

1 Berufliche Rehabilitation im Wandel

1.1 Paradigmen und Postulate

1.1.1 Teilhabe durch Integration und Förderung

„Gesellschaftliche Teilhabe ist ohne berufliche Integration kaum möglich. Menschen mit Behinderungen benötigen deshalb bei ihren Bemühungen, sich beruflich zu qualifizieren oder eine Arbeitsstelle zu erhalten, vielfach umfassende Unterstützung. Diese Hilfen werden von Lehrerinnen und Lehrern, Beraterinnen und Beratern der Arbeitsämter, Ausbilderinnen und Ausbildern, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie von vielen anderen Experten geleistet.“ (BA 2002, 6)

Mit diesem Plädoyer für eine Integration über den Beruf leitet der damalige Präsident der Bundesagentur für Arbeit (BA) das Handbuch „Teilhabe durch berufliche Rehabilitation“ ein. Eine anerkannte Ausbildung gilt allgemein als Mindestzertifikat für eine Erwerbschance junger Erwachsener, ebenso besteht gesellschaftlicher Konsens über die zentrale Bedeutung beruflicher Bildung für die soziale Integration. Die Bundesregierung sieht in ihrem „Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe“ einen Paradigmenwechsel auch in der Arbeitsförderung hin zu Selbstbestimmung und gleichen Zugangschancen, gleichen beruflichen Wegen und Möglichkeiten, wie sie für nicht-behinderte Arbeitnehmer bestehen. Antidiskriminierung, Teilhabe statt Ausgrenzung, Integration durch Differenzierung, Wahlmöglichkeiten und Inklusion stehen für ein Konzept, mit dem die Bundesregierung der internationalen Entwicklung folgt.

„Eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben ist sowohl für jüngere als auch für ältere behinderte Menschen von elementarer Bedeutung. Die berufliche Eingliederung verschafft behinderten Menschen weit mehr als nur eine gesicherte finanzielle Lebensgrundlage; sie gibt Selbstvertrauen und schafft die Grundlage für eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“ (Deutscher Bundestag 2004, 66)

Die berufliche Rehabilitation wurde um das Jahr 2000 gesetzlich neu verankert und vor allem in den Sozialgesetzbüchern – SGB III: Arbeitsförderung und SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – mit „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) umrissen. Als eigene Säule steht die berufliche Rehabilitation neben der medizinischen sowie sozialen Rehabilitation und bezieht sich zum einen auf Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Erstausbildung absolvieren, zum anderen auf Arbeitnehmer mit Berufserfahrung, die umgeschult oder weitergebildet werden. Damit wird sowohl dem Bildungsgebot der Schulgesetze der Länder Rechnung getragen als auch das Ziel verfolgt, aus Leistungsempfängern erneut Beitragszahler in die Sozialsysteme zu machen.

Unter dem Postulat der Teilhabe an Ausbildung und Arbeit ist der Status „behindert“ durchaus fragwürdig. Gerade mit zunehmendem Alter können sich Wirkungen von Sozialisationsprozessen und Beeinträchtigungen zum Syndrom „Beschäftigungsrisiko“ verdichten: Chronische Erkrankungen, Sucht, mangelnde Stressbewältigung, Mobilitätseinschränkungen, Lernungewohnheit, Vorbehalte gegenüber älteren Beschäftigten, geschlechtsspezifische oder ethnische Diskriminierungen, regionale oder sektorale Benachteiligungen. In manchen Fällen überlagern sich derartige Aspekte mit dem Status Rehabilitand, aber auch nicht behinderte Langzeitarbeitslose, Migranten, Rationalisierungsverlierer würden bei Öffnung der Reha-Einrichtungen und Maßnahmen vermutlich zum Klientel beruflicher Rehabilitation werden, zumal die Kostenträger für die diversen Programme oft identisch sind. Bezogen auf Jugendliche ließe sich der Personenkreis beliebig erweitern, zum Beispiel um Lernbehinderte, Hauptschüler ohne Abschluss, Schulmüde, Delinquente, Trebegänger. Um die Teilhabe an Ausbildung und Erwerbsarbeit stehen also viele Risikogruppen in Konkurrenz zueinander. Diejenigen, die nicht als „behindert“ klassifiziert und anerkannt sind, gelten dabei als Sozialfälle, Randbelegschaft, Marginalisierte, Dropouts. Nicht-Teilhabe und Ausgrenzung sind grundsätzlich ein gesellschaftliches Problem sozialer Ungleichheit. Um die Zielgruppe für die berufliche Rehabilitation trennscharf zu fassen, muss ihr Status formalisiert werden, so dass man sich zwangsläufig bei der Förderung und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einem Etikettierungs- und damit auch Stigmatisierungsprozess befindet mit allen negativen Folgen für die betroffenen Personen und Institutionen.

