AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V. (HG.)

Individuelle Wege ins Arbeitsleben

Abschlussbericht zum Projekt
»Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«

Im Auftrag des Bundesministeriums
für Gesundheit und Soziale Sicherung
vorgelegt von der
Aktion Psychisch Kranke

Projektleitung: Dr. Niels Pörksen
Projektkoordination: Karl-Ernst Brill
Projektmitarbeiter: Christian Gredig und Bernd Jäger



Psychiatrie-Verlag

Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hg.). Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«.
Psychiatrie-Verlag, Bonn
ISBN 3-88414-370-0

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

1. Auflage 2004
© Aktion Psychisch Kranke e. V., Bonn
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung der Herausgeberin vervielfältigt oder verbreitet werden.
Redaktion: Karl-Ernst Brill
Herstellung: Psychiatrie-Verlag, Bonn
Umschlaggestaltung: p.o.l. kommunikation design, Köln
Satz: Marina Broll, Dortmund
Druck: Clausen & Bosse, Leck
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Vorwort

Der Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Arbeit und Beschäftigung muss erheblich verbessert werden. Dies ist erforderlich angesichts der alarmierenden Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation insbesondere chronisch psychisch erkrankter Menschen sowie der Vernachlässigung von Fragen der beruflichen Eingliederung in den Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung. Zentrale Probleme sind daneben die hohen Zugangsschwellen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die aufgrund starrer Konzepte hohe Abbruchquote bei Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung und Eingliederung.

Es ist notwendig, den Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Arbeit und Beschäftigung qualifiziert weiterzuentwickeln und deren besonderen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Dabei müssen die Bedürfnisse dieser Personengruppe in den Mittelpunkt gestellt (personenzentrierter Ansatz) und in entsprechenden Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern flexible Lösungen gefunden werden, die sich am individuellen Hilfebedarf orientieren.

Der Paradigmenwechsel von einrichtungs- bzw. maßnahmebezogenen zu personenbezogenen, integrierten und abgestimmten Hilfen ist insbesondere auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vollziehen. Dabei ist auch solchen psychisch behinderten Menschen der Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, die nur einige Male in der Woche für kurze Zeit arbeiten können oder deren Arbeitsfähigkeit durch einen Krankheitsrückfall beeinträchtigt wird (niedrigschwellige flexible Rehabilitations- und Beschäftigungsangebote).

Zur Realisierung dieses Ziels ist auch der Gesetzgeber gefordert, den Weg zu ebnen und bestehende legislative und administrative Hürden beim Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere im Bereich der stundenweisen so genannten niedrigschwelligen Beschäftigung zu beseitigen. Nun erfolgt die Veröffentlichung dieses Abschlussberichts zu einem Zeitpunkt weitreichender sozialrechtlicher Änderungen, über die derzeit noch beraten wird.

Bedeutsam für Fragen der Umsetzung der in diesem Bericht enthaltenen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen sind insbesondere die geplante Neuregelung der Aufgabenverteilung bzw. Zusammenarbeit zwischen der Agentur für Arbeit (Bundesanstalt für Arbeit) und den Trägern der Sozialhilfe. Darüber hinaus sind in weiteren Gesetzesvorhaben einzelne Änderungen im SGB IX sowie im Sozialhilferecht, hier insbesondere auch bezüglich der Leistungen der Eingliederungshilfen

für behinderte Menschen, in der Diskussion. Diese Vorhaben werden von der Aktion Psychisch Kranke aktiv und kritisch begleitet.

Handlungsleitend ist das Ziel, die Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe einzufordern, nach der den besonderen Bedürfnissen psychisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist. Dabei sind für diesen Personenkreis individuelle Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten zu erhalten bzw. zu eröffnen.

Bonn, im Dezember 2003

Regina Schmidt-Zadel
Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke e. V.

Niels Pörksen
Projektleiter

Inhalt

1 Einführung 9

1.1 Auftrag und Zielsetzung des Projekts 9

1.2 Vorgehen und Arbeitsweise 10

1.2.1 Zwischenbericht und Tagung 11

1.2.2 Der Abschlussbericht 12

2 Psychische Erkrankungen: Häufigkeit und Besonderheiten 13

2.1 Hilfebedarf und Hilfesuchverhalten 15

2.2 Verlaufsformen und Hilfebedarf 16

2.3 Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker/seelisch behinderter Menschen 17

2.4 Den »besonderen Bedürfnissen ist Rechnung zu tragen«: Anforderungen an die Organisation und Ausgestaltung von Hilfen 18

3 Die Teilhabe am Arbeitsleben als vorrangiges Ziel 20

3.1 Zur Arbeits- und Beschäftigungssituation 20

3.1.1 Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation 20

3.1.2 Zur Abklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 22

3.2 Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung 23

3.2.1 Zur Bedeutung von Arbeit 23

3.2.2 Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung im Überblick 24

3.2.3 Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 27

3.2.4 Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt 28

3.2.5 Niedrigschwellige Beschäftigung 29

3.2.6 Tätigkeiten im Dritten Sektor 29

3.2.7 Strategien zur Beschäftigungsförderung und Arbeitsaufnahme: Der »zweite« Arbeitsmarkt 30

3.3 Strategien zur Integration in Arbeit und Beschäftigung 31

3.3.1 Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung 31

3.3.2 Psychisch behinderte Menschen mit komplexem Hilfebedarf 32

3.3.3 Eingliederungsziele 35

3.4. Grundsätze 37

3.4.1 Frühzeitiger Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 37

3.4.2 Flexible, am Bedarf der Person orientierte Hilfen 40

3.4.3 Normalisierungsprinzip: Rehabilitation im betrieblichen Umfeld 42

3.5 Funktionale und personenzentrierte Organisation von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben 45
3.5.1 Beratung – Diagnostik – Planung 47
3.5.2 Unterstützung, Koordination und Abstimmung im Verlauf (Rehabilitationsmanagement) 49
3.5.3 Vorbereitende Hilfen 50
3.5.4 Qualifizierung 51
3.5.5 Unterstützung zur Erlangung und Erhaltung von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen 51

4 Bestandsaufnahme: Das System der Hilfen zur Rehabilitation und Teilhabe 52
4.1 Zum Stand des Berichtswesens und verfügbarer Daten 53
4.2 Die Angebote 57
4.2.1 Krankenbehandlung 59
4.2.2 Medizinische Rehabilitation und Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation 62
4.2.3 Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 65
4.2.4 Behinderungsgerechte Arbeits- und Beschäftigungsangebote 70
4.2.5 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 72
4.3 Teilhabe am Arbeitsleben: Zum Leistungsgeschehen 74
4.3.1 Zugang zu Leistungen 74
4.3.2 Zur Zahl der Rehabilitanden 75
4.3.3 Zum Ergebnis beruflicher Rehabilitationsleistungen 77
4.4 Koordination und Steuerung 78
4.4.1 Hilfeplanung und Koordinierung im Einzelfall 80
4.4.2 Zur Kooperation der Leistungserbringer 83
4.4.3 Regionale Bedarfsplanung 85

5 Sozialpolitische Ziele und sozialrechtliche Entwicklung 86
5.1 Das neue Recht der Rehabilitation und Teilhabe 87
5.2 Barrierefreiheit statt behindertengerechte Gestaltung 90
5.3 Die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter – Maßnahmen zu Lasten psychisch behinderter Menschen 91
5.4 Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt: Behinderte Menschen als »Betreuungskunden«? 92
5.5 Gesetz und Gesetzeswirklichkeit: Umsetzungsprobleme 94
5.6 Lernende Gesetzgebung: Berichterstattung 95

6 Zusammenfassende Bewertung 97

6.1 Strukturprobleme 98

6.2 Handlungsbedarf 100

7 Empfehlungen zur Weiterentwicklung 101

7.1 Die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben als vorrangiges Ziel 101

7.2 Strukturbedingte Verschwendung überwinden 103

7.3 Qualitätskriterien 104

7.3.1 Qualitätskriterien für die Ausgestaltung von Leistungen 104

7.3.2 Finanzierung der Hilfen 108

7.3.3 Wirtschaftliche Sicherung 109

7.4 Regionale Koordination, Steuerung und Berichterstattung 110

7.5 Empfehlungen für legislative Änderungen bzw. deren Prüfung 113

7.5.1 Verbesserung der Koordinierung der Leistungen und Zusammenwirken der Rehabilitationsträger 113

7.5.2 Absicherung einer leistungsträgerübergreifenden begleitenden Beratung und Betreuung 114

7.5.3 Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Umstellung von Leistungen an den Arbeitgeber auf Leistungen an den behinderten Menschen selbst 114

7.5.4 Alternative zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft 115

7.5.5 Neuausrichtung der institutionellen Förderung und Harmonisierung von Regelungen 116

7.5.6 Zugang zur Sozialversicherung bei behinderungsbedingt geringfügiger Beschäftigung 117

7.5.7 Auszahlung von Sozialleistungen

7.6 Implementationshilfen zur Umsetzung der Empfehlungen 118

8 Literaturverzeichnis 121

Mitglieder der Expertenkommission/
Mitglieder der Arbeitsgruppe 128

Mitglieder des Beirats 128

Anhang

Ein ausführliches Inhaltsverzeichnis zum Anhang ist am Ende dieses Bandes angefügt.

A: Materialien zur Bestandsaufnahme (Karl-Ernst Brill) 129

B. Ergebnisse der Regionalerhebungen:
Halle – Kassel – Oberbergischer Kreis
(Christian Gredig, Bernd Jäger unter Mitarbeit von Julia Pohl) 277

C. Rechtsgutachten: Die berufliche Förderung seelisch behinderter Menschen unter besonderer Berücksichtigung behinderungsgerechter Arbeit (Zuverdienstarbeitsplätze)
(Peter Mrozynski) 335

1 Einführung

1.1 Auftrag und Zielsetzung des Projekts

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, bzw. Gesundheit und soziale Sicherheit hat die Aktion Psychisch Kranke von Mai 2000 bis April 2003 das Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« durchgeführt.

Aufgabe des Vorhabens war die Beschreibung und Analyse des Systems der Hilfen zur Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und die Erarbeitung von Leitlinien einer personenzentrierten Organisation der notwendigen Hilfen und Empfehlungen zu ihrer Gestaltung.

Als Leitfrage wurde für das Projekt formuliert: Wie muss berufliche Rehabilitation und Eingliederung organisiert sein, damit sie den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung trägt? Die Beantwortung dieser Leitfrage ist von elementarer Bedeutung für die Umsetzung und praktische Ausgestaltung der normativen Vorgabe des SGB IX, nach der den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe Rechnung getragen wird (§ 10 Abs. 3 SGB IX).

Anstoß für die Durchführung des Projekts gab, dass es in den letzten Jahren zwar vielfältige Weiterentwicklungen im Bereich der Rehabilitation gegeben hat, bei denen insbesondere auch die Möglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erweitert wurden, insgesamt aber das gegenwärtige Rehabilitationssystem unübersichtlich und intransparent sowie regional sehr unterschiedlich entwickelt ist und Lücken aufweist. Es fehlt eine umfassende Bestandsaufnahme, die

- ein Gesamtbild der vorhandenen Angebote einschließlich deren Struktur und Arbeitsweise gibt,
- den Bereich von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Kontext mit weiteren im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Krankenbehandlung und sozialen Eingliederung betrachtet,
- als Grundlage für Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung im Sinne einer personenzentrierten Leistungserbringung dienen kann.

1.2 Vorgehen und Arbeitsweise

Zur Durchführung des Projektes wurde eine Expertenkommission[1] gebildet, die sich aus einem Beirat und einer aus diesem Kreis gebildeten Arbeitsgruppe – unterstützt durch wissenschaftliche Mitarbeiter (insgesamt 1,5 Stellen) – zusammensetzt. Dem Beirat gehören Fachleute aus den Bereichen

- Praxis der beruflichen Rehabilitation (unter Berücksichtigung der verschiedenen im Bereich der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen sowie der beteiligten Einrichtungen und Dienste)
- Rehabilitationsforschung
- Leistungsträger

sowie Vertreter

- des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen
- der Angehörigen psychisch Kranker Menschen
- des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung
- des Bundesministeriums für Gesundheit an.[2]

Diese Zusammensetzung trägt der Komplexität des Themas Rechnung und soll durch die Einbeziehung der unterschiedlichen beteiligten Handlungsebenen ein abgestimmtes Vorgehen im Forschungsvorhaben gewährleisten sowie die Möglichkeit zu einer zügigen Implementation der Ergebnisse eröffnen.

In Anbetracht der Vielzahl von Einrichtungen und Diensten und der bestehenden Unterschiede auch bei gleich bezeichneten Angeboten wurde von der Expertenkommission die Durchführung einer eigenen Erhebung zur detaillierten Bestandsaufnahme des Rehabilitationsgeschehens in der Bundesrepublik im Rahmen dieses Projektes weder als leistbar noch als sinnvoll erachtet, zumal ein erheblicher Teil von quantitativen Daten – allerdings weit verstreut – bereits verfügbar ist. Maßgeblich für diese Entscheidung war vor allem die im Rahmen des Bundesmodellprogramms Psychiatrie gewonnene Erkenntnis, dass über eine umfangreiche Sammlung mit quantitativen Daten noch keine Rückschlüsse auf die Qualität des Angebotes ermöglicht werden.

Weiter bestand auf der Grundlage vorliegender Erkenntnisse aus vorausgegangenen Vorhaben[3] Übereinstimmung, dass es bei der Rehabilitation von Menschen

1 Ein Verzeichnis der Mitglieder von Arbeitsgruppe und Beirat ist dem Bericht als Anl. 1 beigefügt.

2 Die für dieses Projekt relevanten Abteilungen und Referate des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des Bundesministeriums für Gesundheit wurden im Herbst 2002 organisatorisch im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zusammengeführt.

3 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter, Bonn 1987; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) Empfehlungen der Expertenkommission, Bonn 1988; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, Baden-Baden 1999.

mit psychischen Beeinträchtigungen von entscheidender Bedeutung ist, dass die im Einzelfall erforderlichen Hilfen wohnortnah verfügbar sind und entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls abgestimmt erbracht werden.

Vor diesem Hintergrund beschränkte sich die Arbeitsgruppe bei der Konkretisierung der Vorgehensweise auf folgende Schwerpunkte:

- Die Entwicklung und Diskussion von Strukturanforderungen und Qualitätskriterien in Form von Leitlinien.
- Die Durchführung von Regionalerhebungen, um exemplarisch die verfügbaren Hilfeangebote und das rehabilitative Geschehen sowie die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ausgewählten Regionen zu erfassen (eine detaillierte Darstellung der Vorgehensweise enthält Anhang B).
- Eine Bestandsaufnahme zur Situation in der Bundesrepublik, bei der eine Beschränkung auf die Ermittlung, Zusammenstellung und Auswertung bereits routinemäßig erhobener Daten sowie die Auswertung von aktuellen Studien und der Forschungsliteratur erfolgte.

In dieser Zielsetzung erfolgte im Rahmen des Projekts auch eine Kooperation mit anderen Vorhaben, unter anderem zu der im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit in Köln durchgeführten Bestandsaufnahme »Wege in die berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter«[4].

1.2.1 Zwischenbericht und Tagung

Zum 31. März 2002 wurde ein Zwischenbericht vorgelegt, der auf der Grundlage der bis dahin zusammengetragenen Daten zur Bestandaufnahme und der Regionalerhebungen eine zusammenfassende Übersicht zu zentralen Strukturproblemen gegeben hat und grundsätzliche Überlegungen zur Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben enthielt. Den Schwerpunkt bildeten dabei die Darstellung von Anstößen und Anforderungen an die Umorientierung im Hilfesystem zu einer personenzentrierten, den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung tragenden Organisation und Ausgestaltung von Hilfen in Form von Leitlinien zur Weiterentwicklung.

Der im Rahmen des Projekts erarbeitete Entwurf für Leitlinien zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde im Rahmen der Tagung »Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen« am 13./14. Mai 2002 in Berlin zur Diskussion gestellt. Das mit den Leitlinien verfolgte Anliegen der nachhaltigen Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch

4 Haerlin, C.: Berufliches Trainingszentrum Köln: Wege in die berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter – Bestandsaufnahme in Köln, Bericht, Dezember 2000.

kranke und behinderte Menschen wurde dabei durch den damaligen Bundesminister für Arbeit, Walter Riester, und den Vorstandsvorsitzenden der Bundesanstalt für Arbeit, Florian Gerster, in ihren Eröffnungsvorträgen aufgegriffen. Sie plädierten für »eine Umorientierung von einer in der Vergangenheit allzu oft einrichtungszentrierten Sichtweise hin zu einer personenzentrierten und ressourcenorientierten Sichtweise« und stellten die dem SGB IX verbesserten rechtlichen Möglichkeiten zu einer personenzentrierten Erbringung von Hilfen und zur besseren Verzahnung von Leistungen der beruflichen und der medizinischen Rehabilitation heraus. Die Beiträge und Ergebnisse der Tagung sind zwischenzeitlich gesondert veröffentlicht worden.[5]

Die Vorstellung der Leitlinien ist nicht nur bei den 700 Teilnehmern der Tagung, sondern insgesamt in der Fachdiskussion auf sehr positive Resonanz gestoßen. So gab es in Folge der Vorlage des Zwischenberichts und der Tagung zahlreiche Anfragen zur Publikation der Zwischenergebnisse des Projektes und der Leitlinien in Verbands- und Fachzeitschriften[6] sowie zur Mitwirkung bei Fachtagungen und Facharbeitskreisen.

1.2.2 Der Abschlussbericht

Der vorliegende Abschlussbericht enthält auf der Grundlage der Bestandsaufnahme, der themenbezogenen Expertengespräche sowie der Ergebnisse der im Mai 2002 durchgeführten Fachtagung

- eine zusammenfassende Übersicht zu zentralen Strukturproblemen des bestehenden Systems;
- grundsätzliche Überlegungen zur Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben einschließlich der Darstellung von Anstößen und Anforderungen an die Weiterentwicklung zu einer personenzentrierten, den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung tragenden Organisation und Ausgestaltung von Hilfen.

Die Ergebnisse und Materialien zur Bestandsaufnahme sind im Anhang beigefügt. Der erste Teil (Anhang A) enthält zusammenfassende Übersichten

- zu den verschiedenen Formen und der Verbreitung psychischer Störungen. Verlaufsformen und fachlichen Standards, die bei der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe zu Grunde zu legen sind;

5 Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Bonn 2002.

6 Eine Veröffentlichung der Leitlinien erfolgte u. a. in: Psychosoziale Umschau H. 3, 2002, S. 16–19, Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, H 4, 2002, S. 9–12, Impulse (Bundesarbeitsgemeinschaft für unterstützte Beschäftigung) Nr. 24, 2002, S. 4–11, Werkstatt: Dialog (Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen) H. 4, 2003, S. 13–14.

- der rechtlichen Rahmenbedingungen und ihrer Ausgestaltung;
- zu den bestehenden Einrichtungen und Diensten sowie
- zur Lebenslage von chronisch psychisch kranken Menschen.

Der zweite Teil (Anhang B) enthält die Regionalberichte mit der Beschreibung der Vorgehensweise, der Analysen und Bewertungen der Hilfen und des Systems der Hilfen in den Regionen Halle, Kassel (Stadt und Landkreis) und Oberbergischer Kreis. Des Weiteren wurde Prof. Dr. Peter Mrozynski mit der Erstellung eines Rechtsgutachtens »zur beruflichen Förderung seelisch behinderter Menschen unter besonderer Berücksichtigung behinderungsgerechter Arbeit« beauftragt. Ziel war dabei zu klären, inwieweit eine Umsetzung der im Zwischenbericht formulierten Vorschläge und Anforderungen an die Weiterentwicklung bereits auf der Grundlage des geltenden Sozialrechts möglich ist bzw. legislativer Änderungsbedarf gesehen wird. Das Gutachten ist dem Bericht als Anhang C beigefügt.

2 Psychische Erkrankungen: Häufigkeit und Besonderheiten

Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet im Lauf des Lebens an einer psychischen Störung unterschiedlichen Schweregrades und unterschiedlicher Dauer. Das Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« beschränkt sich auf Personen im erwerbsfähigen Alter mit eher schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen. Es handelt sich dabei um denjenigen Personenkreis, der im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oft Rehabilitationsleistungen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben) benötigt. Unter diagnostischen Aspekten handelt es sich hierbei insbesondere um Personen mit Schizophrenien, Depressionen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen.[7] Solche vergleichsweise schweren Verläu-

7 Eine ausführliche Darstellung epidemiologischer Daten enthält Anhang A Kap. 1. Nicht berücksichtigt wurden Abhängigkeitserkrankungen, die spezifische Behandlungs- und Rehabilitationsangebote erfordern und bei denen bezüglich der sozialrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen zu beachten sind. Zu Rehabilitationskonzepten und einer aktuellen Bestandsaufnahme der Hilfen für diesen Personenkreis vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Alkohol – Drogen – Medikamente, Heft 12, Frankfurt/Main 1996; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin, Frankfurt/Main 2002.

fe und ein hieraus resultierender längerfristiger Bedarf an Leistungen zur Krankenbehandlung sowie ggf. zur Rehabilitation und Teilhabe tritt bei etwa 3–5 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens auf.

Unter Bezugnahme auf die jährliche Rate der Neuerkrankungen (Inzidenz) und die Dauer der Erkrankung/Behinderung ist davon auszugehen, dass aktuell etwa 400.000 bis 500.000 Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland von einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung betroffen sind und längerfristig je nach den individuellen Erfordernissen Leistungen zur Krankenbehandlung, Rehabilitation und Teilhabe benötigen.

Entscheidend für das richtige Verständnis der Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen[8] bei der Behandlung und Rehabilitation sind die Unterschiede im Krankheitsverlauf gegenüber somatisch kranken bzw. behinderten Personengruppen. Bei Personen z. B. mit Schlaganfall oder Herzinfarkt erfolgte eine zeitlich begrenzte Akutbehandlung, an die sich eine medizinische und ggf. berufliche Rehabilitation anschließt. Akutbehandlung und Rehabilitation lassen sich hier in ihrer zeitlichen Abfolge grundsätzlich voneinander trennen. Vergleichsweise unproblematisch ist deshalb die Finanzierung der Akutbehandlung durch die Krankenversicherung und die Finanzierung der Rehabilitation durch die zuständigen Rehabilitationsträger.

Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die für viele organische Erkrankungen typische zeitliche Abfolge von Akutbehandlung und Rehabilitation in der Regel nicht gegeben. Kennzeichnend für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist vielmehr, dass es auch während der Rehabilitationsmaßnahme nahezu regelhaft zum Auftreten akuter Krankheitssymptome unterschiedlicher Dauer kommt. Rückschritte bei bereits erzielten Rehabilitationserfolgen sind jederzeit möglich und treten bei der Mehrzahl der Rehabilitanden auf.[9] Eine strenge zeitliche Trennung von Akutbehandlung und Rehabilitation ist deshalb nicht möglich; vielmehr sind medizinische Behandlung und Rehabilitation in unterschiedlichem Ausmaß miteinander verflochten. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung hängt letztlich davon ab, dass

8 In diesem Bericht wird der Begriff der Beeinträchtigung synonym mit der Definition der Behinderung im SGB IX verwendet: »Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.« (§ 2 Abs. 1 SGB IX) Mit dem SGB IX wurden wesentliche Aspekte der von der Weltgesundheitsorganisation vorgelegten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) aufgenommen, insbesondere die funktionale Definition von Funktionsfähigkeit und Behinderung.

9 Im gegenwärtigen System der Organisation und Ausgestaltung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation führen solche Rückschritte bei Menschen mit psychischer Erkrankung häufig auch zum Abbruch von Maßnahmen; vgl. Anhang A, Kap. 5.2.1.3.

das reibungslose Zusammenwirken von Akutbehandlung und Rehabilitation für einen vergleichsweise langen Zeitraum gewährleistet wird.

Nachdem im Krankenversicherungsrecht bereits seit 1989 die Vorgabe enthalten ist, wonach den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist (§ 27 Abs. 1 SGB V), wurde mit dem SGB IX eine analoge Bestimmung in das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen aufgenommen: »Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.« (§ 10 Abs. 3 SGB IX) Dabei hat der Gesetzgeber allerdings weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung eine Definition dieser »besonderen Bedürfnisse« vorgenommen bzw. näher erläutert. Da psychische Störungen und seelische Behinderungen hinsichtlich Art, Ausprägung und Verlauf auch bei gleicher Diagnose ungemein vielfältig sein können,[10] ist die psychiatrische Fachdiskussion noch nicht abgeschlossen, die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zu definieren.

Mithin wird dann häufig das Fazit gezogen, dass es **den** psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen nicht gibt und dabei übersehen, dass dies auch auf andere Erkrankungen und Behinderungen zutrifft: Bei einem Menschen, der erblindet, gehörlos oder in Folge einer Lähmung auf den Rollstuhl angewiesen ist, sind lediglich die Beeinträchtigungen von Funktionen des Körpers oder der Sinne eindeutig zu beschreiben und zu messen; allein das Bestehen einer solchen Behinderung ermöglicht aber noch keine Aussage darüber, welche Art von Hilfe und Unterstützung ein Mensch mit einer solchen Behinderung im Einzelfall in welchem Umfang tatsächlich benötigt, damit seine Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert wird.

2.1 Hilfebedarf und Hilfesuchverhalten

Erforderlich ist daher jeweils eine differenzierte Betrachtung des im Einzelfall bestehenden Bedarfs an Hilfen, wobei es für Art und Umfang des Hilfebedarfs entscheidend ist, ob durch die Erkrankung oder andere Faktoren die Fähigkeit zur Inanspruchnahme und Verknüpfung notwendiger Hilfen beeinträchtigt ist. Unter diesem Aspekt »lassen sich idealtypisch fünf Gruppen von Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Störungen unterscheiden:

- Menschen, die ihre psychischen Störungen selbst (oder mit Unterstützung der Angehörigen und/oder Selbsthilfegruppen) – ohne professionelle Hilfe – kompensieren können;
- Menschen mit (schweren) psychischen Störungen oder Erkrankungen, die keine

10 Vgl. Anhang A, Kap. 1.1 u. 1.2.

psychiatrische Hilfe wollen und diese nicht gegen ihren erklärten Willen benötigen;
- Menschen, die ihre psychischen Störungen mit hausärztlicher Unterstützung oder auch nichtpsychiatrischen (Lebens-)Beratungsstellen ausreichend bewältigen können;
- Menschen, die psychiatrische Behandlung durch niedergelassene Fachärzte/-innen für Psychiatrie und Psychotherapeuten benötigen und aktiv in Anspruch nehmen (dazu gehören auch Menschen, die ggf. ärztlich verordnete ambulante Behandlungen wie Krankenpflege, Ergotherapie, Bewegungstherapie oder andere ambulante soziale Hilfen benötigen, diese aktiv in Anspruch nehmen und für sich koordinieren können);
- Menschen, die in Folge ihrer psychischen Erkrankung bzw. Störung, ihrer Fähigkeitsstörungen und der eingetretenen oder drohenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe[11] einen komplexen Hilfebedarf haben und die (zeitweise) *nicht* in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen von sich aus in Anspruch zu nehmen, oder – wenn diese Hilfen nur in additiver Form verfügbar sind – diese von sich aus ausreichend zu koordinieren«.[12]

2.2 Verlaufsformen und Hilfebedarf

Im Rahmen des Projektauftrags wurde vor allem der letztgenannten Gruppe – bei der es sich um Menschen mit einer seelischen Behinderung im Sinne von § 1 Abs. 1 SGB IX[13] handelt – besonderes Augenmerk gewidmet. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch schwere sowie chronisch verlaufende psychische Erkrankungen nicht automatisch in einen irreversiblen Zustand münden und zu dauerhafter Hilfebedürftigkeit führen. Hinsichtlich des Verlaufs lassen sich idealtypisch drei Formen unterscheiden:[14]
- Bei einem großen Teil – je nach Art der Erkrankung zwischen einem und zwei Dritteln – tritt nur eine Krankheitsphase auf; diese Gruppe benötigt im An-

11 Entsprechend § 2 Abs. 1 SGB IX; WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Entwurf der deutschsprachigen Fassung, Frankfurt/Main 2002.

12 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band I, Baden-Baden 1999, S. 34 f.

13 Einbezogen sind dabei explizit auch die Menschen, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, weil aufgrund von Art und Ausprägung der Erkrankung zu erwarten ist, dass ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

14 Vgl. hierzu auch die Ausführungen zu psychischen Störungen mit psychiatrischem Handlungsbedarf in Anhang A, Kap. 1.2.

schluss an die Akutbehandlung nur vergleichsweise kurzfristig rehabilitative Leistungen, beispielsweise im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung. Diese Personen können dann wieder auf ihren Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zurückkehren bzw. eine Ausbildung fortsetzen.

- Bei einem weiteren Teil treten wiederholt akute Krankheitsphasen auf, die aber ebenfalls nicht zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen. Diese Menschen benötigen ggf. wiederholt rehabilitative Leistungen und begleitende Unterstützung, sind aber ansonsten in den Zeiten zwischen den Krankheitsphasen voll leistungsfähig.
- Lediglich bei einem vergleichsweise kleinen Teil – ca. 10 bis 15 % – treten längerfristig fortbestehende Beeinträchtigungen auf, in deren Folge ein längerer, teilweise mehrjähriger Bedarf an Leistungen zur Behandlung sowie zur Rehabilitation und Teilhabe besteht. Aber auch bei diesen Verlaufsformen treten zwischenzeitlich Stabilisierungen ein, sodass nicht während des gesamten Zeitraums ein Bedarf an intensiven und umfassenden Hilfen besteht; vielmehr können auch längere Phasen gegeben sein, in denen trotz fortbestehender Beeinträchtigungen sowie einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit nur ein vergleichsweise geringer Bedarf an Hilfen besteht. Bei dieser Gruppe ist außerdem zu berücksichtigen, dass auch bei einem langjährigen Verlauf noch eine Rückbildung der funktionellen Beeinträchtigungen möglich ist.

2.3 Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker/seelisch behinderter Menschen

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen lassen sich zusammenfassend folgende Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen (i. S. § 2 Abs. 1 SGB IX) beschreiben:

- Störungen und Beeinträchtigungen psychischer Funktionen, die sich beispielsweise im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln äußern, sind für den hiervon betroffenen Menschen wie auch für Dritte nicht auf den »ersten Blick« als Ausdruck einer Erkrankung oder Behinderung erkennbar. Infolge dieser Störungen ist häufig auch die Fähigkeit zur selbstständigen Inanspruchnahme erforderlicher und angemessener Hilfen beeinträchtigt.
- Chronische psychische Erkrankungen und in deren Folge eintretende Behinderungen verlaufen nicht linear bzw. kontinuierlich im Sinne einer vorgezeichneten bzw. vorhersehbaren Entwicklung, sondern zumeist diskontinuierlich: Nach Phasen einer Stabilisierung – auch ohne vollständige Genesung – können Schwankungen mit weiteren Verbesserungen ebenso wie mit Verschlechterungen auftreten, die nicht längerfristig vorhersagbar sind. Dabei ist zu be-

rücksichtigen, dass psychische Funktionsbeeinträchtigungen ***nie*** in einen endgültigen Zustand münden und auch bei einem langjährigen Verlauf noch zum Teil deutliche Besserungen möglich sind.

- Menschen mit einer seelischen Behinderung haben in der Regel einen ***komplexen Bedarf an Hilfe und Förderung***, bei dem Leistungen zur Behandlung – insbesondere auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation – und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ggf. zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft je nach Situation des Einzelfalls nicht nur nacheinander (entsprechend der herkömmlichen Stufung: Akutbehandlung → medizinische Rehabilitation → Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), sondern ggf. auch gleichzeitig gewährt werden. Hierbei ist der Besonderheit Rechnung zu tragen, dass die Fähigkeit zur selbstständigen Inanspruchnahme bzw. zur Koordination von nur nebeneinander oder nacheinander (»additiv«) verfügbaren Hilfen beeinträchtigt sein kann.
- Die bei einem diskontinuierlichen Verlauf phasenweise – in größeren Zeitabständen – schwankende Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit können ebenso wie eine längerfristig stark verminderte Leistungsfähigkeit eine wesentliche Hürde für die ***Teilhabe am Arbeitsleben*** und Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt darstellen. Dies gilt insbesondere in Anbetracht der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation.

2.4 Den »besonderen Bedürfnissen ist Rechnung zu tragen«: Anforderungen an die Organisation und Ausgestaltung von Hilfen

Um diesen Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen Rechnung zu tragen, ergeben sich spezifische Anforderungen an die Organisation und Ausgestaltung von Hilfen und des Hilfesystems. Die hierbei zugrunde zu legenden Prinzipien sind in der Psychiatrie-Enquete[15] formuliert und seither fachlich und konzeptionell über den vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten Vorschlag zur Ausgestaltung des Systems der beruflichen Eingliederung entsprechend den spezifischen Bedürfnissen psychisch behinderter Menschen[16] sowie die Empfehlungen der Expertenkommission[17] bis

15 Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975.

16 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter – Vorschlag für ein behinderungsgerechtes System der beruflichen Eingliederung, Bonn 1987.

17 Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen

hin zu dem Paradigmenwechsel von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung[18] weiterentwickelt worden.

Auf der Grundlage der Prinzipen der

- gemeindenahen Versorgung,
- Gleichstellung psychisch kranker mit körperlich kranken Menschen,
- bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch kranker und behinderter Menschen,
- bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste

wurde in den letzten drei Jahrzehnten zwar eine beachtliche Weiterentwicklung vollzogen, die zu unbestrittenen Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung geführt hat.[19] Im Zuge dieser Entwicklung wurde aber auch deutlich, dass allein der Auf- und Ausbau von Diensten und Einrichtungen nicht dem spezifischen Bedarf von chronisch psychisch kranken Menschen Rechnung trägt, wenn diese Hilfen nur in **additiver** Form verfügbar sind.

Dieser Personenkreis ist vielmehr darauf angewiesen, dass die erforderlichen Hilfen koordiniert und abgestimmt (integriert »wie aus einer Hand«) erbracht werden und im Einzelfall auch ein niedrigschwelliger (»barrierefreier«) und motivierender Zugang möglich ist.[20]

Bezüglich des Zugangs zu Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist insbesondere zu berücksichtigen, dass bei dem oft wechselnden Verlauf psychischer Erkrankungen eine (abschließende) Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und des Rehabilitationsbedarfs in aller Regel nicht vor der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen mit praktischen Erprobungen möglich ist.

---

der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn 1988.

18 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999.

19 Vgl. Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, Bericht zur 76. Gesundheitsministerkonferenz, 2003; Aktion Psychisch Kranke (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I u. II, Bonn 2001.

20 Die im Einzelnen zu berücksichtigenden Anforderungen an die Organisation und Ausgestaltung von Hilfen werden eingehend in Kap. 3.4 und 7.3 dargestellt.

3 Die Teilhabe am Arbeitsleben als vorrangiges Ziel

Im Zuge der Psychiatriereform konnten seit Beginn der 70er-Jahre wesentliche Fortschritte erzielt werden, die insbesondere den Aufbau gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote und die rechtliche Gleichstellung psychisch kranker und somatisch kranker Menschen betreffen. Wenngleich auch hier angesichts der teilweise erheblichen regionalen Unterschiede sowie der völlig unzureichenden Verfügbarkeit von Angeboten zur medizinischen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen noch Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung besteht, gibt es einen Bereich, der bisher vernachlässigt worden ist: Die Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Psychiatrie-Erfahrenen haben sich in ihren Aussagen zu den »blinden Flecken« der Psychiatriereform eindeutig geäußert. Bei den sechs benannten blinden Flecken ging es viermal um das Thema Arbeit: Im Mittelpunkt standen dabei das Finden von Arbeit, eine gerechte Entlohnung und flexible Lösungen, die auf Fähigkeiten und Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen.[21]

Dass zur Ermöglichung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen noch ganz erheblicher Handlungsbedarf besteht, belegen die aktuellen Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation dieses Personenkreises.

3.1 Zur Arbeits- und Beschäftigungssituation

3.1.1 Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation

Die Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind alarmierend: So sind nach dem im Jahr 2001 vorgelegten Armutsbericht der Bundesregierung von den Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt nur wenig mehr als die Hälfte erwerbstätig (wobei auch die Tätigkeit als Hausfrau zur Erwerbstätigkeit gezählt wurde) oder in Ausbildung und rund 43 % aus dem Erwerbsleben ausgeschieden.

Noch dramatischer fällt die »Beschäftigungsbilanz« bei chronisch psychisch erkrankten Menschen aus: Nach den Ergebnissen neuerer Untersuchungen[22] ist

21 Schernus, R.: »Moderne Zeiten« – Mögliches und Unmögliches in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2, 2001, S. 33–38.

22 Da in den auf Bundesebene verfügbaren statistischen Daten keine Angaben zur Arbeits- und Beschäftigungssituation verfügbar sind, kann hier nur auf einzelne Untersuchungen zurückgegriffen werden, deren Ergebnisse ausführlich in Anhang A, Kap. 5.1 dargestellt sind.

davon auszugehen, dass maximal 10 % dieser Personengruppe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (voll- oder teilzeit) beschäftigt sind, rund 20 % einen beschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, etwa 5 % Angebote zum beruflichen Training bzw. zur beruflichen Rehabilitation nutzen; Hilfeangebote, die auch Tagesgestaltung und damit Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, werden von rund 15 % genutzt. Durchschnittlich die Hälfte aller chronisch psychisch kranken Menschen ist ohne jegliches Arbeits- oder Beschäftigungsangebot, also »zur Untätigkeit verurteilt«.

Diese Verteilung wird in der Tendenz auch durch Erkenntnisse bestätigt, die durch die im Rahmen des Projekts durchgeführten Regionalerhebungen gewonnen werden konnten. Die in der Tabelle 1 aufgeführten Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation der im Rahmen von Angeboten des ambulant betreuten Wohnens betreuten Klienten spiegeln dabei auch die Bedeutung der Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie der Verfügbarkeit von beschützten Arbeitsmöglichkeiten und tagesgestaltenden Angeboten wider.

Tabelle 1: Arbeits- und Beschäftigungssituation der Klienten des Betreuten Wohnens[23]

	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Integrations-Betrieb	WfbM	Zuverdienst	Tagesstätte	Ausbildung Reha	Ehrenamt	ohne Beschäftigung (Rente, arbeitslos)
Halle	0,0	2,5	0,6	2,5	0,6	0,0	0,0	93,6
Kassel	2,9	2,0	22,5	0,0	24,2	2,0	0,4	45,9
Oberberg. Kreis	5,7	2,3	24,1	6,9	12,6	6,9	2,3	39,1

Insgesamt weisen die vorliegenden Daten auf einen drängenden Handlungsbedarf zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Erkrankungen hin, der noch dadurch erhöht wird, dass diesen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen eine zunehmende Bedeutung zukommt: Die Zahl der mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose im Krankenhaus behandelten Patienten ist von 726.692 im Jahr 1994 kontinuierlich auf 850.466 im Jahr 1999 gestiegen.[24] Bei den als schwerbehindert anerkannten Menschen ist die Zahl der psychisch behinderten Menschen überproportional gestiegen, sodass deren Anteil unter den schwerbehinderten Menschen von 2,05 % im Jahr 1987 auf 3,04 % im Jahr 1999 zugenommen hat.[25]

23 Zu weiteren Angaben vgl. Nr. 6 im statistischen Anhang zu den Regionalberichten, Anhang B sowie Anhang A, Kap. 5.1.

24 Quelle: Statistisches Bundesamt, vgl. Anhang A, Kap. 1.1.

25 Quelle: Statistisches Bundesamt, vgl. Anhang A, Kap. 1.5.

3.1.2 Zur Abklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Es gehört zu den Regelaufgaben von Einrichtungen und Diensten der Primärversorgung (niedergelassene [Fach-]Ärzte, Krankenhäuser), auch eine Abklärung des Bedarfs an rehabilitativen Leistungen vorzunehmen; daneben sollte sie auch im Bereich der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Dienste selbstverständlich sein.

Die im Rahmen der Regionalerhebungen gewonnenen Erkenntnisse weisen diesbezüglich auf erhebliche Defizite hin: Zwar werden von den Einrichtungen und Diensten nahezu durchgängig auch Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation erhoben, es erfolgt aber keine systematische und zielorientierte Abklärung eines möglicherweise bestehenden Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In den Erhebungsregionen war eine individuelle, Leistungsträger und Leistungserbringer übergreifende Rehabilitationsplanung noch nicht eingeführt: Hierdurch bedingt orientieren sich die in Betracht gezogenen Hilfe- und Betreuungsmöglichkeiten in erster Linie an den Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtung und den institutionellen Angeboten vor Ort. Eine Dokumentation des Leistungsgeschehens zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt in den Einrichtungen und Diensten nur vereinzelt mit der Folge, dass entsprechende Daten nicht zur Verfügung gestellt werden konnten.[26]

Mithin ist es derzeit nicht möglich, zuverlässige quantitative Daten zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorzulegen; Anhaltspunkte zum Bedarf können derzeit im Wesentlichen nur aus den vorstehend angeführten Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation gewonnen werden.

Um einen weiteren Orientierungspunkt zu erhalten, wurde im Oberbergischen Kreis in Zusammenarbeit mit drei niedergelassenen Nervenärzten eine kleine Erhebung durchgeführt, bei der im Rahmen einer Zufallsauswahl insgesamt 428 Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose (affektive Störungen, Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) einbezogen wurden. Die dabei gewonnenen Angaben zur Arbeits- und Beschäftigungssituation decken sich weithin mit den im Armutsbericht veröffentlichten. Ergänzend wurden die Ärzte um die Einschätzung gebeten, ob bei den Patienten ein Bedarf an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht. Bei 82 der Patienten (dies entspricht einem Anteil von 19,2 %) bestand nach Einschätzung der Ärzte ein entsprechender Bedarf. Erschreckend war dann vor allem, dass nach Information der Ärzte diese 82 Patienten derzeit weder entsprechende Hilfen erhalten noch solche Hilfen geplant seien.

26 Vgl. Anhang B, Kap. 4.1.5, 4.2.6, 4.3.6 und 5. Diese Befunde der Regionalerhebungen weisen exemplarisch auf eine bundesweit vorzufindende Situation hin. Im Zuge der Projekte zur Implementation des personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung zeichnet sich hier langsam ein Wandel ab, durch den die Arbeits- und Beschäftigungssituation und der diesbezügliche Handlungsbedarf zunehmend ins Blickfeld gerät.

3.2 Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung

3.2.1 Zur Bedeutung von Arbeit

Die vielschichtige Bedeutung von Arbeit wie auch die sozialen, gesundheitlichen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit sind in den letzten Jahrzehnten wiederholt untersucht und beschrieben worden.[27] Ein zentraler Aspekt ist, dass die Teilhabe an der Erwerbsarbeitsgesellschaft und das dadurch erzielbare Einkommen die Lebenssituation der Menschen wesentlich bestimmt. Daneben hat die Teilhabe am Arbeitsleben gerade für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen große Bedeutung, denn:

»Arbeit verschafft

- ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer;
- eine Möglichkeit, sich in normalen sozialen Rollen (Nicht-Patientenrolle) zu engagieren und somit einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken;
- ein leicht identifizierbares Kriterium für Genesung;
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität;
- soziale Kontakte und Unterstützung;
- ein Mittel zur Tagesstrukturierung.«[28]

Die Bedeutung einer angemessenen, den Neigungen und Fähigkeiten eines Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entsprechenden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit im Hinblick auf die persönliche[29] und psychische Stabilisierung[30] ist durch zahlreiche Studien eindrucksvoll belegt worden.

Damit diese Effekte zum Tragen kommen können ist es von entscheidender

---

27 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001.

28 Empfehlungen der Expertenkommission 1988, S. 176 f. in Anlehnung an Bennett, D.: Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation. In: Cranach, M., Finzen, A. (Hg.): Sozialpsychiatrische Texte, New York, Heidelberg, Toronto, 1972, S. 68–78 und Shepherd, G.: Institutional Care and Rehabilitation, London 1984.

29 Zur Bedeutung von Arbeit für die Lebensqualität und -zufriedenheit von psychisch erkrankten Menschen vgl. u. a. Hoffmann, K., Priebe, S. Isermann, M., Kaiser, W.: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis 24, 1997, S. 221–226. Priebe, S.: Welche Ziele hat die psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie? Psychiatrische Praxis 26, 1999, Sonderheft 1, S. 36–40.

30 Zur rezidivprophylaktischen Wirkung von Arbeit vgl. u. a. Reker, T.: Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. Psychiatrische Praxis 26, 1999, Sonderheft 1, S. 12–15. Vetter, P., Kiel, M., Solothurn, C.: Die Rehabilitation psychisch Behinderter in Wohngemeinschaften: Der Einfluss der Arbeitsleistung und anderer Variablen auf die Hospitalisierungsdauer. Psychiatrische Praxis 17, 1990, S. 78–84.

Bedeutung, dass die Integration in ein Arbeitsverhältnis gelingt, das den Neigungen und Fähigkeiten des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entspricht und Überforderung ebenso vermeidet wie Unterforderung.[31]

Diese Anforderung steht in Übereinstimmung mit der normativen Zielsetzung des SGB IX, nach der die Leistungen zur Teilhabe darauf ausgerichtet sind, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

3.2.2 Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung im Überblick

Das Spektrum der möglichen Teilhabe am Arbeitsleben ist sehr breit – nicht nur hinsichtlich der Art der Tätigkeit, sondern auch bezüglich der Formen von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen. Bei der Wahl zwischen verschiedenen, realisierbaren Optionen ist die Selbstbestimmung von behinderten Menschen[32] zu respektieren.

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kommt bezüglich der Arbeits-, Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse grundsätzlich das gesamte Spektrum der produzierenden oder dienstleistenden Aufgaben und Tätigkeiten in Betracht. Je nach Verlauf und Ausprägung der psychischen Störungen ergibt sich als zentrale Anforderung an die »behinderungsgerechte« Ausgestaltung des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses, dass ein ggf. diskontinuierliches oder gemindertes Leistungsvermögen zu berücksichtigen ist.

Eine Übersicht zu den verschiedenen Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung gibt die nachstehende tabellarische Darstellung (Abb. 1), zu der im Folgenden noch einige ergänzende Erläuterungen gegeben werden.

Ingesamt berücksichtigt die Übersicht

- die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit, was bei diesem Personenkreis eher selten in Betracht kommt,
- das gesamte Spektrum von Beschäftigungsverhältnissen auf dem allgemeinen

31 Die vor allem aus Über- aber auch aus Unterforderung resultierenden Belastungen und die sich daraus ergebenden Gesundheitsrisiken haben in den letzen Jahren zunehmend an Bedeutung und Beachtung gewonnen; vgl. u.a. Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 145 f. und das im Jahr 2001 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung begonnene Aktionsprogramm »Initiative neue Qualität der Arbeit« (INQA), bei der insbesondere auch Gesundheitsrisiken durch psychische Belastungen in der Arbeitswelt im Mittelpunkt stehen. Für den Personenkreis der chronisch psychisch erkrankten Menschen ist die Vermeidung dieser Risiken von geradezu existenzieller Bedeutung und eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Teilhabe am Arbeitsleben.

32 Die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ist Leitziel des Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (§ 1 SGB IX).

Abb. 1: Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung

1	2 Beschäftigungsverhältnis	3 Zeitl. Umfang der Tätigkeit	4 Subvention	5 Entgelt	6 Zugang zur Sozialversicherung	7 Existenzsicherndes Einkommen
Allgemeiner Arbeitsmarkt	Selbständig (einschl. selbstständige Beschäftigung, z.B. bildnerisches Gestalten)	Nicht geregelt	Nein – Ausnahme: »Starthilfe« bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit aus Arbeitslosigkeit und Anspruch auf AlG/AlHI	Leistungsentgelt/ Honorar	Privat zu versichern	
	»normales« unbefristetes Arbeitsverhältnis	Vollzeit	Ohne	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	Ja
			Mit: (Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	Ja
		Teilzeit	Ohne	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Mit: (Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
	Befristetes Arbeitsverhältnis	Vollzeit/Teilzeit	Ohne	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Mit: (Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen Strukturanpassungsmaßnahmen	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Hilfe zur Arbeit (BSHG)	i.d.R. Lohn/Gehalt	i.d.R. Ja – umfassend	i.d.R. Ja
	Probebeschäftigung	Vollzeit/Teilzeit	Mit: Erstattung der Kosten bis zu max. 3 Monaten (§ 238 SGB III)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
	Arbeitsverhältnis in Integrationsbetrieb, -abteilung, -projekt (ohne besondere Befristung/mit Befristung)	Vollzeit/Teilzeit	Eingliederungszuschüsse/ Minderleistungsausgleich	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Hilfe zur Arbeit (BSHG)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
	Geringfügige Beschäftigung (400 Euro-Regelung)	Teilzeit/stundenweise	Ohne	Lohn (tarifl.)	Bei Eigenanteil: RV	Nein*

1	2 Beschäftigungsverhältnis	3 Zeitl. Umfang der Tätigkeit	4 Subvention	5 Entgelt	6 Zugang zur Sozialversicherung	7 Existenzsicherndes Einkommen
Besonderer Arbeitsmarkt	WfbM – »allgemein« ohne besondere Differenzierung – für psychisch Behinderte – ausgelagerter Arbeitsplatz	i.d.R. Vollzeit	Ja (Kosten der Infrastruktur)	Entgelt	Ja – Renten-, Kranken, Pflegeversicherung, aber ohne Arbeitslosenversicherung	Nein*
Niedrigschwellige Beschäftigung	Arbeitsgelegenheiten	Teilzeit/stundenweise	?	Prämie/Entgelt	Nein	Nein*
	Zuverdienst	Teilzeit/stundenweise	?	Prämie/Entgelt	Nein	Nein*
	Tagesstrukturierende Tätigkeit	Teilzeit/stundenweise	?	Prämie/Unentgeltlich	Nein	Nein*
Dritter Sektor	Hauswirtschaftliche Versorgung von Familienangehörigen	Von stundenweise bis »rund-um-die-Uhr«	Nein	Nein	Nein	Nein*
	... mit Betreuung von Kindern bis 3 Jahre	Wie vor	Nein	Erziehungsgeld	Nein – aber Berücksichtigung bei der RV	Nein*
	... mit Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger (SGB XI)	Wie vor	Nein	Pflegegeld	Nein – aber ggf. Beiträge zur RV	Nein*
	Ehrenamtliche Tätigkeit	i.d.R. stundenweise	Nein	Nein	Nein	Nein*
	Tauschbörsen/gegenseitige Hilfe	i.d.R. stundenweise	Nein	i.d.R. Sachwerte	Nein	Nein*

* Zur Erzielung eines existenzsichernden Einkommens sind hier weitere Finanzierungsquellen erforderlich (z. B. Leistungen der sozialen Grundsicherung, ggf. Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen.

Arbeitsmarkt, von der Vollzeit- bis zur geringfügigen (Teilzeit-)Beschäftigung mit und ohne Befristung,
- die Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt
- die »rehabilitative« Beschäftigung, bei der es sich zwar nicht um ein Arbeitsverhältnis im engeren Sinne handelt, die aber gleichwohl von den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als »ihre Arbeit« angesehen werden und
- Tätigkeiten im so genannten dritten Sektor

und enthält Hinweise auf mögliche Subventionen, den Zugang zur Sozialversicherung sowie zum Entgelt.

Insgesamt ergibt sich, dass gegenwärtig
- nur bei einer Vollzeittätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt regelmäßig ein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden kann,
- finanzielle Leistungen an Arbeitgeber (z. B. zeitlich befristet: Eingliederungszuschüsse; längerfristig, gegebenfalls auf Dauer: Minderleistungsausgleich) sowie Unterstützungsleistungen für Arbeitnehmer und -geber (z. B. im Rahmen der begleitenden Hilfe) nur im Rahmen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse möglich sind.

3.2.3 Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 33 Abs. 1 SGB IX). Hieraus ergibt sich, dass sie – entsprechend der »Philosophie« der Erwerbsarbeitsgesellschaft – in erster Linie auf eine Integration in ein Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet sind.

Für einen großen Kreis aus der Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Aufnahme einer Vollzeittätigkeit kein realistisches Ziel. Hier beinhalten Neuregelungen im Arbeitsrecht zur Förderung von Teilzeitbeschäftigung und zur Flexibilisierung von Arbeitszeiten (insbesondere auch Jahresarbeitszeitkonten) wichtige Instrumente, die auch zur Förderung der Beschäftigung dieses Personenkreises mit einer eingeschränkten oder fluktuierenden Belastbarkeit genutzt werden können.

Soweit die Integration in ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis möglich ist, kommen je nach Situation des Einzelfalles z. B. bei vorausgegangener Langzeitarbeitslosigkeit Eingliederungszuschüsse oder bei Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft auch weitere Leistungen (Minderleistungsausgleich, begleitende Hilfen im Arbeitsleben) in Betracht.

Zur Integration in das Arbeitsleben werden auch für Menschen mit psychi-

schen Beeinträchtigungen die Fördermöglichkeiten im Rahmen von Arbeitsbeschaffungs- oder Strukturanpassungsmaßnahmen (nach dem SGB III) oder im Rahmen der Hilfe zur Arbeit (§§ 18 ff. BSHG) genutzt, wobei die hierdurch begründeten Arbeitsverhältnisse nicht als Arbeitsplatz im Sinne des Schwerbehindertenrechts angesehen werden (§ 73 SGB IX).

Gesondert aufgeführt sind die Beschäftigungsverhältnisse in Integrationsprojekten (-unternehmen, -betrieben, -abteilungen, §§ 132 f. SGB IX), die mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – erstmals gesetzlich geregelt worden sind. Die Integrationsprojekte haben ihre Wurzeln in den so genannten Selbsthilfefirmen, die gewissermaßen zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfunden worden sind. In Folge der nun getroffenen gesetzlichen Regelung zu den Integrationsprojekten wurden teilweise Förderprogramme der Länder modifiziert oder eingestellt mit der Folge, dass eine Förderung (für Minderleistungsausgleich, Betreuungsaufwand) nur noch im Einzelfall möglich und an das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft gebunden ist.

Weiter ist auch die geringfügige Beschäftigung berücksichtigt, die insbesondere für Menschen mit einer Belastbarkeit unterhalb der Schwelle des Beschäftigungsumfangs von 15 Stunden/Woche eine Möglichkeit zu einer ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Teilhabe am Arbeitsleben eröffnen kann. Für diese Beschäftigungsverhältnisse sind aber regelmäßig weder Leistungen an Arbeitgeber (z. B. für Minderleistungsausgleich) noch eine Unterstützung des geringfügig Beschäftigten (z. B. auch für Anleitung, Beratung) vorgesehen.

3.2.4 Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt

Beschützte Beschäftigungsverhältnisse auf dem besonderen Arbeitsmarkt kommen nur dann in Betracht, wenn aufgrund von Art und Schwere der Behinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich ist. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, deren Leistungsfähigkeit für eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (noch) nicht ausreicht, ist die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bzw. in Einzelfällen auch auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz der WfbM bislang die einzige regelhaft bestehende Möglichkeit zur Aufnahme einer Arbeit.

Ein großer Teil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen macht von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch, weil zum einen die Beschäftigung in einer WfbM von ihnen als zusätzliche Stigmatisierung erlebt wird und zum anderen das Beschäftigungsangebot hinsichtlich der Tätigkeiten sowie der meist mangelnden Flexibilität bezüglich der Arbeitszeitregelungen häufig nicht deren Neigungen und Fähigkeiten entspricht.

3.2.5 Niedrigschwellige Beschäftigung

Neben der (stundenweisen) Tätigkeit auf dem allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt sind im Bereich der psychiatrischen Hilfeangebote – mit erheblichen regionalen Unterschieden – Möglichkeiten zum Tätigsein geschaffen worden, die hier als »niedrigschwellige Beschäftigung« bezeichnet werden. Dieses Angebot wird insbesondere von Tagesstätten gemacht, daneben aber teilweise auch von Wohnheimen, im Bereich von Kontakt- und Beratungsstellen und anderen Begegnungsstätten und umfasst ein Spektrum von tagesstrukturierender Tätigkeit bis hin zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten mit einem in der Regel geringen Entgelt.

3.2.6 Tätigkeiten im Dritten Sektor

In der sozial- und beschäftigungspolitischen Diskussion wird unter dem Dritten Sektor – neben dem gewinnorientierten privaten sowie dem öffentlichen Sektor – das gesamte Spektrum gemeinwohlorientierter Organisationen verstanden.[33] Hierzu gehören beispielsweise auch die gemeinnützigen Träger von Einrichtungen und Diensten (z. B. Vereine, Stiftungen, nicht nur im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege) sowie gemeinnützige Betriebe (Genossenschaften, Gegenseitigkeitsgesellschaften, gGmbHs, darunter z. B. auch Integrationsprojekte bzw. -firmen). Da dieser Definition zugrunde liegende Differenzierung von Sektoren quer zu der Unterscheidung von Beschäftigungsfeldern in dieser Übersicht liegt und auch Beschäftigungsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit umfasst, wird hier bezüglich der Tätigkeitsfelder im Dritten Sektors nur eine stark eingeschränkte Auswahl berücksichtigt, die herkömmlich unentgeltliche Tätigkeiten umfasst.

Aufgeführt sind dabei zunächst die Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung von Familienangehörigen, wobei die Betreuung von Kindern unter drei Jahren sowie von pflegebedürftigen Angehörigen – die je nach Situation einen Umfang von einigen Stunden täglich bis hin zu einer Tätigkeit »rund um die Uhr« haben können – gesondert berücksichtigt wurden, da hierfür inzwischen Geldleistungen zur Verfügung stehen. Ferner sind berücksichtigt ehrenamtliche Tätigkeiten und Tauschbörsen, die auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die zumeist vielfältige Kompetenzen und Fähigkeiten haben, die Möglichkeit zu einer sinnvollen und befriedigenden Tätigkeit eröffnen können.[34]

33 Europäische Kommission: Die neuen Akteure der Beschäftigung – Synthese der Pilotaktion »Drittes System und Beschäftigung« (1997–2000) – Für eine bessere Kenntnis der Beschäftigung auf lokaler Ebene, Luxemburg 2003; Trube, A.: Zukunft der Arbeitsgesellschaft: Der Dritte Sektor als Konkurrenz zum Ersten Arbeitsmarkt? In: Soziale Sicherheit, 1997, S. 20–22.

34 Die potenziellen Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeiten im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist eingehend aufgezeigt worden von Lehmann, K.: Grundsätzliche Bemerkungen zur berufli-

Allerdings wird in etlichen Feldern bürgerschaftlichen Engagements ein hohes Maß an Verlässlichkeit und teilweise auch Belastbarkeit von den ehrenamtlich Tätigen gefordert und mithin eine Anforderung gestellt, die chronisch psychisch kranke Menschen nicht ohne weiteres erfüllen können. Außerdem weisen vorliegende Untersuchungen darauf hin, dass Arbeitslose unter den ehrenamtlich Tätigen deutlich unterrepräsentiert sind. Ein in diesem Zusammenhang bedeutsamer Aspekt ist, dass in zahlreichen Bereichen ehrenamtliches Engagement nicht nur den Einsatz von Zeit, sondern auch Geld erfordert, denn der Ersatz von Auslagen ist nicht die Regel. Daneben gibt es aber auch einige Bereiche, in denen eine Aufwandsentschädigung gewährt wird, die in geringem Umfang auch den zeitlichen Aufwand mit entgelten und damit in die Nähe einer Vergütung kommen.[35]

3.2.7 Strategien zur Beschäftigungsförderung und Arbeitsaufnahme: Der »zweite« Arbeitsmarkt

In der tabellarischen Übersicht zu den Formen der Integration in Arbeit sind den Arbeitsverhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch diejenigen zugeordnet worden, die zeitlich befristet im Rahmen von Maßnahmen der Beschäftigungsförderung finanziert werden. Hierbei handelt es sich zum einen um die von der Bundesanstalt für Arbeit geförderten Arbeitsbeschaffungs- (§§ 260 ff. SGB III) und Strukturanpassungsmaßnahmen (§§ 272 ff. SGB III), zum anderen um Maßnahmen der Beschäftigungsförderung durch die Kommunen im Rahmen der Hilfe zur Arbeit (§§ 18 f. BSHG), teilweise ergänzt um Förderprogramme der Länder unter dem Motto »Arbeit statt Sozialhilfe«. Gefördert werden gemeinwohlorientierte Arbeiten, die nach Möglichkeit die Schaffung neuer Arbeitsplätze nach sich ziehen soll.

Im Einzelfall soll sie den geförderten Arbeitnehmern einen Weg zur beruflichen Eingliederung mit begleitender Qualifizierung eröffnen. Durch die zeitliche Befristung der Maßnahmen und da es nur in Einzelfällen gelingt, hieraus neue Arbeitsplätze mit der Möglichkeit zu dauerhafter bzw. längerfristiger Beschäftigung zu schaffen, haben sie faktisch die Funktion eines »Durchlauferhitzers«.

---

chen Rehabilitation psychisch Behinderter. In: Bundesministerium für Gesundheit: Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, Baden-Baden 1999, S. 25–47.

35 Eine eingehende Auseinandersetzung mit den Handlungsfeldern enthält der Bericht der Enquete-Kommission »Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements«, Bundestags-Drucksache 14/8900; zur Systematisierung der verschiedenen Formen vgl. Erlinghagen, M.: Sozioökonomie des Ehrenamtes: Theorie der nicht-entlohnten haushaltsextern organisierten Produktion, Gelsenkirchen, 2000.

3.3 Strategien zur Integration in Arbeit und Beschäftigung

3.3.1 Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung

Im Zuge der Diskussion um die strukturelle Weiterentwicklung von Konzepten zur beruflichen Eingliederung erfolgte – analog zu dem für die psychiatrische Versorgung geforderten Paradigmenwandel von einrichtungs- zu personenbezogenen Hilfen – eine Hinwendung zu dem individuellen (Unterstützungs-)Bedarf der Arbeitslosen.

Ähnlich wie bei der vorstehend vorgestellten idealtypischen Differenzierung von Menschen nach Hilfesuchverhalten und Hilfebedarf[36] erfolgt dabei eine Unterscheidung zwischen fünf Bedarfsgruppen, denen jeweils spezifische Eingliederungsstrategien zugeordnet werden: Durch diese Differenzierung von Bedarfsgruppen soll die regionale Unterstützungsstruktur so organisiert werden, dass die Arbeitslosen sofort ein auf sie zugeschnittenes Set von Angeboten finden können.

Den Ausgangspunkt bildet eine systematisch und professionell auf der Grundlage praktischer Erprobung erstellte Analyse der Fähigkeiten und Neigungen sowie der Beeinträchtigungen und ggf. Defizite der Arbeitssuchenden. Auf dieser Grundlage wird dann ein individueller Eingliederungsplan erstellt, der sich einer der folgenden Eingliederungsstrategien zuordnen lässt:

Übersicht: Eingliederungsstrategien nach Bedarfsgruppen[37]

Gruppe A: Die Arbeitslosen sind voll arbeitsmarktfähig und können sich selbst helfen. Sie benötigen höchstens Suchhilfen (z. B. Vermittlungsvorschläge, Selbstinformationsangebote, gegebenenfalls noch ein Bewerbertraining).

Gruppe B: Arbeitslose mit leichtem Unterstützungsbedarf (z. B. Bewerbungstraining, finanzielle Eingliederungshilfe, Führerschein. Durch kurzzeitige Vorbereitungsmaßnahmen oder eine betriebliche Einarbeitung können die Arbeitslosen ihre Vermittlungshemmnisse abbauen.

Gruppe C: Die Arbeitslosen müssen ihre beruflichen Qualifikationen und Kenntnisse den Markterfordernissen anpassen. Sie benötigen daher Qualifizierungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen.

Gruppe D: Arbeitslose mit komplexem Hilfebedarf. Sie benötigen mehrere, aufeinander abgestimmte Maßnahmen, um an den Arbeitsmarkt herangeführt werden zu können.

Gruppe E: Arbeitslose mit massiven Vermittlungshemmnissen ohne gegenwärtige Eingliederungschancen. Für diese Menschen geht es in erster Linie um die Sicherung ihrer Grundbedürfnisse.

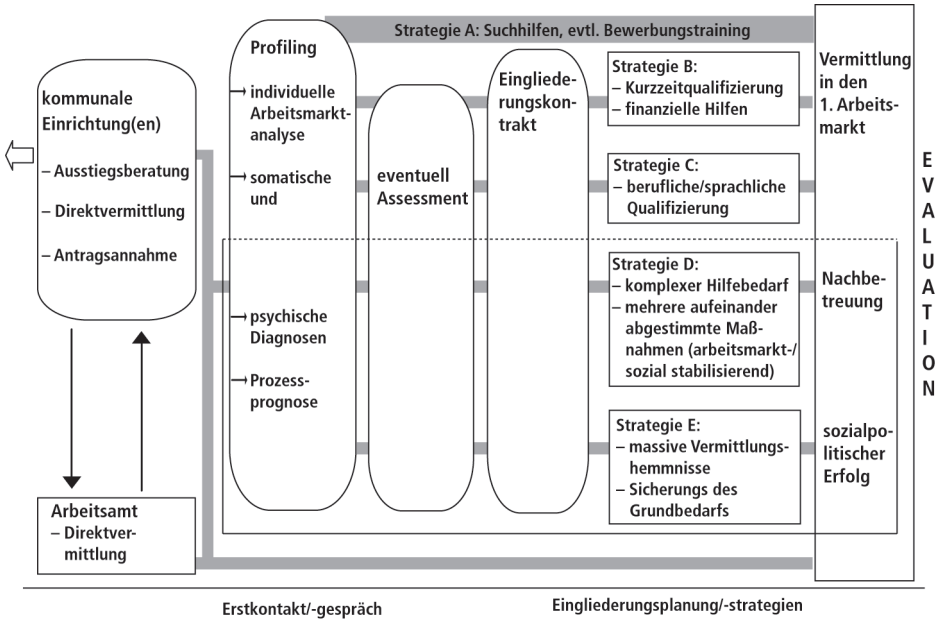
---

36 Vgl. Kap. 2.1 sowie Anhang A, Kap. 2.3.

37 Quelle: Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.): Handbuch Beratung und Integration, Gütersloh 2002, S. 34–35.

Wesentliche weitere Gemeinsamkeiten mit dem Konzept der personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung sind zum einen die Unterscheidung in Gruppen von Menschen, die nur einzelne Hilfen benötigen und diese selbst aktiv in Anspruch nehmen und koordinieren können (Gruppen A bis C) und Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf (Gruppen D und E). Für die beiden letztgenannten Gruppen von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf sind die unterschiedlichen in Einzelfall benötigen Hilfen (arbeitsbezogene, soziale, gesundheitliche Hilfen) im Rahmen des Case-Managements abzustimmen und koordiniert zu erbringen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Prozessablauf von Beratungs- und Eingliederungsstrategien[38]



3.3.2 Psychisch behinderte Menschen mit komplexem Hilfebedarf

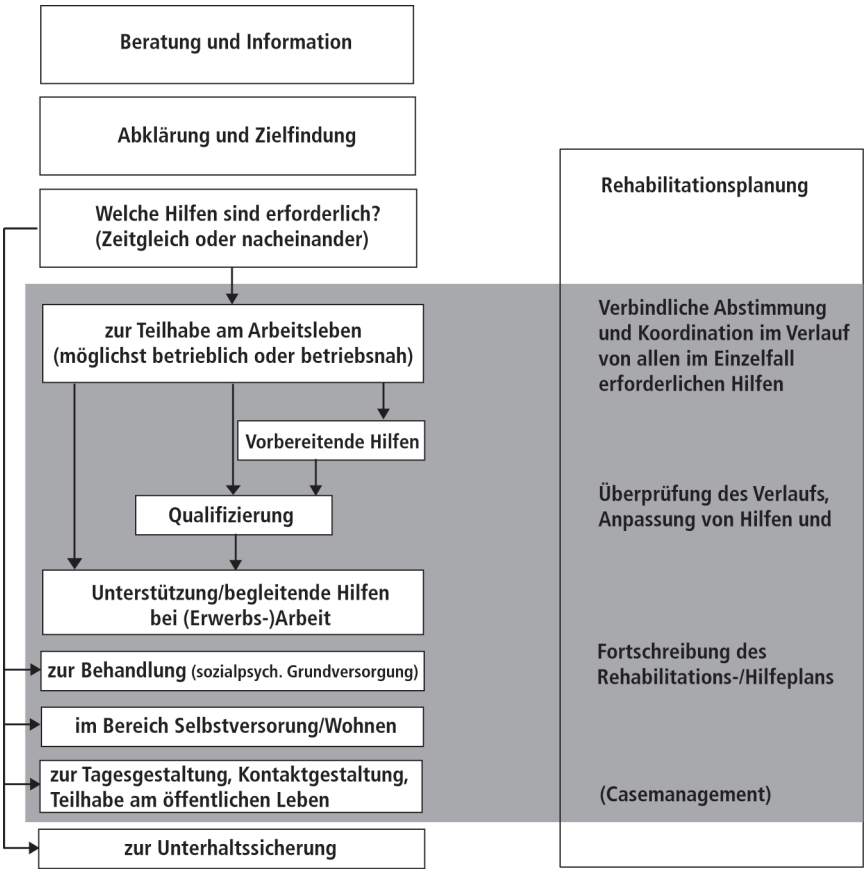
Für Menschen mit einem komplexen Bedarf an Leistungen zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe infolge einer psychischen Behinderung wurde mit dem personenzentrierten Ansatz[39] ein Handlungskonzept vorgelegt, das den spezifischen Bedürfnissen dieses Personenkreises durch eine integrierte und abgestimmte

38 Ebd., S. 9.

39 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 1, Baden-Baden 1999.

Leistungserbringung Rechnung trägt und damit zugleich auch eine indikationsspezifische Konkretisierung der bei den Eingliederungsstrategien zu berücksichtigenden Aspekte enthält.

Abb. 3: Personenbezogene Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch behinderte Menschen mit komplexem Hilfebedarf[40]



Die in der Produktbeschreibung des Komplexleistungsprogramms »Sozialpsychiatrische Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung«[41] vorgenommene Differenzierung von Leistungsbereichen beruht auf einer funktionalen Unterscheidung von lebensfeldbezogenen Hilfen bezüglich

40 Erläuterungen zu den Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben enthält Abb. 7: Hilfefunktionen in einem wohnortnahen System zur Teilhabe am Arbeitsleben.

41 Ebd. S. 191 ff.

- Arbeit/Beschäftigung, Ausbildung (Teilhabe am Arbeitsleben),[42]
- Selbstversorgung/Wohnen,
- Tagesgestaltung, Kontaktgestaltung, Teilhabe am öffentlichen Leben und
- Behandlung.

Gesondert berücksichtigt sind dabei die Aufgabenbereiche der

- Rehabilitations-/Hilfeplanung und Abstimmung sowie der
- Sozialpsychiatrischen Leistungen zur Koordination des Rehabilitationsplanes,

die in ihrer Notwendigkeit fachlich unumstritten, in der Praxis aber häufig nicht realisiert (und finanziert) sind.

Der wesentliche Vorteil dieser Betrachtungsweise liegt darin, dass der im Einzelfall bestehende konkrete Bedarf an Hilfe und Unterstützung im Mittelpunkt steht. Demgegenüber würde eine Differenzierung entsprechend der im Sozialrecht gebräuchliche Unterscheidung von Leistungsarten bzw. -gruppen[43] erhebliche Abgrenzungs- bzw. Zuordnungsprobleme nach sich ziehen. So werden beispielsweise die vorbereitenden Hilfen, die insbesondere auch Leistungen zur Wiedererlangung von Grundarbeitsfähigkeiten umfassen derzeit im Rahmen der

- Krankenbehandlung (z. B. ambulante Ergotherapie, Arbeitstherapie, tagesklinische Behandlung)
- medizinischen Rehabilitation (Arbeitstherapie und Belastungserprobung)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Belastungserprobung)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. in Tagesstätten)

erbracht.

Ähnliches gilt auch für den Bereich der Unterstützung und Begleitung bei der Erwerbsarbeit, bei der im Wesentlichen die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger sowie die Integrationsämter als Leistungsträger in Betracht kommen, daneben aber auch die Krankenversicherung, wenn beispielsweise im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung »Arbeitstherapie am Arbeitsplatz« erbracht wird, sei es durch in eigener Praxis tätige Ergotherapeuten oder im Rahmen »ausgelagerter Arbeitstherapie« ausgehend vom Krankenhaus.

Mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) wurde ein Instrument entwickelt, mit dem der gesamte in Einzelfall bestehende Bedarf an Hilfen erhoben und eine personenzentrierte Rehabilitationsplanung erarbeitet werden kann, wie sie auch im SGB IX für Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf gefordert wird.[44]

---

42 Zu den im Einzelfall erforderlichen Hilfen und deren funktionaler Organisation vgl. Kap. 3.4 und 3.5.

43 Beispielsweise entsprechend der Differenzierung von Leistungsgruppen in § 4 SGB IX.

44 § 10 Abs. 1 verpflichtet die Rehabilitationsträger für den Fall, dass Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf

3.3.3 Eingliederungsziele

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vorrangig auf den Erhalt von bzw. die Integration in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gerichtet. Diese Zielsetzung ist grundsätzlich auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gültig.

So hat beispielsweise die Anfang der 90er-Jahre im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung durchgeführte Untersuchung zu »Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter«[45] deutlich gemacht, dass auch bei einer schwierigen Arbeitsmarktsituation im Einzelfall eine erfolgreiche Vermittlung und Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, dass die auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelten »eine gewisse Auswahl« darstellen, denn diese Personen »verfügen bereits (wieder) über die wichtigste Arbeitstugenden und weisen eine wenigstens knapp durchschnittliche Belastungsfähigkeit auf«.[46]

Wenn es aber darum geht, nicht nur einer Auswahl, sondern allen psychisch behinderten oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten zu ermöglichen, bedarf es weitergehender Lösungen. In Anbetracht der gestiegenen Arbeitslosigkeit und des zunehmenden Wettbewerbs und Konkurrenzdrucks auf dem Arbeitsmarkt werden solche nur über die Schaffung neuer Arbeitsplätze zu realisierenden Lösungen auch für belastbare und qualifizierte Menschen mit einer psychischen Behinderung immer drängender. Die Integrationsfirmen und deren Vorläufer, die so genannten »Selbsthilfefirmen«, die vorrangig zur Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch behinderte Menschen »erfunden« und gegründet wurden, zeigen, dass die Erschließung neuer Arbeitsplätze einschließlich Teilzeitbeschäftigung (auch im Rahmen stundenweiser Beschäftigung; »Zuverdienst«) grundsätzlich möglich ist. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass

- diese Firmen zum einen derzeit nur einen Bruchteil des Bedarfs an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten abdecken können;
- Zuschüsse zum Ausgleich von Minderleistung sowie Kosten für Anleitung und Begleitung nur noch für Beschäftigungsverhältnisse oberhalb der Schwelle von 15 Stunden/Woche möglich sind;

---

voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen; ferner sind die Leistungen entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen. Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan beinhaltet ein Verfahren, diese Vorgabe umzusetzen.

45 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Wege und Methoden der Vermittlung af den allgemeinen Arbeitsmarkt, Bonn 1994.

46 Ebd. S. 210.

- unter dem Druck der Marktbedingungen auch in diesen Betrieben zunehmend eine Selektion zugunsten der kontinuierlich belastbaren behinderten Beschäftigten erfolgt und eine Öffnung dieser ursprünglich für psychisch behinderte Menschen konzipierten Firmen für andere Gruppen von behinderten Menschen zu verzeichnen ist.

Hierdurch werden die Möglichkeiten des Zugangs zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit einer psychischen Behinderung weiter erschwert, insbesondere für diejenigen, die aufgrund einer (stark) eingeschränkten bzw. diskontinuierlichen Arbeits- und damit Erwerbsfähigkeit die Anforderungen für eine reguläre Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – zumindest für einen längeren Zeitraum – nicht erfüllen können.

Eine große Herausforderung besteht daher darin, auch für diese Personengruppe die Möglichkeit des Zugangs zu Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten auch außerhalb der Werkstätten für behinderte Menschen zu schaffen, die ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechen. Denn es ist geradezu absurd, wenn ein »Recht auf Beschäftigung« nur mit enormem Finanzierungsaufwand in einer Werkstatt für behinderte Menschen realisiert werden kann.[47]

Da für die Realisierung des Ziels der Teilhabe am Arbeitsleben die Verfügbarkeit von entsprechenden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten entscheidend ist, ergeben sich hieraus auch Anforderungen an eine aktive Beschäftigungspolitik, denn: In einem regionalen System zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist neben rehabilitativen und qualifizierenden Hilfen auch die bedarfsgerechte Schaffung und Vorhaltung von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten erforderlich.

Besonderes Augenmerk ist dabei zu richten auf Arbeits- und Beschäftigungsangebote für Menschen

- mit einer (stark) eingeschränkten bzw. diskontinuierlichen Leistungsfähigkeit (Teilzeit-Arbeits-/Beschäftigungsmöglichkeiten – auch unter 15 Std./Woche, »Zuverdienst«),
- bis zum Beginn oder im Anschluss an Qualifizierungsmaßnahmen, um Brüche und damit einhergehende Destabilisierungen im Rehabilitationsprozess zu vermeiden.

47 Zum Zusammenhang des Bedarfs Plätzen in Werkstätten für behinderte Menschen und der Arbeitslosigkeit bzw. anderen Beschäftigungs- und Betreuungsangeboten in einer Region vgl.: CON_SENS Hamburg: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, 2003 und Anhang A, Kap. 4.1.8.

3.4 Grundsätze

Die im Sozialrecht normierten und die in fachlichen Konzepten zur Weiterentwicklung sowohl der psychiatrischen Versorgung als auch der beruflichen Rehabilitation und Eingliederung formulierten Grundsätze zeichnen sich durch ein hohes Maß an Konvergenz aus. Danach sind Hilfen zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe

- frühzeitig, sobald der individuelle Bedarf entsteht, einzusetzen;
- ganzheitlich, durch Integration aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und eine entsprechend dem Bedarf multiprofessionelle Leistungserbringung;
- nahtlos, durch Gewährleistung der Kontinuität im Zugang wie auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten und
- bedarfsgerecht, entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls unter Berücksichtigung des Vorrangs
  - ambulanter vor stationärer Hilfe (Wohnortnähe, Lebensfeldbezug und Normalisierungsprinzip),
  - der Rehabilitation vor Rente,
  - der Rehabilitation vor Pflege

zu erbringen.

Da diese Prinzipien bereits wiederholt und eingehend beschrieben worden sind[48] werden hier im Folgenden nur einige dieser Grundsätze aufgegriffen. Ziel der Darstellung ist zu verdeutlichen, dass die fachlichen Standards und Anforderungen weithin formuliert sind, es aber teilweise erhebliche Defizite bei deren Umsetzung gibt.

3.4.1 Frühzeitiger Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben[49]

Um einen frühzeitigen Zugang zu im Einzelfall notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich arbeitsrehabilitativer Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung zu gewährleisten, ist von den Mitarbeitern psychiatri-

48 Von der im Jahr 1975 vorgelegten Psychiatrie-Enquete über den vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1987 veröffentlichten Vorschlag zur behinderungsgerechten Ausgestaltung des Systems der beruflichen Rehabilitation für psychisch behinderte Menschen sowie die 1988 vorgelegten Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung bis hin zu dem vom Bundesministerium für Gesundheit 1999 herausgegebenen Bericht »Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung« und der aktuell im Jahr 2003 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation neu vorgelegten »Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen«.

49 In der folgenden Darstellung erfolgt bewusst eine Eingrenzung auf die Aufgaben und Verantwortung der Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen und Dienste. Daneben sind noch weitere Maßnahmen erforderlich, insbesondere im Bereich der Prävention durch Information in Betrie-

scher Einrichtungen und Dienste als »Pflichtaufgabe« systematisch zumindest eine elementare Abklärung vorzunehmen.

In der gegenwärtigen Praxis psychiatrischer Einrichtungen und Dienste wird zwar regelhaft im Rahmen der Anamnese auch die Arbeits- und Beschäftigungssituation erhoben, es erfolgt aber weithin keine systematische Abklärung, ob und in welcher Form ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht.

Gleichwohl gehört auch hier nicht nur die deskriptive Erfassung der Arbeits- bzw. Ausbildungssituation, sondern auch die Abklärung des Bedarfs an Hilfen zum fachlichen Standard, denn ambulante wie stationäre psychiatrische Behandlung hat immer auch die Wechselwirkungen zwischen Krankheit und Arbeitsfähigkeit diagnostisch und therapeutisch zu berücksichtigen. Für den Bereich der Krankenhausbehandlung wurde dieser Standard Mitte der 90er-Jahre eingehend in dem »Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken«[50] dargestellt.

Auch im integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)[51], der als handlungsorientiertes Instrument konzipiert wurde und der vor allem im Bereich der so genannten komplementären Dienste und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung Verbreitung gefunden hat, ist die regelhafte Abklärung der Arbeits- und Beschäftigungssituation einschließlich eines etwaigen Bedarfs an Hilfen vorgesehen.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Defizite bei der Umsetzung dieser Vorgaben wurde im Rahmen des Projekts eine exemplarische Darstellung zu den elementaren Abklärungsfragen erarbeitet (Abb. 4), die auf einen Blick erkennen lässt, dass hiermit ein vergleichsweise geringer Arbeitsaufwand verbunden ist.

Wesentlich ist, dass in einem ersten Schritt diese Abklärung erfolgt. Der hierauf folgende zweite Schritt der konkreten Abklärung des Bedarfs an Hilfe und Unterstützung, ggf. einschließlich der Motivierung und Begleitung zur Inanspruchnahme von Hilfen sowie Festlegung von (Teil-)Zielen und des geplanten Vorgehens, erfordert regelmäßig die Beteiligung von Fachkräften, die nicht nur über psychiatrische Erfahrung verfügen müssen, sondern vor allem auch über Erfahrungen in der Arbeitsrehabilitation sowie über Kenntnisse in der Arbeitswelt und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierbei sind als fachliche Anforderung folgende drei Aspekte zu berücksichtigen:

- Häufig ist bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die Fähigkeit zur

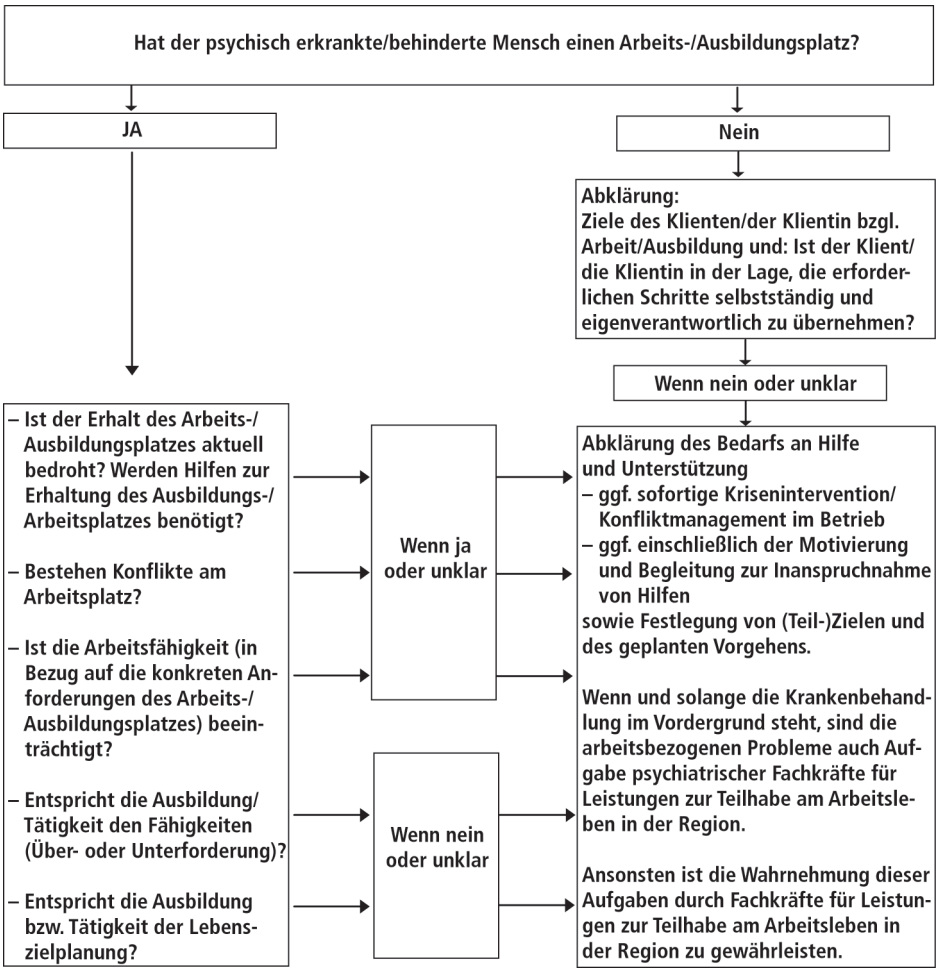
---

ben über psychische Erkrankungen, wie sie beispielsweise vom Integrationsamt in Münster in Form von Lehrgängen für »betriebliche Helfer« erfolgt.

50 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken, Baden-Baden 1996. Der Leitfaden enthält in den Ausführungen zu Bereich 7: Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule eine systematische Darstellung der zu berücksichtigenden Aspekte (S. 142–156).

51 Vgl. hierzu ausführlich in Anhang A, Kap. 2.4.1.

Abb. 4: Personenbezogene Perspektive von Abklärungs- und Entscheidungsfragen für Mitarbeiter psychiatrischer Dienste und Einrichtungen



selbstständigen Inanspruchnahme, Koordination und Abstimmung von Hilfen beeinträchtigt und eine motivierende und stützende Begleitung erforderlich. Ohne diese Hilfefunktion besteht die Gefahr, dass die Betroffenen z. B. bei bloßer Über oder Weiterverweisung auf andere Angebote »verloren gehen«, insbesondere auch bei einem Übergang von psychiatrischen zu arbeitsbezogenen Hilfen. Dabei kann es je nach Situation des Einzelfalles sinnvoll und notwendig sein, dass der Klient auf dem Weg zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von einer Fachkraft aus dem psychiatrischen Hilfesystem begleitet wird; es kann aber auch sinnvoll sein, dass aus dem

psychiatrischen Hilfesystem heraus nur eine Kontaktaufnahme angeregt wird und der Klient von einer Fachkraft aus dem Bereich arbeitsbezogener Hilfen »abgeholt« wird.
- Für Patienten bzw. Klienten mit einem komplexen Bedarf an Hilfen ist jeweils gemeinsam mit ihnen eine personenzentrierte und integrierte (einrichtungs- und leistungsträgerübergreifende) Hilfeplanung unter Beteiligung aller im Einzelfall beteiligten Leistungserbringer vorzusehen.[52]
- Die Umsetzung der Hilfeplanung ist durch eine koordinierende Bezugsperson zu begleiten, die einrichtungs- bzw. angebots- und leistungsträgerübergreifend tätig wird und für eine angemessene, dem individuellen Bedarf entsprechende und abgestimmte Leistungserbringung Sorge trägt.

3.4.2 Flexible, am Bedarf der Person orientierte Hilfen

Rehabilitationsmaßnahmen sollen entsprechend den im Einzelfall bestehenden Erfordernissen flexibel gestaltet sein und durchgeführt werden, beeinträchtigungsbedingte Unterbrechungen integrieren, um Abbrüche zu vermeiden und die Chancen für den Rehabilitationserfolg zu erhöhen. Der Rehabilitationsverlauf muss langfristig offen sein für Änderungen zum Besseren, aber auch Rückschläge einbeziehen, die jedoch nie von vornherein endgültig sind. Es muss die Möglichkeit der Anpassung an eine diskontinuierliche Leistungsfähigkeit und einen möglicherweise fluktuierenden Krankheitsverlauf bestehen, um strukturbedingte Abbrüche zu vermeiden und die Chance des Eingliederungserfolges zu maximieren. Die Rehabilitationsplanung und das Rehabilitationsmanagement sollen die Kontinuität der notwendigen therapeutischen Begleitung des Rehabilitanden über Maßnahme- und Leistungsträgergrenzen hinweg und im Sinne des Integrationserfolges bis zur Erlangung eines Arbeitsplatzes und der Stabilisierung am Arbeitsort gewährleisten. Diesen fachlichen, sich mit der Philosophie des SGB IX deckenden Anforderungen,[53] wird das gegenwärtige weithin institutionell differenzierte und maßnahmebezogen organisierte Hilfesystem nur völlig unzureichend gerecht.

Für den Zugang zu Leistungen von den Rehabilitanden jeweils spezifische Voraussetzungen erfüllt sein. Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört u. a. eine günstige Prognose bezüglich der (Wieder-)Erlangung der Erwerbsfähigkeit sowie vergleichsweise hohe Anforderungen an die Belastbarkeit.[54]

52 Hierbei geht es um die inhaltliche wie administrative Umsetzung der Vorgabe zur Erarbeitung eines »flexiblen Rehabilitationsplans« (§ 10 Abs. 1 SGB IX, zu dem noch eine gemeinsame Empfehlung gemäß § 13 SGB IX zu erarbeiten ist).

53 §§ 1, 4 Abs. 1, 10 Abs. 1 SGB IX.

54 Es wird für den Zugang zu Maßnahmen regelmäßig eine Belastbarkeit von mindestens vier Stunden täglich vorausgesetzt; vgl. hierzu auch Anhang A, Kap. 4.1. Diese Zugangsschwellen sind

Soweit bekannt, sind die sich hieraus ergebenden Selektionsmechanismen in Deutschland noch nicht empirisch untersucht worden. Zur exemplarischen Verdeutlichung der enormen Selektion kann daher nur auf Daten aus dem in Bern entwickelten »PASS-Programm zur Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft« zurückgegriffen werden (Abb. 5), das zeitlich in fünf Phasen gliedert ist, wie sie analog auch für Integrations- und Platzierungsprozesse in Deutschland beschrieben werden.[55]

Abb. 5: Verlauf des PASS-Programms[56]

Phase	Zahl der Rehabilitanden				
	Absolut	in v.H.	davon		
			Noch in dieser Phase	Nicht aufgenommen/Abbrüche	
Anmeldungen	155	100 %		87 (= 56 %)	Nicht aufgenommen oder weitervermittelt
Schnupper- & Abklärungsphase	68	44 %		22 (= 32 %)	Nicht aufgenommen oder weitervermittelt
Werkstattphase	46	29 %		16 (= 35 %)	Abbrüche
Trainingsarbeitsplatz	28		2	6 (= 21 %)	Abbrüche
Integrationsphase			1		
Nachbetreuungsphase	19				

Aus diesen Daten ergibt sich, dass der größte Selektionseffekt mit deutlich über 50 % bereits im Vorfeld der Entscheidung über die Aufnahme in das Rehabilitationsprogramm eintritt und nach Ablauf der zweiwöchigen »Schnupper- und Abklärungsphase« nur knapp 30 % überhaupt in das Rehabilitationsprogramm aufgenommen werden. Für Deutschland dürfte sich die Situation strukturell vergleichbar darstellen, wonach nur eine vergleichsweise kleine Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen überhaupt Zugang zu Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben erhält.

nicht den Leistungserbringern anzulasten; sie ergeben sich aus den Anforderungen der Leistungsträger.

55 Vgl. z. B. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Wege und Methoden der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (Autoren: Seyfried, E., Bühler, A., Gmelin, A.), Bonn 1994. In dem Forschungsbericht wird unterschieden zwischen folgenden Phasen: Initialphase, Vorbereitungsphase, Qualifizierungs- und Ausbildungsphase, Vermittlungs- und Platzierungsphase, Stabilisierungsphase.

56 Hoffmann, H.: Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? Psychiatrische Praxis 26, 1999, S. 211–217, S. 212, Hoffmann, H.: Das Berner Job Coach Projekt. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 105–129, S. 110.

Daneben weisen diese Ergebnisse auf einen hohen Anteil von psychisch erkrankten Menschen hin, die aufgrund von Krisen, die nicht abgefangen werden können oder weil sie nicht die erwarteten Rehabilitationsfortschritte machen, Rehabilitationsmaßnahmen abbrechen bzw. vorzeitig aus ihnen ausscheiden.[57]

Im Zuge der Weiterentwicklung ist vor allem eine flexible Ausgestaltung von Leistungen mit der Möglichkeit zur Anpassung an den aktuellen Bedarf zu gewährleisten. Ferner ist das Gebot der »barrierefreien Leistungserbringung« zu beachten. Soweit einerseits für den Zugang zu Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben spezifische Voraussetzungen erfüllt sein müssen – wie beispielsweise die Anforderung einer zumindest halbschichtigen Belastbarkeit zu Beginn einer Maßnahme – ist dafür Sorge zu tragen, dass diese nicht zu einer Zugangsbarriere zum System werden. Erforderlich ist auch die Vorhaltung und finanzielle Absicherung von »niedrigschwelligen« Angeboten, die darauf zielen, dass Menschen mit einer psychischen Behinderung

- überhaupt (wieder) eine Motivation zur Aufnahme einer Tätigkeit entwickeln und Neigungen, Fähigkeiten und Belastbarkeit erproben;[58]
- bei einer Belastbarkeit unterhalb der Schwelle von 15 Stunden/Woche bzw. drei Stunden täglich eine ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ausüben können.

3.4.3 Normalisierungsprinzip: Rehabilitation im betrieblichen Umfeld

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden (mit Ausnahme der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben) gegenwärtig weithin in bzw. durch spezielle Rehabilitationseinrichtungen und in überbetrieblichen Maßnahmen erbracht und gleichsam nur in Ausnahmefällen betrieblich. Obwohl in mehreren Versuchen und Modellen positive Erfahrungen mit der betrieblichen Rehabilitation auch in Deutschland gemacht worden sind, wird dieser Weg bislang nur vereinzelt weiter beschritten.

Einen besonders anschaulichen und nachdrücklichen Anstoß, die Rehabilitation im betrieblichen Umfeld nachhaltig zu stärken, geben die Ergebnisse einer in den USA von Drake et al.[59] durchgeführten Studie, bei der die Effektivität von

57 Nach den aus Deutschland vorliegenden Daten zum Abbruch bzw. zur vorzeitigen Beendigung von Rehabilitationsmaßnahmen aus gesundheitlichen Gründen bzw. wegen mangelnder Eignung liegt deren Anteil zwischen 13 und 33 Prozent, vgl. Anhang A, Kap. 5.2.1.3.

58 Hierbei sind insbesondere auch Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung wie die Ergotherapie in Betracht zu ziehen, vgl. Heissler, M., Mucha, C.: Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: Schmidt-Zadel, R., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen, Tagungsband 30, Bonn 2003.

59 Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R. et al.: A Randomized Clinical Trial of Supportet

zwei unterschiedlichen Ansätzen in der beruflichen der Rehabilitation von Personen mit schweren psychischen Störungen untersucht wurden:

- Einerseits der Weg der individuellen Platzierung und Unterstützung durch eine Fachkraft (employment specialist) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- andererseits die schrittweise Rehabilitation durch Rehabilitationseinrichtungen.

Als wichtigstes Ergebnis der Studie wird festgehalten, dass bezüglich des Ziels der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt (competitive employment) der Ansatz der individuellen Platzierung und Unterstützung wesentlich erfolgreicher war als der herkömmlich »gestufte« Weg in und durch Rehabilitationseinrichtungen:

Abb. 6: Rehabilitationswege

Rehabilitationsansatz	Erreichte Integration in Allgemeinen Arbeitsmarkt	Beschützte Beschäftigung
Betrieblich mit Unterstützung	60,8 %	9,2 %
Durch Rehabilitationseinrichtungen	10,8 %	71,1 %

Aufgrund zahlreicher Unterschiede zwischen der Situation in den USA – wo »supportet employment-Programme« schon eine lange Tradition haben und weit verbreitet sind – und in Europa ist eine solche Konzeption nicht ohne weiteres übertragbar, was hier im Übrigen auch nicht angestrebt wird.

Diese Erfahrungen sollten aber zum Anlass zu einer Neu- und Umorientierung in der Konzeption der beruflichen Rehabilitation genommen werden, die in Deutschland weithin von dem Prinzip »erst trainieren und qualifizieren, dann platzieren« geprägt wird.[60]

Der Weg der individuellen Platzierung und Unterstützung entspricht dem Normalisierungsprinzip und den Prinzipien unserer sozialrechtlichen Regelungen, nach denen »allgemeine« – hier insbes. betriebliche – Maßnahmen Vorrang vor denen in speziellen Einrichtungen haben. Hier stellt sich aber häufig das Problem, dass die im Einzelfall erforderliche spezielle Handlungskompetenz von Fachkräften vorwiegend in speziellen Einrichtungen zu finden und hier »institutionell« abgesichert ist. Es sind Struktur- und Organisationskonzepte zu entwi-

Employment for Inner-city-Patenients With Severe Mental Disorders. Arch Gen Psychiatry, 56, 1999, S. 627–633.

60 Reker, T.: Platziert rehabilitieren, in: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 111 ff. in: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 85–87; Hoffmann, H.: Das Berner Job Coach Projekt. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 111 ff.

ckeln, wie die derzeit zumeist unter dem Dach einer Einrichtung gebündelte Kompetenz personen- und bedarfsorientiert »laufen lernen« kann (unterstützte Erprobung, Qualifizierung, Beschäftigung).

In Deutschland wurde ein in dieser Richtung weisender Ansatz zur Integration von psychisch behinderten Menschen in einen »normalen« Betrieb bereits in den Jahren 1986–1989 in einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellvorhabens im Saarland erprobt.[61] Seither gibt es eine Vielzahl von Bestrebungen von einzelnen Einrichtungen und Diensten im Bereich der beruflichen Rehabilitation, die auf eine stärkere betriebliche Orientierung zielen. Hierzu gehören beispielsweise:

- Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, die über keine eigenen Werkstätten bzw. Arbeitsbereiche zu Belastungserprobung, Training, Qualifizierung verfügen und diese Leistungen betrieblich erbringen. Über die Akquisition von betrieblichen Trainings- und Praktikumplätzen erschließt sich so für die Rehabilitationseinrichtungen ein breiteres Spektrum von Beschäftigungsfeldern als es bei Vorhaltung eigener Arbeitsfelder möglich wäre. Als Beispiele hierfür sind zu nennen
  - die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) »Beta 89« in Hannover;
  - das Berufliche Trainingszentrum Gütersloh.

Unter den bestehenden beruflichen Rehabilitationseinrichtungen stellen die vorstehend genannten derzeit noch Ausnahmen dar. In den anderen Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, insbesondere den Beruflichen Trainingszentren, nehmen betriebliche Praktika einen zunehmenden Stellenwert ein.

- Ausgelagerte Arbeitsplätze von Werkstätten für behinderte Menschen, mit denen an einigen Orten gute Erfahrungen in der Rehabilitation psychisch behinderter Menschen gemacht worden sind, die aber bislang nur einen sehr kleinen Teil der Werkstattplätze (rund 1,5 %) umfassen.[62]

Als beispielhaft für eine ausgeprägte betriebliche Orientierung und Organisation einer WfbM ist die Reha-Werkstatt Dieburg anzuführen, die mit rund 30 Plätzen eine kleine Werkstatt ist. Von den Plätzen befindet sich nur ein Drittel im internen Bereich und der weitaus größte in privatwirtschaftlichen Betrieben.[63]

Bei der geforderten Umorientierung kann es aber nicht um eine ausschließliche Orientierung am und Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und die

61 Wollny, H., Behrendt, B.: Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung«. Integration psychisch Behinderter in nicht-institutionalisierte Arbeitsplätze, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 6, Baden-Baden 1991.

62 Vgl. Anhang A, Kap. 4.1.8.

63 Saal, R.: Berufliche Rehabilitation im Alltag eines Betriebes. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 99–104

dort bestehenden Wettbewerbsbedingungen und Anforderungen gehen. Insbesondere für die Menschen, die (noch) nicht diesen Anforderungen gewachsen sind, bedarf es eines Zugangs zu Arbeitsmöglichkeiten, die ihrer Arbeitsfähigkeit entsprechen und ihnen die Möglichkeit zur Qualifizierung bieten. Erforderlich ist hierzu die Schaffung entsprechender Arbeitsplätze, einhergehend mit einer Umorientierung und Flexibilisierung in der bisherigen Lohn-, Renten- und Subventionspolitik.[64]

Dass dort, wo kreative und engagierte Menschen tätig sind, auch unter den heute bestehenden Rahmenbedingungen schon bzw. noch Möglichkeiten zur Schaffung von Arbeitsplätzen auch im Bereich der stundenweisen und niedrigschwelligen Beschäftigung bestehen, beweisen die Erfahrungen und Entwicklungen im Kreis-Herzogtum Lauenburg[65], aber auch zahlreiche Integrationsfirmen[66].

3.5 Funktionale und personenzentrierte Organisation von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Bedeutung wohnortnaher Hilfen gerade auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist wiederholt und eingehend beschrieben worden.[67] Hervorgehoben wurde dabei insbesondere, Belastungen des Rehabilitanden, die

64 Hierbei geht es insbesondere auch darum, die derzeit für »erzwungene Untätigkeit« gezahlten Transferleistungen (Arbeitslosengeld und -hilfe, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Hilfe zum Lebensunterhalt) auch in aktive Beschäftigungsförderung zu investieren und die Subventionierung von Arbeitsplätzen bedarfsorientiert weiterzuentwickeln, insbesondere auch im Bereich des so genannten »Zuverdienstes«.

65 Inzwischen sind in diesem Kreis über 30 Ergotherapeuten ambulant tätig, wobei die Begleitung und Anleitung von psychiatrischen Patienten im Rahmen arbeitstherapeutischer Zuverdienstangebote ein zentrales Element ist. Heissler, M.: Psychiatrische Versorgung des Kreises Herzogtum-Lauenburg mit Schwerpunkt Arbeit, unveröffentlichtes Manuskript, Geesthacht 2002. Heissler, M., Mucha, C.: Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: Schmidt-Zadel, R., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen, Tagungsband 30, Bonn 2003.

66 Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Stundenweise Beschäftigung für Menschen mit Behinderung in Integrationsfirmen. Ergebnisbericht der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte zum Modellprojekt des Landschaftsverbandes, Köln 2002.

67 Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter. Vorschlag für ein behinderungsgerechtes System der beruflichen Eingliederung. Bonn 1987; Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988, insbes. Kap. C.3, S. 137–141 u. S. 175–179; Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter: »Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in funktionaler Betrachtungsweise« – Handreichung des Arbeitsausschusses »Psychische Behinderungen«, Psychiatrische Praxis, 38, 1999, S. 44–46.

durch Beziehungsabbrüche und soziale Entwurzelung bei einem erzwungenen Ortswechsel entstehen können, so gering wie möglich zu halten und die Kontinuität in der Zusammenarbeit mit den regionalen psychiatrischen Diensten zu ermöglichen.

Ein wesentliches Kriterium für die Wohnortnähe ist dabei, ob die Hilfen bzw. Arbeits-, Erprobungs- oder Qualifizierungsmöglichkeiten im Tagespendelbereich erreichbar sind. Ein Ortswechsel und der damit verbundene Wechsel des sozialen Umfeldes darf nur dann in Frage kommen, wenn er von dem Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ausdrücklich in Betracht gezogen wird. Hierzu ist in jedem Fall wohnortnah die Abklärung von Rehabilitationszielen und des Bedarfs an Unterstützung und Förderung vorzunehmen.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme dokumentieren anschaulich, dass in den letzten Jahren insgesamt eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten und damit ein institutionell differenziertes System an Hilfen insbesondere auch für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen entstanden ist. Hierzu hat auch beigetragen, dass sich zahlreiche ursprünglich für andere Gruppen behinderter Menschen konzipierte Einrichtungen auch dem Personenkreis seelisch behinderter Menschen geöffnet haben.[68] Die hierdurch erreichten Fortschritte sind unbestritten. Geblieben und verfestigt hat sich dabei aber das strukturelle Problem, das sich daraus ergibt, dass die Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weithin angebotsorientiert bzw. institutionell organisiert sind. Die Folge ist, dass für die Maßnahmen bzw. das institutionell vorgehaltene Angebotsspektrum jeweils die passenden Klienten gesucht werden[69] und die Anforderungen an ein wohnortnahes System vollkommen unzureichend umgesetzt worden sind.

Im Zuge der Weiterentwicklung fachlicher Konzepte und Erkenntnisse ist heute auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Paradigmenwechsel von einer einrichtungs- und maßnahmebezogenen Organisation von Hilfen zur einer personenzentrierten Organisation zu vollziehen. Eine solche personenbezogene Betrachtungsweise liegt der den Regelungen des SGB IX[70] wie auch den neueren Konzepten für Eingliederungsstrategien zur Beschäftigungsförderung zu Grunde[71]. Bei der angebotsorientierten Organisation von Hilfen ist die zentrale Frage: Welcher Mensch mit psychischer Beeinträchtigung ist ausreichend motiviert und belastbar, um das Angebot erfolgreich nutzen zu können?

---

68 Vgl. Anhang A, Kap. 4.

69 Vgl. hierzu die vorausgegangene Darstellung zu den Selektionsmechanismen des PASS-Programms

70 Zu verweisen ist u.a. auf die Regelung des § 10 SGB IX, der den individuellen Bedarf in den Mittelpunkt stellt; vgl.. hierzu auch die Ausführungen in Kap. 3.4.1.

71 Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.): Handbuch Beratung und Integration. Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung. Gütersloh 2002.

Bei einer personenzentrierten Organisation und Erbringung von Hilfen ist diese Frage zu ersetzen durch:

Welche Unterstützung und Förderung braucht der Mensch mit psychischer Beeinträchtigung aktuell, um

- seine Arbeitsfähigkeit zu erproben, zu erhalten oder wiederzuerlangen,
- seine beruflichen Neigungen zu entdecken und seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln,
- einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Zugang zu Arbeit und Beschäftigung zu erhalten und zu sichern.

Die Realisierung der auf den individuellen Bedarf abgestimmten und damit mit personenzentrierten Hilfen erfordert eine Weiterentwicklung der Finanzierungsvereinbarungen der Rehabilitationsträger. Ziel muss das reibungslose Ineinandergreifen von Akutbehandlung und Rehabilitation sein unter Berücksichtigung des individuellen Hilfebedarfs der einzelnen Behinderten. Herkömmliche Maßnahmen, wie z. B. Förderlehrgänge mit festgelegten Teilnahmevoraussetzungen, festgelegter Teilnehmerzahl und definierter Dauer erfüllen diese Voraussetzungen nicht.

Erforderlich ist dabei vor allem auch eine Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen, um durch Kooperation der bestehenden Einrichtungen und Dienste[72] und ggf. Ergänzung des Leistungsangebotes die in einem wohnortnahen System von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Hilfefunktionen

- Beratung, Diagnostik, Planung
- Unterstützung, Koordination und Abstimmung im Verlauf
- Vorbereitende Hilfen
- Qualifizierung
- Arbeit und Beschäftigung

entsprechend dem regionalen Bedarf vorzuhalten (Abb. 7).

3.5.1 Beratung – Diagnostik – Planung

Bei Menschen mit einer (drohenden) psychischen Behinderung wird in der Regel eine »allgemeine« Beratung z. B. durch die Leistungsträger (z. B. im Rahmen der Servicestelle) über Möglichkeiten und Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht

72 Sowohl der Einrichtungen und Dienste im Bereich der psychiatrischen Versorgung sowie der Angebote im Bereich der beruflichen Rehabilitation und Qualifizierung (u. a. Bildungsträger) einschließlich der Beschäftigungsförderung (z. B. kommunale oder gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften). Dabei sind auch Anreize und Rahmenbedingungen für eine verstärkte Zuwendung zur betrieblichen Rehabilitation (platziert rehabilitieren) und Beschäftigung und damit einhergehend zur Entwicklung von Kooperationsstrukturen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Bildungsträgern sowie Betrieben zu schaffen.

Abb. 7: Hilfefunktionen in einem wohnortnahen System zur Teilhabe am Arbeitsleben

Fortlaufend entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Bedarf		»Gestuft« bzw. modular entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Bedarf
Beratung, Diagnostik, Planung Abklärung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung/Aufnahme einer Beschäftigung erforderlich sind, einschließlich der ggf. erforderlichen Motivation bzw. Unterstützung zur Inanspruchnahme von Hilfen. Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitations-/Eingliederungsplans unter Berücksichtigung der – angestrebten Ziele – aktuellen Problemlage – vorhandenen und der noch nicht vorhandenen bzw. krankheits-/behinderungsbedingt beeinträchtigten Fähigkeiten	**Unterstützung, Koordination und Abstimmung im Verlauf** Kontinuierliche Beratung (angefangen von der Beratung bei der Lebenszielplanung in Bezug auf eine mögliche spätere Berufstätigkeit) und Begleitung, Koordination Abstimmung unter Berücksichtigung der Schnittstellen von – medizinischer Rehabilitation – Leistungen der Krankenbehandlung – Maßnahmen/Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Maßnahmen/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Überprüfung der Zielerreichung	**Vorbereitende Hilfen** zur (Wieder-)Erlangung und Erprobung elementarer arbeitsbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten, z.B. durch – Arbeitstherapie und Belastungserprobung – Berufsfindung – Arbeitserprobung – Arbeitstraining – Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten – Förderungslehrgang – Rehabilitationsvorbereitungslehrgang **Qualifizierung** – Schulische/berufliche Ausbildung – Berufliche Anpassung – Fortbildung – Umschulung – Weiterbildung **Arbeit und Beschäftigung** auf dem allgemeinen und besonderen Arbeitsmarkt einschließlich – arbeitsweltbezogener Beratung und Unterstützung am Arbeitsplatz (Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes, begleitende Hilfen im Arbeitsleben, Anleitung am Arbeitsplatz – Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (Stellensuche, Bewerbungstraining, Arbeitsvermittlung) **Arbeits- und Beschäftigungsangebote,** insbesondere auch – Teilzeit-Arbeits/Beschäftigungsmöglichkeiten – auch unter 15 Std./Woche (Zuverdienst) – »Überbrückungshilfen« (bis zum Beginn oder im Anschluss an eine Qualifizierungsmaßnahme)

ausreichen. Eine eingehendere Abklärung von Zielen und des Bedarfs an Hilfen als Grundlage für die Erstellung eines Rehabilitationsplans wird notwendig sein.

Dabei geht es um die Klärung von Wünschen und Zielen des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter Berücksichtigung von dessen

- biografischer Entwicklung und Erfahrung und Lebenszielplanung, insbesondere vorausgegangener Ausbildung und beruflicher Erfahrungen sowie
- vorhandenen und verfügbaren sowie beeinträchtigten oder noch nicht entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Diese Aufgabe kann nicht allein im Rahmen von Gesprächen wahrgenommen werden, sondern erfordert regelmäßig auch Möglichkeiten der praktischen Erprobung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie zur Klärung und Entwicklung von Neigungen und Interessen.

Auf dieser Grundlage ist gemeinsam mit dem Menschen mit psychischer Beeinträchtigung eine Rehabilitationsplanung zu erarbeiten, die sich auf überschaubare Zeitabschnitte und Rehabilitationsziele bezieht und im Rehabilitationsprozess fortgeschrieben wird.[73]

3.5.2 Unterstützung, Koordination und Abstimmung im Verlauf (Rehabilitationsmanagement)

Bedingt durch den häufig wechselnden Verlauf chronischer psychisch Erkrankungen und Behinderungen und den hiermit einhergehenden Schwankungen in der psychischen Stabilität und Belastbarkeit handelt es sich bei dem Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben meist um einen längerfristigen Prozess, in dem unterschiedliche Hilfen nicht nur nacheinander, sondern ggf. auch wiederholt bzw. gleichzeitig in Anspruch genommen werden müssen.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass bei diesem Personenkreis zumeist in Folge der Erkrankung die Fähigkeit zur selbstständigen Inanspruchnahme, Koordination und Abstimmung von Hilfen beeinträchtigt ist. Häufig äußern sich Antriebsschwäche, emotionale Instabilität und gestörtes Selbstwertgefühl in einem ausgeprägten Rückzugsverhalten. Es entsteht eine Barriere, insbesondere neue soziale Kontakte zu knüpfen und notwendige Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Zur Gewährleistung von abgestimmten und integrierten Hilfen[74] ist daher eine kontinuierliche begleitende Unterstützung notwendig. Diese hat insbesondere die Aufgabe der Koordination und Abstimmung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen und der Fortschreibung des Rehabilitationsplans, wie sie für den Bereich

73 Zu den Anforderungen an Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsplanung vgl. u. a.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Frankfurt/Main 2003, S. 40 ff.; Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1987) a. a. O., S. 13.

74 Das Ziel der Erbringung von abgestimmten und integrierten Hilfen »wie aus einer Hand« auf der Grundlage eines »flexiblen Rehabilitationsplans« ist eines der zentralen Anliegen des SGB IX und dort in den Vorgaben des § 10 SGB IX i. V. m. §§ 11, 12 SGB IX sowie den gemäß § 13 SGB IX zu erarbeitenden Empfehlungen geregelt.

der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation eingehend in dem Konzept der »integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung« dargestellt worden ist.[75] Danach ist zur Umsetzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans eine Bezugsperson verbindlich festzulegen.

Hinsichtlich der Unterstützungs- und Koordinationsfunktion bezüglich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist zu berücksichtigen, dass diese neben Kenntnissen über das breite Spektrum an (Förder-)Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und den regionalen Umsetzungsmöglichkeiten vor allem Kenntnisse und Erfahrungen mit dem betrieblichen Alltag erfordert. Außerdem ist zu beachten, dass ein wesentlicher mit der Aufnahme einer Arbeit bzw. dem Eintreten in den Prozess der beruflichen Rehabilitation verbundener Aspekt der des Übergangs von der Rolle als Patienten bzw. Klienten zum (künftigen) Arbeitnehmer ist,[76] dem auch bei der Organisation von Hilfen Rechnung zu tragen ist.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, mit dem Eintritt eines Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in das System der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch einen gesonderten Ansprechpartner als »Unterstützungsperson« zur Seite zu stellen. Die zentralen Aufgaben sind

- für alle arbeitsbezogenen Fragen beratend zur Verfügung zu stehen,
- den Verlauf als »Lotse« koordinierend zu begleiten,
- den Zugang zu rehabilitativen Hilfen zu ermöglichen,
- die Integration in und den Erhalt von Arbeitsverhältnissen zu sichern.

Es handelt sich mithin um ein spezifisches, den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Rechnung tragendes Aufgabenprofil, das sich weithin mit den für die Integrationsfachdienste in § 110 Abs. 2 SGB IX beschriebenen Aufgaben in der Beratung, Unterstützung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen deckt, hier aber auf die »letzte Phase« im Prozess der beruflichen Eingliederung beschränkt ist und nicht die notwendige Begleitung während des gesamten Rehabilitationsprozesses abdeckt.

3.5.3 Vorbereitende Hilfen

Die vorbereitenden Hilfen umfassen ein Spektrum von Leistungen, das von der (Wieder-)Erlangung von Grundfähigkeiten bis hin zu arbeitsspezifischen Kompetenzen reicht. Diese gegenwärtig maßnahmebezogen definierten Hilfen (vgl. Abb. 7) sind hinsichtlich Inhalt, Intensität und Dauer entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles zu gestalten und können in den unterschiedlichsten

75 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG Band 116 I, Baden-Baden 1999.

76 Vgl. hierzu die einführenden Hinweise zur Bedeutung von Arbeit.

Beschäftigungsfeldern (Allgemeiner oder besonderer Arbeitsmarkt, Dritter Sektor, rehabilitative Beschäftigung, vgl. Abb. 1) realisiert werden.

Bei der Erarbeitung eines Rehabilitationsplans nimmt die praktische Erprobung von Arbeitsfähigkeiten eine Schlüsselstellung ein, denn erst auf deren Grundlage ist eine zuverlässige Abklärung des individuellen Förder- und Unterstützungsbedarfs sowie der erforderlichen und geeigneten Hilfen möglich.

Die Verwirklichung personenzentrierter »maßgeschneiderter« Hilfen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer flexiblen, an den individuellen Erfordernissen orientierten Ausgestaltung erfordert im Weiteren eine Umorientierung bei den Maßnahmenträgern (Einrichtungen und Diensten) wie bei den Leistungsträgern: Denn: Solange »Maßnahmeprogramme« (z. B. ein Förderlehrgang für 20 Personen mit festgelegtem Beginn und Dauer) finanziert werden, geht von diesen eine angebotsbezogene Sogwirkung aus, ohne dass diese Leistungen dem tatsächlichen Bedarf der chronisch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entsprechen.

3.5.4 Qualifizierung

Bei den Leistungen zur Qualifizierung handelt es sich neben Ausbildung/Umschulung um ein breites Spektrum von unterschiedlich ausgestalteten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Erwerb spezifischer beruflicher Kompetenzen. Die gegenwärtig in diesem Bereich angebotenen Maßnahmen für behinderte Menschen sind noch nahezu ausnahmslos als Vollzeitmaßnahmen konzipiert. Eine Flexibilisierung der Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen in Teilzeit und/oder in Teil-/Vollzeit entsprechend der aktuellen individuellen Belastbarkeit ist dringend erforderlich. Die im SGB IX für behinderte Frauen eingefügte Regelung, nach denen diesen gleiche Chancen im Erwerbsleben durch »wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote« (§ 33 Abs. 2 SGB IX) muss unter Beachtung des verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbotes für alle (behinderten) Menschen Geltung finden.

3.5.5 Unterstützung zur Erlangung und Erhaltung von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen

Im Bereich Arbeit und Beschäftigung sind in Verbindung mit der Beratung, Planung und Diagnostik und vor allem Hilfen zur Erlangung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes sowie begleitende Hilfen von grundlegender Bedeutung, die – je nach individuellem Bedarf – die nachstehenden Leistungen umfassen:

- Zur Aufnahme einer Arbeit/Beschäftigung sind insbesondere erforderlich:

  - Suchhilfen (Beratung und Information zur selbstständigen Suche eines Arbeitsplatzes);
  - Bewerbungstraining (Erstellen von Bewerbungsschreiben, Übung von Bewerbungsgesprächen);
  - Erschließung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten (von »Trainings«-/Praktikumsplätzen über Zuverdienstmöglichkeiten bis hin zu regulären Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) und
  - Vermittlung auf diese Arbeitsplätze;
  - Begleitung bei Bewerbungs-/Vorstellungsgesprächen.
- Zur Erhaltung bzw. Sicherung eines Arbeitsverhältnisses können erforderlich sein
  - die Beratung und Unterstützung des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung;
  - Analyse der Arbeitsbedingungen an dem konkreten Arbeitsplatz einschließlich der Prüfung von Möglichkeiten zur Verminderung oder Vermeidung belastender Faktoren (Arbeitsabläufe, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeiten);
  - ggf. Prüfung der Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes;
  - Beratung und ggf. Anleitung von Vorgesetzten und Kollegen.

4 Bestandsaufnahme: Das System der Hilfen zur Rehabilitation und Teilhabe

Das System der Hilfeangebote zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen befindet sich ebenso wie die hierfür maßgeblichen sozialrechtlichen Grundlagen in einem Prozess des Wandels und der Weiterentwicklung, für den die im Jahr 1975 in der Psychiatrie-Enquete[77] formulierten Reformvorschläge einen zentralen Ausgangs- und Bezugspunkt bilden.

Der in den Projektzeitraum fallende 25. Jahrestag der Vorlage der Psychiatrie-Enquete gab Fachwelt und Politik nicht nur Anlass, eine Bilanz zur bisherigen Entwicklung zu ziehen, sondern auch den bestehenden Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung zu verdeutlichen. Hierzu gehören insbesondere

77 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundsrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Bundestags-Drucksache 7/4200.

- der Festakt »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« am 21.11.2000 im Bonner Wasserwerk sowie die Tagung der Aktion Psychisch Kranke am 22. und 23. November 2000;[78]
- die öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags am 09.05.2001 zum Thema »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«;[79]
- der am 04.07.2002 gefasste Beschluss des Bundestags »25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung«;[80]
- die von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden vorgelegte und von der 76. Gesundheitsministerkonferenz im Juli 2003 verabschiedete »Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren«.[81]

Es wurde dabei übereinstimmend festgestellt, dass in der Zeit seit der Psychiatrie-Enquete viele Veränderungen und Verbesserungen erreicht worden sind, sowohl im Bereich der Gesetzgebung wie auch beim Auf- und Ausbau eines differenzierten Systems von Hilfeangeboten, zu deren Stand in diesem Kapitel ein Überblick auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Bestandsaufnahme gegeben wird.

4.1 Zum Stand des Berichtswesens und verfügbarer Daten

Eine regelmäßige Berichterstattung des Bundes zur Situation der psychisch kranken und behinderten Menschen sowie zu Entwicklungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist (noch) nicht eingeführt. Maßgeblich hierfür ist vor allem, dass nur wenige der relevanten Daten auf Bundesebene erfasst werden (z. B. Krankenhausstatistik), da die Zuständigkeit für die Erfassung von Versorgungsdaten weithin eindeutig bei den Ländern liegt, bei denen die Psychiatrie-Berichterstattung und -planung sehr unterschiedlich entwickelt ist.

Vor diesem Hintergrund gleichen die bisher auf Bundesebene vorgelegten Berichte zur Situation dieses Personenkreises und zur Versorgungssituation eher einem löchrigen Flickenteppich. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf

78 Die Beiträge zu diesen beiden Veranstaltung sind dokumentiert in Aktion Psychisch Kranke (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I und II, Bonn 2001.

79 Die Stellungnahmen der Verbände und Experten sind dokumentiert in den Ausschussdrucksachen 861/14, 878/14 881/14, 883/14.

80 Der von den Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingebrachte Antrag, Bundestags-Drucksache 14/955, wurde von allen im Bundestag vertretenen Parteien bei Enthaltung der FDP beschlossen.

81 Der im Auftrag der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz) erstellte und von der 76. Gesundheitsministerkonferenz am 2./3. Juli 2003 verabschiedete Bericht ist bislang nur über die Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz zu beziehen.

- die 1992 vorgelegte Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD »Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland«, in der u. a. darauf verwiesen wird, dass sich die Länder zur Beantwortung nicht auf eine gemeinsame einheitliche Darstellung geeinigt haben, »sondern beschlossen, dass jedes Land die Angaben in eigener Verantwortung abliefert«[82], mit der Folge, dass Daten in unterschiedlichem Umfang bzw. nur unvollständig vorgelegt werden konnten;
- den 1996 vorgelegten Schlussbericht des Forschungsprojekts »Strukturanalyse der Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des Bereichs chronischer psychischer Störungen«[83];
- den im Juli 2003 von der 76. Gesundheitsministerkonferenz verabschiedeten Bericht »Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren«, der im Anhang zwar eine beeindruckende Zusammenstellung von Daten enthält, die aber in Teilbereichen unvollständig sind, da von einigen Ländern zu einzelnen Aspekten keine Angaben gemacht wurden.

Daneben wird auf Bundesebene der Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung und der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen bisher jeweils in den vom Bundesministerium für Arbeit und Soziaordnung vorgelegten »Behindertenberichten«[84] besondere Aufmerksamkeit zuteil, wobei auch hier aufgrund der Datenlage zumeist keine systematische Darstellung erfolgen kann, sondern zu etlichen Punkten jeweils nur exemplarisch Entwicklungen in einzelnen Ländern bzw. zu bestimmten Einrichtungsarten vorgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund war es ein ehrgeiziges Vorhaben, im Rahmen des Projekts auf der Grundlage der seitens des Bundes- und der Länder sowie der Leistungsträger bereits routinemäßig erhobenen Daten eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme zu erstellen, bei dem auch schnell die Grenzen deutlich wurden:

- Soweit für bestimmte Leistungen aufgrund der Zuständigkeitsregelung der örtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist, liegen Daten ebenfalls nur unvollständig vor, da es in den Ländern zumeist kein systematisches Berichtswesen gibt. Dies betrifft insbesondere ambulante Hilfen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte erbracht werden.
- In den von den überörtlichen Trägern der Eingliederungshilfe geführten Statistiken werden herkömmlich nur die Maßnahmearten erfasst und (noch) keine Differenzierung nach Art der Behinderung vorgenommen. Mithin können hier Daten zu Hilfeangeboten nur insoweit zuverlässig mitgeteilt werden, wie es sich um spezielle Angebote für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte

82 Bundestags-Drucksache 12/4016, S. 2.

83 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden 1996.

84 Zuletzt: Vierter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bundestags-Drucksache 13/9514, 1998.

Menschen handelt, wie z. B. im Bereich des betreuten Wohnens oder der Tagesstätten. Bei Einrichtungen, die allen bzw. mehreren Gruppen von behinderten Menschen offen stehen, ist eine zuverlässige Aufschlüsselung der Inanspruchnahme nach Art der Behinderung nicht möglich (z. B. Wohnheime und Werkstätten für behinderte Menschen).

- Auch im Bereich des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung liegen nur lückenhafte Daten vor. Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nur die stationären Maßnahmen erfasst; mithin liegen keine Angaben z. B. darüber vor, bei wie vielen Menschen mit einer psychischen Erkrankung ambulante Ergotherapie oder ambulante oder teilstationäre Arbeitstherapie bewilligt wurde. Ferner liegen keine Daten zur Frage vor, bei wie vielen Menschen Leistungen im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) erbracht worden sind.
- Bei den Trägern der Rentenversicherung sind zwar Daten zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch differenziert nach Diagnosegruppen entsprechend ICD verfügbar; bei der Statistik über Leistungen zur beruflichen Rehabilitation wird aber die Krankheits-/Behinderungsart nicht erhoben, sondern lediglich die Art der Maßnahme. Mithin ist es derzeit keine Aussage darüber möglich, in welchem Umfang Menschen mit einer psychischen Erkrankung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rentenversicherung erhalten.
- Seitens der Bundesanstalt für Arbeit konnten Daten zum Leistungsgeschehen im Rahmen einer Sonderauswertung zur Verfügung gestellt werden, die Angaben über die bei den Arbeitsämtern geführten Rehabilitanden enthält, wobei nicht eindeutig zu klären war, ob bei den Leistungen ausschließlich die durch die Bundesanstalt für Arbeit erbrachten erfasst wurden, da die Leistungszuständigkeit kein gesondertes Erhebungsmerkmal war. (Die Bundesanstalt für Arbeit war entsprechend den Regelungen des RehaAnglG bis Ende Juni 2001 bei berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation regelhaft zu beteiligen.)
- Bei den auf der Grundlage des Rechts der Arbeitsförderung durch die Bundesanstalt für Arbeit erbrachten allgemeinen Leistungen (Qualifizierungsmaßnahmen, daneben auch Arbeitsbeschaffungs- und Strukturanpassungsmaßnahmen) ist nicht zu ermitteln, in welchem Umfang hier Menschen mit einer psychischen Erkrankung berücksichtigt wurden. Gleiches gilt auch für die von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Arbeit erbrachten Leistungen.
- Bei den in der Zuständigkeit der Integrationsämter erbrachten Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben wurde bei der Erhebung und Veröffentlichung der Daten herkömmlich auch immer nach Art der Behinderung differenziert. Mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX und der damit verbundenen rechtlichen Absicherung der Integrationsfachdienste sowie der Zusammenführung

der berufsbegleitenden Fachdienste unter diesem neuen Dach wurden die Statistikbögen neu gefasst: Dabei wurde zum einen die Differenzierung der Behinderungsarten vereinfacht und die Art der Behinderung nur noch in der fortlaufenden Dokumentation und den Jahresstatistiken erfasst, nicht jedoch in den Monatsstatistiken, auf deren Grundlage Daten von der Bundesanstalt für Arbeit veröffentlicht werden. In den jüngeren von der Bundessarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen veröffentlichten Berichten ist nicht mehr die Differenzierung nach Behinderungsarten enthalten und auch der im Sommer 2003 von der Bundesregierung vorgelegte Bericht zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen[85] ermöglicht keinen Aufschluss darüber, in welchem Umfang die verschiedenen Gruppen von behinderten Menschen Leistungen der Integrationsfachdienste in Anspruch genommen haben. Mithin ist anhand dieser Daten nicht überprüfbar, ob und in welchem Umfang tatsächlich psychisch behinderte Menschen berücksichtigt und der Vorgabe des § 10 Abs. 3 SGB IX Rechnung getragen worden ist.

- Ein weiteres strukturelles Problem in der Berichterstattung liegt darin, dass die Erfassung erbrachter Leistungen maßnahme- bzw. einrichtungsbezogen erfolgt und keinerlei Aussagen über personenbezogene Entwicklungen bzw. Inanspruchnahme ermöglicht. So geben die vorliegenden Daten über die »Krankenhausbehandlungsfälle« keinen Aufschluss über die Zahl der in einem Jahr behandelten Personen und aus den Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit ist nicht ersichtlich, wie viele der Rehabilitanden mehrere Leistungen nacheinander in Anspruch nehmen (z. B. erst Berufsfindung/Arbeitserprobung, dann einen Reha-Vorbereitungslehrgang und schließlich eine Qualifizierungsmaßnahme).

Weiter ist zu bemängeln, dass die von den verschiedenen Leistungsträgern erbrachten Leistungen nicht mehr nach Leistungsbereichen (medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben etc.) zusammengeführt werden.

Vor dem Hintergrund eines unzureichenden und unsystematisch entwickelten Berichtswesens werden immer wieder – zumeist in Form von Forschungsprojekten und Gutachtenaufträgen – »Sondererhebungen« erforderlich, die dann aber zumeist nicht das gesamte System von Hilfeangeboten in einem Leistungsbereich (wie z. B. die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), sondern nur einzelne Angebotsformen (z. B. Werkstätten für Behinderte, Integrationsprojekte) zum Gegenstand haben.

Ein weiteres und qualitativ bedeutsames Problem der derzeitigen Berichterstattung liegt darin, dass sie zwar ermöglicht, bestehende (institutionelle) Versorgungsstrukturen und deren Entwicklung bzw. Inanspruchnahme darzustellen, aber keine qualitative Bewertung. Hierauf hat zuletzt die Arbeitsgruppe Psychi-

85 Bericht der Bundesregierung gemäß § 160 SGB IX zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen, Bundestags-Drucksache 15/1295 vom 28.06.2003.

atrie der obersten Landesgesundheitsbehörden hingewiesen, indem sie feststellte: »Die Erhebung der Daten im Rahmen dieses Berichtes und deren Auswertung konnte zwar Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquete und entstandene Versorgungsstrukturen darstellen, sie waren aber nicht geeignet, valide Aussagen über quantitative Bedarfe in der psychiatrischen Versorgung zu machen.« ... »Inwieweit in Ländern oder Regionen eine Unterversorgung (oder sogar eine Überversorgung) besteht, lässt sich mangels fehlender Normen nicht feststellen. Die AG Psychiatrie hält es für notwendig, dass im Rahmen einer unabhängigen wissenschaftlichen Untersuchung – auch im internationalen Vergleich – eine fundierte Ermittlung der Bedarfe durchgeführt wird. Es wäre wünschenswert, wenn der Bundesminister für Gesundheit und Sozialordnung jetzt nach der Feststellung der Versorgungsdaten durch die Länder im Rahmen seiner Ressortforschung eine solche Bedarfsbewertung veranlassen würde, um ggf. einen effizienteren Einsatz der aufgewandten Mittel und eine verbesserte Versorgung der psychisch kranken Menschen zu erreichen. Die Länder sollten im Gegenzug durch Wiederholung der jetzt durchgeführten Erhebung in regelmäßigen Abständen ihren Betrag dazu leisten, dass das psychiatrische Versorgungssystem weiter optimiert wird und Abweichungen oder Fehl-, Unter- und Überversorgung rechtzeitig erkannt werden.«[86]

Die hier geforderte Bedarfsbewertung hat allerdings zur Voraussetzung, dass hierzu auch die erforderlichen Basisdaten zur Verfügung gestellt werden können, was die Einführung eines Dokumentationssystems voraussetzt, wie es mit dem »integrierten psychiatrischen Dokumentationssystem – IPDS«[87] vorgelegt worden ist.

4.2 Die Angebote

Das System der Hilfeangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen befindet sich ebenso wie die Einrichtungen und Dienste zur beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen in einem Prozess der fortlaufenden Weiterentwicklung und ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich ausgebaut worden, wobei sich teilweise erhebliche regionale Unterschiede ergeben haben. Ein wesentliches

86 Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, Juni 2003 (Vorlage zur 76. Gesundheitsministerkonferenz), S. 59.

87 Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems in einer Modellregion – Dokumentationsprojekt«, vorgelegt von der Aktion Psychisch Kranke, Autorengruppe: Kruckenberg, P., Reumschüssel-Wienert, C., Brand, A., Grampp, P., Juli 2003.

Ziel der Psychiatriereform war und ist dabei der bedarfsgerechte Auf- und Ausbau wohnortnaher und insbesondere ambulanter Hilfen. Vor dem Hintergrund der Leistungszuständigkeiten im gegliederten System der Sozialen Sicherheit sowie bestehenden Organisationsstrukturen und Finanzierungsregelungen ist diese Entwicklung vor allem von einer fortschreitenden institutionellen Differenzierung der Hilfeangebote geprägt gewesen. Dabei haben sich einerseits zwischen den Aufgabenbereichen der verschiedenen Einrichtungen und Dienste mehr oder weniger große Überschneidungen ergeben, und sich die einzelnen »Einrichtungstypen« andererseits in teilweise so großer konzeptioneller Vielfalt entwickelt, sodass es insgesamt kaum möglich ist, einen vollständigen Überblick zu erhalten.

Begleitet wurde dieser Prozess auch von einer Weiterentwicklung und Differenzierung sozialrechtlicher Regelungen, in deren Zuge Leistungszuständigkeiten modifiziert (z. B. Erweiterung der Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) und neue Leistungen sowie das Gebot der Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen[88] eingeführt wurden. Während im Zuge dieser Entwicklung einerseits die Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen Behandlung – medizinische Rehabilitation – Teilhabe am Arbeitsleben auch im Sozialrecht gewissermaßen fließend ausgestaltet wurden[89], blieb andererseits die Grundstruktur des gegliederten Systems der Sozialen Sicherheit[90] erhalten mit seinen Leistungszuständigkeiten und ein nach Leistungsgruppen differenziertes institutionelles Hilfesystem erhalten.[91]

Aufgrund der Steuerungswirkung der sozialrechtlichen Aufgabenverteilung für die strukturelle Entwicklung und Ausgestaltung des Systems von Einrichtungen und Diensten, erfolgt in der Abb. 8 eine Differenzierung nach den im SGB IX genannten Leistungsgruppen, ergänzt um die »Leistungsgruppe« Krankenbehandlung.

88 § 27 Abs. 1 SGB V und § 10 Abs. 3 SGB IX.

89 Beispielhaft ist auf die Vorgabe des § 27 SGB IX zu verweisen, nach der die Ziele für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch für die Krankenbehandlung gelten, wobei nach den Regelungen des SGB V zur medizinischen Rehabilitation auch alle Leistungen der Krankenbehandlung eingesetzt werden können.

90 Zu beachten ist hier insbesondere § 30 SGB IV, nach dem die Träger der Sozialversicherung verpflichtet werden, ihre Mittel nur zur Erfüllung der ihnen gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben zu verwenden.

91 Der Begriff der Leistungsgruppen wird in § 5 SGB IX eingeführt, in dem differenziert wird zwischen: 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; 3. unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen und 4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Abb. 8: Leistungsträger und Leistungsarten[92]

	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX)	**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)**	**Leistungen zur Krankenbehandlung (Akutbehandlung)**	**Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)**
Gesetzliche Krankenversicherung	Nein § 43 Nr. 1 SGB V	Ja § 11 Abs. 2 SGB i.V.m. § 40 SGB V	Ja § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. §§ 27 ff SGB V	Nein § 43 Nr. 1 SGB V
Bundesanstalt für Arbeit	Ja §§ 97 ff SGB III	Nein	Nein	Nein
Gesetzliche Rentenversicherung	Ja § 16 SGB VI	Ja § 15 SGB VI	Nein § 13 Abs. 2 SGB VI	Nein
Träger der Sozialhilfe (Leistungen werden nur erbracht, sofern kein anderer Träger zuständig ist)	Ja § 40 Abs. 1 Nr. 3 u. 7 BSHG	Ja § 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG	Ja § 37 BSHG (entsprechend §§ 27–34b SGB V)	Ja § 40 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX

4.2.1 Krankenbehandlung

Die Berücksichtigung von Leistungen und Angeboten aus dem Bereich der Krankenbehandlung im Kontext von Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben ist aus mehreren Gründen notwendig. Hierzu gehören insbesondere:

- Zu den Aufgaben der Krankenbehandlung im Rahmen der Diagnostik auch die Abklärung der Arbeitsfähigkeit und beruflichen Situation sowie ggf. die Verordnung bzw. Veranlassung weiterer Maßnahmen (z. B. auch die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, § 74 SGB V).
- Die von der von der Krankenkassen zu erbringenden Leistungen umfassen auch eine Reihe von »arbeitsrehabilitativen« Leistungen,[93] wobei im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen der Krankenbehandlung nicht klar von den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgegrenzt[94] und im

92 Detailliertere Ausführungen zu Leistungszuständigkeiten und Leistungsarten enthält Anhang A, Kap. 3.

93 In der ambulanten Versorgung vor allem im Rahmen der Heilmittelversorgung (§ 27 Abs. 1 i. V. m. § 32 SGB V), daneben durch Arbeitstherapie und Belastungserprobung (§ 42 SGB V).

94 Gemäß § 40 SGB V sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dreifach gestuft: Danach sind zunächst alle Möglichkeiten der ambulanten Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Ziff.1–4) auszuschöpfen bzw. in Betracht zu ziehen; erst wenn diese nicht ausreicht, kommen ambulante Rehabilitationsleistungen durch Rehabilitationseinrichtungen in Betracht; nur wenn eine solche ambulante Maßnahme nicht ausreicht, kommt eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Betracht.

Übrigen auch bei der Krankenbehandlung die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen sind.[95]

4.2.1.1 Ambulante Versorgung

In der ambulanten Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen nehmen die **niedergelassenen (Fach-)Ärzte** eine Schlüsselstellung ein: Sie sind vielfach nicht nur eine erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen, sondern haben auch die Aufgabe im Rahmen der ärztlichen Diagnostik die berufliche Situation bzw. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit mit abzuklären und ggf. weiterführende Maßnahmen zu empfehlen bzw. entsprechende Leistungen zu verordnen. Gerade im Bereich der fachärztlichen Versorgung sind dabei noch erhebliche regionale Unterschiede zu konstatieren zwischen städtischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen, die sich auch in einem Gefälle zwischen den Stadtstaaten und den Flächenländern niederschlagen: Die höchste Dichte an Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie gibt es in Hamburg (ein Arzt auf 6.813 Einwohner) die niedrigste in Brandenburg (ein Arzt auf 28.593 Einwohner).[96]

Von den (rehabilitativen) Leistungen der Krankenversicherung ist im Bereich der ambulanten Versorgung vor allem die zu den Heilmitteln gehörende Ergotherapie im Hinblick auf die Förderung und Wiedererlangung von Grundarbeitsfähigkeiten von zentraler Bedeutung.[97] Bezüglich der Verfügbarkeit dieses Hilfeangebotes stellt sich wiederum das Problem der sehr unterschiedlichen regionalen Verteilung von Ergotherapeuten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind: Das Spektrum reicht von einem zugelassenen Ergotherapeuten auf 17.282 Einwohner im Saarland bis zu einem Ergotherapeuten auf 867.069 Einwohner in Brandenburg, wobei die östlichen Bundesländer bezüglich der Verfügbarkeit von Ergotherapeuten insgesamt die Schlusslichter bilden.[98] Hierbei ist weiter zu berücksichtigen, dass zum einen nicht alle Ergotherapeuten Angebote für psychisch erkrankte Menschen machen und zum anderen die Erbringung von Ein-

95 § 27 SGB IX.

96 **Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden**; Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, Chemnitz 2003.

97 Gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 06. Februar 2001 gehören zur psychisch-funktionellen Behandlung insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer sowie die Verbesserung von Grundarbeitsfähigkeiten; vgl. auch Anhang A, Kap. 3.4.1.

98 Weitere Daten zur Verfügbarkeit von Ergotherapeuten enthält Anhang A, Kap. 4.4.1.

zelleistungen in einer ergotherapeutischen Praxis weithin nicht dem Bedarf psychisch kranker Menschen entspricht. Erforderlich ist eine Einbindung in gemeindepsychiatrische und arbeitsweltbezogene Kooperationsstrukturen.

