

Stigmata gegenüber Menschen mit seelischen Handicaps und die Arbeitswelt

Rolf Haug-Benien

"Seelische Handicaps" sind von der Weltgesundheitsorganisation WHO auf drei Ebenen beschrieben worden:

Zunächst einmal sind dies

1. seelische Funktionseinbußen (impairment), Beeinträchtigungen während der akuten Krankheitsphase. Darüber hinaus auch Schädigungen bei den kognitiven Kompetenzen wie Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Konzentrations- und Merkfähigkeit
2. soziale Behinderung (social disability), Einschränkungen der Erkrankten in ihrer sozialen Handlungsfähigkeit. Oftmals sind Kommunikations- und Kontaktfähigkeit und Realitätswahrnehmung beeinträchtigt. Die soziale Handlungsfähigkeit kann von Rückzug, von Verzicht auf soziale Rollenerfüllung bestimmt sein. Folge sind häufig Arbeitsunfähigkeit, Einschränkung der Selbstversorgung und mangelnde Hygiene.
3. soziale Benachteiligungen (social handicaps) treffen den erkrankten Menschen durch gesellschaftliche Zuschreibungen und Stigmata. Die "psychisch Gesunden" und ihre oft ungünstigen Lebensbedingungen werden von der sie umgebenden Umwelt wahrgenommen und kommentiert. Mit Wohnungs- und Arbeitslosigkeit sind negativ bewertete Lebensqualitäten gesellschaftlich verbunden, die den sozialen "Wert" psychisch gesunder Menschen stark mindern. Das Angewiesensein auf staatliche Hilfen der Sozialhilfe, Arbeitsförderung oder Rente, kennzeichnet psychisch gesunde Menschen als "nicht-produktiv-tätiges Mitglied der Gesellschaft".

Die drei Ebenen bedingen sich stark gegenseitig. Und natürlich stellt sich die Frage einmal mehr: wird der psychisch gesunde Mensch, insbesondere durch die Stigmatisierung seitens der Gesellschaft, an einem gleichberechtigten Leben erst "behindert", obgleich er durch seine seelischen Leidensformen nicht automatisch an einer gleichberechtigten Teilhabe behindert wäre? Wir entnehmen der Fachliteratur und wissen aus Erfahrung, dass z. B. bei einem schizophrenen Menschen nicht zwangsläufig eine Beeinträchtigung seiner sozialen Beziehung in der Familie oder am Arbeitsplatz unterstellt werden muss. Vielmehr wird eine Benachteiligung dann wirksam werden, wenn die Gesellschaft nicht über leidensgerechte und personenangemessene Konzepte verfügt, mit deren Hilfe der psychisch Gesunde den Zugang zu speziellen Einrichtungen und Kompensationsmöglichkeiten findet (LIBERMANN, 1994, S.6).

Das heißt natürlich in der Konsequenz, dass medizinische, soziale wie berufliche Rehabilitation an einem Konzept von Erkrankung ansetzen muss, das sowohl

- krankheitsspezifische,
- wie auch persönlichkeitspezifische,
- soziale,
- arbeitsmarktbezogene und
- gesellschaftliche, entstigmatisierende Aspekte

miteinfasst.

In einem 2. Gedanken will ich überleiten auf

Die besondere Bedeutung der "Arbeit" bei der Rehabilitation:

Zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft gehört vor allem die angemessene Teilnahme am Arbeitsleben. Darauf weist nicht nur die Weltgesundheitsorganisation WHO hin.

Da die Erwerbstätigkeit in unserer Produktionsweise in besonderer Weise den Wert von Menschen definiert, ist produktive Arbeit mehr als eine bloße Funktion zum Bestreiten von Lebensunterhalt. Wertschaffende Arbeit durch Verausgabung seiner Arbeitskraft definiert einen Menschen in dieser Gesellschaft und macht ihn im sozialen und psychosozialen Kontext zu einem gleichwertigen Kommunikationspartner, **zum Kommunikationspartner auf gleicher Augenhöhe.**

Arbeit strukturiert den Tages-, Jahres- und Lebenszeitablauf und orientiert in besonderer Weise jeden Menschen auf die Zweiseitigkeit seiner privaten und öffentlichen Bedeutung.