1.1.2 Normalisierung und Inklusion

Ein wesentlicher Ausgangspunkt für die heutige Konzeption der Partizipation und Teilhabe ist das Normalisierungsprinzip (vgl. Thimm 2005). Der dänische Jurist Bank-Mikkelsen hatte bereits 1959 die Lebensumstände behinderter Bürger kritisiert und als Ziel des neuen Fürsorgesetzes für die geistig Behinderten (mentally retarded) eine Existenz so normal wie möglich vorgeschlagen. Diese als Normalisierungsprinzip bezeichnete Forderung griffen in Schweden Bengt Nirje, in den USA Wolf Wolfensberger, in Deutschland die Gruppe um Walter Thimm und Christian von Ferber als Idee auf und verallgemeinerten sie zu einer umfassenden, allerdings nicht einheitlichen Konzeption. Die ersten Operationalisierungen von Normalität für behinderte Bürger umfassten die Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit und wurden von Bengt Nirje 1977 wie folgt beschrieben (Thimm 2005, 22):

- „A normal rhythm of the day,
- A normal rhythm of the week,
- A normal rhythm of the year,
- Normal experiences of the life cycle,
- Normal respect,
- Normal life in a heterosexual world,
- Normal economic standards,
- Normal environmental standards.“

Vergleicht man die Konkretisierungen von Normalisierung, so wird vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Normen- und Wertewandels die raum-zeitliche Bestimmtheit der Kategorie „Normalität“ deutlich. Beispielweise versuchen Vertreter dieses Konzepts durch „angepasste“ Übersetzungen auch den Wandel in der Normalität zu aktualisieren oder Entwicklungen wie Inklusion neuerdings mit aufzunehmen. In Skandinavien ging es in den 1960er und 1970er Jahren pragmatisch um direkte Verbesserungen im Alltag von Geistigbehinderten. Kinder sollten die Möglichkeit zum Lernen, Erwachsene zum Arbeiten haben. Daneben wurden separate, große Wohneinrichtungen aufgelöst und letztlich auch dezentrales Verwaltungshandeln verankert. Jedem geistig behinderten Menschen wurden die gleichen Rechte und Pflichten wie jedem anderen Mitbürger zugestanden. Bewusst wurde keine Theorie, kein ideologischer „ismus“ angestrebt.

„Ich bin der Meinung, dass man hier viel zu sehr theoretisiert. In der amerikanischen und englischen Literatur findet sich eine Menge Ableitungen vom Begriff der Normalisierung. Wir, die wir an der Prägung dieses Begriffs beteiligt waren, sind ganz platt, wenn wir sehen, zu welchen theoretischen Umwegen das führt, denn das ist alles viel einfacher und simpler, als man glaubt. Man sollte doch das ganze Theoretisieren vergessen und es in die Tat umsetzen, allgemeine Lebensbedingungen für die Menschen zu schaffen.“ (Bank-Mikkelsen 2005, 75)

Wolfensberger, ebenfalls beeinflusst durch das skandinavische Vorbild, erweitert das Normalisierungskonzept zu einem umfassenden sozialwissenschaftlich begründeten Modell. Ihm geht es nicht nur um Normalisierung als Ziel, sondern auch um den Weg dorthin. Seine Definition von Normalisierung bezieht auch Umwelt, Rolle, Interaktion, Image mit ein, wobei er einen spiralförmigen Prozess zur physischen und sozialen Integration anstrebt. Sein neues Konzept „Social Role Valorization“ bezieht alle Personen oder Gruppen ein, die von ihrer Umwelt abgelehnt oder abgewertet werden, und will soziale Rollen durch Kompetenzgewinn und Imageaufwertung auf allen Ebenen stärken (vgl. Thimm u. a. 2005, 97). Gegenüber der normativen Sicht von Normalisierung prüft Wolfensberger empirisch die Kategorie Lebensqualität und gelangt so zu einer objektivierten Einschätzung der Qualität von sozialen Dienstleistungssystemen (Wolfensberger 1986, 168–186).