Ein vorbildliches Beispiel für die Einbindung ambulanter Ergotherapie in das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ist im Kreis Herzogtum-Lauenburg realisiert worden. In diesem Kreis sind inzwischen über 30 Ergotherapeuten ambulant tätig, wobei die Begleitung und Anleitung von psychiatrischen Patienten im Rahmen arbeitstherapeutischer Zuverdienstangebote zentrales Element ist.[99]

Außerdem ist an dieser Stelle grundsätzlich auch die im Jahr 2000 neu in das Krankenversicherungsrecht aufgenommene »Soziotherapie« zu berücksichtigen, die zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung vor allem die koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch kranke Menschen umfasst. Zu den Aufgaben der Soziotherapie-Leistungserbringern gehört insbesondere auch die Analyse der sozialen und beruflichen Situation und die Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen[100], zu denen u.a. die Ergotherapie gehört. Die Einführung und Umsetzung der Soziotherapie erfolgt bisher nur äußerst schleppend mit der Folge, dass dieses Angebot bislang nur in wenigen Regionen überhaupt verfügbar ist.

4.2.1.2 Krankenhausbehandlung

Eine eingehende Darstellung der vielfältigen im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu berücksichtigenden Aspekte und der fachlichen Standards bezüglich der Arbeitsfähigkeit und der Beschäftigungssituation der Patienten enthält der »Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken«.[101] Eine Beantwortung der Frage, in welchem Umfang die hier beschriebenen Anforderungen tatsächlich umgesetzt werden, ist angesichts fehlender Daten nicht möglich. In Anbetracht der drastischen Verkürzung der Behandlungsdauern im Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung von durchschnittlich zwei Monaten Anfang der 90er-Jahre auf nunmehr drei Wochen[102] mehren sich Hinweise darauf, dass die Behandlungsdauer nicht mehr ausreicht, um regelhaft mit

99 Heissler, M., Mucha, C.: Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: Schmidt-Zadel, R., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen, Tagungsband 30, Bonn 2003.

100 Ziff. 13.2 und 13.3 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Soziotherapie (Soziotherapie-Richtlinien) vom 23.08.2002; vgl. auch Anhang A, Kap 3.4.1 und 4.4.1.

101 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken, Baden-Baden 1996.

102 Zu weiteren Daten und Quellen vgl. Anhang A, Kap, 4.4.2.

der gebotenen Sorgfalt die Arbeits- und Beschäftigungssituation zu klären und arbeitsrehabilitative Leistungen zu erbringen.

Einhergehend mit dieser Entwicklung ist in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen der Anteil von Patienten stark rückläufig, die den Behandlungsbereichen »rehabilitative Behandlung« und »langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker« zugeordnet werden, während ihr Anteil in den Bereichen »Regelbehandlung« und »tagesklinische Behandlung« zugenommen hat. Aus den nicht mehr ganz aktuellen Daten aus der Evaluation zur Psychiatrie-Personalverordnung[103] ergibt sich, dass nur ein Drittel der psychiatrischen Kliniken auch ambulante Arbeitstherapie anbieten, wobei dieses Angebot häufiger an psychiatrischen Krankenhäusern (43 %) als an Abteilungen (20 %) zu finden war.

Diese Erhebung ergab, dass an Angeboten zur beruflichen Integration und zur Tagesstrukturierung die Werkstätten für behinderte Menschen und die Tagesstätten am weitesten verbreitet und in rund zwei Drittel der Versorgungsregionen vorhanden waren. Erst danach folgten die ambulante Arbeitstherapie (43 % der Regionen), Selbsthilfefirmen (33 %), Reha-Einrichtungen (26 %) und berufliche Trainingszentren (25 %), wobei in immerhin 10 % der Regionen keines dieser Angebote verfügbar gewesen ist. Auch hier werden wieder die bestehenden erheblichen regionalen Unterschiede deutlich.

4.2.2 Medizinische Rehabilitation und Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Für den im Rahmen des Projekts vorrangig berücksichtigten Personenkreis der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde mit den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)[104] ein spezifisches Angebot entwickelt, das unter dem Aspekt der integrierten medizinisch-beruflichen Leistungserbringung und der Einbindung der verschiedenen Leistungsträger als vorbildlich und wegweisend anzusehen ist.

Realisiert wurde dieses Angebot auf der Grundlage einer zwischen den Kranken- und Rentenversicherungsträgern sowie der Bundesanstalt für Arbeit 1986 geschlossenen Empfehlungsvereinbarung. Bestandteil dieser Vereinbarung ist ein Anforderungsprofil, das u. a. auch detaillierte Regelungen zu institutionellen Rahmenbedingungen, Zielen, Leistungsangeboten etc. enthält. Darin wird die

103 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Baden-Baden 1998.

104 Eine ausführliche Darstellung zur Entwicklung dieses Angebotes, der Ausgestaltung und der Verfügbarkeit enthält Anhang A, Kap. 4.2.1.

RPK konzeptionell als eine stationäre Einrichtung beschrieben, die mindestens über 50 Plätze verfügen sollte. Solche Vorgaben, die bereits zum Zeitpunkt des Abschlusses der RPK-Empfehlungsvereinbarung aus fachlicher Sicht kritisch betrachtet wurden, sind aus heutiger Sicht fachlich wie auch praktisch überholt. Bereits Mitte der 90er-Jahre sind auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Überlegungen zur Modifizierung der Anforderungen an die RPK-Einrichtungen vorgelegt worden, die auf eine Flexibilisierung des Angebotes und die Ermöglichung von ambulanter (bzw. teilstationärer) Leistungserbringung zielen. Diese Vorschläge sind bis heute nicht aufgegriffen und in einer Neufassung der Empfehlungsvereinbarung umgesetzt worden, obwohl zwischenzeitlich in der Praxis sowohl kleinere Einrichtungen (ab 20 Plätze) als auch eine ambulante Leistungserbringung (insbesondere in Niedersachsen) realisiert werden konnten.

Neben dem Ausbleiben der Weiterentwicklung der RPK-Empfehlungsvereinbarung ist vor allem ernüchternd, dass auch über 15 Jahre nach Abschluss der Empfehlungsvereinbarung dieses Hilfeangebot nur an wenigen Orten überhaupt verfügbar ist. Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen im Jahr 2000 vorgelegte Bestandsaufnahme berichtet von 42 Einrichtungen mit insgesamt 827 Plätzen, die regional sehr unterschiedlich verteilt sind, wobei es in fünf Bundesländern überhaupt kein entsprechendes Angebot gibt.

Noch ernüchternder ist das Ergebnis der hierzu im Rahmen des Projektes durchgeführten Erhebung, nach der es lediglich 24 Einrichtungen gibt, die über Verträge mit allen drei in der Empfehlungsvereinbarung genannten Leistungsträgern haben. Demgegenüber wurden bei der RPK-Bestandsaufnahme auch die Einrichtungen einbezogen, die Verträge nur mit einem Leistungsträger haben, zu denen u. a. 17 Übergangseinrichtungen in Westfalen-Lippe gehören, die lediglich mit der Rentenversicherung und nur für den Bereich der medizinischen Rehabilitation einen Vertrag haben. Ein weiterer »Sonderfall« ist die im Rahmen der Regionalerhebungen beschriebene RPK in Halle, die lediglich Leistungen zur beruflichen Rehabilitation erbringt.[105]

Festzuhalten ist, dass es spezifische integrierte Rehabilitationsangebote für psychisch erkrankte und behinderte Menschen nur in wenigen Regionen gibt und diese hinsichtlich des Leistungsspektrums und der konzeptionellen Ausgestaltung unterschiedlich ausgestaltet sind.

Bei den Angeboten zur medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen werden neben den RPK-Einrichtungen regelmäßig auch noch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationskliniken genannt, zu denen nur sehr lückenhafte Daten verfügbar sind:

- Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 1999 insgesamt

105 Vgl. Anhang B, Kap. 4.1.1.4.

182 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Fachabteilungen für Psychiatrie, darunter 164 Einrichtungen für Suchtkranke.

- In der REHADAT-Datenbank waren 2002 insgesamt 77 psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitationskliniken erfasst (ohne Einrichtungen für Suchtkranke).
- Das 2002 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorgelegte Verzeichnis von stationären Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation weist 166 Einrichtungen mit einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt (ohne Einrichtungen für Suchtkranke) aus, darunter acht Einrichtungen mit einer psychiatrischen Fachabteilung.[106]

Unter den in diesen Verzeichnissen enthaltenen Angeboten ist nur ein kleiner Teil der RPK-Einrichtungen zu finden. Die von den Rehabilitationskliniken gemachten Angaben zur Indikation sind recht unterschiedlich, wobei nur wenige ausdrücklich auch »Psychosen« angeben, daneben aber eine größere Zahl die unspezifische Angabe »psychische Erkrankungen im engeren Sinne« machen.

Unter Berücksichtigung des spezifischen therapeutischen Settings in diesen Rehabilitationskliniken, der zumeist fehlenden Vernetzung mit gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten und der kurzen Dauer der hier durchgeführten Maßnahmen sind diese Angebote aus fachlicher Sicht zur Rehabilitation schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen ungeeignet. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass auch ein erheblicher Teil dieses Personenkreises in Anbetracht fehlender Alternativen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf diese Einrichtungen verwiesen wird. Dies ergibt sich aus dem Vergleich der vorliegenden Daten zu den von den Rehabilitationsträgern durchgeführten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation mit den in RPK-Einrichtungen verfügbaren Plätzen.[107]

Bei einer Gesamtbetrachtung der verfügbaren Angebote zur medizinischen Rehabilitation ergibt sich, dass diese für den Personenkreis der schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen in den meisten Regionen vollkommen unzulänglich entwickelt bzw. verfügbar sind. Die Folgen hiervon sind Unter- und Fehlversorgung; des Weiteren wird dieser Personenkreis hierdurch bezüglich der benötigten rehabilitativen Hilfen nach wie vor weithin auf Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Bundessozialhilfegesetz verwiesen.

106 Zu weiteren Daten und den Quellen vgl. Anhang A, Kap. 4.3.

107 Während in den RPK-Einrichtungen deutlich unter 1.000 Plätze verfügbar sind, wurden allein von den Rentenversicherungsträgern im Jahr 1999 rund 32.000 medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen durchgeführt, darunter 3.623 für Menschen mit nicht organisch bedingten Psychosen; vgl. Anhang A, Kap. 4.3.

4.2.3 Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Zur Teilhabe am Arbeitsleben steht auf der einen Seite ein breites Spektrum von Leistungen zur Verfügung,[108] auf der anderen Seite ein differenziertes System von Einrichtungen, Diensten und weiteren Angeboten. Hierzu gehören insbesondere

- die Integrationsfachdienste, die Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Vermittlung und begleitender Hilfen erbringen;
- die Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation (Berufliche Trainingszentren, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen sowie die bereits vorstehend dargestellten RPK-Einrichtungen) mit einem breiten Spektrum von Leistungen zur Berufsvorbereitung, einschließlich der Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung über Maßnahmen zur beruflichen Anpassung bis hin zu Aus- und Weiterbildung;
- Bildungsträger, die vorwiegend Trainings- und Qualifizierungsmaßnahmen in Form von Lehrgängen durchführen.

4.2.3.1 Integrationshilfen und berufsbegleitende Unterstützung

Von den **Integrationsfachdiensten** besteht inzwischen ein flächendeckendes Netz, wobei der sozialräumliche Bezugsrahmen nicht die kommunalen Gebietskörperschaften sind, sondern die Arbeitsamtsbezirke. Mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX wurde die Aufgabenstellung dieser Dienste neu geregelt[109] und die Vorgabe eingeführt, dass in jedem Arbeitsamtsbezirk jeweils nur ein Integrationsfachdienst tätig sein soll. Der Zugang zu diesen Diensten steht grundsätzlich allen schwerbehinderten Menschen bzw. bei entsprechender Beauftragung durch einen Rehabilitationsträger auch behinderten Menschen offen, die nicht schwerbehindert sind. Da die Rehabilitationsträger bislang von der Möglichkeit der Beauftragung so gut wie keinen Gebrauch machen, läuft diese gesetzliche Neuregelung derzeit faktisch ins Leere, womit für psychisch behinderte Menschen weiterhin die Zugangschwelle in Form der Schwerbehinderteneigenschaft gegeben ist.

Das Aufgabenprofil dieser Dienste trägt grundsätzlich auch dem spezifischen

108 Vgl. §§ 33 ff. SGB IX; zur Differenzierung der Leistungen nach den von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit erbrachten Maßnahmen vgl. Anhang A, Kap. 5.2.1.1.

109 Im Zuge der Neuregelung wurden die Aufgaben der seit Ende der 70er-Jahre entstandenen Fachdienste für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben, die teilweise in Form von spezialisierten Fachdiensten für psychisch behinderte Menschen bestanden, und der seit dem Ende der 80er-Jahre modellhaft erprobten Integrationsfachdienste zur Beratung und Vermittlung von arbeitslosen Schwerbehinderten zusammengeführt; vgl. Anhang A, Kap. 4.1.1.

Bedarf psychisch (schwer-)behinderter Menschen Rechnung; gleichzeitig handelt es sich insoweit um ein hochschwelliges Angebot, als es auf die Integration in und Begleitung auf Arbeitsplätzen des allgemeinen Arbeitsmarktes mit einem Beschäftigungsumfang von mindestens 18 Stunden wöchentlich ausgerichtet ist[110].

Aktuelle Daten, in welchem Umfang dieses Angebot von psychisch (schwer-) behinderten Menschen genutzt wird, liegen nicht vor, da in der Berichterstattung nicht mehr nach dem Merkmal der Behinderung differenziert wird.[111]

4.2.3.2 Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation

Die **Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke** sind außerbetriebliche und überregional aufnehmende Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die insgesamt nur an wenigen Orten bestehen. Der Zugang zu diesen Einrichtungen, die zunächst für die Rehabilitation von Menschen mit körperlichen Behinderungen bzw. Sinnesbehinderungen konzipiert wurde, war Menschen mit einer psychischen Behinderung bis Mitte der 80er-Jahre weithin verschlossen. Diese Situation hat sich inzwischen grundlegend geändert.

Heute nehmen nahezu alle Berufsförderungswerke (BFW) auch Menschen mit einer psychischen Behinderung auf und einige haben spezifische Konzepte und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation dieses Personenkreises entwickelt. Für die berufliche Rehabilitation behinderter Menschen halten die BFW gewissermaßen umfassende Hilfen aus einer Hand vor, die von der Abklärung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit über Trainings-, Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen bis hin zur Unterstützung von Integrationsbemühungen und der Begleitung am (neuen) Arbeitsplatz reichen.[112] Es liegt allerdings keine Übersicht vor, die einen zuverlässigen Überblick über die spezifischen Angebote der einzelnen BFW für psychisch behinderte Menschen gibt.[113]

Von den Berufsbildungswerken (BBW) nehmen zwei Einrichtungen ausschließlich psychisch behinderte Menschen auf; weitere fünf Einrichtungen nehmen Rehabilitanden aus diesem Personenkreis in nennenswertem Umfang auf und

110 § 110 SGB IX (Aufgaben des Integrationsfachdienstes) in Verbindung mit § 73 SGB IX (Begriff des Arbeitsplatzes).

111 Daten zur Inanspruchnahme der Berufsbegleitenden Fachdienste als einem der Vorläufer der Integrationsfachdienste enthält Anhang A Kap. 4.1.1; auf die Problematik bei der Berichterstattung wurde vorstehend bei 3.1 bereits hingewiesen.

112 van de Sand, W.H.: RehaAssessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. In: Rehabilitation, 2001, S. 304–313.

113 Eine ausführlichere Darstellung zu den Berufsförderungswerken mit Quellenangaben enthält Anhang A Kap. 4.1.6 sowie Marien, R.: Innovationen in den Berufsförderungswerken. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 184–189.

halten dafür eigene Strukturen vor. Die anderen BBW nehmen Menschen mit psychischer Behinderung zusätzlich bzw. im Einzelfall auf.[114]

Im Unterschied zu den beiden vorstehend genannten Einrichtungen verstehen sich die **Beruflichen Trainingszentren** (BTZ) als Einrichtungen zur wohnortnahen Rehabilitation und sind speziell für psychisch behinderte Menschen konzipiert worden. Das Leistungsspektrum umfasst im Wesentlichen Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen, teilweise auch Arbeitserprobung und Berufsfindung und nur in Einzelfällen auch Ausbildungen. Da BTZ nur an wenigen Orten bestehen, können sie insgesamt keinen nennenswerten Beitrag zur wohnortnahen beruflichen Rehabilitation leisten.[115]

Gemeinsam ist diesen drei vorstehend genannten Einrichtungsformen, dass für den Zugang entsprechend den von den Leistungsträgern formulierten Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit die Rehabilitanden bereits wieder über ein hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit verfügen müssen, das zu Beginn von Trainingsmaßnahmen zumindest eine halbschichtige, später und bei Qualifizierungsmaßnahmen in der Regel eine vollschichtige Belastbarkeit voraussetzt. Flexible und/oder in Teilzeit nutzbare Angebote entwickeln sich erst langsam.

Die niedrigsten Anforderungen an die Belastbarkeit bestehen für den Zugang zum Berufsbildungsbereich der **Werkstätten für behinderte Menschen** (WfbM). Die WfbM hat zwar sicherzustellen, dass die behinderten Menschen wenigsten 35 und höchstens 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden können, wobei zu diesen Zeiten auch die Erholungspausen zählen; sie kann aber einzelnen behinderten Menschen eine kürzere Beschäftigungszeit ermöglichen, wenn es wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig erscheint.[116]

Unter den Rehabilitationseinrichtungen verfügen die Werkstätten über das dichteste Netz und halten insgesamt ein wohnortnahes Angebot vor, dass allerdings nur ein kleines Segment aus dem Spektrum der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation umfasst.

---

114 Eine ausführlichere Darstellung zu den Berufsbildungswerken mit Quellenangaben enthält Anhang A Kap. 4.1.7 sowie Bernhardt, J.: Der Beitrag der Berufsbildungswerke zur Entwicklung der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe junger Menschen mit psychischen Behinderungen: Möglichkeiten, Grenzen und Entwicklungsbedarf. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 166–171.

115 Eine ausführlichere Darstellung zu den Beruflichen Trainingszentren und deren Aufgabenprofil mit Quellenangaben enthält Anhang A Kap. 4.1.5.

116 § 6 WVO.

Tabelle 2: Spezielle Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Werkstätten für behinderte Menschen[117]

Land	BFW	BBW	BTZ	WfbM
Baden-Württemberg	4	7	1	98
Bayern	3	9	1	97
Berlin	1	2	1	11
Brandenburg	1	1		28
Bremen	1	1	1	3
Hamburg	1	1	1	4
Hessen	1	2		44
Mecklenb.-Vorp.	1	1		22
Niedersachsen	2	2		53
Nordrhein-Westfalen	5	10	5	101
Rheinland-Pfalz	3	2		31
Saarland		1		8
Sachsen	2	3	1	56
Sachsen-Anhalt	2	2		33
Schleswig-Holstein		3		27
Thüringen	1	1		28
Bund	28	48	10	644

4.2.3.3 Weitere Angebote zur beruflichen Rehabilitation

Neben den Rehabilitationseinrichtungen sind als Anbieter von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben vor allem die gewerblichen und gemeinnützigen **Bildungsträger**[118] von Bedeutung, zu denen auf Bundesebene keine systematische Übersicht vorliegt. Die Leistungen werden zumeist in Form von Lehrgängen und Weiterbildungsmaßnahmen erbracht, die bei den gewerblichen Bildungsträgern oft isoliert in einem nicht psychiatrisch-helfenden, sondern beruflich-bildenden und -trainierenden Kontext stehen. Die begleitende Betreuung erfolgt durch Psychologen und/oder Sozialpädagogen, die oftmals keine eingehenden psychiatrischen Vorerfahrungen haben.

Bei den gemeinnützigen Bildungsträgern handelt es sich häufig um psychiatrische Trägervereine oder dem psychiatrischen Hilfesystem nahe stehende Anbieter,

117 Mit Ausnahme der BTZ, die ausschließlich für psychisch behinderte Menschen konzipiert worden sind, stehen diese Einrichtungen grundsätzlich allen behinderten Menschen offen; zu den Quellen siehe Anhang A, Kap. 4.1.2.

118 Vgl. auch Anhang A, Kap. 4.1.3.

die durch die Vernetzung mit anderen gemeindepsychiatrischen Angeboten über multiprofessionelle Teams verfügen. Weiter sind für die berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen die **Integrationsprojekte**[119] von Bedeutung, die nicht nur Voll- und Teilzeitarbeitsplätze anbieten, sondern auch die Möglichkeit zur Belastungserprobung bieten und auch Lehrgänge und Qualifizierungsmaßnahmen bis hin zur Ausbildung durchführen.

4.2.3.4 Zur Bedeutung der einzelnen Angebotsformen

Einen orientierenden Überblick zur Bedeutung der einzelnen Einrichtungsformen in der beruflichen Rehabilitation gibt Tabelle 3, die über Eintritte von behinderten Menschen in von der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführte Maßnahmen informiert. Zu den auffälligen Befunden gehört, dass betrieblichen Maßnahmen, die eigentlich vorrangig in Betracht zu ziehen sind, insgesamt nur geringe Bedeutung zukommt, wobei Menschen mit einer psychischen Behinderung gegenüber dem Durchschnitt deutlich unterrepräsentiert sind, was besonders ausgeprägt für Behinderungen infolge einer Psychose gilt.

Tabelle 3: Eintritte von Behinderten in Maßnahmen (in Prozent)[120]

Jahr	Art der Behinderung	betrieblich einschl. überb. Abschnitte	BBW	BFW	Einricht. Kat. II	WfB	sonst. Reha-E.	sonst. überb. E.	Fern-lehrgang	Gesamt
1998	Psychosen	3,7	3,6	20,0	1,2	31,6	15,9	23,9	0,1	100,0
1999		4,2	4,6	20,5	1,3	30,4	15,7	23,2	0,1	100,0
2000		3,7	5,0	21,3	2,1	27,9	15,6	24,3	0,1	100,0
1998	Sonst. Neurosen	4,9	7,3	19,7	0,8	22,3	16,6	28,3	0,1	100,0
1999		5,2	7,9	19,3	1,0	21,8	15,7	29,0	0,1	100,0
2000		5,0	9,2	19,4	1,4	20,4	15,9	28,6	0,1	100,0
1998	Behinderte insg.	7,4	7,9	15,7	0,3	11,9	16,8	39,7	0,3	100,0
1999		8,0	8,3	16,2	0,3	11,6	16,9	38,8	0,3	100,4
2000		7,2	9,0	16,4	0,5	11,2	16,3	39,2	0,2	100,0

Für Menschen mit einer psychischen Behinderung infolge einer Psychose ist die WfbM die am häufigsten in Anspruch genommene Einrichtung (Maßnahmen im Berufsbildungsbereich), gefolgt von den überbetrieblichen Einrichtungen, in denen überwiegend Weiterbildungs- und Trainingsmaßnahmen durchgeführt werden. Bereits an dritter Stelle sind die BFW zu finden. Bei den in diesen Einrich-

119 Vgl. Anhang A Kap. 4.1.4.

120 Quelle: Bundsanstalt für Arbeit, Sonderauswertung, Prozentuale Verteilung nach Behinderungsart auf die Angebotsformen; vgl. auch Anhang A, Kap. 5.2.1.2.

tungen durchgeführten Maßnahmen handelt es sich im Jahr 2002 zu über 50 % um Arbeitserprobung und Berufsfindung und rund 40 % entfielen auf Vorbereitungsmaßnahmen für eine Weiterbildung und auf Weiterbildungsmaßnahmen. Die in den Einrichtungen der Kategorie II – zu denen die RPK-Einrichtungen gehören – durchgeführten Maßnahmen sind unter quantitativen Aspekten zwar nur von untergeordneter Bedeutung, weisen aber in dem Zeitraum von 1998 bis 2000 eine geradezu rasante Steigerung um 80 % auf; bei den in diesen Einrichtungen durchgeführten Maßnahmen handelte es sich im Jahr 2000 zu drei viertel um Berufsfindung und Arbeitserprobung sowie Vorbereitungsmaßnahmen für Weiterbildung.

4.2.4 Behinderungsgerechte Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Seit den 80er-Jahren wurden »Selbsthilfefirmen« als Vorläufer der heutigen **Integrationsfirmen**[121] insbesondere zur Schaffung von Arbeitsangeboten für psychisch erkrankte und behinderte Menschen gegründet, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes standzuhalten oder hier keine Stelle gefunden haben. Mit dem SGB IX sind Begriff und Aufgaben der Integrationsprojekte erstmals als besondere Betriebe zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geregelt und abgesichert worden.

Aktuelle Daten zu der Zahl der Integrationsprojekte, den Arbeitsplätzen und den Beschäftigten nach Art der Behinderung liegen nur lückenhaft vor. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen bestehen gegenwärtig rund 400 dieser Betriebe und Betriebsabteilungen mit insgesamt ca. 12.000 Arbeitsplätzen, wobei unter den Beschäftigten Menschen mit einer psychischen Behinderung dominieren.

Neben sozialversicherungspflichtigen Voll- und Teilzeitarbeitsplätzen bieten die meisten Integrationsfirmen auch die Möglichkeit des Zuverdienstes durch stundenweise Beschäftigung. Solche **Zuverdienstangebote**[122], die teilweise auch von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen – insbesondere Tagesstätten – und gemeinnützigen Arbeitsförderungsgesellschaften angeboten werden, haben sich nach Berichten aus der Praxis sowie einschlägiger Untersuchungen als ein wichtiges Element sowohl zur beruflichen Reintegration wie auch der gesundheitlich-sozialen Stabilisierung von psychisch behinderten Menschen erwiesen.[123] Wäh-

121 Zu den Quellen und weiteren Angaben siehe Anhang A, Kap. 4.1.4.

122 Zu Merkmalen und Typen von Zuverdienstangeboten siehe Anhang A, Kap. 4.1.9.

123 FAF gGmbH: Wissenschaftliche Begleitung des BMA-Modellversuches »Integrationsberichte, Schlussbericht Teil A, 2002; Landschaftsverband Rheinland – Integrationsamt (Hg.): »Stundenweise Beschäftigung für Menschen mit Behinderung in Integrationsfirmen«. Ergebnisse zum Modellprojekt, Köln 2002.

rend einerseits die Bedeutung der stundenweisen Beschäftigung unbestritten ist und ein großer Bedarf an entsprechenden Angeboten besteht, ist andererseits die Finanzierung des im Einzelfalls bestehenden Unterstützungsaufwands und des Ausgleichs von Minderleistung vollkommen unbefriedigend. Derzeit ist nach den Regelungen des Schwerbehinderten- und Arbeitsförderungsrechts eine Förderung von Beschäftigungsverhältnissen mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden nicht möglich. Die meisten pragmatischen Lösungsversuche basieren auf einer Projektförderung aus kommunalen bzw. Landesmitteln oder Finanzierungsvereinbarungen auf der Grundlage der Regelungen zur Eingliederungshilfe nach dem BSHG; daneben kommt im Einzelfall zur Absicherung des Anleitungs- und Unterstützungsaufwands auch die Ergotherapie in Betracht.[124]

Das unter quantitativen Aspekten wichtigste Angebot zur Beschäftigung von Menschen mit einer psychischen Behinderung, die (noch) nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden können bilden die **Werkstätten für behinderte Menschen** (WfbM)[125], die vielerorts spezielle Werkstätten bzw. Abteilungen für Menschen mit einer psychischen Behinderung geschaffen haben. Wenngleich insgesamt ein weithin flächendeckendes Angebot an WfbM besteht, gibt es hinsichtlich der Verfügbarkeit für und Nutzung durch psychisch behinderte Menschen erhebliche regionale Unterschiede. Nach den für das Jahr 2001 vorliegenden Daten sind im Bundesdurchschnitt auf rund 15 % der Werkstattplätze Menschen mit einer psychischen Behinderung beschäftigt; wobei in Bremen mit über 25 % die höchste Quote von Beschäftigten aus diesem Personenkreis zu finden ist, in Sachsen-Anhalt und im Saarland mit jeweils rund 9 % die niedrigste.[126]

Die bestehenden Unterschiede sowohl hinsichtlich der Verfügbarkeit von Werkstattplätzen wie auch bezüglich des Anteils psychisch behinderter Menschen lassen sich zwar aus den verfügbaren Daten nicht begründen. In der jüngsten Bestands- und Bedarfserhebung zu den WfbM wird aber auf einige Zusammenhänge und Einflussgrößen hingewiesen, wobei insbesondere die Arbeitslosigkeit und die Verfügbarkeit von anderen Beschäftigungs- und Betreuungsangeboten (u. a. Integrationsprojekte, Tagesstätten) benannt werden.

Bezüglich des Bedarfs an Werkstattplätzen für psychisch behinderte Mensch wird festgehalten, dass eine zuverlässige Prognose nicht auf der Grundlage einer einmaligen Erhebung möglich ist und nachdrücklich darauf hingewiesen, dass »eine mangelnde Aufnahmefähigkeit des Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkts

124 Heissler, M., Mucha, C.: Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: Schimdt-Zadel. R., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen, Tagungsband 30, Bonn 2003.

125 Zur ausführlichen Darstellung von Aufgaben und Entwicklung der WfbM sowie Daten siehe Anhang A, Kap. 4.1.8.

126 con_sens Hamburg: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, 2003, Abb. 12.

sowie ein nicht ausreichendes Angebot arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für arbeitslose Menschen mit Behinderung und ggf. das Fehlen spezifischer alternativer Angebote für die wachsende Zahl seelisch behinderter Menschen in den Werkstätten (nicht) dazu führen dürfen, dass andere als der gesetzlich definierte Personenkreis praktisch ›ersatzweise‹ in den Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt werden«.[127]

Eine zusammenfassende Übersicht zu der Verfügbarkeit von Plätzen in WfbM, Integrationsfirmen und Zuverdienstangeboten bezogen auf die Einwohnerzahl gibt Tabelle 4, in der des Weiteren auch Angaben zu Tagesstättenplätzen sowie in Betreuten Wohnformen aufgenommen wurden. Aufgrund der teilweise lückenhaften Berichterstattung können diese Daten nicht mehr als einen orientierenden Überblick geben. Insgesamt verdeutlichen sie die bestehenden erheblichen regionalen Unterschiede bezüglich der Entwicklung und Verfügbarkeit von Hilfeangeboten, daneben aber auch, dass das Angebot an (betreuten) Arbeitsmöglichkeiten deutlich unter der Zahl von Plätzen in betreuten Wohnformen insgesamt liegt.

Dieser Befund ist zugleich auch ein Hinweis auf den bestehenden »Nachholbedarf« bei der Schaffung von Arbeitsplätzen, bei dem insbesondere zu berücksichtigen ist, dass der weitaus größte Teil der chronisch psychisch erkrankten und behinderten Menschen nicht in einer betreuten Wohnform lebt, sondern in einer eigenen Wohnung oder bei Familienangehörigen und diese Angehörigen vielfach kontinuierlich »Betreuungsaufgaben« wahrnehmen, während zum psychiatrischen Hilfesystem nur sporadische Kontakte bestehen.

4.2.5 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden für psychisch behinderte Menschen – abgesehen von freiwilligen Leistungen der Länder oder überörtlicher Kommunalverbände – regelmäßig im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes finanziert. Die größte Verbreitung haben dabei die verschiedenen Formen **betreuten Wohnens**[128], bei denen seit Mitte der 80er-Jahre ein nachhaltiger Ausbau ambulanter Hilfeformen stattgefunden hat. Zu den Aufgaben der Mitarbeiter dieser Angebote gehört regelmäßig auch die Abklärung der Arbeits- und Beschäftigungssituation der psychisch behinderten Menschen und die Hinführung zu weiterführenden Maßnahmen bzw. Veranlassung einer eingehenderen Abklärung. Daneben gehört zu den Aufgaben die Sorge um die Tagesstrukturierung,

127 con_sens (2003), S. 61.
128 Vgl. hierzu ausführlich in Anhang A, Kap 4.5.2.

Tabelle 4: Plätze je 100.000 Einwohner im Jahr 2000 in speziellen Arbeits-/Beschäftigungsangeboten für psychisch behinderte Menschen, Tagesstätten und betreuten Wohnformen (einschl. Heimen)[129]

Land	WfbM	Integrations-firmen	Zuverdienst	Arbeit gesamt	Tagesstätten	Betreute Wohnformen
Baden-Württemberg	44	3		47	k.A.	58
Bayern	6	5	1	12	10	60
Berlin	14	22	22	58	23	84
Brandenburg	6			6	8	>46
Bremen	18	1	7	26	24	97
Hamburg	11	11	1	23	43	91
Hessen	33			33	17	93
Mecklenb.-Vorp.	14	2	12	28	32	39
Niedersachsen	22			22	6	>60
Nordrhein-Westfalen	38	3	3	44	8	>72
Rheinland-Pfalz	39			39	9	107
Saarland	8	17	2	27	k.A.	49
Sachsen	33		3	36	2	39
Sachsen-Anhalt	4			4	5	20
Schleswig-Holstein	27		12	39	10	>112
Thüringen	31	1	1	33	17	>70
Bund	29					>65

bei der die Beschäftigungssituation eine entscheidende Bedeutung hat: Denn bei Menschen, die in Ermangelung von geeigneten Arbeitsmöglichkeiten – und sei es eine gelegentliche stundenweise Tätigkeit – zur Untätigkeit verurteilt sind, verlagert sich der Bedarf an Unterstützung und Förderung in den Wohnbereich.

Weitere wichtige institutionelle Bausteine, die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringen sind die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sowie die Tagesstätten.

Bei den **psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen**[130] besteht eine verwirrende Vielfalt bezüglich der Ausgestaltung und Ausstattung dieses Angebotes: Teilweise

129 Diese Daten sind – wie im Anhang ausgeführt – lückenhaft und dürften in mehreren Ländern bezüglich der Angaben zu Plätzen in Integrationsfirmen und Betreuten Wohnformen zu niedrig sein. Quellen: Arbeits- und Beschäftigungsangebote im Jahr 2000 nach Angaben Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, vgl. Anhang A., Kap. 4.1.2; Tagesstätten im Jahr 1999/2000, eigene Erhebung, vgl. Anhang A, Kap. 4.5.5; Betreute Wohnformen im Jahr 1999/2000, eigene Erhebung, vgl. Anhang A, Kap. 4.5.2.

130 Zur Verfügbarkeit und weiteren Ausführungen zur konzeptionellen Ausgestaltung vgl. Anhang A, Kap. 4.5.4.

bieten sie nur die Möglichkeit zu Gesprächen und Freizeitgestaltung im Sinne eines »Patientenclubs«, teilweise aber auch lebenspraktisches Training sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapie; teilweise sind diese Angebote nur wenige Stunden pro Woche, teilweise aber auch an fünf Tagen pro Woche für acht Stunden geöffnet. Gemeinsam ist diesen Angeboten, dass sie einen niedrigschwelligen Zugang bieten, indem sie als offenes Angebot konzipiert sind, für dessen Inanspruchnahme die psychisch erkrankten Menschen keine Anforderungen zu erfüllen haben.

Auch bei den **Tagesstätten**[131] gibt es in den einzelnen Bundesländern keine einheitliche Konzeption. Überwiegend handelt es sich aber um teilstationäre Einrichtungen, die über ein kleines multiprofessionelles Team verfügen. Soweit es sich um teilstationäre Angebote handelt hat dies zur Folge, dass die psychisch behinderten Menschen die Tagesstätte – ähnlich wie bei der WfbM – regelmäßig nutzen müssen. Konzeptionell wenden sich diese Einrichtungen vorrangig an Personen, die einen umfassenden Bedarf an rehabilitativer Betreuung haben und bieten u. a. auch Arbeits- und Beschäftigungstherapie an. Dass bei den Tagesstätten nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch von Einrichtung zu Einrichtung erhebliche konzeptionelle Unterschiede bestehen, hat eine Mitte der 90er-Jahre im Rheinland durchgeführte Untersuchung ergeben. Darin wird auch herausgestellt, dass die Tagesstätten teilweise auch Lückenbüßerfunktionen übernehmen, u. a. infolge einer restriktiven Aufnahmepraxis oder des Fehlens von weiterführenden Angeboten der beruflichen Rehabilitation und beschützter Arbeit.

4.3 Teilhabe am Arbeitsleben: Zum Leistungsgeschehen

4.3.1 Zugang zu Leistungen

Fachlichen Konzepten wie auch sozialrechtlichen Handlungsnormen liegt das Postulat einer bedarfsorientierten zügigen und nahtlosen Leistungserbringung zu Grunde, dessen Umsetzung anhand der verfügbaren Daten nicht überprüfbar ist. Die im Rahmen der Bestandsaufnahme gewonnenen Erkenntnisse weisen aber darauf hin, dass dieser Vorgabe vollkommen unzureichend Rechnung getragen wird, wobei unterschiedliche Ebenen zu berücksichtigen sind:

- Die Abklärung des Bedarfs an Hilfen durch die Einrichtungen und Dienste der Primärversorgung, in der Defizite deutlich geworden sind.[132]
- Das Problem der Kontinuität der Leistungserbringung und der Integration von Leistungen im gegliederten System der Sozialen Sicherheit, das weithin noch konzeptionell von einer linearen Abfolge Krankenbehandlung → medizinische

131 Eine eingehendere Darstellung zur Entwicklung und Konzeption dieses Angebotes enthält Anhang A Kap. 4.5.5.

132 Hierauf wurde bereits in Kap. 3.1.2 eingegangen.

Rehabilitation → Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geprägt ist in Verbindung mit den Problemen, die sich aus der drastischen Verkürzung der Krankenhausbehandlung und einer zunehmend restriktiven Gewährung beispielsweise in der Heilmittelversorgung (ambulante Ergotherapie) auf der einen Seite und den hohen Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit (Motivation, Belastbarkeit) ergeben.

- Die »administrative« Ebene der Zuständigkeitsklärung mit den in § 14 SGB IX geregelten Fristen.
- Die Ebene der Verfügbarkeit von Angeboten: Den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf entsprechende Angebote zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind insgesamt kaum verfügbar und beim Zugang zu Leistungen zur beruflichen Rehabilitation ergeben sich oftmals lange Wartezeiten zwischen Bewilligung und Maßnahmebeginn.

Die unzureichende bzw. fehlende Kontinuität bedarfsorientierter Hilfen führt dazu, dass psychisch erkrankte Menschen, die nach einer Krankenhausbehandlung noch nicht die Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit erfüllen, faktisch erst einen längeren Prozess der Ausgliederung durchlaufen müssen, bevor dann später ggf. Leistungen zur Rehabilitation in Betracht gezogen werden.

So wird beispielsweise in der Begutachtungsanleitung der Rentenversicherung für Menschen mit psychischen Störungen bezüglich des Zugangs zu Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in RPK-Einrichtungen explizit ausgeführt: »Nach mittlerweile langjährigen Erfahrungen auf diesem Gebiet hat sich gezeigt, dass derartige Maßnahmen erst nach länger bestehendem Krankheitsverlauf über einen Zeitraum von etwa zwei bis drei Jahren sinnvoll sind, da der Betroffene über eigene Erfahrungen mit seiner Krankheit verfügen muss, um von einer Rehabilitation verfügen zu können.«[133] Vollkommen offen bleibt dabei, wie und durch wen in diesem »Wartezeitraum« die im Einzelfall notwendigen Leistungen zu erbringen sind. In der Praxis werden diese behinderten Menschen dann neben einer ambulanten ärztlichen Behandlung gegebenenfalls noch auf Leistungen der Eingliederungshilfe verwiesen.

4.3.2 Zur Zahl der Rehabilitanden

In der von der Bundesanstalt für Arbeit geführten Statistik werden als Rehabilitanden alle Menschen erfasst, die in Kontakt zu den Reha-Fachberatern stehen.

Die im Rahmen einer für das Projekt durchgeführten Sonderauswertung der

133 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Frankfurt/Main 2001, S. 35.

Bundesanstalt für Arbeit vorgelegten absoluten Zahlen zu den Rehabilitanden, die in Kontakt zu den Reha-Fachberatern stehen, wurden von uns in Relation zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter gesetzt. Dabei ergeben sich regionale Unterschiede, die sich weder aus epidemiologischen noch aus demographischen Daten erklären lassen.

Tabelle 5: Bestand an Behinderten Ende Dezember 1999 bei der Bundesanstalt für Arbeit je 100.000 Einwohner der 18–65-jährigen Bevölkerung[134]

	Psychosen	Neurosen u.a.	Behinderte insgesamt
Schleswig-Holstein	39	38	696
Hamburg	35	40	**565**
Niedersachsen	26	52	795
Bremen	**69**	57	1.077
Nordrhein-Westfalen	45	45	738
Hessen	30	40	659
Rheinland-Pfalz	32	49	891
Saarland	30	**106**	1.142
Baden-Württemberg	38	52	835
Bayern	26	50	837
Mecklenburg-Vorpommern	22	44	1.552
Brandenburg	**16**	**34**	1.208
Sachsen-Anhalt	24	86	**2.342**
Sachsen	26	91	2.232
Thüringen	24	83	2.100
Berlin	41	68	1.147
Gesamt	**33**	**53**	**1.001**

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, variiert sowohl die Zahl der behinderten Menschen insgesamt wie auch die der Menschen mit einer psychischen Behinderung teilweise um den vierfachen Faktor (die niedrigsten und die höchsten Werte sind jeweils durch Fettdruck hervorgehoben). Während Brandenburg bei der Zahl der behinderten Menschen bezogen auf die Zahl der Einwohner insgesamt etwas über dem Bundesdurchschnitt liegt, sind hier bei den Menschen mit psychischen Behinderungen die niedrigsten Raten zu finden; bei Menschen mit einer Behinderung infolge einer Psychose ist die höchste Quote in Bremen zu finden.

Die Gründe für diese erhebliche Varianz lassen sich aus den insgesamt vorliegenden Daten nicht erklären. Bei den Menschen mit einer psychischen Behinde-

134 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit, Sonderauswertung, vgl. Anhang A, Kap. 5.2.1.

rung ist davon auszugehen, dass sie in einem engen Zusammenhang mit dem Entwicklungsstand der Kooperation von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten mit den Arbeitsämtern steht.

4.3.3 Zum Ergebnis beruflicher Rehabilitationsleistungen

Die Daten zum Ergebnis beruflicher Rehabilitationsleistungen[135] liegen nur lückenhaft vor. Neben einzelnen lokalen und in der Regel einrichtungsbezogenen Studien sowie den von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren durchgeführten Erhebungen erfolgt eine systematische Erhebung von Daten zum Ergebnis von beruflichen Rehabilitationsleistungen, differenziert nach Art der Erkrankung bzw. Behinderung nur bei der Bundesanstalt für Arbeit.[136]

Diese geben zum einen Auskunft über die Beendigung von »Reha-Fällen«, wobei als ernüchternd und unbefriedigend festzustellen ist, dass bei nahezu der Hälfte aller Fälle »sonstige Gründe« angegeben wurden, für die beispielhaft nur »Eingliederungsvorschlag« und »Tod« genannt werden.

Nach den weiteren Angaben konnten von den Menschen mit einer psychischen Behinderung in den Jahren 1998 bis 2000 nur etwa jeder Vierte auf einen Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes eingegliedert werden bzw. an einen vorhandenen Arbeitsplatz zurückkehren, während im Durchschnitt aller behinderten Menschen dieses Ziel bei jedem Dritten erreicht werden konnte.

Demgegenüber werden Menschen mit einer psychischen Behinderung überdurchschnittlich oft in den Arbeitsbereich einer WfbM eingegliedert: Bei Rehabilitanden mit der Diagnose Psychose dreimal häufiger als der Durchschnitt der Rehabilitanden. Auffällig ist weiter, dass bei Menschen mit psychischer Behinderung überproportional häufig eine fehlende Eignung oder eine fehlende Bereitschaft für eine Reha-Maßnahme als Grund für die Beendigung angegeben wurde. Insgesamt wurde dieser Grund bei rund 15 % der psychisch behinderten Menschen angegeben, was die Frage danach aufwirft, inwieweit hierfür das Fehlen von auf den Bedarf und die Leistungsfähigkeit dieser Rehabilitanden abgestimmten Maßnahmen maßgeblich ist.

Zum anderen werden in der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit auch Daten über das Ergebnis bzw. die Beendigung von Reha-Maßnahmen erfasst. Da in den Statistiken sowohl vorbereitende Leistungen (wie Berufsfindung und Arbeits-

135 Zu den Problemen und Kriterien bei der Evaluation von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, die hier nicht vertiefend erörtert werden vgl. Plath, H.-E., Blaschke, D.: Die Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: Kleinhenz, G. (Hg.): IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 2002, S. 447–460.

136 Detaillierte statistische Daten sowie Quellen zu den nachfolgenden Ausführung enthält Anhang A, Kap. 5.2.1.3.

erprobung sowie Reha-Vorbereitungslehrgänge) gleichrangig mit Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen erfasst werden, können diese Daten nur sehr bedingt Aufschluss über den Erfolg bezüglich der im Anschluss erreichten Teilhabe am Arbeitsleben geben: So haben Rehabilitanden, die an einer sechs- bis maximal zwölfwöchigen Maßnahme zur Berufsfindung und Arbeitserprobung teilnahmen, diese auch dann erfolgreich absolviert, wenn sie nicht vorzeitig ausgeschieden sind, die Teilnahme aber zu dem Ergebnis geführt hat, dass weiterführende Rehabilitationsleistungen (derzeit) aufgrund nicht hinreichender Belastbarkeit oder einer fehlenden günstigen Prognose nicht in Betracht kommen.

Zu den wesentlichen Erkenntnissen aus den Daten über die Austritte aus Maßnahmen gehört zum einen, dass Menschen mit psychischer Behinderung unterdurchschnittlich häufig Maßnahmen mit einer Prüfung abschließen, was u. a. daraus zu erklären ist, dass dieser Personenkreis vielfach schon über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt. Zum anderen scheiden Menschen mit einer psychischen Behinderung überdurchschnittlich häufig aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus Maßnahmen aus. Bei Menschen mit der Diagnose Psychose ist dies dreimal und bei der Diagnose Neurose doppelt so häufig wie im Durchschnitt aller behinderten Menschen. Auch hier ist wieder die Frage nach einer den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung tragenden Ausgestaltung der Maßnahmen zur Vermeidung von Abbrüchen zu stellen.

Neben der Bundesanstalt für Arbeit veröffentlicht die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren (BTZ) regelmäßig Jahresberichte, die Aufschluss über den Erfolg bei psychisch Behinderten durchgeführten Trainingsmaßnahmen geben (von den anderen Rehabilitationseinrichtungen liegen keine Daten vor, die nach Art der Behinderung differenziert sind). Während in der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit im Jahr 2000 nur rund 10 % der Menschen mit einer psychischen Behinderung die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen haben, lag deren Anteil bei den BTZ im Jahr bei 26 %.

4.4 Koordination und Steuerung

Die zentrale Bedeutung von Koordination und Steuerung wurde bereits in der Psychiatrie-Enquete[137] erkannt, in der als Prinzipien der Weiterentwicklung die

- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller, auch der schwer und chronisch psychisch Kranken und Behinderten
- gemeindenahe Versorgung im Lebensumfeld
- Koordination und Kooperation aller Versorgungsdienste

137 Bundestags-Drucksache 7/4200.

- (sozialrechtliche) Gleichstellung psychisch kranker mit körperlich kranken Menschen

formuliert wurden. Diese Prinzipien entsprechen zugleich auch sozialrechtlichen Handlungsnormen, wie sie im SGB I[138] sowie dem SGB X[139] formuliert und im SGB IX[140] konkretisiert worden sind. Im Zuge der Weiterentwicklung fachlicher Konzepte und des Paradigmenwechsels von institutions- zu personenzentrierten Hilfen[141] wurden auch die Anforderungen an die Koordination und Steuerung und die zu berücksichtigenden Handlungsebenen differenziert.

Danach sind zum einen zu differenzieren die Handlungsebenen

- des Einzelfalls (bedarfsorientierte, einrichtungs- und leistungsträgerübergreifend abgestimmte und koordinierte Hilfen) und
- des regionalen Hilfesystems (Gewährleistung eines umfassenden, dem regionalen Bedarf entsprechenden Hilfeangebotes).

Die hierbei wie auch schon zuvor in den Empfehlungen der Expertenkommission vorgenommene Konzentration des Blicks auf das regionale Hilfesystem gründet sich auf dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung und dem auch aus anderen sozial- und gesundheitspolitischen Handlungsfeldern bekannten Grundsatz, dass ein Hilfebedarf in der Regel an dem Ort zu befriedigen ist, an dem er entsteht bzw. auftritt. Zum anderen sind parallel zu den beiden vorstehend genannten Handlungsebenen zu berücksichtigen die Steuerung auf der Ebene der

- Leistungserbringer, den Einrichtungen und Diensten, die im Auftrag der Leistungsträger tätig werden,
- Leistungsträger, die nicht nur für die Finanzierung der in ihre Zuständigkeit fallenden Leistungen zuständig sind, sondern auch für die Planung und Vorhaltung bedarfsgerechter Hilfen,
- Länder und Gemeinden

unter Berücksichtigung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen (Zuordnung und Abgrenzung von Leistungszuständigkeiten, Regelungen zur Kooperation zwischen Leistungsträgern und zur Gestaltung der Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern) und ihrer administrativen Umsetzung (durch Richtlinien und Empfehlungen, u.a. zur Zulassung von und Gestaltung der Verträge mit Leistungserbringern).[142] In einigen Ländern sind die Aufgaben

138 Bedeutsam sind vor allem die Regelungen der §§ 1, 10 und 17 SGB I.

139 Die Ermächtigung der Leistungsträger zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften (§ 10 SGB X) sowie die Verpflichtung zur Zusammenarbeit bei Planung und Forschung (§ 95 SGB X).

140 Insbesondere in den §§ 10–14 und 19 SGB IX.

141 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Baden-Baden 1999.

142 Eine Übersicht zu den im Einzelnen zu berücksichtigenden Ebenen und Aspekten enthält der Band Kauder, V., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung, Köln 1999.

der Koordination und Planung von psychiatrischen Hilfen zwischenzeitlich explizit in den landesrechtlichen Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. den Ländergesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) geregelt worden; hierzu gehören die

- Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden,[143]
- Einrichtung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bzw. Psychiatrie-Beiräten auf örtlicher Ebene als Beratungs- und Koordinationsgremium,[144]
- Einrichtung von Koordinierungsstellen für Psychiatrie.[145]

4.4.1 Hilfeplanung und Koordinierung im Einzelfall

4.4.1.1 Verfahren zur Rehabilitationsplanung

Die Regelungen des SGB IX sehen vor, dass immer dann, wenn für behinderte Menschen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ein »flexibler Rehabilitationsplan« zu erstellen ist, in dem die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen sind, dass sie nahtlos ineinander greifen, wobei die Leistungen dem Verlauf anzupassen sind.[146]

Diese Vorgabe beinhaltet eine wichtige Grundlage zur bedarfsorientierten und abgestimmten Leistungserbringung, die für Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf infolge einer psychischen Erkrankung von zentraler Bedeutung ist, wobei für diesen Personenkreis über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hinaus je nach Situation des Einzelfalls auch Leistungen zur Krankenbehandlung sowie ggf. der Pflege mit einzubeziehen sind.

Ein Instrument zur Umsetzung dieser Vorgabe ist der **Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan** (IBRP), der als Verfahren zur einrichtungs- und leistungsträgerübergreifenden Hilfeplanung entwickelt wurde und folgenden Anforderungen Rechnung trägt. Er ermöglicht gemeinsam bzw. in Abstimmung mit dem psychisch behinderten Menschen

143 Explizit erwähnt werden Verbundsysteme bislang erst in zwei Ländergesetzen, in Niedersachsen die »Sozialpsychiatrische Verbünde«, § 8 Abs. 1 NdsPsychKG; in Rheinland-Pfalz der Gemeindepsychiatrische Verbund § 7 Abs. 1 PsychKG.

144 Entsprechende Regelungen haben inzwischen rund die Hälfte der Länder in ihre Landesgesetze aufgenommen, z. B. § 7 Abs. 2 PsychKG Rheinland-Pfalz, § 7 Abs. 1 SächsPsychKG.

145 In mehreren Ländergesetzen wird die Aufgabe der Koordination der Hilfen den kommunalen Gebietskörperschaften ohne weitere Vorgabe übertragen, in einigen aber auch ausdrücklich die Möglichkeit zur Einrichtung von Stellen für die Psychiatrie-Koordination geregelt, so z. B. § 7 Abs. 1 PsychKG Rheinland-Pfalz, § 7 Abs. 1 SächsPsychKG.

146 § 10 Abs. 1 SGB IX.

- eine umfassende Abklärung des individuellen Bedarfs an Hilfen und der angestrebten Ziele;
- eine zielorientierte Planung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen entsprechend dem aktuellen Bedarf für überschaubare Zeiträume;
- die Bestimmung der notwendigen Leistungen unter Berücksichtigung der Prinzipien der Selbsthilfeorientierung und Normalisierung

und gewährleistet die Koordination und Abstimmung im Verlauf.[147]

Dieses Verfahren, bei dem vor allem im Hinblick auf die Abklärung und die Planung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben noch weitere Instrumente[148] ergänzend zu nutzen sind, ist das einzige, das den fachlichen Anforderungen an eine integrierte und umfassende Hilfeplanung und der Vorgabe des SGB IX umfassend entspricht.[149] Alle anderen gefundenen Instrumente und Verfahren beschränken sich auf Teilaspekte oder sind bezogen auf ein spezifisches institutionelles Setting konzipiert, wie beispielsweise der für behinderte Menschen im Berufsbildungsbereich einer WfbM zu erstellende Eingliederungsplan.[150]

Während die im Rahmen des Projekts durchgeführten Regionalerhebungen ergaben, dass in diesen drei Regionen eine einrichtungs- und leistungsträgerübergreifende Hilfeplanung (noch) nicht eingeführt ist, sind in anderen Regionen schon teilweise erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Dies gilt insbesondere für die Referenzregionen in den Projekten des Bundes und der Länder zur Implementation personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung.[151]

---

147 Zur ausführlichen Darstellung dieser Anforderungen siehe: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band I, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116, Baden-Banden 1999, S. 166 ff. sowie Anhang A, Kap. 2.4.1.

148 Hierzu gehören insbesondere eine detailliertere Berufsanamnese, arbeitsdiagnostische Verfahren sowie zur beruflichen Eingliederung die Erstellung von Anforderungsprofilen; vgl. hierzu Anhang A, Kap. 2.4.2. ff.

149 Dass der IBRP die Anforderungen an Rehabilitationsdiagnostik und -planung erfüllt, ist auch bei den Rehabilitationsträgern anerkannt; vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und behinderter Menschen, Frankfurt/Main, 2003, S. 51 ff.

150 Eine eingehender Vorstellung und Auseinandersetzung mit diesem Instrument enthält Anhang A, Kap. 2.4.6.

151 Die hier gewonnenen Erfahrungen lassen aber auch deutlich werden, dass die verbindliche Implementation entsprechender Verfahren auch erfordert, dass sich die Leistungsträger ihrerseits diese Anforderungen zu eigen machen und deren Umsetzung auch in den Vereinbarungen mit den Leistungserbringern regeln. Während dies in einigen Ländern im Bereich der Sozialhilfeträger bereits erfolgt ist, sowohl bezüglich des Verfahrens zur Erarbeitung des Gesamtplans gemäß § 46 BSHG wie auch in den nach § 93 f BSHG abzuschließenden Vereinbarungen, steht dies durch die anderen Leistungsträger noch aus. Der Bericht zu dem Implementationsprojekt des Bundes wird im Lauf des Jahres 2003 vorgelegt werden.

4.4.1.2 Zusammenarbeit von Leistungserbringern und -trägern

Institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern[152] bei der Planung und Abstimmung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen sind bislang nur für Teilbereiche des Hilfesystems bzw. in einzelnen Regionen entwickelt worden, die aber wichtige Anknüpfungspunkte zur Weiterentwicklung bieten.

Hierzu gehört der bei allen Werkstätten für behinderte Menschen gebildete **Fachausschuss**, dem regelmäßig Vertreter der WfbM, der Bundesanstalt für Arbeit und des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe angehören. Struktur, Aufgaben und Ziele einschließlich der zur Verfügung gestellten Instrumente dieses einrichtungsbezogen verankerten Gremiums strahlen über die Grenzen der Werkstättenverordnung hinaus und weisen auf das Potenzial hin, das ein mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattetes Gremium zur Klärung der in Betracht kommenden Leistungen und zur koordinierten Erbringung komplexer Hilfen haben kann.

Im Rahmen der Projekte zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes wurden **Hilfeplankonferenzen** eingerichtet, in denen zum einen die relevanten Träger gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote, zum anderen die Leistungsträger vertreten sind. In den zumeist monatlich tagenden Konferenzen werden die Ergebnisse der auf der Grundlage des IBRP erarbeiteten Hilfeplanung und der vorgeschlagenen Hilfen beraten und beschlossen.

Ein weiteres Beispiel ist die in Baden-Württemberg entwickelte Berufswegekonferenz zur Optimierung des Übergangs Schule → Beruf für Absolventen der Sonderschule für geistig behinderte Menschen.

4.4.1.3 Koordination im Verlauf (Case-Management)

Die Bedeutung eines personenbezogenen Unterstützungsmanagements für Menschen mit komplexem Hilfebedarf zur Koordination und Abstimmung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen ist zwischenzeitlich fachlich unumstritten und hat auch in das SGB IX[153] Eingang gefunden.

Eine konsequent leistungsträger- und einrichtungsübergreifende Koordinationsfunktion ist bisher jedoch allenfalls ansatzweise realisiert. Hierzu gehört insbesondere die Einsetzung einer koordinierenden therapeutischen Bezugsper-

152 Zu den nachfolgend vorgestellten Gremien: Fachausschuss, Hilfeplankonferenz, Berufswegekonferenz siehe Anhang A, Kap. 2.6.

153 Insbesondere in der Beschreibung der Aufgaben der Servicestelle, die auch während der Leistungserbringung zwischen mehreren Leistungsträgern und Beteiligten koordinieren und vermitteln soll (§ 22 Abs. 1 Ziffer 8 SGB IX).

son im Rahmen der Umsetzung integrierter Behandlungs- und Rehabilitationspläne.[154]

Weitere realisierte Ansätze beziehen sich zumeist nur auf ein Unterstützungsmanagement in einem Leistungsbereich. Hier ist zum einen auf die Aufgaben des Integrationsfachdienstes[155] zu verweisen, zum anderen auf das im Jahr 2000 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorgelegte Konzept »Case-Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen«, das derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Gesundheit modellhaft erprobt wird.[156] Darüber hinaus bildet das Case-Management eine zentrale Handlungsstrategie für die so genannten »Betreuungskunden« der JobCenter, die im Zuge der geplanten Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe aufgebaut werden sollen.

4.4.2 Zur Kooperation der Leistungserbringer

Bei der Schaffung eines vernetzten Hilfeangebotes im System der psychiatrischen Hilfeangebote nimmt der **Gemeindepsychiatrische Verbund** eine Schlüsselstellung ein. Der Vorschlag, in jeder Versorgungsregion einen Gemeindepsychiatrischen Verbund aufzubauen, geht zurück auf die Empfehlungen der Expertenkommission von 1988[157] und wurde bereits frühzeitig als ein »Kernstück« der Reformempfehlungen angesehen.[158]

In der nachfolgenden Diskussion und bei der Umsetzung wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund höchst unterschiedlich interpretiert (teilweise ausschließlich als Zusammenschluss von komplementären Einrichtungen und Diensten, teilweise unter Einbeziehung der Klinik und weiterer Leistungserbringer). Dementsprechend wurden auch beim Aufbau von Verbundstrukturen verschiedene Wege beschritten, zumeist der Weg einer freiwilligen Selbstverpflichtung zur Kooperation. Angesichts dieser uneinheitlichen Entwicklung und in Anbetracht des Fehlens einer einheitlichen gesetzlichen Regelung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund hat die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden Ende 2001 Mindeststandards zur Realisierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) festgelegt. Danach stellt ein Gemeindepsychiatrischer

154 Vgl. Anhang A, Kap. 2.5.1.

155 § 110 SGB IX, vgl. Auch Anhang A, Kap. 2.5.2.

156 Vgl. Anhang A, Kap. 2.5.4.

157 Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988, S. 296.

158 Kulenkampff C., Hoffmann U., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission, Köln 1990.

Verbund »einen Zusammenschluss von Leistungsanbietern dar, die für einen definierten räumlichen Sektor durch den Aufbau fachlich vernetzter Versorgungsangebote (Übernahme der Versorgungsverpflichtung) die Versorgung psychisch Kranker in allen Stadien einer Erkrankung gemeindenah sicherstellen sollen. ... Zwischen den Kooperationspartnern müssen verbindliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bestehen«.[159]

Ein wesentliches Instrument zur Durchsetzung dieser verbindlichen Kooperationsstrukturen beinhalten – da es bislang keine entsprechende gesetzliche Grundlage gibt[160] – insbesondere die zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu schließenden Verträge.[161] Hierzu bilden die vorstehend genannten »Mindestanforderungen« an einen Gemeindepsychiatrischen Verbund einen wichtigen Bezugspunkt:

Auf Bundessebene ist von der Krankenversicherung zu erbringende Leistung Soziotherapie die erste, bei der in Richtlinien und Empfehlungen auf den Gemeindepsychiatrischen Verbund Bezug genommen wird: In den Soziotherapie-Richtlinien[162] wird die Einbindung des Soziotherapie verordnenden Arztes und in den Empfehlungen der Krankenkassen[163] zu den Soziotherapie-Leistungserbringern deren Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbare Versorgungsstrukturen gefordert.

Neben dem Gemeindepsychiatrischen Verbund haben sich in einigen Regionen auch Gremien zur Koordination von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben[164] entwickelt, die aber – ebenso wie derzeit noch die meisten Zusammenschlüsse im psychiatrischen Bereich (Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) – letztlich nur Instrumente zur informellen Kooperation ohne Handlungs- und Entscheidungskompetenz sind.

---

159 Der vollständige Text der Mindestanforderungen ist in Anhang A, Kap. 2.7.1 enthalten.

160 Selbst dort, wo in landesrechtlichen Regelungen der Gemeindepsychiatrische Verbund aufgenommen wurde, wird allenfalls ein allgemein gehaltenes Gebot zur Kooperation normiert, das zwar eindeutige Intentionen des Gesetzgebers erkennen lässt, die aber letztlich unverbindlich bleiben. So z. B. in Niedersachsen die Vorgabe, dass ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger den Sozialpsychiatrischen Verbund unverzüglich zu unterrichten hat, wenn er eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen plant (§ 8 Abs. 3 NdsPsychKG).

161 Beispielhaft ist für Leistungen der Eingliederungshilfe auf die nach §§ 93 ff. BSHG zu schließenden Vereinbarungen zu verweisen, für Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Gesetzliche Krankenversicherung auf die Verträge gem. § 111 SGB V.

162 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) vom 23. August 2001, Ziffer 15.

163 Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer von Soziotherapie vom 29. November 2001, Ziff. 2.4 und 3.4.

164 Beispielsweise die »Runden Tische Arbeit«, vgl. Anhang B, Kap. 5.

4.4.3 Regionale Bedarfsplanung

Das Sozialrecht enthält schon lange die Vorgabe, nach der die Leistungsträger gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne über soziale Dienste und Einrichtungen anstreben sollen,[165] die aber bislang vollkommen unzureichende umgesetzte wurde. Im SGB IX ist diese Aufgabe erneut aufgegriffen worden. Dabei wurde eine Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen eingeführt und die Vorgabe dahingehend präzisiert, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.[166]

Zur Umsetzung dieser Vorgabe sind aber zum einen noch der Begriff der »regionalen Ebene« zu klären, der je nach Kontext unterschiedlich definiert wird: Während die Diskussion im psychiatrischen Bereich regelmäßig Bezug nimmt auf die kommunalen Gebietskörperschaften, bilden hiervon abweichend die Arbeitsamtsbezirke eine »regionale Bezugsgröße«. Zum anderen bedarf es der Entwicklung und der verbindlichen Einführung einer Berichterstattung,[167] die dieser Anforderung Rechnung trägt.

Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung gibt es zur Realisierung dieser Aufgabe bereits mehrere wichtige Anknüpfungspunkte, denn es gibt nicht nur auf der Ebene der Länder, sondern auch in den meisten kommunalen Gebietskörperschaften Stellen, die Koordinations- und Planungsfunktionen wahrnehmen sollen. Für diese Stellen, insbesondere die auf kommunaler Ebene, bestehen bislang aber nur eingeschränkte Handlungskompetenzen auf der Grundlage der den Gemeinden im Rahmen landesrechtlicher Regelungen[168] übertragenen Aufgaben.

---

165 § 95 Abs. 1 SGB X.

166 § 19 Abs. 1 SGB X.

167 Zu den wenigen Beispielen für ein verbindliche Regelung der Berichterstattung gehört die Regelung des § 7 Abs. 2 SächsPsychKG, in der die psychiatrischen Einrichtungen und Dienste verpflichtet werden, zum Erhalt der notwendigen Planungsdaten ihre Leistungen zu dokumentieren und hierüber jährlich Bericht zu erstatten.

168 Von Bedeutung sind hier vor allem die Ländergesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG), in denen die Koordinationsaufgaben allerdings zumeist nur allgemein beschrieben und Planungsaufgaben nicht weiter konkretisiert sind.

5 Sozialpolitische Ziele und sozialrechtliche Entwicklung

Die Durchführung des Projekts fiel in einen Zeitraum, der von einer außerordentlich dynamischen sozialpolitischen und sozialrechtlichen Entwicklung geprägt war.

In der Behindertenpolitik wurde die »Fürsorge und Versorgung« abgelöst von dem Leitbild der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe behinderter Menschen. Hiermit eng verbunden ist die Beseitigung der Hindernisse, die einer gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen entgegenstehen.

Wesentliche Instrumente zur Umsetzung dieses Leitbildes sind das zum 1.7.2001 in Kraft getretene SGB IX, in dem das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht zusammengefasst und weiterentwickelt wurde sowie das zum 1.5.2002 in Kraft getretene Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG).[169]

Daneben sind im Kontext des Projektes vor allem noch die Diskussionen und Bemühungen um den Abbau der Arbeitslosigkeit, insbesondere bei schwerbehinderten Menschen bedeutsam.

Hierzu gehören zum einen das zum 1.10.2000 in Kraft getretene »Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter – SchwbAG«, mit dem das Schwerbehindertenrecht novelliert wurde. Mit diesem Gesetz wurden u. a. die Integrationsfachdienste mit den Aufgaben der Beratung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen – insbesondere solchen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf – gesetzlich abgesichert und das Ziel verfolgt, 50.000 arbeitslose Schwerbehinderte möglichst dauerhaft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern. Hierzu startete mit dem In-Kraft-Treten des Gesetzes das Aktionsprogramm »50.000 Jobs für Schwerbehinderte«.

Zum anderen wurde die Kommission »Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt« eingesetzt, die Ende 2002 ihren Bericht vorgelegt hat. Zu den darin enthaltenen Vorschlägen zum Abbau der Arbeitslosigkeit, zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit und zur Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe sind während des Projektzeitraums erste Gesetzentwürfe vorgelegt worden.

Schließlich ist noch auf die bereits kurz vor Projektbeginn zum 1.1.2000 in Kraft getretene »GKV-Gesundheitsreform 2000« hinzuweisen, die insbesondere auch auf eine strukturelle Weiterentwicklung des Hilfesystems zielt (»integrierte

169 Das Leitbild ist in beiden Gesetzen jeweils in § 1 vorangestellt worden.

Versorgung«, »Desease-Management-Programme« für chronisch Kranke) und daneben noch speziell für die psychiatrische Versorgung wichtige Neuregelungen enthält, darunter die Einführung der Soziotherapie als neuer Leistung für schwer psychisch erkrankte Menschen »zur Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme« (§ 37 a SGB V).[170]

5.1 Das neue Recht der Rehabilitation und Teilhabe

Mit der Kodifizierung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts sind große Erwartungen verbunden gewesen, die sich nicht nur auf die Überwindung der Unübersichtlichkeit und Zersplitterung des Rehabilitationsrechts,[171] sondern auch auf die Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke und behinderte Menschen bezogen.[172] Diese Erwartungen wurden nicht zuletzt durch die »Eckpunkte zum Sozialgesetzbuch IX«[173] bestärkt, in denen als Grundsätze für das Gesetzesvorhaben formuliert wurden:

- »Das SGB IX beendet die Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechtes. Es wird angestrebt, dass Regelungen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, nur an einer Stelle getroffen, Vorschriften, die unterschiedlich sein müssen, nach denselben Gesichtspunkten angeordnet und Begriffe und Abgrenzungskriterien aller einschlägigen Regelungen unabhängig von ihrem Standort vereinheitlicht werden.
- Das SGB IX errichtet eine gemeinsame Plattform, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik errichtet werden können.
- Das SGB IX organisiert bürgernah den Zugang und die Erbringung von Leistungen, errichtet Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern und steuert die Leistungen der Rehabilitation und der Eingliederung behinderter Menschen unter Sicherung von Qualität und Effizienz.«[174]

Dabei wurde explizit auch die Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte »durch

170 Näheres hierzu in Anhang A, Kap. 3.4.1 und 4.4.1.

171 Vgl. hierzu die zusammenfassende Darstellung der Kritik am »alten« Rechtssystem im Vierten Bericht der Bundesregierung zur Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Bundestags-Drucksache 13/9514, Ziff. 15.5.

172 Ebd., Ziff. 15.7.

173 Am 28.10.1999 von der Koalitionsarbeitsgruppe Behindertenpolitik vorgelegt und von den Koalitionsfraktionen im Bundestag am 2.12.1999 einstimmig gebilligt.

174 Ebd.

- notwendige psychosoziale Hilfen,
- effektive Vorleistungsregelungen,
- enge Koordinierung der zuständigen Rehabilitationsträger,
- volle Nutzung der schon bestehenden Leistungsmöglichkeiten und
- zielgerichtetes Zusammenspiel medizinischer, beruflicher und sozialer Hilfen«

als Ziel aufgeführt.

Die mit diesen Grundsätzen verbundenen Erwartungen und Anforderungen sind von dem zum 1.7.2001 in Kraft getretenen SGB IX nur zum Teil erfüllt worden, die erhoffte »Strukturreform« blieb aus, wobei aber anzuerkennen ist, dass es in etlichen Bereichen durchaus zu Verbesserungen und Klarstellungen gekommen ist.

Gleichwohl ist die Verabschiedung des SGB IX ein bedeutsamer Schritt, denn das Vorhaben der Kodifizierung des Rehabilitationsrechts und der Einordnung als SGB IX stand bereits in den beiden vorausgegangenen Legislaturperioden im Arbeitsprogramm der Regierungskoalition; die seinerzeit unternommenen Versuche wurden aber jeweils wieder ausgesetzt, weil sie in wesentlichen Leistungsbereichen eindeutige Verschlechterungen mit sich gebracht hätten. In dieser Perspektive erscheint es schon als ein Fortschritt, wenn nicht nur der Status quo gehalten, sondern in einzelnen Regelungen Verbesserungen erreicht werden konnten. Darüber hinaus eröffnet die Regelung des § 66 SGB IX die Perspektive zur Weiterentwicklung.

Zu den mit dem SGB IX erreichten Verbesserungen gehört insbesondere die

- Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX),
- Ablösung des »Gesamtplans« (§ 5 Abs. 3 RehaAnglG) durch die Vorgaben zur Erstellung eines »flexiblen«, am individuellen Bedarf orientierten Rehabilitationsplans, bei dem die Leistungen entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen sind (§ 10 Abs. 1 SGB IX),
- Regelung einer zügigen Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX) und
- Klarstellung und Erweiterung des Umfanges der Rehabilitationsleistungen im Hinblick auf die früher als »psychosozial« bezeichneten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen (§§ 26 Abs. 3 und 33 Abs. 6 SGB IX).[175]

Die angestrebte Überwindung der Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts konnte allerdings weithin nicht erreicht werden, denn die Rehabilitationsträger erbringen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auf der Grundlage des SGB IX und den jeweiligen für sie geltenden Leistungsgesetzen (§ 4 Abs. 2 SGB IX). Dabei gelten die Regelungen des SGB IX für Leistungen zur Teil-

175 Diese Ergänzung und Klarstellung ist zugleich auch ein Beispiel dafür, dass für die rechtliche Regelung einer Leistungsverbesserung bisweilen ein äußerst langer Atem benötigt wird, denn die in den §§ 26 Abs. 3 und 33 Abs. 6 genannten Hilfen sind nahezu wortgleich bereits in dem Referentenentwurf für ein SGB IX vom 15.11.1993 im Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als »psychosoziale Leistungen« aufgeführt worden.

habe nur so weit, als sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträgern geltenden Gesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX). Während bei den mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX vorgenommenen Änderungen in den einzelnen Leistungsgesetzen bezüglich der von diesen zu erbringenden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen explizit auf die entsprechenden Regelungen des SGB IX verweisen wird, wie z. B. im Recht der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) und dem BSHG, sucht man entsprechende Verweisungen im Krankenversicherungsrecht (SGB V) oder dem Recht der Arbeitsförderung (SGB III) vergebens. Damit bleibt das Rehabilitationsrecht für Menschen, die nicht täglich mit diesem komplexen Gefüge befasst sind, weiterhin unübersichtlich.

Gerade für Menschen, die in Folge einer Erkrankung oder Behinderung einen komplexen Bedarf an Hilfen haben, ist eine abgestimmte, koordinierte und auf der fachlichen Ebene integrierte Leistungserbringung von elementarer Bedeutung. Dies trifft insbesondere für Menschen mit einer psychischen Behinderung zu, wie die vorstehenden Ausführungen in Kap. 2.1 gezeigt haben. Diesem Bedarf Rechnung zu tragen, ist eines der zentralen Anliegen des SGB IX.

Die einschlägigen Bestimmungen zur Koordinierung und zum Zusammenwirken sowie zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in den §§ 10–13 SGB IX, die aber in ihrem Regelungsgehalt nicht über den bereits mit dem RehaAnglG erreichten Stand hinaus gehen. Dabei wird zwar in der Begründung eingehend das Ziel des Gesetzgebers ausgeführt: »Soweit notwendig, sollen die Rehabilitationsträger die im Einzelfall notwendigen Rehabilitationsziele und -leistungen trägerübergreifend so bestimmen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger wie ›aus einer Hand‹ erscheinen.«[176]

Dass es sich bei der »Leistung wie aus einer Hand« lediglich um eine »Erscheinung« handelt, ergibt sich zum einen aus den vorstehend bereits angesprochenen Regelungen der §§ 4 und 7 SGB IX, zum anderen aus der Ausführung in der Begründung, in der ausgeführt wird, dass es sich hierbei »um eine interne Koordination [handelt]; eine gemeinsame Bescheidung oder gar eine inhaltliche Modifizierung der Einzelansprüche ist hiermit nicht vorgesehen«.[177]

176 Aus der Begründung zu § 10 Abs. 1 SGB IX, Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 102. Diese Zielsetzung wird auch in der Begründung zu § 13 wiederholt vorgetragen. Danach geht es bei den von den Rehabilitationsträgern in Ergänzung zu den gesetzlichen Regelungen zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen über die für eine reibungslose und koordinierte Zusammenarbeit nicht darum, »Voraussetzungen und Inhalte von Leistungen neu zu bestimmen, sondern im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und – bei Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger – eine koordinierte Leistungserbringung zu bewirken; dies soll dazu beitragen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger wie ›aus einer Hand‹ erscheinen, auch wenn sie von rechtlich selbstständigen Rehabilitationsträgern eigenverantwortlich erbracht werden«.

177 Begründung zu § 10 SGB IX, a. a. O.

5.2 Barrierefreiheit statt behindertengerechte Gestaltung

Ein Schlüsselbegriff in dem zum 1.5.2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) ist die Barrierefreiheit, die bereits als Anforderung Eingang in die Regelungen des SGB IX[178] gefunden hat, dort aber nicht näher definiert wurde.

Mit dem BGG wurde Barrierefreiheit wie folgt definiert: »Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.« (§ 4 BGG)

In der Begründung zu dieser Regelung wird ausgeführt, dass mit dieser Definition der Barrierefreiheit die »Begriffe ›behindertengerecht‹ und ›behindertenfreundlich‹« abgelöst werden, »die in der Kombination von ›behindert‹ und ›gerecht‹ oder ›freundlich‹ falsche Assoziationen der besonderen Zuwendung zu behinderten Menschen auslösen können«.[179]

Weiter soll mit dieser Definition »deutlich werden, dass nicht nur die physischen Barrieren wie Treppen, zu schmale Gänge, Stolperstufen, ungesicherte Baugruben usw. gemeint sind, sondern auch die kommunikativen Schranken erfasst werden, denen beispielsweise hörbehinderte Menschen ausgesetzt sind, wenn Gehörlosen zur Verständigung mit Hörenden Gebärdensprachdolmetscher fehlen bzw. Hörgeräteträger keine entsprechenden Höranlagen vorfinden oder mit denen Blinde konfrontiert werden, wenn sie in Sitzungen Schwarzschriftdokumente nicht lesen können und keine Vorlesekräfte zur Verfügung haben. Dabei ist den besonderen Belangen seelisch- und geistig- sowie lernbehinderter Menschen Rechnung zu tragen«.[180]

Während für Menschen mit körperlicher Behinderung oder Sinnesbehinderung (Blinde, Gehörlose) konkrete Regelungen getroffen wurden,[181] ergeben sich aus Gesetzestext und Begründung keinerlei Anhalts- oder Orientierungspunkte, wie die besonderen Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen Berücksichtigung finden können.

178 Bei Rehabilitationsdiensten und Einrichtungen (§ 19 SGB IX), Servicestellen (§ 23 SGB IX), Gutachtern (§ 15 Abs. 2) sollen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen; die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen zur barrierefreien Leistungserbringung (§ 20 SGB IX) vorzulegen.

179 Begründung zu § 4 BGG, Bundestags-Drucksache 14/7420.

180 Ebd.

181 Zum Beispiel zum Abbau von Barrieren in den Bereichen Bau und Verkehr und zur Einführung von Kommunikationshilfen, darunter auch der Gebärdendolmetscher für Gehörlose.

Ein zentrales Problem ist in diesem Zusammenhang, dass bei körperlichen Behinderungen oder Sinnesbehinderungen je nach Ausprägung der Behinderung jeweils spezifische, leicht erkennbare und unstrittig vorliegende Barrieren bestehen können, für die es »standardisierte« Lösungswege zur Herstellung von Barrierefreiheit gibt. Demgegenüber kann eine seelische Behinderung in aller Regel von Außenstehenden nicht spontan und eindeutig erkannt werden, da weithin über psychische Beeinträchtigungen noch Unkenntnis herrscht.[182]

Die aus fachlicher Sicht zu stellenden Anforderungen an einen barrierefreien Zugang zu Leistungen für psychisch behinderte Menschen werden in Kap. 7.3.1.1 formuliert.

5.3 Die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter – Maßnahmen zu Lasten psychisch behinderter Menschen

In der Einführung zu diesem Kapitel wurde bereits darauf hingewiesen, dass zeitgleich mit dem In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter – mit dem die Integrationsfachdienste mit der Aufgabe der Unterstützung Schwerbehinderter bei der beruflichen Eingliederung gesetzlich abgesichert wurden – die Kampagne »50.000 Jobs für Schwerbehinderte« initiiert wurde.

Dieses Bündel von Maßnahmen trug nach zahlreichen Berichten dazu bei, dass es bei der Klientel der Integrationsfachdienste zu deutlichen Verschiebungen gekommen ist und der Anteil von Menschen mit einer psychischen Behinderung wesentlich abgenommen hat.

Maßgeblich für diese Entwicklung war zum einen die gesetzliche Neuregelung des Zugangs zum Integrationsfachdienst, der nunmehr die Beauftragung durch einen Leistungsträger und das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft erforderte.

Unter den Klienten der Integrationsfachdienste bildeten in der Zeit der Förderung dieser Dienste durch die Hautfürsorgestellen und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Menschen mit einer psychischen Behinderung die größte Gruppe mit einem Anteil von über 45 %. Von den Menschen mit einer psychischen Behinderung, die im Jahr 2000 von den Integrationsfachdiensten betreut wurden, waren nur 52 % als schwerbehindert oder Schwerbehinderten gleichgestellt anerkannt.[183] Fast die Hälfte der aus dieser Personengruppe im Jahr 2000 betreuten Klienten erfüllte nicht die ab 1.10.2000 geltenden Zugangsvo-

182 Vgl. Die Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V. zur Öffentlichen Anhörung am 23. Januar 2002, Bundestags-Drucksache 14/8331, S. 52 sowie Ausschuss-Drucksache 14/2004.

183 Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen, Jahresbericht 2000/2001, S. 25.

raussetzung. Die zum 1.7.2001 mit dem SGB IX geschaffene Möglichkeit der Beauftragung der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger für behinderte Menschen, die nicht als schwerbehindert anerkannt sind, ist faktisch ins Leere gelaufen.[184]

Hauptauftraggeber für die Integrationsfachdienste zur Vorbereitung einer Arbeitsaufnahme und Vermittlung wurde die Bundesanstalt für Arbeit. Hier kamen nun als weiterer Aspekt die Auswirkungen der Kampagne »50.000 Jobs für Schwerbehinderte hinzu«, in deren Folge sich die Beauftragung auf arbeitslos gemeldete schwerbehinderte Menschen konzentrierte. Für Schulabgänger und Menschen in Rehabilitationseinrichtungen trifft dieses Merkmal aber in der Regel nicht zu.

Da bei den in den letzten Jahren nach In-Kraft-Treten der Neuregelung vorgelegten Berichten über die Arbeit der Integrationsfachdienste nicht mehr nach Art der Behinderung differenziert wird, ist es nicht möglich hier Daten zu der Frage vorzulegen, in welchem Umfang die Integrationsfachdienste von Menschen mit psychischer Behinderung (mit und ohne Schwerbehinderteneigenschaft) in Anspruch genommen worden sind.

5.4 Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt: Behinderte Menschen als »Betreuungskunden«?

In den Projektszeitraum fiel auch eine eingehende Diskussion über Reformen der Arbeitsmarktpolitik in Folge der Einsetzung der sog. »Hartz-Kommission«, die 2002 den Bericht »Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt – Vorschläge zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit«[185] vorlegte. Während in diesem Bericht die Situation von behinderten Menschen und deren Bedarf an Hilfen zur beruflichen Eingliederung nicht explizit angesprochen wird, ergibt sich aus den Vorschlägen zur Ausgestaltung der Job Center, dass auch dieser Personenkreis implizit mit berücksichtigt ist.

Die Vorschläge der Kommission sehen die Umwandlung der bisherigen Arbeitsämter in Job Center vor, die – in Verbindung mit der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe – dann für alle erwerbsfähigen arbeitslosen Menschen zuständig sein, die in drei Gruppen von »Kunden« differenziert werden: Informations-, Beratungs- und Betreuungskunden:

- »Unter ›Informationskunden‹ sind Arbeitssuchende zu verstehen, die in der

184 Vgl. Anhang A., Kap. 4.1.1.

185 Der Bericht wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als Broschüre A 306 veröffentlicht, wobei das Ministerium im Impressum weder als Herausgeber noch als Bezugsadresse genannt wird, sondern lediglich die Kommission »Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt« ohne Angabe von Erscheinungsort und -jahr.

Lage sind, die Stellensuche in Eigeninitiative erfolgreich zu gestalten. Ihnen werden die benötigten Informationen zur Stellensuche oder beruflichen (Neu-) Ausrichtung zur Verfügung gestellt. Hierfür ist vor allem eine kundengerechte Gestaltung der Selbstinformations- und Selbstbedienungseinrichtungen notwendig.

- ›Beratungskunden‹ haben darüber hinaus Beratungsbedarf bezüglich des Vorgehens bei der Arbeitsplatzsuche. Das Erkennen und Beheben fachlicher und persönlicher Vermittlungshemmnisse steht im Vordergrund.
- ›Betreuungskunden‹ sind Arbeitssuchende mit erheblichen vermittlungshemmenden Erschwernissen (fehlende Arbeitsmarktnähe, z. B. aufgrund fachlicher Defizite, persönlicher Probleme, sozialer Härten, gesundheitlicher Probleme etc.).«[186]

Diese Differenzierung von »Kundengruppen« findet eine Entsprechung in einer parallel vorgelegten Differenzierung von Handlungsstrategien, bei der die hier als »Betreuungskunden« bezeichnete Gruppe als Menschen mit einem komplexen Bedarf an Hilfen beschrieben werden, die mehrere aufeinander abgestimmte berufliche und soziale Dienstleistungen benötigen, die entsprechend dem individuellen Bedarf koordiniert und abgestimmt (Konzept des Case-Managements) zu erbringen sind.[187] Entsprechend den Vorschlägen der »Hartz-Kommission« soll diese Gruppe künftig in den Job Centern – koordiniert durch ein effizientes Fallmanagement – alle erforderlichen Hilfen aus einer Hand erhalten, nämlich:

- Hilfen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Arbeitslosengeld I bzw. Arbeitslosengeld II statt Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe)
- Berufsfördernde Maßnahmen (Vermittlung, Qualifizierung, Arbeitnehmerüberlassung etc.)
- Hilfen zur Überwindung von Eingliederungshemmnissen (Soziales, Gesundheit, etc.).

Offen bleibt dabei allerdings,

- wie künftig die Kooperation bzw. Aufgabenteilung zwischen dem neu einzuführenden »Fallmanager« und dem Reha-Berater bzw. dem Case-Management, das an Dritte vergeben werden kann, ausgestaltet werden kann und soll;[188]
- wie die Gruppe der Erwerbsfähigen definiert wird,[189]
- in welcher Weise eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen dem Job Center und dem gemeindepsychiatrischen Hilfesystem sichergestellt werden kann.

---

186 Ebd. S. 70/71.

187 Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit u. a. (Hg.): Handbuch Beratung und Integration. Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung. Gütersloh 2002, vgl. auch Anhang A, Kap. 2.3 und 2.5.4.

188 Vgl. Kommission »Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt«, a. a. O., S. 73 f.

189 Vgl. Bertelsmann-Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit u. a. (Hg.): Job Center. Konzeption und Diskussion der lokalen Zentren für Erwerbsintegration. Gütersloh 2003, S. 37 f.

5.5 Gesetz und Gesetzeswirklichkeit: Umsetzungsprobleme

Mit den zahlreichen in den Projektzeitraum fallenden Gesetzesänderungen war jeweils auch die Intention des Gesetzgebers verbunden, dass die damit beschlossenen Neuregelungen auch zügig umgesetzt werden. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass die Umsetzung aus verschiedenen Gründen zumeist nur zögerlich erfolgt, sofern diese nicht durch flankierende Maßnahmen begleitet wird, wie z. B. bei dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit mit der Kampagne »50.000 Jobs für Schwerbehinderte«. Zu den mit dem SGB IX beschlossenen Neuregelungen liegen derzeit nur vereinzelte Rückmeldungen und Erfahrungen vor, die aber darauf hinweisen, dass die Umsetzung nicht so zügig verläuft, wie erwartet:

- Die neuen Regelungen zur Zuständigkeitsklärung werden teilweise missachtet, indem Anträge auf Leistungen von einem sich für nicht zuständig erklärenden Leistungsträger nicht weitergeleitet, sondern die Betroffenen zur erneuten Antragstellung bei dem (voraussichtlich) zuständigen Leistungsträger aufgefordert werden; die Fristen zur Klärung der Leistungszuständigkeit und zur Bewilligung von Maßnahmen werden nur in Ausnahmefällen eingehalten.
- Die Einrichtung von Servicestellen wurde zwar nominell zügig vorangetrieben, dabei aber missachtet, dass es sich um gemeinsame Servicestellen aller Rehabilitationsträger handeln soll.[190]
- Die Arbeit an den von den Rehabilitationsträgern zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen (insbes. gem. § 13 SGB IX) wurde erst langsam aufgenommen; zwei Jahre nach In-Kraft-Treten des SGB IX sind erst drei gemeinsame Empfehlungen (Servicestellen, Zuständigkeitsklärung, Qualitätssicherung) vereinbart[191] und eine weitere (Frühförderung) ist im Wege der Rechtsverordnung geregelt worden.

190 Bereits kurz vor In-Kraft-Treten des SGB IX wurde auf der Ebene der BAR die »Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation« vom 24. April 2001 abgeschlossen. Die Träger der Sozial- und Jugendhilfe, die mit dem SGB IX in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen wurden, gehörten noch nicht zu den Vereinbarungspartnern. Eine entsprechende Neufassung der Empfehlungsvereinbarung steht noch aus. Darüber hinaus wird in der Vereinbarung das Konzept der »vernetzten Servicestellen« zu Grunde gelegt, das sich nicht vollständig mit der Intention des Gesetzgebers zur Schaffung gemeinsamer Servicestellen deckt.

191 Die Träger der Sozial- und Jugendhilfe, die mit dem SGB IX in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen wurden, sind zwar regelmäßig an der Erarbeitung der Empfehlungen beteiligt, gehören aber nicht zu den Vereinbarungspartnern; maßgeblich hierfür sind die in Anbetracht der föderalen Struktur (Zuständigkeiten der Länder und der kommunalen Selbstverwaltung) komplexen Abstimmungserfordernisse. Vor diesem Hintergrund wurde »vorausschauend« in das SGB IX die Regelung aufgenommen, nach der sich die Träger der Sozial- und Jugendhilfe bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben an den vereinbarten Empfehlungen orientieren oder diesen beitreten können (§ 13 Abs. 5 SGB IX).

Ähnliches ist aber auch bei einigen mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 beschlossenen Änderungen festzustellen: Erst zwei Jahre nach Einführung der Soziotherapie traten die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Kraft, die die zentrale Grundlage dafür bilden, dass diese Leistung überhaupt verordnet werden dürfen. Langwierige Verhandlungen zu Verträgen mit Leistungserbringern sorgen für weitere Verzögerungen, mit der Folge, dass bislang erst in wenigen Bundesländern überhaupt ein flächendeckendes Netz von Leistungserbringern zugelassen ist.

Auch wenn bei diesen beiden Reformgesetzen nur eine äußerst kurze Zeitspanne zwischen Verabschiedung und In-Kraft-Treten gelegen hat und den für die Umsetzung zuständigen Leistungsträgern und Gremien der Selbstverwaltung kaum Vorbereitungszeit zur Verfügung stand, entsteht angesichts der inzwischen vergangenen Zeit gelegentlich der Eindruck der »Verzögerungstaktik«.

Aber auch dort, wo der Gesetzgeber eine hinreichende Vorlaufzeit vorgesehen hat, bietet diese nicht die Gewähr dafür, dass Regelungen fristgemäß umgesetzt werden. Zu verweisen ist beispielhaft auf die mit der BSHG-Reform im Jahr 1996 beschlossene Neuregelung zu den Leistungsvereinbarungen (§§ 93 ff. BSHG), die zum 1.1.1999 in Kraft trat. Zu diesem Zeitpunkt wurden in den Ländern durchgängig »Übergangsvereinbarungen« abgeschlossen, da die Vorgaben des neuen Rechts noch nicht umgesetzt werden konnten. An dieser Situation hat sich in vielen Ländern bis heute nur wenig geändert.

Diese exemplarische Problembeschreibung verdeutlicht, dass rechtliche Regelungen allein noch nicht die Gewähr dafür bieten, dass die Intentionen des Gesetzgebers auch in die Praxis umgesetzt werden. Hierzu bedarf es weiterer Steuerungsinstrumente. In diesem Zusammenhang kommt der Berichterstattung zentrale Bedeutung zu, um überprüfen zu können, wie und in welchem Umfang Vorgaben des Gesetzgebers umgesetzt werden.

5.6 Lernende Gesetzgebung: Berichterstattung

Anstelle der bisher auf der Grundlage von Beschlüssen des Bundestages vorgelegten »Behindertenberichten« wurde die Berichtspflicht nun gesetzlich geregelt (§ 66 SGB IX), die zugleich auch der Überprüfung der Umsetzung der Regelungen des SGB IX dienen soll. Danach soll die Bundesregierung bis zum 31.12.2004 einen Bericht über die Lage behinderter Männer und Frauen sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe erstellen, der unter anderem eine Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zu Prävention, Rehabilitation und Teilhabe enthält. Soweit sich bei der Auswertung Handlungsbedarf zur Erreichung der Ziele des SGB IX ergibt, sollen von der Bundesregierung Vorschläge zu den zu treffenden Maßnahmen gemacht werden. Für die Erstellung des Berichts haben die Träger von

Leistungen und die Einrichtungen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die teilweise explizit im SGB IX geregelt wurden. Hierzu gehören die Verpflichtung

- der Rehabilitationsträger zu erfassen, in wie vielen Fällen die in § 14 SGB IX geregelten Fristen zur Zuständigkeitsklärung und Bewilligung von Leistungen nicht eingehalten wurden, zur Entwicklung der Verfahrensdauer und in wie vielen Fällen Kosten für selbst beschaffte Leistungen erstattet wurden (§ 15 Abs. 2 SGB IX);
- der Rehabilitationsträger, ihre Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen und die Durchführung und Erfüllung der Aufgaben mitzuteilen (§ 24 SGB IX);
- der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen und über die Erfahrungen mit den Empfehlungen jährlich zu berichten, u. a. zur Frage, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung bedingte Behinderung zu vermeiden (§ 13 Abs. 8 SGB IX);
- der Bundesanstalt für Arbeit, jährlich die Ergebnisse ihrer Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zu veröffentlichen (§104 Abs. 2 SGB IX);
- der Integrationsfachdienste zur Dokumentation von Verlauf und Ergebnis ihrer Bemühungen und jährlich eine zusammenfassende Darstellung zu erstellen (§ 114 SGB IX);
- zur Erfassung der Schwerbehindertenausweise (§ 153 SGB IX).

Mit dem In-Kraft-Treten des Gleichstellungsgesetzes wurde diese Berichtspflicht erweitert und erstreckt sich nunmehr auch auf Auswirkungen der nach dem BGG Maßnahmen, die nach Alter und differenziert dargestellt und bewertet werden sollen.

Durch die so gestaltete Berichtspflicht eröffnet sich die Perspektive zu einer »lernenden Gesetzgebung«, die auf der Grundlage praktischer Erfahrungen in der Umsetzung Änderungen vornehmen kann.

Die Überprüfung der Vorgabe, nach der den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 10 Abs. 3 SGB IX, Begründung zu § 4 BGG), setzt allerdings voraus, dass dieser Personenkreis auch in den Berichten gesondert berücksichtigt wird und bei der Erhebung von Daten auch die »Art der Behinderung« als Merkmal erfasst wird.

Auf die Bedeutung dieses Erhebungsmerkmals ist in den Stellungnahmen der Aktion Psychisch Kranke zu den Anhörungen zum SGB IX wie auch zum BGG wiederholt hingewiesen worden. In die gesetzliche Regelung oder die Begründung hat dieses Erhebungsmerkmal allerdings keinen Eingang gefunden.

Ein Beispiel für in dieser Zielsetzung unzureichende Berichterstattung ist der erste auf der Grundlage der Vorgaben des SGB IX am 28.06.2003 von der Bundesregierung vorgelegte Bericht zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter

Menschen[192], der – wie bereits bei 2.3.1 ausgeführt – keinen Aufschluss darüber ermöglicht, in welchem Umfang die verschiedenen Gruppen von behinderten Menschen Leistungen der Integrationsfachdienste in Anspruch genommen haben. Zwar wird in dem Bericht wiederholt auf die besonderen Belange seelisch behinderter Menschen verwiesen und die insbesondere für diesen Personenkreis geschaffene Möglichkeit der Beauftragung der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger angesprochen; es werden hierzu aber keine Daten vorgelegt. Mithin stellt sich die Frage, ob eine quantitative Überprüfung zur Frage, in welchem Umfang tatsächlich psychisch behinderte Menschen berücksichtigt werden und der Vorgabe des § 10 Abs. 3 SGB IX Rechnung getragen wird, derzeit (politisch) nicht gewollt ist.

6 Zusammenfassende Bewertung

Es ist unbestritten, dass sowohl im Bereich der psychiatrischen Hilfen wie auch bei den Angeboten zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke und behinderte Menschen in den letzten drei Jahrzehnten wesentliche Fortschritte erreicht werden konnten.

Dass gleichwohl noch erheblicher Handlungsbedarf besteht, hat unter anderem der im Juli 2002 vom Bundestag beschlossene Antrag zur Verstetigung und Fortentwicklung der Psychiatriereform verdeutlicht, in dem als konkrete Problembereiche benannt werden:

- »Das Fehlen eines flächendeckend gleich guten Aufbaus gemeindeintegrierter ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen,
- die fehlende Vernetzung, Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungsdiensten,
- das Fehlen von leistungsträger- und einrichtungsträgerübergreifenden Gesamtkonzepten«.[193]

Hier wurde allerdings noch nicht der besondere Handlungsbedarf berücksichtigt, der sich daraus ergibt, dass gegenwärtig über die Hälfte aller chronisch psy-

192 Bericht der Bundesregierung gemäß § 160 SGB IX zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen, Bundestags-Drucksache 15/1295 vom 28.06.2003.

193 Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen »25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung« Bundestags-Drucksache 14/955 vom 26. Juni 2002, der am 4. Juli 2002 von allen im Bundestag vertretenen Parteien bei Enthaltung der FDP beschlossen wurde.

chisch erkrankten Menschen ohne jegliches Arbeits- und Beschäftigungsangebot zur Untätigkeit »verurteilt« ist und nur etwa zehn Prozent einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben.

Im Einzelnen wurden im Rahmen der durchgeführten Bestandsaufnahme folgende Strukturprobleme deutlich:

6.1 Strukturprobleme

- Intransparenz

Das System an **Einrichtungen und Diensten** ist insgesamt für den psychisch beeinträchtigten Menschen und seine Angehörigen, aber auch für Fachleute insgesamt in hohem Maße unübersichtlich, denn auch hinter gleich bezeichneten Einrichtungen und Diensten verbirgt sich ein breites Spektrum unterschiedlicher konkreter Ausgestaltungen, Organisationsstrukturen und konzeptioneller Orientierungen. Vor diesem Hintergrund ist es auch nicht möglich, wirklich aussagekräftige Daten im Rahmen der Berichterstattung auf Ebene des Bundes und der Länder zu erhalten.

Ein hohes Maß an Unübersichtlichkeit resultiert aber auch aus den Leistungszuständigkeiten im gegliederten System der Sozialen Sicherheit und den hieraus resultierenden Abgrenzungsfragen sowie einer Vielzahl von leistungsrechtlichen Regelungen und auf dieser Grundlage erbrachten **Leistungen und Maßnahmen**, über die selbst Fachleute nur selten einen Überblick haben.

- Erhebliche regionale Unterschiede

Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Hilfeangeboten gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Besonders anschaulich wird dies am Beispiel der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die insgesamt nur an wenigen Orten bestehen. In den neuen Bundesländern gibt es nur eine Einrichtung dieser Art, die einen Vertrag mit den Krankenkassen hat.

Vor dem Hintergrund der erheblichen regionalen Unterschiede sind die Rahmenbedingungen für den Zugang zu Hilfen und eine erfolgreiche Rehabilitation in erheblichem Umfang vom Wohnort des Rehabilitanden und den hier verfügbaren Angeboten abhängig. Notwendig sind grundsätzlich gleiche Rahmenbedingungen für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unabhängig vom Wohnort.

- Hohe Zugangsschwellen

Die beschäftigungsfördernden Systeme orientieren sich sehr stark an den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und sind vorrangig auf die Integration in diesen ausgerichtet.

Der Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben scheitert nicht zuletzt an den hohen Zugangs-

schwellen bei Rehabilitationsleistungen, hier insbesondere an der geforderten **Erfolgsprognose** (günstige Prognose) bezüglich der (Wieder-)Erlangung der Erwerbsfähigkeit sowie den hohen Anforderungen an die Belastbarkeit bereits zu Maßnahmebeginn.

Bezüglich des Zugangs zu Leistungen zur Sicherung eines Arbeitsverhältnisses (von Bedeutung sind insbesondere die begleitende Hilfe und der Minderleistungsausgleich) beinhaltet die **Schwerbehinderteneigenschaft** eine hohe Zugangsschwelle. Die förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft wird häufig als Festschreibung bestehender Beeinträchtigungen empfunden und deshalb von vielen Betroffenen abgelehnt. Sie fördert eine resignative Einstellung und ist mithin in vielen Fällen aus fachlicher Sicht kontraindiziert. Die mit dem SGB IX geschaffene Möglichkeit der Beauftragung von Integrationsfachdiensten durch die Rehabilitationsträger für nicht als schwerbehindert anerkannte behinderte Menschen läuft faktisch ins Leere.

- Fragmentierung des Hilfeprozesses

Die vor Ort tätigen Einrichtungen und Dienste haben jeweils bestimmte Aufnahmevoraussetzungen für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Diese orientieren sich nicht primär an den Bedürfnissen der Rehabilitanden, sondern am Leistungsprofil der Einrichtung. Dieser »als einrichtungsbezogene Organisation« bezeichnete Ansatz führt zu einer Fragmentierung des Rehabilitationsprozesses: Bei einem veränderten Bedarf an Hilfen müssen jeweils andere Einrichtungen und Dienste in Anspruch genommen werden; der damit einhergehende Wechsel von therapeutischen Bezugspersonen und ggf. auch des gewohnten sozialen Umfeldes bedeutet für die Betroffenen jeweils eine zusätzliche Belastung und die Gefahr der Destabilisierung.

Die heute noch vorherrschende einrichtungsbezogene Organisation von Hilfen resultiert auch daraus, dass in den Finanzierungsvereinbarungen mit dem jeweiligen Leistungsträger ein institutionelles Auftrags- und Leistungsangebot geregelt wird.

- Angebotsorientierte Steuerung von Hilfen

Welches Hilfeangebot für einem Mensch mit psychischer Behinderung als angemessen erachtet wird, ist nicht nur von seinem Bedarf an Förderung und Unterstützung, sondern wesentlich von den verfügbaren Einrichtungen und Diensten und Zugangsmöglichkeiten (Wartezeiten) abhängig. Ja nach regionaler Situation kann ein Mensch zur Erprobung und Entwicklung von Grundarbeitsfähigkeiten beispielsweise auf

- die Arbeitstherapie als klinisches Behandlungsangebot,
- ambulante Ergotherapie als Leistung der Krankenbehandlung, z. B. auch im Rahmen eines Integrationsprojektes;
- eine durch Mittel der Eingliederungshilfe für Behinderte finanzierte Tagesstätte,

- einen von der Arbeitsverwaltung finanzierten Förderlehrgang,
- auf den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, finanziert durch einen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger (Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung)

verwiesen werden.

- Unzureichende Abstimmung und Integration von Hilfen

Die gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Einzelfall notwendige Verknüpfung von psychiatrischen und arbeitsbezogenen Hilfen ist strukturell unterentwickelt und weithin eher von einem unverbundenen Nebeneinander geprägt.

Ansätze zu einer integrierten Leistungserbringung, die auf der Grundlage der »Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte« grundsätzlich möglich sind, sind vollkommen unzureichend umgesetzt worden und fehlen in den östlichen Bundesländern nahezu durchgängig.

- Verkürzung der Krankenhausbehandlung: Die Sozialhilfe als Ausfallbürge

Im Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung ist eine drastische Verkürzung der Dauer von knapp vier Monaten (110 Tagen) Monaten im Jahr 1984 auf gegenwärtig im Mittel drei Wochen zu verzeichnen. Die frühe Entlassung aus dem Krankenhaus ist nicht zuletzt dadurch möglich, weil auf der Basis der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ein umfangreiches Angebot ambulanter und stationärer Hilfen finanziert wird. Adäquat ausgestaltete Angebote zur medizinischen Rehabilitation sind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für diesen Personenkreis jedoch so gut wie nicht verfügbar. Die wenigen vorhandenen Einrichtungen können diese Aufgabe nicht ausreichend wahrnehmen und das Angebot der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationskliniken entspricht nicht dem spezifischen Bedarf chronisch psychisch erkrankter Menschen.

6.2 Handlungsbedarf

Vor dem Hintergrund der alarmierenden Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation insbesondere chronisch psychisch erkrankter Menschen, der Vernachlässigung von Fragen der beruflichen Eingliederung in den Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung, den hohen Zugangsschwellen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie der aufgrund starrer Konzepte hohen Abbruchquote bei Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung und Eingliederung ist es erforderlich, den Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträch-

tigungen zu Arbeit und Beschäftigung qualifiziert weiter zu entwickeln und deren besonderen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.

Notwendig ist es, die Bedürfnisse der Rehabilitanden in den Mittelpunkt zu stellen (personenzentrierter Ansatz) und in entsprechenden Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern zu flexiblen Lösungen zu kommen, die sich am individuellen Hilfebedarf der Rehabilitanden orientieren.

Der Paradigmenwechsel von einrichtungs- bzw. maßnahmebezogenen zu personenbezogenen, integrierten und abgestimmten Hilfen ist insbesondere auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vollziehen. Dabei ist auch solchen psychisch behinderten Menschen der Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, die nur einige Male in der Woche für kurze Zeit arbeiten können oder deren Arbeitsfähigkeit durch einen Krankheitsrückfall wochenweise beeinträchtigt wird (niedrigschwellige flexible Rehabilitations- und Beschäftigungsangebote).

Zur Überwindung von Barrieren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Sozialleistungen wurde im SGB IX und im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen gehörlosen Menschen der Anspruch auf einen Gebärdendolmetscher eingeräumt. Analog hierzu benötigen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine persönliche Assistenz durch eine Bezugsperson, die die Umsetzung der Hilfeplanung als »Lotse« koordinierend begleitet.

Notwendig ist außerdem ein bedarfsgerechter Aufbau medizinischer Rehabilitationsangebote in Ergänzung zu den über die Eingliederungshilfe finanzierten Angeboten.

7 Empfehlungen zur Weiterentwicklung

7.1 Die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben als vorrangiges Ziel

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist nicht nur für die Erzielung eines Einkommens von zentraler Bedeutung, sondern vor allem auch für soziale Anerkennung, das Selbstwertgefühl, die Identität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der Ausschluss vom Arbeitsleben und erzwungene Untätigkeit führt zu psychischen Belastungen und bei langer Dauer zu zusätzlichen Störungen mit weitergehendem Hilfebedarf.

Dies gilt in besonderer Weise auch für Menschen psychischen Beeinträchtigungen. Von daher ist für diesen Personenkreis das Ziel, »die Teilhabe am Arbeits-

leben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern« (§ 4 SGB IX, § 10 SGB I) konsequent und nachhaltig zu verfolgen. In Betracht zu ziehen ist das gesamte Spektrum von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten von stundenweiser Tätigkeit bis zur Vollzeitbeschäftigung, vorrangig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, aber auch im besonderen Arbeitsmarkt und im Dritten Sektor.

Bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen.[194]

Zu den Besonderheiten schwerer und chronischer psychischer Erkrankungen gehören ein fluktuierender Verlauf mit (zeitweiser) Beeinträchtigung zur eigenständigen Inanspruchnahme und Koordination erforderlicher Hilfen sowie wechselnder Stabilität und Belastbarkeit. Diese besonderen Beeinträchtigungen lassen sich durch Behandlung und Rehabilitation positiv beeinflussen, aber nicht immer vermeiden. Hieraus ergibt sich ein im Einzelfall unterschiedlich komplexer Bedarf an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Behandlung, zur Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diesem ist durch eine Verzahnung und Koordinierung von Hilfen (entsprechend der Vorgabe von § 10 SGB IX) in Form des integrierten personenzentrierten Hilfeplanes (Komplexleistungen) Rechnung zu tragen. Dabei ist auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Paradigmenwechsel von institutions- zu personenbezogenen Hilfen[195] zu vollziehen. Nur durch eine entsprechende Veränderung der Finanzierung, Organisation und Ausgestaltung von Hilfen ist es möglich, die im gegenwärtig institutionell fragmentierten Hilfesystem[196] verfügbaren Ressourcen optimal zu nutzen.

Zur Sicherung der Teilhabe ergeben sich unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eindeutige Qualitätskriterien an die Leistungserbringung, zu deren Realisierung vor allem eine strukturelle Weiterentwicklung des Systems der Hilfen notwendig ist, die weithin bereits auf der Grundlage des geltenden Rechts möglich ist.

194 »Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen wird Rechnung getragen.« (§ 10 Abs. 3 SGB IX)

195 Diese Forderung wurde auch Bundesarbeitsminister W. Riester und von F. Gerster, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit in den Reden zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erhoben. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 18 (Riester) und 33 (Gerster)

196 Vgl. hierzu insbes. die Einzeldarstellung in Anhang A, Kap. 4.

7.2 Strukturbedingte Verschwendung überwinden

»Oft mache ich die Erfahrung, dass wir für teures Geld ausgegliedert ... um dann, verbunden mit hohen Kosten, wieder eingegliedert zu werden.« [197] Mit diesen Worten beschrieb Laupichler plakativ die bestehende strukurbedingte Verschwendung von Ressourcen, für die ein breites Spektrum von Ursachen maßgeblich ist:

- Defizite in der Primärversorgung: Häufig wird die Arbeits-/Beschäftigungssituation nur als Angabe bei den Sozialdaten erhoben ohne zu prüfen, ob ein Bedarf an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht. Hierdurch wird während der ambulanten und stationären Krankenbehandlung ein frühzeitiger Zugang zu im Einzelfall erforderlichen Hilfen verhindert und einer drohenden Ausgliederung aus dem Arbeitsleben nicht entgegengewirkt.
- Die meisten Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben wenden sich ausdrücklich an behinderte Menschen, deren Störungsbild nicht mehr akut behandlungsbedürftig ist. Dies erfordert faktisch eine längerfristige vorausgegangene Ausgliederung aus dem Arbeitsleben: So wird beispielsweise in den Begutachtungshinweisen der Rentenversicherung darauf hingewiesen, das für Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) »häufig erst nach einem länger bestehenden Krankheitsverlauf von etwa zwei bis drei Jahren sinnvoll sind, da der Betroffene über eigene Erfahrungen mit seiner Krankheit verfügen muss, um von einer Rehabilitation profitieren zu können«.[198]
- Zugangsschwellen in Form von hohen Anforderungen an die Belastbarkeit zu Beginn und während einer Maßnahme wirken als Selektionsinstrument, die einer frühzeitigen und bedarfsorientierten Gewährung von Hilfen entgegenstehen.[199]
- Die rehabilitativen Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben sind weithin einrichtungs- und maßnahmebezogen organisiert mit der Folge, dass sich teure institutionelle Hilfen leichter realisieren lassen als individuelle, personenbezogene und betrieblich ausgerichtete Hilfen.
- Die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist weithin angebots- und nicht primär am Bedarf der behinderten Menschen orientiert.[200]

---

197 Laupichler, K.: Erwartungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Bonn 2002, S. 49.

198 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Frankfurt 2001, S. 35.

199 Vgl. insbesondere die Anforderungen für den Zugang zu Maßnahmen in BTZ, BBW, BFW, Anhang A, Kap. 4.

200 Zur angebotsorientierten Steuerung des Zugangs von Menschen mit psychischer Behinderung zu den WfbM vgl. die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung WfbM, Anhang A, Kap. 4.1.8.

- Die unzureichende Flexibilität von Hilfen (hinsichtlich Intensität sowie Anforderungen an die Belastbarkeit und Dauer) führt immer wieder zu Abbrüchen, die dann als krankheitsbedingt klassifiziert werden ohne zu hinterfragen, wie diese durch eine veränderte Organisation vermieden werden können.
- Die Verzahnung und Koordination von Hilfen ist unzureichend, mit der Folge, dass psychisch erkrankte Menschen bei dem im derzeitigen System notwendigen Wechsel von Angeboten teilweise »verloren gehen«, teilweise lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.

Zur Überwindung dieser Probleme ist eine Umsteuerung von einer einrichtungs- und maßnahmebezogenen Organisation hin zu einer bedarfs- und personenbezogenen Hilfen notwendig.

Als Leitlinie hierfür sind die nachstehenden Qualitätskriterien zugrunde zu legen, deren Umsetzung zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung führt.

Dabei ist davon auszugehen, dass die für eine bedarfsorientierte Leistungserbringung erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen im gegenwärtig bestehenden System grundsätzlich verfügbar sind, wenn die strukturbedingte Verschwendung überwunden werden kann.

7.3 Qualitätskriterien

7.3.1 Qualitätskriterien für die Ausgestaltung von Leistungen

Zur Sicherung des Zugangs zu Arbeit und Beschäftigung sind durch Leistungserbringer und -träger folgende Qualitätskriterien erfüllen:

7.3.1.1 Frühzeitiger und barrierefreier Zugang zur Teilhabe am Arbeitsleben

Alle psychiatrischen Dienste und Einrichtungen sind zu verpflichten, regelhaft und differenziert die berufliche Situation von Patienten/Klienten abzuklären (Berufs-/Arbeitsanamnese).

Leistungen

- zur Erhaltung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses (und damit zur Verhinderung beruflicher Ausgliederung) sowie
- zur (Wieder-)Erlangung von Arbeitsfähigkeiten und zur Aufnahme einer Beschäftigung

sind **frühzeitig** in Betracht zu ziehen und entsprechend dem individuellen Bedarf rechtzeitig – bereits in der Akutbehandlung – und **ohne Wartezeit** zu erbringen.

Der Zugang zu Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Bedarf an Unterstützung und Förderung **barrierefrei** möglich sein, indem er auch »**niedrigschwellige**« sowie motivierende Angebote

zur Entwicklung und Entdeckung von Neigungen und Fähigkeiten umfasst. Hierzu sind insbesondere erforderlich:

- Flexibilisierung der Anforderungen an die Belastbarkeit beim Zugang zu Leistungen durch eine Flexibilisierung der Angebote gemäß der Vorgabe des § 10 Abs. 3 SGB IX. Die im SGB IX für behinderte Frauen eingefügte Regelung, nach denen diesen gleiche Chancen im Erwerbsleben durch »wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote« (§ 33 Abs. 2 SGB IX) muss unter Beachtung des verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbotes für alle (behinderten) Menschen Geltung finden.
- Die Änderung der Verwaltungspraxis bei Sozialleistungsträgern, soweit diese eine günstige Erfolgsaussicht für eine Gesamtmaßnahme noch vor Maßnahmebeginn fordern. Anstelle dieser Praxis, die im Übrigen auch keine Grundlage im Gesetzestext findet,[201] ist eine Prognostik auf der Grundlage eines fortzuschreibenden Rehabilitationsplans vorzunehmen.[202]
- Die Gewährleistung eines bedarfsorientierten Zugangs zum Integrationsfachdienst, auch über »Ersatzkriterien«.[203]

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind auf den Einzelfall ausgerichtet bei Bedarf **berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend** zu erbringen.

7.3.1.2 Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung

In Umsetzung der Vorgabe von § 10 Abs. 1 SGB IX ist für jeden Menschen mit einer psychischen Behinderung[204] gemeinsam mit ihm frühzeitig eine **integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung,** ausgehend von seinen Neigungen, Interessen, Fähigkeiten und Zielen – unter Berücksichtigung des regionalen Arbeitsmarktes – zu erarbeiten, die in jeweils überschaubaren Zeiträumen überprüft und fortgeschrieben wird. Darin ist in jedem Fall eine Abklärung des Bedarfs an Leistungen

- zur Teilhabe am Arbeitsleben
- zur medizinischen Rehabilitation und Krankenbehandlung sowie
- zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

vorzunehmen.

Als Instrument hierzu bietet sich der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilita-

201 Vgl. hierzu die Ausführungen im Rechtsgutachten von Mrozynski, Anhang C, RdNr. 13, 14, 192.

202 Vgl. ebd. RdNr. 193 sowie die vorstehenden Ausführungen zur Erstellung und Fortschreibung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans.

203 Vgl. hierzu auch den Vorschlag bei 7.8.4 »Alternative zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft«.

204 Entsprechend § 2 Abs. 1 SGB IX sind hier explizit auch von einer psychischen Behinderung bedrohte Menschen eingeschlossen.

tionsplan«[205] an, der in besonderer Weise geeignet ist, um »in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung des Einzelfalles die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen«.[206]

7.3.1.3 Koordinierende Begleitung

Zur Umsetzung des Rehabilitationsplans ist eine **fortlaufende kontinuierliche Begleitung** und Koordination, die einrichtungs- und leitungsträgerübergreifend prozessbegleitend im Sinne des Case-Managements tätig wird, durch eine therapeutische Bezugsperson verbindlich festzulegen.

Für die Koordination der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Begleitung an einem Arbeitsplatz, die spezifische Kenntnisse und Kompetenzen erfordert, einen gesonderten Ansprechpartner als »Unterstützungsperson« (Fachkraft zur beruflichen Rehabilitation und Eingliederung) zur Seite zu stellen, die keine im engeren Sinne therapeutische Funktion übernimmt und vorrangig für alle arbeitsbezogenen Fragen zur Verfügung steht.[207]

7.3.1.4 Wohnortnahe Hilfen

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen **wohnortnah** verfügbar sein, um die für viele Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wesentliche Integration im vertrauten sozialen Umfeld zu gewährleisten und die Kontinuität tragender therapeutischer Beziehungen zu ermöglichen.

Dabei müssen insbesondere elementare Hilfen zur Diagnostik einschließlich Arbeitserprobung und Berufsfindung, Entwicklung von Arbeitsfähigkeiten und begleitende Hilfen sowie ein angemessenes Angebot an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten wohnortnah verfügbar sein. Lediglich soweit spezifische

205 Der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« beinhaltet ein Verfahren zur Gesamtplanung aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen, dass einerseits bezüglich der Abklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, um weitere Instrumente zu ergänzen ist, andererseits aber auch weitere Dimensionen enthält, die auch für die berufliche Rehabilitation und Eingliederung wichtig sind; vgl. Anhang A, Kap. 2.4.

206 § 10 Abs. 1 SGB IX, vgl. auch Anhang A, Kap. 2.4.

207 Siehe hierzu auch die ausführliche Darstellung in Kap. 3.5.2.

Ausbildungs-/Berufswünsche verfolgt werden, die wohnortnah nicht realisiert werden können, sind auch Anforderungen an die Mobilität zu stellen.

7.3.1.5 Normalisierungsprinzip

Bei der Organisation und Ausgestaltung von rehabilitativen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist das **Normalisierungsprinzip** zu berücksichtigen. Danach

- hat die Erbringung von rehabilitativen Leistungen im betrieblichen oder betriebsnahen Kontext Vorrang vor Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen (Prinzip: Erst platzieren und dort rehabilitieren)[208];
- müssen für betriebliche und betriebsnahe Rehabilitationsleistungen entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls die gleichen personellen und sachlich/finanziellen Ressourcen verfügbar sein wie in herkömmlichen Rehabilitationseinrichtungen;
- sind Leistungen durch Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation/der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation nur in dem im Einzelfall erforderlichen Umfang zu erbringen, unter vorrangiger Nutzung und Mobilisierung von Ressourcen im betrieblichen Umfeld (Unterstützung und Anleitung durch Kollegen und Vorgesetzte).

7.3.1.6 Flexible Anpassung von Hilfen an den individuellen Bedarf

Bei rehabilitativen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist eine **flexible Anpassung** der Hilfen hinsichtlich Dauer und Intensität bei einem wechselnden Hilfebedarf erforderlich. Zur Vermeidung von Abbrüchen, muss die Möglichkeit zu »intermittierenden« Interventionen (phasenweise intensive Hilfe/Begleitung) ebenso bestehen, wie die Möglichkeit zur Anpassung der Dauer einer Maßnahme (Verlängerung) sowie zur Anpassung von Anforderungen an die Belastbarkeit bei einer diskontinuierlichen Leistungsfähigkeit. Schwankungen in der Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit oder der Übergang von Maßnahmen sollten nicht zwangsläufig einen Wechsel des Beschäftigungs-/Qualifizierungsortes nach sich ziehen.

208 Siehe hierzu die Darstellung in Kap. 3.4.3.

7.3.2 Finanzierung der Hilfen

Die Realisierung personenzentrierter »maßgeschneiderter« Hilfen auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfordert eine Weiterentwicklung von Finanzierungsvereinbarungen, um eine bedarfsorientierte und leistungsträgerübergreifende Leistungserbringung sicherzustellen. Zur Gewährleistung einer leistungsträgerübergreifenden Beratung und Betreuung ist der Vorschlag zur Schaffung eines »Sondervermögens zur Erfüllung gemeinschaftlicher Aufgaben« zu prüfen.[209]

Die Leistungsvereinbarungen mit Einrichtungen und Diensten müssen die vorstehend genannten Qualitätskriterien durchsetzen, insbesondere die frühzeitige, verbindliche und komplexe Gewährung und Durchführung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen.[210]

In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, wie die Finanzierung von funktionalen Leistungen zur Teilhabe gestaltet werden könnte, z. B. über eine Differenzierung nach Kostenarten für

- berufsfachliche Anleitung und psychosoziale Begleitung (Personalkosten für »Betreuungsaufwand«),
- Ausstattung der Trainings-/Qualifizierungsplätze (technische und sachliche Ausstattung),
- Investitionsbetrag/Mieten für Übungs-/Schulungsräume,
- sonstige Infrastruktur (z. B. Kantine, Hausmeister).

Zielperspektive sollte eine Finanzierung von funktionalen, an bestimmte qualitative Standards gebundene Hilfen sein, die aber nicht zwangsläufig an bestimmte institutionelle Formen der Leistungserbringung gekoppelt ist.

Ein weiteres Instrument zur Umsteuerung von einrichtungs- und maßnahmebezogenen hin zu personenbezogenen Hilfen und einer bedarfsorientierten Flexibilisierung der Leistungserbringung ist in der Weiterentwicklung des »persönlichen Budgets«(§ 17 SGB IX) hin zu einem »personenbezogenen Budget« zu sehen, wie es in Rheinland-Pfalz im Zuge des Projekts zur »Implementation des personenbezogenen Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« bereits eingeführt und erfolgreich erprobt worden ist. Hierbei wird für den auf der Grundlage eines Hilfeplanungsverfahrens ermittelten prospektiven Bedarf der zur Erbringung der Leistungen erforderliche Finanzbedarf ermittelt: Dieser Betrag wird aber nicht direkt an den behinderten Menschen ausgezahlt (»persönliches Budget«); vielmehr erfolgt die Entscheidung über die Verwendung der Mittel im Sinne des »Einkaufs der erforderlichen Leistungen« auf der Grundlage der gemeinsam mit

209 Vgl. hierzu den Vorschlag zu 7.5.2.

210 Vgl. hierzu auch den in 7.5.1. aufgeführten Vorschlag zur Gesetzesänderung.

dem behinderten Menschen erarbeiteten und abgestimmten Hilfeplanung durch die Hilfeplankonferenz.[211]

Beispielhaft für diese Form des persönlichen Budgets ist die in den Niederlanden mit dem dort 1998 in Kraft getretenen »Gesetz zur geschützten Beschäftigung« geschaffene Regelung. Diese sieht vor, dass behinderte Menschen, die in unterstützter Beschäftigung tätig werden wollen, das für einen Werkstattplatz gezahlte Budget anteilig für Assistenzleistungen und Lohnkostenzuschüsse verwenden können.[212]

7.3.4 Wirtschaftliche Sicherung

Jeder Mensch mit psychischer Beeinträchtigung, der im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit seine Arbeitskraft einsetzt, sollte ein dem individuellen Leistungsbeitrag angemessenes Entgelt erzielen. Um ein existenzsicherndes Einkommen zu gewährleisten, sind leistungsmotivierende Entgeltmodelle unter Berücksichtigung des Grundsatzes »Subvention vor Sozialhilfe« zu realisieren.

Hierzu gehört beispielsweise die Umsetzung der bereits heute schon möglichen Bündelung von Leistungen der Sozialhilfe – Hilfe zum Lebensunterhalt – und Leistungsentgelt bei der Beschäftigung in einer WfbM.[213]

Daneben sind aber auch außerhalb der WfbM für Menschen mit einer infolge einer psychischen Behinderung beeinträchtigten bzw. diskontinuierlichen Leistungsfähigkeit weitere Formen der Bündelung von ansonsten ohnehin zu gewährenden Transferleistungen (insbesondere Hilfe zum Lebensunterhalt, Arbeitslo-

211 Das persönliche Budget wurde in Rheinland-Pfalz in dem Projekt »Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen« von 1998 bis 2002 erprobt. Aufgrund der in zentralen Punkten bestehenden Übereinstimmung mit den Zielen des Landesprojekts zur Implementation des personenbezogenen Ansatzes wurden diese beiden Projekte fachlich enger verbunden und Mittel aus dem Projekt »Hilfe nach Maß« für die Flexibilisierung gemeindepsychiatrischer Hilfen zur Verfügung gestellt. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hg.): Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß, Zwischenbericht, Mainz 2001; Abschlussbericht (Kurzfassung), Mainz 2001.

212 Zuständig für die geschützte Beschäftigung sind in den Niederlanden die Gemeindeverwaltungen, bei denen Ausschüsse aus unabhängigen Sachverständigen bestehen; diese Ausschüsse prüfen, ob ein behinderter Mensch nur unter speziell angepassten Bedingungen arbeiten kann und nehmen eine Einstufung der »Arbeitsbehinderung« (leicht, mittelschwer, schwer) vor. Nach dieser Einstufung bemisst sich der Zuschuss, den die Gemeinde für die einzelnen im Rahmen der geschützten Beschäftigung geschaffenen Arbeitsplätze gewährt. Die Gemeinde kann den behinderten Menschen dann selbst anstellen und ihn in einer geschützten Werkstatt beschäftigen, ihn an einen Arbeitgeber ausleihen oder vermitteln (betreutes Arbeiten). Der durchschnittliche Zuschussbetrag je WSW-Stelle betrug 2001 gut 48.000 Gulden. Quelle: www.eu-employment-observatory.net/ersep/imi60_d/00100008.asp .

213 Vgl. hierzu die Ausführungen im Rechtsgutachten von Mrozynski, P., Anhang C, RdNr. 266.

senhilfe, Leistungen der Grundsicherung oder Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) und Erwerbseinkommen im Sinne eines aus einer Hand zu zahlenden Kombilohns zu entwickeln. Entsprechende Modelle werden derzeit bereits zur Schaffung von Anreizen zur Aufnahme einer Beschäftigung im Niedriglohnsektor für Langzeitarbeitslose diskutiert, erprobt und umgesetzt.

Zur Verbesserung der Möglichkeiten der Eingliederung von Menschen mit einer psychischen Behinderung in den allgemeinen Arbeitsmarkt sollte ein der Einschränkung der Leistungsfähigkeit entsprechender Anspruch auf Minderleistungsausgleich auch ohne förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft und auch bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen eingeräumt werden.

Ein Minderleistungsausgleich ist dabei nur dann und nur solange zu zahlen wie die psychische Beeinträchtigung eines Arbeitnehmers für den Arbeitgeber mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden ist und setzt die Überprüfung dieser Voraussetzung voraus.

7.4 Regionale Koordination, Steuerung und Berichterstattung

Zur Umsetzung der den Rehabilitationsträgern übertragenen Aufgaben zur Zusammenarbeit, zur Koordinierung und zum Zusammenwirken von Leistungen[214] sowie der im Zusammenwirken mit der Bundesregierung und den Landesregierungen übertragenen Aufgabe darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen,[215] ist die Realisierung von Instrumenten und Verfahren zur regionalen Koordination und Steuerung unerlässlich. Hierbei sind folgende Ebenen und Aspekte zu unterscheiden:

- Auf der Ebene des **Einzelfalls** geht es darum, entsprechend den vorstehend beschriebenen Qualitätskriterien (Kap. 7.3.1) regelhaft
  - eine systematische Abklärung des Bedarfs an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vorzunehmen,

214 §§ 10–12 SGB IX in Verbindung mit den nach § 13 zu erarbeitenden gemeinsamen Empfehlungen, hier insbesondere zu den Fragen, in welchen Fällen und auf welche Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, in welchen Fällen die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist (Rehabilitationsplan), wie die Leistungen zur Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden sowie über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (§ 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5 und 10 SGB IX).

215 § 19 Abs. 1 SGB IX; Bezug zu nehmen ist hier daneben auf die Vorgabe, nach der die Leistungsträger gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme anstreben sollen (§ 95 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).

  - einen individuellen Rehabilitations- und Förderplan zur Teilhabe am Arbeitsleben auf der Grundlage praktischer Erprobung zu erstellen und
  - dessen Durchführung und Fortschreibung sicherzustellen.

Besondere Verantwortung tragen hierbei die Leistungsanbieter sowohl der primären (Kliniken, Ärzte) und der komplementären Versorgung (betreute Wohnformen, sozialpsychiatrische Dienste, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten usw.) sowie die Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Den Leistungsträgern fällt dabei die Aufgabe zu, durch Leistungsvereinbarungen und eine angemessene Vergütung die Erarbeitung und Umsetzung dieser Rehabilitationsplanung sicherzustellen.

- Auf der Ebene des **regionalen Hilfesystems** geht es um die Entwicklung eines dem in dem regionalen Bedarf angemessenen Angebotes zur
  - arbeitsbezogenen Beratung und Unterstützung zur Integration in das Arbeitsleben bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes,
  - (Wieder-)Erlangung und Erprobung von arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten,
  - Qualifizierung einschließlich Ausbildung sowie
  - an Möglichkeiten zu niedrigschwelliger Beschäftigung (auch außerhalb der WfbM und im Rahmen von Teilzeitarbeit unterhalb der Schwelle für sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten – »Zuverdienst«).

Bei dieser Aufgabe sind insbesondere Leistungsträger und Leistungserbringer gefordert, die gemeinsam darauf hinzuwirken haben, dass Bedarfsgerechtigkeit, Zugang und Durchlässigkeit gewährleistet sind. Es sind Strukturen zur Koordination und Steuerung auf regionaler Ebene zu schaffen, in denen sich die jeweiligen Leistungsanbieter und Leistungsträger zu einer gemeinsam getragenen Leistungsverpflichtung für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus der Region zusammenfinden. Hierbei geht es nicht nur um die Vorhaltung der erforderlichen Anzahl von Einrichtungen und Dienste, sondern auch um die den besonderen Bedürfnissen psychisch behinderter Menschen Rechnung tragende Ausgestaltung durch eine funktionale und personenbezogene Organisation von Hilfen »aus einer Hand«. Hierzu gehört die Umsetzung der in Kap. 7.3.1 genannten Qualitätsanforderungen, insbesondere

- die koordinierende und begleitende Unterstützung durch eine Bezugsperson (im Sinne des Case-Managements);
- die verbindliche Kooperation der Leistungserbringer zur Realisierung flexibler dem individuellen Bedarf entsprechender Hilfen im regionalen Verbund.

Hier sind die Leistungsträger gefordert, zur Durchsetzung einer (einrichtungsübergreifenden) Kooperationsverpflichtung der Leistungserbringer sowie der Erfüllung von weiteren fachlichen Anforderungen und Qualitätsstandards entsprechende Regelungen in die Leistungs- bzw. Finanzierungsvereinbarungen aufzunehmen.

- Damit strukturell wie auch im Einzelfall die ggf. erforderliche Verknüpfung von psychiatrischen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet werden kann, sind die Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen verbindlich in den **Gemeindepsychiatrischen Verbund** einzubeziehen. Es muss sichergestellt werden, dass entsprechend dem Bedarf für jeden Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in der Region Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben zugänglich sind. Um den Prozess zum Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde zu befördern und diese auch rechtlich abzusichern, sind vor allem die Länder und die kommunalen Gebietskörperschaften gefordert.
- Untrennbar verbunden mit der Wahrnehmung von Koordinations- und Steuerungsaufgaben sind **Aufgaben der Qualitätssicherung**, des Benchmarking und des Controlling einschließlich der Implementation bzw. Entwicklung eines bezüglich des Leistungsgeschehens personenbezogenen Dokumentationssystems. Ein solches Dokumentationssystem muss insbesondere im Einzelfall eine Überprüfung von Verlauf und Ergebnis der Leistungserbringung ermöglichen und über die Aggregierung der Einzelfalldaten die für die Bedarfsplanung und Berichterstattung (auf örtlicher und überörtlicher Ebene) relevanten Daten zur Verfügung stellen.
- Zur Realisierung einer möglichst dauerhaften Teilhabe psychisch behinderter Menschen am Arbeitsleben entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit muss eine breite Palette von **Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten** zur Verfügung stehen. Hier finden viele Bemühungen – auch in einem optimal organisierten regionalen Hilfesystem – um die berufliche Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ihre Grenzen in der Arbeitsmarktsituation und dem Angebot an Arbeitsplätzen. Dies gilt in besonderer Weise für Menschen mit einer psychischen Behinderung und einer deutlich geminderten oder schwankenden Leistungsfähigkeit.

Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung auch für die psychische Stabilisierung auf der einen Seite und den hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten »erzwungener Untätigkeit« bei diesem Personenkreis (Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts, vermehrter Bedarf an Hilfen im Bereich der komplementären Versorgung und erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen) sind nachhaltige Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung durch Erschließung und Schaffung von Arbeitsverhältnissen, die auch längerfristig gefördert werden,[216] unter anderem im Bereich der Integrationsprojekte (auch als Alternative zur WfbM).

216 Auf den missverständlichen Begriff des »zweiten Arbeitsmarktes« wird bewusst verzichtet – es handelt sich um einen Arbeitsmarkt mit verschiedenen Segmenten, in dem auch heute schon Subventionen gängig sind, im Bereich des produzierenden Gewerbes ebenso wie bei Dienstleistungen.

7.5 Empfehlungen für legislative Änderungen bzw. deren Prüfung

Zur Prüfung der Frage, ob und wie weit die vorstehenden Vorschläge und Anforderungen an die Weiterentwicklung bereits auf der Grundlage des geltenden Sozialrechts möglich ist, wurde ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. Peter Mrozynski eingeholt.[217] Die Expertise verdeutlicht in Übereinstimmung mit der Auffassung der Arbeitsgruppe, dass die Umsetzung der beschriebenen Qualitätskriterien sowie der Anforderungen an die regionale Koordination und Steuerung im Rahmen des geltenden Rechts möglich ist, dass aber zur Überwindung bestehender struktureller Probleme und Defizite Gesetzesänderungen erforderlich sind.

Von den im Gutachten ausgeführten legistativen Änderungsempfehlungen sind folgende aufzugreifen:[218]

7.5.1 Verbesserung der Koordinierung der Leistungen und Zusammenwirken der Rehabilitationsträger

Die Vorschläge zur effektiveren und verbindlicheren Gestaltung der Kooperation der Rehabilitationsträger sowie zur Verbesserung der Leistungserbringung sollten im Zuge einer Novellierung des SGB IX aufgegriffen und umgesetzt werden.[219]

Von besonderer Bedeutung ist dabei neben den vorgeschlagenen Änderungen in den §§ 10–12 SGB IX zur Gewährleistung eines bedarfsorientierten wohnortnahen Hilfeangebotes vor allem die angeregte Ergänzung des § 12 SGB IX um einen vierten Absatz:

»Die Rehabilitationsträger schließen mit den Leistungserbringern Verträge über die Leistungserbringung. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die eine Gewähr für die Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bieten. Sie müssen zur Zusammenarbeit untereinander und mit den Rehabilitationsträgern bereit und in der Lage sein. Die §§ 97 – 130 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden Anwendung. Um eine Wohnortnähe zu gewährleisten, können die Rehabilitationsträger in Abstim-

217 Das Gutachten »Die berufliche Förderung seelisch behinderter Menschen unter besonderer Berücksichtigung behinderungsgerechter Arbeit« ist in Anhang C beigefügt.

218 Nicht berücksichtigt wird dabei zum Einen der Vorschlag zur Einführung einer ergänzenden Regelung zur Beschäftigungspflicht (RdNr. 230–232), der zwar in seiner Intention positiv gesehen wird, dem aber vor dem Hintergrund der im Gutachten dargelegten Probleme keine Realisierungschance eingeräumt wird. Zum anderen wird der Vorschlag zur Ergänzung der Regelung zur Integrationsvereinbarung nicht aufgegriffen, da derzeit weder Erfahrungen mit diesem Instrument für psychisch behinderte Menschen bekannt sind noch Informationen über dessen praktische Relevanz vorliegen.

219 Ebd., Rdnr 210–217.

mung mit den Leistungserbringern die Versorgung regionalisieren. Innerhalb einer Region muss sichergestellt sein, dass der behinderte Mensch abhängig von seinem Bedarf, unverzüglich die jeweils notwendige Leistung tatsächlich erhält. Dazu legen die Rehabilitationsträger in den Verträgen untereinander fest, wie der Wechsel zwischen den Versorgungsformen zu gewährleisten ist. In den Verträgen kann auch geregelt werden, dass die Erbringer von Leistungen zum Wohle des behinderten Menschen zur Zusammenarbeit verpflichtet sind (Versorgungsverbünde). Einrichtungen und Dienste, die in einen Versorgungsverbund einbezogen sind, sind von den Rehabilitationsträgern vorrangig in Anspruch zu nehmen. In den Verträgen kann auch geregelt werden, dass die Übernahme oder Teilung der Kosten von Komplexleistungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern anteilig auf der Basis von Erfahrungswerten erfolgen kann.«[220]

7.5.2 Absicherung einer leistungsträgerübergreifenden begleitenden Beratung und Betreuung

Zu den Besonderheiten des Bedarfs psychisch behinderter Menschen gehört, dass sie teilweise zeitgleich, teilweise nacheinander Hilfen benötigen, die in die Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger fallen. Analog zur im SGB V geregelten Aufgabe der Soziotherapie besteht Bedarf zur Absicherung einer leistungsträgerübergreifenden begleitenden Betreuung behinderter Menschen zur Koordinierung, Anleitung und Motivation bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe.[221] Diese Hilfefunktion sollte sozialrechtlich abgesichert werden. Es wird empfohlen, hierzu den Vorschlag im Rechtsgutachten von Mrozynski zur Schaffung eines »Sondervermögens zur Erfüllung gemeinschaftlicher Aufgaben« und die dortigen Regelungsvorschläge aufzugreifen, zumindest zu prüfen.[222]

7.5.3 Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Umstellung von Leistungen an den Arbeitgeber auf Leistungen an den behinderten Menschen selbst

Zu dem Vorschlag, die bisher nur an Arbeitgeber gezahlten Zuschüsse künftig auch direkt an den behinderten Menschen auszuzahlen, wird noch erheblicher Diskussionsbedarf gesehen. Dies betrifft insbesondere den Minderleistungsaus-

220 Ebd. RdNr. 217; zur Sicherung der wohnortnahen Versorgung sind hier ferner noch die vorgeschlagenen Ergänzungen in § 19 Abs 2 SGB IX (RdNr. 44) und § 33 Abs. 1 (RdNr. 250) sowie § 248 SGB III (RdNr. 240) zu berücksichtigen.

221 Vgl. hierzu Anhang A, Kap. 2.5.

222 Anhang C, RdNr. 218–225.

gleich, dessen wesentliche Funktion darin liegt, dass ein Arbeitgeber einem behinderten Arbeitnehmer trotz deutlich verminderter Arbeitsleistung ein tarifliches bzw. ortsübliches Entgelt zahlt. Würde nun der Minderleistungsausgleich direkt an den behinderten Menschen ausgezahlt, hätte dies zwangsläufig auch Konsequenzen für die Höhe des vom Arbeitgeber zu zahlenden Entgelts. Die sich hieraus ergebenden möglichen Konsequenzen bedürfen zunächst noch der eingehenden Analyse und einer Abschätzung der Auswirkungen.

Bezüglich der Auszahlung eines Betrages zur Abgeltung der Kosten für den Anleitungs- und Unterstützungsaufwand an einen behinderten Menschen sollten zunächst die Erfahrungen mit dem neu geschaffenen Instrument der Arbeitsassistenz ausgewertet werden.

7.5.4 Alternative zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft

Vor dem Hintergrund, dass die förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft für den Personenkreis der psychisch behinderten Menschen mit einer spezifischen Problematik verbunden und in vielen Fällen auch fachlich contraindiziert ist,[223] das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft aber Voraussetzung für den Zugang zu einer Reihe von Leistungen ist, die für die Ermöglichung und die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben behinderter Menschen von grundlegender Bedeutung sind, besteht aus fachlicher Sicht dringender Bedarf zur Schaffung von Alternativen.

Hierbei sind zu unterscheiden zum einen der Zugang zu finanziellen Leistungen (Minderleistungsausgleich, Erstattung der Kosten für Anleitung und Unterstützung) und zu den Dienstleistungen des Integrationsfachdienstes.

