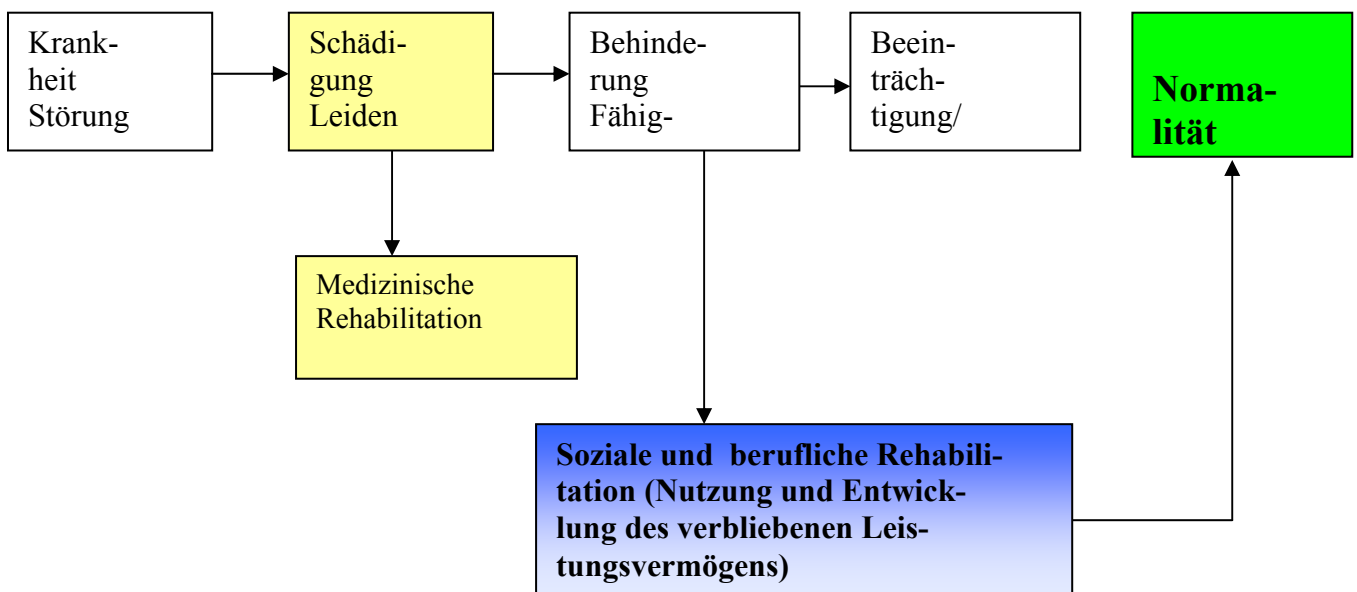


5 Theoriemodelle der Rehabilitation

Mit der internationalen Klassifizierung von „Schädigung/Gesundheitsstörung“ (*impairment*) – „Behinderung/Funktionsstörung“ (*disability*) – „Beeinträchtigung/ Benachteiligung“ (*handicap*) durch die WHO wurde implizit ein theoretisches Modell konstruiert, das bis in die späten 90er Jahre das Verständnis von Rehabilitation geprägt hat. Die bislang auf medizinische Aspekte eingeschränkten Folgen einer Schädigung/Gesundheitsstörung wurden um Aspekte des alltäglichen Lebens, des Berufs und der gesellschaftlichen Beteiligung (soziale Ausgrenzung) erweitert. Daraus entstand die Zielsetzung, die Betroffenen – durch Rehabilitation – dabei zu unterstützen, ein möglichst „normales“ Leben führen zu können¹ (vgl. Abbildung 5-1).

Abbildung 5-1: ICIDH 1980 – Implizites Rehabilitationsmodell

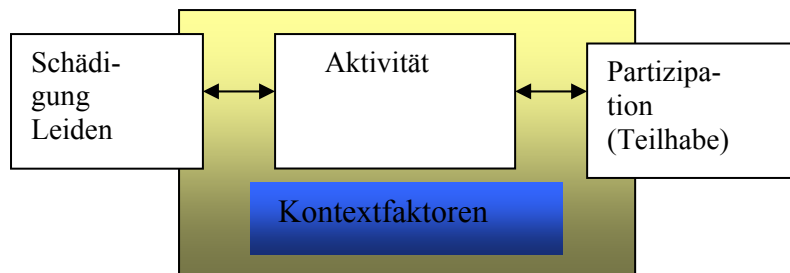


¹ Vgl. Gerdes, N., Weis, J.: Zur Theorie der Rehabilitation. In: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000. S. 46.

Dieses Modell erweckt allerdings den Eindruck, als würden „Beeinträchtigungen“ quasi mechanisch aus einer „Schädigung“ oder einem „Leiden“ entstehen. Beispielsweise bei einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit die zur Amputation eines Beines führt. Die Folge wäre, dass der Betroffene nicht mehr am Fließband stehen kann und daher arbeitslos wird. Auch die Wirkungen medizinischer Interventionen werden isoliert von anderen Faktoren gesehen.

Tatsächlich lässt sich aber beobachten, dass vergleichbare Schädigungen und medizinische Interventionen mit ganz unterschiedlichen Folgen verbunden sein können, das heißt, dass die Beeinträchtigungen beeinflussbar sind². Dem wird mit der Neufassung der Klassifizierung von Behinderungen und Beeinträchtigungen (ICIDH-2 Schema = ICF) Rechnung getragen. „Individuelle“ und „umweltbezogene“ Faktoren (Kontextfaktoren) werden berücksichtigt, die „Aktivität“ (früher „Behinderung“) und „Partizipation“ (Beteiligung [Teilhabe], früher „Beeinträchtigung“) beeinflussen (vgl. Abbildung 5-2).

Abbildung 5-2: ICF – Erweitertes Rehabilitationsmodell



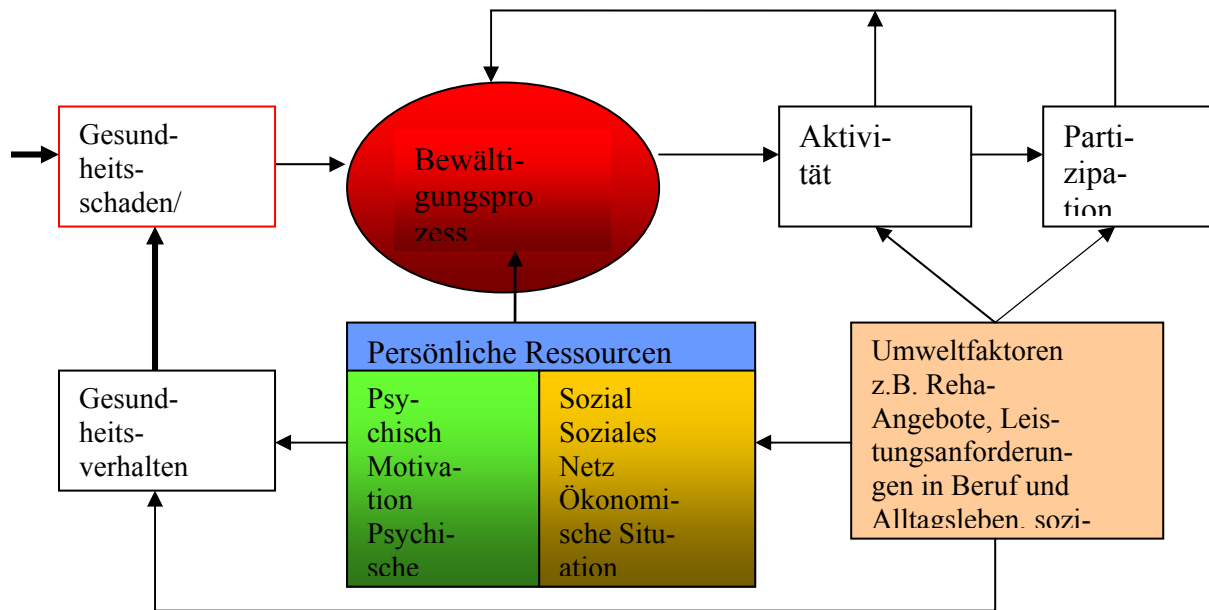
GERDES und WEIS (2000) haben dieses gegenwärtige Rehabilitationsmodell der WHO weiter entwickelt und Zusammenhänge und Wirkungen darin beschrieben (vgl. Abbildung 5-2).