Thimm weist in seinem Sammelband, mit dem er die Entwicklung und Vielfalt der Normalisierungskonzepte dokumentiert, darauf hin, dass es nicht darum geht, behinderte Menschen „normal“ machen zu wollen, sondern Heterogenität als normal anzusehen. Er versteht Normalisierung als Dreieck von Partizipation, Lebensweltorientierung und Gemeinwesenorientierung. Mit Blick auf die Umsetzung der Konzepte betont er die ablehnende Haltung von Großinstitutionen und Verbänden, weil sie die Normalisierung als fundamentale Kritik an ihrer Arbeit und als existenzielle Gefährdung ihrer Organisation verstehen.

Mitte der 1990er Jahre entflammte die Diskussion um einen Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe erneut. Mit Blick auf die „inclusive education“ in den USA wurde eine umfassende Vision einer neuen solidarischen Gesellschaft entworfen, in der Heterogenität akzeptiert und als Bereicherung gewertet wird. Die neue Kategorie „Inklusion“ findet auf der normativen Ebene ihren Ausdruck in den Grund- und Menschenrechten und daraus abgeleiteten Bürgerrechten. Gleichwertigkeit von Menschen, Akzeptanz von Verschiedenheit, Vielfalt der Lebensformen sind die allgemeinen dem Konzept zugrunde gelegten Maxime

und schließen, über die Gruppe der behinderten Menschen hinaus, alle gesellschaftlichen Minderheiten ein. Das neue Denkmuster beruht auf einer Abkehr von Fürsorge-Betreuung, vom Helfer- und Expertentum, von der vermeintlichen Förderung durch Separierung und einer Hinwendung zu einer alle Lebensbereiche umfassenden Teilhabe. Instrumente und Konzepte wie Case-Management, Empowerment oder Förderdiagnostik in Schulen, die Forderung nach Barrierefreiheit und nicht zuletzt ein anderer Sprachgebrauch sind praktische Auswirkungen dieses Prozesses. So werden im Sinne von begrifflicher „political correctness“ *Behinderte* nun als *Menschen mit Behinderung* bezeichnet, aus der *Hauptfürsorgestelle* wird das *Integrationsamt*.

In der Sonderpädagogik versucht man Inklusion von den Kategorien Integration und Normalisierung abzugrenzen. Eine vorherrschende Norm wird nicht mehr akzeptiert und Heterogenität als gesellschaftliche Normalität angesehen. Integration setzt eine Polarisierung von behindert und nicht-behindert voraus, ist eine additiv ergänzende Maßnahme, ohne dass der Regelbereich sich ändern muss. Hinzu kommt, dass nur eine Minderheit der Schüler integrativ beschult wird, noch dazu in der Regel im gemeinsamen Unterricht der Grundschule und Integration lediglich mit Sonder- und Ausländerpädagogik verbunden wird. Die UNESCO-Konferenz von Salamanca 1994 wirkte als Impuls für deutsche Sonderpädagogen, den Ansatz der Inklusion aufzunehmen, und ließ sie hoffen, die in der Praxis gescheiterte Integrationspädagogik nach 30 Jahren Versuch und Verteidigung der Prinzipien neu zu beleben und zugleich von Fehlentwicklungen zu bereinigen. Inklusion wird nun als „Schule für alle“ und „Pädagogik der Vielfalt“ verstanden (Hinz 2006, 97–99; Prengel 1995; Eberwein 1994).

Zwar werden theoretische Bezüge zu Luhmann und seiner Diskussion um Inklusion versus Exklusion hergestellt, aber in der Regel wird die Umsetzung des normativen Gerüsts der Inklusion empirisch mit Lebensqualitäts-Modellen versucht zu fassen (Wacker u. a. 2003; Dederich u. a. 2006). Mit Indikatoren-Katalogen – beruhend auf emotionalem, physischem, materiellem Wohlbefinden – lassen sich Eckwerte für Hilfeplanung entwickeln und Kriterien für die Wirkungen der Maßnahmen bestimmen. Weiter sollen Präventionsstrategien zur Vermeidung von Exklusion gefunden werden. Konkret wird das Konzept der Inklusion in einer integrativen Grundschule erprobt (Wocken zit. n. Hinz 2006, 98) und bei neuen Wohnformen des „supported living“. Vor allem im Wohnbereich, weniger bezogen auf Arbeitstätigkeiten, werden dann auch systemisch Umwelt und Infrastruktur kategorisiert. Das Modell der Inklusion stößt inzwischen auf massive Kritik, wobei besonders der allumfassende normative und utopische Anspruch, die unreflektierte Verherrlichung von Heterogenität, die banalen Aussagen zu gesellschaftlichen Strukturen, die begriffliche Schwammigkeit, aber auch die ungeprüfte Adaption US-amerikanischer Ideen hinterfragt werden. Kobi fasst den Diskurs um die „Inklusionsideologie“ als Profan-Mythologie und sieht eine Re-Theologisierung der Heilpädagogik. Außerdem wird die Art der Argumentationsführung in ihrer totalitären Form beklagt. „Zurückhaltender Skepsis begegnet man mit Wahrnehmungs- und Erfahrungsentwertung des Dialogpartners. Diesem werden ostinat ‚Vorurteile‘, ein ‚falsches Bewusstsein‘, eine antiquierte Denkweise unterschoben“ (Kobi 2006, 31 f.).

Bezogen auf Arbeit und Beruf reduzieren sich die Aspekte von Normalisierung, Integration und Inklusion auf eine Trennung der Lebensbereiche Arbeiten,

Wohnen und Freizeit, auf die Forderung nach einem Recht auf Ausbildung und Arbeit und neuerdings auf die Instrumente der „persönlichen Assistenz“ und „unterstützten Beschäftigung“ in Betrieben. Während für die anderen Lebensbereiche, wie z. B. Wohnen, ausgefeilte Konzepte vorliegen und erprobt werden, wird der als zentral angesehene Bereich „Arbeitswelt“ in der Diskussion kaum und nur sehr vage thematisiert und auf das bloße Einfügen in Arbeit beschränkt.

Die generellen Teilhabeforderungen konzentrieren sich in ihrer Kritik auf Sonderformen der Ausbildung und separate Einrichtungen, die wegen ihrer Größe nur inflexibel auf Arbeitsmarktanforderungen reagieren könnten. Bemängelt werden auch das zu geringe Angebot an Ausbildungsberufen sowie Vorurteile gegenüber schwerbehinderten Arbeitnehmern. Der traditionellen institutionalisierten beruflichen Rehabilitation als separate Säulen und Maßnahmen werden Prinzipien wie Dezentralisierung, Individualisierung, De-Institutionalisierung und Ambulantisierung gegenüber gesetzt. Entsprechend gelten Integrationsfachdienst, Unterstützte Beschäftigung und Arbeitsassistenz als Garanten für Integration in Arbeit (Vieweg 2006, 118–123). Unter dem Aspekt von Heterogenität wird eine Bandbreite von ungelernten bis hochqualifizierten Tätigkeiten gefordert. Gesehen wird von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland e.V. (ISL) auch das Risiko von Arbeitslosigkeit und ihren Folgen für die soziale Exklusion. Daher wird von Kommunen verlangt, einfache Tätigkeiten für behinderte Bürger vorzuhalten. In einer Gesellschaft ohne Vollbeschäftigung müssen, so die ISL, die Belange von behinderten Menschen neu definiert werden (Vieweg 2006, 119, 123).

Die Protagonisten der Inklusion sind gegen einen doppelten Fehler nicht gefeit. Zum einen kommen sie aufgrund offensichtlicher Unkenntnis der Berufsbildungs- und Arbeitsmarkttheorien zu Fehleinschätzungen der Praxis, wobei im Detail auch die Arbeit in der beruflichen Rehabilitation nicht korrekt erfasst wird. Zum anderen sind Integrationsfachdienst, Unterstützte Beschäftigung und Arbeitsassistenz gleichfalls Sondermaßnahmen, die ausschließlich für schwerbehinderte Arbeitnehmer eingerichtet wurden. Offensichtlich wird übersehen, dass diese ambulanten Unterstützungsformen inzwischen von den kritisierten großen Trägern und Wohlfahrtsverbänden als Teilaufgabe akquiriert und angeboten werden. Die durch diese Dienste zugänglichen Qualifizierungen und beruflichen Tätigkeiten sind eher Beispiele für exklusive als für inklusive Prozesse.