Der in dem Gutachten von Mrozynski enthaltene Vorschlag zur Ergänzung der Regelung von § 69 Abs. 2 SGB IX, nach der vom Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft auch dann ohne förmliches Verfahren auszugehen ist, wenn ein behinderter Mensch innerhalb eines Jahres nicht in eine Beschäftigung vermittelt werden kann,[224] vermag dieses bestehende Problem nicht befriedigend zu lösen.[225]

Vor allem hinsichtlich des Zugangs zu den Integrationsfachdiensten ist daher eine andere Lösung anzustreben. Für die Inanspruchnahme des Integrationsfachdienstes ist entweder die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft oder

223 Zur Problematik der Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft für Menschen mit einer psychischen Behinderung vgl. Anhang A, Kap. 1.5 und 4.1.1.

224 Anhang C, RdNr. 233–235.

225 Dieser Vorschlag setzt eine längerfristige, zumindest einjährige berufliche Ausgliederung voraus und entspricht damit nicht der Anforderung an eine (möglichst) frühzeitige und zügige Leistungsgewährung.

die Beauftragung durch einen Rehabilitationsträger Zugangsvoraussetzung. Da die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft wie ausgeführt vielfach contraindiziert ist und die mit § 109 Abs. 4 SGB IX geschaffene Möglichkeit der Beauftragung der Integrationsdienste zur beruflichen Eingliederung nicht schwerbehinderter Menschen faktisch ins Leere läuft[226] und mithin keine befriedigende Lösung des bestehenden Dilemmas bietet, wird empfohlen den im Abschlussbericht zur Modellerprobung von Integrationsfachdiensten durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zur beruflichen Eingliederung hierzu unterbreiteten Änderungsvorschlag aufzugreifen.

Der Gesetzgeber sollt entweder im Zusammenhang des § 69 SGB IX (»Feststellung der Behinderung«) für eine tragfähige *gesetzliche* Verankerung so genannter Ersatzkriterien[227] sorgen oder in § 77 Abs. 5 SGB IX (»Die Ausgleichsabgabe darf nur für besondere Leistungen zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben ... verwendet werden...«) eine Öffnungsklausel für bestimmte Gruppen schwer und dauerhaft psychisch erkrankter bzw. behinderter Menschen einfügen.[228]

7.5.5 Neuausrichtung der institutionellen Förderung und Harmonisierung von Regelungen

Das Rechtsgutachten enthält eine Reihe von Vorschlägen, die auf eine Neuausrichtung der institutionellen Förderung der beruflichen Rehabilitation zielen, wobei die Infrastruktur von Angeboten stärker auf eine wohnortnahe Versorgung sowie – soweit möglich – auf eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet werden sollte.[229]

Hierzu werden konkrete Ergänzungen in den Regelungen des SGB III[230] und des SGB IX[231] vorgeschlagen, die aufgegriffen werden sollten, vor allem der darin enthaltene Aspekt der Integration von Beschäftigung und Weiterqualifizierung und die Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen.[232]

---

226 Eine eingehende Darstellung dieses Problems enthält Anhang A, Kap. 4.1.1.

227 Wenn aufgrund der Erkrankung zu erwarten ist, dass ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für voraussichtlich mindestens sechs Monate besteht.

228 Kastl, J.M., Trost, R.: Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Arbeit der Modellprojekte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in 16 Bundesländern im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Reutlingen 2002, S. 296.

229 Anhang C, RdNr. 240.

230 Ebd. RdNr. 241.

231 Ebd. RdNr. 242/0250.

232 Hierzu insbesondere die Vorschläge zur Ergänzung von § 248 SGB III (RdNr. 248) und analog § 33 Abs. 1 SGB IX (RdNr. 250).

Dieser Grundgedanke der Integration von Beschäftigung und Weiterqualifizierung ist bei den Integrationsprojekten bereits im Ansatz geregelt, sollte aber klarer gefasst werden.[233] Da diese Leistungen in Integrationsprojekten bislang nur im Schwerbehindertenrecht ausgestaltet sind, wird eine Aufnahme einer analogen Regelung im SGB III angeregt.[234]

Ebenso sollten die Vorschläge des Gutachtens zur Harmonisierung der Regelungen über die WfbM mit vergleichbaren Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geprüft und bei einer Novellierung von SGB IX und BSHG berücksichtigt werden.

7.5.6 Zugang zur Sozialversicherung bei behinderungsbedingt geringfügiger Beschäftigung

Der Vorschlag, behinderten Menschen auch dann einen umfassenden Zugang zur Sozialversicherung zu ermöglichen, wenn sie aufgrund einer Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur im Umfang einer geringfügigen Beschäftigung tätig sein können, aber in gewisser Regelmäßigkeit eine Arbeitsleistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht, sollte aufgegriffen und umgesetzt werden.[235]

Dabei geht es vorrangig um die im Gutachten angesprochenen Gleichstellung von Beschäftigten in Einrichtungen und im ambulanten Bereich. Damit verknüpft ist aber auch der Aspekt, dass gegenwärtig ein noch nicht näher quantifizierbarer Teil der psychisch behinderten Menschen mit einer wesentlich verminderten Erwerbsfähigkeit vor allem auch aus Gründen des Zugangs zur Sozialversicherung einer Beschäftigung in einer WfbM nachgeht.

7.5.7 Auszahlung von Sozialleistungen

Entsprechend den Ausführungen des Gutachtens ist die Kombination von geringen Einkünften mit ergänzend ohnehin zu erbringenden Sozialleistungen zu einem an den behinderten Menschen auszuzahlenden Gesamtbetrag zumindest bei der Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe bereits heute möglich und umzusetzen (vgl. Kap. 7.4).

Für die anderen Leistungen außerhalb der Sozialhilfe sollte der Vorschlag zur Ergänzung des § 47 Abs. 1 SGB I aufgegriffen werden:

233 Ebd. RdNr. 252–253.
234 Ebd. RdNr. 254–255.
235 Ebd. RdNr. 263–265.

»Übt der Leistungsberechtigte eine Beschäftigung oder eine andere seiner beruflichen Eingliederung dienende Tätigkeit aus und deckt das Entgelt nicht seinen Lebensunterhalt, so können ergänzende Sozialleistungen durch den Arbeitgeber oder den Dienst oder die Einrichtung, in der die Tätigkeit ausgeübt wird, ausgezahlt werden (Zahlstelle). Die Auszahlung hat Erfüllungswirkung, wenn der Leistungsträger sie an die Zahlstelle überwiesen hat.«[236]

Dabei ist zu prüfen, ob ergänzend auch eine entsprechende Änderung in den besonderen für die jeweiligen Leistungsträger geltenden Vorschriften erfolgen muss. Darüber hinaus ist dieser Vorschlag auch bei der geplanten Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe im Zuge der Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission zu berücksichtigen.

7.6 Implementationshilfen zur Umsetzung der Empfehlungen

Zur Umsetzung der Empfehlungen wird angeregt, im Rahmen eines Projektes exemplarisch in ausgewählten Regionen die Entwicklung von Verbünden zur Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen durch Implementationshilfen in Form von wissenschaftliche Beratung, wechselseitigen Erfahrungsaustausch und Kompetenztransfer nach der Benchmarkingmethode im Sinne einer Initialförderung zu begleiten. Diese regionalen Verbünde sollen als Referenzregionen in der Folge auch anderen interessierten Verbünden den Auf- und Umbau ihrer Hilfesysteme erleichtern.

Dabei geht es in den Referenzregionen

- *nicht* um die Schaffung neuer institutioneller Typen (Einrichtungen und Dienste), *sondern* um die exemplarische Optimierung der bestehenden Angebote durch Verzahnung, verbindliche Kooperation und übereinstimmende Ausrichtung an den Prinzipien personenzentrierter Hilfeleistung,
- *nicht* um Förderung neuer oder zusätzlicher Angebote der Hilfe zur Teilhabe, *sondern* um die wissenschaftliche Beratung bei der Konkretisierung und Umsetzung bestehender sozialrechtlicher Ansprüche und Regelungen sowie von Grundsätzen in der Qualitätssicherung,
- *nicht* um ein Forschungsprojekt zur Entwicklung neuer Konzeptionen, *sondern* um die Konkretisierung und praktische Erprobung vorliegender Konzeptionen (›personenzentrierte Hilfe‹) und Handlungsleitlinien,
- *nicht* um programmatische Diskurse, *sondern* um vorbildliche verbindliche Vereinbarungen der Leistungserbringer untereinander und mit den Leistungsträgern zur Planung, Durchführung und Evaluation von Hilfen zur Teilhabe von psychisch kranken Menschen am Arbeitleben.

236 Ebd. RdNr. 268.

Bei der Implementation von Konzepten und Handlungsstrategien zur Teilhabe chronisch psychisch kranker/seelisch behinderter Menschen am Arbeitsleben stehen im Mittelpunkt Fragen der Steuerung auf den Ebenen
a) des Einzelfalls,
b) der Organisation von Hilfen im regionalen Hilfesystem (Verbund),
c) des Zusammenwirkens der Leistungsträger und der Leistungserbringer
mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung durch

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf,
- personenzentrierte Zusammenarbeit der Akteure (der beteiligten Fachkräfte),
- Übernahme gemeinsamer Verantwortung und regionaler Versorgungsverpflichtung.

In dieser Zielsetzung geht es zugleich auch um die Evaluation der Vorgaben der Sozialgesetzgebung im Bereich der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen. Der Focus sollte vorrangig auf die Umsetzung der Vorgaben des SGB IX gerichtet sein durch:

- Einführung personenzentrierter Erhebung des Hilfebedarfs sowie einer integrierten Rehabilitations- und Eingliederungsplanung (mit den entsprechenden Instrumenten – IBRP – einschließlich Ziel-, Zeit- und Handlungsdimension – § 11/12 SGB IX).
- Implementation aktivierender und koordinierender Begleitungsangebote durch eine im Sinne des Case-Management tätige koordinierende Bezugsperson , da die Fähigkeit, Angebote von sich aus zu nutzen, bei Menschen mit psychischer Behinderung häufig beeinträchtigt ist.
- Erprobung und Einführung personenzentrierter Arbeitsweisen bzw. -strategien im Bereich »**Erhalt bestehender Arbeitsverhältnisse**« (Erhaltungsintervention einschließlich Prävention, §33 Abs. 3 SGB IX)«, **Erlangung eines Arbeitsplatzes** (Förderung der Arbeitsaufnahme einschließlich Schaffen von behindertengerechten Arbeitplätzen- bzw. -möglichkeiten mit Orientierung am schwankenden Leistungsvermögen) und »**Rehabilitation am Arbeitsplatz**« (erst platzieren, dann rehabilitieren) im Rahmen dieser wohnortnahen Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. und Teil 2 SGB IX).
- Aufbau von **regionalen Verbund- und Steuerungssystemen**, die in der Lage sind, die individuell und wohnortnahen erforderlichen Rehabilitations- und Eingliederungsangebote in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung zu stellen und eine personenzentrierte Leistungserbringung gewährleisten (Versorgungsverpflichtung, Umsetzung der Vorgabe von § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Hierzu gehört die Entwicklung entsprechender Konferenz- und Gremienstrukturen auf Seiten der Leistungsträger (§ 12 Abs. 2 SGB IX), der Leistungserbringer (insbes. Gemeindepsychiatrischer Verbund) sowie die Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern (Versorgungsverträge, Hilfeplanungskonferenz).

- Erprobung **persönlicher Budgets** (§ 17 SGB IX) als Instrument zur Realisierung personenbezogener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (persönliches Budget hier nicht als an den psychisch behinderten Menschen ausgezahlte Geldleistung, sondern als Betrag, dessen Höhe auf der Grundlage der Hilfeplanung ermittelt wird und von einer koordinierenden Bezugsperson (Case-Manager) auf der Grundlage von Beschlüssen der Hilfeplankonferenz koordiniert wird.
- Entwicklung von Umsetzungswegen für (ambulante) **Komplexleistungsprogramme** auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, um dem komplexen Hilfebedarf gerecht zu werden (analog zu § 30 SGB IX).

Ziel ist die Teilhabe aller schwer psychisch Kranken am Arbeitsleben entweder im allgemeinen Arbeitsmarkt einschließlich Integrationsprojekten oder, sofern dies nicht erreichbar ist, im besonderen Arbeitsmarkt sowie in öffentlich geförderteren Beschäftigungsverhältnissen (durch Einsatz von Sozialleistungen zur Finanzierung von Arbeitsverhältnissen, die herkömmlich ohnehin zur Absicherung bei Erwerbslosigkeit gezahlt werden). Dabei ist besonderes Augenmerk auf die Schaffung von Arbeitsverhältnissen für Menschen mit einer nur geringen oder diskontinuierlichen Belastbarkeit zu legen. Hier soll durch die Bündelung von (geringfügigem) Erwerbseinkommen und Sozialleistungen (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung) ein existenzsicherndes Einkommen ermöglicht werden.

8 Literaturverzeichnis

Aktion Psychisch Kranke (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I u. II, Bonn 2001

Aktion Psychisch Kranke, Autorengruppe: Kruckenberg, P., Reumschüssel-Wienert, C., Brand, A., Grampp, P.: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems in einer Modellregion – Dokumentationsprojekt«, Bonn 2003

Angermeyer, M.C., Matschinger, H.: Belastungen und Bedürfnisse der Angehhörigen psychisch Kranker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker. Psychosoziale Umschau 2/1996

Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren: Grundsätze der Beruflichen Trainingszentren, Hamburg 2000

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz, Jahresbericht 1998/1999, Karlsruhe 1999

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz, Jahresbericht 1999/2000, Karlsruhe 2000

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf, Jahresbericht 2000/2001, Karlsruhe 2001

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf, Jahresbericht 2001/2002, Karlsruhe 2002

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen (Hg.): Kassys Qualitätsmanagement-Referenzmodell zur psychosozialen Betreuung, Karlsruhe 1999

Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, Bericht zur 76. Gesundheitsministerkonferenz, Chemnitz 2003

Bäcker, G., Ebert, T.: Defizite und Reformbedarf in ausgewählten Bereichen der sozialen Sicherung, Düsseldorf 1996

Bennett, D.: Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation. In: Cranach, M., Finzen, A. (Hg.): Sozialpsychiatrische Texte, New York, Heidelberg, Toronto, 1972, S. 68–78

Bernhardt, J.: Der Beitrag der Berufsbildungswerke zur Entwicklung der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe junger Menschen mit psychischen Behinderungen: Möglichkeiten, Grenzen und Entwicklungsbedarf. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 166–171

Bernhardt, J.: Die berufliche Rehabilitation junger Menschen mit psychischen Behinderungen in Berufsbildungswerken. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste, im Druck

Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.): Handbuch Beratung und Integration, Gütersloh 2002

Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.): Job Center. Konzeption und Diskussion der lokalen Zentren für Erwerbsintegration. Gütersloh 2003

Brill, K.-E.: Organisation, Struktur und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote, Bonn 1995

Bultmann, W., Busch, A., Löhlein, A. et al.: Qualifizierte berufliche Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen mit Hilfe der Berufsförderungswerke. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste, im Druck

Bundesanstalt für Arbeit: Berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung – Reha-Transparenz-Papier, Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste Nr. 38, 2000

Bundesanstalt für Arbeit: Förderung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. Gemeinsame Arbeitshilfen für die Arbeit der Fachausschüsse in Werkstätten für behinderte Menschen. BA-Info 24/2002

Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren: Ergebnisberichte; Abschlussjahrgang 1998, Duisburg 2000; Abschlussjahrgang 1999, Duisburg 2001; Abschlussjahrgang 2000, Dortmund/Duisburg, 2002

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hg.): ABC – Behinderung und Beruf, Wiesbaden 2002

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Frankfurt/Main 2003

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Alkohol – Drogen – Medikamente, Frankfurt/Main 1996

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen – Entwurf, Stand 15.01.2003

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Verzeichnis der stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Frankfurt/Main 2002 (CD-ROM)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK) (Hg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt/Main 2000

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 06.02.2001

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Durchführung der Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) vom 23.08.2002

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Bonn 1996

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte, Bonn 1996

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Berufsbildungswerke, Bonn 2000

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg): Berufsförderungswerke, Bonn 2000

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter – Vorschlag für ein behinderungsgerechtes System der beruflichen Eingliederung, Bonn 1987

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Bestandsanalyse der besonderen Betriebe zur Beschäftigung Schwerbehinderter, Forschungsbericht 255, Bonn 1996

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Psychisch Behinderte im System der beruflichen Rehabilitation, Bonn 1988

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Strategien der beruflichen

Eingliederung psychisch Behinderter. Wege und Methoden der Vermittlung af den allgemeinen Arbeitsmarkt, Bonn 1994

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes »Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker« der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Außerstationäre psychiatrische Pflege. Gutachten erstattet durch die Aktion Psychisch Kranke e.V., Teil I: Ambulante Psychiatrische Behandlungspflege, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 121, Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Eine Bilanz des Erreichten und Möglichen, Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Baden-Baden 1998

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 1997, Baden-Baden 1997

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 1999, Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 2001, Baden-Baden 2001

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden 1996

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Entwicklung von Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke in kleinstädtisch-ländlichen Regionen. Arbeitsangebote für psychisch Kranke und Behinderte als Hilfe zur Integration in die Gesellschaft, Baden-Baden 1993

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Integration psychisch Behinderter in nicht institutionalisierte Arbeitsplätze. Modellverbund Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung, Baden-Baden 1991

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken, Baden-Baden 1996

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Modellprojekt Arbeit und Ausbildung für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene im Modellverbund Psychiatrie, Baden-Baden 1993

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Modellprojekt Trainings- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke in einer Selbsthilfefirma und in der Gemeinde. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung und des Projekts im Modellverbund Psychiatrie, Baden-Baden 1993

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Modellprojekte: Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter auf dem freien Arbeitsmarkt durch gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften – Projekt Weinsberg/Projekt Duisburg im Modellverbund Psychiatrie, Baden-Baden 1995

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Nachsorgendes Wohnen für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene in Verbindung mit tagesstrukturierenden Hilfen zum integrativen Reha-Projekt Wohnen-Arbeit-Freizeit (WAF), Baden-Baden 1993

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychothera-

peutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn 1988

Bundesregierung: Bericht gemäß § 160 SGB IX zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen, Bundestags-Drucksache 15/1295, 2003

Bundesregierung: Vierter Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bundestags-Drucksache 13/9514, 1998

con_sens Hamburg: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, 2003

DAK Gesundheitsmanagement (Hg.): DAK Gesundheitsreport 2002, Hamburg 2002

Daublebsky, B., Sitte, K. (Hg.): Zuverdienstfirmen in Spannungsfeld zwischen Selbsthilfefirmen und Institutionen der psychosozialen Versorgung., Weinheim 1993

Deusch, B.: Die Berufswegekonferenz – ein Instrument zur Optimierung des Übergangs Schule-Beruf, in: Bundesanstalt für Arbeit, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hg.): Schritt für Schritt II – Fachtagung zur Rehabilitation und Teilhabe schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben, o. O., 2002

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland, Heidelberg 1997

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter: »Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in funktionaler Betrachtungsweise« – Handreichung des Arbeitsausschusses »Psychische Behinderungen«, Psychiatrische Praxis, 38, 1999, S. 44–46

Deutscher Bundestag: Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975

Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD »Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland«, Bundestags-Drucksache 12/4016, 1992

Deutscher Bundestag: 25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung, Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen, Bundestags-Drucksache 14/955, 2002

Dieterich, M.: Zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter, Köln 1991

Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R. et al.: A Randomized Clinical Trial of Supportet Employment für Inner-city-Patenients With Severe Mental Disorders. Arch Gen Psychiatry, 56, 1999, S. 627–633

Duda, L., Röseler, S., Schwartz, F. W.: Grundlagen, Schnittstellenprobleme und Qualitätsfragen in der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Perspektiven für das Gesundheitswesen im Sozialstaat, Düsseldorf 1996, S. 253–530

Enquete-Kommission »Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements«, Bundestags-Drucksache 14/8900, 2002

Erlinghagen, M.: Sozioökonomie des Ehrenamtes: Theorie der nicht-entlohnten haushaltsextern organisierten Produktion, Gelsenkirchen, 2000

Europäische Kommission: Die neuen Akteure der Beschäftigung – Synthese der Pilotaktion »Drittes System und Beschäftigung« (1997–2000) – Für eine bessere Kenntnis der Beschäftigung auf lokaler Ebene, Luxemburg 2003

FAF gGmbH: Abschlussbericht zur Evaluation des HORIZON-Zuverdienst-Modellverbundes für psychisch kranke und behinderte Menschen in Bayern im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen, Berlin 2001

FAF gGmbH: Abschlussbericht zum Modellprojekt des BMA »Beschäftigungs- und Integrationsprojekte«, Schlussbericht, Berlin 2002

Fassmann, H.: Case Management und Netzwerkkooperationen zur Erhaltung von Beschäfti-

gungsverhältnissen behinderter Menschen. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universtät Erlangen-Nürnberg 2/2003, Nürnberg 2003

GEK Gmünder Ersatzkasse (Hg.): GEK-Gesundheitsreport, Sankt Augustin 2001

Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. et al: The edidemiology of early schizophrenia: Influence of age and gender on onset an early course. British Journal of Psychiatry 1994, 164: 29–38

Haerlin, C., Berufliches Trainingszentrum Köln: Wege in die berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter – Bestandsaufnahme in Köln, Bericht, Dezember 2000

Haug-Benien, R.: Auf der Suche nach Arbeit, die stabil macht, Gütersloh 2000

Hautop, W., Scheibner, U.: Die Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen, Frankfurt/Main 2002

Heissler, M., Mucha, C.: Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie. In: Schmidt-Zadel, R., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen, Bonn 2003 (im Druck)

Hoffmann, H.: Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? Psychiatrische Praxis 26, 1999, S. 211–217, S. 212

Hoffmann, H. Das Berner Job Coach Projekt. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 105–129

Hoffmann, K., Priebe, S., Isermann, M., Kaiser, W.: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis 24, 1997, S. 221–226

Irle, H., Amberger, S., Nischan, P.: Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation. Die Angestelltenversicherung H. 7, 2001, S. 1–7

Kastl, J.M., Trost, R.: Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur Arbeit der Modellprojekte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in 16 Bundesländern im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Reutlingen 2002

Kauder, V., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung, Köln 1999

Kleffmann, A.L., Weinmann, S., Föhres, F. u.a.: Erstellung eines Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behindertenbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 212, Bonn 1991

Klemp, S., Staas, A., Göpfert, M., Lenz, H., Ernst-Basten, G.: Studie zur Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein – STAR 98, Kiel (o.J. [1999])

Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Berlin 2002

Kronenberger, G., Carstens, H.-P.: Betreutes Wohnen in Hessen. Psychosoziale Umschau 1/2002, S. 43

Kulenkampff, C., Hoffmann, U., Aktion Psychisch Kranke (Hg.). Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission, Köln 1990

Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Beschäftigung und soziale Rehabilitation. Tagesstätten für psychisch kranke und behinderte Menschen im Rheinland, Forschungsbericht des Instituts für kommunale Psychiatrie, Autoren: Regus, M., Gürtler, A., Pulheim/Köln 1996

Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Stundenweise Beschäftigung für Menschen mit Behinderung in Integrationsfirmen. Ergebnisbericht der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte zum Modellprojekt des Landschaftsverbandes, Köln 2002

Laupichler, K.: Erwartungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 48–56

Lehmann, K: Grundsätzliche Bemerkungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. In: Bundesministerium für Gesundheit: Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, Baden-Baden 1999, S. 25–47

Marien, R.: Innovationen in den Berufsförderungswerken. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 184/0189

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation (Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V) von 12.03.2001, Essen 2001

Metzlin, K., Simmedinger, R.: Qualifizierte Berufsausbildung psychisch Behinderter in einem Berufsförderungswerk. Abschlussbericht zum Modellversuch des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (1992–1997), 1997

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U.: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2000, 71: 535–542

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.): Hilfen zuverlässig gestalten – Entwicklung von Verbundsystemen in der Gemeindepsychiatrie. Dokumentation des Projektes »Entwicklung von Wohnverbünden als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes« (1997–1999), Mainz 2001

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hg.): Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß, Zwischenbericht, Mainz 2001; Abschlussbericht (Kurzfassung), Mainz 2001

Mrozynski, P.: Rechtsgutachten »Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band II, Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 35–208

Müller, O., Worm, M.: Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis 14. Jg., 1987, S. 18–21

Plath, H.-E., Blaschke, D.: Die Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: Kleinhenz, G. (Hg.): IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 2002, S. 447–460

Priebe, S.: Welche Ziele hat die psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie? Psychiatrische Praxis 26, 1999, Sonderheft 1, S. 36–40

REHADAT, Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation, Ausgabe 2/2002 (CD-ROM)

Reker, T.: Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. Psychiatrische Praxis 26, 1999, Sonderheft 1, S. 12–15

Reker, T: Platziert rehabilitieren. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N. (Hg): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 85–87

Robert Koch Institut (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13: Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Berlin 2002

Saal, R.: Berufliche Rehabilitation im Alltag eines Betriebes. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben, Bonn 2002, S. 99–104

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Band III, Bonn 2001

Sand, W.H. van de: RehaAssessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. In: Rehabilitation, 2001, S. 304–313

Schernus, R.: »Moderne Zeiten« – Mögliches und Unmögliches in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2, 2001, S. 33–38

Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Bonn 2002

Schulte-Kemna, G.: Vom Übergangsheim zur Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte, in: Kulenkampff, C. (Hg.): Neue Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte, Bonn 1986

Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie vom 29. November 2001

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.): Kreiszahlen. Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland. Ausgabe 2000

Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998

Stiftung Rehabilitation Heidelberg (Hg.): Rehabilitation psychisch Behinderter – Funktion und Bedeutung von Übergangswohnheimen, Heidelberg 1979

Thrun, M.: Rehabilitation psychisch Behinderter in Berufsförderungswerken. In: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch behinderter. Fachtagung Bad Vilbel 1990

Trube, A.: Zukunft der Arbeitsgesellschaft: Der Dritte Sektor als Konkurrenz zum Ersten Arbeitsmarkt? In: Soziale Sicherheit, 1997, S. 20–22

Trunk, W.: Die Agentur für angepasste Arbeit und die Entwicklungserfordernisse der Hilfen zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, H. 2/2003, S. 70–73

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Frankfurt/Main 2001

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin, Frankfurt/Main 2002

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg): VDRSY-Datenbanken

Vetter, P., Kiel, M., Solothurn, C.: Die Rehabilitation psychisch Behinderter in Wohngemeinschaften: Der Einfluss der Arbeitsleistung und anderer Variablen auf die Hospitalisierungsdauer. Psychiatrische Praxis 17, 1990, S. 78–84

Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Entwurf der deutschsprachigen Fassung, Frankfurt/Main 2002

Wiedl, K.-H., Uhlhorn, S., Köhler, K., Weig, W.: Das Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP): Ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten. Psychiatrische Praxis 2002, S. 25/028

Wollny, H., Behrendt, B.: Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung« Integration psychisch Behinderter in nicht-institutionalisierte Arbeitsplätze, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 6, Baden-Baden 1991

Mitglieder der Expertenkommission/
Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. Niels **Pörksen**, Projektleiter, Aktion Psychisch Kranke, Bielefeld
Karl-Ernst **Brill**, Projektkoordinator, Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Christian **Gredig**, Projektmitarbeiter, Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Bernd **Jäger**, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Christiane **Haerlin**, BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH, Köln
Prof. Dr. Heinrich **Kunze**, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal
Peter **Larbig**, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
Knut **Lehmann**, Landesamt für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Halle
Dr. Hermann **Mecklenburg**, Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH, Psychiatrische Abteilung, Gummersbach
PD Dr. Christian **Petrich**, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
Julia Pohl, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal
Gabriele **Seibold**, ERPEKA Nürnberg gGmbH, Nürnberg
Anton **Senner**, Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen, Hamburg

Mitglieder des Beirats

Dr. Peter **Beule**, Landschaftsverband Westfalen-Lippe – Integrationsamt, Münster
Dr. Anna **Brockmann**, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn
Angela **Döring**, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie – Universitätsklinik, Bochum
Edelinde **Eusterholz**, Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. – Abteilung Leistungen, Siegburg
Dr. Ulrich **Gerke**, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/M.
Joachim **Hallinger**, Berufsbildungswerk Abensberg, Abensberg
Hubert **Kirchner**, Arkade e.V. Ravensburg
Prof. Dr. Peter **Kruckenberg**, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Psychiatrische Klinik, Bremen
Regina **Kucharski**, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Wiesbaden
Hermann **Langenheim**, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M.
Dr. Gerhard **Längle**, Universitätsklinikum Tübingen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen
Ulrich **Laschet**, Sozialverband VdK Deutschland, Bonn
Klaus **Laupichler**, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Herbrechtingen
Jürgen **Lempert**, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel – Bethelkanzlei, Bielefeld
Andrea **Placzko**, Berufsförderungswerk Friedehorst, Pas-Projekt, Bremen
Dr. Thomas **Reker**, Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster
Heinz Dieter **Schilson**, Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Rose-Marie **Seelhorst**, Landesverband Niedersachsen-Bremen der Angehörigen psychisch Kranker, Barsinghausen
PD Dr. Bernward **Vieten**, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie u. Psychotherapie, Paderborn
Peter **Weber**, Berufsfachschule Ergotherapie, Regionales Kompetenzzentrum Hermann-Nohl-Schule, Hildesheim
Prof. Dr. Wolfgang **Weig**, Nds. Landeskrankenhaus Osnabrück Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Osnabrück
Dr. Bettina **Wittmund**, Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig

Anhang A
Materialien zur »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«

Karl-Ernst Brill

1 Psychische Erkrankungen und Rehabilitationsbedarf

1.1 Zur Epidemiologie psychischer Störungen

Über die Häufigkeit und Verbreitung psychischer Störungen und Krankheiten im weitesten Sinne bestehen in der Fachwelt wie in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion unterschiedliche Angaben.

Dies gründet sich zum einen darauf, dass die Übergänge zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung fließend sind. Dementsprechend gibt es jeweils Überlappungsbereiche zwischen allgemeinen Lebenskrisen, psychosozialen Befindlichkeitsstörungen, psychisch bedingten körperlichen Krankheiten und psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne. Je nachdem, wie weit oder wie eng der Begriff der psychischen Störung bzw. Erkrankung gefasst wird, können unterschiedliche Angaben über die Häufigkeit entstehen.

Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass in der diagnostischen Klassifikation (ICD-10, früher ICD-9) die psychischen Störungen[1] ein sehr breites Spektrum umfassen, das von organisch bedingten psychischen Störungen über Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie, neurotische- und Persönlichkeitsstörungen bis zu Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen reicht. Insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, größer als allgemein angenommen wird:

Große internationale Studien haben gezeigt, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung irgendwann einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung leidet.[2] Dieser Befund wird auch durch die Ergebnisse einer 1996/1997 in Deutschland durchgeführten Studie bestätigt.[3] Im Laufe eines Jahres leiden rund 25 % der Bevölkerung unter einer – zum Teil kurzfristigen – psychischen Störung bzw. Erkrankung, wie Studien in den USA (Regier et al. 1984, Robins und Regier 1991), Großbritannien (Goldberg und Huxley 1980) sowie in der Bundesrepublik gezeigt haben.[4] Nach den Ergebnissen neuerer Studien nimmt die

---

1 »Der Begriff ›Störung‹ (disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie ›Krankheit‹ oder ›Erkrankung‹ weitgehend zu vermeiden. ›Störung‹ ist kein exakter Begriff; seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinische erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist, sich aber nicht auf der sozialen Ebene allein darstellt.« (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 1. Aufl. 1991, S. 19) – Der Begriff der Krankheit ist ein Rechtsbegriff, der hier psychiatrisch konkretisiert werden muss: Die Klärung, ob es sich bei einer bestehenden »Störung« um eine (behandlungsbedürftige) Erkrankung handelt, ist Aufgabe ärztlicher Diagnostik.

2 Vgl. u. a. DGPPN 1997, S. 6.

3 Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U.: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2000, 71: 535–542.

4 Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker, Baden-Baden 1996, S. 39, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission, 1988, S. 95 ff.

Bedeutung und die Häufigkeit psychischer Störungen zu: Im Rahmen des von Sommer 1998 bis Frühjahr 1999 durchgeführten Bundes-Gesundheitssurveys wurde ermittelt, dass rund ein Drittel (31,1 %) der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren im Laufe eines Jahres zumindest teilweise unter einer psychischen Störung leidet.[5]

Differenzierten Aufschluss ermöglicht die von Dilling und Weyerer durchgeführte Feldstudie, bei der die Gesamtrate psychischer Störungen mit Krankheitswert 24,1 % betrug; davon wurden 17,8 % als leichte allgemeinärztlich zu behandelnde Störungen und 6,3 % als schwere Störungen klassifiziert, die psychiatrisch behandelt werden sollten. Diagnostisch aufgeschlüsselt waren am häufigsten die neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen (11,3 %), gefolgt von Abhängigkeitserkrankungen (1,8 %), Demenzen (1,4 %), affektiven Psychosen (1,3 %), Oligophrenie (1,0 %), Persönlichkeitsstörungen (0,7 %), organische psychiatrische Erkrankungen (0,6 %) und Schizophrenien (0,4 %).[6] Zu den wesentlichen Ergebnissen dieser Studie gehört auch, dass es zwischen dem in der Erhebung festgestellten psychiatrisch behandlungsbedürftigen Erkrankungen und der tatsächlichen Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung eine erhebliche Diskrepanz besteht.

1.1.1 Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen

Über die tatsächliche Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung liegen Gesamtdaten nur im Rahmen der Krankenhausstatistik vor, aus denen sich ergibt, dass inzwischen rund ein Prozent der Bevölkerung wegen einer psychiatrischen Erkrankung stationär behandelt wird.

Tabelle A-1: Von den Krankenhäusern gemeldete Hauptdiagnosen

Jahr	Entlassene Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose; ICD-9 Pos. 290-319		
	Anzahl	Verweildauer (Tage)	Je 100.000 Einwohner
1994[7]	726.962	40,7	893
1995[8]	764.888	38,1	935
1996[9]	777.215	40,2	949
1997[10]	804.450	30,8	980
1998[11]	838.203	27,8	1.022
1999[12]	850.466	26,9	1.036

5 DAK Gesundheitsmanagement (Hg.): DAK Gesundheitsreport 2002, Hamburg 2002.
6 Dilling, H, Weyerer, S.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung 1984, zit. nach Empfehlungen der Expertenkommission 1988, S. 96.
7 Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1997, S. 265.
8 Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1999, S. 305.
9 Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1999, S. 306.
10 Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1999, S. 307.
11 Statistisches Bundesamt.
12 Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 2001, S. 302.

Die Daten der Krankenhausstatistik weisen dabei eine kontinuierlich steigende Zahl der Behandlungsfälle wegen einer psychiatrischen Erkrankung aus. Diese Zunahme bedarf noch einer eingehenden Analyse. Dabei kann aber schon vorab festgehalten werden, dass es unzulässig wäre, diese Steigerung mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen gleichzusetzen: Zum einen wird diese Statistik fall- und nicht personenbezogen geführt und lässt somit keinen Rückschluss darauf zu, ob und in welchem Umfang in diesem Zeitraum die Zahl der Wiederaufnahmen gestiegen ist.

Daneben wird seitens der Krankenkassen eine Zunahme psychischer Erkrankungen als Anlass von Arbeitsunfähigkeit berichtet. So hat die Gmünder Ersatzkasse ermittelt, dass der Anteil von psychischen Erkrankungen an den Krankheitstagen ihrer Mitglieder von 5 % im Jahr 1991 auf 8,1 % im Jahr 2000 zugenommen hat.[13]

Diese zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen hat die DAK veranlasst, diese als Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports 2002 zu machen und detaillierte Daten zur Entwicklung vorzulegen. Danach ist der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung von 2,1 % im Jahr 1997 auf 2,7 % im Jahr 2001 gestiegen, was eine Zunahme um 29 % ergibt.

Deutlich stärker ist mit einer Zunahme um 51 % im gleichen Zeitraum die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle (von 2,4 % auf 3,6 %) und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (von 67 auf 101 Tage) wegen psychischer Erkrankungen verlaufen.[14]

Bei der Interpretation dieser Entwicklung wird u. a. festgehalten, dass psychische Störungen wesentlich häufiger auftreten als die Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen und es daher nicht zu entscheiden ist, »ob der bei den Arbeitsunfähigkeiten beobachtbare Anstieg der psychischen Erkrankungen tatsächlich die auch von Wissenschaftlern bestätigte Zunahme derartiger Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung widerspiegelt oder ob diese Erkrankungen von den Ärzten nur häufiger festgestellt werden«.[15]

1.1.2 Arbeitslosigkeit und psychische Störungen

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist in jüngster Zeit auch dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit verstärkte Aufmerksamkeit zuteil geworden. Die Auswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) ergab, dass Arbeitslose im Vergleich zu aktuell Berufstätigen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen bei allen Diagnosekapiteln eine höhere Inanspruchnahme hinsichtlich der Verweildauer aufweisen. Dabei zeigt sich der mit Abstand deutlichste Unterschied bei stationären Aufenthalten wegen psychischer Störungen: »Arbeitslose Männer verbringen nahezu siebenmal mehr Tage mit einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus als Nicht-Arbeitslose, unter Frauen beträgt das Verhältnis 3:1.«[16]

13 GEK Gmünder Ersatzkasse (Hg.): GEK-Gesundheitsreport, Sankt Augustin 2001.

14 DAK Gesundheitsmanagement (Hg.): DAK Gesundheitsreport 2002, Hamburg 2002, S. 51.

15 Ebd., S. 83.

16 Robert Koch Institut (Hg): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13: Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Berlin 2002, S. 13 f.

Eine genauere Betrachtung ermöglicht die nachfolgende Tabelle mit einer Differenzierung nach dreistelligen ICD-10 Diagnosen: Sie verdeutlicht, dass bei Männern stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch dominieren, gefolgt von psychischen Erkrankungen, insbesondere der Schizophrenie, Belastungsreaktionen und Depression. Unter den arbeitslosen Frauen sind bei den psychischen Erkrankungen neben Depression und Schizophrenie vor allem noch Essstörungen von großer Bedeutung.

Tabelle A-2: Verweilzeiten in Krankenhäusern[17]

ICD-10 Kode	Diagnose	Krankenhaustage je 1.000 Versicherte/Jahr bei Arbeitslosen	Nicht-Arbeitslosen
Männer			
F10	Psychische und Verhaltesstörungen durch Alkohol	324,6	32,4
F20	Schizophrenie	167,0	19,3
F19	Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	86,1	5,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen	59,6	10,3
F32	Depressive Episode	48,5	16,5
Frauen			
F32	Depressive Episode	65,3	29,6
F10	Psychische und Verhaltesstörungen durch Alkohol	54,8	10,2
F20	Schizophrenie	48,0	14,2
F50	Essstörungen	46,3	13,5

In dem Bericht wird im Weiteren auch der Frage von Ursache und Wirkung im Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitslosigkeit nachgegangen, und festgestellt, dass die Daten der GEK in Abhängigkeit von Dauer und Art der registrierten Krankschreibungen ein deutlich erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit belegen. Während Auswirkungen von Arbeitslosigkeit als Ursache von Erkrankungen im Rahmen von bevölkerungsbezogenen Studien nur schwierig nachzuweisen sind, sind in mehreren Untersuchungen die gesundheitsrelevanten Effekte von Arbeitslosigkeit beschrieben worden, die sich insbesondere auf soziale und psychische Beeinträchtigungen beziehen.

In solchen Studien ist vor allem die Verbesserung der psychischen Situation bei Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit belegt worden. In den Schlussfolgerungen wird hieraus als Konsequenz gezogen, dass in der Schaffung und Sicherung einer weitgehenden Vollbeschäftigung ein zentraler Ansatz zur Verhinderung potenzieller Folgen der Arbeitslosigkeit zu sehen ist. Unter Berücksichtigung der aktuellen Situation und der zukünftigen Entwicklung des Arbeitsmarktes wird dabei auf politischer Ebene die Förderung wettbewerbsschwächerer Arbeitnehmer als vordringlich angesehen.

17 Ebd. S. 14–15; Datenquelle: Gmünder Ersatzkasse (GEK), Daten 2000.

1.1.3 Eingrenzung des Personenkreises

Die hier angeführten Daten verdeutlichen, dass psychische Störungen und Erkrankungen ein gesundheits- und sozialpolitisch sehr bedeutsames Thema sind.

Bei dem Personenkreis, mit dessen Rehabilitation und Teilhabe sich das Projekt beschäftigt, handelt es sich aus dem gesamten Spektrum psychischer Störungen und Erkrankungen nur um eine Teilgruppe: Es geht um Menschen im erwerbsfähigen Alter mit einer chronisch verlaufenden schizophrenen, depressiven, neurotischen oder Persönlichkeits-Störung, bei denen aufgrund der Erkrankung eine Behinderung bereits eingetreten ist oder einzutreten droht.

Die hier vorgenommene Eingrenzung des Personenkreises mit psychiatrischem Rehabilitationsbedarf erfolgt vor dem Hintergrund, dass

- für den größten Teil der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Regel eine ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung als ausreichend anzusehen ist;
- Abhängigkeitserkrankungen spezifische Behandlungs- und Rehabilitationsangebote erfordern;[18]
- sich unter den hirnorganisch bedingten psychischen Erkrankungen neben z. B. Schädel-Hirn-Verletzungen[19] in erster Linie psychiatrische Alterserkrankungen (Demenzen)[20] befinden, die ebenfalls jeweils spezifische Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen erfordern.

Zu den im Rahmen des Projekts berücksichtigten Erkrankungen wird nachfolgend ein kurzer Überblick mit Angaben zur Epidemiologie und zu Verlaufsformen gegeben.

1.2 Psychische Störungen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf

Bei den psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne wurde herkömmlich zwischen Psychosen und Neurosen als zwei grundlegenden Krankheitsformen unterschieden. Diese Differenzierung findet sich auch noch in der ICD-9, deren Diagnoseschlüssel bis zum Jahr 2000 in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung zugrunde gelegt wurde.

Diese traditionelle Unterscheidung wurde mit der Anfang der 90er-Jahre vorgelegten 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) aufgegeben und die Störungen entsprechend der Hauptthematik oder der deskriptiven Ähnlichkeit in Grup-

18 Siehe hierzu: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Alkohol – Drogen – Medikamente, Heft 12, Frankfurt/Main 1996; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin, Frankfurt/Main 2002.

19 Siehe hierzu u. a.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher, Heft 1, Frankfurt/Main 1993.

20 Siehe hierzu: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen, Heft 6, Frankfurt/Main 1995.

pen zusammengefasst. Ab dem Jahr 2001 werden in der Gesundheitsberichterstattung die Diagnoseschlüssel gemäß ICD-10 zu Grunde gelegt. Auf diese Klassifizierung wird auch im Folgenden Bezug genommen.

1.2.1 Schizophrenie (ICD-10: F2)

Der Hauptanteil der Patienten, die längerfristig psychiatrische Hilfen zur Behandlung und Rehabilitation benötigen, wird diagnostisch diesem Krankheitsbild zugeordnet.

Das Lebenszeitrisiko einer Person, d.h. mindestens einmal im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken, liegt bei etwa 1%. In Bezug auf die Häufigkeit bestehen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jedoch erkranken Männer am häufigsten erstmals zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr und Frauen zwischen dem 26. und 29. Lebensjahr.[21] Bei Frauen ist der Krankheitsverlauf insgesamt günstiger.

Die in den vorliegenden Studien enthaltenen Angaben über die Rate der jährlichen Neuerkrankungen schwanken, wobei in neueren in Deutschland durchgeführten Untersuchungen – je nach Weite des diagnostischen Konzepts – 10 bis 20 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner ermittelt wurden.[22]

20 % der Betroffenen erleben nur eine einzige Krankheitsepisode und bleiben danach symptomfrei. 50 bis 70 % durchleben mehrere Episoden, sind in den dazwischen liegenden Intervallen jedoch nicht oder nur leicht beeinträchtigt. Bis zu 30 % der Betroffenen müssen hingegen mit mittelschweren bis schweren Krankheitserscheinungen rechnen, nach fünf bis zehn Jahren tritt meist keine deutliche Verschlechterung mehr ein; im Gegenteil, es kann auch nach einem langjährigen und schwerem Krankheitsverlauf sogar noch zu – manchmal deutlichen – Besserungen kommen.[23]

Bei der Schizophrenie können nach Abklingen der akuten Symptomatik noch Erschöpfung, Mattigkeit und Konzentrationsstörungen über Monate oder länger als ein Jahr bestehen bleiben (»postremissiver Erschöpfungszustand«), bevor die ursprüngliche Vitalität wiedererlangt wird. Bei den funktionellen Einschränkungen, die nach einer akuten schizophrenen Episode zurückbleiben können, handelt es sich nicht um unbefristete konstante Einbußen wie beim Verlust eines Beines.

21 Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. et al.: The edidemiology of early schizophrenia: Influence of age and gender on onset an early course. British Journal of Psychiatry 1994, 164: 29–38.

22 Vgl. Rössler, W., Salize, J.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker, Baden-Baden 1996, S. 41 und Statistisches Bundesamt (Hg.) Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 214.

23 Vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 213.

1.2.2 Affektive Störungen (ICD-10: F3)

Bei den affektiven Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Gestimmtheit, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder nicht so häufig zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

Depressionen[24] sind neben Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen. Sämtliche depressiven Störungen von Krankheitswert weisen eine Punktprävalenz (= Häufigkeit zu einem Zeitpunkt) von 15 bis 30 % auf. Neben den leichteren Formen (Dysthymien) beträgt der Anteil der depressiven Episoden im engeren Sinne (»Major-Depression«) 2 bis 7 %. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer, die Hälfte der Erkrankten ist bei Beginn unter 40 Jahre alt. Das Lebenszeitrisiko an einer »Major Depression zu erkranken, beträgt konservativ geschätzt 20 %.

Meist treten die Depressionen als Episoden oder Phasen auf. Bei etwa zwei Drittel der Erkrankten heilt die Episode vollständig aus. Vor der Psychopharmaka-Ära dauerte dies meist sechs bis acht Monate, mit Antidepressiva, Psychotherapie und ggf. Schlafentzug werden die Phasen erheblich verkürzt oder abgemildert und dauern heute im Mittel 13 Wochen. Doch kann bei 15 bis 20 % der Erkrankten die Depression auch länger als zwölf Monate dauern mit der Gefahr der Chronifizierung.

Wenn zusätzlich zu depressiven Phasen auch manische Episoden vorkommen, so wird dies als bipolare affektive Erkrankung bezeichnet. Das Lebenszeitrisiko beträgt 1 bis 2 %, bei Frauen und Männern gleich. Nur manische Episoden sind selten.

1.2.3 Neurotische und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F4, F6)

Zu den neurotischen Störungen gehören insbesondere Phobien und sonstige Ängste, Zwänge, Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Depressionen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen. 15 % der Bevölkerung erkranken im Leben an Angststörungen und 2 bis 3 % an Zwangsstörungen.

Neurotische Störungen neigen ohne rechtzeitige Behandlung zur Chronifizierung. Die Prognose ist daher umso günstiger, je höher der Leidensdruck und die Motivation zur Behandlung sind und je kürzer bzw. je geringer Beeinträchtigungen im beruflichen Leistungsvermögen sowie der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung vorliegen.

Die Persönlichkeitsstörungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche

24 Zu Häufigkeit und Verlauf von Depressionen siehe u. a.: Statistisches Bundesamt (1998) a. a. O. S. 219 f.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Band III Über- Unter- und Fehlversorgung, Teilband 3 :Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen, S. 193–254.

Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. Die Häufigkeit von Menschen mit auffälliger Persönlichkeit beläuft sich nach einer WHO-Studie von 1994 in der Allgemeinbevölkerung auf 5 bis 10 %.[25] Spezifische Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-Störung sind erstmals in der ICD-10 beschrieben worden. Daten zur Häufigkeit dieser Störung sind in den vorliegenden epidemiologischen Studien noch nicht ausgewiesen. Erste unter Zugrundelegung der ICD-10 veröffentlichte Daten über die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen im Jahr 2000 weisen darauf hin, dass diese spezifischen Persönlichkeitsstörungen eher selten sind, eine im Vergleich zu anderen psychischen Störungen vergleichsweise lange Arbeitsunfähigkeit (durchschnittlich 60,4 Tage bei Männern, 53,5 Tage bei Frauen) aufweisen. Auffällig ist hier noch, dass Frauen im Vergleich zu Männern etwa doppelt so häufig betroffen sind.[26]

1.3 Diagnoseübergreifende Aspekte

Für die vorgenannten Formen psychischer Erkrankungen gibt es einerseits typische bzw. spezifische und für die klinische Diagnostik bedeutsame Merkmale. Andererseits gibt es keine spezifische Eigengesetzlichkeit der jeweiligen psychischen Erkrankungen, nach der ein bestimmter Krankheitsverlauf und entsprechend das Auftreten von Funktionsausfällen und sozialen Beeinträchtigungen gleichsam vorprogrammiert wäre. Vielmehr sind psychische Erkrankungen und in deren Folge ggf. eintretende Behinderungen in ihrem individuellen Verlauf stark von psychosozialen Faktoren beeinflusst und im Einzelfall weniger nach diagnostischen Kriterien vorhersagbar.

Darüber hinaus hat bereits die kurze Darstellung der wichtigsten Krankheitsformen gezeigt, dass Ausprägung und Verlauf einer Erkrankung – auch bei gleicher Diagnose – im Einzelfall sehr unterschiedlich sein kann. Dementsprechend unterschiedlich können auch Art und Ausmaß der infolge bzw. in Verbindung mit der Erkrankung auftretenden Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen Beruf, Freizeit und Privatleben sein. Dabei sind stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verknüpft und stehen in einem Prozess von Wechselwirkungen zur psychischen Erkrankung/Behinderung. Dementsprechend werden psychische Störungen erst durch genauere Kenntnis der Persönlichkeit des erkrankten Menschen und seines sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen verstehbar. Für die Diagnostik ist daher ebenso wie für die Behandlung und Rehabilitation jeweils bezogen auf den Einzelfall die Berücksichtigung der Komplexität des Zusammenwirkens biologischer, psychischer und sozialer Faktoren unerlässlich.

25 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland, 1997, S. 19.

26 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen a. a. O., S. 201–202.

Unter Berücksichtigung der je nach Art, Ausprägung und Verlauf einer psychischen Erkrankung im Einzelfall bestehenden Besonderheiten ist es weder möglich, **den** (typischen) Menschen mit psychischer Erkrankung allgemein noch **den** mit einer spezifischen psychischen Störung (**den** an einer Schizophrenie, einer Depression etc. erkrankten Menschen) zu beschreiben.

1.4 Seelische Behinderung

Bei dem Begriff der Behinderung handelt es sich wie auch bei dem Begriff der Krankheit um einen Rechtsbegriff, der hier psychiatrisch zu konkretisieren ist: Für den Zugang zu Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe ist eine Voraussetzung, dass der Mensch behindert oder von einer Behinderung bedroht ist.

Nach der Regelung des § 2 SGB IX sind Menschen »behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist«.

Bei der Definition der Behinderung im SGB IX wird auf die Diskussion um die Weiterentwicklung der WHO-Klassifikation ICIDH[27] Bezug genommen, in deren Zuge nicht mehr die Orientierung an bestehenden oder vermeintlichen Defiziten, sondern das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund gerückt worden ist.

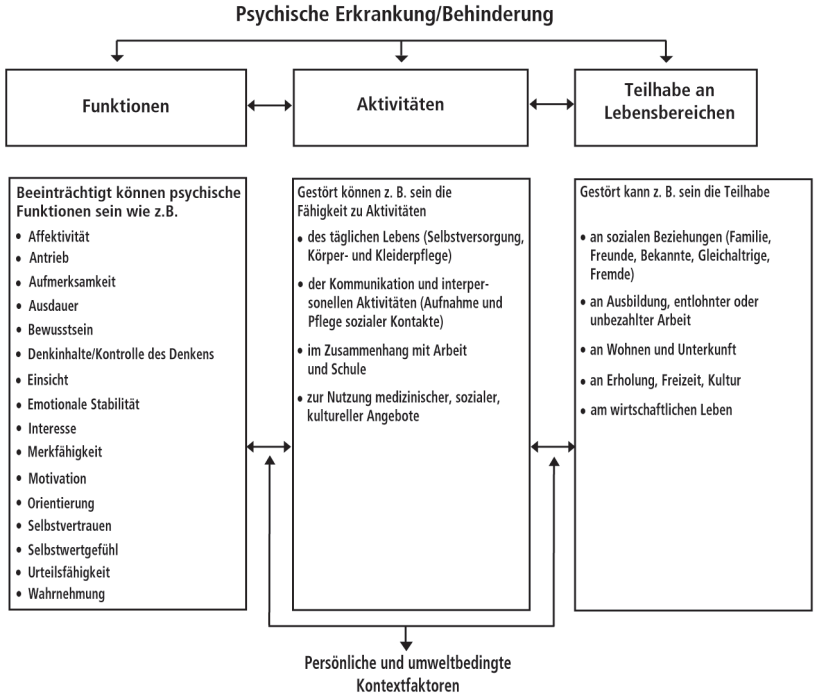
Dieser im SGB IX wie auch bei der Weiterentwicklung der WHO-Klassifikation von der ICIDH über den Entwurf zur ICIDH-2 zur ICF zugrunde liegende Perspektivwechsel ist insbesondere auch aus psychiatrischer Sicht zu begrüßen: Er fordert dazu auf, von den Vorstellungen und Zielen der Person auszugehen, ihre Ressourcen wie auch die des Umfeldes und vor allem die komplexen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen der psychischen und körperlichen Funktionen, der Aktivitäten sowie der Partizipation unter Berücksichtigung von persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren zu berücksichtigen (vgl. Abb. Psychische Erkrankungen und Behinderungen).

Diese Wechselwirkung spiegelt sich auch in der im SGB IX zugrunde gelegten Begrifflichkeit wider, nach der durchgängig von »behinderten Menschen« gesprochen wird. Wesentlich hierbei ist nur, sich der doppelten Bedeutung dieser Formulierung bewusst zu sein: Der behinderte Mensch, der auch durch Störungen auf der Ebene der Partizipation behindert wird, wie auch der Mensch, infolge bestehender – hier psychischer – Funktionsstörungen in seinen Aktivitäten behindert ist.

Diese Abbildung veranschaulicht unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beispielhaft die unterschiedlichen möglichen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung und lässt die Wechselwirkung zwischen den Ebenen der (Körper-)Funktionen, der Aktivitäten und der

27 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Frankfurt/Main 2002.

Abb. A-1: Psychische Erkrankungen und Behinderungen



Partizipation erkennen. Sie verdeutlicht damit, dass es sich bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des erkrankten Menschen, seiner vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.

Zur exemplarischen Verdeutlichung der möglichen Wechselwirkungen ein Beispiel:

Infolge eine psychischen Erkrankung eingetretene Leistungseinbußen und auffälliges Verhalten können zu Störungen der Partizipation und schließlich zur Ausgliederung und Isolation führen, insbesondere wenn die Bezugspersonen des betroffenen Menschen (Angehörige, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und Vorgesetzte) nicht erkennen, dass das veränderte Verhalten durch eine Krankheit verursacht ist. Die soziale Benachteiligung wirkt sich wiederum ungünstig auf die psychische Stabilität aus.

Ohne angemessene Hilfe und erforderliche Intervention kann infolge einer psychischen Erkrankung ein »Ausgliederungskreislauf« mit nachhaltigen Folgen für die betroffene Person in Gang gesetzt werden:

Beeinträchtigungen von psychischen Funktionen (wie z. B. Antrieb, Ausdauer etc.) können zu Störungen auf der Ebene der Aktivitäten (z. B. Arbeitsanforderungen erfüllen) füh-

ren, die dann beispielsweise den Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes zur Folge haben können. Diese Störung der Partizipation wiederum kann Störungen psychischer Grundfunktionen begünstigen und verstärken, z. B. psychische Funktionen wie Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (»zur Untätigkeit verurteilt«), die wiederum weitere Störungen im Bereich der Aktivitäten (Rückzugsverhalten) etc. nach sich ziehen und damit einhergehend Störungen der Partizipation verstärken kann.

Wie in der vorstehenden kurzen Übersicht zu psychischen Störungen mit spezifisch psychiatrischem Behandlungsbedarf dargestellt, treten diese hinsichtlich der Ausprägung wie auch des Verlaufs in vielfältigen Formen auf, wobei eine sichere Prognose vor allem des längerfristigen Verlaufs aus fachlicher Sicht nicht möglich ist. Insofern ist gerade auch bei erstmals an einer schweren psychischen Störung, wie z. B. der Schizophrenie erkrankten Menschen nicht vorhersehbar, ob im Einzelfall die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sein wird. Von daher werden bei Menschen mit psychischen Erkrankungen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erst dann in Betracht gezogen, wenn diese »Abweichung« bereits eingetreten ist.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass bei chronischem Verlauf und einer eingetretenen Behinderung immer auch die Ebene der Erkrankung fortbestehen bzw. wieder auftreten kann. Das mögliche Auftreten von akuten Krankheitssymptomen und der wechselnde Einfluss, den diese Symptome auf Art und Ausmaß der Behinderung ausüben, erschwert gerade bei psychischen Störungen eine deutliche begriffliche Trennung von Krankheit und Behinderung.

Vor diesem Hintergrund ist aus fachlicher Sicht die Verwendung des Begriffs Behinderung problematisch, da er in seiner üblichen Verwendung regelmäßig nicht mit einem »dynamischen« Verlauf sondern vielmehr mit einer dauerhaften Beeinträchtigung verbunden wird.

1.5 Schwerbehinderte Menschen

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft ist für Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung vor allem im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes und bezüglich des Zugangs zu Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben von Bedeutung.

Als schwerbehindert definiert das SGB IX (wie zuvor das Schwerbehindertengesetz) Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 vorliegt. Beträgt der Grad der Behinderung weniger als 50, aber wenigstens 30, können behinderte Menschen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten können (§ 2 Abs. 2 und 3 SGB IX).

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt in einem ärztlichen Begutachtungsverfahren durch das Versorgungsamt, wobei sich der Grad der Behinderung bei den

hier zu berücksichtigenden psychischen Störungen anders als bei Sinnes- oder Körperbehinderungen nicht eindeutig messen lässt und sich vor allem nach der Ausprägung »sozialer Anpassungsschwierigkeiten« richtet. Abgesehen davon, dass der Begriff der »sozialen Anpassungsschwierigkeit« fachlich – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – überholt ist, stellt sich bei Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung bezüglich der formellen Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft eine besondere Problematik:

In der Behandlung und Rehabilitation dieses Personenkreises ist die Entwicklung einer angemessen positiven Erwartung bezüglich des weiteren Verlaufs der psychischen Erkrankung und erreichbarer Ziele von entscheidender Bedeutung. Genau dieses Ziel kann aber bei chronisch psychisch erkrankten Menschen durch die förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft unterlaufen werden, denn sie wird häufig als »Festschreibung« bestehender Beeinträchtigungen empfunden und ist eher dazu angetan, eine resignative Einstellung zu fördern oder zu verfestigen (auf die komplexen Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und Umfeldeinflüsse ist vorstehend eingegangen worden) und ist mithin vielfach aus fachlicher Sicht contraindiziert.

Gleichwohl ist festzuhalten, dass die Zahl der anerkannten schwerbehinderten Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

Bemerkenswert ist dabei, dass nicht nur die absolute Zahl der wegen einer psychischen Störung schwerbehinderten Menschen auf über 200.000 im Jahr 1999 gestiegen ist, sondern auch deren Anteil unter den schwerbehinderten Menschen insgesamt.

Ob und in welchem Umfang diese Entwicklung auf die veränderten Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben zurückzuführen ist, bedarf einer gesonderten Analyse.

Tabelle A-3: Schwerbehinderte Menschen[28]

Zeitreihen	**(bis einschl. 1991 nur früheres Bundesgebiet, Quelle: Statistisches Bundesamt))**						
	1987	**1989**	**1991**	**1993**	**1995**	**1997**	**1999**
Schwerb. Gesamt	5.127.294	5.309.534	5.371.960	6.384.438	6.496.533	6.621.157	6.633.466
Darunter:							
Psychosen + Neurosen	104.952	115.715	125.326	150.389	167.884	190.069	201.983
Psychosen	72.450	79.206	84.796	101.880	112.900	124.867	129.648
Neurosen	32.502	36.509	40.530	48.509	54.984	65.202	72.335
Anteil in v.H. aller Schwerbehinderter Menschen							
Psychosen + Neurosen	2,05	2,18	2,33	2,36	2,58	2,87	3,04
Psychosen	1,41	1,49	1,58	1,60	1,74	1,89	1,95
Neurosen	0,63	0,69	0,75	0,76	0,85	0,98	1,09

28 Quelle: Statistisches Bundesamt.

Tabelle A-4: Schwerbehinderte nach Alter, Geschlecht und Art der Behinderung am 31.12.1999[29]

	Psychosen			Neurosen u. a.			Schwerbehinderte Gesamt		
Alter	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
unter 4	24	25	49	26	11	37	8.561	7.132	15.693
4 bis 6	34	19	53	34	12	46	8.177	6.167	14.344
6 bis 15	321	207	528	395	185	580	56.458	40.936	97.394
15 bis 18	145	85	230	171	81	252	20.903	15.211	36.114
18 bis 25	1.197	649	1.846	630	432	1.062	55.746	40.736	96.482
25 bis 35	6.948	4.375	11.323	2.212	1.972	4.184	139.049	108.770	247.819
35 bis 45	14.001	10.543	24.544	4.594	4.591	9.185	242.897	199.824	442.721
45 bis 55	13.128	13.260	26.388	6.811	8.098	14.909	360.015	305.960	665.975
55 bis 60	8.216	9.128	17.344	5.923	6.846	12.769	399.618	288.831	688.449
60 bis 62	3.710	4.138	7.848	2.649	2.796	5.445	233.873	147.844	381.717
62 bis 65	4.460	5.109	9.569	3.063	3.249	6.312	331.086	210.202	541.288
65 bis 70	4.831	6.161	10.992	3.188	3.624	6.812	482.571	321.784	804.355
70 bis 75	3.267	5.231	8.498	2.162	3.071	5.233	466.796	381.877	848.673
75 und mehr	2.432	8.040	10.472	1.518	3.991	5.509	691.798	1.060.734	1.752.532
Gesamt	62.714	66.970	129.684	33.376	38.959	72.335	3.497.458	3.136.008	6.633.466
Darunter 18–65	51.660	47.202	98.862	25.882	27.984	53.866	1.762.284	1.302.167	3.064.451

Die Tabelle A-4 mit Daten zu den der Schwerbehinderten nach Alter, Geschlecht und Art der Behinderung enthält – wie auch bei der vorausgegangenen Tabelle in der Spalte

- Psychosen nur die »körperlich nicht begründbare (endogene) Psychosen (Schizophrenie, affektive Psychosen)«
- Neurosen nur die »Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen«[30]

Vor diesem Hintergrund ist es fachlich nicht nachvollziehbar, dass bereits Menschen unter 15 Jahren infolge einer Psychose als schwerbehindert anerkannt worden sind; bei den neurotischen Störungen ist eine solche Zuordnung zumindest als problematisch anzusehen.

Daneben spiegelt sich bei den Daten zu den »Psychosen« wider, dass – wie bereits schon in Kap. 1.2 ausgeführt – das Ersterkrankungsalter bei Männern niedriger ist als bei Frauen.

29 Quelle: Statistisches Bundesamt.

30 Nicht berücksichtigt und in den Daten des Statistischen Bundesamtes gesondert ausgewiesen sind • hirnorganische Anfälle (auch mit geistig-seelischen Störungen) ohne neurologische; • hirnorganische Anfälle (auch mit geistig-seelischen Störungen) mit neurologischen; • hirnorganisches Psychosyndrom (Hirnleistungsschwäche, organische Wesensänderung); • Störungen der geistigen Entwicklung (z. B. Lernbehinderung, geistige Behinderung); • Suchtkrankheiten.

2 Bedarfsorientierung, Integration und Koordination von Leistungen zur Teilhabe und Behandlung

2.1 Allgemeine Leitlinien

Als Leitlinien für die Weiterentwicklung und Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung sind in der Psychiatrie- Enquete[31] die Prinzipien der

- gemeindenahen Versorgung
- der Gleichstellung psychisch kranker mit körperlich kranken Menschen
- der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch kranker und behinderter Menschen,
- der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste

formuliert und seither fachlich und konzeptionell über die Empfehlungen der Expertenkommission[32] sowie einen Vorschlag zur Ausgestaltung des Systems der beruflichen Eingliederung entsprechend den spezifischen Bedürfnissen psychisch behinderter Menschen[33] bis hin zu dem Paradigmenwechsel von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung[34] weiterentwickelt worden. Im Zuge dieser konzeptionellen Weiterentwicklung sind als wesentliche Handlungsebenen herausgearbeitet worden

- die Arbeitsebene, bei der es um eine integrierte und abgestimmte – die Zuständigkeiten von Leistungsträgern und einzelnen Einrichtungen sowie Diensten übergreifende – Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen auf der Grundlage eines Rehabilitations- bzw. Integrationsplans geht;[35]
- die verbindliche Kooperation der Leistungserbringer zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten regionalen Hilfeangebotes (»Versorgungsverpflichtung«) einschließlich einer personenzentrierten Flexibilisierung der Organisation von Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund zur Durchführung/Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen auf der Grundlage der Rehabilitations- bzw. Integrationsplanung;

---

31 Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975.

32 Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn 1988.

33 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter – Vorschlag für ein behinderungsgerechtes System der beruflichen Eingliederung, Bonn 1987.

34 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999.

35 Ebd., für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind analoge Vorschläge bereits 1987 vorgelegt worden in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1987.

- die verbindliche Kooperation der Leistungsträger zur Gewährleistung eines fachlich und regional quantitativ und qualitativ ausreichenden Angebotes an Hilfen zur Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (einschließlich von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten).

2.2 Sozialrechtliche Handlungsnormen

Diese Leitlinien konvergieren mit den sozialrechtlichen Handlungsnormen, wie sie insbesondere im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs (SGB I) sowie im SGB IX formuliert sind. Diese räumen behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen einen umfassenden Anspruch auf die im Einzelfall notwendigen Hilfen zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein (§ 10 SGB I, § 1 SGB IX).

Weiter werden z. B. die Sozialleistungsträger verpflichtet darauf hinzuwirken, dass

- jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
- die zur Ausführung erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,
- der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird (§ 17 SGB I, § 19 SGB IX).

Im Rahmen des SGB IX sind diese Handlungsnormen teilweise noch weiter konkretisiert worden. Dies betrifft insbesondere die Vorgaben

- zur Koordinierung der Leistungen, so dass individuell erforderliche Leistungen nahtlos ineinander greifen und entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst werden (§ 10 SGB IX),
- zum Zusammenwirken der Leistungen (§ 11 SGB IX)
- wonach die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zu Verfügung stehen sollen (§ 19 Abs. 1 SGB IX).

Außerdem ist die Vorgabe zu berücksichtigen, nach der bei der Ausgestaltung der Leistungen und der Leistungserbringung den spezifischen Bedürfnissen psychisch kranker (§ 27 Abs. 1 SGB V) und seelisch behinderter Menschen (§ 10 Abs. 3 SGB IX) Rechnung zu tragen ist.

2.3 Handlungsstrategien für Menschen mit komplexem Hilfebedarf

Da die Ausprägung einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung auch bei gleicher Diagnose im Einzelfall sehr unterschiedlich sein kann (vgl. A.1.3), ist zur Erhebung des individuellen Hilfebedarfs jeweils eine differenzierte Diagnostik erforderlich.

Aus psychiatrischer Perspektive ist für Art und Umfang des Hilfebedarfs entscheidend, ob durch die Erkrankung oder andere Faktoren die Fähigkeit zur Inanspruchnahme und zur Verknüpfung notwendiger Hilfen beeinträchtigt ist. Unter dem Aspekt »Hilfesuch-

verhalten und Hilfekonzept lassen sich idealtypisch fünf Gruppen von Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Störungen unterscheiden (siehe hierzu die nachstehende Abbildung), von denen nur die letztgenannte Gruppe mit komplexem Hilfebedarf lebensfeldbezogene integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme (Komplexleistungsprogramme) benötigt, die alle im Einzelfall erforderlichen psychiatrischen Hilfen, ggf. verknüpft mit anderen (nichtpsychiatrischen) Hilfen umfassen.

Analog zu dieser Differenzierung erfolgte auf der Grundlage praktischer Erfahrungen im Bereich der Beschäftigungsförderung eine Unterscheidung von fünf Strategien zur beruflichen Eingliederung.

Abb. A-2: Synopse der Handlungsstrategien im Bereich der psychiatrischen Versorgung und zur beruflichen Eingliederung

Hilfesuchverhalten und Hilfekonzept[36]	**Strategien zur beruflichen Eingliederung**[37]
1. Menschen, die ihre psychischen Störungen selbst (oder mit Unterstützung der Angehörigen und/oder Selbsthilfegruppen) ohne professionelle Hilfe kompensieren können;	
2. Menschen mit (schweren) psychischen Störungen oder Erkrankungen, die keine psychiatrische Hilfe wollen und diese nicht gegen ihren erklärten Willen benötigen;	
3. Menschen, die ihre psychischen Störungen mit hausärztlicher Unterstützung oder auch nichtpsychiatrischen (Lebens-)Beratungsstellen ausreichend bewältigen können;	A. Suchhilfen, evtl. Bewerbertraining
4. Menschen, die psychiatrische Behandlung durch niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapeuten benötigen und aktiv in Anspruch nehmen (dazu gehören auch Menschen, die ggf. ärztlich verordnete ambulante Behandlungen wie Krankenpflege, Ergotherapie, Bewegungstherapie oder andere ambulante soziale Hilfen benötigen, diese aktiv in Anspruch nehmen und für sich koordinieren können);	B. Kurzzeitqualifizierung, finanzielle Hilfen C. Berufliche/sprachliche Qualifizierung
5. Menschen, die infolge ihrer psychischen Erkrankung bzw. Störung, ihrer Fähigkeitsstörungen und der eingetretenen oder drohenden (sozialen) Beeinträchtigungen einen komplexen Hilfebedarf haben und die (ggf. nur zeitweise) *nicht* in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen von sich aus in Anspruch zu nehmen, oder – wenn diese Hilfen nur in additiver Form verfügbar sind – diese von sich aus ausreichend zu koordinieren.	D. komplexer Hilfebedarf, mehrere aufeinander abgestimmte Maßnahmen (arbeitsmarkt-/sozial stabilisierend) E. massive Vermittlungshemmnisse, Sicherung des Grundbedarfs

36 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hg..): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 34 f.

37 Quelle: Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.): Handbuch Beratung und Integration. Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung, Gütersloh 2002, S. 9.

Bezüglich der Menschen mit komplexem Hilfebedarf weisen beide Konzepte noch weitergehende Übereinstimmungen bezüglich der Anforderungen an das Vorgehen sowie die Leistungserbringung auf. Beide Konzepte fordern

- eine eingehende Abklärung von vorhandenen Fähigkeiten und bestehenden Einschränkungen (Assessment, Profiling);
- die Festlegung von Zielen und die Planung von Mitteln/Vorgehensweisen zur Zielerreichung;
- die Einsetzung/Benennung einer verantwortlichen koordinierenden Bezugsperson bzw. eines Case-Managers;
- die fortlaufende Prüfung des Verlaufs (Anpassung von Hilfen an den aktuellen Bedarf) und
- die Auswertung des Prozesses.

Während für den Bereich der psychiatrischen Versorgung mit dem in Folgenden noch näher vorgestellten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan ein spezielles Instrumentarium mit einem inhaltlichen Leitfaden zur Erarbeitung personenzentrierter Komplexleistungsprogramme vorgelegt wurde, beschränkt sich die Darstellung von Strategien zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf auf die Beschreibung des methodischen Vorgehens im Rahmen von Case-Management-Prozessen.

2.4 Abklärung des Hilfebedarfs und Hilfeplanung

Von entscheidender Bedeutung für den Zugang zu den im Einzelfall erforderlichen Hilfen ist zunächst, dass eine eingehende und umfassende Abklärung des Bedarfs an Hilfen erfolgt und explizit auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt.

Gefordert sind hierbei sowohl Einrichtungen und Dienste der Primärversorgung (niedergelassene [Fach-]Ärzte, Kliniken) als auch der so genannten komplementären Versorgung (betreute Wohnformen, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten einschließlich der Sozialpsychiatrischen Dienste).

Insbesondere bei schweren und diskontinuierlich verlaufenden psychischen Erkrankungen ist die Erstellung einer abschließenden Prognose bzw. einer Prognose über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Erforderlich ist daher eine Hilfeplanung (Behandlungs- und Rehabilitationsplanung), die sich auf überschaubare Zeitabschnitte und kleinschrittige Rehabilitationsziele bezieht und im Rehabilitationsprozess fortgeschrieben wird.

2.4.1 Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

Ein Verfahren, das diesen Anforderungen entspricht, beinhaltet der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP«[38] der ein wichtiges Hilfsmittel ist, um im Einzel-

38 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 178 ff.

fall notwendige Hilfen entsprechend dem aktuellen Bedarf zu erbringen, und die Kontinuität von Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen – gerade in Anbetracht des gegenwärtig bestehenden institutionell differenzierten Systems von Hilfeangeboten (vgl. Kap. A-4) zu gewährleisten.

Die Entwicklung des IBRP in der ersten Hälfte der 90er-Jahre geht darauf zurück, dass zum damaligen Zeitpunkt Konzepte und Instrumentarien unzureichend entwickelt waren, die das Ausmaß der Beeinträchtigung und Gefährdung durch die psychische Erkrankung, Fähigkeitsstörungen sowie vorhandene Fähigkeiten im Hinblick auf das Hilfesuchverhalten und die Wahrnehmung sozialer Rollen in ihren Wechselwirkungen erfassen und dies mit der systematischen Konzipierung des Hilfebedarfs im Sinne eines kooperativen Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprozesses verbinden. Die bis dahin verfügbaren Manuale und Instrumentarien erfassen vorwiegend deskriptiv meist nur kleine Ausschnitte aus dieser Problematik.[39]

Der IBRP ist als Instrument zur personenbezogenen »Gesamthilfeplanung« konzipiert worden, der mehrere Bögen und Manuale umfasst. Eine zentrale Stellung nimmt dabei der »Übersichtsbogen« ein, der weithin mit dem IBRP gleichgesetzt wird. Dieser Bogen dient aber letztlich nur der zusammenfassenden Darstellung der Erkenntnisse aus der Abklärung des Hilfebedarfs, der Ziele und des Vorgehens, für die weitere Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wurden.

Hierbei handelt es sich im Einzelnen um

- einen Anamnesebogen;
- das Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen sowie das Manual Hilfearten und -ausprägungen, bei denen hinsichtlich des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gefragt wird, ob und in welchem Umfang Bedarf an Hilfen bei der
  - Suche und Vorbereitung der Aufnahme einer Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung einschließlich Belastungserprobung/Arbeitstraining
  - Erfüllung der Anforderungen im Bereich Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung
  - Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen im Ausbildungs-/Beschäftigungs-/Arbeitsbereich

besteht;

- das Manual Wohnformen als Leitfaden und Orientierungshilfe, um gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin dessen subjektive Präferenz, Wünsche und Gewichtungen hinsichtlich der Wohnform herauszufinden;
- die Bögen zur Tages- und Wochengestaltung, in denen Arbeit und Beschäftigung von zentraler Bedeutung ist. Darin werden neben Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung und Freizeitbeschäftigungen vier Formen von Arbeit und Beschäftigung differenziert:
  - »Tätigkeiten für andere
    Dieser Bereich umfasst alle Aktivitäten, die sich auf die Bedürfnisse anderer ausrichten und/oder nur mit anderen zusammen vollbracht werden können. Dazu gehören

39 Ebd., S. 35.

sowohl auf gemeinsame oder auf die Bedürfnisse anderer ausgerichtete Tätigkeiten im unmittelbaren Familien- oder Freundeskreis (z. B. hauswirtschaftliche Mitversorgung) wie auch solche in weiteren soziokulturellen Zusammenhängen, wie beispielsweise ehrenamtliche oder gering bezahlte Mitarbeit in Vereinen und Verbänden, Kontakt- und Begegnungsstätten, Tagesstätten und Firmen.

- Teilnahme an speziellen Trainingsangeboten
  Zu diesem Bereich gehören z. B. die Teilnahme an gezielter Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Bewegungstherapie oder die Teilnahme an kommunikationsfördernden Gruppen. Dem Training und der Erprobung funktionaler Kompetenz sind auch mehr oder weniger unterstützte »Schnupperpraktika« oder Hospitationen im gewünschten Aktivitäts- oder Berufsbereich – sowohl im beschützten Bereich wie auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt –, nicht aber gezielte berufsfördernde Rehabilitationsleistungen wie Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen (siehe 2.c) zuzurechnen.
- Qualifikation/Ausbildung
  Hier sind alle Maßnahmen der schulischen und beruflichen Bildung und Ausbildung einschließlich Fortbildung sowie betrieblichen und überbetrieblichen berufsbezogenen Praktika zu berücksichtigen. Auch spezielle Maßnahmen der medizinischen (Belastungserprobung) und beruflichen Rehabilitation (berufsbildende und fördernde Maßnahmen, Arbeitserprobung) gehören dazu, ebenso ggf. das Arbeitstraining in der WfbM.
- Einkommen sicherndes Beschäftigungsverhältnis
  Hierbei geht es um alle Arten von Arbeitseinkommen, also auch um Zuverdienstmöglichkeiten zu anderen (Versorgungs-)Bezügen (z. B. Rente, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz) oder um zeitlich befristete Beschäftigungsverhältnisse (z.B. im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen der Bundesanstalt für Arbeit oder von Arbeitsgelegenheiten, die auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes eingerichtet worden sind). Die Arbeitsverhältnisse können in Sonder- oder Mischformen (WfbM Selbsthilfe/Integrationsbetriebe) oder auch als durch Mittel und Instrumente des Schwerbehindertengesetzes (Lohnkostenzuschüsse, psychosozialer Fachdienst der Hauptfürsorgestellen) gestützte Beschäftigungsformen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.«[40]

Diese recht grobe Differenzierung ist zumindest hinsichtlich der Anforderungen an ein Instrument zur personenbezogenen Gesamtplanung von Hilfen grundsätzlich ausreichend, wobei für die »Detailplanung«, insbesondere für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, weitere Instrumente zu nutzen sind.

Wesentlich bei der Anwendung des IBRP ist, dass die darin enthaltene Aufforderung zur Abklärung der Arbeits-/Beschäftigungssituation und eines etwaigen Bedarfs an Hilfen auch umgesetzt wird. Hinweise auf konkrete zur Arbeitsdiagnostik und zur Planung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu nutzende Verfahren und Instrumente sind im IBRP nicht enthalten.

40 Ebd., S. 404 f.

Im Rahmen des Projekts »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« wurden im Rahmen der Regionalerhebungen, bei Besuchen von einzelnen Einrichtungen sowie im Rahmen der Literaturrecherche eine Vielzahl von Bögen und Verfahren gesammelt, die zur Arbeitsdiagnostik und zur Planung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden.

2.4.2 Arbeits- und Berufsanamnese

Zur Arbeits- und Berufsanamnese gibt es eine Vielzahl von Bögen, die zwar vielfältige Gemeinsamkeiten aber auch von einzelnen Einrichtungen oder Diensten geprägte Besonderheiten aufweisen. Ein Abgleich dieser Bögen mit dem Anamnesebogen zum IBRP ergab, dass der IBRP-Anamnesebogen die wesentlichen Daten zur Berufs- und Arbeitsbiografie erfragt.

Ergänzend hierzu ist es aber bei einer detaillierten Berufs- und Arbeitsanamnese erforderlich, Brüchen und Wechseln in der Ausbildung bzw. dem Arbeitsleben näher nachzugehen, Wünsche und Neigungen ebenso herauszufinden wie belastende und entlastende Faktoren. Hierzu konnten im Rahmen des Projekts zahlreiche »selbst gestaltete« Bögen gesammelt werden.[41]

2.4.3 Arbeitsfähigkeiten (Selbst- und Fremdbeurteilung)

Auch zur (Selbst- und Fremd-)Beurteilung von Arbeitsfähigkeiten gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Bögen, die zur Beschreibung von

- Grundarbeitsfähigkeiten (pünktlich, regelmäßig, sorgfältig, etc.),
- Selbstbild (selbstständig arbeiten, es fällt mir leicht, Entscheidungen zu treffen),
- Umgang mit Kollegen (bzw. mit Mitpatienten und Therapeuten in der Arbeitstherapie)

dienen. Zu den differenzierten Bögen gehört der »Arbeitspädagogische Beobachtungs- und Bewertungsbogen – ABB«,[42] der in sechs Bereiche mit insgesamt 50 Items untergliedert ist, zu denen auf einer fünfstufigen Skala Einschätzungen abzugeben sind:

Er umfasst im Einzelnen die Bereiche

- Persönlichkeitsmerkmale (Einstellung zur Maßnahme, Selbsteinschätzung, Antrieb, Verhalten bei Fremdkritik),
- Sozialverhalten (Kontaktfähigkeit, Verhalten in der Gruppe),
- Lernen, Denken, Konzentrieren (Auffassungsvermögen, Merk-, Denk-, Konzentrationsfähigkeit),
- Arbeitsverhalten (Einstellung zur Arbeit, Arbeitsplanung, Selbstständigkeit, Handgeschick u. a.),

41 Eine Sammlung von Anamnesebögen, Checklisten und Dokumentationsbögen zur betrieblichen Beratung und arbeitsdiagnostischen Instrumenten enthält: Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen (Hg.): Kassys Qualitätsmanagement-Referenzmodell zur psychosozialen Betreuung, Karlsruhe 1999.

42 Dieterich, M.: Zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter, Köln 1991, S. 40–48.

- Arbeitsleistung (Ausdauer, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Leistungsverlauf),
- Belastungsfähigkeit (Tempodruck, Monotonie, Maschinenarbeit, Lärm, Hitze, Arbeit im freien, Publikumsverkehr u. a.),

Zu den neueren Instrumenten gehört das »Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP)«,[43] bei dem anhand von 58 Items auf elf Skalen allgemeine Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten eingeschätzt werden. Es handelt sich dabei um die Übersetzung und Adaption des im angloamerikanischen Raum entwickelte »Work Personality Profile«, das nach ersten vorliegenden Ergebnissen ein reliables Instrument zur Erfassung allgemeiner Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten ist.

Zu diesen Instrumenten gehört ferner einer »Verlaufsdokumentation Arbeitsdiagnostik und Intensivtraining«, bei dem auf einer Skala von -2 bis +2 die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (rot) und Befindlichkeit (blau) einzutragen ist sowie Angaben zu Veränderungen/Informationen, Absprachen, Anmerkungen zu Auffälligkeiten etc. vermerkt werden können.

2.4.4 Instrumente für den ergotherapeutischen Gebrauch

Ferner gibt es eine ganze Reihe von nahezu durchgängig in Nordamerika entwickelten Instrumenten für den ergotherapeutischen Gebrauch, die in Deutschland weite Verbreitung gefunden haben. Die meisten dieser Instrumente sind nicht speziell auf die Arbeitsdiagnostik hin ausgerichtet, sondern umfassen – ähnlich dem IBRP – alle Lebensbereiche. Der Einsatz dieser Instrumente kann daher zur Erhebung von Alltagsfähigkeiten und Neigungen grundsätzlich auch ergänzend zum IBRP hilfreich sein.

Diese Instrumente wurden uns im Rahmen des Projektes überwiegend in Form von »grauer Literatur« (Fotokopien von Texten und Instrumenten ohne Angabe eines Verlages) zugänglich gemacht. Hierzu gehören insbesondere:

- Canadian Occupational Performance Measure (zweite Ausgabe, Autoren: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann Mc Coll, Helene Polatajko, Nancy Polock)

  Erhoben werden Alltagsfähigkeiten der Selbstständigkeit (Selbstversorgung, Mobilität, Regelung persönlicher Angelegenheiten), der Produktivität (bezahlte/unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung) und des Freizeitverhaltens (Hobbys wie Basteln, Lesen, Sport und soziales Leben wie Besuche, Korrespondenz). Zur Erhebung soll der Klient alle Dinge benennen, die er tun möchte, muss oder die von ihm erwartet werden, indem er sich einen typischen Tagesablauf vorstellt. In weiteren Schritten soll er die Tätigkeiten nennen, bei denen er zur Zeit Schwierigkeiten hat, sie zufrieden stellend auszuführen und im Weiteren eine Einstufung der Wichtigkeit der einzelnen Tätigkeiten auf einer Skala von 1 bis 10 vorzunehmen.

43 Wiedl, K. H., Uhlhorn, S., Köhler, K., Weig, W.: Das Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP): Ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten. Psychiatrische Praxis 2002, S. 25–28.

- OCARIS – Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (Autoren: Cubie, S., Kaplan, K. (1982); Kaplan, K. (1984); Kaplan, K., Kielhofner, G. (1989), ins Deutsche übersetzt von Christiane Mentrup (1994)
  Halbstandardisierter Interview-Leitfaden zur Erhebung von Interessen, Rollen, Gewohnheiten, Fertigkeiten, zur sozialen Situation, Selbsteinschätzung und Zufriedenheit, die dann anhand einer Skala von 1 (mangelhaft angepasst: benennt keine Interessen, beschreibt keinen Tagesplan mit Aktivitäten etc.) bis 5 (angepasst: benennt befriedigende Interessen, einen gut organisierten Tagesablauf mit wertgeschätzten Aktivitäten etc.) bewertet werden.
- Rollen-Checkliste (ohne Autorenangabe)
  Darin wird differenziert zwischen den Rollen Schüler/-in, Student/-in, Berufstätige/r, Hausmann/Hausfrau, Freund/-in, Familienmitglied, Hobbyist und einer anderen, nicht aufgeführten Rolle und
  - im 1. Teil gefragt, was davon ausgeübt/angestrebt wird in den Zeiten: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft
  - im 2. Teil gefragt, ob die Rolle nicht wichtig – ziemlich wichtig – sehr wichtig ist.

2.4.5 Profilmethode: MELBA

Die Profilmethode ist eine *arbeitswissenschaftliche* Vorgehensweise, mit der ermittelt werden soll, welche Arbeitnehmer auf welchen Arbeitsplätzen einsetzbar sind. Dabei werden – anhand katalogisierter Merkmale – die einzelnen Anforderungen des *Arbeitsplatzes* den Fähigkeiten und Kenntnissen der Arbeitsperson gegenübergestellt. Hierbei geht es zum einen um die physisch-funktionellen Anforderungen des Arbeitsplatzes und die entsprechenden Anforderungen an einen Arbeitnehmer, zum anderen um die psychischen Anforderungen und Fähigkeiten.

Zur Berücksichtigung der psychischen Anforderungen und Fähigkeiten wurde das Verfahren MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit)[44] entwickelt, das insgesamt 30 tätigkeitsbezogene Merkmale umfasst. Hierzu gehören insbesondere: Antrieb, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Durchsetzungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Konzentration, Kritikfähigkeit, Umstellfähigkeit.

Diese Merkmale sind vor allem relevant, wenn die Auseinandersetzung mit psychischen Fähigkeiten und Anforderungen im Vordergrund steht, wie dies im psychiatrischen Bereich regelmäßig der Fall ist. Anhand der Merkmale werden einerseits die Anforderungen eines Arbeitsplatzes beschrieben, die dann in einem Anforderungsprofil zusammengefasst werden.

Andererseits wird mit demselben Merkmalkatalog die Ausführbarkeit der einzelnen Arbeitsplatzanforderungen durch die Arbeitsperson abgefragt, woraus sich deren Fähig-

44 Kleffmann, A.L., Weinmann, S., Föhres F. u.a.: Erstellung eines Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behindertenbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 212, Bonn 1991.

keitsprofil ergibt. Aus dem Vergleich des Anforderungsprofils eines Arbeitsplatzes mit dem Fähigkeitsprofil eines dort einzusetzenden oder eingesetzten Mitarbeiters lassen sich Aussagen darüber gewinnen, inwieweit Arbeitsplatz und Mitarbeiter zusammenpassen. Ferner können dann Möglichkeiten der Anpassung des Arbeitsplatzes geprüft werden.

Die Profilmethode wird daher vor allem zur Auswahl und Gestaltung von behindertengerechten Arbeitsplätzen genutzt.

2.4.6 Der Eingliederungsplan in den Werkstätten für behinderte Menschen

Für behinderte Menschen im Eingangsverfahren einer WfbM ist die Erstellung eines Eingliederungsplans verbindlich geregelt (§ 40 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX). Zur Umsetzung und Ausgestaltung sind in einer Arbeitshilfe der Bundesanstalt für Arbeit »Eckpunkte« [45] vorgelegt worden, die zwar einerseits noch dem institutionellen Denken (Förderung, Qualifizierung, Beschäftigung in einer WfbM) verhaftet sind, andererseits aber hinsichtlich der Zielsetzung und der Anforderungen an den Eingliederungsplan eine gewisse Analogie zum IBRP aufweisen, indem bei den nachfolgend dokumentierten »Grundlagen« an erster Stelle die Interessen und Entwicklung des Teilnehmers genannt wird und eine Anpassung der Leistungen an den individuellen Bedarf gefordert wird:

»Grundlagen zum Eingliederungsplan

I. Die Ziele des Eingliederungsplanes

1. Der Eingliederungsplan ist das Instrument, das die Interessen und die berufliche wie persönliche Entwicklung des Teilnehmers dokumentiert.
2. Mit ihm werden die Ziele der Werkstattleistungen, die dazu erforderlichen Mittel und Methoden und ihre Wirksamkeit beschrieben.
3. Im Eingliederungsplan dokumentiert die Werkstatt den Veränderungsprozess der Interessen, persönlichen Bedürfnisse, beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Teilnehmers.
4. Er dient damit der ständigen Anpassung der Werkstattleistungen an die individuellen Anforderungen der Teilnehmer.

II. Zum Aufbau des Eingliederungsplanes

Der Eingliederungsplan ist ein standardisiertes Formblatt mit mindestens folgende Angaben:

1. Angaben zur Person,
2. Art und Auswirkungen der Behinderung,
3. Ergebnisse vorausgegangener Förderempfehlungen,
4. Ergebnisse der werkstatteigenen Testverfahren:
   a) der Kompetenzanalyse

45 Eckpunkte zum Eingliederungsplan nach § 40 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX, § 3 Abs. 1 WVO, in: Bundesanstalt für Arbeit: BA-Info 24/2002 16. Oktober 2002: Förderung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. Gemeinsame Arbeitshilfen für die Arbeit der Fachausschüsse in Werkstätten für behinderte Menschen (WfB) gem. § 2 Werkstättenverordnung (WVO), Anlage 2 (überarbeitete Fassung 2002).

b)und der anschließenden Förderdiagnose
5. Zielbeschreibung der Eingliederungsmaßnahmen im Eingangsverfahren, Berufbildungsbereich, Arbeitsbereich und für die Eingliederung ins Erwerbsleben,
6. Beschreibung der Mittel, Methoden und Dauer der Eingliederungsmaßnahmen,
7. Beratungs- und Abstimmungsergebnisse über die Eingliederungsmaßnahmen mit dem behinderten Menschen,
8. Angaben über die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der beteiligten Fachkräfte.

Der individuelle Eingliederungsplan soll in den aufeinander folgenden Stufen der Werkstatt in seiner Differenzierung weiterentwickelt werden; je nach Bereich der Werkstatt, in dem sich der Teilnehmer bzw. der Beschäftigte befindet, sollte es einen individuell fortgeschriebenen Plan auf standardisierter Basis geben (z.B. Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich)«.[46]

2.5 Personenbezogenes Unterstützungsmanagement

Zu den Schlüsselfunktionen im Rahmen von Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprozessen von Menschen mit komplexem Hilfebedarf gehört ein personenbezogenes Unterstützungsmanagement, wie es für den Bereich der psychiatrischen Versorgung schon seit längerem gefordert wird.

Für den Bereich der beruflichen Eingliederung psychisch behinderter Menschen ist ein entsprechender Vorschlag 1987 vorgelegt worden, in dem detailliert die Bedeutung und die Aufgaben einer »kontinuierlichen begleitenden Beratung für berufliche Rehabilitation« dargestellt worden sind.[47] Analog hierzu, allerdings mit einer erweiterten Aufgabenstellung, erfolgte später die Beschreibung der Aufgaben zur Koordination der Erarbeitung und Durchführung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans durch eine therapeutische Bezugsperson sowie der Behandlungs-/Rehabilitationsplanung und der Abstimmung im Verlauf.[48]

Die Bedeutung eines solchen personenbezogenen Unterstützungsmanagements ist in den letzten Jahren in den verschiedensten Handlungsfeldern erkannt worden, deren Umsetzung zumeist unter dem Begriff »Case-Management« geführt wird. Der Gedanke der personenbezogenen Beratung, Begleitung und Koordination hat zwischenzeitlich auch in das SGB IX Eingang gefunden, u. a. in der Darstellung der Aufgaben der Servicestellen. Im Zuge dieses Prozesses zeichnet sich aber zunehmend ein institutionalisiertes Nebeneinander von personenbezogenen Beratungs- und Koordinationsaufgaben ab.

---

46 Bundesanstalt für Arbeit: BA-Info 24/2002 16. Oktober 2002: Förderung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. Gemeinsame Arbeitshilfen für die Arbeit der Fachausschüsse in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) gem. § 2 Werkstättenverordnung (WVO), Anlage 2 (überarbeitete Fassung 2002).

47 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter, Bonn 1987, S. 29–37.

48 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 201 f.

2.5.1 Die koordinierende (therapeutische) Bezugsperson

Das Konzept der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sieht regelhaft die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson vor, wenn Klienten lebensfeldbezogene Hilfen (in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Ausbildung, Kontaktgestaltung/Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) benötigen. Die Festlegung der Bezugsperson, die sowohl persönlich begleitend (den Klienten motivierend, stützend, konfrontierend und das Umfeld beratend) wie auch prozessbegleitend in der Vermittlung zwischen den verschiedenen Professionellen tätig wird, erfolgt im Hilfeplanungsverfahren. Sie steht kontinuierlich mit dem psychisch kranken Menschen in Kontakt, berät ihn und stellt sicher, dass bei Änderungen des Hilfebedarfs neue Beschlüsse der Hilfeplankonferenz herbeigeführt werden. Die bisherigen Erfahrungen mit der Einsetzung einer koordinierenden Bezugsperson sind durchgängig positiv.[49]

2.5.2 Berufsbezogene Beratung, Vermittlung und Begleitung – Die Aufgaben des Integrationsfachdienstes (IfD)

Für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Aufgabe des umfassenden und prozessbegleitenden Unterstützungsmanagements inzwischen in dem Aufgabenkatalog für die Integrationsfachdienste gesetzlich geregelt und beinhaltet die Beratung, Unterstützung und Vermittlung einschließlich der Begleitung am Arbeitsplatz oder beim Training berufspraktischer Fähigkeiten am Arbeitsplatz (vgl. § 110 SGB IX). In der Praxis stellt sich jedoch das Problem, dass die Integrationsfachdienste zum einen vorrangig auf schwerbehinderte Menschen ausgerichtet sind und die förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft für den Personenkreis psychisch erkrankter Menschen mit spezifischen Problemen behaftet ist;[50] zum anderen, dass die Möglichkeit der Integrationsfachdienste für nicht schwerbehinderte Menschen tätig zu werden (§ 109 Abs. 4 SGB IX) praktisch ins Leere läuft.

2.5.3 Beratung und Unterstützungsmanagement durch die Servicestellen

Die Aufgabe der Information und Beratung, die schon immer zu den Aufgaben der Rehabilitationsträgern gehörte, wurde mit dem SGB IX neu gefasst und die Rehabilitationsträger verpflichtet, gemeinsame örtliche Servicestellen einzurichten. Die gesetzliche Regelung der Aufgaben (§ 22 SGB IX) geht dabei weit über ein »administratives Fallmanagement« hinaus

49 Systematische Erfahrungen konnten im Rahmen des vom Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Projektes zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung gewonnen werden, zu dem im Laufe des Jahres 2003 der Abschlussbericht vorgelegt werden wird.

50 Eine eingehende Darstellung dieser Problematik ist weiter hinten in Kap. 4.1.1 enthalten.

und umfasst im Rahmen der Beratung und Unterstützung beispielsweise auch die Aufgabe, »zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln« (§ 22 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX).

Mithin ergibt sich ein Aufgabenspektrum, das »auf dem Papier« Überschneidungen zu dem der »koordinierenden Bezugsperson« aufweist. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Mitarbeiter der Servicestellen in Anbetracht der Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungs-/Behinderungsarten in der Regel kaum über die jeweils erforderliche spezifische fachliche Kompetenz zur Wahrnehmung dieser Funktion verfügen dürften.

2.5.4 Case-Management zur beruflichen Eingliederung und Arbeitsplatzerhaltung

Der Begriff des Case-Management hat unterschiedliche Definitionen erfahren, wobei die Funktion des Case-Managers jeweils unterschiedliche Funktionen annimmt, z.B. als »Finanzier, Kontraktpartner, Dienstleister, steuernde Instanz, Informationsagent, Koordinator, Einkäufer«.[51] Für den Bereich der beruflichen Eingliederung ist sie als »Eingliederungsstrategie für Klienten mit komplexem Hilfebedarf«[52] beschrieben worden, zu denen insbesondere auch Menschen mit psychischen Störungen gehören.

Im Zuge der geplanten Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe in Umsetzung des Hartz-Konzeptes[53] und der Integration der für den Arbeitsmarkt relevanten Dienstleistungen im Job Center[54] beinhaltet das Case-Management vor allem für die so genannten »Betreuungskunden« eine zentrale Handlungsstrategie:

Die Aufgabe des Job Centers liegt in der Vermeidung bzw. Verkürzung von Arbeitslosigkeit und Leistungsbezug, insbesondere für Menschen, die schwer vermittelbar sind. Dabei sollen Leistungsarten und -zuständigkeiten eindeutig geklärt und Verschiebebahnhöfe verhindert werden. Mit dem Job Center soll ein ganzheitlicher Vermittlungsansatz verfolgt werden, mit einer Anlaufstelle für die umfassenden Belange der Arbeitssuchenden.[55]

Entscheidend für die Ausgestaltung dieses Instrumentes wird sein wie die Kundengruppe definiert wird; wer also zu der Gruppe der »Erwerbsfähigen« gehört und wie sich danach das Aufgabenprofil des Job Centers und die Finanzierungsaufgaben zwischen Bundesanstalt für Arbeit und Kommunen verteilen.[56] In einer Variante wird das Job Center sich auf die »Betreuungskunden« also die Menschen mit komplexem Hilfebedarf konzentrieren. Dabei käme dem Fallmanagement eine entscheidende Bedeutung zu. Personen mit kom-

51 Bertelsmann Stiftung u. a. (Hg.): Handbuch Beratung und Integration, Gütersloh 2003, S. 184.
52 Ebd., S. 157 ff.
53 Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Berlin 2002.
54 Vgl. Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Job Center. Konzeption und Diskussion der lokalen Zentren für Erwerbsintegration, Gütersloh 2003, S. 11.
55 Ebd., S. 14.
56 Ebd., S. 14 f.

plexem Hilfebedarf sollen aus »einer Hand« betreut werden; der Fallmanager koordiniert die entsprechenden Dienstleistungen und steuert den Integrationsprozess.[57]

Da die Personengruppe mit komplexem Hilfebedarf in den bislang bekannten Konzepten der Beschäftigungsförderung nicht näher definiert worden sind,[58] bleibt auch ungeklärt, ob und in welcher Weise Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen Adressaten dieses Eingliederungsinstrumentes sein können und in welcher Weise eine koordinierte Zusammenarbeit des Job Centers mit dem Gemeindepsychiatrischen Hilfesystem sichergestellt werden kann.

Daneben ist von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Jahr 2000 ein Konzept für ein Modellprojekt »Case-Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen« vorgelegt worden, das in der Folge geringfügig modifiziert wurde und derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziale Sicherung erprobt wird.[59]

2.6 Zur Kooperation von Leistungserbringern und Leistungsträgern

Während das Sozialrecht die Verantwortung für eine leistungsträgerübergreifende am individuellen Bedarf orientierte Leistungserbringung ausschließlich den Leistungsträgern zuordnet (§ 10 SGB IX), ist hierfür in der Praxis das Zusammenwirken von Leistungsträgern und -erbringern von entscheidender Bedeutung.

Eine institutionalisierte und verbindlich geregelte Form dieser Kooperation bildet der Fachausschuss bei der WfbM, der in der praktischen Umsetzung weithin ausschließlich einrichtungsbezogen genutzt wird, grundsätzlich aber das Potenzial zur Weiterentwicklung in Richtung auf ein Gremium zur Leistungsträger und Einrichtungen übergreifenden Abstimmung und Planung personenbezogener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat.

Daneben wurden im Zuge der Projekte zur Implementation des personenbezogenen Ansatzes Hilfeplankonferenzen etabliert, die sich als Abstimmungs- und Entscheidungsgremium bewährt haben. Ein weiteres Beispiel für die Kooperation zwischen Leistungsträgern und -erbringern beinhaltet die Berufswegekonferenz.

57 Ebd., S. 16.

58 Vgl. Bertelsmann Stiftung, Bundesanstalt für Arbeit, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hg.): Handbuch Beratung und Integration. Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung, Gütersloh 2002.

59 Fassmann, H.: Case Management und Netzwerkkooperationen zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universtät Erlangen-Nürnberg 2/2003, Nürnberg 2003.

2.6.1 Der Fachausschuss bei der WfbM

Ein wichtiger Anknüpfungspunkt zu einer Leistungsträger und -erbringer übergreifenden Planung und Abstimmung im Einzelfall erforderlicher Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist der »Fachausschuss bei der WfbM«: Dessen Struktur, Aufgaben und Ziele einschließlich der zur Verfügung gestellten Instrumente strahlen über die Grenzen der Werkstättenverordnung (WVO) hinaus und weisen auf das Potenzial hin, das ein mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattetes Gremium im Sinne der koordinierten Erbringung komplexer Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben könnte.

Nach § 2 der Werkstättenverordnung (WVO) ist bei jeder WfbM ein Fachausschuss zu bilden, dem in gleicher Zahl Vertreter der Werkstatt, der Bundesanstalt für Arbeit und des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe angehören, der aber auch, wenn erforderlich, »andere Personen zur Beratung hinzuziehen kann«.[60] So können z. B. bei der Planung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt von Beschäftigten der WfbM Vertreter des IFD und der in Frage kommenden Kammern hinzugezogen werden.

Der Fachausschuss ist ein beratendes Gremium, das Stellungnahmen gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger abzugeben hat und Empfehlungen aussprechen kann. Das Votum des Fachausschusses bindet den zuständigen Rehabilitationsträger zwar nicht, gleichwohl hat der Träger das Votum des Ausschusses bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.

Die Beratungsaufgaben des Fachausschusses sind insoweit nicht auf die Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM beschränkt, als sie im Einzelfall und im Rahmen des Eingangsverfahrens zunächst auf die Klärung der Frage zielen, welche Hilfen zur Teilhabe überhaupt in Betracht kommen.[61]

Durch das SGB IX und die Änderung der Werkstättenverordnung (WVO) wurde die Aufgabenstellung der Fachausschüsse nach § 2 WVO in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) neu gefasst und erweitert. Der Fachausschuss hat nunmehr nicht nur Beratungspflichten in Einzelfällen, sondern auch eine allgemeine Beratungspflicht der Werkstatt zu speziellen Fragen, insbesondere zur Planung und Durchführung von Maßnahmen nach § 5 Abs. 3 und 4 WVO, die sich auf die Erhaltung und Erhöhung der individuellen Leistungsfähigkeit und die Vermittlung und Eingliederung von Beschäftigten der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt beziehen. Bei der Erstellung des Eingliederungsplanes nach § 3 Abs. 1 WVO kommt dem Fachausschuss nach der Zielsetzung des § 40 I 1 SGB IX eine wesentliche Bedeutung zu.

60 § 2 WVO.

61 Vgl. Eckpunkte zum Eingliederungsplan nach § 40 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX, § 3 Abs. 1 WVO, in: BA-Info 24/2002, Anlage, S. 2.

2.6.2 Hilfeplankonferenz

Die Hilfeplankonferenz ist ein im Zuge der Projekte zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung institutionalisiertes Gremium, in dem die wesentlichen Dienste und Einrichtungen der Region sowie die Leistungsträger vertreten sind. Da diese Projekte einen wesentlichen Ausgangspunkt im Bereich der so genannten komplementären psychiatrischen Versorgung haben, die überwiegend im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39 f BSHG) finanziert werden, sind hier seitens der Leistungsträger derzeit vor allem der örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe beteiligt, daneben teilweise die Krankenkassen. Die Einbeziehung aller für Leistungen der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe zuständigen Leistungsträger wird angestrebt.

In der regelmäßig monatlich tagenden Hilfeplanungskonferenz werden die Ergebnisse der auf der Grundlage des IBRP erarbeiteten Hilfeplanung besprochen und die im Einzelfall geeigneten Maßnahmen beschlossen. Dabei werden durch die Konferenz sämtliche Rehabilitationsbedarfe geprüft. Die entsprechend dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen werden dabei funktionsbezogen festgestellt.

Weiter wird im Rahmen des Hilfeplanungsverfahrens eine »koordinierende Bezugsperson« als Hauptansprechpartner des psychisch Kranken festgelegt. Diese Bezugsperson ist übergreifend zuständig. Sie steht kontinuierlich mit dem psychisch kranken Menschen in Kontakt, berät ihn und stellt sicher, dass bei Änderungen des Hilfebedarfs neue Beschlüsse der Hilfeplankonferenz herbeigeführt und hierdurch sicher gestellt wird, dass die Leistungen entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst werden.

Die Hilfeplanungskonferenz ist somit ein Instrument, das genau den neuen gesetzlichen Anforderungen des SGB IX zur leistungsträgerübergreifenden Koordinierung von Leistungen (§ 10 Abs. 1 SGB IX) entspricht und diese Vorgabe mit Leben erfüllt.

2.6.3 Berufswegekonferenz

Bei der Berufswegekonferenz handelt es sich um ein im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Baden entstandenes Instrument »zur Optimierung des Übergangs Schule – Beruf« im Rahmen der Entwicklung einer »Schnittstellenkonzeption zwischen der Sonderschule für geistig behinderte Menschen, der Werkstatt für behinderte Menschen und dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Zusammenarbeit mit dem Integrationsfachdienst«.[62]

In der Berufswegekonferenz sind vertreten die Schule für geistig behinderte Menschen (SfbM), die WfbM (Sozialdienst/Berufsbildungsbereich), das Arbeitsamt (Berufsberatung), der Integrationsfachdienst, die Berufliche Begleitung, Vermittlung und Rehabegleitung, das Landessozialamt und in Ausnahmefällen das Integrationsamt.

62 Vgl. Deusch, B.: Die Berufswegekonferenz – ein Instrument zur Optimierung des Übergangs Schule-Beruf, in: Bundesanstalt für Arbeit, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hg.): Schritt für Schritt II – Fachtagung zur Rehabilitation und Teilhabe schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben, o. O., 2002.

Aufgabe der Berufswegekonferenz ist es, den Übergang zwischen der Werkstufe in der SfbM und dem Arbeitsmarkt und insbesondere dem Berufsbildungsbereich der WfbM zu optimieren, durch die Kooperation der genannten Akteure.

Ziel der Berufswegekonferenz ist es, Schüler und Angehörige über den Prozess der beruflichen Vorbereitung, Eingliederung und relevante Akteure zu informieren und gemeinsam die Berufswegeplanung durchzuführen. Dem Integrationsfachdienst kommt dabei die Funktion eines »Prozessbeauftragten« zu. Die Berufswegekonferenz unterstützt den Fachausschuss. Der Integrationsfachdienst ist in den Fällen der Begleitung von Praktika im Rahmen der Werkstufe im Fachausschuss beteiligt.[63]

2.7 Zur Kooperation der Leistungserbringer

2.7.1 Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV)

Zu den wichtigen Erkenntnissen aus dem Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (1980–1984) gehörte, dass allein der Auf- und Ausbau differenzierter psychiatrischer Hilfeangebote nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere der chronisch psychisch kranken Menschen führt. Bemängelt wurde eine in vielen Regionen mangelnde Kooperation, Abschottung der Träger und Betreiber gegeneinander, kontraproduktives Konkurrenzverhalten und eine Zersplitterung des Leistungsangebotes.

Um die allgemeinpsychiatrische Versorgung außerhalb des Krankenhauses auf ein solides Fundament zu stellen, wurde von der Expertenkommission[64] die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds für jede Versorgungsregion vorgeschlagen. Ziel war die Schaffung eines vernetzten Hilfeangebotes, das aus den Komponenten: aufsuchend-ambulanter Dienst, Kontaktstelle und Tagesstätte besteht und eine eigenständige Organisationsform erhalten sollte, die der »Ausgangslage und den örtlichen Bedingungen« anzupassen wäre. Auf jeden Fall sollte aber gewährleistet sein, »dass der gemeindepsychiatrische Verbund eine rechtsfähige Form erhält, die ihn in den Stand setzt, als Vertragspartner gegenüber den Kostenträgern aufzutreten«.[65]

Die Expertenkommission maß dabei dem GPV die Rolle »eines Motors zur Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen« in einer Region zu, insbesondere mit Blick auf die Initiierung von Hilfen zur beruflichen Rehabilitation.

Wenngleich der Vorschlag, den Gemeindepsychiatrischen Verbund in einer rechtsfähigen Form zu konstituieren auf vielfältige Vorbehalte und Widerstände gestoßen ist, wurde der darin enthaltene Gedanke zur Entwicklung von Verbundstrukturen frühzeitig als ein »Kernstück« der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen aufge-

63 Vgl. ebd., S. 88 f.

64 Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn 1988, S. 296.

65 Ebd.

griffen.[66] In der nachfolgenden Entwicklung zum Aufbau von Verbundstrukturen wurden unterschiedliche Wege beschritten und die Verbesserung der Kooperation teilweise im Rahmen freiwilliger Selbstverpflichtung, teilweise aber auch durch die verbindliche Regelung von Kooperationsverpflichtungen in Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen insbesondere durch die Länder und Sozialhilfeträger angestrebt.

Vor dem Hintergrund dieser uneinheitlichen Entwicklung und da der Begriff des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in den Ländern unterschiedlich interpretiert wurde sowie in Anbetracht des Fehlens einer einheitlichen gesetzlichen Regelung hat die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden am 27./28.09.2001 Mindeststandards zur Realisierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) festgelegt, um den Prozess von der sporadischen und unverbindlichen Zusammenarbeit zur verbindlich vereinbarten regionalen Kooperation der relevanten Akteure zu befördern. »Der GPV ist ein Zusammenschluss von Leistungsanbietern, die für einen definierten räumlichen Sektor durch den Aufbau fachlich vernetzter Versorgungsangebote (Übernahme der Versorgungsverpflichtung) die Versorgung psychisch Kranker in allen Stadien einer Erkrankung gemeindenah sicherstellen sollen.

Dafür sind folgende Grundvoraussetzungen zu fordern:

- Die Versorgungsverpflichtung bindet ausschließlich die Leistungsanbieter.
- Die räumliche Zuständigkeit des GPV ist klar definiert.
- Mitglieder eines GPV sind zumindest das für die Region zuständige Krankenhaus, die Einrichtungen/Träger der außerklinischen Versorgungsangebote der Eingliederungshilfe, die zuständigen sozialpsychiatrischen Dienste, ggf. der ÖGD.
- Erstrebenswert ist die Einbeziehung weiterer Anbieter, insbesondere der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.
- Betroffene und Angehörige werden in den GPV einbezogen.
- Die zu versorgende Personengruppe ist ebenfalls klar definiert, in der Regel sollte es sich um alle psychisch Kranken der Region handeln. Ausnahmen können GPVs für ausgewählte Personengruppen sein wie Suchtkranke, psychisch kranke alte Menschen oder Kinder und Jugendliche. Die notwendigen Kooperationspartner müssen dann entsprechend angepasst werden (z. B. Altenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe etc.).
- Zwischen den Kooperationspartnern müssen verbindliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bestehen.
- Gemeindepsychiatrische Verbünde berichten in regelmäßigen Abständen den zuständigen kommunalen Gremien bzw. Landesbehörden über quantitative und qualitative Aspekte in ihrer Region.«[67]

---

66 Vgl. Kulenkampff, C. Hoffmann, U., Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission, Köln 1990.

67 Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, Mindestanforderungen an einen Gemeindepsychiatrischen Verbund, Psychosoziale Umschau 4/2002, S. 30; ders.: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen in der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Bericht zur 76. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2003, S. 15 f.

2.7.2 Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Einrichtungen, Dienste und Träger, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung erbringen, sollten Bestandteil des GPV sein.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass

- es sich bei den Angeboten zur Teilhabe am Arbeitsleben nur zum Teil um solche handelt, die sich ausschließlich an diesen Personenkreis wenden;
- bei den Angeboten, die sich auch an Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung wenden nicht der psychiatrische Hilfebedarf, sondern die arbeitsweltbezogene Unterstützung, Förderung, Qualifizierung oder Begleitung im Vordergrund steht;
- einige der Angebote, insbesondere die Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke sich explizit als überregionale Rehabilitationseinrichtungen verstehen und hierdurch eine Einbindung aller Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in ein regionales psychiatrisches Hilfesystem erschwert wird.

Vor diesem Hintergrund ist in den regionalen Gremien zur Koordination auf der Ebene der Leistungserbringer (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Gemeindepsychiatrischer Verbund und deren Unter- bzw. Fachgruppen) zumeist nur ein Teil der Einrichtungen, Dienste und Träger vertreten, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (auch) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erbringen.

Dies gilt auch für die »Runden Tische Arbeit«, die im Rheinland von der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) Anfang der 1990er-Jahre initiiert und mit Unterstützung der Psychiatriekoordinatoren zur Bestandsaufnahme der regionalen Rehabilitationsangebote und der Ermittlung von Bedarfszahlen im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland etabliert wurden, wobei in keiner Region eine solche Bestandsaufnahme zu einem Abschluss geführt worden ist.[68] Bei diesen Gremien handelt es sich letztlich nur um ein Instrument zur informellen Kooperation, dem keinerlei Kompetenzen verbindlich übertragen wurden.[69]

2.8 Zur Kooperation der Leistungsträger

Das Sozialrecht enthält eine Reihe von Regelungen zur Kooperation der Leistungsträger, von denen hier insbesondere bedeutsam sind die Vorgaben, nach denen

- die Rehabilitationsträger für eine koordinierte, nahtlose und zügige Erbringung der die im Einzelfall notwendigen Leistungen verantwortlich sind (§§ 10–14 SGB IX);
- die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen

68 Ergebnisse einer Befragung der Sprecher der Gremien »Rehabilitation und Arbeit« während ihrer 18. Fachkonferenz, am 22.11.2001 in Köln.

69 Eine ausführliche Darstellung von Aufgaben, Teilnehmerkreis und Kompetenzen dieses Gremiums ist in den Regionalberichten, Anhang B, Kap. 5 enthalten.

Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Abs. 1 SGB IX);
- die Leistungsträger gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme anstreben sollen (§ 95 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).

Diese Vorgaben sind bislang vollkommen unzureichend umgesetzt worden und es erscheint dringend notwendig, hier eine Verpflichtung zur Wahrnehmung dieser Aufgabe zu normieren, wobei im Übrigen auch die Verpflichtung zur Umsetzung der Vorgaben des § 17 Abs. 1 SGB I einzubeziehen wäre.

3 Leistungen zur Teilhabe und zur Krankenbehandlung: Sozialrechtliche Grundlagen

Der Anspruch von chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen auf die im Einzelfall notwendigen Hilfen ist im gegliederten System der Sozialen Sicherheit zu realisieren. Dabei sind für diesen Personenkreis als Träger von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe vor allem die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitsverwaltung und die Sozialhilfe von Bedeutung.[70] Je nach Art und Zielsetzung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen ist in der Regel einer dieser Leistungsträger zuständig, wobei sich die Zuständigkeit nicht nur aus der Art und Ziel einer Maßnahme, sondern erst über die Klärung weiterer Leistungsvoraussetzungen ergibt.

Vor dem Hintergrund der im vorausgegangen Kapitel beschriebenen Besonderheiten bei psychischen Behinderungen, wonach immer wieder auch akut behandlungsbedürftige Krisen auftreten bzw. behandlungsbedürftige psychische Störungen fortbestehen können, sind im Einzelfall unabhängig bzw. neben oder in Verbindung mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ggf. auch Leistungen der Krankenbehandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), erforderlich, bei denen gemäß § 27 SGB IX ebenfalls eine rehabilitative Zielsetzung (§ 26 Abs. 1 SGB IX) zu beachten ist. Daneben ist aber auch eine

70 Für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, die im Rahmen dieses Projekts nicht berücksichtigt werden, sind daneben noch die Leistungen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe (SGB VIII) von großer Bedeutung. Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) kommen nur bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten in Betracht und können hier ebenso vernachlässigt werden wie Leistungen auf der Grundlage des sozialen Entschädigungsrechts (Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz, Bundes-Seuchengesetz, Opferentschädigungsgesetz), die für den im Rahmen des Projekts betrachteten Personenkreis von untergeordneter Bedeutung sind, da diese Leistungen nach diesen Vorschriften jeweils eine eindeutige Zuordnung der Krankheits-/Schädigungsursache erfordern, die bei psychischen Störungen – mit Ausnahme posttraumatischer Belastungsstörungen – in aller Regel nicht möglich ist.

eingehendere Auseinandersetzung mit den Leistungen der Krankenversicherung geboten, weil innerhalb des Krankenversicherungsrechts der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation mehrfach gestuft ist und die Frage der Zuordnung bzw. Abgrenzung von Leistungen der (Akut-)Behandlung und der medizinischen Rehabilitation sowohl fachlich wie auch rechtlich teilweise erhebliche Probleme bereitet.

Darüber hinaus können psychisch behinderten Menschen in Ergänzung oder auch unabhängig von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch noch einen Anspruch auf weitere Hilfen haben, zu denen insbesondere die Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2) gehören. Daneben enthalten einzelne Leistungsgesetze – insbesondere das SGB III und das BSHG – noch weitere Regelungen bzw. Instrumente, die auch in Ergänzung zu bzw. in Verbindung mit den Leistungen zur Teilhabe genutzt werden können.

Aus diesen Gründen ist es erforderlich, sich nicht nur mit den sozialrechtlichen Regelungen zu befassen, für die mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ein neuer Bezugsrahmen geschaffen worden ist. Mit dem SGB IX sind die Sozialhilfe und die Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der von den Rehabilitationsträgern in den vier Leistungsgruppen (medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) weitgehend harmonisiert worden. Gleichwohl kann hierin allenfalls ein erster Schritt gesehen werden, das komplexe Gefüge sozialrechtlicher Bestimmungen übersichtlicher zu gestalten, denn maßgeblich für die Leistungsträger sind die Bestimmungen des SGB IX nur dann, soweit in den für die einzelnen Leistungsträgern geltenden Gesetzen keine abweichende Regelung enthalten ist. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Leistungsvoraussetzungen auch für den Anspruch auf gleiche Leistungen in den verschiedenen Sozialgesetzen unterschiedlich gefasst sind und daneben teilweise auch unterschiedliche Anforderungen an die Erbringer von gleichen Leistungen bestehen.

Berücksichtigt man ferner, dass in Ergänzung oder auch neben Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Einzelfall noch weitere Sozialleistungen benötigt werden, entfaltet sich ein äußerst komplexes System.

Abschließend ist an dieser Stelle noch der Hinweis auf die neu aufgenommene Vorgabe für die Ausgestaltung von Leistungen hinzuweisen, nach der in allen Leistungsgruppen den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung getragen wird (§ 10 Abs. 3 SGB IX).

3.1 Leistungszuständigkeiten und Leistungsarten im Überblick

Bei einer Betrachtung der verschiedenen Leistungsarten (bzw. Leistungsgruppen) und Leistungsträger in Übersichtsdiagrammen wie dem nachstehenden, erscheint das gegliederte System auf den ersten Blick noch klar strukturiert.

Abb. A-3: Übersicht Leistungsträger und Leistungsarten

	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**	**Leistungen zur Krankenbehandlung (Akutbehandlung)**	**Leistungen zur Teilhabe am Leben i.d. Gemeinschaft**
Gesetzliche Krankenversicherung	Nein § 43 Nr. 1 SGB V	Ja § 11 Abs. 2 SGB i.V.m. § 40 SGB V	Ja § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. §§ 27 ff SGB V	Nein § 43 Nr. 1 SGB V
Bundesanstalt für Arbeit	Ja §§ 97 ff SGB III	Nein	Nein	Nein
Gesetzliche Rentenversicherung	Ja § 16 SGB VI	Ja § 15 SGB VI	Nein § 13 Abs. 2 SGB VI	Nein
Träger der Sozialhilfe (Leistungen werden nur erbracht, sofern kein anderer Träger zuständig ist)	Ja § 40 Abs. 1 Nr. 3 u. 7 BSHG	Ja § 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG	Ja § 37 BSHG (entsprechend §§ 27–34b SGB V)	Ja § 40 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX

3.1.1 Bundesanstalt für Arbeit

Die Bundesanstalt für Arbeit gewährt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte sowie von Behinderung bedrohte Menschen (§ 19, §§ 97 ff. SGB III) sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger – hier insbesondere die Rentenversicherung – zuständig ist (§ 22 SGB III).

Die Klärung der Frage, ob die Rentenversicherung oder die Arbeitsverwaltung für diese Rehabilitationsleistungen zuständig ist, erfolgt insbesondere anhand der individuellen Versicherungszeit und ggf. dem Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die von der Bundesanstalt für Arbeit erbracht werden können, gliedern sich in die allgemeinen Leistungen, wie sie auch nicht behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen gewährt werden und besondere Leistungen, die nur dann in Betracht kommen, wenn das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 97 SGB III).

Für die Integration in ein Arbeitsverhältnis können neben den Leistungen zur Teilhabe noch eine Reihe weiterer Leistungen in Betracht kommen, darunter die Förderung von Arbeitsbeschaffungs- (§§ 260 ff. SGB III) und Strukturanpassungsmaßnahmen (§§ 272 SGB III), die als Instrumente zur Schaffung befristeter Beschäftigungsverhältnisse auch für behinderte Menschen genutzt werden.

3.1.2 Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig zuständig. Die von der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringenden Rehabilitationsleistungen zielen darauf, den Auswir-

kungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern und damit auch die Gewährung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist aber nur dann zuständig, wenn die Versicherten die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen
   a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
   b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
   c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann (§ 10 SGB VI).

Aus den vorstehenden Anforderungen ergibt sich, dass für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe jeweils im Einzelfall eine günstige Prognose erforderlich ist: Es muss eine überwiegende Wahrscheinlichkeit bestehen, dass der Rehabilitationserfolg im Sinne einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eintreten wird. Bei zweifelhafter Prognose erbringt die Rentenversicherung ebenso wie bei ungünstiger Prognose keine Leistungen.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind als allgemeine Anforderung

- die Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren oder
- der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

formuliert (§ 11 Abs. 1 SGB VI). Daneben werden für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben jeweils spezifische und deutlich niedrigere Voraussetzungen zugrunde gelegt.

So haben Versicherte für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Voraussetzungen auch erfüllt, die

- in den letzten sechs Monaten vor Antragstellung Pflichtbeiträge entrichtet oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen haben oder
- vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllen (§ 11 Abs. 2 SGB VI).

Werden die vorstehenden Voraussetzungen, insbesondere die versicherungsrechtlichen, nicht

erfüllt, kommt die Krankenversicherung als zuständiger Leistungsträger in Betracht. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Voraussetzungen auch erfüllt, wenn

- ohne diese Leistung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen wäre oder
- wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an von der Rentenversicherung gewährte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind (§ 11 Abs. 2a SGB VI).

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesanstalt für Arbeit in Betracht.

3.1.3 Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt für die Versicherten neben Leistungen der Krankenbehandlung auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Zielsetzung, »eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern« (§ 11 Abs. 2 SGB V) und hat damit auch eine eigenständige Aufgabe in diesem Leistungsbereich. Allerdings werden durch die Krankenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aber nur gewährt, sofern nicht ein anderer Leistungsträger – hier wiederum insbesondere die Rentenversicherung – zuständig ist (§ 40 Abs. 4 SGB V).

Weiter ist als Zugangsvoraussetzung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenversicherung zu beachten, dass diese nur gewährt wird, wenn Leistungen zur ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen.

3.1.4 Sozialhilfe

Entsprechend dem Nachrang von Fürsorgeleistungen gegenüber Leistungen der Sozialversicherungsträger kommt die Sozialhilfe in den Fällen als Leistungsträger in Betracht, in denen zum einen keiner der anderen Leistungsträger zuständig ist, zum anderen die Betroffenen nicht über ausreichende Mittel verfügen, um erforderliche Hilfen aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Je nach den im Einzelfall bestehenden Erfordernissen erbringt die Sozialhilfe u. a.

- im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und
- zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 40 Abs. 1 Ziff. 3 und 7 BSHG) sowie
- im Rahmen der Hilfe bei Krankheit Leistungen der Krankenbehandlung (§ 37 BSHG).

Bei den Leistungen der Eingliederungshilfe sind bezüglich der sozialhilferechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen (§§ 76–89 BSHG) folgende Sonderregelung wichtig: Dem behinderten Menschen sowie seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten ist bei

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX),

- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (§ 41 BSHG),
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, soweit diese Hilfen in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden

nur die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten (§ 43 Abs. 2 BSHG). Bei den vorstehend genannten Leistungen erfolgt also weder eine Bedürftigkeitsprüfung noch eine Heranziehung zu deren Kosten. Eine Aufbringung der Kosten für den Lebensunterhalt ist dabei nicht zumutbar, wenn das Einkommen des behinderten Menschen insgesamt einen Betrag in Höhe des zweifachen Regelsatzes (nach § 72 Abs. 1 BSHG) nicht übersteigt.

Bei den von den Trägern der Sozialhilfe zu erbringenden Leistungen sind hinsichtlich des Zugangs zu Arbeit und Beschäftigung neben den Leistungen der Eingliederungshilfe noch die Regelungen zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten von Bedeutung (§§ 18 ff. BSHG).

3.2 Leistungen zu Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe im Überblick

Die synoptische Übersicht zu zentralen sozialrechtlichen Regelungen lässt einerseits für die verschiedenen Leistungsgruppen bzw. -arten spezifischen Zielsetzungen und Leistungen erkennen, andererseits aber auch die Übergänge und Verbindungen deutlich werden.

Dabei erscheint der Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegenüber den anderen Leistungsgruppen sowohl hinsichtlich der Zielsetzung wie auch der Leistungen besonders deutlich abgegrenzt. Die Leistungen zielen ausschließlich auf die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen, die entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert, hergestellt oder wiederhergestellt werden sollen (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB IX). In dieser Zielsetzung sind aber auch weitere im Einzelfall erforderliche medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen zu erbringen, die weithin wortgleich auch zum Leistungskatalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören.

Diese Leistungen, die auch schon bisher zu dem Leistungsangebot (spezieller) Einrichtungen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation gehörten, können nun auch regelhaft im Rahmen aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, sofern in den für die einzelnen Leistungsträger maßgeblichen Bestimmungen keine abweichende Regelung enthalten ist.

Während die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als relativ klar abgegrenzt erscheinen, gibt es zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und denen zur Krankenbehandlung deutlich mehr Überschneidungen:

Zum einen sind die Leistungen, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und der Krankenbehandlung erbracht werden können, weithin deckungsgleich – mit Ausnahme der Krankenhausbehandlung und der häuslichen Krankenpflege, die ausschließlich zum Leistungskatalog der Krankenbehandlung gehören.

Synopse der Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur medizinischen Rehabilitation und Krankenbehandlung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **§ 33 SGB IX (Auszüge)**	**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** **§ 26 SGB IX (Auszüge)**	**Leistungen zur Krankenbehandlung** **§ 27 SGB V (Auszüge)**
	Ziele	
(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. (2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.	(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.	(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
	Leistungen	
(3) Die Leistungen umfassen insbesondere 1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen 2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung 3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen 4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden	(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln 2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder 3. Arznei- und Verbandmittel 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie	Die Krankenbehandlung umfasst 1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung 2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz 3. Versorgung mit Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmitteln 4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe 5. Krankenhausbehandlung 6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen

Fortsetzung: Synopse der Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur medizinischen Rehabilitation und Krankenbehandlung

5. Überbrückungsgeld entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5
6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Teilhabe am Arbeitsleben

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
2. Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Zur Ausgestaltung der Leistungen

Medizinische Rehabilitation

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
2. Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe und Beratungsmöglichkeiten
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
6. Hilfsmittel
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Krankenbehandlung

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation

Zu den Leistungen gehört ferner die in § 27 SGB V nicht gesondert aufgeführte Soziotherapie (§ 37 a SGB V)

Fortsetzung: Synopse der Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur medizinischen Rehabilitation und Krankenbehandlung

8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110 SGB IX).

Arbeitsassistenz (§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX)
Zu den Leistungen gehört unter anderem auch die Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes; diese Leistung wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 SGB IX ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 SGB IX bleibt unberührt (§ 33 Abs. 7 SGB IX).

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (§§ 39–43 SGB IX)

7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

§ 27 SGB IX Krankenbehandlung und Rehabilitation
Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

§ 28 SGB IX Stufenweise Wiedereingliederung
Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden

Analog zu § 28 SGB IX: § 74 SGB V

Zum anderen wachsen im Zuge der Weiterentwicklung der sozialrechtlichen Regelungen zunehmend auch die Ziele dieser unterschiedlichen Leistungsarten zusammen, was gleichzeitig die aufgrund von unterschiedlichen Leistungszuständigkeiten im gegliederten System erforderliche Abgrenzung erschwert.[71] Beispielhaft ist in diesem Zusammenhang die im SGB IX eingeführte Vorgabe zu verweisen, wonach die Ziele der medizinischen Rehabilitation auch bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen sind (§ 27 SGB IX).

3.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) zielen vorrangig auf die Erwerbsfähigkeit und Erhaltung bzw. (Wieder-)Eingliederung auf einen Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und nachrangig auf die Aufnahme und den Erhalt einer Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt.

3.3.1 Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung als vorrangig zuständiger Leistungsträger – sofern die vorstehend unter 2.1.2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind – erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 16 SGB VI entsprechend den Regelungen der §§ 33–38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX.

Bei den von der Rentenversicherung durchgeführten Maßnahmen wird u.a. differenziert nach folgenden Maßnahmearten:

- Berufsfindung/Arbeitserprobung
- Programmierter Unterricht
- Reha-Vorbereitungslehrgang
- Teilzeitvorförderung

71 Die Problematik der Abgrenzung von Kuration und Rehabilitation ist in den letzten Jahren wiederholt thematisiert und u.a. eine Gleichstellung von Kuration und Rehabilitation gefordert worden, vgl.: Duda, L., Röseler, S., Schwartz, F.W.: Grundlagen, Schnittstellenprobleme und Qualitätsfragen in der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Perspektiven für das Gesundheitswesen im Sozialstaat, Düsseldorf 1996, S. 253–530. Andere Vorschläge zielen auf eine Neuordnung des Systems der Rehabilitation und die Übertragung der medizinischen Rehabilitation auf die Krankenkassen und der beruflichen Rehabilitation auf die Bundesanstalt für Arbeit, vgl. hierzu Bäcker, G., Ebert, T.: Defizite und Reformbedarf in ausgewählten Bereichen der sozialen Sicherung, Düsseldorf 1996. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den speziellen im Bereich der Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen bestehenden Abgrenzungsproblemen enthält das Rechtsgutachten »Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung« von P. Mrozynski. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band II, Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 35–208.

- Fernförderung (BA: Fernunterrichtsmaßnahme)
- Blindentechnische Grundausbildung
- Berufliche Umschulung
- Berufliche Ausbildung
- Berufliche Fortbildung
- Berufliche Anpassung
- Berufliche Integration
- Reha psychisch Kranker (RPK-Leistung)
- Leistung in Behindertenwerkstatt[72]

3.3.2 Bundesanstalt für Arbeit

Im Recht der Arbeitsförderung erfolgt bezüglich der Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben keine Verweisung auf die Bestimmungen des SGB IX, sondern eine eigenständige Regelung:

Gemäß § 97 SGB III gewährt die Bundesanstalt für Arbeit als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der körperlich, geistig oder seelisch Behinderten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Hilfen können auch zum beruflichen Aufstieg erbracht werden (diese Zielsetzung entspricht den §§ 4 Abs. 1 und 33 Abs. 1 SGB IX).

Bei behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können (§ 136 Abs. 1 SGB IX) und die deshalb Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen benötigen, sind die Leistungen darauf gerichtet, die Leistungsfähigkeit so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und dadurch – nach der Teilnahme am Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen – wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erzielen (§ 102 Abs. 2 SGB III, § 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind – sofern sie auf der Grundlage arbeitsförderungsrechtlicher Bestimmungen erbracht werden – gestuft und umfassen zunächst die allgemeinen Leistungen, wie sie auch nichtbehinderten Menschen gewährt werden sowie besondere Leistungen, die nur dann erbracht werden, wenn eine berufliche Eingliederung nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 98 SGB III).

Ein ausdrücklicher Hinweis darauf, dass Bestandteil der Leistungen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen gem. § 33 Abs. 6 SGB IX sind, erfolgt im Recht der Arbeitsförderung nicht.

72 Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): VDRSY-Datenbanken.

Allgemeine Leistungen

Die allgemeinen Leistungen umfassen nach § 100 SGB III die Leistungen zur

1. Unterstützung der Beratung und Vermittlung (u.a. Berufsberatung und Arbeitsvermittlung, §§ 29 ff. SGB III),
2. Verbesserung der Aussichten auf Teilhabe am Arbeitsleben (u.a. durch Trainingsmaßnahmen, §§ 48 ff. SGB III),
3. Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung (u.a. Mobilitätshilfen, Arbeitnehmerhilfe, §§ 53 ff. SGB III),
4. Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (§§ 57 f. SGB III),
5. Förderung der Berufsausbildung (einschließlich berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen, §§ 59 ff. SGB III),
6. Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 ff. SGB III).

Besondere Leistungen

Anstelle der allgemeinen Leistungen werden die besonderen Leistungen erbracht, wenn

1. Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Eingliederungserfolges die Teilnahme an
   a) einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder
   b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme oder
2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Maßnahmen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen (§ 102 SGB III)

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, Berufstrainingszentren und vergleichbare Einrichtungen sowie Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und Werkstätten für behinderte Menschen. Die Leistungen für die Teilnahme an Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen können im Eingangsverfahren nur bis zur Dauer von vier Wochen und im Berufsbildungsbereich bis zur Dauer von zwei Jahren erbracht werden.

Übersicht zu den berufsfördernden Maßnahmen

Das Spektrum der von der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführten berufsfördernden Maßnahmen für behinderte Menschen umfasst:

- Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf
- Ausbildungsgang nach § 48 BBIG bzw. § 42b HwO
- Weiterbildungsmaßnahme
- Trainingsmaßnahme
- Fernunterrichtsmaßnahme
- Berufsfindung
- Arbeitserprobung
- Grundausbildungslehrgang
- Förderlehrgang (F1, F2, F3, F4)
- BBE-Lehrgang
- tip-Lehrgang

- blindentechnische und vergleichbare spezifische Grundausbildung
- Maßnahmen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer WfbM
- Vorbereitungsmaßnahme für Weiterbildung.[73]

Diese Differenzierung von Maßnahmearten, die auch in der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit über Maßnahmen zur Eingliederung behinderter Menschen zugrunde gelegt wird, ist für Menschen, die nicht ständig damit zu tun unübersichtlich und intransparent, zumal eine systematische Erläuterung hierzu nicht regelmäßig in den Veröffentlichungen zu finden ist.[74]

Weitere Leistungen

Neben bzw. teilweise in Verbindung mit den vorstehend genannten Leistungen kommen zur beruflichen Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter je nach Situation des Einzelfalls auch andere Leistungen der Arbeitsförderung in Betracht. Hierzu gehören insbesondere

- Übernahme der mit der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Fahrtkosten und Haushaltshilfe, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, §§ 102 ff. SGB III)
- Unterhaltsgeld (§ 153 SGB III) und Übergangsgeld (§ 44 SGB IX i. V. m. § 160 SGB III),
- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen (§ 34 SGB IX i. V. m. § 236 SGB III)
- Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten (Eingliederungszuschüsse § 34 SGB IX i. V. m. §§ 217 ff. SGB III)
- Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 SGB IX i. V. m. § 237 SGB III)
- die teilweise oder volle Erstattung der Kosten einer bis zu drei Monaten befristeten Probebeschäftigung Behinderter (§ 34 SGB IX i. V. m. § 238 SGB III)
- die Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (§§ 260 ff. SGB III). Hier werden bei den förderungsbedürftigen Arbeitnehmern ausdrücklich auch Arbeitnehmer aufgeführt, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nur durch Zuweisung in die Maßnahme beruflich stabilisiert oder qualifiziert werden können;
- die Förderung von Arbeitsverhältnissen im Rahmen von Strukturanpassungsmaßnahmen (§§ 272 SGB III)

73 Vgl. Bundesanstalt für Arbeit: Berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung – Reha-Transparenz-Papier, Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste 38, September 2000.

74 Eine systematische Erläuterung zu den von der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführten Maßnahmen ist beispielsweise in der vorstehenden Fußnote genannten »Reha-Transparenz-Papier« nicht enthalten; zu finden ist sie beispielsweise in den Informationen für Beratungs- und Vermittlungsdienste 48/1998.

3.3.3 Sozialhilfe

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können von den Trägern der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 39 ff. BSHG) erbracht werden. So gehören zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gem. § 40 BSHG unter anderem

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten.

Schaffung von Arbeitsgelegenheiten

Wenn es darum geht, chronisch psychisch kranken oder behinderten Menschen einen Zugang zur Aufnahme einer Beschäftigung zu ermöglichen, sind neben den Regelungen zur Eingliederungshilfe auch die zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten in Betracht zu ziehen (§§ 18–20 BSHG).

Entsprechend dem Nachrangprinzip der Sozialhilfe (Sozialhilfe erhält nur, wer sich nicht selbst helfen kann), muss jeder Hilfesuchende seine Arbeitskraft zur Beschaffung des Lebensunterhalts für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen einsetzen und sich um Arbeit bemühen (§ 18 Abs. 1 und 2 BSHG). Sofern nun ein Hilfesuchender keine Arbeit findet, kann der Sozialhilfeträger – soweit es im Einzelfall geboten ist – auch durch Zuschüsse an den Arbeitgeber sowie durch sonstige geeignete Maßnahmen darauf hinwirken, dass der Hilfeempfänger Arbeit findet (§ 18 Abs. 4 BSHG).

Vorrangig ist dabei die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die vom Sozialhilfeträger gefördert werden kann, indem dem Hilfeempfänger bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen oder selbstständigen Erwerbstätigkeit ein Zuschuss bis zur Höhe des Regelsatzes für einen Haushaltsvorstand für längstens zwölf Monate gewährt werden kann (§ 18 Abs. 5 BSHG).

Daneben hat der Sozialhilfeträger aber auch die Möglichkeit, für Hilfesuchende, die keine Arbeit finden können, Arbeitsgelegenheiten zu schaffen und zu erhalten und hierfür Kosten zu übernehmen. Die Arbeitsgelegenheiten sollen in der Regel von vorübergehender Dauer und für eine bessere Eingliederung des Hilfesuchenden in das Arbeitsleben geeignet sein (§ 19 Abs. 1 BSHG).

Sofern für einen Hilfesuchenden Gelegenheit zu gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit geschaffen wird, kann ihm entweder das übliche Arbeitsentgelt oder Hilfe zum Lebensunterhalt zuzüglich einer angemessenen Entschädigung für Mehraufwendungen gewährt werden. Wird Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt, so handelt es sich weder um ein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts noch um ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (§ 19 Abs. 2 und 3 BSHG).

Außerdem hat der Sozialhilfeträger die Möglichkeit die Gewöhnung eines Hilfesuchen-

den an eine berufliche Tätigkeit besonders zu fördern und ihm für eine notwendige Dauer eine hierfür geeignete Tätigkeit oder Maßnahme anzubieten. Während dieser Tätigkeit werden dem Hilfesuchenden Hilfe zum Lebensunterhalt und eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen gewährt. § 19 Abs. 3 gilt entsprechend. Auch hierbei wird weder ein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts noch ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung begründet (§ 20 BSHG).

Bei der Schaffung und Erhaltung von Arbeitsgelegenheiten (gemäß §§ 19, 20 BSHG) sollen die Träger der Sozialhilfe, die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit und gegebenenfalls andere auf diesem Gebiet tätige Stellen zusammenwirken. In geeigneten Fällen ist für den Hilfesuchenden unter Mitwirkung aller Beteiligten ein Gesamtplan zu erstellen.

3.3.4 Integrationsamt/Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht

Das Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2 – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen) bietet auch psychisch Behinderten – unabhängig von Rehabilitationsleistungen – Hilfen und Nachteilsausgleiche insbesondere im Arbeitsleben.

Voraussetzung für Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht ist die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt. In der Regel erfolgt der Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft durch den Schwerbehindertenausweis.

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Begutachtungsverfahrens.[75] Dabei kann auf eine Untersuchung verzichtet werden, wenn bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorgelegt werden können, die in überzeugender Weise ein ausreichendes Bild von der Art und dem Ausmaß aller geltend gemachten Behinderungen vermitteln. Während bei den meisten Körperbehinderungen gestufte und messbare körperliche Funktionseinbußen für die Ermittlung des GdB zu Grunde gelegt werden, richtet er sich bei psychischen Behinderungen vor allem nach der Ausprägung der »sozialen Anpassungsschwierigkeiten«. Eine zutreffende Beurteilung erfordert daher eine genaue Kenntnis der im Einzelfall bestehenden sozialen Auswirkungen der Erkrankung bzw. Behinderung.

Für psychisch behinderte Menschen sind insbesondere von Bedeutung

- die begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX);
- finanzielle Hilfen zur Übernahme von Betreuungskosten (Kosten, die dem Arbeitgeber durch die notwendige Betreuung des beschäftigten Schwerbehinderten im Betrieb durch Vorgesetzte, Kollegen oder Fachkräfte entstehen. Zu den Voraussetzungen für die Übernahme von Betreuungskosten gehört u. a., dass eine psychische Behinderung mit einem GdB von mindestens 50 vorliegt und die Beschäftigung des Schwerbehinderten nicht nur vorübergehend mit ungewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist);

75 Zur Durchführung der Begutachtung siehe: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Bonn 1996.

- finanziellen Hilfen an den Arbeitgeber zum Ausgleich für eine wesentliche Leistungsminderung (die mindestens 30 % unter der Durchschnittsleistung einer vergleichbaren Arbeitsgruppe liegt).

Eher selten kommen technische Hilfen zur behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes für psychisch Behinderte in Frage, obwohl auch hier technische Maßnahmen zur Eindämmung von äußeren Reizen wie z. B. Lärm behinderungsbedingt notwendig sein können. Diese Maßnahmen können aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert werden (§ 19 und § 26 Ausgleichsabgabe-Verordnung).

Weitere Regelungen des Schwerbehindertenrechts betreffen u. a. einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Jahr (bei 5-Tage-Woche) und einen besonderen Kündigungsschutz.

3.4 Leistungen zur Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation

Die Anforderung, Leistungen der Krankenbehandlung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation abzugrenzen, ergibt sich aus den Zuständigkeitsregelungen im gegliederten System: Wie bereits aus der Übersicht »Leistungsarten und Leistungsträger« ersichtlich, ist die gesetzliche Krankenversicherung zuständig für Leistungen der Krankenbehandlung wie auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt sie jedoch nur nachrangig, d. h. soweit diese nicht von anderen Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung – hier insbesondere der Rentenversicherung – übernommen werden.

3.4.1 Leistungen der Krankenversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen u. a. Leistungen zur Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 1 i. V. m. §§ 27–52 SGB V) sowie zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 i. V. m. §§ 27, 40 SGB V), wobei die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation denen zur Krankenbehandlung zugeordnet sind.

Leistungen zur Krankenbehandlung

Zu den Leistungen der Krankenbehandlung gehören nach § 27 SGB V

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (§ 28 SGB V)
2. zahnärztliche Behandlung,
3. Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V, §§ 33a–36 SGB V), Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V),
4. häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Haushaltshilfe (§ 38 SGB V),
5. Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
6. medizinische (§ 40 SGB V) und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V).

Ferner ist hier die Vorgabe enthalten, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Psychotherapie

Psychotherapeutische Behandlung kann zu Lasten der Krankenversicherung im Grundsatz nur durch Ärzte mit einer anerkannten Zusatzausbildung sowie Psychologische Psychotherapeuten durchgeführt werden. Die Gegebenheiten zur Indikation und Durchführung von Psychotherapie sind in den Psychotherapie-Richtlinien[76] geregelt. Danach sind nur folgende Behandlungsformen anerkannt: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung.

Bei einer seelischen Behinderung in Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe oder als Folge psychotischer Erkrankungen kommt eine Indikation für Psychotherapie gemäß den Richtlinien nur im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und nur dann in Betracht, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann.[77]

Eine psychotherapeutische Behandlung muss gesondert beantragt und von der Krankenkasse bewilligt werden.

Heilmittel

Unter die Heilmittel (§ 32 SGB V) fallen die so genannten therapeutischen Dienstleistungen. Für psychisch kranke Menschen ist dabei die Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie) von besonderer Bedeutung, die seit 1990 bei psychischen Funktionseinschränkungen zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden kann. Gemäß den Heilmittel-Richtlinien[78] gehören zur psychisch-funktionellen Behandlung insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung

- und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung,
- eingeschränkter körperlicher Funktionen wie Grob- und Feinmotorik, Koordination,
- der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung,
- der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit,
- der kognitiven Funktionen,
- der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens,
- der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten.

76 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) vom 23.10.1998.

77 Ebd. Abschnitt D Nr. 1.3.

78 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 06.02.2001.

Diese psychisch-funktionelle Behandlung ist gemäß der im zweiten Teil der Heilmittel-Richtlinien aufgeführten Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen das vorrangige Heilmittel bei

- neurotischen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Häusliche Krankenpflege

Obwohl auch für die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) seit 1988 das Gebot gilt, dass bei ihrer Ausgestaltung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, blieb eine Umsetzung bis heute weithin aus.

In die Leistungskataloge zur häuslichen Krankenpflege, die früher auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und den Spitzenverbänden der Pflegedienste vereinbart wurden, hatten spezifische Leistungen für psychisch Kranke nur in Nordrhein-Westfalen Eingang gefunden.

Diese Situation änderte sich im Jahr 1997 mit dem »2. GKV-Neuordnungsgesetz«, mit dem es dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur Aufgabe gemacht wurde, bundesweit geltende Richtlinien über die häusliche Krankenpflege zu erarbeiten; gleichzeitig sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Pflegedienste unter Berücksichtigung der vorstehend genannten Richtlinien gemeinsame Rahmenempfehlungen abgeben, in denen unter anderem die Inhalte der häuslichen Krankenpflege zu regeln sind.

Nach nahezu dreijähriger »Vorlaufzeit« sind am 14. Mai 2000 die »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V« in Kraft getreten, ohne dass in das Leistungsverzeichnis spezielle Leistungen der psychiatrischen Behandlungspflege aufgenommen worden sind.

In den Richtlinien ist ausdrücklich geregelt, dass nur die in dem Leistungsverzeichnis aufgeführten Maßnahmen vom Arzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden dürfen. Mit Blick auf die in einigen Regionen, insbesondere Nordrhein-Westfalen, zuvor bestehenden Vereinbarungen mit speziellen Leistungen für psychisch kranke Menschen wurde nach einer Intervention durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Übergangsregelung aufgenommen: »Soweit derzeit spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke vertraglich vereinbart sind, sind diese spezifischen Leistungen ebenfalls verordnungsfähig.«[79]

Darüber hinaus äußerte sich das Bundesministerium für Gesundheit in einer anlässlich der Genehmigung der Richtlinien veröffentlichten Information vom 4. Mai 2000 bezüglich der Berücksichtigung von Leistungen der psychiatrischen Behandlungspflege eindeutig: »Gegenüber den Bundesausschuss wurde erklärt, dass eine Ergänzung der Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege erwartet wird, wenn die Vertragspartner der Rahmenempfehlung nach § 132 a SGB V eine einvernehmliche Regelung über die spezifischen Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke getroffen haben. Die

79 Nr. 2 Abs. 2 der Richtlinien.

in den neu gefassten Richtlinien aufgenommene Übergangsregelung ist dann durch eine sachgerechte, endgültige Regelung zu ersetzen.«

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesministerium im Jahr 1999 ein Gutachten zur ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege[80] veröffentlicht hat, dass unter Auswertung der zahlreichen bisherigen Modellerprobungen in diesem Bereich nachdrücklich die Berücksichtigung spezifischer Leistungen fordert und hierzu auch Formulierungsvorschläge unterbereitet hat. Die Autoren des Gutachtens wurden als Sachverständige an der Erarbeitung von Leistungsbeschreibungen in der Arbeitsgruppe »häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke« der Krankenkassen und der Spitzenverbände der Pflegedienste (Vereinbarungspartner gem. § 132 a) unter Federführung des AOK-Bundesverbandes ab Mai 1999 beteiligt, an der auch Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitwirkten. Bereits Ende des Jahres lag ein recht weit ausgearbeiteter Entwurf vor, der dann zu Beginn des Jahres 2000 in der Arbeitsgruppe abschließend abgestimmt und den Vereinbarungspartnern der »Regelwerke« (gem. §§ 92, 132 a SGB V) zugeleitet wurde. Erst im April 2003 ist vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ein Entwurf vorgelegt worden, der auch die Einbeziehung von speziellen Leistungen für psychisch Kranke vorsieht.

Dieser Prozess macht deutlich, dass die Selbstverwaltung offenkundig in Situationen geraten kann, in der eine zeitnahe Erledigung der ihr übertragenen Aufgaben nicht möglich ist. Zur zeitnahen Umsetzung der Intentionen des Gesetzgebers wäre hier ein Verordnungsvorbehalt ein sicher hilfreiches Instrument.

Soziotherapie

Die Soziotherapie ist als spezielle Leistung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung in das Krankenversicherungsrecht (§ 37 a SGB V) aufgenommen worden. Vorausgegangen war eine Erprobung im Rahmen eines Modellversuchs der Krankenkassen »Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker«,[81] wobei der zugrunde gelegte Leistungsumfang mit insgesamt maximal 120 »Einheiten« in einem Zeitraum von drei Jahren dem der »Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Suchtkranker« (vom 29.01.1991) entspricht.

Die Soziotherapie ist nun aber nicht als Leistung der medizinischen Rehabilitation sondern als Leistung der (Akut-)Behandlung in das Krankenversicherungsrecht aufgenommen worden, die verordnet werden kann, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist (§ 37 a SGB V). Die Soziotherapie soll schwer psychisch Kranken (die häufig nicht in der Lage sind, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen) »die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten

80 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Außerstationäre psychiatrische Pflege. Gutachten erstattet durch die Aktion Psychisch Kranke e. V., Teil I: Ambulante Psychiatrische Behandlungspflege, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 121, Baden-Baden 1999.

81 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes »Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker« der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Baden-Baden 1999.

durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen«.[82] Als schwere psychische Erkrankungen werden in den Soziotherapie-Richtlinien ausschließlich solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen definiert.[83]

Bei den Leistungserbringern von Soziotherapie handelt es sich entsprechend der Vorgabe in den Empfehlungen der Krankenkassen gemäß § 132 b SGB V ausschließlich um Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen oder Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie, die diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben, hierüber einen Vertag mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden abgeschlossen haben und in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sind.

Zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 29.11.2001 gemeinsame Empfehlungen (gemäß § 132 b SGB V) abgegeben.

Krankenhausbehandlung

Die Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) ist eine von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Komplexleistung, die ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, diagnostische und therapeutische Leistungen, verschiedene, nicht an den Ort gebundene Therapieleistungen und sozialtherapeutische Leistungen der Sozialdienste sowie ggf. Unterkunft und Verpflegung umfasst.

Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Dabei kommt eine vollstationäre Behandlung nur dann in Betracht, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Eine wichtige Grundlage auch für die konzeptionelle Ausgestaltung der Krankenhausbehandlung sowie Übersichten zu den Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen enthält die Psychiatrie-Personalverordnung.[84]

Die in der Psychiatrie-Personalverordnung vorgenommene Differenzierung von Behandlungsbereichen (u. a. Regelbehandlung, Intensivbehandlung, rehabilitative Behandlung, langdauernde Behandlung Schwer-Mehrfachkranker) berücksichtigt explizit die Vorgabe des Krankenversicherungsrechts, nach der die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst (§ 39 Abs. 1 SGB V).

---

82 Soziotherapie-Richtlinien, Abschnitt I Ziffer 1 in Umschreibung der Vorgaben des § 37 a Abs. 1 SGB V.

83 Ebd. Abschnitt II Ziffer 9.

84 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) vom 18.12.1990, BGBl. I S. 2930). Die Psych-PV bildet auch weiterhin (als Ausnahmetatbestand) die Grundlage für die Vereinbarungen über die Vergütung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im Krankenversicherungsrecht (§ 40 SGB V) dreifach gestuft:

- So sind zunächst alle vorgenannten Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung zu rehabilitativen Zwecken einzusetzen. Reichen diese nicht aus, um eine Behinderung zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen erbringen. Erst wenn auch diese Leistung nicht ausreicht
- kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen (mit der ein Vertrag gem. § 111 SGB V besteht).

Außerdem kann die Krankenkasse – im Krankenversicherungsrecht nicht näher beschriebene – ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) erbringen, die solche Leistungen umfassen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Ausdrücklich ausgeschlossen sind dabei aber Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung.

Auf der Grundlage des § 111 a SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Träger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen (vom 12.05.1999) erarbeitet, in denen Grundsätze, Ziele, Indikationen, individuelle Voraussetzungen, Konzeption usw. allgemein beschrieben sind. Weiterführende und konkretere Inhalte zu den einzelnen Feldern und Indikationsbereichen der Vorsorge und Rehabilitation werden in zusätzlichen Rahmenempfehlungen geregelt.

Für den Bereich der psychiatrischen Rehabilitation ist eine entsprechende Rahmenempfehlung noch nicht erarbeitet worden. Hier dürfte es sich anbieten, an die »RPK-Empfehlungsvereinbarung«[85] anzuknüpfen und die dortige Konzeption unter Berücksichtigung der in der Praxis bereits erfolgten Weiterentwicklung zu modifizieren und zu flexibilisieren.

Arbeitstherapie und Belastungserprobung

Das Krankenversicherungsrecht räumt Versicherten auch einen Anspruch auf Belastungserprobung und Arbeitstherapie ein, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können (§ 42 SGB V). Hierauf wird weiter unten gesondert eingegangen.

85 Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17.11.1986.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung als Instrument zur Wiederaufnahme der Tätigkeit in einem bestehenden Arbeitsverhältnis war zunächst nur im Krankenversicherungsrecht (§ 74 SGB V) geregelt und ist mit dem SGB IX in den Katalog der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation neu aufgenommen worden (§ 28 SGB IX). Auch hierauf wird weiter unten noch näher eingegangen.

3.4.2 Leistungen der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt gem. § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Regelungen der §§ 26–31 SGB IX, wobei allerdings Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 SGB IX) ausgeschlossen sind

3.4.3 Sozialhilfe

Im Rahmen der Leistungen der Sozialhilfe können sowohl Leistungen zur Krankenbehandlung wie auch zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden.

Leistungen zur Krankenbehandlung werden im Rahmen der »Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe« (§ 37 BSHG) entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen die Leistungen nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX und werden im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 39, 40 BSHG) erbracht.

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören ferner noch die nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

3.5 Behandlung und Rehabilitation: Übergänge und Verknüpfungen

Von den vorstehend genannten Leistungen zur Behandlung und Rehabilitation wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen verdeutlicht, wie mit ihnen Übergänge und Verknüpfungen von der Akutbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation hin zur Teilhabe am Arbeitsleben gestaltet werden können.

3.5.1 Arbeitstherapie und Belastungserprobung

Die Arbeitstherapie ist zum einen eine Leistung der Akutbehandlung, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung aber auch im Rahmen der Heilmittelversorgung erbracht werden kann (§§ 32, 39 SGB V). Sie richtet sich nicht auf den Erwerb konkreter beruflicher Kenntnisse, sondern auf bestimmte Grundfähigkeiten, »die es dem Versicherten ermöglichen, überhaupt erst eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben, z. B. Fingerfertigkeit, Arbeitsqualität, -quantität, Ausdauer, Pünktlichkeit, Auftreten in Arbeitsmilieu, Selbstvertrauen usw.«.[86]

Andererseits ist die Arbeitstherapie aber auch schon in das System der medizinischen Rehabilitation einbezogen (§ 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX, § 42 SGB V). Auch hierbei ist zu beachten, dass die Arbeitstherapie auf das Grundbedürfnis Arbeit überhaupt ausgerichtet sein muss mit dem Ziel bestimmte Grundqualitäten des Arbeitsverhaltens zu verbessern. Da die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausdrücklich nicht zu den Leistungen der Krankenbehandlung gehören, darf die Arbeitstherapie weder auf bestimmte Berufs- oder Tätigkeitsbilder noch auf bestimmte Betriebe hin ausgerichtet sein. Berücksichtigt man aber, dass die Arbeitstherapie zunehmend auch ausgelagert, z. B. in Industriebetrieben, Verwaltungen etc. durchgeführt wird, so wird deutlich, dass sie sich zu einem Bindeglied zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation entwickelt hat. Der medizinische bzw. therapeutische Charakter der Arbeitstherapie lässt sich hier darüber begründen, dass über eine Stabilisierung des Arbeitsverhaltens auch eine Stabilisierung der Persönlichkeit angestrebt wird.[87]

3.5.2 Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung, die zunächst nur im Krankenversicherungsrecht (§ 74 SGB V) geregelt war, ist mit dem SGB IX auch in den Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgenommen wurde (§ 28 SGB IX).

Diese Leistung kommt aber nur für arbeitsunfähige Leistungsberechtigte in Betracht, die einen Arbeitsplatz haben und die nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme voraussichtlich besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden können. Entsprechend der Vorgabe des SGB IX sollen dabei die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

Je nach Belastbarkeit des Leistungsberechtigten und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes kann er zunächst nur stundenweise pro Woche beschäftigt werden, bis nach einigen Wochen oder Monaten die volle Arbeitsfähigkeit erreicht wird.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung bleibt der Leistungsberechtigte arbeitsunfähig (im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung) und ihm stehen

86 Mrozynski, P., a. a. O., S. 89.

87 Vgl. hierzu ausführlich und mit zahlreichen Quellen ebd., S. 94–97.

dann – je nach Leistungsträger – Krankengeld oder Übergangsgeld unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

In diesem Prozess kann insbesondere die »Arbeitstherapie am Arbeitsplatz« im Sinne einer arbeitsplatzbezogenen Anleitung, Unterstützung und Beratung bedeutsam sein.

Daneben kann es aber auch wichtig sein, in diesem Prozess nicht nur auf psychiatrische Fachkräfte zurückzugreifen, sondern auf das Personal von Einrichtungen und Diensten, die über besondere Erfahrungen mit der Beratung und Begleitung im Arbeitsleben verfügen, z.B. von den Integrationsfachdiensten, die auch im Auftrag der Rehabilitationsträger tätig werden können. Ausgeschlossen ist dabei aber eine Beauftragung durch die Krankenkasse.

3.6 Hürden auf dem Weg zu Teilhabe und Rehabilitation

Zu den wesentlichen mit dem SGB IX verknüpften Zielen gehören die Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe.

Auf dem Weg zur Realisierung des umfassenden Anspruchs auf notwendige Sozialleistungen zur Teilhabe, wie er in § 10 SGB I und § 1 i.V.m. 4 SGB IX normiert ist, besteht in der Praxis für schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen eine erste Hürde vor allem darin, dass Rehabilitation seitens der Leistungsträger in aller Regel als ein Prozess verstanden wird, der nach einer gewissen Zeit zu einem vorgegebenen Ende führt.

Erkennbar wird diese Hürde vor dem Hintergrund der im ersten Kapitel gemachten Ausführungen zu den Verlaufsformen schwerer psychischer Erkrankungen bei der Auseinandersetzung mit den Hinweisen und Empfehlungen zur Begutachtung.

3.6.1 Begutachtung und Rehabilitationsprognose

Zu den elementaren Anforderungen an ein Gutachten gehört, dass die individuelle
- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit und
- positive Rehabilitationsprognose

festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

In den Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen werden diese Begriffe wie folgt definiert:

»**Rehabilitationsbedürftigkeit**

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung (hier insbesondere die psychischen Funktionsstörungen) bei Vorliegen nicht nur vorübergehender Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische

Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotenzial) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- durch geeignete Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- in einem notwendigen Zeitraum.

Rehabilitationsziel

Das Rehabilitationsziel bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenversicherung besteht darin, möglichst frühzeitig alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.«[88]

Bei Leistungen durch die Rentenversicherung liegt das Ziel darin, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit tritt als Ziel auch die Erhaltung eines vorhandenen Arbeitsplatzes hinzu.

Unter Berücksichtigung der Ausführungen zu dem eher dynamischen Verlauf psychischer Erkrankungen wäre hier als Besonderheit zu berücksichtigen, dass eine abschließende Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und des Rehabilitationsbedarfs in aller Regel nicht vor der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen möglich ist. Genau dies wird aber faktisch gefordert.

Damit entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsprognose, dessen Folgen für die schwer psychisch erkrankten Menschen in den Begutachtungshinweisen der Rentenversicherungsträger »zwischen den Zeilen« herausgearbeitet wird.

Hier wird einerseits die Bedeutung einer frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen herausgestellt: »Die Erfahrung zeigt, dass die Aussicht auf Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme deutlich zunimmt, wenn diese rechtzeitig eingeleitet wird. Gerade bei psychischen Störungen besteht die Gefahr einer Chronifizierung, nicht nur durch die Störung selbst, sondern auch durch die Wechselwirkungen zwischen der unmittelbaren Beeinträchtigung und Einflüssen des Umfeldes.«[89]

Gleichzeitig wird aber an anderer Stelle im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) unter Bezugnah-

88 Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.): Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation (Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V) von 12.03.2001, S. 14/15.

89 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen. Hinweise zur Begutachtung. Frankfurt/Main 2001, S. 7.

me auf »mittlerweile langjährige Erfahrungen« herausgestellt, »dass derartige Maßnahmen häufig erst nach einem länger bestehenden Krankheitsverlauf über den Zeitraum von etwa zwei bis drei Jahren sinnvoll sind, da der Betroffene über eigene Erfahrungen mit seiner Krankheit verfügen muss, um von einer Rehabilitation profitieren zu können«.[90]

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen stellt sich die Frage, wie während des hier beispielhaft genannten Zeitraums von zwei bis drei Jahren der Zugang des psychisch erkrankten Menschen auf die im Einzelfall notwendigen Hilfen gewährleistet werden kann.

Da nun im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung der Zugang zu den Rehabilitationsleistungen gestuft ist und auch hier eine günstige Prognose gefordert wird, werden die Betroffenen faktisch häufig auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenbehandlung, insbesondere fachärztliche Behandlung verwiesen und auf Hilfen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz beispielsweise im Rahmen betreuter Wohnformen erbracht werden.

3.6.2 Die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen

Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist zu berücksichtigen, dass die gesetzlich vorgegebene Regeldauer in den letzten Jahren deutlich verkürzt worden ist. So sollen entsprechend den Bestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen zur ambulanten Rehabilitation für längstens 20 Tage und stationäre Rehabilitationsleistungen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, dass eine Verlängerung der Maßnahme aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (§ 40 Abs. 3 SGB V). Auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung wird bei stationären Leistungen ein Zeitraum von längstens drei Wochen zugrunde gelegt, der verlängert werden kann, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (§ 15 Abs. 3 SGB VI).

Nun wird zwar die Möglichkeit längerer Zeiträume insbesondere auch bei psychischen Erkrankungen in Betracht gezogen – es bleibt aber gleichwohl festzuhalten, dass die konzeptionelle Vorstellung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen – mit Ausnahme der in den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) erbrachten eher von vergleichsweise kurzen und eben nicht von längerfristig konzipierten Zeiträumen mit der Möglichkeit zu einer flexiblen Leistungserbringung geprägt ist.

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird in der Praxis bei den vorbereitenden bzw. fördernden Maßnahmen zu Beginn eine zumindest halbschichtige Belastbarkeit und für Maßnahmen zur Qualifizierung und Ausbildung regelmäßig vollschichtige Belastbarkeit vorausgesetzt.

Entsprechend der sozialrechtlichen Vorgabe sollen Leistungen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist. Es besteht dabei nur die Möglichkeit der Verlängerung, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen (§ 37 SGB IX). Es fehlt die Möglichkeit, Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen auch als »Teilzeitmaß-

90 Ebd., S. 35.

nahme«[91] oder flexibel (Teilzeit/Vollzeit und der Möglichkeit der Unterbrechung) durchzuführen.

3.6.3 Defizite in der Infrastruktur und ihre Folgen

Die im Sozialrecht normierte Aufgabe der Leistungsträger dafür Sorge zu tragen, dass »die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (§ 19 Abs. 1 SGB IX, § 17 Abs. 1 SGB I) ist für den Bereich der Rehabilitation schwer psychisch kranker und behinderter Menschen noch völlig unzulänglich umgesetzt. Dies betrifft insbesondere die Verfügbarkeit von Angeboten durch Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und die Flexibilisierung dieser Konzeption (vgl. hierzu die Bestandaufnahme in Kap. 3).

In diesem Zusammenhang ist auch auf das Problem hinzuweisen, dass mit dem SGB IX zwar die Leistungskataloge weitgehend harmonisiert worden sind, aber nicht die Anforderungen an die Leistungserbringer. So normiert das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als Anforderung an Rehabilitationseinrichtungen, dass diese grundsätzlich unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen müssen (§ 107 Abs. 2 SGB V), während nach den Bestimmungen für die gesetzliche Rentenversicherung die Einrichtung nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen muss, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert (§ 15 Abs. 2 SGB VI).

Dieser Aspekt betrifft einen Teil der Problematik im Konflikt um die Finanzierungszuständigkeit für die in Übergangseinrichtungen erbrachten Leistungen, der in Folge des In-Kraft-Tretens des SGB IX wieder aktuell geworden ist. Mit dem SGB IX erfolgte eine Neufassung der Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Bundessozialhilfegesetz, die nun ausdrücklich auch die medizinische Rehabilitation mit umfassen (§ 40 BSHG): Diese Einrichtungen stehen nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung, haben aber einen Vertrag mit den Rentenversicherungsträgern zur Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Auf diese Problematik wird später noch ausführlich eingegangen (Kapitel 3.2). Ein weiterer Teil der Problematik liegt darin, dass die Krankenkassen einerseits weithin keinen Bedarf für »weitere« Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen sehen und andererseits in Verhandlungen über Verträge mit (potenziellen) Leistungserbringern darauf zielen, die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen auf Zeiträume zu befristen, die mehr oder weniger deutlich unter dem in der RPK-Empfehlungsvereinbarung genannten von »bis zu einem Jahr« liegen.

Die Folgen der bestehenden Defizite in der Verfügbarkeit von Angeboten zur medizinischen Rehabilitation, die entsprechend den spezifischen Bedürfnissen schwer und chronisch psychisch kranker Menschen ausgestaltet sind, besteht darin, dass dieser Personenkreis

91 Nach der Vorgabe des § 33 Abs. 2 SGB IX sind auch in Teilzeit nutzbare Angebote vorgesehen, die aber zum einen bislang kaum realisiert wurden und für die zum anderen nur behinderte Frauen als Adressatinnen explizit genannt werden.

- teilweise auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation in psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken verwiesen wird,[92] die aber dem spezifischen Bedarf an Hilfen nicht gerecht werden;
- zu einem erheblichen Teil – wie bereits bei 2.6.1 ausgeführt – auf Leistungen der Krankenbehandlung verwiesen werden, die sich derzeit weithin auf die ärztliche Behandlung beschränkt und im Übrigen auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz angewiesen sind, die im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht werden. Daneben wird auch ein erheblicher Teil von Hilfen durch Angehörige erbracht.

Auf die unzulängliche Entwicklung und Ausgestaltung bzw. Umsetzung von Leistungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, die in die Zuständigkeit der Krankenversicherung fallen, wird noch im folgenden Kapitel näher eingegangen.

4 Einrichtungen und Dienste

Das System der Hilfeangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen befindet sich in den letzten drei Jahrzehnten in einem Prozess der fortlaufenden Weiterentwicklung. Ein wesentliches Ziel war und ist dabei der Auf- und Ausbau wohnortnaher und ambulanter Hilfen, um die Einbindung des sozialen Umfeldes in die Versorgung zu ermöglichen und für den psychisch behinderten Menschen den Verbleib im gewohnten Lebensfeld zu gewährleisten. Diese Entwicklung war und ist aber von teilweise erheblichen regionalen Unterschieden geprägt, nicht nur hinsichtlich der Ausgestaltung von Hilfeangeboten, sondern auch bezüglich der Verfügbarkeit. Deutlich wurde dies auch bei den Regionalerhebungen, die im Rahmen des Projektes durchgeführt wurden.

Der Auf- und Ausbau von Hilfeangeboten war vor dem Hintergrund bestehender Organisationsstrukturen, Leistungszuständigkeiten und Finanzierungsregelungen zunächst von einer fortschreitenden institutionellen Differenzierung (und nicht von einer personen- und bedarfsorientierten Flexibilisierung institutioneller Leistungsangebote) geprägt. Diese Entwicklung führte dazu, dass sich einerseits mehr oder weniger große Überschneidungen zwischen den Aufgabenbereichen und Leistungsangeboten der verschiedenen Einrichtungen und Dienste ergaben, was andererseits eine sinnvolle Abgrenzung institutioneller Aufgabenprofile erschwert und in Teilbereichen nahezu unmöglich macht.

Diese Situation gab Anlass, die herkömmliche »einrichtungsbezogene« Betrachtungsweise aufzugeben und eine funktionale Betrachtungsweise zu Grunde zu legen. Danach ist für die Qualität und Leistungsfähigkeit eines gemeindepsychiatrischen Hilfesystems die Zahl der

92 In diesem Zusammenhang ist u. a. auch das Direktionsrecht der Leistungsträger bei Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, das im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung explizit geregelt ist: Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 2 SGB V).

vorhandenen Einrichtungen und Dienste nur von nachrangiger Bedeutung. Entscheidend ist, dass die vorhandenen Einrichtungen und Dienste in der Lage sind, die für den regionalen Bedarf erforderlichen Hilfefunktionen in den Bereichen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe bezogen auf die Lebensfelder

- Selbstversorgung/Wohnen
- Teilhabe am Arbeitsleben
- Tagesgestaltung und Kontaktstiftung

zu gewährleisten.

Im Zuge der Weiterentwicklung kommt daher insbesondere für den Personenkreis der chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen der Umsetzung personenbezogener Hilfen durch eine Flexibilisierung »institutioneller Leistungspakete« im Zuge des Aufbaus gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme große Bedeutung zu. Der zum Teil komplexe Bedarf an rehabilitativen und nachgehenden Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen erfordert dabei ein jeweils entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls abgestimmtes und integriertes Angebot.

Gegenwärtig ist das »System« der Hilfeangebote allerdings noch weithin von einer institutionellen Differenzierung geprägt, wobei der Versuch einer systematischen Darstellung dadurch erschwert wird, dass

- der überwiegende Teil der Angebote jeweils ein – teilweise breit gefächertes – Spektrum von Hilfen anbietet; dementsprechend bestehen Überlappungen zwischen den Aufgabenbereichen einzelner Einrichtungen und Dienste, die regional unterschiedlich ausgeprägt sind;
- die Einrichtungen und Dienste hinsichtlich ihrer Aufgabenstellung, personeller Ausstattung oder konzeptioneller Ausgestaltung selbst bei identischer Bezeichnung nicht nur von Land zu Land, sondern auch von Angebot zu Angebot teilweise erhebliche Unterschiede aufweisen können;
- es sich bei der Bezeichnung der einzelnen Dienste und Einrichtungen zunächst um »kostentechnische Bausteine« handelt, für die teilweise – aufgrund von Unterschieden in den zugrunde liegenden Konzeptionen – auch bei gleicher Bezeichnung unterschiedliche Finanzierungsregelungen bzw. -vereinbarungen bestehen.

In der nachfolgenden Darstellung der insgesamt in Deutschland gegenwärtig bestehenden Einrichtungen und Dienste wird jeweils – soweit bekannt – auf unterschiedliche Ausgestaltungen hingewiesen.

Unter Berücksichtigung der Situation, dass chronisch psychisch erkrankte und behinderte Menschen je nach Situation des Einzelfalles gleichzeitig oder nacheinander Leistungen benötigen, die sozialrechtlich den Bereichen

- Teilhabe am Arbeitsleben
- medizinische Rehabilitation
- Behandlung
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

zuzuordnen sind, wird ein Überblick über das gesamte Spektrum von Einrichtungen und Diensten in diesen Bereichen gegeben. Die Gliederung der Darstellung orientiert sich dabei an dieser sozialrechtlichen Differenzierung.

4.1 Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben steht ein breiter Fächer von Leistungen zur Verfügung, der von berufsvorbereitenden Maßnahmen über Aus-, Fort- und Weiterbildung bis hin zu Integrationshilfen reicht.

Berufsfördernde Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können in Betrieben, durch Bildungsträger oder in außerbetrieblichen Rehabilitationseinrichtungen, aber auch in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden, die Ausbildungsmaßnahmen für Behinderte durchführen. Außerbetriebliche Rehabilitationseinrichtungen sind insbesondere Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Werkstätten für behinderte Menschen. Maßnahmen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation werden nur gefördert, wenn Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Rehabilitationserfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen.

4.1.1 Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Bei den Integrationsfachdiensten handelt es sich um einen noch relativ neuen »Baustein« im institutionellen Gefüge der Einrichtungen und Dienste, der aus zwei Elementen zusammengefügt wurde:

- Einerseits aus den seit Ende der 70er-Jahre entstandenen Fachdiensten für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben (Berufsbegleitende Dienste [BBD]; zuvor teilweise auch als Psychosoziale Fachdienste [PSD] bezeichnet).
- Andererseits aus den Ende der 80er-Jahre zunächst im Rahmen einer modellhaften Erprobung geschaffenen Integrationsfachdiensten mit der Aufgabe der Beratung und Vermittlung von arbeitslosen schwerbehinderten Menschen, wobei ein Teil dieser Dienste im Rahmen eines Förderprogramms der Hauptfürsorgestellen und ein weiterer Teil im Rahmen eines Förderprogramms des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung aufgebaut wurde.

Der flächendeckende Aufbau von Integrationsfachdiensten wurde im Vorgriff auf das SGB IX bereits Ende 2000 mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vorgesehen und ist nunmehr im SGB IX geregelt.

Die Integrationsfachdienste wenden sich insbesondere an schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung. Hierzu gehören ausdrücklich auch Menschen mit einer seelischen Behinderung, die sich im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert.

Die Aufgabenstellung der Integrationsfachdienste umfasst sowohl die Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen als auch die Information und Beratung von Arbeitgebern. Zu den Aufgaben gehört im Einzelnen,

- die Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen zu bewerten und einzuschätzen und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten,

- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen,
- die schwerbehinderten Menschen auf den vorgesehenen Arbeitsplatz vorzubereiten und sie – solange erforderlich – am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten am konkreten Arbeitsplatz zu begleiten,
- mit Zustimmung des schwerbehinderten Menschen die Mitarbeiter im Betrieb oder der Dienststelle über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln zu informieren und zu beraten,
- eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchzuführen,
- als Ansprechpartner für den Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen.

Zu den Aufgaben der Integrationsfachdienste gehört damit auch die ***begleitende Hilfe im Arbeitsleben*** in der Zuständigkeit des Integrationsamtes, die bis zum In-Kraft-Treten des SGB IX vielfach durch eigenständige, teilweise speziell für einzelne Behinderungsarten konzipierte Berufsbegleitende Dienste (in Bayern die Arbeitsassistenz) wahrgenommen wurde. Ziel der begleitenden Hilfe ist,

- dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken,
- auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können und
- durch Leistungen der Rehabilitationsträger und der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten.

Seit dem In-Kraft-Treten der gesetzlichen Neuregelung sind vielerorts die früher eigenständigen Berufsbegleitenden Dienste in die Integrationsfachdienste integriert worden. Durch diese Zusammenführung und die Vorgabe, nach der in einem Arbeitsamtsbezirk jeweils nur ein Integrationsfachdienst beauftragt werden soll (§ 111 Abs. 5 SGB IX), hat sich die Gesamtzahl der Dienste (Berufsbegleitende Dienste und Dienste zur beruflichen Integration) vermindert. Das aktuelle Verzeichnis der Integrationsfachdienste führt insgesamt 241 Dienste auf.[93]

Ob und welche Konsequenzen sich aus dieser sinnvollen strukturellen Weiterentwicklung für den Personenkreis der psychisch behinderten Menschen ergeben, ist derzeit noch nicht absehbar. Anlass zur Besorgnis gibt hier allerdings die Tendenz, dass Zielgruppen, für welche die Integrationsfachdienste ursprünglich quasi »erfunden« wurden, nicht mehr im bisherigen Umfang von ihnen profitieren.[94]

---

93 Bundesanstalt für Arbeit: Verzeichnis der Integrationsfachdienste, Stand April 2003.

94 Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf, Jahresbericht 2000/2001, Karlsruhe 2001, S. 25. Diese Tendenz wird in dem Sachstandsbericht zum 30.06.2001 der Begleitforschung zu den Modellprojekten »Integrationsfachdienste in Deutschland« des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung herausgearbeitet und darauf verwiesen, »dass die derzeit geltenden Finanzierungsregelungen einen erheblichen Druck in eine Ausbildung von Integrationsfachdiensten«, die ihren Schwerpunkt in der Vermittlung von Menschen mit körperlichen Behinderungen haben. »Die damit verbundene Gefahr ist allerdings durchaus nicht nur die einer nicht oder schwer reparablen Schädigung der Landschaft sozialer Dienste. Wenn Integrationsfachdienste schwergewichtig als eine Art zielgruppenspezifische ›Vermittlung durch Dritte‹ installiert werden, so wird unserer Auffassung nach langfristig eine Erosion der institutionellen und professionellen Standards der Schwerbehindertenvermittlung der Arbeitsämter und der Integrationsfachdienste zwangsläufig die Folge sein.« S. 18

Berufliche Begleitung

Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen[95] (jetzt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen [BIH]) gab es in Deutschland im Jahr 2000 insgesamt 414 Berufsbegleitende Dienste, die im Auftrag der Integrationsämter bei den freien Trägern eingerichtet sind und die aus der Ausgleichabgabe finanziert werden. Diese Fachdienste nehmen als Kernaufgabe die psychosoziale Betreuung im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben (früher nach § 31 Abs. 2 Satz 3 SchwbG, jetzt nach § 102 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) wahr. Mit dieser Aufgabe sind die Dienste ein fester und bewährter Bestandteil des Hilfeangebotes für schwerbehinderte Menschen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, aber von Arbeitsplatzverlust bedroht sind. In Folge des zum 1.7.2001 in Kraft getretenen SGB IX und der dortigen Neuregelung der Aufgaben der Integrationsfachdienste sind inzwischen die bisherigen berufsbegleitenden Dienste der Integrationsämter in der neuen Struktur der Integrationsfachdienste aufgegangen.

Im Jahr 2001 waren in der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben insgesamt 320 Dienste mit 480 Fachkräften tätig, darunter 294 Dienste mit 450 Fachkräften bei beauftragten freien Trägern. Die deutliche Verminderung der Zahl der Dienste im Jahr 2001 gegenüber 2000 ergibt sich aus der neuen Struktur der Integrationsfachdienste und der gesetzlichen Vorgabe, nach der in jedem Arbeitsamtsbezirk nur ein Integrationsfachdienst beauftragt werden soll (§ 111 Abs. 5 SGB IX). Während es früher in etlichen Regionen – wie vorstehend ausgeführt – auch spezialisierte und nach Behinderungsarten differenzierte berufsbegleitende Dienste gab, sind diese nun unter dem Dach eines Integrationsfachdienstes zusammengeführt worden.

Die psychosoziale Betreuung ist als Bündel von Beratungs- und längerfristigen Unterstützungsdienstleistungen zu verstehen, die betriebsnah angeboten werden und sich nicht nur an den behinderten Menschen, sondern auch an dessen Arbeitgeber richten. Es geht dabei um psychosoziale Problemsituationen, um Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz, die nicht mit technischen Änderungen des Arbeitsumfeldes gelöst werden können oder um zwischenmenschliche Probleme der behinderten Menschen mit ihren Vorgesetzten oder Kollegen. Schwierigkeiten dieser Art können insbesondere bei seelisch behinderten Menschen entstehen, aber auch bei anderen Behindertengruppen sind solche Arbeitsplatzprobleme nicht selten, sodass sich der Berufsbegleitende Fachdienst keineswegs ausschließlich als Fachdienst für seelisch behinderte Menschen versteht. Gleichwohl gab es eine größere Zahl von Diensten, die ausschließlich für psychisch behinderte Menschen tätig wurden.

Im Zuge der Weiterentwicklung und des weiteren Ausbaus der Dienste zur beruflichen Begleitung hat der Anteil von Menschen mit einer psychischen Behinderung kontinuierlich abgenommen von 65,4 % im Jahr 1993 bis auf 45,5 % in 2001.

95 Die nachfolgenden Ausführungen beinhalten eine Zusammenfassung und Auszüge aus: Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf, Jahresbericht 2000/2001, Karlsruhe 2001.

Tabelle A-5: Anteil von Menschen mit psychischer Behinderung in allen Diensten zur psychosozialen Betreuung – Berufsbegleitende Dienste/Integrationsfachdienste (in Prozent)[96]

Jahr	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Anteil	65,5	61,8	58,1	54,0	54,3	54,1	52,2	49,2	45,5

Diese Entwicklung ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass das Angebot der begleitenden Hilfe zunehmend von Menschen mit körperlichen Behinderungen und Sinnesbehinderungen in Anspruch genommen wird.

Integrationshilfen/Vermittlung

Im Jahr 2000 gab es erst 114 Dienste, die auch Aufgaben im Bereich der Vermittlung von »Problemgruppen« unter den schwerbehinderten Arbeitslosen, insbesondere Menschen mit einer seelischen oder geistigen Behinderung wahrnahmen. Die regionale Verteilung war dabei sehr unterschiedlich und reichte je nach Integrationsamt (früher: Hauptfürsorgestelle) von 30 Diensten bis zu überhaupt keinem Dienst zur Integrationsbegleitung.

Inzwischen sind – entsprechend der Vorgabe des SGB IX, wonach pro Arbeitsamtsbezirk ein Integrationsfachdienst geschaffen werden soll – Integrationsfachdienste flächendeckend eingerichtet. Für den Bereich der Arbeitsvermittlung liegt die (finanzielle) Zuständigkeit bei den Arbeitsämtern, die mit dieser Aufgabe die Integrationsfachdienste beauftragen.

Bei der Umsetzung der mit dem SGB IX getroffenen rechtlichen Regelungen bilden seelisch oder geistig behinderte Menschen nicht mehr die Hauptzielgruppe der Vermittlungs- und Integrationsbemühungen. Vielmehr verlagern sich die Schwerpunkte zu allen schwerbehinderten Menschen, die beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Gefördert wurde diese Entwicklung durch die Kampagne der Bundesregierung »50.000 Jobs für Schwerbehinderte«, in deren Folge sich die Integrationsbemühungen vorrangig auf den Personenkreis der arbeitslos gemeldeten schwerbehinderten Menschen konzentriert haben.

Diese Verschiebung gibt Anlass zu großer Sorge, dass hier die besonderen Belange und die spezifische Situation psychisch behinderter Menschen aus dem Blick geraten: Hauptauftraggeber für die Integrationshilfen ist die Bundesanstalt für Arbeit, die aber nur dann tätig wird, wenn der behinderte Mensch arbeitslos gemeldet ist. Psychisch behinderte Menschen, die sich noch in einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation befinden sind aber häufig oder sogar in der Regel (noch) nicht arbeitslos gemeldet; Ähnliches gilt,

96 Quellen: Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen, Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz: Jahresbericht 1998/1999, S. 23, Jahresbericht 1999/2000, S. 25, Jahresbericht 2000/2001, S. 23; Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Jahresbericht 2001/2002, S. 27. Zu dieser prozentualen Darstellung wurde von einem Mitarbeiter eines Integrationsamtes mündlich angemerkt, dass sie insofern ein verzerrtes Bild ergeben als die absolute Zahl der Menschen mit psychischer Behinderung insgesamt eher gleich bleibend sei. Dem ist wiederum entgegenzuhalten, dass unter den als schwerbehindert anerkannten Menschen in den letzten Jahren der Anteil von Menschen mit psychischer Behinderung zugenommen hat, sodass deren Anteil selbst dann rückläufig wäre, wenn die absolute Zahl eher gleich bleibend ist.

wenn sie schon seit längerem nicht mehr erwerbstätig gewesen sind und aufgrund ihrer Behinderung als dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehend gelten.

Im Jahresbericht 2001/2002 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen wird die derzeitige »Prioritätensetzung beim Abbau der ›registrierten‹ Arbeitslosigkeit« angesichts der politischen Vorgaben zwar als nachvollziehbar gesehen, aber gleichzeitig wird angemahnt, dass die Arbeitsämter ihrer Aufgabe und Verpflichtung auch den Übergang von Menschen mit Behinderungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu fördern langfristig nachkommen müssen.

In diesem Zusammenhang verweist der Bericht darauf, dass sich eine Reihe von Integrationsämtern, insbesondere in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, sich noch nicht vollständig aus der Mitfinanzierung der Vermittlung von arbeitslosen schwerbehinderten Arbeitnehmern zurückgezogen haben: »Besonders dort, wo schon vor der Gesetzesänderung und der Schaffung der Integrationsfachdienste modellhafte Dienste zur Vermittlung speziell von psychisch und geistig behinderten Menschen zur Vermeidung einer Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen geschaffen wurden, sollen diese Mittel weiter dazu beitragen, dass auch in diesem Aufgabengebiet die Bemühungen fortgesetzt werden. Geschähe dies nicht, würde dies zu Lasten dieser besonderen Zielgruppe gehen, weil die Arbeitsämter die Prioritäten ihrer eigenen Fallzuweisungen an die Integrationsfachdienste bei schwerbehinderten Arbeitslosen sehen, die beim Arbeitsamt als arbeitslos registriert sind.«[97]

Schwerbehinderteneigenschaft

Für den Zugang zu Leistungen der begleitenden Hilfe durch das Integrationsamt bildet das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft eine wichtige Leistungsvoraussetzung. Gerade für den Personenkreis der Menschen mit einer psychischen Behinderung ist diese Leistungsvoraussetzung aus fachlicher Sicht nach wie vor sehr umstritten, da die förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft aus therapeutischen Gründen häufig contraindiziert ist. Sie wird von den psychisch behinderten Menschen häufig als »Festschreibung« von bestehenden Beeinträchtigungen empfunden, die eine resignative Einstellung bezüglich möglicher Besserungen fördern oder verfestigen kann.[98] Aus diesem Grund wurden – zumindest in den ersten Jahren nach Einführung dieses Hilfeangebotes – für diesen Personenkreis auch »Ersatztatbestände« (insbes. vorausgegangene stationäre psychiatrische Behandlung) anerkannt. Diese Praxis hat sich jedoch als rechtlich nicht haltbar erwiesen. In der Folge werden heute Leistungen der begleitenden Hilfe durch das Integrationsamt weithin nur noch für Menschen erbracht, die das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft oder der Gleichstellung nachweisen. Seit dem In-Kraft-Treten des SGB IX ist die Aufnahme von behinderten Menschen ohne Schwerbehindertenausweis über ein so genanntes Ersatzverfahren in die Betreuung nach Information der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen rechtlich noch problematischer geworden.[99]

97 Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Jahresbericht 2001/2002, S. 28.

98 Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kap. 1.5.

99 Bundesarbeitsgemeinschaft der Hauptfürsorgestellen, Jahresbericht 2001/2002, S. 27.

Aus der nachstehenden Tabelle wird ersichtlich, dass die Zahl der behinderten Menschen, die auf der Grundlage eines »Ersatztatbestands« in die Betreuung aufgenommen wurden, in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, aber mit einem niedrigen Anteil (unter 15 %) weiter vorhanden ist.

Tabelle A-6: Begleitende Hilfe – Schwerbehinderteneigenschaft (laufende Fälle)[100]

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001[101]
Schwerbehindertenausweis	62,0	60,5	65,9	68,9	73,7	75,0	75,4	74,3	75
Gleichstellung	2,9	3,5	3,7	4,8	5,2	6,1	6,4	7,4	7
GdB beantragt	4,7	6,3	6,6	5,9	5,2	5,2	5,1	4,8	6
Ersatztatbestand u. a.	30,3	29,8	23,8	20,5	16,0	14,6	13,2	13,5	12
Zahl der Fälle	6.256	7.778	8.803	8.263	8.672	8.801	9.381	8.961	17.993

Andererseits ist gerade für viele Menschen mit einer seelischen Behinderung der Zugang zu Leistungen der Integrationsfachdienste auch ohne formelle Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft von elementarer Bedeutung.

Die Tabelle A-7 mit Daten über die Beratungs- und Integrationsbegleitungsfälle der Integrationsfachdienste in den Jahren 1999 und 2000 macht die Größe des Problems deutlich: Fast die Hälfte der psychisch behinderten Menschen, die Leistungen der Integrationsfachdienste in Anspruch nahmen, war weder formell als schwerbehindert noch als gleichgestellt anerkannt.

Während auf der einen Seite das SGB IX vorgibt, den besonderen Bedürfnissen seelisch Behinderter Rechnung zu tragen, wird auf der anderen Seite durch die aktuelle Kampagne gerade für diesen Personenkreis eine Zugangsbarriere errichtet, indem sie sich ausschließlich auf (formell anerkannte und dementsprechend in der Statistik auch ausgewiesene) Schwerbehinderte bezieht. Dieser paradoxen Situation ist dringend abzuhelfen.

Aus der Tabelle A-7 wird nicht nur deutlich, dass Menschen mit einer psychischen Behinderung noch die größte Gruppe bildeten, sondern auch, dass in dieser Gruppe die meisten Klienten zu finden waren, die förmlich weder als schwerbehindert oder gleichgestellt anerkannt waren.

100 Quellen: Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz, Jahresbericht 1998/1999, S. 23; Jahresbericht 1999/2000, S. 25; Jahresbericht 2000/2001, S.23; Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Jahresbericht 2001/2002, S. 27.

101 Für das Jahr 2001 ist bei der Zahl der Fälle im Vergleich zu den Vorjahren nahezu doppelt so hoch; dies gründet sich aber nicht auf eine tatsächliche Steigerung der Fälle, sondern auf unterschiedliche Erfassungskriterien: Bis zum Jahr 2000 wurden nur diejenigen als »laufende Fälle« einbezogen, bei denen zum Jahresende noch eine Betreuung bestand; demgegenüber sind für 2001 alle Klienten einbezogen worden, die in dem Jahr Leistungen der begleitenden Hilfe erhalten haben. Im Jahr 2000 waren es insgesamt 17.367 behinderte Menschen, die diese Hilfe erhalten haben. Allerdings liegt weder für dieses noch für die vorausgegangenen Jahre eine Differenzierung nach Art des Nachweises der Schwerbehinderteneigenschaft für alle Fälle vor.

Tabelle A-7: Beratungs- und Integrationsbegleitungsfälle der Integrationsfachdienste[102]

Jahr	Gesamt	Psychisch behinderte Menschen	Geistig behinderte u. lernbehin. Menschen	Sinnesbehinderte Menschen	Körperbehinderte Menschen und Sonstige
1999 Gesamtfallzahl	11.719	4.970	3.019	427	3.303
2000 Gesamtfallzahl	11.450	4.953	2.792	486	3.219
Anteil nach Art der Behinderung in v.H.					
1999	100,00	42,41	25,76	3,64	28,18
2000	100,00	43,26	24,38	4,24	28,11
Anteil schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen in v.H.					
1999	77,38	57,26	87,74	90,71	90,00
2000	75,34	52,13	90,20	93,57	86,21

In zahlreichen Mitteilungen aus der Praxis wurde berichtet, dass sich hinsichtlich der Zusammensetzung der Klientel der Integrationsfachdienste seit 2001 starke Veränderungen ergeben haben, nach denen sowohl der Anteil psychisch behinderter wie auch der Anteil nicht schwerbehinderter Menschen deutlich rückläufig sein soll. Da die neuen IFD-Monatsstatistiken nicht mehr das Merkmal »Art der Behinderung« enthalten und eine Differenzierung des Personenkreises nur in Bezug auf eine Zuordnung zu einer der vier Gruppen (1. Schwerbehinderte mit besonderem Integrationsbedarf, 2. WfbM-Beschäftigte, 3. schwerbehinderte Schulabgänger, 4. nicht schwerbehinderte Behinderte) erfolgt, lässt sich der Rückgang des Anteils psychisch behinderter Menschen nicht belegen; deutlich wird aber, dass der Anteil von nicht schwerbehinderten Behinderten drastisch zurückgegangen ist: Deren Anteil lag bis zum im Jahr 2000 noch deutlich über 20 % und ist auf rund 6 % im Zeitraum Januar bis Oktober 2002 zurückgegangen.

Eine im Rahmen des Projekts im Sommer 2002 bei den Integrationsämtern durchgeführte Umfrage ergab allerdings, dass es bei der Verfahrensweise zur Anerkennung bzw. des Nachweises der Schwerbehinderteneigenschaft Unterschiede gibt:

- Überwiegend wurde mitgeteilt, dass Leistungen der begleitenden Hilfe gem. SGB IX 2. Teil nur von anerkannt schwerbehinderten oder gleichgestellten Menschen in Anspruch genommen werden kann und es kein »alternatives Verfahren« gibt. Behinderte Menschen ohne diesen Status können beraten werden, es erfolgt aber keine formelle Betreuungsaufnahme (u.a. Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Sachsen-Anhalt). Das Verfahren zur Anerkennung erfolgt nur auf Antrag des behinderten Menschen oder seines gesetzlichen Vertreters (rechtlicher Betreuer).
- In Nordrhein-Westfalen wird ein Amtshilfeverfahren – wie es Mitte der 90er-Jahre zwi-

102 Quellen: Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen: Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz, Jahresbericht 1999/2000, S. 26 – Angaben von 118 Integrationsfachdiensten; Jahresbericht 2000/2001, S. 25 – Angaben von 114 Integrationsfachdiensten.

schen dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen (jetzt BIH) vereinbart wurde – angewendet, nach der für einen Übergangszeitraum der Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft auch ohne formelles Anerkennungsverfahren erbracht werden kann: Die Integrationsämter beim Landschaftsverband Rheinland und beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe teilten gleich lautend mit, dass bei Personen mit einer psychischen Behinderung, die nicht die förmliche Anerkennung beantragen, das Landesversorgungsamt auf der Grundlage vorliegender ärztlicher Unterlagen prüft, ob die Schwerbehinderteneigenschaft vorliegt oder die Voraussetzungen für eine Gleichstellung gegeben sind. Ist dies der Fall, kann der behinderte Mensch für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr betreut werden, wobei er in dieser Zeit möglichst zu einem formellen Anerkennungsverfahren bewegt werden soll.

- In einigen weiteren Ländern bzw. Regionen (Rheinland-Pfalz, Saarland, Schwaben und Oberfranken) können Leistungen der begleitenden Hilfe für Personen, die trotz einer psychischen Behinderung keinen Schwerbehindertenausweis beantragen, auch dann die Leistungen der begleitenden Hilfe in Anspruch nehmen, wenn eine fachärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, die begründete Aussagen im Sinne der »Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz« enthält.

  Das Integrationsamt bei der Regierung von Schwaben weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass bei Vorlage einer derartigen »Offensichtlichkeitsbescheinigung« nur Leistungen der begleitenden Hilfe gewährt werden. »Kündigungsschutz und finanzielle Hilfsmöglichkeiten bestehen dadurch nicht. Hierfür wäre eine tatsächliche Feststellung durch das Versorgungsamt notwendig.«[103] Dieser Sachverhalt gilt allerdings nicht nur für Schwaben, sondern bundesweit.
- In Schleswig-Holstein kann bei Vorliegen eines fachärztlichen Gutachtens oder bei Vorliegen einer psychosozialen Behinderung, die ein amtliches Feststellungsverfahren ausschließt, »für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren eine Betreuung durch den IFD ohne eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung erfolgen«.[104]

Bei den Antworten wurde nur von Berlin auf die mit dem SGB IX eröffnete Möglichkeit der Beauftragung durch einen Rehabilitationsträger hingewiesen, die zumindest rechtlich auf einen »Ausweg« hinweist.

»Sollte eine SB-Anerkennung aus fehlender Krankheitseinsicht nicht praktikabel sein, verweist das Integrationsamt an den zuständigen Reha-Träger, der auch unabhängig von einer anerkannten Schwerbehinderung Leistungen erbringen kann (einschließlich Beauftragung des IFD).«[105]

Angaben, ob die Reha-Träger von dieser Möglichkeit auch Gebrauch machen, sind hier leider nicht zu finden. Dafür wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen eine überaus ernüchternde Bilanz gezogen: »Die Mög-

103 Regierung von Schwaben, Schreiben vom 23.07.2002.

104 Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein, Schreiben vom 15.08.2002.

105 Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, Schreiben vom 05.08.2002.

lichkeit der Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch andere Rehabilitationsträger wird praktisch nicht genutzt. Die entsprechende gesetzliche Regelung läuft derzeit vollkommen ins Leere.«[106]

4.1.2 Übersichten zu Arbeits- und Beschäftigungsangeboten sowie Rehabilitationseinrichtungen für behinderte Menschen

Die nachstehenden Übersichten sollen – bevor im Folgenden eine Darstellung zu den einzelnen »institutionellen Bausteinen« erfolgt – einen orientierenden Überblick zum Stand der Entwicklung und Verbreitung der besonderen Angebote zu Arbeit und Beschäftigung für behinderte Menschen sowie speziellen Rehabilitationseinrichtungen vermitteln.

Tabelle A-8: Werkstattplätze und teilstationäre Angebote zur Beschäftigung und Tagesstruktur für behinderte Menschen pro 1.000 Einwohner – Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre – Stichtag 31.12.2001[107]

Land	Teilstationäre Tagesstätte	Andere Beschäftigungsangebote	Integrationsprojekte	Eigenständige Tagesförderstätte	Tagesförderstätten in WfbM	Werkstattplätze
Baden-Württem.	0,00	0,10	0,01	0,03	0,23	3,53
Bayern	0,14	0,14	0,00	0,00	0,33	3,66
Berlin	0,29	0,01	0,07	0,12	0,44	2,17
Brandenburg	0,15	0,05	0,08	0,05	0,39	4,31
Bremen	0,97	0,00	0,04	0,00	0,03	5,35
Hamburg	0,68	0,16	0,00	0,57	0,00	2,09
Hessen	0,31	0,02	0,09	0,01	0,17	3,52
Mecklenb.-Vorp.	0,57	0,02	0,01	0,07	0,18	4,47
Niedersachsen	0,14	0,00	0,00	0,07	015	4,28
Nordrhein-Westf.	0,14	0,01	0,04	0,00	0,00	4,49
Rheinland-Pfalz	0,19	0,01	0,09	0,32	0,00	4,35
Saarland	0,00	0,00	0,05	0,50	0,10	4,05
Sachsen	0,03	0,00	0,10	0,00	0,15	4,37
Sachsen-Anhalt	0,12	0,00	0,04	0,00	0,20	4,21
Schleswig-Holst.	0,17	0,00	0,03	0,07	0,06	4,39
Thüringen	0,29	0,01	0,05	0,07	0,30	4,14
Bund	0,17	0,04	0,04	0,06	0,17	3,96

106 Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Jahresbericht 2001/2002, S. 28.

107 Quelle: con_sens Hamburg: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, 2003, Abb. 7.

Die Übersicht lässt auf den ersten Blick erkennen, dass die Werkstätten für behinderte Menschen quantitativ das bedeutsamste Angebot darstellen und rund 90 % der Arbeits-/Beschäftigungsplätze vorhalten.

Bei weitem nicht so deutlich ausgeprägt ist die zentrale Stellung der Werkstätten für behinderte Menschen in der nachfolgenden Tabelle mit der Zahl der »Einrichtungen« zur Rehabilitation und Beschäftigung behinderter Menschen.

Tabelle A-9: Spezielle Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsprojekte[108]

Land	BFW	BBW	BTZ	WfbM	Integrationsprojekte (für psych. Behinderte) (2001)	Integrationsprojekte und Zuverdienstfirmen[109](2002)
Baden-Württem.	4	7	1	98	26	38
Bayern	3	9	1	97	40	58
Berlin	1	2	1	11	31	35
Brandenburg	1	1		28	7	16
Bremen	1	1	1	3	3	9
Hamburg	1	1	1	4	8	4
Hessen	1	2		44	14	38
Mecklenb.-Vorp.	1	1		22	1	6
Niedersachsen	2	2		53	14	6
Nordrhein-Westf.	5	10	4	101	37	73
Rheinland-Pfalz	3	2		31	5	11
Saarland		1		8	3	6
Sachsen	2	3	1	56	19	35
Sachsen-Anhalt	2	2		33	2	5
Schleswig-Holst.		3		27	7	10
Thüringen	1	1		28	2	6
Bund	28	48	10	644	219	356

108 Quellen: BFW: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Berufsförderungswerke (Stand März 2000); BBW: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Berufsbildungswerke (Stand März 2000); WfbM: Verzeichnis der anerkannten WfbM der Bundesanstalt für Arbeit/Stand Mai 1999; Integrationsprojekte: Rehadat Ausgabe 2/2001 (insgesamt sind 226 Integrationsfirmen aufgeführt, davon 216 für Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung, die hier berücksichtigt sind; tatsächlich dürfte deren Anzahl höher sein).

109 Quelle: FAF gGmbH: Abschlussbericht zum Modellprojekt des BMA »Beschäftigungs- und Integrationsprojekte, Teil B, S. B-224. In der Tabelle 80: Integrationsprojekte und Integrationsfirmen in den Bundesländern, Stand 06.05.2002 wird ein Überblick zu den für die Erhebung angeschriebenen Firmen und der Rücklaufquote gegeben. Übernommen wurde die Zahl der angeschriebenen Firmen und Projekte.

Die vorstehende Übersichtstabelle lässt auf den ersten Blick erkennen, dass Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nur an wenigen Orten vorhanden sind und vor allem das Netz der Beruflichen Trainingszentren als spezielle Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen äußerst weitmaschig ist.

Bei den wohnortnahen Angeboten zur Teilhabe am Arbeitsleben sind noch die von örtlichen (Bildungs-)Trägern durchgeführten Förder- und Qualifizierungsmaßnahmen von Bedeutung, die aber aufgrund derzeit nur äußerst lückenhaft vorliegender Daten in dieser Übersicht nicht berücksichtigt worden sind.

Tabelle A-10: Spezielle Angebote für psychisch behinderte Menschen im Jahr 2000 (Plätze absolut)[110]

Land	WfbM	Integrationsfirmen	Zuverdienst[111]
Baden-Württemberg	4.600	268	
Bayern	716	672	153
Berlin	476	760	760
Brandenburg	154		
Bremen	120	5	48
Hamburg	180	187	20
Hessen	2.032	30	8
Mecklenb.-Vorpommern	248	35	220
Niedersachsen	1.725		
Nordrhein-Westfalen	6.785	535	532
Rheinland-Pfalz	1.650		
Saarland	90	178	22
Sachsen	1.460	14	147
Sachsen-Anhalt	112	12	
Schleswig-Holstein	740		326
Thüringen	749	21	13
Bund	23.836	2.717	2.249

Im Rahmen des Projektes ist nun von besonderem Interesse, in welchem Umfang Angebote speziell für Menschen mit einer psychischen Behinderung vorhanden sind bzw. von diesem Personenkreis genutzt werden können. Die Erhebung von zuverlässigen Daten zu dieser Frage bereitet erhebliche Probleme, da ein entsprechendes Berichtswesen mit einheitlichen Kriterien (noch) nicht realisiert worden ist. Zu den Problemen gehört u. a., dass nur wenige der Angebote sich ausschließlich an psychisch behinderte Menschen wenden, wie

110 Quelle: Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Bericht zur 76. Gesundheitsministerkonferenz am 2./3. Juli 2003 in Chemnitz, Anhang 1, S. 43–44.

111 In Angeboten/Zuverdienstprojekten für psychisch Kranke unterhalb der Schwelle WfbM und Integrationsfirmen.

Tabelle A-11: Spezielle Angebote für psychisch behinderte Menschen im Jahr 2000 (Plätze je 1.000 Einwohner)[112]

Land	WfbM	Integrationsfirmen	Zuverdienst
Baden-Württemberg	0,44	0,03	
Bayern	0,06	0,05	0,01
Berlin	0,14	0,22	0,22
Brandenburg	0,06		
Bremen	0,18	0,01	0,07
Hamburg	0,11	0,11	0,01
Hessen	0,33	0,00	0,00
Mecklenb.-Vorpommern	0,14	0,02	0,12
Niedersachsen	0,22		
Nordrhein-Westfalen	0,38	0,03	0,03
Rheinland-Pfalz	0,39		
Saarland	0,08	0,17	0,02
Sachsen	0,33	0,00	0,03
Sachsen-Anhalt	0,04	0,00	
Schleswig-Holstein	0,27		0,12
Thüringen	0,31	0,01	0,01
Bund	0,29		

z. B. die Beruflichen Trainingszentren oder spezielle Abteilungen der WfbM, sondern an alle behinderten Menschen und hier eine zuverlässige Erhebung des Anteils von Menschen mit psychischer Behinderung derzeit nicht ohne weiteres möglich ist; dies gilt insbesondere für die Integrationsprojekte. Auf die hierbei im Einzelnen zu berücksichtigenden Aspekte wird bei der Darstellung der verschiedenen Angebote noch näher eingegangen.

Vor diesem Hintergrund sind die Daten zur Zahl der Plätze speziell für psychisch behinderte Menschen, die die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden zur 76. Gesundheitsministerkonferenz vorgelegt hat, mit einer gewissen Zurückhaltung zu interpretieren.

4.1.3 Bildungsträger

Maßnahmen für psychisch behinderte Menschen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben werden auch von gemeinnützigen und gewerblichen Bildungsträgern durchgeführt. Diese Maßnahmen sind grundsätzlich auf die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet. Sie sind regelhaft als ambulante Maßnahmen konzipiert und durch die de-

112 Bei der Ermittlung der Plätze je 1.000 Einwohner ist von der Arbeitsgruppe Psychiatrie die Gesamteinwohnerzahl als Bezugsgröße gewählt worden. Hierdurch ergeben sich deutlich niedrigere Quoten als bei der von con sens durchgeführten Bestandserhebung, bei der die Zahl der Plätze bezogen auf die Einwohner im erwerbsfähigen Alter (zwischen 18 und 65 Jahren) dargestellt wurde.

zentrale Organisation gemeindenah. Die Wohnung, das soziale Netz und die ärztlichen sowie nichtärztlichen therapeutischen Beziehungen bleiben für die Klienten stabil.

Insbesondere das Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen hat diese Struktur der beruflichen Rehabilitation und Bildung gefördert und ausgebaut. Von den im Jahr 2002 vom Landesarbeitsamt fast 1.500 geförderten Plätzen in Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen befand sich der überwiegende Teil (1.200 Plätze) bei den gemeinnützigen und gewerblichen Bildungsträgern, weitere 280 Plätze in den nordrhein-westfälischen Beruflichen Trainingszentren.[113] In diesen Angaben sind nicht die Maßnahmen enthalten die in den BFW und BBW – die in den letzten Jahren einen erheblichen Zuwachs an Kompetenz- und Kapazität für die Gruppe der psychisch Kranken erfahren haben – durchgeführt wurden.

Für das Jahr 2003 ist angesichts der verminderten Mittel für diese Maßnahmen eine Reduzierung der Zahl der geförderten Plätze in Nordrhein-Westfalen um rund 20 % zu erwarten.

Hinsichtlich der psychiatrischen Kompetenz und der Einbindung in das gemeindepsychiatrische Hilfesystem gibt es zwischen den gewerblichen und den gemeinnützigen Bildungsträgern spezifische Unterschiede:

Die gemeinnützigen Bildungsträger sind in der Regel psychiatrische Hilfsvereine oder dem psychiatrischen Versorgungssystem nahe stehende Anbieter. Es bestehen Vernetzungen mit anderen gemeindepsychiatrischen Angeboten oder diese sind in derselben Hand, sodass viele Klienten die Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben in ihrer »psychosozialen Heimat« in Anspruch nehmen können und die Kontinuität (therapeutischer) Beziehungen gewahrt werden kann. Es bestehen multiprofessionelle Teams (Psychologen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten) und die Ausbilder erlangen psychiatrische Kompetenz durch die Einbindung ins Team der psychiatrischen Fachkräfte. Die fachärztliche psychiatrische Behandlung bleibt in der Hand des Nervenarztes oder der Institutsambulanz. Die praktische Erprobung kann (insbesondere in der Frühphase des Trainings) in den Organisationseinheiten der Träger stattfinden. Die Klienten gehen aber überwiegend und schon sehr früh in Betriebe des regionalen Arbeitsmarktes.

Bei den gewerblichen Trägern stehen die durchgeführten Maßnahmen oft isoliert in einem sonst nicht psychiatrisch-helfenden, sondern beruflich-bildenden und -trainierenden Kontext. Die Einbindung dieser Träger in das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ist oft nur rudimentär. Die begleitende Betreuung erfolgt durch Psychologen und/oder Sozialpädagogen, die oftmals keine eingehenden psychiatrischen Vorerfahrungen haben. Das Training wird durch Lehrkräfte (in oft überraschend traditioneller schulischer Form) bestritten und durch Ausbilder in den eigenen Lehrwerkstätten. Praktika in Betrieben des regionalen Arbeitsmarktes sind vielfach Teil des Programms.

113 Einschließlich der Plätze im BTZ Gütersloh, das nicht der Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren angehört.

4.1.4 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Begriff und Aufgaben der Integrationsprojekte sind mit dem SGB IX erstmals rechtlich geregelt worden (§§ 132 ff. SGB IX). Ihre Vorläufer haben die Integrationsprojekte in den »Integrationsfirmen« bzw. »Selbsthilfefirmen«, die seit den 80er-Jahren als Arbeitsangebote insbesondere für psychisch erkrankte und behinderte Menschen gegründet wurden, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, den Anforderungen und dem Druck des allgemeinen Arbeitsmarktes Stand zu halten oder die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine Stelle gefunden haben.

Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen. Integrationsprojekte bieten Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes, die im Wesentlichen über die am Markt erzielten Erlöse für erbrachte Dienstleistungen oder produzierte Waren finanziert werden. Daneben kommen Förderungen durch die Hauptfürsorgestellen in Betracht für Investitionskosten, Ausgleichszahlungen bei verminderter Leistungsfähigkeit der behinderten Menschen und für den Betreuungsaufwand. Wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme einer Beschäftigung in einem Integrationsprojekt ist die Fähigkeit des Betroffenen, durch seine Arbeit einen gewissen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens zu leisten. Die Bezahlung orientiert sich an den in der jeweiligen Branche üblichen Tariflöhnen. Insgesamt hat sich ein breites Spektrum von Firmen mit vielfältigen Arbeitsangeboten entwickelt.

Durch die Ausweitung der Hilfen zur Arbeit im Rahmen nach den §§ 18–20 BSHG durch die örtlichen Sozialhilfeträger haben sich vielerorts für die Integrationsprojekte neue Möglichkeiten geschaffen, auch auf diesem Wege finanzierte befristete Arbeitsplätze einzurichten. Die Kombination mit der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG eröffnet hier noch weitere Perspektiven, insbesondere zur Finanzierung begleitender Hilfen und des besonderen Anleitungs- und Betreuungsbedarfs. Die Schwerbehinderteneigenschaft ist hier nicht Leistungsvoraussetzung.

Ein großer Teil der Integrationsprojekte bietet aber nicht nur sozialversicherungspflichtige Voll- und Teilzeitarbeitsplätze an, sondern auch Arbeitsverhältnisse im Rahmen der geringfügigen Beschäftigung (»Zuverdienst«). Daneben bieten sie teilweise auch die Möglichkeit zur Belastungserprobung (z.B. im Rahmen der ausgelagerten Arbeitstherapie) und führen berufliche Rehabilitations- und Qualifizierungsmaßnahmen bis hin zur Ausbildung durch. Die letzten systematischen Bestandserhebungen zu den Integrationsprojekten wurden in den Jahren 1995 und 2002 durchgeführt, deren Ergebnisse in der nachstehenden Tabelle zusammengefasst sind.

Tabelle A-12: Besondere Betriebe zur Beschäftigung Schwerbehinderter 1995[114]/2002[115]

	1995						2002
	Integrationsfirmen	Zuverdienstfirmen	Geschützte Abteilungen	Soziale Betriebe	Techn. Sozialbetrieb/-werkstatt	Arbeitnehmerüberlassung	Integrationsfirmen u. -projekte
Baden-Württ.	19	2				1	38
Bayern	32	3				1	58
Berlin	17	4	5				35
Brandenburg	4	1	31				16
Bremen	3				1		9
Hamburg	5	3					4
Hessen	8	2					38
Mecklenb.-Vorp.			20				6
Niedersachsen	6	1		17	1	1	6
Nordhrein-West.	22	12			2		73
Rheinland-Pfalz	6						11
Saarland	2						6
Sachsen	4						35
Sachsen-Anhalt	2				4		5
Schleswig-Holst.	4						10
Thüringen		1					6
Bund	134	29	56	17	8	3	356

Die in der Tabelle (A-12) ausgewiesenen verschiedenen Typen von besonderen Betrieben wurden wie folgt definiert:[116]

Integrationsfirmen sind Klein- und Mittelbetriebe, die markt- und wettbewerbsorientiert arbeiten und meist 40 bis 80 % der Arbeitsplätze behinderten Menschen zur Verfügung stellen, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes beschäftigt werden.

Zuverdienstfirmen bieten behinderten Menschen mit eingeschränktem Leistungsvermögen bezahlte, niedrigschwellige und flexible Arbeitsmöglichkeiten (meist geringfügige oder Teilzeitbeschäftigung) in Form eines Zuverdienstes zu einer materiellen Grundsicherung.

Geschützte Abteilungen sind organisatorische Einheiten in Unternehmen, Betrieben, Dienststellen etc, in denen behinderte Menschen unter besonderer Anleitung im Rahmen regulärer Arbeitsverhältnisse beschäftigt werden.

Soziale Betriebe sind ein Arbeitsmarktinstrument mit regional einheitlichem Förderkonzept zur Reintegration von Langzeitarbeitslosen in das Beschäftigungssystem.

114 Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Bestandsanalyse der besonderen Betriebe zur Beschäftigung Schwerbehinderter (Stand: Oktober 2002) 255, Bonn 1996, S. 14.

115 Quelle: FAF gGmbH: Abschlussbericht zum Modellprojekt des BMA »Beschäftigungs- und Integrationsprojekte, Teil B, S. B-224.

116 Eine ausführliche Darstellung der Typologie vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Bestandsanalyse der besonderen Betriebe zur Beschäftigung Schwerbehinderter, 1996, S. 5–13.

Arbeitnehmerüberlassungen/Leiharbeitsfirmen zur Vermittlung von Leiharbeitnehmern aus besonderen Zielgruppenhaben zum Ziel, die Übernahme in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis beim Entleiher zu erreichen.

Technische Sozialbetriebe sind besondere Abteilungen innerhalb eines Unternehmens (vor allem in der Montan- und Bergbauindustrie), die innerbetrieblich Alternativen für behinderte Menschen bieten, die auf ihrem bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr tätig sein können.

Aktuelle Daten zur Zahl der Integrationsprojekte, den Arbeitsplätzen und dem Spektrum der Arbeits-, Trainings- und Qualifizierungsmöglichkeiten liegen nur lückenhaft vor:

Die letzte umfassende Erhebung über Integrationsfirmen wurde in 2002 durch die FAF GmbH vorgenommen. Die Beauftragung geschah durch das damalige Bundsministerium für Arbeit und Sozialordnung und die Erhebung der Daten wurde in Zusammenarbeit mit den Integrationsämtern vorgenommen. Danach bestanden zum 05.06.2002 in Deutschland 356 Integrationsprojekte.

Durchschnittlich waren in einem Integrationsprojekt beschäftigt:

Sozialversicherte Mitarbeiter, schwerbehindert	13,16
Sozialversicherte Mitarbeiter, nicht behindert	12,34
Teilzeitbeschäftigte < 15 h/Wo, schwerbehindert	2,40
Teilzeitbeschäftigte < 15 h/Wo, nicht behindert	3,74

Die Welle der Firmenneugründungen hält auch nach dem Juni 2002 unvermindert an. Nach Angaben der BAG-Integrationsfirmen arbeiten gegenwärtig »ca. 400 Betriebe und Betriebsabteilungen in den verschiedensten Branchen. Das Spektrum reicht von industrieller Fertigung über Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe bis hin zu Multimedia- und IT-Firmen«.[117] Allein durch die Impulsförderung der Aktion Mensch werden jedes Quartal fünf bis zehn Neugründungen gefördert.

400 Integrationsfirmen bedeuten:

Sozialversicherte Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen	5.300
Teilzeitarbeitsplätze (< 15 h/Wo) für schwerbehinderte Menschen	1.000
Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen gesamt	6.300
Sozialversicherte Arbeitsplätze für nichtbehinderte Menschen	4.900
Teilzeitarbeitsplätze (< 15 h/Wo) für nichtbehinderte Menschen	1.500
Arbeitsplätze für nichtbehinderte Menschen gesamt	6.400
Arbeitsplätze in Integrationsfirmen im Juli 2003	12.700

Unter den Beschäftigten dominierten Personen mit einer seelischen Behinderung.[118]

Die Zahlen basieren auf einer rechnerischen Weiterführung der in 2002 durch die FAF GmbH erhobenen Daten. Sie sind insofern Annahmen, die allerdings einer breiten empirischen Grundlage entspringen.

117 Quelle: www.bag-integrationsfirmen.de/html/profil.htm.

118 Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: Jahresbericht 2001/2002, S. 22.

4.1.5 Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die speziell für psychisch behinderte Menschen konzipiert worden sind, die aber nur an sehr wenigen Orten vorhanden sind. Die bestehenden in der Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren zusammengeschlossenen elf Einrichtungen[119] verfügen in der Regel über 50 bis 90 Plätze und wenden sich vorrangig an erwachsene psychisch behinderte Menschen (Psychosen, Neurosen, psychosomatische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen), die bereits über eine Ausbildung bzw. Berufserfahrung verfügen.[120]

Ziel der in den beruflichen Trainingszentren durchgeführten Maßnahmen ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive und die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch Trainingsmaßnahmen, in denen

- bereits erworbene berufliche Kenntnisse und Kompetenzen aufgefrischt,
- berufliche Anpassungen erarbeitet und wenn notwendig
- Teilqualifikationen erworben werden.

Teilweise dient das Training auch der Vorbereitung und Stabilisierung für eine Ausbildung/Umschulung.

Im Einzelnen umfasst das Leistungsangebot neben der Beratung, Information und Abklärung im Aufnahmeverfahren folgende berufsfördernde Maßnahmen:

- die berufliche Anpassungsqualifizierung, eine 12 bis 15-monatige Trainingsmaßnahme, in deren Rahmen bereits erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten reaktiviert und der Entwicklung der Anforderungen in der Arbeitswelt angepasst werden;
- Feststellungsmaßnahmen mit maximal dreimonatiger Dauer zur Abklärung einzelner Fragen wie z.B. Belastbarkeit, Lernfähigkeit mit Hospitation und Praktikum bei individuellem Bedarf;
- Maßnahmen zur beruflichen Vorbereitung und Orientierung von bis zu zwölf Monaten als Bestandteil von Förderlehrgängen mit Hospitation oder Praktikum

und bei einigen Einrichtungen auch

- Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung mit externen Praktika mit einer Dauer von sechs Wochen bis zu drei Monaten.

Zu den Aufgaben gehört auch die Begleitung des Rehabilitanden (einschließlich des Bewerbungstrainings) bis zur Integration in eine Arbeitsstelle bzw. zu einem Integrationsfachdienst.

Zu den Besonderheiten der Beruflichen Trainingszentren gehört, dass die Mitarbeiter in interdisziplinären Teams arbeiten, denen je nach Berufsfeld berufliche Fachkräfte mit Ausbildereignung und beruflicher Vorerfahrung, Ergotherapeuten und psychosoziale Fachkräfte (Sozialpädagogen und Psychologen) angehören.

---

119 Berufliche Trainingszentren, die Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren sind, gibt es in Berlin, Bremen, Dortmund, Duisburg, Hamburg, Köln, Paderborn, Plauen, Straubing, Wiesloch; im Jahr 2002 ist noch das BTZ in Schleusingen hinzugekommen.

120 Eine ausführliche Darstellung von Aufgaben und Zielen enthalten die »Grundsätze der Beruflichen Trainingszentren« der Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren in der BRD (Weidestr. 118 c, 22083 Hamburg), Stand Oktober 2000.

Als regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation arbeiten die Beruflichen Trainingszentren eng zusammen mit

- Industrie, Handwerk, den Industrie- und Handelskammern sowie den Handwerkskammern, die wichtige Partner in gemeinsamer Produktion und Vermarktung sowie bei der Stellung von Arbeits- und Praktikumplätzen sind,
- den in der Region bestehenden psychiatrischen Einrichtungen und Diensten.

Zur Evaluation der Arbeit und der Ergebnisse hat die Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren ein gemeinsames Instrumentarium zur Datenerhebung entwickelt, in der Angaben zur beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Situation der Rehabilitanden zu Beginn und zum Abschluss des Trainings sowie in Form einer schriftlichen Nachbefragung jeweils ein und zwei Jahre nach Trainingsende erhoben werden. Über die Ergebnisse der Auswertung werden jährlich Berichte erstellt und veröffentlicht. In der Basisdokumentation des Abschlussjahrganges 1998 wurden insgesamt 549, in der für das Jahr 1999 insgesamt 598 und für das Jahr 2000 insgesamt 708 Rehabilitanden erfasst.

Zur spezifischen Charakteristik der Klientel gehört, dass viele noch relativ jung sind und die psychische Erkrankung bei ihnen während der Zeit der Berufsausbildung bzw. der ersten Jahre der Berufstätigkeit aufgetreten ist.[121]

Von den Absolventen des Abschlussjahrgangs 2000 hatten rund drei Viertel (73,3 %) eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen und nur 11 % haben vor dem beruflichen Training keine Berufserfahrung sammeln können. Die Daten zur beruflichen Situation weisen auf deutliche Brüche in der Erwerbsbiografie hin: 95,2 % der Absolventen hatten zu Beginn der Maßnahme kein reguläres Arbeitsverhältnis und weit mehr als die Hälfte (58,4 %) waren mehr als zwölf Monate arbeitslos, sodass trotz der bei den meisten vorhandenen beruflichen Qualifikation neben einer psychischen Stabilisierung erneut eine fachliche Qualifizierung notwendig gewesen ist.[122]

Nicht zur Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren gehört das BTZ in Gütersloh, das nur über 32 Plätze und eine konzeptionelle Besonderheit verfügt, nach der im BTZ nur ein individualisiertes Training mit Tagsstruktur zur Stabilisierung erfolgt und anschließend eine Platzierung auf einem betrieblichen Praktikums-/Arbeitsplatz mit einer nachgehenden Begleitung durch einen Case-Manager. [123]

121 Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse enthalten die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren vorgelegten Ergebnisberichte; Abschlussjahrgang 1998 (Duisburg, Dezember 2000), Abschlussjahrgang 1999 (Duisburg, November 2001), Abschlussjahrgang 2000 (Dortmund/Duisburg, November/Dezember 2002). Das Durchschnittsalter der Absolventen des Abschlussjahrganges 2000 lag bei 32,9 Jahren, wobei rund ein Drittel unter 30 Jahre alt war und 28,2 % der Absolventen der Altersgruppe 30- unter 35 Jahre angehörten (S. 8).

122 Ergebnisbericht der BTZ Abschlussjahrgang 2000, S. 10.

123 Eine ausführliche Darstellung der Arbeitsweise enthält Haug-Benien, R.: »Auf der Suche nach Arbeit, die stabil macht«, Gütersloh 2000; die Konzeption und weitere Informationen zum Angebot sind in Internet zu finden unter www.btz-guetersloh.de.

4.1.6 Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke sind außerbetriebliche und überregional aufnehmende Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die der Aus- und Weiterbildung von erwachsenen behinderten Menschen dienen, die in der Regel bereits berufstätig waren und die jeweiligen leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Das Leistungsangebot reicht von Information, Beratung und Diagnostik, u.a. im Rahmen von Maßnahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung, über berufsbezogene Bildungsmaßnahmen zur Qualifizierung (Anpassungs- und Aufschulungsmaßnahmen sowie Ausbildung) bis hin zu Hilfen zur beruflichen Eingliederung.[124] Jedes Berufsförderungswerk bietet im Rahmen der Aus- bzw. Weiterbildung eine ausgewählte Palette an Berufsfeldern an. Im Einzelfall sind bestimmte Berufswünsche nur in einem anderen weit entfernt liegenden BFW realisierbar.

Die Einrichtungen verfügen neben den Bildungsstätten über medizinische, psychologische und soziale Fachdienste, die notwendige begleitende Hilfen ermöglichen und bieten darüber hinaus Freizeit- und Sportmöglichkeiten. Zudem werden Wohnangebote vorgehalten.

Bis Mitte der 80er-Jahre war psychisch behinderten Menschen der Zugang zu diesen Einrichtungen weithin verschlossen – mit Ausnahme des Berufsförderungswerkes Heidelberg, das bereits seit dem Ende der 60er-Jahre offiziell Menschen mit einer psychischen Behinderung aufgenommen hat. Im Jahr 1990 nahmen dann von den 20 bestehenden Einrichtungen bereits 14 auch psychisch behinderte Menschen auf, aber es standen diesem Personenkreis lediglich etwa 500 von rund 12.000 Plätzen offen, wobei diese Plätze vorwiegend die vorbereitenden Maßnahmen betrafen und weniger die eigentlichen Ausbildungsplätze.[125]

Diese Situation hat sich inzwischen deutlich verändert und heute nehmen nahezu alle[126] Berufsförderungswerke auch Menschen mit einer psychischen Behinderung auf. Im Zuge dieser »Öffnung« wurden – teilweise in Modellversuchen mit wissenschaftlicher Begleitung – spezifische Konzepte und Maßnahmen entwickelt, die der spezifischen Problema-

124 Zu Zielsetzung, Aufgabenstellung und Leistungsangebot der Berufsförderungswerke vgl. u.a.: Grundsätze für Berufsförderungswerke, erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, der Bundesanstalt für Arbeit, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der Unfallversicherungsträger und der Arbeitsgemeinschaft deutscher Hauptfürsorgestellen. In: Bundesministerium für Sozialordnung (Hg.): Berufsförderungswerke (Stand März 2000).

125 Thrun, M.: Rehabilitation psychisch Behinderter in Berufsförderungswerken. In: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) Die berufliche Eingliederung psychisch behinderter. Fachtagung Bad Vilbel 1990.

126 Von den 28 Berufsförderungswerken in der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen Broschüre: Berufsförderungswerke (Stand März 2000) nehmen nach den hier gemachten Angaben drei ausschließlich blinde und sehbehinderte Menschen und ein weiteres vorwiegend Querschnittsgelähmte und andere am Bewegungs- und Stützapparat behinderte Menschen auf; aus der Darstellung ist nicht ersichtlich, ob und in welchem Umfang hier ggf. auch Menschen mit psychischen Störungen Aufnahme finden können.

tik von Menschen mit einer psychischen Behinderung Rechnung tragen sollen. Es liegt aber keine Übersicht vor, die einen zuverlässigen Überblick über die spezifischen Angebote der einzelnen Berufsförderungswerke für den Personenkreis psychisch behinderter Menschen bietet.

In der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen und regelmäßig aktualisierten Broschüre »Berufsbildungswerke« findet sich bei acht von den 28 dort vorgestellten Einrichtungen der Hinweis auf spezielle Maßnahmen für psychisch behinderte Menschen in den Bereichen Berufsfindung und Arbeitserprobung sowie Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge mit einer längeren Dauer als bei den gleichartigen Maßnahmen für Menschen mit anderen Behinderungen. Zu diesen acht Einrichtungen, bei denen spezielle Angebote für psychisch behinderte Menschen gesondert ausgewiesen sind gehört aber beispielsweise nicht das Berufsförderungswerk Bad Vilbel, das sich eingehend mit Fragen der Rehabilitation dieses Personenkreises im Rahmen eines Modellversuchs von 1992–1997 befasst hat.

Auch die aktuelle Veröffentlichung über »qualifizierte berufliche Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen mit Hilfe der Berufsförderungswerke«[127] schafft hier über das konkrete Leistungsangebot der einzelnen Einrichtungen wenig Transparenz. Deutlich wird aber, dass sich der Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unter den Rehabilitanden deutlich erhöht hat: Angeführt wird, dass 34 % der Rehabilitanden im Berufsförderungswerk Köln-Michaelshoven im Jahr 1999 eine psychische Vorerkrankung hatten, wobei das gesamte Spektrum einschließlich Suchterkrankungen erfasst wurde. Weiter wird darauf hingewiesen, dass vergleichbare statistische Zahlen auch in den anderen Berufsförderungswerken ermittelt worden sind. Eine Differenzierung, welchen Anteil hierunter Personen mit einer psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnose haben bzw. in welchen Fällen die psychische Erkrankung die berufliche Rehabilitationsmaßnahme vorrangig begründet, erfolgen nicht. Andererseits würde diese Differenzierung im Hinblick auf die Beschreibung des qualitativen spezifischen Unterstützungsbedarfs keine Aussage ermöglichen, da allein aus der diagnostischen Zuordnung keine Aussage über die Ausprägung der psychischen Störung und den Verlauf möglich ist. Entscheidend ist letztendlich für einen erfolgreichen beruflichen Rehabilitationsverlauf, dass die Auswirkungen der psychischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. die Fähigkeit zur Berufsausübung im Rahmen einer Funktionsdiagnostik erhoben werden und somit die Grundlage für eine Rehabilitationsplanung gelegt wird.

Von daher – und hierauf wird in verschiedenen Publikationen wiederholt hingewiesen – ist bei psychisch behinderten Menschen entscheidend, ob sie die Aufnahmevoraussetzungen erfüllen. Hierzu wird im Aufnahmeverfahren »geprüft, ob folgende Eignungsvoraussetzungen vorliegen:

- eine ausreichende Motivation, das heißt, ein fachliches Interesse für die jeweilige Ausbildung,

127 Bultmann, W., Busch, A., Löhlein, A. et al.: Qualifizierte berufliche Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen mit Hilfe der Berufsförderungswerke. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste, im Druck.

- entsprechende intellektuelle, berufspraktische und körperliche Fähigkeiten,
- eine gewisse Selbstständigkeit und ein konstantes Arbeits- und Lernverhalten,
- Belastbarkeit für einen achtstündigen Ausbildungstag,
- gegebenenfalls Internatsfähigkeit,
- ein ausreichendes Maß an Krankheitseinsicht«.[128]

Diese Zugangsvoraussetzungen sind für viele psychisch behinderte Menschen zu hoch. Daneben ist zu berücksichtigen, dass die Berufsförderungswerke – die mit Ausnahme der speziellen Einrichtungen für blinde und sehbehinderte sowie für querschnittgelähmte Menschen – große und komplexe Einrichtungen sind mit in der Regel 500 bis 700 Plätzen im Ausbildungsbereich. Diese Rahmenbedingung beinhaltet vor allem für diejenigen psychisch behinderten Menschen ein Hindernis, die überschaubare Strukturen benötigen.

Die Kooperation mit dem jeweiligen regionalen psychiatrischen und psychosozialen Netzwerk ist unterschiedlich ausgeprägt und organisiert. »So arbeiten einige Berufsförderungswerke mit Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie eng zusammen, andere halten diese medizinische Fachkompetenz im Hause vor. Psychologische Psychotherapeuten führen in einer Reihe von Berufsförderungswerken psychotherapeutische Interventionen durch und sind im Reha-Team tätig. Wieder – je nach Infrastruktur – werden psychotherapeutische Leistungen auch von externen Anbietern eingeholt. Zur Krisenintervention bei akut psychiatrischen Fällen haben sich enge Kooperationen mit psychiatrischen Kliniken vor Ort bewährt.«[129]

4.1.7 Berufsbildungswerke

Berufsbildungswerke sind Einrichtungen der beruflichen und gesellschaftlichen Rehabilitation. Sie »dienen der erstmaligen Berufsausbildung vornehmlich jugendlicher Behinderter, die nur in einer auf ihre Behinderungsart und deren Auswirkungen eingestellten Ausbildungsorganisation und bei einer auf die jeweiligen Belange ausgerichteten kontinuierlichen ausbildungsbegleitenden Betreuung durch Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte der Rehabilitation zu einem Ausbildungsabschluss nach dem Berufsausbildungsgesetz und dadurch zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befähigt werden können«.[130]

Das Leistungsangebot umfasst berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung/Arbeitserprobung, Förderlehrgänge) und die Berufsausbildung. Die Berufsbildungswerke verfü-

128 Metzlin, K., Simmedinger, R.: Qualifizierte Berufsausbildung psychisch Behinderter in einem Berufsförderungswerk. Abschlussbericht zum Modellversuch des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (1992–1997), 1997, S. 40. Ähnlich Bultmann, W., Busch, A., Löhlein A. et al. a. a. O.

129 Bultmann, W., Busch, A., Löhlein, A. et al., a. a. O.

130 Grundsätze für Berufsbildungswerke erarbeitet von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesanstalt für Arbeit, dokumentiert u. a. in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Berufsbildungswerke (Stand März 2000).

gen wie die Berufsförderungswerke über medizinische, psychologische und soziale Fachdienste, die notwendige begleitende Hilfen anbieten sowie über Freizeit- und Sportmöglichkeiten.

Ähnlich wie zuvor bei den Berufsförderungswerken hat auch bei den Berufsbildungswerken in den beiden letzten Jahrzehnten eine zunehmende Öffnung für Menschen mit einer psychischen Behinderung stattgefunden. Nach den Angaben in der Broschüre »Berufsbildungswerke«[131] findet sich bei 16 der insgesamt 48 Einrichtungen ausdrücklich der Hinweis, dass psychisch behinderte Menschen aufgenommen werden.

»Eine im Jahr 2000 durchgeführte telefonische Umfrage unter den Berufsbildungswerken ergab, dass

- zwei Berufsbildungswerke (das RKI in Berlin mit 262 Plätzen und das BBW Neumünster mit 80 Plätzen einschließlich vorberuflicher Maßnahmen) ausschließlich Menschen mit psychischer Behinderung aufnehmen;
- fünf BBW nehmen diese Klientel in ›nennenswertem Umfang‹ (mit ca. je 60, insgesamt also etwa 300 Plätzen) auf und halten dafür eigene Strukturen, wie z. B. Wohngruppen vor;
- neun BBW nehmen Menschen mit psychischer Behinderung zusätzlich auf, ohne dass für diese ›eingestreuten‹ Rehabilitanden gesonderte Strukturen geschaffen wurden. Auch hierbei handelt es sich nach deren Angaben um knapp 300 Plätze;
- die übrigen BBW nehmen ›im Einzelfall ab und zu diesen Personenkreis auf.«[132]

Der Personenkreis der Menschen mit psychischer Behinderung umfasst dabei folgende Störungen (in Klammern ist jeweils die diagnostische Kategorie gem. ICD-10 angegeben):

- Psychosen: Schizophrenie und manisch-depressive Störungen (F2 und F3) sowie psychotische Störungen, die durch Drogen ausgelöst oder verstärkt worden sind,
- neurotische Störungen (F4),
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Störung (F6),
- Entwicklungsstörungen, auch Autismus (F8),
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9),
- Essstörungen, insbesondere Anorexie/Bulimie (F5).[133]

Nähere Angaben, z. B. zum Anteil von Menschen mit einer psychischen Behinderung oder zur Verteilung auf die verschiedenen Störungsbilder liegen nicht vor.

Bezüglich der Ausgestaltung des Leistungsangebotes werden zum einen »Standardkomponenten« beschrieben, die für alle Berufsbildungswerke gelten, für Menschen mit einer psychischen Behinderung aber eine besondere Bedeutung haben, angefangen von der Unterstützung bei der Entwicklung von beruflichen und persönlichen Perspektiven (Lebenszielplanung) über qualifizierte Förderbedingungen, berufspädagogisch ausgestaltete Konzepte, ganzheitliche Rehabilitationsplanung, interdisziplinäre Kooperation, Training sozialer Kompetenzen bis hin zu nachgehenden Hilfen.

---

131 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Berufsbildungswerke (Stand März 2000).

132 Bernhardt, J.: Die berufliche Rehabilitation junger Menschen mit psychischen Behinderungen in Berufsbildungswerken. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste, im Druck.

133 Vgl. Bernhardt, J. a. a. O.

Zum anderen gibt es auch spezifische Anforderungen, um den besonderen Bedürfnissen von psychisch behinderten Menschen Rechnung zu tragen. Hierzu gehören insbesondere psychiatrische und psychologisch/psychotherapeutische Fachkompetenz, eine Personalausstattung, die auch eine intensivere Hinwendung und die Möglichkeit zu Einzelförderung beinhaltet, Hilfen zur Krankheitsbewältigung und zum Erkennen von Frühwarnzeichen für ein Rezidiv, Entlastungsmöglichkeiten (Ruheräume, Möglichkeit zur Arbeitszeitverkürzung) bis hin zur angemessenen Gestaltung der Prüfungssituation. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Angehörigenarbeit, wobei aber am Beispiel des BBW Neumünster darauf hingewiesen wird, dass nur 65 % der jungen Menschen aus dem Elternhaus kommen, die anderen aus Heimen oder anderen betreuten Einrichtungen.

In Bezug auf die der Psychiatriereform zugrunde liegende Leitlinie der wohnortnahen Versorgung wird darauf hingewiesen, dass Berufsbildungswerke per se nicht nach diesem Ansatz aufgebaut worden sind: Das Vorhalten von Förder- und Ausbildungsangeboten in hinreichender Anzahl, Qualität und Vielfalt erfordert auch eine gewisse Größe der Einrichtung, die nur in einem zentralisierten, überörtlichen Angebot realisiert werden kann. Daneben wird herausgestellt, dass sich der Arbeitsmarkt nicht nach dem Prinzip der Gemeindenähe organisiert, sondern vielmehr ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilitätsbereitschaft fordert. Ferner kann bei den jungen Menschen mit einer psychischen Behinderung durch die räumliche Distanz auch die Verselbstständigung im Sinne einer »Abnabelung vom Elternhaus« befördert und teilweise in den Familienbeziehungen bestehende Spannungen und Belastungen entschärft oder abgebaut werden.[134]

Bezogen auf die besonderen Bedürfnisse schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen ist hier – wie bereits bei den Berufsförderungswerken – festzuhalten, dass die Zugangs- und Eignungsvoraussetzungen sehr hoch sind und die Wohnortnähe in der Regel nicht gegeben ist. Besonders deutlich wird dies vor dem Hintergrund der Ergebnisse der vorstehend genannten Umfrage, wonach von den 48 Einrichtungen nur zwei sich ausschließlich an psychisch behinderte Menschen wenden und nur weitere fünf diesen Personenkreis in nennenswertem Umfang aufnehmen.

4.1.8 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen sind Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Für Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, sollen sie

- eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anbieten und
- ermöglichen, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Von den Werkstätten für behinderte Menschen verfügen etliche über spezielle Abteilun-

134 Vgl. Bernhardt, J. a. a. O.

gen für seelisch behinderte Menschen und haben sich bei der konzeptionellen Ausgestaltung ihres Angebotes (Arbeitsdiagnostik, Eingliederungsplan, Anleitung und Begleitung) auf diesen Personenkreis eingestellt.[135]

Die Werkstätten sind unterteilt in einen Berufsbildungsbereich und einen Arbeitsbereich. In der Regel verfügen sie über ein breites Angebot unterschiedlicher Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsplätze – auch ausgelagert in Betriebe – sowie über Gelegenheiten zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit.

Die Leistungen im Eingangsverfahren, die im Einzelfall bis zu drei Monaten erbracht werden können, dienen zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen und um einen Eingliederungsplan zu erstellen.

Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden erbracht, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und wenn erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden in der Regel für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn die Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

Leistungen im Arbeitsbereich erhalten behinderte Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder eine berufliche Ausbildung wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen sind darauf gerichtet, dem behinderten Menschen die Aufnahme und Ausübung eine seiner Neigung und Eignung entsprechenden Beschäftigung zu ermöglichen sowie durch arbeitsbegleitende Maßnahmen die im Berufsbildungsbereich erworbene Leistungsfähigkeit zu erhalten und verbessern und den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen zu fördern.

Werkstätten für behinderte Menschen gehören zu den Einrichtungen, die inzwischen flächendeckend bestehen. Allerdings gibt es auch hier erhebliche regionale Unterschiede, wie der Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Jahr 1998 und die Bestands- und Bedarfserhebung zum 31.12.2001 gezeigt haben (Tab. A-13).

Nachdem in der Kommentierung zum Kennzahlenvergleich (1999) noch konstatiert werden musste, dass sich die bestehenden Unterschiede anhand der vorliegenden Daten nicht begründen lassen, wiesen die im Januar 2003 vorgelegten Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen auf einige Zusammenhänge und Einflussgrößen hin:

135 Vgl. Hautop, W., Scheibner, U.: Die Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen Frankfurt/Main 2002.

Tabelle A-13: Werkstattplätze und Außenarbeitsplätze der Werkstätten am 31.12.2001[136]

Land	Werkstattplätze je 1.000 EW		Beschäftigte auf Außenarbeitsplätzen (absolut)
	in Werkstätten	Einschl. Außenarbeitsplätze	
Baden-Württemberg	3,53	3,59	417
Bayern	3,66	3,71	354
Berlin	2,17	2,22	123
Brandenburg	4,31	4,47	268
Bremen	5,35	5,80	193
Hamburg	2,09	2,15	75
Hessen	3,52	3,57	206
Mecklenburg-Vorpommern	4,47	4,59	137
Niedersachsen	4,28	4,33	245
Nordhrein-Westfalen	4,49	4,51	266
Rheinland-Pfalz	4,35	4,39	112
Saarland	4,05	4,07	11
Sachsen	4,37	4,47	274
Sachsen-Anhalt	4,21	4,34	224
Schleswig-Holstein	4,39	4,41	41
Thüringen	4,14	4,22	126
Deutschland	3,96	4,02	3.072

- Arbeitslosigkeit
  Für die Länder Baden-Württemberg, Bayern und Hessen mit den geringsten Prozentanteilen arbeitsloser Menschen an der Bevölkerung (18 bis unter 65 Jahre) wird auch die geringste Werkstattplatzdichte ausgewiesen und für die östlichen Bundesländer mit sehr hoher Arbeitslosigkeit eine überdurchschnittlich hohe Werkstattplatzdichte. »Insoweit ist nicht auszuschließen, dass bei vergleichsweise niedriger allgemeiner Arbeitslosigkeit für Menschen mit Behinderung weniger Werkstattplätze für erforderlich gehalten werden als angesichts der starken Betroffenheit der Menschen insbesondere in den neuen Bundesländern von Arbeitslosigkeit, wo eine Tendenz zu vermuten ist, für Menschen mit Behinderungen mehr Beschäftigung in Werkstätten zu schaffen.«[137]
- Andere Beschäftigungs- und Betreuungsangebote
  Neben den WfbM besteht in allen Ländern ein Spektrum von weiteren Beschäftigungs- und Betreuungsangeboten, zu denen
  - Tagesförderstätten in einem der Werkstatt angegliederten Bereich (§ 136 SGB IX),
  - die eigenständigen Tagesförderstätten, (in den Tagesförderstätten ist der Anteil von Menschen mit seelischer Behinderung unter 2 %),

136 Quelle: con_sens Hamburg: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, 2003, Abb. 4.

137 Ebenda, S. 15.

- die teilstationären Tagesstätten,
- die Integrationsprojekte (§ 132 SGB IX) und
- die anderen Beschäftigungsangebote für behinderte Menschen (z.B. Selbsthilfefirmen) gehören.

»Im Vergleich der Länder zeigt sich, dass diese Angebote neben der Werkstatt durchaus den Umfang der Werkstattplätze beeinflussen können. Insbesondere in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin ist dieses ersichtlich, denn die Parallelangebote zeigen, dass zumindest ein Teil des niedrigen Angebotes an Werkstattplätzen kompensiert wird, und der Umfang dieser teilweise alternativen Angebote nimmt zumindest teilweise mittelbar Einfluss auf den Bestand und Bedarf an Werkstattplätzen.«[138] Vor allem vor dem Hintergrund, dass ein verstärkter Aufbau von Integrationsprojekten erst seit Sommer 2001 erfolgt, ist daher die Entwicklung in den Werkstätten auch immer im Kontext der Entwicklung der Parallelangebote zu betrachten.[139]

- Geografisch-politische Besonderheiten
  Für die hohe Zahl von Werkstattplätzen in Bremen und Bremerhaven ist maßgeblich, dass diese Werkstätten auch den Bedarf der angrenzenden niedersächsischen Regionen abdecken, was historisch auf den frühen Auf- und Ausbau der Werkstätten in Bremen zurückzuführen ist.
  Umgekehrt ist die Situation in Hamburg mit einer geringen Dichte von Werkstattplätzen: Über 350 Werkstattbeschäftigte aus Hamburg gehen in Werkstätten in Schleswig-Holstein, wobei sich der Sitz dieser Werkstätten direkt an der Hamburger Landesgrenze befindet.[140]

Eine Übersicht zu den Werkstattplätzen zum 1.1.2001 hat die BAG WfB vorlegt, der zu diesem Zeitpunkt mit 613 Haupt- und 947 Zweigwerkstätten 93 % aller anerkannten Werkstätten angehören.

Tabelle A-14: Übersicht Werkstattplätze (Mitglieder der BAG: WfB) zum 1.1.2001

Bereich	Plätze	In Prozent
Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich	20.250	10,2
Arbeitsbereich	170.950	85,8
Förderbereich	8.000	4,0
Gesamt	199.200	100,0

Auf der Grundlage der in Tabelle A-15 enthaltenen Daten ist davon auszugehen, dass in den WfbM etwa 25.000 bis 26.000 Menschen mit einer psychischen Behinderung beschäftigt sind (einschließlich Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich).

138 CON_SENS (2003), S. 16.
139 CON_SENS (2003), S. 17.
140 CON-SENS (2003), S. 23.

Tabelle A-15: Anteil der Werkstattbeschäftigten mit bestimmten Behinderungen zum 31.12.1999[141]

Art der schwersten Behinderung	Prozent
Geistige Behinderung	68,6
Psychische Behinderung	12,9
Sinnesbehinderungen	1,6
Körperliche Behinderungen	3,3
Mehrfache Behinderungen	13,6

Tabelle A-16: Werkstattbeschäftigte nach Personenkreisen (Art der primären Behinderung) am 31.12.2001 (berücksichtigt sind ca. 94 % der Werkstattbeschäftigten)[142]

Land	Art der Behinderung		
	geistig	seelisch	körperlich
Baden-Württemberg	77,8	19,8	4,5
Bayern	79,7	12,7	6,6
Berlin	82,3	12,6	4,1
Brandenburg	83,6	12,0	4,0
Bremen	68,2	25,7	6,1
Hamburg	79,2	11,4	8,3
Hessen	82,4	17,4	0,5
Mecklenburg-Vorpommern	82,9	10,3	5,4
Niedersachsen	79,8	15,7	3,3
Nordhrein-Westfalen	81,7	14,3	3,9
Rheinland-Pfalz	70,4	21,0	7,4
Saarland	78,6	9,0	11,3
Sachsen	81,9	14,0	3,2
Sachsen-Anhalt	89,9	8,6	1,9
Schleswig-Holstein	84,7	12,6	1,6
Thüringen	79,1	17,1	3,3
Deutschland	80,6	15,0	4,2

Die vorstehenden Daten lassen auf den ersten Blick erkennen, dass die WfbM nach wie vor ein Angebot ist, dass sich erster Linie an Menschen mit einer geistigen Behinderung wendet und von diesem Personenkreis genutzt wird.

Eine Betrachtung der Zugangszahlen macht aber deutlich, dass es eine sehr deutliche Tendenz der Zunahme des Anteils der Menschen mit einer seelischen Behinderung gibt: Unter den Beschäftigten, die im Jahr 2001 in einer WfbM aufgenommen wurden, lag der

141 Quelle: BAG: WfB 2001.

142 Quelle: con_sens Hamburg: Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen, 2003, Abb. 12.

Anteil vom Menschen mit einer seelischen Behinderung bei 34 %, während der von Menschen mit geistiger Behinderung nur noch bei 61 % lag und der von körperlich behinderten Menschen bei 5 %.[143]

Die Zunahme des Anteils seelisch behinderter Menschen wird »durch das verstärkte Auftreten psychischer Erkrankungen in Verbindung mit der Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt« begründet, da diese behinderten Menschen ungern von Arbeitgebern beschäftigt werden oder wegen der gestiegenen Anforderungen nicht beschäftigt werden können. Hinzu kommt, dass alternative Angebote, wie z. B. Integrationsprojekte, für diesen Personenkreis nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorhanden sind bzw. dass zur Zeit nur die Werkstatt die erforderlichen Leistungen erbringen kann«.[144]

Die Bedeutung der Arbeitsmarktsituation und des Fehlens von alternativen Beschäftigungsangeboten für den Zugang von seelisch behinderten Menschen zur WfbM wird auch durch die vorliegenden Angaben über Zugangswege deutlich: Fast 60 % aus dieser Personengruppe waren zuvor ohne Beschäftigung oder arbeitslos (Tabelle A-17).

Tabelle A-17: Tabelle: Zugänge im Jahr 2001 in die WfbM aus:[145]

	Art der Behinderung		
	seelisch	**geistig**	**körperlich**
sonstige nicht bekannte Gründe	25,3	11,6	22,3
ohne Beschäftigung	32,5	13,5	20,6
arbeitslos allg. Arbeitsmarkt	26,1	4,5	13,1
aus Tagesförderstätte	1,9	2,2	1,1
aus Fördermaßnahme	6,6	8,9	9,3
Rückkehr aus gescheiterter Arbeitsaufnahme	1,3	0,6	0,5
aus Integrationsprojekten	1,4	0,4	0,8
unmittelbar aus der Schule	4,9	55,4	32,2

Bezüglich der Bedarfsprognose wird ausgeführt, dass aus der einmalig durchgeführten Bestandserhebung keine konkreten Maßstäbe für zu erwartende Zugangszahlen gewonnen werden können. Es wird hervorgehoben: »Die Zahl der Zugänge ist in großem Umfang auch von der Zahl der Werkstatplätze, die für diesen Personenkreis bestehen, beeinflusst (Angebotssteuerung).«[146]

Die zu den Abgängen aus den Werkstätten vorgelegten Daten (Tabelle A-18) ermöglichen nur wenige Erkenntnisse: Sie zeigen, dass der Übergang in ein Arbeitsverhältnis, in einem Integrationsprojekt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insgesamt eher selten ist und die Werkstatt für seelisch behinderte Menschen eher eine Übergangslösung zu sein scheint. Unbefriedigend ist vor allem, dass bei allen Behinderungsarten die »sonstigen

143 con_sens, 2003, Abb. 19.
144 con_sens (2003), S. 26.
145 Quelle: con_sens 2003, Abb 19, S. 34.
146 con_sens (2003), S. 35.

Tabelle A-18: Abgänge im Jahr 2001 aus der WfbM:[147]

	Art der Behinderung		
	seelisch	geistig	körperlich
Sonstige Gründe	46,0	35,0	35,0
Med. Reha	9,0	1,0	3,0
Tod/Krankheit	21,5	22,4	31,9
Aus Altersgründen	6,0	20,2	14,9
Stationäre Einrichtung	5,7	8,9	5,8
Wechsel in Tagesförderstätte	1,5	4,7	2,4
Ausbildung oder sonstige berufliche Bildung	3,6	2,6	1,2
Integrationsprojekte	1,0	1,0	0,9
Allgemeiner Arbeitsmarkt	5,5	4,3	4,9

Gründe« am häufigsten genannt wurden, ohne dass diese näher spezifiziert wurden; unbefriedigend ist weiter, dass »Tod« und »Krankheit« in einer Kategorie zusammengefasst worden sind.

Die vorliegenden Daten über Zu- und Abgänge (Tabelle A-19) zeigen, dass die Gruppe der Menschen mit einer seelischen Behinderung unter den Werkstattbeschäftigten im Vergleich zu den anderen Behinderungsarten zum einen die höchste Fluktuation, zum anderen den höchsten Nettozugang ausweist.

Tabelle A-19: Entwicklung der Zahl der Werkstattbeschäftigten nach Personenkreisen im Jahr 2001[148]

Personenkreis/ Behinderungsart	Bestand 2000	Zugang 2001	Abgang 2001	Abgang in % v. Bestand 2000	Nettozugang 2001	Steigerung in %	Bestand am 31.12.2001
geistig behinderte Menschen	169.148	10.363	5.145	3,0	5.218	3,1	174.366
seelisch behinderte Menschen	29.492	5.779	3.345	11,3	2.434	8,3	31.926
körperlich behinderte Menschen	8.614	847	371	4,3	476	5,5	9.090
Insgesamt	207.254	16.989	8.861	4,3	8.128	3,9	215.382

Bezüglich der zukünftigen Entwicklung der Zahl der Werkstattbeschäftigten wird davon ausgegangen, dass diese künftig stärker vom Personenkreis der seelisch behinderten Menschen beeinflusst werden wird, dessen Anteil nach Einschätzung der Werkstattträger in den Jahren 2004 bis 2006 auf etwa 31 Prozent steigen wird. Da es nicht möglich ist, auf der Grundlage einer einmalig durchgeführten Bestandserhebung eine zuverlässige Prog-

147 Quelle: con_sens, 2003, Abb. 22, S. 37.

148 Quelle: con_sens, 2003, Abb. 23, Anhang S. 38.

nose zu erstellen, wird empfohlen für diesen Personenkreis im Falle einer Fortschreibung der Bestands- und Bedarfserhebung weitere Merkmale zu erheben.[149]

In Bezug auf die zukünftige Entwicklung des Bedarfs an Werkstattplätzen wird davon ausgegangen, dass dieser insgesamt – für alle Personenkreise – noch bis zum Jahr 2010 steigt und danach langsam sinkt. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, dass die in nächster Zeit zu schaffenden Werkstattplätze nicht auf Dauer angelegt sein und sich auf das unbedingt erforderliche Maß beschränken sollten. Dabei wird im Einzelnen empfohlen:

- Ein verstärkter Ausbau von Integrationsprojekten.
- Die Gewinnung von zusätzlichen Außenarbeitsplätzen.
- Eine verbesserte Platzausnutzung durch Teilzeitarbeit.
- Eine Kompensierung der erwarteten Bedarfsspitze im Jahr 2010 durch eine erhöhte Überbelegung.[150]

Außerdem wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass »eine mangelnde Aufnahmefähigkeit des Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkts sowie ein nicht ausreichendes Angebot arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für arbeitslose Menschen mit Behinderung und ggf. das Fehlen spezifischer alternativer Angebote für die wachsende Zahl seelisch behinderter Menschen in den Werkstätten (nicht) dazu führen dürfen, dass andere als der gesetzlich definierte Personenkreis praktisch ›ersatzweise‹ in den Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt werden«.[151]

Strukturelle Probleme

Die Einschätzung der Möglichkeiten der WfbM für psychisch behinderte Menschen erfordert eine differenzierte Betrachtung, bei der folgende strukturelle Probleme zu berücksichtigen sind:

- Die geringen Leistungsentgelte für die Tätigkeit in einer WfbM, die kein existenzsicherndes Einkommen ermöglichen. Für die behinderten Menschen, die zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes einen Anspruch auf Leistungen nach dem zum 1.1.2003 in Kraft getretenen Gesetz über eine bedarfsorientierten Grundsicherung haben oder auf die Inanspruchnahme der Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) angewiesen sind, würde die Möglichkeit zur Zusammenfassung von Leistungsentgelt und Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung bzw. der Hilfe zum Lebensunterhalt und die Auszahlung eines existenzsichernden Lohnes durch die WfbM eine deutliche Verbesserung bedeuten.
- Häufig wird beklagt, dass die WfbM über zu wenig differenzierte Angebote/Arbeitsbereiche verfügt. Eine Perspektive zur Erweiterung des Angebotsspektrums bietet hier insbesondere die Vernetzung mit anderen Angeboten, u. a. mit Integrationsfirmen, die Schaffung von ausgelagerten WfbM-Arbeitsplätzen, die zunehmend verfolgt wird sowie die Entwicklung von Verbundstrukturen (»Agentur für angepasste Arbeit«).
- Viele chronisch psychisch kranke Menschen, vor allem wenn sie über eine höhere schu-

149 con_sens (2003), S. 57.
150 con_sens (2003), S. 57 ff.
151 con_sens (2003), S. 61.

lische und/oder berufliche Qualifikation verfügen empfinden die Aufnahme in eine WfbM – auch in den Berufsbildungsbereich – als ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht entsprechend.
- Das Spannungsverhältnis zwischen dem rehabilitativen und dem wirtschaftlichen Auftrag in der WfbM: Von Mitarbeitern wird vielerorts der Arbeitsdruck beklagt, der zu wenig Zeit lässt, um mit dem behinderten Menschen Eingliederungspläne zu erstellen und Perspektiven für den Übergang aus der WfbM heraus zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu entwickeln.
- Hinsichtlich des rehabilitativen Auftrags ist wiederholt die Schlechterstellung der Werkstätten gegenüber anderen Einrichtungen zur beruflichen Qualifizierung und Eingliederung bei der Ausstattung mit Fachpersonal bemängelt worden.[152]

Ausblick

Rein quantitativ sind die Werkstätten das bedeutsamste Angebot zur beruflichen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit einer psychischen Behinderung, die insgesamt ihr Leistungsangebot gerade auch für diesen Personenkreis differenziert und weiterentwickelt haben. Dabei wird auch von den Werkstätten selbst beklagt, dass die erworbene Kompetenz immer häufiger an strukturelle Grenzen stößt, »die von den rechtlichen Rahmenbedingungen und den vorgegebenen Finanzierungswegen bestimmt werden. Deshalb muss das komplexe und differenzierte System der beruflichen und sozialen Eingliederung überdacht, die herkömmlichen Strukturen flexibilisiert und miteinander vernetzt werden.

Das Ziel, durch Kompetenzzentren und offenerer ›Agenturen angepasster Arbeit‹ mit differenzierten Leistungsangeboten die Übergänge zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen zu erleichtern, sollte unter der Prämisse, die Teilhabemöglichkeiten zu verbessern, nachdrücklicher als bisher verfolgt werden. Der von zahlreichen Werkstattträgern eingeschlagene Weg, ihr Leistungsangebot um Förderstätten und Integrationsbetriebe zu ergänzen, schafft bereits solche differenzierten Alternativen für diejenigen, die auf eine andere Art von Arbeit angewiesen sind, als es die voll- oder teilzeitliche Erwerbsarbeit sein kann. Andererseits sollten sich die Werkstätten auch Nachfragern für ambulante Angebote öffnen, die nicht die Bedingungen zur teilstationären Aufnahme erfüllen oder nur bestimmte Leistungsangebote der Werkstatt wahrnehmen wollen«.[153]

In dieser Zielsetzung hat die Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen in Hessen e.V. ein Rahmenkonzept vorgelegt. Darin wird unter der »Agentur für angepasste Arbeit« ein Einrichtungsverbund verstanden, »der sich in seiner Entwicklung an folgenden Kriterien orientiert:
- Der Einrichtungsträger tritt in seiner Region als Systemanbieter der Hilfen zur beruflichen Eingliederung auf und hält die entsprechenden Ressourcen vor;
- das Angebot deckt verschiedene Stufen des Kundenpfads ab, von der Tagesstruktur bis zur Vermittlung am allgemeinen Arbeitsmarkt;

152 Vgl. Hautop, W., Scheibner, U., a.a.O., S. 119 ff.
153 Hautop, W., Scheibner, U., a.a.O.

- Ziel des Angebots ist ein Optimum an beruflicher Teilhabe für die behinderten Mitarbeiter;
- die kommerzielle Produktion und Dienstleistung entspricht professionellen Standards;
- die Organisation richtet sich an den Prozessen aus;
- als Hauptinstrument der Förderung wird die Arbeit selbst genutzt; sie wird den Fähigkeiten und Entwicklungsbedürfnissen der behinderten Mitarbeiter angepasst;
- Angebote und Strukturen befinden sich in einer kontinuierlichen Entwicklung.«[154]

Im Weiteren wird ausgeführt, dass die hessischen Werkstatt-Träger auf ihrem Weg zu Systemanbietern der beruflichen Integration recht weit gekommen sind:

- Etwa zwei Drittel der Plätze hessischer Integrationsfirmen entfallen schon heute auf Projekte der Werkstatt-Träger.
- Ein spezieller Dienst zur Eingliederung von Werkstattmitarbeitern (FBI) wird von 16 Trägern vorgehalten und einige Werkstatt-Träger unterhalten auch Integrationsfachdienste (IFD).
- Außerdem sind seit langem die verschiedenen Formen der Qualifizierung und der Außenarbeit von Werkstattmitarbeitern selbstverständlich.
- Diese Entwicklung wird zum einen als »kundenorientierte Differenzierung« vorgestellt und zum anderen betont, dass es »sicher im wohlverstandenen Interesse aller Beteiligten (liegt), wenn die Werkstatt-Träger mit der Agentur für angepasste Arbeit eine Richtung einschlagen, die auch geeignet ist, ihre Marktposition zu sichern«.[155]

4.1.9 Zuverdienstangebote/stundenweise Beschäftigung

Bei den Zuverdienstangeboten handelt es sich gewissermaßen nur in Ausnahmefällen um ein eigenständiges Angebot in Form einer »Zuverdienstfirma«. Überwiegend besteht dieses Angebot im Bereich der Integrationsprojekte, teilweise auch von gemeinnützigen Arbeitsförderungsgesellschaften sowie von Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung, insbesondere Tagesstätten.[156]

Gemeinsam ist allen Zuverdienstangeboten, die sich insgesamt in sehr großer Vielfalt entwickelt haben, dass sie die Möglichkeit zu bezahlter stundenweiser Beschäftigung (zumeist in Form von geringfügiger oder Teilzeitbeschäftigung, teilweise aber auch als

154 Trunk, W.: Die Agentur für angepasste Arbeit und die Entwicklungserfordernisse der Hilfen zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 2003, S. 72.

155 Ebd. S. 73.

156 Vgl. FAF gGmbH: Ergebnisbericht zum Modellprojekt des Landschaftsverbandes Rheinland »Stundenweise Beschäftigung für Menschen mit Behinderung in Integrationsfirmen, Landschaftsverband Rheinland, Köln 2002; FAF gGmbH: Abschlussbericht zur Evaluation des HORIZON-Zuverdienst-Modellverbundes für psychisch kranke und behinderte Menschen in Bayern im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen, Berlin 2001; Daublebsky, B., Sitte, K. (Hg.): Zuverdienstfirmen in Spannungsfeld zwischen Selbsthilfefirmen und Institutionen der psychosozialen Versorgung, Weinheim 1993.

Abb. A-4: Typen von Zuverdienstangeboten[157]

	Integrationsfirmen	Arbeitsprojekte	Qualifizierungsprojekte
Struktur/Aufgaben	die ihren Umsatz überwiegend durch die produktive Tätigkeit ihrer Mitbeiterinnen und Mitarbeiter in Teil- oder Vollzeitbeschäftigung erwirtschaften, d.h. die neben den geringfügig Beschäftigten auch viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zielgruppen in sozialversicherten Arbeitsverhältnissen mit mehr als 15 Wochenstunden beschäftigen.	die sich auf die Entwicklung eines niederschwelligen Angebotes konzentriert haben und ihren Umsatz nicht überwiegend aus der produktiven Tätigkeit ihihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwirtschaften (beschützte Beschäftigung).	die im Rahmen der stundenweisen Beschäftigung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeits-/ Trainingsplatz qualifizieren.
Ziele	• Dauerhafte Möglichkeit des Zuverdienstes zu einer materiellen Grundsicherung. • Einstieg in eine Teil- oder Vollzeitbeschäftigung oder Maßnahmen der Rehabilitation.	• Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch eine sinnvolle Beschäftigung (beschützte Beschäftigung). • Langfristig auch die Vermittlung in andere Maßnahmen möglich.	• Abklärung der beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeikeiten, Arbeitsdiagnostik. • Qualifizierung in einem bestimmten Berufsfeld. • Vermittlung in andere Maßnahmen, Teil- oder Vollzeitbeschäftigung.
Status	• Arbeitnehmer/-in • Abschluss eines Arbeitsvertrages (schriftlich)	• Nutzer/-in • Abschluss eines Nutzungsvertrages (schriftlich)	• Trainee • Abschluss eines Qualifizierungsvertrages (schriftlich)
Entlohnung	• Tarifliche/ortübliche Entlohnung, branchen- und regionenabhängig.	• Angemessene Anerkennung der Leistungen des Nutzers.	• Angemessene Anerkennung der produktiven Leistungen des Trainee.

arbeitstherapeutisches Angebot) eröffnen. In diesem Spektrum unterschiedlicher Angebotsformen sind auf der Grundlage einer im Rheinland durchgeführten Erhebung drei Typen, differenziert nach Struktur und Konzeption herausarbeiten.

Nach Berichten aus der Praxis sowie den Ergebnissen einschlägiger Untersuchungen haben sich Zuverdienstarbeitsplätze »als wichtiges Modul der Reintegration bzw. der gesundheitlich-sozialen Stabilisierung erwiesen«.[158]

Ein zentrales Problem bezüglich der Absicherung und Weiterentwicklung von Angeboten zur stundenweisen Beschäftigung bildet Frage der Finanzierung des im Einzelfall bestehenden Unterstützungsaufwandes (Anleitung, Begleitung) und des Ausgleichs von Minderleistung. So ist gegenwärtig eine Förderung von Beschäftigungsverhältnissen (einschl. der Zahlung von Nachteilsausgleichen) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden nach den Regelungen des Schwerbehinderten- (SGB IX, 2. Teil) und Arbeitsförderungsrechts (SGB III) derzeit nicht möglich. »Die meisten pragmatischen Lösungsversuche be-

157 Quelle: FAF Köln, 2002, S. 58 f., 80.

158 FAF gGmbH: Wissenschaftliche Begleitung des BMA Modellversuches »Integrationsprojekte«- Schlussbericht Teil A, 2002, S. 20.

ruhen auf einer tagessatz-ähnlichen Finanzierung, basierend auf den Regelungen des § 39 BSHG oder einer Projektförderung aus kommunalen bzw. Landesmitteln.«[159]

4.2 Medizinisch-berufliche Rehabilitation

4.2.1 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) sind entsprechend der RPK-Konzeption möglichst gemeindenahe Einrichtungen für Patienten, die umfassende Hilfen und Förderung in den Bereichen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Das Hilfeangebot umfasst ärztliche Behandlung, Psychotherapie, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung, Krankenpflege, Bewegungstherapie, Training der Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung sowie berufsvorbereitende Maßnahmen und Arbeitstraining. Eine Übersicht zu Art und Organisation (eigene Angebote, Angebote in Kooperation mit anderen Einrichtungen/Diensten und Betrieben) der von diesen Einrichtungen erbrachten Leistungen zur beruflichen Rehabilitation liegt nicht vor.

Die Rehabilitationseinrichtungen verfügen über ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, nichtärztlichen Therapeuten und Fachkräften für die berufliche Rehabilitation. Zielsetzung der Rehabilitation durch diese Einrichtung ist, eine weitgehende berufliche und soziale Integration zu erreichen.

Entstanden sind die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) auf der Grundlage der auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossenen »Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (vom 17. November 1986). Bestandteil der Empfehlungsvereinbarung ist ein Anforderungsprofil, das u.a. Regelungen zu den regionalen und institutionellen Rahmenbedingungen, zu den Zielen, Leistungsangeboten, den beteiligten Berufsgruppen sowie Zugangsvoraussetzungen enthält.

Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, die zunächst nur als stationäre Einrichtung mit mindestens 50 Plätzen konzipiert worden sind, befinden sich wie auch die anderen Einrichtungen und Dienste in einem fortlaufenden Prozess der fachlichen und konzeptionellen Weiterentwicklung. So bestehen inzwischen auch kleinere Einrichtungen und das Versorgungsangebot wird in einigen Regionen nicht nur stationär sondern auch als teilstationäre Leistung erbracht.

Der Abschluss der RPK-Empfehlungsvereinbarung markiert einerseits einen wichtigen Schritt in der Entwicklung »vom Übergangsheim zur Rehabilitationseinrichtung«[160] und

159 Ebd., S. 20.

160 Vgl. hierzu auch weiter hinten die Ausführungen zur Übergangseinrichtung und Schulte-Kemna, G.: Vom Übergangsheim zur Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte, in: Kulen-

zur Umsetzung der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch kranker Menschen. Andererseits wurde dieser Schritt nur »halbherzig« vollzogen, denn die Umsetzung des Angebotes an RPK-Einrichtungen erfolgte bisher zumeist eher schleppend und ist von erheblichen regionalen Unterschieden geprägt, wobei vor allem in den neuen Bundesländern erhebliche Probleme bestehen, dieses Angebot zu etablieren.

Dieses Bild modifiziert sich insgesamt nur geringfügig, wenn noch die Übergangseinrichtungen einbezogen werden, die mit einem Sozialversicherungsträger – in der Regel Trägern der Rentenversicherung – eine Vereinbarung zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen haben.

Einen Überblick über die regionale Verteilung der Einrichtungen gibt die Tabelle A-20, die sowohl Daten aus der »RPK-Bestandsaufnahme«[161] wie auch aus einer im Rahmen des Projekts durchgeführten Erhebung enthält.

Die RPK-Bestandsaufnahme berichtet von 42 Einrichtungen mit insgesamt 827 Plätzen, die zu Beginn des Jahres 2000 bestanden. Neben den »echten« RPKs, die einen Vertrag zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen mit den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und der Bundesanstalt für Arbeit haben, sind hier auch Übergangseinrichtungen mit berücksichtigt, die selbst einen Vertrag mit Sozialversicherungsträgern, in der Regel den Trägern der Rentenversicherung, abgeschlossen haben. Nicht berücksichtigt, aber nachrichtlich in Klammern ausgewiesen, sind hier die 17 Übergangseinrichtungen im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland, für die auf der Ebene des Landschaftsverbandes eine Belegungsvereinbarung mit der LVA Rheinprovinz besteht. Bei der eigenen Erhebung wurden RPKs und Übergangseinrichtungen gesondert ausgewiesen.

Bezüglich der RPK in Sachsen-Anhalt ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass diese zwar auch die Bezeichnung RPK im Namen trägt aber nur eine Vereinbarung mit der Arbeitsverwaltung zur Erbringung von ambulanten Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben) hat.

Weiter ist in der RPK-Bestandsaufnahme auch eine Einrichtung in Berlin aufgeführt, während bei der eigenen Erhebung von der Berliner Senatsverwaltung mitgeteilt wurde: »RPK-Angebote gibt es in Berlin nicht. In Berlin wird dieses Angebot durch eine Kostenbeteiligung am Tagessatz der Projekte gemäß der Vereinbarung zwischen dem Land Berlin und den Krankenkassenverbänden über therapeutische Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen und Übergangswohnheime für psychisch Kranke vom 21.12.1984 ersetzt.« Diese mit den Krankenkassen geschlossene Vereinbarung ist inzwischen aber zum 31. Dezember 2001 ausgelaufen; eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungen auf der Grundlage der RPK-Empfehlungsvereinbarung ist seither aber nicht erfolgt.

---

kampff, C. (Hg.): Neue Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte, Bonn 1986, S. 3–13.

161 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK) (Hg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt/Main 2000.

Tabelle A-20: Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und Übergangseinrichtungen, die einen Vertrag zur Erbringung von Leistungen zur medizinischenRehabilitation und/oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einem Träger der Sozialversicherung haben

Land	RPK-Bestands-aufnahme (2000)	Eigene Erhebung				
			RPK		Übergangseinrichtungen Vertrag mit Sozialversicherungsträger	
		Jahr	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze
Baden-Württemberg	7	1999	6	120		
Bayern (Angaben der Bezirke)	3	1999	3	137	2	61
Berlin	1	1999				
Brandenburg		1999				
Bremen		1999				
Hamburg	1	1999	1	30		
Hessen	2	1999	2	50		
Mecklenburg-Vorpommern		2000				
Niedersachsen	7	1999	7	167		
Nordrhein-Westfalen	17 (+17)	1999	1	24	36	754
Rheinland-Pfalz	1	1999	1	50		
Saarland	1	1999	1	70		
Sachsen	1	1999	1	20		
Sachsen-Anhalt	1	1999	1	24		
Schleswig-Holstein		1998				
Thüringen (Landesamt)		2000			6	118
Gesamt	**42 (+17)**		**24**	**692**	**44**	**933**

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung fachlicher Konzepte und der zwischenzeitlich mit kleineren sowie vor allem auch mit der Erbringung von ambulanten (bzw. teilstationären) Leistungen[162] gemachten Erfahrungen ist aus fachlicher Sicht schon seit längerem eine Weiterentwicklung der »RPK-Empfehlungsvereinbarung« geboten, denn das Festhalten an der Konzeption einer stationären Einrichtung unterläuft die Ziele einer personenzentrierten und lebensfeldbezogenen Organisation von Hilfen. Zur exemplarischen Verdeutlichung ein Beispiel:

Frau M. lebt in der Großstadt B. in einer eigenen Wohnung und erhält hier Unterstützung und Begleitung von Mitarbeitern des Betreuten Wohnens, sie ist mit ihren sozialen Bezügen am Ort verwurzelt. Ihr Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer RPK wird bewilligt. Die Einrichtung befindet sich im etwa 15 km entfernten Nachbarort G. und ist von ihrer Wohnung aus mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit nur wenig mehr als 30 Minuten Fahrzeit zu erreichen. Diese Rehabilitationseinrichtung bietet aber – entsprechend der RPK-Empfehlungsvereinbarung – nur stationäre Maßnahmen an mit der

162 Vor allem in den niedersächsischen RPK-Einrichtungen.

Folge, dass Frau M. für die Dauer der Maßnahme in der Einrichtung wohnen müsste. Da die Verbindungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln in den Abendstunden sehr schlecht sind, würde dies zu einer erheblichen Beeinträchtigung ihrer sozialen Bezüge führen.

In diesem Zusammenhang ist noch zu erwähnen, dass die RPK in G. einen großen Teil der Maßnahmen zur Belastungserprobung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in Betrieben in B. durchführt.

Ein entsprechender Vorschlag zur Weiterentwicklung der RPK-Empfehlungsvereinbarung wurde bereits Mitte der 90er-Jahre von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeitet und zwischenzeitlich auch veröffentlicht,[163] allerdings von den Leistungsträgern bisher noch nicht aufgegriffen.

4.2.2 Übergangseinrichtungen

Die Übergangseinrichtungen werden an dieser Stelle aufgeführt, weil sie zum einen die »Vorläufer« der RPK waren und weil zum anderen die vergleichsweise wenigen heute noch bestehenden Übergangseinrichtungen zumeist mit zumindest einem der Sozialversicherungsträger – in der Regel den Trägern der Rentenversicherung – einen Vertrag zur Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen haben.

Wie aus der oben stehenden Tabelle ersichtlich, gibt es Einrichtungen mit entsprechenden Vereinbarungen vor allem in Nordrhein-Westfalen (Verträge nur mit der Rentenversicherung), daneben in Bayern und Thüringen. Für Berlin ist zum einen auf die bereits oben zu den RPKs gemachte Erläuterung Bezug zu nehmen, wonach eine im Einzelfall auf maximal 52 Wochen (und »allerlängstens« 65 Wochen) zeitlich befristete anteilige Finanzierung durch die Krankenkassen erfolgt. Eine weitere Berliner Besonderheit ist, dass Übergangswohnheime in Berlin zur Zeit noch den ambulanten Wohnformen zugeordnet werden und die dort bestehenden Plätze beim Betreuten Wohnen mit enthalten sind (siehe Übersichtstabelle zu den betreuten Wohnformen).

Übergangseinrichtungen sind hinsichtlich ihrer Funktion und Ausstattung teilweise unterschiedlich strukturiert, wobei sich das Leistungsspektrum vor allem mit dem von Angeboten des Betreuten Wohnens und der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) weithin überschneidet. In der Regel handelt es sich um Einrichtungen, in denen für psychisch Kranke und Behinderte zeitlich begrenzt Rehabilitationsleistungen angeboten werden. Die Übergangseinrichtungen verfolgen das Ziel, psychisch kranke und behinderte Menschen zu fördern und in ihrer Selbstbehauptung und Belastbarkeit so zu stabilisieren, dass sie

- eine größtmögliche Selbstständigkeit und Fähigkeit zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung (Wohnen, Alltagsbewältigung) erreichen,

163 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Gegenwärtiger Stand der Überlegungen zur Modifizierung der Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (Stand 29.07.1996). In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 374–382.

- beruflich in den allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt integriert werden können.

Schwerpunkte der in Übergangseinrichtungen angebotenen Hilfen liegen im Bereich milieu- und soziotherapeutischer Angebote zur Förderung sozial-kommunikativer Fähigkeiten, der persönlichen Stabilität und der Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung.

Maßnahmen zur Belastungserprobung im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation und Maßnahmen im Bereich der beruflichen Rehabilitation werden zumeist in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten sichergestellt (z. B. Tageskliniken, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsprojekten [Selbsthilfefirmen] und Arbeitstrainingsmaßnahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt).

Die personelle Ausstattung umfasst in der Regel Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Krankenpflegekräfte und je nach Konzeption auch Psychologen und Ergotherapeuten. Neben der ambulanten ärztlichen Behandlung durch Fachärzte (Facharztpraxis, Institutsambulanz) erfolgt in der Regel eine fachärztliche Mitarbeit in der Einrichtung stundenweise auf Honorarbasis.

Zum Verständnis der mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX wieder aktuell gewordenen Auseinandersetzung um die Finanzierungszuständigkeit für die von Übergangseinrichtungen erbrachten Leistungen ein kleiner Rückblick, der zugleich auch ein Schlaglicht auf strukturelle Probleme hinsichtlich der Einbeziehung von Sozialversicherungsträgern in die Finanzierung gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote wirft:

Der Auf- und Ausbau von »Übergangsheimen« war in den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) ein zentraler Baustein für die Weiterentwicklung des Hilfesystems. Sie wurde damals als »Rehabilitationseinrichtung« beschrieben, die »von nicht-ärztlichen Fachkräften« mit einer qualifizierten Weiterbildung auf dem Gebiet der Rehabilitation psychisch Kranker geleitet werden sollte.[164] Durch diese konzeptionelle Vorgabe wurde gewissermaßen ein sozialrechtliches Dilemma bezüglich der Leistungszuständigkeit vorprogrammiert: Einerseits legt der Terminus »Rehabilitationseinrichtung« nahe, dass es sich um ein Angebot handelt, dass in die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger (zum damaligen Zeitpunkt insbesondere Kranken- und Rentenversicherung) fällt; andererseits war die Vorgabe der nicht-ärztlichen Leitung insbesondere nicht mit den gesetzlich geregelten Anforderungen der Krankenversicherung an Rehabilitationseinrichtungen kompatibel.

Die Sozialhilfeträger, die zunächst als »Ausfallbürgen« in die Finanzierung dieses neuen Angebotes eingetreten waren (Ende der 70er-Jahre gab es bereits rund 70 dieser Einrichtungen[165]) drängten nun einerseits darauf, dass eine konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklung erfolgt und die Einrichtungen Verträge mit den Kranken- und Rentenversicherungsträgern zur Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen abschließen; andererseits wurden in etlichen Regionen die Übergangsheime zu Wohnheimen, um die Finanzierungszuständigkeit der Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe zu sichern.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung und dem Zustandekommen der RPK-Empfehlungsvereinbarung hat sich in der Folgezeit die Zahl der Übergangseinrichtungen deutlich

164 Psychiatrie-Enquete, Bundestagsdrucksache 7/4200, S. 224/225.

165 Stiftung Rehabilitation Heidelberg (Hg.): Rehabilitation psychisch Behinderter – Funktion und Bedeutung von Übergangswohnheimen, Heidelberg 1979.

reduziert. In Nordrhein-Westfalen sowie einigen anderen Ländern gelang es diesen Einrichtungen, einen Vertrag mit den Rentenversicherungsträgern zur Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen abzuschließen.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass im Kranken- und Rentenversicherungsrecht unterschiedliche Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen normiert sind. Während im Krankenversicherungsrecht die »ständige ärztliche Verantwortung« eine unverzichtbare Voraussetzung ist (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V), braucht nach dem Rentenversicherungsrecht die Einrichtung »nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert« (§ 15 Abs. 2 SGB VI).

Die Tatsache, dass etliche Übergangseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation (aber nur durch die Rentenversicherung) erbringen, hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe zum Anlass genommen, in einem Rundschreiben vom 06.09.2001 auf die Auswirkungen des SGB IX auf die Leistungserbringung in Einrichtungen zur Durchführung medizinischer Rehabilitation hinzuweisen. Die darin unterstellte »neue« Rechtslage, wonach für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe ab sofort nicht mehr in Betracht kommen, ist nun allerdings keineswegs neu, denn auch bisher trat die Eingliederungshilfe nicht ein, wenn ein anderer Leistungsträger zuständig war. Gleichwohl ist festzuhalten, dass die Sozialhilfe in vielen Fällen nicht nur die Funktion als Ausfallbürge, sondern auch als Lückenbüßer für strukturelle Defizite (hier: fehlende Rehabilitationsangebote durch die Krankenversicherung) übernommen hat.

Die vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe vertretene Position führte auch nach der Einführung einer nunmehr bis zum 30.06.2002 befristeten Übergangslösung zu einem erheblichen Belegungsrückgang und zu einer Gefährdung der Infrastruktur an wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen.

An diesem Beispiel wird besonders deutlich, dass drängender Handlungsbedarf zur Schaffung wirksamer Instrumente und Verfahren besteht, um dafür Sorge zu Tragen, dass die Vorgabe die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung zu stellen (§ 19 Abs. 1 SGB IX) von den Rehabilitationsträgern umgesetzt wird.

4.3 Medizinische Rehabilitation

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den im Rahmen des Projekts berücksichtigen Personenkreis kommen aus fachlicher Sicht regelmäßig nur die vorstehend beschriebenen RPK-Einrichtungen und – sofern sie entsprechende Leistungen erbringen – auch die Übergangseinrichtungen in Betracht.

Daneben sind hier aber auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitationskliniken und die Fachkliniken für psychosomatische Erkrankungen zu berücksichtigen, denn die Entwicklung in den beiden Versorgungssystemen Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin auf der einen sowie Psychiatrie und Psychotherapie auf der anderen Seite führte

zur Entwicklung von parallelen Rehabilitationskonzepten und Versorgungsstrukturen: So wenden sich diese Rehabilitationskliniken in ihrer Schwerpunktsetzung zwar vorrangig an einen anderen Personenkreis mit psychischen bzw. psychogenen Erkrankungen, darunter insbesondere Angststörungen und depressive Störungen, daneben aber auch an Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Psychosen.

In Berichten über die Entwicklung der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation sowie Aufgaben und Leistungen der Rehabilitationskliniken wird hervorgehoben, dass einzelne Fachkliniken ihren Schwerpunkt auf die Behandlung von psychischen Störungen im engeren Sinne spezialisiert haben und betont, dass »in den psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung die Bearbeitung berufs- und arbeitsplatzbezogener Problembereiche ... besondere Berücksichtigung findet. Die berufsbezogene Problematik kann z. B. in Form eines spezifischen indikativen Gruppenangebotes oder in der Arbeits- und Berufstherapie bearbeitet werden. In vielen Fachkliniken sind zusätzlich interne oder externe Belastungserprobungen in das Rehabilitationskonzept integriert. Diese werden z. T. in Zusammenarbeit mit nahe gelegenen Berufsförderungswerken oder örtlichen Betrieben organisiert«.[166] Dabei wird eingeräumt, dass »für eine zahlenmäßig relativ kleine Rehabilitandengruppe aufgrund der Ausprägung und Schwere des psychiatrischen Störungsbildes ein darüber hinausgehender Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf erforderlich werden« kann. »Bei positiver Erwerbsprognose können diese Versicherten u. a. in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) aufgenommen werden.«[167]

Zur Zahl der Rehabilitationskliniken mit einem spezifischen Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen keine zuverlässigen Informationen vor: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 1999 insgesamt 1.398 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 1.929 Fachabteilungen, von denen 182 als Fachabteilungen für »Psychiatrie« – darunter 164 Einrichtungen für Suchtkrankheiten – ausgewiesen sind, daneben noch weitere 165 Einrichtungen für psychosomatische Erkrankungen.[168] Die Daten zu den psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen sind bei näherer Betrachtung unvollständig: Zieht man von den 182 Fachabteilungen für Psychiatrie (182) die hier mit berücksichtigten für Suchtkranke (164) ab, verbleiben »netto« 18 psychiatrische Einrichtungen. Im Jahr 1999 gab es nun aber allein schon mehr RPK-Einrichtungen.

Eine weitere Recherche in Verzeichnissen, die auch weitergehende Informationen enthalten, ergab, dass hier die Rehabilitationseinrichtungen und -kliniken nur sehr lückenhaft erfasst sind:

- In der REHADAT-Datenbank sind insgesamt 703 Rehabilitationskliniken erfasst, darunter 77 psychiatrisch/psychotherapeutische Rehabilitationskliniken.[169]
- Im von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebenen Verzeichnis sind insgesamt 695 Einrichtungen erfasst, darunter 166 mit einem psychosomatisch/

166 Irle, H., Amberger, S., Nischan, P.: Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation. Die Angestelltenversicherung H. 7, 2001, S. 1–7, S. 5.

167 Ebd. S. 4.

168 Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 2001, Baden-Baden 2001, S. 296.

169 REHADAT, Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation, Ausgabe 2/2002 (CD-ROM).

psychiatrischen Schwerpunkt, von denen acht als Einrichtungen mit einer psychiatrischen Fachabteilung ausgewiesen sind.[170]

- Bei einer Internetrecherche[171] konnten insgesamt 130 Rehabilitationseinrichtungen für psychische Erkrankungen gefunden werden.

In den vorstehenden Angaben sind Einrichtungen für Suchtkranke, die jeweils als gesonderter Indikationsbereich ausgewiesen sind, nicht enthalten. Dass die Daten in diesen Verzeichnissen – die nur auf Antrag der Einrichtungen und bei Erfüllung weiterer Kriterien aufgenommen werden – äußerst lückenhaft sind, wird beim Vergleich mit den Daten des Statistischen Bundesamtes deutlich.

Unter den in diesen Verzeichnissen geführten Rehabilitationseinrichtungen ist nur ein kleiner Teil der RPK-Einrichtungen zu finden. Die von den Rehabilitationskliniken gemachten Angaben zur Indikation sind recht unterschiedlich. In allen drei Verzeichnissen gibt es nur eine vergleichsweise kleine Zahl, die hier ausdrücklich auch »Psychosen« (teilweise auch mit den Zusatz »entaktualisierte Psychose«) angeben, daneben aber eine größere Zahl mit der unspezifischen Angabe »psychische Erkrankungen im engeren Sinne.«

Tabelle A-21: Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilungen 1999[172]

Abteilungen	Einrichtungen (Anzahl)	Betten	Fallzahl	Verweildauer (Tage)
Insgesamt	1.929	189.597	1.915.334	26,0
Psychosomatik	165	14.449	106.650	38,3
Psychiatrie	182	10.992	40.685	87,6
Darunter: Sucht	164	9.980	35.569	90,7
Verbleiben rechnerisch für Psychiatrie	18	1.012	5.116	

Tabelle A-22: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1999

	Organische Psychosen ICD-9: 290–294	Andere Psychosen ICD-9: 295–299	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen ICD-9: 300–316
VDR[173]	231	3.623	28.041
BKK[174]	41	221	2.460
GKV[175] (Hochrechnung)	315	1.700	18.923
GKV und VDR	546	5.323	46.964

170 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Verzeichnis der stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Frankfurt/Main 2002 (CD-ROM).

171 www.rehakliniken.de.

172 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 2001, Baden-Baden 2001.

173 Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): VDRSY-Datenbanken, Tabellen 00.700 M RV des Jahres 1999.

174 Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Rehabilitationsstatistik 1999.

175 Hochrechnung auf der Grundlage BKK-Daten. Von den Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse (einschließlich der hier freiwillig Versicherten) gehörten 1999 rund 13 % einer Betriebskrankenkasse an.

Eine Betrachtung der vorliegenden Daten zu den Rehabilitationseinrichtungen sowie zum Leistungsgeschehen ergibt, dass diese Angaben nur mit einer gewissen Vorsicht zu genießen sind. Sie weisen aber auch darauf hin, dass zu einem erheblichen Teil für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen psychosomatische Rehabilitationskliniken in Anspruch genommen werden: Dies ergibt sich zum einen beim Vergleich mit den Daten zu den verfügbaren Kapazitäten in RPK/Übergangseinrichtungen, die zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugelassen sind, zum anderen aus den vorstehenden Daten zur Zahl der durchgeführten Maßnahmen: Allein die Zahl der für Menschen mit »anderen Psychosen« durchgeführten Maßnahmen übersteigt schon die Zahl der Maßnahmen, die insgesamt in psychiatrischen Fachabteilungen durchgeführt wurden.

Mithin ist davon ausgehen, dass in Anbetracht fehlender Alternativen auch eine erhebliche Zahl von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen medizinische Rehabilitationsleistungen in diesen Einrichtungen erhalten. Unter Berücksichtigung des spezifischen therapeutischen Settings in diesen Rehabilitationskliniken und der kurzen Dauer der hier durchgeführten Maßnahmen ist aber deren Eignung zur Rehabilitation chronisch psychisch erkrankter Menschen zumindest kritisch zu hinterfragen.

Im Zuge der Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten ist es daher von entscheidender Bedeutung die bestehenden Parallelstrukturen in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen zu überwinden und ein Gesamtkonzept zu entwickeln. Handlungsbedarf ergibt sich dabei aktuell für die ambulante Rehabilitation psychisch Kranker:

Während der bereits 1996 vorgelegte Vorschlag zur Weiterentwicklung und Flexibilisierung der RPK-Konzeption bislang in den Gremien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nicht weiter aufgegriffen wurde, hat zwischenzeitlich eine Arbeitsgruppe bei der BAR eine Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen erarbeitet. Dieser Entwurf bezieht bei der Indikation auch den größten Teil der im engeren Sinne psychiatrischen Erkrankungen ein und führt lediglich akute Psychosen, chronische psychotische Prozesse, manifeste Suizidalität, stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen und fremdgefährdendes dissoziales Verhalten als Ausschlusskriterien auf.[176]

4.4 Krankenbehandlung

4.4.1 Ambulante Behandlung

Niedergelassene Ärzte, Ärzte für Psychiatrie und Nervenärzte

In der ambulanten Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen nehmen niedergelassene Ärzte eine Schlüsselstellung ein. Sie sind vielfach eine erste Anlaufstelle für psychisch kranke und behinderte Menschen. Bei leichteren vorübergehenden psychischen Beeinträchtigungen und Befindlichkeitsstörungen mit Krankheitswert wird in der Regel

176 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen – Entwurf, Stand 15.01.2003, S. 4.

eine allgemeinärztliche Beratung und Behandlung als ausreichend angesehen. Bei Bedarf erfolgt eine Überweisung des Patienten an einen niedergelassenen Arzt für Psychiatrie bzw. Nervenarzt, ggf. mit Hilfe der Soziotherapie.

Aufgabe der niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und der Nervenärzte ist die ambulante Behandlung psychisch und/oder neurologisch Erkrankter, die insbesondere folgende Leistungen umfasst:

- Diagnostik,
- Beratung auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Einzel- und Gruppengespräche,
- Pharmakotherapie,
- psychosomatische Grundversorgung,
- Psychotherapie,
- Notfallbehandlung und Krisenintervention,
- Verordnung von Ergotherapie, Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege sowie die Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Erbringern dieser Leistungen.

Aufgrund der Organisationsstruktur der Praxen und den Vergütungsregelungen sind die Möglichkeiten zur Behandlung und Begleitung von chronisch psychisch kranken Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf enge Grenzen gesetzt.

Niedergelassene Psychotherapeuten

Die Berufsbezeichnung Psychotherapeut ist seit dem 1.1.1999 gesetzlich geschützt: Sie darf nur noch von Ärzten mit entsprechender Zusatzqualifikation sowie von Psychologischen Psychotherapeuten und von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geführt werden. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört die Psychotherapie zu den Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Psychologische Psychotherapeuten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, können selbst die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung stellen, müssen aber vor Beginn der Psychotherapie den Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung einholen. Näheres zur Indikation, Zielsetzung und Durchführung sowie den zugelassenen Behandlungsverfahren einer psychotherapeutischen Behandlung ist in den »Psychotherapie-Richtlinien« sowie der »Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung« geregelt.

Beim Zugang zu psychotherapeutischen Hilfen gibt es für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen einerseits Zugangsschwellen, die sich aus der in den Psychotherapie-Richtlinien geregelten Indikation ergeben, andererseits entspricht das herkömmliche psychotherapeutische Setting bei diesem Personenkreis nur selten deren Bedarf.

Soziotherapie

Obwohl die Soziotherapie (§ 37 a SGB V) bereits seit dem 1.1.2000 zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört, wird sie erst jetzt langsam und mit erheblichen regionalen Unterschieden verfügbar.

Maßgeblich für diese Verzögerung war zunächst, dass die »Soziotherapie-Richtlinien« als Grundlage für die Verordnung dieser Leistung erst in der zweiten Hälfte des Jahres 2001

vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vorgelegt wurden und zum 1.1.2002 in Kraft getreten sind.

Weiter waren von den Krankenkassen in Empfehlungen Anforderungen an die Leistungserbringer festzulegen, was ebenfalls erst Ende 2001 erfolgte. Danach kann »ein Vertrag mit einem Leistungserbringer für Soziotherapie nur geschlossen werden, wenn der Nachweis einer vorherigen mindestens dreijährigen psychiatrischen Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung, erbracht ist«.[177] Aus ersten Reaktionen auf diese Empfehlungen wurde deutlich, dass es zahlreiche Regionen gibt, in denen allenfalls vereinzelt Fachkräfte diese Anforderung erfüllen. Mithin gibt es Stimmen, die die Empfehlungen gemäß § 132 b SGB V als »Empfehlungen zur Verhinderung der Einführung von Soziotherapie« bezeichnen.

Verträge mit Soziotherapie-Leistungserbringern können entweder von den einzelnen Krankenkassen oder den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossen werden (§ 132 b SGB V). Nach vorliegenden Informationen sind Rahmenverträge über die landesweite Versorgung mit Soziotherapie bislang erst in Baden-Württemberg (zum 1.7.2002) und in Rheinland-Pfalz (zum 1.12.2002) abgeschlossen worden und in Kraft getreten. Beide Rahmenverträge weisen jeweils Besonderheiten auf und wichen von den auf Bundesebene beschlossenen Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer ab:

- In Baden-Württemberg wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste als Erbringer von Soziotherapie vorgesehen. Hintergrund für diese spezifische Regelung bildete, dass sich die Krankenkassen mit der landesweiten Einrichtung von Institutsambulanzen aus der bisherigen anteiligen Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste verabschiedeten. Durch den geschlossenen Rahmenvertrag soll nun einerseits ein flächendeckendes Netz aus qualifizierten Soziotherapie-Leistungserbringern vorgehalten und den Sozialpsychiatrischen Diensten die Möglichkeit gegeben werden, durch Einzelfallvergütungen den Fortfall der pauschalen Anteilsfinanzierung durch die Krankenkassen zu kompensieren.
- In Rheinland-Pfalz sind Leistungserbringer für Soziotherapie »Einrichtungen und Dienste, die in der gemeindenahen Versorgung (Gemeindepsychiatrischer Verbund oder vergleichbare Versorgungsstrukturen) einzeln oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten« mindestens drei von fünf sozialpsychiatrischen Leistungskomplexen (ambulante Grundversorgung; Selbstversorgung; Tagesgestaltung, Kontaktstiftung; Arbeit und Beschäftigung; Planung, Koordination und Abstimmung von Hilfen) erbringen (§ 12 des Rahmenvertrags). Die Leistungserbringer haben des weiteren sicherzustellen, dass Soziotherapie nur von fachlich qualifiziertem Personal erbracht wird, wobei Berufsgruppen und Qualifikationen analog zu der auf Bundesebene beschlossenen Empfehlung geregelt sind.
- Neben dem Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern sind bzw. waren auch noch weitere »Hürden« zu nehmen, um den Weg von Versicherten beim Zugang zu der Leis-

177 Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie vom 29.11.2001, Ziffer 4.

tung Soziotherapie zu ebnen. So kann die Verordnung von Soziotherapie im Wesentlichen nur durch Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde erfolgen, die hierfür eine Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung haben. Andere Vertragsärzte können Patienten an einen entsprechenden Facharzt überweisen und hierzu auch einen soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzuziehen. Sie können maximal drei Therapieeinheiten verordnen, wenn Sie den begründeten Verdacht haben, dass bei einem Patienten die Indikation für Soziotherapie vorliegt und der Patient nicht in der Lage ist, die Überweisung zu einem zur Verordnung berechtigten Facharzt selbständig in Anspruch zu nehmen. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen.

Weiter bedarf die Verordnung von Soziotherapie regelmäßig der Genehmigung durch die Krankenkasse; hierzu sind Begutachtungsrichtlinien[178] am 27.11.2002 beschlossen worden. Dabei war bezüglich der Auslegung der Verordnungsvoraussetzung »Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung« – bildlich formuliert – eine »Quadratur des Kreises« zu leisten: Es galt sowohl eine zu enge Auslegung (mithilfe von Soziotherapie wird eine ansonsten aktuell bestehender Bedarf an Krankenhausbehandlung substituiert) als auch eine zu weite Auslegung zu vermeiden, denn es handelt sich gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers nicht um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, sondern um eine Leistung der (Akut-)Behandlung. Zugleich galt es auch das Gebot des § 27 SGB IX zu berücksichtigen, wonach bei der Krankenbehandlung auch die Ziele der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 1 SGB IX) gelten. In den Begutachtungs-Richtlinien wird zur Operationalisierung des Kriteriums Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ausgeführt, dass Soziotherapie insbesondere auch bei Patienten indiziert, »die im letzten Jahr mehrfach wegen der schweren psychiatrischen Symptomatik stationär behandelt werden mussten. Bei diesen Patienten kann die Soziotherapie durch Anleitung des Patienten zur weiteren Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen die Krankenhausbehandlung verkürzen oder vermeiden«.[179]

Ergotherapie

Die Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie) gehört zu den therapeutischen Dienstleistungen, die unter die Heilmittel fallen. Seit August 1990 kann diese Leistung für psychisch Kranke oder Behinderte auch ambulant durch niedergelassene Ergotherapeuten erbracht werden. Zu Lasten der Krankenversicherung können durch die Ergotherapie in Krankenhäusern, teilweise auch in Tagesstätten – in einigen Regionen gibt es Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Tagesstätten, nach denen die in diesen Einrichtungen erbrachten ärztlich verordneten ergotherapeutischen Leistungen vergütet werden – sowie im Rahmen ambulanter Ergotherapie im vorberuflichen Bereich erste Schritte zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung erfolgen.

178 Die Begutachtungs-Richtlinien »Ambulante Soziotherapie« wurden auf Empfehlung des Vorstandes MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 27.11.2002 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen.

179 Ziffer 3.5. der Begutachtungs-Richtlinien »Ambulante Soziotherapie«.

Zum 31.12.1999 gab es insgesamt 2.258 (nach § 124 SGB V) zugelassene Ergotherapeuten in 1.821 Praxen. Die regionale Verteilung und damit Verfügbarkeit ist aber sehr unterschiedlich: Das Spektrum reicht von einem zugelassenen Ergotherapeuten auf 17.282 Einwohner im Saarland bis zu einem Ergotherapeuten auf 867.069 Einwohnern in Brandenburg. Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Ergotherapeuten bilden die östlichen Bundesländer – einschließlich Berlin – insgesamt die Schlusslichter.[180]

Aber auch innerhalb eines Bundeslandes kann die Erreichbarkeit ambulanter Ergotherapie sehr unterschiedlich sein. So haben in Nordrhein-Westfalen nur zehn von 49 Gebietskörperschaften berichtet, über ambulante Ergotherapie in ihrer Region zu verfügen.[181]

Die Ergotherapie ist zwar grundsätzlich auch für chronisch psychisch kranke Menschen eine wichtige Leistung – aber die Erbringung dieser Hilfe als »Einzelleistung« durch in eigener Praxis tätige Ergotherapeuten entspricht weithin nicht dem Bedarf dieses Personenkreises. Erforderlich ist auch hier eine Einbindung in die gemeindepsychiatrischen Kooperationsstrukturen.

Beispielhaft für die Einbindung ambulanter Ergotherapie in das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ist die Entwicklung im Kreis Herzogtum-Lauenburg mit verbindlichen Kooperationsstrukturen zwischen Ergotherapiepraxen, der psychiatrischen Abteilung am Johanniter Krankenhaus mit den angeschlossenen Tageskliniken und arbeitstherapeutisch geprägten Zuverdienstfirmen.[182]

Häusliche Krankenpflege

Auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege (gemäß § 37 SGB V), die durch ambulante Pflegedienste (teilweise sind auch andere Bezeichnungen gebräuchlich, wie z.B. Sozialstation, Hauskrankenpflege, Zentrum für pflegerische Dienste) erbracht werden, haben grundsätzlich auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung einen Anspruch. Allerdings steht nach wie vor eine die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen berücksichtigende Ausgestaltung dieser Leistung aus. Dementsprechend ist dieses Hilfeangebot mit Ausnahme von einigen wenigen Regionen (insbesondere in Nordrhein-Westfalen, wo im Rahmen einer Übergangsregelung früher vereinbarte spezielle Leistungen für psychisch Kranke weiter verordnet werden können) praktisch nicht verfügbar.

180 Quelle: Statistik des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten Stand 7/2000.

181 Landtag Nordrhein-Westfalen: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen »Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen«. Drucksache 13/2863 vom 25.07.2002, S. 29.

182 Heissler, M.: Psychiatrische Versorgung des Kreises Herzogtum-Lauenburg mit Schwerpunkt Arbeit, unveröffentlichtes Manuskript, Geesthacht 2002. Inzwischen sind in diesem Kreis über 30 Ergotherapeuten ambulant tätig, wobei die Begleitung und Anleitung von psychiatrischen Patienten im Rahmen arbeitstherapeutischer Zuverdienstangebote ein zentrales Element ist.

4.4.2 Behandlung durch Psychiatrische Kliniken

Psychiatrische Kliniken (psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) verfügen über ein breites Spektrum an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, für die multidisziplinäre Teams mit Fachärzten, (Fach-)Krankenpflegekräfte, Psychologen, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen zur Verfügung stehen.

Im Zuge der Psychiatriereform wurden seit den 70er-Jahren die Einzugsbereiche der psychiatrischen Fachkrankenhäuser durch viele neue psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erheblich verkleinert. Mit rund 400 bestehenden psychiatrischen Kliniken (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) ist inzwischen in den meisten Regionen die Möglichkeit zu einer wohnortnahen psychiatrischen Krankenhausbehandlung gegeben.

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)[183] hat nicht nur zu einer erheblichen Verbesserung der Ausstattung von psychiatrischen Kliniken mit therapeutischem Personal geführt, sondern damit einhergehend auch die Möglichkeiten zu individuellen Therapien unter Einbeziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie weiteren mit der Behandlung und Rehabilitation befassten Institutionen verbessert.

Die Psychiatrie-Personalverordnung basiert auf einem rehabilitativ ausgerichteten[184] mehrdimensionalen Behandlungskonzept das sich in die Bereiche Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie gliedert, die dann jeweils wiederum in sechs Behandlungsbereiche untergliedert sind:

- Regelbehandlung
- Intensivbehandlung
- Rehabilitative Behandlung
- Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- Psychotherapie
- Tagesklinische Behandlung

Diese Behandlungsbereiche können jeweils personenbezogen durch entsprechende individuelle Behandlungspläne (und nicht durch institutionelle Differenzierung, z. B. in Form von speziellen Stationen) umgesetzt werden. Die psychiatrische Krankenhausbehandlung umfasst dabei je nach den Erfordernissen des Einzelfalls neben der medizinischen Grundversorgung die Pharmakotherapie, Psychotherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, sozio- und milieutherapeutische Angebote, Bewegungstherapie.

Bezüglich der Zuordnung von Patienten zu den vorstehend genannten Behandlungsbereichen hat es gemäß den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung nachhaltige Veränderungen gegeben, die für den Zeitraum

183 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie vom 18.12.1990.

184 § 27 SGB IX enthält die Regelung, wonach die Ziele der medizinischen Rehabilitation auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten. Dieser Vorgabe wird im Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung schon seit längerem Rechung getragen (vgl. die Beschreibung der Behandlungsziele in der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Psych-PV).

von 1991 bis 1995 dokumentiert sind. Stark rückläufig war der Anteil von Patienten in den Bereichen rehabilitative Behandlung (von 16 auf 9 %) und langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker (von 22 auf 14 %); deutlich gestiegen ist der Anteil in den Bereichen Regelbehandlung (von 37 auf 46 %) und tagesklinische Behandlung (von 7 auf 10 %); nahezu unverändert blieb der Anteil in den Bereichen Intensivbehandlung (12 bzw. 13 %) und Psychotherapie (7 bzw. 8 %).[185]

Wie aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich, hat in der Zeit von 1991 bis 1999 ein drastischer Abbau von Betten in psychiatrischen Kliniken stattgefunden. Parallel zur Verkürzung der Behandlungsdauer um mehr als die Hälfte hat sich die Zahl der in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten (einschließlich Suchtkranken) um mehr als 30 % erhöht.

Tabelle A-23: Entwicklung von Zahl der Betten, Fallzahl und Verweildauer in psychiatrischen Kliniken[186]

Bezeichnung	Zahl der Kliniken	Betten	Fallzahl	Verweildauer (Tage)
1991	364	84.048	396.131	66,5
1999	394	55.480	615.874	29,3

Tagesklinische Behandlung

Tagesklinische Behandlung erfüllt eine Brückenfunktion zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung. Die Behandlung kommt für Patienten in Betracht an Stelle oder nach stationärer Behandlung, wenn

- durch stationäre Behandlung eine gewisse Stabilisierung eingetreten ist,
- ein Aufenthalt während der Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende in häuslicher Umgebung möglich, aber
- eine ambulante Behandlung nicht oder noch nicht ausreichend ist.

Tagesklinische Behandlung wird zunehmend nicht nur in separaten Einheiten (»Tagesklinik«), sondern auch integriert von der Station aus realisiert, die einen Patienten zuvor stationär behandelt hat.

Die tagesklinische Behandlung dient der (weitergehenden) psychischen Stabilisierung, der Belastungserprobung, der Förderung sozialer Fertigkeiten im Alltag und in der Arbeitswelt und der Befähigung zur Krankheitsbewältigung. Der Aufenthalt der Patienten in der häuslichen Umgebung während der Abend- und Nachstunden sowie am Wochenende wird diagnostisch und therapeutisch genutzt, ebenso wie ggf. ein betriebliches Praktikum oder die stufenweise Wiedereingliederung am eigenen Arbeitsplatz als (stundenweise) ausgelagerte Arbeitstherapie.

185 Bundesministerium für Gesundheit, 1998, a. a. O., S. 98.

186 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1993, S. 264/265, Ausgabe 2001, S. 288/289.

Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie)

Einige psychiatrische Kliniken realisieren Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie) auch in teilstationärer und ambulanter Form. Dieses Angebot wendet sich an Patienten, die nach einer stationären Krankenhausbehandlung spezifische Förderung im Bereich der Belastungserprobung benötigen.

Nach den Ergebnissen der bundesweiten Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, bieten 32 % der Kliniken ambulante Arbeitstherapie an, wobei dieses Angebot häufiger in den alten als in den neuen Bundesländern und eher an psychiatrischen Krankenhäusern (43 %) als an Abteilungen (20 %) angeboten wird.[187]

Bezüglich der Angebote zur beruflichen Integration und Tagesstrukturierung ergab die Erhebung zur Psych-PV, dass in immerhin 10 % der Regionen kein diesbezügliches Angebot besteht. Am weitesten verbreitet sind Werkstätten für behinderte Menschen (in 67 % der Regionen) und Tagesstätten (63%) weiter folgten als Angebote die ambulante Arbeitstherapie (43 %), Selbsthilfefirmen (33 %), Reha-Einrichtungen (26 %) und berufliche Trainingszentren (25 %).[188]

Berufsvorbereitende Leistungen

Berufsvorbereitende Leistungen gehören nicht zu den Leistungen der Krankenbehandlung (§ 43 SGB V). Einige psychiatrische Kliniken nutzen aber die für die Arbeitstherapie vorhandene Infrastruktur auch, um berufsvorbereitende Leistungen z. B. in Form von Förderlehrgängen in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt anzubieten.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sind an psychiatrische Krankenhäuser sowie an Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung angegliedert. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Mitarbeiterteams (z. B. Facharzt, Psychologischer Psychotherapeut, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, (Fach-)Krankenpflegekraft) aus. Schwerpunktmäßig bieten sie chronisch psychisch Kranken und Behinderten,[189] die vom niedergelassenen Facharzt im Hinblick auf den komplexen Behandlungsbedarf nicht ausreichend versorgt werden können, die erforderliche vorsorgende, beratende, intervenierende und nachgehende Hilfe an, die auch aufsuchende Tätigkeit (Hausbesuche) umfasst, insbesondere im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung.

---

187 Bundesministerium für Gesundheit (1998), S. 50 und Tabelle A 75, S. 117.

188 Ebd. S. 57 und Tabellen A80a und A80b, S. 120/121. Der hier verwendete Begriff »Reha-Einrichtung« ist nicht identisch mit dem der Reha-Einrichtung für psychisch Kranke (RPK) und die Bezeichnung »berufliches Trainingszentrum« wesentlich weiter gefasst als der von der Arbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren (BTZ).

189 Eine detaillierte Beschreibung der Personengruppe, der Anforderungen an eine Institutsambulanz und die von ihr zur erbringenden Leistungen sind in der zum 1.4. 2001 in Kraft getretene »Vereinbarung entsprechend § 118 SGB V über die Definition der Gruppe psychisch Kranker, für deren Behandlung psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern ermächtigt sind«. Die Vereinbarung wurde zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen.

Wenn die therapeutische Kontinuität für den Erfolg der ambulanten Behandlung wichtig ist, kann diese auch integriert von der Station bzw. Tagesklinik erfolgen, wo der Patient eine therapeutische Beziehung aufgebaut hat.

Zur Ermöglichung therapeutischer Kontinuität z. B. zwischen Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) und ambulanter fachpsychiatrischer Weiterbehandlung können personelle Brücken etabliert werden, indem Fachärztin, Psychologe, Sozialarbeiterin als Teilzeitkräfte sowohl in der Klinik wie auch der Institutsambulanz beschäftigt sind.

4.5 Rehabilitative Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

4.5.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste gehören zu den Hilfeangeboten, die inzwischen in allen Regionen (kommunalen Gebietskörperschaften) bestehen. Sie erfüllen einerseits Aufgaben in der Versorgung und Betreuung psychisch Erkrankter und Behinderter und nehmen andererseits in den meisten Ländern auch koordinierende Funktionen im System psychiatrischer Hilfen wahr. Zu der Koordinationsfunktion gehören u.a. die Beratung anderer Dienste und der niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet.

Die zentralen Aufgaben in der patientenbezogenen Arbeit liegen in der Gewährung vorsorgender und nachgehender Hilfen, auch durch Hausbesuche, sowie in der Krisenintervention. Ein Schwerpunkt ist die Kontaktaufnahme mit behandlungsbedürftigen Personen, die aus mangelnder Eigeninitiative bzw. eingeschränktem Hilfesuchvermögen nicht die erforderlichen psychiatrischen Hilfen von sich aus in Anspruch nehmen können. Diese Kontakte dienen dem Ziel, die Betroffenen an geeignete Einrichtungen und Dienste zu vermitteln und – sofern erforderlich – eine begleitende Hilfe durch eigene Mitarbeiter sicherzustellen.

In den meisten Bundesländern sind Sozialpsychiatrische Dienste Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens und organisatorisch an die kommunalen bzw. staatlichen Gesundheitsämter angegliedert. Sie nehmen hier in der Regel auch hoheitliche Aufgaben (Beteiligung am Unterbringungsverfahren) nach den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder wahr.

Soweit Sozialpsychiatrische Dienste Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind, verfügen sie in der Regel über ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung, in dem insbesondere Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und/oder psychiatrische Pflegekräfte, z. T. auch Psychologen vertreten sind, wobei die personelle Ausstattung teilweise von Region zu Region unterschiedlich ist. Die in den Diensten tätigen Fachärzte haben in der Regel keine Behandlungsbefugnis und nur in wenigen der Dienste verfügt der Facharzt über eine Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung.

Baden-Württemberg und Bayern haben in Bezug auf Sozialpsychiatrische Dienste einen Sonderweg beschritten mit zum Teil spezifischen Aufgabenstellungen: Die Dienste befinden sich hier nahezu durchgängig in freier Trägerschaft.

Die von den Sozialpsychiatrischen Diensten wahrzunehmenden Aufgaben sind teilweise in den landesrechtlichen Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienst und den PsychKGs, teilweise aber auch in Richtlinien bzw. Vereinbarungen (Baden-Württemberg, Bayern) geregelt.

4.5.2 Betreute Wohnangebote

Im Zuge der Psychiatriereform erfolgte in einem ersten Schritt der Auf- und Ausbau von stationären Wohnformen (Wohnheime und die zuvor beschriebenen Übergangswohnheime bzw. -einrichtungen) und wurde erst später, vor allem seit Mitte der 80er-Jahre zunächst um Wohngemeinschaften als ambulante Hilfeform ergänzt. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass das Leben in einer Wohngemeinschaft für chronisch psychisch erkrankte Menschen auch spezifische Belastungen mit sich bringen kann und im weiteren Verlauf etablierten sich zunehmend auch die Möglichkeiten zum betreuten Einzel- und Paarwohnen.

Diese institutionelle Differenzierung vollzog sich vor dem Hintergrund der Zuständigkeitsregelungen im Sozialhilferecht, das für stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers und bei ambulanten Hilfen die Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers vorsieht. Diese Differenzierung war daneben zu Beginn wesentlich davon geprägt, dass den stationären Wohnformen die Möglichkeit zu intensiverer Unterstützung vorbehalten war und ambulant Hilfen nur in einem deutlich geringeren Umfang realisiert werden konnten. Diese Stufung ist in etlichen Regionen im Zuge einer personenzentrierten Flexibilisierung von ambulanten Hilfen in ihrer herkömmlichen Form als überholt anzusehen. Leitlinie für die Weiterentwicklung bildet hier die personenzentrierte Organisation von Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund.[190]

Die in der Tabelle A-24 enthaltenen absoluten Zahlen ermöglichen einen Überblick zum quantitativen Stand. Zum Vergleich sind hier nochmals die RPK-Einrichtungen aufgeführt: Die Zahl der Plätze in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) machen nur knapp 1,5 % der Plätze aus, die im Bereich der betreuten Wohnangebote derzeit bestehen, die ebenfalls eine rehabilitative Zielsetzung verfolgen. Nähere Erläuterungen zu den hier zusammengestellten Daten sind in der nachfolgenden Darstellung zu den verschiedenen Formen betreuter Wohnangebote enthalten bzw. weiter vorn schon zu den RPK und Übergangseinrichtungen gemacht worden.

Die bestehenden regionalen Unterschiede hinsichtlich des Verhältnisses von ambulanten zu stationären Wohnformen sowie zu Rehabilitationseinrichtungen werden aber erst deutlich, wenn sie je in Relation zur Einwohnerzahl betrachtet werden (Tabelle A-25). Aus den vorliegenden Informationen, wie z.B. Psychiatrieplänen der Länder und Förderprogrammen

190 Vgl. u.a.: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rehinland-Pfalz (Hg.) Hilfen zuverlässig gestalten – Entwicklung von Verbundsystemen in der Gemeindepsychiatrie. Dokumentation des Projektes »Entwicklung von Wohnverbünden als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes« (1997–1999), Mainz 2001.

Tabelle A-24: Betreute Wohnangebote und Rehabilitationseinrichtungen; Zahl der Einrichtungen und Plätze

		Zum Vergleich RPK		Wohnheime einschl. Übergangseinrichtungen		Teilstationäre Wohnformen		*Betreutes* Wohnen
	Jahr	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Plätze
Baden-Württemberg	1999	6	120	77	3.286	58	693	1.941
Bayern (Bezirke)	1999	3	137	138	4.624			2.451
Berlin	1999			4	79			2.783
Brandenburg	1999			44	983			> 218
Bremen	1999			7	201			477
Hamburg	1999	1	30	14	737	27	778	-
Hessen	1999	2	50	102	2.158			2.933
Mecklenburg-Vorpommern	2000			15	395	16	114	197
Niedersachsen	1999	7	167	88	3.763			> 787
Nordrhein-Westfalen	1999	1	24	402	7.239			> 5.749
Rheinland-Pfalz	1999	1	50	43	2.730			1.500
Saarland	1999	1	70	21	267			199
Sachsen	1999	1	20	23	794			940
Sachsen-Anhalt	1999	1	24	13	517			kA
Schleswig-Holstein	1998			64	2.191	35	582	> 383
Thüringen (Landesamt)	2000			36	875			> 873
Bund gesamt		24	692	1.091	30.839	136	2.167	> 21.431

für ambulante Wohnformen lassen sich nur für einen Teil der auf den ersten Blick sehr erheblichen Unterschiede Hinweise finden, die diese erklären könnten.

Vor einer eingehenden Analyse der Daten wäre aber zunächst deren Qualität und Gültigkeit (= Analyse der Daten) zu prüfen, dies gilt insbesondere für die Angaben zu den Plätzen in Wohnheimen, daneben aber auch für die ambulant betreuten Wohnformen, zu denen in einigen Ländern kein vollständiger Überblick vorliegt.

4.5.2.1 Ambulant Betreutes Wohnen: Einzelwohnen, Paarwohnen, Wohngemeinschaften

Betreute Wohnangebote haben sich in den Bundesländern mit einer Vielfalt unterschiedlicher Organisationsformen, konzeptioneller Orientierungen und personeller Ausstattungen entwickelt. Die herkömmlich zumeist angebotsbezogen vereinbarten Personalausstattungen variieren bundesweit zumeist zwischen 1 : 2,5 und 1 : 15, wobei es sich in der Regel auch bei einer intensiveren Betreuung durch Fachkräfte (zumeist Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Krankenpflegekräfte, z. T. auch Psychologen und Ergotherapeuten) um ein ambulantes Hilfeangebot handelt, das je nach Zielgruppe und Konzeption überwiegend auf eine längerfristige Betreuung entsprechend dem Bedarf des Einzelfalles ausgerichtet ist. In

Tabelle A-25: Plätze in Rehabilitationseinrichtungen und betreuten Wohnformen je 100.000 Einwohner

	Jahr	RPK	Wohnheime, einschl. Übergangseinrichtungen	teilstationäre Wohnformen	Ambulant Betreutes Wohnen	Wohnplätze gesamt
Baden-Württemberg	1999	1,1	31,6	6,6	18,7	58,0
Bayern (Bezirke)	1999	1,1	38,2	0,0	20,3	59,6
Berlin	1999	0,0	2,3	0,0	81,9	84,2
Brandenburg	1999	0,0	37,8	0,0	8,4	>46,2
Bremen	1999	0,0	28,7	0,0	68,1	96,8
Hamburg	1999	1,8	43,3	45,8	0,0	90,9
Hessen	1999	8,0	35,9	0,0	48,9	92,8
Mecklenburg-Vorp.	2000	0,0	21,9	6,3	10,9	39,1
Niedersachsen	1999	2,1	48,2	0,0	10,1	>60,4
Nordrhein-Westfalen	1999	0,1	40,2	0,0	31,9	>72,2
Rheinland-Pfalz	1999	1,3	68,3	0,0	37,5	107,1
Saarland	1999	6,3	24,3	0,0	18,1	48,7
Sachsen	1999	0,4	17,6	0,0	20,9	38,9
Sachsen-Anhalt	1999	0,9	19,1	0,0	kA	20,0
Schleswig-Holstein	1998	0,0	78,2	20,3	13,6	>112,1
Thüringen (Landesamt)	2000	0,0	35,0	0,0	34,9	>69,9
Bund		0,8	37,6	2,6	>26,1	>64,5

einigen Bundesländern haben intensiver betreute Wohnangebote in Form von Wohngemeinschaften den Status eines teilstationären Hilfeangebotes. Die ärztliche Versorgung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Fachärzte oder Institutsambulanzen.

Das Betreuungsangebot umfasst bei allen betreuten Wohnangeboten Hilfe und Förderung im Bereich alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Lebensführung sowie soziale Beratung und Unterstützung bei der Sicherung der finanziellen und sonstigen Lebensgrundlagen: Geltendmachung von Ansprüchen auf finanzielle Leistungen, wie z. B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Rente, Unterhaltsgeld sowie von Ansprüchen auf Hilfen in den Bereichen der medizinischen Versorgung, sozialer Hilfen und der Teilhabe am Arbeitsleben.

Je nach personeller Ausstattung und konzeptioneller Orientierung werden tagesstrukturierende Angebote durch die Mitarbeiter selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten sichergestellt.

Die ambulant betreuten Wohnangebote wenden sich an psychisch kranke und behinderte Menschen, die eine intensivere aktivierende Hilfe und Begleitung in ihrem Lebensfeld benötigen. Je nach der möglichen Betreuungsintensität und der Kooperation mit anderen ambulanten und/oder teilstationären Hilfen bieten betreute Wohnangebote chronisch psychisch Erkrankten und Behinderten eine Alternative zum Verbleib bzw. zur Aufnahme in eine vollstationäre Einrichtung.

Aber nicht nur hinsichtlich der konzeptionellen Ausgestaltung, sondern auch bezüglich

der Finanzierung gibt es erhebliche Unterschiede und teilweise länderspezifische Regelungen: So wird dieses Angebot teilweise im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, teilweise auf der Grundlage von Förderrichtlinien und in Berlin im Einzelfall mit zeitlicher Befristung auch unter Beteiligung der Krankenversicherung finanziert.

4.5.2.2 Wohnheime

Wohnheime sind als Angebot für psychisch erkrankte und behinderte Menschen konzipiert worden, die zwar nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sind, jedoch vorübergehend oder auf längere Sicht einer Betreuung rund-um-die-Uhr bedürfen.

Die Wohnheime sind – je nach konzeptioneller Orientierung unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs der Bewohner – hinsichtlich der Betreuungsintensität und der internen Ausgestaltung unterschiedlich strukturiert. Das Spektrum reicht von stark rehabilitativ ausgerichteten Angeboten für chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen – die teilweise mehrjährige stationäre Aufenthalte in Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen hinter sich haben und in ihrer Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung weiterhin erheblich beeinträchtigt sind – bis hin zu eher kompensatorisch-fördernd ausgerichteten Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen, die auf dem allgemeinen oder dem besonderen Arbeitsmarkt tätig sind oder nach entsprechender Förderung tätig werden können; diese Einrichtungen konzentrieren sich konzeptionell auf die Versorgung und Förderung in den arbeitsfreien Zeiten.

Bei der zu Beginn des Projektes durchgeführten Erhebung wurde die Gesamtzahl der Einrichtungen und Plätze für psychisch Kranke/Behinderte in Wohnheimen (einschließlich Übergangseinrichtungen und Außenwohngruppen) sowie nach einer ggf. bestehenden weiteren Differenzierung gefragt.

Aus den vorliegenden Antworten wurde ersichtlich, dass der Begriff psychisch Kranke/Behinderte unterschiedlich weit ausgelegt werden kann. So wurde in den ergänzenden Anmerkungen von Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und dem Bezirk Oberfranken ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Einrichtungen nach SGB XI/gerontopsychiatrische Wohnheime bei den Angaben nicht enthalten sind und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe wies darauf hin, dass Wohnheime und Plätze für Suchtkranke nicht aufgeführt sind. Bei den Angaben aus den anderen Ländern kann daher nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass es sich ausschließlich um Wohnheime und -plätze handelt, die für psychisch Kranke/Behinderte im Rahmen der Eingliederungshilfe vorgehalten werden.

Außenwohngruppen

Nach der Zahl von Außenwohngruppen und deren Plätzen wurde gesondert gefragt, da hier – zumindest teilweise – eine gewisse »Verwandtschaft« zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften besteht. Ein zentraler Unterschied besteht in der Finanzierung: Während für stationäre Hilfen – zu denen auch die Außenwohngruppe eines Heims gehört – durchgängig der überörtliche Träger zuständig ist und die Finanzierung neben den Betreuungsleistungen auch Unterkunft und Verpflegung umfasst, ist für das ambulant betreute Woh-

nen mit Ausnahme von Bayern der örtliche Sozialhilfeträger zuständig, wobei nur die Betreuungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe finanziert werden und ggf. ergänzend Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG in Anspruch genommen werden muss. Nach den vorliegenden Angaben liegt der Anteil der Plätze in Außenwohngruppen noch deutlich unter 10 Prozent der von Wohnheimen insgesamt vorgehaltenen Plätze.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass auch im Bereich der Heime seit längerem ein Prozess des Wandels eingeleitet worden ist, in deren Folge zahlreiche kleine und dezentrale Einrichtungen entstanden sind. Ein ausdrücklicher Hinweis auf die damit verbundene Zielorientierung erfolgte aus Rheinland-Pfalz: »Ziel der rheinland-pfälzischen Psychiatriereform ist es, die stationären Wohnangebote zu dezentralisieren und zu regionalisieren. Gleichzeitig gilt das Normalisierungsprinzip. Neue Wohnheime in Rheinland-Pfalz sind als Wohnungen oder als Wohnanlagen konzipiert. So wird die Unterscheidung zwischen ›Heim‹ und ›Außenwohngruppe‹ mittelfristig entfallen.«

Teilstationäre Wohnformen

Teilstationäre Wohnformen sind ein Angebot, das nach der Systematik des Bundessozialhilfegesetzes eigentlich nicht existieren kann und hinter dem sich bei genauerer Betrachtung entweder ein stationäres oder ein ambulantes Hilfeangebot verbergen muss. So handelt es sich in Baden-Württemberg um ein stationäres Hilfengebot, bei dem die »Tagesstruktur« – z. B. durch Besuch einer Tagesstätte oder Beschäftigung in einer WfbM – ausgelagert ist; während es sich in Hamburg eigentlich um das ambulant betreute Wohnen handelt, bei dem die Träger des Betreuten Wohnens eine Finanzierung für ein »Leistungspaket« bestehend aus Betreutem Wohnen und Tagesstätte erhalten, das als teilstationäre Hilfe finanziert.

4.5.3 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion/ Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Die Aufgaben der Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sind je nach Bundesland unterschiedlich ausgerichtet und verbreitet. Die in den Empfehlungen der Expertenkommission vorgeschlagene Ausgestaltung dieses Angebotes, insbesondere auch hinsichtlich der umfangreichen Öffnungszeiten (nicht nur tagsüber, sondern auch in den Abendstunden und an Wochenenden) ist nur in sehr wenigen Regionen realisiert worden.

Sie arbeiten zumeist im Verbund mit anderen gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten (beispielsweise Tagesstätte, Angebote des Betreuten Wohnens) und bieten psychisch Kranken und Behinderten einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung, Betreuung und Hilfe. Ihr Angebotsspektrum umfasst insbesondere Beratung, auch für Angehörige und Bezugspersonen und unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten ggf. auch

- Hilfen zur Tagesgestaltung,
- lebenspraktisches Training,
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie,
- Hilfe zum Erhalt und zum Aufbau sozialer Kontakte,
- Hilfen zur Sicherung von häuslichen und materiellen Ansprüchen.

Tabelle A-26: Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB)

Land	Jahr	Anzahl	Personalstellen
Baden-Württemberg			
• Baden	1999	38	
• Württemberg-Hohenzollern	1999	Keine Angabe	
Bayern			
• Oberbayern	1999	35	
• Niederbayern	2000	9	
• Oberpfalz	2000	8	
• Oberfranken	1999	8	
• Mittelfranken	2000	12	
• Unterfranken	2000	19	
• Schwaben	1999	33	
Berlin	1999	28	
Brandenburg	1999	25	
Bremen	1999	6	
Hamburg	1999	8	
Hessen	1999	49	
Mecklenburg-Vorpommern	2000	46	
Niedersachsen	1999	Keine Angabe	
Nordrhein-Westfalen			
• Rheinland	1999	68	
• Westfalen-Lippe	1999		71,07
Rheinland-Pfalz	1999	26	
Saarland	1999	7	
Sachsen	1999	29	
Sachsen-Anhalt	1999	Keine Angabe	
Schleswig-Holstein	1998	26	
Thüringen (Ministerium)	2000	15	

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung dieses Angebotes und der Ausstattung ergibt sich wiederum das Bild einer verwirrenden Vielfalt: Was unter dieser Angebotsform verstanden wird, ist gewissermaßen der jeweils örtlichen Definitionsmacht überlassen.

Auf diese Problematik hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in ergänzenden Anmerkungen ausdrücklich hingewiesen und die insgesamt vorhandenen Personalstellen angegeben: Da die Kontakt- und Beratungsstellen (KuB) Öffnungszeiten von einmal zwei Std. bis acht Std. an fünf Tagen pro Woche hatten, ist die Ausweisung der Anzahl der Dienste wenig aussagekräftig. Die Verteilung der Stellenanteile auf die Kreise/Kreisfreien Städte reicht von 8,5 bis 0,4. Nicht enthalten sind weitere 135 Patienten- und Kontaktclubs, die zu zwei Dritteln ehrenamtlich getragen werden. Die Zahl der 71,07 Stellen (mit dem Hinweis »einzelne Suchtanteile möglich«) wurde per Umfrage im Herbst 1999 ermittelt.

Für Bayern sind in die vorstehende Tabelle nach Möglichkeit nur die Angebote aufgenommen worden, die ausdrücklich einen psychiatrischen Bezug haben. Zu den Besonderheiten Bayerns (und auch Baden-Württembergs) gehört, dass hier die Sozialpsychiatrischen

Dienste nicht Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind, sondern sich regelmäßig in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege befinden und auch die Funktion einer Kontakt- und Beratungsstelle übernehmen. Daneben finden sich unter den angegebenen PSKBs aber auch Haupt- und Außenstellen psychosozialer Suchtberatungsangebote (z.B. Bezirk Schwaben).

Die beim Rheinland angegebenen 68 KuBs sind Teil der Sozialpsychiatrischen Zentren. Daneben bestehen im Rheinland auch andere KuBs, über deren genaue Zahl jedoch keine Informationen vorliegen.

Für das Saarland wurde wieder die Zahl der Tagesstätten übernommen, die hier Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sind. Auch in Rheinland-Pfalz haben alle Tagesstätten die Aufgabe, eine Kontaktstellenfunktion zu übernehmen. Hier finanzieren in aller Regel die kommunalen Gebietskörperschaften diese Aufgaben durch die Übernahme der Kosten für eine 0,5 Fachkraftstelle. Weiterhin halten in verschiedenen Regionen die Wohlfahrtsverbände eigenfinanzierte Kontakt- und Beratungsstellen vor, deren Anzahl nicht zu ermitteln war. Niedersachsen und Sachsen-Anhalt machten keine Angaben, Niedersachsen mit dem Hinweis, dass keine Daten vorliegen, da dieses Angebot in die Zuständigkeit der örtlichen Sozialhilfeträger fällt.

4.5.4 Tagesstätten

Für Tagesstätten besteht in den einzelnen Bundesländern keine einheitliche Konzeption. Überwiegend handelt es sich um teilstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe; Ausnahmen hiervon sind die Einrichtungen in Baden-Württemberg, die hier als niedrigschwelliges und offenes Angebot konzipiert worden sind sowie die im Saarland, wo Tagesstätten in Verbindung mit Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion bestehen. Dementsprechend konnten von diesen Ländern keine Platzzahlen genannt werden. Eine weitere Besonderheit ist in Hamburg gegeben, wo die Träger des Betreuten Wohnens eine Finanzierung für ein »Leistungspaket« bestehend aus Betreutem Wohnen und Tagesstätte erhalten, das als teilstationäre Hilfe finanziert wird und jeweils im Einzelfall zu klären ist, ob die Hilfen im Wohnbereich und/oder in der Tagesstätte erbracht werden. Dementsprechend ist für Hamburg bei den Tagesstätten die gleiche Zahl der Einrichtungen/Träger sowie der Plätze wie bei den teilstationären Wohnformen angegeben.

Bei den Tagesstätten handelt es sich um einen noch relativ neuen institutionellen Baustein, dessen Einführung in der ersten Hälfte der 90er-Jahre in zahlreichen Bundesländern zunächst im Rahmen einer Modellerprobung erfolgte. Wie aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich, hat sich die Zahl dieser Angebote in dem Zeitraum von 1993/94 bis 1999/2000 von 153 auf 573 insgesamt nahezu vervierfacht, wobei es hinsichtlich der Verbreitung erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern gibt.

Tagesstätten verfügen in der Regel über ein kleines multiprofessionelles Team – in dem insbesondere die Berufsgruppen Sozialarbeit/-pädagogik und Ergotherapie, teilweise auch Krankenpflegekräfte vertreten sind – und bieten vorrangig chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen ein rehabilitatives Angebot zur Tagesstrukturierung, das in der Regel

- Arbeits- und Beschäftigungstherapie, teilweise auch »Zuverdienstmöglichkeiten«,
- Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten,
- Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung der Neigungen und Interessen im Bereich der Freizeitgestaltung (kulturelle und sportliche Aktivitäten) sowie
- soziale Beratung umfasst.

Das Angebot wendet sich an ehemalige psychiatrische Patienten, die einen umfassenden Bedarf an rehabilitativer Betreuung haben, für die das Angebot einer begleitenden und aktivierenden Hilfe (z. B. durch betreute Wohnangebote) oder einer nachgehenden ambulanten Betreuung (z. B. durch Sozialpsychiatrische Dienste) nicht ausreicht und die noch nicht die hinreichende Stabilität und Belastbarkeit für ein regelmäßiges Arbeits- und Beschäftigungsangebot erlangt haben.

Tabelle A-27: Tagesstätten

	Einwohner	Tagesstätten				
		Anzahl 1993/1994[191]	Aktuell	Anzahl	Plätze	Plätze je 100.000 EW
Baden-Württemberg	10.396.610	21	1999	49		k.A.
Bayern (Angaben der Bezirke)	12.066.375	1	1999	60	938	9,6
Berlin	3.425.759	14	1999	59	775	22,6
Brandenburg	2.573.291	k.A.	1999	13	207	8,0
Bremen	673.883	6	1999	6	168	24,0
Hamburg	1.704.731	2	1999	27	778	43,3
Hessen	6.031.705	24	1999	59	1.023	17,1
Mecklenburg-Vorpommern	1.807.799	10	2000	36	577	32,0
Niedersachsen	7.845.398	1	1999	28	481	6,2
Nordrhein-Westfalen	17.974.487	40	1999	80	1.358	7,5
Rheinland-Pfalz	4.017.828	2	1999	26	378	9,4
Saarland	1.080.790	3	1999	7	k.A.	k.A.
Sachsen	4.522.412	17	1999	5	80	1,8
Sachsen-Anhalt	2.701.690	2	1999	9	124	4,6
Schleswig-Holstein	2.756.473	5	1998	21	294	10,4
Thüringen (Landesamt)	2.478.148	4	2000	25	431	17,2
Bund	82.057.379	153		573	8.770	

k.A. = keine Angabe

191 Quelle: Brill, K.-E.: Gemeindepsychiatrische Hilfen – Stand und Perspektiven der Weiterentwicklung, S. 78, in ders. (Hg.): Organisation, Struktur und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote, Bonn 1995, S. 52–97.

In einigen Regionen werden die in der Tagesstätte erbrachten ergotherapeutischen Leistungen bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung als Einzelleistung (z.B. in Niedersachsen) oder durch eine Pauschale (Hessen) von der Krankenversicherung übernommen.

Dass bei der Ausgestaltung des Angebotes »Tagesstätte« nicht nur zwischen den verschiedenen Ländern, sondern von Einrichtung zu Einrichtung Unterschiede bestehen (können), wird durch die Ergebnisse der Regionalerhebung sowie die Untersuchung der Tagesstätten im Rheinland[192] eindrücklich dokumentiert. Herausgearbeitet und belegt wird unter anderem die »Multifunktionalität« der Aufgabenstellung von Tagesstätten: Je nach konzeptioneller Schwerpunktsetzung der einzelnen Tagesstätte bzw. dem Hilfebedarf des einzelnen Besuchers kann eine Tagesstätte sowohl als »Rehabilitationseinrichtung mit Übergangscharakter« als auch als »unbefristete Langzeiteinrichtung« genutzt werden. Ein weiterer Aspekt: »Je nach konzeptionellem Stellenwert von Arbeit/Beschäftigung und Freizeitaktivitäten haben die Tagesstätten entweder mehr den Charakter einer besonderen Arbeitsstätte, die in ihrem Anforderungsniveau deutlich unterhalb der Werkstatt für Behinderte liegt, oder sie nähern sich mehr dem Modell eines Kontakt- und Freizeitzentrums, das sich aber von anderen Angeboten dieser Art durch seinen hochschwelligen, geschlossenen und verbindlichen Charakter unterscheidet.«[193]

Daneben wird aber auch herausgestellt, dass die Tagesstätten teilweise »Lückenbüßerfunktionen« übernehmen: So gaben die befragten Mitarbeiter bei fast jedem vierten Besucher an, »dass dieser auch deshalb in der Tagesstätte betreut werden müsse, weil andere Dienste und Einrichtungen, die ihrer Meinung nach eher zuständig wären, solche Klienten nicht annehmen oder in der Region nicht vorhanden seien«.[194] In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass »Substitutions- oder Verdrängungseffekte als Folge restriktiver Aufnahmepraxis oder des Fehlens weiterführender Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation und Beschützter Arbeit« bei einigen Tagesstätten nicht ausgeschlossen werden konnten.

192 Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Beschäftigung und soziale Rehabilitation. Tagesstätten für psychisch kranke und behinderte Menschen im Rheinland, Forschungsbericht des Instituts für kommunale Psychiatrie, Autoren: Regus, M., Gürtler, A., Pulheim/Köln 1996.

192 Quelle: Brill, K.-E.: Gemeindepsychiatrische Hilfen – Stand und Perspektiven der Weiterentwicklung, S. 78, in ders. (Hg.): Organisation, Struktur und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote, Bonn 1995, S. 52–97.

193 Ebd. S. 162.

194 Ebd. S. 159.

5 Zur Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen

5.1 Arbeits- und Beschäftigungssituation

In dem 2001 vorgelegten ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird konstatiert: »Chronisch psychisch Kranke befinden sich besonders häufig in schlechter wirtschaftlicher Lage.«[195] Im Weiteren werden hier lediglich die Daten aus der Untersuchung von Müller und Worm zur Beschäftigungssituation psychisch Kranker dargestellt. Danach waren 42,3 % der psychisch Kranken aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, 16,5 % Langzeitarbeitslose, 12,0 % Sozialhilfeempfänger und 13,9 % Frührentner.[196]

Demgegenüber deutlich schlechter fällt die »Beschäftigungsbilanz« bei chronisch psychisch erkrankten Menschen aus, wie die Ergebnisse neuerer Erhebungen zeigen:

Bei der Ende 1994 vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. auf Initiative der »European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People« (EUFAMI) bei seinen Mitgliedern durchgeführten Repräsentativerhebung, bei der 557 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden konnten, wurden auch Daten zur Lebenssituation der chronisch psychisch erkrankten Familienmitglieder erhoben:

»Das Gros der Kranken ist zwischen 20 und 40 Jahre alt (75,8 %) und ledig (79,2 %).

36,8 % sind arbeitslos,

26,2 % berentet.

5,6 % vollbeschäftigt

6,5 % teilzeitbeschäftigt.

Dementsprechend sind die Einkommensverhältnisse:

29,6 % beziehen eine Rente,

17,4 % Sozialhilfe.

24,8 % verfügen über kein eigenes Einkommen.

Am häufigsten wohnen die Kranken bei den Angehörigen (39,2 %). 28,6 % wohnen allein, 7,4 % zusammen mit einem Partner, 2,4 % bei Freunden. 11,8 % der Kranken leben in einer betreuten Wohngemeinschaft, 7,1 % in einem Wohnheim, 2,2 % in einem Pflegeheim. 12,7 % befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einem Krankenhaus.

Am häufigsten leiden die Kranken an einer Schizophrenie (62,1 %). Bei 13,1 % wurde eine manisch-depressive Erkrankung, bei 5,4% eine schwere Depression diagnostiziert. Meist besteht die psychische Krankheit schon seit vielen Jahren: bei 27,3 % 6–10 Jahre, bei 28,0 % 11–15 Jahre, bei 29,6 % über 15 Jahre. Nur bei 13,5 % beträgt die Dauer der Krankheit maximal 5 Jahre.«[197]

---

195 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001, S. 179.

196 Müller, O., Worm, M.: Arbeitslosigkeit bei psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis 14. Jg., 1987, S. 18–21.

197 Angermeyer, M.C., Matschinger, H.: Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen psychisch Kran-

Dem hohen Anteil chronisch psychisch kranker Menschen ohne eigenes Einkommen entspricht, dass für beinahe die Hälfte der befragten Angehörigen (44,7 %) die Krankheit eine erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung bedeutet. Am häufigsten müssen die Angehörigen zum Lebensunterhalt der Kranken beisteuern oder ganz dafür aufkommen (57,4 % der Angehörigen, für die es eine erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung bedeutet).

Was Verbesserungen bzw. neue Möglichkeiten der Betreuung der Kranken betrifft, so wird von den Angehörigen am häufigsten die Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke gefordert. Es folgen Einrichtungen zur Tagesstrukturierung und eine verbesserte Nachbetreuung, weiterhin die Bereitstellung von Wohnraum sowie die Schaffung wohnortnaher Rehabilitationsplätze und von Probearbeitsplätzen (siehe nachstehende Tabelle).

Tabelle A-28: Von Angehörigen gewünschte Angebote für psychisch Kranke – Angaben in Prozent[198]

Frage: »Außerdem würden wir noch gerne erfahren, welche Einrichtungen Sie sich zusätzlich wünschen würden und welche Verbesserungen oder neue Möglichkeiten der Betreuung psychisch Kranker Sie für wichtig halten.«

Arbeitsplätze für psychisch Kranke	70,9
Wohnortnahe Reha-Plätze	45,6
Probearbeitsplätze	43,6
Freizeitbeschäftigung/Tagesstrukturierung	59,2
Verbesserte Nachbetreuung	59,2
Wohnraum für psychisch Kranke	55,1
Andere	18,5

Eine weitere Informationsquelle ist die Auswertung der vom Landeswohlfahrtsverband Hessen erhobenen Daten über Klienten des Betreuten Wohnens in Hessen für das Jahr 2000.

Darin wird unter anderem auch der Frage nach der wirtschaftlichen (Un-)Abhängigkeit der Klienten des Betreuten Wohnens nachgegangen, allerdings nur unter dem Aspekt der Sozialhilfebedürftigkeit:

Tabelle A-29: Wirtschaftlicher Status seelisch behinderter Klienten[199]

	Anzahl	**in %**
Volle Hilfe zum Lebensunterhalt erforderlich	742	25,0 %
Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt erforderlich	526	17,8 %
Keine Hilfe zum Lebensunterhalt erforderlich	1695	57,2 %
Gesamt	2963	100,0 %

ker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker. Psychosoziale Umschau 2/1996.

198 Angermeyer, M.C., Matschinger, H.: Belastungen und Bedürfnisse der Angehhörigen psychisch Kranker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker., Auswertung für den BApK vom 15.12.1994.

199 Kronenberger, G., Carstens, H.-P.: Betreutes Wohnen in Hessen. Psychosoziale Umschau 1/2002, S. 43.

Die Interpretation dieser Zahlen, wonach »57 % der Klienten keine Hilfe zum Lebensunterhalt benötigen und sich mit ihren Einkünften selbst wirtschaftlich unterhalten können«,[200] dürfte jedoch zu kurz greifen und berücksichtigt nicht, dass ein erheblicher Teil auf Unterhaltszahlungen durch Angehörige angewiesen ist, da er kein oder kein ausreichendes eigens Einkommen hat.

TabelleA-30: Arbeit und Beschäftigung der Menschen mit seelischer Behinderung[201]

Art der Beschäftigung	Anzahl Personen	in %
Allgemeiner Arbeitsmarkt	280	9,5 %
Beschäftigung in Werkstatt für behinderte Menschen	508	17,2 %
Besuch einer Tagesstätte	577	19,5 %
Arbeits- und Beschäftigungstherapie	45	1,5 %
Ergotherapie	20	0,7 %
Besucht eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle	187	6,3 %
Z.Zt. keine Beschäftigung (arbeitslos)	257	8,7 %
Schule/Umschulung	71	2,4 %
Steht dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung	1010	34,2 %
Gesamt	2955	100,0 %

Berücksichtigt man weiter die in der nachstehenden Tabelle zusammenfassten Angaben zur Arbeits- und Beschäftigungssituation erscheint der Anteil der Klienten, die Hilfe zum Lebensunterhalt benötigen sogar vergleichsweise gering, denn nur knapp zehn Prozent sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig und erzielen hier ein Erwerbseinkommen.

Zur Altersverteilung der Nutzer des Betreuten Wohnens erfolgt keine differenzierte Aufschlüsselung, sondern nur eine zusammenfassende Beschreibung wonach »das Angebot überwiegend von Menschen genutzt wird, die zwischen 30 und 44 Jahren alt sind. Bezieht man auch noch die Altergruppe der 45–54-Jährigen ein, macht dies rund zwei Drittel der Gesamtpopulation dieser Betreuungsform aus. Das restliche Drittel verteilt sich annähernd gleichermaßen auf jüngere und ältere Menschen«.[202] Berücksichtigt man, dass sich im Betreuten Wohnen nahezu ausschließlich Menschen im erwerbsfähigen Alter befinden ergibt sich als holzschnittartige Bilanz, dass insgesamt nur rund die Hälfte der Bewohner einer regelmäßigen Arbeit/Beschäftigung (einschließlich Ausbildung) nachgehen.

Die vorstehend für die Klienten im Betreuten Wohnen in Hessen vorgestellten Ergebnisse zur Arbeits- und Beschäftigungssituation spiegeln sich von der Tendenz her auch in den Ergebnissen der im Rahmen des Projekts durchgeführten Regionalerhebungen wider, wie die nachstehenden Tabellen zeigen. Die dabei vorgenommene differenzierte Darstellung für die Klienten des Betreuten Wohnens in den Regionen Halle, Kassel und Oberbergischer Kreis verdeutlicht exemplarisch die bestehenden regionalen Unterschiede, die unter anderem durch Besonderheiten in der regionalen Struktur und der Verfügbarkeit von

200 Ebd.
201 Ebd.
202 Ebd.

Hilfeangeboten (Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Ausbildungs- und Rehabilitationsangebote) sowie der regionalen Arbeitsmarktsituation beeinflusst werden.

Tabelle A-31: Arbeits- und Beschäftigungssituation der Klienten von Wohnheimen und Betreutem Wohnen in den Regionen Oberbergischer Kreis, Halle und Kassel (Stadt und Landkreis) – Mehrfachnennungen (Zahl der Klienten: Wohnheime: n= 210, Betreutes Wohnen n= 395)

	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Integrations-Betrieb	WfbM	Zuverdienst	Tagesstätte	Ausbildung Reha	Ehrenamt	Rente	Arbeitslos	ohne Beschäftigung	Zahl der Nennungen
Wohnheime	1	0	55	41	5	6	0	74	8	37	227
Betr. Wohnen	12	11	77	10	71	14	3	129	52	112	491
Gesamt	13	11	132	51	76	20	3	203	60	149	718
in Prozent											
Wohnheime	0,4	0,0	24,2	18,1	2,2	2,6	0,00	32,6	3,5	16,3	100,0
Betr. Wohnen	2,4	2,2	15,7	2,0	14,5	2,9	0,6	26,3	10,6	22,8	100,0
Gesamt	1,8	1,5	18,4	7,1	10,6	2,8	0,4	28,3	8,4	20,8	100,0

Tabelle A-32: Arbeitssituation der Klienten des Betreuten Wohnen nach Regionen (Angaben in Prozent)

	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Integrations-Betrieb	WfbM	Zuverdienst	Tagesstätte	Ausbildung Reha	Ehrenamt	Rente	Arbeitslos	ohne Beschäftigung	Zahl der Nennungen
Halle	0,0	2,5	0,6	2,5	0,6	0,0	0,0	43,3	14,0	36,3	100,0
Kassel	2,9	2,0	22,5	0,0	24,2	2,0	0,4	12,7	10,7	22,5	100,0
Oberberg. Kreis	5,7	2,3	24,1	6,9	12,6	6,9	2,3	34,5	4,6	0,0	100,0

5.2 Daten zum Leistungsgeschehen

Im ersten Armuts- und Reichtumsbericht wurde konstatiert: »Die Anzahl der psychisch kranken Rehabilitanden liegt im Verhältnis zu anderen chronisch Kranken und Behindertengruppen im medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabereich deutlich niedriger, obwohl der sozialrechtliche Anspruch auf Rehabilitation statt Rente für chronisch psychisch Kranke gleich ist. Für einen großen Teil der psychisch Kranken ist die Sozialhilfe noch immer primärer Kostenträger für Reha-Maßnahmen.«[203]

Diese Einschätzung wird auch durch die vorliegenden Daten bestätigt. Ein besonderes Problem ist dabei, dass über die von den Trägern der Sozialhilfe erbrachten Leistungen auf Bundesebene keine aussagekräftigen Daten verfügbar sind. Ein zentrales Problem liegt hier darin, dass hier bislang Daten zumeist nur nach Maßnahmearten – und dies teilweise auch mit nur sehr groben Kategorien – aber nicht nach Art der Behinderung erhoben worden

203 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001, S. 180.

sind. Die in dem Kapitel zu den Einrichtungen und Diensten gemachten Angaben insbesondere auch zu den Kapazitäten der verschiedenen Hilfeangebote haben jedoch deutlich werden lassen, dass rehabilitative und lebensfeldbezogene Hilfen weithin im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte durch die Sozialhilfeträger finanziert werden und den besonderen Bedürfnissen von chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen entsprechend ausgestaltete Angebote, vor allem im Bereich der medizinischen Rehabilitation, nur völlig unzureichend verfügbar sind.

5.2.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Daten zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegen von der Bundesanstalt für Arbeit sowie von den Rentenversicherungsträgern vor. In der nachstehenden Tabelle ist zunächst der »Bestand an Behinderten« zum 31.12.1999 enthalten. Hierunter werden bei der Bundesanstalt für Arbeit alle Rehabilitanden geführt und umfassen alle Personen, die in Kontakt mit den Reha-Fachberatern stehen. Die im Rahmen des Projekts von der Bundesanstalt für Arbeit erstellten Sonderauswertungen enthalten als weitere Kriterien zu diesem Personenkreis nur Angaben zum schulisch-beruflichen Status aber keine Angaben zur aktuellen beruflichen Situation.

Tabelle A-33: Bestand an Behinderten Ende Dezember 1999 bei der Bundesanstalt für Arbeit [204] (absolute Zahlen)

		Psychosen insgesamt	Neurosen u. a. insgesamt	Behinderte insgesamt	Einwohner18–65 Jahre
SH	Schleswig-Holstein	708	676	12.487	1.793.712
HH	Hamburg	404	456	6.467	1.145.152
NS	Niedersachsen	1.292	2.615	39.975	5.025.320
HB	Bremen	298	245	4.649	431.826
NW	Nordrhein-Westfalen	5.192	5.202	84.987	11.510.372
HS	Hessen	1.194	1.592	25.997	3.947.579
RP	Rheinland-Pfalz	813	1.260	22.736	2.552.374
SR	Saarland	206	729	7.844	686.761
BW	Baden-Württemberg	2.539	3.535	56.361	6.747.897
BY	Bayern	2.046	3.940	65.542	7.827.676
MV	Mecklenburg-Vorpommern	261	523	18.418	1.186.513
BR	Brandenburg	284	589	20.926	1.731.569
SA	Sachsen-Anhalt	417	1.487	40.645	1.735.342
S	Sachsen	742	2.652	64.725	2.899.444
TH	Thüringen	381	1.347	33.936	1.615.788
B	Berlin	960	1.597	26.749	2.332.875
BL	**Gesamt**	**17.737**	**28.445**	**532.444**	**53.170.200**

204 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit.

Tabelle A-34: Bestand an Behinderten Ende Dezember 1999 bei der Bundesanstalt für Arbeit je 100.000 Einwohner der 18–65-jährigen Bevölkerung

		Psychosen	Neurosen u. a.	Behinderte insgesamt
SH	Schleswig-Holstein	39	38	696
HH	Hamburg	35	40	565
NS	Niedersachsen	26	52	795
HB	Bremen	69	57	1.077
NW	Nordrhein-Westfalen	45	45	738
HS	Hessen	30	40	659
RP	Rheinland-Pfalz	32	49	891
SR	Saarland	30	106	1.142
BW	Baden-Württemberg	38	52	835
BY	Bayern	26	50	837
MV	Mecklenburg-Vorpommern	22	44	1.552
BR	Brandenburg	16	34	1.208
SA	Sachsen-Anhalt	24	86	2.342
S	Sachsen	26	91	2.232
TH	Thüringen	24	83	2.100
B	Berlin	41	68	1.147
BL	**Gesamt**	**33**	**53**	**1.001**

Da aus den in der Statistik ausgewiesenen absoluten Zahlen mögliche regionale Unterschiede nicht ohne weiteres erkennbar sind, wurde eine Umrechnung vorgenommen, bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Das überraschende Ergebnis ist im zweiten Teil der Tabelle aufgeführt: Dass es regionale Unterschiede gibt, war anzunehmen, aber nicht, dass diese teilweise über dem vierfachen Faktor liegen. Dies betrifft sowohl die Zahl der behinderten Menschen insgesamt, die in Hamburg bezogen auf die Einwohnerzahl am niedrigsten ist und am höchsten in Sachsen-Anhalt, wobei die Quote in den östlichen Bundesländern insgesamt sehr hoch ist.

Bei den Menschen mit einer Behinderung in Folge einer Psychose ist die niedrigste Quote in Brandenburg zu finden, wobei die Quote in den östlichen Bundesländern insgesamt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt, die höchste in Bremen. Diese regionalen Unterschiede lassen sich weder aus epidemiologischer oder demographischer Daten erklären. Es ist davon auszugehen, dass sie bei den psychisch behinderten Menschen in einem engen Zusammenhang mit der Kooperation von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten mit den Arbeitsämtern steht.

5.2.1.1 Art der Leistungen

Zur Teilhabe am Arbeitsleben steht ein breites Spektrum von Leistungen zur Verfügung, wobei Daten über die erbrachten Leistungen nur von der Bundesanstalt für Arbeit und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, nicht jedoch von den Trägern der Sozialhilfe vorliegen.
Die Differenzierung der erbrachten Leistungen erfolgt maßnahmebezogen, wobei keine einheitliche Systematik zu Grunde gelegt wird, was die Transparenz und Vergleichbarkeit erschwert[205]. Vor dem Hintergrund der teilweise unterschiedlichen Maßnahmebezeichnungen in den Übersichten zu den von der Bundesanstalt für Arbeit sowie die von der gesetzlichen Rentenversicherung erbrachten Leistungen ist es nicht möglich, diese in einer übersichtlichen synoptischen Darstellung zusammenzufassen.

Tabelle A-35: Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit zur Eingliederung psychisch Behinderter 1998/1999 [206]

Art der Leistung	1998 Eintritte	1999 Eintritte
Berufsfindung	1.026	1.140
Arbeitserprobung	813	909
Fernunterrichtsmaßnahme	3	7
Blindentechnische Grundausbildung	4	3
Eingangsverfahren/Arbeitstraining. WfB	3.514	3.816
Staatl. anerk. Ausbildungsberuf	1.019	1.289
Ausb. 48 BBiG/42 HwO	299	365
Weiterbildungsmaßnahme	3.039	3.498
Trainingsmaßnahme	990	901
Grundausbildungslehrgang	70	93
Förderlehrgang	1.288	1.662
Tip-Lehrgang	51	70
BBE-Lehrgang	202	228
Vorbereitungsmaßn. Weiterbildung	1.025	1.000
Insgesamt	**13.343**	**14.981**

205 Orientierende Erläuterungen zu den verschiedenen Maßnahmearten enthält das »Fachlexikon« in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hg.): ABC – Behinderung und Beruf, Wiesbaden 2002.

206 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit: Eintritte in Maßnahmen.

Tabelle A-36: Berufsförderungsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung 1998–1999[207]

	1998	1999
Zahl der Rehabilitanden	**9.565**	**9.408**
Art der Leistung (Mehrfachnennungen je Rehabilitand möglich)		
Berufsfindung/Arbeitserprobung	417	368
Programmierter Unterricht	5	9
Reha-Vorbereitungslehrgang	556	523
Teilzeitvorförderung	18	6
Fernförderung	23	15
Blindentechnische Grundausbildung	2	1
Berufliche Umschulung	1.237	1.162
Berufliche Ausbildung	99	18
Berufliche Fortbildung	184	129
Berufliche Anpassung	328	390
Berufliche Integration	511	668
Reha psychisch Kranker (RPK-Leistung)	56	87
Leistung in Behindertenwerkstatt	3.630	3.345
Eingliederungshilfe	338	318
Zuschuss für Arbeitshilfen/Einrichtungen im Betrieb	9	5
Zuschuss für befristete Probebeschäftigung	40	60
Zuschuss für Ausbildung/Umschulung im Betrieb	0	1
Umsetzung im bisherigen Betrieb	677	754
Vermittlung in einen anderen Betrieb	2.332	2.497
Insgesamt	**10.462**	**10.356**

Weitere Probleme der Vergleichbarkeit ergeben sich daraus, dass

- bei der Rentenversicherung jeweils Jahresfallzahlen angegeben werden, während hier von der Bundesanstalt für Arbeit nur die Zahl der Eintritte in Maßnahmen berücksichtigt sind. Um vergleichbare Daten zu erhalten, müssten bei der Bundesanstalt für Arbeit noch die Maßnahmen berücksichtigt werden, die im Vorjahr begonnen und im laufenden Jahr fortgeführt werden. Diese Daten liegen aber nicht vor, sondern nur Angaben zum Bestand in Maßnahmen zum 31.12. des Jahres; von diesen Maßnahmen werden aber nicht alle im Folgejahr fortgeführt;
- bei den von der Rentenversicherung angegebenen Leistungen ist sicher, dass es sich um Maßnahmen handelt, die in deren (Finanzierungs-)zuständigkeit durchgeführt wurden. Demgegenüber werden in der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit alle Rehabilitanden erfasst, die Kontakt zur Bundesanstalt für Arbeit haben. Die Zahlen lassen es zwar nahe liegend erscheinen, dass es sich nahezu durchgängig um Maßnahmen handelt, die von der Bundesanstalt für Arbeit erbracht werden. Es können aber auch Maßnahmen an-

207 VDR, Würzburg: Leistungen in den Jahren 1998/1999.

derer Leistungsträger mit erfasst worden sein; eine Differenzierung nach den Leistungsträgern ist aber nicht möglich.

Die Auseinandersetzung mit dieser Frage hätte aber aus heutiger Sicht nur noch »historische« Bedeutung, denn gemäß § 5 Abs. 4 RehaAnglG war die Bundesanstalt für Arbeit von den anderen Rehabilitationsträgern vor der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere der ersten Beratung des behinderten Menschen, zu beteiligen, damit rechtzeitig Feststellungen über Notwendigkeit, Art und Umfang der Maßnahmen getroffen werden.

Mithin stellt sich die Frage, ob regelmäßig

- diese Handlungsnorm umgesetzt wurde und
- die Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit dazu führte, dass der Rehabilitand als »Klient« bei der Bundesanstalt erfasst wurde.

Die im RehaAnglG enthaltene verpflichtende Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit ist mit dem Inkrafttreten des SGB IX entfallen. Nach § 38 SGB IX nimmt die Bundesanstalt für Arbeit nur noch auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung.

5.2.1.2 Angebotsformen

Daten über die Form der Durchführung von Maßnahmen sind nur für die von der Bundesanstalt für Arbeit erbrachten Leistungen verfügbar und wurden in einer Sonderauswertung differenziert nach Art der Behinderung zur Verfügung gestellt. Um die Übersichtlichkeit zu verbessern, wurde ergänzend zu den übermittelten absoluten Zahlen die prozentuale Verteilung nach Behinderungsart auf die verschiedenen Angebotsformen errechnet.

Da in den verschiedenen Angebotsformen jeweils ein unterschiedlich breites Spektrum von Maßnahmen (mit jeweils unterschiedlicher Dauer) durchgeführt wurde, sind die Daten zu den Eintritten in Maßnahmen sowie der Bestand in Maßnahmen zum Ende eines Jahres aufgeführt. Da Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung in der Regel auf wenige Wochen und Förder- sowie Trainingsmaßnahmen teilweise auf wenige Monate beschränkt sind, ergibt sich allein hieraus, dass die Zahl der Eintritte in Maßnahmen insgesamt und in allen Angebotsformen nahezu durchgängig deutlich höher ist als der Bestand zum Jahresende; die einzige Ausnahme hiervon bilden die betrieblich durchgeführten Maßnahmen, bei denen es sich zum größten Teil um mehrjährige Ausbildungsmaßnahmen handelt.

Die in den beiden nachstehenden Tabellen aufgeführten Daten vermitteln einen Überblick zu den »Marktanteilen« der verschiedenen Angebotsformen und deren Entwicklung in den Jahren 1998 bis 2000.

Zu den auffälligen Ergebnissen gehört dabei, dass Menschen mit einer psychischen Behinderung bei betrieblichen Maßnahmen sowie in sonstigen überbetrieblichen Einrichtungen im Vergleich zu allen Behinderten deutlich unterrepräsentiert sind; dies gilt insbesondere für Behinderungen infolge einer Psychose.

Mit diesem Befund korrespondiert, dass für die Gruppe der psychisch behinderten Menschen in speziellen Einrichtungen für Behinderte überrepräsentiert sind, dies gilt insbesondere für die Werkstätten für behinderte Menschen wie auch die Berufsförderungswerke, wobei dies wiederum vor allem für Behinderungen infolge einer Psychose und demgegenüber – vor allem bei der WfbM deutlich – schwächer ausgeprägt für Behinderungen infolge »sonstiger Neurosen« zutrifft.

Die in Einrichtungen der Kategorie II (medizinisch-berufliche Rehabilitation) – zu denen u. a. die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) gehören – durchgeführten Maßnahmen sind zwar unter quantitativen Aspekten nur nachrangig bedeutsam, weisen aber in dem kurzen Zeitraum vom 1998 bis 2000 eine eindeutige geradezu rasante Steigerung auf.

Tabelle A-37: Eintritte von Behinderten in Maßnahmen – absolute Zahlen[208]

Jahr	Art der Behinderung	betrieblich einschl. überb. Abschnitte	BBW	BFW	Einricht. Kat. II	WfB	sonst. Reha-E.	sonst. überb. E.	Fern-lehrgang	Gesamt
1998	Psychosen	215	211	1.174	71	1.847	930	1.398	8	5.854
1999		266	289	1.302	85	1.928	998	1.471	8	6.347
2000		234	316	1.356	132	1.778	994	1.551	4	6.365
1998	Sonst. Neurosen	370	549	1.473	63	1.667	1.242	2.121	4	7.489
1999		448	680	1.663	90	1.888	1.352	2.502	11	8.634
2000		474	872	1.829	125	1.916	1.496	2.690	6	9.408
1998	Behinderte insg.	8.804	9.419	18.593	352	14.149	19.960	47.160	355	118.792
1999		10.323	10.786	21.074	443	14.989	21.562	50.346	416	129.939
2000		9.537	11.889	21.868	597	14.929	21.650	52.139	249	132.894

Tabelle A-38: Eintritte von Behinderten in Maßnahmen in Prozent (prozentuale Verteilung nach Behinderungsart auf die Angebotsformen)

Jahr	Art der Behinderung	betrieblich einschl. überb. Abschnitte	BBW	BFW	Einricht. Kat. II	WfB	sonst. Reha-E.	sonst. überb. E.	Fern-lehrgang	Gesamt
1998	Psychosen	3,7	3,6	20,0	1,2	31,6	15,9	23,9	0,1	100,0
1999		4,2	4,6	20,5	1,3	30,4	15,7	23,2	0,1	100,0
2000		3,7	5,0	21,3	2,1	27,9	15,6	24,3	0,1	100,0
1998	Sonst. Neurosen	4,9	7,3	19,7	0,8	22,3	16,6	28,3	0,1	100,0
1999		5,2	7,9	19,3	1,0	21,8	15,7	29,0	0,1	100,0
2000		5,0	9,2	19,4	1,4	20,4	15,9	28,6	0,1	100,0
1998	Behinderte insg.	7,4	7,9	15,7	0,3	11,9	16,8	39,7	0,3	100,0
1999		8,0	8,3	16,2	0,3	11,6	16,9	38,8	0,3	100,4
2000		7,2	9,0	16,4	0,5	11,2	16,3	39,2	0,2	100,0

Die vorstehende Tabelle veranschaulicht, dass für Menschen mit einer Behinderung infolge einer Psychose die Werkstatt für behinderte Menschen das wichtigste Angebot darstellt, in der fast ein Drittel der Maßnahmen durchgeführt wird, gefolgt von den sonstigen über-

208 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit (Sonderauswertung).

betrieblichen Einrichtungen, darunter die Angebote von Bildungsträgern, die knapp ein Viertel der Maßnahmen für diesen Personenkreis durchführen. Bereits an dritter Stelle stehen die Berufsförderungswerke, deren Angebot von jedem fünften aus dieser Gruppe in Anspruch genommen wurde. Dass das Angebot der Berufsbildungswerke von diesem Personenkreis weniger häufig in Anspruch genommen wird, sowohl im Vergleich zu allen Behinderten als auch – nicht so stark ausgeprägt – zu den Behinderungen infolge einer »sonstigen Neurose«, ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Erstmanifestation einer »Psychose« meistens erst im dritten Lebensjahrzehnt eintritt und ein großer Teil dann schon über eine abgeschlossene Ausbildung verfügt.

Der geringe Anteil von betrieblichen Maßnahmen für Menschen mit einer psychischen Behinderung lässt deutlich werden, dass es besonderer Anstrengungen bedarf, um hier zu einer Erhöhung zu gelangen.

Die vorstehenden Ausführungen zur quantitativen Bedeutung der verschiedenen Angebotsformen für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben spiegeln sich auch in der nachstehenden Tabelle mit den Angaben zum Bestand an Behinderten am Ende eines Jahres wider, wobei sich aufgrund der unterschiedlichen Dauer der verschiedenen in den Einrichtungen durchgeführten Maßnahmen einige Verschiebungen gegenüber der Verteilung nach Eintritten in Maßnahmen ergeben.

Für Menschen mit einer Behinderung infolge einer Psychose tritt hier die Bedeutung der Werkstatt für behinderte Menschen noch deutlicher hervor, während die der überbetrieblichen Einrichtungen nahezu unverändert ist. Die Berufsförderungswerke, die für diesen Personenkreis zum größten Teil Weiterbildungsmaßnahmen durchführen, sind nun hinter den sonstigen Reha-Einrichtungen zu finden, bei denen der Schwerpunkt auf Förderlehrgängen liegt und bei denen im Vergleich zu den Berufsförderungswerken so gut wie keine Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung angeboten werden.

Bei den betrieblichen Maßnahmen, die größtenteils Ausbildungen und daneben Weiterbildungsmaßnahmen umfassen, liegt der Anteil insgesamt höher, wobei aber auch hier die psychischen Behinderungen, darunter wiederum insbesondere die infolge einer Psychose deutlich unter dem Durchschnitt liegt.

Tabelle A-39: Bestand an Behinderten in Maßnahmen Ende Dezember (absolut)[209]

Jahr	Art der Behinderung	betrieblich einschl. überb. Abschnitte	BBW	BFW	Einricht. Kat. II	WfB	sonst. Reha-E.	sonst. überb. E.	Fern-lehrgang	Gesamt
1998	Psychosen	314	195	629	6	1.511	721	1.046	3	4.425
1999		343	243	684	18	1.544	738	1.093	3	4.666
2000		323	272	677	33	1.453	777	1.151		4.686
1998	Sonst.Neurosen	629	580	634	13	1.441	1.031	1.750		6.078
1999		657	666	788	19	1.604	1.155	1.950	2	6.841
2000		677	810	868	36	1.635	1.255	2.064		7.345
1998	Behinderte insg.	18.606	14.374	9.283	59	15.580	24.834	47.028	73	129.837
1999		18.362	14.909	9.770	89	16.330	26.246	46.544	83	132.333
2000		17.384	15.011	10.292	175	16.539	25.738	48.323	59	133.521

209 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit (Sonderauswertung).

Tabelle A-40: Bestand an Behinderten in Maßnahmen Ende Dezember in Prozent (prozentuale Verteilung nach Behinderungsart auf die Angebotsformen)

Jahr	Art der Behinderung	betrieblich einschl. überb. Abschnitte	BBW	BFW	Einricht. Kat. II	WfB	sonst. Reha-E.	sonst. überb. E.	Fern-lehrgang	Gesamt
1998	Psychosen	7,10	4,41	14,21	0,14	34,15	16,29	23,64	0,07	100,00
1999		7,35	5,21	14,66	0,39	33,09	15,82	23,42	0,06	100,00
2000		6,89	5,80	14,45	0,70	31,01	16,58	24,56	0,00	100,00
1998	Sonst.Neurosen	10,35	9,54	10,43	0,21	23,71	16,96	28,79	0,00	100,00
1999		9,60	9,74	11,52	0,28	23,45	16,88	28,50	0,03	100,00
2000		9,22	11,03	11,82	0,49	22,26	17,09	28,10	0,00	100,00
1998	Behinderte insg.	14,33	11,07	7,15	0,05	12,00	19,13	36,22	0,06	100,00
1999		13,88	11,27	7,38	0,07	12,34	19,83	35,17	0,06	100,00
2000		13,02	11,24	7,71	0,13	12,39	19,28	36,19	0,04	100,00

5.2.1.3 Zum Ergebnis der Leistungen

Zur Frage des Erfolgs und dem Ergebnis von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es eine Vielzahl von kleineren Studien und Untersuchungen, die sich mit einzelnen Maßnahmen befassen, daneben Untersuchungen zu einzelnen Einrichtungstypen.

Seitens der Leistungsträger sind aktuelle Daten zum Abschluss von Maßnahmen und zur beruflichen Eingliederung bei der Bundesanstalt für Arbeit verfügbar.

Erfasst werden hier zum einen Daten zur Beendigung von Reha-Fällen, die in der Tabelle A-41 nach Behinderungsarten für die Jahre 1998 bis 2000 zusammengestellt worden sind. Zur besseren Vergleichbarkeit und um auf den ersten Blick erkennen zu können, welcher Anteil der Rehabilitanden mit welchem Ergebnis entlassen wurde, sind die absoluten Zahlen wiederum in Prozent umgerechnet worden (Tab. A-42).

Dabei wird deutlich, dass von den Menschen mit einer psychischen Behinderung nur etwa jeder Vierte auf einen Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes eingegliedert bzw. einen vorhandenen Arbeitsplatz behalten konnte, während im Durchschnitt aller Behinderten dieses Ziel bei jedem Dritten erreicht werden konnte.

Demgegenüber erfolgt bei Menschen mit einer psychischen Behinderung wesentlich häufiger als im Durchschnitt der behinderten Menschen eine Eingliederung in eine WfbM: Bei Rehabilitanden mit einer Psychose dreimal so häufig und bei Rehabilitanden mit einer »sonstigen Neurose« immerhin noch doppelt so häufig.

Auffällig ist ferner, dass bei Menschen mit psychischer Behinderung deutlich häufiger eine mangelnde Eignung oder eine fehlende Bereitschaft für eine Reha-Maßnahme angegeben wurde. In diesem Zusammenhang wäre zu klären, worauf die mangelnde Eignung oder die fehlende Bereitschaft zurückzuführen ist und in welchem Umfang hier das Fehlen einer auf den Bedarf und die Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit des psychisch behinderten Menschen abgestimmte Maßnahme maßgeblich ist.

Als ernüchternd und die Aussagefähigkeit des Kategoriensystems in Frage stellend muss aber angesehen werden, wenn nahezu die Hälfte aller beendeten Reha-Fälle der »Restkategorie« sonstige Gründe zugeordnet werden. Als geradezu absurd mutet in diesem

Tabelle A-41: Beendigung von Reha-Fällen[210]

Absolute Zahlen	Psychosen			Sonst. Neurosen			Insgesamt		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Eingliederung in Arbeit	1.753	1.953	2.069	2.489	3.023	3.187	68.696	74.752	72.729
Aufnahme in den Arbeitsbereich einer WfB	1.043	1.083	1.069	1.103	1.078	1.247	9.696	9.768	9.766
innerbetriebl. Umsetzung	13	14	8	18	19	21	832	771	781
Verbleib im bisherigen Beruf/Erwerbsleben	956	886	1.063	1.552	1.556	1.679	37.112	34.426	34.788
Verbleib in bish. Schule	27	26	16	96	83	59	2.812	2.260	1.926
mangelnde Eignung für Reha-Maßnahmen	756	705	716	1.098	1.008	931	13.682	12.647	10.952
fehlende Bereitschaft des Behinderten f. Reha-Maß.	992	969	866	1.628	1.618	1.572	24.167	22.465	20.865
Besuch einer allgemein bildenden Schule	37	35	22	107	103	80	2.455	1.829	1.588
Besuch einer berufsbildenden Schule	91	63	70	226	162	161	5.583	4.773	3.953
Einmündung in medizinische Reha-Maßnahme	576	616	640	745	867	826	5.697	6.271	6.248
Einmündung in Reha-Maßn. z. soz. Eingliederr.	45	63	64	87	85	75	982	1.141	1.180
sonstige Gründe (z. B. Eingl., Vorschlag, Tod)	5.067	5.088	5.225	7.779	8.551	8.833	146.213	149.768	150.086
Gesamt	**11.356**	**11.501**	**11.828**	**16.928**	**18.153**	**18.671**	**317.927**	**320.871**	**314.862**

Zusammenhang die exemplarische Aufzählung der »sonstigen Gründe« an: Gleich, ob der Rehabilitand einen Eingliederungsvorschlag erhält oder verstirbt, er verlässt die Statistik mit »sonstigem Grund«. Diesbezüglich besteht hinsichtlich der Weiterentwicklung des Kategoriensystems der Bundesanstalt für Arbeit dringender Handlungsbedarf.

Neben der Beendigung von Reha-Fällen werden in der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit auch die Austritte von Behinderten aus Maßnahmen erfasst, die allerdings nur bedingt Orientierungsdaten zum Erfolg von Maßnahmen in Bezug auf das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben enthalten.

Maßgeblich hierfür ist zum einen, dass als Maßnahme die vorbereitenden Leistungen wie Arbeitserprobung und Berufsfindung sowie Vorbereitungsmaßnahmen, die einen ersten Schritt auf dem Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben anzusehen sind, gleichrangig mit Aus- und Weiterbildungen sowie Trainingsmaßnahmen und Förderlehrgängen erfasst werden. Zum anderen ist die Problematik der »Ergebnisbewertung« und des vorgegebenen Kategoriensystems zu berücksichtigen: Rehabilitanden, die an einer sechs- bis maximal zwölfwöchigen Maßnahme zur Berufsfindung und/oder Arbeitserprobung teilnehmen, haben diese auch dann erfolgreich absolviert, wenn sie nicht vorzeitig ausgeschieden sind,

210 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit (Sonderauswertung).

Tabelle A-42: Beendigung von Reha-Fällen – prozentuale Verteilung nach Art der Behinderung

in Prozent	Psychosen			Sonst. Neurosen			Insgesamt		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Eingliederung in Arbeit	15,4	17,0	17,5	14,7	16,7	17,1	21,6	23,3	23,1
Aufnahme in den Arbeitsbereich einer WfB	9,2	9,4	9,0	6,5	5,9	6,7	3,0	3,0	3,1
innerbetriebl. Umsetzung	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2
Verbleib im bisherigen Beruf/Erwerbsleben	8,4	7,7	9,0	9,2	8,6	9,0	11,7	10,7	11,0
Verbleib in bisheriger Schule	0,2	0,2	0,1	0,6	0,5	0,3	0,9	0,7	0,6
mangelnde Eignung für Reha-Maßnahmen	6,7	6,1	6,1	6,5	5,6	5,0	4,3	3,9	3,5
fehlende Bereitschaft des Behinderten f. Reha-Maßn.	8,7	8,4	7,3	9,6	8,9	8,4	7,6	7,0	6,6
Besuch einer allgemein bildenden Schule	0,3	0,3	0,2	0,6	0,6	0,4	0,8	0,6	0,5
Besuch einer berufsbildenden Schule	0,8	0,5	0,6	1,3	0,9	0,9	1,8	1,5	1,3
Einmündung in medizinische Reha-Maßnahme	5,1	5,4	5,4	4,4	4,8	4,4	1,8	2,0	2,0
Einmündung in Reha-Maßn. zur soz. Eingliederung	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4
sonstige Gründe (z. B. Eingliederung, Vorschlag, Tod)	44,6	44,2	44,2	46,0	47,1	47,3	46,0	46,7	47,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle A-43: Austritte von Behinderten aus Maßnahmen[211]

Art	Psychosen			Sonst. Neurosen			Insgesamt		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Prüfung in anerkanntem Ausbildungsberuf	540	545	582	837	905	976	27.242	26.539	26.246
sonstige staatliche Prüfung	48	52	45	65	60	52	2.139	2.013	1.653
sonstige Prüfung	146	182	158	201	261	234	4.486	5.228	4.811
ohne Prüfung	2.927	3.234	3.325	3.650	4.119	4.602	54.848	59.216	60.573
nicht vorzeitig ausgeschieden	178	229	247	237	267	286	3.359	3.439	3.619
gesundheitliche Gründe	646	667	669	558	612	750	5.082	5.255	5.245
sonstige Eignungsgründe	101	115	119	185	198	184	2.396	2.540	2.370
Wechsel in höhere Bildungsmaßnahme	49	68	73	57	80	113	849	1.326	1.615
sonstiger Wechsel einer Bildungsmaßnahme	63	70	74	78	104	109	1.224	1.663	1.865
Arbeitsaufnahme	120	184	192	162	203	219	3.070	3.846	4.193
sonstige Gründe	546	579	579	736	787	939	11.646	12.141	12.799
Gesamt	**5.364**	**5.925**	**6.063**	**6.766**	**7.596**	**8.464**	**116.341**	**123.206**	**124.989**

211 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit (Sonderauswertung)

Tabelle A-44: Austritte von Behinderten aus Maßnahmen – prozentuale Verteilung nach Art der Behinderung

Art	Psychosen			Sonst. Neurosen			Insgesamt		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Prüfung in anerkanntem Ausbildungsberuf	10,1	9,2	9,6	12,4	11,9	11,5	23,4	21,5	21,0
sonstige staatliche Prüfung	0,9	0,9	0,9	1,0	0,8	0,6	1,8	1,6	1,3
sonstige Prüfung	2,7	3,1	2,6	3,0	3,5	2,8	3,9	4,2	3,9
ohne Prüfung	54,6	54,6	54,8	54,0	54,2	54,1	47,1	48,1	48,4
nicht vorzeitig ausgeschieden	3,3	3,9	4,1	3,5	3,5	3,4	2,9	2,8	2,9
gesundheitliche Gründe	12,0	11,2	11,0	8,2	8,1	9,2	4,4	4,3	4,2
sonstige Eignungsgründe	1,9	1,9	2,0	2,7	2,6	2,2	2,1	2,1	1,9
Wechsel in höhere Bildungsmaßnahme	0,9	1,1	1,2	0,8	1,1	1,3	0,7	1,1	1,3
sonstiger Wechsel einer Bildungsmaßnahme	1,2	1,2	1,2	1,2	1,4	1,3	1,1	1,4	1,5
Arbeitsaufnahme	2,2	3,1	3,1	2,4	2,6	2,6	2,6	3,1	3,4
sonstige Gründe	10,2	9,8	9,5	10,8	10,3	11,0	10,0	9,8	10,2
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

das Ergebnis aber ist, dass weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen (derzeit) aufgrund nicht hinreichender Belastbarkeit nicht in Betracht kommen. Zu den wesentlichen Erkenntnissen aus der vorstehenden Tabelle zu den Austritten von Behinderten aus Maßnahmen gehört, dass der Anteil von Menschen mit einer psychischen Behinderung, die

- (Ausbildungs-)Maßnahmen mit einer Prüfung abschließen deutlich unter dem Durchschnitt aller Behinderten liegt, was daraus zu erklären ist, dass die Menschen mit einer psychischen Behinderung bereits über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen (im Jahr 2000 lag der Anteil von Schülern/Studenten bei den Rehabilitanden mit »Psychose« bei 15 %, bei denen mit »Sonst. Neurose« bei 23 % und im Durchschnitt bei 36 %);
- aus gesundheitlichen Gründen aus der Maßnahme ausgeschieden sind, deutlich überrepräsentiert sind, was vor allem auch die Frage nach einer den »besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen« Rechnung tragenden Ausgestaltung der Maßnahmen aufwirft.

Als unbefriedigend muss bei der vorstehenden Tabelle weiter angesehen werden, dass auch hier noch für einen vergleichsweise großen Anteil der Rehabilitanden beim Austritt aus einer Maßnahme »sonstige Gründe« angegeben wurden. Neben der Bundesanstalt für Arbeit veröffentlich die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren regelmäßig Jahresberichte, die Aufschluss über den Erfolg der bei psychisch Behinderten durchgeführten Maßnahmen geben.[212]

212 Ähnliche Berichte werden zwar auch von anderen Einrichtungen vorgelegt, die aber in der Regel nicht nach Art der Behinderung differenzieren.

In der Basisdokumentation des Abschlussjahrgangs 2000 sind insgesamt 708 Rehabilitanden erfasst. Davon haben 476 (67,2 % des Abschlussjahrgangs) die Trainingsmaßnahmen erfolgreich absolviert, darunter 79, die das vereinbarte Maßnahmeziel bereits vorzeitig – vor dem geplanten Maßnahmeende – erreicht haben. Hierzu gehören z. B. die Aufnahme einer Arbeit oder Erhalt eines Ausbildungsplatzes ebenso wie die Klärung der beruflichen Leistungsfähigkeit mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen (z. B. Verrentung). 232 Personen (32,8 %) haben die Maßnahme vorzeitig abgebrochen, überwiegend aus gesundheitlichen Gründen (189 Rehabilitanden, das sind 81,5 % aller Abbrecher).

Tabelle A-45: Ergebnis der Teilnahme an der Trainingsmaßnahme und Abbruchgründe (N = 708, Angaben in Prozent)[213]

Reguläre Teilnahme, Maßnahmeziel (auch vorzeitig) erreicht	67,2 %
Maßnahme abgebrochen	32,8 %
Darunter	
• Abbruch aus gesundheitlichen Gründen	26,7 %
• Abbruch aus disziplinarischen Gründen	1,7 %
• Abbruch aus eigenem Wunsch	2,7 %
• sonstiges	1,7 %

Bezüglich der Maßnahmeergebnisse wird eine Differenzierung zwischen den Zielen der Abklärung/Erlangung von Arbeitsfähigkeit sowie von »Ausbildungs-/Umschulungsfähigkeit« vorgenommen und eine Erhebung unmittelbar nach Maßnahmeende und 12 bis 15 Monate nach der Maßnahme durchgeführt.

Das Ergebnis bezogen auf die Teilnehmer des Absolventenjahrgangs 2000, die das Maßnahmeziel erreicht haben, ist in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle A-46: Integrationsergebnis direkt nach dem Maßnahmeende (bezogen auf die Absolventen, N = 476)[214]

Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	21,9 %
Beschützter Arbeitsplatz	4,9 %
Ausbildungs-/Umschulungsplatz	25,1 %
Berufliche Reha-Maßnahme	7,8 %
Suche nach Ausbildungs-/Umschulungsplatz	3,8 %
Arbeitslos/arbeitssuchend	22,0 %
Andere Ergebnisse (u. a. Verrentung, medizinische Reha-Maßnahme, Arbeitsunfähigkeit)	14,5 %

Im Vergleich zu den von der Bundesanstalt für Arbeit vorgelegten Daten zur Beendigung von Reha-Fällen weist diese Statistik eine deutlich höhere Quote der Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus, die sich bei der Nachbefragung 12 bis 15 Monate später noch etwas verbessert hat.

213 Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren: Ergebnisbericht der Beruflichen Trainingszentren Abschlussbericht 2000, Dortmund/Duisburg 2002, S. 18.

214 Ebd., S. 42.

Insgesamt ergeben sich aber bei der ein Jahr nach Maßnahmeabschluss durchgeführten Nachbefragung zumeist nur geringfügige Veränderungen. Hierbei ist u.a. zu berücksichtigen, dass Ausbildungen/Umschulungen in der Regel zwei Jahre dauern und dementsprechend zum Zeitpunkt der Nachbefragung noch nicht abgeschlossen sein können.

5.2.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Daten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes letztmalig für das Jahr 1995 veröffentlich worden.[215] Eine systematische Zusammenführung der aktuellen Daten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgt nach den im Rahmen des Projekts gewonnenen Erkenntnissen nur für die gesetzliche Rentenversicherung; bei den Krankenkassen werden die Daten jeweils von den einzelnen Kassen gehalten und nicht mehr zusammengeführt. Bei den Daten der Krankenversicherung ist zu berücksichtigen, dass nur die in (stationären) Rehabilitationseinrichtungen erbrachten Leistungen erfasst werden (Tab. A-47).

Tabelle A-47: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen im 1991/1995[216]

Jahr	Art der Behinderung	Insgesamt	Davon: Fortsetzung/Aufnahme einer Tätigkeit	Dies entspricht einer »Erfolgsquote«
1991	Psychosen	5.663	3.912	69,1 %
	Alkoholabhängigkeit	25.293	19.776	78,2 %
	Neurosen u. a. psych. Störungen	75.921	67.260	88,6 %
1995	Psychosen	9.439	7.085	75,1 %
	Alkoholabhängigkeit	30.327	25.872	85,3 %
	Neurosen u. a. psych. Störungen	101.491	91.535	90,2 %

Eine Aufschlüsselung dieser Daten nach Leistungsträgern erfolgt nicht. Davon ausgehend, dass bei psychischen Erkrankungen die gesetzliche Unfallversicherung als Leistungsträger vernachlässigt werden kann, kommen im Wesentlichen nur die Träger der Kranken- und Rentenversicherung in Betracht.

Unter Berücksichtigung der nachstehend aufgeführten Daten des Verbandes der Rentenversicherungsträger ergibt sich, dass rund ein Drittel der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 1995 bei Psychosen durch die gesetzliche Rentenversicherung erbracht wurden. Eine Abschätzung des Anteils bei den Neurosen und anderen psychischen Störungen ist nicht zuverlässig möglich, da nicht geklärt werden konnte, ob hier bei den vorstehenden Daten auch Leistungen bei funktionellen Störungen mit berücksichtigt worden sind.

215 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens 1999, Baden-Baden 1999.

216 Quellen: für 1991: Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1993, S. 47 – diese Daten beziehen sich nur auf das frühere Bundesgebiet; für 1995: Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1999, S. 72.

Da für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Rentenversicherung der vorrangig zuständige Leistungsträger ist, erscheint der durch sie erbrachte Anteil von Maßnahmen bei »Psychosen« vergleichsweise niedrig. In diesem Zusammenhang ist nun die Erkenntnis aus der pidemiologischen Forschung zu berücksichtigen, wonach diese Erkrankung häufig erst als zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr auftritt.[217] Die Ersterkrankung tritt mithin vielfach in einer Zeit auf, in der eine Berufsausbildung noch nicht oder erst seit kurzem abgeschlossen ist und dementsprechend die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherung noch nicht erfüllt sind.

Um einen Orientierungspunkt für die Interpretation der aktuellen Daten zu haben, nachstehend einige Bezugspunkte:

Nach den Ergebnissen der RPK-Bestandsaufnahme wurden von den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen 39 % von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, 47 % von Krankenkassen, 12 % von der Sozialhilfe durchgeführt; in den verbleibenden 2 % der Fälle erfolgte die Finanzierung »Privat« oder durch »Sonstige«.[218]

Aus dem Bereich der Krankenversicherung sind für die Jahre 1996 und 1997 zumindest Angaben über die Zahl der aus vollstationärer Krankenhausbehandlung entlassenen Patienten mit der Diagnose »Schizophrene Psychose« verfügbar.

Wie die Tabelle A-48 zeigt, waren dies in den Jahren 1996 und 1997 jeweils knapp 120.000 Patienten. Berücksichtigt man die Erkenntnisse aus der epidemiologischen Forschung, nach der bei etwa 70 % der an einer Schizophrenie erkrankten Menschen mit mehrmaligen Krankheitsphasen und bei etwa 30 % von einem schweren längerfristigen Verlauf auszugehen ist, ergibt sich für diesen Personenkreis ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei mindestens 30.000, maximal 70.000 Personen (hierbei ist berücksichtigt, dass in den vorstehenden Daten zur Krankenhausbehandlung auch Wiederaufnahmen enthalten sind).

Legt man nun für eine Modellrechnung eine Zuordnung zu Leistungsträgern die Ergebnisse der RPK-Bestandsaufnahme[219] zugrunde, müssten durch die Rentenversicherung jährlich zwischen 12.000 und 28.000 Rehabilitationsmaßnahmen für diese Personengruppe durchgeführt werden.

Tatsächlich lag die Zahl der von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung – wie nachfolgend im einzelnen ausgeführt wird – durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen deutlich niedriger: Für diese Personengruppe wurden 3.619 Maßnahmen im Jahr 1996 und nur 2.935 Maßnahmen im Jahr 1997 durchgeführt.

---

217 Vgl. die epidemiologischen Daten in Kap. 1.1.

218 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt/Main 2000, S. 31.

219 Danach wurden von den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 39 % durch die Rentenversicherung, 47 % durch die Krankenversicherung, 12 % durch die Sozialhilfe und jeweils 1 % privat und durch sonstige finanziert. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt/Main 2000, S. 31.

Tabelle A-48: Aus vollstationärer Krankenhausbehandlung entlassene Patienten mit der Diagnose »Schizophrene Psychose« in den Jahren 1996 und 1997[220]

Lfd. Nr. Rang	Pos ICD-9		Jahr	Entlassene Patienten Insgesamt	Verweildauer	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren Unter 15	15 –45	45–65	65 u.ä.
				Anzahl	Tage		Anzahl		
24	295	Männer	1996	59.375	82,8	61	44.558	12.867	1.889
28	295	Frauen	1996	59.840	71,7	79	34.873	18.661	6.227
23	295	Männer	1997	59.890	62,3	72	44.456	13.497	1.865
29	295	Frauen	1997	59.757	56,2	81	34.401	19.125	6.150

5.2.2.1 Leistungen der Krankenversicherung

Wie bereits vorstehend beschrieben, liegen aktuelle Daten über die von der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht vor. Vor diesem Hintergrund kann nachstehend nur eine Hochrechnung auf der Grundlage der Daten der Betriebskrankenkassen erfolgen (Tab. A-49).

Tabelle A-49: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1999

	Organische Psychosen ICD-9: 290–294	Andere Psychosen ICD-9: 295–299	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen ICD-9: 300-316
BKK[221]	41	221	2.460
GKV[222] (Hochrechnung)	315	1.700	18.923
GKV und VDR	546	5.323	46.964

5.2.2.2 Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Unübersehbar werden in der Tabelle A-50 mit der Übersicht zur Entwicklung der Zahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Auswirkungen des zum 1.1.1997 in Kraft getretenen Wachstums- und Beschäftigungsförderungegesetzes. Nachdem in der Rentenversicherung auch vorher schon bestimmte Begrenzungen für die Aufwendungen für Leistungen zur Rehabilitation enthalten waren (§ 220 SGB VI), wurden diese durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz sowohl bezüglich des Niveaus wie auch

220 Quelle: Die von den Krankenhäusern gemeldeten 30 häufigsten Diagnosen vollstationärer Krankenhauspatienten nach Geschlecht, in: Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 1999, S. 308–311; aktuellere Daten zu einzelnen psychischen Störungen liegen nicht vor, da nunmehr nur noch die 20 häufigsten Diagnosen aufgeführt werden.

221 Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Rehabilitationsstatistik 1999.

222 Hochrechnung auf der Grundlage BKK-Daten. Von den Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse (einschließlich der hier freiwillig Versicherten gehörten 1999 rund 13 % einer Betriebskrankenkasse an.

Tabelle A-50: Entwicklung der Zahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation[223]

	1995	1996	1997	1998	1999
Leistungen Insgesamt	900.973	930.278	600.447	603.848	671.291
Darunter:					
5 Psychische Erkrankungen	114.542	124.028	94.921	97.336	103.715
Darunter:					
5.1 Organische Psychosen	200	195	182	194	231
5.2 Andere Psychosen	3.135	3.619	2.935	3.046	3.392
5.3 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	28.044	33.354	26.101	25.830	28.041
5.4 Sucht	32.576	33.973	34.820	35.839	35.024
5.4.1 Alkoholabhängigkeit	25.514	26.475	26.223	26.740	26.245
5.4.2 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	7.062	7.498	8.597	9.099	8.779
5.5 Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit	422	417	259	255	272
5.6 Funktionelle Störungen	29.052	27.701	11.142	10.383	11.463
5.7 Psychosomatische Erkrankungen	965	1.070	1.041	1.042	1.099
5.8 Sonstige Psychische Erkrankungen	20.028	23.583	18.378	20.681	24.120
5.9 Oligophrenien	120	116	63	66	73

der Fortschreibung erheblich verändert und eingeschränkt. Für das Jahr 1997 wurde das Ausgabenniveau (gem. § 287 b Abs. 2 SGB VI) auf das Ausgabenvolumen des Jahres 1993 abzüglich 600 Mio. DM abgesenkt.

Im Bereich der Medizinischen Rehabilitation ging in Folge dieser Neuregelung die Zahl der Leistungen im Jahr 1997 gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 35 % zurück. Bei den psychischen Erkrankungen fiel der Rückgang mit 24 % deutlich moderater aus, wobei es bei den verschiedenen Störungsbildern Unterschiede gab. Bei den »anderen Psychosen« betrug die Veränderung »nur« 18 %, während bei den »funktionellen Störungen« der Rückgang mit 60 % äußerst drastisch ausfiel. Demgegenüber hat die Neuregelung bei Suchterkrankungen wie auch den psychosomatischen Erkrankungen keine Auswirkung auf die Zahl der Leistungen gezeigt.

Mit Ausnahme der funktionellen Störungen und den Leistungen bei Drogemissbrauch ohne Abhängigkeit bei denen die Zahl der Leistungen sich weiterhin auf einem gegenüber 1995/96 niedrigen Niveau bewegen, ist bei den anderen Störungsbildern wieder eine deutliche Zunahme der Leistungen zu erkennen.
Dabei ergibt sich insgesamt in dem Zeitraum von 1995 bis 1995 eine deutliche Verschiebung, bei der der Anteil medizinischen Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen von knapp 13 % auf über 15 % zunimmt.

Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen ist bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weithin gleich bleibend und liegt zwischen 43 und 45 Jahren.

223 Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken, Tabellen 00.700 M RV der Jahre 1995–1999.

Tabelle A-51: Anteil der Leistungen bei psychischen Erkrankungen von den Leistungen insgesamt[224]

	1995	1996	1997	1998	1999
in Prozent	12,7	13,3	15,8	16,1	15,5

Tabelle A-52: Entwicklung des Anteils einzelner psychischer Erkrankungen in Prozent [225]
(Bezugsgröße: Anteil der Leistungen bei psychischen Erkrankungen gesamt)

	1995	1996	1997	1998	1999
5.1 Organische Psychosen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
5.2 Andere Psychosen	2,7	2,9	3,1	3,1	3,3
5.3 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	24,5	26,9	27,5	26,5	27,0
5.4 Sucht	28,4	27,4	36,7	36,8	33,8
5.5 Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
5.6 Funktionelle Störungen	25,4	22,3	11,7	10,7	11,1
5.7 Psychosomatische Erkrankungen	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1
5.8 Sonstige Psychische Erkrankungen	17,5	19,0	19,4	21,2	23,3
5.9 Oligophrenien	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Dauer der medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation hat sich im Zeitraum von 1995 bis 1999 insgesamt nur geringfügig vermindert; diese Tendenz trifft weithin auch für die psychischen Erkrankungen zu; bei den Suchterkrankungen ist allerdings eine deutliche Verkürzung festzustellen, während bei den »anderen Psychosen« die Verweildauer geringfügige Schwankungen aufweist.

Dabei ist insgesamt festzuhalten, dass die mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz zum 1.1.1997 eingeführte gesetzliche Begrenzung der Dauer von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auf im Regelfall längstens drei Wochen (§ 15 Abs. 3 SGB VI) – sofern zur Erreichung des Rehabilitationsziels nicht ein längerer Zeitraum erforderlich ist – im Bereich der Leistungen bei psychischen Erkrankungen nicht zu einer Verkürzung geführt hat.

224 Eigene Berechnung auf der Grundlage der Daten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken, Tabellen 00.700 M RV der Jahre 1995–1999.

225 Eigene Berechnung auf der Grundlage der Daten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken, Tabellen 00.700 M RV der Jahre 1995–1999.

Tabelle A-53: Entwicklung der Rehabilitationsdauer bei psychischen Erkrankungen (durchschnittliche Pflegetage)[226]

		1995	1996	1997	1998	1999
Insgesamt		34	33	33	32	31
5	Psychische Erkrankungen	63	63	66	61	59
5.1	Organische Psychosen	33	33	38	37	37
5.2	Andere Psychosen	55	57	60	57	54
5.3	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	47	47	45	43	43
5.4	Sucht	118	117	106	96	95
5.4.1	Alkoholabhängigkeit	110	108	96	88	87
5.4.2	Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	146	149	135	119	119
5.5	Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit	37	36	42	42	37
5.6	Funktionelle Störungen	34	33	33	32	32
5.7	Psychosomatische Erkrankungen	41	38	36	35	34
5.8	Sonstige Psychische Erkrankungen	43	43	42	40	39
5.9	Oligophrenien	39	37	44	35	28

5.2.3 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Die Zahl der Zugänge bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zeigt eine deutlich und kontinuierlich abnehmende Tendenz von 293.693 im Jahr 1995 auf 218.060 im Jahr 1999, was einem Rückgang von über 25 % entspricht. Diese Tendenz findet sich auch bei den Zugängen wegen psychischen Erkrankungen wieder (von 53.577 im Jahr 1995 auf 50.154 im Jahr 1999), ist aber mit einem Rückgang bei den absoluten Zahlen von rund 6 % bei weitem nicht so deutlich ausgeprägt (Tab. A-54).

Aus dieser Entwicklung ergibt sich, dass der Anteil und damit die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zugenommen hat: Wurden bei den Männern im Jahr 1995 »nur« 15 % der Erwerbsminderungsrenten wegen einer psychischen Erkrankung gewährt, waren es im Jahr 1999 bereits 19 %. Bei den Frauen fiel der Anstieg im gleichen Zeitraum mit einer Steigerung des Anteils von knapp 24 % auf über 30 % noch deutlicher aus, wie die Tabelle A-55 zeigt.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ist bemerkenswert, dass bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt Männer deutlich überrepräsentiert sind (das Verhältnis Männer: Frauen bleibt im Zeitraum 1995 bis 1999 relativ stabil bei 63 % zu 37 %), während bei den Rentenzugängen wegen psychischer Erkrankungen insgesamt der Anteil der Männer nur geringfügig überwiegt (zwischen 50,5 % und 51,5 %). Diese Tendenz findet sich auch bei den einzelnen psychiatrischen Diagnosegruppen mit einer Ausnahme wieder: Bei den »anderen Psychosen«, zu denen insbesondere die Schizophre-

226 Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken, Tabellen 00.700 M RV der Jahre 1995–1999.

Tabelle A-54: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI 1995 und 1999[227]

1	2	3	4	6	7	8	9	11	12	13
				Männer				Frauen		
ICD-9		Gesamt	Männer gesamt	darunter A*	B*	C*	Frauen gesamt	darunter A*	B*	C*
1995										
001-999	Insgesamt	293.693	183.992	51.414	106.384	180.882	109.701	29.913	62.991	108.259
290-319	Psych. Erkrankungen	53.577	27.548	5.898	19.030	26.969	26.029	6.398	15.779	25.642
290-294	Organ. Psychosen	1.756	1.244	239	941	1.220	512	89	378	508
295-299	Andere Psychosen	14.283	6.495	1.288	4.991	6.361	7.788	1.524	5.617	1.683
300-316	Neurosen u. a.	32.626	16.872	4.199	10.415	16.570	15.754	4.674	7.973	15.527
317-319	Oligophrenien	4.912	2.937	169	2.683	2.818	1.975	111	1.811	1.924
1999										
001-999	Insgesamt	218.060	137.263	41.277	73.807	132.387	80.797	24.876	40.282	78.882
290-319	Psych. Erkrankungen	50.154	25.659	6.450	15.434	24.342	24.495	6.800	12.509	23.766
290-294	Organ. Psychosen	1.448	1.028	261	692	994	420	116	268	414
295-299	Andere Psychosen	12.453	6.104	1.535	4.294	5.661	6.349	1.584	4.211	6.118
300-316	Neurosen u. a.	33.276	16.720	4.474	8.844	15.975	16.556	5.009	6.986	16.114
317-319	Oligophrenien	2.977	1.807	180	1.604	1.712	1.170	91	1.044	1.120

A*: In Rentenanträge umgedeutete Reha-Anträge; B*: Ohne vorausgegangene Medizinische Reha; C*: Ohne vorausgegangene Berufliche Reha

nie und affektive Störungen gehören, ist dieses Bild umgekehrt und der Anteil von Frauen höher. Ein wichtiger Faktor zur Erklärung dieser Situation ist, dass bei der Schizophrenie das Ersterkrankungsalter bei Männern deutlich niedriger ist als bei Frauen. Dieser Befund weist zugleich auch auf ein weiteres Strukturproblem hin: Aufgrund des im Durchschnitt frühen Alters bei der Ersterkrankung erfüllen Männer häufiger als Frauen nicht die Anforderungen an die Vorversicherungszeit (Erfüllung der fünfjährigen Wartezeit) und sind dann zur Sicherung des Lebensunterhaltes auf Unterhaltszahlungen Angehöriger bzw. Leistungen der Sozialhilfe angewiesen.

5.2.4 Rehabilitation vor Rente

Die vorliegenden Zahlen ermöglichen zwar keine Aussage zu der Frage, ob und in welchem Umfang der Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« konsequent umgesetzt wird, zeigen aber einige in diesem Zusammenhang interessante Trends, die Hinweise auf strukturelle Probleme enthalten: Auf der einen Seite sind Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich weniger häufig Anträge auf Rehabilitationsleistungen in Rentenanträge umgedeutet

227 Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken, Tabellen 224.00 Z RV der Jahre 1995–1999.

Tabelle A-55: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI 1995–1999[228]

Von 1000 Renten entfallen auf die in Spalte 2 genannte Diagnosegruppe (ICD-9)

Jahr	1	2	Männer	Frauen
1995	001-999	Insgesamt	1000,0	1000,0
	290-319	Psych. Erkrankungen	149,7	237,3
	290-294	Organ. Psychosen	6,8	4,7
	295-299	Andere Psychosen	35,3	71,0
	300-316	Neurosen u. a.	91,7	143,6
	317-319	Oligophrenien	16,0	18,0
1996	001-999	Insgesamt	1000,0	1000,0
	290-319	Psych. Erkrankungen	159,2	257,3
	290-294	Organ. Psychosen	6,7	4,6
	295-299	Andere Psychosen	37,2	73,5
	300-316	Neurosen u. a.	98,4	161,4
	317-319	Oligophrenien	16,9	17,8
1997	001-999	Insgesamt	1000,0	1000,0
	290-319	Psych. Erkrankungen	167,4	273,4
	290-294	Organ. Psychosen	6,7	4,9
	295-299	Andere Psychosen	41,7	79,9
	300-316	Neurosen u. a.	105,9	173,7
	317-319	Oligophrenien	13,0	14,9
1998	001-999	Insgesamt	1000,0	1000,0
	290-319	Psych. Erkrankungen	177,4	287,5
	290-294	Organ. Psychosen	7,5	4,5
	295-299	Andere Psychosen	44,3	81,2
	300-316	Neurosen u. a.	113,6	188,4
	317-319	Oligophrenien	12,0	13,4
1999	001-999	Insgesamt	1000,0	1000,0
	290-319	Psych. Erkrankungen	186,9	303,2
	290-294	Organ. Psychosen	7,5	5,2
	295-299	Andere Psychosen	44,5	78,6
	300-316	Neurosen u. a.	121,8	204,9
	317-319	Oligophrenien	13,2	14,5

worden, auf der anderen Seite sind bei den Personen, die in den letzten fünf Jahren vor Rentenbeginn keine stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten haben, Menschen mit psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig. Auffällig sind dabei wiederum geschlechtsspezifische Unterschiede: Während bei den Zugängen an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt der Anteil von Männern und Frauen ohne stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme nahezu gleich ist, sind es bei den psychischen Erkrankungen insgesamt deutlich mehr Männer als Frauen, die ohne vorausgegangene medizinische Rehabilitationsmaßnahme eine Erwerbsminderungsrente erhalten haben.

228 Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken, Tabellen 224.00 Z RV der Jahre 1995–1999.

Aufschlussreich ist hier eine genauere Betrachtung der Verteilung auf die psychiatrischen Diagnosegruppen: Bei den Neurosen und anderen psychischen Störungen liegt der Anteil der Personen ohne vorausgegangene medizinische Rehabilitationsmaßnahme bei den Männern im Bereich des allgemeinen Durchschnitts und bei den Frauen liegt der Anteil sogar um rund 7 % unter dem Durchschnitt. Dagegen liegt dieser Anteil in der Gruppe der »anderen Psychosen« (Schizophrenie, affektive Störungen) wie auch bei den quantitativ nicht so bedeutsamen organischen Psychosen deutlich über dem Durchschnitt, wie die Daten in der nachstehenden Tabelle verdeutlichen:

Tabelle A-56: Zugänge an Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ohne stationäre medizinische Rehabilitationsleistung in den 5 vorausgegangenen Jahren (Angaben in Prozent – jeweils bezogen auf die Zahl der Männer bzw. Frauen)[229]

ICD-9	1995	Männer	Frauen
001-999	Insgesamt	57,8	57,4
290-319	Psych. Erkrankungen	69,1	60,6
295-299	Andere Psychosen	76,8	72,1
300-316	Neurosen u. a.	61,7	50,6
	1999		
001-999	Insgesamt	53,8	49,9
290-319	Psych. Erkrankungen	60,2	51,1
295-299	Andere Psychosen	70,3	66,3
300-316	Neurosen u. a.	52,9	42,2

Die Daten lassen auf den ersten Blick erkennen, dass der Anteil von Personen ohne vorausgegangene stationäre medizinische Rehabilitationsleitung in der Zeit von 1995 bis 1999 insgesamt deutlich zurückgegangen ist, was als Hinweis auf eine stärkere Beachtung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Rente« interpretiert werden kann. Zugleich muss aber auch als strukturelles Problem festgehalten werden, dass bei den nicht organisch begründbaren Psychosen (Schizophrenie, affektive Störungen) im Jahr 1999 noch über 70 % der Männer und zwei Drittel der Frauen eine Erwerbsminderungsrente ohne »zeitnah« vorausgegangene medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben.

Noch deutlicher fällt der Hinweis auf dieses strukturelle Problem aus, wenn man die Daten zu den gewährten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen mit den Zugängen bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in dieser Diagnosegruppe vergleicht: Im Jahr 1995 betrug das Verhältnis von Erwerbsminderungsrenten zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen 4 : 1, im Jahr 1999 »nur« noch 3 : 1.

229 Quelle: Eigene prozentuale Umrechung auf der Grundlage der Daten in den Tabellen 224.00 Z RV der Jahre 1995–1999, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDRSY-Datenbanken.

Tabelle A-57: Vergleich der Entwicklung der Anzahl von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Zugänge bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei nicht organisch begründbaren Psychosen

Jahr	Medizinische Leistungen	Zugang Erwerbsminderungsrente
1995	3.135	14.283
1996	3.619	14.195
1997	2.935	14.787
1998	3.046	13.722
1999	3.392	12.453

Anhang B
Ergebnisse der Regionalerhebungen Halle – Kassel – Oberbergischer Kreis

Christian Gredig
Bernd Jäger
unter Mitarbeit von Julia Pohl

1 Ausgangslage und Zielsetzung

In Anerkennung der vielschichtigen und zentralen Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen sind zahlreiche Bestrebungen zur Verbesserung der beruflichen Rehabilitation und Eingliederung dieses Personenkreises entwickelt und umgesetzt worden. In der Folge ist ein insgesamt vielfältiges und differenziertes Angebot an Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen entstanden, das aber in mehrfacher Hinsicht unzureichend bleibt:

- Das Rehabilitations-/Integrationsangebot ist regional sehr unterschiedlich entwickelt, wobei insbesondere Spezialeinrichtungen zur beruflichen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen nur an vergleichsweise wenigen Orten bestehen;
- Das System weist Lücken auf: Die bestehenden beruflichen Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen richten sich vorrangig an längerfristig erkrankte und zumeist schon (langjährig) aus dem Berufsleben ausgegliederte Menschen, während berufliche Angebote im Frühstadium der Erkrankung fast vollständig fehlen.[1]
- Die Angebote zur Rehabilitation für junge Erwachsene sind größtenteils überregional ausgerichtet und setzen zwingend eine internatsmäßige Unterbringung voraus; es fehlen wohnortnahe Angebote, insbesondere Angebote zur betrieblichen »beschützten« Ausbildung.
- Ein integriertes und umfassendes Beratungsangebot mit »Lotsenfunktion« durch das insgesamt unübersichtliche und undurchsichtige System steht nicht zur Verfügung.

Zu den Besonderheiten bei den bestehenden Angeboten im Bereich der beruflichen Rehabilitation und Eingliederung psychisch kranker und behinderter Menschen gehört, dass es auch bei gleich bezeichneten Angeboten teilweise erhebliche Unterschiede hinsichtlich der personellen Ausstattung (Zahl und Qualifikation der Fachkräfte) und vor allem auch hinsichtlich der konzeptionellen Ausgestaltung und Umsetzung gibt. Ferner haben sich im Zuge der Psychiatriereform und der Weiterentwicklung von Angeboten zur beruflichen Rehabilitation und Eingliederung nicht nur neue Ansätze und Hilfeformen entwickelt, sondern auch regional unterschiedliche Versorgungskonzepte. In den letzten Jahren hat es zwar eine Vielzahl von Untersuchungen und Studien zu diesem Bereich gegeben, die sich in ihrer Fragestellung aber entweder ausschließlich auf konzeptionelle Fragen konzentrierten oder auf Teilbereiche des institutionell differenzierten Systems.

Es fehlt eine Bestandsaufnahme, die ein Gesamtbild der vorhandenen Angebote einschließlich deren Struktur und Arbeitsweise gibt. Es fehlt eine Betrachtung der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation und Eingliederung im Kontext weiterer im Einzelfall erforderlicher Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Krankenbehandlung und sozialen Ein-

1 Vgl. Klemp, S., Staas, A., Göpfert, M., Lenz, H., Ernst-Basten, G.: Studie zur Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein – STAR 98, Kiel (o. J. [1999])

gliederung, die eine Grundlage für Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung bieten kann.

In Anbetracht der Vielzahl von Einrichtungen und Diensten einerseits und der Vielfalt konzeptionell unterschiedlich gestalteter unter Umständen gleichbezeichneter Angebote, ist eine detaillierte Bestandsaufnahme des gesamten Rehabilitationsgeschehens in der Bundesrepublik im Rahmen dieses Projektes weder leistbar noch sinnvoll. Bei der Rehabilitation chronisch psychisch erkrankter Menschen ist von entscheidender Bedeutung, dass die im Einzelfall erforderlichen Hilfen wohnortnah verfügbar sind. Vor diesem Hintergrund beschränkte sich die Arbeitsgruppe bei der Projektmodellierung darauf, Strukturdaten zum Rehabilitationsgeschehen zusammenzutragen und auf die Durchführung einer Regionalerhebung, die exemplarisch das rehabilitative Geschehen in drei ausgewählten Regionen erhellen sollte, um auf dieser Grundlage, Empfehlungen und Leitlinien zur Verbesserungen der Teilhabe psychisch beeinträchtigter und behinderter Menschen am Arbeitsleben erarbeiten zu können.

Die Erhebung zielt nicht auf die Bewertung der fachlichen Arbeit in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und auf einen daraus abzuleitenden qualitativen Vergleich der Angebote in den Auswahlregionen. Es geht ausschließlich um die Erfassung des relevanten quantitativen Angebotes, seiner Differenzierung, um die Beschreibung der strukturellen Gegebenheiten und Lücken in der regionalen rehabilitativen und integrierenden Versorgung. Ziel der Erhebung war es festzustellen,

- welche Arbeits- und Beschäftigungsangebote und welche Angebote an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben regional verfügbar sind,
- ob und inwieweit das vorhandene regionale Angebot an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten und an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem in der Region bestehenden Bedarf von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen angemessen ist. Hierzu gehört auch, ob und wie lange ein Rehabilitand warten muss, bis er eine rehabilitative Maßnahme antreten oder eine Beschäftigung aufnehmen kann;
- ob und wie weitgehend in den Erhebungsregionen die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern (Trägern der rehabilitativen Angebote und Dienste) einerseits und zwischen ihnen und den Leistungsträgern (Kranken- und Rentenversicherung, Trägern der Sozialhilfe und Arbeitsverwaltung) andererseits entwickelt ist, ob und wie weit ein Problembewusstsein dafür besteht, dass die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf nicht isoliert und in wechselseitiger Abgrenzung der rehabilitativen Akteure voneinander erreicht werden kann;
- ob in den Erhebungsregionen die Formen der Zusammenarbeit über das Stadium der freiwilligen Zusammenarbeit hinausgelangt sind zu einer systematisch und verbindlich geregelten Zusammenarbeit und Steuerung der regionalen Rehabilitations- und Integrationsprozesse, einschließlich einer alle betreffenden Akteure umfassenden, auf den Bedarf eines Rehabilitanden abgestellten und zielorientierten Planung dieser Prozesse.

Die Auswahl der Regionen basiert auf pragmatischen Erwägungen der die Erhebung begleitenden Arbeitsgruppe:

- Die sachlichen und personellen Ressourcen der Projektgruppe erforderten die Begrenzung der Erhebung auf drei Regionen.

- Im Sinne eines groben Querschnitts sollten eine ländliche, eine städtisch-industriell geprägte Region in einem Ballungsraum mit erheblicher Wirtschaftskraft und eine städtisch-industrielle Region mit eingeschränkter Wirtschaftskraft in einem der östlichen Bundesländer[2] ausgewählt werden, die auch in der Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems unterschiedlich strukturiert sind.
- Eine Erhebung dieser Art kann nur erfolgreich sein, wenn das Projekt auf Zustimmung stößt und eine Bereitschaft zu aktiver Teilnahme gegeben ist. Ausgewählt wurden deswegen die Regionen Halle/Saale, Kassel und Oberbergischer Kreis, die bereits im Vorfeld Interesse an der Teilnahme geäußert hatten und die sich augenfällig nach Wirtschaftskraft, Arbeitsmarktlage und Struktur des psychiatrischen Hilfesystems voneinander unterscheiden ließen.

2 Erhebungsdesign und -umfang

Die regionalen Basisdaten sollten per Fragebogen ermittelt werden. Dafür wurden differenzierte Fragenkataloge entworfen, um die Besonderheiten der in die Erhebung einbezogenen Einrichtungen durch typenspezifische Fragestellungen berücksichtigen zu können. Im Mai 2001 wurden 53 Fragebögen verschickt oder verteilt. Die Rücklaufquote betrug 86,8 % (46 Fragebögen). Weiter wurden in den Regionen zwischen Mai und September 2001 insgesamt 43 ergänzende halbstandardisierte Interviews und Expertengespräche durchgeführt. Die Interviews und Expertengespräche sollten die mittels Fragebögen gewonnenen Erkenntnisse vor allem qualitativ ergänzen, vertiefen und zweifelhafte Angaben klären.

Befragt wurden die MitarbeiterInnen von Integrationsunternehmen und Integrationsfachdiensten, Einrichtungen des beschützten Arbeitsmarktes, Einrichtungen und Diensten des psychiatrischen Hilfesystems, deren Angebote oder Leistungen mittelbar oder unmittelbar den Komplex »Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen« beeinflussen. Die Gespräche wurden von den Mitarbeitern des Projektteams geführt.

Die Erhebung, d. h. die Befragung sowie die Einzel- und Gruppengespräche, wurden in den Regionen mit Workshops eingeleitet, in denen die Beschreibung der Ausgangssituation, die Vorstellung der Projektziele und die Erläuterung der Einzelvorhaben in eine Diskussion über die spezifischen regionalen Gegebenheiten und Erwartungen an das Projekt mündeten. In den drei Regionen wurden jeweils als »Auftaktveranstaltungen« zu Beginn der Erhebung Workshops durchgeführt, in denen Aufgabenstellung und Ziele des Projektes und der Regionalerhebung vorgestellt wurden.

Eine zweite Runde regionaler Gesprächsrunden mit Mitarbeitern der an der Erhebung beteiligten Einrichtungen und Dienste, wird der Auswertung der Regionalberichte gewidmet sein und im März und April 2002 im Rahmen dreier Workshops stattfinden.

2 Vgl. die Strukturdaten in Kapitel 3.

3 Strukturdaten der Erhebungsregionen

Tabelle B-1: Gesamtübersicht -Plätze in Angeboten und Maßnahmen für psychisch kranke und behinderte Menschen

		Halle	Oberbergischer Kreis	Kassel Stadt und Landkreis
Fläche		135 qkm	918 qkm	1400 qkm
Einwohner		248.000	288.000	442.000
Arbeitslosenquote		19,70 %	7,80 %	13,7 % Stadt 7,9 % LK
Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen	in Integrationsfirmen	60	30	5 (geschätzt)
	in Zuverdienstangeboten	29		12
	in Werkstätten für behinderte Menschen		95	194
Arbeitstraining	in Werkstätten für behinderte Menschen		34	41
Berufliche Rehabilitation	BBW, BFW, BTZ, RPK-Sachsen-Anhalt	40		
	in ambulanten Lehrgängen		27	
Begleitende Hilfen (Betreuungsfälle)	Berufsbegleitender Dienst	21	14	40
	Integrationsfachdienst (erst ab 2000)			6
Teilhabe am Leben in Gemeinschaft	Plätze im Wohnheim	45	91	74
	Plätze im Betreuten Wohnen	60	71	262
	Tagesstättenplätze	12	15	103
Medizinisch-berufliche	RPK*			20
Medizinische Maßnahmen	Betten für stationäre Behandlung	192	255	398
	Plätze für tagesklinische Behandlung	78	31	64
	Stationäre Arbeitstherapie			103
	Teilstationäre/ambulante Arbeitstherapie		35	10

3.1 Region Halle

Die Stadt Halle ist mit ca. 248.000 Einwohnern (1990: 309.000), auf einer Fläche von 135 km² (1.835 Einwohner je km²), das Oberzentrum der Region mit etwa 1,8 Mio. Einwohnern. Halle ist die größte Stadt des Landes Sachsen-Anhalt und die viertgrößte im Osten Deutschlands. In der Stadt Halle waren im Jahr 2000 16.670 Gewerbebetriebe gemeldet. Bezogen auf das Jahr 1998 ergab sich für die Stadt Halle ein Saldo von 6.557 Wegzügen. Im Saalkreis leben auf 804,6 km² 79.053 Menschen. Das Entspricht einer Dichte von 99 Einwohnern je km². Für das Jahr 1998 ergab sich ein Saldo von 3.097 Zuzügen.[3]

In der Folge der Vereinigung sind viele Teile der hier ansässigen Industrie, ist vor allem der bis dahin wichtigste Wirtschaftsfaktor – die chemische Industrie – wenigstens in Ansehung der bis Ende der 80er-Jahre hier bestehenden Arbeitsplätze geschrumpft. Nach wie vor

3 Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.): Kreiszahlen. Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland. Ausgabe 2000, S. 176, im Folgenden mit »Kreiszahlen« abgekürzt.

bildet aber die chemische Industrie, zusammen mit Maschinen-, Fahrzeugbau und Lebensmittelindustrie eine der Leitbranchen. Die Bruttowertschöpfung (BWS) 1998 in Marktpreisen von 1996, betrug für die Stadt Halle 8.946 Mio. DM (BWS je Einw. 36.072 DM), für den Saalkreis 1.632 Mio. DM (BWS je Einw. 20.644 DM).[4]

3.2 Region Kassel

Stadt und Landkreis Kassel sind zwei eigenständige Gebietskörperschaften, für die auch die psychiatrische Versorgungsverpflichtung an verschiedene Träger vergeben wurde. Im Rahmen der hier vorgenommenen Erhebung erschien es jedoch sinnvoll, die Stadt und den Landkreis als eine Region zu betrachten, da es viele Überschneidungen und Verflechtungen bei den psychosozialen Angeboten gibt. Die Stadt Kassel liegt im südöstlichen Teil des Landkreises. Aufgrund der Größe des Landkreises und der relativ zentralen Lage der Stadt haben einige für den Landkreis zuständige Behörden und Einrichtungen ihren Standort in der Stadt Kassel, z. B. die Landkreisverwaltung, das Gesundheitsamt mit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle und der Berufsbegleitende Dienst des Integrationsamtes.

Der Wirtschaftsraum Kassel umfasst das Gebiet der Stadt und des Landkreises Kassel und ist Teil der Region Nordhessen. Die Stadt Kassel ist das wirtschaftliche Oberzentrum der Region. Auf einer Fläche von 106,7 km² leben 198.071 Menschen. Das entspricht einer Dichte von 1.857 Einwohnern je km². Das Einzugsgebiet erstreckt sich auch in die benachbarten Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Thüringen und umfasst etwa 1 Mio. Einwohner. Die Arbeitslosenquote in der Stadt Kassel betrug im Jahr 2001 13,7 %. 1998 betrug der Wanderungssaldo 1.142 Wegzüge. Im Landkreis Kassel leben auf einer Fläche von 1.292,8 km² 244.516 Menschen (190 Einw. je km²). Die Arbeitslosenquote betrug 2001 7,9 %. Hier betrug der Wanderungssaldo im gleichen Zeitraum 894 Zuzüge. In der Stadt Kassel sind etwa 8.300 Unternehmen ansässig, im Landkreis Kassel sind es ca. 10.100.[5] Die Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen 1996 betrug für die Stadt Kassel 12.506 Mio. DM (BWS je Einw. 62.147 DM), für den Landkreis Kassel 8.281 Mio. DM (BWS je Einw. 34.147 DM).[6]

3.3 Region Oberbergischer Kreis

Derzeit leben im Oberbergischen Kreis auf einer Fläche von 918,1 km² rund 288.000 Einwohner (314 Einwohner je km²). Etwa ein Drittel der Erwerbstätigen arbeitet in der Region, etwa zwei Drittel pendeln in die benachbarten Regionen, Wuppertal, Remscheid, Rheinisch-Bergischer Kreis und Köln, darüber hinaus vereinzelt in den Köln-Bonner Raum

4 Die Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen ist die Differenz von Produktionswert und Vorleistungen und bringt die Höhe der in der Regel zu Marktpreisen bewerteten Nettoerzeugung eines Wirtschaftsbereiches in einer Region zum Ausdruck.

5 Angaben der IHK-Kassel zu Mitgliedsbetrieben, www.ihk-kassel.de, 23.10.01.

6 Vgl. Kreiszahlen, a. a. O., S. 172.

und das Ruhrgebiet. Die seit Jahrzehnten anhaltende Bevölkerungszunahme ist zwar in den Neunzigerjahren immer weiter abgeflacht, aber auch für das Jahr 1998 ist ein Wanderungssaldo von 1.238 Zuzügen zu verzeichnen.

Die Industrie im Oberbergischen Kreis ist mittelständisch. Die wichtigsten Branchen sind Maschinenbau, Fahrzeugbau, Edelstahlerzeugung, Stahl- und Leichtmetallbau, Eisen-, Blech- und Metallverarbeitung, Elektrotechnische Industrie und Kunststoffverarbeitung.[7] Im produzierenden Gewerbe beschäftigten 535 Betriebe 36.175 Beschäftigte. Die Bruttowertschöpfung zu Marktpreisen von 1996 betrug für den Oberbergischen Kreis 10.052 Mio. DM, die Bruttowertschöpfung je Einwohner 35.240 DM.[8]

3.4 Die Regionen im Vergleich

Tabelle B-2: Die Regionen im Vergleich

		Arbeitslosigkeit[9]				
	Erwerbstätige[10]	Arbeitslose	Arbeitslosenquote	Arbeitslose Schwerbehinderte	ABM/SAM[11]	zum Vergleich: ABM/SAM landesweit
Halle	131.203	25.847	19,7 %	1.180	3.271	35.765
Saalkreis	42.596	7.071	16,6 %	228		
Kassel	95.139	13.034	13,7 %	639	732	4.172
Kassel-Landkreis	121.190	9.574	7,9 %	574		
Oberbergischer Kreis	141.205	11.014	7,8 %	607	203	14.692

4 Angebotsstruktur

Nachfolgend werden die bestehenden (Integrations-)Unternehmen, Einrichtungen und Dienste beschrieben, die

- Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

erbringen, soweit diese zur Erlangung oder Erhaltung von Arbeit oder Beschäftigung beitragen können.

7 Vgl. Oberbergischer Kreis (Hg.): Der Oberbergische Kreis auf einen Blick, o.O., o.J. mit Stand 31.12.2000, S. 1.

8 Vgl. Statistische Ämter ... , a.a.O.

9 Quelle: Bundesanstalt für Arbeit, Arbeitsmarktzahlen August 2001.

10 Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Kreiszahlen Ausgabe 2000.

11 Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und Strukturanpassungsmaßnahmen (SAM) bezogen auf den Arbeitsamtsbezirk.

4.1 Halle

4.1.1 Teilhabe am Arbeitsleben

4.1.1.1 Integrationsbetriebe Halle 2000

Seit 1998 bestehen die Integrationsbetriebe Halle 2000 in Trägerschaft der Trägergesellschaft Sozialer Einrichtungen gGmbH. Übergeordnete Ziele sind in erster Linie »Schaffung und Erhalt sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze für sozial, psycho-sozial oder gesundheitlich Benachteiligte, einschließlich des Erwerbs spezifischer Qualifikationen bei Durchlässigkeit zum ersten Arbeitsmarkt, zu Ausbildung, Fortbildung und Umschulung sowie zu allen anderen Versorgungseinrichtungen«.[12]

Die Integrationsbetriebe bieten zurzeit 80 Menschen mit psychosozialen und sonstigen Handicaps befristete und unbefristete sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze, 60 davon für ArbeitnehmerInnen mit psychischen Beeinträchtigungen oder/und einer Suchtproblematik, aus Halle oder dem Saalkreis. Die Arbeitsinhalte erstrecken sich über die Bereiche Verwaltung, Büro, Multimedia; Kantine, Catering, Party-Service; Bau und Sanierung, Hilfsarbeiten und Reinigungsdienste. Von den 80 Beschäftigten sind 14 als schwerbehindert anerkannt, vier gleichgestellt.

Die Integrationsbetriebe arbeiten mit einer Vielzahl von Kostenträgern zusammen, über die Finanzierungsstruktur liegen keine Angaben vor. Die Arbeit der Integrationsbetriebe folgt dem Ansatz, dass Integrationserfolge nur auf der Grundlage eines Zusammenwirkens von Arbeit, Qualifikation und psychosozialer Begleitung, eingebettet in ein regionales Netzwerk gelingen kann. Die Integrationsbetriebe Halle 2000 unterhalten Beziehungen zu unterschiedlichen Leistungsträgern, Kooperationsbeziehungen bestehen zur Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke gGmbH fallbezogene Arbeitsbeziehungen bestehen zu den weiteren Leistungserbringern im psychiatrischen Hilfesystem. Die Integrationsbetriebe arbeiten in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit.

4.1.1.2 Zuverdienstprojekt »Schmetterling«

Das Zuverdienstprojekt »Schmetterling« des Vereins Labyrinth e. V. stellt niederschwellige Beschäftigungsplätze für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Verfügung. Das Zuverdienstprojekt bietet keine Dauerarbeitsplätze, vielmehr ist die Zielsetzung, geringfügig entgoltene niederschwellige Trainingsangebote vorzuhalten, die Perspektiven für Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt eröffnen. Für die Mitarbeit im Zuverdienstprojekt gibt es keine Zugangsbeschränkungen. Im Jahr 2000 waren 41 Beschäftigte aus der Region (ausschließlich aus der Stadt Halle) auf 29 Plätzen in den Bereichen Handwerksmobil, Kurierdienst, Grünanlagenpflege tätig, davon waren annähernd die Hälfte Bezieher einer Rente wegen geminderter Erwerbsfähigkeit.

12 Zit. Integrationsbetriebe Halle 2000. Hg. von der Trägergesellschaft Sozialer Einrichtungen gGmbH, o. O., o. J., S. 3.

Fünf Beschäftigte haben ihre Tätigkeit bei »Schmetterling« im Jahr 2000 aufgegeben. Ein ehemals Beschäftigter hat ein Beschäftigungsverhältnis in einem Integrationsunternehmen begonnen, ein weiterer in einer Werkstatt für behinderte Menschen, ein dritter hat eine Bildungsmaßnahme begonnen. Zwei waren danach arbeitslos.

Das Zuverdienstprojekt arbeitete vorrangig und fallbezogen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Halle, der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität, dem Psychiatrischen Krankenhaus in Halle-Neustadt und den Betreuungsvereinen zusammen. Die betreuenden MitarbeiterInnen wirkten in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft mit. Die begleitenden Mitarbeiter waren im Rahmen von Strukturanpassungsmaßnahmen angestellt. Diese Maßnahmen sind im Berichtszeitraum ausgelaufen. Damit war der Fortbestand des Zuverdienstprojektes gefährdet.

4.1.1.3 Hallesche Behindertenwerkstätten

Bei den Halleschen Behindertenwerkstätten haben im Erhebungszeitraum nur vereinzelt Menschen mit psychischen Behinderungen (vier im Jahr 2000) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch genommen oder eine dauerhafte Beschäftigung erhalten. Von den 227 Beschäftigten[13] waren 225 als schwerbehindert anerkannt, zwei Beschäftigte waren ohne Schwerbehindertenausweis. Die Halleschen Behindertenwerkstätten sehen einen Bedarf an geschützten Beschäftigungsverhältnissen für psychisch beeinträchtigte Arbeit anstrebende Menschen unter dem Dach einer Werkstatt für behinderte Menschen und beabsichtigen deswegen den Aufbau einer eigenen Werkstattabteilung mit ca. 20 Plätzen. Eine Konzeption sollte noch im Jahr 2001 vorgelegt und mit den Kostenträgern abgestimmt werden. Die Halleschen Behindertenwerkstätten arbeiten in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft mit. In einigen wenigen Fällen haben die Halleschen Behindertenwerkstätten Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen aufgenommen. In diesen Zusammenhängen hat es Kooperationen mit TSE oder Labyrinth e. V. gegeben.

4.1.1.4 Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke

In Sachsen-Anhalt haben die Krankenkassen bislang keine Versorgungsverträge nach § 111 SGB V abgeschlossen, die den Betrieb einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und damit eine integrierte medizinische und berufliche Rehabilitation ermöglichen würde. Auf der Basis einer gemeinsamen Konzeption mit Rentenversicherungsträgern und Arbeitsamt betreibt die RPK gGmbH seit 1997 mit der »RPK Sachsen-Anhalt« eine bundesweit aufnehmende Einrichtung der beruflichen Rehabilitation mit derzeit 40 Plätzen (davon 16 Plätze stationär) und einem Leistungsspektrum entsprechend § 11 der Empfehlungsvereinbarung.[14]

13 Arbeitstrainings-, Arbeitsbereich und Fördergruppe insgesamt.

14 Der § 11 folgt inhaltlich den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie sie in § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 SGB IX und formuliert sind.

Die Aufnahme in die Einrichtung erfolgt auf der Grundlage von Vorgesprächen mit den betroffenen Personen und Absprachen zwischen den beteiligten Leistungsträgern und -erbringern. Aufnahmevoraussetzung seitens der Einrichtung ist die Rehabilitationsfähigkeit des Interessenten (die Akutbehandlung muss abgeschlossen sein, der Interessent muss motiviert sein) sowie die Maßnahmebewilligung durch den zuständigen Leistungsträger. Ausschlusskriterien sind eine akute behandlungsbedürftige Suchterkrankung und geistige Behinderungen. Als Rehabilitationsbausteine werden genannt: Qualifizierung, Berufsfindung, Arbeitserprobung, Belastungs- und psychosoziales Training sowie Einzelbetreuung. Diese Basuteine werden in einem individuellen Rehabilitationsplan für jeden Rehabilitanden/jede Rehabilitandin zusammengestellt. Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die inhaltlich nicht auf bestimmte Berufsgruppen beschränkt sind.

Im Maßnahmejahr 09/1999–08/2000 nahmen laut Abschlussbericht 51 RehabilitandInnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch.[15] 26 RehabilitandInnen schlossen in dieser Zeit eine Maßnahme ab. Von diesen haben im Anschluss fünf einen Arbeitsplatz gefunden (wo diese eine Arbeit aufgenommen haben wird nicht genannt), neun nahmen an Bildungsmaßnahmen (Ausbildung, Fortbildung) teil oder beabsichtigten dies, fünf waren danach arbeitslos und für weitere fünf wurden Rentenantragsverfahren wegen Erwerbsminderung eingeleitet. Zwei RehabilitandInnen beendeten die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig.[16] Von den 51 TeilnehmerInnen an der Maßnahme sind nach Einschätzung der Interviewpartner weniger als 10 % als Schwerbehinderte anerkannt.

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke Sachsen-Anhalt kooperiert in der psychiatrischen Versorgung mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Halle. Darüber hinaus arbeitet die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke mit allen in der Region tätigen relevanten Einrichtungen und Diensten zusammen. Sie ist auch in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Stadt Halle vertreten.

4.1.1.5 Bildungsangebote der Trägergesellschaft sozialer Einrichtungen

Die Trägergesellschaft sozialer Einrichtungen (TSE) betreibt nicht nur ein Integrationsunternehmen, sondern ist auch und wesentlich als Bildungsträger tätig. Sie führt im Auftrag der Arbeitsverwaltung Qualifizierungsmaßnahmen (Aus-, Weiter-, Fortbildung) für Arbeitslose aller Berufsbereiche durch. Leistungsgrundlage der durchgeführten Maßnahmen ist das SGB III. Über Anzahl, beruflichen Werdegang und anschließenden Verbleib von TeilnehmerInnen mit psychischen Beeinträchtigungen an Bildungsmaßnahmen im Jahr 2000, kann die TSE keine Angaben machen. Krankheits- und zielgruppenspezifische Daten werden nicht erhoben.

15 Abschlussbericht der Maßnahme »Berufliche Rehabilitation und Fortbildung psychisch Kranker«, Halle 2000, S. 9.

16 a.a.O., S. 12.

4.1.1.6 Integrationsfachdienste und begleitende Hilfen

Zum Zeitpunkt der Erhebung bestanden ein Berufsbegleitender Dienst in Trägerschaft des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) und ein Integrationsfachdienst gemäß § 37 Schwerbehindertengesetz (SchwbG)[17] in Trägerschaft der Trägergesellschaft Sozialer Einrichtungen. Der Integrationsfachdienst hat im Jahr 2000 keine Leistungen für psychisch behinderte Menschen erbracht.

Im Jahr 2000 nahmen 109 KlientInnen die Leistungen des Berufsbegleitenden Dienstes in Anspruch. In ca. 50 Fällen handelte es sich um KlientInnen mit einer psychischen Beeinträchtigung. In 39 Fällen wurden Betreuungs-, in 52 Fällen Beratungsleistungen erbracht und in elf Fällen fachliche Stellungnahmen erstellt. Beklagt wird das Fehlen einer Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen und der Mangel an Zuverdienstmöglichkeiten und ambulanten ergotherapeutischen Angeboten. Seitens der Interviewpartner wurden zu lange Entscheidungswege beklagt. Insbesondere im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung seien die Vorgaben der Krankenkassen bzw. der Träger der Rentenversicherungen zu rigide und zu wenig flexibel. Über den Umfang an Maßnahmen der Stufenweisen Wiedereingliederung nach SGB IX in Verbindung mit SGB V liegen keine Angaben vor.

Der Berufsbegleitende Dienst ist seit Dezember 2001 in den Integrationsfachdienst integriert. Die Arbeitsbereiche sind aufgeteilt. Der Integrationsfachdienst übernimmt die Vermittlungsfunktion (Integrationsfachdienst-Vermittlung) und der bisherige Berufsbegleitende Dienst die Berufsbegleitung schwerbehinderter ArbeitnehmerInnen im Arbeitsleben (Integrationsfachdienst-Berufsbegleitung).

4.1.1.7 Arbeitsamt

Das Arbeitsamt Halle kann keine quantifizierenden Angaben und erst recht keine diagnosebezogenen Angaben zur Situation psychisch beeinträchtigter Arbeitsloser und Arbeit Suchender machen. Im Arbeitsamt sind drei Reha-Berater und vier Arbeitsvermittler tätig. Für das Jahr 2000 wurden ca. 5000 Beratungs- oder Vermittlungsfälle verzeichnet. Der Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen war nicht bekannt. Die MitarbeiterInnen des Arbeitsamtes werden in Fortbildungsmaßnahmen zwar über einzelne Krankheitsbilder informiert, darunter auch psychische Erkrankungen, wobei nur ein grober Überblick vermittelt werden kann.

4.1.1.8. Sozialamt

Das Sozialamt der Stadt Halle konnte keine Angaben über Anzahl und Hilfebedarf (insbesondere zur Erlangung eines Arbeitsplatzes) von Menschen mit psychischen Beeinträchti-

17 Jetzt § 109 ff., SGB IX.

gungen in seinem Tätigkeitsbereich machen. Eine psychische Beeinträchtigung rückt erst dann ins Blickfeld, wenn KlientInnen einen entsprechenden Hilfebedarf artikulieren. Das Sozialamt hält keine besonderen fachlichen Personalkapazitäten für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vor. Informationen über psychische Erkrankungen sind nicht Gegenstand von Fortbildungen.

4.1.2 Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

4.1.2.1 Verein für Rehabilitation Behinderter Halle/Saale e. V.

Der Verein für Rehabilitation Behinderter Halle/Saale e. V. ist der einzige Anbieter ambulant betreuten Wohnens in Halle und bot im Jahr 2000 ca. 60 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Betreuungsleistungen nach §§ 39 und 40 Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Zugangsvoraussetzung ist ein amtsärztliches Gutachten. Von denen, die im Jahr 2000 erstmalig Leistungen des Vereins in Anspruch nahmen, waren zuvor fünf berufstätig und vier arbeitslos gewesen. Von den ca. 60 KlientInnen nahmen im gleichen Zeitraum fünf an Maßnahmen der TSE teil. Eine längerfristige berufliche Perspektive hat sich daraus allerdings nicht entwickeln lassen. Die überwiegende Mehrzahl der Klienten erhielt eine Rente wegen geminderter Erwerbsfähigkeit.

Die befragten MitarbeiterInnen bedauern den Mangel niederschwelliger und flexibler Beschäftigungsangebote, vor allem für die wegen Erwerbsminderung berenteten KlientInnen.

4.1.2.2 Wohnheim der Paul-Riebeck-Stiftung Halle

Das Wohnheim der Paul-Riebeck-Stiftung Halle bot im Jahr 2000 36 Wohnplätze für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Seitens der Einrichtung wird der quantitative Mangel geeigneter Beschäftigungsmöglichkeiten beklagt. Die Erhebungsdaten zeigen für eine Stadt mit 248.000 Einwohnern eine auffallend niedrige Platzzahlen im ambulant betreuten Wohnen und für den Heimbereich.[18] Daraufhin befragt, teilten die Interviewpartner mit, dass eine große Anzahl von aus der Region Halle stammenden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen verstreut über ganz Sachsen-Anhalt in Groß-Heimen untergebracht sind. Dies wird durch den 8. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt bestätigt.[19]

Hier sind weitergehende Fragen zu stellen: Wie viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leben warum wohnortfern in diesen Heimen? Wann wird deren Enthospitalisierung und Wiedereingliederung in den Heimatgemeinden (hier Halle) beginnen? Was bedeutet dies für den zu erwartenden und zu planenden Bedarf an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten und Leistungen der sozialen und beruflichen Rehabilitation?

18 Im Vergleich zu den Regionen Kassel und Oberbergischer Kreis.

19 Landtag von Sachsen Anhalt, Drucksache 3/4966, S. 12 ff.

4.1.2.3 Kontaktstellen und Tagesstätten

In Halle bestehen zwei Tagesstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen, die Leistungen zur Teilhabe am sozialen Leben nach § 39/40 Bundessozialhilfegesetz anbieten: Die Tagesstätte im Falladaweg (Trägerschaft: Verein Bürgerladen e. V.) und die Tagesstätte in der Röbziger Straße (Trägerschaft: Paul-Riebeck-Stiftung). Beide Einrichtungen sind in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft vertreten und über das Angebot arbeitsrehabilitativer Maßnahmen und Leistungen in Halle informiert. Beide Einrichtungen machen keine niederschwelligen Arbeitsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die Tagesstätte im Falladaweg (Bürgerladen e. V.)

Die Tagesstätte im Falladaweg ist eine teilstationäre Einrichtung mit einer Kapazität von zwölf Plätzen. Ursprünglich als gerontopsychiatrische Tagesstätte konzipiert, hat der Bürgerladen e. V. das Zielgruppenspektrum erweitert auf erwachsene BesucherInnen mit psychischen Behinderungen. Ausschlusskriterien bei der Aufnahme in die Tagesstätte sind »Suchterkrankung, Weglauftendenzen, akute Selbst- und Fremdgefährdung, Pflegebedürftigkeit, geistige Behinderung«.[20]

Die Tagesstätte hat sich »die soziale und berufliche Wiedereingliederung psychisch kranker/seelisch behinderter Erwachsener durch individuelle Förderung« zum Ziel gesetzt. Zu den tagesstrukturierenden Angeboten gehört folgerichtig auch die »Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation«.[21]

Zwei der BesucherInnen (im Jahr 2000) waren zuvor arbeitslos gemeldet, ein Besucher hatte an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Neun von zwölf Besuchern waren anerkannt schwerbehindert. Ihre wichtigsten Partner sind der örtliche und der überörtliche Sozialhilfeträger, die psychiatrischen Fachkliniken und niedergelassene Nervenärzte.

Tagesstätte in der Röpziger Straße

Die Tagesstätte ist eine teilstationäre Einrichtung und bietet seit Frühjahr 2001 15 Plätze für Menschen mit psychischen Behinderungen. Nach Angaben der InterviewpartnerInnen sind die TagesstättenbesucherInnen allein schon aufgrund der Zugangsvoraussetzungen nicht in der Lage am Arbeitsleben teilzunehmen. Die Vermittlung alltags- und lebenspraktischer Fertigkeiten steht klar im Vordergrund.

4.1.2.4 Psychosoziale Kontaktstelle des »Stadtinsel« e. V.

Die psychosoziale Kontaktstelle des »Stadtinsel« e. V. bietet Leistungen nach § 39/40 Bundessozialhilfegesetz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder Sucht-

20 Ebenda.

21 Konzeption der Tagesstätte Falladaweg von 1999, S. 4.

erkrankungen oder körperlichen Behinderungen. Dies beinhaltet psychosoziale Beratung, Begleitung und weitere Hilfen an den beiden Standorten Reilstrasse und im Stadtteil Silberhöhe. Auf Wunsch von KlientInnen wird über Arbeits- und Rehabilitationsmaßnahmen informiert oder wird eine Begleitung zu entsprechenden Leistungserbringern angeboten.

Die Beratungsstellen von Stadtinsel e. V. wurden im Jahr 2000 von insgesamt 404 Personen aus der Stadt Halle und dem im Süden angrenzenden Saalkreis aufgesucht, von denen für 50, nach Angaben der MitarbeiterInnen, eine arbeitsrehabilitative Maßnahme sinnvoll gewesen wäre, lediglich in zwölf Fällen konnte dies auch erreicht werden.

4.1.2.5 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist dem Gesundheitsamt angegliedert und arbeitet an den drei Standorten Taubenstraße (Innenstadt), Stendaler Straße (Silberhöhe) und Paul-Thiersch-Straße (Halle-Neustadt).

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes beinhalten »hilfeerbringende« und -koordinierende« Elemente. Aufsuchende und nachgehende Hilfen werden durch ärztliches und sozialarbeiterisch tätiges Personal erbracht. Über die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Jahr 2000 liegen keine Angaben vor. Der Sozialpsychiatrische Dienst übernimmt – in Person der/des Psychiatriekoordinatorin/-koordinators – die Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).

4.1.3 Krankenbehandlung

Die stationäre psychiatrische Versorgung in der Region Halle (Stadt und Saalkreis) erfolgt durch das Psychiatrische Krankenhaus Halle und durch die Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität.

4.1.3.1 Psychiatrisches Krankenhaus Halle

Das psychiatrische Krankenhaus Halle verfügt über 100 Betten und 40 tagesklinische Plätze. Nach Angaben der Interviewpartner werden nennenswerte ergotherapeutische Personalkapazitäten vorgehalten, die allerdings ausschließlich beschäftigungstherapeutische Angebote machen. Eine Basisdokumentation wird im Psychiatrischen Krankenhaus nicht geführt.[22]

22 Die Basisdokumentation ist nicht zu verwechseln mit der von den Krankenhäusern zu führenden Behandlungsdokumentation. Einer 1992 durchgeführten Umfrage zu Folge wurde eine eine standardisierte patientenbezogene Dokumentation von Prozess- und Ergebnisindikatoren psychiatrischer Behandlung in 68 % der öffentlichen Einrichtungen im alten Bundesgebiet und in 23 % in den neuen Bundesländern geführt. Vgl. dazu Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker, Baden-Baden 1996, S. 145 ff.

4.1.3.2 Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität

Die Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität verfügt über 92 Betten und 18 tagesklinische Plätze. In der Basisdokumentation der Universitäts- und Poliklinik werden arbeitsanamnestische Kriterien berücksichtigt, leider nicht in einer aussagefähigen Differenzierung. Danach waren von 1.262 Patienten im Jahr 2000 453 arbeitslos, 221 berufstätig, 40 in Ausbildung, 366 berentet und 94 berufsunfähig. In der Klinik werden von fünf ErgotherapeutInnen beschäftigungstherapeutische Angebote vorgehalten. Arbeitsbeziehungen zwischen der klinischen Ergotherapie und den Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung einerseits und dem System der beruflichen Rehabilitation andererseits, bestehen nicht.

4.1.3.3 Diakoniekrankenhaus, Psychosoziale Tagesklinik

Die Tagesklinik für psychisch Kranke, Diakoniekrankenhaus, Psychosoziale Tagesklinik verfügt über 20 Behandlungsplätze. Die Tagesklinik hält Ergotherapeutische Angebote vor, die allerdings auf Beschäftigungstherapie beschränkt ist.

Zu den Integrationsbetrieben Halle 2000 bestehen fallbezogene Arbeitsbeziehungen. Etwa 15% der PatientInnen werden nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung in Arbeitserprobungsmaßnahmen vermittelt. Eine Basisdokumentation wird nicht verwendet, eine integrierte Behandlungsplanung wird nicht durchgeführt. Die Tagesklinik arbeitet vorrangig mit niedergelassenen Ärzten zusammen, mit den Integrationsbetrieben Halle wie oben beschrieben. Sie ist auch in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft vertreten.

4.1.4 Gremien und Steuerungsinstrumente in der Region Halle

4.1.4.1 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Halle/Saalkreis

In der Region Halle arbeitet eine aktive Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) mit dem Ziel, die Vernetzung und Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems zu gestalten. Die PSAG setzt sich aus den sieben Arbeitskreisen

- Beratung/Behandlung/Pflege/Rehabilitation
- Wohnen
- Soziale Teilhabe
- Arbeit/Beschäftigung
- Suchtkrankenhilfe
- Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie
- Gerontopsychiatrie

zusammen. Die Mitglieder der PSAG sind Leistungserbringer, Kostenträger, Ämter der Stadtverwaltung, Behörden/Instututionen des Landes sowie Vertreter der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen.

Die PSAG der Stadt Halle wurde 1995 auf Initiative der Stadtverwaltung Halle, des Dezernats für Jugend,, Soziales und Gesundheit, gegründet. Die Leitung der PSAG obliegt der Bürgermeisterin der Stadt Halle, die Geschäftsführung liegt bei der Psychiatriekoordinatorin.

Die PSAG hat gemäß eines Stadtratsbeschlusses den Auftrag, dabei mitzuwirken, dass das psychiatrische Hilfesystem der Region gemeindenah, bedarfsorientiert, koordiniert und personenbezogen auf die Lebenswelt der Betroffenen ausgerichtet wird. Die wesentlichen Aufgaben der PSAG beinhalten u. a.

- die Mitarbeit an der kommunalen Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfeplanung,
- die fachliche Zusammenarbeit durch Koordination und Vernetzung der Angebote,
- die Umsetzung eines personenbezogenen Hilfeansatzes sowie
- die Gewährleistung der Kontrollierbarkeit der Angebote.

Die PSAG hat die »Gemeindenahe Psychiatrieplanung der Stadt Halle, Januar 2001« und den »Psychiatriebericht der Stadt Halle, 2002« durch fachliche Zuarbeiten zu den einzelnen Abschnitten maßgeblich unterstützt.

Mit dem Beitritt der PSAG des Landkreises Saalkreis zur PSAG der Stadt Halle im Jahr 2001 ist eine Erweiterung der Versorgungsregion verbunden, die eine bessere Koordinierung und Planung des regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes sowie eine effizientere Nutzung vorhandener Kapazitäten ermöglicht und erfordert. Im Vorfeld wurde von beiden Gebietskörperschaften eine Verwaltungsvereinbarung erarbeitet, die grundlegende strukturelle und organisatorische Sachverhalte zum Beitritt und zur Zusammenarbeit in der PSAG regelt.

Der künftige Arbeitsschwerpunkt der PSAG Halle/Saalkreis wird hauptsächlich darin bestehen, verbindlich vereinbarte Arbeitsgrundlagen für Planung, Aufbau, Koordination und Durchführung der Hilfen für psychisch kranke Menschen in der Versorgungsregion Halle/Saalkreis im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) zu entwickeln.

4.1.4.2 Psychiatriekoordination in der Stadt Halle

Die Stelle der Psychiatrie-Koordinatorin wurde 1995 zunächst mit anteiliger Landesförderung eingerichtet und ist seit 1996 dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Halle zugeordnet. Zu den grundlegenden Koordinationsaufgaben gehören die Organisation und Koordination des Planungsprozesses im Psychiatriebereich, insbesondere für die Aufgabenfelder Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Gerontopsychiatrie. Daneben obliegt der Psychiatriekoordinatorin die Geschäftsführung der PSAG Halle/Saalkreis für den Bereich Psyvchiatrie.

4.1.5 Zusammenfassung

Eine Einrichtung mit einem integrierten Angebot zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation für psychisch Kranke existiert in der Region Halle nicht. Die Realisierung eines entsprechenden Angebots wird zwar von der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke Sachsen-Anhalt angestrebt, ist aber bislang an der ablehnenden bzw. hinhaltenden Position der Krankenkassen gescheitert.

Eine Koordination und Steuerung des regionalen Angebotes an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben und an Teilzeitbeschäftigung einschließlich stundenweiser Beschäftigung im Sinne der bedarfsorientierten planmäßigen Gestaltung und Regulierung des Angebotsspektrums und der Angebotsmenge besteht zur Zeit nicht. Eine individuelle, leistungsträger- und -erbringerübergreifende Rehabilitations- und Integrationsplanung, wird derzeit noch nicht eingesetzt. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen rehabilitative Leistungen erbringenden Einrichtungen und Diensten ist beschränkt sich einerseits auf fallbezogene Kontakte, andererseits auf die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft.

Die überwiegende Zahl der befragten Dienste und Einrichtungen benennen das Fehlen von regelfinanzierten Zuverdienstmöglichkeiten (diskontinuierliche geringfügige Beschäftigung zwischen einer und 14 Stunden, wg. fluktuierendem Krankheitsverlauf), als erheblichen Mangel, ohne dass es im Rahmen der Interviews gelungen wäre, den potenziell bestehenden Bedarf zu quantifizieren. Das einzige existierende Zuverdienstprojekt »Schmetterling« drohte im Erhebungszeitraum bereits am Auslaufen der Strukturanpassungsmaßnahmen für die begleitenden MitarbeiterInnen zu scheitern.

Eine ausgewiesene Kooperationsbeziehung besteht zwischen der Trägergesellschaft sozialer Einrichtungen (TSE) und der »RPK Sachsen-Anhalt«; letztere wird von TSE und Arbeiterwohlfahrt getragen.

4.2 Kassel

4.2.1 Teilhabe am Arbeitsleben

4.2.1.1 Integrationsfirma »proLab«

Das Integrationsunternehmen »proLab« bot im Jahr 2000 etwa 20 psychisch und körperlich behinderten Menschen Arbeitsmöglichkeiten und Praktika in den Bereichen Metallverarbeitung, Postversand und Werbetechnik. Diese Plätze sollen bei entsprechend vorhandener Auftragslage auf 52 erhöht werden.

Je nach Leistungsfähigkeit wird den Angestellten auch eine Teilzeitbeschäftigung ermöglicht, die im weiteren Verlauf angepasst werden kann. Der überwiegende Teil der Beschäftigten sind Menschen mit körperlichen Behinderungen. Der kleinere Teil psychisch erkrankter Menschen kommt zum Teil aus den Außenarbeitsplätzen der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) Fuldabrück, die vom dortigen Sozialdienst betreut werden.

Die bei »proLab« angebotenen Praktika werden durch die Deutsche Angestellten Akademie (DAA) im Auftrage des Arbeitsamtes Kassel und Wolfhagen durchgeführt, wobei es

sich auch bei diesem Personenkreis in erster Linie um Menschen mit körperlichen Behinderungen handelt, die aufgrund ihrer Einschränkung erwerbsgemindert sind. Nur ein sehr geringer Teil dieser PraktikantInnen ist psychisch erkrankt.

4.2.1.2 Fuldabrücker Werkstätten

Die Fuldabrücker Werkstätten bieten Arbeitstrainings- und Arbeitsplätze in den Bereichen Montage, Verpackung, Recycling, Metallverarbeitung sowie Büro und Hauswirtschaft. Die Werkstätten haben eine Aufnahmeverpflichtung für die Stadt und den Landkreis Kassel. Die Arbeitsangebote sind deswegen auf drei Standorte verteilt. Am Hauptstandort in Fuldabrück stehen bisher insgesamt 36 Arbeitstrainingsplätze und 120 Plätze im Arbeitsbereich zur Verfügung, von denen acht als Außenarbeitsplätze bei der Integrationsfirma »proLab« angegliedert sind. Im Jahre 1992 wurde das bis dahin bestehende Angebot in Fuldabrück durch eine Außenstelle mit 36 Plätzen in der Kasseler Innenstadt erweitert, wobei dieses, nach Angaben der Interviewpartner, aufgrund des gestiegenen Bedarfes an beschützten Arbeits- und -trainingsplätzen im Stadtbereich nicht mehr ausreicht. Die Werkstatt in Hofgeismar ist für den nördlichen Landkreis Kassel zuständig. und hat gegenwärtig eine Kapazität von 38 Arbeitsplätzen. Arbeitstraining wird in nicht beziffertem geringem Umfang durchgeführt. Zwei Besonderheiten sind bei den Fuldabrücker Werkstätten zu erwähnen:

- Zum einen sind dies die erwähnten acht Außenarbeitsplätze in der Integrationsfirma »proLab«, die zwar nicht immer voll ausgelastet sind, aber für einige der leistungsfähigeren WfbM-MitarbeiterInnen eine Alternative zur Werkstatt darstellen. Attraktiver sind diese Arbeitsplätze zum einen aufgrund der hier anfallenden »anspruchsvolleren« Aufgaben und zum zweiten durch die Perspektive, bei weiterer Stabilisierung und entsprechender personeller Möglichkeiten der Integrationsfirma, in unbefristete tariflich entlohnte Beschäftigungsverhältnisse bei »proLab« wechseln zu können. Im Jahr 2000 konnte ein Werkstatt-Beschäftigter von »proLab« übernommen werden.
- Als zweite Besonderheit ist die im Rahmen einer Hessischen Sonderregelung (Hessisches Konzeptionspapier) tätige Fachkraft für die berufliche Integration zu nennen. Sie ist schwerpunktmäßig für die dauerhafte Integration der WfbM-MitarbeiterInnen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuständig. Diese Aufgabe gestaltet sich gerade bei den psychisch behinderten Menschen als sehr viel schwieriger und aufwändiger, als z. B. bei Menschen mit geistiger Behinderung. Aus diesem Grunde werden auch vorrangig kurzfristige Praktika vermittelt (etwa vier pro Jahr), von denen letztlich nur sehr wenige in einer dauerhaften Beschäftigung weitergeführt werden können. Im Jahr 2000 konnten auf diesem Wege dauerhaft zwei Beschäftigte auf einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden.

Insgesamt gibt es hinsichtlich der Aufnahme in die WfbM jährlich etwa 60 Anfragen von psychisch behinderten Menschen, von denen im Jahr 2000 in Fuldabrück und der Außenstelle Kassel 48 Personen (27 im Arbeitstrainingsbereich und 21 im Arbeitsbereich) aufgenommen werden konnten. Über die nicht aufgenommenen Menschen konnten keine Angaben hinsichtlich der weiteren Berufswegeplanung gemacht werden.

Den 48 Aufnahmen standen 40 Beendigungen von Arbeitstrainings- oder Arbeitsmaßnahmen gegenüber. Der größte Teil dieser Beendigungen erfolgte aus gesundheitlichen Gründen oder auf eigenen Wunsch (z. B. wegen Inanspruchnahme von Einkommen und Vermögen). Im Jahr 2000 konnten drei von den insgesamt 296 im Arbeitstraining und Produktionsbereich Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden.

Die hohe Zahl an Anfragen und Aufnahmeanträgen, sowie die Notwendigkeit einer weiteren Differenzierung der Werkstatttätigkeiten machte für den Träger der Fuldabrücker Werkstätten eine Neuorientierung erforderlich. Diese Neuorientierung und eine damit verbunden Platzzahlerweiterung wurde im Frühjahr 2001 durch ein entsprechendes Konzeptionspapier konkretisiert (Konzeption der Fuldabrücker Werkstätten vom April 2001) und den Entscheidungsträgern vorgelegt.

In ihm werden verschiedene Problembereiche angesprochen die sich aus der bisherigen Praxis und den gesammelten Erfahrungen ergeben haben. So wird z. B. auf die Notwendigkeit einer Flexibilisierung der Tages- und Wochenarbeitszeit, der weiteren Differenzierung der Arbeits- und Trainingsangebote mit Anpassung und Orientierung an sich wandelnde Arbeitswelten und die stärkere Außenorientierung durch Praktika und Auslagerung von Arbeitstrainingsplätzen hingewiesen.

Vom Träger der Werkstatt wurde aufgrund der hohen Nachfrage und der ungünstigen räumlichen Bedingungen für das Jahr 2001 ein Umzug, und damit einhergehend eine Erhöhung der Plätze auf 48 im Arbeitstrainingsbereich und weitere 60 im Arbeitsbereich geplant. Gleichzeitig mit dem Umzug sollen auch einige der beschriebenen konzeptionellen Änderungen umgesetzt werden. Die Möglichkeiten und konzeptionellen Notwendigkeiten, die sich aus dieser Erweiterung ergeben, wurden zum Zeitpunkt unserer Erhebung sehr intensiv auf der Psychiatriepolitischen Ebene (z. B. Regionalkonferenz) diskutiert.

4.2.1.3 Berufsförderungswerk Lippoldsberg

Das Berufsförderungswerk Lippoldsberg mit seinen 160 Maßnahmeplätzen hat seinen Schwerpunkt auf der Ausbildung und Umschulung von körperbehinderten Personen, und ist in etwa 45 km Entfernung von Kassel für den Raum Nordhessen zuständig.

Nur in Ausnahmefällen werden Menschen mit psychischen Behinderungen in den Bereich der Berufsfindungsmaßnahmen aufgenommen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die entsprechenden Personen internatsfähig und vollschichtig belastbar sind. Die Zahl dieser Personen ist auf ca. 15 beschränkt, da eine Betreuung lediglich eingeschränkt angeboten werden kann. Weitergehende Daten waren nicht erhältlich.

4.2.1.4 Berufsbildungswerk Arolsen

Das Berufsbildungswerk Arolsen mit seiner Zweigeinrichtung in Kassel ist nicht für den Personenkreis der psychisch kranken Erwachsenen konzipiert, sondern hat als Zielgruppe körperlich behinderte Jugendliche.

4.2.1.5 Integrationsfachdienst und begleitende Hilfen

Der Berufsbegleitende Dienst wurde bislang für diejenigen Arbeitnehmer, die bei Arbeitgebern im Landkreis beschäftigt sind (aber nicht unbedingt dort wohnen), vom Emstaler Verein angeboten. Für diejenigen, die in der Stadt Kassel arbeiten, war die Sozialtherapie Kassel e. V. zuständig. Diese Aufgabenteilung hat sich in der Praxis als ungünstig erwiesen, deshalb hat das Intergationsamt beide Dienste zusammengeführt. Ab dem 1.12.2001 wurde der gesamte BBD für den Landkreis und die Stadt Kassel zusammen mit dem IFD von der Sozialtherapie Kassel mit dem Sitz in der Stadt Kassel übernommen.

Da zum Zeitpunkt der Befragung diese Umstrukturierungen gerade in vollem Gange waren, konnten beide Dienste nur sehr kurz befragt werden, Daten zum betreuten Personenkreis konnten nicht erhoben werden.

4.2.1.6 Arbeitsamt

Ansprechpartner für psychisch kranke Rehabilitanden sind beim Arbeitsamt die Reha-Berater/-innen, welche für Menschen mit somatischen, als auch psychiatrischen Einschränkungen zuständig sind. Sowohl bei diesen Reha-Berater/-innen, als auch bei dem arbeitsmedizinischen Dienst des Arbeitsamtes, sind keine speziellen Erfahrungen und Kenntnisse in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen vorhanden. Genaue Zahlen sind hinsichtlich der psychisch kranken Rehabilitanden nicht verfügbar, da die Daten für diesen Personenkreis zwar bundesweit nach Art der Erkrankung/Behinderung erfasst werden, die entsprechende Statistik auf regionaler Ebene aber nicht zur Verfügung steht. Nach Schätzungen der befragten Mitarbeiter sind dies aber etwa 10 % der gemeldeten Reha-Fälle.

Auf die besonderen Belange psychisch kranker Menschen einzugehen, gestaltet sich für die Mitarbeiterinnen des AA insofern schwierig, als zum einen nur sehr begrenzt Wissen über den besonderen Umgang und die spezifischen Hilfebedarfe psychisch kranker Menschen vorhanden sind, und zum anderen nur sehr begrenzt Maßnahmen angeboten werden können, welche die Besonderheiten dieses Personenkreises berücksichtigen.

Als mögliches institutionelles Angebot zur beruflichen Rehabilitation kommt dafür im Landkreis Kassel lediglich die seit Anfang 2000 arbeitende Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke-Guxhagen in Betracht, ansonsten bleibt den Reha-BeraterInnen lediglich die Zuweisung zu weiter entfernten Angeboten (BTZ Paderborn, BFWs in Goslar und Heidelberg).

Ambulante Angebote für psychisch kranke Menschen bestehen bisher lediglich in den über die Deutsche Angestellten Akademie angebotenen Eingliederungsmaßnahmen, die bei der Firma »proLab« durchgeführt werden

Über die Inanspruchnahme von Maßnahmen, die nicht speziell für den Personenkreis der psychische kranken Menschen konzipiert sind (z. B. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen), konnten nur Vermutungen dahingehend geäußert werden, dass diese durchaus auch vereinzelt durch psychisch kranke Rehabilitanden in Anspruch genommen werden. Da auch hier keine krankheitsspezifische Differenzierung erfolgt, liegen keine konkreten Zahlen vor.

Aus der Sicht des Arbeitsamtes wäre eine leistungsträgerübergreifende Rehabilitationsabklärung und Planung in der täglichen Praxis sehr wünschenswert, damit entsprechende Maßnahmen und Hilfen besser und schneller aufeinander abgestimmt werden können. Die in dieser Hinsicht in der letzten Zeit praktizierte enge Kooperation mit dem Sozialamt der Stadt Kassel wird in diesem Sinne als positives Beispiel gesehen.

Was die Akzeptanz der Arbeitgeber für den Personenkreises der psychisch kranken Menschen, und die Bereitschaft zu deren Integration in die Betriebe angeht, äußerten sich die Mitarbeiter aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre sehr kritisch. So haben psychisch kranke Menschen noch immer mit wesentlich mehr Vorbehalten als somatisch erkrankte Menschen zu rechnen, wobei insgesamt bei den Arbeitsgebern eine starke Tendenz zum Rückzug aus der sozialen Verantwortung zur Integration behinderter Menschen festzustellen ist. Insbesondere größere Unternehmen finden sich hierfür nur noch dann bereit, wenn deutliche finanzielle Vorteile für sie vorhersehbar sind.

4.2.1.7 Sozialamt

Auch im Sozialamt der Stadt Kassel wird, genau wie beim Arbeitsamt, keine Differenzierung der Leistungsempfänger nach Art der Behinderung oder Erkrankung vorgenommen, sodass auch hier keine konkreten Zahlen vorliegen. Festzustellen ist allerdings eine steigende Tendenz bei der Inanspruchnahme von Leistungen in Bezug auf diese Personengruppe, insbesondere in Hinsicht auf jüngere psychisch kranke Menschen mit einer zusätzlichen Suchtproblematik.

Nach Einschätzung der Sozialamtsmitarbeiter sind die sowieso schon eingeschränkten Chancen der betreffenden Sozialhilfeempfänger, eine adäquate Beschäftigung zu finden, aufgrund der psychischen Erkrankung zusätzlich erschwert.

Über das Sozialamt besteht in Kassel für etwa 60 Personen jährlich die Möglichkeit, eine Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt oder in gemeinnütziger Arbeit vermittelt zu bekommen, welche (anrechnungsfrei) mit 3,-DM/Stunde entlohnt wird. Persönliche Neigungen können dabei berücksichtigt werden, und die Arbeitszeit darf 20 Stunden wöchentlich nicht überschreiten. Dieses Angebot steht bei entsprechender persönlicher Voraussetzung auch den psychisch kranken Hilfeempfängern zur Verfügung. Unter gleichen Bedingungen können im Einzelfall bei einigen Einrichtungen ehrenamtliche Tätigkeiten geleistet werden.

Zusätzliche Überlegungen hinsichtlich der Integration psychisch kranker Menschen gibt es von Seiten des Sozialamtes in Zusammenarbeit mit der Kasseler WfbM. Hier sollen möglichst Arbeitsplätze für Behinderte zwischen der WfbM und dem normalen Arbeitsmarkt dadurch geschaffen werden, dass ein Betriebsteil innerhalb der WfbM als »normale« Produktions- bzw. Dienstleistungsabteilung geführt wird, in der sowohl die Arbeitsleistung als auch die Arbeitsentlohnung den normalen Arbeitsmarktbedingungen entsprechen. Dies soll den MitarbeiterInnen mehr Anreiz, und der WfbM mehr Flexibilität bei der Integration behinderter Menschen bieten.

4.2.1.8 Integrationsamt

Seit dem Jahr 1999 ist die Organisationsform des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) als überörtlicher Sozialhilfeträger neu strukturiert, wobei durch das damit verbundene »Zielgruppenmanagment« der Personenkreis der seelisch Behinderten als eigenständige Zielgruppe definiert wurde. Nach Einschätzung der MitarbeiterInnen des LWV hat diese Maßnahme zu einer Aufwertung des betreffenden Personenkreises geführt, da seitdem MitarbeiterInnen ausschließlich für diese Zielgruppe zuständig sind, was zu einer höheren Qualität und Motivation beigetragen hat.

4.2.2 Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Neben den betreuten Wohnangeboten im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Zentren gibt es in Kassel noch drei stationäre Wohnangebote für psychisch kranke Menschen. Zum einen ist dies, ein für zwölf BewohnerInnen konzipiertes (und mit 14 BewohnerInnen belegtes) Wohnheim in Anbindung an das SPZ Hofgeismar, welches in nächster Zeit um sechs Wohnheimplätze in Vellmar erweitert werden soll. In der Stadt Kassel selbst bieten in erster Linie die Diakonie-Wohnstätten 104 differenzierte Wohnplätze in zwei Wohnheimen, Außenwohngruppen und Betreutem Wohnen an.

Der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Angebote innerhalb der Einrichtungen liegt auf dem Aspekt der Tagesstrukturierung und Beschäftigungstherapie. Arbeit wird im Rahmen der Wohnmöglichlichkeiten nicht angeboten. Ein großer Teil der BewohnerInnen (43 von insgesamt 97) geht allerdings tagsüber in der WfbM einer Beschäftigung nach, und ein weiterer, allerdings geringerer Teil, nutzt die Angebote der Kasseler Tagesstätten.

Problematisch ist nach Ansicht der MitarbeiterInnen allerdings die räumliche Entfernung zu den Werkstattangeboten und die eingeschränkten Möglichkeiten der differenzierten, auch anspruchsvolleren Tätigkeit im Rahmen der WfbM. Beides wirkt sich letztlich negativ auf die Motivation der BewohnerInnen aus, dieses Angebot zu nutzen. Andere Angebote der beruflichen Rehabilitation werden nur selten genutzt (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke oder BBW Lippoldsberg).

4.2.1.1 Exkurs zu Jugendpsychiatrischen Einrichtungen

Obwohl der Schwerpunkt der Kasseler Erhebung der Bereich der Erwachsenenpsychiatrie war, soll an dieser Stelle noch eine jugendpsychiatrische Einrichtung in Grebenstein Erwähnung finden, die in einigen Interviews, insbesondere mit den MitarbeiterInnen der Tagesstätten des Landkreises, als Kooperationspartner genannt wurde.

Diese zunehmende Zusammenarbeit mit der jugendpsychiatrischen Einrichtung »Pegasus« ergibt sich aus der Tatsache, dass dort die Jugendlichen spätestens mit Vollendung des 21. Lebensjahres in den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie überwechseln müssen.

Das Konzept von »Pegasus« entspricht in etwa dem einer psychiatrischen Übergangs-

einrichtung, in dem das Ziel der schulischen und beruflichen Eingliederung einen der therapeutischen Schwerpunkte bildet. Dies wird auch dadurch deutlich, das sich von den neun betreuten Jugendlichen acht in schulischer, betrieblicher oder überbetrieblicher Ausbildung befinden.

Neben einem BetreuerInnenwechsel sind mit der Überleitung in das Hilfesystem der Erwachsenenpsychiatrie noch andere Probleme verbunden. Zum einen wird mit dem Ausscheiden aus dem Jugendhilfebereich der Umfang der Betreuungsintensität drastisch reduziert, und zum anderen fühlen sich die Jugendlichen in den Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems (z. B. Tagesstätten) nicht richtig aufgehoben, weil ihnen dort in erster Linie ältere und chronifiziertere BesucherInnen begegnen, mit denen sie keine Gemeinsamkeiten haben.

Aus diesem Grunde wäre ein differenzierteres Angebot mit fließenden Übergängen zwischen den beiden unterschiedlichen Finanzierungs- und Betreuungssystemen nach Meinung der MitarbeiterInnen von »Pegasus« dringend erforderlich.

4.2.2.2 Tagesstätten

Im Rahmen der Untersuchung wurden auch die MitarbeiterInnen der Sozialpsychiatrischen Zentren des Landkreises und der Stadt befragt, wobei der Schwerpunkt der Interviews auf der Arbeit und dem Angebot der dort angegliederten Tagesstätten lag. Im Landkreis Kassel wurden insgesamt vier Sozialpsychiatrische Zentren aufgebaut, wobei

- Wolfhagen für den westlichen Teil
- Hofgeismar für den nördlichen Teil
- Kaufungen für den östlichen Teil und
- Baunatal für den südlichen Teil

zuständig ist.

Auch in der Stadt Kassel bestehen zwei Sozialpsychiatrische Zentren mit angegliederten Tagestätten, die allerdings beide für die gesamte Stadt zuständig sind. Neben den Tagestätten bieten die Sozialpsychiatrischen Zentren der Stadt und des Landkreises noch das Betreute Wohnen und die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen an.

Die äußeren Bedingungen und die Schwerpunkte in der Arbeit der einzelnen Tagesstätten sind sehr unterschiedlich, insofern ist eine differenzierte Betrachtung notwendig. Die in der Stadt gelegenen Tagestätten z. B. bieten den BesucherInnen eine relativ gute Erreichbarkeit und die Möglichkeit sich zwischen diesen beiden Tagesstätte mit ihren z. T. unterschiedlichen Schwerpunkten und Angeboten zu entscheiden.

Für die in dem Landkreis liegenden Tagesstätten gestaltet sich dieses schon schwieriger, da die BesucherInnen neben formalen Gründen (regionale Zuständigkeit), auch aufgrund der z. T. schwierigen Verkehrsanbindungen in ihrer Wahlmöglichkeit eingeschränkt sind.

Auch die BesucherInnenstruktur der einzelnen Tagesstätten ist sehr unterschiedlich, was letztlich auch in den Möglichkeiten der arbeitstherapeutischen Angebote deutlich wird, die je nach Tagesstätte unterschiedliche Schwerpunkte, Anforderungen und Möglichkeiten haben.

So werden die Tagesstätten des Ludwig Noll Vereins in Kassel, sowie die Tagestätten in Kaufungen und Wolfhagen überwiegend von älteren, chronisch kranken Menschen besucht, die im Rahmen von Enthospitalisierungsmaßnahmen eine Anbindung an die Tagesstätten gefunden haben.

Dementsprechend sind die Tagesstättenangebote schwerpunktmäßig tagesstrukturierend und beschäftigungstherapeutisch ausgerichtet. Eine Berücksichtigung berufsspezifischer Belange, und ein dementsprechend ausgestaltetes arbeitstherapeutisches Angebot, ist nach Meinung der MitarbeiterInnen aufgrund der fehlenden Voraussetzungen der BesucherInnen nicht möglich. Gleichwohl wird zumindest in kleinen Ansätzen versucht, den BesucherInnen »entlohnte Beschäftigung« (TS-Ludwig Noll Verein – im Café des Krankenhauses und TS-Wolfhagen – kleinere Firmenaufträge auf niedrigem Leistungsniveau) anzubieten, was aber unter den gegeben Umständen nur sehr bedingt, und mit einem entsprechenden personellen Aufwand (Akquise etc.) möglich ist.

Die Tagesstätte der Sozialtherapie in Kassel mit den beiden Standorten Motzstraße und Sommerweg, sowie die Tagestätte in Hofgeismar bieten aufgrund ihrer langjährigen Entwicklung, oder ihrer regionalen Möglichkeiten differenziertere Arbeits- und Trainingsmöglichkeiten.

So hat der Tagesstättenstandort Sommerweg der Sozialtherapie Kassel neben dem tagesstrukturierenden Angebot einen deutlichen Schwerpunkt auf den Bereich Arbeit und Beschäftigung. Diese Angebote können dabei von den BesucherInnen, je nach individuellen Voraussetzungen und Wünschen, in unterschiedlichen Bereichen (Garten, Werkstatt, Hauswirtschaft) und mit unterschiedlicher Zeitdauer und Verbindlichkeit genutzt werden.

So besteht z. B. die Möglichkeit eines niedrigschwelligen, ohne vorherige Anmeldung zu nutzenden Angebotes des Zuverdienstes, als auch die Möglichkeit einer kontinuierlichen, bis zu vier Stunden täglich auszugestaltenden Arbeitsmöglichkeit mit einem entsprechenden Verdienst (Minimum 2,50 DM).

Allerdings ist die Nutzung dieser Angebote immer abhängig von den entsprechend vorliegenden Arbeitsaufträgen und der Anzahl der dafür in Frage kommenden BesucherInnen.

Die Tagesstätte in Hofgeismar kann neben ihren beschäftigungstherapeutischen Angeboten nur dann spezifische arbeitstherapeutische Maßnahmen durchführen, wenn entsprechendes Aushilfspersonal (z. B. Praktikanten/-innen) vorhanden ist.

Daneben wurden von den TagesstättenmitarbeiterInnen im Jahr 2000 drei Plätze für Arbeitserprobungen für BesucherInnen der Tagesstätte akquiriert, von denen eine in einen 630,-DM Job, und eine andere in eine Berufsfindungsmaßnahme weitergeleitet werden konnten. Für diejenigen BesucherInnen, die in einem geschützten Rahmen eine Orientierung hinsichtlich ihrer Arbeitsmöglichkeiten finden möchten, besteht weiterhin die Möglichkeit, Praktika in der WfbM Hofgeismar durchzuführen.

Die Tatsache, dass die Tagesstätten auch in enger Anbindung an entsprechende Wohn- und Beratungsangebote arbeiten, erleichtert eine Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen diesen unterschiedlichen Diensten, die auch ihren Ausdruck in gemeinsamen Hilfeplangesprächen- und instrumenten findet. Diese berücksichtigen, aus den oben genannten Gründen, aber nur zum Teil berufs- und arbeitsspezifische Belange, und sind in der Regel auf die Hilfen und Maßnahmen der entsprechenden Einrichtung begrenzt.

Von allen MitarbeiterInnen wurde die Notwendigkeit von niedrigschwelligen Zuverdienstmöglichkeiten, welche die wechselnde Belastungsfähigkeit der Betroffenen berücksichtigen, betont. Nicht zuletzt durch den damit verbundenen, wenn auch geringen, finanziellen Anreiz, könnte einem großen Teil dieser Personengruppe eine Möglichkeit zur Teilhabe, sowie zur Stabilisierung und Training gegeben werden.

4.2.2.3 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreisgesundheitsamtes sowie die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle der Stadt Kassel bieten Beratung für psychisch Kranke und ihre Angehörigen an. Neben den Beratungsaufgaben sind sie für die Krisenintervention, dazu gehören kurzfristige Verfügbarkeit von Ansprechpartnern, Hausbesuche bei bedarf, Einweisungen in die Kliniken auf freiwilliger Basis, Unterbringung nach dem HFEG, Einrichtung von Betreuungen usw.

Die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen (SPB) hatten im Jahr 2000 Kontakt zu insgesamt 771 Klienten, 735 davon nahmen die Beratung aufgrund psychischer Störungen in Anspruch. Im Rahmen der Beratungen/Betreuungen beschäftigen sich die Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Dienste auch mit den beruflichen Problemen ihrer Klienten. Bei bedarf vermitteln sie ihnen die erforderlichen Kontakte, z. B. zum Arbeitsamt, zum BBD, der WfbM usw.

Zur Verdeutlichung der Gesamtproblematik haben beide Dienste als Beitrag zu unserer Untersuchung für eine Stichprobe ihrer Klienten den beruflichen Status erhoben. Eine ausführliche statistische Auswertung befindet sich im Anhang.

Hier sollen nur zwei Ausschnitte dargestellt werden, die das geringe Ausmaß der Teilhabe am Arbeitsleben zeigen, die Angaben sind jeweils Prozentangaben der Altersgruppe:

Tabelle B-3: Arbeitssituation der Klienten der SPB der Stadt Kassel

Altersgruppe	bis 40	41 bis 60
Vollzeit, Teilzeit, selbständig berufstätig	3	11
gelegentlich berufstätig	0	8
Ausbildung usw.	16	0
Summe	**19**	**19**

Tabelle B-4: Arbeitssituation der Klienten der SPB Landkreis Kassel

Altersgruppe	bis 40	41 bis 60
Vollzeit, Teilzeit, selbständig berufstätig	8	14
gelegentlich berufstätig	8	1
Ausbildung usw.	16	2
Summe	**32**	**17**

4.2.3 Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke Guxhagen

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke Guxhagen ist ein Betriebszweig des Zentrums für Soziale Psychiatrie Kurhessen. Sie wurde im Januar 2000 in der ehemaligen Außenstelle der Klinik Merxhausen in Guxhagen (Schwalm-Eder-Kreis) eröffnet. Zum Einzugsgebiet gehören die Stadt und der Landkreis Kassel sowie der Schwalm-Eder-Kreis mit den unmittelbar angrenzenden Regionen. Es reicht bei Bedarf südlich bis nach Fulda und Gießen, und bietet insgesamt 20 Behandlungsplätze an.

Als Schnittstelle zwischen der medizinischen Behandlung und der beruflichen Rehabilitation kommt der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, als Angebot der beruflichen Integration psychisch kranker Menschen, besondere Bedeutung zu. Die Eingangsvoraussetzungen für Klientinnen/-innen der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke liegen aufgrund der Vorgaben der Kostenträger relativ hoch. Sie müssen motiviert sein, und es muss die Aussicht bestehen, dass sie später mindestens zu 50 % im normalen Arbeitsprozess arbeiten können. Außerdem sollten sie in der Lage sein bei einer Gesamtbehandlungszeit von einem halben bis einem Jahr, nach einiger Zeit der Behandlung ein Praktikum von mindestens vier Stunden täglich abzuleisten.

Im Jahr 2000 haben elf Klienten/-innen die Maßnahme im der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke erfolgreich abgeschlossen, und der überwiegende Teil davon fand einen Arbeits-, Ausbildungs- oder weitergehenden Schulungsplatz. Demgegenüber standen allerdings neun Klienten/-innen haben die Maßnahme abgebrochen, weil sie festgestellt haben, dass die Maßnahme für sie nicht die richtige ist, oder weil psychische Krisen mit entsprechenden stationären Behandlungen notwendig wurden.

4.2.4 Krankenbehandlung

4.2.4.1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen ist zuständig für die Behandlung psychisch kranker Menschen aus dem Landkreis Kassel, einem Teil der Stadt Kassel und einem Teil des Schwalm-Eder-Kreises. Der Hauptsstandort ist Bad Emstal-Merxhausen.

Für den nördlichen Landkreises wurde zum Zwecke der besseren Erreichbarkeit am Kreiskrankenhaus Hofgeismar eine Außenstelle der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen eingerichtet. Hier wird die vollstationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung von Menschen mit allgemeinpsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen ermöglicht. Eine weitere Außenstelle besteht in der Stadt Kassel mit einer allgemeinpsychiatrischen Behandlungsstation, einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik und einer Institutsambulanz.

Schwerpunkt der Befragung an den drei Standorten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen war das ergotherapeutische Angebot und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten.

Zwischen allen drei Klinikabteilungen besteht eine enge Kooperation, wobei insbe-

sondere die Außenstelle in Hofgeismar, aufgrund fehlender eigener Kapazitäten, in entsprechenden Fällen die Patienten nach Merxhausen verlegen muss, damit die dortigen arbeitstherapeutischen Angebote genutzt werden können. In den eigenen Räumen steht dort nur ein begrenztes beschäftigungstherapeutisches Angebot zur Verfügung, das die Schwerpunkte nicht auf Diagnostik und berufspezifische Belange legt.

Die berufliche Situation der Patienten wird in der Tabelle B-5 dargestellt. Ermittelt wurde der berufliche Status aller im Jahr 2001 aufgenommenen Patienten bis zu 60 Jahren, mit allgemein-psychiatrischen Erkrankungen. Sucht und gerontopsychiatrische Erkrankungen sind nicht darin enthalten.

Tabelle B-5: Klinik Merxhausen: Beruflicher Status der 2001 aufgenommenen Patienten

	Anzahl	%
Voll-/teilzeit berufstätig	225	17,6
Hausarbeit, Mithilfe im eigenen Betrieb, gelegentlich berufstätig	104	8,1
Ausbildung, Wehr- und Zivildienst	48	3,8
Beschützt beschäftigt	101	7,9
Arbeitslos gemeldet	149	11,7
Ohne Beschäftigung (nicht gemeldet)	172	13,5
Frührentner	154	12,1
Altersruhestand	17	1,3
Sonstiges	22	1,7
Unbekannt, keine Angabe	286	22,4
Gesamt	**1278**	**100,0**

Auch hier wird – wie bei der Erhebung der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen – deutlich, wie gering die Chance eines psychisch kranken/behinderten Menschen ist, am Arbeitsleben teilzuhaben. Die Behandlungskonzepte der Klinik beinhalten deshalb grundsätzlich auch die Bearbeitung der beruflichen Probleme, unabhängig von der Behandlungsform – ambulant, teil- oder vollstationär.

Die Patienten in der teil- oder vollstationären Behandlung werden so früh wie möglich zu Beginn der Behandlung in der Arbeitstherapie vorgestellt.

Die Arbeitstherapie in der Klinik in Merxhausen umfasst etwa 70 Plätze, der Schwerpunkt liegt auf der berufsbezogenen Diagnostik, der Arbeits- und Belastungserprobung und -training. Bei Bedarf kann die Arbeitstherapie auch ambulant fortgesetzt werden, die Anzahl der ambulanten Plätze ist allerdings aus finanzierungstechnischen Gründen auf zehn begrenzt, der Bedarf liegt deutlich höher.

In der Arbeitstherapie sind neben den Ergotherapeuten zwei Sozialpädagogen tätig, deren Aufgabe darin besteht, die Patienten in beruflichen Fragen zu beraten, den Rehabilitationsbedarf abzuklären und mit dem Patienten zusammen, die erforderlichen Schritte einzuleiten. Hierzu gehört die Kontaktaufnahme z. B. zum Arbeitsamt, zum Integrationsfachdienst oder Berufsbegleitenden Dienst, zum (noch vorhandenen) Arbeitgeber, um die Wiederauf-

nahme der Arbeitstätigkeit vorzubereiten und gegebenenfalls eine stufenweise Wiedereingliederung zu vereinbaren und vieles andere, je nach Bedarf des Patienten.

Die Sozialpädagogen betreuen die Patienten auch in der ausgelagerten Arbeitstherapie, d. h. die Patienten können während der Behandlung eine Arbeits- und Belastungserprobung in der realen Arbeitswelt absolvieren. Für diejenigen, die keinen Arbeitsplatz haben, wird ein entsprechender »Praktikumsplatz« gesucht, Patienten, die im Berufsleben stehen, können in Absprache mit dem Arbeitgeber stundenweise an ihrem Arbeitsplatz tätig werden. Wenn dies nicht möglich ist, wird ebenfalls ein entsprechender Platz bei einem anderen Arbeitgeber gesucht.

Zu dem Angebot der ausgelagerten Arbeitstherapie ist anzumerken, dass dieses früher in weit größerem Umfang genutzt wurde als heute. Aufgrund der erheblich verkürzten Behandlungszeiten ist es nur noch in wenigen Fällen möglich, die Patienten so weit zu fördern, dass sie den Anforderungen einer ausgelagerten Arbeitstherapie gewachsen sind.

Die Arbeitstherapie in der Außenstelle Kassel bietet sechs bis acht Plätze. Trotz der geringen Größe und der damit verbundenen geringen Differenzierung der Arbeitsangebote wird auch hier der Schwerpunkt auf die berufliche Förderung gelegt. In der Tagesklinik ist die Verweildauer in der Regel länger als im vollstationären Bereich, hier könnte mit einer besser ausgestatteten Arbeitstherapie eine entsprechend intensivere Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung erfolgen. Leider ist eine Vergrößerung der Arbeitstherapie aus räumlichen und personellen Gründen nicht möglich.

Die Orientierung an den beruflichen Voraussetzungen der Patienten/-innen beginnt in der Klinik schon in den ersten Gesprächen unter Beteiligung des Sozialdienstes der Arbeitstherapie. Dieser Sozialdienst mit insgesamt zwei Stellen ist speziell für die Arbeitstherapie konzipiert, und für die kontinuierliche soziale Begleitung und die berufliche Eingliederung der Klienten/-innen zuständig.

Die Ergotherapie in der Außenstelle in Kassel bietet insgesamt sechs Plätze und ist, ähnlich wie die Außenstelle in Hofgeismar, in erster Linie als stabilisierendes beschäftigungstherapeutisches Angebot ausgerichtet. Eine Berücksichtigung individueller beruflicher Neigungen und Interessen ist hier nur sehr begrenzt möglich.

Ein früherer Versuch, arbeitstherapeutische Maßnahmen auch in Betrieben durchzuführen, musste aufgrund fehlender personeller Kapazitäten eingestellt werden, da nur zeitweise eine Mitarbeiterin in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für die Aquisition zur Verfügung stand. Übrig geblieben davon ist bis heute lediglich die Möglichkeit vereinzelter Praktika in der örtlichen Bußgeldstelle. Aufgrund der damaligen guten Erfahrungen wäre es nach Meinung der Mitarbeiter/-innen durchaus sinnvoll, dieses Angebot mit entsprechenden personellen Voraussetzungen fortzuführen.

4.2.4.2 Ludwig Noll Krankenhaus

Die Versorgungsverpflichtung für den größeren Teil der Stadt Kassel liegt beim Ludwig-Noll-Krankenhaus, der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Kassel. Diese psychiatrische Abteilung ist dabei nicht in die Räumlichkeiten des Klinikums eingebunden, sondern

hat einen eigenen Standort. Versorgt werden zu etwa zwei Drittel Patienten aus der Stadt und zu einem Drittel Patienten aus dem Landkreis Kassel, wobei trotz abgegrenzter Versorgungsverpflichtung gegenüber der KPPM auch Patienten aus dem anderen Versorgungssektor aufgenommen werden (umgekehrt wird bei Bedarf ebenso verfahren).

Die Arbeitstherapie des Ludwig-Noll-Krankenhauses ist in drei Gruppen mit jeweils sieben bis fünfzehn Patienten aus dem vollstationären und tagesklinischen Bereich unterteilt, und bietet Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen (Holzverarbeitung, Garten, Keramik) an.

Auch hier finden die arbeitstherapeutischen Maßnahmen ausschließlich in den Räumen der klinischen Arbeitstherapie statt, obwohl es nach Meinung der Mitarbeiter/-innen in einzelnen Fällen (z. B. nach längeren Klinikaufenthalten) durchaus sinnvoll sein kann, die entsprechenden Hilfen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung am konkreten Arbeitsplatz durchzuführen. In bestimmten Fällen besteht für die Teilnehmer/-innen der Arbeitstherapie die Möglichkeit des geringfügigen Zuverdienstes im Rahmen der arbeitstherapeutischen Maßnahmen (1,- DM täglich).

Um den Übergang zu weitergehenden trainierenden oder stabilisierenden Maßnahmen zu erleichtern, besteht zwischen der Klinik auf der einen Seite und der WfbM Fuldabrück und den Tagesstätten auf der anderen Seite die Vereinbarung, dass bei Bedarf ein Patient während des stationären Aufenthaltes das Angebot der WfbM oder der Tagesstätte für zehn Tage ausprobieren kann. Die Kosten werden für diese Zeit von der Klinik getragen, wobei es allerdings keine Garantie dafür gibt, dass der betreffende Patient nach den zehn Tagen die besuchte Einrichtung ohne Wartezeiten und Antragsverfahren weiter nutzen darf. In den meisten Fällen muss sich im Anschluss an dieses Probeverfahren der Patient noch auf eine längere Wartezeit einstellen, da entweder kein Platz frei ist, oder die Kostenübernahmeklärung noch nicht abgeschlossen ist.

4.2.5 Gremien und Steuerungsinstrumente in der Region Kassel

4.2.5.1 Arbeitsgemeinschaft Kommunale Psychiatrie im Landkreis Kassel

In der »Arbeitsgemeinschaft Kommunale Psychiatrie« bzw. in deren Unterarbeitsgruppen treffen sich regelmäßig

- alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Träger im Landkreis
- Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen
- Vertreter des Landessozialamtes und des Integrationsamtes
- die Sozialdezernentin für den Landkreis
- der Psychiatriekoordinator für den Landkreis
- Vertreter der Regionalkonferenz der Stadt Kassel.

Die AG Kommunale Psychiatrie wurde offiziell vom Kreistag eingerichtet und mit Aufgabe betraut, für die Kooperation, Vernetzung und Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Bürger im Landkreis zu sorgen.

4.2.5.2 Regionalkonferenz der Stadt Kassel

In der »Regionalkonferenz der Stadt Kassel« treffen sich ein- bis zweimal jährlich unter Federführung der Sozialdezernentin

- alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Träger in der Stadt Kassel
- Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen
- Vertreter des Landessozialamtes und des Integrationsamtes
- die Sozialdezernentin der Stadt Kassel
- die Psychiatriekoordinatoren für die Stadt Kassel
- Vertreter der AG Kommunale Psychiatrie des Landkreises.

Die Mitglieder der Regionalkonferenz haben sich in verschiedene Unterarbeitsgruppen (UAG) aufgeteilt, z. B. UAG für die Sachgebiete: allgemeine Psychiatrie, Sucht, Kinder- und Jugendpsychiatrie usw. Diese Unterarbeitsgruppen treffen sich regelmäßig, um die Kooperation, Vernetzung und Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Bürger in der Stadt Kassel sicherzustellen.

4.2.5.3 Psychosoziale Koordinationsstelle im Landkreis Kassel

Die psychosoziale Koordinationsstelle ist als Abteilung in das Kreisgesundheitsamt integriert. Die Aufgaben des Psychiatriekoordinators sind im Psychiatrieentwicklungsplan benannt:

- Kenntnis aller Dienste im Versorgungsgebiet,
- Fortlaufende Information der Dezernentin,
- Organisation von Besprechungen mit den Trägern, Abstimmung und Verteilung der Aufgaben,
- Entwicklung von Planungskonzepten,
- Koordination und Initiierung von Aktivitäten,
- Verhandlung mit den Kostenträgern zum Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundes,
- Organisation von Fortbildungen.

4.2.5.4 Psychiatriekoordination in der Stadt Kassel

Die Psychiatriekoordination ist nicht wie im Landkreis an einen hauptamtlichen Mitarbeiter übertragen; in der Stadt Kassel wird die Koordination nebenamtlich von drei Fachleuten übernommen, die die Aufgabenfelder Allgemeine Psychiatrie, Sucht sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, geistige und körperliche Behinderungen unter sich aufgeteilt haben. Die Aufgaben entsprechen in etwa denen des Psychiatrie-Koordinators im Landkreis.

4.2.5.5 Belegungsgespräche

In der Stadt Kassel werden bei bedarf Belegungsgespräche einberufen, z. B. wenn für einen psychisch Behinderten Menschen kein passendes Betreuungs- oder Wohnangebot gefunden werden kann. In einem solchen Fall kommen alle Versorgungs- und Kostenträger zusammen, um gemeinsam eine Lösung zu finden.

Die Belegungskonferenz im Landkreis Kassel trifft sich regelmäßig. Hier werden alle psychisch Kranken benannt, die komplementäre Hilfsangebote benötigen. Dies dient u. a. der Feststellung des Bedarfs an bestimmten Hilfen und unterstützt die regionale Planung und Steuerung des komplementären Angebotes. Darüber hinaus wird – so wie in der Stadt Kassel auch – in Problemfällen gemeinsam eine Lösung gesucht.

4.2.6 Zusammenfassung

Kooperations- und Informationsstrukturen haben sich sowohl im Landkreis als auch in der Stadt soweit ausgestaltet, dass sowohl auf der strukturellen, als auch auf der individuellen Ebene konstruktive Diskussionen geführt, und vielfach Lösungen gefunden werden können. Da der Themenkomplex »Arbeit und Beschäftigung« innerhalb dieser Gremien bisher aber wenig Berücksichtigung gefunden hat, wurde im Rahmen der Interviews vielfach der Wunsch nach einem kontinuierlich arbeitenden Gremium geäußert, das sich dieser Thematik annimmt, die strukturelle Entwicklung fördert, und Lösungen für vorhandene Probleme sucht.

Daneben bleibt auch festzustellen, dass ein Teil der in dem FB 174 festgestellten Mängel und Bedarfe noch heute genauso aktuell sind und somit die Notwendigkeit weiterer Entwicklung und Verbesserung deutlich machen.

So sind die *Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten* des BBW und des BFW noch immer sehr eingeschränkt für den Personenkreis der psychisch kranken Menschen zu nutzen, und das nächste BTZ in Paderborn mit seinen speziellen Angeboten ist etwa 70 km von der Stadt Kassel entfernt. Entsprechende ambulante Angebote, die zudem dem Anspruch nach wohnortnaher Hilfe gerecht werden könnten, gibt es (noch) nicht, sodass der Aspekt der Qualifizierung für psychisch kranke Menschen nur in Einzelfällen Berücksichtigung finden kann. Gerade angesichts der Notwendigkeit gemeindenaher Hilfen für psychisch kranke Menschen, wäre in diesem Bereich ein Ausbau der ambulanten Angebote sinnvoll und notwendig. Ein erster Schritt hierzu kann ein geplanter Wiedereingliederungslehrgang sein, der ab 2002 als Kooperation zwischen dem Arbeitsamt Kassel und dem Sozialpsychiatrischen Dienst für diesen Personenkreis angeboten werden soll.

Eine weitere *Differenzierung der beschützten Arbeitsangebote,* sowohl in Hinsicht auf die Arbeitsinhalte als auch auf die Arbeitszeit, ist trotz der bisher bestehenden Angebote noch nicht in dem Maße umgesetzt, wie es der Bedarf eines großen Teils der arbeitsfähigen psychisch Behinderten erfordert. Gerade dieser Mangel wurde, genauso wie die fehlenden *niedrigschwelligen Zuverdienstangebote*, in den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen fast Institutionen geäußert, die sich an der Erhebung beteiligt haben.

Auch die *Verbindung zwischen dem Geschützten und dem allgemeinen Arbeitsmarkt* hat sich durch das Angebot von »proLab« und der, in der WfbM tätigen Fachkraft für die berufliche Integration noch wenig entwickelt, und es wäre zu überprüfen, ob und in welcher Weise diese Lücke durch entsprechende Maßnahmen geschlossen werden könnte. Eine frühzeitige Anbindung und Orientierung der Trainingsmaßnahmen und der Arbeitsangebote an den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes wäre diesem Ziel sicherlich förderlich. Denn obwohl sich die Arbeitsmarktsituation heute gegenüber derjenigen von vor 25 Jahren noch mehr verschlechtert hat, sollte das vorrangige Ziel auch weiterhin die Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sein.

Eine *Rehabilitationsplanung*, die *institutionsübergreifend* alle Aspekte der individuellen Ressourcen, Wünsche und Entwicklungsmöglichkeiten des Klienten berücksichtigt, sind noch nicht eingeführt. Hilfe- und Betreuungsangebote orientieren sich dadurch bedingt in erster Linie an den Möglichkeiten der eigenen Einrichtung und denjenigen der institutionellen Angeboten vor Ort. Individuelle Notwendigkeiten und Wünsche können in der Regel nur insoweit Berücksichtigung finden, als die entsprechende Einrichtung das benötigte Angebot vorhält.

Zwar wird in Zukunft der Gesamthilfeplan des überörtlichen Sozialhilfeträgers als mögliches institutionsübergreifendes Instrument zur Anwendung kommen, aber dieser berücksichtigt wie bereits erwähnt, nur in geringem Maße berufs- und arbeitsspezifische Aspekte, und bezieht insbesondere die Einrichtungen und Dienste der beruflichen Rehabilitation nicht mit ein.

Weiterhin wurden gerade bei der Verknüpfung von Hilfen und bei den Übergängen zwischen verschiedenen Einrichtungen und unterschiedlichen Kostenträgern im Verlauf der Untersuchung Probleme deutlich, die eine fortlaufende und personenorientierte Rehabilitation erschweren.

So gibt es noch immer längere Wartezeiten insbesondere beim Übergang von klinischer Behandlung zu Angeboten und Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zu Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben sowie zu denen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Gerade angesichts der sinkenden Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken, und der damit einhergehenden verkürzten Inanspruchnahme der dortigen ergotherapeutischen Angebote, kommt diesen weiterführenden Angeboten eine zunehmende Bedeutung bei. Ambulante ergotherapeutische Angebote gibt es praktisch nur in den Tagesstätten, wobei auch hier in der Regel Wartezeiten notwendig werden und individuelle ergotherapeutisch notwendige Maßnahmen nur bedingt angeboten und durchgeführt werden können.

Der Zugang und die Verfügbarkeit von Einrichtungen und Diensten, die den psychisch kranken Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen sollen, werden aber nicht nur durch formelle Vorgaben oder mögliche Wartezeiten erschwert, sondern auch durch mögliches Unwissen und Unverständnis über psychische Erkrankungen. Im Sinne des SGB IX kann, gerade was die Einstellung der nichtpsychiatrischen Einrichtungen angeht, von einer Barrierefreiheit hinsichtlich des Zuganges zu diesen Einrichtungen nicht gesprochen werden. Besonders bezüglich des Arbeitsamt wurde sowohl von Betroffenen als auch von MitarbeiterInnen der befragten Einrichtungen sehr häufig die fehlende Sensibilität im Hin-

blick auf psychisch erkrankte Menschen bemängelt. Sie führt in der Folge offensichtlich dazu, dass die Beratungs- und Hilfeangebote des Arbeitsamtes aufgrund der negativen Erfahrungen nicht oder nur unzureichend genutzt werden.

4.3 Region Oberbergischer Kreis

4.3.1 Teilhabe am Arbeitsleben

4.3.1.1 Moog & Langenscheidt GmbH

Die Fa. Moog & Langenscheidt ist ein mittelständisches Unternehmen, in dem Metallwaren für den Bürobedarf hergestellt werden. Das Unternehmen beschäftigt ca. 60 ArbeitnehmerInnen in Produktion, Werkzeugbau, Lager/Versand und Verwaltung. Die Geschäftsleitung ist jedoch aufgeschlossen für die Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ins Arbeitsleben. Behutsam eingeleitete und sorgfältig gepflegte Kooperationsbeziehungen zwischen dem Kreiskrankenhaus Gummersbach und – später hinzugekommen – der Rönsahler Industrieservice GmbH einerseits und M & L andererseits haben es ermöglicht, dass das Unternehmen Plätze für »ausgelagerte Arbeitstherapie«, Praktika und Betriebliche Qualifizierung (15 Plätze)[23] zur Verfügung stellt und immer wieder auch RehabilitandInnen bzw. PraktikantInnen in Arbeitsverhältnisse übernommen hat.

4.3.1.2 Integrationsunternehmen Rönsahler Industrie Service GmbH

Die Rönsahler Industrie Service GmbH, 1997 gegründet, ist ein Integrationsbetrieb, der 24 Teil- und Vollzeitarbeitsplätze für schwerbehinderte ArbeitnehmerInnen zur Verfügung stellt. Im Jahr 2000 waren 20 ArbeitnehmerInnen mit einer psychischen Beeinträchtigung und drei mit einer Suchterkrankung überwiegend in Vollzeit in diesem Betrieb beschäftigt. Alle Beschäftigten waren als Schwerbehinderte anerkannt.

Die ArbeitnehmerInnen kommen etwa zu gleichen Teilen aus dem Oberbergischen Kreis und dem benachbarten Märkischen Kreis. Kooperationsbeziehungen bestehen zur Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in Gummersbach, zum Kreiskrankenhaus in Lüdenscheid, zur Oberbergischen Gesellschaft, zur regionalen Wirtschaft, insbesondere zur Fa. Moog & Langenscheidt, zu Integrationsfachdiensten und beruflichen Bildungsträgern.

23 Das Projekt »Betriebliche Qualifizierung« wurde 1995 von den Kooperationspartnern M & L, Klinik Marienheide und Arbeitsamt Iserlohn gestartet. In den ersten beiden Jahren über HORIZON und das MAGS NRW gefördert, trägt jetzt das Arbeitsamt Iserlohn die Kosten für die Betriebliche Qualifizierungsmaßnahme.

4.3.1.3 Wasch- und Reinigungsservice gGmbH

Das Unternehmen Wasch- und Reinigungsservice gGmbH ist ein Integrationsunternehmen. Es ist das Ergebnis einer Initiative des Kreiskrankenhauses Gummersbach, der Oberbergischen Gesellschaft und der Gemeinnützige Werkstätten GmbH. Die Wasch- und Reinigungsservice gGmbH ist spezialisiert auf die Reinigung von Krankenhausreinigungsmaterialien. Sie bietet 17 nichtbefristete Arbeitsplätze, die im Jahr 2000 von 13 Beschäftigten mit Behinderung besetzt waren. Bei zehn von ihnen handelte es sich um Beschäftigte mit einer psychischen Beeinträchtigung. Dreizehn der Beschäftigten sind als schwerbehindert anerkannt, vier sind ohne Ausweis, davon sind zwei gleichgestellt.

Der Betrieb arbeitet im Schichtsystem, wodurch eine bedarfsorientierte chronometrische Flexibilität nahezu ausgeschlossen ist. Daraus ergibt sich als Einstellungskriterium eine Belastbarkeit von wenigstens sechs Stunden je Arbeitstag. Die Einstellung erfolgt unter Berücksichtigung eingereichter Bewerbungsunterlagen nach erfolgreichem Bewerbungsgespräch. Voraussetzung ist die bestehende und nachgewiesene Schwerbehinderung.[24] Für die bestehenden Arbeitsplätze gibt es mehr BewerberInnen als Plätze. Bewerbungen erfolgen auf Annoncen der Wasch- und Reinigungsservice hin oder auf Initiative des Arbeitsamtes.

Einige MitarbeiterInnen werden durch die Ambulanz der Psychiatrischen Abteilung betreut oder durch niedergelassene Ärzte, eine Behandlungs- und Rehabilitationsplanung wird nicht durchgeführt. Vorrangige und fallbezogen wird kooperiert mit dem Kreiskrankenhaus in Gummersbach, der RAPS gGmbH, der Oberbergischen Gesellschaft (OGB) und dem Arbeitsamt.

4.3.1.4 RAPS Gemeinnützige Werkstätten GmbH

Die 1998 gegründete RAPS Gemeinnützige Werkstätten GmbH ist eine anerkannte Werkstatt für Behinderte. Sie bietet 34 Arbeitstrainings- und 95 Arbeitsplätze für KlientInnen mit psychischen Behinderungen, die auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Chance sind. Die RAPS hat eine Aufnahmeverpflichtung für den Oberbergischen Kreis. Von den im Jahr 2000 Beschäftigten waren 77 als schwerbehindert anerkannt, 29 hatten keine Anerkennung (Schwerbehindertenausweis).

Konzeptionell sieht sich die RAPS gGmbH in der Pflicht, über die Bereitstellung von Dauerarbeitsplätzen hinaus, »... die Durchlässigkeit zu Berufsförderungs-, Berufsfindungs- oder Umschulungsmaßnahmen« ebenso zu gewährleisten »wie auch die Vermittlung der psychisch Behinderten nach einer Stabilisierungsphase in der Werkstatt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt«.[25] Über die Aufnahme in die Werkstatt entscheidet – nach Aktenlage – ein Fachausschuss aus VertreterInnen der Leistungsträger und der Werkstatt, der in der Regel alle zwei bis drei Monate zusammentritt, sodass die Wartezeiten für AntragstellerInnen in der Regel diese Dauer nicht überschreiten. Alle BewerberInnen konnten bisher

24 Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellung.

25 Konzept der RAPS gGmbH, Marienheide 1997, S. 1.

ohne längere Wartezeiten aufgenommen werden. Im Jahr 2000 wurden 22 BewerberInnen aufgenommen. Die Antragstellung wurde in zehn Fällen von der Arbeitstherapie der Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Gummersbach initiiert, in sieben Fällen von gesetzlichen BetreuerInnen.

Die Förderplanung in der Werkstatt erfolgt auf der Grundlage der Instrumente ERTOMIS[26] und MELBA[27]. Im Rahmen von Eingangsverfahren und Arbeitstraining werden individuelle Arbeitsziele auf der Basis der Neigungen und Wünsche des Beschäftigten entwickelt. Eine übergreifende Rehabilitations- bzw. Integrationsplanung wird nicht berücksichtigt. Für die Leistungsträger werden jährlich Entwicklungsberichte angefertigt.

Zur Eingliederungsbilanz: Von acht Beschäftigten, die die RAPS Werkstatt für behinderte Menschen im Jahr 2000 verließen, waren sieben danach ohne Arbeit, und ein Beschäftigter nahm eine Beschäftigung in einer anderen Werkstatt für behinderte Menschen auf. Von 129 Beschäftigten wurde im Jahr 2000 nicht einer in ein Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert.

Vorrangige Kooperationspartner sind der überörtliche Sozialhilfeträger und das Arbeitsamt, mit denen in der Form der Fachausschüsse institutionalisierte Arbeitsbeziehungen bestehen. Darüber hinaus ist die Werkstatt für behinderte Menschen in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft vertreten. Fallbezogen arbeitet RAPS auch mit der Wasch- und Reinigungsservice gGmbH, Rönsahler Industrieservice und den Wohneinrichtungen der Oberbergischen Gesellschaft zusammen.

4.3.1.5 Bildungsträger Rönsahler Industrie-Service GmbH

Die Rönsahler Industrie-Service GmbH ist auch als Bildungsträger tätig. Die »Feststellungsmaßnahme Belastungserprobung für Industrie- und Bürobereiche« (FIB) ist eine vom Arbeitsamt geförderte Maßnahme auf der Grundlage des SGB III. Sie dauert zwei Monate und »dient zur Integration in den industriellen und bürotechnischen Bereichen mithilfe von Theorie und Praxis. Es werden vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten (...) überprüft (...) wie sie auf dem derzeitigen Arbeitsmarkt zu verwerten oder mit einer geeigneten anschließenden Rehabilitation zu verbessern sind«.[28] Für BewerberInnen mit psychischen Beeinträchtigungen aus den Bereichen Industrie bzw. Büro, die eine anschließende Arbeitsaufnahme in den vorgenannten Bereichen anstreben, stehen zehn Plätze zur Verfügung.

---

26 »Fähigkeits- und Anforderungsprofile« – Hilfe für die Eingliederung Behinderter, erste Darstellung des Ansatzes wurde 1984 veröffentlicht. Vgl. ibv 48, 1998, S. 4378.

27 »Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit«. Vgl. dazu: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit – MELBA, Bonn 1997.

28 Konzept FIB der Rönsahler Industrieservice GmbH.

4.3.1.6 Institut für Berufsbezogene Erwachsenenbildung

Das Institut für Berufsbezogene Erwachsenenbildung führt Umschulungen, Fortbildungen, Feststellungsmaßnahmen, Erstausbildungen und diverse Kurse und Seminare im handwerklichen Bereich durch. Das Angebot des Instituts für Berufsbezogene Erwachsenenbildung wird nach Angaben des Instituts jährlich auch von zwei bis drei TeilnehmerInnen mit psychischen Beeinträchtigungen genutzt. Zwar gibt es keine Ausschlusskriterien, allerdings weist das Institut darauf hin, dass der für diesen Personenkreis eine kontinuierliche Begleitung für die Dauer der Maßnahme erforderlich ist, da die eigenen Mitarbeiter für die besonderen Belange dieser TeilnehmerInnen nicht explizit geschult sind. Das Institut arbeit fallbezogen mit der Teilstationären Arbeitstherapie des Krankenhauses Gummersbach zusammen.

4.3.1.7 Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH

Angebote zur medizinischen Rehabilitation für psychisch Kranke mit dem primären Ziel der Vorbereitung auf Arbeit oder berufliche Rehabilitation gibt es im Rheinland nicht. Die Krankenkassen haben sich der Etablierung von RPKs von Anfang an verweigert.

Die Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH hat diese Funktion im Rahmen ihrer ambulanten Behandlungsangebote integriert in Form ambulanter oder teilstationärer Ergotherapie. Es werden 35 Plätze in der Arbeitstherapie der Klinik Marienheide vorgehalten mit sehr niederschwelligem Einstieg. Die arbeitsbezogene Behandlung dient zur Belastungserprobung, als Trainingsort für den Wiedereinstieg in einen noch erhaltenen Arbeitsplatz und für die Integration in einen neuen (regulären oder geschützten) Arbeitsplatz sowie zur Rehabilitationsvorbereitung.

Die Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH fungiert darüber hinaus für zwei ambulante Rehabilitationsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung als Bildungsträger. In diesen Rehabilitationabschnitt können die Teilnehmer der teilstationären Arbeitstherapie ohne Zeitverzug einsteigen, wenn das indiziert ist, sodass ein nahtloser Übergang zwischen arbeitstherapeutischen und berufsfördernden Maßnahmen gewährleistet ist. Das Ziel dieser Maßnahmen ist die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Der zwölfmonatige Berufspraktische Wiedereingliederungslehrgang (BWL) setzt sich außer aus wiederkehrenden Phasen in der Arbeitstherapie zusammen aus praktischen Tätigkeiten in den Regiebetrieben der GmbH, Praktika bei regionalen Unternehmen[29] und einer theoretischen Unterweisung. Es stehen 15 Plätze zur Verfügung. Nach Abschluss der Maßnahme finden durchschnittlich 50 % einen Arbeitsplatz am allgemeinen Arbeitsmarkt.

Der ebenfalls zwölfmonatige Maßnahme der betrieblichen Qualifikation (BQ) ist ähnlich strukturiert wie der BWL. Die Klienten haben ihren hauptsächlichen Trainingsstandort in der Firma Moog & Langescheid (siehe oben). Es werden aber sowohl die Arbeitstherapie der Klinik Marienheide als auch andere Praktikumsfirmen in die Qualifizierung mit einbezogen. Die Maßnahme umfasst 20 Plätze und die überwiegende Zahl der Teilnehmer

29 Es stehen etwa 50 externe Plätze für betriebliche Praktika zur Verfügung.

geht auch aus dieser Maßnahme auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Integration der qualifizierten Klienten ist Teil des Arbeitsauftrages des Reha-Teams einschließlich der Begleitung der Arbeitnehmer für ein halbes bis ein Jahr bis zur Übergabe an den Integrationsfachdienst. Für jede dieser drei Maßnahmen erfolgt eine integrierte Rehabilitationsplanung in Form einer monatlichen Reha-Fallkonferenz, an denen die Helfer aus den Kontexten Behandlung, Wohnen und Arbeit teilnehmen.

4.3.1.9 Berufsbegleitender Dienst

Im Jahr 2000 hat der Berufsbegleitende Dienst 64 Beratungsfälle und 14 Betreuungen verzeichnet. Bei fast allen KlientInnen hat der Berufsbegleitende Dienst praktische Hilfen am Arbeitsplatz, im Sinne betrieblicher Kontakte und Begleitungen erbracht. Von den 78 KlientInnen, die in diesem Zeitraum die Hilfe des Berufsbegleitenden Dienstes in Anspruch genommen haben, standen 43 berufstätig, 30 ohne Arbeit und fünf hatten zuvor an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Aufgrund begrenzter Personalkapazitäten können Beratungen nicht immer sofort durchgeführt werden. Daraus können sich vor dem Erstgespräch Wartezeiten bis zu sechs Wochen ergeben.

Im Sinne der Gewährleistung des niederschwelligen Angebotes wird der Berufsbegleitende Dienst auch tätig für »Menschen mit offenkundiger Schwerbehinderung ohne Schwerbehindertenausweis über einen Zeitraum von längstens einem Jahr ...«[30] Der Berufsbegleitende Dienst arbeitet fallbezogen vorrangig mit der Tagesklinik, den arbeitstherapeutischen Projekten des Kreiskrankenhauses Gummersbach, den Schwerbehindertenvertretungen in den Betrieben der Region und niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in der Region zusammen. Er arbeitet in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft mit, nimmt regelmäßig an den Teambesprechungen der teilstationären Arbeitstherapie (TAT) und des Berufspraktischen Wiedereingliederungslehrgangs (BWL) in der Arbeitsgruppe der Berufsbegleitenden Dienste im Rheinland, der Regionalkonferenz »Runder Tisch Arbeit« teil. Der »Runde Tisch Arbeit« ist kein mit Steuerungskompetenzen ausgestattetes Gremium, sondern ein Gesprächskreis auf freiwilliger Basis.

4.3.1.9 Integrationsfachdienst

Der Integrationsfachdienst für den Arbeitsamtsbezirk ist dem Verein »Die Kette e. V.« in Bergisch Gladbach übertragen worden. Neun Träger in den einzelnen Regionen tragen den Fachdienst gemeinsam. Für die Oberbergische Region wurde er der Oberbergischen Gesellschaft zur Hilfe für psychisch Behinderte übertragen, diese hat die Aufgabe an die Teilstationäre Arbeitstherapie weitergegeben. Insgesamt wurden nach Auskunft des Arbeitsamtes 140 Personen vom Integrationsfachdienst betreut, davon etwa 50 psychisch beeinträchtigte Personen.

30 Zit. aus: Grundsätze der Rheinischen Hauptfürsorgestelle des Landschaftsverbandes Rheinland, o. O., o. J., S. 2.

4.3.1.10 Arbeitsamt Bergisch Gladbach

Das Arbeitsamt Bergisch Gladbach kann keine Angaben zu Anzahl und Diagnosen psychisch kranker/behinderter Arbeitsloser bzw. Arbeit Anstrebender im Oberbergischen Kreis machen.

Das Arbeitsamt setzt bei seinen Integrationsbemühungen für Benachteiligte primär nicht auf AB-Maßnahmen, sondern arbeitet vorrangig mit ca. vier- bis achtwöchigen Trainingsmaßnahmen oder mit Maßnahmen, die auf eine Teilqualifikation abzielen. Der Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die an diesen Teilqualifizierungen teilnehmen wird auf ca. 10 % geschätzt. Die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Diensten des psychiatrischen Hilfesystems ist fallbezogen. Nach der Umstrukturierung des Arbeitsamtes wird ab 2002 ein Reha-Berater an ein bis zwei Tagen auch in Gummersbach sein.

4.3.1.11 Sozialamt Gummersbach

Das Sozialamt Gummersbach kann keine Angaben machen über den Anteil und die Diagnosen psychisch Kranker/Behinderter an den ca. 70 ASS-Maßnahmen, die pro Jahr für Langzeitarbeitslose durchgeführt werden. Von den am Interview beteiligten MitarbeiterInnen des Sozialamtes wurde die Berücksichtigung von Informationen über psychische Erkrankungen in Fortbildungsmaßnahmen für sinnvoll erachtet. Im täglichen Kontakt mit Hilfeempfängern gebe es immer wieder Fälle, in denen eine psychische Erkrankung angenommen werden könnte. Möglicherweise werde diesen Menschen nicht in jedem Fall die passende Hilfe gewährt. Konkrete Hilfestellungen in diesen Fällen wären durchaus sinnvoll.[31]

4.3.2 Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Alle oben genannten Einrichtungen der Oberbergischen Gesellschaft nutzen als Instrument für die Planung, Durchführung und Kontrolle der bereitgestellten Leistungen die »Individuelle gemeindepsychiatrische Hilfeplanung« (IGHP), die auch den Themenbereich Tagesgestaltung/Arbeit/ Ausbildung berücksichtigt. Die Wohnheime sind vertreten und arbeiten mit in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Kreises. Ihre vorrangigen Kooperationspartner sind das Kreiskrankenhaus in Gummersbach, fallbezogen: Die Teilstationäre Arbeitstherapie in Marienheide, der Rönsahler Industrieservice und die RAPS Werkstatt für behinderte Menschen.

Die MitarbeiterInnen, die an den Interviews teilgenommen haben, bedauerten durchweg das Fehlen niederschwelliger und entgoltener Arbeitsmöglichkeiten für ihre Bewohne-

31 Das von der Oberbergischen Gesellschaft eingesetzte Instrument IGHP basiert in wesentlichen Teilen auf den Ergebnissen der Expertenkommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich und dem dort entwickelten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP).

rInnen/KlientInnen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Vermittlungschance sind bzw. den Anforderungen und Belastungen eines nichtindividualisierbaren Arbeitsverhältnisses nicht gewachsen wären.

Die Oberbergische Gesellschaft hat aus der Not eine konzeptionelle Tugend gemacht, indem sie in den Wohneinrichtungen auch beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Angebote vorhält und die therapeutisch Beschäftigten geringfügig entlohnt.

4.3.2.1 Betreutes Wohnen

Im Betreuten Wohnen wurden im Jahr 2001 71 KlientInnen betreut. Konzeptioneller Bestandteil der Arbeit im Betreuten Wohnen sind ggf. auch Hilfeleistungen im Bereich Arbeit. Von den betreuten KlientInnen waren neun auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, davon vier in einem Integrationsunternehmen. 21 KlientInnen arbeiteten in einer Werkstatt für behinderte Menschen, sechs nahmen an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation teil, elf besuchten eine Tagesstätte, vier waren arbeitslos und 30 Klienten bezogen eine Rente wg. Erwerbsminderung. 41 KlientInnen waren als schwerbehindert anerkannt und hatten einen Schwerbehindertenausweis.

Instrument für die Planung, Durchführung und Kontrolle der individuellen Hilfeleistungen ist die »Individuelle gemeindepsychiatrische Hilfeplanung« (IGHP), die auch den Themenbereich Tagesgestaltung/ Arbeit/Ausbildung berücksichtigt.

4.3.2.2 Wohnheime

Die nachfolgend aufgeführten Wohnheime der Oberbergischen Gesellschaft sind Einrichtungen, in der erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leben, »die auf Grund ihrer langjährigen Erkrankung nicht in der Lage sind, ihr Leben alleine zu ordnen«.[32] Aufgenommen werden Menschen mit Wohnsitz im Oberbergischen Kreis.

Das Langzeitwohnheim Landwehrhaus bietet zehn Wohnplätze. Zu den Zielen der Arbeit im Landwehrhaus gehört auch die Heranführung der KlientInnen an Arbeit und Beschäftigung. Von der Einrichtung wurden zum Zeitpunkt der Erhebung 18 KlientInnen betreut, von denen neun in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt waren, acht der BewohnerInnen waren erwerbsgemindert.

Das Langzeitwohnheim Zirrerhaus ist eine Einrichtung mit zwölf Wohnplätzen.[33] Bei den BewohnerInnen der Einrichtung handelt es sich in der Regel um ehemalige PatientInnen des Kreiskrankenhauses Gummersbach (einschl. Marienheide). Das Zirrerhaus hält für diejenigen BewohnerInnen, die keiner externen Beschäftigung nachgehen ein arbeitstherapeutisches Angebot mit geringfügigem Entgelt in den Bereichen Holzbearbeitung und Gartenarbeit vor. Das Haus betreute zum Zeitpunkt der Erhebung 17 KlientInnen, von

32 a.a.O., Langzeitwohnheim Landwehrhaus, S. 4.
33 a.a.O., Langzeitwohnheim Zirrerhaus, S. 4.

denen acht in einer Werkstatt für Behinderte (RAPS) beschäftigt waren. Zwölf der BewohnerInnen waren erwerbsgemindert.

Das Langzeitwohnheim Sonnenberg bietet zwölf Wohnplätze und verfügt über arbeitstherapeutische Angebote in den Bereichen Haus- und Landwirtschaft, die von den 18 BewohnerInnen genutzt werde

Das Langzeitwohnheim Nümbrecht bietet 14 Wohnplätze. Von den 14 BewohnerInnen arbeiten zwei in einer Werkstatt für Behinderte (RAPS), drei gehen einer entgeltlichen Tätigkeit in der Einrichtung nach, sechs sind erwerbsgemindert

Die Wohnstätte Lindenhof ist ein soziotherapeutisches Zentrum zur Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger mit 18 Plätzen. Aufgenommen werden vorrangig BewerberInnen mit Wohnsitz im Oberbergischen Kreis. Die Einrichtung verfügt über ein arbeitstherapeutisches Angebot in den Bereichen Hauswirtschaft, Café, Gartenarbeit und Holzverarbeitung. Für die 18-stündige wöchentliche Arbeit erhalten die Beschäftigten eine nach Arbeitsleistung und Sozialverhalten gestufte Prämie. Von den 18 BewohnerInnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung 15 in der Einrichtung, ein Bewohner nahm an einer berufsvorbereitenden Maßnahme teil, ein Bewohner stand in einem externen unbefristeten Arbeitsverhältnis.

4.3.2.3 Kontaktstelle

Die Kontaktstelle ist im »Vor- und Nachsorgebereich für klinische Aufenthalte anzusiedeln«.[34] Ihre Zielgruppe sind in erster Linie ehemalige Psychiatrie-PatientInnen und Angehörige sowie für Hilfesuchende in Krisen- und Konfliktsituationen. Über das Angebot üblicher Kontaktstellentätigkeit hinaus bietet die Einrichtung den BesucherInnen im Einzelfall auch Hilfen in kritischen Arbeitssituationen.

Im Jahr 2000 betreute die Kontaktstelle 172 KlientInnen. Von diesen arbeiteten 13 in einer Werkstatt für behinderte Menschen, 19 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und zwei in einem Integrationsbetrieb. 15 nahmen an berufsfördernden Maßnahmen teil, 14 waren arbeitslos gemeldet. Für 109 KlientInnen konnten nur vage Angaben gemacht werden (berentet wg. Erwerbsminderung, geringfügig beschäftigt, Tagesstättenbesucher).

4.3.2.4 Sozialpsychiatrische Tagesstätte

Die Sozialpsychiatrische Tagesstätte in Gummersbach bietet 15 Vollzeitplätze. Aufgenommen werden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Alter zwischen 21 und 60 Jahren, die nicht in der Lage sind ihren Tagesablauf allein zu gestalten; die darüber hinaus nicht in der Lage sind eine Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen (hier RAPS) aufzunehmen. Die Fähigkeit eine Werkstatt-Tätigkeit aufnehmen zu können ist ein wesentliches Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die Tagesstätte. Über die Förderung

34 Selbstdarstellung OGB, a. a. O., Kontaktzentrum, S. 5.

der Teilhabe am sozialen Leben hinaus, die beschäftigungstherapeutische Elemente enthält, für die auch geringfügig Entgelte gezahlt werden, macht die Tagesstätte keine arbeitsrehabilitativen Angebote. »Die Grundstörung der Tagesstättenbesucher ist in der Regel so weit chronifiziert, dass eine Rückkehr ins Berufsleben von vornherein ausgeschlossen ist. Diese Perspektive ist nur im Einzelfall vorhanden.«[35]

Kooperationspartner der Tagesstätte sind die »Teilstationäre Arbeitstherapie« (TAT) in Marienheide und die Tagesklinik. Die Tagesstätte ist vertreten in der Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und der »Entlasskonferenz« der Region. Die InterviewpartnerInnen würden sich mehr Auftragsarbeiten für die Tagesstätte wünschen, um den KlientInnen bessere Zuverdienstmöglichkeiten bieten zu können.

4.3.2.5. Sozialpsychiatrischer Dienst

Angaben über die Anzahl der Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu Hilfesuchenden für das Jahr 2000 liegen nicht vor.

4.3.3 Medizinische Rehabilitation

4.3.3.1 Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH

In der seit 1987 bestehenden »Teilstationären Arbeitstherapie« (TAT) werden 35 arbeitstherapeutische Plätze vorgehalten. Die Dauer der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ist abhängig vom individuellen Krankheitsverlauf. Im Unterschied zur stationären Arbeitstherapie leben die PatientInnen während der Dauer der medizinischen Rehabilitation nicht in der Klinik, sondern zu Hause. Die Rehabilitationsmaßnahme ist gegliedert in die Phase der »Arbeitstherapiediagnostik«, die Phase der »Belastungserprobung« und die Phase des »Berufsbezogenen oder Langzeittrainings«. In der letzten Phase klärt sich, ob eine Anstellung bei dem den Trainingsarbeitsplatz zur Verfügung stellenden Arbeitgeber möglich oder die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (RAPS) oder eine berufliche Qualifizierung nachfolgen angezeigt ist.

Im Jahr 2000 nahmen 30 psychisch kranke und fünf suchtkranke Patienten an der Maßnahme teil. Von 32 Patienten, die im Jahr 2000 die Maßnahme beendeten, handelte es sich bei vier um einen Abbruch. Drei haben eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgenommen, 25 begannen danach eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation.

Die Klinik arbeitet im Bereich medizinische/berufliche Rehabilitation insbesondere mit den Arbeitsämtern in Iserlohn und Bergisch Gladbach, der Tagesklinik, der Oberbergischen Gesellschaft, der Rönsahler Industrieservice GmbH, der RAPS Werkstatt für behinderte Menschen zusammen. Mit der OGB besteht hinsichtlich der arbeitstherapeutischen Ange-

35 Vgl. Oberbergische Gesellschaft zur Hilfe für psychisch Behinderte mbH, Kontaktzentrum Gummersbach, Gummersbach 1998, S. 5.

bote ein Versorgungsvertrag. Die Zusammenarbeit mit der Rönsahler Industrieservice GmbH ist institutionalisiert: Hier finden monatliche Informationsgespräche statt.

4.3.3.2 Übergangswohnheim Pattberghaus

Das Übergangswohnheim Pattberghaus in Marienheide bietet zehn Therapieplätze (Sozialtherapie). Ausschlusskriterium für eine Aufnahme im Pattberghaus ist das Bestehen einer akuten Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit.

Neben dem Erwerb lebenspraktischer sozialer und kognitiver Kompetenzen ist eine konzeptionelle Zielsetzung der Einrichtung, »die (Wieder-)Eingliederung der KlientInnen in das berufliche Leben«, im Sinne einer angemessenen Erwerbstätigkeit oder Beschäftigung.[36] Dafür steht eine Ergotherapeutin zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden 13 Personen von der Einrichtung betreut. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren drei der Klienten bei der RAPS GmbH beschäftigt, zwei arbeiteten gegen Entgelt in der Einrichtung, ein Klient nahm an einer berufsvorbereitenden Maßnahme teil. Sechs KlientInnen nahmen unentgeltlich am »Haushaltstraining« teil.

Im Pattberghaus wird die »Individuelle gemeindepsychiatrische Hilfeplanung« (IGHP) als Instrument der Planung, Durchführung und Kontrolle von Hilfeprozessen verwendet, die auch den Bereich Tagesgestaltung/Arbeit/Ausbildung berücksichtigt. Das Übergangswohnheim kooperiert im Bereich der beruflichen Eingliederung insbesondere mit der »Teilstationären Arbeitstherapie« (TAT) an der Klinik Marienheide, der RAPS GmbH, Werkstatt für Behinderte und der Rönsahler Industrieservice GmbH.

4.3.4 Krankenbehandlung

Die Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH betreibt an den Standorten Gummersbach und Marienheide zwei Krankenhäuser. Die Psychiatrische Klinik in Gummersbach verfügt über 97 Betten, die psychiatrische Klinik Marienheide über 140 Betten. Im Jahr 2000 erfolgten 3200 Aufnahmen, davon 1365 mit allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen.

Die arbeits- und beschäftigungstherapeutischen Angebote werden ausschließlich in Marienheide angeboten. In der stationären Beschäftigungstherapie stehen bis zu 20 Plätze zur Verfügung. Täglich nehmen in fünf Gruppen zwölf bis vierzehn PatientInnen dieses Angebot in Anspruch.

36 a. a. O., Übergangswohnheim Pattberghaus, S. 5.

4.3.5 Gremien und Steuerungsinstrumente im Oberbergischen Kreis

Seit 1977 wurde im Oberbergischen Kreis ein differenziertes, gemeindenahes psychiatrisches Versorgungssystem aufgebaut. Begünstigt durch die Teilnahme am Modellprogramm Psychiatrie konnte nachgewiesen werden, dass die außerstationären Behandlungs- und Betreuungsalternativen sinnvoll und effizient sind. Der 1997 verabschiedete Psychiatrie-Plan fordert die Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Durch die Individualisierung der Hilfen sollen auch desintegrierte Patienten, die nicht fähig sind, selbstständig Hilfe aufzusuchen und zu verknüpfen, vom Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) versorgt werden. Innovative Lösungsmöglichkeiten der Finanzierungsfragen wurden vor 20 Jahren im Rahmen des regionalen Psychiatrie-Budgets Oberberg aufgezeigt. In Zeiten knapper Ressourcen sind geeignete Koordinations- und Kooperationsformen festzulegen, die notwendigen Leistungen und Maßnahmen institutionsübergreifend zu definieren sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung verbindlich zu regeln und bei der Mittelvergabe zu berücksichtigen.

Seit 1998 ist die Einrichtung von kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) verankert. Die Gesundheitskonferenz berät Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordination und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Unter Beteiligung der Handelnden sollen so vor Ort maßgeschneiderte Lösungen entwickelt und umgesetzt werden. Die Handlungsempfehlungen werden von den Beteiligten in Selbstverpflichtung umgesetzt oder bei Bedarf anderen Entscheidungsgremien übermittelt. Ab dem Jahr 2000 wurden die schon früher bestehenden Gremien und Steuerungsinstrument aus dem Bereich der Psychiatrie als Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenz zugeordnet. Es handelt sich dabei um den Psychiatriebeirat, den Qualitätszirkel Sucht und um die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft. Die Struktur ist dem Organigramm Gesundheitskonferenz zu entnehmen (Abb. B-1). Seit 01.09.2002 besteht der GPV im Oberbergischen Kreis. Die Struktur der Gremien des GPV sind dem Organigramm Gremien des GPV zu entnehmen (Abb. B-2). Ein Runder Tisch Arbeit befindet sich noch in der Planung.

4.3.5.1 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

In den etwa vierteljährlich tagenden Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft sind grundsätzlich alle Einrichtungen und Dienste des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems überwiegend auf der Mitarbeiterebene vertreten. Dieses Gremium dient entsprechend den bereits in der Psychiatrie-Enquete beschriebenen Zielen vorwiegend dem Informations- und Erfahrungsaustausch sowie der Fortbildung.

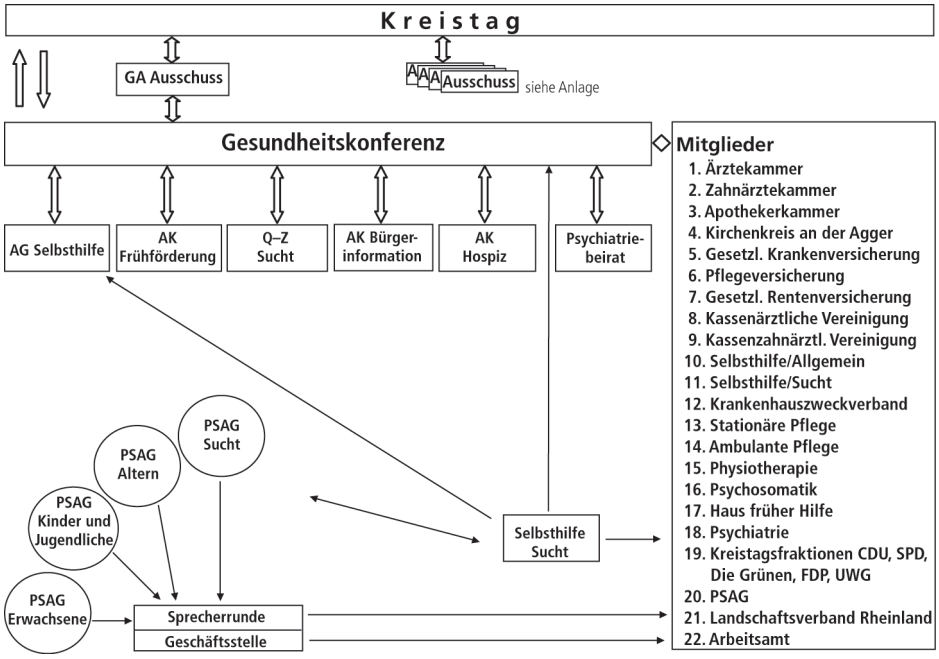


Abb. B-1: Organigramm Gesundheitskonferenz

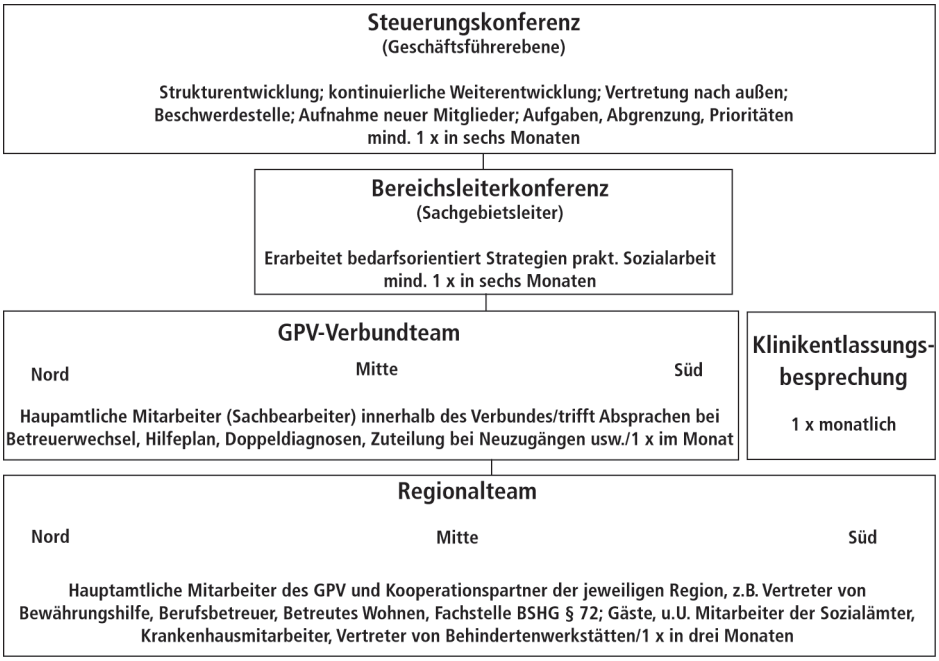


Abb. B-2: Gremien des GPV im Oberbergischen Kreis

4.3.5.2 Psychiatrie-Beirat

In dem im Oberbergischen Kreis bereits seit 1990 bestehenden Psychiatrie-Beirat ist die Leitungsebene der psychiatrischen Einrichtungen und Dienste (Geschäftsführer der Oberbergischen Gesellschaft, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung etc.) vertreten. Daneben gehören dem Beirat u. a. an: ein Vertreter des Landschaftsverbandes Rheinland, zwei Vertreter der Krankenkassen, ein Vertreter der Kassenärztlichen Versorgung, ein Vertreter der Ärztekammer sowie ein Mitglied von jeder im Gesundheitsausschuss vertretenen Fraktion. Die Psychiatrieplanung ist ein Steuerungszyklus, bestehend aus den Schritten Information, Ist-Analyse, Abstimmung z. B. in der Gesundheitskonferenz, Gesundheits- und Sozialausschuss, Psychiatriebeirat und PSAG sowie Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse.

Im Jahr 1998 trat in Nordrhein-Westfalen ein neues Landesgesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Kraft, in dem unter anderem den örtlichen Gesundheitsämtern die Aufgabe zur Einrichtung einer »kommunalen Gesundheitskonferenz« und deren Geschäftsführung übertragen wurde. In dieser kommunalen Gesundheitskonferenz bildet der Psychiatrie-Beirat seither eine Untergruppe. Er tagt in der Regel zweimal jährlich. Dem Psychiatriekoordinator wurde somit ein kompetentes Beratungsgremium an die Seite gestellt.

4.3.5.3 Der Gemeindepsychiatrische Verbund

Die Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbundsystem ist in Deutschland jeweils von regionalen Besonderheiten geprägt. Die im Modellprogramm Psychiatrie im Oberbergischen Kreis entwickelte Struktur der Versorgung im außerstationären Bereich wurde später im Rheinland vom LVR unter dem Begriff »Sozialpsychiatrischer Zentren« aufs gesamte Rheinland übertragen. Es geht im Wesentlichen um eine am regionalen Bedarf ausgerichtete Ausgestaltung von so genannten komplementären Hilfeangeboten. Die beiden Sozialpsychiatrischen Zentren im Oberbergischen Kreis umfassen Angebote in den Bereichen Tagesgestaltung und Kontaktstiftung. Während in vielen Regionen unterschiedliche Träger an der Versorgung beteiligt sind, befinden sich diese Angebote im Oberbergischen Kreis durchgängig in der Trägerschaft der Oberbergischen Gesellschaft, sodass durch diese Organisationsstruktur bereits die Voraussetzungen für ein abgestimmtes und koordiniertes Hilfeangebot im Bereich der komplementären psychiatrischen Angebote gegeben war.

Einen wesentlichen weiteren Schritt zum Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Oberbergischen Kreises bildete die Beteiligung von freien Trägern an den nach dem PsychKG NW zu erbringenden Pflichtaufgaben im Bereich der vorsorgenden und nachgehenden Hilfen. Hierzu wurden auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen die früher vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises durchgeführte Fachberatung und Betreuung von Suchtkranken und psychisch kranken Menschen auf die Träger psychiatrischer Hilfsangebote übertragen, die dafür die früher beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises tätigen Sozialarbeiter/-innen übernommen haben (für den Bereich der Psychiatrie ist dies die Oberbergische Gesellschaft; daneben sind im Bereich der Suchtkrankenhilfe noch Caritas und Diakonie als Träger beteiligt).

4.3.5.4 Psychiatrie-Koordination

Seit 1980 bis 1999 war die Psychiatriekoordination beim Träger der Psychiatrischen Klinik angesiedelt. Seit 1985 bestand ein Kooperationsvertrag mit dem Oberbergischen Kreis. Ab Mitte 1999 wurde die Psychiatriekoordination als Teilaufgabe des neu geschaffenen Sachgebietes Kommunale Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung und Koordination beim Kreisgesundheitsamt angesiedelt. Nach dem ÖGDG beziehen sich die Koordinationsaufgaben auf die Bereiche: ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitsförderung, Umweltmedizin, psychiatrische und Suchtkrankenversorgung, medizinische und soziale Versorgung älterer Menschen, AIDS-Aufklärung, -Beratung, -Versorgung.

4.3.6 Zusammenfassung

In der Region Oberbergischer Kreis besteht ein gut entwickeltes Angebot zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben. Die Einrichtungen und Dienste sind je gut informiert über die bestehende arbeitsrehabilitative Versorgungsstruktur. Zwischen dem psychiatrischen Hilfesystem und der Arbeitswelt bestehen über lange Jahre hinweg auf-, ausgebaute und gut gepflegte Beziehungen, die einige Unternehmen in der Region einschließen.

Die entwickelte Kommunikationskultur in der Region ist eine Spezialität im Oberbergischen Kreis, die sich insbesondere jahre- bzw. jahrzehntelanger personaler Kontinuität und persönlicher Kontakte verschiedener relevanter Personen und Gruppen zu verdanken scheint. Das hat zur Folge, dass verschiedene Einrichtungen/Gesellschaften über die tragenden Gesellschafter miteinander verflochten sind. Die kreativen Lösungen der Oberbergischen Region sind nicht verallgemeinerbar.

Über die unterschiedlichen Kooperationsebenen und informellen Beziehungen zwischen den Leistungserbringern hinaus gibt es keine bedarfsorientierte Koordination und Steuerung des regionalen Angebotes. Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft hat über das psychiatrische Hilfesystem hinaus keine Koordinations- und Steuerungskompetenz.

Eine standardisierte Hilfeplanung wird bislang lediglich von den Einrichtungen und Diensten der Oberbergischen Gesellschaft eingesetzt, findet jedoch über die Einrichtungsgrenzen hinweg keine Anwendung. Eine leistungsträger- und -erbringerübergreifende Rehabilitations- und Integrationsplanung besteht im Oberbergischen Kreis noch nicht.

Von den meisten GesprächspartnerInnen wird der Mangel an niederschwelligen Arbeitsangeboten mit Zuverdienstmöglichkeit bedauert. Hier bestehe eine Lücke zwischen den Angeboten von Wasch- und Reinigungsservice gGmbH und Rönsahler Industrieservice sowie der RAPS Werkstatt für behinderte Menschen auf der einen und dem Tagesstättenangebot und den arbeitstherapeutischen Angeboten der Wohneinrichtungen auf der anderen Seite.

5 Koordination und Steuerung

Die klientenbezogene bedarfs- und zielorientierte, koordinierte und verbindliche Zusammenarbeit von Leistungserbringern und -trägern zur Bereitstellung und Umsetzung von geeigneten Hilfen zur Erlangung bzw. Erhaltung von Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, basiert auf der entwickelten Kooperationskultur in einer (Versorgungs-)Region. Dieser Prozess fixierter regelhafter Leistungsgestaltung ist für den Bereich des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems ausgesprochen innovativ und mit dem »Implementationsprojekt« der Aktion Psychisch Kranke erfolgreich auf Wirkung in die Breite angelegt.

Er basiert auf dem durch die Expertenkommission geprägten und von der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich erweiterten Begriff des »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« mit den Aufgabenbereichen »Verpflichtung zur zeitgerechten und angemessenen Versorgung«, »Sicherstellung der Leistungserbringung von integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungsprogrammen)« sowie »Weiterentwicklung des Leistungsspektrums durch Qualitätsverbesserung und Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und die Ressourcen«.[37]

Formen und Strukturen der Zusammenarbeit entwickeln sich über unterschiedlich lange Zeiträume, je nachdem mit welcher Intensität die Zusammenarbeit betrieben und forciert wird. Schematisch kann eine vierstufige Entwicklung dargestellt werden: »Klientenbezogenen Kooperation« (1. Stufe), »Einrichtung verbindlicher Kooperationsstrukturen« (2. Stufe), »vertraglich fixierte Kooperation« (3. Stufe), »Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbundes« (4. Stufe).[38]

Für den Bereich »Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«, für die Angebote zur Erlangung und/oder Erhaltung eines Arbeitsverhältnisses, sind derartige Verbundlösungen noch nicht abzusehen. Unabdingbare Voraussetzung für in diese Richtung zielende Diskussionsprozesse auf regionaler Ebene ist allerdings die Entwicklung einer Kultur regionaler Zusammenarbeit. Diese ist in den Erhebungsregionen – wie beschrieben – unterschiedlich ausgeprägt und entspricht dem oben bereits dargestellten Stufenmodell. Dazu mögen die in den nachfolgenden Überlegungen genannten Gründe nicht unwesentlich beigetragen haben:

- Die Entwicklung einer spezifischen Kooperationskultur ist abhängig von kontinuierlichen Arbeitsbeziehungen über einen längeren Zeitraum. Es sind nicht Institutionen und Strukturen, die Fortschritte erzielen, sondern konkretes persönliches Engagement.
- Für den Fortschritt in der regionalen Zusammenarbeit ist ein nennenswertes arbeitsrehabilitatives Angebot ebenso Voraussetzung wie ein ihm entsprechendes Angebot an

37 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 116, Baden-Baden 1999, S. 283 ff.

38 a.a.O., S. 288.

Arbeits- und Beschäftigungsplätzen unterschiedlicher in- und extensiver Belastungs- und Leistungsanforderungen.

- In der Vergangenheit haben arbeitsrehabilitative Initiativen und Arbeitsinitiativen häufig von psychiatrischen Kliniken ihren Ausgang genommen. In Regionen in denen psychiatrische Kliniken als starke und engagierte Partnerinnen oder Initiatorinnen agierten, gelang im Weiteren auch die Gestaltung produktiver Arbeitsbeziehungen.
- Gegenwärtige Formen und Intensitäten regionaler Zusammenarbeit sind Ausdruck einer Geschichte, in der dem Thema »Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen« an verschiedenen Orten zu gleichen Zeiten je andere Bedeutung beigemessen worden ist. Sie sind damit auch determiniert durch Brüche in diesem wirtschaftlichen und historischen Prozess.

Dies wird auch durch eine zum Themenkomplex »Koordination und Steuerung« eigens durchgeführte Befragung (Fragebogen) der bestehenden Gremien »Rehabilitation und Arbeit« im Rheinland bestätigt. Diese auch »Runde Tische« genannten Gremien sind vor zehn Jahren, initiiert von der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) und mit Unterstützung der Psychiatriekoordinatoren, etabliert worden. Zweck war eine Bestandsaufnahme der regionalen Rehabilitationsangebote und der Ermittlung von Bedarfszahlen im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland, die in den Zusammenhang »einer gemeindepsychiatrischen Versorgung und Zielplanung« eingeordnet sein sollte. Eine solche Bestandsaufnahme ist allerdings in keiner Region zu einem Abschluss geführt worden.[39]

Welche Aufgaben diese Gremien mit welchem Teilnehmerkreis gegenwärtig erfüllen, mit welchen Kompetenzen sie ausgestattet sind und welche Zielsetzungen sie haben, sollte im Rahmen einer kleinen Erhebung ermittelt werden. 25 »Runde Tische« wurden angeschrieben, 20 antworteten, 16 Fragebögen wurden ausgewertet. Die TeilnehmerInnen an »Rehabilitation und Arbeit« vertraten in ihrer großen Mehrzahl Leistungserbringer, an einigen wenigen waren auch Leistungsträger beteiligt.

Die Aufgaben der »Runden Tische« verteilen sich auf Informationsaustausch (30 %), Diskussion – von »Empfehlungen können gegeben werden (in 14 Fällen bis »Entscheidungen werden vorbereitet (in vier Fällen) – der strukturellen Entwicklung in der Region (26 %), Abstimmung der Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen und Dienste (14 %) und in Fallbesprechungen (8 %). In keinem Fall sind den Gremien »Rehabilitation und Arbeit« von den beteiligten Akteuren verbindliche, d. h. vertraglich geregelte Kompetenzen übertragen worden, die betreffen:

- Feststellung des regionalen Hilfebedarfes und ggf. koordinierte Komplettierung des notwendigen qualitativen Leistungsangebotes in der Region,
- kollektive Steuerung des quantitativen Leistungsangebotes in der Region,
- Leistungsträger und -erbringer übergreifende personenzentrierte Hilfeplanung.

Nachhaltige personenbezogene, zielorientierte Planungs- und Steuerungsprozesse bedürfen eines entwickelten Controllings. Die Erhebung hat gezeigt, dass eine einrichtungs-

39 Ergebnisse einer Befragung der Sprecher der Gremien »Rehabilitation und Arbeit« während ihrer 18. Fachkonferenz, am 22.11.2001 in Köln.

bezogene Dokumentation des Leistungsgeschehenes zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nur vereinzelt erfolgt oder dass entsprechende Daten nicht zur Verfügung gestellt werden (konnten) und, darüber hinausgehend, dass die regionalen Leistungsprozesse überhaupt nicht abgebildet und bilanziert werden. Es liegen in keiner der Erhebungsregionen Daten vor, die zur Bewertung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationsgeschehens insgesamt geeignet wären.

In der Konsequenz – nichtvorhandene Daten, global- einrichtungs- und maßnahmebezogene Steuerung – kann die durchaus drängende Frage der *personenbezogenen* Effizienz (zielorientiert) und Effektivität (ressourcenorientiert) rehabilitativer Leistungen und Prozesse, bezogen auf das regionale Rehabilitationsgeschehen, da nirgends gestellt, auch nicht beantwortet werden. Mithin ein misslicher Umstand.

6 Schnittstellenprobleme

6.1 Teilzeitbeschäftigung

In allen Regionen wird seitens der InterviewpartnerInnen ein Defizit an Arbeitsmöglichkeiten im Bereich entgoltener geringfügiger Beschäftigung für psychisch Kranke mit fluktuierendem Krankheitsverlauf und diskontinuierlichem Leistungsvermögen beklagt.[40] Wo solche Arbeitsmöglichkeiten bisher geschaffen wurden, verdanken sie sich bislang der Initiative der Freien Wohlfahrtspflege und einzelner Integrationsunternehmen. Entgoltene Beschäftigungsmöglichkeiten gibt es (fast) nicht.[41]

Allein für die Erhebungsregionen kann ein Bedarf von insgesamt rund 300 Plätzen angenommen werden. Das entspricht einem Bedarf von 0,3 Teilzeitbeschäftigungsplätzen je 1000 Einwohner. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt auch eine für das Land Hamburg durchgeführte Bedarfsermittlung (500 Plätze bei 1,7 Mio. Einwohnern). Auch im Zwischenbericht zum Modellprojekt des Landschaftsverbandes Rheinland »Stundenweise Beschäftigung für Behinderte«[42] wird darauf hingewiesen, dass ein Bedarf an entsprechenden Arbeitsmöglichkeiten schon seit längerem besteht und bekannt ist: »Die Notwendigkeit eines der Personengruppe der psychisch behinderten Menschen angemessenen, möglichst niederschwelligen Angebots zur Qualifizierung und Beschäftigung/Arbeit ohne die üblichen Zugangsbedingungen bereits bestehender Angebote der beruflichen Rehabilita-

40 Zum Personenkreis, der Teilzeitbeschäftigung (Geringfügige Beschäftigung) bedarf und nachfragt vgl. den Zwischenbericht zum Modellprojekt »Stundenweise Beschäftigung für Behinderte« des Landschaftsverbandes Rheinland, FAF (2000) , o. O., o. J.

41 Vereinzelt bieten Tagesstätten ein solches spezifische Arbeits- und Beschäftigungsangebot. Auch hierbei handelt es sich um länderspezifische und nur vereinzelt realisierte Spezialitäten. Das Gleiche gilt für das nachfolgend genannte Modellprojekt des Landschaftsverbandes Rheinland, dem eine breite und nachhaltige Wirksamkeit nur zu wünschen wäre.

42 a. a. O.

tion und Integration wird (...) im Rheinland bereits seit Jahren diskutiert. (...) ein großer Teil des Personenkreises bleibt von Beschäftigung und Arbeit ausgegrenzt. Insbesondere dem Personenkreis mit einer chronischen Erkrankung bleibt der Zugang zu den oben aufgeführten Angeboten (gemeint sind die institutionellen arbeitsrehabilitativen Angebote; B. J.) verschlossen, da dieser häufig die Zugangsbedingungen zu den Angeboten nicht erfüllt.«[43]

»Zuverdienst« oder »Stundenweise Beschäftigung« ist ein Stiefkind im Themenkomplex »Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben«.

Der fließende Übergang von sozialer Rehabilitation in der Form strukturierter Tagesgestaltung – vorrangig von Kontakt- und Beratungsstellen und Tagesstätten angeboten – hin zu mehr oder weniger stark ausgeprägter und abgestuft verbindlicher Beschäftigung (nach Länge des Arbeitstages, Verteilung der Arbeitszeit und Gestaltung des Entgeltes), die dann teilweise an Tagesstätten anderen komplementären Einrichtungen angegliedert ist, und die vermeintliche »Ferne« des Problems zum allgemeinen Arbeitsmarkt, mag ein Grund für dessen unzulängliche Berücksichtigung in der Fachdiskussion sein. Ein weiterer mag darin liegen, dass es hinsichtlich der hier in Rede stehenden Entgelte um sehr kleine Beträge geht.[44] Mit dem »Gesetz über Teilzeit und befristete Arbeitsverträge« (Teilzeit- und Befristungsgesetz –TzBfG) hat die Bundesregierung ein Instrument geschaffen, das geeignet sein könnte, das Thema »Zuverdienst« auf die Ebene der Teilzeitarbeit und damit auf eine -solide Grundlage zu stellen. In diesem Gesetz wird der Teilzeitbeschäftigte als Arbeitnehmer definiert, »dessen regelmäßige Wochenarbeitszeit kürzer ist als die eines vergleichbaren vollbeschäftigten Arbeitnehmers«, wobei ausdrücklich geringfügig Beschäftigte (325,- Euro-Jobs) mit erfasst sind (§ 2 TzBfG) Dabei ist auch eine flexible Arbeitszeitgestaltung – Arbeit auf Abruf – möglich (§ 12 TzBfG).

Zusammenfassend lässt sich formulieren: Für psychisch behinderte Menschen mit fluktuierendem Krankheitsverlauf und diskontinuierlichem Leistungsvermögen stellen Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse (Geringfügige Beschäftigung), verbunden mit Arbeitsentgelt (gemäß § 4 Abs. 1 TzBfG), häufig die einzige ihrer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit entsprechende Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben dar. Daraus ergibt sich ein unmittelbarer Handlungsbedarf:

1. Zu fördern ist die Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze in Unternehmen (einschließlich. Integrationsunternehmen).[45]
2. Werkstätten für behinderte Menschen sollten ihrerseits eine je Region näher zu bestimmende Anzahl an Arbeitsplätzen für Teilzeitbeschäftigte (Geringfügige Beschäftigung) in spezifischer betrieblicher Organisationsform bereitstellen.
3. Bestehende »graue« Beschäftigungsverhältnisse im Rahmen von Arbeitstrainingsan-

43 a. a. O., S. 51.

44 Aus dem Zwischenbericht geht hervor, dass 43 % der Beschäftigten in den Zuverdienstangeboten, die am Modellprojekt des Landschaftsverbandes teilgenommen haben einen Stundenlohn bis 5,00 DM, 16 % von 5,00 DM bis 7,50 DM, 4 % von 7,50 DM bis 10,00 DM, 14 % von 10,00 DM bis 12,50 DM verdienten. Nur 2 % der Beschäftigten erhielten mehr als 12,50 DM Stundenlohn.

45 Voraussetzung wäre insbesondere die Modifizierung des Arbeitsplatzbegriffes in den §§ 73 Abs. 3 und 102 Abs. 2 SGB IX, wonach gegenwärtig als Arbeitsplatz nicht anerkennt ist, worauf ArbeitnehmerInnen weniger als 15 Stunden wöchentlich beschäftigt sind.

geboten in komplementären Einrichtungen und an Dienste angegliedert (Wohnangebote – auch Tagesstätten) sind als Teilzeitbeschäftigung anzuerkennen und ebenfalls zu fördern.

6.2 Medizinische/berufliche Rehabilitation

Das Instrument der Stufenweisen Wiedereingliederung[46] wird in den Erhebungsregionen lediglich von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen und ihrer Außenstelle in Hofgeismar häufig genutzt. Im Oberbergischen Kreis ist es der Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses gelungen, die Bereiche Behandlung – medizinische/berufliche Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben zu verknüpfen und eine Kontinuität der rehabilitativen und integrierenden Prozesse zu erreichen.[47]

In diesen Kontext gehört auch die Übergangseinrichtung Pattberghaus, die Behandlungs- und Wohnplätze anbietet und – im Rahmen einer Kooperation – medizinische Rehabilitation durch die teilstationäre Arbeitstherapie in Marienheide erbringen lässt. Dies ist eine »regionale Spezialität« ohne nachhaltige Breitenwirkung, der sich keinem geregelten und planvollen Prozess der Gestaltung medizinisch-beruflicher Rehabilitation auf Länder- oder Bundesebene verdankt, vielmehr auf die Initiative und das Engagement von Personen und Gruppen in der Region zurückzuführen ist.

Die (so genannte) Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke in Halle (RPK Sachsen-Anhalt) erbringt keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation, sondern erbringt ausschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesanstalt für Arbeit. Die Krankenkassen verweigern bislang die vertragliche Regelung. In der Region Kassel gibt es eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke mit 20 Plätzen und einem Einzugsgebiet, dass nahezu den gesamten nord- und teilweise osthessischen Raum abdeckt. In der ganzen Bundesrepublik gibt es insgesamt 24 Einrichtungen mit 692 Plätzen.

Die weitergehenden Vorschläge der Aktion Psychisch Kranke zur medizinischen Rehabilitation, diese in der Form *ambulanter Komplexleistungen* auf der Grundlage bestehender sozialrechtlicher Regelungen zu erbringen, sind nur vereinzelt und ansatzweise realisiert.[48]

---

46 § 28 SGB IX (in Verbindung mit § 74 SGB V): »Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.«

47 Vgl. dazu den Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum »Modellprojekte Berufliche Integration am Kreiskrankenhaus Gummersbach, in der Klinik Marienheide«, hg. vom Landschaftsverband Rheinland, Köln 1996.

48 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden 1999, S. 299 ff.

