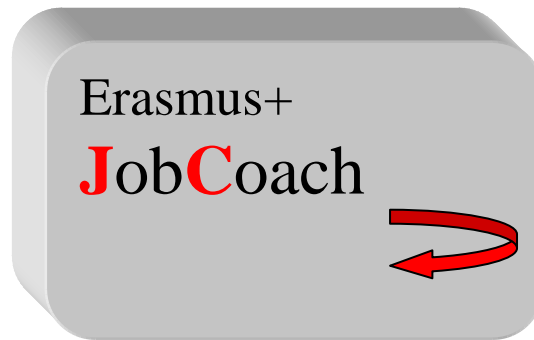
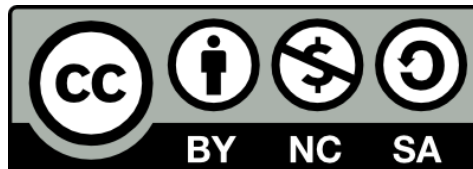


Erasmus+-Projekt
„Jobcoach für Personen mit Behinderung“



Leitfaden für den Umgang mit spezifischen Behinderungen

(Karola Dillenburger, Lyn McKerr, Ewa Matuska, Hanns Rüdiger Röttgers)



Projektkoordination

Grone-Schulen Niedersachsen GmbH
Anna Block
Tel.: 0049 (0) 4165 80370
Mail: a.block@grone.de
www.grone.de




Produktverantwortung

Fachhochschule Münster
Prof. Dr. Hanns Rüdiger Röttgers
Tel.: 0049 (0) 251 8365 818
Mail: roettgers@fh-muenster.de
www.fh-muenster.de

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

Diese Leitlinien für die Beschäftigung und Unterstützung von Menschen mit spezifischen Behinderungen fassen das notwendige krankheitsspezifische Wissen für Jobcoaches zusammen und wurden von einer internationalen Partnerschaft unter der Leitung der Fachhochschule Münster entwickelt. Die folgenden Projektpartner haben die Entwicklung des Produkts direkt unterstützt:

 <p>beroepsvereniging JOBCOACHES Nederland</p>	<p>Beroepsvereniging Jobcoaches Nederlands Niederlande</p>
 <p>Grone seit 1895</p>	<p>Grone-Schulen Niedersachsen GmbH Deutschland</p>
 <p>QUEEN'S UNIVERSITY BELFAST</p>	<p>Queen's University Belfast Vereinigtes Königreich</p>
<p>Die folgenden Partner haben auch an der Entwicklung dieser Leitlinien mitgewirkt:</p>	
 <p>Grone seit 1895</p>	<p>Grone-Schulen Niedersachsen GmbH Deutschland</p>
 <p>LES GENÈTS D'OR <i>Passionnément solidaires</i></p>	<p>Les Genêts d'Or Frankreich</p>

 <p>WSPARCIE SPOŁECZNE JA - TY - MY</p>	Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne Ja Ty My Polen
 <p>ekon</p>	Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON Polen
 <p>cordaan</p>	Cordaan Niederlande

Einleitung

Diese Leitlinien sollen in einem europäischen Rahmen für die Qualifizierung und den beruflichen Standard eines auf die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen spezialisierten Jobcoaches (JC/D) verwendet werden.

Langfristig soll eine vollständige Professionalisierung mit einheitlichen Bildungsstandards und curricularen Inhalten für JC/D entwickelt werden.

Der (noch nicht vollständig etablierte) Beruf eines JC/D umfasst jedoch vorerst Experten aus verschiedenen Disziplinen, darunter Bildung, Sozialarbeit, Arbeitswissenschaft, Verwaltung und Gesundheitswesen.

Ein qualifizierter JC/D erfordert eine gemeinsame Wissensbasis über Personen, die einen JC/D benötigen.

In diesem Handbuch haben wir beschlossen, uns auf drei große klinische Präsentationen zu konzentrieren: Autismus-Spektrum-Störung, Intelligenzminderungen und psychische Störungen. Die Aktivitäten eines spezialisierten JC/D sind für die Integration und den Erfolg auf dem Arbeitsmarkt für Personen mit diesen Diagnosen besonders wichtig.

1. Autismus-Spektrum-Störungen

Autoren: Lyn McKerr und Karola Dillenburger

1.1 Was ist Autismus?

Die Autismus-Spektrum-Störung (Autismus Spectrum Disorder/ASD) ist das Etikett, das auf Personen angewendet wird, die allgegenwärtige Entwicklungsverzögerungen und spezifische, atypische Muster in der sozialen Kommunikation und repetitives/eingeschränktes Verhalten erfahren (American Psychiatric Association, 2013). Es gibt zwei Hauptdiagnosesysteme, die beide ASD als Diagnosekategorie erkennen: Die internationale Klassifikation von Krankheiten (z.B. ICD-10; Weltgesundheitsorganisation, 1992) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013); beachten Sie, dass das ICD-11 2018 zur Genehmigung freigegeben wurde und zu gegebener Zeit ICD-10 ersetzen wird (Weltgesundheitsorganisation 2018). Obwohl die ICD-10 das in den europäischen Ländern am häufigsten verwendete Instrument ist, basieren die meisten veröffentlichten Forschungsergebnisse auf dem DSM (Dillenburger, Jordan, McKerr & Keenan, 2015). Tabelle 1 zeigt Beispiele für Verhaltensweisen, die für eine Diagnose von ASD relevant sind.

Tabelle 1: Beispiele für beobachtete Verhaltensweisen bei der ASD-Diagnose

<i>Soziale Interaktion und Kommunikation Schwierigkeiten</i>	<i>Eingeschränkte und repetitive Verhaltensweisen</i>
--	---

Einleiten oder Aufrechterhalten eines Gesprächs	Repetitive Verhaltensweisen
Korrekten Deuten von Gesichtsausdrücken	Eingeschränkte Interessen (und in einigen Fällen besondere Fähigkeiten)
Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen zu Gleichrangigen	Unflexibles Festhalten an festen Abläufen
	Sensorische Probleme, z.B. Reizüberflutung oder Verzerrung

ASD wird anhand von drei Stufen des Unterstützungsbedarfs diagnostiziert (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013):

- Stufe 1: Unterstützung erforderlich
- Stufe 2: Umfangreiche Unterstützung erforderlich
- Stufe 3: Sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich.

Das Asperger-Syndrom durch durchschnittliche oder überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten aus, in der Regel mit bedeutenden sozialen und kommunikativen Schwierigkeiten und eingeschränkten/repetitiven Verhaltensweisen. Das Asperger-Syndrom wurde als Diagnosekategorie in der ICD-10 und der DSM-IV verwendet, ist aber in der ASD-Diagnosekategorie in der DMS-5 und der vorgeschlagenen ICD-11 zusammengefasst (Autism Europe 2018, S.1).

Derzeit gibt es keine zuverlässigen biologischen oder neurologischen Indikatoren für ASD (American Psychiatric Association, 2013). Eine Autismusdiagnose wird daher direkt durch verhaltensbezogene Beobachtungen des Verhaltens von Kindern durch die diagnostizierenden Ärzte und indirekt durch Berichte von Eltern/Betreuern und anderen Familienmitgliedern bestätigt.

Fortschritte in der jüngsten genetischen und neurobiologischen Forschung belegen die Existenz von ‚multiplen Beeinträchtigungsmodellen von ASD‘ (Bedford et al. 2014, S. 612), und es scheint zunehmend unwahrscheinlich, dass ein einzelner Faktor der Erkrankung zugrunde liegt (Boucher, 2012). Es gibt einige Hinweise darauf, dass Autismus einen

genetischen Ursprung haben könnte (Szatmari et al., 2007), obwohl eine Vielzahl von Umweltfaktoren auch die prä- und postnatale Entwicklung beeinflussen (Medical Research Council, 2001; Rutter 2011). Derzeit bleibt ein Zusammenhang zwischen Autismus und Impfungen unbestätigt (DeStefano, Bhasin, Thompson, Yeargin-Allsopp, & Boyle, 2004; Rutter 2011), obwohl das Vorhandensein von Industriechemikalien in der Umwelt mit Entwicklungsneurotoxizität (Rutter 2011) und damit neuroentwicklungsbedingten Störungen wie Autismus verbunden ist (Grandjean & Landrigan 2014).

Personen mit Autismus haben häufig eine Reihe von Begleiterscheinungen (Kielinen, Rantala, Timonen, Linna, & Moilanen, 2004). So sollen beispielsweise zwischen 5%-38% der Menschen mit ASD von Epilepsie betroffen sein (Mannion, Leader, & Healy, 2013; Tuchman & Rapin, 2002). Weitere häufig begleitend auftretende Erkrankungen sind motorische Schwierigkeiten, sensorische Beeinträchtigungen, Down-Syndrom und zerebrale Lähmung (Kielinen et al., 2004; Office for National Statistics, 2005). Es gibt Hinweise darauf, dass Magen-Darm-Probleme bei Personen mit Autismus relativ häufig sind (Mouridsen, Rich & Isager, 2010); es ist möglich, dass es einen Zusammenhang mit schädlichen Darmbakterien gibt, wie z.B. *Clostridium bolteae*, die bei Kindern mit Autismus in größerer Zahl gefunden wurden als andere (Pequegnat et al. 2013). Ein kausaler Zusammenhang zwischen nicht-neuroentwicklungsbedingten Faktoren und Autismus bleibt jedoch hochspekulativ.

Auch psychische Gesundheitsprobleme wie Depressionen und Angstzustände treten häufig mit Autismus auf (Stewart, 2008; Matson & Shoemaker, 2009). Obwohl Intelligenzminderung kein diagnostisches Merkmal des Autismus ist, ist dies wahrscheinlich die häufigste gleichzeitige Diagnose (Matson & Shoemaker, 2009), von der zwischen 50-70% der mit Autismus diagnostizierten Personen betroffen sind (ebd.). Während die Zahlen variabel sind, wird davon ausgegangen, dass Personen mit einer schwereren Intelligenzminderung (d. h. ein angegebener IQ von < 70) weniger als die Hälfte der mit Autismus diagnostizierten Personen ausmachen (Baio, 2012).

1.2. Epidemiologie

Die globale Prävalenz für ASD wurde auf 0,62% geschätzt, mit einer Gesamtvariabilität von 0,30%-1,16% (Elsabbagh et al., 2012). Es gibt keine Hinweise auf geografische, ethnische oder sozioökonomische Unterschiede, obwohl die vorhandenen Datensätze, insbesondere in Entwicklungsländern, begrenzt sind (ebd.). Die Centers for Disease Control and Prevention fanden heraus, dass die Prävalenzraten bei Kindern in den Vereinigten Staaten von 1 von 110 im Jahr 2006 (Centers for Disease Control and Prevention, 2009) auf 1 von 59 im Jahr 2014 gestiegen sind (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Die geschätzte Prävalenzrate in Südkorea wurde mit 1 von 38 angegeben (Kim et al. 2011) In Großbritannien zeigte eine sekundäre Datenanalyse der Millennium Cohort Study, die mehr als 18.000 im Jahr 2000 geborene Kinder umfasste, eine steigende Prävalenzrate im Zeitverlauf. Die Prävalenz von Autismus lag bei 0,9%, als die Kinder 5 Jahre alt waren und stieg auf 3,5%, als die Kinder 11 Jahre alt waren (Dillenburger, Jordan, & McKerr, 2014). In Nordirland steigt die jährliche Schulzählung der mit ASD diagnostizierten schulpflichtigen Kinder um ca. 0,2% pro Jahr (ebd.) Die jüngsten Zahlen zeigen, dass die geschätzte Prävalenz unter schulpflichtigen Kindern in Nordirland 2,9% beträgt (Department of Health 2018)

Prävalenzstudien deuten darauf hin, dass derzeit die Zahl der Männer die der Frauen im Verhältnis von etwa 1 zu 4 übersteigt, obwohl die Besorgnis über eine ungenaue Diagnose bei Mädchen zunimmt; aktuelle Diagnosewerkzeuge können das Erscheinungsbild bei Frauen übersehen, die wahrscheinlich später diagnostiziert werden, und zwar im Allgemeinen nur dann, wenn schwerwiegendere Beeinträchtigungen festgestellt werden (Gould & Ashton-Smith, 2011; Dworzynski, Ronald, Bolton & Happe, 2012).

1.3 Die Kosten des Autismus

Die jüngste Studie über die wirtschaftlichen Kosten des Autismus in Großbritannien und den USA (Buescher, Cidav, Knapp & Mandell, 2014) ergab, dass die lebenslangen Ausgaben für die Unterstützung einer Person mit einem Autismus-Spektrum ohne Intelligenzminderung insgesamt 920.000 £ (1,067 Mio. €) und für Personen mit einer gleichzeitigen Intelligenzminderung 1,5 Mio. £ (1,74 Mio. €) betragen. Insgesamt werden die jährlichen Kosten für die Maßnahmen bei Autismus und den Produktivitätsverlust für Erwachsene im Vereinigten Königreich auf 29-31 Milliarden Pfund (33,6-35,9 Milliarden Euro)¹ geschätzt; 42% dieser Kosten sind auf verlorene Beschäftigungsmöglichkeiten für Erwachsene mit Autismus zurückzuführen (Buescher, et al., 2014, S.724-725).

In Bezug auf die Kosten des Autismus in Europa führt *Autism Spectrum Disorders in the European Union* (ASDEU)² eine umfassende Studie durch, die die Prävalenz und die wirtschaftlichen Kosten in 12 europäischen Ländern berücksichtigt (2015-2018). Diese Studie wird die aktuellsten Zahlen zum Verlust der Beschäftigung von Erwachsenen liefern und auch Fragen der Lebensqualität berücksichtigen. Obwohl es in Europa keine zentralisierte Datenbank gibt, haben einige europäische Länder die Kosten für Autismusdaten erhoben. So werden beispielsweise in Deutschland die wirtschaftlichen Kosten auf etwa 70% der Kosten im Vereinigten Königreich geschätzt, mit Lebenszeitkosten für eine Person mit Autismus ohne Intelligenzminderung von ca. 766.865 € (Bachmann, 2013). Eine Studie aus den Niederlanden schätzt, dass jährlich 109,2-182 Mrd. € für Autismus ausgegeben werden (Peters-Scheffer, Didden, Korzilius, & Matson, 2012), einschließlich Bildung, (unterstützte) Arbeit und (betreutes) Wohnen, und kommt zu dem Schluss, dass dies um ca. 1.103.067 € pro Kind verringert werden könnte, wenn frühe intensive Verhaltensinterventionen (Early Intensive Behavioral Interventions/EIBI) eingeführt würden (EIBI) were put in place (Reichow, Barton, Boyd, & Hume, 2014; Reichow, Hume, Barton & Boyd 2018).