1.1.3 Modifizierter Behinderungsbegriff

Die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) beruht auf einer jahrzehntelang diskutierten und zwischen den WHO-Ländern abgestimmten Erweiterung des schädigungs- und defektorientierten medizinischen Denkmusters der *International Classification of Disability* (ICD) hin zu einem „bio-psycho-sozialem Modell“ (vgl. Hollenweger 2006, 45–61). Der Begriff der Behinderung wird in einem umfassenden Sinn auf jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit aller Menschen bezogen:

„Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist *funktional gesund*, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).“ (DIMDI 2004, 4)

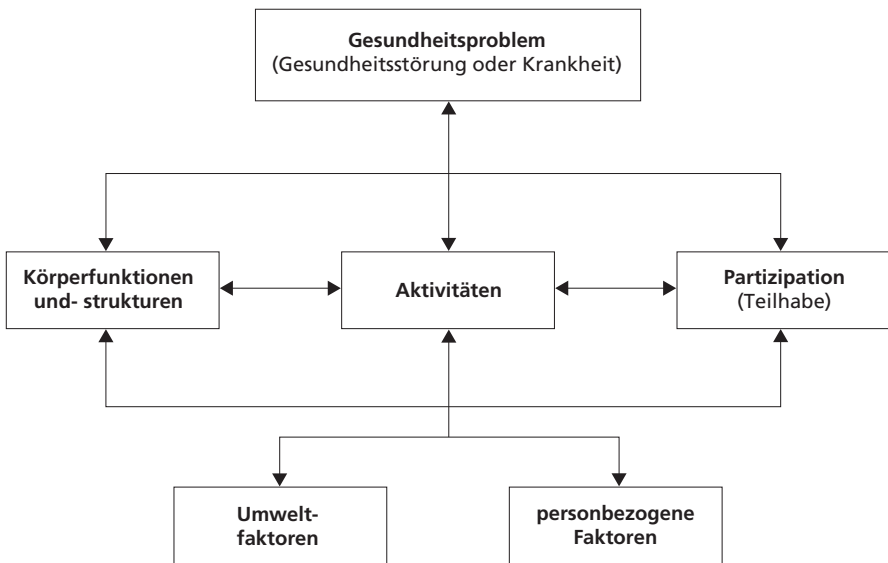


Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF
Quelle: DIMDI 2004, S. 23 (WHO 2001)

„Die Mitgliedsstaaten der WHO verfügen mit der ICF über ein einheitliches, wissenschaftliches Klassifikationsschema, das für Forschung, Überwachung und Berichterstattung zu verwenden ist und Vergleiche über den Gesundheitszustand, die entsprechende Politik und Vorsorge zwischen den Ländern und Kulturen ermöglicht (DIMDI 2004, 28).“

Das politische Ringen um die Verbesserung der Situation behinderter Menschen findet international ihren Ausdruck in der UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen“, die Deutschland im März 2007 als einer der ersten Staaten unterzeichnete (BMAS 17.6.2007). Einigen konnten sich die meisten Länder bisher lediglich auf eine Missbilligung von Diskriminierung körperlich oder geistig behinderter Menschen sowie auf ein Lebensrecht behinderter Neugeborener. Weniger als 50 Staaten der Welt verfügen über gesonderte

Behindertengesetze. Kritisch ist auf der anderen Seite aber auch die Betonung besonderer Gruppen, da sie faktisch eine Diskriminierung beinhaltet. Auch die EU geht von einem veränderten Begriff der Behinderung aus und zieht Konsequenzen für ihre Förderpraxis. An die Stelle eines gesonderten „Behinderten-Programms“, wie HORIZON (Seyfried u. a. 1995), sollen heute die Chancen von beeinträchtigten Personen durch spezielle Projekte innerhalb der Programme EQUAL (Arbeitsmarkt) oder LEONARDO DA VINCI (Berufsbildung) oder GRUNDTVIG (Erwachsenenbildung) verbessert werden, seit 2007 im gemeinsamen Programm „Lebenslanges Lernen“ zusammengeführt.