Statistischer Anhang zu den Reginalberichten

1. Arbeit und Beschäftigung (2000)

Tabelle B-6: Integrationsfirmen

	Plätze	Klienten	Psych. Beh.
TSE, Integrationsfirma, Halle	80	80	60
ProLab Beschäftigungs mbH	20	20	5
WRS Gemeinnützige Service GmbH, ObK	16	16	10
Rönsahler Industrie Service, ObK	24	23	20
Summe	**140**	**139**	**95**

2. Arbeitsrehabilitative Maßnahmen

Tabelle B-7: Zuverdienst

	Plätze	Klienten	Psych.Beh.
Labyrinth e.V: Schmetterling, Halle	29	41	41
Albatros, Sozialtherapie Kassel (im Rahmen der Tagestätte)	12	12	12
Summe	**41**	**53**	**53**

Tabelle B-8: Kliniken (Anzahl der Plätze)

		Vollstationäre AT	Teilstationäre AT	Wiedereingliederungslehrgang	Betriebliche Qualifizierungsmaßnahme
Kassel	KPPM Merxhausen	70	10		
Kassel	Ludwig-Noll-Krankenhaus	33			
Halle	Psychosoziale Tagesklinik				
Halle	Universitätsklinik Halle				
Halle	Städtisches PKH				
ObK	Klinik Marienheide		35	15	20
	Summe	**103**	**45**	**15**	**20**

Tabelle B-9: Tagesstätten (Anzahl der Plätze für Ergotherapie und Zuverdienst)

		Ergotherapie	Arbeit/Zuverdienst
Kassel	Ludwig-Noll-Verein	18	
Kassel	Sozialtherapie Kassel	10	12
Kassel	Kaufungen	12	
Kassel	Wolfhagen		
Kassel	PSZ Hofgeismar	15	
Halle	Paul-Riebeck-Stiftung		
Halle	Tagesstätte Falladaweg	12	
ObK	Tagesstätte Gummersbach	15	
	Summe	**82**	**12**

Tabelle B-10: WfbM

	Trainingsbereich Plätze	Trainingsbereich Klienten	Trainingsbereich Psych. Beh.	Arbeitsbereich Plätze	Arbeitsbereich Klienten	Arbeitsbereich Psych. Beh.
Fuldabrücker Werkstätten	41	45	45	194	251	251
Hallesche Behindertenwerkst. (für geistig Behinderte)	18	31	0	162	186	4
RAPS	34	34	34	95	95	95
Summe	93	110	79	459	532	347

Tabelle B-11: RPK

	Berufliche Reha (Plätze)	Berufliche Reha (Klienten)	Berufliche Reha (Psych. Beh.)
RPK Guxhagen	20	24	24
RPK Sachsen-Anhalt (TSE)	40	51	51
Summe	60	75	75

3. Maßnahmeabschluss

Kliniken

Keine Angaben. Ma enheide, Betriebliche Qualifizierungsmaßnahme: 50 % nach Abschluss auf dem allgemeine Arbeitsmarkt und beruflicher Wiedereingliederungslehrgang: 53 % nach Abschluss auf em allgemeinen Arbeitsmarkt

Tabelle B-12: Tagestätten

	Tagesstätte Gummersbach			Tagesstätte Falladaweg		
	ges	m	w	ges	m	w
Anzahl Entlassungen	2		2	5		
WfbM	1		1			
Allgem. Arbeitsmarkt						
Integrationsfirma	1		1			
Ausbildung/Umschulung						
arbeitslos/Rente				5		

	Tagesstätte Ludwig-Noll-Verein			Tagesstätte Sozialtherapie		
	ges	m	w	ges	m	w
Anzahl Entlassungen	5	1	4	12	7	5
WfbM				1	1	
Allgem. Arbeitsmarkt						
Integrationsfirma						
Ausbildung/Umschulung				3	2	1
arbeitslos/Rente	5	1	4	8	4	4

	Tagesstätte Kaufungen			Tagesstätte Wolfhagen		
	ges	m	w	ges	m	w
Anzahl Entlassungen	7	4	3	3	2	1
WfbM	1	1				
Allgem. Arbeitsmarkt						
Integrationsfirma						
Ausbildung/Umschulung	1		1			
arbeitslos/Rente	5	3	2	3	2	1

	Tagesstätte Hofgeismar			Alle Tagesstätten		
	ges	m	w	ges	m	w
Anzahl Entlassungen	2	1	1	31	15	16
WfbM	1	1		4	3	1
Allgem. Arbeitsmarkt				0	0	0
Integrationsfirma	1		1	2	0	2
Ausbildung/Umschulung				4	2	2
arbeitslos/Rente				26	10	11

Tabelle B-13: WfbM

	Anzahl Entlassungen			Danach in Integrations-firma			Danach in WfbM			Danach arbeitslos		
	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w
Fuldabrücker Werkstätten	40				3	2	1					
Hallesche Behindertenwerkstätten												
RAPS (ObK)	8	5		3			1	0	1	7	6	1

Tabelle B-14: RPK

Berufliche Situation nach Entlassung	RPK Sachsen-Anhalt			RPK Guxhagen		
	ges	m	w	ges	m	w
Entlassungen gesamt	26			20	15	5
WfbM				2	1	1
Allgemeiner Arbeitsmarkt	5			2	1	1
Ausbildung/Umschulung	9			5	3	2
Arbeitslos	5			3	3	0

Tabelle B-15: Ambulante Rehabilitationsangebote (Oberbergische Region)

Berufliche Situation nach Entlassung	Beruflicher Wiedereingliederungslehrgang			Berufliche Qualifizierungsmaßnahme		
	ges	m	w	ges	m	w
Entlassungen gesamt	10			14		
WfbM	1					
Allgemeiner Arbeitsmarkt	6			7		
Ausbildung/Umschulung						
Arbeitslos	2					

Tabelle B-16: Integrationsfirmen

Berufliche Situation nach Entlassung	TSE			Rönsahler Industriebetriebe		
	ges	m	w	ges	m	w
Entlassungen gesamt	13			26	14	12
WfbM				2	1	1
Allgemeiner Arbeitsmarkt	4			2	2	0
Integrationsbetrieb				6	4	2
Ausbildung/Umschulung	2			9	3	6
arbeitslos	7			1	0	1

Von den Firmen ProLab (Kassel) und WRS gGmbH (Oberbergische Region) lagen keine Zahlen vor

Tabelle B-17: Zuverdienst

Berufliche Situation nach Entlassung	Schmetterling		
	ges	m	w
Entlassungen gesamt	4	4	0
WfbM	1	1	0
Allgemeiner Arbeitsmarkt	1	1	0
Integrationsbetrieb	1	1	0
Ausbildung / Umschulung	1	1	0
arbeitslos	2	2	0

Die Eingliederungszahlen des Zuverdienstangebotes »Albatros« in Kassel, sind in den Zahlen der Tagesstätte Sozialtherapie Kassel berücksichtigt.

4. SB-Ausweis

Tabelle B-18: Tagesstätten

	Klienten gesamt	mit SB-Ausweis	mit SB-Ausweis %
Gummersbach	25	10	40
Ludwig-Noll-Verein	19	4	21
Sozialtherapie	65	20	31
Kaufungen	18	7	39
Wolfhagen	18	10	56
Hofgeismar	15	5	33
Falladaweg	15	9	60
Summe	**175**	**65**	

Tabelle B-19: WfbM

	Klienten gesamt	mit SB-Ausweis	mit SB-Ausweis %
Fuldabrück	199	120	60
RAPS	129	77	60
Summe	**328**	**197**	

Tabelle B-20: RPK

	Klienten gesamt	mit SB-Ausweis	mit SB-Ausweis %
Sachsen-Anhalt	51	3	6
Guxhagen	52	8	16
Summe	**103**	**11**	

Tabelle B-21: Integrationsfirmen

	Klienten gesamt	mit SB-Ausweis	mit SB-Ausweis %	gleichgestellt	gleichgestellt %
TSE	80	14	18	4	
WRS gGmbH, ObR	19	13	68	2	11
Rönsahler Industrie Service	23	23	100		
Summe	**122**	**50**		**6**	**1**

Tabelle B-22: Berufsbegleitender Dienst

	Klienten gesamt Beratung u. Betreuung	mit SB-Ausweis	ohne SB-Ausweis	gleichgestellt	mit SB-Ausweis %
Halle	41	37	4	4	1
Oberbergische Region	78	49	29	1	37
Summe	**119**	**86**	**33**	**5**	

5. Anzahl der Plätze und Klienten in Betreuten Wohnformen (2000)

Tabelle B-23: Wohnheime

Region	Name	Anzahl Plätze	männlich		weiblich	
			bis 49 Jahre	ab 50 Jahre	bis 49 Jahre	50 Jahre
Kassel	Haus Roseneck	32	14	7	8	3
Kassel	Haus am Heimbach	28	12	1	8	7
Kassel	PSZ Hofgeismar	14	8	2	2	2
Halle	Paul-Riebeck-Stiftung	45	18	9	10	9
ObK	Padberghaus	13	6	0	7	0
ObK	Langzeitwohnheime für psychisch Kranke	78	37	16	18	7
	Summe	**210**	**95**	**35**	**53**	**28**

Die Plätze sind ausschließlich für psychisch Behinderte. Die Anzahl der Plätze entspricht der Anzahl der Bewohner.

Tabelle B-24: Betreutes Wohnen

Region	Name	Anzahl		männlich		weiblich	
		Plätze	Klienten	bis 49 Jahre	ab 50 Jahre	bis 49 Jahre	ab 50 Jahre
Kassel	Partner für psychisch Kranke e.V.	53	53	18	6	20	9
Kassel	Emstaler Verein	67	67	23	11	22	11
Kassel	Ludwig-Noll-Verein	63	63	17	12	14	20
Kassel	Diakonie	37	37	17	9	5	6
Kassel	Sozialtherapie Kassel e.V.	42	41	15	4	16	6
Halle	Verein für Rehabilitation Behinderter	60	63	19	12	23	9
ObK	Oberbergische Gesellschaft	71	71	26	6	28	11
	Summe	**393**	**395**	**135**	**60**	**128**	**72**

Die Plätze sind ausschließlich für psychisch Behinderte.

6. Beschäftigungssituation in Betreuten Wohnformen (2000)

Tabelle B-25: Wohnheime

Name	Allgemeiner Arbeitsmarkt			WFbM			Zuverdienst intern			Tagesstätte			Ausbildung Reha			Rente			arbeitslos			ohne Beschäftigung		
	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w	ges	m	w
Haus Roseneck	0	0	0	19	15	4	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	5	6
Haus am Heimbach	0	0	0	5	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	12	11
PSZ Hofgeismar	0	0	0	9	7	2	0	0	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Paul-Riebeck-Stiftung	0	0	0	0	0	0	8	5	3	0	0	0	0	0	0	39	20	19	7	6	1	0	0	0
Pattberghaus	0	0	0	3	0	3	2	1	1	0	0	0	1	1	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0
Langzeitwohnheim	1	1	0	19	15	4	31	18	13	0	0	0	5	3	2	32	21	11	0	0	0	2	2	0
Summe	**1**	**1**	**0**	**55**	**38**	**17**	**41**	**24**	**17**	**5**	**2**	**3**	**6**	**4**	**2**	**74**	**41**	**33**	**8**	**7**	**1**	**37**	**20**	**17**

Tabelle B-26: Betreutes Wohnen

	Allgemeiner Arbeitsmarkt			Integrations-firma			WfbM			Zuverdienst			Tagesstätte			Ausbildung Reha			Ehrenamt			Rente			arbeitslos			ohne Beschäftigung		
Name	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**	**ges**	**m**	**w**
Partner für psychisch Kranke e.V.	1	1	0	3	2	1	9	3	6	0	0	0	12	6	6	4	1	3	0	0	0	13	7	6	1	0	1	10	5	5
Emstaler Verein	4	1	3	0	0	0	8	6	2	0	0	0	21	13	8	0	0	0	0	0	0	13	8	5	15	6	9	16	10	6
Ludwig-Noll-Verein	1	1	0	2	0	2	9	4	5	0	0	0	13	7	6	1	0	1	0	0	0	22	9	13	4	3	1	9	5	4
Diakonie	1	0	1	0	0	0	19	15	4	0	0	0	4	2	2	0	0	0	0	0	0	6	3	3	0	0	0	7	6	1
Sozialtherapie	0	0	0	0	0	0	10	5	5	0	0	0	9	5	4	3	0	3	1	0	1	14	4	10	2	0	2	15	0	0
Ver. f. Rehabilitation Behinderter	0	0	0	2	2	0	1	0	1	4	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	31	0	0	26	0	0	55	0	0
Oberbergische Gesellschaft	5	0	5	4	3	1	21	11	10	6	0	6	11	5	6	6	3	3	2	0	2	30	17	13	4	1	3	0	0	0
Summe	**12**	**3**	**9**	**11**	**7**	**4**	**77**	**44**	**33**	**10**	**3**	**7**	**71**	**38**	**33**	**14**	**4**	**10**	**3**	**0**	**3**	**129**	**48**	**50**	**52**	**10**	**16**	**112**	**26**	**16**

Anhang C
Die berufliche Förderung seelisch behinderter Menschen unter besonderer Berücksichtigung behinderungsgerechter Arbeit (Zuverdienstarbeitsplätze)

Rechtsgutachten, erstattet von Peter Mrozynski
im Rahmen des Projekts
Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker
Im Auftrag des Bundesministeriums
für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt
von der Aktion Psychisch Kranke e. V.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Zahlen am Ende der jeweiligen Textstelle verweisen auf die Randziffern im Gutachten, unter denen die entsprechenden Fragen hauptsächlich erörtert werden.

1. Zur besseren rechtlichen Einordnung sind rehabilitative Beschäftigung, berufliche Rehabilitation und behinderungsgerechte Arbeit zu unterscheiden (1–4).

2. Welche Form der Teilhabe gewählt wird, hängt von Bedarf des behinderten Menschen aber auch von den institutionellen Gegebenheiten vor Ort ab. Grundsätzlich können die einzelnen Formen auch miteinander verbunden werden (5–10).

3. Leistungen zur Teilhabe, die als berufliche Rehabilitation gewährt werden, haben im Gesetzesrecht eine sehr differenzierte, im Grunde bedarfsgerechte, Ausgestaltung erfahren. Die Entwicklung der Infrastruktur berufsfördernder Einrichtungen hat aber zu einer im Gesetz in dieser Form nicht vorgesehenen Festlegung auf bestimmte Erbringungsformen für die Leistungen geführt (11–18).

4. Die während einer beruflichen Förderung zu erbringenden Entgeltersatzleistungen, der eigentliche Hinzuverdienst, sind an relativ enge Voraussetzungen geknüpft und erreichen oft nicht die Höhe des Betrages, der zur Sicherung der Lebensunterhalts erforderlich ist. Im Allgemeinen ist es also erforderlich, während der Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt zu erbringen. Deren Höhe, die den Charakter einer Mindestsicherung hat, kann bis zu einem gewissen Grade durch den persönlichen Einsatz des behinderten Menschen bestimmt werden (19–32, 102, 103).

5. Die beiden Grundformen der Teilhabe am Arbeitsleben, berufliche Rehabilitation und behinderungsgerechte Arbeit lassen sich nach In-Kraft-Treten des SGB IX nicht mehr eindeutig trennen. Im Grundsatz ist die berufliche Rehabilitation durch die gezielte Verbesserung der individuellen beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen gekennzeichnet. Demgegenüber ist die Schaffung behinderungsgerechter Arbeit durch die Anpassung der Arbeitsbedingungen an seine Möglichkeiten zu charakterisieren. Darüber hinaus gibt es Übergangsformen, die sich schon immer schwer zuordnen ließen (33–38). Da Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang aber unterschiedlich sind, kann auf eine genauere leistungsrechtliche Zuordnung nicht verzichtet werden.

6. In Bezug auf die psychiatrische Versorgung besonders entwicklungsfähig sind die Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes. Sie sind einerseits nicht der beruflichen Bildung im engeren Sinne zuzurechnen, andererseits sind sie aber geeignet, auf eine spezifische Weise die individuellen beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen zu verbessern. Sie sind damit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. In diesem Sinne sind sie fortzuentwickeln. Sie lassen sich in besonderer Weise in das Konzept von Qualifizierung und Arbeit integrieren, weil sie sich nicht auf bestimmte Berufsbilder, sondern auf einen konkreten Arbeitsplatz, den der psychisch behinderte Mensch innehat oder einnehmen kann, ausrichten (39–50, 251–255).

7. Andere Leistungen, wie die Probebeschäftigung und Einarbeitungszuschüsse, haben schon eher den Charakter einer Subventionierung der Arbeit. Im Rechtssinne sind sie als

Leistungen an Arbeitgeber ausgestaltet. Einerseits lässt sich mit ihrer Hilfe eine berufliche Rehabilitation in den Arbeitsprozess hinein und fortführen. Andererseits grenzen sie schon an die Ausübung einer behinderungsgerechte Arbeit gegen Entgelt. Die im Gesetzesrecht vorherrschende Konstruktion einer zeitlich befristeten Leistung an den Arbeitgeber ist nicht zwingend. Es wäre auch daran zu denken, diese Leistungen und mit ihnen auch den Minderleistungsausgleich als Leistungen an den behinderten Menschen durch Gesetz neu zu gestalten. Die Mittel könnten ihm als persönliches Budget zur Verfügung gestellt werden (51–56, 159–164).

8. Von den Leistungen an Arbeitgeber zu unterscheiden ist die institutionelle Förderung. Durch Leistungen dieser Art nehmen die Rehabilitationsträger Einfluss auf die Gestaltung der sozialen Infrastruktur hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Über diese Förderung wurde lange Zeit der Aufbau jener Einrichtungen vorangetrieben, die auch heute noch das Angebot in der Praxis prägen. Die veränderten sozialpolitischen Vorstellungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen legen vor diesem Hintergrund auch eine Neuorientierung der Praxis der institutionellen Förderung nahe. Dies muss teilweise durch Gesetzesänderung geschehen (58 –61, 240).

9. Unter den Neuerungen des Schwerbehindertenrechts ist der wohl wichtigste Fortschritt in seiner Verknüpfung mit dem Rehabilitationsrecht zu sehen. Das hat insbesondere für die Teilhabe am Arbeitsleben zur Folge, dass einige Leistungen (Arbeitsassistenz, Integrationsfachdienste) sowohl auf der Grundlage der bisherigen beruflichen Rehabilitation als auch der des Schwerbehindertenrechts erbracht werden. Gewisse strukturelle Verbesserungen, die sich nicht unmittelbar auf Einzelansprüche auswirken bringt der Komplex Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe (62–67).

10. Mit der Integrationsvereinbarung hat der Gesetzgeber an sich ein gutes Planungsinstrument für die berufliche Integration schwerbehinderter Menschen geschaffen. Einzelne Zielsetzungen der Integrationsvereinbarung lassen sich jedoch nicht rechtlich durchsetzen. Hier wäre eine stärkere Anbindung an das Betriebsverfassungsrecht wünschenswert (68–71).

11. Die Arbeitsassistenz stellt in zweierlei Hinsicht eine Fortentwicklung des bisherigen Rechts dar. Sie ist nach neuem Recht sowohl eine Leistung der beruflichen Rehabilitation als auch eine Sonderform der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben. Zugleich ist sie die einzige konkrete gesetzliche Ausgestaltung für ein persönliches Budget. Die Arbeitsassistenz kann allerdings nicht auf Beschäftigungsformen erstreckt werden, die nicht durch ein Austauschverhältnis gekennzeichnet sind. Inhaltlich lässt sich die Arbeitsassistenz insoweit noch weiterentwickeln, als sie auch weitere begleitenden Hilfen im Arbeitsleben umfassen kann (74–81).

12. Noch entwicklungsbedürftig ist der Minderleistungsausgleich. Er ist immer noch ausschließlich als eine Leistung an Arbeitgeber konzipiert. In der Praxis wird er nur befristet geleistet. Die Einordnung des Schwerbehindertenrechts im SGB IX und die Neufassung des sozialen Rechts aus § 10 SGB I sind Anlass, den Minderleistungsausgleich zu überdenken und fortzuentwickeln. Dabei könnte er auch die Form eines persönlichen Budgets des schwerbehinderten Menschen erhalten. Dies ist aber nur durch Gesetzesänderung möglich (82–85, 194, 237–239).

13. Mit dem Integrationsfachdienst als einem weiteren wichtigen Instrument der Teilhabe am Arbeitsleben verbindet sich vor allem die Aufgabe, Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen zu erschließen, sowie Arbeitgeber und schwerbehinderte Arbeitnehmer möglichst arbeitsmarktorientiert und bedarfsgerecht zusammenzuführen. Die Beschränkung der Integrationsfachdienste auf besonders benachteiligte schwerbehinderte Menschen sollte durch Neufassung des § 109 Abs. 4 SGB IX aufgehoben werden (86–93).

14. Wenig entwickelt ist die Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsplätze in der Sozialhilfepraxis. Ein Schwerpunkt der Sozialhilfe liegt traditionsgemäß auf dem Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen. Sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes, die in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ebenfalls vorgesehen sind, haben bisher wenig Verbreitung gefunden. Mit zunehmender Öffnung der Teilhabe am Arbeitsleben hin zum allgemeinen Arbeitsmarkt, werden die Träger der Sozialhilfe ihre Entscheidungspraxis ändern müssen (94–98).

15. Über die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen lässt sich zwar der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtern. Es ist jedoch nur in geringem Umfange möglich, über diesen Leistungskomplex die wirtschaftliche Lage behinderter Menschen zu verbessern. Die weitgehende Freistellung von Kostenbeiträgen beschränkt sich auf die Leistungen der Eingliederungshilfe selbst. Sie lässt sich nicht auf die Hilfe zum Lebensunterhalt erstrecken. Lediglich das Bemühen des behinderten Menschen um seine berufliche Eingliederung kann eine gewisse Verbesserung auch in der Hilfe zum Lebensunterhalt bringen (99–104).

16. Die anderen Möglichkeiten einer Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, die im Sozialhilferecht bestehen, sind zwar auch geeignet, die Lage behinderter Menschen zu verbessern. Sie bleiben jedoch hinter den Möglichkeiten zurück, die auf der Basis der Bestimmungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gegeben sind. Das betrifft auch die Intensität der begleitenden Betreuung (105–107).

17. Wenn auch die verschiedenen, arbeitsbezogenen Formen der Rehabilitation und Teilhabe systematisch zu unterscheiden sind, so haben sich doch in den letzten Jahren immer mehr Mischformen der Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt. Insbesondere war die Werkstatt für behinderte Menschen schon immer eine solche Mischform, da sie berufliche Rehabilitation und behinderungsgerechte Beschäftigung unter einem Dach vereinigt und sogar im letzten Jahrzehnt verschiedene Formen der rehabilitativen Beschäftigung zusätzlich einbezogen hat (108–119).

18. Einer Öffnung der Werkstatt für behinderte Menschen hin zum allgemeinen Arbeitsmarkt sind rechtliche Grenzen gesetzt. Ihre Nutzung in der psychiatrischen Versorgung ist nur bedingt möglich (113–119). Demgegenüber eignet sich die Beschäftigungstagesstätte in besonderem Maße als Verbindungsglied zwischen der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben. Sie stellt eine Organisationsform dar, in der Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft miteinander verbunden werden können (120). Eine organisatorische Ausrichtung der Werkstatt für behinderte Menschen auf dieses Aufgabenfeld ist dagegen nur sehr bedingt möglich, da ihre wesentlichen Elemente gesetzlich festgeschrieben sind.

19. Die noch im alten Schwerbehindertenrecht geschaffenen Integrationsprojekte stel-

len eine wichtige Rechtsgrundlage für die Integration schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dar. Sie müssen allerdings mit nicht geringem Investitionsaufwand geschaffen werden. Für die psychiatrische Versorgung ist von Nachteil, dass die Integrationsprojekte ein relativ homogenes Angebot von Arbeitsplätzen bereithalten und weniger flexibel auf individuelle Bedarfssituationen regieren können. Deswegen ist der Fortschritt, den sie gebracht haben, unter dem Blickwinkel der personenzentrierten Versorgung doch begrenzt (121–129). Da es sich bei den Integrationsprojekten um eine Neuschöpfung des Gesetzgebers handelt, sollte man bei einer Revision des SGB IX Verbesserungen ins Auge fassen.

20. Eine immer wieder angedachte, aber bisher nicht in die Versorgung integrierte Form der Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsplätze stellt die gemeinnützige Überlassung von Arbeitsnehmern dar. Anders als das Integrationsprojekt konkurriert die Leiharbeitsfirma nicht mit eigenen Waren oder Dienstleistungen auf dem Markt. Sie bedient sich vielmehr dieses Marktes um behinderte Menschen in Arbeit zu bringen. Dazu bedarf es keiner hohen Investitionen. Die wirtschaftlichen Risiken, die mit der Beschäftigung behinderter Menschen verbunden sind, einschließlich des Kündigungsschutzes, werden auf die Leiharbeitsfirma konzentriert, die dafür Mittel aus dem Sozialbudget in Anspruch nimmt. Ihr Angebot an Arbeitsplätzen ist so vielfältig wie der regionale Markt, soweit er überhaupt behinderte Menschen aufnimmt. Die Leiharbeitsfirma dürfte darüber hinaus die geeignete Organisationsform für eine Verbindung von Arbeit und Qualifizierung und damit auch für die Erbringung von Leistungen zur Erlangung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes sein. Die arbeits- und sozialrechtlichen Zweifelsfragen lassen sich lösen. Der Einwand, man könnte psychisch behinderte Menschen nicht ständig wechselnd auf verschiedene Arbeitsplätze ausleihen, ist angesichts der Rechtslage unberechtigt (128–158).

21. Das persönliche Budget ist als sozialrechtliche Institution noch nicht ausgereift. Es ist zwar in das Neunte Buch eingefügt, jedoch ist es bisher nicht hinreichend in den Besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches verankert worden. Mit dem persönlichen Budget übernimmt der behinderte Menschen einen Teil der Verantwortung für seine Eingliederung, die bisher beim Rehabilitationsträger lag. Dieser wird aber nicht aus der Verantwortung entlassen. Während das persönliche Budget in der beruflichen Rehabilitation durchaus entwickelt werden kann, ist dies nicht in gleicher Weise bei der Schaffung der Voraussetzungen für die Ausübung einer behinderungsgerechten Arbeit möglich. Letztere ist im Wesentlichen als Leistung an Arbeitgeber bzw. als institutionelle Förderung ausgestaltet. Nur wenn man die bisher schon zu erbringenden Leistungen an Arbeitgeber auch als Leistungen an den behinderten Menschen ausgestaltet, können sie auch in der Form des persönlichen Budgets erbracht werden 159–164, 194, 227).

22. Betrachtet man die im Rehabilitationsrecht zur Verfügung stehenden Leistungen zur beruflichen Eingliederung in ihrer Gesamtheit, so muss man feststellen, dass sie im Wesentlichen bedarfsdeckend sind. Werden die Leistungen genau aufeinander und auf den Bedarf des behinderten Menschen abgestimmt, so können sie für einen Zeitraum von sechs bis sieben Jahren erbracht werden. Daran kann sich noch der Minderleistungsausgleich anschließen. Es bedarf aber noch der Weiterentwicklung der Leistungen hin zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Diesem relativ differenzierten Instrumentarium entspricht dagegen nicht

die Infrastruktur der beruflichen Förderung, wie sie sich in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt hat. Sie orientiert sich vor allem zu wenig an dem spezifischen Bedarf psychisch behinderter Menschen. Eine Änderung muss in erster Linie durch eine Umorientierung in der institutionellen Förderung erfolgen (165–179).

23. Ein weiterhin schwer zu bewältigendes Problem stellt die Koordination und Steuerung in der Versorgung dar. Durch die zunehmende wettbewerbsrechtliche Orientierung im Sozialrecht hat es sogar an Schärfe gewonnen. Der Gesetzgeber müsste bereit sein, einige Grundlagenvorschriften des Neunten Buches (§§ 10–13 SGB IX) neu zu fassen. Dabei müsste er eine verpflichtende Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und der Leistungserbringer untereinander sowie beider miteinander regeln. Auf diesem Gebiet lassen sich zwar punktuelle Verbesserungen erreichen. Es dürfte aber nicht realistisch sein, auf die Durchsetzbarkeit einer umfassenden Revision des gegliederten Systems zu setzen. Das wird nicht einmal dann geschehen, wenn die Verbesserungen in der Koordination des gegliederten Systems als solches unangetastet lassen (180–184, 205–208).

24. Soweit Änderungen anzustreben sind, können sie auf drei Ebenen erfolgen. Vorrangig müsste die soziale Infrastruktur stärker auf die veränderten sozialpolitischen Vorstellungen ausgerichtet werden. Das gilt insbesondere für die Koordinierung der einzelnen Segmente der Versorgung und die Ausrichtung der Teilhabe am Arbeitsleben auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (189–208). Des Weiteren ist die Auslegung des Gesetzesrechts in Orientierung an den allgemeinen sozialrechtlichen Grundlagen stärker auf den Bedarf des einzelnen behinderten Menschen hin auszurichten (185–198). Zum Teil lässt sich das Anliegen einer Verbesserung der beruflichen Förderung behinderter Menschen jedoch nur durch Gesetzesänderungen erreichen (209–266).

I Bestandsaufnahme der beruflichen Förderung behinderter Menschen

1 Begriffliche Klärung

1 Der Begriff des Zu- oder Hinzuverdienstes hat sich im Sprachgebrauch der psychiatrischen Versorgung entwickelt, ohne dass er eindeutig definiert worden wäre. Offensichtlich wurde dieser Begriff anfänglich der Regelung des § 96a SGB VI über den Hinzuverdienst bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entnommen. Von diesem Vorbild hat er sich aber immer weiter entfernt und beschreibt heute eigentlich jede Form einer Erwerbstätigkeit behinderter Menschen, soweit sie zu einer Basissicherung hinzutritt.

a) Rehabilitative Beschäftigung und berufliche Rehabilitation

2 Seit Schaffung des SGB IX bedient sich der Gesetzgeber des Begriffs der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX). Die überkommene Bezeichnung berufliche Rehabilitation findet nur noch selten Verwendung. Sie ist aber nicht gänzlich aus dem Sprachgebrauch verbannt

worden (vgl. § 35 SGB IX). Auch in der Sache hat sich keine grundlegende Änderung ergeben. Bei der rechtlichen Würdigung der Zuverdienstarbeitsplätze ist weiterhin eine grundlegende Unterscheidung zu treffen. Zum einen kann eine Tätigkeit der gezielten Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten eines behinderten Menschen dienen. Hierbei ist die Eingliederung in das Erwerbsleben Hauptziel der Maßnahme. Es ist dabei nicht ausgeschlossen, dass durch diese Tätigkeit auch ein Hinzuverdienst erzielt wird. Für solche Beschäftigungen wird im Folgenden an der überkommenen Terminologie der beruflichen Rehabilitation festgehalten. Tätigkeiten, die der beruflichen Rehabilitation vorgelagert sind und teilweise noch der medizinischen Versorgung zugerechnet werden müssen, werden im Folgenden als »rehabilitative Beschäftigungen« bezeichnet. Mit dem Begriff wird eine Festlegung auf medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen zunächst vermieden. Vielmehr ist bei der einzelnen Maßnahme immer eine genauere Zuordnung zum medizinischen oder berufsfördernden Bereich vorzunehmen. Zur allgemeinen Abgrenzung ist dabei Folgendes festzuhalten: Nicht zur beruflichen Förderungen im allgemeinen Sinne gehört der Erwerb von sogenannten Basisqualifikationen. Diese sollen erst die Voraussetzungen für den Erwerb beruflicher Fähigkeiten schaffen. Das gilt etwa für die Stabilisierung der Persönlichkeit oder die Vermittlung der Einsicht in die Notwendigkeit, eine dem Lebensunterhalt dienliche Erwerbstätigkeit auszuüben.[1] Daneben kennt die Praxis den Begriff der Schlüsselqualifikationen. Diese sind bereits der beruflichen Förderung zuzurechnen. Dazu gehören etwa die Fähigkeit und Bereitschaft zu selbständigem Handeln, Sozialkompetenz, Flexibilität usw.[2] In § 33 Abs. 3 SGB IX wird ein Teil von ihnen als psychosoziale Leistungen zusammengefasst. Sie können aber nur dann zur Teilhabe am Arbeitsleben gerechnet werden, wenn das Hauptziel der Maßnahme die Verbesserung der individuellen beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen ist.

b) Behinderungsgerechte Arbeit

3 Die eigentliche Form des Hinzuverdienstes besteht darin, dass eine Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten nicht unmittelbar angestrebt wird, wenn sie auch als mittelbare Folge der Tätigkeit erwünscht ist. Ganz im Vordergrund steht der Einkommenserwerb durch Arbeit. In seiner konkreten Erscheinungsform kann sich ein solcher Hinzuverdienstarbeitsplatz als ein verbindlich ausgestaltetes Arbeitsverhältnis darstellen, wobei die Erwerbsmöglichkeit unter Einsatz von Mitteln aus dem Sozialbudget gefördert wird oder zumindest gefördert werden kann. In der am wenigsten ausgeprägten Form kann sich der Hinzuverdienstarbeitsplatz als die Möglichkeit eines »Gelegenheitsjobs« darstellen. Vor allem ein solches Angebot würde man als niederschwellig bezeichnen. Es zeichnet sich dadurch aus, dass Arbeitsmöglichkeiten vorgehalten werden und der einzelne behinderte Mensch von ihnen nach eigener Bedarfslage Gebrauch machen kann. Der Bedarf muss nicht immer ein finanzieller sein, er kann sich durchaus auch in dem Wunsch nach zwischenmenschlichem Kontakt niederschlagen. Aus der Unverbindlichkeit solcher Arbeitsangebote ergeben sich einige rechtliche

1 BSG SozR 4100 § 56 Nr. 4; BSG SozR 4100 § 40 Nr. 8.

2 Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften, Band 7 1997 S. 25.

Konsequenzen, die den Ausbau dieser Form des Hinzuverdienstes erschweren. Solche Schwierigkeiten bestehen in geringerem Maße, wenn sich das Arbeitsangebot an den gesundheitlichen Möglichkeiten des behinderten Menschen orientiert. Als niederschwellig würde man auch solche Angebote ansehen, die zwar mit einer größeren Verbindlichkeit ausgestattet sind, für die aber keine oder sehr geringe Zugangsvoraussetzungen bestehen. Das gilt u. a. auch für den Arbeitsbereich einer WfbM.

4 Die unterschiedlichen Formen der Beschäftigung werden im Folgenden alle unter dem Begriff der »behinderungsgerechten Arbeit« zusammengefasst. Diese ist nach dem Vorhergesagten aber umfassender als ein relativ unverbindliches Arbeitsangebot. Sie ist in erster Linie die möglichst normale Berufsarbeit eines behinderten Menschen, ausgerichtet auf sein u. U. wechselndes oder dauerhaft eingeschränktes Leistungsvermögen. Dieser Besonderheit ist in fachlicher Hinsicht Rechnung zu tragen. Zu vermeiden sind aber auch die rechtlichen Schwierigkeiten, die mit dem Anschein einer Unverbindlichkeit der Inanspruchnahme einzelner solcher Angebote verbunden sind. Das geschieht am besten dadurch, dass man Art und Umfang der Arbeit, die der psychisch kranke Mensch ausüben kann, so früh wie möglich im Rehabilitationsplan festlegt (§§ 10 Abs. 1 SGB IX, 46 BSHG).

c) Institutionelle Gegebenheiten

5 Die Unterscheidung von rehabilitativer Beschäftigung, beruflicher Rehabilitation und behinderungsgerechter Arbeit ist also nach dem jeweils vorherrschenden Motiv für das Angebot vorzunehmen. Die Möglichkeit eines niederschwelligen Angebots besteht zumeist nur in der Form behinderungsgerechter Arbeit. Jede Rehabilitation setzt ein aktives Bemühen des behinderten Menschen voraus, ein bestimmtes Eingliederungsziel zu erreichen (§§ 63, 64 SGB I). Allerdings setzt die Praxis häufig die Anforderungen zu hoch an. Weder ist es notwendig, dass der psychisch behinderte Mensch an einem kontinuierlich voranschreitenden Lehrgang teilnimmt, noch muss das Ziel der beruflichen Rehabilitation in der Ausübung einer Vollzeitbeschäftigung liegen. Rechtliche Schwierigkeiten ergeben sich unter verschiedenen Blickwinkeln nur dann, wenn eine Tätigkeit von weniger als 15 Stunden wöchentlich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird. Hier stellen sich Fragen des Versicherungsschutzes (§ 8 SGB IV), der vollen oder teilweisen Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI) und zum Begriff des Arbeitsplatzes (§ 102 Abs. 2 Satz 3 SGB IX).

6 Generell ist zu jeder Hinzuverdienstmöglichkeit Folgendes vorauszuschicken. Soweit ein behinderter Mensch keine Entgeltersatzleistungen (Kranken-, Übergangs-, Arbeitslosengeld, Rente) erhält, ist er zur Sicherung seines Lebensunterhalts auf Leistungen der Grundsicherung oder die subsidiären Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 11ff. BSHG angewiesen. Dabei ist es nur in einem rechtlich sehr engen Rahmen möglich, ihn in wirtschaftlicher Hinsicht so zu stellen, dass er mit den für ihn verfügbaren Mitteln über dem Niveau der Hilfe zum Lebensunterhalt liegt.

7 Welche Form des Hinzuverdienstes aufgebaut oder gewählt wird, hängt entscheidend von psychiatrisch-fachlichen Überlegungen ab. Arbeits- und sozialrechtlich ist es nicht ausgeschlossen, dass rehabilitative Beschäftigung, berufliche Rehabilitation und behinderungsgerechte Arbeit von einer Institution angeboten und/oder in einem individuellen Rechtsverhältnis miteinander verbunden werden. In rechtlicher Hinsicht sind die Schwie-

rigkeiten je nach der gewählten Form sehr unterschiedlich. Beim Hinzuverdienst in Form eines Gelegenheitsjobs dürfte am allerwenigsten eine spürbare Verbesserung gegenüber dem derzeitigen Stand erreichbar sein.

8 Eine rechtlich wichtige Unterscheidung ist insoweit zu treffen, als beide Arten des Hinzuverdienstes in der Form der individuellen oder der institutionellen Förderung unterstützt werden können. Die individuelle Förderung besteht darin, dass die Leistung, und zwar sowohl die therapeutische Dienstleistung als auch die Geldleistung, dem behinderten Menschen direkt zukommen. Bei der institutionellen Förderung werden an den Anbieter einer Maßnahme zweckgebunden finanzielle Zuwendungen geleistet (unten 58–61, 240). Auf der Basis eines solchen Angebots wird es dem behinderten Menschen ermöglicht, eine rehabilitative Leistung in Anspruch zu nehmen oder auch nur eine Beschäftigung gegen Entgelt auszuüben. Die beiden Formen haben aber nicht immer den Charakter einer Subvention der Arbeit. So ist etwa bei der Durchführung einer rehabilitativen Maßnahme die Geldleistung an den Leistungserbringer das Entgelt für seine Dienstleistung. Das ist z. B. der Fall, wenn ein Sozialleistungsträger die Durchführung einer berufsfördernden Maßnahme in einem Berufsförderungswerk vergütet. Es handelt sich hier also nicht mehr um eine institutionelle Förderung. Nur wenn Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden und dadurch die Arbeit verbilligt wird, kann man von einer Subventionierung der Arbeit sprechen. Der rechtlich wichtigste Unterschied besteht darin, dass bisher nur bei der ersten Form klar geregelte subjektive Rechte des behinderten Menschen bestehen (§ 33 SGB IX). Eine Subventionierung der Arbeit erfolgt bisher praktisch immer nur durch Leistungen an den Anbieter einer behinderungsgerechten Arbeitsgelegenheit. Unter dem Blickwinkel der personenzentrierten Versorgung ergibt sich daraus der Nachteil, dass das Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen (§ 9 SGB IX) nur in Abhängigkeit vom vorhandenen Angebot ausgeübt werden kann.

9 Beide Formen der Förderung können organisatorisch miteinander verbunden werden. Es gibt, insbesondere bei der Förderung der Arbeitsaufnahme auch Zwischenformen, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen. Bei der praktischen Umsetzung dominieren im Bereich der rehabilitativen Beschäftigung und der beruflichen Rehabilitation die individuelle Förderung. Demgegenüber ist die Schaffung der Voraussetzungen für die Ausübung einer behinderungsgerechten Arbeit praktisch nur durch eine institutionelle Förderung möglich. Der behinderte Mensch erhält nicht direkt eine finanzielle Leistung aus dem Sozialbudget. Er tauscht vielmehr, wie jeder andere Arbeitnehmer seine Arbeitskraft gegen ein Entgelt. Dies wird ihm durch die Subventionierung der Arbeit erleichtert bzw. erst ermöglicht. Dabei entsteht aber das Problem, dass finanziell abgesichert nur das Arbeitsangebot als solches ist. Nur der Anbieter einer Arbeitsgelegenheit erhält also Mittel aus dem Sozialbudget. Der behinderte Mensch zieht daraus mittelbar den Vorteil, dass seine Arbeit verbilligt wird. Im Grunde werden also die behinderungsbedingt entstehenden Zusatzkosten seiner Arbeit aufgefangen.

10 Es wäre demgegenüber aber daran zu denken, ausgehend von einer festgestellten Leistungsminderung des behinderten Menschen, ihn selbst in der Weise wirtschaftlich zu sichern, dass er eine Arbeit auf der Basis des verminderten Leistungsvermögens ausüben kann. Hauptsächlich würde das zur Folge haben, dass man einen Minderleistungsausgleich

schafft, der dort ausgleicht, wo die Minderleistung gegeben ist, nämlich beim behinderten Menschen selbst. Das würde insgesamt besser in das Konzept der personenzentrierten Versorgung passen, weil ja die derzeit praktizierte finanzielle Absicherung des Arbeitsangebots stärker den Charakter einer institutionellen Förderung hat. Dieser Wandel müsste mit der Begründung von Rechtsansprüchen des behinderten Menschen einhergehen. Verschiedene Ansätze dazu gibt es bei den Neuregelungen des Schwerbehindertenrecht. Doch gerade die Integrationsprojekte (§ 132 SGB IX) sind von diesem Weg wieder abgewichen, weil ja der Anbieter der Arbeit subventioniert wird. Andererseits wird man nicht ganz auf eine institutionelle Förderung verzichten können, weil ja Arbeitsgelegenheiten oft erst geschaffen werden müssen. Diese Förderung wäre aber um die individuelle Förderung zu ergänzen. Man könnte sogar eine Regelung über die Subsidiarität der institutionellen Förderung treffen. Die Vorschriften der §§ 33, 34, 102 SGB IX wären also dahingehend zu ergänzen, das die Mittel zur Beschaffung einer behinderungsgerechten Arbeit auch in Form eines persönlichen Budgets an den schwerbehinderten Menschen gewährt werden können (vgl. unten RdNr. 83, 194, 228, 238).

2 Berufliche Rehabilitation

11 Ausgehend von § 33 SGB IX bestehen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Soweit die psychiatrische Versorgung berührt ist, ist das insbesondere im Bereich der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung der Fall. Die Zuständigkeit jeweils eines der beiden Träger hängt davon ab, ob die unterschiedlichen beitragsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 bzw. Abs. 2 Ziff. 1–3 SGB VI erfüllt sind oder ob ein Fall des § 11 Abs. 2a SGB VI gegeben ist. Ist nicht mindestens eine dieser Voraussetzungen des § 11 SGB VI erfüllt, so leistet der Träger der Arbeitsförderung nach den §§ 97ff. SGB III. Auffallend ist dabei, dass die Leistungen nach den §§ 97ff. SGB III, die also ohne vorherige Beitragszahlungen erbracht werden, wesentlich differenzierter, also auch bedarfsgerechter geregelt sind, als diejenigen der Rentenversicherung. Der Unterschied ist allerdings durch die für beide Rehabilitationsträger geltende Vorschrift des § 33 SGB IX weitgehend eingeebnet worden (unten RdNr. 16).

12 Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die auf der Grundlage des § 33 SGB IX erbracht werden, sind sehr umfassend. Auf die einzelnen Leistungen ist hier nicht mehr einzugehen.[3] Hinsichtlich der Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung ist jedoch hervorzuheben, dass die Teilnahme an einem kontinuierlich voranschreitenden Lehrgang nicht Voraussetzung für eine berufsfördernde Teilhabeleistung ist.[4] In rechtlich zulässiger Weise kann der behinderte Mensch individuell auch dadurch gefördert werden, dass er an Einzelmaßnahmen teilnimmt. Erforderlich ist nur, dass die beruflichen Fähigkeiten des

3 Vgl. Mrozynski, P.: Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, in Kunze, H., Kruckenberg, P. (Hg): Von institutions- zu personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung Bd. II Baden-Baden 1999 S. 98ff.; ders. SGB IX Teil 1, Kommentar § 33 RdNr. 15–47.

4 BSG SozR § 56 Nr. 4.

behinderten Menschen gezielt verbessert werden. Damit ist es möglich, die berufsfördernden Maßnahmen genau auf das individuelle Leistungsvermögen des einzelnen psychisch behinderten Menschen abzustimmen und erforderlichenfalls auch in eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zu integrieren oder mit der behinderungsgerechten Arbeit organisatorisch zu verknüpfen.

a) Rentenversicherung

13 Leistungen der beruflichen Rehabilitation werden auf der Grundlage der §§ 9ff. SGB VI erbracht. Die entscheidenden persönlichen Voraussetzungen sind in § 10 SGB VI geregelt. Danach muss nach gängiger Praxis bereits bei der Einleitung einer medizinischen Maßnahme die Prognose gerechtfertigt sein, dass die Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen – zumeist zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt – gesichert werden kann. Diese Praxis lässt sich im geltenden Recht jedoch nicht aufrecht erhalten (vgl. unten RdNr. 192). Die Anforderungen sind unterschiedlich. Sie wurden durch Gesetzesänderung mit Wirkung vom 1. 1. 2001 flexibilisiert.[5] Nach dem neu eingefügten § 10 Abs. 1 Buchst. c) SGB VI genügt es bei teilweiser Erwerbsminderung immerhin, wenn ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit wenigstens der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Für diesen Fall ist insbesondere an die Umstellung eines Vollzeit- auf einen Teilzeitarbeitsplatz gedacht.

14 Generell darf die Prognose aber nicht darauf gerichtet sein, dass der behinderte Mensch durch die medizinische oder berufsfördernde Maßnahme eine Vollzeitbeschäftigung erlangen könnte. Das BSG sieht das Minimalziel der Leistungen nach den §§ 9ff. SGB VI darin, dass eine volle Erwerbsminderung (vormals Erwerbsunfähigkeit) abgewendet oder behoben wird. Von dieser Basis ausgehend, würde es genügen, wenn lediglich eine nur noch teilweise Erwerbsminderung (vormals Berufsunfähigkeit) erreicht wird. Eine geringfügige Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, die jedoch nicht zur Behebung bis dahin bestehenden vollen Erwerbsminderung führt, rechtfertigt dagegen keine Leistungen nach den §§ 9ff. SGB VI.[6] Die mindestens anzustrebende Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Sinne einer nur noch teilweisen Erwerbsminderung wird in § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI definiert. Eine volle Erwerbsminderung ist im Sinne einer Besserung nicht mehr gegeben, wenn der behinderte Mensch nach Abschluss der Maßnahme unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Das bedeutet im praktischen Ergebnis, dass die Befähigung zu einer Tätigkeit im Umfange von täglich drei Stunden oder mehr (teilweise Erwerbsminderung) ausreicht, um eine positive Prognose zu rechtfertigen, wenn vor der Maßnahme eine Erwerbsfähigkeit in geringerem Umfange bestand.

15 Als Entgeltersatzleistung wird während der Teilhabe am Arbeitsleben das Übergangsgeld nach den §§ 45ff. SGB IX erbracht. Als Entgelt«ersatz«leistung hängt seine Erbringung jedoch von der Voraussetzung ab, dass innerhalb eines bestimmten Zeitraumes vor Beginn der Maßnahme Arbeitsentgelt erzielt worden ist. Soweit der Träger der Rentenversi-

5 BGBl I 2000 S. 1827.

6 BSG SozR 3-2600 § 10 Nr. 2.

cherung nach § 20 SGB VI leistet, genügt es, wenn bis unmittelbar vor Beginn einer medizinischen oder berufsfördernden Maßnahme bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt erzielt wurde.

b) Arbeitsförderung

16 Zur genaueren Bestimmung der Anspruchsvoraussetzungen ist auf eine für das Arbeitsförderungsrecht wichtige, sonst aber nicht gebräuchliche und angesichts der unterschiedlichen Aufgaben der Leistungsträger auch nicht mögliche, Unterscheidung einzugehen. Nur das Arbeitsförderungsrecht unterscheidet zunächst die Leistungen zur allgemeinen beruflichen Förderung von den rehabilitationsspezifischen Leistungen. Leistungen zur allgemeinen beruflichen Förderung, insbesondere nach den §§ 45ff. SGB III, erhält der behinderte Mensch wie jeder andere Arbeitnehmer oder Arbeitssuchende. In diesem Falle erhält er unter den Voraussetzungen der §§ 153ff. SGB III, wie jeder andere auch, Unterhaltsgeld. Die rehabilitationsspezifischen Leistungen werden erst in den §§ 97ff. SGB III geregelt. Dabei unterscheidet das Gesetz die allgemeinen rehabilitationsspezifischen Leistungen und die besonderen rehabilitationsspezifischen Leistungen (§ 98 SGB III). In Abhängigkeit vom Bedarf können alle Leistungen auch nebeneinander gewährt werden. Insbesondere sind auch allgemeinen rehabilitationsspezifischen Leistungen nur eine Modifikation der allgemeinen beruflichen Bildung hin auf die Bedürfnisse behinderter Menschen (§§ 100, 101 SGB III). Die besonderen rehabilitationsspezifischen Leistungen nach den §§ 102, 103 SGB III werden dann erbracht, wenn die allgemeinen rehabilitationsspezifischen Leistungen zur Eingliederung nicht ausreichen (§ 98 Abs. 2 SGB III). Ob im Falle der beruflichen Förderung ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht, hängt auch davon ab, welche der Leistungen erbracht wird. Unabhängig davon wird bei erstmaliger beruflicher Eingliederung nach § 104 SGB III ein Ausbildungsgeld gezahlt.

17 Erbringt also der Träger der Arbeitsförderung »rehabilitationsspezifische Leistungen« zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 98 SGB III), so hängt die Zahlung von Übergangsgeld davon ab, dass eine Vorbeschäftigungszeit erfüllt ist (§ 160 Abs. 1 Ziff. 1 SGB III). Die zeitlichen Voraussetzungen sind in § 161 SGB III geregelt. Der behinderte Mensch muss in den letzten drei Jahren vor Beginn der Maßnahme mindestens zwölf Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit bezogen haben (»die Voraussetzungen ... erfüllt und Leistungen beantragt« haben).

18 Der Anspruch auf Übergangsgeld wird zusätzlich dadurch eingeschränkt, dass eine Teilnahme an einer der in § 160 Abs. 1 Ziff. 2 SGB III genannten Maßnahmen erfolgen muss, für die die »besonderen rehabilitationsspezifischen Leistungen« erbracht werden. Gemäß § 160 Abs. 1 Ziff. 2 SGB III müssen also die Voraussetzungen des § 102 SGB III erfüllt sein. Die besonderen Leistungen werden nach § 102 SGB III erbracht, wenn die Teilhabe am Arbeitsleben wegen der Art oder Schwere der Behinderung in einer besonderen Einrichtung oder einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich ist (§ 102 Abs. 1 Ziff. 1 SGB III). Dasselbe gilt, wenn die allgemeinen Leistungen wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht ausreichen (§ 102 Abs. 1 Ziff. 2 SGB III). Im Wesentlichen wird also Übergangsgeld nach § 160 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 SGB III nur unter sehr engen Voraussetzungen geleistet. Sind diese Vorausset-

zungen nicht erfüllt, besteht allerdings ein Anspruch auf Ausbildungs- bzw. Unterhaltsgeld. Doch auch in diesem Falle muss die Vorbeschäftigungszeit im Sinne des § 78 Abs. 1 SGB III mit einer Versicherungspflicht von zwölf Monaten innerhalb der letzten drei Jahre (Ziffer 1) oder einem Anspruch auf Arbeitslosengeld (Ziffer 2) erfüllt sein (§§ 153ff. SGB III).[7] Der Höhe nach entspricht das Unterhaltsgeld dem Arbeitslosengeld (§ 157 SGB III). Wegen der Voraussetzung einer Erfüllung der Vorbeschäftigungszeit kommt es in der psychiatrischen Versorgung häufiger vor, dass ein Anspruch auf Unterhalts- oder Übergangsgeld nicht besteht. In diesem Falle muss auch während einer Maßnahme der Arbeitsförderurng Hilfe zum Lebensunterhalt geleistet werden (unten RdNr. 26). Leistungen der Grundsicherung kommen hier nicht in Betracht (unten RdNr. 29).

c) Höhe des Übergangsgeldes

19 Zur Berechnung des Übergangsgeldes sind zunächst 80% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt, zugrunde zu legen (§ 46 Abs. 1 SGB IX). Das entspricht also einer vereinfachten Festlegung des Nettoarbeitsgentgelts (§ 47 SGB IX). Auf dieser Basis ist es dann auf 68 % des Ausgangsbetrages festzulegen (§ 46 Abs. 1 Ziff. 2 SGB IX). Hat der Leistungsempfänger mindestens ein Kind, so beträgt der Prozentsatz 75 % (§ 46 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX). Das Übergangsgeld liegt also deutlich unter dem bisherigen Arbeitsentgelt. Im Allgemeinen kann man davon ausgehen, dass es bei etwa 2/3 des früheren Nettoarbeitsentgelts liegt. Damit übersteigt es regelmäßig nicht das Arbeitslosengeld (§ 129 SGB III).

d) Ergänzende Leistungen der Sozialhilfe

20 Wegen der relativ engen beitragsrechtlichen Voraussetzungen erhalten psychisch behinderte Menschen eher seltener Übergangs- oder Unterhaltsgeld. Selbst wenn dies der Fall ist, liegt das Übergangsgeld des Öfteren im Bereich der oder unter der Sozialhilfegrenze. Bei einem Alleinstehenden würde sich diese Lage bei einem früheren Nettoeinkommen von etwa 1100,- Euro ergeben. In beiden Fällen kommen Leistungen nach den §§ 11ff. BSHG in Betracht. Bei der Berechnung ist von den regional unterschiedlich hohen Regelsätzen auszugehen. Zur Zeit liegen sie bei 279–294 Euro.[8] Im Durchschnitt kann man von einem Betrag von 285 Euro ausgehen. Bei einem alleinstehenden psychisch behinderten Menschen kommen zu diesem Betrag die Kosten der Unterkunft hinzu. Außerdem besteht ein Anspruch auf einmalige Leistungen, für Kleidung, Heizung usw. (§ 21 BSHG). Dieser Betrag wird in der Praxis neuerdings häufiger pauschaliert (101a BSHG).[9] Die Pauschale liegt bei etwa 15 % des Regelsatzes eines Haushaltsvorstands.

21 Sofern Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, kommt noch ein Mehrbedarf nach § 23 Abs. 3 BSHG in Betracht. Er beträgt 40 % des maßgebenden Regel-

---

7 Niesel. SGB III § 160 RdNr. 12.

8 NDV 2002 S. 237.

9 Popp, D.: Pauschalierung der Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 101a BSHG am Beispiel des Landkreises Schweinfurt, NDV 2000 S. 145; Rothkegel, R.: Der rechtliche Rahmen für die Pauschalierung von Sozialhilfeleistungen – insbesondere zur Experimentierklausel des § 101a BSHG, ZfSH/SGB 2002 S. 585, 657.

satzes und wird behinderten Menschen gewährt, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und denen »Eingliederungshilfe nach § 40 Abs. 1 Nr. 3–6 BSHG« gewährt wird. Die in dieser Vorschrift genannten Maßnahmen sind an sich nur diejenigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die auf der Basis des Sozialhilferechts zu erbringen sind. Solche Sozialhilfeleistungen werden aber in der Regel nicht gewährt, weil die §§ 97ff. SGB III vorrangig anzuwenden, also Leistungen des Arbeitsförderungsrechts zu erbringen sind (§ 2 Abs. 1 BSHG). Dennoch wird auch bei den arbeitsförderungsrechtlichen Teilhabeleistungen der Mehrbedarf nach § 23 Abs. 3 BSHG gewährt. Dies erklärt sich daraus, dass mit diesem Mehrbedarf hauptsächlich das in der Teilnahme an einer Maßnahme dokumentierte Selbsthilfestreben gefördert werden soll und die allgemeinen Zusatzkosten, die ein behinderter Mensch bei der Teilnahme an einer Maßnahme hat, unabhängig von der Rechtsgrundlage, auf der die einzelne Leistung erbracht wird, tatsächlich immer gleich sind. Praktisch kann das bedeuten, dass eine Berechnung der Hilfe zum Lebensunterhalt durchgeführt wird. Auf diese sind die Leistungen nach dem Arbeitsförderungsrecht als Einkommen anzurechen. Dabei kann es sich ergeben, dass ein Bedarf in Höhe des in § 23 Abs. 3 BSHG genannten Betrages ungedeckt bleibt. Dieser ist dann zusätzlich als Hilfe zum Lebensunterhalt zu leisten. Ähnlich verfährt die Praxis auch bei dem Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung nach § 23 Abs. 4 BSHG bei Personen, die nach § 26 BSHG von der Sozialhilfe ausgeschlossen sind.[10] Allerdings kann man hier mit dem Begriff des nicht ausbildungsgeprägten Bedarfs argumentieren.

22 Diese Auffassung, dass die Regelung über den Mehrbedarf nach § 23 Abs. 3 BSHG auch angewendet werden muss, wenn sonst keine Leistungen der Sozialhilfe erbracht werden, ist allerdings umstritten. So macht auch das OVG Lüneburg die Zuerkennung des Mehrbedarfs davon abhängig, dass die Leistungen nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3–6 BSHG auch tatsächlich gewährt werden. Nach Auffassung des Gerichts genügt es also nicht, wenn deren Voraussetzungen erfüllt sind, aber wegen des Nachrangprinzips ein anderer als der Träger der Sozialhilfe leistet.[11] Diese Auffassung dürfte jedoch abzulehnen sein. Insbesondere wird man entgegen einer Kommentarmeinung[12] den Mehrbedarf nach § 23 Abs. 3 BSHG nicht unter Hinweis auf § 26 BSHG ausschließen können. Diese Vorschrift benennt nur die Leistungen nach den §§ 60–62 SGB III als Ausschlussgrund für Leistungen der Sozialhilfe. Sie bezieht sich also nicht auf das Übergangsgeld. Insbesondere ist die Auffassung nicht zutreffend, der Gesetzgeber habe das Übergangsgeld als bedarfsdeckend konzipiert, deswegen wären Leistungen der Sozialhilfe ausgeschlossen.[13] Ob eine Entgeltersatzleistung bedarfsdeckend ist, ergibt sich angesichts der Vielfalt der Leistungs- und Einkommensverhältnisse nur aus ihrer konkreten Berechnung im Einzelfall. Das Übergangsgeld kann nur dann bedarfsdeckend sein, wenn das vorher erzielte Nettoeinkommen um etwa ein Drittel über dem sozialhilferechtlichen Bedarf lag. Es kommt hinzu, dass bei der Erbringung von Teilhabeleistungen nach den §§ 97ff. SGB III die Anspruchsvoraussetzungen für das Übergangsgeld häufig nicht erfüllt sind (vgl. vorn RdNr. 18).

10 BVerwG 71 S. 12.

11 OVG Lüneburg FEVS 36 S. 108.

12 Schellhorn/Jirasek/Seipp, Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz § 23 RdNr. 26–29.

13 So Schellhorn/Jirasek/Seipp, Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz § 23 RdNr. 28.

23 Zur weiteren Begründung sind folgende Erwägungen anzustellen: Ursprünglich gab es einen Mehrbedarf wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit. Die Vorschrift des § 23 Abs. 3 BSHG stellt dessen Erweiterung auf berufsfördernde Maßnahmen dar. Ein Mehrbedarf wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit ließ sich bei berufsfördernden Maßnahmen nie begründen, weil es bei ihnen an dem Kriterium des Austauschs von Arbeit gegen Entgelt fehlte. Aus Gründen, die in der Rechtsprechung des BVerfG zum Existenzminimum zu suchen sind, wurde der Mehrbedarf wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit abgeschafft. Zugleich wurde die Vorschrift des § 76 Abs. 2a BSHG eingefügt. Damit wurde erreicht, dass sich durch die Streichung des Mehrbedarfs im wirtschaftlichen Ergebnis für den Hilfeempfänger nichts änderte. Man hätte also konsequenterweise auch § 23 Abs. 3 BSHG abschaffen und eine Parallelregelung in § 76 BSHG schaffen müssen. Das ist nicht geschehen. Nur wenn man jetzt § 23 Abs. 3 BSHG auch bei der Erbringung von Teilhabeleistungen der Arbeitsförderung oder der Sozialversicherung anwendet, ist die Zubilligung eines Mehrbedarfs möglich. Über § 76 Abs. 2a BSHG könnte eine wirtschaftliche Kompensation nicht erfolgen, weil auch diese Vorschrift nicht auf Entgeltersatzleistungen erstreckt werden kann.[14] Andererseits wollte der Gesetzgeber aber § 23 Abs. 3 BSHG nicht abschaffen. Ihn nur auf die Teilnehmer an Leistungen nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3–6 BSHG anzuwenden, würde zu einer Benachteiligung derjenigen behinderten Menschen führen, die zwar in ihrer wirtschaftlichen Lage den Sozialhilfeempfängern gleichstehen, aber u. U. durch frühere Beitragsleistungen mehr in das Sozialbudget eingebracht haben, als dies bei anderen der Fall ist, die nur die Leistungen nach den §§ 11ff. BSHG und damit auch solche nach § 23 Abs. 3 BSHG erhalten.

24 Selbst wenn man die Auffassung, die eine Anwendung des § 23 Abs. 3 BSHG ablehnt, als zutreffend erachten würde, so müsste man angesichts der Gleichheit der Bedarfslage (geringes Übergangsgeld – Hilfe zum Lebensunterhalt) den Regelsatz gemäß § 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG um einen Betrag erhöhen, der dem Mehrbedarf in etwa entspricht. Eine im Ergebnis ähnliche Auffassung wurde auch für das Entgelt eines Auszubildenden vertreten. Auch hier wurde ein Mehrbedarf wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht angenommen, weil es auch bei einer Ausbildung an einem Austausch von Arbeit gegen Entgelt fehlen solle. Wohl aber ließ die Rechtsprechung eine Erhöhung des Regelsatzes nach § 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG zu. Man kann also zu dem Ergebnis gelangen, dass ein Selbsthilfestreben, das dahin geht, durch eigene Erwerbstätigkeit den eigenen Bedarf zu decken bzw. eine Vorbereitung dazu, je nach Lage des Falles durch § 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG , 23 Abs. 3 BSHG oder 76 Abs. 2a BSHG honoriert werden soll. Deswegen lässt sich im Ergebnis die Auffassung, § 23 Abs. 3 BSHG wäre nicht anzuwenden, wenn vorrangige Maßnahmen auf der Basis des Arbeitsförderungsrechts bzw. der Rentenversicherung durchgeführt werden, nicht rechtfertigen.

14 Es fehlt bei ihnen immer an dem Kriterium des Austausch von Arbeit gegen Entgelt, wie es vor allem beim Krankengeld ersichtlich ist.

e) Berechnungsbeispiel

25 Das folgende Beispiel dient auch der generellen Klarstellung: Jeder, also auch der behinderte Mensch, hat einen Anspruch auf Sicherung seiner materiellen Existenz. Das Rechenbeispiel ist also nicht nur auf die Fälle des Hinzuverdienstes beschränkt. Es stellt vielmehr die Höhe des Betrages dar, den jeder Einzelne zumindest als Fürsorgeleistung beanspruchen kann. Auf das Beispiel kann also als Maßstab bei allen anderen Entgelten und Entgeltersatzleistungen, die an einen behinderten Menschen gezahlt werden, allgemein zurückgegriffen werden.

26 Der grundsätzlich nicht unterschreitbare Bedarf des psychisch behinderten Menschen, der eine der genannten Formen einer Hinzuverdienstätigkeit ausübt, setzt sich danach wie folgt zusammen:

285 Euro (durchschnittlicher Regelsatz),
114 Euro (Mehrbedarf bzw. in etwa gleiche Regelsatzerhöhung)
300 Euro, (hier angenommene tatsächliche Miete),
43 Euro (Pauschale für einmalige Leistungen).
Der Gesamtbedarf beträgt also etwa 742 Euro.

Grundsätzlich ist auf den errechneten Bedarf, das gesamte Einkommen anzurechnen (§ 76 Abs. 1 BSHG).Wird an einer berufsfördernden Maßnahme nicht teilgenommen, so entfällt der Mehrbedarf. Wenn eine behinderungsgerechte Tätigkeit ausgeübt wird, dann können je nach Art der ausgeübten Tätigkeit Einkünfte beim Mindestbedarf zumindest teilweise anrechnungsfrei bleiben, also hinzuverdient werden (unten RdNr. 102, 103).

27 Zu den Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt tritt die Übernahme der Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung nach § 13 BSHG hinzu, sofern der behinderte Mensch die Beitrittsvoraussetzungen nach § 9 SGB V erfüllt. Es kann sich hier um einen Betrag handeln, der mindestens im Bereich von 80–100 Euro liegt.[15] Dies ist für den Träger der Sozialhilfe zwar eine relevante wirtschaftliche Größe, die bei der Begründung eines Pflichtversicherungsschutzes für den behinderten Menschen als Arbeitnehmer entfällt. In keinem Falle erlangt dieser Betrag jedoch für den Hilfeempfänger Bedeutung, weil dieser Betrag ihm nicht zur Deckung seines allgemeinen Lebensbedarfs zur Verfügung steht. Er fehlt ihm auch nicht, wenn ein freiwilliger Versicherungsschutz zu begründen ist, weil in diesem Falle § 13 BSHG Anwendung findet.

28 Auf den Gesamtbedarf ist das gesamte Einkommen, hier also auch ein etwa gezahltes Übergangsgeld anzurechnen (§ 76 BSHG). Eine nach § 76 Abs. 2a BSHG eingeschränkte Anrechnung des Übergangsgeldes kommt nicht in Betracht, weil es, ähnlich wie das Krankengeld, nicht als Gegenleistung für eine ausgeübte Erwerbstätigkeit geleistet wird und damit nicht der Zielsetzung des § 76 Abs. 2a BSHG entspricht (vgl. unten RdNr. 102, 103). Im Ergebnis stehen einem psychisch behinderten Menschen, der einer Tätigkeit nachgeht, knapp 750 Euro zur Bedarfsdeckung zur Verfügung. Fehlt es an jeder Tätigkeit, so ist der Betrag um etwa 100–150 Euro geringer. Er verändert sich vor allem auch dann, wenn für die Kosten der Unterkunft höhere oder geringere Beträge als hier angenommen, aufzuwenden sind.

15 Vgl. BSG 56 S. 101; BSG 71 S. 237.

f) Leistungen der Grundsicherung

29 Mit dem 1. 1. 2003 ist das Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Kraft getreten.[16] Dieses Gesetz hat im Zusammenhang mit dem Hinzuverdienst nur eine Randbedeutung. Gemäß § 1 Ziff. 2 GSiG erhält Leistungen der Grundsicherung auch, wer das 18. Lebensjahr vollendet hat und voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI ist. Die Leistungen erhält der behinderte Mensch jedoch nur dann, wenn es unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben wird. Deswegen werden Leistungen der Grundsicherung vor allem noch nicht erbracht, wenn wegen einer Erwerbsminderung eine Rente auf Zeit gewährt wird (§ 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Dasselbe gilt, wenn Teilhabeleistungen erbracht werden, die darauf abzielen, dass mindestens eine mehr als geringfügige Beschäftigung ausgeübt wird. In diesem Falle ist es nicht unwahrscheinlich, dass die volle Erwerbsminderung behoben wird.

30 Eine volle Erwerbsminderung, nach altem Recht Erwerbsunfähigkeit, liegt vor, wenn der behinderte Mensch unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes nicht mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Auf Grund der Regelung des § 43 Abs. 2 Ziff. 1 SGB VI werden praktisch immer als voll erwerbsgemindert diejenigen angesehen, die in einer WfbM tätig sind oder in einer Einrichtung für behinderte Menschen Hilfsdienste leisten (§ 1 Satz 1 Ziff. 2 a) und b) SGB VI). Sie erhalten also Leistungen der Grundsicherung. Hervorzuheben ist, dass die Erwerbsminderung auch fortbestehen kann in der Zeit eines nicht erfolgreichen Versuchs einer Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 43 Abs. 2 Ziff. 2 SGB VI).

31 Die Rente wegen Erwerbsminderung wird nur nach Erfüllung einer Wartezeit von fünf Jahren gezahlt (§ 50 Abs. 1 Ziff. 2 SGB VI). Die Wartezeit kann im Wesentlichen nur durch Beitragszeiten erfüllt werden (§§ 51–53 SGB VI). Wer eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält, kann die in § 96a SGB VI genannten Beträge hinzuverdienen. Wer keine oder eine zu geringe Rente bezieht, kann nach neuem Recht Leistungen der Grundsicherung erhalten. Der Höhe nach entspricht die Grundsicherung der Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 3 GSiG).[17] Sie wird jedoch im Wesentlichen unabhängig von Unterhaltsansprüchen des behinderten Menschen, insbesondere gegenüber seinen Eltern geleistet.[18] Eigenes Einkommen und Vermögen muss er jedoch vorrangig einsetzen (§ 2 GSiG).

32 Leistungen der Grundsicherung kommen nicht während einer beruflichen Rehabilitation in Betracht, da diese nur durchgeführt wird, wenn eine Aussicht besteht, dass die Erwerbsminderung behoben wird.[19] Anders kann sich dies während einer rehabilitativen Beschäftigung darstellen, da diese vor allem aus therapeutischen Gesichtspunkten durchgeführt wird. Es ist also denkbar, dass in dieser Zeit zumindest noch nicht damit gerechnet werden kann, dass die Erwerbsminderung behoben wird. Werden in diesem Falle Leistungen der Grundsicherung erbracht, so ist ein Hinzuverdienst, der in zeitlicher Hinsicht unter drei Stun-

16 BGBl I 2001 S. 1335.

17 Schoch, D.: Zur Umsetzung des Grundsicherungsgesetzes, info also 2002 S. 157; H. Zeitler, Das Gesetz über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, NDV 2002 S. 381; 421.

18 Klinkhammer, FmRZ 2002

19 BSG SozR 3-2600 § 10 Nr. 2.

den täglich liegen muss, ist nicht ausgeschlossen, da sich hierdurch an der Annahme einer Erwerbsminderung nichts ändert. Das dabei erzielte Entgelt ist allerdings, anders als beim Rentenbezug, nach den auch auf die Grundsicherung anwendbaren Grundsätzen der §§ 76ff. BSHG anzurechnen. Die Anrechnung des Einkommens erfolgt jedoch in diesem Falle gemäß § 76 Abs. 2a BSHG nicht in voller Höhe, denn auch durch den Hinzuverdienst während einer Grundsicherungsleistung kann die Arbeitsbereitschaft gefördert werden. Es besteht also in begrenztem Umfange die Möglichkeit einer gewissen Erhöhung der verfügbaren Mittel (vgl. unten RdNr. 102, 103).

3 Behinderungsgerechte Arbeit

33 Im Bereich der behinderungsgerechten Arbeit dominiert der Gesichtspunkt einer Schaffung von Arbeitsplätzen. Damit erfolgt im Wesentlichen also eine institutionelle Förderung. Der vorherrschende Gedanke besteht darin, durch Subventionen die behinderungsbedingten Mehrkosten der Arbeit abzusenken. Allerdings besteht in begrenztem Rahmen auch die Möglichkeit, den behinderten Menschen direkt zu fördern. Da die unterschiedlichen Formen der behinderungsgerechten Arbeit nicht der Regelung des § 33 SGB IX zuzuordnen sind, ist auf sie auch nicht dessen Absatz 6, anwendbar, der die psychosozialen Leistungen während der Teilhabe am Arbeitsleben regelt. Allerdings sind auf die behinderungsgerechte Arbeit die §§ 102 Abs. 2 SGB IX, 39 Abs. 3, 40 Abs. 1 Ziff. 8 BSHG anwendbar. Auch auf deren Grundlage können psychosoziale Leistungen erbracht werden.

a) Übergangsformen

34 Bestimmte Leistungsformen, die noch der rehabilitativen Beschäftigung oder der beruflichen Rehabilitation zuzurechnen sind, haben insoweit schon den Charakter einer institutionellen Förderung, als sie auf die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten ausgerichtet sind. Sie stellen jedoch insoweit keine institutionelle Förderung dar, als sie nicht generell behinderungsgerechte Arbeitsgelegenheiten, sondern solche für bestimmte behinderte Menschen schaffen sollen. Sie erweitern also nicht das allgemein vorgehaltene Angebot, sondern bestehen abhängig vom individuellen Bedarf und dienen der Fortführung einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben bis zur vollen beruflichen Eingliederung. Die Zwischenstellung der hier interessierenden Leistungen kommt auch darin zum Ausdruck, dass sie teils in § 33 SGB IX (berufliche Rehabilitation) und teils in § 34 SGB IX (Leistungen an Arbeitgeber) geregelt sind.

35 Der Gesetzgeber des Neunten Buches hat sich in den genannten Grenzbereichen der beruflichen Förderung nicht eindeutig festgelegt. Er fasst alle Leistungen unter dem Begriff der Teilhabe am Arbeitsleben zusammen und regelt insbesondere, dass auch die Leistungen nach § 34 SGB IX von den in § 6 Abs. 1 Ziff. 2–5 SGB IX genannten Rehabilitationsträgern erbracht werden können. Soweit die arbeitsbezogene Förderung noch dem medizinischen Sektor zuzurechnen ist, findet § 26 Abs. 2 Ziff. 7 SGB IX Anwendung.

aa) Grenzfälle der rehabilitativen Beschäftigung

36 Soweit eine im weitesten Sinne berufliche Förderung des behinderten Menschen erfolgt, kann es insbesondere in der Frühphase zweifelhaft bzw. vom Bedarf oder von der therapeutischen Konzeption abhängig sein, ob eine medizinische Maßnahme oder eine solche der Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt wird. Insbesondere hat sich die Arbeitstherapie in einer Weise entwickelt, dass sie kaum noch von bestimmten Formen der beruflichen Förderung abzugrenzen ist.[20] Was, ausgehend vom medizinischen Sektor, als Arbeitsversuch, Arbeitstraining, Betriebspraktikum usw. durchgeführt wird, ist zumeist noch den medizinischen Maßnahmen der Belastungserprobung oder Arbeitstherapie zuzurechnen.[21] Dabei ist eine Belastungserprobung gegeben, wenn die Leistungsbreite des behinderten Menschen festgestellt werden soll. Die Maßnahme hat also vorwiegend einen diagnostischen Charakter. Die Beschäftigungstherapie dient dem (Wieder)erlernen menschlicher Grundfunktionen, die infolge der Behinderung nicht vorhanden oder verloren gegangen sind.

37 Fähigkeiten, die in der Arbeitstherapie erworben werden sollen, sind u. a.: »Fingerfertigkeit, Arbeitsqualität, Arbeitsquantität, Interesse an der Arbeitsaufgabe, Ausdauer, Pünktlichkeit, Auftreten im Arbeitsmilieu, Selbstvertrauen, Kontaktfähigkeit, Fähigkeit zur Zusammenarbeit sowie die Verminderung der Zahl besonderer Arbeitsinstruktionen«[22]. Ein Teil dieser Zielsetzungen ist eindeutig berufsbezogen und könnte auch durch berufsfördernde Maßnahmen angestrebt werden. Andere könnten sogar völlig außerhalb der medizinischen Rehabilitation stehen. Erst in der Einordnung in ein medizinisches Gesamtkonzept wird aus den Einzelmaßnahmen der medizinische Charakter erkennbar. Das BSG bezeichnet es als elementares Grundbedürfnis des Menschen, eine berufliche oder andere gleichwertige Tätigkeit ausüben zu können.[23] Diese Einordnung als elementares Grundbedürfnis führt dann dazu, dass der Erwerb von Grundqualitäten des Arbeitsverhaltens der Akutversorgung und damit den Leistungen der Krankenversicherung (§ 42 SGB V) zuzurechnen ist. Das schließt nicht aus, dass man einen Teil der arbeitstherapeutischen Ziele auch durch andere Maßnahmen erreichen kann, die eindeutig den Charakter von berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen haben (vgl. §§ 33 Abs. 3 Ziff. 2, 100 Ziff. 5, 61 SGB III). Wenn es etwa in der Arbeitstherapie um »Fingerfertigkeit« und damit um den Erwerb einer Grundqualität des Arbeitsverhaltens geht (§ 42 SGB V), dann lässt sich das gleiche Ziel auch in einer berufsvorbereitenden Maßnahme als Grundlehrgang mit einem bestimmten Werkstoff erreichen (§ 61 SGB III). Ähnliches gilt für das arbeitstherapeutische Ziel »Auftreten im Arbeitsmilieu«.

38 Damit sind die Maßnahmen bis zu einem gewissen Grade austauschbar. Bei der Abgrenzung kommt es entscheidend darauf an, ob die eingesetzten Methoden einen medizinischen oder einen pädagogischen Charakter haben. Diese Frage lässt sich häufig nur noch

20 Gross, W.: Arbeitstherapie, Mannheim 1987 S. 131ff.

21 Kinne, G. u. a.: Regionale Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation, Die Rehabilitation 2002 S. 336.

22 Rost, in Reimer (Hg), Arbeitstherapie, 1977 S. 2.

23 BSG SozR 2200 § 182b Nr. 36.

über die Berufsgruppe, die die Fähigkeit vermittelt, entscheiden.[24] Als fast ebenso formal ist das Kriterium zu bezeichnen, dass nur die Arbeitstherapie ärztlich verordnet sein muss (§ 73 Abs. 2 Ziff. 5 SGB V). Wenn man allgemein und nach dem Ziel einer medizinischen Maßnahme bestimmen will, wie weit die Arbeitstherapie gehen kann, dann wird man Folgendes sagen müssen: Alles, was dem menschlichen Grundbedürfnis dient, überhaupt einer Arbeit nachzugehen, ist der Arbeitstherapie zuzurechnen. Sind Maßnahmen auf bestimmte Berufs- oder Tätigkeitsfelder ausgerichtet, gehören sie zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Maßnahmen im Umfeld der Arbeitstherapie können auch den Charakter einer Erprobungsphase haben. In diesem Falle stellen sie entweder eine Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung dar und sind dem Auswahlverfahren zur Teilhabe am Arbeitsleben zuzurechnen (§ 33 Abs. 4 SGB IX). Rechtlich nicht ausgeschlossen ist es, wenn von einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben auf eine Arbeitstherapie »zurück« gewechselt wird.

bb) Erlangung und Erhalt eines Arbeitsplatzes

39 Zu den allgemeinen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, wie etwa der Weiterbildung, ist hier nichts mehr auszuführen.[25] Einzelne Leistungen habe für die psychiatrische Versorgung eine besondere Bedeutung. Das gilt vor allem für die Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes. Sie weisen schon zum Teil in die behinderungsgerechte Arbeit, sie gehören systematisch aber noch zu den Leistungen der beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne. Konsequenterweise sind sie jetzt in § 33 Abs. 3 Ziff. 1 SGB IX geregelt. Die Praxis hat bisher im Hinblick auf diese Leistungen wenig Phantasie entwickelt. Ganz im Vordergrund stehen die Zuschüsse zur Beschaffung von Kraftfahrzeugen.[26] In der Sache stehen diese Leistungen zwischen der Arbeitsvermittlung, der beruflichen Rehabilitation und den begleitenden Hilfen im Arbeitsleben im Sinne des § 102 Abs. 2 SGB IX. So hat das BSG bereits entschieden, dass allein die Vermittlung eines behinderungsgerechten Arbeitsplatzes eine Leistung zur Rehabilitation sein kann.[27] Auch die Übernahme der Kosten für einen Umzug oder die Arbeitsausrüstung kann eine Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes sein.

40 Zweifelhaft war allerdings in der Vergangenheit, ob während einer Leistung zur Erlangung oder zum Erhalt eines Arbeitsplatzes Übergangsgeld zu zahlen war. Die §§ 16 Abs. 1, 20 Abs. 1 SGB VI, auf die sich die Zweifel stützten, sind jedoch durch das Neunte Buch neu gefasst worden. Nach neuem Recht ist Übergangsgeld zu zahlen, wenn der Versicherte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhält. Selbst wenn man darunter nur die berufliche Rehabilitation versteht, ist diese Voraussetzung bei den Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes erfüllt (§ 33 Abs. 3 Ziff. 1 SGB IX). Sollte während der Durchführung einer solchen Maßnahme Erwerbseinkommen erzielt werden, so ist dies nach § 52 Abs. 1 Ziff. 2 SGB IX auf das Übergangsgeld anzurechnen. Zu Doppelleistungen kann es also nicht kommen.

---

24 Allerdings ist ein einfacher Schluss von der Berufsgruppe auf den leistungsrechtlichen Charakter auch nicht möglich, BSG FEVS 49 S. 184.

25 Vgl. Mrozynski, P.: SGB IX Teil 1, Kommentar § 33 RdNr. 15–46.

26 BSG 41 S. 241; 42 S. 5; 45 S. 183; 48 S. 88.

41 Die Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes lassen sich in besonderem Maße als Teile der beruflichen Förderung innerhalb der psychiatrischen Versorgung fortentwickeln. Wenn es nach längeren Auseinandersetzungen um die Kraftfahrzeughilfe heute gesicherte Rechtsauffassung ist,[28] dass Rehabilitationsleistungen auch dann zu erbringen sind, wenn der behinderte Mensch bereits einen Arbeitsplatz inne hat, den er aber behinderungsbedingt nicht voll ausfüllen kann, dann wird man sich über die Kraftfahrzeughilfe hinaus darüber Gedanken machen müssen, welche anderen Leistungen zur Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes in Betracht kommen. Insbesondere darf man die Leistungen zur Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes nicht länger auf die erstmalige Eingliederung der behinderten Menschen begrenzen. Das ergibt sich bereits aus der allgemeinen Zielsetzung des § 4 Abs. 1 Ziff. 3 SGB IX. Danach ist die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern. Aus der Vorläuferregelung (§ 1 RehaAnglG) hat das BSG geschlossen, dass jeder Träger der beruflichen Rehabilitation auch Leistungen zu erbringen hat, wenn ein behinderter Mensch zwar auf einem Dauerarbeitsplatz beschäftigt wird, diese Beschäftigung jedoch behinderungsbedingt gefährdet ist.[29] Es kommt hinzu, dass die hier interessierenden Leistungen eine Doppelcharakter haben. Sie dienen nicht nur zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, sondern auch zu seinem Erhalt. Sie sind darüber hinaus keine begleitenden oder ergänzenden Leistungen, sondern selbständige Leistungen der beruflichen Rehabilitation. Sie erhalten vor allem dann eine besondere Bedeutung, wenn ein behinderter Mensch nicht hinreichend durch Teilnahme an den klassischen Maßnahmen, wie etwa einer Umschulung in Lehrgangsform, gefördert werden kann.

42 Vor allem im Rahmen der psychiatrischen Versorgung wird man auch solche Maßnahmen den Leistungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes zurechnen müssen, die mit der Bewerbung und der Kontaktaufnahme des einzelnen Behinderten mit dem Arbeitgeber zu tun haben. Das gilt auch für Gespräche mit Arbeitgebern bzw. Mitarbeitern und ähnliche Aktivitäten noch ehe das Arbeitsverhältnis mit einem behinderten Menschen begründet ist. Insgesamt geht es also um die Schaffung günstiger Einstellungsvoraussetzungen.

43 Aktivitäten zum Erhalt eines Arbeitsplatzes entsprechen damit auch schon den Leistungen nach § 102 Abs. 2 SGB IX. Ohne hier auf die schwierige Abgrenzung zwischen den Rehabilitationsleistungen und der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben einzugehen,[30] kann man feststellen, dass an der Nahtstelle zwischen beruflicher Rehabilitation und behinderungsgerechter Arbeit Leistungen nicht nur zu Erlangung, sondern auch zum Erhalt eines Arbeitsplatzes erbracht werden müssen. Wie aus der Rechtsprechung zur Kraftfahrzeughilfe zu ersehen ist, kann es sich dabei auch um Leistungen handeln, die dauernd oder wiederholt im Arbeitsleben zu erbringen sind.

44 Zur praktischen Ausgestaltung der Hilfen zur Erlangung und zum Erhalt eines Ar-

27 BSG 43 S. 80.

28 Zanker, H.: Hilfen an Behinderte zum Erreichen des Arbeitsplatzes, ZfSH/SGB 1984 S. 147; P.-H. Naendrup, Berufsfördernde Rehabilitationsleistungen oder nachgehende Hilfen im Arbeitsleben? ZfSH/SGB 1985 S. 109; Storck, E.: Klare Zuständigkeiten für die Hauptfürsorgestellen, br 1988 S. 98; H. H. Cramer, Schwerbehindertengesetz, Kommentar, 5. Aufl. München 1992 § 31 Anm. 11a.

29 BSG Breith. 1985 S. 869.

30 Vgl. BSG 52 S. 120, 121.

beitsplatzes ist im Gesetz im Einzelnen nichts geregelt, so dass die Praxis hier relativ frei ist. Entsprechend ihrem Grundgedanken kommen diese Leistungen dann in Betracht, wenn ein behinderter Mensch zwar einen Arbeitsplatz innehat, diesen aber noch nicht in der Weise ausfüllen kann, dass er als beruflich voll eingegliedert anzusehen bzw. wenn der Arbeitsplatz als gefährdet anzusehen ist. Dadurch, dass die Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes mit Qualifizierungsmaßnahmen verbunden werden können (vgl. unten RdNr. 48), dienen sie vor allem jenem Zweck, der in der psychiatrischen Versorgung mit dem Konzept »erst platzieren, dann rehabilitieren« beschrieben wird.

45 Es wäre also angesichts der jetzt noch unzureichenden sozialrechtlichen Regelungen im Hinblick auf seelisch behinderte Menschen zu überlegen, ob man in der Praxis den Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes eine gewisse kompensierende Funktion geben kann. Wenn das herkömmliche Verständnis der beruflichen Rehabilitation am Konzept der beruflichen Qualifikation durch Ausbildung, Fortbildung und Umschulung vor einer Integration in den Arbeitsmarkt orientiert ist, müsste man bei behinderten Menschen, bei denen diese Maßnahmen nicht in Betracht kommen, einen anderen Weg gehen. Während also das herkömmliche Verständnis dadurch geprägt ist, dass im Anschluss an bestimmte Bildungsmaßnahmen gleichsam zur Vervollständigung der beruflichen Eingliederung Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes in Betracht kommen, verschiebt sich bei behinderten Menschen, bei denen Bildungsmaßnahmen nur in geringem Umfang oder gar nicht in Betracht kommen, die Gewichtung innerhalb des Leistungskatalogs. Wer behinderungsbedingt eine Bildungsmaßnahme von etwa zwei bis drei Jahren nicht absolvieren kann (§ 37 Abs. 2 SGB IX), sollte nach der Teilnahme an berufsvorbereitenden Maßnahmen von wesentlich geringerem Umfang Leistungen zum Erhalt eines Arbeitsplatzes beanspruchen können. Auf diesem Arbeitsplatz und zu seiner Ausfüllung wird der behinderte Mensch beruflich gefördert. Das bedeutet, dass man mit diesen Leistungen relativ früh auf den allgemeinen Arbeitsmarkt überwechseln könnte, was als ein Anliegen der beruflichen Förderung seelisch behinderter Menschen zu bezeichnen ist. Es gibt gewisse Hinweise darauf, dass die berufliche Integration erfolgreicher verläuft, wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt. Demgegenüber ist das Innehaben eines Arbeitsplatzes auf einem Sonderarbeitsmarkt häufiger mit dem Verbleib dort verbunden.[31] Soweit behinderte Menschen bereits über die erforderliche Qualifikation verfügen und nur nach einer längeren Krankheitsphase beruflich eingegliedert werden müssen, kennt das Rehabilitationsrecht die Leistung der »beruflichen Anpassung (§ 33 Abs. 3 Ziff. 3 SGB IX). Mit dieser Leistung wird vor allem der Zweck verfolgt, Lücken in der beruflichen Kompetenz, die durch den Krankheitsverlauf entstanden sind, wieder aufzufüllen.

46 Hier könnte man also mit dem Instrument der beruflichen Qualifizierung im Arbeitsleben ansetzen. Für diejenigen behinderten Menschen, für die der Zugang zum Arbeitsleben nicht vollständig über technische Hilfsmittel oder durch Bildungsmaßnahmen erreichbar ist, ist ein anderer Weg vorzusehen. Er liegt auch im »sozialen Zugang« zum Arbeitsleben, den

31 Hoffmann, H.: Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? Psychiatrische Praxis 1999 S. 211.

man am besten unmittelbar in der Arbeitswelt erlangen kann.[32] Dieser Zugang erweitert sich zum Erwerb von Wissen und Fähigkeiten, die weniger einem bestimmten Berufsbild zuzurechnen sind und mehr den Anforderungen eines konkreten Arbeitsplatzes entsprechen. In diesem Zusammenhang muss die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben als Hilfe zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes einen umfassenderen, der Regelung des § 4 Abs. 1 Ziff. 3 SGB IX entsprechenden, Sinn bekommen. Es geht dabei vor allem darum, die je nach Behinderungsart angemessene Maßnahme durchzuführen.

47 An spezifisch qualifizierende Maßnahmen im Vollzug der Arbeit ist in diesem Zusammenhang gerade deswegen zu denken, weil das Gesetz die Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt des Arbeitsplatzes noch der Form der Teilhabe am Arbeitsleben zurechnet, die man herkömmlicherweise als beruflichen Rehabilitation bezeichnet. Es geht hier also nicht lediglich um die Ausübung einer behinderungsgerechten Arbeit sondern darum, die individuellen beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen bezogen auf einen bestimmten Arbeitsplatz zu verbessern. Nicht ein abstraktes Berufsbild, sondern der konkreten Arbeitsplatz ist der Bezugspunkt der Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes. Klarzustellen ist dabei, dass diese Hilfen nicht identisch sind mit den Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, insbesondere nicht mit den Leistungen an Arbeitgeber. Sie werden vielmehr in den gesetzlichen Vorschriften gesondert erwähnt (vgl. § 33 Abs. 3 Ziff. 1; 34 SGB IX).

48 Mit dieser Sichtweise der Hilfen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes würde man den unterschiedlichen Gruppen unter den behinderten Menschen besser als bisher gerecht werden. Vorzuziehen wären gewiss immer Bildungsmaßnahmen, die zu anerkannten Abschlüssen führen. Diese müssten dann aber auch von den Industrie- und Handels- bzw. Handwerkskammern abgenommen werden. Soweit hierbei behinderungsbedingt geringere Anforderungen gestellt werden, wird dies aus dem Abschluss ersichtlich (§§ 48 BBiG, 42 HwO). Wo darüber hinaus eine Rehabilitation durch Bildung in diesem Sinne nicht zu erreichen ist, ist jeder Rehabilitationsträger verpflichtet, dem behinderten Menschen alle anderen Hilfen zu seiner beruflichen Eingliederung zu erbringen. Er ist nicht auf eine bestimmte Leistungsart innerhalb des Rahmens, der durch § 33 SGB IX vorgegeben ist, und schon gar nicht auf eine bestimmte institutionelle Ausgestaltung der beruflichen Rehabilitation in bestimmten Einrichtungen festgelegt. Das Gesetz versteht berufliche Rehabilitation zwar traditionellerweise aber keineswegs ausschließlich als Bildung, wie gerade das Beispiel der bloßen Vermittlung des behinderungsgerechten Arbeitsplatzes belegt.[33] Es kommt hinzu, dass Qualifizierungsmaßnahmen im Arbeitsprozess, selbst wenn sie auf geringem Niveau durchgeführt werden, immer noch Bildungsmaßnahmen im Sinne des § 33 SGB IX sein können. Entscheidender Gesichtspunkt ist also nicht das Niveau oder Ziel einer Maßnahme (Abschluss), sondern die gezielte Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten eines behinderten Menschen. Ist sie erkennbar, handelt es sich um eine Leis-

32 Vgl. Seyfried, E.: Zur Verknüpfung von beruflicher Rehabilitation und dauerhafter Beschäftigung bei psychisch Behinderten, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter, Bonn 1990 S. 161.

33 BSG SozR § 1237a RVO Nr. 16.

tung im Sinne des § 33 SGB IX. Kurz: Die beruflichen Fähigkeiten eines behinderten Menschen können auch auf einem konkreten Arbeitsplatz und begrenzt auf ihn verbessert werden.

49 Erkennt man diese Funktion der Hilfen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes an, so ergibt sich in der Praxis eine Gewichtverlagerung. Diejenigen behinderten Menschen, die an umfangreicheren Bildungsmaßnahmen nicht teilnehmen können, erhalten eine diesen Maßnahmen möglichst entsprechende Qualifizierung am Arbeitsplatz und zu dessen Erhalt. In diesem Falle erfolgt eine berufliche Rehabilitation schwerpunktmäßig nicht vor Eintritt in das Arbeitsleben, sondern mit der Arbeitsaufnahme. Die Voraussetzungen für den Beginn einer beruflichen Tätigkeit könnten damit u. U. auch herabgesetzt werden.

50 Dieser Lösungsansatz entspricht nicht dem bisher vorherrschenden Verständnis der Sozialleistungsträger in der beruflichen Rehabilitation.[34] In der Praxis haben die Hilfen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes eine eher flankierende und vervollständigende Funktion. Demgegenüber ist aber ihre eigenständige Bedeutung im Gesetzestext zu betonen (vgl. § 33 Abs. 3 Ziff. 1 SGB IX). Sie sind insbesondere keine ergänzenden Leistungen. Als eigenständige Maßnahmen sind sie neben der Aus- und Weiterbildung fortzuentwickeln, gerade um allen Behinderungsarten gerecht zu werden. Wo psychisch behinderte Menschen den Belastungen einer Ausbildung nicht gewachsen sind, dort kann das Eingliederungsziel durch Qualifizierung im Arbeitsprozess angestrebt werden. Das ist noch die gezielte Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten, die das BSG zur Voraussetzung für jede berufliche Rehabilitation erklärt.[35] Wichtig für die weitere Entwicklung ist dabei, dass die Hilfen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes nicht lediglich den Charakter einer Arbeit unter beschützenden Bedingungen haben dürfen.

cc) Probebeschäftigung

51 Auch die Probebeschäftigung steht im Schnittpunkt zwischen beruflicher Rehabilitation und behinderungsgerechter Arbeit. In § 34 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX wird sie als vierte Möglichkeit u. a. neben den Eingliederungszuschüssen geregelt. Im Zusammenhang mit den Hinzuverdienstmöglichkeiten ist sie aber an erster Stelle zu nennen. Die Leistung besteht in der teilweisen oder vollen Kostenübernahme für eine befristete Zeit. Das Gesetz regelt weder die Höhe noch die Dauer der Leistung. Dem Inhalt nach richtet sich die Leistung auf die volle Übernahme der Kosten einer Beschäftigung des behinderten Menschen. Das kann sich also auf das volle tarifliche Entgelt einschließlich der Lohnnebenkosten erstrecken. Außerdem gehören dazu auch die Kosten der psycho-sozialen Betreuung. Diese Form hat sich in der Praxis herausgebildet. Das Gesetz schließt aber andere Formen der Probebeschäftigung nicht aus. So kann insbesondere eine Probebeschäftigung durchgeführt werden, ohne dass ein Arbeitsverhältnis begründet wird. Das kann auch in Selbsthilfefirmen, in Integrationsprojekten oder in Form der Leiharbeit geschehen. Insbesondere kann die

34 Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften, Band 7 1997 S. 119.

35 BSG SozR 4100 § 56 Nr. 4.

Probebeschäftigung auch lediglich in einem geeigneten Betrieb durchgeführt werden. Sie muss also nicht dort erfolgen, wo ein späterer Arbeitgeber in Aussicht genommen wird.

52 Für den behinderten Menschen selbst hat die Beschäftigung einen Erprobungscharakter. In der früheren Regelung des § 55a A-Reha war als Leistungsvoraussetzung genannt, dass dadurch die Möglichkeiten einer vollständigen und dauerhaften beruflichen Eingliederung des Behinderten verbessert werden. Deswegen wird man die Leistung nicht erbringen können, wenn es ihm eigentlich nur um einen reinen Hinzuverdienst geht. Es genügt aber zu erproben, ob der behinderte Mensch den Belastungen des Arbeitslebens gewachsen ist. Mit dem Begriff der Probebeschäftigung lässt sich auch besser das psychiatrische Anliegen verbinden, einen Arbeitsversuch so anzulegen, dass ein Wechsel zwischen der Sphäre der Klinik oder der Übergangseinrichtung und der beruflichen Sphäre möglich ist. Da die Probebeschäftigung vor allem der Feststellung dient, in welchem Ausmaß der behinderte Mensch den Belastungen des Arbeitslebens standhalten kann, ist auch der Charakter als einer Leistung an ihn selbst noch hinreichend deutlich, selbst wenn nur die dem Arbeitgeber entstehenden Kosten zu übernehmen sind.

dd) Eingliederungszuschüsse

53 Die Probebeschäftigung ist nicht mit dem Eingliederungszuschuss identisch. Damit werden während einer Probebeschäftigung insbesondere die beim Eingliederungszuschuss nach § 34 Abs. 2 SGB IX vorgesehenen Fristen nicht in Lauf gesetzt. Es ist also für die Dauer weiterer Leistungen zur beruflichen Eingliederung unschädlich, wenn in einer bestimmten Phase der flexiblen beruflichen Eingliederung eine Probebeschäftigung vorgeschaltet bzw. an die berufliche Rehabilitation angeschlossen wird.

54 Höhe und Dauer des Eingliederungszuschusses ergeben sich aus § 34 Abs. 3 SGB IX. Der Grundgedanke des Gesetzgebers besteht darin, dass der Eingliederungszuschuss den Arbeitgeber von dem Risiko des geringeren Leistungsvermögens des behinderten Menschen entlasten soll, dass er andererseits aber als Eingliederungsmaßnahme kontinuierlich abgebaut wird. Bei dieser Leistung wird also der Charakter einer wirtschaftlichen Sicherung desjenigen, der die Arbeit schafft, deutlicher. Andererseits erhält der behinderte Mensch selbst während der ganzen Zeitspanne der Eingliederungsmaßnahme das volle tarifliche Entgelt und genießt den Versicherungsschutz des Arbeitnehmers. Im Grundsatz wird der Eingliederungszuschuss in Höhe von 50 % des Tariflohnes für die Dauer von ein Jahr gezahlt. Er kann um 20 Prozentpunkte angehoben werden und bis zu zwei Jahren erbracht werden. Im zweiten Jahr ist er entsprechend der Steigerung des Leistungsvermögens abzusenken. Im Höchstfalle wird der Eingliederungszuschuss für ein Jahr in Höhe von 70 % und für ein weiteres Jahr in Höhe von 60 % des Tariflohnes gezahlt.

55 Praktisch nur bei jüngeren behinderten Menschen kommen die Ausbildungszuschüsse nach § 34 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX in Betracht. Sie werden nur für Bildungsleistungen gewährt, können aber für die gesamte Ausbildungszeit gezahlt werden und können sogar die zu zahlende Ausbildungsvergütung übersteigen.

56 Die Vorschrift des § 34 SGB IX findet im Arbeitsförderungsrecht keine Anwendung. Vielmehr verweist § 109 SGB III nur auf § 33 SGB IX. Vor dem Hintergrund der Regelung des § 7 SGB IX bedeutet das, dass die Bundesanstalt für Arbeit Leistungen an Arbeitgeber,

also auch die Probebeschäftigung und Eingliederungszuschüsse, allein nach den Bestimmungen des SGB III erbringt. Insoweit finden die §§ 217ff. SGB III Anwendung. Diese Vorschriften entsprechen im Wesentlichen den Grundsätzen des SGB IX. Sie finden jedoch nicht ausschließlich zugunsten behinderter Arbeitnehmer Anwendung, sondern gelten für alle, deren Eingliederung erschwert ist (§ 217 SGB III). Maßgeblich wird auf die Minderleistung des Arbeitssuchenden abgestellt. Sie ist immer dann gegeben, wenn der Wert der Arbeitsleistung unter dem gezahlten Entgelt liegt. Sie muss auf individuellen Leistungsdefiziten beruhen.[36] Diese setzt in § 217 SGB III nicht zwingend eine Behinderung voraus. Gemäß § 218 Abs. 1 Ziff. 2 SGB III wird aber die Leistung auch an behinderte Menschen erbracht. Die Vorschriften der §§ 220 und 221 SGB III kennen ähnlich wie § 34 Abs. 2 SGB IX eine Regel- und eine erhöhte Förderung. In § 222a SGB III wird eine Sonderregelung für besonders schwer betroffene schwerbehinderte Menschen getroffen.

57 Es wäre zu erwägen, dass man die jetzt als Leistungen an Arbeitgeber konzipierten Leistungen rechtlich zumindest auch als solche an den behinderten Menschen ausgestaltet. Das wäre nur durch Änderung des Gesetzes möglich. Würde – bei einem Minderleistungsausgleich an den behinderten Menschen selbst – der Arbeitgeber nur den Gegenwert der geleisteten Arbeit bezahlen, dann müsste allerdings auch die Tarifbindung gelockert werden. Eine solche Konstruktion kennt das Gesetz beim Kurzarbeitergeld (§§ 169ff. SGB III). Hier ist sie allerdings leichter zu praktizieren, weil ausschließlich die Arbeitszeit und nicht das Leistungsvermögen Maßstab für das Arbeitsentgelt ist. Als gewissermaßen kleinere Lösung und zur Erprobung dieser Gestaltung könnten die Rehabilitationsträger zu einer Praxis übergehen, nach der dem behinderten Menschen eine Zusicherung erteilt wird, in der verbindlich festgelegt wird, welche Leistungen an Arbeitgeber erbracht werden, wenn ein Arbeitsplatz gefunden ist (vgl. unten RdNr. 230).

b) Institutionelle Förderung

58 In den §§ 240ff. SGB III werden Leistungen an Träger allgemeiner berufsausbildender Maßnahmen geregelt. Diese können grundsätzlich auch für behinderte und zumeist jüngere Menschen in Betracht kommen. Entscheidend ist aber die Vorschrift des § 248 SGB III. In ihrer ursprünglichen Fassung war in dieser Regelung vorgesehen, dass »Einrichtungen der beruflichen Aus- oder Weiterbildung oder zur beruflichen Eingliederung Behinderter« durch Darlehen oder Zuschüsse gefördert werden konnten. Demnach wäre es möglich gewesen, Einrichtungen, die behinderungsgerechte Arbeitsplätze zur Verfügung stellen, institutionell zu fördern, da auch sie der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen dienen. Es war aber von Anfang an nicht ganz klar, ob der Gesetzgeber die Absicht verfolgt hat, auch allgemein die berufliche Eingliederung institutionell zu fördern.[37] Durch Neufassung des § 248 SGB III mit Wirkung ab dem 1.1.2002 hat sich diese Frage jetzt erledigt. Nunmehr können nur noch Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung oder Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation gefördert werden. Das betrifft im Wesentlichen Berufsbildungs- und

36 BSG SozR 3-4100 § 49 Nr. 1

37 Verneinend Brandts in: Niesel, SGB III § 248 RdNr. 1.

Berufsförderungswerke sowie Werkstätten für behinderte Menschen, die der Gesetzgeber auch in ihrem Arbeitsbereich als Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ansieht.[38]

59 Wenn man den Arbeitsbereich der WfbM aber dem Komplex der behinderungsgerechten Arbeit zuordnet, dann ist dessen Förderung auf der Basis der § 248 SGB III nicht ganz schlüssig, da die Vorschrift auf den Bereich der Aus- und Weiterbildung bzw. der beruflichen Rehabilitation eingeengt worden ist. Das ergibt sich aus der früheren, aber dann revidierten Fassung, die eine institutionelle Förderung für »Einrichtungen ... zur beruflichen Eingliederung Behinderter« vorsah. Dieses Ziel verfolgt die WfbM in ihrer Gesamtheit. Dieses Ziel verfolgen aber auch andere Einrichtungen der beruflichen Förderung behinderter Menschen. Es ist wenig konsequent, die Förderung solcher Einrichtungen aus § 248 SGB III herauszunehmen, die WfbM aber mit ihrem Arbeitsbereich wieder hineinzunehmen, indem man sie uneingeschränkt im Berufsbildungs- und im Arbeitsbereich als Einrichtung der beruflichen Rehabilitation bezeichnet. Konsequenterweise müssten dann auch alle Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM erbringen, das ist jedoch nicht der Fall, wie aus § 42 SGB IX ersichtlich ist. Klar ist an der Fassung des § 248 SGB III aber, dass nicht alle Einrichtungen der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen institutionell gefördert werden sollen, sondern nur solche, die Bildungsmaßnahmen durchführen.

60 Damit steht nach geltendem Recht fest, dass eine institutionelle Förderung von Hinzuverdienstfirmen und anderen Anbietern behinderungsgerechter Arbeit auf der Basis des Arbeitsförderungsrechts nicht möglich ist. Allerdings ist die Vorschrift auch nicht so eng gefasst, dass nur die oben genannten Einrichtungen (RdNr. 58) gefördert werden könnten. Darlehen oder Zuschüsse können vielmehr alle Einrichtungen erhalten, die der beruflichen Rehabilitation dienen. Das wären etwa Angebote, die in der Praxis als berufliche Trainingszentren oder Übungsfirmen bezeichnet werden. Das gilt auch für Integrationsbetriebe, wenn sie entsprechende Maßnahmen durchführen. In der Regel wird man aber nicht solche Einrichtungen einbeziehen können, die Angebote an behinderte Menschen machen, die hier als rehabilitative Beschäftigungen bezeichnet werden. Das erklärt sich daraus, dass sich alle Leistungen des Arbeitsamtes unmittelbar am Arbeitsmarkt orientieren. Zumindest solche Formen der rehabilitativen Beschäftigung, die entweder dem medizinischen Bereich zuzurechnen sind oder zur sozialen Betreuung gehören, haben diesen Bezug nicht. Etwas anderes gilt für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (§§ 33 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX, 61 SGB III). Solche Maßnahmen können etwa in einer Beschäftigungstagesstätte angeboten werden. Insoweit wäre dieser Bereich einer institutionellen Förderung zugänglich. Insbesondere wird man aus dem Gesamtzusammenhang des § 248 SGB III schließen müssen, dass auch Teile von Einrichtungen institutionell gefördert werden können, die in anderen Abteilungen Ziele verfolgen, die nicht in § 248 SGB III genannt werden. Das ergibt sich zum einen daraus, dass nicht die Einrichtung als solche, sondern der Träger einer Einrichtung institutionell gefördert wird. Außerdem kann sich die Förderung auf eine »Erweiterung« und damit auf den Teil einer Einrichtung erstrecken.

38 BT-Drs. 14/5074 S. 105.

61 Ein besonderer Anspruch, der in der jetzigen Entwicklungsphase von Bedeutung sein dürfte, ergibt sich aus § 248 Abs. 1 Ziff. 2 SGB III. Danach können auch Leistungen der institutionellen Förderung erbracht werden, die dazu dienen, »Lehrgänge, Lehrprogramme und Lehrmethoden« zur beruflichen Bildung behinderter Menschen (weiter) zu entwickeln. Auf dieser Grundlage und unter Hinweis auf § 10 Abs. 3 SGB IX ließe sich ein spezifisches Konzept für die psychiatrische Versorgung entwickeln und institutionell fördern.

4 Neuerungen im Schwerbehindertenrecht

62 Das Schwerbehindertenrecht der §§ 68ff. bildet den Teil 2 des SGB IX. Der Gesetzgeber hat hier keine Reform, sondern lediglich eine Anpassung an die und eine Integration in die Regelungen des Neunten Buches vorgenommen. Allerdings hat es mit der gesetzlichen Regelung verschiedener Maßnahmen durch das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter[39] knapp ein Jahr vor In-Kraft-Treten des Neunten Buches sehr wichtige Neuerungen des Schwerbehindertenrechts gegeben. Diese sind unverändert in das SGB IX eingegangen.[40] Es handelt sich im Wesentlichen um die gesetzliche Regelung der Integrationsfachdienste (§§ 109ff SGB IX), die Arbeitsassistenz (§ 102 Abs. 4 SGB IX) und um die Integrationsprojekte (§§ 132 SGB IX).

a) Der Begriff des Arbeitsplatzes

63 Nicht ganz eindeutig ist dem Gesetz zu entnehmen, was ein Arbeitsplatz ist und welche Bedeutung ihm im 2. Teil des Neunten Buches zukommt. In § 73 SGB IX wird der Begriff des Arbeitsplatzes geregelt. Dabei wird in Abs. 3 der Vorschrift bestimmt, dass als Arbeitsplätze nicht Stellen anzusehen sind, »auf denen Beschäftigte weniger als 18 Stunden wöchentlich beschäftigt werden.« Diese Regelung findet sich aber in dem Abschnitt Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe (§§ 71–79 SGB IX). Daraus darf man nicht schließen, dass dieser Begriff des Arbeitsplatzes konstituierend für das ganze Neunte Buch ist. So ist in § 102 Abs. 2 Satz 3 SGB IX geregelt, dass auch eine Teilzeittätigkeit von mindestens 15 Stunden gefördert werden kann.

64 In § 102 Abs. 4 SGB IX wird im Zusammenhang mit der Arbeitsassistenz der Begriff des Arbeitsplatzes überhaupt nicht erwähnt. Allerdings ist diese Vorschrift, das ergibt sich aus ihrer Entstehungsgeschichte, nur eine Konkretisierung des § 102 Abs. 2 SGB IX. Deswegen kann auch die Arbeitsassistenz nur für eine Tätigkeit von mindestens 15 Stunden geleistet werden. Dahinter verbirgt sich der sozialpolitisch durchaus richtige Gedanke, dass schwerbehinderten Menschen eine versicherungspflichtige Tätigkeit ermöglicht werden sollte. In der Sache entspricht das dem Rechtszustand in der Rentenversicherung, wo eine lediglich teilweise Erwerbsminderung mindestens diesem zeitlichen Umfang entsprechen muss.

---

39 BGBl I 2000 S. 1394.

40 Dazu Cramer, H.: Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, DB 2000 S. 2217; Braasch, D.: Das nochmals reformierte Schwerbehindertenrecht, br 2001 S. 177.

65 Modifiziert und konkretisiert wurden im SGB IX auch die Pflichten der Arbeitgeber, insbesondere die Beschäftigungspflicht und damit zusammenhängend die Erhebung der Ausgleichsabgabe. Ziel der bereits am 1. 10. 2000 in Kraft getretenen Änderungen war der Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen bis zum Oktober 2002 um mindestens 25 % (§ 5 Abs. 1a SchwbG a. F., jetzt § 71 Abs. 2 SGB IX). Verstärkt wurde die Ausrichtung der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Verbessert wurden die Dienstleistungsangebote der Bundesanstalt für Arbeit und der Integrationsämter.

b) Neuregelung von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe

66 Die Pflichtplatzquote beträgt jetzt 5 % der Arbeitsplätze, wenn mindestens 20 Arbeitnehmer beschäftigt werden (§ 71 Abs. 1 SGB IX). Nicht gezählt werden Ausbildungsplätze (§ 74 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Auch eine Mehrfachanrechnung ist weiterhin möglich (§ 76 SGB IX). Die Absenkung der Pflichtplatzquote um einen Prozentpunkt ist in der Erwartung erfolgt, dass künftig alle Arbeitgeber ihrer Beschäftigungspflicht nachkommen. Angestrebt war eine Verminderung der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen um mindestens 25 % bis zum Oktober 2002. Für den Fall, dass dieses Ziel nicht erreicht würde, sollte die Pflichtplatzquote wieder auf 6% steigen, ohne dass es einer Änderung des Gesetzes bedurfte (§ 71 Abs. 2 SGB IX).[41] Diese Situation ist jetzt eingetreten, da immerhin aber doch nur ein Abbau von 24 % erreicht worden ist.[42]

67 Die Ausgleichsabgabe wird jetzt in einer differenzierteren Form nach dem Jahresdurchschnitt der beschäftigten schwerbehinderten Menschen und in Abhängigkeit von der Betriebsgröße erhoben. Je nach Lage des Falles beträgt sie zwischen 105 und 260 Euro (§ 77 Abs. 2 SGB IX). Sie ist außerdem in Anbindung an § 18 Abs. 4 SGB IV dynamisiert worden (§ 77 Abs. 3 SGB IX). Wird die Beschäftigungspflicht mindestens in Höhe von 3 % erfüllt, erreicht sie jedoch nicht die vorgeschriebenen 5 %, so beträgt die Ausgleichsabgabe monatlich je unbesetzten Pflichtplatz 105 Euro. Liegt die Beschäftigung unter 3 %, so steigt die Ausgleichsabgabe auf 180 Euro. Liegt sie unter 2 %, erhöht sich der Betrag auf 260 Euro (§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Für kleinere Betriebe bleibt die Ausgleichsabgabe auf 105 Euro bzw. 180 Euro begrenzt (§ 77 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

c) Besondere Pflichten der Arbeitgeber, Integrationsvereinbarung

68 Allgemein sind die Pflichten der Arbeitgeber auf die neue rechtliche Ausgangssituation hin konkretisiert worden. So regelt § 81 Abs. 2 SGB IX in Orientierung an Art. 3 Abs. 2 Satz 3 GG, dass der Arbeitgeber schwerbehinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen darf. Dieses Benachteiligungsverbot wird in § 81 Abs. 2 Ziff. 1–5 SGB IX näher ausgestaltet. Als besonderer Fall wird dem Arbeitgeber die Förderung der Einrichtung von Teilzeitarbeitsplätzen aufgegeben. Darauf kann der schwerbehinderte Mensch einen Anspruch haben, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung eine kür-

41 Es mag hier dahinstehen, wie die Geltung einer Norm von der Ermittlung eines statistischen Wertes abhängig gemacht werden kann.

42 Vgl. dazu Cleavenger, B.:Erfolgreicher Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen, BArbBl 2002/12 S. 5.

zere Arbeitszeit notwendig ist (§ 81 Abs. 5 SGB IX). Des Weiteren muss die Personalplanung stärker auf die Beschäftigung schwerbehinderter Frauen ausgerichtet werden (§ 83 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Wichtig ist auch der Präventionsgrundsatz des § 84 SGB IX. Sobald sich die Möglichkeit der Kündigung eines schwerbehinderten Menschen abzeichnet, muss der Arbeitgeber mit dem Ziel der Vermeidung einer weiteren Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses tätig werden (§ 84 Abs. 1 und 2 SGB IX). Obwohl das Gesetz ausdrücklich keinerlei Konsequenzen an diese Präventionspflicht knüpft, wird das Vorgehen des Arbeitgebers natürlich im Verfahren um die Zustimmung zur Kündigung (§ 85 SGB IX) eine erhebliche Bedeutung haben.

69 In § 83 SGB IX kennt das Gesetz die Integrationsvereinbarung. Sie ist eine Absprache des Arbeitgebers mit der Schwerbehindertenvertretung. Ihr Gegenstand sind Regelungen zur beruflichen Eingliederung schwerbehinderter Arbeitnehmer insbesondere zur Personalplanung, Gestaltung des Arbeitsplatzes und seines Umfeldes, zur Arbeitsorganisation und zur Arbeitszeit (§ 83 Abs. 2 SGB IX). Der Gesetzgeber bezeichnet in § 83 Abs. 1 SGB IX die Integrationsvereinbarung als verbindlich. Der Schwerbehindertenvertretung wird die Befugnis eingeräumt, zu beantragen, dass mit den potenziellen Partnern der Vereinbarung verhandelt wird. Dazu kann das Integrationsamt eingeladen werden (§ 83 Abs. 1 Satz 2 und 4 SGB IX).

70 Nicht ganz klar ist, ob ein Anspruch auf Abschluss einer Integrationsvereinbarung besteht. Der Gesetzestext formuliert relativ eindeutig »Die Arbeitgeber treffen mit der Schwerbehindertenvertretung ... eine verbindliche Integrationsvereinbarung (§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Angesichts dieses Wortlauts wird man die Auffassung vertreten müssen, dass es ein subjektives Recht der Schwerbehindertenvertretung auf Abschluss einer Integrationsvereinbarung gibt. Fraglich ist allerdings, welchen Inhalt diese haben kann. Der Arbeitgeber kann sich weigern, überhaupt eine Vereinbarung abzuschließen, oder er kann mit einem bestimmten Inhalt nicht einverstanden sein. Das Gesetz hat hierzu keinen Konfliktlösungsmechanismus entwickelt. Eigentlich müsste es eine Einigungsstelle, wie in § 76 BetrVG, für die Durchsetzung von Mitbestimmungsrechten geben. Deren Beschlüsse könnten unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 5 BetrVG vor dem Arbeitsgericht angegriffen werden. Im Neunten Buch ist ein solcher Mechanismus aber nicht vorgesehen. Das heißt also, es gibt kein Recht auf den Abschluss einer Integrationsvereinbarung mit bestimmtem Inhalt. Deswegen wird die Auffassung vertreten, dass in Konkretisierung des Gebots zur Zusammenarbeit (§ 99 SGB IX) einklagbar nur die Verpflichtung des Arbeitgebers ist, in Verhandlungen über eine Integrationsvereinbarung einzutreten.[43]

71 Eine solche Verpflichtung des Arbeitgebers ist aber von geringem praktischen Wert. Ist er mit einem bestimmten Inhalt der beabsichtigten Vereinbarung definitiv nicht einverstanden, so sind Verhandlungen sinnlos. Besteht dagegen Einverständnis über einen bestimmten Inhalt, so ist eine Klage auf Verhandlungen sinnlos. Hier würde es auch an einem Rechtsschutzbedürfnis fehlen. Insgesamt ist die Integrationsvereinbarung als Planungsdirektive sicher ein wertvolles Instrument. Wenn es aber kein Recht auf den Abschluss einer

43 Seel, H.: Integrationsvereinbarungen – Ein neues Instrument zur Planung und Steuerung der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderungen, br 2001 S. 63–65.

solchen Vereinbarung gibt und aus einer bestehenden Vereinbarung auch kein Anspruch abgeleitet werden kann, dann führt das zu ihrer Entwertung. Allgemein kann man hier nur feststellen, dass das Rechtsinstitut der »unverbindlichen Norm« zunehmend Anerkennung findet (§§ 13, 83 Abs. 1 SGB IX, 4 BGG). Um dem Institut der Integrationsvereinbarung in der Praxis Gewicht zu verschaffen, sollte der Gesetzgeber auch in § 83 SGB IX eine Einigungsstelle vorsehen und dabei möglichst weitgehend auf § 76 BetrVG verweisen (vgl. unten RdNr. 238).

d) Verhältnis zu den rehabilitativen Leistungen

72 Unter den neu geregelten Leistungen der Schwerbehindertenrechts sind die Integrationsfachdienste und die Arbeitsassistenz in § 33 Abs. 6 Ziff. 8 und Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX einbezogen worden. Nach Maßgabe dieser Regelungen sind sie damit auch Bestandteil der beruflichen Rehabilitation im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie bleiben in ihrer Verankerung im Schwerbehindertenrecht allerdings auch Teil der behinderungsgerechten Beschäftigung. Insoweit stellen sie eine Übergangsform dar. Für die hier interessierende Frage des Hinzuverdienstes lässt sich also feststellen, dass sowohl der Integrationsfachdienst als auch die Arbeitsassistenz im Schwerbehindertenrecht nicht zwingend voraussetzen, dass eine rehabilitative Beschäftigung angestrebt oder ausgeübt bzw. eine berufliche Rehabilitation durchgeführt wird. Es genügt, wenn der behinderte Mensch lediglich eine Erwerbsarbeit anstrebt und dabei der Unterstützung bedarf. In diesem Falle werden sie nur nach den Bestimmungen des Schwerbehindertenrechts geleistet.

73 Obwohl sich zunehmend die Unterscheidung von rehabilitativer Beschäftigung, beruflicher Rehabilitation und behinderungsgerechter Arbeit verwischt, besteht die hauptsächliche Zielsetzung des Schwerbehindertenrechts immer noch darin, dass es dem schwerbehinderten Menschen ermöglicht wird, eine Tätigkeit zu Erwerbszwecken auszuüben. Die Leistungen und Maßnahmen der Schwerbehindertenrechts sind praktisch immer darauf ausgerichtet, einen Nachteil, den ein schwerbehinderter Mensch im Arbeitsleben hat, auszugleichen. Damit können grundsätzlich alle Leistungen nach den §§ 102ff. SGB IX in den Dienst der Schaffung von Hinzuverdienstmöglichkeiten gestellt werden.

e) Arbeitsassistenz

74 Die Arbeitsassistenz hatte sich in den vergangenen Jahren teilweise auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung entwickelt. Zunächst erfolgte sie als Form der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben auf der Grundlage des § 31 Abs. 2 SchwbG a. F. Nunmehr ist die Arbeitsassistenz in § 102 Abs. 4 SGB IX als Anspruch des schwerbehinderten Menschen geregelt. Das Gesetz kennt aber weiterhin die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben (§ 102 Abs. 2 und 3 SGB IX). Die Leistungen sind nicht abschließend geregelt. Eine gesetzliche Konkretisierung erfahren sie in § 102 Abs. 3 SGB IX nur in Ausrichtung auf körperliche Behinderungen. Allgemein sollen die begleitenden Hilfen verhindern, dass der schwerbehinderte Mensch in seiner sozialen Stellung absinkt. Sie sollen ihm ermöglichen, seine Kenntnisse und Fähigkeiten voll zu verwerten und weiterzuentwickeln und sich im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten. Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben umfasst auch psychosoziale Hilfen (§ 102 Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Das gilt also auch, wenn nur Leistungen an Arbeitgeber

erbracht werden. In ihrer Zielsetzung lässt sich die psychosoziale Hilfe wie folgt beschreiben: Sie beinhaltet eine Hilfestellung zur Bewältigung der instrumentellen, kognitiven und sozio-emotionalen Anforderungen der Arbeitswelt. Als Einzelmaßnahmen werden in der Literatur genannt: Training instrumenteller und lebenspraktischer Fähigkeiten, Erlernen realistischer Selbst- und Fremdeinschätzung, Entwicklung realistischer Berufsziele, Einbeziehung des betrieblichen und familiären Umfelds.[44] Das entspricht in der Sache den psycho-sozialen Leistungen bei der beruflichen Rehabilitation (§ 33 Abs. 6 SGB IX). Hinsichtlich der Arbeitsassistenz ist der Gesetzestext eher dürftig. Mehr als dass sie eine Form der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben ist, dass sie notwendig sein muss und dass ihre Kosten aus der Ausgleichsabgabe aufzubringen sind, ist ihm nicht zu entnehmen. Auch selbständig Tätige können eine Arbeitsassistenz erhalten. Aus der Tatsache, dass lediglich die Kosten der Arbeitsassistenz zu übernehmen, diese selbst aber nicht zu gewähren ist, sind folgt auch, dass der schwerbehinderte Mensch selbst eine vertragliche Vereinbarung mit dem von ihm gewünschten Arbeitsassistenten schließt. Er kann sogar dessen Arbeitgeber sein. Es gibt also keine vertragliche Beziehung zwischen dem Arbeitsassistenten und dem Integrationsamt. Entsprechendes gilt im Verhältnis zum Arbeitgeber, dessen Einverständnis dazu bestehen muss, dass der Arbeitsassistent den Betrieb betreten darf. Dazu kann der Arbeitgeber aber nach § 81 Abs. 4 Ziff. 4 SGB IX verpflichtet sein, da er für die behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes verantwortlich ist.[45] In diesem Zusammenhang kann es sich auch ergeben, dass die Notwendigkeit einer Arbeitsassistenz entfällt, wenn der Arbeitgeber die Unterstützung des behinderten Menschen orgnisiert und ggf. dafür Leistungen nach § 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX erhält. Insoweit kann man also auch von einer »arbeitgeberorganisierten Arbeitsassistenz sprechen.[46]

75 Dass der schwerbehinderte Mensch Auftraggeber ist, und nur Kostenerstattung erhält, wird als wesentliches Grundmerkmal für jede Form von Assistenz angesehen. Von der Bewegung »Selbstbestimmt Leben« maßgeblich ins Leben gerufen, versteht sich jede Assistenz immer als Unterstützung des autonom entscheidenden und handelnden behinderten Menschen. Sie will sich damit kategorial von den eher caritativen Formen der Betreuung unterscheiden. Das gilt auch für die Arbeitsassistenz, die eine emotionale, instrumentelle, informative und eine Feedback-Unterstützung umfassen soll.[47] Die Entwicklung der Assistenz und der wenig konkrete Gesetzestext (§ 102 Abs. 1 Ziff. 3 SGB IX) lassen es zu, die Arbeitsassistenz als eine in § 102 Abs. 4 SGB IX verselbständigte organisatorische Zusammenfassung aller Einzelleistungen des § 102 Abs. 2 und 3 SGB IX an schwerbehinderte Menschen auszugestalten. Vor allem so lässt sich diese neue Hilfeform im Arbeitsleben sinnvoll einsetzen. Ihrem Umfange muss sich die Arbeitsassistenz an dem Bedarf des schwerbehinderten Menschen orientieren, so wie er sich aus den konkreten Anforderungen eines Arbeitsplatzes ergibt. Auch die Arbeitsassistenz wird man also personenzentriert

44 Beule, P.: Psychosoziale Betreuung im Rahmen der begleitenden Hilfe, br 1990 S. 147; Heuser, K.: Organisation und Finanzierung psychosozialer Betreuung im Arbeitsleben, br 1991 S. 5.

45 Braasch, D. (Fußn. 40) S. 184.

46 Müller-Wenner/Schorn, SGB IX, Teil 2, Kommentar § 102 RdNr. 31.

47 Schneider, M., Adlhoch, U.: Arbeitsassistenz für Schwerbehinderte – fachliche und juristische Aspekte, br 2001 S. 52–54.

entwickeln müssen (vgl. aber unten RdNr. 78). Das bedeutet, dass in der Regel weitere Leistungen nach § 102 Abs. 2 und Abs. 3 SGB IX nicht erforderlich sein sollten. Verdrängt werden diese Leistungen allerdings nur, wenn der Bedarf des behinderten Menschen durch die Arbeitsassistenz gedeckt ist. Das gilt auch hinsichtlich der Leistungen an Arbeitgeber (§ 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX). Insbesondere können für den Arbeitgeber außergewöhnliche Belastungen, die mit der Beschäftigung eines schwerbehinderten Menschen verbunden sind, nur dann entstehen, wenn sie durch den Arbeitsassistenten nicht aufgefangen werden können. Das gilt vor allem für technische Vorkehrungen am Arbeitsplatz, nicht aber in gleichem Maße bei besonderem Überwachungs- oder Anleitungsaufwand. Auch wenn bei Einrichtung eines Teilzeitarbeitsplatzes ein höherer Aufwand an Instruktionen erforderlich wird, kann diese Aufgabe vom Arbeitsassistenten erfüllt werden. In diesem Falle sind dann keine Leistungen an Arbeitgeber nach § 102 Abs. 3 Ziff. 2b SGB IX erforderlich. Allgemein: Was der Arbeitsassistent leisten kann, muss nicht als andere begleitende Hilfe im Arbeitsleben erbracht werden. Rechtlich gibt es jedoch keinen Vorrang der Arbeitsassistenz. Das Integrationsamt hat vielmehr ein Auswahlermessen unter allen Leistungen nach § 102 SGB IX. Es ist nach den Grundsätzen des § 39 SGB I auszuüben.

76 Die Verpflichtung des Integrationsamtes beschränkt sich also darauf, dass es dem schwerbehinderten Menschen Geldmittel zur Verfügung stellt, die nach den derzeitigen Empfehlungen der Integrationsämter vom zeitlichen Aufwand für die Arbeitsassistenz abhängen und im Regelfall bei 250–1000 Euro liegen. Es handelt sich hierbei um den eindeutigsten Fall eines persönlichen Budgets des schwerbehinderten Menschen, wie es allgemein in § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX geregelt ist. Bei einer Weiterentwicklung der Arbeitsassistenz ist wird eine Umschichtung der Mittel innerhalb der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben erforderlich werden.

77 Aus § 105 Abs. 5 Satz 1 und 5 SGB IX ergibt sich, dass Verpflichtungen anderer durch § 102 Abs. 3 und 4 SGB IX nicht berührt werden. Ergänzend gilt § 18 Abs. 1 AusgleichsabgabeVO. Das bedeutet vor allem, dass die Kosten der Arbeitsassistenz nachrangig nach allen anderen Hilfen, insbesondere auch solchen der Rehabilitationsträger übernommen werden. Auch arbeitsvertragliche Verpflichtungen des Arbeitgebers haben Vorrang. Das gilt vor allem dann, wenn er für die Erfüllung dieser Pflichten Mittel aus der Ausgleichsabgabe erhält. Kein ausdrückliches Rangverhältnis besteht demgegenüber zwischen den anderen begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 3 SGB IX und der Arbeitsassistenz. Das Integrationsamt entscheidet hier vielmehr im Rahmen seines Auswahlermessens. Dieses Verhältnis ist auch aus der Entstehungsgeschichte, der Entwicklung der Arbeitsassistenz aus § 31 Abs. 3 SchwbG a. F., abzuleiten. Diese Entstehungsgeschichte belegt auch, dass die Arbeitsassistenz eine Entwicklung der Praxis und entsprechend den praktischen Erfordernissen im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben war.[48] Eine gesetzliche Ausgestaltung hat sie erst ganz zuletzt gefunden.

78 Ihre heutigen Konturen hat die Arbeitsassistenz also in der Praxis der letzten Jahre bekommen. Nach den vorläufigen Empfehlungen der AG der HFSt,[49] nunmehr der Integrations-

48 Zeelen, J., Weeghel, J.v.: Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter, 1994 S. 204 ff.

49 Br 2001 S. B 1–B2.

ämter, gilt für die Arbeitsassistenz Folgendes: Arbeitsassistenz ist die über gelegentliche Handreichungen hinausgehende, zeitlich wie tätigkeitsbezogen regelmäßig wiederkehrende Unterstützung von Schwerbehinderten bei der Arbeitsausführung in Form einer von ihnen selbst beauftragten persönlichen Arbeitsplatzassistenz im Rahmen der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Sie beinhaltet insbesondere Hilfstätigkeiten bei der Erbringung der seitens der schwerbehinderten Menschen arbeitsvertraglich/dienstrechtlich geschuldeten Arbeitsleistung. Dazu zählen auch Vorlesekräfte für Blinde und hochgradig Sehbehinderte sowie – bei kontinuierlichem, umfangreicheren Bedarf – der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern.

79 Die Leistung einer Arbeitsassistenz setzt also voraus, dass die schwerbehinderten Menschen in der Lage sind, den das Beschäftigungsverhältnis inhaltlich prägenden Kernbereich der arbeitsvertraglich/dienstrechtlich geschuldeten Arbeitsaufgaben selbstständig zu erledigen. Das Austauschverhältnis Arbeit gegen Entgelt muss im Wesentlichen gewahrt bleiben, wenn es auch erheblich modifiziert sein kann. Notwendig ist die Arbeitsassistenz, wenn dem schwerbehinderten Menschen erst durch sie eine den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechende Erbringung der jeweils arbeitsvertraglich/dienstrechtlich geschuldeten Tätigkeit(en) wettbewerbsfähig ermöglicht wird. Nicht gewährt werden kann eine Arbeitsassistenz, wenn ein behinderter Mensch einerseits nicht voll leistungsfähig ist, aber andererseits auch durch Einsatz eines Arbeitsassistenten dennoch ein zumindest teilweiser Ausgleich nicht erfolgen kann. In diesem Falle kann an seiner Stelle oder auch ergänzend ein Minderleistungsausgleich geleistet werden (unten RdNr. 82).

80 Die Leistung einer Arbeitsassistenz setzt nicht zwingend die Existenz eines normalen Arbeitsvertrages voraus. Im Gesetzestext wird sie nur als begleitende Hilfe im Arbeitsleben bezeichnet. Daraus ist nur abzuleiten, dass das Austauschverhältnis Arbeit gegen Entgelt im Wesentlichen gewahrt sein muss. Das muss nicht in einem abhängigen Arbeitsverhältnis geschehen. Auch die Beschäftigung in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme kann durch eine Arbeitsassistenz unterstützt werden. In diesem Falle trägt aber die Bundesanstalt für Arbeit deren Kosten (§ 264 Abs. 5 SGB III). Bestimmte Sonderformen von Tätigkeiten, die angesichts der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation aus Mangel an Arbeit entwickelt werden, können nicht Gegenstand der Unterstützung durch einen Arbeitsassistenzen sein. Das gilt insbesondere für ehrenamtliche Tätigkeiten. Das erklärt sich daraus, dass die Arbeitsassistenz ihre rechtliche Fundierung in den begleitenden Hilfen im Arbeitsleben (§ 102 SGB IX) erfährt. Unverzichtbares Merkmal bleibt hier der Austausch von Arbeit gegen Geld. Dieser Austauschcharakter fehlt der ehrenamtlichen Tätigkeit selbst dann, wenn eine Entschädigung gezahlt wird.

81 Schon aus dem Begriff der Assistenz ist abzuleiten, dass der schwerbehinderte Mensch in der Lage sein muss, die Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag überwiegend selbst zu erfüllen. Er leistet in einem Austauschvertrag eine unterstützte Beschäftigung. Dabei muss er einen Arbeitsplatz inne haben, auf dem er mindestens 15 Wochenstunden tätig ist (§ 102 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Arbeitsassistenz kann er auch nur für Verrichtungen erhalten, die er aus dem Arbeitsvertrag schuldet. Hilfen bei der allgemeinen Lebensführung können nicht ihr Gegenstand sein und können vor allem nicht zu Lasten des Integrationsamtes erbracht werden. Zu bezweifeln ist allerdings, ob man die Arbeitsassistenz so eng sehen muss, dass

man ihren vertraglichen Inhalt am Beispiel der Unfallversicherung und damit unter Ausschluss der dortigen »eigenwirtschaftlichen Verrichtung« entwickeln muss.[50] Man wird eine Arbeitsassistenz für alle Verrichtungen zulassen müssen, die für die Aufnahme oder Fortführung der arbeitsvertraglichen geschuldeten Leistung erforderlich sind. Im Grenzbereich zur Arbeitsassistenz deutet sich allerdings bereits an, dass sich auch auf der Grundlage des § 55 SGB IX eine Assistenz zur persönlichen Lebensführung entwickeln wird.

f) Minderleistungsausgleich

82 Der Minderleistungsausgleich wurde schon zur Zeit der Geltung des alten Schwerbehindertenrechts entwickelt. Seine Grundlage findet er heute in § 102 Abs. 3 Ziff. 2 b) SGB IX. Danach können an den Arbeitgeber u. a. auch Geldleistungen erbracht werden für außergewöhnliche Belastungen, die mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zusammenhängen. Aus der Systematik des § 102 SGB IX, der Absatz 3 Ziffern 1 und 2 klar zwischen den Leistungen an schwerbehinderte Menschen und an Arbeitgeber unterscheidet, wird ersichtlich, dass der Gesetzgeber bisher nicht daran gedacht hat, den Minderleistungsausgleich als Leistung an den schwerbehinderten Menschen auszugestalten.

83 Damit erfolgt also ausschließlich eine finanzielle Absicherung des Anbieters der Arbeit und nicht unmittelbar desjenigen, dessen Leistungsfähigkeit vermindert ist. Von dieser Grundvorstellung weicht jetzt aber die Arbeitsassistenz ab die sich übrigens aus einem institutionellen Angebot, dem psychosozialen Dienst, entwickelt hat. Während sich also bei der Arbeitsassistenz der schwerbehinderte Mensch mit seinem Budget an einen »Anbieter von Arbeit« wenden kann, ist ihm dies beim Minderleistungsausgleich nicht möglich.

84 Auch als Leistung an Arbeitgeber wird die Gruppe der durch § 102 Abs. 3 Ziff. 2 b) SGB IX Begünstigten nach Maßgabe des § 72 Abs. 1 Ziff. 1 Buchst. a)–d) bzw. des § 75 Abs. 2 SGB IX eingegrenzt. Hier interessierend handelt es sich um schwerbehinderte Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 % allein infolge einer seelischen Behinderung vorliegt, wie aus § 72 Abs. 1 Ziff. 1 Buchst. d) SGB IX ersichtlich wird. Auch die Notwendigkeit einer Teilzeitbeschäftigung i. S. d. § 75 Abs. 2 SGB IX kann anspruchsbegründend sein.

85 Schon nach altem Recht wurde der Minderleistungsausgleich in § 27 Abs. 2 SchwbAV konkretisiert. Eine sachliche Änderung ist durch Art. 57 der im Zusammenhang mit den durch das SGB IX erfolgten umfangreichen Anpassungen des geltenden Rechts nicht vorgenommen worden.[51] Beim Minderleistungsausgleich handelt es sich um die Übernahme außergewöhnlicher Belastungen, die dem Arbeitgeber durch Beschäftigung eines schwerbehinderten Menschen entstehen, und die zu tragen nach Art und Höhe für ihn unzumutbar ist. Wichtig dabei ist, dass es für den Minderleistungsausgleich keine ausdrückliche zeitliche Beschränkung gibt. In § 27 Abs. 4 SchwbAV ist vielmehr geregelt, dass sich die Dauer des Zuschusses nach den Umständen des Einzelfalles richtet. Auch die Höhe ist nicht bestimmt. Sie ergibt sich aber aus der Belastung, die dem Arbeitgeber nach Ausschöpfung

50 So Schneider, M., Adlhoch, U. (Fußn. 47) S. 56.
51 BGBl I 2001 S. 1046.

aller Hilfsmöglichkeiten verbleibt. Damit ist also die wirtschaftliche Minderleistung gemeint, die nach der Differenz zum tariflichen Entgelt zu bestimmen ist, das dem schwerbehinderten Menschen gezahlt wird. Die Praxis hat aber in Richtlinien Begrenzungen des Minderleistungsausgleichs nach Höhe und Dauer geregelt. Diese können aber in Einzelfällen überschritten werden. Maßstab für die Höhe des Ausgleichs kann eigentlich nur die behinderungsbedingte Minderleistung sein. Insbesondere hinsichtlich der Höhe wird man heute auf den verallgemeinerten Gedanken des Vorranges der Teilhabe vor Rente abstellen müssen (vgl. unten RdNr. 194). Ein Minderleistungsausgleich als persönliches Budget des behinderten Menschen selbst ließe sich nur durch Gesetzesänderung einführen (vgl. unten RdNr. 238–240). Damit wäre allerdings auch der Nachteil verbunden, dass der Minderleistungsausgleich erst dann wirksam werden kann, wenn der behinderte Menschen einen Arbeitgeber gefunden hat. Doch darin realisiert sich nur die allgemeinen Tatsache, dass es kein Recht auf Arbeit gibt. Mit einem persönlichen Budget könnten immerhin Eigenaktivitäten des behinderten Menschen erleichtert werden.

g) Integrationsfachdienste

86 In den §§ 109ff. SGB IX werden die Integrationsfachdienste geregelt. Diese Dienste werden von der Bundesanstalt für Arbeit, den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern bei der Durchführung ihrer Aufgaben eingeschaltet. Diese Aufgaben erstrecken sich auf alle Maßnahme zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die Integrationsfachdienste stehen als »Dienste Dritter« außerhalb der Arbeits- und Sozialverwaltung und werden in ihrem Auftrage tätig (§§ 109 Abs. 1, 111 Abs. 1 SGB IX). Es ist vorgesehen, dass in jedem Arbeitsamtsbezirk grundsätzlich nur ein Integrationsfachdienst beauftragt wird.

