



**Institut für
empirische
Soziologie
Nürnberg**

Probleme
der Umsetzung des Postulats
*„So normal wie möglich –
so speziell wie erforderlich!“*
im Rahmen eines Konzepts zur
wohnnahen Rehabilitation
unter Berücksichtigung
erster Ergebnisse des Modellprojekts
*„REGionale Netzwerke
zur beruflichen Rehabilitation
(lern-) behinderter Jugendlicher
(REGINE)“*

Dr. Hendrik Faßmann

MATERIALIEN 1/2002

ISSN 1616-6884 (Print)
ISSN 1618-6540 (Internet)

Zitierweise:

Faßmann, Hendrik (2002)
Probleme der Umsetzung des Postulats „*So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!*“ unter Berücksichtigung erster Ergebnisse des Modellprojekts „REGIONALE Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1/2002, Nürnberg: IfeS

Redaktion: Dr. Rainer Wasilewski Marienstraße 2 90402 Nürnberg

© Jeder Nachdruck, jede Vervielfältigung (gleich welcher Art)
und jede Abschrift – auch auszugsweise – bedürfen
der ausdrücklichen Genehmigung des
Instituts für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marienstraße 2 90402 Nürnberg
Telefon 0911 – 23 565 0, Fax 0911 – 23 565 50
<http://www.ifes.uni-erlangen.de>
e-mail: info@ifes.uni-erlangen.de

**Probleme der Umsetzung des Postulats
„So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!“
im Rahmen eines Konzepts zur wohnortnahen Rehabilitation
unter Berücksichtigung erster Ergebnisse des Modellprojekts
„REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation
(lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“¹**

Dr. Hendrik Faßmann

Gliederung

- 1 Normalisierung und Individualisierung als handlungsleitende Rehabilitationsprinzipien
- Exkurs: Probleme einer Definition des Begriffs „Wohnortnähe“ im Rahmen der Rehabilitation
- 2 Chancen und Probleme der Umsetzung von Normalisierungs- und Individualisierungsprinzip durch abgestufte Rehabilitationskonzepte
- 3 Abgestufte berufliche Rehabilitation im Rahmen der Förderung durch die *Bundesanstalt für Arbeit* – Das Lernortekonzept
- 4 Anliegen des Modellprojekts REGINE
- 5 Konzeption des Modellprojekts REGINE
- 5.1 Ziel und Charakteristik der Maßnahme
- 5.2 Die Bildungsträger und ihre Aufgaben
- 6 Probleme der Umsetzung des Normalisierungsprinzips im Rahmen von REGINE
- 6.1 Inanspruchnahme von REGINE
- 6.2 Betreuungsaufwand
- 6.3 Probleme der Regelbeschulung
- 6.4 Basisnetzwerk und Probleme der Netzwerkentwicklung
- 7 Erste Ausbildungsergebnisse
- 8 Fazit und Ausblick

Literatur

1 Normalisierung und Individualisierung als handlungsleitende Rehabilitationsprinzipien

Die soziale Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen wird in Deutschland als umfassendes, allgemein akzeptiertes Ziel der Rehabilitation in dem Sinne angesehen, diesen Personen eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.² Demnach hat nach § 10 SGB I

„wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht (...) unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

- 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern,*
- 2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“*

¹ Überarbeitete Fassung von Vorträgen auf der *Jahrestagung der IntegrationsforscherInnen* in Eisenstadt/Österreich am 28. Februar 2001 sowie der *Herbsttagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leiter an Schulen für die berufliche Bildung Behinderter e. V.* in Berlin am 8. November 2001.

² vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1994: 26

Neben rehabilitationsprozeß-orientierten Grundsätzen wie *Frühzeitigkeit*, *Zügigkeit*, *Kontinuität*, *Nahtlosigkeit* und *Integration* der Rehabilitationsleistungen (vgl. *Abbildung 1*).³ kommt zwei weiteren Konzepten besondere grundsätzliche und praktische Bedeutung als Handlungsprinzipien in der modernen Rehabilitation (Schlagwort „So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich“⁴) zu. (siehe *Abbildung 2*)⁵:

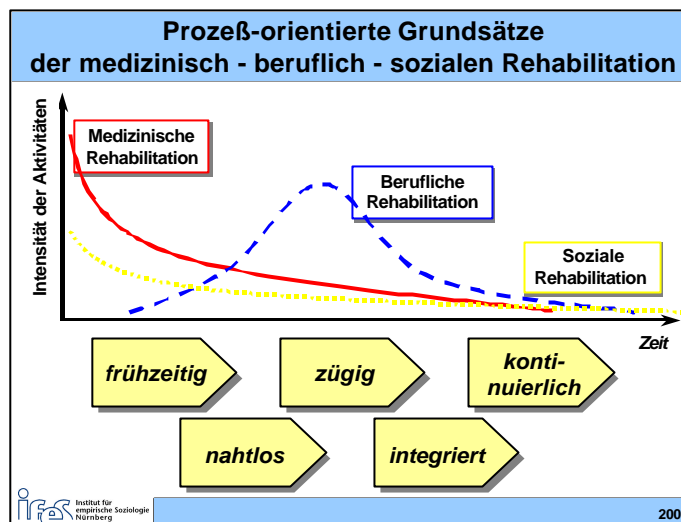


Abbildung 1

- dem *Normalisierungsprinzip*, d. h. die „Anwendung von Mitteln, die der kulturellen Norm so weit wie möglich entsprechen, mit der Absicht, persönliche Verhaltensweisen und Merkmale zu entwickeln bzw. zu erhalten, die den kulturellen Normen so weit wie möglich entsprechen“⁶ sowie
- dem *Individualisierungsprinzip*, d.h. die Ausrichtung der Leistungen auf die konkrete Bedarfssituation im Einzelfall.⁷



Abbildung 2

Im folgenden soll vor allem auf das Normalisierungsprinzip⁸ genauer eingegangen werden.

³ Siehe dazu: Scharmman 1966: 197ff; Blumenthal / Jochheim 1976b: 606; Blommestijn 1984: 169 ff; Faßmann 1988: 35 f; Reha-Kommission 1992: 12; Badura 1994: 295f; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994: 240f

⁴ „(...) an existence as close to the normal as possible.“ (Bank-Mikkelsen 1969 zit. in: Wolfensberger 1980: 7)

⁵ In jüngerer Zeit wird verstärkt auf das Spannungsverhältnis zwischen Normalisierungs- und Individualisierungsprinzip hingewiesen. Siehe dazu etwa: Seyd 2001:52ff; Wittwer 2001: 62f

⁶ Wolfensberger 1972 zit. nach Thimm 1984: 26; vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994: 27

⁷ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994: 240; siehe dazu z.B. Scharmman 1966: 199ff

⁸ Das Prinzip wurde zunächst in den 50er Jahren in Skandinavien im Bereich der Arbeit mit geistig Behinderten entwickelt, läßt sich jedoch auf alle Gesellschaftssysteme und alle Menschen übertragen, unabhängig von ihrem Alter bzw. dem Grad ihrer Beeinträchtigung oder Behinderung (vgl. Nirje 1994: 13f, 28).

Der Begriff *Normalisierung*⁹ meint je nach Betrachtungsebene unterschiedliches:

- Auf der *Ziel-Ebene* stellt der Begriff ab auf die Schaffung normaler, gewöhnlicher, typischer, allgemeiner Lebensverhältnisse zur Gleichstellung von Behinderten mit anderen BürgerInnen des Landes.¹⁰ Er bietet so „ein Ideengerüst, das sich konsequent gegen eine segregative Praxis im System der Behindertenhilfe, gegen die Marginalisierung von Eltern und Angehörigen und gegen Stigmatisierung und Entrechtung der Behinderten wendet“.¹¹
- Auf der *Mittel-Ebene* beinhaltet der Begriff „ein Handlungskonzept, das auf die Veränderung bzw. Reformierung der Realität zielt, um die Bedingungen für jegliche integrative Bemühungen im einzelnen und Integration als Ziel im ganzen zu erleichtern bzw. erst anzulegen“.¹²

Das *Normalisierungsprinzip* als multiples Konzept (vgl. *Abbildung 3*) umfaßt die physische, funktionale, soziale, personale, gesellschaftliche und organisatorisch-administrative Integration Behinderter.¹³ Es postuliert, daß auch diese Menschen ein Recht auf normale Lebensmuster und Lebensbedingungen haben wie

- normale Tages-, Wochen- und Jahresrhythmen
- normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus
- Trennung der Bereiche von Arbeit, Freizeit und Wohnen
- Respektierung individueller Bedürfnisse und des Rechts auf Selbstbestimmung
- normale sexuelle Lebensmuster
- normale ökonomische Lebensmuster und Rechte im gesellschaftlichen Kontext
- normale Umweltmuster und –standards

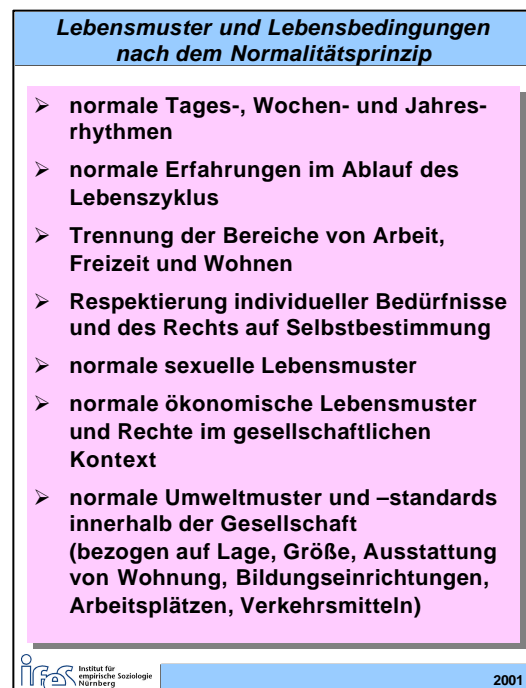


Abbildung 3

⁹ *Bank-Mikkelsen* (1975: 678) weist darauf hin, daß Normalisierung keineswegs bezweckt, behinderte in „normale“ Menschen zu verwandeln (siehe dazu auch: *Gehrmann / Radatz* 1998: 2). Zum Begriff der „Normalität“ als soziologische Kategorie unter Berücksichtigung anthropologischer, medizinischer, sozialer, historischer, sozialpolitischer und –rechtlicher Dimensionen siehe etwa: *Link* 1992 sowie *Weinmann* 2001

¹⁰ Vgl. *Bank-Mikkelsen* 1975: 678

¹¹ *Schiller* 1987: 34

¹² *Schiller* 1987: 34

(bezogen auf Größe, Lage, Ausstattung von Wohnung, Bildungseinrichtungen, Arbeitsplätzen, Verkehrsmitteln) innerhalb der Gesellschaft.¹⁴

Erkennbar wird, daß sich die genannten Facetten nicht nur der sozialen, sondern insbesondere auch der beruflichen Rehabilitation zuordnen lassen: Dies betrifft insbesondere

- die Forderungen nach Trennung der Bereiche von Arbeit, Freizeit und Wohnen,
- nach Respektierung individueller Bedürfnisse und des Rechts auf Selbstbestimmung,
- nach normalen ökonomischen Lebensmustern und Rechten im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten sowie
- nach normalen Umweltmustern und –standards, die gerade im Rahmen institutioneller, mit Internatsunterbringung verbundener Angebote zur beruflichen Rehabilitation häufig nicht im von den betroffenen Behinderten gewünschten Maße erfüllt werden können.¹⁵

Dies betrifft aber auch die Forderung nach möglichst wenig einschränkenden, integrativen Erziehungs- und Bildungsbedingungen („*least restrictive educational environment*“¹⁶), wird doch davon ausgegangen, daß sich so Stigmatisierungen und Inkompetenzen verringern oder sogar beheben lassen, anstatt diese unter Sonderbedingungen zu verfestigen.¹⁷

Schiemann (1990: 17) ist der Auffassung, daß die Umsetzung des Normalisierungskonzepts auch zu einer deutlichen Entlastung der (sozialen) Umwelt von behinderten Menschen beitragen kann. Er plädiert im Rahmen der wohnortnahen Versorgung für eine Diskussion z.B. von Begriffen wie Autonomie, Raum, Größe, Kommunikation und interorganisatorische Beziehungen in Zusammenhängen und erhofft sich davon eine stärkere Betonung der Autonomie von Behinderten. Die Folge sei dann eine Abnahme von Tiefe, Komplexität und Häufigkeit von zu regulierenden Lebenssituationen, die von den beteiligten Akteuren entlastend erlebt werde.

¹³ Siehe dazu im einzelnen: *Nirje* 1980: 47ff

¹⁴ Vgl. *Nirje* 1980: 36ff; 1994: 17-26; *Wolfensberger* 1980: 16ff.

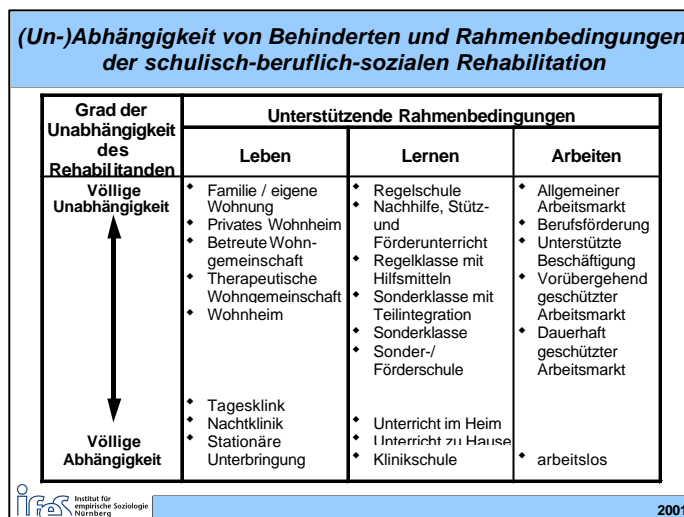
¹⁵ *Wolfensberger* (1980: 20) weist in diesem Zusammenhang (*separation of the domiciliary function*) darauf hin, daß Sondereinrichtungen auch betrachtet werden können als Totale Institutionen im Sinne von *Goffman*: Dieser zählt dazu u.a. auch Internate als „*Institutionen, die angeblich darauf abzielen, bestimmte arbeit-ähnliche Aufgaben besser durchführen zu können und die sich nur durch diese instrumentellen Gründe rechtfertigen*“ (*Goffman* 1981: 16) Siehe dazu auch *Zimmermann / Weber* (2000: 240, 243), die von „den Sonderwelten der stationären Einrichtungen“ sprechen, sowie *Graf-Frank* 1986, der die Aufhebung der getrennten Zuständigkeit von Einrichtungen durch Entspezialisierung befürwortet (zit. in: *Hössl* 1990: 117).