In der Bundesrepublik ist durch die Aufnahme der ICF in das Sozialgesetzbuch (SGB) der Rechtsstatus „behindert“ neu gefasst worden. So umfasst der Teil SGB III die Arbeitsförderung behinderter und nicht-behinderter Arbeitnehmer, und der Teil SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“ ersetzt das Schwerbehindertengesetz von 1974. DIMDI weist darauf hin, dass die ICF umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX ist. Um besondere Leistungen zur Teilhabe zu erhalten, ist der Status „schwerbehindert“ Voraussetzung. Art und Grad der Beeinträchtigung werden in Zehnerstufen gewichtet, wobei ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 eine Schwerbehinderung anerkannt wird, die zu besonderem Arbeitsschutz und zu Sonderregelungen in der Ausbildung führt (§§ 1 u. 2 SGB IX). Ab einem GdB 30 kann eine Gleichstellung hinsichtlich der Leistungen mit Schwerbehinderung erfolgen.

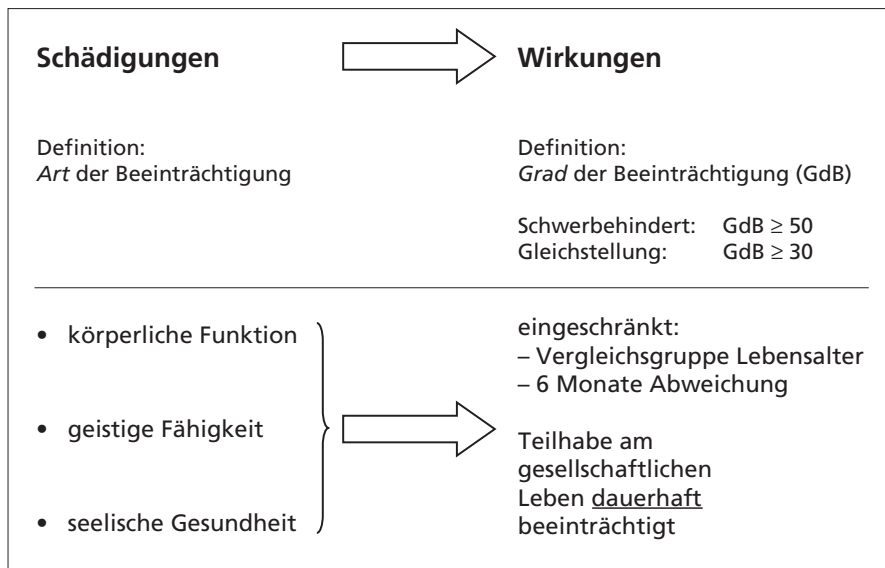


Abb. 2: Definition von Behinderung nach SGB

Quelle: Sozialgesetzbuch IX, BGBl. I, S. 606 i. d. F. vom 9.12.2004

1.1.4 Barrierefreiheit

„Barrieren sind (vorhandene oder fehlende) Faktoren in der Umwelt einer Person, welche die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderung schaffen. Diese umfassen insbesondere Aspekte wie Unzugänglichkeit der materiellen Umwelt, mangelnde Verfügbarkeit relevanter Hilfstechologie, negative Einstellungen der Menschen zu Behinderung, sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, die entweder fehlen oder die verhindern, dass alle Menschen mit Gesundheitsproblemen in alle Lebensbereiche einbezogen werden.“ (DIMDI 2004, 123).