Das Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der „Partizipation“, das heißt der im jeweiligen kulturellen und sozialen Kontext „normalen“ Lebensführung im privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Bereich. Alle Maßnahmen und Interventionen im Verlauf des Rehabilitationsprozesses, das schließt auch die medizinische Rehabilitation ein, sind auf dieses Ziel bezogen.

Nachdem zwischen einem Gesundheitsschaden bzw. einer –störung und der Aktivität bzw. Partizipation kein direkter, eindimensionaler Zusammenhang besteht, kommt der „Bewältigung“ des Schadens eine zentrale Funktion für das Rehabilitationsziel zu. GERDES und WEISS haben diese zusätzliche Dimension in das Rehabilitationsmodell eingeführt.

² Vgl. ebd.

Abbildung 5-3: Theoriemodell der Rehabilitation nach Gerdes/Weis (2000)



GERDES/WEIS³ bestimmen den Gesundheitsschaden bzw. -störung als Ausgangspunkt, um damit die Rehabilitation als Teil des gesundheitlichen Versorgungssystems und nicht anderer sozialer Unterstützungssysteme zu definieren. Zugleich schreiben die Autoren der Medizin die tragende Rolle in diesem System zu und zwar deswegen, weil ihrer Ansicht nach die medizinischen und therapeutischen Interventionen das verbleibende Maß der Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bestimmen.

Ein zweiter Grund den „Gesundheitsschaden“ als Ausgangspunkt für die Rehabilitation zu nehmen wird darin gesehen, dass die Zielgruppe der Rehabilitation eingegrenzt werden kann. Gesundheitliche Schäden oder Störungen würden sich dadurch auszeichnen, dass sie „ohne ein persönliches Verschulden“ zustande kämen. So könnte die Rehabilitation gegenüber anderen sozialen Gruppen abgrenzt werden, deren „Aktivitäten“ und „Partizipation“ ebenfalls eingeschränkt sind, die Gründe dafür aber in persönlichem Verschulden lägen.

„Rehabilitation“ wird in diesem Modell verstanden als eine Intervention, durch die Partizipationsstörungen die aus Gesundheitsschäden und ihren Folgen resultieren, vermieden oder reduziert werden. „Partizipationsstörungen“ werden, nach dem WHO-Schema durch Störungen von „Aktivitäten“ verursacht.

Die Bewältigung des Krankheitsereignisses bzw. Unfalls und der Folgen sind für die Betroffenen häufig ein lebensbestimmender Prozess („Bewältigungsprozess“). Jeder Gesundheitsschaden, der einen Einfluss auf Aktivität und Partizipation ausübt, wird im Bewusstsein der betroffenen Person wahrgenommen und nach den jeweils persönlichen Möglichkeiten verarbeitet⁴. GERDES/WEIS räumen dem Bewältigungsprozess daher eine Schlüsselfunktion für den weiteren Verlauf der Rehabilitation ein. Im Prinzip kann das

³ Vgl. Gerdes/Weis, 2000, S. 48ff.

⁴ Vgl. Gerdes/Weis, 2000, S. 50.

Rehabilitationsmodell der beiden Autoren folgendermaßen verstanden werden: „Aktivität“ und „Partizipation“ sind die Zielvariablen, die abhängig sind von der unabhängigen Variablen „Gesundheitsschaden“ und vom „Bewältigungsprozess“ als intervenierender Variablen beeinflusst werden. Der „Bewältigungsprozess“ ist abhängig von den „Persönlichen Ressourcen“.

In der zentralen Stellung, die GERDES/WEIS dem „Bewältigungsprozess“ einräumen „kommt zum Ausdruck, dass – anders als in der Akutmedizin – in der Rehabilitation die primären Akteure nicht Ärzte oder andere Therapeuten, sondern die Rehabilitanden selbst sind.“⁵

Das Rehabilitationsmodell von GERDES/WEIS berücksichtigt meines Erachtens zuwenig die sozialökonomischen Rahmenbedingungen und ist zu sehr auf die Herstellung von „Normalität“ nach einem Gesundheitsschaden ausgerichtet. Ich schlage daher vor, die sozialökonomischen Rahmenbedingungen und das gesellschaftliche Wertesystem in das Modell einzuführen, denn sie beeinflussen nicht nur das gesellschaftlich erwünschte oder erlaubte Ausmaß von „Aktivität“ und „Partizipation“, sondern ganz wesentlich das medizinische, soziale und berufliche „Rehabilitationsangebot“. Darüber hinaus möchte ich vorschlagen, „Aktivität“ und „Partizipation“ nicht bloß als abhängige Variable des Bewältigungsprozesses zu denken, sondern als eine interdependente Beziehung. Die „Erwerbsbeteiligung“ ist zudem als eine weitere „Aktivität“ hinzuzufügen.

In der folgenden Abbildung (vgl. Abbildung 5-1) wird das vereinfacht dargestellte Modell von GERDES/WEISS um diese Interdependenz erweitert und in den Zusammenhang des gesellschaftlichen Wertesystems und der sozialökonomischen Bedingungen gestellt. Weiters wird ein direkter Wirkungszusammenhang zwischen „Gesundheitsschaden/-störung“ und „Aktivität“ und „Partizipation“ hergestellt. Damit wird „Aktivität“ und „Partizipation“ als Kontinuum denkbar, auf dem, abhängig von Art und Ausmaß der Störung, ein individuelles Optimum erreicht werden kann, nicht nur in Abhängigkeit vom Bewältigungsprozess. Die „Erwerbsbeteiligung“ wird als selbständige intervenierende Variable eingeführt, denn sie beeinflusst, aufgrund ihrer dominanten Rolle in unseren Erwerbsgesellschaften, das Ausmaß und die Qualität der Partizipation.

Als die für die Rehabilitation wichtigsten Merkmale der sozialökonomischen Rahmenbedingungen können bestimmt werden:

Beschäftigungssituation/Arbeitslosigkeit
System der sozialen Sicherheit
Regulation der Arbeitsbeziehungen

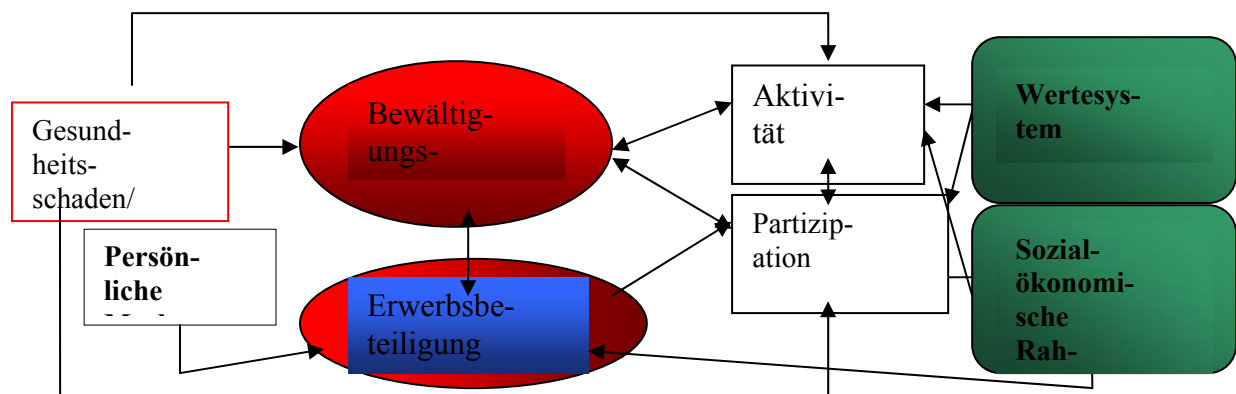
Einfluss auf die Zielvariablen „Aktivität“ und „Partizipation“ haben das Wertesystem einer Gesellschaft bzw. der Status den Menschen mit Behinderungen darin einnehmen. Gerade in Gesellschaften die sich in einem Transformationsprozess befinden (neue EU-Mitgliedstaaten) kommt meiner Erfahrung nach dem sozialen Wertesystem eine besondere Bedeutung zu. Oftmals existiert in den Köpfen der Menschen eine Werteskala, nach der zuerst „gesunde“ Männer, dann „gesunde“ Frauen, dann „anpassungsfähige und -willige Behinderte“ in Beschäftigung gebracht werden sollen. Die Europäische Gemeinschaft hat in den letzten Jahren dazu eine sehr klare Haltung und Politik entwickelt⁶. „Vermeidung sozialer Ausschließung“ und „Uneingeschränkte Teilhabe an allen Lebensbereichen“ sind die zentralen Merkmale dieses Wertesystems.

⁵ ebd.

⁶ Vgl. Kapitel „Rehabilitationsspezifischer Wertekontext der Europäischen Union“, S. 13 – 15.

In das „erweiterte Theoriemodell der Rehabilitation“ (Abbildung 5-4) werden „persönliche Merkmale“ zusätzlich als eine Variable aufgenommen, die die Erwerbsbeteiligung beeinflusst. Europäische und nationale Studien haben gezeigt, dass persönliche Merkmale, die nicht identisch sind mit den von GERDES und WEIS eingeführten „Persönlichen Ressourcen“, das Ziel des Rehabilitationsprozesses (Aktivität und Partizipation) bestimmen⁷. Als wesentliche Merkmale gelten demnach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau.

Abbildung 5-4: Erweitertes Theoriemodell der Rehabilitation



5.1 Phasenmodell der beruflichen Rehabilitation

Auf der Grundlage dieses erweiterten allgemeinen Theoriemodells der Rehabilitation wird nunmehr ein **Phasenmodell der beruflichen Rehabilitation** vorgeschlagen, mit dem Ziel, durch einen Bezugsrahmen eine gemeinsame Diskussion aller an der Rehabilitation Beteiligten zu ermöglichen (vgl. Tabelle 5-1).

Ausgangspunkte sind wiederum Gesundheitsschaden und Gesundheitsstörung (Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit), allerdings auf einem Kontinuum, beginnend mit einer Phase, in der Schäden oder Störungen vermieden werden sollen. Spezifische gesundheitsrelevante Ereignisse auf diesem Kontinuum induzieren verschiedene rehabilitative Interventionen. Diese Interventionen verfolgen jeweils spezifische Ziele und verfügen über spezifische Methoden und Instrumente.

Das Ausgangsereignis ist „Gesundheit und Teilhabe am Erwerbsleben“, ein Zustand, der durch **Primärprävention** erhalten werden soll. Dafür wurden verschiedene Methoden und Instrumente für die betriebliche Ebene entwickelt, die zusammenfassend als „Sicherheits- und Gesundheitsmanagement-Systeme“ bezeichnet werden können. Im Betrieb ergeben sich dafür Aktionsfelder auf der ergonomischen und der arbeitsorganisatorischen Ebene sowie in der Personalentwicklung⁸:

⁷ Vgl. Kapitel „Menschen mit Behinderungen in der Europäischen Union“, S. 15 – 17.

⁸ Vgl. Keppelmüller, P.: Wo Vielfalt fehlt – herrscht Einfalt. Der demographische Wandel und dessen Auswirkungen auf die Personalarbeit. Abschlussarbeit . Management Center Innsbruck. Innsbruck 2002.

Ergonomie:

- Gestaltung der Arbeitsmittel
- Gestaltung der Arbeitsumwelt
- Förderung gesundheitschonender Arbeitsausführung
- Verringerung von Zeitdruck
- Arbeitsorganisation:
 - Systematischer Tätigkeitswechsel,
 - Systematischer Anforderungswechsel,
- Arbeitszeitmodelle
- Personalentwicklung:
 - Qualifikationserhaltende und –entwickelnde Gestaltung von Arbeit
- Motivation

In den letzten Jahren wurde die primäre Prävention um integrative Konzepte erweitert, das heißt, dass außer- und überbetriebliche Programme die betriebliche Primärprävention ergänzen. Beispielhaft können dafür genannt werden:

- gesundheitspsychologische Programme,
- präventiv-medizinische Programme (z.B. Raucherentwöhnung, Stressbewältigung usw.), Gesundheitszirkel,
- regionale Gesundheitsnetzwerke.

Eine besondere Herausforderung für die berufliche Rehabilitation ist es, nicht nur gegen die traditionellen Gesundheitsrisiken vorzubeugen, sondern vor allem gegen die neuen psychischen Belastungen. (vgl. Abbildung 5-5).

Abbildung 5-5: Krankenstandstage pro Kopf nach Krankheitsgruppen in OÖ (1990=100)

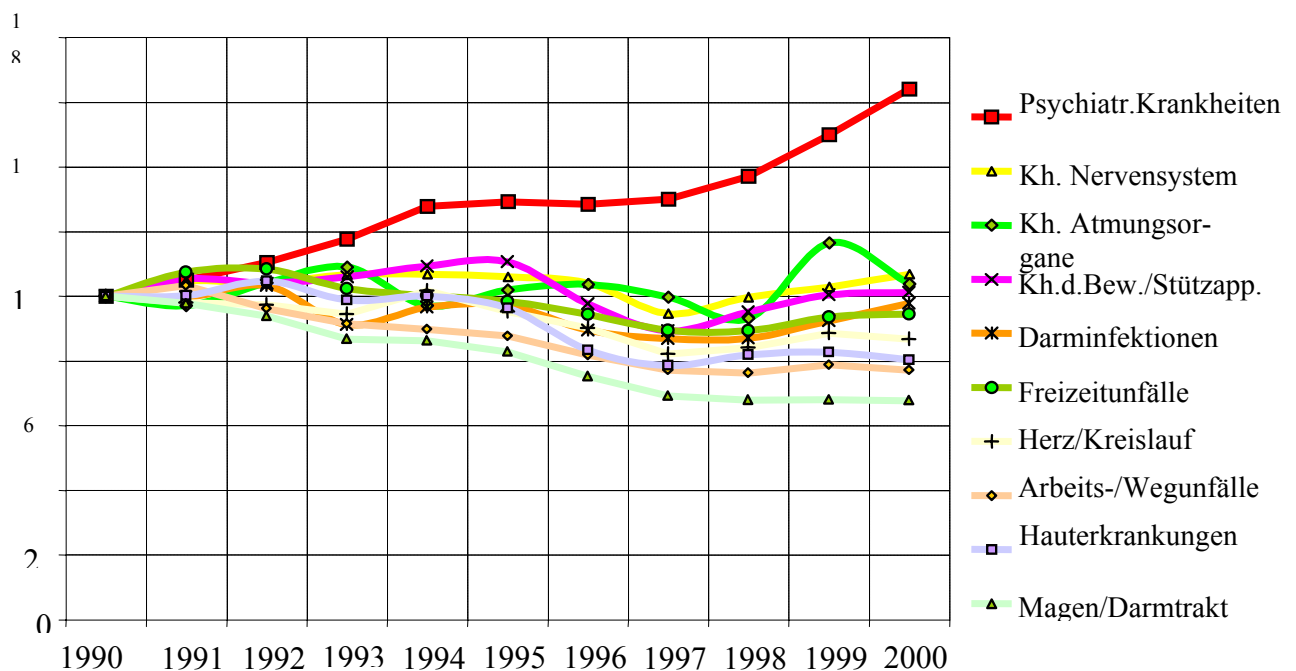


Tabelle 5-1: Phasenmodell der beruflichen Rehabilitation

Ereignis	Gesundheit und Teilhabe am Erwerbsleben	Krankheit Störung Schädigung	Dauerhafte oder gravierende Krankheit Störung Schädigung	Berufliche Re-Integration (Participation) – Teilhabe am Erwerbsleben (Post-tertiäre Rehabilitation ⁹)	
Phase	Prävention (Primärprävention)	Frührehabilitation (Sekundärprävention)	Rehabilitation (Tertiäre Prävention)	Vermittlung/Arbeitssuche	Erwerbstätigkeit
Ziele	Vermeidung von Krankheit, Störung, Schädigung (Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen ⁷) durch arbeitsbezogene Ursachen Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit durch Vorbeugung im Alltags- und Arbeitsleben	Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage medizinisch - diagnostischer und -therapeutischer Maßnahmen Vermeidung einer dauerhaften (chronischen) Erkrankung, Störung, Schädigung durch Verhaltens- und Umweltveränderungen	Subjektive Bewältigung der gesundheitlichen Störung bzw. des Schadens ¹¹ Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage medizinisch – diagnostischer und – therapeutischer Maßnahmen Tertiärprävention (Vermeidung der Verschlimmerung eines Zustands, Vermeidung von Rückfällen)	Beschäftigung finden	Beschäftigung im Regelarbeitsmarkt oder Integrativen Betrieben (Normalarbeitsverhältnis; Geschätztes Arbeitsverhältnis nach BEinstG) Beschäftigung im Geschätzten Arbeitsmarkt (Sozialökonomisch Beschäftigungsprojekte, Geschätzte Werkstätten, Transitarbeitsplätze)

„Krankheit, Störung, Schädigung“ sind die Ereignisse, die zur **zweiten Phase** der beruflichen Rehabilitation führen: **Sekundäre Präventionsmaßnahmen** müssen eingesetzt werden, wenn es zu einer längeren Erkrankung, Störung oder Schädigung gekommen ist, um einer Chronifizierung vorzubeugen oder dann, wenn es durch eine dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu einem sozialen Abstieg oder gar Arbeitsplatzverlust kommen könnte.

Anbetrachts des demografischen Wandels in der Europäischen Gemeinschaft muss diesem Bereich zukünftig eine besondere Bedeutung zukommen, namentlich für ältere Arbeitnehmer/innen. Allerdings gibt es schon jetzt einzelne von Initiativen und Projekten, Strategien und Konzepte zu entwickeln, älteren Arbeitnehmer/innen zur ermöglichen, länger erwerbstätig zu bleiben⁹. Es gibt aber nur wenig eingesetzte systematische Programme für eine Rückkehr zur Arbeit aus dem Langzeitkrankenstand und es gibt auch kaum systematische Programme, durch „Frührehabilitation“ am Arbeitsplatz die Wiedererlangung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu unterstützen.

Aktionsfelder für die Sekundärprävention sind wiederum die ergonomische und arbeitsorganisatorische Ebene sowie die Personalentwicklung. Ein besonderer Handlungsbedarf besteht jedoch auf der gesetzlichen Ebene, vor allem beispielsweise in Richtung einer Flexibilisierung des Erwerbsstatus, um „Frührehabilitation“ auch während eines aufrechten Beschäftigungsverhältnisses zu ermöglichen („Teilzeitrehabilitation“). In manchen Ländern wird die Arbeitsaufnahme auch dadurch „bestraft“, als damit ein geringeres Einkommen verbunden ist, als jemand durch Sozial- oder andere staatliche Transferleistungen erhalten kann.

In die sekundäre Prävention müssen zukünftig verstärkt Personengruppen eingeschlossen werden, die sich bislang zumeist vergeblich um die Rückkehr in die Arbeitswelt bemüht haben: Zu denken ist hier beispielsweise an Personen mit einem Schädel-Hirn-Trauma, mit Gesichtsveränderungen oder an HIV-positive Personen.

In Österreich kommt es beispielsweise jährlich zu etwa 30.000 bis 40.000 Fällen von Schädel-Hirn-Verletzungen, mehr als 10.000 Betroffene sind im Alter zwischen 24 und 43 Jahren. Von wenigen Aktivitäten der Versicherungsträger und einer speziellen beruflichen Rehabilitationsmaßnahme des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums in Linz abgesehen, gibt es für diesen Personenkreis kaum eine systematische Unterstützung zur Rückkehr in eine Beschäftigung¹⁰ (vgl. Blumberger, Keppelmüller, Leutgeb 2002).

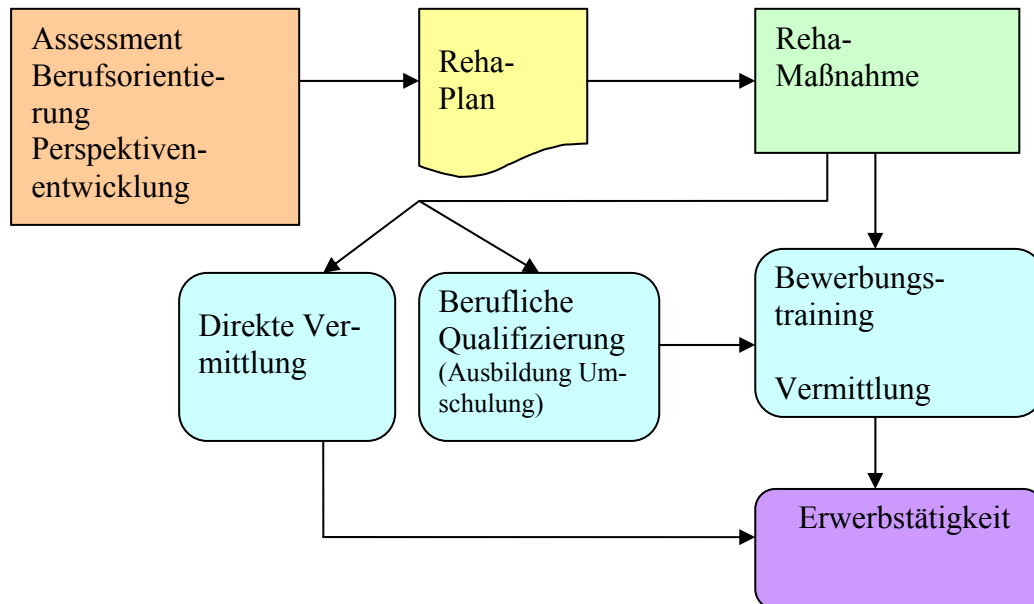
Der Anteil der Tage die Beschäftigte wegen psychiatrischer Erkrankungen nicht arbeitsfähig sind, hat sich in der Zeit von 1990 bis 2000 um 64% erhöht. Die Krankenstandstage wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Skeletts sind hingegen gleich geblieben, die der Herz-/Kreislauf-erkrankungen sogar leicht gesunken. Die „neue“ Arbeitswelt ist offensichtlich mit neuen Erkrankungsrisiken verbunden, die Rehabilitation steht vor neuen Herausforderungen, ist doch die Wiedereingliederung von Personen mit psychiatri-

⁹ Vgl. Blumberger, W./Sepp, R./Affenzeller, S.: Arbeit - Alter - Anerkennung. Eine Studie über Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Weiterbildung für eine alternsgerechte Teilhabe am Erwerbsleben. IBE-Studie. Linz 2004,

¹⁰ Blumberger, W./Keppelmüller, P./Leutgeb, R. U.a.: PatientInnen mit Schädel-Hirn-Trauma (SHT) und Angebote zur beruflichen Integration in Österreich. Projektberichte des IBE. Linz 2002.

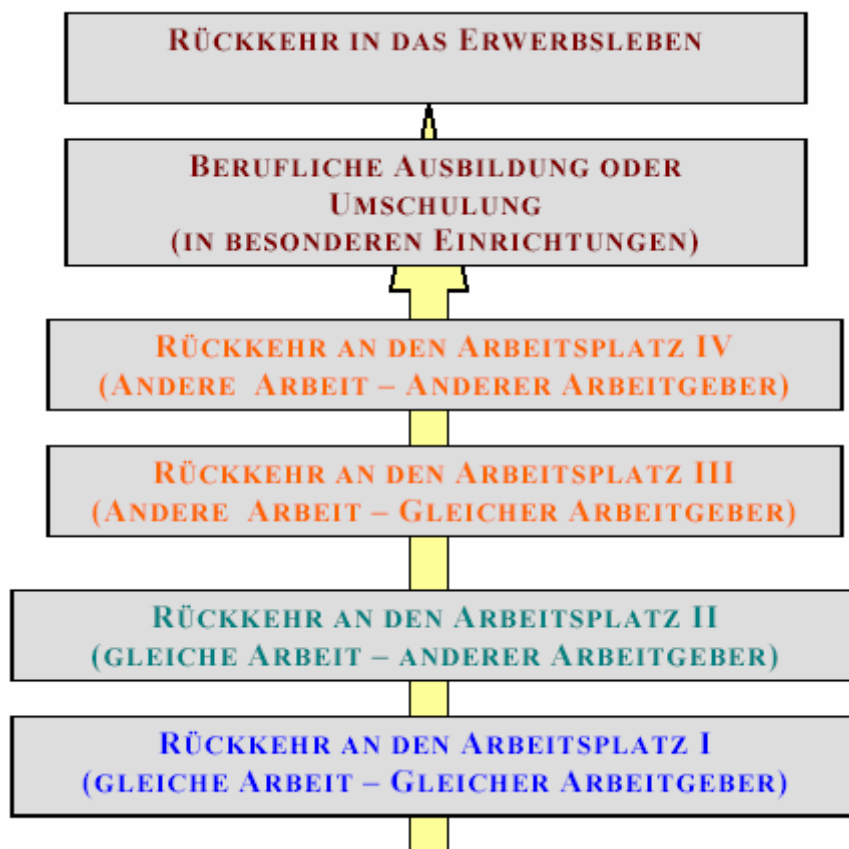
Nachdem eine dauerhafte oder gravierende Krankheit, Störung oder Schädigung festgestellt wurde, beginnt die **dritte Phase**, die eigentliche berufliche Rehabilitation (**Tertiärprävention**).