¹⁶ *Brown et al.* 1980: 179

¹⁷ Vgl. *Galloway / Chandler* 1980:190ff; *Pomerantz / Marholin* 1980: 269f

In Anlehnung an *Anthony* (1977: 660) lassen sich die Rahmenbedingungen zur Unterstützung von Kranken und Behinderten unter dem Blickwinkel der damit einhergehenden (Un-)Abhängigkeit der RehabilitandInnen beispielhaft darstellen (siehe *Abbildung 4*).¹⁸

Schiller (1987) verweist darauf, daß der Begriff *Normalisierung* je nach Betrachtungsebene unterschiedliches



meint: Demnach bietet er auf der Ziel-Ebene „ein Ideengerüst, das sich konsequent gegen eine segregative Praxis im System der Behindertenhilfe, gegen die Marginalisierung von Eltern und Angehörigen und gegen Stigmatisierung und Entrechtung der Behinderten wendet“.¹⁹ Auf der Mittel-Ebene beinhaltet er hingegen „ein Handlungskonzept, das auf die Veränderung bzw. Reformierung der Realität zielt, um die Bedingungen für jegliche integrative Bemühungen im einzelnen und Integration als Ziel im ganzen zu erleichtern bzw. erst anzulegen“.²⁰ Entsprechend wird darauf hingewiesen, daß das Normalisierungsprinzip darauf abzielt, die Übernahme einer Behindertenrolle²¹, aber auch individuell, sozial und gesellschaftlich vermittelte Belastungen zu vermeiden.²² Insofern wir das Normalisierungskonzept auch als kulturelles und sozialpolitisches Korrektiv gegenüber den Entwicklungen der stark von ökonomischen Interessen überlagerten Rehabilitationspraxis angesehen.²³ Als Instrument eingesetzt, soll es dazu dienen herauszufinden, was für den Adressaten angemessen ist und auf welche Weise ihre Bedürfnisse und Forderungen erfüllt werden können.²⁴

Pomerantz und *Marholin* (1980: 276f) haben auf die Chancen des Normalisierungskonzepts im Bereich der beruflichen Rehabilitation hingewiesen: Demnach wird die Integration von

¹⁸ Siehe dazu auch: *Kanter* 1991: 96

¹⁹ *Schiller* 1987: 34

²⁰ *Schiller* 1987: 34. Eine entsprechende Unterscheidung von Ziel- und Mittel-Ebene findet sich im Hinblick auf den Rehabilitationsbegriff etwa bei *Heier* (1973: 2); *Eberle* (1975: 127ff), *Heier* (o.J.: 36ff), *Faßmann / Pas-senberger* (1985: 26ff) oder *Faßmann* (1988: 25ff).

²¹ Vgl. *Runde* 1979: 23

²² Siehe dazu: *Beck* 1998: 210f

²³ Vgl. *Schiemann* 1990: 15

²⁴ Vgl. *Nirje* 1994: 27. Zum Normalisierungsprinzip siehe etwa auch: *Nirje* 1974; *Bank-Mikkelsen* 1975: 678f; *Adam* 1977; *Runde* 1979: 22f; *Bank Mikkelsen* 1980; *Nirje* 1980; *Ferber / Thimm* 1982: 7ff; *Krebs* 1982; *Runde* 1984: 854f; *Thimm* 1984: 17ff; *Ferber* 1988: 75f; *Thimm* 1994: 33-70; *Cloerkes* 1997: 199; *Schildmann* 1997: 91f; *Bintig* 1999: 500f. Eine Diskussion des Normalitätsbegriffs unter Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenszusammenhänge findet sich bei *Mürner* 1978.

Behinderten in die Arbeitswelt unter normalen (im Gegensatz zu geschützten) Bedingungen als hervorragendes Mittel angesehen, das Leistungspotential (auch schwer) behinderter Personen maximal zu nutzen: Wenn sie jene Arbeiten erledigen, die ihnen entsprechen, können sich ihre nicht behinderten Kollegen jenen Aufgaben widmen, die sich nur lösen lassen, wenn bestimmte (körperliche bzw. geistig-intellektuelle) Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden sind.²⁵

2 Chancen und Probleme der Umsetzung von Normalisierungs- und Individualisierungsprinzip durch abgestufte Rehabilitationskonzepte

Moderne Rehabilitationskonzepte sehen sowohl im Bereich der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation ein gestuftes Angebot von Maßnahmen vor: Demnach sollen den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Personen entsprechend ambulante vor semistationären und teilstationäre vor stationären Maßnahmen angeboten und in Anspruch genommen werden.²⁶

Begründet wird dieses gestufte Leistungsangebot zum einen mit ökonomischen Überlegungen: Erfahrungsgemäß sind halbstationäre Angebote im allgemeinen billiger als stationäre²⁷ und ambulante Angebote preisgünstiger als semistationäre. Deshalb wird davon ausgegangen, daß es dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht, wenn jeweils nur die Rehabilitationsleistungen gewährt werden, die ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.²⁸

Zum anderen wird angenommen, daß die Chancen für die Umsetzung von Forderungen nach Normalisierung und Individualisierung im Rahmen eines gestuften Systems besonders groß sind (siehe *Abbildung 5*)²⁹. Insofern werden ihm folgende Vorteile zugeschrieben:³⁰

²⁵ *Pomerantz und Marholin* (1980: 277f) weisen allerdings auch auf die Widerstände hin, die einer Umsetzung integrativer Konzepte aufgrund von Konkurrenzdenken gelegentlich von Seiten der Gewerkschaften (zumindest in den USA) entgegengesetzt werden.

²⁶ Siehe dazu auch: *Kurth-Laatsch / Niehaus* 2001

²⁷ So berichtet *Schneider* (1991: 169) aufgrund eines europäischen Vergleichs, daß bei teilstationärer Rehabilitation von ca. 75 % der Kosten einer stationären Maßnahme auszugehen sei. Die durchschnittlichen direkten Behandlungskosten der ambulanten Suchtrehabilitation werden beispielsweise auf ein Viertel der Kosten für eine stationäre Behandlung geschätzt (vgl. *Tasseit* 1992: 9; *Alverdes / Bär* 1994: 195).

²⁸ vgl. *Vogel / Zollmann* 1994: 182; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1994: 241f; *Langenheim et al.* 1997: 22f

²⁹ So etwa: *Anthony* 1977: 659

³⁰ vgl. *Hüllen / Schauenburg* 1994: 79; *Schliehe / Zollmann* 1994: 79; *Vogel / Zollmann* 1994: 181f; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1994: 241; *Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* 1999: 133

- Flexiblere Anpassung der Maßnahmen an die Erfordernisse des Einzelfalls³¹
- Erhöhung der Effektivität durch sich wechselseitig ergänzende Maßnahmen³²
- Erleichterung des Zugangs zu einem Teil bisher nicht erreichbarer rehabilitationsbedürftiger Personen (insbes. zu Frauen, Suchtkranken, aber auch AusländerInnen)

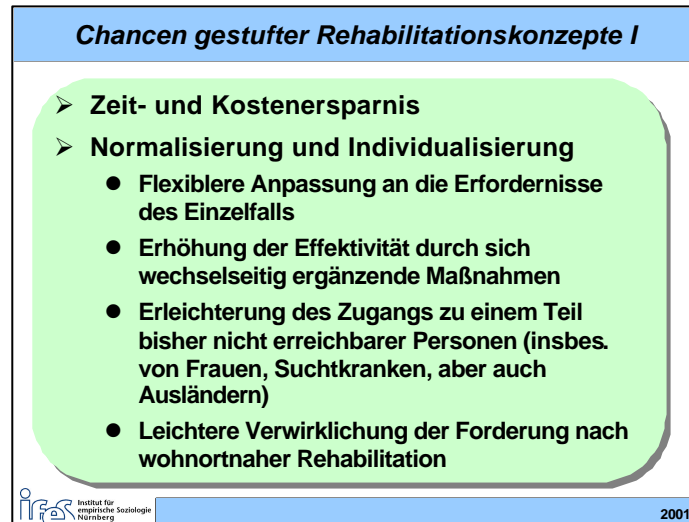


Abbildung 5

- Leichtere Verwirklichung der Forderung nach wohnortnaher Rehabilitation

Bei Verwirklichung solcher Rehabilitationssettings werden aufgrund von Wohnort- und Lebensnähe, die vor allem einen Verbleib der RehabilitandInnen in gewachsenen sozialen Netzwerken (Familie, Freundeskreis, Arbeitswelt) gestatten, positive Auswirkungen auf Inanspruchnahme, TeilnehmerInnenverhalten (Motivation, Durchhalten³³, *Compliance*³⁴) sowie Maßnahmekosten erwartet.³⁵ Zudem wird davon ausgegangen, daß sich dabei Ressourcen der vorhandenen primären (Familie, Freunde usw.), aber auch sekundären sozialen Netzwerke (z.B. ambulante Hilfsdienste, Integrationsfachdienste u.a.m.) zur Eingliederungsförderung nutzen lassen (siehe *Abbildung 6*).³⁶

³¹ Es wird angenommen, daß sich stationäre Rehabilitationsmaßnahmen durch das Angebot halbstationärer und ambulanter Angebote möglicherweise verkürzen, der Übergang flexibler gestalten und die Schnittstellenproblematik beseitigen lassen (vgl. *Reha-Kommission* 1991a: 17; *Reha-Kommission* 1992: 150f; *Reha-Kommission Berufsförderung* 1997: 129ff; *Voß* 2000: 79).

³² Z.B. Abfolge stationärer und ambulanter Maßnahmen im Rahmen der Suchtentwöhnung zur sukzessiven Reintegration der Abhängigen in das (ungeschützte) Alltagsleben „draußen“.

³³ Es ist bekannt, daß die heimatferne, kollektive Unterbringung (im Internat oder in sonstiger Wohnform) von jugendlichen RehabilitandInnen, die an einer Ausbildung in *BBW* teilnehmen, als ein gewichtiges Abbruchrisiko angesehen wird. Begründet wird dies mit der Herauslösung der betroffenen Personen aus ihrem jeweiligen familiären und weiteren sozialen Umfeld, die in vielen Fällen zu gravierenden psycho-sozialen Problemen (z.B. Heimweh) Anlaß gibt und sich schädlich auf den Ausbildungsverlauf auswirkt (vgl. *Becker / Degen* 1983: 48f; *Hülsmann / Kloas / Neumann* 1984: 31f; *Faßmann* 1997: 78). (Ähnliches gilt für RehabilitandInnen in *BFW* (vgl. z.B. *Psychologische Forschungsgruppe Schönhals* 1985; *Tews* 1986: 64ff, 155ff; *Mühlum / Kemper* 1992: 129ff; *Fessler* 1997: 360f). Bei erwachsenen Frauen wird die außerhäusliche Unterbringung, etwa im Falle einer institutionellen Umschulung (d.h. in *BFW*), als Hauptursache für die geringe Beteiligung (vgl. *Stace* 1986: 12; *Croxen-John* 1991: 122f; *Fritsch* 1991: 97; *Schiersmann* 1993: 27f), aber auch für Abbrüche (vgl. *Sensi* 1992: 31) angesehen. Entsprechendes wird auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation, etwa der Suchtentwöhnung von Frauen, geäußert (vgl. *Fay* 1995: 20)

³⁴ Vgl. *Voß* 2000: 79

³⁵ Siehe dazu etwa: *Graf-Frank* 1986 zit. in: *Hössl* 1990: 117; *Heyer / Preuss-Lausitz* 1990: 20; *Adam* 1991: 464; *Sander* 1993: 11f; *Podeszfa* 1997: 272; *Schmidt-Ohlemann* 1998: 30f; *Bürger / Koch* 1999a: S12f; *Nolteernsting / Niehaus* 1999: 56

³⁶ Vgl. *Steinhart* 1998: 289; *Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.* 1999: 133

Allerdings wird auch zu bedenken gegeben, daß die Prämisse des *prinzipiellen* Kostenvorteils der ambulanten Versorgungsform nach den bisherigen Erkenntnissen nicht zutrifft.³⁷ So kann stationären Rehabilitationsleistungen gerade unter Wirtschaftlichkeitsaspekten durchaus der Vorzug gegenüber anderen Leistungsformen gegeben werden, wenn z.B. bei ambulanter Leistungserbringung die Erreichung des Rehabilita-

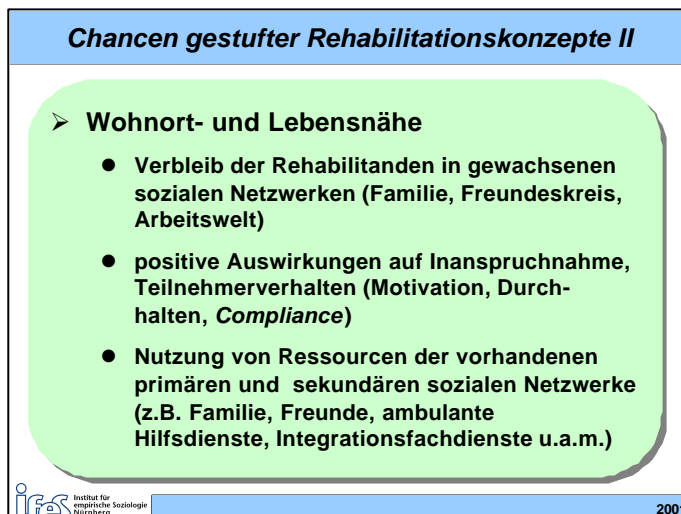


Abbildung 6

tionserfolges nicht in gleicher Weise wahrscheinlich ist.³⁸ Zudem wird darauf hingewiesen, daß den Chancen ambulanter und teilstationärer Maßnahmen Nachteile gegenüberstehen können:

- Bei einer Reihe von RehabilitandInnen ist die Distanz zum Wohnort und zum häuslichen psychosozialen Klima entscheidend für den Rehabilitationserfolg. Zumindest für solche RehabilitandInnengruppen müssen nicht-stationäre Maßnahmen aus therapeutischen Gründen als nachteilig angesehen werden³⁹;
- Im Vergleich zu stationären Einrichtungen erschwert es die geringe RehabilitandInnenzahl in nicht-stationären Einrichtungen, homogene RehabilitandInnengruppen für Maßnahmen zusammenzustellen, die in der Regel gruppenbezogen durchgeführt werden. Deshalb ist die Ablaufgestaltung der Maßnahmen schwieriger, weniger schematisch und deshalb u.U. teurer als im stationären Kontext;
- Die Größe einer Einrichtung (gemessen an der RehabilitandInnenzahl) ist unter betriebswirtschaftlichen Überlegungen von großer Bedeutung für die wirtschaftliche Leistungserbringung. Von daher wird bei den eher kleineren nicht-stationären Anbietern eine wirtschaftliche Angebotsplanung deutlich schwieriger sein.⁴⁰

³⁷ Vgl. Maier-Riehle / Schliehe 1999: 54

³⁸ Vgl. Langenheim et al. 1997: 23; Voß 2000: 79

³⁹ Dieses Argument wird insbesondere im Hinblick auf (einzelne) Vertreter des Kreises suchtkranker, psychisch behinderter, verhaltensgestörter und lernbehinderter Personen vorgetragen, bei denen eine Herauslösung aus dem häuslichen Milieu geradezu therapeutisch geboten sein kann (vgl. Hüllen / Schauenburg 1994: 79. Ferner: Faßmann / Steger 2001: 79; Wittwer 2001: 63). Insofern wird der Diskussion von Indikationskriterien für die verschiedenen Behandlungssettings erhebliche Bedeutung beigemessen (siehe dazu etwa: Zemlin 1993; Koch / Bürger 1996: 704; Koch / Bürger 1998: 58f; Schmidt-Ohlemann 1998: 32ff; Bürger / Koch 1999b: 24f).