Barrieren, verstanden als Sperren, die keinen Zugang erlauben, wurden zunächst vor allem als bauliche Hindernisse gesehen. Städtebaulich wurden mobilitätshemmende Zustände beseitigt, zum Beispiel durch abgesenkte Bordsteige, aufgepflasterte Straßenbahnhaltstellen oder Rampen auf Bahnhöfen. Auch technische Hilfen, wie Tonsignale bei Verkehrsampeln, Sprachangaben in Fahrstühlen, hydraulisch abgesenkte Niederflurbusse, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität – auch behinderter Bürger. Ebenso lassen sich private Wohnungen nutzergerecht gestalten und technisieren. Die Datenbank REHADAT dokumentiert hierzu eine Fülle von Musterlösungen. Mit dem Bedeutungszuwachs der Informations- und Kommunikationstechnologie gelangt die Forderung nach einem barrierefreien Internet in den Blick (abi-projekt 2007). Initiativen und Aktionsbündnisse geben praktische Hilfestellung, beraten Politik und dienen als öffentliches Forum. Allgemein ist das Ziel von Barrierefreiheit eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Unterschiedliche Lebensbereiche müssen so gestaltet sein, dass für behinderte Menschen ein Zugang ohne besondere Erschwernis und ohne fremde Hilfe möglich ist. Schweden kann hinsichtlich der öffentlichen Verantwortung gegenüber behinderten Bürgern als Vorbild mit seiner „Agenda 21“ dienen, mit der in den Kommunen eine barrierefreie Teilhabe gewährleistet wird (UN 1992).

Barrierefreiheit lässt sich hierarchisch von der staatlichen bis zur persönlichen Ebene differenzieren. In horizontaler Sicht sind die Bereiche Politik, Soziales, Technik und Ökonomie auf Barrieren zu prüfen. Auf der gesetzlichen Ebene stehen z. B. Antidiskriminierung, ggf. Intervention zugunsten Benachteiligter, Chancengleichheit und niedrigschwellige Zugänge im Vordergrund, wie es z. B. das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) verlangt. Der Bundesminister für Gesundheit und Soziales betont einen Anspruch auf Barrierefreiheit, damit Ärzte, Sachverständige, Therapeuten oder Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und Verwaltungsgebäude der Sozialleistungsträger aufgesucht werden können, für den Sozialbereich wird die Gebärdensprache und die Arbeit von Gebärdendolmetschern erwähnt (BMGS 2005, 45). Exemplarisch für die technische Dimension steht die Forderung nach barrierefreier Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT). Von besonderen Tastaturen, angepassten Computermäusen, Sprachausgabe bis hin zu visuellen Standards reichen die Anregungen einer behinderungskompensierenden und assistiven Technik (tjfbv 2006; Bühler 2005). Universal Design, als Konzept einer für alle Menschen funktionalen Gestaltung von Produkten und Dienstleistungen, steht vergleichbar einer „Schule für alle“ für eine humane Technikgestaltung (Hellbusch 2005). Die Euphorie, durch technische Hilfsmittel und Unterstützungssysteme Beeinträchtigungen zu kompensieren, relativiert sich durch die Möglichkeiten ihrer Anwen-

dung. So sind allein durch Einkommensverteilung und überdurchschnittliche Armut von Randgruppen viele Personen von Teilhabe, von Mobilität und der Nutzung neuer Technologie ausgeschlossen. Dieser ökonomische Aspekt findet in der Diskussion um Barrierefreiheit wenig Beachtung.

1.1.5 Prinzipien der Rehabilitation

Rehabilitation wurde von den Vereinten Nationen als ein Prozess beschrieben, der Menschen mit Behinderungen ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches oder soziales Funktionsniveau erreichen und aufrecht erhalten lässt und ihnen Hilfestellungen für ein höheres Niveau an Unabhängigkeit gibt. Dabei umfassen diese Hilfen:

1. Maßnahmen zur Versorgung und/oder Wiederherstellung von Körperfunktionen oder
2. Maßnahmen zur Kompensation des Verlustes bzw. des Fehlens einer Körperfunktion oder einer funktionellen Einschränkung (UN 1993).