Fast jeder Mensch begreift den Sinn seines Lebens auch verbunden mit Arbeit. Der Sinn, morgens aufzustehen und zu arbeiten und Selbstachtung vor sich zu haben, nehmen unzählige Menschen daher, dass sie in dieser Gesellschaft als notwendig vorkommen.

Der Mensch tut an irgendeiner Stelle mit anderen zusammen etwas, wovon Unbekannte, Fremde, Dritte, in Deutschland oder anderswo profitieren. Er spürt sich als Teil der Menschheit und merkt, dass er wichtig ist.

Und das wird sehr stark unterstützt von dem, was wir "Arbeit" nennen.

Auf der anderen Seite gibt es ein gesellschaftliches Prinzip, dass jedes Sozialwesen, das sich erfolgreich organisiert in der Geschichte der Menschheit -im Kleinen wie im Großen- eigentlich von den Schutzbedürftigsten ausgehen muss.

Sie muss diese gewissermaßen in die Mitte nehmen und um die herum dann in konzentrischen Kreisen die jeweils stärkeren und robusteren und weniger schutzbedürftigen Menschen ansiedeln, weil nur in dieser Konfiguration beide Seiten auf ihre Kosten kommen. Das ist in jeder Familie so, wenn sie gut beraten ist und so gilt es für jede Kommune, für jede Nation und auch für die Welt.

Eigentlich sollte dieses Prinzip auch für die Arbeitswelt gelten, tut es aber leider nicht!

Also, wie Klaus DÖRNER seinerzeit formuliert hat, "jeder Mensch will notwendig sein" und auch in seiner eigenen Identität im Arbeitsleben vorkommen, in der ihm eigenen Menge des Arbeitens, mit seinem ihm eigenen Tempo und seinem ihm eigenen sozialen Anteil.

So, und jetzt sind wir dort, mit besonderer Aufmerksamkeit zu differenzieren zwischen Arbeitsgelegenheiten und Formen beruflicher Rehabilitation

- auf den "ersten Arbeitsmarkt"
- und Formen der leistungsbezogen abgestuften Vermittlung auf "geschütztere" Arbeitsmärkte

wie

- Arbeit in Integrationsfirmen und
- Werkstätten für behinderte Menschen ("2.Arbeitsmarkt"),

die gerade auch für psychisch gesundende Personen eine große Bedeutung erlangt haben. Dabei soll der Begriff des "2.Arbeitsmarktes" oder gar des "3. Arbeitsmarktes" keine Qualifizierung, Rangfolge oder gar eine Abwertung sein, sondern vielmehr eine Beschreibung der Formenvielfalt angemessener Arbeitsgelegenheiten, die personenangemessen den betroffenen Menschen in ihren eigenen Lebens- und Arbeitsäußerungen gut tun.

Der 3. Gedanke soll gelten dem

Ansatz der "unterstützten Beschäftigung" "

Unterstützte Beschäftigung" (HOHMEIER, J.; BARLSEN, J. (1997) bezieht sich auf ein in den 90-er Jahren entwickeltes Modell der beruflichen Integration Behinderter auf den Arbeitsmarkt. Ein "integratives Leitbild" nimmt Abschied von der Vorstellung der einseitigen Kompensation von behinderungsbedingten Mängeln. Es funktioniert nach dem Prinzip:

"zuerst in Arbeit platzieren, dann beim Training unterstützen".

Dieses Leitbild fasst mit ein die Herstellung einer genauen Passung zwischen dem individuellen Leistungsprofil der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und den fachlichen und sozialen Anforderungen des Arbeitsplatzes.