⁴⁰ vgl. Vogel / Zollmann 1994: 182f

Prinzipiell geht es im Rahmen eines gestuften Rehabilitationssystems nicht um das „Entweder-Oder“, sondern um das „Sowohl-als-auch“, d.h. um eine gestufte, integrierende Versorgung im Bereich der Rehabilitation unter Einschaltung unterschiedlicher Leistungsträger und -erbringer, wobei Wert auf eine Verzahnung der diversen Versorgungsformen gelegt wird.⁴¹ Wesentlich ist demnach weniger die abstrakt-theoretische Betrachtung von Kostenargumenten als der Aspekt der Erweiterung des Versorgungsangebotes entsprechend den Erfordernissen und Interessen der AdressatInnen: Die RehabilitandInnen sollen die Maßnahmen erhalten, die ihre Beeinträchtigungen erfordern - nicht mehr und nicht weniger.⁴²

Exkurs: Probleme einer Definition des Begriffs „Wohnortnähe“ im Rahmen der Rehabilitation

Als besonderer Vorteil ambulanter und teilstationärer Maßnahmen wird immer wieder die *Wohnortnähe*⁴³ hervorgehoben, da diese erst einen Verbleib im häuslichen, beruflichen und sozialen Umfeld und den bestehenden (primären) sozialen Netzwerken bzw. informellen Hilfesystemen außerhalb staatlicher oder staatlich finanzierter Institutionen,⁴⁴ wie Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung ermöglicht.⁴⁵ Belegt werden konnte, daß auch die Betroffenen selbst ortsnahe Rehabilitationskonzepte positiv erleben: So sahen Umschülerinnen die Vorzüge wohnortnaher Ausbildung in einer hohen Zeitersparnis⁴⁶, in der Vereinfachung der Organisation von Haushalt und Familie und in der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte außerhalb des Ausbildungsprogramms.⁴⁷ Zudem bestehen bei wohnortnah durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen Möglichkeiten einer besseren Vernetzung dieses Angebotes mit anderen Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems (sekundäres Netzwerk) und vor allem eine zeitlich viel flexiblere Form der Leistungserbringung.⁴⁸

⁴¹ siehe dazu etwa *Zilvold et al.* 1996; *Götting* 1998

⁴² vgl. *Clausing* 1996: 44; *Voß* 2000: 79

⁴³ Als Synonyme für „Wohnortnähe“ werden häufig auch die Begriffe „Ortsnähe“ und „Gemeindenähe“ verwendet, obwohl der letztgenannte Ausdruck vor allem im Bereich der Sozialpsychiatrie und der Gesundheitspolitik jeweils eigene konzeptionelle Vorstellungen beinhaltet (siehe dazu etwa: *Trojan / Waller* 1979: 104ff). Eng verbunden mit einigen dieser Konzepte ist der Begriff der „Regionalisierung“, der von *Schmidt-Ohlemann* (1994: 17ff) verstanden wird „als Analyse, Planung und Bereitstellung von Hilfen für eine Region, die Menschen mit Körperbehinderungen in dieser Region für ihre Lebensführung, Rehabilitation und Therapie benötigen“.

⁴⁴ vgl. *Adam* 1991: 464

⁴⁵ vgl. *Schmidt-Ohlemann* 1998b: 30

⁴⁶ Gerade in den neuen Bundesländern wird aufgrund von Einschränkungen im öffentlichen Nahverkehr auf die schwierige, zeitaufwendige Erreichbarkeit bestimmter Orte hingewiesen. Dies schränkt die räumliche Mobilität potentieller RehabilitandInnen erheblich ein (vgl. *Podeszfa* 1997: 272).

⁴⁷ vgl. *Nolteernsting / Niehaus* 1999: 56

⁴⁸ vgl. *Bürger / Koch* 1999: S12f

Es wird angenommen, daß die Forderung nach ressourcenorientierter Rehabilitation im Rahmen wohnortnaher Maßnahmen besser erfüllt werden kann als unter stationären oder wohnortfernen Bedingungen. Demnach lassen sich vorhandene Ressourcen – wie günstige Wohnverhältnisse, sozialer Rückhalt und soziale Unterstützung (*social support*) im Rahmen der primären, aber auch der sekundären sozialen Netze – unter wohnortnahen Bedingungen aus praktischen und konzeptionellen Gründen nicht nur im Hinblick auf die angestrebten Rehabilitationsziele erfolgversprechender nutzen als andere Settings. Vielmehr kann ggf. auch versucht werden, im Rahmen der Rehabilitationsbemühungen gestaltend auf Kontextbedingungen der RehabilitandInnen – etwa bei fehlender sozialer Unterstützung, einem Übermaß an Fremdanforderungen oder anderer pathogener Einflüsse – einzuwirken: Ressourcenorientierung wird dann zum therapeutischen Prinzip.⁴⁹

Operationalisierungen des unbestimmten, relativen Begriffs „Wohnortnähe“⁵⁰ sind allerdings selten. So findet man Formulierungen wie „keine weiten Wege“, „nahe“, „leicht erreichbar“⁵¹, die bei der Bestimmung von Wohnortnähe wenig hilfreich erscheinen. Nach *Schmidt-Ohlemann* (1998b: 29) kann ein Rehabilitationsangebot dann als „wohnortnah“ bezeichnet werden, wenn es im Hinblick auf Rehabilitationsbedarf und -potential des Adressaten sowie Art und Umfang der Maßnahme in angemessener und zumutbarer Entfernung vorhanden ist, so daß das gesetzte Rehabilitationsziel erreicht werden kann und eine ausreichende Inanspruchnahme⁵² durch das bedürftige Klientel gewährleistet ist. Insofern sind einheitliche Kilometer- oder Zeitangaben für alle Formen ambulanter Rehabilitationsangebote unzumutbar. Vielmehr erscheint es sinnvoller, den Begriff „Wohnortnähe“ unter Berücksichtigung von individuellem Rehabilitationsbedarf- und -potential mit einem gestuften Konzept des „Versorgungsgebietes“ zu verknüpfen, das – u.a. in der psychiatrischen Bedarfsplanung⁵³ – zwischen *primären Versorgungsgebieten*, *Standardversorgungsgebieten* und *übergeordneten Versorgungsgebieten* unterscheidet⁵⁴.

Dabei wird die Wohnung, das Haus und die unmittelbare häusliche Umgebung des/der RehabilitandIn als *primäres Versorgungsgebiet* bezeichnet. Wohnortnähe in diesem Sinne kann relevant sein für (im allgemeinen zugehende) Angebote wie mobile Rehabilitation, diagnostische Hausbesuche, persönliche Assistenzdienste oder Hilfen zur Wohnungsanpassung, et-

⁴⁹ vgl. *Schmidt-Ohlemann* 1998b: 30f

⁵⁰ vgl. *Schmidt-Ohlemann* 1998b: 28

⁵¹ vgl. *Schmidt-Ohlemann* 1990: 6

⁵² Die Festlegung der „zumutbaren“ Entfernung sollte auch auf siedlungsstrukturelle Gegebenheiten Rücksicht nehmen: So würde eine bestimmte „zumutbare Maximal-Entfernung“, die in städtischen Gebieten als Planungsvorgabe ohne weiteres realistisch ist, unter ländlichen Verhältnisse nicht realisierbar sein (vgl. *Geißler* 1978: 74).

⁵³ vgl. *Deutscher Bundestag* 1975: 309ff

wa im Bereich der Rehabilitation von alten oder pflegebedürftigen Menschen oder von Schwerstbehinderten.

Demgegenüber umfaßt das *Standardversorgungsgebiet* einen überschaubaren, zusammenhängenden geographischen Bereich, dessen Größe zwischen ca. 150.000 und 350.000 Einwohnern liegt. Es bringt nach Möglichkeit politisch oder natürlich gegebene Einheiten (z.B. Stadtteile, Gemeinden, Kreise, Bezirke, Arbeitsamtsbezirke) insbesondere auch deshalb zur Deckung, damit die an die Selbstverwaltungskörperschaften und ggf. die Gesundheits- und Arbeitsfachverwaltung geknüpfte übergreifende Koordination und Planung wirksam werden kann.⁵⁵ Das betreffende Gebiet ist nicht zu groß und ermöglicht den RehabilitandInnen einen gewissen Überblick über die vorhandenen Ressourcen und Einrichtungen. Auch bei täglicher Fahrt sind die Entfernungen für viele RehabilitandInnen noch vertretbar, wobei in der Regel nicht mehr als 30 Minuten Fahrtzeit erforderlich sind.⁵⁶

Das *übergeordnete Versorgungsgebiet*⁵⁷ setzt sich aus mehreren Standardversorgungsgebieten zusammen und umfaßt eine Region, in der 1,5 bis 5 Millionen Menschen wohnen. Auf dieser Versorgungsebene finden sich Angebote (etwa an Universitätskliniken) für Personen mit speziellem Beratungs- und Behandlungsbedarf, die *nur gelegentlich* in Anspruch genommen werden. Aus diesen Gründen wird es für zumutbar gehalten, wenn die entsprechenden Einrichtungen und Dienste innerhalb von 1,5 bis 2,5 Stunden erreicht werden können, sofern sich die Gesamtkonsultation innerhalb eines Tages bewerkstelligen läßt.

Es ist davon auszugehen, daß die Konzeption des „*regionalen* Netzwerks“ – auf des etwa auch das REGINE-Projekt implizit abgestellt – auf eine räumliche Ausdehnung hinausläuft, die in etwa der des oben vorgestellten Standardversorgungsgebietes entspricht. So bezieht sich der Begriff „*wohnnah*“ hier zunächst einmal auf das Versorgungsgebiet des Arbeits-

⁵⁴ vgl. *Bastian* 1990: 43ff; *Schmidt-Ohlemann* 1998b: 29

⁵⁵ vgl. *Deutscher Bundestag* 1975: 309

⁵⁶ Diese Vorgabe von 30 Minuten entspricht Vorstellungen über die zumutbare Entfernung (absolute Obergrenze) zum/zur nächsten Allgemeinarzt/in bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel plus Zu- und Abgangszeiten. Für die Inanspruchnahme von Fachärzten wird eine Wegezeit von bis zu einer Stunde für zumutbar gehalten (vgl. *Geißler* 1978: 74). Auch *Bastian* (1990: 41) nennt als Kriterium für eine „Rehabilitations-Region“, in der nicht nur vollstationäre, sondern auch teilstationäre und ambulante Versorgung stattfinden soll, eine zumutbare Fahrtzeit vom Wohnort bis zum Versorgungsort von etwa 30 bis 60 Minuten. *Bihr* (1997: 205) sieht zur Inanspruchnahme ambulanter Angebote eine Reiseentfernung von etwa 30 km bzw. eine Fahrtzeit 45 Minuten vom Wohnort zur Rehabilitationseinrichtung (einfache Fahrt) als zumutbar an.

Die oben thematisierte Relativität der Vorstellungen über die Angemessenheit und Zumutbarkeit von Entfernungen wird deutlich, wenn man den Bereich der Rehabilitation verläßt: So wird eine Beschäftigung von Arbeitslosen erst dann als nicht zumutbar angesehen, wenn Pendelzeiten von insgesamt drei Stunden bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden und Pendelzeiten von zweieinhalb Stunden bei einer Arbeitszeit von sechs Stunden und weniger anfallen. Sind in einer Region unter vergleichbaren Arbeitnehmern längere Pendelzeiten üblich, bilden diese den Maßstab (vgl. § 121 Abs. 4 SGB III).

⁵⁷ *Schmidt-Ohlemann* (1998b: 29) spricht auch vom *überregionalen Versorgungsgebiet* oder *Spezialversorgungsgebiet*.

amtes (Arbeitsamtsbezirk), in dem der/die jeweilige RehabilitandIn wohnt. Allerdings kann es vorkommen, daß dieser – etwa weil er am Rande dieses Gebietes wohnt – in einem Betrieb ausgebildet wird und / oder in soziale (informelle und institutionalisierte) Netzwerke eingebunden ist, die „seinen“ Arbeitsamtsbezirk überschreiten. Hier ist die Perspektive der RehabilitandInnen bei der Bestimmung dessen entscheidend, was wohnortnah sein soll oder nicht. Vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Zumutbarkeit von Entfernungen zwischen dem behinderten Jugendlichen einerseits und den (potentiellen) rehabilitationsrelevanten AkteurInnen innerhalb des Netzwerks (einschließlich Betrieb, Schule und Bildungsträger) andererseits, erscheint eine Obergrenze von etwa 30 bis 45 Minuten angemessen. Allerdings sollten hier auch die unter vergleichbaren (nichtbehinderten) Auszubildenden üblichen regionalen Pendelzeiten berücksichtigt werden, die in großen Agglomerationen (z.B. Hamburg, Ruhrgebiet) anders (häufig länger) sein können als in weniger verdichteten Räumen.

3 **Abgestufte berufliche Rehabilitation im Rahmen der Förderung durch die Bundesanstalt für Arbeit – Das Lernortekonzept**

Nach dem bundesdeutschen Arbeitsförderungsrecht richten sich Art und Umfang berufsfördernder Maßnahmen für Behinderte nach dem individuellen Förderbedarf. Hintergrund sind nicht nur ökonomische Erwägungen: Vielmehr wird auch hier dem Normalisierungsprinzip grundlegende Bedeutung zugeschrieben.⁵⁸

Demnach ist unter Berücksichtigung der in *Abbildung 7* enumerierten Kriterien jeweils die für den Einzelfall am besten geeignete Leistung oder Kombination von Leistungen zu wählen.⁵⁹

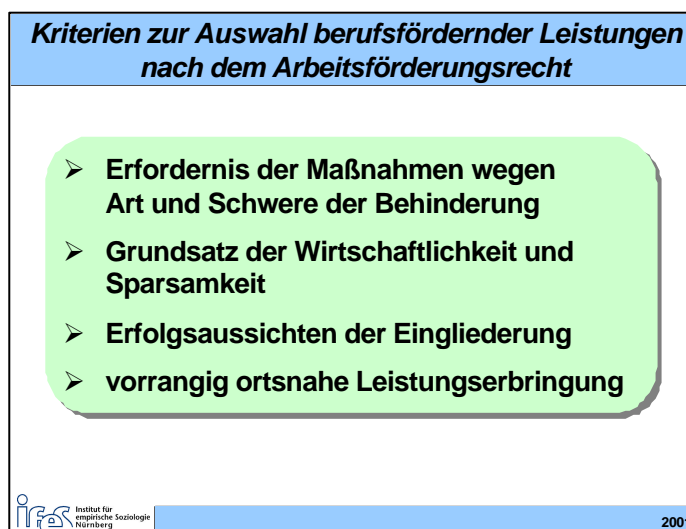


Abbildung 7

⁵⁸ vgl. Schäfer 1999: 329; Schäfer 2000: 237

⁵⁹ Vgl. § 97 Abs.1, § 7 Abs. 1, § 9 Abs. 3 SGB III. Die Regelungen von § 7 SGB III beziehen auf Ermessensleistungen, denen lediglich die allgemeinen Leistungen zur beruflichen Eingliederung nach § 100 SGB III zugeordnet werden (vgl. § 3 Abs. 5 SGB III). Demgegenüber besteht auf besondere Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung ein Rechtsanspruch. Aus der Formulierung „unerlässlich machen“ in § 102 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III ist jedoch abzuleiten, daß auch diese entsprechend dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erbringen sind (vgl. Niesel 1998: 249, RdNr. 5).