Abbildung 5-6: Tertiärprävention (Berufliche Rehabilitation)



Ziel dieser Phase es ist, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen und/oder eine betroffene Person wieder in Beschäftigung zu bringen und soziale Ausschließung zu verhindern. Berufliche Ausbildung bzw. Umschulung ist nur eine Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation, nämlich dann, wenn die bisherige Berufstätigkeit in keiner zumutbaren Weise mehr ausgeübt werden kann. Aus sozialpsychologischen Gründen und aus Kostengründen sollte vor einer völlig neuen beruflichen Orientierung der Wiedereinstieg in das frühere berufliche Umfeld versucht werden. Freilich wird das, aus Gründen die in der Gesundheitsstörung liegen, nicht immer gelingen können. In einem „**Stufenmodell der beruflichen Rehabilitation**“ kann das idealtypisch dargestellt werden (vgl. Abbildung 5-7). Demnach sollte berufliche Wiedereingliederung im vorhergehenden Beruf bzw. beim früheren Arbeitgeber erfolgen. Erst wenn dies nicht möglich ist, sollte ein Berufs- und Arbeitgeberwechsel ins Auge gefasst werden.

Abbildung 5-7: Stufenmodell der beruflichen Rehabilitation



5.2 Berufliche Rehabilitation

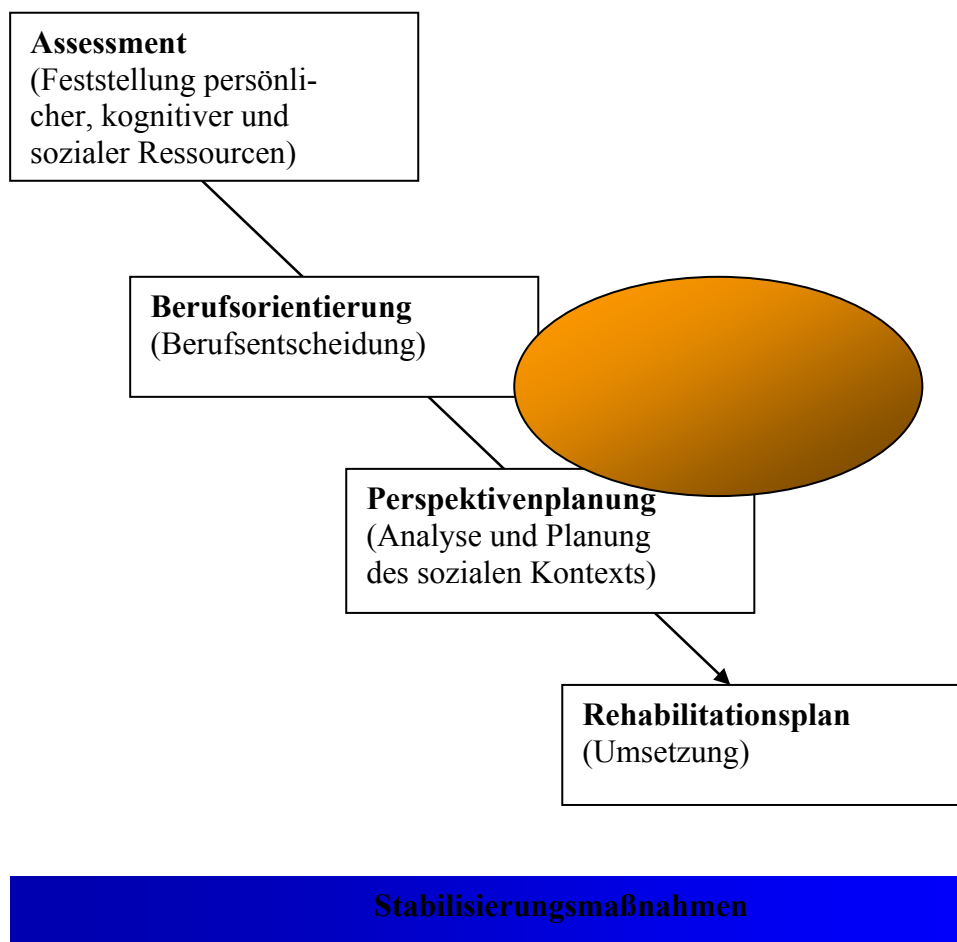
Für die berufliche Rehabilitation sollten die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Allerdings wäre es wünschenswert, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bereits eine spätere berufliche Wiedereingliederung berücksichtigen und die Vorbereitung bzw. der Übergang in die berufliche Rehabilitation schon in der Abschlussphase der medizinischen Rehabilitation erfolgt. Erfahrungsgemäß ist es aber so, dass die medizinische Rehabilitation in vielen Fällen noch immer isoliert erfolgt und oftmals eine lange Zeitdauer zwischen der funktionalen Wiederherstellung und Rückführungs- bzw. Wiedereingliederungsmaßnahmen liegt.

Im beruflichen Rehabilitationsprozess (Tertiärprävention) lassen sich zwei Abschnitte unterscheiden, „**Assessment, Berufsorientierung und Perspektivenentwicklung**“ und „**Berufliche Qualifizierung**“ (vgl. Abbildung 5-8: Assessment, Berufsorientierung und Perspektivenentwicklung).

5.2.1 Assessment, Berufsorientierung und Perspektivenentwicklung

Im „Assessment“ (Feststellung persönlicher, kognitiver und sozialer Ressourcen) werden die verbliebenen bzw. möglichen Leistungsfähigkeiten einer Person festgestellt und eine berufliche (Neu-) Orientierung (Berufsentscheidung unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktchancen) folgt, die mit einer Perspektivenplanung abgeschlossen wird. Die Perspektivenplanung ist zumeist eine erweiterte systemische Rehabilitationsplanung insofern, als sie nicht nur die Wiederherstellung von dauerhafter Beschäftigungs-(Arbeits-)fähigkeit betrifft, sondern auch deren sozialen Kontext einschließt. Assessment, Orientierung und (aktivitäts- und teilhabeorientierte) Perspektivenentwicklung sind die Basis für die eigentliche „**Rehabilitationsplanung**“. Der gesamte Rehabilitationsprozess wird oftmals von persönlichkeits- und umfeldstabilisierenden Maßnahmen begleitet.

Abbildung 5-8: Assessment, Berufsorientierung und Perspektivenentwicklung



Für das Assessment steht eine Vielzahl qualitativer, quantitativer und standardisierter Instrumente zur Verfügung. Grundsätzlich kann zwischen „Selbsteinschätzungen“ und „Fremdeinschätzungen“ unterschieden werden. Der Einsatz von standardisierten Assessmentverfahren schafft darüber hinaus die Grundlage für die professionelle Kommunikation, verbessert die Dokumentation und erlaubt die Beobachtung der Wirkung von therapeutischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Interventionen.

BIEFANG und SCHUNTERMANN¹¹ teilen die in der Rehabilitation verwendeten Assessmentinstrumente nach einer Systematik ein, die sich zur Beurteilung chronischer Krankheiten und ihrer Folgen in der Public-Health-Forschung und in der klinischen Therapieforschung bewährt hat. Dem Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität („health-related quality of life“) entsprechend, unterscheiden sie zwischen generischen und spezifischen Instrumenten.

Generische Instrumente sind „Verfahren, die physische, psychische und soziale Gesundheit global, Teilaspekte, z.B. Alltagsaktivitäten, und intervenierende Merkmale, z.B. Krankheitsbewältigung, messen und unabhängig von der jeweiligen Krankheit oder Störung des Patienten eingesetzt werden können.“ Sie erlauben Vergleiche zwischen verschiedenen Patienten und medizinischen sowie sonstigen Interventionen, können aber nicht immer alle Veränderungen erfassen¹².

Spezifische Instrumente sind krankheits-, störungs- oder populationsbezogene Verfahren. Sie schließen Verfahren ein, die sich auf die Folgen von chronischen Gesundheitsstörungen beziehen¹³.

In einer speziell an den Bedürfnissen der beruflichen Rehabilitation orientierten Systematik unterscheide ich zwischen anamnestischen (medizinische, psychologische, pädagogische, sozial- und berufsbezogene) Verfahren und Instrumenten zur Potentialanalyse und Perspektivenentwicklung.

Assessmentverfahren in der beruflichen Rehabilitation (exemplarische Auflistung)

Bereich	Teilbereich	Verfahren
Anamnese	Rehabilitationsbedürftigkeit	DUSOI – Duke Severity of Illness Checklist (dt. Duke-Checkliste für den Krankheitsschweregrad)
	Leistungsvermögen	FAIR – Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar
		MTP – Mannheimer Test zur Erfassung des physikalisch-technischen Problemlösens
		BET - Berufseignungstest
		IMBA - Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
		MELBA – Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
		ERGOS - Arbeitsplatzsimulationssystem
Potentialanalyse und Perspektivenentwicklung	Sozialanamnese	Erfassung der persönlichen und sozialen Situation (div. Verfahren)
		COGNITRON (Erfassung von Aufmerksamkeit und Konzentration)
		ADAFI – Adaptiver Figurenfolgen Lerntest (Intellektuelle Lernfähigkeit)

¹¹ Biefang, S., Schuntermann, M.F.: Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. In: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. 2000. S 102 – 120.

¹² ebd. S. 106.

¹³ ebd.

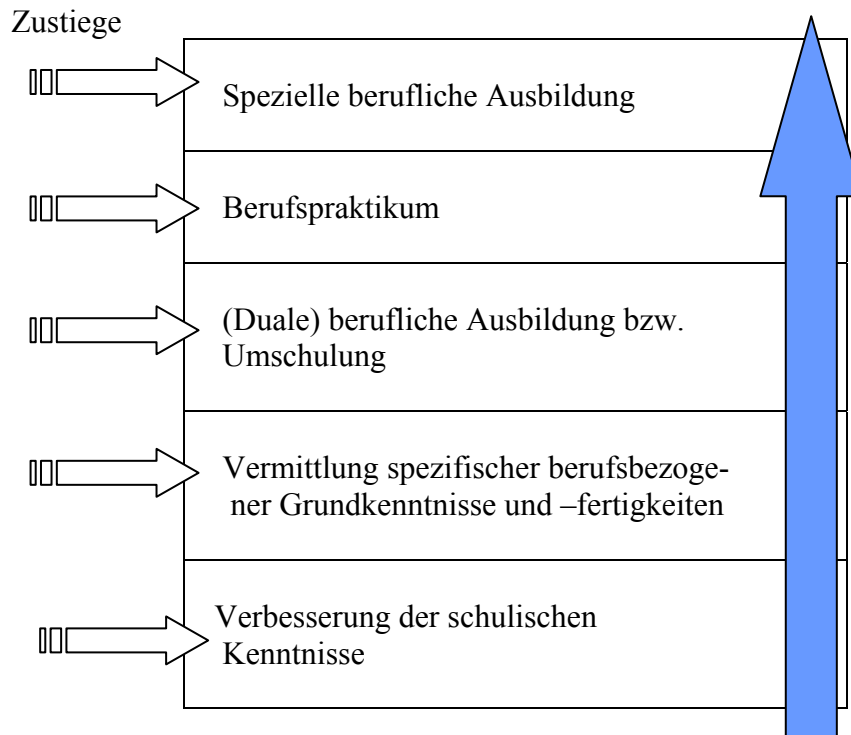
		NVLT – Nonverbaler Lerntest (Nonverbale Lernfähigkeit)
		Wechsler-Memory-Scale (Überprüfung der Merkfähigkeit)
		WZÜ - Wissenszuwachsüberprüfung
	Einstellungen und Interessen	BIT - Berufsinteressentest
		AIST – Allgemeiner Interessen-Struktur-Test
	Berufsfeldanalyse	Entwicklung einer Berufsperspektive (div. Verfahren)
	Werkstättentraining	Überprüfung der Eignung für handwerkliche Bereiche
	Arbeitsverhalten	AVM – Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster
		AHA – Arbeitshaltungen-Test
	Berufseignung	div. berufsspezifische Verfahren
	Rehabilitationsplanung	Laufbahnplanung und andere Verfahren

5.2.2 Reha-Maßnahme

Im zweiten Abschnitt der beruflichen Rehabilitation wird die Rehabilitationsplanung umgesetzt (**Reha-Maßnahme**) und die Voraussetzungen werden geschaffen, wieder in das Erwerbsleben zurückkehren zu können. Grundsätzlich kann nach der Anamnese und Perspektivenentwicklung auch der direkte Weg zurück in eine Beschäftigung erfolgen, sei es an den gleichen Arbeitsplatz nach technischen und organisatorischen Adaptionen, sei es an einen anderen Arbeitsplatz (vgl. Abbildung 5-7). Nach dem derzeit (noch) geltenden gesellschaftlichen Konsens sollen die Betroffenen dabei berufliche und sozial nicht schlechter gestellt werden als zuvor. Das ist oftmals nur möglich, wenn eine berufliche Umschulung bzw. Höherqualifizierung erfolgt. Nach einer getroffenen Berufswahl, die in Abstimmung mit der Beschäftigungswahrscheinlichkeit erfolgt, werden die Reha-Maßnahmen umgesetzt, um die erforderlichen beruflichen Qualifikationen zu erwerben.

In der Praxis lassen sich dabei folgende Elemente erkennen:

Abbildung 5-9: Berufliche Ausbildung bzw. Umschulung



5.2.3 Arbeitsvermittlung

Nach der beruflichen Ausbildung bzw. Umschulung erfolgt die **Arbeitsvermittlung (post-tertiäre Rehabilitation; 4. Phase)**. Diese ist eigentlich Aufgabe des Arbeitsmarktservices (oder privater, gesetzlicher zugelassener Vermittlungsagenturen), allerdings sind auch die Institutionen der beruflichen Rehabilitation unterstützend tätig. Häufig werden spezielle Bewerbungstrainings durchgeführt und die Anforderungen eines Arbeitsplatzes mit den Leistungsmöglichkeiten verglichen. Als ein besonders erfolgreiches Instrument der Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche hat sich in Österreich die Arbeitsassistentz erwiesen¹⁴. Häufig führen auch Arbeitserprobungen und Praktika zum Erfolg.

Tabelle 5-2: Exemplarische Methoden in der Arbeitsvermittlung

Bewerbungstraining	div. Verfahren (schriftliche, telefonische Bewerbung, Bewerbungsgespräch)
MELBA	Vergleich Arbeitsplatzanforderungen - Fähigkeiten
Personal Styling	Individuelle Beratung für Aussehen und Präsentation

¹⁴ Blumberger, W./Heilbrunner, C. Entwicklung und Perspektiven der Arbeitsassistentz in Österreich. Ergebnisse einer Studie des IBE (Linz) im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Linz-Wien 2000. [auch: <http://peerreview.almp.org/pdf/Exec-summ-Austria-jan01.pdf> (Abfrage 28. 2. 2003)]

Arbeitsassistentenz	Unterstützung bei der Arbeitssuche, Adaption des Arbeitsplatzes und des sozialen Arbeitsumfelds; Beratung der Arbeitgeber
Praktikum	Mitarbeit in einem Betrieb um Arbeitserfahrung zu sammeln
Arbeitserprobung	Probeweise Tätigkeit an einem Arbeitsplatz um Passung (Anforderung – Fähigkeit) praktisch zu erproben

Schlussendlich erfolgt die **Wiedereingliederung** in das Erwerbsleben. Grundsätzlich soll diese auf dem regulären Arbeitsmarkt erfolgen. Zur Unterstützung gibt es unterschiedliche, zumeist gesetzlich geregelte Förderungen. In Österreich werden solche Förderungen im Behinderteneinstellungsgesetz geregelt. Das Gesetz enthält ein „Quotensystem“ und sieht finanzielle Anreize für Dienstgeber vor, Personen mit Behinderungen zu beschäftigen. Zudem gibt es einige Regelungen zum besonderen arbeitsrechtlichen Schutz von Arbeitnehmer/innen mit Behinderungen.