¹ Abhängig von der Variation der geschätzten Prävalenzzahlen für gleichzeitig auftretende Intelligenzminderung (40-60%); die Zahl beinhaltet nicht die Sozialversicherungsleistungen, die die Autoren als „Transferzahlungen und nicht reale gesellschaftliche Kosten“ betrachten, siehe Buescher et al. (2014, S. 724)

² Weitere Informationen zu den Programmen und der Finanzierung finden Sie unter <http://www.autismeurope.org/files/files/09h35-joaquin-fuentes.pdf>

1.4 Autismus und Arbeitsumfeld

Angesichts der in Tabelle 1 dargestellten Merkmale, die üblicherweise mit einer Diagnose von Autismus verbunden sind, wie repetitives Verhalten, unflexibles Festhalten an Routinen, sensorische Probleme und Schwierigkeiten bei der perspektivische Betrachtung, ist es nicht überraschend, dass diese Personen bei der Erlangung und Erhaltung von Arbeitsplätzen vor Herausforderungen gestellt sind (Rosenblatt, 2008). Einige sind vielleicht nicht in der Lage, die Gefühle oder Äußerungen der Kollegen zu interpretieren, und erscheinen daher unsensibel oder verhalten sich unangemessen, andere haben Schwierigkeiten, mit der Veränderung von Routine oder Umgebung umzugehen, die Arbeit zu organisieren und die Ergebnisse ihres Handelns zu planen oder vorherzusagen (National Autistic Society, 2011, S.3)³.

...[Name] füllte irgendwo Regale auf und wurde mitten in der Arbeit von jemandem gebeten, zu wechseln und den Boden zu wischen, das war ein einziger Alptraum. Ich denke, bei den Praktika hätte es eine bessere Schulung zur Sensibilisierung für Autismus geben können über das, was Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung belastet.' Elternteil eines jungen Erwachsenen mit Autismus und intellektueller Beeinträchtigung] (Dillenburger, McKerr & Jordan, 2015, S. 88)

Andere könnten feststellen, dass Arbeitgeber ihre Fähigkeiten unterschätzen und keine Beschäftigung anbieten, die ihre Fähigkeiten voll ausschöpft, weil sie falsche Vorstellungen über Autismus haben.

³ Für einen detaillierteren Überblick über die potenziellen Auswirkungen am Arbeitsplatz und die Möglichkeiten, dies zu beheben, siehe <http://www.disabilityaction.org/fs/doc/publications/employing-people-with-autism-a-brief-guide-for-employers-external-publication.pdf>

... [Ich habe in] einer Laptop-Werkstatt gearbeitet, weil eines meiner Interessen IT, Computer waren ... Ich bin sehr interessiert an der technischen Spezifikation von Dingen ... Ich arbeite gerne mit einem Open-Source-System, das Linux genannt wird [aber] ...Menschen sehen Computer wie eine Blackbox... sie wollen nur die Tasten drücken ... und die Art, wie sie mit mir sprechen... 'Nein [Name]... wische den Boden'... Wahrscheinlich übertreibe ich, aber...' [Erwachsener mit Autismus, der einen Master-Abschluss hatte] (Dillenburger et al., 2015, S. 101)

Arbeitgeber können angemessene Anpassungen an die Bedürfnisse des Einzelnen im Autismus-Spektrum vornehmen, damit er zu einem „effektiven und hochgeschätzten Arbeitnehmer“ wird (National Autistic Society, 2011, S. 5). So ist beispielsweise in der Lebensmittelproduktion die arbeitsbezogene Aktivität saison- und wetterabhängig, und es gibt keine Garantie für einen festen Tagesablauf. Ein Arbeitgeber muss es dem Arbeitnehmer mit Autismus ermöglichen, sich an häufige Änderungen in der Routine anzupassen oder Aufgaben zuzuweisen, die weniger häufig Anpassungen erfordern. Vorausplanung (auch für „ungeplante“ Aktivitäten, die auftreten können) und gut entwickelte Kommunikationsstrategien müssen vorhanden sein, damit Geschäftsinhaber erkennen, dass Personen mit Autismus zusätzliche Zeit oder zusätzliche Anweisungen benötigen können.

Und auch am Morgen, um den Menschen mit Autismus zu helfen, hätten wir ein Whiteboard, dann könnte man aufschreiben, strukturieren.... was sie heute tun... Sie wissen, in diesem Klima regnet es manchmal und so... Man könnte deutlich angeben, ‚wir können das wegen des Wetters nicht tun‘ und wenn sie nicht lesen können, könnte man kleine Symbole zeichnen, es regnet, Wolken, und das hilft gegen den Stress.... weil sich die Dinge ändern. [Unternehmer, der Praktika anbietet] (Dillenburger et al., 2015, S. 145-6)

Bei einigen Erwachsenen mit Autismus kann die Notwendigkeit eines vorhersehbareren oder einsameren Umfelds mit weniger Ablenkungen am Arbeitsplatz durch Selbständigkeit gedeckt werden.

„Ich fand im Grunde genommen eine Arbeit, bei der mir die Leute sagten, was sie wollen ... und dann ließen sie mich in Ruhe... und ich konnte damit weitermachen [lacht]. Also, [handwerklich] zu arbeiten ist sehr gut, wissen Sie, ich bin ein Experte darin.... es ist alles kontrolliert und ich komme nicht in paradoxe Situationen.... Ich mag die Tatsache, dass ich die Kontrolle darüber habe, und es ist definierbar, und dann gibt es gelegentlich.... man hat einen Moment, in dem das, was man tut, weit über das hinausgeht, was die Leute erwarten, und sie kommen rein und sagen ‚Wow‘ und das ist dann großartig.“ [Selbständiger Handwerker und Künstler]. (Dillenburger et al., 2015, S. 102)

1.5 Beschäftigungsstatistik

Genauere Beschäftigungszahlen für Erwachsene mit Autismus im Vereinigten Königreich liegen derzeit nicht vor. Die bisher umfangreichsten Informationen stammen aus einer Umfrage unter 1.179 Erwachsenen mit Autismus in England, die ergab, dass nur 15% der Erwachsenen mit Autismus in Vollzeitbeschäftigung waren (Rosenblatt, 2008).

Eine kleine deutsche Umfrage unter 125 Erwachsenen mit Asperger-Syndrom deutet auf eine ähnliche Situation hin. Trotz durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher schulischer und beruflicher Qualifikationen war nur eine Minderheit - weniger als 20% - in Vollzeit beschäftigt, und viele Personen waren ohne Beschäftigung (Nedjat, Röttgers & Croissant 2011).

Offensichtlich erfüllen viele Erwachsene im Autismus-Spektrum ihr Beschäftigungspotenzial nicht. Die öffentliche Meinung ist jedoch sehr positiv in Bezug auf beschäftigte Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Die Northern Ireland Life and Times Survey umfasste 2012 ein bestimmtes Autismusmodul (insgesamt n=1209 Befragte). Es wurden sehr positive Ansichten über die Zusammenarbeit mit Erwachsenen mit Autismus in einer Vielzahl von Arbeitsstellen geäußert, und für Menschen ohne Intelligenzminderung wurde der Eindruck erweckt, dass es nur sehr wenige berufsbezogene Grenzen gibt. Tatsächlich gaben 12% der Befragten an, dass sie mehr Geschäfte an Unternehmen vergeben würden, die eine aktive Politik der Beschäftigung von Erwachsenen mit einem Autismus-Spektrum haben (Dillenburger, Jordan, McKerr, Devine, & Keenan 2013).

Einige Arbeitgeber sind sich bereits der Vorteile der Beschäftigung von Menschen mit Autismus bewusst. Das deutsche IT-Unternehmen Systems Applications Products (SAP) hat ein Programm zur gezielten Rekrutierung von Erwachsenen mit ASD eingeführt (Guardian, 2013). Das Unternehmen schätzte die potenziell verbesserten Fähigkeiten von Mitarbeitern mit Autismus in Bezug auf die Aufmerksamkeit für Details und Genauigkeit bei der Datenanalyse. In Irland ist SAP eine Partnerschaft mit der dänischen Organisation Specialisterne⁴ eingegangen, die Erwachsene mit ASD für die Beschäftigung im Technologiesektor in 17 Ländern weltweit auswählt und ausbildet.

1.6 Intervention

Interventionen für die meisten Erwachsenen mit Autismus konzentrieren sich auf adaptives Verhalten und basieren auf assistierender Technologie, augmentativer Kommunikation oder Verhaltensprogrammen (z.B. Applied Behaviour Analysis-basierte Interventionen (Anderson, Furlonger, Moore, Sullivan, & White, 2018) zur Verbesserung der Fähigkeiten und zur Reduzierung unangepassten Verhaltens (Research Autism, 2016). Das National Institute for

⁴ <http://specialisternefoundation.com/>

Health and Care Excellence (NICE, 2012) in Großbritannien erstellte klinische Leitlinien und empfahl eine Reihe von Maßnahmen, darunter psychosoziale (z.B. adaptive/lebenspraktische Fähigkeiten, Aggressionsmanagement und Jobsupport) und biomedizinische (pharmakologische, physikalische und diätetische) Therapien.

Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen frühzeitigen, auf intensiver angewandter Verhaltensanalyse (ABA) basierenden Interventionen und „optimalen Ergebnissen“ für Kinder mit Autismus, einschließlich einer signifikanten Verringerung der Symptome wie eingeschränktes und repetitives Verhalten (MacDonald, Parry-Cruwys, Dupere, & Ahearn, 2014; Troyb et al., 2014); dies kann wiederum zu verbesserten Beschäftigungschancen und einem geringeren Pflegebedarf der Erwachsenen führen (Fein et al., 2013; Orinstein et al., 2014). Umgekehrt ist ein Mangel an geeigneten frühen intensiven Verhaltensinterventionen mit extrem schlechten langfristigen Ergebnissen verbunden (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004; Howlin, Savage, Moss, Tempier, & Rutter, 2014) und einige Eltern haben erfolgreich auf Schadenersatz geklagt und den Mangel an solchen Interventionen angeführt (Kelly, 2014). ABA-basierte Interventionen gelten in den meisten Ländern Nordamerikas und Kanadas als „übliche Behandlung“ (Keenan et al., 2014) und wurden mit erheblichen Kosteneinsparungen verbunden (Motiwala, Gupta, Lilly, Ungar, & Coyte, 2006).

1.7 Schlussfolgerung

Niedrige Beschäftigungsquoten von Erwachsenen mit Autismus spiegeln nicht die mangelnde Bereitschaft zur Arbeit wider. Im Allgemeinen wollen Erwachsene mit Autismus arbeiten, aber sobald sie eine Beschäftigung gefunden haben, können sie mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontiert werden, einschließlich Diskriminierung und/oder Mobbing am Arbeitsplatz. Folglich kündigen nach der Arbeitssuche schätzungsweise 43% der Erwachsenen mit Autismus oder werden entlassen (Bancroft et al., 2012). Faktoren, die den Erfolg am Arbeitsplatz bestimmen können, sind ein höherer IQ und Sprachkompetenz

(Holwerda, van der Klink, Groothoff & Brouwer 2012, S. 340). Allerdings können gleichzeitige psychische Gesundheitsprobleme, andere medizinische Erkrankungen, unangepasste Verhaltensweisen oder Intelligenzminderungen erhebliche Hindernisse für den Erwerb und die Erhaltung von Arbeitsplätzen darstellen (Baio, 2012; Kielinen, Rantala, Timonen, Linna, & Moilanen, 2004; Matson & Shoemaker 2009; Stewart, 2008). Leitlinien zu diesen Themen sollten in Verbindung mit den Autismusrichtlinien (Dillenburger, Matuska, de Bruijn, & Röttgers, 2019) berücksichtigt werden.

1.8 Literaturnachweis

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Anderson, A., Furlonger, B., Moore, D. W., Sullivan, V. D., & White, M. P. (2018). A comparison of video modelling techniques to enhance social-communication skills of elementary school children. *International Journal of Educational Research* 87, 100-109.. <http://doi.org/10.1016/j.ijer.2016.05.016>

Bachman, C. (2013). Autism costs in Germany: Scarce data. Visiting Researcher at the London School of Economics featured. [Blog post]. Abgerufen von: <http://blogs.lse.ac.uk/healthandsocialcare/2013/10/08/autism-costs-in-germany-scarce-data/>

Baio, J. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, USA, 2008. *Surveillance Summaries*, 61, 1-19.

Bancroft, K., Batten, A., Lambert, S., & Madders, T. (2012). *The way we are: autism in 2012*. London: National Autistic Society. Abgerufen von: <http://www.autism.org.uk/get-involved/50th-birthday/survey-report.asp>

Bedford, R., Pickles, A., Gliga, T., Elsabbagh, M., Charman, T. & Johnson, M.H. (2014).

- Additive effects of social and non-social attention during infancy relate to later autism spectrum disorder. *Developmental Science* 17 (4), 612–620.
- Boucher, J. (2012). Putting theory of mind in its place: psychological explanations of the socio-emotional-communicative impairments in autistic spectrum disorder. *Autism* 16 (3), 226-46. doi: 10.1177/1362361311430403
- Buescher, A. V. S., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D. S. (2014). Costs of Autism Spectrum Disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatrics*, 168, 721–728. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.210
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). *Autism Spectrum Disorders. Data and Statistics: Prevalence*. Abgerufen von <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Department of Health (2018). *Veröffentlichung 'The Prevalence of Autism (including Aspergers Syndrome) in School Age Children in Northern Ireland 2018'*. Abgerufen von <https://www.health-ni.gov.uk/news/publication-prevalence-autism-including-aspergers-syndrome-school-age-children-northern-ireland-2018>
- DeStefano, F., Bhasin, T.K., Thompson, W.W., Yeargin-Allsopp, M. & Boyle, C. (2004). Age at first measles-mumps-rubella vaccination in children with autism and school-matched control subjects: a population-based study in metropolitan Atlanta. *Pediatrics* 113 (2), 259-66.
- Dillenburger, K., Jordan, J-A., McKerr, L., Devine, P. & Keenan, M. (2013). Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1558–1567. doi:10.1016/j.rasd.2013.09.004
- Dillenburger, K., Jordan, J-A., & McKerr, L. (2014) *Base Project (Vol.3) Secondary Data Analysis*. Abgerufen von <http://www.qub.ac.uk/research-centres/CentreforBehaviourAnalysis/filestore/Filetoupload,463790,en.pdf>
- Dillenburger, K., Matuska, E., de Bruijn, M., & Röttgers, H. R. (2019). *Job Coaches for adults with disabilities*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Dillenburger, K., McKerr, L. & Jordan, J-A. (2015). *BASE Project (Vol.4) Qualitative Data*

Analysis. Abgerufen von <https://www.qub.ac.uk/research-centres/CentreforBehaviourAnalysis/filestore/Fileupload,620592,en.pdf>

- Dillenburger, K., Jordan, J.-A., McKerr, L., & Keenan, M. (2015). The Millennium child with autism: Early childhood trajectories for health, education and economic wellbeing. *Developmental Neurorehabilitation*, 18, 37–46. doi:10.3109/17518423.2014.964
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happe, F. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for Autism Spectrum Disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(8), 788-797.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., ... Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5, 160-179.
- Fein, D., Barton, M., Eigsti, I-M., Kelley, E., Naigles, L., Schultz, R.T., ... Tyson, K. (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54 (2), 195–205
- Gould, J. & Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice* 12 (1), 34-41.
- Grandjean, P. & Landrigan, P.J. (2014). Neurobehavioural effects of developmental toxicity. *Lancet Neurology* 13 (3), 330–338.
- Holwerda, A; van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W. & Brouwer, S. (2012). Predictors for work participation in Individuals with an Autism Spectrum Disorder: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2 (3), 33-52.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 212–229.
<http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00215.x>
- Howlin, P., Savage, S., Moss, P., Tempier, A. & Rutter, M. (2014). Cognitive and language skills in adults with autism: a 40-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55 (1), 49-58. doi: 10.1111/jcpp.12115.
- Keenan, M., Dillenburger, K., Röttgers, H.-R., Dounavi, K., Jónsdóttir, S. L., Moderato, P., ...

- Roll-Pettersson, L. (2014). Autism and ABA: The gulf between North America and Europe. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders* 2 (2), 167-183.
DOI: 10.1007/s40489-014-0045-2
- Kelly, A. (2014). Clermont Co. family receives \$142,000 in fight for child with autism.
Abgerufen von <http://www.wlwt.com/news/clermont-co-familyreceives-142000-in-fight-for-child-with-autism/28327144>
- Kielinen, M., Rantala, H., Timonen, E., Linna, S. L. & Moilanen, I. (2004). Associated medical disorders and disabilities in children with autistic disorder: a population-based study. *Autism* 8(1), 49-60.
- Kim, Y.S., Leventhal, B.L., Koh, Y.J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E.C. ... Grinker, R.R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry* 168 (9), 904-12.
- MacDonald, R., Parry-Cruwys, D., Dupere, S., & Ahearn, W. (2014). Assessing progress and outcome of early intensive behavioral intervention for toddlers with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3632–3644.
doi:10.1016/j.ridd.2014.08.036
- Mannion, A., Leader, G. & Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders* 7(1), 35–42.
- Matson, J. L. & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research into Developmental Disabilities* 30 (6), 1107-1114.
[doi:10.1016/j.ridd.2009.06.003](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.06.003)
- Medical Research Council (2001). *Review of Autism Research: Epidemiology and Causes*.
Abgerufen von <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/autism-research-review/>
- Motiwalla, S. S., Gupta, S., Lilly, M. B., Ungar, W. J., & Coyte, P. C. (2006). The cost-effectiveness of expanding intensive behavioural intervention to all autistic children in Ontario. *Healthcare Policy*, 1(2), 135–151.

- Mouridsen S.E., Rich, B. & Isager, T. (2010). A longitudinal study of gastrointestinal diseases in individuals diagnosed with infantile autism as children. *Child Care Health Development* 36 (3), 437-43. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01021.x.
- National Autistic Society (2011). *Employing people with autism: a brief guide for employers*. Abgerufen von <http://www.disabilityaction.org/fs/doc/publications/employing-people-with-autism-a-brief-guide-for-employers-external-publication.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum: Guidance and guidelines*. Abgerufen am 14. Januar 2015 von <https://www.nice.org.uk/guidance/CG142/resources>.
- Nedjat S., Röttgers H.R., & Croissant, B. (2011). *Langzeitverläufe und psychosozialer Outcome von Personen mit dem Asperger-Syndrom*. Präsentation auf dem DGPPN-Kongreß, 24.11.2011
- Office for National Statistics (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. London: HMSO.
- Orinstein, A.J., Helt, M., Troyb, E., Tyson, K.E., Barton, M.L., Eigsti, I-M., ... Fein, D.A. (2014). Intervention for Optimal Outcome in Children and Adolescents with a History of Autism. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 35(4) 247-256.
- Pequegnat, B., Sagermann, M., Valliani, M., Toh, M., Allen-Vercoe, E. & Monteiro, M.A. (2013). A vaccine and diagnostic target for *Clostridium bolteae*, an autism-associated bacterium. *Vaccine* 31 (26), 2787-2790.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Matson, J. (2012). Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in The Netherlands. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 1763–1772. doi:10.1016/j.ridd.2012.04.006
- Reichow, B., Barton, E.E., Boyd, B., & Hume, K. (2014). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with Autism Spectrum Disorders (ASD): a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 10(9). Abgerufen von

<http://campbellcollaboration.org/lib/project/338/>

Reichow, B., Hume, K., Barton E. & Boyd, B.A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD).

Cochrane Database of Systematic Reviews (5). Abgerufen von

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009260.pub3/full>

Research Autism (2016). *Interventions for Adults on the Autism Spectrum*. Abgerufen

von <http://researchautism.net/autism/adults-on-the-autism-spectrum/interventions-for-adults-on-the-autism-spectrum>

Rosenblatt, M. (2008). *I Exist: the message from adults with autism*. The National Autistic

Society. Abgerufen von <http://www.autism.org.uk/get-involved/campaignfor-change/learn-more/our-campaigns/past-campaigns/i-exist.aspx>

Rutter, M.L. (2011). Progress in Understanding Autism: 2007-2010. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders 41, 395–404. doi:10.1007/s10803-011-1184-2

Stewart, S. (2008). *'I Exist': The message from adults with autism in Northern Ireland*. A

report for the National Autistic Society. Belfast: National Autistic Society.

Szatmari P., Paterson, A. D., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Brian J., Liu, X. Q., Vincent, J.

B. ...Meyer K. J. (2007). Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nature Genetics* 39 (3), 319-328.

The Guardian (2013, 22 May). German IT firm seeks autistic workers. Abgerufen von

<http://www.guardian.co.uk/world/2013/may/22/german-it-firm-sap-seeksautistic-workers>

Troyb, E., Orinstein, A., Tyson, K., Eigsti, I.-M., Naigles, L., & Fein, D. (2014). Restricted and

repetitive behaviors in individuals with a history of ASDs who have achieved optimal outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 44 (12), 3168-3184.

doi:10.1007/s10803-014- 2182-y.

Tuchman, R. & Rapin, I. (2002). Epilepsy in autism. *Lancet Neurology* 1 (6), 352-358.

World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and*

Related Health Problems (10th Revision). Abgerufen von

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

World Health Organisation (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision*, released for preparation of approval).

Abgerufen von <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

2. Intelligenzminderung

Autor: Ewa Matuska

2.1 Was ist Intelligenzminderung?

Intelligenzminderung ist ein Begriff, der allgemein verwendet wird, wenn eine Person bestimmte Einschränkungen in der kognitiven Funktion und Defizite in der adaptiven Funktion hat. Der Beginn einer Intelligenzminderung kann jederzeit während der Entwicklungsphase, noch vor der Geburt, eintreten und beeinflusst die gesamte psychische, soziale und wirtschaftliche Funktion im Erwachsenenleben. Die Definitionen von Intelligenzminderung und die damit verbundene Terminologie haben sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt, um die rechtlichen und sozialen Errungenschaften von Personen mit einer solchen Behinderung und ihren Familien widerzuspiegeln.

Der Begriff der „Intelligenzminderung“ wird in zwei Hauptklassifikationen von psychischen Erkrankungen verwendet: ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, 1992) und DSM-5 der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013). Während die DSM-5 jedoch den Begriff „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ verwendet, verwendet die ICD-10 weiterhin den altmodischen Begriff „mentale Retardierung“ und beinhaltet einen Abschnitt mit dem Titel „Mentale Retardierung“ (Codes F70-F79). In der Überarbeitung, der ICD-11, sollen diese Begriffe durch „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ ersetzt werden (World Health Organization 2018, 6A00; Salvador-Carulla, Reed, Vaez-Azizi, et al. 2011). In den meisten Ländern Europas überwiegt der Begriff „Intelligenzminderung“, im Vereinigten Königreich wird jedoch der Begriff „Lernbehinderung“ häufiger verwendet.

DSM-5 beschreibt drei Arten von neuroentwicklungsbedingten Störungen:

- (1) *Intelligenzminderung*,
- (2) *Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung)* und

(3) *Globale Entwicklungsverzögerung. Nicht näher bezeichnete intellektuelle Beeinträchtigung* (Intellektuelle Entwicklungsstörung).

Für die Zwecke dieser Abhandlung verwenden wir die allgemeine Kategorie der DSM-5 „Intellektuelle Beeinträchtigung“, die sich auf die Ebenen der Unterstützung konzentriert, die notwendig sind, um die Fähigkeiten einer Person zu maximieren, und nicht strikt auf Funktionsdefizite. Nach Angaben der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2013) ist die intellektuelle Beeinträchtigung durch drei diagnostische Kriterien gekennzeichnet:

- Bedeutende Einschränkungen der intellektuellen Funktion (z.B. Argumentation, Lernen und Problemlösung);
- Bedeutende Einschränkungen des adaptiven Verhaltens (d.h. der konzeptionellen, sozialen und praktischen Fähigkeiten im täglichen Leben); und
- Auftreten in der Kindheit - vor Vollendung des 18. Lebensjahres.

Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung gemäß Definition in *DSM-5*:

- leicht (IQ-Werte zwischen 55 und 70),
- mittel (IQ-Werte zwischen 30 und 55),
- schwer und extrem (IQ-Werte, die unter 30 fallen),

Bei der Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung wird in der Regel primär die klinische Beurteilung der adaptiven Funktion betrachtet und sekundär der IQ-Test-Score. Einschränkungen der adaptiven Funktion in bestimmten Qualifikationsbereichen sind ein notwendiges Kriterium für die Diagnose im Rahmen der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities Intellectual Disabilities und DSM-5-Definitionen (American Psychiatric Association, 2013). Die Schweregrade basieren auf der Bewertung der adaptiven Funktion in den konzeptionellen, sozialen und praktischen Bereichen.

Der konzeptionelle Bereich umfasst Fähigkeiten in den Bereichen Sprache, Lesen, Schreiben, Mathematik, Argumentation, Wissen und Gedächtnis. Mögliche klinische Anzeichen und Symptome in diesem Bereich sind eine langsame Sprachentwicklung (Kinder lernen später zu sprechen, wenn überhaupt), eine langsame Entwicklung der präakademischen Fähigkeiten, Schwierigkeiten beim akademischen Lernen (Lesen, Schreiben, Mathematik), Schwierigkeiten beim Verständnis von Zeit- und Geldkonzepten, Probleme mit abstraktem Denken (konkreter Ansatz zur Problemlösung), Schwierigkeiten in der Exekutivfunktion (d.h. Planung, Strategie, Prioritätensetzung, kognitive Flexibilität), Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Schwierigkeiten beim funktionellen Einsatz akademischer Fähigkeiten wie Geld- und Zeitmanagement.

Der soziale Bereich bezieht sich auf Empathie, soziales Urteilsvermögen, zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeiten, die Fähigkeit, Freundschaften zu schließen und zu halten, und ähnliche Fähigkeiten. Klinische Zeichen und Symptome in diesem Bereich, insbesondere Sprache und Kommunikation, können beispielsweise Einschränkungen der Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten, konkretere und weniger komplexe gesprochene Sprache (falls verwendet) im Vergleich zu Gleichaltrigen, begrenztes Vokabular und begrenzte grammatikalische Fähigkeiten, rezepptive Sprache, die sich auf das Verständnis einfacher Sprache und Gesten beschränken kann, Kommunikation, die nur durch nicht-sprachliche Mittel erfolgen kann, wie Gesten, Zeichen, Mimik und andere Formen der unterstützten Kommunikation (Augmentative and Alternative Communication/AAC) beinhalten. Klinische Anzeichen und Symptomdefizite im Bereich der sozialen Fähigkeiten können sein: unreifes soziales Urteilsvermögen und Entscheidungsfindung, Schwierigkeiten beim Verständnis von sozialen Hinweisen und sozialen Regeln von Gleichaltrigen, emotionale und verhaltensbezogene Regulierungsprobleme, die sich negativ auf soziale Interaktionen auswirken können.

Der praktische Bereich konzentriert sich auf das Selbstmanagement in Bereichen wie Körperpflege, Arbeitsverantwortung, Geldmanagement, Erholung und die Organisation von Schul- und Arbeitsaufgaben. Klinische Anzeichen und Symptome in diesem Bereich zeigen, dass die Person mit intellektueller Beeinträchtigung ein erhebliches Maß an Unterstützung für alltägliche Aktivitäten wie Körperpflege, komplexere Aufgaben (z.B. Einkaufen, Transport, Pflegeorganisation, Mahlzeiten, Geldmanagement), Beschäftigung, Gesundheitsversorgung und rechtliche Entscheidungen, Haushaltsaufgaben und Freizeitaktivitäten benötigt.

Für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben ist es wichtig, in allen drei Bereichen (konzeptionell, sozial und praktisch) zu funktionieren, aber insbesondere der praktische Bereich wird zur Beurteilung des Schweregrades der intellektuellen Beeinträchtigung herangezogen. Intellektuelle Beeinträchtigung ist in der Regel leicht diagnostizierbar, dennoch können interkulturelle Einstellungen und Überzeugungen in Einzelfällen den Prozess der Identifizierung beeinflussen (Allison & Strydom, 2009; Scior, 2011).

Personen mit intellektueller Beeinträchtigung sind eine sehr heterogene Gruppe und ihre Kommunikationsfähigkeiten können je nach Schweregrad, Begleiterkrankungen und anderen verhaltensbedingten, emotionalen und sozialen Faktoren variieren. Es gibt häufige Syndrome einer intellektuellen Beeinträchtigung, die von spezifischen ätiologischen Faktoren abhängen. Im Allgemeinen gibt es pränatale, perinatale und postnatale Ursachen für eine intellektuelle Beeinträchtigung:

Pränatale Ursachen für intellektuelle Beeinträchtigung stellen beispielsweise genetische Syndrome (z.B. Down-Syndrom und Fragile-X-Syndrom), angeborene Stoffwechselprobleme, Hirnfehlbildungen (z.B. Mikrozephalie), mütterliche Erkrankungen (z.B. Plazenta-Erkrankungen) und Umwelteinflüsse (z.B. Alkohol, andere Medikamente, Toxine, Teratogene) dar.

Perinatale Ursachen für intellektuelle Beeinträchtigung sind beispielsweise arbeits- und geburtsbedingte Ereignisse, die zu einer neonatalen Enzephalopathie führen (Komplikationen während der Wehen und der Geburt, wie z.B. ein Baby, das nicht genügend Sauerstoff bekommt, usw.); und Anoxie bei der Geburt.

Postnatale Ursachen für intellektuelle Beeinträchtigung sind zum Beispiel hypoxische ischämische Verletzungen, traumatische Hirnverletzungen, Infektionen, demyelinisierende Störungen, Anfallsleiden (z.B. infantile Spasmen), schwere und chronische soziale Deprivation, toxische Stoffwechselsyndrome und Vergiftungen (z.B. Blei, Quecksilber).

Genetische Ursachen sind für etwa 45% der intellektuellen Beeinträchtigungen verantwortlich (Batshaw, Roizen, & Lotrecchiano, 2013). Das Down-Syndrom ist die größte diagnostische Kategorie mit einer genetischen Ursache für eine intellektuelle Beeinträchtigung und das Fragile-X-Syndrom ist die größte Kategorie mit einer erblichen Ursache für eine intellektuelle Beeinträchtigung. Das fötale Alkoholsyndrom ist die größte diagnostische Kategorie mit einer Umweltursache für intellektuelle Beeinträchtigung. Einige pränatale Ursachen (z.B. Umwelteinflüsse) sind vermeidbar.

Eine intellektuelle Beeinträchtigung wird als lebenslang angesehen und tritt oft zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Aufmerksamkeitsdefiziten/Hyperaktivitätsstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen auf (American Psychiatric Association, 2013). Personen mit intellektueller Beeinträchtigung können mehr Gesundheitsprobleme haben als die allgemeine Bevölkerung. Normalerweise ist dies die Folge einer unzureichenden Gesundheitsversorgung, eines eingeschränkten Zugangs zu hochwertigen Dienstleistungen (Krahn, Hammond, & Turner, 2006) und von Kommunikationseinschränkungen (Gentile, Cowan, & Smith, 2015). Zu den damit verbundenen Gesundheitszuständen gehören Angststörungen, Hörverlust, Herzerkrankungen, Probleme mit Fettleibigkeit, Krampfanfälle und Sehstörungen. Die Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bereitstellung einer angemessenen

Gesundheitsversorgung und medizinischen Ausbildung können die Lebensqualität erheblich verbessern und die Langlebigkeit von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung erhöhen.

2.2 Epidemiologie

Intellektuelle Beeinträchtigung ist die häufigste Entwicklungsstörung. Die Bestimmung der Inzidenz und Prävalenz ist recht kompliziert, da Forscher nicht die gleiche operative Definition verwenden, wenn sie Personen mit intellektueller Beeinträchtigung⁵ identifizieren. Insgesamt gehen Schätzungen davon aus, dass etwa 1-3 Prozent der Weltbevölkerung eine intellektuelle Beeinträchtigung haben, d.h. ca. 200 Millionen Menschen weltweit. Eine im Jahr 2011 veröffentlichte Metaanalyse internationaler Studien ergab, dass die Prävalenz von intellektueller Beeinträchtigung über die gesamte Lebensdauer 10,37/1000 oder 1,04% beträgt (Maulik et al., 2011; 2013). Neuere Daten zeigen, dass die Prävalenz von intellektueller Beeinträchtigung bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen zwischen 0,05 und 1,55% liegt (McKenzie, Milton, Smith & Ouellette-Kuntz, 2016). Intellektuelle Beeinträchtigungen sind in Ländern mit niedrigem Einkommen mit geschätzten 16,41 pro 1.000 Menschen deutlich häufiger.

Für Europa wurde die durchschnittliche Schätzung der intellektuellen Beeinträchtigung (Wittchen et al., 2011, S.664-5) auf 10/1000 geschätzt, mit einer höheren Prävalenz für Länder mit mittlerem Einkommen (15,94 gegenüber 7,86 für Westeuropa) und insgesamt 4,2 Millionen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Die höhere Schätzung für Länder mit niedrigem Einkommen wurde durch das Fehlen ausreichend zuverlässiger Studien aus diesen Ländern und dem Hinweis auf den möglichen Einfluss von Umwelt- und

⁵ Einige Autoren verwenden die Begriffe intellektuelle Beeinträchtigung und Entwicklungsstörung untereinander austauschbar, aber letztere können auch Erkrankungen wie ASD und sprachliche Entwicklungsstörungen beinhalten. In einigen Fällen wird ein IQ-Grenzwert (z.B. <70) als Kriterium für die Diagnose verwendet, während in anderen Fällen die diagnostischen Kriterien qualitativ hochwertiger sind (z.B. Beginn in der Kindheit mit Einschränkungen des adaptiven Verhaltens und der intellektuellen Funktion).

Sozialrisikofaktoren auf die Ursachen intellektueller Beeinträchtigung beeinflusst. Faktoren wie Alkoholismus, Bleiexposition, Eisenmangel, Unterernährung, perinatale Probleme und viele andere nicht-genetische Bedingungen spielen eine wichtige Rolle bei höheren Prävalenzraten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in wirtschaftlich weniger entwickelten Ländern (CRPD, 2006).

2.3 Die Kosten von intellektueller Beeinträchtigung

Die geschätzten Kosten von Hirnerkrankungen in Europa sind gestiegen. Im Jahr 2004 wurden sie auf 386 Milliarden Euro geschätzt, verteilt auf 12 Diagnosegruppen, von denen 127 Millionen erwachsene Europäer betroffen sind (Andlin-Sobocki et al., 2005). Im Jahr 2010 betragen die europäischen Gesamtkosten von Hirnerkrankungen bereits 798 Milliarden Euro, davon 37% direkte Gesundheitskosten, 23% direkte nicht-medizinische Kosten und 40% indirekte Kosten (Olesen et al., 2012). In dieser Studie wurden die jährlichen Gesamtkosten bei intellektueller Beeinträchtigung („mentale Retardierung“ in ICD -10) auf 43,3 Mio. € geschätzt. Eine europäische Referenzstudie aus dem Jahr 2010 zeigte ähnliche Ergebnisse für „mentale Retardierung“ (Wittchen et al., 2011, S.736).

Kostenart	Jährliche Kosten 2010 pro Person (in €)	Gesamtkosten 2010 (in Mio. €)
Direkte Gesundheitskosten	6970	29.204
Direkte nicht-medizinische Kosten	3364	14.097
Gesamtkosten	10.334	43.301

Die vorstehende Kostenberechnung enthält die meisten direkten nicht-medizinischen Kosten nicht, die den intellektuell Beeinträchtigten zuzurechnen sind, wie beispielsweise die zusätzlichen Ressourcen, die im Bildungs- und Sozialdienst benötigt werden. Ebenso wenig enthält sie indirekte Kosten im Sinne von Produktivitätsverlusten. In Anbetracht der Tatsache, dass die Beschäftigungsquote bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sehr niedrig ist und dass diese Diagnose in der Regel mit erheblichen

Gesundheitsproblemen wie Mehrfachbehinderungen und anderen medizinischen Problemen verbunden ist, sind die wirtschaftlichen Gesamtkosten einer intellektuellen Beeinträchtigung noch höher.

2.4 Intellektuelle Beeinträchtigung und Arbeitsumfeld

Personen mit der Diagnose einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung besuchen in der Regel Sonderschulen, die in der Regel Bildungsprogramme auf Vorschulniveau haben, während einige Personen eine Weiterbildung auf niedrigem beruflichem Niveau durchführen. Das höchste Bildungs- oder Schulungsniveau, das Personen mit intellektueller Beeinträchtigung erreichen, ist ISCED 0, 1 oder 2⁶. Das Bildungsniveau bestimmt in der Regel die Beschäftigungschancen einer Person, aber es gibt auch andere wichtige individuelle Eigenschaften, wie Kommunikations- und Anpassungsfähigkeiten sowie den Gesundheitszustand der Person.

Personen mit intellektueller Beeinträchtigung können in einem geförderten Arbeitsumfeld oder in unterstützter Beschäftigung auf dem freien Markt arbeiten und in der Regel relativ einfache Aufgaben unter der Aufsicht eines Jobcoaches ausführen. Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kopierzentren oder Verpackungseinrichtungen, konzentrieren sich oft auf die einfache Produktmontage oder die Erfüllung weniger einfacher Aufgaben, wie z.B. Massenversand, usw. Diese Arbeit kann sogar von Personen mit einer mittleren intellektuellen Beeinträchtigung übernommen werden. Auf dem freien Markt neigen Lebensmittelgeschäfte, Gartencenter und kleine Unternehmen dazu, Menschen mit leichter intellektueller Beeinträchtigung einzustellen. Personen mit intellektueller Beeinträchtigung erbringen in der Regel Reinigungs- oder Landschaftsdienste, kommerzielle Dienstleistungen für Unternehmen oder umfassen Produktions-, Verpackungs- und Vertriebsdienstleistungen und manchmal

⁶ International Standard Classification of Education (ISCED) L0 - Vorschulbildung, L1 - Grundschulbildung, L2 Sekundarstufe I (siehe <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/isced-2011-en.pdf>)

Pflegedienstleistungen. Die Arbeitgeber erkennen den Vorteil der Beschäftigung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, da sie in der Regel stabil und konsistent in ihrer Leistung sind und mit hoher Motivation arbeiten (BASE, 2018).

2.5 Beschäftigungsstatistik

Die Beschäftigungsquoten von Menschen mit Behinderungen sind in Europa im Allgemeinen niedrig, und die Situation für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist noch schlechter. Die Gesamtbeschäftigungsquote für Menschen mit psychischen Problemen in Europa liegt zwischen 18% und 30%. Aus Zahlen der EU-Mitgliedstaaten geht hervor, dass in einigen Ländern mehr als 80 % der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung arbeitslos bleiben⁷. In anderen Ländern ist die Beschäftigungsquote aufgrund der Bereitstellung von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen höher, in denen die Mehrheit der Arbeiter keinen Angestelltenstatus hat. Die Beschäftigungsquote von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auf dem freien Arbeitsmarkt ist in allen EU-Ländern extrem niedrig. Die Haupthindernisse beim Zugang von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zur Beschäftigungsfähigkeit hängen mit einer Reihe von Problemen zusammen⁸:

- *Veraltete Rechtsvorschriften zur Rechtsfähigkeit* in vielen europäischen Ländern. Ohne die Möglichkeit, Arbeitsverträge abzuschließen, können Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht legal arbeiten. Wenn sie in Wohnheimen oder Werkstätten für Behinderte arbeiten, verdienen sie oft kein echtes Gehalt oder ihr Gehalt wird von der Institution einbehalten;
- *Verbreitete indirekte Diskriminierung* von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bei der Rekrutierung. Schulabgangszeugnisse werden auch dann

⁷ Zum Beispiel: Von den 26.786 Erwachsenen mit einer Lernbehinderung, die den lokalen Behörden in Schottland im Jahr 2014 bekannt waren, wurden nur 1.782 als erwerbstätig eingestuft, wobei nur 875 als freie und bezahlte Tätigkeit eingestuft wurden. Die Mehrheit der Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung in Zypern ist entweder arbeitslos (84%) oder unterbeschäftigt (ich schlage vor, dass Sie einen Verweis für diese Statistiken angeben).

⁸ *Inclusion Europe's contribution to the mid-term review of the European Disability Strategy*, online: http://inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2015/03/IE_submission_EDS_final1.pdf, S.8-9.

verlangt, wenn kein oder nur ein geringer Zusammenhang mit dem jeweiligen Beruf besteht. So werden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von Arbeitsplätzen ausgeschlossen, die sie mit wenig oder gar keiner Unterstützung ausüben könnten. Hinzu kommen mangelndes Wissen über sinnvolle Anpassungsmaßnahmen und fehlende Unterstützungsleistungen. Selbst wenn es Jobcoaches oder andere Unterstützungsdienste gibt, sind sie potenziellen Arbeitgebern weitgehend unbekannt;

- *Die Fallstricke der ‚Sozialleistungsfalle‘.* Die Rechtsvorschriften über Sozialleistungen in den meisten Mitgliedstaaten erlauben es den Menschen nicht, nach der Ausübung einer freien Erwerbstätigkeit in ein Invaliditätsleistungssystem zurückzukehren. Dies schafft ein großes Hindernis für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die möglicherweise auf dem freien Arbeitsmarkt arbeiten wollen;
- *Der Mangel an entsprechenden Fähigkeiten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung* behindert den reibungslosen Übergang von der Schule ins Berufsleben. Schwächen bestehen in Bezug auf den Erwerb von beruflichen und sozialen Fähigkeiten, die hauptsächlich auf mangelnde angemessene Ausbildung zurückzuführen sind.
- *Nicht genügend zugängliche Arbeitsplätze.* Arbeitgeber zögern, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu beschäftigen, auch wenn ihnen die Vorteile einer unterstützten Beschäftigungspolitik angeboten werden.
- *Die Lohnunterschiede* zwischen Personen mit intellektueller Beeinträchtigungen und anderen Arbeitnehmern sind nach wie vor beträchtlich.

2.6 Intervention

Die angemessene psychologische Beurteilung in den drei Bereichen konzeptionell, sozial und praktisch ist besonders wichtig für die Entwicklung eines Qualifizierungsplans für Personen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Das Ziel der Intervention zur Unterstützung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist es, die potenziell lähmenden Auswirkungen von Behinderungen auf Kunden und ihre Familien zu minimieren und die Wahrscheinlichkeit wünschenswerter Ergebnisse zu maximieren, die das adaptive Verhalten des Kunden verbessern können. Wie von der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2013) angegeben, kann sich das Lebensniveau einer Person nur verbessern, wenn eine angemessene persönliche Unterstützung bereitgestellt wird.

Kommunikationsinterventionen werden für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung weitgehend unterstützt (Sevcik & Ronski, 2016; Snell et al., 2010). Aufgrund der Vielfalt der individuellen Profile von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist es notwendig, individuelle Bewertungen des anfänglichen Niveaus der Sprachfunktion sowie der Funktionsweise in Bereichen, die mit der Kommunikation im Allgemeinen zusammenhängen, durchzuführen, einschließlich Hören, kognitives Niveau, Sprachproduktionsfähigkeiten und emotionaler Status. In allen Fällen berücksichtigt die Intervention gleichzeitig vorhandene Stärken und Bedürfnisse, um eine individuelle Behandlung und Unterstützung zu gewährleisten. Kommunikationsinterventionen konzentrieren sich auf den Kontext von Interaktionen und umfassen Personen, denen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in ihrer natürlichen Umgebung begegnen. Sprachpathologen (Speech and Language Pathologists/SLPs) stellen sicher, dass die Intervention reichlich Kommunikationsmöglichkeiten bietet und eine Vielzahl von Sprachfunktionen (z.B. Begrüßen, Kommentieren, Anfordern); mehrere Partner; verschiedene Formen und Modalitäten der Sprache und unterschiedliche Kommunikationskontexte (z.B. zu Hause, im Bildungsbereich, in der Freizeit, im Beruf und in der Gemeinde) umfasst.

Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten nutzen *Technologie- und Unterstützungssysteme* in Verbindung mit dem funktionalen Training von Kommunikations-/Sozialfähigkeiten und anderen Zielverhaltensweisen. Zum Beispiel:

- *Unterstützte Kommunikation (Augmentative and Alternative Communication/AAC)* bietet die Ergänzung oder Verwendung natürlicher Sprache und/oder des Schreibens mit Hilfe von Hilfsmitteln (z.B. Bildkommunikationssymbole, Strichzeichnungen, Glückssymbole und materielle Objekte) (Beukelman & Mirenda, 2013);
- *Aktivitätspläne/visuelle Unterstützung* umfassen Objekte, Fotografien, Zeichnungen oder geschriebene Wörter, die als Hinweise oder Aufforderungen dienen, um Personen zu helfen, eine Abfolge von Aufgaben/Aktivitäten abzuschließen, Aufgaben zu erledigen, von einer Aufgabe zur anderen zu wechseln oder sich in verschiedenen Einstellungen angemessen zu verhalten und Interaktionen, die als *Skripte* bezeichnet werden, zu initiieren oder aufrechtzuerhalten. Skripte fördern die soziale Interaktion und können in einem Klassenzimmer verwendet werden, um akademische Interaktionen und Engagement zu erleichtern (Hart & Whalon, 2008);
- *Computergestützter Unterricht* beinhaltet den Einsatz von Computertechnologie (z.B. iPad) und/oder computergestützten Programmen zur Vermittlung von Kommunikations- und Sozialkompetenz (Neely, Rispoli, Camargo, Davis, & Boles, 2013);
- *Videomodellierung* basiert auf Videoaufnahmen von gewünschten Verhaltensweisen, die von der Person beobachtet und dann imitiert werden. Die Selbstmodellierung des Lernenden kann zur späteren Überprüfung aufgezeichnet werden (Rausa, Moore, & Anderson, 2016).

Verhaltensinterventionen und -techniken (z.B. verschiedene Verstärkungen, Aufforderungen, Fading und Modellierung) sollen das Problemverhalten reduzieren und funktionale alternative Verhaltensweisen unter Verwendung der Grundprinzipien der

Verhaltensänderung vermitteln. Zu den häufigsten Maßnahmen, die sowohl für Kinder als auch für Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung nützlich sind, gehören:

- *Angewandte Verhaltensanalyse (Applied Behaviour Analysis/ABA)* ist die Wissenschaft, die Grundsätze der Verhaltensanalyse verwendet, um eine sinnvolle und gesellschaftlich relevante Verhaltensänderung herbeizuführen. ABA-Techniken helfen, eine Vielzahl von Fähigkeiten aufzubauen, einschließlich Kommunikation, soziale Fähigkeiten, Selbstkontrolle und Eigenüberwachung (Spreckley & Boyd, 2009).
- *Funktionales Kommunikationstraining (Functional Communication Training/FCT)* kombiniert die Bewertung der kommunikativen Funktionen des Problemverhaltens mit ABA-basierten Verfahren, um alternative Antworten zu vermitteln. FCT wird über einen weiten Altersbereich hinweg eingesetzt, unabhängig vom kognitiven Niveau oder den expressiven Kommunikationsfähigkeiten (Carr & Durand, 1985).
- *Inzidentelles Unterrichten* konzentriert sich auf natürlich vorkommende Lehrmöglichkeiten, die auf der Grundlage der individuellen Interessen angeboten werden; Kommunikationsversuche werden verstärkt, wenn diese dem gewünschten Kommunikationsverhalten näher kommen (McGee, Morrier, & Daly, 1999).
- *Zeitverzögerung* bedeuten, dass die Zeit zwischen der anfänglichen Anweisung und der zusätzlichen Anweisung oder Aufforderung allmählich erhöht wird, wenn die Person die zu unterrichtende Fertigkeit besser beherrscht. Diese Methode kann bei Personen unabhängig vom kognitiven Niveau oder den expressiven Kommunikationsfähigkeiten eingesetzt werden (Liber, Frea, & Symon, 2008).

Ein besonderer Ansatz gilt für Jugendliche und Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung, die sich darauf vorbereiten, die für ein selbstständiges Leben und den Erfolg in postsekundären Bildungs- und Ausbildungsprogrammen,

Beschäftigungsverhältnissen und unterschiedlichen sozialen Situationen notwendigen Fähigkeiten zu erwerben. Sie brauchen weiterhin Unterstützung, um einen erfolgreichen Übergang ins Erwachsenenalter zu erleichtern. Therapeuten sind an ihrer Übergangsplanung beteiligt und können auch in unterschiedlichem Maße an anderen Unterstützungsleistungen außerhalb der Sekundarstufe beteiligt sein. Diese besondere Art der Unterstützung wird älteren Erwachsenen angeboten, um ihr unabhängiges Funktionieren zu maximieren. Der Alterungsprozess kann bei Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vorzeitig sein (Lin, Wu, Lin, Lin, Lin, Lin, & Chu, 2011); beispielsweise sind Personen mit Down-Syndrom eher anfällig für Demenz als die Allgemeinbevölkerung (Burt et al., 2005). Bei anderen können die Sprach- und Sprechfähigkeiten beginnen, abzunehmen, oft schon im Alter von 50 Jahren (Roberts et al., 2007). Einige Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung, insbesondere solche mit psychomotorischen Beeinträchtigungen oder anderen Begleiterkrankungen, die die Ernährung und das Schlucken beeinflussen, können mit zunehmendem Alter Probleme mit Dysphagie haben (Lazenby-Paterson & Crawford, 2014). Zu den allgemeinen Regeln für Interventionen zur Unterstützung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gehören:

- Einsatz familienorientierter und kulturell geeigneter Praktiken.
- Bildung kollaborativer Teams.
- Befolgen einer stärkenorientierten Perspektive.
- Maximierung der Selbstversorgung.
- Erkennen individueller Variabilität.
- Förderung eines gemeinschaftlichen Umfelds von Respekt und Integration.
- Nutzung natürlicher Lebensräume.
- Einbeziehung von Gleichgestellten als Kommunikationspartner.

Interventionen, die darauf abzielen, die Interaktion zwischen Gleichgestellten in den Lebens-, Arbeits- oder Sozialumgebungen der Erwachsenen zu verbessern, haben gezeigt, dass eine kontinuierliche Unterstützung zu einem bereicherten sozialen Funktionieren führen kann. So können beispielsweise Jobcoaching, Partnertraining und Sozialmoderation die Interaktion dieser Personen am Arbeitsplatz verbessern (Mautz, Storey, & Certo, 2001).

2.7 Schlussfolgerungen

‘Viel mehr Menschen mit Behinderungen ermöglichen, ihren Lebensunterhalt auf dem freien Arbeitsmarkt zu verdienen‘(Europäische Union, 2010, S.7)

Niedrige Beschäftigungsquoten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind in der Regel auf ineffiziente Unterstützungssysteme und nicht auf Hindernisse auf Seiten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zurückzuführen. Mangelnde ausreichende Kommunikationsfähigkeiten und Anpassungsfähigkeiten im Zusammenhang mit verschiedenen gesundheitlichen Komplikationen sind die Hauptgründe, warum Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nur begrenzte Chancen auf eine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt haben. Allerdings haben Menschen mit einer weniger schweren Behinderung ein erhebliches Beschäftigungspotenzial, das von den Arbeitgebern genutzt werden kann. Es gibt eine Vielzahl von Aufgaben, die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung übernehmen können und die sie mit hohem Engagement erfüllen können. Unterstützte Beschäftigung und die Unterstützung von Jobcoaches ist notwendig und willkommen. Die Arbeitgeber sollten nichtdiskriminierende Einstellungsverfahren entwickeln, um offener für die Möglichkeit der Beschäftigung dieser Gruppe potenzieller Arbeitnehmer zu sein, und mit externen Diensten zusammenarbeiten, um Arbeitnehmer mit intellektueller Beeinträchtigung zu unterstützen. Auf dem derzeitigen Arbeitsmarkt, auf dem es immer

schwieriger wird, engagierte Arbeitskräfte für die Erfüllung grundlegender Aufgaben zu finden, scheint eine solche Maßnahme ganz offensichtlich und für die Unternehmen von Vorteil zu sein. Es ist auch wichtig, Kapazitätsgesetze zu erkennen, die den Zugang zur Beschäftigung behindern, da sie Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung direkt diskriminieren.

2.8 Literaturnachweis

Allison, L., & Strydom, A. (2009). Intellectual disability across cultures. *Psychiatry*, 8, 355–357.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2013). *Definition von intellektueller Beeinträchtigung* Abgerufen von www.aaid.org

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Andlin-Sobocki, P., Jonsson, B., Wittchen, H.U., Olesen, J., (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Suppl. 1), 1– 27.

Autism Europe (2018). World Health Organisation updates classification of autism in the ICD-11. Abgerufen von <http://www.autismeurope.org/blog/2018/06/21/world-health-organisation-updates-classification-of-autism-in-the-icd-11/>

Batshaw, M. L., Roizen, N. J., & Lotrecchiano, G. R. (2013). *Children with disabilities: A medical primer* (7th ed.). Baltimore, MD: Brookes.

Beukelman, D. R, & Mirenda, P. (2013). *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Baltimore, MD: Brookes.

BASE. (2018). *Job carving*. Abgerufen von <https://www.base-uk.org/employers-recruitment-jobcarving>

Burt, D., Primeaux-Hart, K., Loveland, K., Cleveland, L., Lewis, K., Lesser, J., & Pearson, P. (2005). Aging in adults with intellectual disabilities. *American Journal on Mental*

Retardation, 110, 268–284.

- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behaviour problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 18 (2), 111–126.
- Carulla, L. S., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S.-A., Leal, R. M., Bertelli, M., ... Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: Towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x>
- European Union (2010). *European Disability Strategy 2010 - 2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe (2010) COM/2010/0636 final*, online: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:en:PDF>
- Gentile, J. P., Cowan A. E., & Smith, A. B. (2015). Physical health of patients with intellectual disability. *Advances in Life Sciences and Health*, 2 (1), 91–102.
- Hart, J. E., & Whalon, K. J. (2008). Promote academic engagement and communication of students with autism spectrum disorder in inclusive settings. *Intervention in School and Clinic*, 44 (3), 116–120.
- Krahn G. L., Hammond L., & Turner A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 70-82. doi:10.1002/mrdd.20098
- Lazenby-Paterson, T., & Crawford, H. (2014). Aging in adults with intellectual disabilities. *Perspectives on Gerontology*, 19, 36–43.
- Liber, D. B., Frea, W. D., & Symon, J. B. (2008). Using time-delay to improve social play skills with peers for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 312–323.
- Lin, J. D., Wu, C. L., Lin, P. Y., Lin, P. L., & Chu, C. M. (2011). Early onset ageing and service preparation in people with intellectual disabilities: Institutional managers perspective. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 188–193.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies.

Research in Developmental Disabilities, 32, 419–436.

- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2013). Corrigendum to prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 729.
- Mautz, D., Storey, K., & Certo, N. (2001). Increasing integrated workplace social interactions: The effects of job modification, natural supports, adaptive communication instruction, and job coach training. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 26, 257–269.
- McGee, G.G., Morrier, M.J. & Daly, T. (1999). An Incidental Teaching Approach to Early Intervention for Toddlers with Autism. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* 24(3), 133-146.
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G.A. & Ouellette-Kuntz, H. (2016). Systematic Review of the Prevalence and Incidence of Intellectual Disabilities: Current Trends and Issues. *Current Developmental Disorder Reports* 3 (2), 104-115.
- Neely, L., Rispoli, M., Camargo, S., Davis, H., & Boles, M. (2013). The effect of instructional use of an iPad on challenging behaviour and academic engagement for two students with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (4), 509–516.
- Olesen J., Gustavsson A., Svensson M., Wittchen H.U., & Jönsson, B.(2012). The economic cost of brain disorders in Europe.CDBE2010 study group; European Brain Council, *European Journal of Neurology*,. 19 (1), 155-162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.
- Rausa, V. C., Moore, D. W., & Anderson, A. (2016). Use of video modelling to teach complex and meaningful job skills to an adult with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 19(4), 267–274. <http://doi.org/10.3109/17518423.2015.1008150>
- Roberts, J. E., Price, J., & Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13 (1), 26–35.

- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities* 32(6), 2164-2182.
- Sevcik, R. A., & Ronski, M. A. (Eds.). (2016). *Communication interventions for individuals with severe disabilities: Exploring research challenges and opportunities*. Baltimore, MD: Brookes.
- Snell, M. E., Brady, N., McLean, L., Ogletree, B. T., Siegel, E., Sylvester, L., et al. (2010). Twenty years of communication intervention research with individuals who have severe intellectual and developmental disabilities. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(5), 364-380
- Spreckley, M., & Boyd, R. (2009). Efficacy of applied behavioural intervention in preschool children with autism for improving cognitive, language, and adaptive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Paediatrics*, 154, 338–344.
- Wittchen H.U., Jacobi F.,Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision)*. Abgerufen von <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- World Health Organisation (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision, released for preparation of approval)*. Abgerufen von <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD; 2006). Abgerufen von <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

3. Psychiatrischen Störungen

Autor: Hanns Rüdiger Röttgers

3.1 Was sind psychiatrische Störungen

Psychiatrische Störungen werden von der International Classification of Diseases (ICD)⁹ (Weltgesundheitsorganisation, 1992) definiert. Es gibt viele psychiatrische Störungen, deren Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die berufliche Situation der Menschen nicht zu unterschätzen ist.

Jobcoaches für Menschen mit Behinderungen (JC/D) können Menschen mit langfristig wiederkehrenden und/oder chronischen Erkrankungen, wie Schizophrenie und affektiven Störungen, sowie häufigeren Krankheitsbildern, wie Angst und Zwangsstörungen, unterstützen. Alle diese Erkrankungen haben einen signifikanten Einfluss auf die berufliche Situation und profunde und fundierte Kenntnisse seitens eines JC/D sollen zu erfolgreichen Praktika und gut angepassten Arbeitsplätzen für wichtige Lebensphasen der Kunden beitragen. Es gibt häufige Missverständnisse über Behandlung und Ergebnis, und wissenschaftlich fundierte Kenntnisse liegen nicht nur im Interesse des Arbeitnehmers, sondern auch der Kollegen und Arbeitgeber.

Ein JC/D ist kein Psychiater, daher sollte natürlich nicht von ihm erwartet werden, dass er als solcher handelt. Die hier gegebenen Informationen konzentrieren sich auf das Allgemeinwissen sowie auf Symptome und Verhaltensweisen, die

- a) direkte Auswirkungen auf die Arbeitssituation und/oder die Beschäftigungsfähigkeit haben,
- b) eine spezifische Unterstützung und/oder Intervention in einer Arbeitssituation erfordern und

⁹ Die aktuelle Ausgabe (ICD-10) wird durch ICD-11 als Diagnosehandbuch ersetzt, sobald die Zulassung erteilt ist (Weltgesundheitsorganisation 2018).

- c) auf eine Veränderung des Verlaufs der psychiatrischen Erkrankung hinweisen, so dass unter anderem ein Arbeitgeber, Kollegen oder ein JC/D den Kunden an seinen Psychiater verweisen oder Notfallmaßnahmen nach den jeweiligen nationalen Gesetzen ergreifen kann.

Ein JC/D sollte die genaue Diagnose und den medizinischen Hintergrund des von ihm betreuten Mitarbeiters kennen, um die persönliche Hilfe individuell gestalten und anpassen zu können. In Wirklichkeit wird die Verfügbarkeit von Informationen von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und vor allem von der Qualität der persönlichen Beziehung zwischen JC/D und Kunde abhängen. Die Autonomie des Kunden und die Datenschutzgesetze sind unter allen Umständen zu respektieren. Nur solange ein Kunde die Unterstützung des JC/D als ein wichtiges positives Element in seiner Arbeitssituation betrachtet, wird er der Weitergabe vertraulicher persönlicher Informationen zustimmen (Lauber & Kawohl, 2013).

In diesem Kapitel konzentrieren wir uns auf die vier häufigsten psychiatrischen Störungen. Prävalenz, Epidemiologie und diagnosespezifische Interventionen werden unter den einzelnen Rubriken beschrieben:

- Schizophrenie
- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen (ZS)

3.2 Schizophrenie

Mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1% ist Schizophrenie eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Mit Symptomen, die für die Betroffenen oft schwer zu verstehen sind, prägt die Schizophrenie tendenziell das Bild von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen.

Schizophrene Erkrankungen betreffen Menschen in allen Kulturen und geografischen Regionen; das Risiko, diese Erkrankung zu entwickeln, ist überwiegend genetisch bedingt. Das bedeutet, dass bestimmte Familien ein sehr ausgeprägtes Risiko für die Erkrankung haben. Wenn die genetische Disposition gegeben ist, führen externe Stressfaktoren zu der Erkrankung; das typische Alter des ersten Auftretens liegt zwischen 20 und 30 Jahren, Männer befinden sich wahrscheinlich im jüngeren Bereich und ein Schlüsselfaktor für das erste Auftreten und den Rückfall ist der Cannabiskonsum (Schöler et al 2016). So wirkt sich die Erkrankung tendenziell auf Menschen zu Beginn der Berufsausbildung, des Studiums oder der Karriere aus und hat langfristige Auswirkungen auf ihr Arbeitsleben.

Nach den in ICD-10 dargestellten Kriterien sind schizophrene Erkrankungen vor allem durch Denk- und Sinnesstörungen gekennzeichnet. Dramatische Symptome sind Halluzinationen in Form von Stimmen hören, wahnhaftes Fehlinterpretationen der Realität und ein Denkprozess, der für Außenstehende schwer oder unmöglich zu verstehen ist.

Schizophrene Erkrankungen können auf eine einzige Episode beschränkt sein, in den meisten Fällen treten jedoch weitere Episoden auf. Die klinische Erfahrung zeigt, dass in vielen Fällen jede weitere Episode die Fähigkeiten schrittweise einschränkt, auch die für die Beschäftigung erforderlichen.

Die Behandlung basiert überwiegend auf der Pharmakotherapie mit sogenannten Neuroleptika, die in den meisten Fällen für 1-2 Jahre nach dem ersten Auftreten durchgeführt wird und bei wiederkehrenden Episoden für mehrere Jahre fortgesetzt werden sollte. Allerdings wird das Medikament von individuell variierenden, teilweise beschwerlichen Nebenwirkungen begleitet, so dass die Einhaltung eher schwankend ist.

Wichtigste Risikofaktoren für einen Rückfall sind die einseitige Absetzung neuroleptischer Medikamente, aber auch die weitere Verwendung psychoaktiver Substanzen. Dies ist der

Schwerpunkt der Betreuung, vor allem für den behandelnden Psychiater. Da arbeitsplatzbezogene Einflüsse aber auch Risikofaktoren sein können, arbeiten Psychiater idealerweise eng mit dem JC/D zusammen. So profitieren die meisten Menschen mit Schizophrenie von einem regelmäßigen Tag-Nacht-Rhythmus, so dass (wechselnde) Schichtarbeit vermieden werden sollte. Auch soziale Stressfaktoren können eine Rolle spielen, und Großraumbüros bergen das Risiko, zum Stressfaktor zu werden. Einzelarbeitsplätze und Rückzugsmöglichkeiten zum Schutz der Privatsphäre sollten optional zur Verfügung gestellt werden.

Vor allem die chronischen Aspekte der schizophrenen Erkrankungen, die oft nach Abklingen der akuten Symptome anhalten, wirken sich auf das Arbeitsleben aus. Sie werden als negative Symptome bezeichnet (im Gegensatz zu den „positiven Symptomen“ wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen, die bei den Denkprozessen gesunder Personen nicht auftreten). Zu den negativen Symptomen gehören Motivationsmangel oder -probleme sowie neuropsychologische Defizite in den sogenannten exekutiven Funktionen (Planen, Initiieren und Durchführen von Handlungen und Ergebniskontrolle). Eine Kompetenzbeurteilung vor Beginn des Arbeitsverhältnisses oder vor einem Wechsel des Anforderungsprofils hilft, Situationen zu vermeiden, die die Bewältigungsstrategien des Mitarbeiters überfordern würden. Für Jobcoaches, die Mitarbeiter mit Schizophrenie unterstützen, sind daher die folgenden Faktoren besonders wichtig:

In Bezug auf die Störung:

- Ist es eine wiederkehrende Störung?
- Unterzieht sich die betreute Person einer psychiatrischen Behandlung?
- Werden die verschriebenen Medikamente regelmäßig eingenommen?
- Gibt es typische frühe oder vorausgehende Symptome, die einem Rückfall oder erneutem Auftreten in der Vergangenheit vorausgingen?
- Gibt es einen „Notfallplan“ für solche Ereignisse?

Bezüglich der Arbeitsabläufe:

- Wie hoch war das Leistungsniveau vor der Erkrankung?
- Wie ausgeprägt sind die oben genannten „negativen Symptome“?
- Gibt es neuropsychologische Defizite?
- Gibt es zusätzliche Stressfaktoren wie wechselnde Arbeitszeiten, lautes/störendes Umfeld, Nacht- oder Schichtarbeit?
- Sind Arbeitgeber, Vorgesetzte, der Gesundheitsdienst am Arbeitsplatz und Mitarbeiter über den Zustand informiert und wenn ja, in welchem Umfang?

3.3. Affektive Störungen

Affektive Störungen, auch bekannt als „affektive Psychosen“ oder „manisch-depressive Störungen“, sind mit Emotions-, Stimmungs- und Motivationsstörungen verbunden und manifestieren sich in polar entgegengesetzten Veränderungen des Affekts. Sie werden aufgrund der hohen und geringen Affekte in die manischen und depressiven/melancholischen Symptome unterschieden. Die Motivation ändert sich parallel zu Stimmung und Affekt, d.h. sie wird bei Depressionen geringer und bei Manie, wenn das allgemeine Aktivitätsniveau erhöht ist, verstärkt. Affektive Störungen verlaufen phasenweise, häufig mit vollständiger Remission (d.h. es kann jahrzehntelange „gesunde“ Zeiträume ohne Symptome geben) und sind anfällig für Rezidive, ohne signifikante Persönlichkeitsveränderungen oder Defizite zu verursachen. In dieser Hinsicht unterscheiden sie sich deutlich von schizophrenen Erkrankungen.

Der Begriff affektive Störung wurde geprägt, um die negativen Konnotationen des älteren Begriffs „manisch-depressive Krankheit“ zu vermeiden. Er ist auch präziser, da „manisch-depressive Krankheit“ bedeutet, dass jeder Mensch sowohl manische als auch depressive Symptome hat. Das stimmt jedoch nicht. Vielmehr gibt es in den meisten Fällen eine „unipolare“ Progression, d.h. alle Phasen der Erkrankung, die eine Person durchläuft, sind

entweder depressiv (recht häufig) oder manisch (weitaus seltener). Dementsprechend wird ein Krankheitsverlauf mit beiden Erscheinungsformen als „bipolare“ Störung oder als „affektive Psychose“ bezeichnet.

In den depressiven und manischen Phasen werden unterschiedliche Schweregrade unterschieden („leichte“, „mittlere“, „schwere“ Episode). Wenn Wahnvorstellungen dazukommen, wird die Phase als „Episode mit psychotischen Symptomen“ bezeichnet. Während bei leichten und je nach Motivation und Umweltfaktoren auch bei mittleren Episoden die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen erhalten bleibt, ist eine schwere Episode nicht mit dem Arbeitsleben vereinbar und muss oft stationär behandelt werden. Bei Menschen in einer depressiven Phase sind die unmittelbaren Ursachen für den Krankenhausaufenthalt oft Selbstmordgedanken. Menschen mit manischen Störungen empfinden sich in der Regel nicht als „krank“, sondern als besonders aktiv, kreativ und produktiv, auch wenn dies objektiv nicht der Fall ist und die Situation zu schweren finanziellen und persönlichen Fehlern führt. Ohne die Zustimmung der Person ist eine Behandlung jedoch rechtlich nicht oder nur unter bestimmten Umständen möglich, was zu extremen Stresssituationen für Familien und Arbeitskollegen führen kann. Nachdem die Symptome nachgelassen haben, ist es wichtig, sich daran zu erinnern, dass das Verhalten durch die Krankheit verursacht wurde und die Person nicht dafür verantwortlich gemacht werden kann.

Affektive Psychosen treten in allen ethnischen Gruppen und Gesellschaften in etwa gleicher Häufigkeit auf. Die Prävalenz liegt bei etwa 0,5% bis 2%, und das Lebenszeitrisiko liegt bei etwa 1%. Im Allgemeinen sind mehr Frauen betroffen. Dieses Übergewicht ist auf die häufigeren depressiven Phasen zurückzuführen, während manische Phasen bei Männern ebenso häufig sind wie bei Frauen. Der Beginn der Erkrankung liegt in der Regel im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt. Wenn die erste Phase eine manische Phase ist, ist der Beginn in der Regel früher. Bipolare Störungen haben die Tendenz zu einem früheren Auftreten und können auftreten, bevor die Person 20 Jahre alt ist. In einigen Fällen können auslösende Ereignisse für einen Rückfall identifiziert werden.

Die Behandlung von leichten bis mittleren depressiven Episoden ist hauptsächlich Psychotherapie. Die besten Ergebnisse werden mit der kognitiven Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioural Therapy/CBT) erzielt. Bei mittleren Episoden können antidepressive Medikamente hilfreich sein, bei schweren Depressionen werden sie meist verschrieben. Da Motivation und Stimmung gestört sind, neigen Haus- und Allgemeinärzte dazu, leicht Krankmeldungen auszustellen, auch bei leichten und mittleren Formen. Obwohl der Begriff „Ruhe“ empfehlenswert ist, besteht die Gefahr der Isolation und des Rückzugs, außerdem entgeht den Personen der soziale Kontakt und das Gefühl von Sinn und Leistung am Arbeitsplatz. Nach schweren Episoden, in denen die Person nicht arbeiten kann, kann ein individueller Rückkehrplan mit allmählich steigenden Anforderungen („progressive Reintegration“) hilfreich sein.

Akute manische Phasen werden hauptsächlich pharmakologisch mit Neuroleptika behandelt; es gibt keinen Grund, während akuter manischer Phasen Psychotherapie im engeren Sinne anzubieten.

Da sowohl depressive als auch manische Störungen anfällig für Rezidive sind, wird neben der Akutbehandlung nach wiederkehrenden Episoden je nach individuellem Verlauf auch die „Phasenprophylaxe“ (Medikation mit Substanzen aus der Gruppe der „Stimmungsstabilisatoren“) empfohlen und hat sich in vielen Fällen bewährt. Es ist wichtig zu beachten, dass keine der genannten Medikamentengruppen, Antidepressiva, Neuroleptika oder Stimmungsstabilisatoren/Phasenprophylaxe, eine Sucht verursacht. Diese verständliche, aber unbegründete Sorge führt gelegentlich zur Einstellung der Behandlung; alle Fachleute sollten auf diesem Gebiet als vertrauenswürdige Berater arbeiten.

Die folgenden Aspekte sind wichtig für Jobcoaches, die Personen mit einer affektiven Störung unterstützen:

In Bezug auf die Störung:

- Ist es eine wiederkehrende Störung?
- Gab es in der Vergangenheit depressive, manische oder beide Erscheinungsformen?
- Unterzieht sich die betreute Person einer psychiatrischen Behandlung?
- Werden die verschriebenen Medikamente regelmäßig eingenommen?
- Gibt es typische frühe oder vorausgehende Symptome, die einem Rückfall oder erneutem Auftreten in der Vergangenheit vorausgingen?
- Gibt es einen „Notfallplan“ für solche Ereignisse?

Bezüglich der Arbeitsabläufe:

- Wie hoch war das Leistungsniveau vor der Erkrankung?
- Wie kann die schrittweise Wiedereingliederung nach Abklingen einer akuten Episode gestaltet werden?
- Gibt es neuropsychologische Defizite?
- Gibt es zusätzliche Stressfaktoren wie wechselnde Arbeitszeiten, lautes/störendes Umfeld, Nacht- oder Schichtarbeit?

- Gibt es spezifische Gefahrensituationen im Arbeitsablauf der Erkrankung (z.B. hinsichtlich Selbstmordneigung oder Risiken während einer manischen Episode)?
- Sind Arbeitgeber, Vorgesetzte, der Gesundheitsdienst am Arbeitsplatz und Mitarbeiter über den Zustand informiert und wenn ja, in welchem Umfang?

3.4. Angststörungen

Angststörungen sind neben Sucht- und affektiven Störungen die häufigsten psychischen Störungen. Es werden drei Haupttypen von Angststörungen unterschieden:

- a) Phobien sind objektbezogene oder situationsbedingte Ängste. Bekannte Phobien sind Phobien bestimmter Tiere (Hunde, Spinnen) oder Situationen (Sozialphobien).
- b) Generalisierte Angststörung hat keine spezifischen Auslöser, die identifiziert werden können; die Person erlebt Angst „vor allem“, dies kann sich auch als „Angst vor der Angst selbst“ darstellen.
- c) Panikstörungen werden diagnostiziert, wenn der akute Beginn der Angst zu attackenartigen Situationen führt, in denen sich die Person fühlt, als würde sie im Sterben liegen. Vor der Identifizierung dieser Attacken als psychisch muss der Verdacht auf mögliche kardiovaskuläre oder metabolische Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Personen mit Angststörungen reagieren typischerweise mit Vermeidungsverhalten, d.h. sie versuchen, Situationen zu vermeiden, in denen sie in der Vergangenheit Angst erlebt haben. Dieses Vermeidungsverhalten kann ausdehnen und zur vollständigen Isolation und Rückzug führen. Ein weiteres Risiko ist die Entwicklung einer Sucht, wenn die Person mit undiagnostizierter und/oder unbehandelter Angst versucht, die unangenehmen oder unerträglichen Empfindungen mit legalen (Alkohol, Beruhigungsmitteln) oder illegalen Drogen zu betäuben oder zu verhindern.

Alle Angststörungen sind grundsätzlich ohne langfristige Beeinträchtigung nach erfolgreicher Behandlung behandelbar. In den meisten Fällen ist eine Psychotherapie in Form von CBT, Psychoedukation und Konfrontationsübungen sinnvoll. Daher sollte in einer idealen Welt für eine Person, die unter Angst leidet, kein ein JC/D notwendig sein.

Eine Reihe von Erhaltungsfaktoren begünstigen eine Chronifizierung und Ausbreitung von Angststörungen. Neben Defiziten im Pflegesystem (Mangel an qualifizierten Psychotherapeuten, unkritische Verschreibung von Beruhigungsmitteln mit Suchtrisiko) treten diese Faktoren auch oft im Privatleben auf, wenn Familien versuchen, die Person durch die Übernahme ihrer Pflichten und Verantwortlichkeiten zu entlasten. Diese verständliche Reaktion führt jedoch eher zu einer Chronifizierung und Ausbreitung des Vermeidungsverhaltens. Im Extremfall wird die Person den subjektiv als „sicher“ wahrgenommenen familiären Kreis nicht mehr verlassen, um angstauslösende Situationen zu vermeiden. Dadurch verliert sie die Möglichkeit von Korrekturerfahrungen und können nicht herausfinden, dass vermeintlich gefährliche Gegenstände und/oder Situationen eigentlich keine Gefahr darstellen.

Im Berufsleben können Angststörungen zu langen Ausfallzeiten und in schweren Fällen zu Arbeitsunterbrechungen führen. Auch hier können Kollegen die Störung unbeabsichtigt fördern. Wenn Menschen mit langfristigen Angststörungen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, sollte das zugrunde liegende Prinzip die Normalität sein. Angststörungen verursachen keine langfristigen Schäden oder Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, und es gibt keine besonderen beruflichen Aktivitäten, die für Mitarbeiter ausgeschlossen sind, bei denen früher Angststörungen diagnostiziert wurden. Wenn ein Jobcoach als persönlicher Assistent arbeitet, sollte er sich daher „entbehrlich“ machen, da eine dauerhafte Unterstützung aufgrund einer Angststörung kontraproduktiv ist.

Ein Jobcoach kann jedoch sowohl für Arbeitgeber als auch für Mitarbeiter eine wichtige Rolle spielen, indem er auf die Fallstricke der „guten Absichten“ hinweist, wie z.B. den übertriebenen Schutz zur Linderung der Symptome der Erkrankung. Stattdessen sollte der Jobcoach die Person bei der Suche nach therapeutischer Hilfe aktiv unterstützen. Daher sind für Jobcoaches, die einen Mitarbeiter mit Angststörungen unterstützen, die folgenden Aspekte wichtig:

In Bezug auf die Störung:

- Ist es eine wiederkehrende Störung?
- Gab es in der Vergangenheit komplizierende Faktoren wie z.B. die Drogenabhängigkeit?
- Unterzieht sich die betreute Person einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung?
- Gibt es typische Vermeidungsverhalten?

Bezüglich der Arbeitsabläufe:

- Gibt es Faktoren am Arbeitsplatz, die in der Vergangenheit Angst ausgelöst haben? Dies könnten Autofahrten oder bestimmte Veranstaltungen mit Kundenkontakt gewesen sein.
- Sind Arbeitgeber, Vorgesetzte, der Gesundheitsdienst am Arbeitsplatz und Mitarbeiter über den Zustand informiert und wenn ja, in welchem Umfang?

3.5. Zwangsstörungen

Zwangsstörungen (ZS) gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie haben viele Parallelen zu den in 3.4 beschriebenen Angststörungen. Ein gemeinsames Merkmal aller ZS ist, dass sich die Personen der Unsinnigkeit des Inhalts bewusst sind, und doch werden die Zwänge durch eine Angst aufrechterhalten, die als irrational wahrgenommen wird. Typisch sind Sauberkeit (z.B. Angst vor Krankheiten und Infektionen) und Kontrolle (z.B. die

Vorstellung, Dinge durch Unordnung zu gefährden oder einen Einbruch zu riskieren, indem man die Tür offen lässt).

Es werden drei Haupttypen von ZS unterschieden:

- a) *Zwanghafte Gedanken* enthalten nur Phänomene, die in der Phantasie der Person stattfinden, wie zwanghaftes Zählen und magische Gedanken, die schwer loszulassen sind und sich daher z.B. auf die Arbeitsproduktivität oder -prozesse auswirken.
- b) *Zwanghafte Impulse* haben eine zwingende Komponente, z.B. kann die Person leiden, wenn sie sich gezwungen fühlt, aggressive Aktionen gegen Mitglieder ihrer Familie durchzuführen. Dies steht im Widerspruch zu ihrem besseren Urteilsvermögen und in der Regel werden diese Impulse nicht so ausgeführt, dass ein Zuschauer „objektiv“ nichts sehen kann.
- c) *Zwanghafte Handlungen* können äußerlich erkannt werden. Sie können alles sein, von kurzen Tic-ähnlichen Bewegungen bis hin zu umfangreichen Ritualen. Vor allem zwanghafte Handlungen, die durch Sauberkeit und Angst vor Kontaminationen/Infektionen motiviert sind, können fatale Folgen für die Gestaltung von Alltagsaktivitäten und Lebensqualität haben. Eine Person kann stundenlang duschen und ihre Körperpflege in einer streng festgelegten Routine durchführen; schon die kleinste Abweichung zwingt sie, von vorne anzufangen. Ebenso können umfangreiche und zeitraubende Rituale rund um das Thema „Sicherheit“ stattfinden. Dies kann die wiederholte Kontrolle aller Türen und Fenster bis hin zur wiederholten Kontrolle aller Wärmequellen und Elektrogeräte umfassen; solche zwanghaften Handlungen verzögern in der Regel das Verlassen des Hauses am Morgen und wirken sich negativ auf die Pünktlichkeit der Ankunft am Arbeitsplatz aus.

Menschen mit Zwangsstörung sind in der Regel durch ihr eigenes Handeln beschämt, weil sie sich bewusst sind, dass „es Unsinn ist“, obwohl sie nicht in der Lage sind, sie zu

beseitigen. Deshalb werden die Probleme oft mit großem Aufwand geheim gehalten oder „vertuscht“.

Zwangsstörungen sind grundsätzlich gut behandelbar. Wie bei Angststörungen gibt es nach erfolgreicher Behandlung keine Defizite oder Langzeitbeeinträchtigungen. Aber auch nach Jahren kann es zu Rückfällen kommen, möglicherweise mit einer Besessenheit oder einem Zwang mit einem anderen neuen „Thema“. Die psychotherapeutische Behandlung, ähnlich wie bei Angststörungen in Form von CBT, ist in den meisten Fällen erfolgreich. Die wirksamste Methode ist die Exposition, z.B. mit einem „Kontaminationsreiz“ oder einer Desensibilisierung beim Verlassen des Hauses. Mit Hilfe eines gut ausgebildeten Therapeuten ist die (pathologische) Reaktion vermeidbar. Die Therapie ermutigt Menschen, dem Impuls zu widerstehen, sich nach dem Berühren eines Türknaufs oder der Benutzung einer öffentlichen Toilette übermäßig zu Waschen und zu Desinfizieren oder bringt sie in die Lage, mit dem Bus von zu Hause zur Arbeit zu fahren, ohne wiederholte den Herd zu kontrollieren. Typischerweise lässt die Angst und ihre körperlichen Symptome nach, so dass die Erwartungen an eine drohende Katastrophe ihren Einfluss verlieren. Bestimmte Antidepressiva waren bei Menschen mit einer chronischeren oder sehr schweren zwanghaften Wahrnehmung oder einem zwanghaften Verhalten erfolgreich.

Es gibt jedoch Faktoren, die eine Chronifizierung oder Ausweitung der Symptome begünstigen. Neben Defiziten im Pflegesystem (Mangel an qualifizierten Psychotherapeuten, Einsatz ungeeigneter Therapieformen) treten diese Erhaltungsfaktoren oft im Privatleben auf. Da die ZS-Symptome „angstgesteuert“ sind, ist die Therapie nicht für jeden Menschen attraktiv und Behandlungsangebote werden oft aufgegeben oder abgebrochen. Im Gegensatz zu Angstzuständen verbergen Menschen mit Zwangsstörungen meist ihre Probleme und driften oft in die Isolation.

Es liegt auf der Hand, dass die ZS zu langen Abwesenheitszeiten und Arbeitsunterbrechungen führen kann, insbesondere in schweren Fällen. Allein das „Aussetzen“ einer Freistellung führt nicht zu einer Verbesserung der Situation. Wenn Menschen mit ZS an den Arbeitsplatz zurückkehren, ist das Grundprinzip, wie bei Angststörungen, das der Normalität. ZS verursachen keine langfristigen Schäden oder Einschränkungen der Leistungsfähigkeit; es gibt keine besonderen beruflichen Aktivitäten, die für Personen, bei denen eine ZS offiziell diagnostiziert wird, ausgeschlossen sind.

Ein Jobcoach kann eine wichtige Rolle für den Arbeitgeber und die Mitarbeiter spielen, indem er arbeitsplatzbezogene Faktoren und spezifische Unterstützungsbedürfnisse identifiziert. Wenn der Mitarbeiter Schwierigkeiten hat, einen Arbeitsprozess abzuschließen, kann es hilfreich sein, externe Begrenzungen der Bearbeitungszeit oder eine aktive „Intervention“ vorzunehmen, die den Prozess aus der Verantwortung der Person herausnimmt.

Für Jobcoaches, die Mitarbeiter mit ZS unterstützen, sind daher die folgenden Aspekte wichtig:

In Bezug auf die Störung:

- Ist es eine wiederkehrende Störung?
- Unterzieht sich die betreute Person einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung?

Bezüglich der Arbeitsabläufe:

- Gibt es am Arbeitsplatz Faktoren, die in der Vergangenheit zwanghafte Gedanken, Impulse oder Handlungen ausgelöst haben? Dies könnten Sanitäreinrichtungen sein.

- Beeinträchtigen ZS-Symptome den Arbeitsablauf, ist die Person z.B. nicht in der Lage, einen Prozess abzuschließen, weil sie immer wieder auf Fehler und Irrtümer prüfen muss?
- Sind Arbeitgeber, Vorgesetzte, der Gesundheitsdienst am Arbeitsplatz und Mitarbeiter über den Zustand informiert und wenn ja, in welchem Umfang?

3.6. Literaturnachweis:

Lauber, C.& Kawohl, W. (2013). Supported Employment. In: W. Rössler & W. Kawohl
Soziale Psychiatrie. 1st edition (pp) Stuttgart: Kohlhammer

Schöler T., Petros, N., Di Forti M., Pingault, J.B., Klamerus, E., Foglia ,E., Small, A....

Bhattacharyya, S.. et al. (2016). Association between continued Cannabis use and risk of relapse in first-episode psychosis. *JAMA Psychiatry*.73(11),1173-1179.
 doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2427

Tölle, R. & Windgassen, K.(2014). *Psychiatrie und Psychotherapie*, 17th edition.
 Berlin/Heidelberg, Germany: Springer.

World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision)*. Abgerufen von
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

World Health Organisation (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision, released for preparation of approval)*.
 Abgerufen von <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

4. Beispiele für bewährte Verfahren

In diesem Abschnitt werden einige Beispiele für bewährte Verfahren von Arbeitnehmern und Arbeitgebern vorgestellt (alle Namen wurden geändert).

Mark begann in einem Möbelhaus zu arbeiten. Gemeinsam mit dem Arbeitgeber haben wir über die Möglichkeiten von Mark innerhalb der bestehenden Arbeitsplätze gesprochen. Mark mochte die Frühschichten, das Entladen der Lastwagen und das Beste für ihn war, 5 Tage von 7 bis 12 Uhr zu arbeiten. Zuerst wollte der Arbeitgeber nicht, dass er dies tut, weil die Arbeiter in der Frühschicht andere Aufgaben übernehmen mussten. Aber als er erfuhr, dass Mark in dieser Arbeit am besten war und wenn seine Arbeitstage vorhersehbar und irgendwie strukturiert waren. So schuf der Arbeitgeber Arbeitsverantwortlichkeiten rund um Mark. Während er hier arbeitete und jeden Tag dasselbe tat, lernte Mark, selbstständig zu arbeiten. Er lernte den Laden und alle dort verkauften Artikel kennen, und nach einigen Jahren konnte der Arbeitgeber ihn bitten, verschiedene Arbeiten im Laden auszuführen, z.B. am Wochenende in anderen Schichten und er war sogar sicher genug, um Kunden zu helfen. Nach zehn Jahren arbeitet er dort immer noch, auch mit einigen Führungswechseln. (Mark hat eine Diagnose von Autismus, der mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einhergeht).

Doreen ist eine gut ausgebildete Frau, die zehn Stunden pro Woche in einem großen Unternehmen arbeitet. Obwohl sie gerne mehr Stunden arbeiten möchte, ist es für sie zu schwer. Ihr Jobcoach vermittelt zwischen Doreen und ihren Kollegen, insbesondere ihrem Vorgesetzten. Zum Beispiel sagt ihr Vorgesetzter, dass sie durchaus in der Lage ist, den Überblick über ihre Arbeit zu behalten. Doreen versteht nicht, warum er das sagt, weil sie sich dazu nicht in der Lage fühlt. Sie ist jedoch sehr gut darin, jedes Detail zu sehen und hat einen Weg gefunden, alle Details in einer Excel-Tabelle gut organisiert zu halten. Wenn der Vorgesetzte sie daher nach bestimmten Informationen über Aufgaben fragt, an denen sie arbeitet, weiß sie genau, wo sie die Details findet, die sie benötigt. Ihr Jobcoach spielte eine wichtige Rolle bei der Vermittlung zwischen Doreen und ihrem Vorgesetzten, damit sie lernen, sich gegenseitig besser zu verstehen. Mit den richtigen Fragen war Doreen in der Lage, ihre Arbeitsaufgaben so zu organisieren, dass es für sie funktioniert. Nur zu denken, dass es gut wäre, jeden Arbeitstag von Minute zu Minute zu strukturieren, würde ihr nicht

helfen. Es würde sie wirklich unflexibel machen und ihr mehr Stress bereiten, wenn sich herausstellte, dass sie nicht alle ihre Aufgaben für den Tag erledigen konnte. Sie brauchte einen globalen Überblick über die Aufgaben, die sie an einem Tag erledigen musste, mit Prioritäten, die von ihrem Vorgesetzten vorgegeben wurden. Dies gab genügend Struktur und bot genügend Flexibilität für alle Anpassungen, die während des Tages vorgenommen werden mussten. Im Idealfall sind die Aufgaben, die Doreen zu erledigen hatte, so klar, dass sie weiß, wann sie anfangen sollte und wann die Arbeit gut genug ist. Wenn das Ergebnis unklar ist, wird es für sie schwieriger, an der Aufgabe zu arbeiten, und ihre Stressgefühle nehmen zu. Ihr Jobcoach musste vollständig anwesend sein, um sie bestmöglich zu unterstützen. Das bedeutet, dass sie Fragen gestellt hat, um Doreen zu helfen, ihre Gedanken zu organisieren, ihr Aufgaben klar zu machen, manchmal Entscheidungen für sie zu treffen und so klar wie möglich zu sein. Zu Beginn der Coachingbeziehung dachte die Jobcoach, sie sei ausreichend klar, aber es stellte sich heraus, dass es nicht so war. Da sie nicht so leicht über ihre Gefühle sprechen konnte, schrieb Doreen einen Brief. Sie war ziemlich deutlich und direkt. Weil die Jobcoach von der Behinderung wusste, erkannte sie, woher dieses Verhalten kam, und so erschreckte es sie nicht. Stattdessen erfuhr sie mehr über diesen Mitarbeiter und was für sie in unserer Coaching-Beziehung wichtig war. Dadurch konnte die Jobcoach sie noch besser unterstützen, bis sie ihr vertraute und das Coaching immer einfacher wurde. (Doreen hat eine Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung).

Sonia erfuhr, dass sie ehrlich über ihre zwanghaften Gedanken sein musste. Das erforderte viel Mut. Als Mutter von zwei Kindern weiß sie, wovon sie spricht. Sie wuchs in einem stark christlichen Umfeld auf. Im Laufe der Jahre wuchs die Angst, dass Gott ihre „schlechten“ Gedanken wahr werden lassen würde. Bei jedem schlechten Gedanken betete sie zu Gott. Es wurde ein Ritual, das sie endlos und überall durchführte. Sonia drückte es so aus: „Jeder Mensch hat schlechte Gedanken, aber die meisten erkennen, dass du noch kein schlechter Mensch bist. Ich fing an, darüber nachzudenken.“ Die kognitive Verhaltenstherapie zeigte ihr

schließlich, dass schlechte Gedanken sie nicht zu einem schlechten Menschen machen. Sie erklärte: „Ich habe gelernt, die Angst da sein zu lassen, sie zu ertragen, keine Beruhigung mehr.“ Es wäre besser gewesen, wenn die Diagnose früher gestellt worden wäre, dann hätte sie in einem viel jüngeren Alter von dieser Therapie profitiert. Neben der Therapie hatte sie auch viel Unterstützung von ihrem Mann. „Seine Liebe, Geduld und Relativität hat mir so geholfen.... Wenn man es nicht selbst erlebt hat, ist es sehr schwer zu verstehen, zu fühlen, was es dir antut....“ Ihren Kollegen fehlte das gleiche Einfühlungsvermögen und sie fühlt, dass sie deshalb zu einer Expertin für Erfahrungen mit anderen Menschen mit Zwangsstörungen geworden ist. „Ich bin engagiert, ich komme näher heran als die Therapeuten.“ Sonia hat jetzt einen bezahlten Job für 14 Stunden pro Woche und studiert auch. „Arbeit ist Heilung, bei mir könnte sie mit der Behandlung einhergehen. Die Arbeit lenkt ab, es gibt weniger Raum für zwanghafte Gedanken. Durch meine Arbeit habe ich wieder mehr Vertrauen gewonnen, ich bin stolz auf mich selbst, ich bin mehr unter den Menschen. Ich fühle mich stärker.“ (Sonia hat die Diagnose Zwangsstörung)¹⁰

Geoff ist ein junger Mann, der als Bote bei einer Bank arbeitete. Er wollte der Beste sein, wollte das meiste Geld für die Bank verdienen. Das brachte eine Menge Stress mit sich. Das war zu viel für seine Freundin und sie verließ ihn. Er fing an, Drogen zu nehmen und endete mit einer schweren Psychose. „Eine Psychose ist eine Art allergische Reaktion auf Umstände, die nicht wirklich da sind“, erklärt er. Als er wieder bei seinem ehemaligen Arbeitgeber arbeiten wollte, riet ihm sein Vorgesetzter, mit seinen Kollegen über seine Psychose zu sprechen. Die Fragen, die ihm gestellt wurden, und die Geschichten, die die Runden machten, sorgten jedoch für eine große Spannung in ihm. Schließlich entschied er sich, sich einer Reihe von Kollegen anzuvertrauen. „Ich konnte es nicht mehr für mich behalten... Ich will mich nicht verstecken.“ Dieses Vertrauen wurde jedoch verletzt und die gesamte Abteilung wusste in kürzester Zeit von seiner Diagnose. Und anstatt zu mehr Verständnis zu führen, distanzieren sich die Kollegen weiter von ihm. Das Wort

¹⁰ vgl., <http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl/download/?id=1446&download=1>

„psychotisch“ ruft bei vielen Menschen Angst hervor. Dennoch, so Geoff, sei die Haltung der Anderen nicht das wichtigste Hindernis. Die Genesung begann mit einem positiveren Selbstbild. „Du musst herausfinden, woher das Licht kommt, und dich dorthin bewegen.... Wenn du das Licht nicht sehen kannst, hör zu, was andere Praxisexperten dir darüber sagen können.“ Er hat sich selbst neu erfunden. Er spricht jetzt von seinem „alten Ich“ und seinem „neuen Selbst“. Ein wichtiger Schritt in diesem Prozess war seine Entscheidung, kein Bote mehr sein zu wollen. Nach Rücksprache mit ihm wurde ein geeigneter Arbeitsplatz bei einer anderen Bank geschaffen, wo er in seinem eigenen Tempo arbeiten konnte. Schließlich verließ er die Bankenwelt vollständig. Er arbeitet jetzt im gemeinnützigen Bereich. „Ich bin jetzt viel glücklicher... Frei vom Stress der Bank.“

Über seine Psychose sagt er: „Es war schrecklich. Das will ich wirklich nie wieder erleben.“ Der Schutz von Grenzen und die Vermeidung von Stress waren für Geoff von großer Bedeutung, ebenso wie ein guter Schlaf. Schlafentzug erhöht die Verletzlichkeit. Geoff arbeitet jetzt als Praxisexperte in seinem neuen Leben und plant, eine Sammlung von Geschichten über seine Erfahrungen zu schreiben. (Geoff wurde eine Psychose diagnostiziert)¹¹

Sean ist Direktor eines Unternehmens. Dem Unternehmen geht es gut, die Kunden sind sehr zufrieden. Im Unternehmen arbeiten mehrere Personen mit psychischen Schwachstellen. „Das ist gut“ sagt er sehr bodenständig. „Das Wichtigste ist, dass sie motiviert sind. Als Arbeitgeber muss man wissen, was die Mitarbeiter motiviert, ihnen Perspektiven bieten, ihnen Anerkennung verschaffen.“ Das Schaffen von Freiräumen spiegelt sich auch in seiner Geschichte wider. „Eine neue Arbeit kann sehr spannend sein, vor allem, wenn Menschen schon lange nicht mehr gearbeitet haben. Gib ihnen Zeit und Raum, um zu wachsen. Sei flexibel, zum Beispiel bei der Anzahl der Arbeitsstunden.“ Aber auch: „Im Raum eines meiner Mitarbeiter sind es 28 Grad, ich muss nicht darüber nachdenken, aber wenn er damit gut arbeitet, ist das in Ordnung“. Sean braucht Offenheit

¹¹ vgl., <http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl/download/?id=1446&download=1>

und Ehrlichkeit von seinen Mitarbeitern, aber auch von den Vorgesetzten. Er weiß gerne, was mit seinen Mitarbeitern geschieht, damit er dies berücksichtigen kann. „Epilepsie? Sag es einfach. Aber ohne zu problematisieren..... Manchmal hilft es, einen Witz darüber zu machen. Beruhigung ist wichtig, aber man darf auch nicht zu vorsichtig sein“. Schließlich hat Sean eine klare Botschaft für die Gruppe: „Das größte Problem liegt bei den Entscheidungsträgern und Vorgesetzten. Sie glauben nicht wirklich an die Möglichkeiten dieser Menschen. Das muss sich erst ändern.“ Er beendet seine Geschichte mit einem Zitat von Albert Schweizer¹²: „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“. (Sean ist ein Arbeitgeber, der erfolgreich mehrere Menschen mit psychiatrischen Störungen beschäftigt hat)¹³.

5. Zusammenfassung

Jobcoaches für Menschen mit Behinderungen werden benötigt, solange es Erwachsene mit Behinderungen gibt. Die Rolle des Jobcoaches hat sich jedoch im Laufe der Zeit verändert. In der Vergangenheit lag der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit darin, die Menschen mit Behinderungen bei der Sicherung und dem Erhalt eines Arbeitsplatzes zu unterstützen. Heutzutage erwarten die Arbeitgeber, dass der Jobcoach mehr eine Beraterrolle einnimmt. Der Jobcoach wird neben seiner Coaching-Funktion für Menschen mit Behinderungen immer mehr zum strategischen Partner des Arbeitgebers.

Dieser Rollenwechsel erfordert andere Fähigkeiten als das Coachen von Arbeitnehmern und eine angemessene Ausbildung ist wichtig. Natürlich muss die organisatorische Perspektive bei der Ausbildung von Jobcoaches berücksichtigt werden, z.B. durch den Ausbau von Fähigkeiten in Bezug auf Jobcrafting und Teameffektivität. Das Wissen über die verschiedenen Arten von Behinderungen, mit denen ein Jobcoach arbeitet, ist jedoch, wie

¹² <https://www.goodreads.com/quotes/31219-i-am-life-that-wants-to-live-in-the-midst>

¹³ vgl., <http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl/download/?id=1446&download=1>

hier dargestellt, von entscheidender Bedeutung und hilft, die Bedürfnisse des einzelnen Mitarbeiters zu verstehen. Wenn mehr Menschen mit Behinderungen am freien Arbeitsmarkt teilnehmen, weil ein integrativeres Arbeitsumfeld geschaffen wird, dann müssen die Fähigkeiten der Jobcoaches ein besseres Wissen über die verschiedenen Arten von Behinderungen der von ihnen unterstützten Personen beinhalten.

Wie Sean, der Arbeitgeber, betonte, müssen die Menschen über ihre Behinderung ehrlich sein. Jobcoaches können die Ehrlichkeit unterstützen, indem sie dem Arbeitnehmer, dem Arbeitgeber und dem Jobcoach helfen, offen über die Behinderung zu sprechen. Dies führt zu einer Situation, in der der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und deren Kollegen gute Leistungen erbringen können. Jeder lernt, was für den Mitarbeiter mit Behinderungen gut funktioniert und welche Umstände am besten vermieden werden sollten, weil sie den Stress erhöhen und die Produktivität negativ beeinflussen. Jobcoaches müssen die Gleichstellung fördern und den Arbeitgeber bei der Anpassung der Arbeitsbedingungen unterstützen, damit Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt teilnehmen können.

Beim Jobcoaching geht es darum, ein integratives Arbeitsumfeld für den Mitarbeiter zu schaffen. Um dies zu erreichen, müssen Jobcoaches verschiedene Interessengruppen beeinflussen. Dazu gehört auch, sich dafür einzusetzen, dass die Richtlinien und Finanzen sowie angemessene soziale Netzwerke sicher vorhanden sind. Dazu gehört auch ein ausreichender Kenntnisstand über die Diagnose des Mitarbeiters.

Diese Leitlinien beschreiben eine Reihe von Behinderungen, die Mitarbeiter mit einem Jobcoach haben können. Der Fokus lag zunächst auf Autismus-Spektrum-Störungen und einer Reihe von Begleiterkrankungen. Es wurden die Kosten für die Gesellschaft, optimale Bedingungen für das Arbeitsumfeld für eine Person mit Autismus und effektive Interventionen beschrieben, die einer Person mit Autismus in ihrem Arbeitsumfeld helfen können.

Darauf folgt ein Abschnitt über intellektuelle Beeinträchtigung, ein Begriff, der allgemein verwendet wird, wenn eine Person bestimmte Einschränkungen in der kognitiven und adaptiven Funktion hat. Es wurden optimale Bedingungen für das Arbeitsumfeld und wirksame arbeitsbezogene Maßnahmen identifiziert.

Der Abschnitt über psychiatrische Störungen beschrieb Schizophrenie, affektive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen. Es wurde dargelegt, wie sich diese Bedingungen manifestieren und was sie für das tägliche Leben oder Personen mit einer dieser Erkrankungen bedeuten.

Schließlich wurden in diesen Leitlinien eine Reihe von Beispielen für bewährte Praktiken im Jobcoaching mit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen hervorgehoben. Mit dem entsprechenden Wissen über bestimmte Behinderungen und wirksamen Interventionen können Jobcoaches dafür sorgen, dass Menschen mit Behinderungen effektiv und produktiv am freien Arbeitsmarkt teilnehmen können.