Vor diesem Hintergrund entwickelte die *Bundesanstalt für Arbeit* ein gestuftes Lernortkonzept (vgl. *Abbildung 8*). Es geht davon aus, daß die berufliche Rehabilitation behinderter Menschen zunächst grundsätzlich die Erschließung der gleichen Lernorte wie für Personen ohne Behinderungen erfordert.⁶⁰ Demnach ist einer betrieblichen Ausbildung immer dann der Vorzug zu geben,

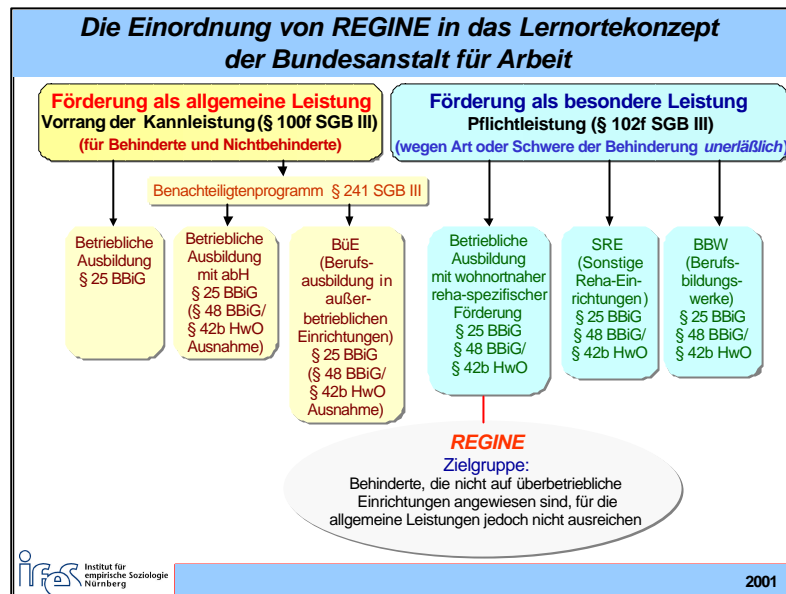


Abbildung 8

wenn Betrieb und Berufsschule bereit und in der Lage sind, die Ausbildung unter Berücksichtigung des individuellen Förderbedarfs durchzuführen.⁶¹

So kommen etwa für Jugendliche mit Lernbehinderungen im Rahmen der Förderung durch allgemeine Leistungen zunächst Maßnahmen in Frage wie

- Betriebliche Berufsausbildung, wenn erforderlich mit sonderpädagogischen Hilfen.

Im Rahmen des Benachteiligtenprogrammes nach § 241 *SGB III* können gefördert werden:

- Betriebliche Berufsausbildung mit ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH)
- Berufsausbildung in einer überbetrieblichen Einrichtung (*BüE*) mit Fortsetzung nach einem Jahr im Betrieb, während des betrieblichen Teils der Ausbildung Unterstützung durch abH,
- gesamte Berufsausbildung in überbetrieblicher Einrichtung (*BüE*), wenn für das 2. und/oder 3. Ausbildungsjahr keine betriebliche Ausbildungsstelle zur Verfügung steht.

Dabei sollen nach Möglichkeit wohnortnahe Ausbildungsangebote genutzt werden, wenn zu erwarten ist, daß hier die im Einzelfall erforderliche Betreuung sichergestellt ist.⁶²

⁶⁰ Ferber (1988: 76) hat (unter Rekurs auf Überlegungen von Nirje (z.B. 1974: 35f)) aus dem Normalisierungsprinzip u.a. abgeleitet, daß es nicht normal sei, daß Kinder und Jugendliche in Sondereinrichtungen lernen und in diesem Zusammenhang auch auf die Notwendigkeit der Trennung von Wohn- und Arbeitsstätte hingewiesen, um Normalität sicherzustellen.

⁶¹ Vgl. *Bundesanstalt für Arbeit* 1996: 7f; Schäfer 2000: 237

⁶² Vgl. *Bundesanstalt für Arbeit* 1996: 9; Schäfer 1999: 329f

Jugendliche, die wegen Art und Schwere der Behinderung *besonderer* Hilfe bedürfen, die über die Angebote des Benachteiligtenprogrammes hinausgehen, wurden in der Vergangenheit im allgemeinen vorwiegend in überbetrieblichen Einrichtungen gefördert wie

- Berufsausbildung in einer *sonstigen Reha-Einrichtung* (wohnnah / ohne Internat),
- Berufsausbildung in einem *Berufsbildungswerk (BBW)* mit oder ohne Internatsunterbringung (bzw. andere Wohnformen).⁶³

Übersicht 1 gibt einen Überblick über die persönlichen Voraussetzungen der zu fördernden Personen sowie der sächlichen Voraussetzungen, die mit dem Lernortkonzept verbunden sind.

Übersicht 1: Charakterisierung der Lernorte nach dem Lernortkonzept der Bundesanstalt für Arbeit (Bundesanstalt für Arbeit 1997: Anlage 3)

Berufliche Ersteingliederung Behinderter				
	Betrieb	BüE	Sonstige Reha-Einrichtung	Berufsbildungswerk
persönliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungs- und Bildungsrückstand auf Teilgebiete beschränkt • Kernfähigkeiten für zukünftigen Beruf vorhanden bzw. durch abH zu verbessern • normale Schlüsselqualifikationen vorhanden, z.B. <ul style="list-style-type: none"> – Pünktlichkeit – Zuverlässigkeit – Selbständigkeit • normales Sozialverhalten vorhanden oder durch abH zu verbessern, z.B. <ul style="list-style-type: none"> – Gruppenfähigkeit – Anpassungsfähigkeit – Kontaktfähigkeit • auflösbare Lernblockierung 	<ul style="list-style-type: none"> • schulische Defizite • soziale Schwierigkeiten • Ausbildung auch mit abH nicht erreichbar • notwendige ganzheitliche umfassende Hilfen (ärztliche und psychologische Fachdienste) nicht erforderlich • besondere Förderung überwiegend nur zu Beginn / im ersten Ausbildungsjahr erforderlich • begleitende sozialpädagogische Unterstützung erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Lernbehinderte mit speziellen Ausfällen im Lern- und Leistungsverhalten • ambulantes Angebot an Fachdiensten (Psychologie, Sozialpädagoge) • Internatsunterbringung nicht notwendig zur Sicherung des Rehabilitationserfolges • Betreuung während der Ausbildung in sonstigen Reha-Einrichtungen ausreichend • normales soziales Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • wegen Art und Schwere der Behinderung umfassende und kontinuierliche Betreuung durch Fachdienste (Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen, Sozialpädagogen) notwendig • schwer auflösbare Lernblockierungen • notwendige umfassende Betreuung, auch im Internatsbereich • ungünstiges soziales Umfeld • sozialpädagogische Unterstützung auch außerhalb der Ausbildung notwendig • gesteigerte Intensität an rehaspezifischen Hilfen
Sächliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderberufsschulangebot bzw. sonderpädagogische Förderung in der Regel-Berufsschule • abH vor Ort • behindertengerechte Ausbildungsplatzausstattung 	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 6 Monate berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderberufsschulangebot bzw. in der Regel-Berufsschule • Ausbildung nach § 25 BBiG / HwO; Durchlässigkeit zu 48er-Ausbildung 	

⁶³ Vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1996: 9

4 Anliegen des Modellprojekts *REGINE*

Das vorgestellte Lernortkonzept der *Bundesanstalt für Arbeit* wurde im Januar 1998 durch einen Erlaß ergänzt. Er bietet die Rechtsgrundlage dafür, die betriebliche *Erstausbildung* Behinderter im Rahmen der besonderen Leistungen fördern zu können und somit eine wohnortnahe berufliche Rehabilitation unter günstigeren Bedingungen als bisher zu ermöglichen.⁶⁴ Dazu sollen vorhandene wohnortnahe Ausbildungsangebote im dualen Ausbildungssystem genutzt werden, d.h. es wird gleichzeitig in Betrieb und (Regel-)Berufsschule ausgebildet. Dabei sollen Bildungsträger die Auszubildenden intensiv unterstützen. Allerdings müssen die Kostensätze unter denen Sonstiger Reha-Einrichtungen liegen.

Anliegen der Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)* „*REGINE – REGIONALE Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher*“ ist es, die Ausgestaltung und Umsetzung der ortsnahen Berufsausbildung auf der Grundlage dieser neuen Fördermöglichkeiten kontrolliert zu erproben, auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und ggf. zu optimieren.

Mit dem neuen Angebot wird angestrebt, die Eingliederungschancen behinderter Jugendlicher in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhöhen. Es wird angenommen, daß Personen, die betrieblich ausgebildet wurden und dabei ihre Belastbarkeit unter Beweis stellen konnten, besonders gute Chancen zur Übernahme durch den Ausbildungsbetrieb („Klebeffekt“) und zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insbesondere im Bereich klein- und mittelständischer Betriebe, haben.

5 Konzeption des Modellprojekts *REGINE*

5.1 Ziel und Charakteristik der Maßnahme

Das Konzept⁶⁵ von *REGINE* läßt sich wie folgt charakterisieren (siehe *Abbildung 9*):

- Es ist keine stationäre Unterbringung (z.B. im Internat eines *BBW*) möglich.
- Die Berufsausbildung erfolgt nicht in einer überbetrieblichen Einrichtung (z.B. *BBW*, *BüE*), sondern in einem „normalen“ Betrieb am (offenen) Arbeitsmarkt.

⁶⁴ Zu den Rechtsgrundlagen der neuen Maßnahmen siehe insbesondere *Faßmann 2000 / 2001*

⁶⁵ Siehe dazu auch: *Faßmann / Steger 2000/2001; 2001; Faßmann / Reiprich / Steger 1999; dies. 2000*

- Zwischen den Jugendlichen und den Ausbildungsbetrieben (und nicht zwischen Jugendlichen und Bildungsträgern) wird ein Ausbildungsvertrag geschlossen.
- Die Unterrichtung findet in der Regelberufsschule statt, wobei nicht ausgeschlossen ist, daß hier besondere Vereinbarungen oder Arrangements (z.B. spezielle Klassen, besondere Betreuung) getroffen werden, um den Behinderten gerecht zu werden.

Ziel und Charakteristik der Modellinitiative REGINE

Ziel: Wohnortnahe Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher

Maxime: So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!

Charakteristik der Maßnahmen

- praktische Ausbildung im Betrieb
- theoretische Ausbildung in (Regel-)Berufsschule
- Stütz- und Förderunterricht im erforderlichen Umfang
- Sozialpädagogische Betreuung
- Ortsnahe Reha-Leistungen im sozialen Umfeld des Jugendlichen (z.B. medizinische, psychologische Betreuung, Hilfen zur selbständigen Lebensführung und Freizeitgestaltung)
- reha-spezifische Koordination und Förderung der Aktivitäten durch Bildungsträger (einschließlich Betreuung und Beratung aller am Reha-Prozeß Beteiligten)



2001

Abbildung 9

- Stütz- und Förderunterricht, Unterstützung bei der Prüfungsvorbereitung, sozialpädagogische Hilfen sowie Übergangshilfen nach Abschluß der Ausbildung werden wohnortnah, nach Möglichkeit zugehend (z.B. im Kontext mit Betrieb und / oder Berufsschule), organisiert und durchgeführt,
- Angebote von medizinischen und psychologischen Diensten werden, so weit erforderlich, nicht vom Bildungsträger bereitgestellt, sondern unter Nutzung des wohnortnah vorhandenen institutionalisierten Versorgungsnetzes in Anspruch genommen.
- Dem Rehabilitationsteam des Bildungsträgers obliegt es, im Rahmen von behinderungsbezogener Problemabklärung, Förderplanung und Förderplanfortschreibung Problemlösungen zu erarbeiten und umzusetzen, die explizit auf den Aufbau und die Nutzung vorhandener regionaler Netzwerke einschließlich der vorhandenen professionellen Dienste rekurren. Selbstverständlich geschieht dies im Dialog mit dem/der RehabilitandIn, aber auch mit den anderen Beteiligten (z.B. aus Betrieb, Schule, Familie). Das Team soll sein Engagement deshalb vor allem auch um Aktivitäten wie Besuche am Arbeitsplatz, Hausbesuche oder institutionelle Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten erweitern.
- In das Modellvorhaben werden sukzessive drei Jahrgänge lernbehinderter Jugendlicher einbezogen. Die Auswahl der AdressatInnen von *REGINE* erfolgt – ggf. nach Durchführung von Orientierungsmaßnahmen im letzten Schuljahr – auf der Grundlage einer *diagnostischen Abklärung* (Reha-Fall) im Hinblick auf *Berufswahl* und *Lernortfestlegung* (in Zusammenarbeit mit Förder- / Sonderschulen) durch die Arbeitsämter der einbezogenen Standorte in Zusammenarbeit mit den Bildungsträgern. Soweit erforderlich ist eine *Vorbereitung auf die Ausbildung* einschließlich einer *Berufsfindung / Arbeitserprobung* vorgesehen.

- Der erste der in das Modellprojekt einzubeziehenden Jahrgänge begann die *Berufsausbildung in einem Vollberuf nach § 25 BBiG / HwO im August 1999*. Diese Jugendlichen beenden ihre Ausbildung voraussichtlich im *Juni 2002* mit der *Abschlußprüfung* bei der *IHK / HK*. Danach können *im Bedarfsfall Übergangshilfen* zur beruflichen Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 241 Abs. 3 *SGB III*) gewährt und von den kooperierenden Bildungsträgern angeboten werden.

Da viele grundlegende Strukturen und Prozesse erst im Laufe des Modellvorhabens entwickelt und präzisiert werden können, hat die Modellinitiative den Charakter eines *Entwicklungsprojekts*. Vor diesem Hintergrund kommt der wissenschaftlichen Begleitung durch das *Institut für empirische Soziologie Nürnberg* besondere Bedeutung zu.