Gelingt die Eingliederung am regulären Arbeitsmarkt nicht, kann es zur Beschäftigung in besonderen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen kommen. In Österreich stehen dafür „Integrative Betriebe“ oder „Geschützte Werkstätten“ zur Verfügung.

„Integrative Betriebe“ sind Unternehmen, die sowohl Menschen mit Behinderungen als auch nicht-behinderte Personen beschäftigen. Um die geringere Leistungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen auszugleichen, werden diesen Betrieben finanzielle Förderungen gewährt. Primäre Zwecke der „Integrativen Betriebe“ sind die Produktion und behinderte Arbeitnehmer/innen zu befähigen, nach einiger Zeit auf dem regulären Arbeitsmarkt beschäftigt zu werden.

Personen, deren Leistungsfähigkeit dafür zu gering ist, können in Österreich in „Geschützten Werkstätten“ beschäftigt werden. Primärer Zweck dieser Werkstätten ist es, Menschen mit schweren Behinderungen zu beschäftigen. Ein großer Teil der Kosten dieser Werkstätten wird aber durch Erträge aus der Produktion erwirtschaftet.

Eine besondere Form der Beschäftigung am regulären Arbeitsmarkt stellt die „Unterstützte Beschäftigung“ (Supported Employment) dar: Unterstützte Beschäftigung bezeichnet ein reguläres, individuell und mobil unterstütztes Arbeitsverhältnis von in einem privaten oder öffentlichen Unternehmen bzw. auch im öffentlichen Dienst. Im engeren Sinn wird der Begriff „Unterstützte Beschäftigung“ nur auf Arbeitsverhältnisse angewendet, die geistig bzw. mehrfach beeinträchtigte Personen eingehen.

Im Zusammenhang mit sonstigen Arbeitstätigkeiten, wenn sie nicht sozialversicherungspflichtig sind (z.B. Beschäftigungstherapien, Tagesstrukturen usw.), kann nicht von beruflicher (Wieder-)Eingliederung gesprochen werden.

5.2.4 Exkurs: Unterstützte Beschäftigung in Europa

von Stefan Doose

Quelle: Vervielf. Manuskript o.J.

Der Ansatz der Unterstützten Beschäftigung ist einer der bedeutendsten Innovationen im Bereich der beruflichen Integration behinderter und benachteiligter Menschen in den letzten Jahren.

Unterstützte Beschäftigung ist ein neuartiges professionelles Dienstleistungsangebot für behinderte Menschen, Unternehmen und Kostenträger, dass alle Hilfen umfassen muss, die notwendig sind, um einen Arbeitsplatz zu erlangen und dauerhaft zu behalten. Kennzeichen einer professionellen Integrationsarbeit ist eine starke Kundenorientierung durch einen flexiblen, individuellen und betriebsnahen Ansatz. Eine Schlüsselrolle spielt dabei der Arbeitsassistent, der die notwendige Unterstützung innerhalb und außerhalb des Betriebes leistet bzw. initiiert.

Unterstützte Beschäftigung umfasst folgende Kernelemente:

- individuelle Berufsplanung und Erstellung eines Fähigkeitsprofils ggf. einschließlich entsprechender Arbeitserprobungen
- individuelle Arbeitsplatzsuche
- Beratung von Arbeitgebern, Kollegen und behinderten Arbeitnehmern
- Arbeitsplatzanalyse, Anpassung und Zuschneidung von Arbeitsplätzen
- Job Coaching und Qualifizierung im Betrieb
- langfristige Unterstützung z.B. in Form eines zuverlässigen Beratungs- und Unterstützungsangebotes bei Problemen, psychosoziale Betreuung oder Arbeitsplatzassistenz zur dauerhaften Absicherung des Arbeitsverhältnisses

Dieser Ansatz von individueller personeller Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung wurde seit Anfang der achtziger Jahre in den USA entwickelt, um Menschen mit einer Behinderung, die ohne diese Hilfen als nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar galten, in regulären Betrieben zu unterstützen. Seit Anfang der neunziger Jahre ist der Ansatz von Unterstützter Beschäftigung in zahlreichen Modellprojekten in vielen Ländern Europas erprobt worden und wird zunehmend Bestandteil des regulären Systems der beruflichen Rehabilitation.

Unterstützte Beschäftigung gibt es mittlerweile in Norwegen, Schweden, Finnland, Deutschland, den Niederlanden, Belgien, Großbritannien, Irland, Island, Spanien, Portugal, Norditalien, Griechenland, Malta und in Österreich.

Die derzeitige Verbreitung und Weiterentwicklung von Unterstützter Beschäftigung in Europa wäre ohne einen intensiven inhaltlichen Austausch auf europäischer und internationaler Ebene und die Förderung entsprechender Modellprojekte durch den Europäischen Sozialfond nicht denkbar gewesen. Die Mittel des Europäischen Sozialfonds und insbesondere das HORIZON Programm haben zum einen die Entwicklung konkreter Praxis von Unterstützter Beschäftigung in den einzelnen Regionen bewirkt, wodurch Projekte zeigen konnten, dass mit entsprechender individueller und ambulanter Unterstützung auch Menschen mit Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten, die vorher als nicht vermittelbar galten. Der inhaltliche Austausch und die gegenseitigen Projektbesuche auf europäischer Ebene im Rahmen der transnationalen Zusammenarbeit oder des HELIOS Programms haben zum anderen eine europaweite Fachdiskussion über

neue Wege der beruflichen Integration behinderter und benachteiligter Menschen stimuliert. Dies schlug sich in zahlreichen regionalen, nationalen und europäischen Tagungen nieder. Das Thema wurde von bestehenden, innovativen Trägern, sowie Behindertenorganisationen und Verbänden aufgegriffen. Neue regionale und überregionale Netzwerke entstanden. Die Gründung der European Union of Supported Employment (EUSE) als europäisches Netzwerk von nationalen Organisationen von Unterstützter Beschäftigung Anfang der neunziger Jahre war ein wichtiger Faktor. Die EUSE Tagungen in Rotterdam (1994), Dublin (1995), Oslo (1997) und Rom (1999) [2001 Edinburg, 2003 Helsinki¹⁵] sowie im Laufe der Zeit in mittlerweile 15 europäischen Staaten gegründeten nationalen Organisationen für Unterstützte Beschäftigung, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) 1994 in Deutschland oder jüngst FABIO in Österreich, wurden zu einem bedeutenden Multiplikatorenforum für die Idee von Unterstützter Beschäftigung in Europa.

Supported Employment war seit Mitte der achtziger Jahre in den USA als bundesweites Programm mit umfangreicher wissenschaftlicher Begleitung erfolgreich erprobt worden. Mitte der neunziger Jahre wurden dort von über 3700 Organisationen über 140.000 Menschen mit Behinderungen in regulären Betrieben unterstützt. Einige wenige Fachleute aus Europa machten in den ersten Jahren mit den Supported Employment Projekten Bekanntschaft, brachten Referenten aus den USA mit und initiierten entsprechende Modellprojekte in ihren Ländern. Obwohl es bereits vorher seit längerem vereinzelt ähnliche Projekte zur beruflichen Integration von Menschen mit schweren Behinderungen z.B. in Norditalien oder Süddeutschland gab, war es die Auseinandersetzung mit der amerikanischen Supported Employment Bewegung die Anfang der neunziger Jahre in Europa zu neuen Projekten führte. Christy Lynch, später langjähriger und charismatischer Präsident der EUSE, gründete beispielsweise Anfang der neunziger Jahre das „Open Road Projekt“ in Irland, indem Menschen mit signifikanter geistiger Behinderung in regulären Firmen unterstützt wurden und das europaweite Aufmerksamkeit erregte und Nachahmer inspirierte. Eine Reihe von ersten Modellprojekten entstanden in den folgenden Jahren in den einzelnen Ländern Europas. Im deutschsprachigen Raum besonders bekannt ist z.B. der erste HORIZON Modellverbund 1992-95 in Deutschland, indem die Hamburger Arbeitsassistenz, der Fachdienst zur Eingliederung Behinderter in Reutlingen, ein Fachdienst in Gelsenkirchen und das ISB in Berlin Menschen mit geistiger Behinderung mit dem Ansatz von Unterstützter Beschäftigung in den allgemeinen Arbeitsmarkt integrierten. In Norwegen wurden im Rahmen des Modellprojektes „Arbeid med Beistand“ 1992-95 landesweit 40 Arbeitsassistenten eingestellt und die Umsetzung von Unterstützter Beschäftigung systematisch mit Fortbildung, Coaching und begleiteten regionalen Projektgruppen durch ein nationales Projektteam sowie ein Forscherteam unterstützt. Dieses Modellprojekt war so erfolgreich, dass nach Ablauf des Projektes eine gesetzliche Regelung getroffen und mittlerweile 290 Arbeitsassistenten eingestellt wurden. In Irland, Großbritannien, den Niederlanden, Italien und in Portugal, überall begannen entsprechende Projekte. Gute Projektergebnisse gepaart mit einer guten Öffentlichkeitsarbeit der Projekte, durch Präsentationen auf Tagungen, Veröffentlichungen von Projektergebnissen in Fachzeitschriften, Videos, Entwicklung von methodischen Materialien und unzählige Besuchergruppen bewirkten eine schnelle und weite Verbreitung der Projektergebnisse. Die nächste Phase von Modellprojekten im eigenen Land und in den jeweiligen Nachbarländern begann, die ersten Projekte erreichten eine Weiterförderung ihrer Projekte und mittlerweile ist Unterstützte Beschäftigung in einigen Ländern eine reguläre Maßnahme der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung geworden.