Rehabilitation zielt dabei auf ein weites Spektrum von elementaren und allgemeinen Maßnahmen und Handlungen bis hin zu zielorientierten Vorgehensweisen, wie zum Beispiel in der beruflichen Rehabilitation. Die von der Bundesagentur für Arbeit stellvertretend für andere Kostenträger benannten Prinzipien der beruflichen Rehabilitation, die im Wesentlichen auch für die Bereiche soziale und medizinische Reha gelten, sind eine Mischung aus bisherigem „Maßnahmedenken“ und den aus dem Normalisierungspostulat abgeleiteten Konsequenzen. Sie kennzeichnen die Umbruchsituation in der Rehabilitation zwischen Ökonomisierung und Partizipation. Die Bundesagentur listet in ihrem Handbuch allgemeine Prinzipien auf, die entsprechend auf berufliche Teilhabe und Rehabilitation übertragbar sind:

Tab. 1: Prinzipien der BA für berufliche Reha und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Allgemeine Prinzipien	Kriterien in der beruflichen Reha
Selbstbestimmung und Teilhabe	Vorrang des Lernortes Betrieb vor Reha-Einrichtungen (BBW, BFW, WfbM, BTZ)
individuelle Hilfen	Wohnortnahe Reha vor überregionaler Sondereinrichtung
Vorrang von Prävention	Vorrang von ambulanten vor separaten Maßnahmen
Leistungsanspruch für Betroffene	anerkannte Ausbildungen vor Sonderregelungen („Behinderten-Berufe“)
„normale“ Leistung vor spezifischer Leistung	Arbeitsmarktintegration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor einer Tätigkeit im Arbeitsbereich der WfbM
Mitwirkungspflicht der Betroffenen	Matching von individuellen Ressourcen und Arbeitsplatzangebot

Allgemeine Prinzipien	Kriterien in der beruflichen Reha
Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen	Vermittelbarkeit, Employability vor allgemeinen Bildungsansprüchen
Finalprinzip statt Kausalitätsprinzip, d. h. Hilfen unabhängig von der Ursache der Behinderung	Netzwerke, Bietergemeinschaften
Reha vor Rente und Pflege	Qualitätsmanagement der Einrichtungen
Zusammenarbeit der Träger	angemessene Ausstattung der Einrichtungen und qualifiziertes Personal

Quelle: BA (2002): Teilhabe durch berufliche Reha, S. 411

Diese Palette von Kriterien wird heute zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt, aber durch neue Anforderungen an die Bildungs- bzw. Rehabilitationsträger anders gewichtet, vor allem verwaltungstechnisch „ökonomisiert“. Gerade im Vergleich mit den Auffassungen des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG 1969) zur „präventiven Arbeitsmarktpolitik“ wird der Wandel deutlich. In den 1970er Jahren ging es den Kostenträgern darum, durch möglichst *umfassende* und *hohe* Qualifizierung die Rehabilitanden vor unterwertiger Beschäftigung und vor Arbeitslosigkeit zu schützen nach dem Motto: Qualifizierung als Prognoseersatz. So wurde z. B. die Weiterbildung eines Maurers zum Bauzeichner und nicht eine Anlernung als Pförtner oder Hausmeister als Rehabilitationsziel vorgesehen, während heute „Employability“ als Ziel und Beurteilungsmaßstab des Rehabilitationserfolges eingeführt wird. Qualitätskriterium ist vor allem die Vermittlungsquote nach den Maßnahmen. „Bildung als Wert an sich“ und der generelle Bildungsanspruch von Jugendlichen, ihre Berufswahl nach „Eignung und Neigung“ vornehmen und dabei nach Artikel 12 des Grundgesetzes die Arbeits- und Ausbildungsstätte frei wählen zu können, werden durch die Anwendung des Prinzips Employability relativiert. Die Bildungsträger sind gehalten, Effizienz und Effektivität ihrer Angebote zu beachten. Qualitätsmanagement als übliches Instrument der Träger schließt eine Evaluation während der Fördermaßnahmen, deren Dokumentation und die Prüfung der Nachhaltigkeit im Anschluss an die Rehabilitation ein. Funktion und Erfolg von Maßnahmen und Instrumenten in der Rehabilitation werden offensichtlich im Zuge des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels neu gewertet.

1.2 Gesellschaftlicher Wandel

In der Arbeit mit behinderten Menschen dominierte lange das „medizinische Denkmodell“, das zunächst eine auf die Person bezogene Ursachenanalyse der Schädigung vornimmt (Anamnese), dann auf dieser beruhende, isolierbare Maßnahmen (Therapie) vorsieht und schließlich eine Gesundung, zumindest Besserung oder Kompensation feststellt. Dieser Dreierschritt gilt als Voraussetzung für