Die Begleitforschung wird beraten und unterstützt durch einen Projektbeirat, in den neben Auftraggebern und Projektförderern auch Vertreter von Kultusministerien, Behindertenverbänden und wissenschaftlichen Instituten eingebunden sind.

5.2 Die Bildungsträger und ihre Aufgaben

Für das Modellprojekt konnten bundesweit *Bildungsträger an neun Standorten* gewonnen werden. Mit ihnen wurden Verträge zur Betreuung von *jeweils maximal 15 bis 20 jugendlichen Behinderten* geschlossen.

Diesen Bildungsträgern kommen im wesentlichen organisatorische, beratende, unterstützende und koordinierende Aufgaben zu wie (siehe *Abbildung 10*)

- Unterstützung der Jugendlichen bei der Suche von Ausbildungsplätzen und Bewerbertraining,
- Heranführen an die Anforderungen der Berufsausbildung,
- Erarbeitung betrieblicher Ausbildungspläne,
- Information und Abstimmung mit den Förder- / Sonderschulen, deren Trägern und Aufsichtsbehörden,

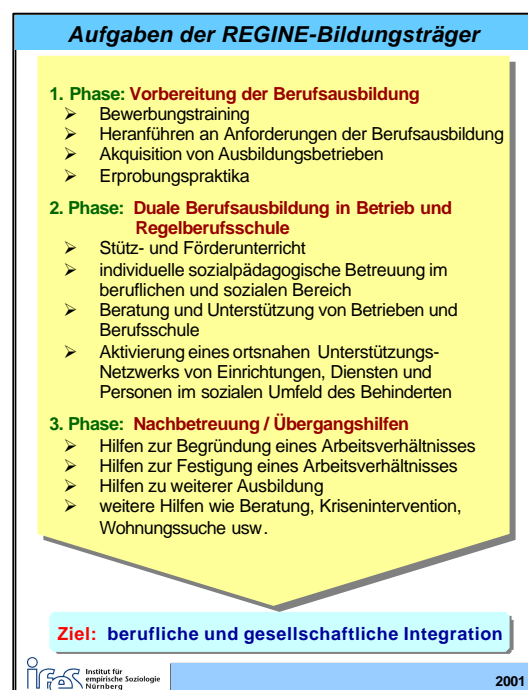


Abbildung 10

- Information und Abstimmung mit den zuständigen Arbeitsämtern,
- die Akquise von geeigneten Ausbildungsbetrieben,
- Erstellung und laufende Fortschreibung eines individuellen Förderplans für die Maßnahme-TeilnehmerInnen,
- einzelfallbezogene sozialpädagogische Betreuung der RehabilitandInnen,
- Betreuung und Beratung der Betriebe sowie ggf. Qualifizierung der AusbilderInnen,
- Vermittlung von erforderlichen medizinischen und psychologischen Dienstleistungen,
- Zusammenarbeit und rehaspezifische Fortbildung der Berufsschul-Lehrkräfte,
- fachspezifischer oder übergreifender Stütz- und Förderunterricht in Abstimmung mit der Berufsschule,
- fachliche und individuelle Unterstützung bei der Prüfungsvorbereitung einschließlich Unterstützung der Betriebe bei der Beantragung von Prüfungserleichterungen,
- Übergangshilfen nach Abschluß der Ausbildung wie
 - Hilfen zur Begründung eines Arbeitsverhältnisses
 - Hilfen zur Festigung eines Arbeitsverhältnisses
 - Hilfen zu weiterer Ausbildung
 - weitere Hilfen wie Beratung, Krisenintervention, Wohnungssuche usw.
- enge Zusammenarbeit mit allen einschlägigen örtlichen Dienststellen und Organisationen (z.B. Gesundheits-, Jugend-, Sozialämter, Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen, Anbieter von Kultur- und Freizeitangeboten) und deren systematische regionale Vernetzung,
- Abstimmung eines gemeinsamen Konzepts zur Diagnostik, Berufswahl und Lernortbestimmung mit dem Arbeitsamt in Zusammenarbeit mit der Förder- / Sonderschule.

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Aufgaben der Bildungsträger wird deutlich, daß REGI-NE-Maßnahmen weit mehr beinhalten als das, was im Rahmen ausbildungsbegleitender Hilfen (abH nach § 241 Abs. 1 SGB III) geleistet werden kann. Letztere sehen zur Sicherung des Erfolges einer betrieblichen Ausbildung Stützunterricht und sozialpädagogische Begleitung vor, die auf Antrag des Ausbildungsbetriebes oder Maßnahmeträgers bereits zu Beginn und auch für die gesamte Zeit der Ausbildung (als allgemeine Leistungen zur beruflichen Eingliederung) in Anspruch genommen werden können (bewilligt in der Regel für ein Jahr). Erfahrungsgemäß reduziert sich das Leistungsangebot im Rahmen ausbildungsbegleitender Hilfen allerdings in der Regel auf Nachhilfeunterricht in Krisensituationen, also insbesondere bei drohendem Ausbildungsabbruch.

6 Probleme der Umsetzung des Normalisierungsprinzips im Rahmen von REGINE

6.1 Inanspruchnahme von REGINE

Der neue Lernort REGINE wird bisher regional unterschiedlich in Anspruch genommen. So konnten die vorgesehenen Plätze an einigen Standorten nicht vollständig besetzt werden. Zur Erklärung können allerdings nicht allein Arbeitsmarkt- und Betriebsstrukturen sowie die Existenz konkurrierender Förderangebote vor Ort herangezogen werden. Vielmehr sind hier auch besondere Ausbildungsregelungen für bestimmte Berufe (z.B. Berufsgrundschuljahr) sowie absehbar überfordernde Lernbedingungen in der Regelberufsschule für eine Untereinanspruchnahme des Modells bedeutsam. Nicht zuletzt werden die Standortunterschiede aber auf die Arbeitsämter zurückgeführt, in denen häufig nur wenige Reha-BeraterInnen mit dem neuen Lernortangebot vertraut sind. Es wird vermutet, daß es – in Abhängigkeit von den Projektergebnissen – mindestens drei bis fünf Jahre dauert, bis sich ein neues Modell auch in der Beratungspraxis durchsetzt.

6.2 Betreuungsaufwand

Das Konzept einer wohnortnahen Rehabilitation, wie es im Modellprojekt REGINE erprobt wird, stellt die Bildungsträger vor eine Reihe von neuen Problemen. Bedingt durch die Forderung nach individueller wohnortnaher betrieblicher Ausbildung haben sie es derzeit mit knapp 40 Ausbildungsberufen zu tun. Für die Förderbedingungen hat dies aber folgende Konsequenzen:

- Die Ausbildungsplatzsuche erfordert einen hohen Aufwand und eine Vielzahl von Kontakten der Bildungsträger zu Betrieben. Vor allem in Regionen mit problematischen Arbeitsmärkten müssen bei der Ausbildungsplatzwahl oft Kompromisse eingegangen werden zwischen Aspekten wie Berufswunsch, Qualität des Ausbildungsplatzes und Möglichkeiten behinderungsadäquater Förderung durch Ausbildungsbetrieb und Regelberufsschule.
- Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Berufe ist gemeinsamer Stütz- und Förderunterricht für mehrere Jugendliche an einem Standort kaum realisierbar, so daß häufig Einzel- oder Kleingruppenunterricht durchgeführt werden muß. Diese Unterrichtsformen sind sehr zeit- und damit kostenintensiv und mit dem Nachteil verbunden, daß für soziales Lernen mit Gleichaltrigen nur begrenzte Möglichkeiten bestehen.
- An den einzelnen Projektstandorten müssen Kontakte mit bis zu 10, oftmals fernab gelegenen Berufsschulen gepflegt werden. So weit dazu fernmündliche Absprachen

nicht ausreichen, sondern persönliche Gespräche notwendig sind, ist auch dies nur mit großem organisatorischen und zeitlichen Aufwand möglich.

Die Forderung nach Wohnortnähe machte es verschiedentlich erforderlich, zusätzliche Räume für Unterricht und sozialpädagogische Betreuung in der Nähe der RehabilitandInnen zu beschaffen. Darüber hinaus müssen Jugendliche aus strukturschwachen Regionen, die weit entfernt vom Bildungsträger wohnen und arbeiten, zugehend betreut werden.

6.3 Probleme der Regelbeschulung

Die zu Maßnahmebeginn erfolgten Beurteilungen der einbezogenen Jugendlichen mußten zumindest teilweise revidiert werden: Demnach zeigte sich, daß die Auszubildenden stärkere Lernbehinderungen bzw. Verhaltensstörungen aufwiesen als zunächst angenommen. Vor diesem Hintergrund kommt natürlich der Ausbildung unter den Bedingungen an den Regelberufsschulen besondere Bedeutung zu, die integraler Bestandteil des REGINE-Konzepts ist.

In der Integrationspädagogik geht man heute davon aus, daß die Grenzen der Integration nicht an den Kindern und Jugendlichen festzumachen sind, sondern ausschließlich anhand der Möglichkeiten der jeweiligen Schule definiert werden können, adäquate Lernbedingungen und Voraussetzungen zu schaffen. Dabei geht es sich auch die Zahl der Förderstunden, vor allem aber um die Schaffung einer geeigneten Lern-

KMK-Empfehlungen zu Maßnahmen beruflicher Schulen für besonders förderbedürftige Jugendliche

- Angebot von Stütz- und Förderkursen
- Ausschöpfung organisatorischer Möglichkeiten der Differenzierung
- Weitere pädagogische Maßnahmen, insbesondere im didaktisch-methodischen Bereich, je nach örtlichen Notwendigkeiten und Möglichkeiten
- Stütz- und Förderkurse für Schüler, bei denen die Leistungs- und Bildungsrückstände auf Teilgebiete beschränkt sind
- Besondere Fachklassen für Schüler, die ein höheres Maß an Förderung bedürfen

Beschluß Nr. 304 der Kultusministerkonferenz vom 29.10.1982



Institut für empirische Soziologie
Bamberg
2001

Abbildung 11

umgebung sowie die Wahl eines geeigneten Lernortes, die Variation der geeigneten Lernpartner und die Suche nach adäquaten Lernwegen.⁶⁶

⁶⁶ Vg. Schley / Köbberling 1994: 20f

Empfehlungen der *Kultusministerkonferenz (KMK)* zufolge (siehe *Abbildungen 11 bis 13*) sollen auch im berufsbildenden Bereich Lernbedingungen hergestellt werden, die Auszubildenden mit besonderem Förderungsbedarf den Besuch von Regelberufsschulen ermöglichen.

Allerdings ergaben unsere Recherchen, daß bei den REGINE-TeilnehmerInnen in den meisten Fällen keine behinderungsadäquaten Lernbedingungen gegeben sind. Demnach müssen die lernbehinderten Jugendlichen in der Regel heterogen zusammengesetzte Klassen mit normaler Klassenstärke (20 bis 30 Schüler) besuchen und erfahren dort keine besondere Unterstützung (z.B. durch sonderpädagogisch qualifizierte LehrerInnen oder Förderunterricht).

Im Rahmen von Diskussionsrunden mit VertreterInnen von Berufsschulen und Kultusadministration an sechs Projektstandorten wurden diese Probleme vor allem unter dem Blickwinkel möglicher Lösungsansätze thematisiert. Die TeilnehmerInnen stimmten im wesentlichen überein, daß die Lernbedingungen für Lernbehinderte an Regelberufsschulen

**KMK-Empfehlungen
zur Förderung im berufsbildenden Bereich**

- Wege zu einer qualifizierten Berufsbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf öffnen
- vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen am Reha-Prozeß Beteiligten
- Unterrichtung grundsätzlich durch Lehrkräfte, die
 - Befähigung zum Lehramt an beruflichen Schulen besitzen
 - durch Aus- oder Fortbildung eine sonderpädagogische Qualifikation erworben haben
- bestimmte sonderpädagogische Aufgaben sind von Sonderschullehrkräften wahrzunehmen
- Sonstige Inhalte der Empfehlungen (z.B. für gemeinsamen Unterricht in allgemeinen Schulen) gelten analog

Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung (KMK v. 6.5.1994)

Institut für empirische Soziologie Nürnberg
 2001

Abbildung 12

**KMK-Empfehlungen
zum gemeinsamen Unterricht in allgemeinen Schulen**

Voraussetzungen:

- Gewährleistung der notwendigen äußeren Rahmenbedingungen wie
 - sonderpädagogische Unterstützung
 - sächliche Unterstützung
 - räumliche Voraussetzungen
- Sonderpädagogisch qualifizierte Lehrkräfte
- Individualisierte Formen der Planung, Durchführung und Kontrolle der Unterrichtsprozesse
- Abgestimmte Zusammenarbeit der beteiligten Lehr- und Fachkräfte
- Sonderpädagogische Förderung im und neben dem Klassenunterricht

Empfehlungen zu sonderpädagogischen Förderung (KMK v. 6.5.1994)

Institut für empirische Soziologie Nürnberg
 2001

Abbildung 13

**Regelbeschulung:
Allgemeine Einschätzung aus Sicht von VertreterInnen aus
Berufsschulen und Kultusadministration**

- Bedingungen für Lernbehinderte an Regelberufsschulen unzureichend
- Hauptforderung:
 - kleinere Klassen
 - sonderpädagogisch ausgebildetes Personal
- prinzipiell skeptische Einschätzung der Veränderungsmöglichkeiten von Rahmenbedingungen
- unterschiedliche Beurteilung von Spielräumen innerhalb des bestehenden Rahmens

Institut für empirische Soziologie Nürnberg
 REGINE 2001

Abbildung 14

als unzureichend angesehen werden müssen, wenn die Forderungen nach kleineren Klassen und sonderpädagogisch ausgebildetem Personal nicht erfüllt werden können. Insbesondere aufgrund finanzieller Überlegungen werden Veränderungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen allerdings prinzipiell skeptisch eingeschätzt. Dies erscheint insofern bedenklich, als generell ein Trend in Richtung zunehmend problematischerer Schüler in der Berufsschule zu beobachten ist. So weit es innerhalb des derzeit bestehenden Rahmens um Verbesserungen der gegenwärtigen Situation geht, werden die Handlungsspielräume unterschiedlich beurteilt (siehe *Abbildung 14*).

Ausgehend von diesen Überlegungen wurden verschiedene Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen (siehe *Abbildungen 15 und 16*), wobei auch auf Hindernisse aufmerksam gemacht wurde, die einer Umsetzung in der Praxis entgegenstehen dürften:

**Regelbeschulung:
Lösungsansätze und Hindernisse I**

- Berücksichtigung Lernbehinderter bei Lehrer-Schüler-Verhältnis (Mehrfachbewertung Sonderschüler)
Hindernisse:
 - finanzieller Spielraum,
 - Reduzierung ginge zu Lasten Meßzahlen in anderen Klassen
- Förderunterricht begrenzt möglich
Hindernis für Ausweitung:
 - Budgetierung
- Differenzierter Unterricht günstiger als zusätzliche Förderstunden
Hindernisse:
 - Klassenstärken
 - fehlende Rechtsgrundlagen (betr. äußere Differenzierung)
 - großes REGINE-Berufsspektrum

 **REGINE 2001**

Abbildung 15

**Regelbeschulung:
Lösungsansätze und Hindernisse II**

- Verstärkt qualifiziertes, sonder- und sozialpädagogisches Personal einsetzen
Hindernisse:
 - fehlende Fortbildungsangebote
 - Finanzen
 - Abwertung sonderpädagogischer Tätigkeiten
- Schulübergreifende Kooperation
Hindernis:
 - Konkurrenz zwischen Schulen
- frühzeitiger schulübergreifender Informationsaustausch
Hindernis:
 - Austausch bisher kaum institutionalisiert
- verstärkte zeitnahe Kooperation mit Netzwerkakteuren
Hindernis:
 - fehlendes Zeitbudget


 **REGINE 2001**

Abbildung 16

Im Vordergrund steht die Forderung nach Unterrichtsbedingungen, die ein Eingehen auf den besonderen Förderbedarf der betroffenen SchülerInnen ermöglichen, also

- nach kleineren, an der Zahl der Förderbedürftigen orientierten Klassenmeßzahlen,
- nach Ausweitung des Förderunterrichts sowie
- nach äußerer und innerer Differenzierung des Unterrichts.

Die Chancen für eine Realisierung dieser Vorschläge werden jedoch als gering beurteilt, so lange die dazu erforderlichen Finanzmittel wegen anderer kultuspolitischer Prioritätenset-

zung nicht zur Verfügung gestellt werden können. Daneben setzt aber auch das große Berufsspektrum der auszubildenden Behinderten einer äußeren Differenzierung Grenzen.

Für wichtig wird auch der Einsatz von qualifiziertem sonderpädagogisch aus- und fortgebildetem Lehrpersonal sowie die Unterstützung der Berufsschulen durch sozialpädagogische Fachkräfte gehalten. Dies scheitert bisher jedoch daran, daß einschlägige Fortbildungsangebote und –materialien sowie SozialpädagogInnen an Berufsschulen derzeit nur vereinzelt zur Verfügung stehen.

Bedeutung wird schließlich dem frühzeitigen und kontinuierlichen Informationsaustausch sowie der Kooperation zwischen Lehrern, Schulen und den Bildungsträgern über Belange individuellen Förderbedarfs sowie schulübergreifender Förderkonzepte (z.B. Einrichtung von Schwerpunktschulen zur Förderung von Gruppen bestimmter Auszubildender) zugeschrieben. Allerdings stehen dem abgesehen von zeitlicher Überlastung der Akteure bisher gelegentlich noch Konkurrenzdenken sowie fehlende Institutionalisierung entsprechender Konzepte entgegen.

6.4 Basisnetzwerk und Probleme der Netzwerkentwicklung

Im Rahmen der REGINE-Ausbildung wirkt eine ganze Reihe von Akteuren mit (siehe *Abbildung 17*). Allerdings ist die Qualität der Beziehungen in diesem Basisnetzwerk im Hinblick auf Frequenz und Intensität der Kontakte ganz unterschiedlich.

Konzeptionsgemäß ist es Anliegen von REGINE, den RehabilitandInnen wohnortnah alle Stütz- und Förderhilfen und –dienstleistungen zu

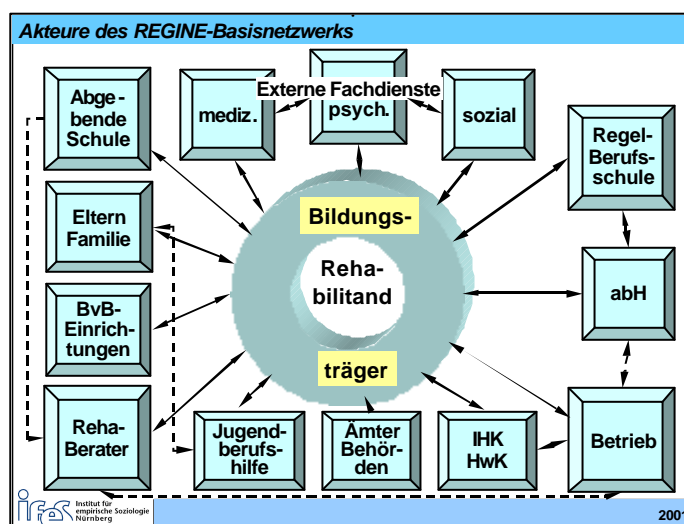


Abbildung 17

bieten, die sie benötigen, um ihre duale Ausbildung erfolgreich zu absolvieren. Dabei suchen die RehabilitandInnen die in der Nähe von Wohnung, Arbeitsplatz oder Berufsschule gelegenen Räumlichkeiten des jeweiligen Bildungsträgers auf, um dort gefördert zu werden oder sie erfahren eine zugehende Förderung („stammhauszentrierte Förderung“ siehe *Abbildung 18*).

„Wohnortnähe“ bedeutet jedoch nicht, daß die Bildungsträger alle erforderlichen Rehabilitationsleistungen vor Ort selbst erbringen müssen. Vielmehr kann ihre Funktion auch darin bestehen, Förderbedarfslagen zu ermitteln und darauf zugeschnittene Angebote im Sinne von Case Management⁶⁷ im Umfeld der RehabilitandInnen zu erschließen. Dies gilt vor allem dort, wo Bildungsträger in großen Einzugsbereichen agieren

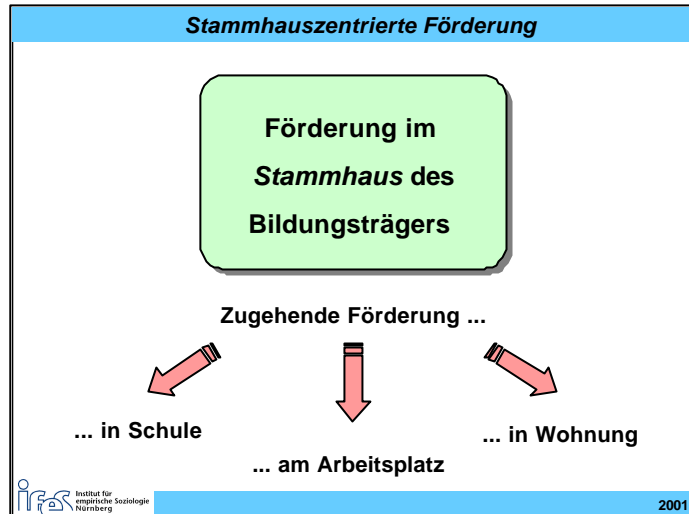


Abbildung 18

müssen: Nicht selten wohnen Auszubildende 60 bis 70 km entfernt und können deshalb nur mit beträchtlichem Aufwand durch Personal der Bildungsträger wohnortnah gefördert werden. Dieses zeit- und kostenintensive Arrangement dürfte sich zu den vereinbarten Kostenätzen auf Dauer kaum aufrecht erhalten lassen. Aus diesen Gründen wird nach Alternativen zu den traditionellen stammhauszentrierten Komm- und Bringstrukturen gesucht.

Bei der Wahl einer angemessenen Strategie zur wohnortnahen Förderung ihrer Klienten bewegen sich die Entscheidungsträger in einem Spannungsfeld zwischen Qualitätssicherung (insbesondere Sicherstellung fachlich kompetenter Leistungserbringung), prinzipiellen Wirtschaftlichkeitskalkülen und Überlegungen zur Auslastung vorhandener eigener, vor allem personeller Kapazitäten (siehe *Abbildung 19*).

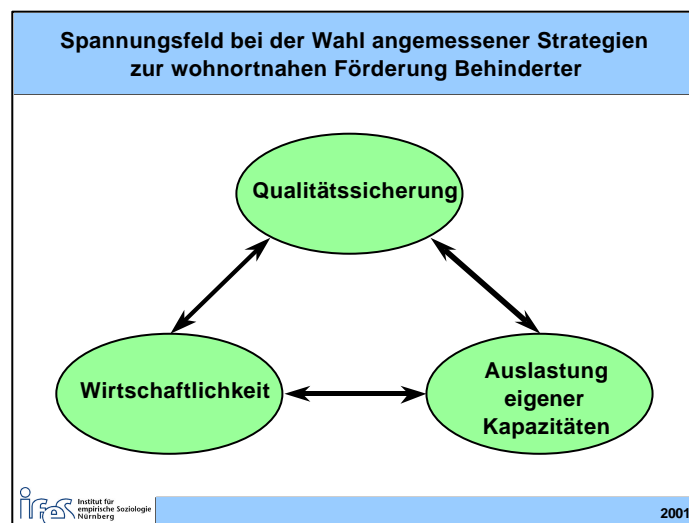


Abbildung 19

Bezogen auf den Einzelfall lassen sich diese grundsätzlichen Forderungen festmachen an Kriterien wie

- Verfügbarkeit fachlicher, (sozial-)pädagogischer Kompetenz
- Möglichkeiten zur interdisziplinären Kooperation

⁶⁷ Siehe dazu etwa: *Faßmann 2000; 2000a*

- Realisierbarkeit ganzheitlich orientierter Förderkonzepte
- Möglichkeiten zum Erhalt der Vertrauensbeziehung zum Jugendlichen
- Qualität der wohnortnahen Infrastruktur
- Berufsspektrum der Auszubildenden
- Art und Umfang des individuellen Förderbedarfs
- Flexibilität des Förderangebotes
- Wegezeiten, Fahrtkosten
- Verfügbarkeit und Auslastung von Ressourcen des Bildungsträgers
- Verfügbarkeit und Kosten (alternativer) wohnortnaher Angebote
- Investitionskosten bei Zweigstellen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien sind verschiedene Strategien zur Sicherstellung wohnortnaher Förderung von Behinderten möglich, die sukzessive oder parallel angewendet werden können:

Denkbar ist nicht nur die Gründung von Zweig- bzw. Außenstellen⁶⁸, die dort eingerichtet werden, wo besonders viele Klienten wohnen, von diesen aufgesucht werden oder zugehende Förderleistungen in Wohnung, Betrieb oder Berufsschule erbringen. Vielmehr ist es auch möglich, die unmittelbare Betreuung der RehabilitandInnen an AusbilderInnen, BerufsschullehrerInnen und Honorarkräfte vor Ort zu delegieren und die eigene Arbeit auf Case Management-Aufgaben sowie die organisatorische Sicherstellung und Überwachung der erforderlichen Hilfen zu konzentrieren (siehe *Abbildung 20*).

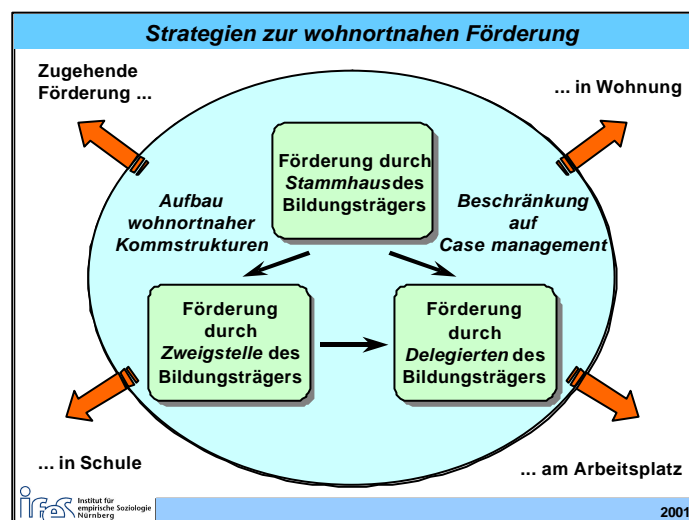


Abbildung 20

An den Projektstandorten werden bereits vereinzelt derartige Strategien erprobt: So wurden verschiedentlich bereits Außenstellen gegründet und wohnortnah Förderkräfte rekrutiert. Gleichwohl ist ein solches Konzept derzeit für viele Bildungsträger noch Neuland. Dies ist nicht nur auf das (legitime) Interesse der Träger zurückzuführen, Förderangebote wie Stütz- und Förderunterricht oder sozialpädagogische Betreuung nach Möglichkeit selbst zu erbringen und damit eigene Kapazitäten auszulasten. Vielmehr mangelte es bislang auch an Er-

fahrungen, wie geeignete Kooperationspartner gewonnen, Aufgaben der Qualitätssicherung und des Datenschutzes bewältigt und vertrauensvolle Kontakte zum Jugendlichen aufrecht erhalten werden können, wenn sich die Rolle der Bildungsträger hauptsächlich auf Case Management-Funktionen beschränkt.

7 Erste Ausbildungsergebnisse

Die 71 Jugendlichen des ersten Modelljahrgangs begannen ihre Ausbildung im Herbst 1999: 60 TeilnehmerInnen (85%) nahmen eine dreijährige, acht (11%) eine zweijährige und drei (4%) eine dreieinhalbjährige Berufsausbildung auf. Insgesamt wurden 21 verschiedene Ausbildungsberufe gewählt. Diese breite Berufspalette ist ein typisches Kennzeichen der Maßnahme: Da sie weniger auf institutionelle Vorgaben des Maßnahmenangebotes Rücksicht nehmen muß, kann sie in stärkerem Maße auf individuelle Neigungen und Wünsche der Adressaten eingehen.

Mittlerweile wechselten vier Personen von der dreijährigen zu einer artverwandten zweijährigen Ausbildung. Diese Wechsel wurden notwendig, weil die Jugendlichen den Ausbildungsanforderungen – insbesondere im theoretischen Bereich – nicht gewachsen waren und deshalb nicht mit einem erfolgreichen Abschluß der ursprünglichen Ausbildung gerechnet werden konnte. Alle vier konnten nach dem Umstieg ihre Ausbildung in ihrem bisherigen Ausbildungsbetrieb nahtlos fortführen. Insgesamt nahmen demnach 12 TeilnehmerInnen des ersten Modelljahrgangs (17%) eine 2-jährige Berufsausbildung auf.

Die Abschlußprüfungen dieser RehabilitandInnen im Sommer 2001 erbrachten folgende Ergebnisse (vgl. *Abbildung 20*): Sechs Auszubildende bestanden ihre Prüfung. Von ihnen wurden zwei von ihrem Ausbildungsbetrieb übernommen, einem weiteren gelang sogar der Durchstieg in eine 3-jährige Ausbildung. Der Verbleib der anderen drei AbsolventInnen ist derzeit offen. Die übrigen sechs Prü-

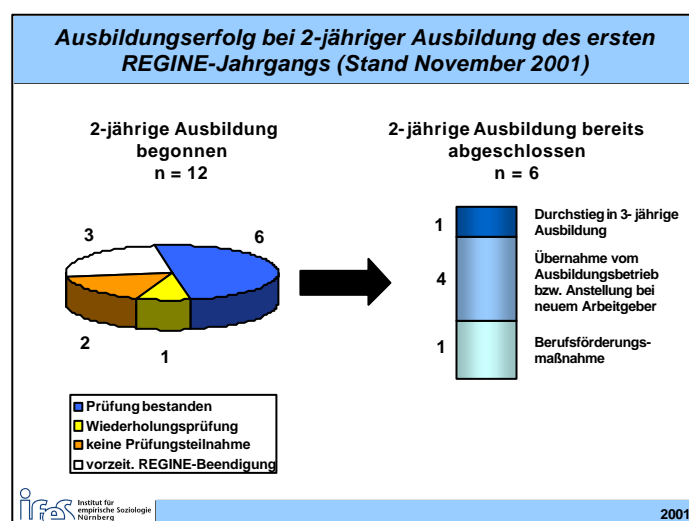


Abbildung 20

⁶⁸ Zumindest im Bereich etablierter Rehabilitationseinrichtungen (wie etwa Berufsbildungswerke) verfügt man bereits über gute Erfahrungen mit der Gründung solcher Außenstellen. (Siehe etwa: Seyd 2001: 55)

fungsteilnehmerInnen verteilen sich wie folgt: Nach erfolgreicher theoretischer Prüfung steht bei einem Rehabilitanden die praktische Prüfung noch aus. Zwei Personen haben die Prüfung nicht bestanden, drei weitere die REGINE-Maßnahme vorzeitig beendet. Von diesen ist jeweils einer als Aushilfskraft im Ausbildungsbetrieb beschäftigt, absolviert eine überbetriebliche Ausbildung oder durchläuft eine berufsvorbereitende Maßnahme.

Die bisherigen Ergebnisse in den 2-jährigen Ausbildungsgängen zeigen, daß diese eine geeignete Alternative für Jugendliche sein können, die den Anforderungen einer dreijährigen betrieblichen Berufsausbildung nicht gewachsen sind.

8 Fazit und Ausblick

Die neuen wohnortnahen Maßnahmen sind als Ergänzung des bestehenden Leistungsspektrums konzipiert. Sicherlich können sie jedoch (semi-) stationäre Angebote in vielen Fällen keineswegs ersetzen. So muß es stets primär darum gehen, Behinderte solchen Maßnahmen zuzuordnen, die ihrem spezifischen Förderbedarf optimal entsprechen – und zwar unter möglichst „normalen“ Bedingungen.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, daß Normalität im schulischen Bereich mit großen Problemen verbunden ist, solange bereits existierende normative Vorgaben zur Förderung von Auszubildenden mit erheblichem Förderbedarf nicht umgesetzt werden (können). Kann dies entweder durch Anstrengungen der Bildungsträger (insbes. durch Stütz- und Förderunterricht) oder durch durchgreifende Veränderungen in der Regelberufsschule (z.B. Verringerung der Klassenstärke, Einsatz sonderpädagogisch geschulter Kräfte) nicht kompensiert werden, dann ist zu befürchten, daß etliche RehabilitandInnen an der Normalität scheitern.

Ob Rehabilitation unter solchen Vorzeichen auch billiger wird, ist derzeit noch offen. Bisher zeigt sich jedenfalls, daß der personelle, zeitliche und organisatorische Aufwand der Bildungsträger im Rahmen der REGINE-Maßnahmen verhältnismäßig hoch ist: Das betrifft nicht nur die Akquisition von Ausbildungsplätzen in den Betrieben, sondern angesichts großer Einzugsbereiche vor allem auch die wohnortnahe Förderung der RehabilitandInnen während der dualen Ausbildung. Die Entwicklung und Erprobung neuer Konzepte zur Förderung der Klienten im Rahmen von Zweigstellen oder durch Leistungsdelegation bindet zumindest im derzeitigen Stadium zusätzliche Ressourcen.

Vor diesem Hintergrund mag die Umsetzung der Forderung „So normal wie möglich, so speziell wie erforderlich“ durchaus zu Einsparungen führen, da für einen Teil der RehabilitandInnen aufwendige stationäre Maßnahmen überflüssig werden. Denkbar ist jedoch auch, daß wohnortnahe Maßnahmen einen Betreuungsaufwand erforderlich machen, dessen Kosten an den Preis für stationäre Bemühungen heranreichen. Zudem könnte sich ein Kostenanstieg im stationären Bereich zeigen, da dieser nunmehr ausschließlich für problematischere und damit teurere „Fälle“ zuständig und Mischkalkulation nicht mehr möglich ist. Im Rahmen des Modellprojekts wird auch diesen Fragen nachzugehen sein.

Literatur:

- Adam, C. (1991)** Grundthesen zur Notwendigkeit und zum Ausbau wohnortnaher ambulanter Dienste und Hilfen für Behinderte als Voraussetzung selbstbestimmten Lebens. In: Ergebnisbericht. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2000*: 463-465
- Adam, H. 1977:** Das Normalisierungsprinzip und seine Bedeutung für die Behindertenpädagogik. In: *Behindertenpädagogik* 16, 1977: 73-91
- Alverdes, T.; Bär, E. 1994:** Ambulante Rehabilitation auf dem Prüfstand. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 95*, Geesthacht: Neuland: 194-209
- Badura, B. 1994:** Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, B.; Feuerstein, G. (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Gesundheitsforschung Weinheim: Juvventa: 255-310
- Bank Mikkelsen, N. E. 1975:** Die Fürsorge für geistig Behinderte in Dänemark. In: Deutscher Bundestag 1975, *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –*. BT-Drucksache 7/4201, Bonn: Dr. Hans Heger: 676-695
- Bank Mikkelsen, N. E. 1980:** Denmark. In: *Flynn / Nitsch* 1980: 51-70
- Bastian, L. 1990:** Vorstudien zur Regionalisierung der sozialen Arbeit mit Körperbehinderten am Beispiel der Region Rheinhausen / Nahe-Hunsrück. In: *Schmidt-Ohlemann / Harms* 1990: 39-61
- Beck, I. 1998:** Gefährdungen des Wohlbefindens schwer behinderter Menschen. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 1998, Heft 5.:206-215
- Becker, W.; Degen, U. 1983:** Institutionelle, pädagogische und personelle Bedingungen der Ausbildung behinderter Jugendlicher. In: *Kloas et al.* 1983: 39-51
- Bühr, D. 1997:** Ambulante / teilstationäre Rehabilitation. In: Jeschke, H. A.; Lang, J. R. (Hrsg.), *Rehabilitation im Umbruch: Entwicklungschancen und Zukunftsrisiken*. ku-profi-Reihe, Kulmbach: Bauermann, 203-209
- Bintig, A. 1999:** Körperbehinderung. In: Albrecht, G.; Groenemeyer, A.; Stallberg, F. W. (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 487-506
- Blommesteijn, P. J. 1984:** Definitions of Rehabilitation in Legislation. In: Carmi, A.; Chigier, E.; Schneider, S. (Eds.) (1984), *Disability*, Berlin: Springer: 159-180
- Blumenthal, W.; Jochheim, K.-A. 1976b:** Theorie und Technik der medizinisch sozialen Rehabilitation. In: Blohmke, M.; Ferber, C. v.; Kisker, K. P.; Schaefer, H. (Hrsg.), *Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden, Band III: Sozialmedizin in der Praxis*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag: 602-650
- Brown, L.; Wilcox, B.; Sontag, E.; Vincent, B.; Dodd, N.; Gruenewald, L. 1980:** Toward the Realization of the Least Restrictive Educational Environments for Severely Handicapped Students. In: *Flynn / Nitsch* 1980: 177-185
- Bundesanstalt für Arbeit 1996:** Berufsberatung und berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderungen. *Dienstblatt-Runderlaß* 51/96 vom 3. Juli 1996

- Bundesanstalt für Arbeit 1998:** Berufliche Ersteingliederung Behinderter, Vorgang: Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III); Erstes Gesetz zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB III-Änderungsgesetz). *Runderlaß* vom 8. Januar 1998, Az.: Ic5 – 6530 A/5390/71097
- Bundesanstalt für Arbeit 1998:** Berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderung, Vorgang: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – Modellinitiative „Regionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher“. *Runderlaß* vom 2. November 1998, Az.: Ic5 – 6530/6700
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 1994:** Rehabilitation Behinderter: Schädigung – Diagnostik – Therapie – Nachsorge; Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. 2., völlig neu bearb. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 2000:** Rehabilitation im Wandel. 3. Bundeskongreß für Rehabilitation, Kongreßbericht, Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Bürger, W.; Koch, U. 1999a:** Wie groß ist der Bedarf für ambulante Formen der Rehabilitation im Bereich der Orthopädie? Ergebnisse eines Mehrperspektivenansatzes. In: *Die Rehabilitation* 38, Suppl. 1, 1999: S12-S23
- Bürger, W.; Koch, U. 1999b:** Differentielle Indikation für ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation – Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: *Die Rehabilitation* 38, Suppl. 1, 1999: S24–S36
- Clausing, P. 1996:** Realisierung ambulanter / teilstationäre medizinischer Rehabilitation – Erfahrungen und Erfordernisse der stationären Rehabilitation. In: *Soziale Sicherheit* 45, 1996, Heft 2: 41-45
- Colleges, G. 1997:** Soziologie der Behinderten: Eine Einführung, Heidelberg: Winter, Programm Edition schwindele
- Cloerkes, G. 1997:** Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Edition Schindele
- Croxen-John, M. 1991:** Die berufliche Rehabilitation behinderter Frauen in der Europäischen Gemeinschaft – Bericht einer EG-Studie. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1991: 101-131
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. 1999:** Vorschläge der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. zur Etablierung einer qualifizierten ambulanten wohnortnahen Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 38, 1999: 133-135
- Deutscher Bundestag 1975a:** Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –. *BT-Drucksache 7/4200*, Bonn: Dr. Hans Heger
- Deutscher Bundestag 1975b:** Unterrichtung durch die Bundesregierung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –. *BT-Drucksache 7/4201*, Bonn: Dr. Hans Heger
- Eberle, G. 1975:** Die Rehabilitation von Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. Univ.-Dissertation Nürnberg
- Eberwein, H. (Hrsg.) 1990:** Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam. *Beltz Grüne Reihe*, Weinheim: Beltz
- Faßmann, H. 1988:** Psychisch Behinderte in der beruflichen Rehabilitation – Wissenschaftliche Begleituntersuchung der Wirksamkeit von berufsfördernden Maßnahmen für psychisch Behinderte im Rehabilitationswerk Straubing. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie*, Band 9, Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H. 1997:** Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsbildungswerken. *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Band 206, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit
- Faßmann, H. 2000:** Aufgaben und Zielsetzung eines Case Managements in der Rehabilitation. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 4/2000, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- Faßmann, H. 2000a:** Case-Management in der Rehabilitation. In: Gesellschaft für empirische soziologische Forschung (Hrsg.), Festschrift. 50 Jahre Wissenschaft für die Praxis. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie Nürnberg*, Band 16, Nürnberg. Institut für empirische Soziologie Nürnberg: 55-80

- Faßmann, H. 2000/2001:** REGINE und MobiliS im Spannungsfeld zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 1/2000, Nürnberg: IfeS sowie *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, 2001, Nr. 2: 65-77
- Faßmann, H. 2001:** „So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!“ Konzept und erste Ergebnisse des Modellprojekts „REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. In: *BAG UB impulse*, 2001, Nr. 18: 27-31
- Faßmann, H.; Passenberger, J. 1985:** Langzeiterfolge beruflicher Rehabilitation Eine Erfolgsanalyse von Umschulungsmaßnahmen der LVA Oberbayern der Jahre 1974 bis 1977. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie*, Band 5, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie Nürnberg
- Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R. 1999:** Konzept der BAR Modellinitiative „REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ und erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 1/1999, Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R. 2000:** „REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ Erster Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Forschungsbericht, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R. 2001:** „REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ Zweiter Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Forschungsbericht, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- Faßmann, H.; Steger, R. 2000/2001:** REGINE – Ein neues Lernortkonzept zur Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – Erste Erfahrungen und Folgerungen. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 6/2000, Nürnberg: IfeS sowie *Berufliche Rehabilitation* 15, 2001, Heft 1: 74-80
- Fay, B. 1995:** Die Chance für Frauen: Ambulante Rehabilitation. In: *Partner*, 1995, Heft 2: 19-24
- Ferber, Chr. v. 1988:** Auswirkung und Bewältigung von Behinderung: Soziologische und sozialpolitische Zugangsweisen. In: *Koch / Lucius-Hoene / Stegie* 1988: 74-85
- Ferber, Chr. v.; Thimm, W. 1982:** Integration geistig Behinderter durch Normalisierung der Hilfen: Bericht über ein Forschungsprojekt. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
- Fessler, U. 1997:** Der schwierige Weg zum neuen Beruf: Problembereiche in der beruflichen Rehabilitation und einige Lösungsvorschläge. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, Heft 2: 356-373
- Flynn, R. J.; Nitsch, K. E. (Eds.) 1980:** Normalization, social integration, and community services. Baltimore: University Park Press
- Fritsch, M. 1991:** Die Rehabilitation von Frauen. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1991: 95-100
- Galloway, C.; Chandler, P. 1980:** The Marriage of Special and Generic Early Education Services. In: *Flynn / Nitsch* 1980: 187-213
- Gehrmann, M.; Radatz, J. 1998:** Normalisierungsprinzip und Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen – zur normativen Arbeit von Integrationsfachdiensten. In: *impulse*, URL (alle Stand: 26.9.2000): <http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp987.Normalis.html> (3 Seiten), http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp987-Zu_1.html (1 Seite), http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp987-Zu_2.html (2 Seiten), <http://bidok.uibk.ac.at/impul se/imp987-LITERATU. html> (2 Seiten)
- Geißler, U. 1978:** Ziele und Methoden der Planung. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Kassenärztliche Bedarfsplanung. WidO-Schriftenreihe*, Band 1, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 57-86
- Götting, U. 1998:** Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung – Ansatzpunkte für Modellprojekte. In: *Die Ersatzkasse*, 1998, Heft 12: 554-557
- Goffman, E. 1981:** Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (zuerst engl. 1961), *edition suhrkamp* 678, 4. Aufl., Frankfurt a. M.: Suhrkamp

- Heier, D. o.J.:** Die Rehabilitation Behinderter im sozialpolitischen und ökonomischen Kontext. Unveröffentlichte Habilitationsschrift Wuppertal
- Heyer, P.; Preuss-Lausitz, U. 1990:** Die Uckermark-Schule als wohnortnahe Integrationsschule: Entstehung, Konzept und Weiterentwicklung. In: Heyer, P.; Preuss-Lausitz, U.; Zielke, G., *Wohortnahe Integration: gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder in der Uckermark-Grundschule in Berlin*. Veröffentlichungen der Max-Traeger-Stiftung, Band 13, Berlin: Weinheim: Juventa
- Hössl, A. 1990:** Integration in Vorschule, Schule sowie im nachschulischen Bereich. In: *Eberwein* 1990: 114-122
- Hüllen, B.; Schauenburg, B. 1994:** Ambulante Rehabilitation – Chance und Herausforderung. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 1995, Heft 2: 78-83
- Hülsmann, S.; Kloas, P.-W.; Neumann, K.-H. 1984:** Behinderte Jugendliche zwischen Schule und Beruf – Erfahrungsberichte, Problemanalysen und neue Konzeptionen zur beruflichen Integration. *Berichte zur beruflichen Bildung*, Heft 66, Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung
- Kanter, G. O. 1991:** Kennzeichnungen der aktuellen Situation im Bildungswesen und Zukunftsperspektiven der Behindertenpädagogik. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 42, Heft 2: 92-103
- Koch, U.; Bürger, W. 1996:** Ambulante Rehabilitation: Ziele, Voraussetzungen und Angebotsstruktur. In: *Deutsche Rentenversicherung*, 1996, Heft 10-11: 690-710
- Koch, U.; Bürger, W. 1998:** Ambulante Rehabilitation: Ziele, Voraussetzungen und Angebotsstruktur. In: *Schmidt-Ohlemann et al.* 1998: 46-64
- Krebs, H. 1982:** Normalisierung und Integration Behinderter – Möglichkeiten und Grenzen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 79, 1982, Heft 6: 95-102
- Kurth-Laatsch, S.; Niehaus, M. 2001:** „Ambulant vor stationär“ – Umsetzung der Leitlinie in der beruflichen Rehabilitation. In: *Behindertenpädagogik* 40, Heft 1: 92-97
- Langenheim, H.; Stähler, T.; Ritz, N.; Peters, R. 1997:** Die Sparmaßnahmen im Reha-Bereich und ihre Auswirkungen auf das Reha-Geschehen. In: *Deutsche Rentenversicherung*, 1997, Heft 1-2: 13-42
- Link, J. 1992:** Normalismus: Konturen eines Konzepts. In: *KulturRevolution*, Nr. 27: 50-70
- Maier-Riehle, B.; Schliehe, F. 1999:** Aktuelle Entwicklungen in der ambulanten Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 38, Suppl. 1, 1999: S3-S11
- Mühlum, A.; Kemper, E. 1992:** Rehabilitation in Berufsförderungswerken: Konzeption, Organisation, Ergebnisse. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Mürner, C. 1978:** ‚Normalität‘ und (Behinderten-)Pädagogik. In: *Behindertenpädagogik* 17, 1978, Heft 4: 230-240
- Niesel, K. (Hrsg.) 1998:** Sozialgesetzbuch Arbeitsförderung – SGB III – Kommentar. München: C.H. Beck
- Nirje, B. 1974:** Das Normalisierungsprinzip und seine Auswirkungen auf die fürsorgerische Betreuung. In: Kugel, R. B.; Wolfensberger, W. (Hrsg.): *Geistig Behinderte – Eingliederung oder Bewahrung? Heutige Vorstellungen über die Betreuung geistig behinderter Menschen*. Stuttgart: Georg Thieme: 33-46
- Nirje, B. 1980:** The normalization principle. In: *Flynn / Nitsch* 1980: 31-49
- Nirje, B. 1994:** Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)* 63, 1994: 12-32
- Nolteernsting, E.; Niehaus, M. 1999:** Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Haushalt und die Bedeutung der Wohnortnähe. In: Niehaus, M. (Hrsg.), *Erfolg von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation*. Freiburg i. Br.: Lambertus: 51-56
- Podeszfa, H. 1997:** Fortbildung und Umschulung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in Ostdeutschland – Situation während der beruflichen Rehabilitation und Perspektiven. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, 1997, Heft 2: 269-282
- Pomerantz, D. J.; Marholin, D. 1980:** Vocational Habilitation: A Time for Change. In: *Flynn / Nitsch* 1980: 259-282
- Psychologische Forschungsgruppe Schönhals 1985:** Zur Problematik der Abbrecher der beruflichen Rehabilitation. *Forschungsbericht Sozialforschung*, Band 119, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

- Reha-Kommission 1991:** Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Reha-Kommission (Hrsg.), *Abschlußberichte der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Abschlußberichte – Band III: Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 1*, Frankfurt am M.: VDR: 1-65
- Reha-Kommission 1992:** Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt am M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- Reha-Kommission Berufsförderung 1997:** Abschlußbericht der Reha-Kommission Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV Schriften, Band 7, Frankfurt/M.: Reha-Kommission
- Rische, H.; Blumenthal, W. (Hrsg.) 2000:** Selbstbestimmung in der Rehabilitation – Chancen und Grenzen. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 9, Ulm: Universitätsverlag Ulm
- Runde, P. 1979:** Soziologie der Behinderten – Forschungsstand und Perspektiven. In: *Runde / Heine* 1979: 5-35
- Runde, P. 1984:** Rehabilitation. In: Eyferth, H.; Otto, H.-U.; Thiersch, H. (Hrsg.), *Handbuch zur Sozialarbeit / Sozialpädagogik*, Neuwied: Luchterhand: 852-869
- Sander, A. 1993:** Wohnortnahe Integration – Grundzüge, Probleme, Erfahrungen. In: Heyer, P. et al. (Hrsg.), *Zehn Jahre wohnortnahe Integration: Behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam an ihrer Grundschule*. Beiträge zur Reform der Grundschule, Band 88/89, Frankfurt a. M.: Arbeitskreis Grundschule – Der Grundschulverband – e.V.: 10-14
- Schäfer, D. 1999:** Berufliche Eingliederung junger Menschen mit Behinderung – individueller Förderbedarf und gezielte Maßnahmeauswahl. In: *Berufliche Rehabilitation* 13, 1999, Heft 4: 329-335
- Schäfer, D. 2000:** Maßnahmen- und Lernortvielfalt – individueller Förderbedarf und Umfang der angebotenen Maßnahmen. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2000: 237-239
- Scharmann, T. 1966:** Die Eingliederung und Wiedereingliederung von Behinderten (zuerst 1957). In: Scharmann, T., *Persönlichkeit und Gesellschaft*. Gesammelte Aufsätze, hrsg. v. A. Müller und E. Roth, Göttingen: Hogrefe, 183-210
- Schiemann, U. 1990:** Soziale Netzwerke in einer Region – Soziologische Aspekte und Konzepte einer wohnortnahen Versorgung behinderter Menschen. In: *Schmidt-Ohlemann / Harms* 1990: 9-24
- Schiersmann, C. 1993:** Teilnahmehemmnisse von Frauen bei Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. In: *Maier-Lenz* 1993: 20-31
- Schildmann, U. 1997:** Integrationspädagogik und Normalisierungsprinzip – ein kritischer Vergleich. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 1997, Heft 3, 90-96
- Schildmann, U. (Hrsg.) 2001:** Normalität, Behinderung und Geschlecht: Ansätze und Perspektiven der Forschung. *Konstruktionen von Normalität*, Band 1, Opladen: Leske + Budrich
- Schiller, B. 1987:** Soziale Netzwerke behinderter Menschen.: Das Konzept Sozialer Hilfe- und Schutzfaktoren im sonderpädagogischen Kontext. *Europäische Hochschulschriften*, Reihe XI Pädagogik, Bd. 308, Frankfurt/M.: Peter Lang
- Schley, W.; Köbberling, A. 1994:** Integration in der Sekundarstufe: Erfahrungsschritte, Problemfelder und Entwicklungsrichtungen in Hamburger Schulen mit Integrationsklassen. Hamburg: Curio Verlag Erziehung und Wissenschaft
- Schliehe, F.; Zollmann, P. 1994** Versorgungsstrukturen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, W. (Hrsg.), *Medizinische Rehabilitation: Versorgungsstrukturen, Bedarf, Qualitätssicherung*. Gesundheitsforschung, Weinheim: Juventa
- Schmidt-Ohlemann, M. 1998a:** Vorwort des Kongreßpräsidenten. In: *Schmidt-Ohlemann et al.* 1998: 3-5
- Schmidt-Ohlemann, M. 1998b:** Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Versuch einer Standortbestimmung. In: *Schmidt-Ohlemann et al.* 1998: 27-45
- Schmidt-Ohlemann, M.; Harms, J. (Hrsg.) 1990:** Soziale Netzwerke und Regionalisierung – Perspektiven für Behinderte. *Arnoldshainer Texte*, Band 60, Frankfurt am Main: Haag + Herchen
- Schmidt-Ohlemann, M.; Zippel, C.; Blumenthal, W.; Fichtner, H.-J. (Hrsg.) 1998:** Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft. 32. Kongreß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR), 24. bis 26. September 1997 in Erkner bei Berlin, *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 7, Ulm: Universitäts-Verlag Ulm

- Schneider, M. 1991:** Rehabilitation im europäischen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Reha-Kommission. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Reha-Kommission (Hrsg.), *Abschlußberichte der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Band VII „Gutachten und Tagungsergebnisse“, Teilband 1: Gesundheitsökonomie, Europäischer Vergleich*, Frankfurt am M.: VDR, 143-246
- Sensi, D. 1992:** Chancengleichheit und Berufsbildung – Auswertung betrieblicher Aus- und Weiterbildungsprogramme für Frauen, hrsg. v. Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsausbildung (CEDEFOP). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
- Seyd, W. 2001:** Das Berufsbildungswerk Hamburg: eine Einrichtung mit regionalem Einzugsbereich. In: *Berufliche Rehabilitation* 15, 45-59
- Stace, S. 1986:** Vocational rehabilitation for women with disabilities. Geneva: International Labour Office
- Steinhart, I. 1998:** Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 4: Ambulante Rehabilitation von psychisch Behinderten. In: *Schmidt-Ohlemann et al.* 1998: 289-291
- Tasseit, S. 1992:** Einleitung. In: Tasseit, S. (Hrsg.), *Ambulante Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen*, Geesthacht: Neuland, 5-25
- Tews, H. P. 1986:** Abbrüche beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in Berufsförderungswerken. *Arbeit – Bildung – Gesellschaft*, Band 3, Hamburg: Hamburger Buchwerkstatt
- Thimm, W. 1984:** Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. *Kleine Schriftenreihe der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte e.V. Band 5*, Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte e.V.
- Thimm, W. 1994:** Leben in Nachbarschaften: Hilfen für Menschen mit Behinderungen. Freiburg: Herder
- Vogel, H.; Zollmann, P. 1994:** Perspektiven ambulanter und teilstationärer Rehabilitation – Empfehlungen der Reha-Kommission. In: *Deutsche Rentenversicherung*, 1994, Heft 2, 180-190
- Voß, K.-D. 2000:** Die Verantwortung der Krankenkassen beim gerechten Abgleich von Erwartungen der beteiligten und vertretbaren Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation. In: *Rische / Blumenthal* 2000: 76-80
- Weinmann, U.:** Normalität im wissenschaftlichen Diskurs verschiedener Fachdisziplinen. In: *Schildmann* 2001: 17-41
- Wittwer, U. 2001:** Wohnortnahe Rehabilitation erwachsener Menschen mit Behinderungen. In: *Berufliche Rehabilitation* 15, 60-69
- Wolfensberger, W. 1980:** A Brief Overview of the Principle of Normalization. In: *Flynn / Nitsch* 1980: 7-30
- Zemlin, U. 1993:** Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. In: Fachverband Sucht e.V., *Ambulante und stationäre Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen*; Beiträge des 5. Heidelberger Kongresses 1992, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 12, Geesthacht: Neuland, 48-73
- Zilvold, G.; van Harten, W.; Hospers, W.; van Noort, O. 1996:** Verknüpfung ambulanter und stationärer Rehabilitation im Euregio-Modell. In: *Die Rehabilitation* 35, 1996, 201-204
- Zimmermann, M.; Weber, A. 2000:** Struktur- und systembedingte Grenzen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Prozeß der Rehabilitation in Deutschland, Schweden und der Schweiz. In: *Rische / Blumenthal* 2000: 240-244

**Bisher erschienene Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**

- Heft 1/1998 Faßmann, H.: Das Abbrecherproblem – die Probleme der Abbrecher. Zum Abbruch der Erstausbildung in Berufsbildungswerken (17 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 2/1998 Funk, W.: Determinants of Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Results from the „Nuremberg Pupils Survey 1994: Violence in Schools“ (15 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 3/1998 Faßmann, H.: Ein Instrument zur Früherkennung und Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen in Berufsbildungswerken – Anliegen, Struktur, Handhabung und Erprobungsergebnisse (20 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 4/1998 Funk, W.: Violence in German Schools: Perceptions and Reality, Safety policies (15 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 5/1998 Faßmann, H.: Abbrecherproblematik und Prävention von Ausbildungsabbrüchen (18 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 1/1999 Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R.: Konzept der BAR-Modellinitiative „*REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)*“ und erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (13 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 2/1999 Reith, M.: Das 3i-Programm der Siemens AG: Instrument des Kulturwandels und Keimzelle für ein leistungsfähiges Ideenmanagement (29 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 3/1999 Oertel, M.: Zentrale Ergebnisse einer Erfassung des Leistungsangebotes von Krebsberatungsstellen auf der Grundlage des "Anforderungsprofils für Krebsberatungsstellen - Bedarf, Aufgaben, Finanzierung" (13 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 1/2000 Faßmann, H.: REGINE und Mobilis im Spannungsfeld zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen (16 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 2/2000 Funk, W.: Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Its Determinants and Future Perspectives of Research and Prevention (21 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 3/2000 Funk W.: Violence in German Schools: The Current Situation (16 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 4/2000 Faßmann, H.: Aufgaben und Zielsetzung eines Case Managements in der Rehabilitation (26 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 5/2000 Funk, W.: Gewalt in der Schule. Determinanten und Perspektiven zukünftiger Forschung (35 Seiten, Schutzgebühr €7,--)
- Heft 6/2000 Faßmann, H.; Steger, R.: REGINE – Ein neues Lernortkonzept zur Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – Erste Erfahrungen und Folgerungen (7 Seiten, Schutzgebühr €5,--)

- Heft 7/2000 Funk, W.: Sicherheitsempfinden in Nürnberg. Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse einer Bürgerbefragung im Jahr 1999 im Einzugsgebiet der Polizeiinspektion Nürnberg-West (24 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 8/2000 Funk, W.: Der Einfluß unterschiedlicher Sozialkontexte auf die Gewalt an Schulen. Ergebnisse der Nürnberger Schüler Studie 1994 (29 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 1/2001 Funk, W.: Violence in German schools. Its determinants and its prevention in the scope of community crime prevention schemes (24 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 2/2001 Faßmann, H.: Soziale Konflikte in der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluationspraxis – Ursachen, Prävention und Management. (31 Seiten, Schutzgebühr €5,--)
- Heft 3/2001 Stamm, M.: Evaluation von Verkehrsräumen durch ein Semantisches Differential. (163 Seiten, Schutzgebühr €17,--)
- Heft 1/2002 Faßmann, H.: Probleme der Umsetzung des Postulats „*So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!*“ am Beispiel erster Ergebnisse des Modellprojekts „REGIONALE Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (35 Seiten, Schutzgebühr €5,--)