¹⁵ Einfügung: W. Blumberger

Diese Entwicklung vollzog sich natürlich nicht reibungslos und ohne Auseinandersetzung. Bis zum heutigen Tag gibt es überall in Europa immer wieder erhebliche Widerstände und Vereinahmungsversuche des bestehenden Systems der beruflichen Rehabilitation insbesondere von Werkstätten für Behinderte, Behinderteneinrichtungen oder den zuständigen Behörden und Ämtern.

Das sich der Ansatz von Unterstützter Beschäftigung dennoch Stück für Stück weiter durchsetzt und auf der anderen Seite auch viel Unterstützung erhält, liegt an seiner Wirksamkeit und der Notwendigkeit, neue Formen der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben zu entwickeln, um eine wirklich gesellschaftliche Integration zu erreichen.

In der Behindertenpolitik und Behindertenhilfe findet in den letzten Jahren ein spürbarer Paradigmenwechsel von der fürsorglichen Betreuung und Fürsorge behinderter Menschen hin zu der Ermöglichung einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gesellschaft. Dieser Paradigmenwechsel hat sich von der internationalen Ebene mit der Resolution der Vereinten Nationen zu „Rahmenbestimmungen zur Herstellung von Chancengleichheit für Behinderte“ (Standard Rules) am 20.12.1993 über die europäische Ebene mit den Leitlinien zur Chancengleichheit für behinderte Menschen der Europäischen Kommission 1996 bis hin zu Aufnahme des Benachteiligungsverbot *„niemand darf aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden“* in die nationalen Verfassungen in Deutschland (1994) und Österreich (1997) fortgesetzt. Im Rahmen der Selbstbestimmt-Leben- und Integrationsbewegung fordern immer mehr behinderte Menschen und ihre Familien den unbehinderten Zugang zu allen wichtigen Lebensbereichen wie Bildung, Freizeit, Wohnen und eben Arbeit. Sie wollen dort gemeinsam mit nichtbehinderten Mitbürgern selbstverständlich lernen, leben und arbeiten können, dazu ist es notwendig, dass sie die individuell notwendige Unterstützung und den Nachteilsausgleich auch an diesen Orten bekommen können und Barrieren abgebaut werden. Dies macht den Aufbau neuartiger Assistenz- und Unterstützungsangebote notwendig. Unterstützte Beschäftigung bietet hier für den Bereich der beruflichen Integration behinderter Menschen einen funktionierenden Ansatz, der diesen Paradigmenwechsel im System der beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen weiterführt. Individuelle Unterstützung statt behinderungsspezifische Betreuung in entsprechenden Gruppen, ambulante Hilfen im Gemeinwesen statt teilstationäre bzw. stationäre Hilfen in Einrichtungen, Ausgehen von Fähigkeiten und Stärken statt Defiziten, aktive und individuelle Arbeitsvermittlung statt passive Arbeitsverwaltung, passgenaue Qualifizierung und Coaching am Arbeitsplatz im Betrieb statt berufliche Vorbereitung und Qualifizierung in überbetrieblichen Einrichtungen, flexible betriebsnahe Hilfe statt vorgegebene Maßnahmericricula, wohnortnahe Dienstleistungen und Netzwerke statt überregionale Rehabilitationseinrichtungen.

Mittlerweile wurden viele Elemente von Unterstützter Beschäftigung (individuelle Arbeitsvermittlung, passgenaue Qualifizierung im Betrieb, Nachbetreuung) auch für andere Benachteiligtengruppen z.B. langzeitarbeitslose Sozialhilfeempfänger (Deutschland) oder straffällige Jugendliche (Norwegen) übertragen, während Menschen mit schweren Behinderungen teilweise immer noch nicht eine Arbeit in einem normalen Unternehmen zugetraut wird und die notwendige längerfristige Unterstützung am Arbeitsplatz in Form von Job Coaching oder dauerhafter Arbeitsplatzassistenz (z.B. Vorlesekraft für Blinde oder Analphabeten, Assistenz für Körper- und Mehrfachbehinderte, Gebärdendolmetscher) nicht zur Verfügung gestellt wird.

Es besteht immer die Gefahr, dass wenn eine innovative Idee vom bestehenden System aufgegriffen und in gesetzliche Regelungen gebracht wird, zwar mehr oder minder sinnvolle Weiterentwicklungen des bestehenden Systems und seiner Institutionen erfolgen,

z.B. indem neue Integrationsdienste entstehen, aber während des Prozesses so eine Ziel(gruppen)verschiebung entsteht, dass die eigentliche Idee, hier die berufliche Integration von Menschen mit schweren Behinderungen, irgendwie verloren geht. Doch auch da erweist sich Europa wieder als gutes und weites Feld der Ideenfindung, auf dem man weiterhin exzellente Projekte und Beispiele von Unterstützter Beschäftigung auch für Menschen mit umfangreichen Behinderungen entdecken kann. So unterstützt das Projekt Aura in Spanien beispielsweise eine Reihe von Menschen mit Down-Syndrom, werden vom Projekt Spagat in Vorarlberg auch schwer behinderte Schulabgänger von Integrationsklassen im Übergang von der Schule auf eine Arbeitsstelle in einen regulären Betrieb begleitet oder wurden im Challenge Projekt in Irland schwerstmehrfachbehinderte junge Menschen stundenweise in regulären Firmen unterstützt.

Bei der Entwicklung von neuen integrativen Ausbildungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung sind in den letzten Jahren an vielen Orten in Europa interessante und spannende Projekte und Dienste entstanden, die es Menschen mit Behinderungen und Kollegen in Unternehmen möglich gemacht haben, miteinander zu arbeiten und zu lernen und damit Vorurteile abzubauen. Dennoch stehen wir sowohl in Bezug auf notwendige breite Bewußtseinsänderung bezüglich einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen bei der allgemeinen Öffentlichkeit und Unternehmen, vor allem aber bei Behinderteneinrichtungen und Behörden, als auch bei der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung von Unterstützter Beschäftigung eher noch am Anfang. Es gibt große regionale und konzeptionelle Unterschiedlichkeiten in der Umsetzung und Entwicklung sowohl bei den verschiedenen Trägern in den jeweiligen Regionen und Ländern als auch zwischen den europäischen Staaten, insbesondere die osteuropäischen Länder stehen noch ganz am Anfang. Die guten Praxisbeispiele sollten uns Ansporn sein, mit vielen gleichgesinnten Menschen mit und ohne Behinderung in Europa diesen Weg weiterzugehen. Jeder Mensch, der durch Unterstützte Beschäftigung einen ersehnten Arbeitsplatz findet und behält, zeigt uns, dass es sich lohnt, diesen Weg weiterzugehen. Assessment, Berufsorientierung und Perspektivenentwicklung