Dieses "integrative Leitbild" (J.Hohmeier), das Abschied zu nehmen versucht vom sonderpädagogisch-kompensatorischen Helfen und sich orientiert an der Authentizität des

Arbeitsmarktes und seiner Gesetzmäßigkeiten, erfordert ein ganzheitliches (fachlich, methodisch und sozial) Arbeitsprinzip und bricht mit dem Bild der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen als "Mängelwesen".

Berufliche Rehabilitation ist insofern dann nicht mehr Fernziel am Ende der Maßnahme, sondern alltägliches Übungs- und Trainingsfeld; sie ist am "Normalitätsbegriff" orientiert und nicht an der "Sonder"-Behandlung des psychisch Gesunden.

Insbesondere Forschungsergebnisse aus den USA zu den "supported-employment"-Programmen haben das Transferproblem verdeutlicht, dass Rehabilitanden/Rehabilitandinnen ihre Fach- und Sozialkompetenz aus dem überbetrieblichen Training nicht in die betriebliche Realität "transponieren" konnten. Die Umkehrung des Prinzips bedeutet dann konsequenterweise "training on the job", wo nach der Platzierung direkt am Arbeitsplatz in Richtung auf die konkreten Arbeitsanforderungen eben dieses Arbeitsplatzes trainiert wird.

In dem Maße, wie der Rehabilitand/die Rehabilitandin den Arbeitsanforderungen gut nachkommen kann, reduziert sich dann auch die Unterstützung. Sie wird nicht maßnahmentypisch bis zum Ende der Förderzeit sinnlos weitergeführt.

Alle, die wir steuerzahlende Menschen sind, können dies nur gut finden!

Förderung in diesem Sinne ist weniger starres Curriculum, sondern individuell begründete, bedürfnisorientierte flexible Dienstleistung.

Unser Gütersloher BTZ arbeitet konzeptuell nach diesen Leitbildern: Natürlich gibt es nach Klinikbehandlung und medizinischer Reha zuerst ein

*individualisiertes Training mit Tagesstruktur. Das stabilisiert und sorgt für den nötigen Übergang von der Patienten-/Patientinnen- zur Arbeitnehmer-/Arbeitnehmerinnenrolle.

Jetzt kommt der Unterschied zur klassischen zeitstarrten Maßnahme:

* die zeitrichtige Platzierung in Arbeit integriert. Daher wird nach angemessenem Aufenthalt im BTZ der Rehabilitand/die Rehabilitandin auf einen Praktikumsplatz/Arbeitsplatz platziert

Und

* die intensive, in die Betriebe zugehende und nachhaltige Begleitung durch Bezugspädagogen/Bezugspädagoginnen (Case-Manager/Case-Managerinnen) sichert den Erfolg. Insofern wird der Rehabilitand/die Rehabilitandin für die Dauer des Training am Arbeitsplatz begleitet, darüber hinaus auch der Betrieb beraten. Nicht nur der Chef, auch das aufnehmende Team, denn dieses sorgt wesentlich für die Akzeptanz des/der "Neuen" oder dessen/deren Isolierung.

Zusammenfassung:

Gesellschaftliche Zuschreibungen entstehen aus realen wie auch unterstellten Eigenschaften, die ein psychisch gesunder Mensch hat oder haben soll. Ein probates Mittel gegen stigmatisierende Zuschreibungen ist die Aufnahme angemessener Arbeit, die stabil macht und hält. Um diese Arbeit zu finden, ist nicht maßnahmeorientiert zu suchen, sondern individualisiert, passgenau und kompetenzorientiert im Rahmen von "unterstützter Beschäftigung".

Literatur:

Barlsen J./Hohmeier J., (1997) : Ort und Funktion der unterstützten Beschäftigung, in: Die Rehabilitation 36/1997, S. 244-249
Lieberman R.P., (1994) : Die Rehabilitation chronisch seelisch Kranker in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern