit zulassen, ist im öffentlichen Bewusstsein nicht vorhanden (Meierjohann 2006).

4 Wege aus dem Dilemma | Es lassen sich aber auch Ansätze finden, die eine Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen, die dem individuellen Bedarf entsprechen, sich an der Normalität orientieren und an den Ressourcen der Psychiatrieerfahrenen ansetzen. Exemplarisch soll dies am Prinzip des *supported employment*, das auch im § 38a SGB IX verankert ist, den Zuverdienstprojekten und der EX-IN Weiterbildung zu Genesungsbegleitern beschrieben werden.

4-1 Supported Employment: Erst platzieren – dann rehabilitieren | Bisher ging man von der Vorstellung aus, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen erst durch ein spezifisches Programm von Maßnahmen, die oft unzureichend am individuellen Bedarf ausgerichtet sind, beruflich rehabilitiert werden müssen. Das hat zur Folge, dass die Teilhabe am Arbeitsleben, die über den engen Rahmen der beruflichen Rehabilitation in Einrichtungen und durch Dienste hinausgeht und stärker auf den betrieblichen Alltag ausgerichtet ist, noch immer wenig entwickelt ist. Viele Schwierigkeiten bei der beruflichen Eingliederung von Menschen mit psychischer Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erklären sich aus diesem sehr einrichtungsbezogenen Rehabilitationsvorgehen. Das diesem

Konzept entgegengesetzte Bestreben, erst zu platzieren und dann zu trainieren beziehungsweise zu rehabilitieren, bricht mit der Vorstellung, dass:

- ▲ die berufliche Rehabilitation durch einen klar konzipierten Lehrgang, möglichst mit formalen und anerkannten Abschlüssen erfolgen soll;
- ▲ eine fundierte Bildungsmaßnahme immer die beste Voraussetzung für eine berufliche Eingliederung ist;
- ▲ erst die Bildungsmaßnahme stattfindet und dann die behindertengerechte Arbeit folgen kann.

Nach dem Modell des *supported employment* sollen sich Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben in die Richtung eines *training on the job* entwickeln. Ausgehend von den spezifischen Hilfebedarfen des Einzelfalls und einer individuellen Hilfeplanung werden die Orientierung auf konkrete Arbeitsplätze und eine enge Kooperation mit der Wirtschaft angestrebt. Begleitende Hilfen und eine sowohl aus betrieblicher als auch aus Sicht der Betroffenen bedarfsorientierte Qualifizierung am Arbeitsplatz sind die entscheidenden Säulen. *Supported employment* besteht grundsätzlich aus folgenden Komponenten:

- ▲ kompetitive Arbeit, das heißt die Rehabilitanden arbeiten unter normalen Bedingungen als Vollzeit- oder Teilzeitarbeitskraft;
- ▲ sie erhalten dafür mindestens den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestlohn;
- ▲ der Arbeitsort befindet sich in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes;
- ▲ das Arbeitsverhältnis ist zeitlich unbefristet;
- ▲ die Rehabilitanden werden an ihrem Arbeitsplatz langfristig durch einen *job coach* begleitet.

Die zentralen Aufgaben des *job coach* sind:

- ▲ Akquirierung geeigneter Arbeitsplätze;
- ▲ Erarbeitung und Durchführung eines behindertenspezifischen Plans in Zusammenarbeit mit dem Betrieb, dem Behinderten und seinem unmittelbaren Umfeld;
- ▲ Heranziehung sonstiger Betreuungssysteme mit dem Ziel, dem Behinderten den Arbeitsplatz auf Dauer zu sichern (Hoffmann 1999).

Der Gesetzgeber hat diese Prinzipien 2008 mit seinen Zielsetzungen der „Unterstützten Beschäftigung“ nach § 38a SGB IX aufgegriffen. Erste wesentliche Aufgabe ist die Akquisition bedarfsgerechter betrieblicher Erprobungsplätze. Ohne das Angebot solcher Erprobungsplätze ist die Durchführung von

Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung unmöglich. Anschließend, das heißt nach erfolgreicher Akquisition, sind die Beschäftigungsmöglichkeiten der psychisch kranken Menschen zu erproben. Ist die geeignete Tätigkeit gefunden, die auch eine Perspektive auf eine Übernahme bietet, erfolgt die Einarbeitung auf diesem Arbeitsplatz (Götze 2012).

4-2 Zuverdienstprojekte berücksichtigen das Normalisierungsprinzip | Zuverdienstprojekte, die an vielen Orten und vielfältig in Integrationsfirmen und in Vereinsbetrieben unter der Regie von stationären oder ambulanten Einrichtungen geschaffen wurden, können die Anpassung der Rahmenbedingungen der Arbeit an die Möglichkeiten und Wünsche der beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichen. Sie gewährleisten:

- ▲ Flexibilität der Arbeitszeiten;
- ▲ abgestufte Anforderungen an Arbeitsgeschwindigkeit und Arbeitsproduktivität;
- ▲ Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle;
- ▲ keine zeitliche Beschränkung der Beschäftigungsdauer,
- ▲ keinen Reha-Druck zur Erreichung vorgegebener Ziele.

Auch wird dem Normalisierungsprinzip Rechnung getragen, wenn der Arbeitsplatz beispielsweise bei einem Café-Mobil auf Marktplätzen oder in einem Bio-Supermarkt besteht. Der Integration in die reale Arbeitswelt ist gegenüber der Platzierung in künstliche Milieus Vorrang eingeräumt.

Ein Zuverdienst kann auch die sanfte Hinführung zur beruflichen Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt bedeuten. Die Beschäftigung kann dazu beitragen, den Grad der Erwerbsfähigkeit zu klären. Zuverdienst als Form der Teilhabe bezieht seine Attraktivität für eine bestimmte Personengruppe besonders daraus, dass er nicht einer vorgegebenen Anweisung zum Fördern und Fordern folgt (Meierjohann 2006). Problematisch bleibt die geringe Entlohnung auf der Basis eines Stundenlohns von 1,50 Euro, denn von diesem Zuverdienst kann der Lebensunterhalt nicht bestritten werden.

4-3 Zukunftsperspektiven mit EX-IN | Das EU-Projekt „Experienced Involvement“, an dem mit Norwegen, Schweden, England, Slowenien, der Nie-

derlande und Deutschland sechs Länder beteiligt sind, soll den Anschluss an eine Entwicklung ermöglichen, die in den USA und Kanada schon deutlich weiter fortgeschritten ist: In einigen Bundesstaaten ist dort jeder psychiatrischen Therapie unabhängig von der Diagnose eine Beratung durch Peers vorgeschaltet.

In Bremen und Hamburg, neuerdings auch vermehrt in Berlin und Potsdam, übernehmen EX-IN-Absolventen vielfältige Aufgaben und bereichern die psychosoziale Versorgung: durch Honorartätigkeiten, aber auch versicherungspflichtige Arbeit; mit Funktionen in der ambulanten Pflege, im betreuten Wohnen und im Hometreatment sowie mit Gesprächsgruppen zum Thema Recovery. Sie haben sich mit der eigenen Krankheitserfahrung auseinandergesetzt, sie reflektiert und zum Wir-Wissen transformiert, sie sind fit in innovativer Theorie (Recovery) und Praxis (Empowerment). Sie haben sich mit den Perspektiven der Angehörigen beschäftigt und wissen aus eigener Reflexion und Erfahrung um die jeweiligen Bedürfnisse.

EX-IN steht für ein emanzipatorisches Beziehungsangebot. Peers können für viele hilfreich sein: Den Fachkräften können sie helfen, sich auf die eigentlichen Bedürfnisse und Werte sowie auf anthropologische Sichtweisen zu besinnen. Peers können Betroffene anders ansprechen, vielleicht sogar andere erreichen, die bisher nicht oder nur schwer zu erreichen waren. Sie können den Dialog befördern, wenn sie die Angehörigen selbstverständlich einbeziehen und deren Erfahrungen als Bereicherung erlebt werden. Vor allem können Sie Mut machen – durch ihre pure Existenz.

Durch die grundlegenden Ideen des EX-IN-Curriculums können die Besonderheiten psychisch erkrankter Menschen eher berücksichtigt werden als durch andere, weit aufwendigere Rehabilitationsmaßnahmen. Hier werden nicht alle auf ein globales Ziel trainiert, um anschließend arbeitslos zu sein, sondern es steht die Besinnung auf individuelle Stärken und Fähigkeiten im Vordergrund: Was kann ich trotz oder gerade wegen meiner Erkrankung tun und leisten? Welche Stärken stecken hinter den vermeintlichen Schwächen (Utschakowski u.a. 2009).

5 Schlussfolgerungen | Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zwar oftmals in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt, sie verfügen

aber trotzdem über individuelle Ressourcen und Begabungen, die eine Bereicherung im Arbeitsleben sind. Wir müssen uns von einer ausschließlichen Logik verabschieden, die lediglich die Alternativen einer umfassenden Fitness für den allgemeinen Arbeitsmarkt, der Arbeit in einer beschützten Werkstatt oder einer Berentung zulässt. Die Arbeitsmarktstrukturen sollten sich den individuellen Möglichkeiten der Menschen mit Behinderungen anpassen und nicht umgekehrt die Menschen den Erfordernissen des Arbeitsmarktes. Hierbei ist ein Paradigmenwechsel dringend notwendig. Es ist dem weitergehenden Konzept der Inklusion zu folgen, wie es die UN-Konvention vorsieht. Während die Integration auf die Wiedereingliederung behinderter Menschen in bestehende gesellschaftliche Strukturen zielt, verweist das Konzept der Inklusion auf die Umgestaltung der sozialen Umwelt als Voraussetzung für die gemeinsame Nutzung und die gesellschaftliche Teilhabe durch heterogene Gruppen von Menschen (Wabnitz 2013).

Der Zugang zu Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Bedarf an Unterstützung und Förderung barrierefrei möglich sein und auch niedrigschwellige und motivierende Angebote zur Entwicklung und Entdeckung von Neigungen und Fähigkeiten umfassen. Dabei ist bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben das Normalisierungsprinzip zu berücksichtigen. Danach hat die Erbringung von Leistungen im betrieblichen Kontext Vorrang vor Leistungen in speziellen Rehabilitationseinrichtungen. Sie folgt dem Prinzip: Erst platzieren und dort rehabilitieren (Pörksen u.a. 2002).

Die Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes dürfen nicht aus ihrer sozialen Verantwortung gegenüber psychisch Behinderten entlassen werden. Der besondere Arbeitsmarkt sollte solange nicht weiter ausgebaut werden, bis sich der Weg über begleitete Integrationsprogramme mit kompetitiven und beschützten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als nicht gangbar erwiesen hat (Hoffmann 2002).

Jan Stähr ist Diplom-Sozialpädagoge und arbeitet im betreuten Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen bei der Brücke gGmbH in Berlin. E-Mail: j.staehr@gmx.de

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke:** Schmidt-Zadel, Regina; Pörksen, Niels (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Bonn 2002
- Götze,** Bernd: Sozialgesetzbuch (SGB) IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar. Berlin 2012
- Hoffmann,** Holger: Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? In: Psychiatrische Praxis 26/1999, S. 211-217
- Hoffmann,** Holger: Das Berner Job Coach Projekt. In: Aktion Psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, Regina; Pörksen, Niels (Hrsg.): a.a.O. 2002, S. 105-129
- Hundsdoerfer,** Tanja: Integration von chronisch psychisch kranken Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Studie zu prädiktiven Faktoren am Beispiel eines Integrationsprojektes in Deutschland. Tübingen 2009
- Meierjohann,** Claudia: Formen der niederschweligen Arbeit – Zuverdienen als gemeindenaher und bedarfsorientierter Angebote. In: Kerbe 3/2006, S. 28-30
- Pörksen,** Niels u.a.: Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker. In: Aktion Psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, Regina; Pörksen, Niels (Hrsg.): a.a.O. 2002, S. 356-395
- Richter,** Dirk: Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft – Auswirkungen und Folgen für Menschen mit psychischen Behinderungen. In: Kerbe 2/2010, S. 8-10
- Schmidt-Zadel,** Regina: Begrüßung und Einführung. In: Aktion Psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, Regina; Pörksen, Niels (Hrsg.): a.a.O. 2002, S. 9-13
- Utschakowski,** Jörg u.a.: Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn 2009
- Wabnitz,** Reinhard Joachim: (Gesetzliche) Inklusionsbarrieren – Was behindert Inklusion? In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2/2013, S. 52-55