87 Der gezielte Einsatz der Dienste Dritter setzt in besonderem Maße voraus, dass die wettbewerbsrechtlichen Regelungen eingehalten werden. Insbesondere müssen die vergabrechtlichen Grundsätze der §§ 97ff. GWB Beachtung finden. Der damit verbundene Wandel, auf den man sich auch in der Rehabilitation und Teilhabe einstellen muss,[52] scheint sich allmählich im Gesetzesrecht durchzusetzen. So ist in anderen Zusammenhängen jetzt in § 37a SGB III und in § 421i SGB III allgemein geregelt, dass die Beauftragung von Trägern zur Durchführung von Maßnahmen hauptsächlich zur Eingliederung Arbeitsloser in einem »wettbewerbsrechtlichen Vergabeverfahren« zu erfolgen hat.[53] Die wettbewerbsrechtliche Umorientierung im Sozialrecht, die angesichts der Entwicklung in der EU kaum vermeidbar ist, bringt auch Nachteile mit sich. Gerade aber was die Teilhabe am Arbeitsleben angeht, birgt sie in sich auch die Möglichkeit, neue Beschäftigungsformen für behinderter Menschen in der Praxis durchzusetzen. Bei der Auftragsvergabe wäre darauf zu achten, dass der in Aussicht genommene Integrationsfachdienst in der Lage ist, die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB IX zu erfüllen. Dies wäre auf der Grundlage des § 97 Abs. 4 GWB in das Vergabeverfahren einzuführen. Der zentrale vergaberechtliche Grundsatz des »unverfälschten Wettbewerbs« (§ 97 Abs. 5 GWB) kann durch Bundesrecht mo-

52 Vgl. Mrozynski, P.: SGB IX, Teil 1, Kommentar § 21 RdNr. 18–32.

53 Erstes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, BGBl I 2002 S. 4621.

difiziert werden. Unter den nach § 97 Abs. 4 HS 2 GWB zuschlagsrelevanten vergabefremden Zwecken können solche berücksichtigt werden, mit denen ein sozialpolitisches Ziel verfolgt wird, sofern diese Zwecke in einer gesetzlichen Regelung Anerkennung gefunden hat. In § 10 Abs. 3 SGB IX ist eine solche bundesrechtliche Regelung zu sehen.

88 Eine Vergütung wird den Integrationsfachdiensten je nach Auftraggeber aus den Mitteln der Bundesanstalt für Arbeit oder aus der Ausgleichsabgabe gezahlt (§ 113 SGB IX). Erfolgt eine Beauftragung durch einen Rehabilitationsträger, so hat dieser selbst die Mittel aufzubringen. In jedem Falle bleiben die Bundesanstalt für Arbeit, die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter für die Ausführung der Leistung verantwortlich (§ 111 Abs. 1 SGB IX). Auch die Integrationsfachdienste sind nur eine gesetzliche Weiterentwicklung dessen, was bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen auch schon in den vergangenen Jahren praktiziert worden ist.

89 Die Integrationsfachdienste werden nur unter besonderen Voraussetzungen tätig.[54] Das gilt insbesondere für schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung (§ 109 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX). Ein solcher Bedarf ist vor allem bei schwerbehinderten Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung gegeben, wenn sich diese Behinderung im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt. Häufig wird sie mit höherem Alter, Langzeitarbeitslosigkeit oder unzureichender Qualifikation zusammentreffen (§109 Abs. 3 SGB IX). Die zweite Gruppe der schwerbehinderten Menschen, in deren Interesse die Integrationsfachdienste tätig werden können, ist diejenige, die nach zielgerichteter Vorbereitung durch eine Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden soll und dabei auf personalintensive individuelle arbeitsbegleitende Hilfen angewiesen ist (§109 Abs. 2 Ziff. 2 SGB IX). Schließlich werden die Integrationsfachdienste auch noch im Interesse einer dritten Gruppe tätig. Es handelt sich um schwerbehinderte Schulabgänger, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf eine entsprechende Unterstützung angewiesen sind (§ 109 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX). In diesem Punkt wirkt sich die neue Rechtslage unmittelbar zugunsten behinderte junger Menschen aus.

90 Eine gewisse praktische Bedeutung könnte auch die Regelung des § 109 Abs. 4 SGB IX erlangen. Danach kann der Integrationsfachdienst auch im Interesse von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. Es handelt sich dabei um Personen, die trotz einer nicht allzu großen Beeinträchtigung unverhältnismäßige Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt haben. Hier wird man an jede Behinderung denken müssen, bei der eine Anerkennung als schwerbehindert nicht tunlich, nicht möglich oder nicht erwünscht ist. In diesem Falle wird ein Integrationsfachdienst nicht über die Ausgleichsabgabe finanziert. Vielmehr handelt es sich um eine Leistung zur Eingliederung in das Arbeitsleben, die von dem jeweils zuständigen Rehabilitationsträger zu erbringen ist.

91 In § 110 SGB IX werden die Aufgaben der Integrationsfachdienste geregelt. Dazu gehören die Beratung und Unterstützung der schwerbehinderten Menschen und ihre Ver-

54 Kossenz, M., Maass, M.: Das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, NZA 2000 S. 1025.

mittlung auf geeignete Arbeitsplätze sowie die Information der Arbeitgeber. Genauer regelt dann § 110 Abs. 2 Ziff. 1–7 SGB IX), dass die Integrationsfachdienste die Fähigkeiten des schwerbehinderten Menschen bewerten und ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil erstellen. Sie begleiten die schwerbehinderten Menschen im Arbeitsleben, stehen als Berater für Mitarbeiter und Arbeitgeber zur Verfügung und leisten Nachbetreuung bis hin zur Krisenintervention. Darüber hinaus erschließen sie Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, was natürlich unter Hinweis auf die finanziellen Vorteile einer Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geschieht. [55] Welche der Leistungen in Betracht kommt, hängt vom Bedarf des schwerbehinderten Menschen ab.

92 Es ist vorgesehen, dass die Integrationsfachdienste mit allen Stellen zusammenarbeiten, die für die Rehabilitation zuständig sind (§ 111 Abs. 3 SGB IX). Dabei sieht das Gesetz auch eine Qualitätssicherung der Tätigkeit der Dienste und eine Ergebnisbeobachtung vor (§ 111 Abs. 4 SGB IX). Dazu regelt § 114 SSGB IX, dass der Integrationsfachdienst Verlauf und Ergebnis der jeweiligen Eingliederungsbemühungen dokumentiert. Die fachlichen Anforderungen an den Integrationsfachdienst sind in § 112 SGB IX relativ hochgesteckt.

93 In dem nicht abschließend geregelten Aufgabenkatalog der Integrationsfachdienste (§ 110 Abs. 2 SGB IX) werden an erster Stelle die Einschätzung der beruflichen Fähigkeiten der behinderten Menschen und die Erschließung geeigneter Arbeitsplätze genannt, ohne dass damit eine Rangfolge bezeichnet wäre. Je nach Bedarf wird die Betreuung durch vorbereitende und begleitende Hilfen vervollständigt (§ 110 Abs. 2 Ziff. 3, 4, 6 SGB IX). Nicht zu unterschätzen ist auch die informative Aufgabe, die der Integrationsfachdienst gegenüber Mitarbeitern und Arbeitgebern zu erfüllen hat (§ 110 Abs. 2 Ziff. 5, 7 SGB IX). Die gesamte Tätigkeit ist insoweit für die Frage des Hinzuverdienstes von Bedeutung, als sie im günstigsten Falle dazu führt, dass ein behinderter Mensch einen seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz findet und möglichst auf Dauer innehaben kann. Die hauptsächliche Aufgabe der Integrationsfachdienste besteht also vor allem darin, dass eine zielgenaue Zusammenführung der behinderten Menschen und des Arbeitsplatzangebots erfolgt.

5 Sozialhilferechtliche Förderung

94 In der Systematik des Gesetzes nicht leicht durchschaubar ist die Förderung einer behinderungsgerechten Beschäftigung im Sozialhilferecht. Eindeutig ist noch die Regelung des § 40 Abs. 1 Ziff. 7 BSHG. Danach gehört zu den Leistungen der Eingliederungshilfe die Ermöglichung einer Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (§ 41 SGB IX). Zusätzlich besteht jedoch auch die Regelung des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG. Die Ansprüche nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 und 7 BSHG sind an sich Ansprüche des behinderten Menschen selbst. Dabei richtet sich aber § 40 Abs. 1 Ziff. 7 BSHG nur auf die Hilfe in einer bestimmten Institution, der WfbM. Diese Einschränkung besteht für die

55 br 2001 S. 79.

Vorschrift des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG nicht. Sie regelt darüber hinaus zwei Leistungskomplexe. Zur Eingliederungshilfe gehören danach alle Leistungen im Sinne des § 33 SGB IX. Da diese zumeist vorrangig von den Rehabilitationsträgern, insbesondere der Bundesanstalt für Arbeit erbracht werden, wird der Träger der Sozialhilfe hier in aller Regel nicht tätig (§ 2 Abs. 1 BSHG). Damit ist der Wortlaut der Regelung des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG aber nicht erschöpft. Vielmehr sind auch weitere Formen der Eingliederungshilfe geregelt.

a) Sonstige Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes

95 Zu den Leistungen nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG gehören, selbständig neben der beruflichen Rehabilitation stehend, auch »sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben«. Bisher ist nicht geklärt, welche Reichweite diese Vorschrift hat.[56] Da der geeignete Platz im Arbeitsleben in § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG neben § 33 SGB IX genannt wird, muss die Leistung über eine berufliche Rehabilitation bzw. eine rehabilitative Beschäftigung hinausgehen. Damit muss sie zumindest auch die Ermöglichung einer behinderungsgerechten Beschäftigung zum Gegenstand haben, was auch der Wortlaut nahe legt. Diese kann aber nicht auf die Werkstatt für behinderte Menschen beschränkt sein, weil andernfalls § 40 Abs. 1 Ziff. 3 neben der Ziff. 7 BSHG überflüssig wäre. Demnach wird man nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG auch die Ausübung einer solchen Beschäftigung fördern müssen, die ähnlich wie die in einer WfbM unter geschützten Bedingungen, aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt wird. Allerdings muss es sich, das ergibt sich aus Stellung und Zusammenhang der §§ 39, 40 BSHG, um eine solche Tätigkeit handeln, mit der zumindest eine Eingliederung in das Arbeitsleben angestrebt wird, ohne dass damit schon die Absicht einer beruflichen Qualifizierung verbunden sein müsste. Eine auf einen bloßen Hinzuverdienst beschränkte Tätigkeit kann damit nicht gefördert werden. Andererseits kann die Leistung nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG auch als persönliches Budget gewährt werden, da die Vorschrift einen Anspruch des behinderten Menschen selbst begründet. Zwar ist die Verweisung in § 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG auf das Neunte Buch unvollständig. Der Träger der Sozialhilfe kann aber schon seit jeher nach den Grundsätzen des § 4 Abs. 2 BSHG bei jeder Leistung nach Ermessensgesichtspunkten auf eine Geldleistung übergehen.

96 Lange Zeit hat man die Regelung des § 41 BSHG (§ 40 Abs. 2 BSHG a. F.) nur in der Weise angewendet, dass Beschäftigungen ausschließlich in Werkstätten für behinderte Menschen gefördert wurden. Das Gesetz sieht aber die Werkstatt nur als eine Form der behinderungsgerechten Beschäftigung vor. Sie wird zusammen mit dem gesetzlichen Merkmal »vor allem« erwähnt. Man wird aus dieser Konstruktion in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG ableiten müssen, dass der Träger der Sozialhilfe immer dann eine andere Form der Beschäftigung fördern muss, wenn die Werkstatt für behinderte Menschen eine für den Behinderten ungeeignete Form zu seiner beruflichen Eingliederung ist. Auf die Leistung nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG hat der behinderte Mensch einen Rechtsanspruch, über dessen Form, etwa als Geld- oder Sachleistung wird gemäß § 4 Abs. 2 BSHG nach Ermessensgesichtspunkten entschieden. Die Art der Leistung bestimmt sich nach der Grund-

56 Vgl. etwa Schellhorn/Jirasek/Seipp, Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz § 40 RdNr. 31.

regel des § 39 Abs. 3 BSHG . Damit besteht eine Förderungspflicht hinsichtlich jeder Form der Ausübung einer behinderungsgerechten Beschäftigung. Damit können u. a. auch die Beschäftigungsformen gefördert werden, die das Schwerbehindertenrecht kennt, also Tätigkeiten, die den Integrationsfachdiensten, der Arbeitsassistenz und der Integrationsprojekte entsprechen. Allerdings erbringt der Träger der Sozialhilfe seine Leistungen auch im Verhältnis zum Integrationsamt nur nachrangig (§ 2 Abs. 1 BSHG). Es können aber auch eigenständige Beschäftigungsformen entwickelt werden, die das Schwerbehindertenrecht nicht kennt. Eine Förderungspflicht besteht auch, wenn der behinderte Mensch anstelle der Inanspruchnahme einer WfbM für sich eine andere Wahl trifft. Denn unter den Voraussetzungen der §§ 33 SGB I, 3 Abs. 2 BSHG kann er selbst mit angemessenen Wünschen die Form der Hilfe bestimmen. Grundsätzlich ist ein Wunsch erst dann unangemessen, wenn er unverhältnismäßige Mehrkosten verursacht oder wenn er auf eine objektiv ungeeignete Hilfegewährung hinausläuft.[57] Der Träger der Sozialhilfe entscheidet zwar über die Form der Hilfe im Rahmen seines Ermessens (§ 4 Abs. 2 BSHG). Bei der Ermessensausübung, die nach den Grundsätzen des § 39 SGB I zu erfolgen hat, ist insbesondere auch der Wunsch des Hilfesuchenden zu berücksichtigen. Damit besteht keine Möglichkeit, den behinderten Menschen auf die Inanspruchnahme der Werkstatt für behinderte Menschen zu verweisen, wenn andere Beschäftigungsformen zur Verfügung stehen.

97 In § 43 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG ist ein Rechtsanspruch des einzelnen behinderten Menschen geregelt. Diese Vorschrift ist also keine Grundlage für eine institutionelle Förderung. Allerdings wird man aus den §§ 17 SGB I, 10 Abs. 2, 93 Abs. 1 BSHG ableiten müssen, dass der Träger der Sozialhilfe auf die Schaffung anderer Beschäftigungsformen hinwirken muss, wenn sich das Konzept der Werkstatt für behinderte Menschen für eine Behinderungsart als unzureichend erwiesen hat. In diesem Zusammenhang wird auch kritisiert, dass die Mittel aus der Ausgleichsabgabe in zu großem Umfange in die Werkstatt für behinderte Menschen fließen, anstatt dazu beizutragen, den allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsgerecht umzugestalten.[58] Nicht verhindert werden kann, dass sich Angebote entwickeln, die in der Sache sehr der WfbM entsprechen, denn das Sozialrecht kennt bei der Teilhabe am Arbeitsleben keinen numerus clausus der Erbringungsformen.[59] Es kann nur einzelne Einrichtungen, wie etwa die WfbM, bevorzugt ausgestalten. Bei allen Neuentwicklungen ist heute aber zu beachten, dass Art. 137 Abs. 1 EGV in der Fassung des Amsterdamer Vertrages bestimmt, dass eine berufliche Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegliederten Personen anzustreben ist. Diese gemeinschaftsrechtliche Grundlage hat schon zu der Neuregelung des § 41 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX geführt und die Aufgabenerfüllung in der WfbM auf den allgmeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet. Einmal mehr muss Art. 137 Abs. 1 EGV Einfluss auf die Ermessensausübung bei der Auswahl einer Maßnahme der beruflichen Förderung durch den einzelnen behinderten Menschen wie auch bei der institutionellen Förderung haben. Eine ergänzende Wirkung entfaltet hier die gewissermaßen be-

57 BVerwG FEVS 31 S. 221.

58 Vgl. Stork, E.: Klare Zuständigkeiten für die Hauptfürsorgestellen, br 1988 S. 101.

59 Demgegenüber kennt es etwa in der medizinischen Versorgung die relativ klar definierte Rehabilitationseinrichtung (§ 107 Abs. 2 SGFB V).

reichsspezifische Konkretisierung des Komplexes der institutionellen Förderung durch § 19 Abs. 1 SGB IX. In seiner rechtsgestaltenden Kraft bleibt § 19 Abs. 1 SGB IX aber hinter der Gewährleistungspflicht des § 17 Abs. 1 SGB I zurück. Letztere Vorschrift begründet eine ausdrückliche Rechtspflicht der Sozialleistungsträger, die ggf. durch rechtsaufsichtliche Maßnahmen durchgesetzt werden kann. In § 19 Abs. 1 SGB IX wird dagegen nur eine Pflicht begründet, auf eine bestimmtes Ziel hinzuwirken.

98 Ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen: Das Bundesverwaltungsgericht hat in einer ausführlich begründeten Entscheidung dargelegt, dass nach § 40 BSHG alle im Einzelfall erforderlichen Hilfen zu leisten sind. Der Katalog der Leistungen in § 40 Abs. 1 BSHG ist nicht einmal in dem Sinne beispielhaft, dass andere Leistungen diesem Vorbild entsprechen müssten.[60] Auf der Grundlage des § 40 BSHG lässt sich also auf jeden Fall eine Beschäftigungsform begründen, die eine Alternative zur Werkstatt für behinderte Menschen darstellt.

b) Kostenbeiträge

99 Die Regelung des § 40 BSHG ist als Leistung an den behinderten Menschen selbst ausgestaltet. Das bedeutet, dass er die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen erfüllen muss. Er muss insbesondere im Rahmen der §§ 79, 81, 84 BSHG sein Einkommen und im Rahmen des § 88 BSHG sein Vermögen einsetzen. Da die hier in Betracht kommende Einkommensgrenze mit dem erhöhten Grundbetrag nach § 81 Abs. 1 Ziff. 1 BSHG – zuzüglich der Kosten der Unterkunft und der Familienzuschläge – relativ hoch ist[61], dürfte eine größere Zahl behinderter Menschen in den Genuss der Leistungen kommen. Allerdings können zwar nicht die Eltern, wohl aber der Ehegatte und die Kinder des behinderten Menschen im Rahmen der Übergangs von Unterhaltsansprüchen nach den §§ 90, 91 BSHG in Anspruch genommen werden.[62] Zwar ist in der Neufassung des § 43 Abs. 2 BSHG die Heranziehung des Hilfeempfängers selbst und seiner Unterhaltspflichtigen erheblich eingeschränkt worden. Die für die Leistung nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG relevante Ziffer 4 des § 43 Abs. 2 BSHG ist jedoch so eng gefasst, dass sie sich nur auf die Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit erstreckt und auch nur dann, wenn sie in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt wird. Damit sind vor allem die Berufsbildungswerke gemeint. Auch § 43 Abs. 2 Ziff. 6 BSHG bezieht sich nur auf die Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 33 SGB IX, die Ziffer 7 nur auf die WfbM. Auf die Schaffung einer Hinzuverdienstmöglichkeit, auch wenn sie die Integration ins Erwerbsleben zum Ziel hat, erstreckt sich § 43 Abs. 2 BSHG also nicht. Damit besteht hier nicht die Möglichkeit einer erweiterten Hilfe. Es kann also nicht vom Einsatz der Einkommens und Vermögens abgesehen werden. Auch um den Zielen des Art. 137 Abs. 1 EGV gerecht werden zu können, wird man eine Harmonisierung der Bestimmun-

60 BVerwG 25 S. 29.

61 Der erhöhte Grundbetrag beträgt ab dem 1. 7. 2002 in den alten und neuen Bundesländern einheitlich 844,- Euro (NDV 2002 S. 237).

62 In diesem Zusammenhang wäre allgemein eine Gesetzesänderung mit dem Ziel anzustreben, dass die Inanspruchnahme aller Unterhaltspflichtiger nach § 91 Abs. 3 BSHG ausgeschlossen wird.

gen, die die WfbM betreffen, mit solchen anstreben müssen, in denen andere Formen der behinderungsgerecht Arbeit geregelt werden (vgl. unten RdNr. 257).

c) Das Entgelt aus dieser Beschäftigung

100 Betrachtet man die Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben hauptsächlich unter dem Blickwinkel der Hinzuverdienstmöglichkeit, so wird der Anwendungsspielraum des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG nochmals eingeschränkt. Schon für den Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ist dies nur in dem engen Rahmen des § 96a SGB VI möglich. Der zulässige Hinzuverdienst beläuft sich bei einer Vollrente zur Zeit auf 325 Euro (§ 96a Abs. 2 Ziff. 2 SGB VI). Soweit auf dieser Basis wegen einer zu geringen Rente noch ein sozialhilferechtlicher Bedarf zu prüfen ist, wird man von dem tatsächlich erzielten Hinzuverdienst von höchstens 325 Euro entsprechend der Regelung des § 76 Abs. 2a BSHG einen Teilbetrag anrechnungsfrei lassen müssen. Dasselbe ist aber nicht im Hinblick auf einen Teilbetrag aus der Rente selbst möglich (vgl. unten RdNr. 102–104).

101 Bei Sozialhilfeempfängern ist der Rahmen noch enger. Zunächst ist festzustellen, das § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG die Rechtsgrundlage für die Ermöglichung einer behinderungsgerechten Beschäftigung ist. Man kann in dieser Vorschrift jedoch keine Rechtsgrundlage dafür sehen, nach der es der Träger der Sozialhilfe dem behinderten Menschen ermöglichen kann, trotz seines verminderten Leistungsvermögens ein durchschnittliches Arbeitseinkommen zu erzielen. Auch wenn die Leistung als persönliches Budget erbracht wird, dient sie doch nur der Schaffung einer Arbeitsgelegenheit. Auf der Grundlage des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG kann also keine Bezahlung der behinderungsgerechten Arbeit eingeführt werden. Man wird es aber als zulässig ansehen können, dass aus Mitteln der Sozialhilfe Formen der Bezahlung entwickelt werden, die unter Berücksichtigung der Leistungseinschränkung der Höhe nach einer ansonsten zu leistenden Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 12, 22, 23 BSHG) entsprechen (vgl. vorn RdNr. 25, 267).

102 Dabei kann gemäß § 76 Abs. 2a BSHG ein Teil des Erwerbseinkommens anrechnungsfrei bleiben. Diese Vorschrift ist eine Nachfolgeregelung zum früheren Mehrbedarf wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit (§ 23 Abs. 4 BSHG a.F.). Wie nach alter Rechtslage wird der anrechnungsfreie Betrag der Höhe nach nur durch die »Angemessenheit« begrenzt. Damit, dass der Gesetzgeber in § 76 Abs. 2a BSHG erstens die Gruppe der Erwerbstätigen und zweitens Personen nennt, die trotz eingeschränkten Leistungsvermögens einem Erwerb nachgehen, sind auch die Kriterien genannt, nach denen die Höhe des freibleibenden Betrages zu bestimmen ist. Nach altem Recht hatte sich eingebürgert, dass man jedem Erwerbstätigen je nach Ausmaß seiner Beschäftigung, die allerdings nach dem Einkommen bestimmt wurde, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von ¼ – ½ des Regelsatzes eines Haushaltsvorstands zuerkannte. Das wäre also ein Betrag von ca. 75–150 Euro, um den der sozialhilferechtliche Bedarf überschritten werden konnte. Bei denjenigen, die trotz beschränkten Leistungsvermögens einem Erwerb nachginge – in der Praxis hatte sich der Begriff der vom Gesetzestext etwas abweichende Begriff der »besonderen Tatkraft« – eingebürgert, lag der Betrag bei ½ – ¾ des Regelsatzes eines Haushaltsvorstands. Diese Maßstäbe sind von der Praxis für die Anwendung des § 76 Abs. 2a BSHG übernommen worden.

103 Wenn man den höheren Betrag zugrunde legt, dann könnte der sozialhilferechtliche Bedarf zum Lebensunterhalt um ca. 150–225 Euro überschritten werden. Die Bedarfsberechnung (vgl. vorn RdNr. 25) müsste vom Regelsatz ausgehen und die Kosten der Unterkunft sowie die Pauschale für einmalige Leistungen einbeziehen. Der Mehrbedarf nach § 23 Abs. 3 BSHG käme bei einer reinen Hinzuverdienst-Tätigkeit nicht in Betracht. Dieser wird nur bei den Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation im Sinne des § 40 Abs. 1 Ziff. 3–6 BSHG oder vergleichbarer Vorschriften anerkannt.[63] Im Ergebnis besteht also nur die Möglichkeit einer Überschreitung des einfachen sozialhilferechtlichen Bedarfs entweder um den Mehrbedarf (§ 23 Abs. 3 BSHG) oder um die vom Erwerbseinkommen freibleibenden Beträge (§ 76 Abs. 2a BSHG). Letztere Möglichkeit dürften bei eingeschränktem Leistungsvermögen immerhin um ca. 100 Euro höher sein. Es besteht darüber hinaus durchaus noch ein Spielraum für einen höheren freibleibenden Betrag. In das gesetzliche Merkmal der Angemessenheit der Höhe (§ 76 Abs. 2a BSHG) können auch therapeutische Gesichtspunkte eingehen und solche, die mit dem besonderen Einsatz des behinderten Menschen angesichts seiner Behinderung zu tun haben. Eine Berechnung des freibleibenden Betrages ausschließlich nach der Höhe des Einkommens, wie es in der Praxis der Fall ist, dient vor allem der Verwaltungsvereinfachung und dürfte der Zielsetzung einer Förderung des Selbsthilfestrebens nicht in vollem Umfange gerecht werden.[64] Man wird deswegen auch den persönlichen Einsatz als Kriterium für die Höhe des freibleibenden Betrages berücksichtigen müssen. Wenn man berücksichtigt, dass bei einer Hinzuverdiensttätigkeit der Mehrbedarf nach § 23 Abs. 2 BSHG entfällt, dann dürfte der dem behinderten Menschen zur Deckung seines Bedarfs zusätzlich zur Verfügung stehende Betrag insgesamt aber 100,- bis höchstens 200,- Euro nicht übersteigen.

104 Unabhängig davon, dass man die Beträge der Sozialhilfe in einigen Fällen etwas erhöhen kann, bleibt es aber dabei, dass alle Einkünfte im Sinne der §§ 76ff. BSHG auf den sozialhilferechtlichen Bedarf anzurechnen sind. Auf den Bedarf von ca. 630,- Euro ist also das Einkommen aus der behinderungsgerechten Arbeit abzüglich der nach § 76 Abs. 2a BSHG freizulassenden Beträge anzurechnen. Ein systemgerechter Ausweg aus dem Anrechnungsproblem dürfte sich nicht finden lassen. Insbesondere hilft hier nicht der Hinweis auf die §§ 43 Abs. 2, 91 Abs. 2 BSHG. Danach wird zwar weitgehend vom Einsatz des Einkommens abgesehen. Dies geschieht jedoch nur im Hinblick auf die Eingliederungshilfe als solche. Das Problem der Anrechnung ergibt sich dagegen aus dem Verhältnis des Entgelts aus einer Beschäftigung unter behinderungsgerechten Bedingungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt. Das Entgelt ist immer nach den Grundsätzen des § 76 BSHG auf die Hilfe zum Lebensunterhalt anzurechnen. Die Ermöglichung einer Beschäftigung unter behinderungsgerechten Bedingungen als Eingliederungshilfe ist bereits jetzt nach den §§ 43 Abs. 2, 91 Abs. 2 BSHG zu beurteilen. Das Entgelt aus dieser Beschäftigung kann als Einkommen nur bei dieser Leistung, also der Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG außer Be-

63 Redaktionell sind allerdings die §§ 23 Abs. 3, 40 Abs. 1 Ziff. und § 76 Abs. 2a 3 BSHG nicht gut aufeinander abgestimmt.

64 Mrozynski, P.: Zur Begründung des Mehrbedarfs wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit, NDV 1989 S. 91.

tracht bleiben, nicht jedoch bei einer daneben ggf. zu leistenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 11 ff. BSHG.

d) Schaffung anderer Arbeitsgelegenheiten

105 An sich ist bei den Regelungen der §§ 18ff. BSHG nicht an behinderte Menschen gedacht, die eine Hinzuverdiensttätigkeit ausüben wollen. Man kann diese Vorschriften aber auf sie anwenden, wenn sie zu dem Kreis der Personen gehören, die »keine Arbeit finden können« (§ 18 Abs. 2 Satz 2 BSHG).[65] Das ist aber dann nicht möglich, wenn ein behinderten Mensch nur Gelegenheitsjobs in Anspruch nehmen will. Bemüht er sich hingegen erfolglos eine Arbeit zu finden, so stehen ihm die beiden Alternativen des § 19 Abs. 1 und 2 BSHG zur Verfügung. Zunächst einmal kann der Sozialhilfeträger auch Kosten für die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsgelegenheiten übernehmen. Sodann kann nach § 19 Abs. 2 BSHG bei Gelegenheit zu gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit dem Hilfeempfänger entweder das übliche Arbeitsentgelt oder die Hilfe zum Lebensunterhalt zuzüglich einer angemessenen Entschädigung gezahlt werden.[66]

106 Die Arbeit muss gemeinnützig und zusätzlich sein. Auf die Zusätzlichkeit der Arbeit kann im Interesse der besseren Eingliederung des Hilfeempfängers verzichtet werden (§ 19 Abs. 2 Satz 2 BSHG). Der Sozialhilfeträger hat die Wahl zwischen der Zahlung des üblichen Arbeitsentgelts und der Leistung einer erhöhten Hilfe zum Lebensunterhalt. Die Wahl ist nach Ermessensgesichtspunkten zu treffen (§ 4 Abs. 2 BSHG). Dabei ist auf den Zweck der Ermächtigung abzustellen (§ 39 Abs. 1 SGB I). Da jede Leistung der Sozialhilfe zum Ziel hat, den Hilfeempfänger möglichst unabhängig von der Sozialhilfe zu machen (§ 1 Abs. 2 Satz 2 BSHG), ist grundsätzlich eine Beschäftigung mit üblichem Arbeitsentgelt vorzuziehen. Durch diese wird nämlich im Allgemeinen eine Versicherungspflicht begründet. Dies bewirkt eine größere Unabhängigkeit von der Sozialhilfe. Wird allerdings die Alternative einer Zahlung des üblichen Arbeitsentgelts gewählt, dann muss die Beschäftigung auch einen Austauschcharakter haben. Maßstab für die Bezahlung ist zwar nicht der Tarifvertrag, wohl aber der wirtschaftliche Wert einer vergleichbaren Tätigkeit auf dem örtlichen Arbeitsmarkt. Bleibt der behinderte Mensch mit seiner Leistung spürbar hinter den Erwartungen zurück, so hat dies Einfluss auf die Höhe der Bezahlung. Insbesondere wenn eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt wird, lässt sich deswegen die wirtschaftliche Situation des behinderten Menschen kaum verbessern. Die andere Alternative einer Tätigkeit bei Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt zuzüglich einer Entschädigung kommt vor allem in Betracht, wenn der Hilfeempfänger nicht oder noch nicht für den allgemeinen Arbeitsmarkt als geeignet erscheint, wenn also die Beschäftigung den Charakter der Erprobung oder Gewöhnung hat. Da solche Beschäftigungen zumeist nicht mehr als 20 Stunden in der Woche ausgeübt werden und pro Stunde etwa 1–2 Euro zusätzlich gezahlt wird, erhöht sich der monatliche Sozialhilfesatz um ca. 80–160 Euro. Bei Anwendung des § 20 BSHG ändert sich im wirtschaftlichen Ergebnis nichts, da § 20 Abs. 2 BSHG auf den Leistungsumfang des § 19 Abs. 2 BSHG verweist. Darüber hinaus sind die Leistungsvo-

65 Bundesministerium für Gesundheit (Hg): Hilfen zur Arbeit, Baden-Baden 1995 S. 107 ff.

66 Vgl. VGH Mannheim FEVS 53 S. 527.

raussetzungen in § 20 Abs. 1 BSHG mit dem Merkmalen »Gewöhnung ... an eine berufliche Tätigkeit« und »Bereitschaft zur Arbeit zu prüfen« eher auf einen Personenkreis ausgerichtet, der sich einer Arbeit entzieht. Dies ist nicht die typische Situation bei seelisch behinderten Menschen, bei denen allenfalls von einem Unvermögen zur Arbeit auszugehen ist. Darauf ist aber mit Leistungen zur Rehabilitation (§ 26 SGB IX) bzw. Teilhabe (§ 33 SGB IX) zu reagieren. Diese sind vorrangig vor denen des § 20 BSHG zu erbringen (§ 2 Abs. 1 BSHG).

107 Damit gelangen durch die Anwendung der §§ 18ff. BSHG keine zusätzlichen Gesichtspunkte in die Schaffung von Hinzuverdienstmöglichkeiten. Insgesamt ist die Ermöglichung der Ausübung einer behinderungsgerechten Beschäftigung auf der Grundlage des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG sogar die sachgerechtere Lösung. Bei der Schaffung solcher Arbeitsgelegenheiten kann und muss der behinderungsspezifische Bedarf berücksichtigt werden. Insbesondere kann auf der Basis der §§ 39, 40 BSHG eine intensive arbeitsbegleitende psychosoziale Betreuung erfolgen. Werden dagegen Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt erbracht, so ist die persönliche Hilfe (§ 8 BSHG) relativ begrenzt. Des Weiteren muss eine Prüfung, ob die Arbeit gemeinnützig und zusätzlich ist, nicht erfolgen. Es kommt nur darauf an, dass sie der Eingliederung des behinderten Menschen dient. Eine Gesamtrechnung zu den einem behinderten Menschen zur Verfügung stehenden Mitteln, fällt bei § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG jedenfalls nicht ungünstiger aus als im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

6 Mischformen

108 Wie sich schon bei der Schaffung einzelner Normen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch gezeigt hat, werden sich wohl immer mehr Mischformen zwischen der rehabilitativen Beschäftigung, der beruflichen Rehabilitation und der behinderungsgerechten Arbeit entwickeln. Die Werkstatt für behinderte Menschen ist eigentlich das älteste Beispiel dafür. Mischformen können sich als rechtliche Regelungen aber auch als Kombinationen auf der institutionellen Eben entwickeln. Solchen Entwicklungen setzt das gegliederte System des Sozialrechts allerdings Grenzen. Eine Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger ist immer nur insoweit möglich, als im Rahmen der Leistungserbringung ihre jeweilige sachliche Zuständigkeit noch feststellbar bleibt. Kleinere Ausnahmen von diesem Grundsatz lassen einzelne Regelungen über Zuschüsse zu (§§ 20 Abs. 4, 39a SGB V, 43a SGB XI). Eine erste weitergehende Regelung ist jetzt in § 30 Abs. 1 SGB XI bei der Frühförderung behinderter Kinder getroffen worden. Hier wird im Wesentlichen begrenzt auf die sozialpädiatrischen Zentren die Möglichkeit einer Komplexleistung in anteiliger Finanzierung durch mehrere Rehabilitationsträger geschaffen. Immerhin lässt auch die Konstruktion der WfbM erkennen, dass noch weitere Formen der Zusammenarbeit möglich sind. Sie setzen allerdings zumeist die Änderung gesetzlicher Vorschriften voraus.

a) Werkstatt für behinderte Menschen

109 Der Vorbildcharakter der WfbM in institutioneller Hinsicht besteht darin, dass die Schaffung ihrer Arbeitsplätze auf der Basis des Arbeitsförderungs- und des Schwerbehindertenrechts unter Verwendung von Mitteln aus dem Sozialbudget erfolgt. Die Anerkennung der WfbM erfolgt durch die Bundesanstalt für Arbeit und den überörtlichen Träger der Sozialhilfe (§ 142 SGB IX). Die Leistungen während der Tätigkeit eines behinderten Menschen in der WfbM werden von den klassischen Rehabilitationsträgern, also insbesondere den Trägern der Arbeitsförderung und der Rentenversicherung sowie den Sozialhilfeträgern, erbracht. Dabei ist der Berufsbildungsbereich zur beruflichen Rehabilitation zu rechnen. Vor allem die Leistungen des Sozialhilfeträger dienen nach der Phase im Berufsbildungsbereich der Ermöglichung einer behinderungsgerechten Arbeit (§ 42 Abs. 2 SGB IX). Insoweit ist die WfbM in ihrem Arbeitsbereich der eindeutigste Fall einer Subventionierung der Arbeit behinderter Menschen. Unter dem Dach der WfbM werden berufliche Rehabilitation und behinderungsgerechte Arbeit miteinander verbunden. Allerdings hat der Gesetzgeber beide Phasen zeitlich hintereinander gelegt und damit die sachliche Zuständigkeit eindeutig geklärt. In dieser Konstruktion entspricht die WfbM nicht dem neueren Teilhabekonzept von Qualifikation und Arbeit, sondern dem überkommenen Modell, nach dem die berufliche Rehabilitation jeder Beschäftigung vorausgeht. Von einem nicht zu unterschätzenden Nachteil ist, dass die Hinzuverdienstmöglichkeiten in der WfbM in tatsächlicher Hinsicht relativ begrenzt sind.

110 Andererseits hat die WfbM mit dem Neunten Buch eines gewisse Neuausrichtung erfahren. In § 41 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX ist jetzt ihre Aufgabe, dem behinderten Menschen einen Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, präzisiert worden. Diese Aufgabe war in den vergangenen Jahren mehr und mehr in den Hintergrund getreten. Damit war die WfbM auch in einen gewissen Widerspruch zum europäischen Gemeinschaftsrecht geraten, das in Art. 137 Abs. 1 EGV eine Eingliederung der aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegliederten Personen verlangt.

111 Auch in anderer Hinsicht ist die WfbM nicht unbedingt ein Vorbild für Formen des Hinzuverdienstes in der psychiatrischen Versorgung. Die WfbM muss allen behinderten Menschen unabhängig von Art oder Schwere der Behinderung offen stehen (§ 136 Abs. 2 SGB IX). Da sie überwiegend von geistig behinderten Menschen genutzt wird, bedeutet das auch, dass ihr Angebot nicht besonders zielgenau auf seelisch behinderte Menschen ausgerichtet ist.

112 Eine WfbM kann allerdings aus mehreren relativ selbständigen Abteilungen bestehen. Damit ist es auch möglich, eine psychiatrisch ausgerichtete Abteilung mit anderen zu einer einheitlichen WfbM zu verbinden. Um der Ausrichtung einen besonderen Nachdruck zu verleihen, wäre von der Möglichkeit des § 16 WVO Gebrauch zu machen. Danach kann die WfbM ein organisatorisch selbständiger Teil einer stationären Einrichtung, also etwa auch eines psychiatrischen Krankenhauses sein.

113 Der Öffnung der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hin sind m. E. gewisse Grenzen gesetzt. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass unter dem Dach der Werkstatt Außenarbeitsgruppen tätig, bzw. Außenarbeitsplätze eingerichtet werden.[67] Jedoch kann in die WfbM nur derjenige behinderte Mensch aufgenommen werden und dort auch verbleiben, der wegen Art oder Schwere seiner Behinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt »nicht, noch nicht oder noch nicht wieder« ausüben kann (§ 41 Abs. 1 SGB IX). Je mehr sich die Beziehung des behinderten Menschen zum Werkstattbetrieb lockert, indem er einer Außenbeschäftigung nachgeht, umso eher wird man davon ausgehen müssen, dass die Notwendigkeit einer Betreuung durch die WfbM nicht mehr gegeben ist. Dass auch im Falle einer Außenbeschäftigung eine die Arbeit unterstützende Betreuung erfolgt, ist auf Dauer kein durchschlagendes Argument. Dieselbe Betreuung erfolgt auch in Integrationsprojekten oder bei der Arbeitsassistenz. Die Außenbeschäftigung, die sich ja nicht mehr der Institution des WfbM als solcher bedient, sondern gezielter Hilfen durch das Personal der WfbM, nähert sich sogar ganz erheblich der Arbeitsassistenz an. Man kann also sagen, dass die Neuerungen im Schwerbehindertenrecht den Aktionsradius der WfbM eher einschränken.

114 Gewisse rechtstechnische Schwierigkeiten ergeben sich zudem aus den Bestimmungen über den Versicherungsschutz in Kranken- und Rentenversicherung bei einer Tätigkeit in der WfbM. In den §§ 5 Abs. 1 Ziff. 7 SGB V, 1 Ziff. 2a SGB VI knüpft der Versicherungsschutz daran, dass der behinderte Mensch »in« einer WfbM tätig ist. Bei einer allzu großzügigen Gestaltung von Außenarbeitsplätzen können sich Zweifel über den Versicherungsschutz ergeben. Des Weiteren sind die Mitarbeiter in WfbM nicht als Arbeitnehmer anzusehen. Das BSG hat aber in seiner langjährigen Rechtsprechung immer betont, dass behinderte Menschen auch in der WfbM Arbeitnehmer sein können, wenn in ihrem Verhältnis zur Werkstatt der für das Beschäftigungsverhältnis typische Austauschcharakter gegeben ist.[68] Dieser kann natürlich auf einem Außenarbeitsplatz eher festzustellen sein. Das bedeutet allgemein, dass die Öffnung der WfbM hin auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, für die jeweils dafür in Betracht kommenden behinderten Menschen mit nicht geringen rechtlichen Unsicherheiten hinsichtlich ihres arbeits- und sozialrechtlichen Status, einschließlich der tariflichen Bezahlung, verbunden ist.

115 Andererseits lässt sich die WfbM als eine unverzichtbare Form der beruflichen Förderung besonders bei denjenigen behinderten Menschen einsetzen, deren Leistungsvermögen außerordentlich gering ist. Aufnahmevoraussetzung in der WfbM ist, dass der behinderte Mensch nach Durchführung des Eingangsverfahrens und der Maßnahme im Berufsbildungsbereich in der Lage ist, »wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung« zu erbringen (§ 40 Abs. 1 Ziff. 2 SGB IX). Dazu hat das BSG entschieden, dass es nicht erforderlich ist, das die Arbeit im kaufmännischen Sinne gewinnbringend ist. Es reicht aus, wenn ein Produkt der Arbeitsleistung wirtschaftlichen Wert besitzt, sich also

67 Cramer, H.: Neue Wege zur Integration Schwerbehinderter auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, ZfSH/SGB 1990 S. 1; Barslen, J., Hohmeier, J.: »Unterstützte Beschäftigung« – ein neues Element im System der Eingliederung von Menschen mit Behinderungen, GL 1997 S. 56; S. Wendt, NDV 2000 S. 105.

68 BSG 46 S. 244.

beispielsweise als Ware verkaufen lässt.[69] Von dieser Voraussetzung ausgehen kann man nicht direkt auf erforderliche Mindestbeschäftigungszeiten schließen. Ausdrücklich bestehen sie in der WfbM auch nicht. Grundsätzlich ist auf der Basis der Bestimmungen der WVO aber davon auszugehen, dass der behinderte Mensch in der Lage sein sollte, wenigstens 35 Stunden in der Woche am Beschäftigungsangebot der WfbM sinnvoll teilzunehmen. Das umfasst aber auch arbeitsbegleitende Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit (§ 5 Abs. 3 WVO). Gemäß § 6 Abs. 2 WVO kann die Beschäftigungszeit auch verkürzt werden. Die Praxis geht im Allgemeinen davon aus, dass die WfbM für behinderte Menschen, die das Angebot dauerhaft weniger als 20 Stunden in der Woche in Anspruch nehmen können, kein sinnvolles Angebot ist. Eine ausdrückliche Begrenzung besteht aber nicht. Es handelt sich vielmehr um eine praktische Regel, die aus der Voraussetzung abgeleitet wird, dass der behinderte Mensch, der das Angebot der WfbM nutzt, nach Abschluss der Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in der Lage sein muss, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit zu erbringen (§ 136 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Dabei sind auch behinderungstypische Besonderheiten zu berücksichtigen. Deswegen ist auch dem schwankenden Leistungsvermögen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen. Das Ausmaß der Leistungsfähigkeit darf also nicht nur innerhalb eines zu engen zeitlichen Rahmens berücksichtigt werden. Hinzukommt, dass es gemäß § 39 SGB IX auch Aufgabe der WfbM ist, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen zu entwickeln. Dies ist nicht eine Aufgabe, die allein im Berufsbildungsbereich (§ 40 SGB IX) zu erfüllen wäre. Dieselbe Aufgabe kommt dem Arbeitsbereich zu (§ 41 Abs. 2 Ziff. 2 und 3 SGB IX). Vor dem Hintergrund des § 136 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IX ist aber eine Differenzierung vorzunehmen. Allgemein stellt § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB IX das Erfordernis des Mindestmaßes an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit auf. In Satz 2 der Vorschrift werden relevante Ausschlussgründe genannt: »Dies ist nicht der Fall ...«. Als solche Gründe nennt das Gesetz erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung und das Ausmaß der erforderlichen Betreuung und Pflege. Diese relativ eng gefasste Ausschlussregelung bezieht sich aber nur auf den Berufsbildungsbereich. Im Arbeitsbereich können auch sonstige Umstände berücksichtigt werden, die es dem behinderten Menschen dauerhaft verwehren, eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen. Schwankungen im Leistungsvermögen stellen aber noch keinen Ausschlussgrund dar. Im Übrigen hat das BSG seine Auffassung zur wirtschaftlich verwertbaren Arbeitsleistung nicht im Hinblick auf den zeitlichen Umfang der Arbeit entwickelt.[70] Andererseits lässt aber die Existenz von Sonderförderungsbereichen (§ 136 Abs. 3 SGB IX) erkennen, dass eine spürbare weitere Reduzierung der an sich schon geringen Anforderungen in der WfbM nicht realisierbar ist.

116 Im Allgemeinen spricht gegen eine Nutzung der WfbM als Hinzuverdienstmöglichkeit die Tatsache, dass die Bezahlung der Arbeitsleistung so gering ist, dass die Lebensunterhalt des behinderten Menschen sowieso nur durch ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt sichergestellt werden kann. Das gilt auch angesichts der Bemühungen, die Bezahlung zu verbessern und angesichts des Arbeitsförderungsgeldes in der WfbM nach § 43 SGB IX.

69 BSG 52 S. 128.
70 BSG 52 S. 128.

Dieses Arbeitsförderungsgeld wird zwar nicht auf Leistungen der Sozialhilfe angerechnet, wenn diese Hilfe, vor allem als Eingliederungshilfe, in einer Einrichtung zu leisten ist (§ 85 Abs. 2 Satz 2 BSHG). Dasselbe gilt aber nicht, wenn der behinderte Menschen Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung erhält. In diesem Falle ist also das Arbeitsförderungsgeld Einkommen im Sinne des § 76 Abs. 1 BSHG.[71] Insbesondere kann es nicht nach § 77 BSHG anrechnungsfrei bleiben, denn es wird nicht zu einem ausdrücklich genannten Zweck gewährt.

117 Schließlich darf auch der Nachteil nicht unterschätzt werden, der sich daraus ergibt, dass die WfbM nur in sehr begrenztem Maße eine berufliche Förderung der behinderten Menschen betreibt. Zwar gibt es den bisherigen Begriff des Arbeitstrainings nicht mehr. Die berufliche Förderung aber, die nach § 40 Abs. 3 SGB IX bis zur Dauer von drei Jahren im Berufsbildungsbereich erbracht wird, bleibt im Allgemeinen deutlich hinter dem zurück, was auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Ausbildung bezeichnet werden kann. Diese Bewertung ergibt sich selbst dann, wenn man mit dem BSG eine wiederholte Förderung als zulässig ansieht.[72]

118 Weniger unter dem Blickwinkel der subjektiven Rechte des behinderten Menschen und mehr unter dem der Gestaltung der sozialen Infrastruktur zur Verwirklichung der Teilhabe am Arbeitsleben bestehen Bedenken gegenüber der WfbM. Sie beginnen bereits damit, dass die gesamte WfbM, also der Berufsbildungs- und der Arbeitsbereich, im Vergleich zu anderen Einrichtungen, auf der Grundlage des § 248 SGB III umfassend institutionell gefördert wird. Das betrifft Aufbau, Erweiterung, Ausstattung und begleitende Dienste. In gleicher Weise erfolgt zwar auch die Förderung anderer Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Sie erfolgt jedoch nicht, wenn konkrete Einrichtungen Leistungen erbringen, die dem Arbeitsbereich der WfbM entsprechen, also der behinderungsgerechten Arbeit zuzurechnen sind. Nur im Arbeitsbereich der WfbM gibt es eine eindeutig geregelte institutionelle Förderung der behinderungsgerechten Arbeit.

119 Der Betrieb der WfbM wird u. a. auch dadurch gestärkt, dass gemäß § 140 SGB IX eine Anrechnung von Aufträgen an die WfbM auf die Ausgleichsabgabe erfolgt. Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer bevorzugten Berücksichtigung bei der Vergabe öffentlicher Aufträge nur für die WfbM (§ 141 SGB IX). Auch aus der Sicht der behinderten Menschen selber verlagern die Erhöhung des Schonvermögens nach § 88 Abs. 3 Satz 3 BSHG und schließlich auch das Arbeitsförderungsgeld nach § 43 SGB IX die Akzente zugunsten der WfbM. Sie sind jedenfalls geeignet, eine Entscheidung des Einzelnen, sei es des behinderten Menschen, sei es eines Auftraggebers, zugunsten der Inanspruchnahme einer WfbM zu beeinflussen. Das erschwert letztlich Aufbau und Betrieb alternativer Angebote der Teilhabe am Arbeitsleben und dürfte mit der Zielsetzung der Regelung des Art. 137 Abs. 1 EGV nicht zu vereinbaren sein. Um eine Eingliederung der aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen zu erreichen, genügt es nicht, die WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt hin zu öffnen, sondern zumindest auch andere Formen der beruflichen Eingliederung in gleicher Weise institutionell zu fördern (vgl. unten RdNr. 241,

71 OVG Lüneburg FEVS 52 S. 508.

72 BSG 73 S. 88.

257). In begrenztem Umfange ist eine Hinwendung zum allgemeinen Arbeitsmarkt durch die Integrationsprojekte erfolgt. Deren Förderung ist jedoch im Vergleich mit der WfbM nach Gegenstand und Umfang weniger umfassend (§ 28a SchwbAV). Insbesondere erstreckt sie sich die institutionelle Förderung nicht auf begleitende Dienste und Wohnformen.

b) Beschäftigungstagesstätte

120 Die Beschäftigungstagesstätte stellt eine Versorgungsform dar, in der Vorformen der Arbeit mit einer rehabilitativen Beschäftigung, einer beruflichen Rehabilitation und mit einer behinderungsgerechter Arbeit am leichtesten verbunden werden können. Die Grundversorgung in der Tagesstätte erfolgt auf der Basis des § 40 Abs. 1 Ziff. 8 BSHG. Insoweit als in der Tagesstätte Leistungen der Sozialhilfe erbracht werden, kann nach der allgemeinen Vorschrift des § 10 Abs. 3 BSHG auch eine institutionelle Förderung erfolgen. Leistungsrechtlich noch selbständig aber organisatorisch in die Beschäftigungstagesstätte integriert, könnten hier die medizinische Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) und berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (§§ 33 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX, 61 SGB III) durchgeführt werden. Zusätzlich könnte auch auf einem geringen Anforderungsniveau die Ausübung einer behinderungsgerechten Arbeit durchgeführt werden. In ähnlicher Weise haben sich auch andere Modelle, etwa Betriebspraktika, die vom Klinikbereich aus angeboten werden, entwickelt.[73] Im Wesentlichen würde sich auch die Nutzung der Beschäftigungstagesstätte als Übergang von der medizinischen Versorgung auf unterschiedliche Formen der Teilhabe am Arbeitsleben empfehlen. In allen Fällen wären die Hinzuverdienstmöglichkeiten gering. Am größten wären sie paradoxerweise noch bei der Arbeitstherapie, wenn während einer Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld bestünde. Alle finanziellen Leistungen, die der behinderte Mensch bei solchen Beschäftigungsformen erhält, werden gemäß § 76 Abs. 1 BSHG als ein bei der Hilfe zum Lebensunterhalt anzurechnendes Einkommen behandelt. Das gilt auch für die »Arbeitsbelohnung« in der Arbeitstherapie. Sie ist Einkommen »in Geld« (§ 76 Abs. 1 Satz 1 BSHG).

c) Integrationsprojekte

121 Die §§ 132ff. SGB IX haben mit den Integrationsprojekten die zumindest in ihrer rechtspolitischen Bedeutung wichtigste Neuerung in das Schwerbehindertenrecht eingeführt. Bei ihnen handelt es sich um selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen), unternehmensinterne Betriebe (Integrationsbetriebe) oder um Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung von Schwerbehinderten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Gedacht ist das Integrationsprojekt als nachrangige Leistungsform für schwerbehinderte Menschen, deren Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten, einschließlich des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt. In der Betonung des allgemeinen Arbeitsmarktes erweisen sich die Integrationsprojekte auch als Alternativen zur WfbM. Andererseits stehen sie nur schwerbehinderten Arbeitnehmern zur Verfügung.

73 Kinne, G. u. a.: Regionale Vernetzung medizinsicher und beruflicher Rehabilitation, Die Rehabilitation 2002 S. 336.

122 Ähnlich wie dies bei den Integrationsfachdiensten geregelt ist (§109 Abs. 2 SGB IX), nennt auch § 132 Abs. 2 SGB IX als Begünstigte besonders benachteiligte schwerbehinderte Menschen solche, die die Werkstatt für behinderte Menschen verlassen und Schulabgänger. Insbesondere diesen drei Gruppen stehen die Integrationsprojekte zur Verfügung. Obwohl sie dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnen sind, haben die Integrationsprojekte nicht das gleiche Unternehmensziel für rein gewerbliche Unternehmen. Ihre Hauptaufgabe besteht nicht in der Produktion von Waren und Dienstleistungen, sondern darin, schwerbehinderten Menschen eine Beschäftigungsmöglichkeit zu bieten. Genauer bezeichnet § 133 SGB IX ihre Aufgabe mit Beschäftigung, arbeitsbegleitender Betreuung, beruflicher Weiterbildung und der Unterstützung des vollständigen Überganges auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

123 Für die Schulabgänger regelt §132 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX dass sie in einem Integrationsprojekt an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen teilnehmen und dort beschäftigt und weiterqualifiziert werden, wenn anders eine Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht kommt. Diese Regelung ist in dreierlei Hinsicht von Bedeutung. Erstens hebt sie die Unterscheidung von begleitender Hilfe im Arbeitsleben (Schwerbehindertenrecht) und beruflicher Rehabilitation (Arbeitsförderung) innerhalb einer organisatorischen Einheit weitgehend auf. Zweitens verdeutlicht sie, dass eine förmliche, wenn auch behinderungsgerechte, Ausbildung nicht immer der geeignete Weg zu einer Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist. Von besonderer Bedeutung ist drittens, dass »Beschäftigung und Weiterqualifizierung« als einheitliches Prinzip der beruflichen Förderung anerkannt werden. Damit ist der Weg eröffnet, Angebote der beruflichen Bildung in die Beschäftigung zu integrieren und sie je nach der persönlichen, auch gesundheitlichen, Situation des behinderten jungen Menschen einzusetzen. Besondere Bedeutung dürfte diese »Beschäftigung und Weiterqualifizierung« für die seelisch behinderten (jungen) Menschen haben. Dabei ist allerdings von Nachteil, dass sich die Möglichkeit von Beschäftigung und Weiterqualifizierung auf behinderte junge Menschen beschränkt. Die Regelung des § 132 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX sollte auf alle behinderte Menschen erstreckt werden (unten RdNr. 253).

124 In den Integrationsprojekten, die auch sozialversicherungsrechtlich dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnen sind, arbeiten behinderte und nichtbehinderte Arbeitnehmer gemeinsam. Beide Gruppen genießen vollen Versicherungsschutz. Integrationsunternehmen (nicht Betriebe oder Abteilungen) müssen mindestens 25 % Schwerbehinderte beschäftigen. Ihr Anteil soll 50 % nicht übersteigen (§ 132 Abs. 3 SGB IX). Diese Sollvorschrift erleichtert es einerseits, der üblichen Fluktuation beim Personal Rechnung zu tragen. Andererseits soll es auch ermöglicht werden, auf Integrationsprojekte, die schon in der Vergangenheit bei einem höheren Anteil von schwerbehinderten Menschen wirtschaftlich erfolgreich waren, die §§ 132ff. SGB IX anzuwenden.[74]

125 Da die Integrationsprojekte mit den Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes konkurrieren, muss es einen gewissen Ausgleich geben. In § 134SGB IX ist deswegen vorgese-

74 Adlhoch, U.: Die Förderung von Integrationsunternehmen im Sinne der §§ 53aff. SchbG, br 2001 S. 10.

hen, dass aus der Ausgleichsabgabe Mittel sowohl für investive als auch für laufende Ausgaben aufgebracht werden. Das Nähere über Begriff und Aufgaben der Integrationsprojekte, die für sie geltenden fachlichen Anforderungen, die Aufnahmevoraussetzungen und die finanziellen Leistungen wird in einer Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung geregelt (§ 135 SGB IX).

126 Die allgemeine Voraussetzung für die Förderung eines Integrationsprojektes besteht darin, dass zu erwarten sein muss, es werde sich wirtschaftlich erfolgreich auf dem Markt betätigen.[75] Insbesondere ist es erforderlich, dass das Integrationsprojekt den überwiegenden Teil seiner Kosten durch Erlöse am Markt decken kann, also nur nachrangig auf Zuschüsse angewiesen ist. Eine weitere Förderungsvoraussetzung besteht darin, dass das Integrationsprojekt Arbeitsplätze i. S. d. § 73 SGB IX zur Verfügung stellt. Das können also auch Teilzeitarbeitsplätze sein (§ 102 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Etwas zu eng dürfte die Auffassung sein, nach der das Integrationsprojekt, wegen des Nachranges der Förderung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gehalten ist, Stiftungsgelder u. Ä. einzuwerben.[76] In § 18 Abs. 1 Satz 1 SchwbAV ist eindeutig geregelt, dass Mittel Dritter, auf die kein Rechtsanspruch besteht, nur Berücksichtigung finden, wenn sie »erbracht werden«, also dem Integrationsprojekt zufließen. Einzelne Vorteile, die die WfbM genießt, fließen den Integrationsprojekten nicht zu. Das gilt etwa für die §§ 248 SGB III, 43 Abs. 2, 88 Abs. 3 Satz 3 BSHG, §§ 43, 140 SGB IX. Auch um den Zielen des Art. 137 Abs. 1 EGV Rechnung zu tragen, sollte der Gesetzgeber auf eine Harmonisierung der Vorschriften bedacht sein (unten RdNr. 257).

127 Die Mittel nach § 134 SGB IX können für zeitlich begrenzte und für laufende Aufwendungen aufgebracht werden. Erstere dienen vor allem dem Aufbau, der Erweiterung, der Modernisierung und Ausstattung des Integrationsprojekts. Einen Übergang stellt die betriebswirtschaftliche Beratung dar, die zum einen in der Gründungsphase große Bedeutung hat, dann aber auch regelmäßig im Wirtschaftsbetrieb des Integrationsprojekts notwendig werden kann. Ein besonderer Aufwand entsteht i. d. R. nur durch laufende Aufwendungen. Bisher ist noch nicht im Einzelnen geregelt, wie und in welchem Umfange die finanzielle Förderung der Integrationsprojekte erfolgen soll. In § 28a SchwbAV ist nur bestimmt worden, dass Leistungen für Aufbau, Erweiterung, Modernisierung und Ausstattung einschließlich betriebswirtschaftlicher Beratung und besonderen Aufwand erbracht werden. Das ergibt sich bereits aus dem Gesetz.

128 Gewisse Schwierigkeiten bereitet das Verhältnis der Förderung nach § 134 SGB IX zu anderen Zuschüssen. Hierzu wird man die Auffassung vertreten müssen, dass alle Leistungen, die von Rehabilitationsträgern aufgebracht werden, nicht mit der Förderung nach § 134 SGB IX verrechnet werden dürfen. Das gilt zum einen für die Förderung i. S. d. § 19 Abs. 5 SGB IX. Soweit das Integrationsprojekt, etwa im Rahmen einer Weiterbildung (§ 133 SSGB IX) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX) für einen Rehabilitationsträger erbringt, ist das Entgelt dafür begrifflich schon keine Förderung und kann deswe-

75 Vorläufige Empfehlungen der AG HFSt zur Förderung von Integrationsprojekten nach §§ 53a ff. SchwbG, br 2001/1 Beihefter S- i – IV.

76 So Adlhoch, U. (Fußn. 74) S. 10.

gen nicht angerechnet werden. Vielmehr ist dieses Entgelt als selbsterwirtschaftet in die Bilanz einzustellen. Selbständig neben die Förderung nach § 134 SGB IX tritt vor allem die Förderung nach den §§ 248ff. SGB III. Dasselbe gilt für die Leistungen an Arbeitgeber im Sinne des § 34 SGB III. Leistungen nach § 248 SGB III können aber nur erbracht werden, soweit ein Integrationsprojekt »als Einrichtung der beruflichen Rehabilitation« anzusehen ist. Man wird diese Voraussetzung auch als erfüllt ansehen können, wenn das Integrationsprojekt diese Aufgabe neben anderen erfüllt. Institutionell gefördert werden kann allerdings dann auch nur dieses Segment. Nach der jetzt geltenden Fassung des § 248 SGB III nicht förderungsfähig ist jedoch der Aufbau eines Angebots der behinderungsgerechten Arbeit in einem Integrationsprojekt. Hierfür kommen jedoch Leistungen an Arbeitgeber nach § 102 Abs. 3 Ziff. 3 SGB IX in Betracht. Dabei handelt es sich aber nicht um eine institutionelle Förderung, die nach Art und Umfang der Förderung nach § 248 SGB III entsprechen würde. Leistungen an Arbeitgeber werden grundsätzlich nur im Interesse einzelner behinderter Arbeitnehmer erbracht (§ 34 SGB IX). Im Schwerbehindertenrecht kann der Unterschied zur reinen institutionellen Förderung allerdings sehr gering sein (vgl. § 15 SchwbAV).

129 In diesem Punkt bestehen Abgrenzungsschwierigkeiten im Wesentlichen nur zwischen der Förderung nach § 134 SGB IX und den Leistungen an den schwerbehinderten Menschen bzw. an den Arbeitgeber nach § 102 Abs. 3 SGB IX.[77] Bei Identität des Leistungszwecks kann nur eine Form der Förderung erfolgen. Hier ist zu differenzieren. Vor allem was die Leistungen an Arbeitgeber zur Schaffung von behinderungsgerechten Arbeitsplätzen angeht (§ 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX), wird man sagen müssen, dass die Integrationsprojekte und ihre Förderung die gleichen Ziele verfolgen, so dass nur eine Förderung nach § 134 SGB IX erfolgen kann. Anders ist dies aber, wenn ein bereits bestehender Arbeitsplatz an die besonderen Bedürfnisse eines schwerbehinderten Menschen angepasst werden muss. Des Weiteren können auch die Leistungseinschränkungen bei einem schwerbehinderten Menschen so groß sein, dass in einem solchen Einzelfall neben die Projektförderung nach § 134 SGB IX Leistungen an das Integrationsprojekt als Arbeitgeber nach § 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX treten können, wenn trotz der Projektförderung außergewöhnliche Belastungen im Sinne des § 102 Abs. 3 Ziff. 2 b) SGB IX auftreten. Diese wiederum bestehen in geringerem Maße, wenn bei der Projektförderung der »besondere Aufwand« im Sinne des § 134 SGB IX bereits ausreichend berücksichtigt worden war. Selbständig neben die Förderung des Integrationsprojekts nach § 134 SGB IX treten aber die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 3 Ziff. 1 SGB IX an den schwerbehinderten Menschen selbst. Das gilt auch für die Arbeitsassistenz nach § 102 Abs. 4 SGB IX. Bei der Prüfung, ob diese notwendig ist, sind allerdings die Arbeitsbedingungen in dem Integrationsprojekt zu berücksichtigen. Häufig dürfte es dort an der Notwendigkeit einer zusätzlichen Arbeitsassistenz fehlen. Insgesamt kann man sagen, je mehr pauschalierend die Projektförderung nach § 134 SGB IX erfolgt war, umso eher kommen zusätzliche Leistungen nach § 102 SGB IX an Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur individuellen Arbeitsplatzgestaltung in Betracht.

77 Im Detail Adlhoch, U. (Fußn. 74) S. 11 ff.

130 Die Integrationsprojekte stellen zweifellos einen Fortschritt für die Teilhabe am Arbeitsleben dar. In der psychiatrischen Versorgung ist ihre Bedeutung gleichwohl begrenzt. Die Integrationsprojekte ermöglichen nicht uneingeschränkt die praktische Umsetzung des Konzepts der Qualifizierung und Arbeit. Des Weiteren verfügen sie als Unternehmen nur über ein bestimmtes Angebot von Arbeitsplätzen, lassen sich also nur begrenzt auf den individuellen Bedarf ausrichten. Einige Nachteile der Integrationsprojekte können durch die Schaffung gemeinnütziger Leiharbeitsfirmen vermieden werden. Bei der nach § 66 SGB IX vorgesehenen Revision des Neunten Buches sollte auf eine stärkere Ausrichtung der Integrationsprojekte auf § 10 Abs. 3 SGB IX hingearbeitet werden.

7 Die Organisierung von Arbeit und Qualifizierung durch gemeinnützige Leiharbeit

131 Gegenüber der Leiharbeit bestehen noch immer in sozialpolitischer Hinsicht Bedenken, die sich aus der Tatsache ergeben, dass ein Arbeitnehmer nicht Gegenstand eines Leihvertrages, genauer eins Überlassungsvertrages, sein sollte. Diese Bedenken können aber dann zurücktreten, wenn gemeinnützige Firmen diesen Weg nur wählen, um die sachgerechte Durchführung von Maßnahmen zu ermöglichen. Eine größere Anerkennung hat die Leiharbeit jetzt im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf der Basis der Vorschläge der Hartz-Kommission bekommen. Die Erkenntnis, dass die Leiharbeit gegenwärtig eine der am stärksten expandierenden Beschäftigungsformen in Deutschland ist,[78] bedarf sicherlich noch einer genaueren arbeitsmarktpolitischen Bewertung. Einer solchen Bewertung zugänglich sind aber auch die Formen der Leiharbeit, mit denen versucht wird, Vermittlungserschwernisse zu überwinden. In § 37a SGB III ist jetzt bei Arbeitslosen eine organisatorische Verknüpfung von Leiharbeit und beruflicher Qualifizierung während der »verleihfreien Zeiten« vorgesehen.[79] Damit hat der Gesetzgeber die Vorstellung der Verfügbarkeit des Arbeitslosen im Sinne einer reinen Untätigkeit aufgegeben und das Konzept »Arbeit und Qualifizierung« anerkannt. Zumindest unter diesem Blickwinkel können die sozialpolitischen Bedenken gegenüber der Leiharbeit zurücktreten.

132 Vor diesem Hintergrund betrachtet ist die Ausleihe eines Arbeitnehmers nur das im Grunde höchst formale Mittel, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Dieses Ziel bedarf der sozialpolitischen Bewertung. Es besteht darin, die Risiken, die mit der Beschäftigung behinderter Menschen verbunden sind in ein richtiges Verhältnis zu den Sozialleistungen zu setzen. Die gemeinnützige Leiharbeitsfirma organisiert sich im günstigsten Falle als Träger aller Risiken, nimmt dafür Sozialleistungen in Anspruch und ermöglicht auf diese Weise für psychisch behinderte Menschen die berufliche Rehabilitation und Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ohne dass sich für die Entleiher Risiken ergeben, die aus der Behinderung eines Arbeitnehmers resultieren.

78 Kvasnicke, M., Werwatz, A.: Lohneffekte der Zeitarbeit, BArbBl 2003/2 S. 2.

79 Erstes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, BGBl 2002 S. 4607.

133 Darüber hinaus kann die gemeinnützige Leiharbeitsfirma weitere Aufgaben im gemeindepsychiatrischen Verbund übernehmen. Sie kann organisatorischer Mittelpunkt für alle berufsbezogenen Aktivitäten in der psychiatrischen Versorgung sein. Sie kann mit Einrichtungen der medizinischen und sozialen Rehabilitation zusammenarbeiten und sie kann natürlich auch – unter zeitweisem Verzicht eine auf Ausleihe – Selbsthilfefirma oder Trainingszentrum sein. Als Mittelpunkt für die berufliche Eingliederung Behinderter kann sie Arbeit und Rehabilitation auf verschiedenen Stufen anbieten und somit dem schwankenden Leistungsvermögen psychisch Behinderter noch am ehesten Rechnung tragen. Im Prinzip könnte auch ein Integrationsprojekt eine solche Aufgabe übernehmen. Der Gesetzgeber hat es jedoch stärker als ein Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes konzipiert. Nach der gesetzlichen Regelung nicht ausgeschlossen ist es jedoch, dass ein Integrationsprojekt als einen Teil seiner Aufgaben auch die Leiharbeit organisiert.

134 Es kann auch nicht übersehen werden, dass die gemeinnützige Leiharbeitsfirma eher Konkurrent im Arbeits und Wirtschaftsleben sein kann als der einzelne behinderte Mensch selbst. Wird sie von einem Wohlfahrtsverband getragen, so steht hinter ihr eine nicht zu unterschätzende Wirtschaftskraft, die sich aus der Notwendigkeit der Versorgung der sozialen Einrichtungen dieses Verbandes (Krankenhäuser, Alten , Pflegeheime usw.) ergeben. Es entspricht den nicht immer unproblematischen Gepflogenheiten unseres Wirtschaftslebens, dieses Gewicht bei der Verfolgung bestimmter Ziele einzusetzen. Ein Wohlfahrtsverband wird sein wirtschaftliches Gewicht auch zugunsten der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen einsetzen können und vornehmlich mit solchen Firmen kooperieren, die ihn bei dieser Zielsetzung unterstützen. Diesen Firmen kann er durch die Organisierung gemeinnütziger Leiharbeit das für sie weitgehend risikolose Angebot machen, die berufliche Eingliederung behinderter Menschen zu fördern. Hierin dürfte letztlich der Vorzug der gemeinnützigen Leiharbeitsfirma gegenüber der Selbsthilfefirma und dem Integrationsprojekt liegen. Es besteht zumindest die Chance, dass auch der Konkurrenzdruck in unserem Arbeits und Wirtschafsleben sozialrechtlich eingebunden werden kann. Freilich, das existenzielle Problem, behindert zu sein, kann einem Menschen niemals abgenommen werden.

135 Ein weiterer Vorzug der gemeinnützigen Leiharbeitsfirma gegenüber den bisherigen Selbsthilfefirmen ist darin zu sehen, dass sie, indem sie Arbeitskräfte auf Arbeitsplätze ausleiht, sich vorhandener Produktionsmittel bedient. Ihre Investitionskosten sind also wesentlich geringer als dies bei anderen Firmen der Fall ist, die ihre gesamten Anlagen se1bst beschaffen müssen. Insoweit bringt sie auch gegenüber den Integrationsprojekten (§§ 132 ff. SGB IX) einen erheblichen Vorteil. Insbesondere kann sie auch in einem relativ kleinem organisatorischen Rahmen, etwa vom Klinikgelände aus, tätig werden. Sie kann relativ flexibel auf den individuellen Bedarf des einzelnen behinderten Menschen reagieren. Im Integrationsprojekt werden dagegen konkrete Arbeitsmöglichkeiten vorgehalten. Eine Leiharbeitsfirma wird dies sinnvollerweise auch tun, aber sie kann in der sie umgebenden Arbeitswelt nach individuell geeigneten Arbeitsplätzen suchen. Das setzt eine ganz andere Planungstätigkeit voraus. Die damit verbundenen Schwierigkeiten sind nicht gering zu erachten. Die Tätigkeit der Funktionskräfte einer gemeinnützigen Leiharbeitsfirma weicht erheblich von der normalen Wirtschaftstätigkeit ab. Sie muss eine homogene Verbindung

der beruflichen Möglichkeiten ihrer Arbeitnehmer mit den Bedingungen des regionalen Arbeitsmarktes herstellen.

136 Anders als die Integrationsprojekte ist die gemeinnützige Leiharbeitsfirma auch nicht darauf angewiesen, dass nicht behinderte Arbeitnehmer in nennenswerter Zahl von ihr beschäftigt werden (§ 132 Abs. 3 SGB IX). Gegenüber den Integrationsprojekten dürfte auch von Vorteil sein, dass es nicht zu einer hohen Konzentration behinderter Menschen innerhalb einer Betriebsgemeinschaft oder innerhalb der Abteilung eines Betriebes kommen muss. Die behinderten Menschen werden auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeliehen. Demgegenüber stellen die Integrationsprojekte doch gewisse Sonderformen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dar. Schließlich fällt zugunsten der gemeinnützigen Leiharbeitsfirma ins Gewicht, dass sie keine Institution des Schwerbehindertenrechts ist. Es kommt also nicht darauf an, dass die von ihr Beschäftigten, als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind. Soweit im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX oder gemäß § 102 Abs. 4 SGB IX bei einem schwerbehinderten Menschen eine Arbeitsassistenz besteht, kann der behinderte Mensch gemeinsam mit seinem Arbeitsassistenten an einen Entleiher überlassen werden. Der Arbeitsassistent könnte sogar, auf der Basis eines selbständigen Vertrages, zugleich Funktionskraft in der Leiharbeitsfirma sein.

137 Im günstigsten Falle kann die gemeinnützige Leiharbeitsfirma nach verschiedenen Vorbereitungsmaßnahmen für gewisse Zeit bei einem psychisch behinderte Menschen die Arbeitgeberfunktion übernehmen und ihn auf einen Arbeitsplatz ausleihen, der für diesen psychisch behinderten Menschen als Dauerarbeitsplatz in Aussicht genommen ist. Der psychisch behinderte Mensch kann also dort beruflich eingegliedert werden, wo er später seiner Tätigkeit nachgeht. In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, dass die gemeinnützige Leiharbeitsfirma nicht nur Arbeit, sondern auch die Durchführung berufsfördernder Maßnahmen organisiert. Letztere könnten auch in einem besonderen Betriebsteil in der Leiharbeitsfirma selbst durchgeführt werden.

138 Ein häufiger, in der Sache gewichtiger, rechtlich aber niemals begründetet Einwand gegenüber der Leiharbeitsfirma besteht darin, dass es sich nicht rechtfertigen ließe, psychisch behinderte Menschen ständig wechselnd auf Arbeitsplätze auszuleihen und ihnen damit eine sichere Orientierung an einem ständigen Arbeitsplatz gerade zu nehmen. Eine solche Situation hat nie bestanden. Nach der ursprünglichen Fassung des § 3 Abs. 1 Ziff. 6 AÜG war eine Erlaubnis zur gewerbsmäßigen Arbeitnehmerüberlassung zu versagen, wenn die Entleihe länger als sechs Monate dauerte. Diese Frist ist mit dem Job-AQTIV-Gesetz[80] auf vierundzwanzig Monate verlängert worden. Doch abgesehen davon, war die gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung niemals erlaubnispflichtig (vgl. § 1 Abs. 1 AÜG).[81] Damit besteht auch keine Abhängigkeit von der Ausleihzeit. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber in § 1 Abs. 2 AÜG für die nicht gewerbliche Arbeitnehmerüberlassung[82] zwar die Vermutung einer Arbeitsvermittlung begründet, wenn die Ausleihfrist überschritten wird. Nach dem ganzen Anliegen der gemeinnützigen Leiharbeit lässt sich diese Vermutung aber

80 BGBl I 2001 S. 3443.

81 Vgl. Schüren, P.: Arbeitnehmerüberlassungsgesetz, 1. Aufl. München 1994 RdNr. 267.

82 So der klarstellende Hinweis der Bundesregierung in BT-Drs. 14/7347 S. 72.

widerlegen. Was ist allen bisher praktisch relevant gewordenen Fällen auch geschehen war.[83] Ein rechtliches Randproblem ergibt sich daraus, dass die Erlaubnisfreiheit schon besteht, wenn die Arbeitnehmerüberlassung nicht gewerbsmäßig erfolgt. Daraus ergibt sich nicht schon zwingend, dass sie in jedem Falle auch als gemeinnützig anerkannt wird. Auf diese zusätzliche steuerrechtliche Frage kommt es aber nicht an, wenn es nur um die Erlaubnisfreiheit und damit zusammenhängend um die unbefristete Ausleihe geht.[84]

139 Rechtliche Bedenken bestehen auch nicht gegenüber einer Kombination von Arbeitnehmerüberlassung und dem sog. Job Sharing bzw. dem Job-Pairing. Die Folge ist, dass mehrere psychisch Kranke auf einen Arbeitsplatz ausgeliehen werden können. Das bedeutet, dass jeweils ein psychisch Kranker seinen Arbeitsplatz entsprechend seinem Leistungsvermögen nutzen kann. Aus sozialrechtlicher Sicht wäre sogar zu überlegen, ob man nicht ein Job Pairing, bei dem mehrere Arbeitnehmer eine engere vertragliche Verbindung eingehen, zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen versuchen könnte. In Betracht käme hier eine Arbeitsplatzteilung mit nichtbehinderten Arbeitnehmern, die an Teilzeitarbeit interessiert und entsprechend flexibel einsetzbar sind. Sie müssten praktisch immer dann mit ihrem Erwerbsinteresse zurücktreten, wenn der psychisch Kranke in der Lage ist, seiner Tätigkeit nachzugehen. Abgesehen von den außerjuristischen Problemen, die mit einem solchen Job Pairing verbunden sind, wird sich dieser Weg wohl nur dann gehen lassen, wenn für den nichtbehinderten Arbeitnehmer ein gewisses Mindesteinkommen sichergestellt ist. Zu überlegen wäre, ob der nichtbehinderte Arbeitnehmer in seinem Arbeitsvertrag bzw. einer ergänzenden Regelung auch gewisse Betreuungsfunktionen für den psychisch Kranken übernehmen könnte. Auch andere flexible Arbeitszeitmodelle, soweit sie arbeitsrechtlich zulässig sind,[85] können von der Leiharbeitsfirma angewandt werden. Insbesondere für die gemeinnützige Leiharbeitsfirma könnte dabei die ständige Veränderung der Arbeitszeitlage nach Bedarf des Arbeitgebers, also nach dem Ausmaß der vorhandenen Arbeit sein. Sie findet ihre Rechtsgrundlage in § 12 Abs. 1 TzBfG und muss einzelvertraglich vereinbart sein.[86]

a) Arbeitnehmerstellung

140 Es besteht kein Zweifel, dass der Leiharbeitnehmer die Stellung eines Arbeitnehmers im Sinne des Arbeitsrechts hat. Er ist Arbeitnehmer der Leiharbeitsfirma. Im Verhältnis zum Entleiher ergibt sich grundsätzlich kein Arbeitsverhältnis. Auch wenn man grundsätzlich davon auszugehen hat, dass bei der Arbeitnehmerüberlassung die Arbeitgeber-

83 Bundesministerium für Gesundheit (Hg): Modellprojekte der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter auf dem freien Arbeitsmarkt durch gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften, Baden Baden 1995 S. 77 ff.

84 BT-Drs. 14/4220 S. 14.

85 Heinz, M.: Flexible Arbeitszeitmodelle, NZA 1997 S. 681; Schüren, P.: Abrufarbeit mit variabler Arbeitszeit oder: Was steht eigentlich in § 4 I BeschFG? NZA 1996 S. 1306; Andritzky, E. M.: Abrufarbeit mit variabler Arbeitszeit, NZA 1997 S. 643.

86 Blanke, T., Schüren, P., Wank, R., Wedde, P.: Handbuch Neue Beschäftigungsformen Baden-Baden 2002 S. 112.

funktionen aufgespalten sind,[87] so ist doch davon auszugehen, dass der Arbeitsplatz nicht räumlich-gegenständlich, sondern im funktionalen Sinne zuzuordnen ist.[88] Damit ist der Verleiher Arbeitgeber. Er ist es auch, der die Voraussetzungen für die Beschäftigungspflicht erfüllt.[89] Die Pflichten des Arbeitgebers zur behinderungsgerechten Arbeitsplatzgestaltung (§ 84 Abs. 4 Ziff. 4 SGB IX) treffen dagegen den Entleiher, konsequenterweise wird man ihm insoweit auch den Anspruch aus § 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX zubilligen müssen[90] Ohne Bedeutung für die Frage des Arbeitsverhältnisses ist der Umfang der Arbeit (vgl. § 1 Abs. 3 Ziff. 2 EFG), sieht man einmal von ganz geringfügiger Arbeit ab.

141 Organisiert allerdings die gemeinnützige Leiharbeitsfirma Aktivitäten beruflicher Art in größerem Umfange, so kann es sich auch ergeben, dass der auf einen bestimmten Arbeitsplatz überlassene psychisch Kranke nicht Arbeitnehmer im Sinne des Arbeitsrechts ist. Das wird man bei allen rehabilitativen Beschäftigungen annehmen müssen. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass Arbeit und Entgelt nicht Ausdruck eines Austauschverhältnisses sind. Dient eine Tätigkeit der bloßen Erprobung oder der Gewöhnung an Arbeit, dann wird weder ein arbeits noch ein sozialrechtliches Beschäftigungsverhältnis begründet.[91] Dies wird man auch für den Fall annehmen müssen, in dem ein an sich noch Arbeitsunfähiger behutsam an eine Beschäftigung herangeführt wird.

b) Anwendung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes

142 Wenn auch die gemeinnützige Leiharbeit keiner Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 AÜG bedarf, so gelten im Übrigen doch die grundlegenden Rechtsgedanken des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes. Arbeitgeber ist nur die Leiharbeitsfirma und nie der Entleiher. Das bedeutet etwa, dass die Regelungen der §§ 69ff. SGB IX im Verhältnis zur Leiharbeitsfirma gelten. Nur sie ist Arbeitgeberin und nur sie muss die Pflichten der Arbeitgeber beachten. Damit kann der Entleiher die vertraglichen Beziehungen beenden, ohne etwa die Vorschriften der Kündigung schwerbehinderter Menschen zu beachten. Das bedeutet aber eben auch, dass es für den Entleiher nur ein geringes Risiko darstellt, wenn ein schwerbehinderter Mensch in seinem Betrieb tätig ist. Man wird allerdings sagen müssen, dass den Entleiher die Pflichten nach den §§ 80ff. SGB IX treffen. Das betrifft also vor allem die behinderungsgerechte Gestaltung der konkreten Arbeitsplätze. Dafür kann der Entleiher dann auch die Leistungen nach 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX erhalten. Praktisch werden wird dies bei psychisch behinderten Menschen aber nur in geringem Umfang. Die behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes liegt gerade in der spezifischen Organisation der Arbeit durch die Leiharbeitsfirma. Auf sie beziehen sich in aller Regel die Pflichten nach den §§ 80 ff. SGB IX und die Leistungen nach 102ff. SGB IX nicht.

143 Die Leiharbeitsfirma trägt das volle Arbeitgeberrisiko. Sie muss das tarifliche Entgelt auch dann zahlen, wenn sie den psychisch Kranken nicht einsetzen kann, wenn also

87 BAG 61 S. 7.
88 BSG 74 S. 183.
89 BVerwG br 2002 S. 133.
90 Vgl. § 11 Abs. 6 AÜG hinsichtlich des Arbeitsschutzes.
91 BSG 58 S. 67.

keine Entleiher gefunden werden. Insoweit ist es sinnvoll, wenn die Leiharbeitsfirma in gewissem Umfange auch Selbsthilfefirma oder Integrationsprojekt ist und selbst bestimmte Waren oder Dienstleistungen produziert. Sinnvoll ist es auch, wenn sie eine gewisse Zahl von Plätzen für berufliche Qualifizierungsmaßnahmen bereithält. Sie sollten in der Weise berufsbegleitend genutzt werden können, dass ohne eine zwingende Rangfolge ein Wechsel zwischen Arbeit und beruflicher Qualifizierung erfolgen kann. Im günstigsten Falle könnte also in der verleihfreien Zeit eine Qualifizierung erfolgen. Diese wäre, je nach Art und Ziel als eine der Maßnahmen im Sinne des § 33 SGB IX durchzuführen und vom sachlich zuständigen Rehabilitationsträger auf der Basis einer Vereinbarung nach § 21 SGB IX zu vergüten.

144 Die Leiharbeitsfirma trägt auch das Risiko der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle (§ 11 Abs. 1 Ziff. 7 AÜG) und das des Kündigungsschutzes bei schwerbehinderten Menschen. Es ist aber zu betonen, dass beides nur im Verhältnis zu Arbeitnehmern gilt. Sind psychisch behinderte Menschen im Rahmen der gemeinnützigen Leiharbeit tätig, ohne Arbeitnehmer zu sein, so sind die erwähnten Schutzvorschriften nicht anwendbar. Dasselbe gilt natürlich, wenn eine Schwerbehinderteneigenschaft nicht gegeben ist. Was den Kündigungsschutz schwerbehinderter Menschen angeht, so wäre es im Hinblick auf die §§ 84ff. SGB IX sinnvoll, wenn die gemeinnützige Leiharbeitsfirma sich in einem engen organisatorischen Zusammenhang mit anderen Betreuungsformen, etwa einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Tagesstätte befände. Kann nämlich einem schwerbehinderten Menschen, der vor allem aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Leiharbeitsfirma beschäftigt werden kann, eine Betreuungsalternative geboten werden, so wird eine Zustimmung zu seiner Kündigung leichter zu erhalten sein. Zwar ist die Ermessensentscheidung des Integrationsamtes nur nach § 89 SGB IX eingeschränkt. Doch darf das Integrationsamt eine behinderungsgerechte Alternative für den schwerbehinderten Menschen bei ihrer Entscheidung über die Kündigung nicht gänzlich außer acht lassen. Des Weiteren könnten dadurch natürlich auch die Flexibilität und Durchlässigkeit der Versorgung verbessert werden.

145 Die Leiharbeitsfirma schließt mit dem Entleiher einen bürgerlich-rechtlichen Vertrag, der der Schriftform bedarf (§ 12 Abs. 1 AÜG). In ihm wird der Einsatz des Arbeitnehmers geregelt. Sie kann ihn jederzeit von seinem Einsatzort zurückrufen. Dies kann sogar ausdrücklich vereinbart werden, wenn der behinderte Mensch an seinem Einsatzort nicht sinnvoll beschäftigt werden kann. Solange jedoch der psychisch behinderte Mensch beim Entleiher tätig ist, ist er dessen Weisungsrecht unterworfen. In der Praxis der gewerblichen Leiharbeit wird natürlich von dem Recht des Rückrufs kein Gebrauch gemacht. Eine gemeinnützige Leiharbeitsfirma wird aber auch im Interesse ihrer behinderten Arbeitnehmer von diesem Recht eher Gebrauch machen, und zwar vor allem dann, wenn die berufliche Eingliederung am Einsatzort gefährdet ist oder wenn der Gesundheitszustand des Arbeitnehmers eine solche Entscheidung erforderlich macht.

146 Aus dem bürgerlich rechtlichen Vertrag mit dem Entleiher ergibt sich für die Leiharbeitsfirma ein gewisses Haftungsrisiko. Die Leiharbeitsfirma ist gegenüber dem Entleiher verpflichtet, ihre Arbeitnehmer sorgfältig auszuwählen und dem Entleiher nur solche Arbeitnehmer zur Verfügung zu stellen, die für den mit dem Vertrag verfolgten Zweck

tauglich und geeignet sind.[92] Die Leiharbeitsfirma hat dagegen nicht dafür einzustehen, dass ihre Arbeitnehmer die ihnen gegenüber dem Entleiher obliegenden Pflichten ordnungsgemäß erfüllen.[93] Diese Grundsätze stellen aber nur den Regelfall dar. Dient die Leiharbeit der beruflichen Eingliederung eines behinderten Menschen, dann kann und wird die vertragliche Abrede auf den Zweck der Maßnahme hin abgestimmt sein. Gewisse Schwierigkeiten dürften sich in diesem Zusammenhang aus der Frage ergeben, in welchem Umfange die Leiharbeitsfirma den Entleiher über die Krankheit des Arbeitnehmers informieren darf. Allgemein wird man sagen müssen, dass die Information nur soweit zulässig ist, als dies für die in Aussicht genommene Tätigkeit unbedingt erforderlich ist. Deswegen wird man es nicht generell als zulässig ansehen dürfen, dass Mitteilungen über die Schwerbehinderteneigenschaft gemacht werden. Zwar ist es für einen Arbeitgeber wichtig, die Schwerbehinderteneigenschaft zu kennen, so dass sie bei der Einstellung offenbart werden muss. Bei der Organisation behinderungsgerechter Arbeit durch die Leiharbeitsfirma genügt es aber i.d.R., wenn die Leiharbeitsfirma selbst die Schwerbehinderteneigenschaft kennt. Nur wenn am Einsatzort bestimmte arbeitsplatzbezogene Vorkehrungen zu treffen sind (§§ 80ff. SGB IX) ist es auch für den Entleiher notwendig, die Schwerbehinderteneigenschaft zu kennen. Entsprechend wird man mit anderen gesundheitlichen Merkmalen des behinderten Arbeitnehmers umgehen müssen.

c) Die institutionelle Förderung der Leiharbeitsfirma

147 Da die Leiharbeitsfirma Arbeitgeber ist, erhält sie alle Leistungen des Sozial- und Schwerbehindertenrechts, die für einen Arbeitgeber vorgesehen sind. Diese Leistungen sind jedoch immer zumindest mittelbar auf den Behinderten ausgerichtet. Deswegen kann man die Bezahlung von Funktionskräften nur dann auf der Basis der erwähnten Leistungen sicherstellen, wenn sie für die Betreuung des behinderten Menschen eingesetzt werden. Eine Fortentwicklung dieses Gedanken stellt die Arbeitsassistenz dar.

148 So können Arbeitsplätze nach § 15 SchwbAV nur für schwerbehinderte Menschen geschaffen werden und ist die Förderung der Arbeitsaufnahme durch Leistungen an Arbeitgeber dementsprechend nur bei behinderten Menschen nach den §§ 217ff. SGB III, 34, 102 Abs. 3 SGB IX möglich. Bei der Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen, die sich ein behinderter Mensch und eine nichtbehinderte Funktionskraft teilen, ist auch die Übernahme der Mehrkosten zulässig, die durch die Teilzeittätigkeit der Funktionskraft entstehen, wenn festgestellt werden kann, dass das Gesamtkonzept im Interesse des schwerbehinderten Menschen erfolgt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Tätigkeit aller Funktionskräfte in einer gemeinnützigen Leiharbeitsfirma im öffentlichen Interesse liegt. Insoweit kann ihre Tätigkeit nach den §§ 260ff. SGB III gefördert werden. Schließlich kann der Träger der Sozialhilfe die Gesamttätigkeit der Leiharbeitsfirma als behinderungsgerechte Beschäftigung im Sinne des § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG über die Unterstützung nach § 10 Abs. 3 Satz 2 BSHG und damit auch institutionell fördern. Damit ist die Tätigkeit aller Funktionskräfte wie auch in der Werkstatt für behinderte Menschen förderbar.

92 Blanke, T., Schüren, P.,Wank, R., Wedde, P.: Handbuch Neue Beschäftigungsformen Baden-Baden 2002 S. 361.

93 BGH NJW 1971 S. 1129; BGH NJW 1975 S. 1695.

149 Ergänzend wäre noch darauf hinzuweisen, dass die Leistungen nach 102 Abs. 3 SGB IX nicht abschließend geregelt sind. Lässt sich der Nachweis führen, dass die Tätigkeit der sonstigen Funktionskräfte infolge der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen aufwändiger ist als in anderen Firmen, so wird man eine teilweise Finanzierung der sonstigen Funktionskräfte zumindest dann über 102 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX zulassen müssen, wenn anders der Betrieb der Leiharbeitsfirma nicht möglich ist. Dies wird man für solche Funktionskräfte unterstellen können, die mit der Suche nach Beschäftigungsmöglichkeiten für Schwerbehinderte befasst sind. Das Vertrautmachen der Arbeitgeber und Mitarbeiter mit den Besonderheiten der Beschäftigung Schwerbehinderter fällt dagegen schon unter die Regelung des 102 Abs. 2 SGB IX.

150 Die Bezahlung der Funktionskräfte kann dann auf andere Weise sichergestellt werden, wenn die gemeinnützige Leiharbeitsfirma auch berufsfördernde Maßnahmen im Sinne der §§ 33 SGB IX, 109 SGB III, 16 SGB VI durchführt. In diesem Falle und in diesem Umfange ist die Tätigkeit aller Mitarbeiter der Leiharbeitsfirma Teil der Gesamtkosten der beruflichen Rehabilitation und insoweit Bestandteil der Kostenvereinbarung mit dem Rehabilitationsträger nach § 21 SGB IX.

d) Die individuelle Förderung des behinderten Menschen

151 Sofern der behinderte Mensch im Rahmen der Leiharbeitsfirma an berufsfördernden Maßnahmen teilnimmt, stehen ihm alle sozialrechtlichen Ansprüche zu, die das Rehabilitationsrecht bereithält (vgl. §§ 33 SGB IX, 97ff. SGB III, 16 SGB VI). Übergangsgeld wird ihm jedoch nur unter eingeschränkten Voraussetzungen gezahlt (vgl. vorn RdNr 16–18). Besteht kein Anspruch auf Übergangsgeld, so wird unter den Voraussetzungen der §§ 60 ff. SGB III ein Ausbildungsgeld gezahlt, wenn der behinderte Mensch, der noch nicht berufliche eingegliedert ist, an einer Ausbildung oder an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme unterhalb des Niveaus einer Ausbildung teilnimmt. Für diese Leistung kommt es entscheidend darauf an, dass es sich um eine Bildungsmaßnahme handelt. Die beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen müssen also gezielt verbessert werden. Das dürfte schon dann anzunehmen sein, wenn der behinderte Mensch auf die Tätigkeit in einer Selbsthilfefirma, einem Integrationsprojekt oder auf einem anderen behinderungsgerechten Arbeitsplatz vorbereitet wird.

152 Da das Ausbildungsgeld der Höhe nach i. d. R. unzureichend ist, besteht ergänzend ein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Daran könnten im Hinblick auf § 26 BSHG Zweifel bestehen. Diese Regelung schließt den Anspruch auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt grundsätzlich aus, wenn der Hilfesuchende an einer Ausbildung im Sinne des Arbeitsförderungsrechts teilnimmt. Das OVG Lüneburg ist jedoch zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation keine Ausbildung i .S. d. § 26 BSHG ist.[94] Infolgedessen hat der berufliche Rehabilitand einen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 11 ff. BSHG. Es muss aber klargestellt sein, dass die Maßnahme im Rahmen der §§ 97ff. SGB III durchgeführt wird (§§ 98 Abs. 1 Ziff. 1, 100 Ziff. 5, 61 SGB III).

94 OVG Lüneburg FEVS 37 S. 34

153 Geht ein psychisch behinderter Mensch, etwa nach Abschluss einer berufsvorbereitenden Maßnahme, lediglich einer Beschäftigung unter behinderungsgerechten Bedingungen nach, so erhält er weder Ausbildungs noch Übergangsgeld. Insbesondere wenn er nur eine Teilzeitbeschäftigung ausübt, wird sein Entgelt kaum zur Bestreitung seiner laufenden Kosten zum Lebensunterhalt ausreichen. In diesem Falle erhält er ebenfalls ergänzende Leistungen nach den §§ 11 ff. BSHG. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass ein Teil seines Einkommens nach den Grundsätzen des § 76 Abs. 2a BSHG von der Anrechnung frei bleibt (vgl. vorn RdNr. 102, 103). Er kann andererseits aber – bei sehr geringen Einkünften – auch voll erwerbsgemindert sein. In diesem Falle erhält er den Mehrbedarf nach § 23 Abs. 1 Ziff. 2 BSHG jedoch nur, wenn die zusätzlichen Voraussetzungen der Vorschrift erfüllt sind (Merkzeichen G). Dies wird bei psychisch behinderten Menschen im Allgemeinen nicht gegeben sein.

e) Die sozialrechtliche Stellung des Leiharbeitnehmers

154 In der Krankenversicherung kann der besondere Versicherungsschutz behinderter Menschen nach § 5 Abs. 1 Ziff. 6–8 SGB V eingreifen. Im Hinblick auf die Leiharbeitsfirma kommt ein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Ziff. 6 SGB V in Betracht, wenn der behinderte Mensch an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation teilnimmt. In diesem Falle sind die Beiträge durch den zuständigen Rehabilitationsträger aufzubringen (§ 251 Abs. 1 SGB V). In selteneren Fällen kann auch ein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Ziff. 8 SGB V gegeben sein, wenn ein behinderter Mensch in einer der dort bezeichneten Einrichtungen tätig wird und dort eine Leistung von einem Fünftel derjenigen eines voll Erwerbsfähigen erbringt. Für die Anwendung dieser Vorschrift kommt es nur darauf an, dass der behinderte Mensch in der Einrichtung tätig wird. Er kann also auch an sie ausgeliehen werden. Die Aufbringung der Beiträge erfolgt in diesem Falle nach § 251 Abs. 2 Ziff. 2 SGB V. Als Träger der Einrichtung wird man in diesem Falle die Leiharbeitsfirma ansehen müssen. Das lässt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Wortlaut der Vorschrift erschließen, er gibt sich aber sinngemäß im Vergleich zu der Beschäftigung auf einem Außenarbeitsplatz einer WfbM. Auch dort wird der Versicherungsschutz nur über die Rechtsbeziehung des behinderten Menschen zum Träger der WfbM vermittelt.

155 Sofern die besonderen Vorschriften über die Krankenversicherung behinderter Menschen nicht eingreifen, gelten die allgemeinen Regelungen der Krankenversicherung der Arbeitnehmer (§ 5 Abs. 1 Ziff. 1 SGB V). Insoweit kann es sich vor allem bei einer Teilzeittätigkeit ergeben, dass eine Versicherungsfreiheit wegen geringfügiger Beschäftigung besteht (§§ 8 SGB IV, 7 SGB V). Hier besteht ein Bedarf zur Ausfüllung einer Regelungslücke. Wird ein behinderter Mensch in geringem Umfang in einer Einrichtung für behinderte Menschen tätig, so besteht ein Krankenversicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Ziff. 7 oder 8 SGB V. Dasselbe ergibt sich nicht, wenn eine entsprechende Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt wird. Sozialpolitisch spricht viel dafür, eine Versicherungsfreiheit nicht eintreten zu lassen, wenn eine Tätigkeit behinderungsbedingt geringfügig ist. Die genannten Vorschriften müssten also erweitert werden.

156 Die in Aussicht zu nehmende Regelung könnte sich nicht auf die Leiharbeit beschränken. Sie müsste für jede behinderungsbedingt geringfügige Beschäftigung gelten. Sofern

eine solche Tätigkeit jedoch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt wird, ergeben sich schwierige Abgrenzungsfragen, zumal Teilzeitbeschäftigungen generell zunehmen, jedenfalls nicht allein oder überwiegend von behinderten Menschen ausgeübt werden. Ohne eine gewisse Förmlichkeit der Feststellung, wie sie ähnlich auch bei der freiwilligen Versicherung schwerbehinderter Menschen nach § 9 Abs. 1 Ziff. 4 SGB V notwendig ist, würde man hier nicht auskommen. Man wird nach eine Regelung suchen müssen, bei der ein Versicherungsschutz nicht schon bei Aufnahme der geringfügigen Beschäftigung eintritt, sondern erst nach einer Entscheidung des Trägers der Krankenversicherung auf Antrag des behinderten Menschen. Dies hätte dann die Rechtsform der »Pflichtversicherung auf Antrag«, die im anderen Zusammenhang in der Rentenversicherung bekannt ist (§ 4 SGB VI). Insoweit müssten die Regelungen über die Versicherungspflicht mit Blick auf die behinderungsgerecht Arbeit außerhalb von Einrichtungen angepasst werden (unten RdNr. 264).

157 Eine andere Lösung könnte sich ergeben, wenn man den Versicherungsschutz bei der Tätigkeit in Einrichtungen i. S. d. § 5 Abs. 1 Ziff. 8 SGB V erweitern würde. Man müsste darunter dann auch die Tätigkeit verstehen, die von einer Leiharbeitsfirma organisiert wird. Die jetzige Regelung trägt diesen Fall nicht, denn man kann zwar die Leiharbeitsfirma als Einrichtung für behinderte Menschen ansehen, jedoch erfolgt ja die Tätigkeit nicht in ihr, sondern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

158 Die Regelung des § 44 Abs. 2 SGB IX, nach der ein Rehabilitationsträger die Kosten für einen angemessenen Krankenversicherungsschutz übernehmen kann, wenn eine berufsfördernde Maßnahme durchgeführt wird, hat neben der Regelung des § 5 Abs. 1 Ziff. 6 SGB V kaum praktische Bedeutung, da nach letzterer Vorschrift jede Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme zur versicherungspflichtigen Beschäftigung erklärt wird. Lücken bestehen also nur bei einer geringfügigen behinderungsgerechten Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

159 Der Unfallversicherungsschutz ist unabhängig vom Umfang der Tätigkeit in jedem Falle nach § 2 Abs. 1 Ziff. 1 SGB VII gewährleistet. Bei der Durchführung einer Arbeitstherapie, die ja keine Beschäftigung im Rechtssinne darstellt, greift der Schutz nach § 2 Abs. 1 Ziff. 15 a) SGB VII ein. Der Schutz in der Rentenversicherung entspricht weitgehend dem der Krankenversicherung (§§ 1 Ziff. 1–3, 3 Ziff. 3, 5 Abs. 2 SGB VI). Versicherungspflichtig in der Arbeitsförderung (§ 25 SGB III) ist der behinderte Mensch grundsätzlich nur, wenn er eine nicht nur geringfügige Beschäftigung ausübt (§ 27 Abs. 2 SGB III). Bei der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen vor allem in Berufsbildungswerken sind behinderte junge Menschen unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 1 Ziff. 1 SGB III versicherungspflichtig. Im übrigen kann der Bezug von Kranken oder Übergangsgeld nach § 26 Abs. 2 Ziff. 1 SSGB III eine Versicherungspflicht begründen (unten RdNr. 264).

8 Persönliches Budget

160 Durch § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX ist in das Recht der Rehabilitation und Teilhabe ein persönliches Budget eingeführt worden. Anders als dies in den Gesetzesmaterialien dargelegt wird,[95] handelt es sich dabei aber nicht um einen Bestandteil des Wunsch- und Wahlrechts des behinderten Menschen, sondern nur um eine Gestaltungsmöglichkeit der Rehabilitationsträger. Der einzige im Gesetz geregelte konkrete Fall eines persönlichen Budgets findet sich bisher nur in § 102 Abs. 4 SGB IX. Danach werden die Kosten der Arbeitsassistenz übernommen. Die Leistung besteht also nicht in der Arbeitsassistenz selbst, sondern in der Zahlung eines Geldbetrages.

161 Ob mit § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX das persönliche Budget in allen Bereichen der Rehabilitation eingeführt ist, erscheint zweifelhaft.[96] Gemäß § 7 Satz 1 SGB IX gelten die Vorschriften des Neunten Buches für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungen nichts Abweichendes ergibt. Das Rehabilitationsrecht ist bisher durch das Sachleistungsprinzip gekennzeichnet. Geldleistungen sind also nur in den ausdrücklich genannten Fällen zulässig. In den leistungsrechtlichen Bestimmungen, die für die einzelnen Rehabilitationsträger gelten, wird in unterschiedlichem Umfange auf das SGB IX verwiesen. Hier interessierend, für die Teilhabe am Arbeitsleben, verweist in der Arbeitsförderung § 109 SGB III im Wesentlichen nur auf § 33 SGB IX. In der Rentenversicherung erklärt § 16 SGB VI die §§ 33–38, 40 SGB IX für anwendbar. M. E. ist es in diesen Rehabilitationsbereichen nicht möglich, ein persönliches Budget zur Verfügung zu stellen, denn es wird in den genannten Vorschriften nicht auf § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX verwiesen.

162 Die gegenteilige Auffassung müsste zu dem Ergebnis gelangen, dass § 7 Satz 1 SGB IX in den jeweiligen Leistungsgesetzen ausdrücklich etwas von § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX »Abweichendes« geregelt sein müsste, was in der Tat nicht der Fall ist. Ein bloßes Schweigen des Gesetzes würde danach keine von § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX abweichende Regelung darstellen. Dies entspricht aber nicht der Auslegung, die der Gesetzesbegriff der »abweichenden Regelung« bisher erfahren hat. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu der umfassenderen sozialrechtlichen Grundlagenvorschrift des § 37 SGB I muss allerdings eine abweichende Regelung nicht unbedingt explizit oder auch nur sinngemäß in einer Norm erfolgen. Sie kann sich auch aus den Strukturprinzipien eines Rechtsgebietes ergeben.[97] Solche Strukturprinzipien sind aus den allgemeinen Grundgedanken und aus dem Normgefüge eines Besonderen Teils zu entwickeln. Keiner der Besonderen Teile des Sozialgesetzbuches kannte bisher ein persönliches Budget. Infolgedessen kann es auch kein Strukturprinzip geben, das ein persönliches Budget zulassen würde. Damit kann nicht darauf verzichtet werden, dass in dem jeweiligen Leistungsgesetz auf § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX ausdrücklich verwiesen wird. Dagegen konnte der Träger der Sozialhilfe schon immer nach eigenem Recht gemäß § 4 Abs. 2 BSHG nach Ermessensgesichtspunkten entscheiden, ob er eine Geld-, Sach- oder Dienstleistung erbringt.

95 BT-Drs. 14/5074 S. 103.

96 Vgl. Mrozynski, P.: SGB IX Teil1, Kommentar § 17 RdNr. 19 ff.

97 BSG SGb 1994 S. 384 Anm. Neumann; BVerwG 69 S. 9; Mrozynski, SGB I § 37 RdNr. 8–13.

163 Wenn man dagegen in restriktiver Auslegung des in § 7 Satz 1 SGB IX begründeten Vorbehalts davon ausgeht, dass es ein persönliches Budget in allen Bereichen der Teilhabe am Arbeitsleben gibt, so kann dem behinderten Menschen anstelle einer Sachleistung zweckgebunden ein Geldbetrag zur Verfügung gestellt werden. Dabei ist zu betonen, dass nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX der Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistung verantwortlich bleibt. Das gilt, soweit eine besondere Regelung nicht getroffen ist, aber nur für die berufliche Rehabilitation i. S. d. §§ 33ff. SGB IX. Das gilt darüber hinaus, wie bereits erwähnt, auch für die Arbeitsassistenz (§ 102 Abs. 4 SGB IX) und für die Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben (§ 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG). Für andere Formen der behinderungsgerechten Arbeit ist, selbst auf der Basis der hier abgelehnten Auffassung, ein persönliches Budget nicht vorgesehen. Das gilt vor allem auch deswegen, weil sie praktisch ausnahmslos in Form einer institutionellen Förderung erfolgt, bzw. die Leistungen einem Arbeitgeber zur Schaffung eines konkreten behinderungsgerechten Arbeitsplatzes zufließen. Die Mittel werden also nicht dem behinderten Menschen zur Verfügung gestellt. Wenn man allerdings durch Gesetzesänderung die Leistungen an Arbeitgeber auch als Leistungen an den behinderten Menschen selbst ausgestaltet, dann könnte dies auch in der Form eines persönlichen Budgets erfolgen (unten RdNr. 228, 239). Als persönliches Budget des Arbeitgebers wäre die Konstruktion sinnlos.

164 Entgegen einer verbreiteten Auffassung in der Praxis ist es nicht möglich, aus den persönlichen Budgets, die von mehreren Rehabilitationsträgern gewährt werden, eine Art Finanzierungspool zu entwickeln. Gemäß § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX bleibt der Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistung verantwortlich. Auf Grund der Regelung des § 30 Abs. 1 SGB IV ist er gehalten, Mittel nur für die Erfüllung eigener Aufgaben einzusetzen. Davon kann er sich auch nicht durch Verwaltungsvereinbarungen nach § 30 Abs. 2 SGB IV befreien. Das verpflichtet ihn, etwa eine Krankenkasse, sicherzustellen, dass die Mittel, die in ein persönliches Budget fließen, nur für die medizinische Versorgung und nicht etwa für die Teilhabe am Arbeitsleben Verwendung finden. Eine entsprechende Fortentwicklung des persönlichen Budgets im Sinne einer anteiligen Finanzierung einer komplexen Maßnahme würde eine Fortentwicklung des Rechtsgedanken des § 30 SGB IX über seinen konkreten Regelungsbereich hinaus voraussetzen. Das könnte im Zusammenhang mit der Neufassung der §§ 10–13 SGB IX geschehen (unten RdNr. 210). Das persönliche Budget als solches ist jedenfalls noch nicht die Rechtsgrundlage für eine Mischfinanzierung.

165 Praktisch besonders wichtig beim persönlichen Budget ist, dass nur der behinderte Mensch selbst in eine Rechtsbeziehung zum Leistungserbringer tritt. Eine solche besteht nicht zwischen dem Leistungserbringer und dem Rehabilitationsträger. Damit gelten auch nicht die Grundsätze des § 21 SGB IX und in der Sozialhilfe insbesondere nicht die §§ 93 ff. BSHG. Die praktischen Schwierigkeiten bestehen nun darin, dass der behinderte Mensch selbst beurteilen muss, ob das Angebot, das ihm gemacht wird, zu seiner beruflichen Eingliederung geeignet ist. Hierbei dürfte er auf eine qualifizierte Beratung angewiesen sein, die bisher noch nicht zur Verfügung steht und deren Kosten auch noch nicht genau feststehen.[98] Vor diesem Hintergrund wäre es an sich sinnvoll, dass sich der Leistungsträger die

98 Vgl. hierzu, Hajen, L.: Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik NDV 2001 S. 66, 113.

Budgetverwaltung vorbehält oder dass er einen Budgetverwalter einsetzt. Dies könnte man an sich aus § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX ableiten. Danach bleibt der Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistung verantwortlich. Andererseits ist es der Zweck des persönlichen Budgets, dass sich der behinderte Mensch eigenverantwortlich die Leistung auf dem Markt beschafft und dafür die Mittel aus dem Sozialbudget einsetzt. Die darin erkennbare Wirkung zweier widerstreitender Grundsätze des persönlichen Budgets wird man nur in der Weise auflösen können, dass der Leistungsträger seine Verantwortung in der Weise wahrnehmen muss, dass sichergestellt ist, dass das Budget vollständig und nur für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, die der Leistungsträger zu erfüllen hat, verwandt wird. Der Leistungsträger kann also die Ausgaben umfassend kontrollieren. Er könnte auch die schwierige Beratungsaufgabe hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen auf dem Markt übernehmen. Es würde aber dem Gedanken der vom Gesetzgeber gewollten Eigenverantwortlichkeit des behinderten Menschen widersprechen, wenn der Rehabilitationsträger sich selbst die Budgetverwaltung vorbehielte. Er würde in diesem Falle nur von der Sach- auf eine Geldleistung übergehen. Damit könnte er sich auch seiner Strukturverantwortung nach den §§ 17 SGB I, 19 Abs. 1 SGB IX entziehen. Dem behinderten Menschen brächte dies aber keinen Zuwachs an Autonomie. Nicht ausgeschlossen ist es, dass das durch gesetzliche Regelung das persönliche Budget insoweit modifiziert wird, dass einem Case-Manager eine Beratungsfunktion bei der Inanspruchnahme von Leistungen zugewiesen wird (unten RdNr. 218) Ist im Falle eines behinderten Menschen das persönliche Budget überhaupt keine geeignete Form der Ausführung der Leistung, so muss der Rehabilitationsträger im Rahmen seiner Ermessensentscheidung von dieser Form absehen.

9 Anstelle einer Zusammenfassung: Stand der bedarfsorientierten beruflichen Förderung

166 In der psychiatrischen Versorgung könnte ein Konzept der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zunächst ohne Rücksicht auf die sozialrechtliche Zuordnung der einzelnen Schritte entwickelt werden. Es wäre ausschließlich in Orientierung am individuellen Bedarf vorzugehen. Deswegen liegt auch die Auswahl der einzelnen Schritte nicht fest, sondern wird nur als Möglichkeit vorgegeben. Das gesetzliche Instrumentarium ist also als bedarfsorientiert anzusehen und flexibel zu nutzen. Damit verbunden ist natürlich auch eine Ablösung des Geschehens von institutionellen Vorgaben. Nicht ausgeschlossen ist, dass einzelne Schritte im beruflichen Eingliederungsprozess entsprechend dem individuellen Bedarf auch in den Einrichtungen erfolgen, die bisher schon von den Trägern allgemein für die Teilhabe am Arbeitsleben vorgehalten werden.

a) Übergang von der medizinischen Versorgung zur Teilhabe am Arbeitsleben

167 Häufig beginnt der Prozess der beruflichen Eingliederung bereits in der Phase der akuten Erkrankung oder gar der Arbeitsunfähigkeit. In dieser Phase kommen Leistungen der Belastungserprobung oder der Arbeitstherapie in Betracht. Diese Leistungen werden auf der allgemeinen Grundlage des § 26 Abs. 2 Ziff. 7 SGB IX entsprechend der sachli-

chen Zuständigkeit vom Träger der Kranken- (§ 42 SGB V) oder der Rentenversicherung (§ 15 Abs. 1 SGB VI) erbracht. In der psychiatrischen Versorgung hat sich die Arbeitstherapie in einer Weise entwickelt, dass sie heute kaum noch von anderen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung unterschieden werden kann (vorn RdNr. 36).

168 Die Arbeitstherapie kann, wie heute jede andere Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, auch ambulant, sogar im häuslichen Bereich erbracht werden. Sie kann in einem besonderen Konzept auch mit der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und mit der Erbringung von Heilmitteln (§ 32 SGB V) verknüpft werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Heilmittel in den neuen Richtlinien insgesamt für die psychiatrische Versorgung eine Verbesserung gebracht haben. Für den hier interessierenden Bereich ist hervorzuheben, dass das Heilmittel der Ergotherapie nach den Formulierungen der Richtlinien auch Beratungen zur Arbeitsplatzanpassung umfassen kann. [99] Soweit in der Arbeitstherapie Geldbeträge an den Patienten gezahlt werden, haben sie die rein therapeutische Funktion eines Leistungsanreizes. Sie sind damit kein Entgelt für geleistete Arbeit. Auf den sozialhilferechtlichen Bedarf im Sinne der §§ 11 ff. BSHG werden sie dennoch angerechnet (vorn RdNr. 28, 102, 103).

169 Im Anschluss an eine Arbeitstherapie oder bei anderem Bedarf anstelle der Arbeitstherapie kann der Prozess der beruflichen Eingliederung auch mit einer berufsvorbereitenden Maßnahme beginnen. Allgemeine Rechtsgrundlage ist § 33 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX. Hier wird sie als »Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung« bezeichnet. In § 61 SGB III verwendet der Gesetzgeber den einerseits genaueren, aber dann doch wieder missverständlichen Begriff der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme. Genauer ist der Begriff, weil jede Berufsvorbereitung, sofern sie der Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne einer beruflichen Rehabilitation zuzurechnen ist, gezielt auf die Verbesserung der individuellen beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen ausgerichtet sein muss. Insoweit ist sie im weitesten Sinne eine Bildungsmaßnahme. Missverständlich ist der Begriff aber, weil er die Interpretation zulässt, die Maßnahme müsste den Charakter eines Lehrganges haben. Richtig ist, dass auch Einzelmaßnahmen, selbst im Wechsel mit einer medizinischen Versorgung oder im Wechsel mit Arbeit, den Charakter einer Berufsvorbereitung haben. Gemäß § 61 SGB III zielt die Maßnahme darauf, dass der behinderte Mensch auf die Aufnahme einer Ausbildung vorbereitet wird. Es genügt aber auch allgemein nur eine Vorbereitung auf die Tätigkeit als Arbeitnehmer (§ 61 Abs. 1 Ziff. 1 SGB III). Besteht während der Maßnahme kein Anspruch auf Übergangsgeld, so wird unter den Voraussetzungen des § 66 SGB III ein Ausbildungsgeld gezahlt. Bei den berufsvorbereitenden Maßnahmen orientiert sich das Gesetz an dem Bedarf für Schüler nach § 12 Abs. 1 Ziff. 1 BAföG. Daraus wird ersichtlich, dass der Gesetzgeber bei diesen Maßnahmen vor allem an junge Menschen (Schulabgänger) gedacht hat. Insbesondere in der Rehabilitation ist sie darauf aber nicht beschränkt.

170 Ergänzt werden können die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch durch die verfahrensrechtlichen Institute der Eignungsabklärung (Berufsfindung) und Arbeitserprobung (§ 33 Abs. 4 SGB IX). Diese Maßnahmen stehen einerseits am Anfang der be-

99 BAnz 2001 Nr. 118a.

ruflichen Eingliederung. Andererseits ist es nicht zwingend erforderlich, dass sie schon vor den Maßnahmen der Berufsvorbereitung durchgeführt werden. Entscheidend ist vielmehr, dass sich zu einem bestimmten Zeitpunkt die Frage stellt, welchen beruflichen Weg der behinderte Mensch nehmen kann und dass dies durch die genannten Maßnahmen festgestellt bzw. praktisch erprobt wird. Auf Grund der ausdrücklichen Regelung des § 45 Abs. 3 SGB IX wird während der Maßnahme ein Übergangsgeld gezahlt. Die Vorschrift ist aber keine eigenständige Rechtsgrundlage (§ 7 Satz 1 SGB IX). Besteht nach den speziellen Vorschriften (§§ 160ff. SGB III; 20ff. SGB VI) ein solcher Anspruch also nicht, dann kann der Lebensunterhalt des behinderten Menschen also nur durch Leistungen nach den §§ 11 ff. BSHG gesichert werden.

171 Betrachtet man Arbeitstherapie, Berufsvorbereitung und Arbeitserprobung im Zusammenhang, so können sie über einen Zeitraum etwa einem Jahr durchgeführt werden. Die Situation ändert sich etwas, wenn der individuelle Bedarf des behinderten Menschen dergestalt ist, dass nicht alle drei Maßnahmen durchgeführt werden müssen. In jedem Falle aber werden diese Maßnahmen nicht auf die Dauer der beruflichen Rehabilitation im Sinne des § 33 SGB IX angerechnet. Diese wird in § 37 SGB IX nicht generell auf eine bestimmte Zeit festgelegt, beträgt im Allgemeinen aber zwei bis drei Jahre. Das gilt jedoch noch für die klassischen Formen der Lehrgänge zur Aus- und Weiterbildung. Ihnen vorgelagert sind in jedem Falle die erwähnten Maßnahmen. Anschließen können sich vielfältige Maßnahmen der Förderung der Arbeitsaufnahme.

172 Als Ort der Durchführung der genannten Maßnahmen kann sich die Beschäftigungstagesstätte anbieten. Das gilt auch für die Arbeitstherapie. Erforderlich ist in diesem Falle aber, dass die Voraussetzungen der §§ 124 ff. SGB V erfüllt sind. Das bedeutet in personeller Hinsicht, dass Ergotherapeuten tätig werden. Außerdem ist eine Ausstattung der Beschäftigungstagesstätte erforderlich, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet (§ 124 Abs. 2 Ziff. 3 SGB V). Das insoweit missverständliche Merkmal der Praxisausstattung[100] wird man in dem Sinne auslegen müssen, dass die Tagesstätte als Therapieort diese Voraussetzungen erfüllen muss. Nicht möglich ist es, die Arbeitstherapie in Verbindung mit einer häuslichen Krankenpflege in der Tagesstätte durchzuführen. Leistungen nach § 37 SGB V erhalten Versicherte grundsätzlich nur in ihrem Haushalt. Eine Verbindung der Arbeitstherapie mit Heilmitteln ist dagegen möglich. Damit sind auch gewisse Ansätze für eine Komplexleistung gegeben. Sie stoßen aber schnell an Grenzen. Zulässig ist die Verknüpfung mehrere Leistungen, die in der sachlichen Zuständigkeit der Krankenversicherung erbracht werden (§§ 32, 42 SGB V). Im Übrigen aber muss es bei dem aus § 30 Abs. 1 SGB IV abzuleitenden Rechtsgrundsatz bleiben, dass Leistungen, die in anderer sachlicher Zuständigkeit erbracht werden (Berufsvorbereitung, Eingliederungshilfe), als selbständige Leistungen erkennbar sind (vorn RdNr. 164).

b) Ausrichtung auf den konkreten Arbeitsplatz

173 Wie bereits dargelegt (RdNr. 41ff.), sind die Leistungen zu Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes mehr als andere geeignet, die Nachteile zu kompensieren, die sich

100 Rosenthal, F.: Die Leistungserbringung von Heilmitteln, Sankt Augustin 2001 S. 111.

daraus ergeben, dass ein behinderter Mensch nicht an berufsfördernden Maßnahmen als Aus- oder Weiterbildung teilnehmen kann, die zu einer Qualifikation auf einem relativ hohen Niveau führen. Da sie aber auch als sachlich begrenzte Arbeitsplatzanpassung berufsfördernde Maßnahmen sind, können sie mit der gleichen, wenn auch wesentlich reduzierteren Zielsetzung wie eine Aus- oder Weiterbildung durchgeführt werden. Insoweit, als diese Maßnahmen über die Erlangung eines Arbeitsplatzes hinaus auch dessen Erhalt dienen sollen, lassen sie sich in besonderem Maße als berufsfördernde Maßnahmen in die Arbeit integrieren. Man könnte natürlich auch Aus- und Weiterbildung so auf den Bedarf des einzelnen behinderten Menschen ausrichten, dass etwa die Lehrgangsform der Aus- und Weiterbildung nur eine ihrer organisatorischen Ausprägungen wäre. Insoweit bedürfte man der Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes weniger. Letztere Leistungen sind jedoch stärker in den Arbeitsprozess integrierbar und können leichter auf den Arbeitsplatz hin ausgerichtet werden, den der behinderte Mensch innehat. Anders als zumeist Aus- und Weiterbildung sind sie der Arbeit auch zeitlich nicht vorgelagert, sondern lassen sich mit ihr verbinden. Deswegen dürfte es sinnvoll sein, die Eigenständigkeit dieser Maßnahmen gegenüber der Aus- und Weiterbildung stärker zu betonen. Andererseits ließen sich auch Aus- und Weiterbildung stärker flexibilisieren und insbesondere von der Lehrgangsform ablösen. Die Praxis denkt hier vor allem an Teilqualifikationen, die bisher im Rehabilitationsrecht, anders als in der DDR, unbekannt waren.[101] Sie blieben aber immer Bildungsmaßnahmen, die sich am bestimmten Ausbildungszielen und nicht am konkreten Arbeitsplatz orientieren. Leistungen zur Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes müssten allein auf die Verbesserung der individuellen beruflichen Fähigkeiten bezogen auf eine konkreten ausgeübte Tätigkeit ausgerichtet werden. Es wäre nicht zwingend erforderlich, sie als Bildungsmaßnahmen im Sinne von Aus- und Weiterbildung auszugestalten. Abgesehen von § 37 SGB IX gibt es keine zeitliche Begrenzung für die Maßnahme. Da die Leistungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes rechtlich den der beruflichen Rehabilitation zuzurechnen sind, besteht nach neuer Rechtslage während ihrer Durchführung ein Anspruch auf Übergangsgeld (vgl. vorn RdNr. 40).

c) Förderung der Arbeitsaufnahme

174 Im Anschluss an Aus- und Weiterbildung im zeitlichen Umfange von zwei bis drei Jahren (§ 37 SGB IX) oder an Maßnahmen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes von etwa dem gleichen zeitlichen Umfang wäre in die Phase der Förderung der Arbeitsaufnahme überzuwechseln. Auch hier gilt, dass diese Leistungen nicht zwingend an eine der genannten Maßnahmen anknüpfen. Eine Förderung der Arbeitsaufnahme könnte auch unmittelbar an eine medizinische Maßnahme anschließen. In diesem Falle würde man aber auf den an sich wünschenswerten Versuch einer Qualifizierung des behinderten Menschen verzichten. Dazu besteht jedenfalls dann kein Grund, wenn die Maßnahme flexibel und bedarfsorientiert ausgestaltet ist. Es kommt hinzu, dass unter Nutzung der Maßnahmen, die vom medizinischen Sektor ausgehen, bereits ein Zeitraum von einem bis zu etwa vier Jahren für die berufliche Integration zur Verfügung steht.

101 Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften, Band 7 1997 S. 140.

175 Der Prozess der Eingliederung kann durch Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber (§ 34 Abs. 1 Ziff. 2 SGB IX) und durch eine befristete Probebeschäftigung (34 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX) fortgesetzt werden. Ihrer Zielsetzung nach dient die Probebeschäftigung der Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten. Dazu bedient man sich der beruflichen Tätigkeit und der beruflichen Erfahrung, die der behinderte Mensch in dieser Beschäftigung macht. Eine genaue Frist kennt das Gesetz für die Probebeschäftigung nicht. In der Praxis wird man von einem Zeitraum von etwa sechs Monaten ausgehen können. Übernommen werden für diese Zeit die gesamten Kosten der Probebeschäftigung auf der Basis des tariflichen Entgelts, das der behinderte Mensch in dieser Beschäftigung erhält (vorn RdNr. 51).
176 An die Probebeschäftigung anschließend oder auch an ihrer Stelle können gewährt werden die Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber. Sie werden nach den Grundsätzen des § 34 Abs. 3 SGB IX gewährt (vorn RdNr. 53). Soweit der Träger der Arbeitsförderung leistet, findet § 34 SGB IX keine Anwendung (§ 109 SGB III). Es gelten stattdessen die weitgehend inhaltsgleichen Vorschriften der §§ 217 ff. SGB III. Für besonderes betroffene schwerbehinderte Menschen sieht § 222a SGB III noch eine Ausweitung der Eingliederungszuschüsse vor.
177 Unter Berücksichtigung aller Leistungen, die zur beruflichen Eingliederung erbracht werden, kann die gesamte Förderungsdauer im Bereich von etwa sechs bis sieben Jahren liegen. Daraus wird auch ersichtlich, dass es wohl nicht die kurze Zeit ist, die bei psychisch behinderten Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben erschwert. Die Mangel dürfte überwiegend in der organisatorischen Ausgestaltung der Maßnahmen liegen, die sich nicht an dem Grundsatz des § 10 Abs. 3 SGB IX orientieren. Da die Umgestaltung vorhandener Einrichtungen immer sehr schwierig ist, sollte die institutionelle Förderung darauf ausgerichtet werden, dass alternative Angebote aufgebaut werden können. Dies ist nicht ohne Gesetzesänderungen und angesichts der vorhandenen Einrichtungen nur in einem längeren Umsteuerungsprozess möglich (unten RdNr. 241).

d) Behinderungsgerechte Arbeit

178 Für die Organisation behinderungsgerechter Arbeit bieten sich heute die Integrationsprojekte und die gemeinnützige Leiharbeit an. Sinnvollerweise wird man beide in einer Organisationsform zusammenfassen müssen. Neben dem Vorteil der Integrationsprojekte, dass sie Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anbieten, fällt der Nachteil ins Gewicht, dass sie mit relativ hohen Investitionskosten geschaffen werden müssen. Vor allem für die psychiatrische Versorgung ergibt sich ein zusätzlicher Nachteil. Jedes Integrationsprojekt stellt – wie jeder andere Betrieb auch – einen relativ unflexiblen Bestand an sächlichen Mitteln zu Erreichung eines bestimmten Zweckes dar. Das bedeutet, dass die bestehenden Strukturen im Sinne einer Bedarfsanpassung nur unter größerem zeitlichen Aufwand verändert werden können.
179 Der Träger gemeinnütziger Leiharbeit ist dagegen in der Lage, unter dem Arbeitsplatzangebot innerhalb einer Region je nach dem individuellen Bedarf der psychisch kranken Mitarbeiter eine Auswahl zu treffen. Das ist angesichts der begrenzten Zahl verfügbarer Arbeitsplätze eine in tatsächlicher Hinsicht kaum zu bewältigende Aufgabe. Es bleibt jedoch ein wesentlicher struktureller Unterschied zu den Integrationsprojekten. Letztere bietet

Waren und Dienstleistungen an und versucht damit auf dem zumeist regionalen Markt konkurrenzfähig zu bleiben. Der Träger gemeinnütziger Leiharbeit bedient sich gewissermaßen des regionalen Marktes. Er versucht nicht, mit eigenen Produkten zu den vorhandenen Betrieben in Konkurrenz zu treten. Vielmehr geht es ihm darum, sich durch Ausleihe von Arbeitskräften an dem örtlichen Produktionsgeschehen zu beteiligen. Er schafft keine zusätzlichen Güter und auch keine zusätzlichen Arbeitsplätze, was in der derzeitigen gesamtwirtschaftlichen Situation auch kaum erfolgreich sein könnte. Demgegenüber versucht er, mit seinem eigenen Klientel in den örtlichen Arbeitsmarkt einzudringen. Dazu muss er den Bedarf an Arbeitskräften genau kennen. Er muss sein Klientel auf diesen Bedarf hin vorbereiten. Dazu ist es auch erforderlich, dass er Qualifizierungsmaßnahmen durchführt, die »passgenau« auf den örtlichen Arbeitsmarkt vorbereiten. Das verbindet sich mit dem hier entwickelten Verständnis der Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt eines Arbeitsplatzes (vorn RdNr. 41). In ähnlicher Weise hat sich bei der Eingliederung geistig behinderter Menschen ein Konzept entwickelt, das etwas plakativ als »Erst platzieren, dann qualifizieren« bezeichnet wird.[102] Der Träger gemeinnütziger Leiharbeit muss also hoch flexibel auf den Bedarf hin reagieren. Er kann dies aber auch, da er nicht über eigene Produktionsmittel verfügt, die eine Umstellung nur erschweren würden. Je vielfältiger sich der örtliche Markt darstellt, umso eher kann mit der gemeinnützigen Leiharbeit auch den Bedürfnissen der psychisch kranken Arbeitnehmer der Leiharbeitsfirma entsprochen werden.

180 Gewiss ist die Wirtschaftslage derzeit so, dass sich diese Ziele nur schwer erreichen lassen. Das gilt aber für alle anderen Angebote von behinderungsgerechter Arbeit auch. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil besteht aber darin, dass die Vorhaltekosten der gemeinnützigen Leiharbeit relativ gering sind. Die Leiharbeitsfirma ist nichts anders als eine Organisationsform, die auf sich alle Risiken der Beschäftigung und Qualifizierung behinderter Menschen konzentriert und all die Mittel in Anspruch nimmt und einsetzt, die im Sozialbudget für die berufliche Rehabilitation und die behinderungsgerechte Arbeit zur Verfügung stehen. Für den Entleiher ist die Beschäftigung eines behinderten Menschen praktisch risikolos. Er zahlt an die Leiharbeitsfirma das Entgelt, das den Gegenwert für die konkret geleistete Arbeit darstellt. Selbst der Kündigungsschutz schwerbehinderter Menschen besteht nur im Verhältnis zur Leiharbeitsfirma.

10 Koordinierung

181 Vor dem Hintergrund der §§ 10–12 SGB IX ist festzustellen, dass eine spürbare Verbesserung einer Koordinierung der Teilhabe am Arbeitsleben kaum möglich ist. Gegenüber dem alten Rechtszustand hat das Neunte Buch sogar eine Einschränkung gebracht. So ist in § 38 SGB IX nur noch geregelt, dass die Bundesanstalt für Arbeit auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers gutachterlich Stellung nimmt. Nach alten Recht machte die

102 Bungart, J.: »Unterstützte Beschäftigung« von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen in der Bundesrepublik – ein Vergleich, GL 1997 S. 59.

Bundesanstalt für Arbeit einen Eingliederungsvorschlag und ein Rehabilitationsträger handelte ermessenswidrig, wenn er diesen Vorschlag ablehnte, ohne ein Einigungsverfahren durchzuführen.[103] Von dieser Einschränkung abgesehen bleibt es aber bei dem Grundsatz, den das BSG bereits aus dem alten Recht abgeleitet hat: »Die Gesamtverantwortung (des einzelnen Rehabilitationsträgers P.M.) erstreckt sich nicht nur auf das Gelingen im eigenen Zuständigkeitsbereich, sondern auch auf eine reibungslose **Verzahnung mit Maßnahmen anderer Träger** (Hervorhebung im Original). Dies ergibt sich aus § 5 Abs. 1 und 3 Rehabilitations-AnglG.[104] Schließlich bleibt der Rehabilitationsträger auch in zeitlicher Hinsicht zuständig und gesamtverantwortlich, bis die Rehabilitation mit dauerhaftem Erfolg abgeschlossen ist.«[105]

182 Bei einer Neugestaltung der Koordination ist einmal das Verhältnis der Rehabilitationsträger zueinander und zu den Leistungserbringern zu beachten. Nicht weniger wichtig dürfte die Koordination bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Einzelfall sein.

183 Nachdem der Gesetzgeber das Verhältnis der Rehabilitationsträger zueinander in den §§ 10–13 SGB IX neu geordnet hat, dürfte vorerst nicht mit einer Änderung zu rechnen sein. Wichtig wäre aber eine ausdrückliche Regelung, die einen von der Bedarfslage abhängigen Wechsel zwischen medizinischer Versorgung und einzelnen Phasen der beruflichen Förderung zulässt. Das ist auch jetzt nicht ausgeschlossen, aber zumindest dann nicht ohne größeren Verwaltungsaufwand möglich, wenn ein Wechsel zwischen zwei Rehabilitationsträgern erfolgt. Zur Flexibilisierung des Geschehens sollte der Gesetzgeber an das Vorbild der Anschlussheilbehandlung anknüpfen.[106] In § 11 Abs. 1 SGB IX wäre zu verdeutlichen, dass in geeigneten Fällen der Rehabilitationsplan auch die berufliche Förderung umfasst. In § 10 Abs. 1 SGB IX wäre zu verdeutlichen, wer verantwortlicher Träger ist und welche Kompetenzen er hat. Es könnte nicht mehr der nach § 14 SGB IX leistende Träger sein. In vielen Fällen müssten zwei Träger zusammenwirken. Der Arzt oder Leiter der Rehabilitations-Einrichtung könnte den Wechsel in die berufliche Förderung veranlassen. Dasselbe gilt für die Rückkehr in die medizinische Versorgung. In § 12 SGB IX wäre ergänzend zu regeln, dass die Durchlässigkeit des Rehabilitationsverfahrens sicherzustellen ist. Diese wäre nicht mehr gegeben, wenn die Beendigung einer Gesamtmaßnahme festgestellt worden ist. In § 13 SGB IX wären wenigstens für die zentralen Anliegen verpflichtende Vereinbarungen vorzusehen. Damit wäre eine umfassende Überarbeitung der §§ 10–13 SGB IX erforderlich (unten RdNr. 210).

184 Im Verhältnis zu den Leistungserbringern wäre klarzustellen, dass es nicht darauf ankommt, in welcher Organisationsform eine Leistung erbracht wird. Es wären zudem Angebote zu entwickeln, die in größerem Umfange eine Abkehr vom Lehrgang ermöglichen. Das würde vor allem bedeuten, dass bei der institutionellen Förderung umzusteuern ist. Erst nach einer längeren Zeitspanne wäre es überhaupt möglich, dass alternative Angebote zur Verfügung stehen (unten RdNr. 241).

---

103 BSG 74 S. 246.

104 Jetzt ersetzt durch § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

105 BSG 74 S. 244.

106 Winnefeld, M., Klosterhuis, H.: Anschlussheilbehandlung – der direkte und unkomplizierte Weg in die Rehabilitation, DAngV 2002 S. 385.

185 Was das Geschehen im Einzelfall angeht, so dürfte es angesichts internationaler Erfahrungen unbestreitbar sein, dass im Rehabilitationsrecht eine Betreuungsperson zu etablieren ist, der eine Lotsenfunktion zukommt. Zumeist wird sie als Case-Manager bezeichnet.[107] Ihre Aufgaben sind nicht im Einzelnen bezeichnet, ergeben sich aber zumeist aus dem Sachzusammenhang. Dieser Case-Manager hätte die Aufgabe, das gesamte Rehabilitationsgeschehen für einzelne psychisch kranke Menschen durchgehend zu koordinieren. Als Helfer und Begleiter müsste der Case-Manager im Rehabilitationsprozess die Regie übernehmen. Er müsste auch über ein eigenes Budget verfügen. Damit würde sich hier eine Aufgabe stellen, die zwangsläufig nur von allen Rehabilitationsträgern erfüllt werden kann. Insoweit müsste auch nach einer dementsprechenden Finanzierungsgrundlage und ihrer Ausgestaltung über die einzelnen Leistungsbereiche hinaus gesucht werden (unten RdNr. 218).

II Reformbedarf in der Teilhabe am Arbeitsleben

1 Veränderungen der sozialen Infrastruktur

186 In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein bestimmtes Angebot für die Durchführung berufsfördernder Maßnahmen entwickelt, dessen konkrete Ausgestaltung nicht zwingend im Gesetzesrecht vorgesehen ist. Dieses Angebot besteht auch heute noch überwiegend in den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken und in den Werkstätten für behinderte Menschen. Für die psychiatrische Versorgung sind diese Formen nur bedingt geeignet. Das Angebot hat sich weiterentwickelt, und zwar in der Weise, dass es einerseits zu einer Binnendifferenzierung der genannten Institutionen kam und dass andererseits neue Angebote, die für die psychiatrische Versorgung besser geeignet sind, hinzutraten.

a) Ausrichtung der Gesetzesauslegung auf die §§ 2 Abs. 2 SGB I, 10 Abs. 3 SGB IX

187 Nach der Grundlagenregelung des § 2 Abs. 2 SGB I sind die sozialen Rechte der §§ 3–10 SGB I bei der Gesetzesauslegung und bei der Ausübung des Ermessens zu beachten. Dabei ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden. Dieses als Effektuierungsgrundsatz bezeichnete Prinzip wurde vom Bundessozialgericht wiederholt herangezogen, um eine Entscheidung zu begründen. In der psychiatrischen Versorgung ist es bisher wenig beachtet worden.[108] In § 10 SGB I wird ein soziales Recht der behinderten Menschen auf Teilhabe begründet. Gesetzesauslegung und Ermessensausübung müssen sich an diesem sozialen Recht orientieren. Dabei ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass je nach Art der Behinderung das Recht aus § 10 SGB I auf unterschiedliche

107 Vgl. etwa Zeelen, J., Weeghel, J.v.: Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter, Weinheim Basel 1995 S. 67.

108 BSG 44 S. 163; BSG 52 S. 81; BSG 74 S. 275; BSG SozR 3- 4100 § 134 Nr. 9; BSG SGb 2003 S. 95.

Weise anzustreben ist. Dies hat der Gesetzgeber für die psychiatrische Versorgung durch die Regelung des § 10 Abs. 3 SGB IX bekräftigt. Danach sind die besonderen Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen zu berücksichtigen.

188 Dem allgemeinen Ziel einer Eingliederung behinderter Menschen und der Tatsache, dass der Bedarf je nach Art der Behinderung unterschiedlich sein kann, ist also bei der Gesetzesauslegung und der Ermessensausübung Rechnung zu tragen. Obwohl die §§ 2, 10 SGB I, 10 Abs. 3 SGB IX in hohem Maße der Konkretisierung bedürfen, sind sie doch keine bloßen Programmsätze. Sie sind Bestandteile des objektiven Rechts und sie sind Interpretationsregeln.[109] Sie entfalten zumindest dann für die Verwaltung eine zwingende Wirkung, wenn bei der Anwendung von Rechtsnormen in einem bestimmten Bereich der Regelungsabsicht des Gesetzgebers nicht hinreichend Rechnung getragen wird. Die Regelungsabsicht, den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen, ist in § 10 Abs. 3 SGB IX hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht worden. Schon nach dem Wortlaut der Vorschrift geht es nicht darum, ihnen bestimmte Vorteile zu schaffen. Gesetzlich intendiert ist vielmehr die Schaffung problemangemessener und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen. Sind nun diese Strukturen in der psychiatrischen Versorgung unangemessen, dann muss die Verwaltung, etwa bei der Auswahl von Leistungen, aber auch bei der institutionellen Förderung von Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ihre Praxis der Ermessensausübung ändern. Das wird nur in einem längeren Umsteuerungsprozess möglich sein. Wird diese Umsteuerung aber unterlassen, so ist dieser Zustand rechtswidrig und kann im Aufsichtswege beanstandet werden. In der Praxis wird das nicht viel bewirken. Ausgehend von § 10 Abs. 3 SGB IX wird aber das Bewusstsein dafür geschärft, dass eine, nicht durch einen konkreten Bedarf präzisierte, sondern undifferenzierte Förderung der Teilhabe behinderter Menschen nicht der rechtlichen Ausgangslage entspricht. Basis für zumindest eine Schlussfolgerung ist eine in der psychiatrischen Versorgung völlig unbestrittene Auffassung:

189 »Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die für viele organische Erkrankungen typische zeitliche Abfolge von Akutbehandlung und Rehabilitation in der Regel nicht gegeben. Kennzeichnend für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist vielmehr, dass es auch während der Rehabilitationsmaßnahme nahezu regelhaft zum Auftreten akuter Krankheitssymptome unterschiedlicher Dauer kommen kann. Rückschritte bei bereits erzielten Rehabilitationserfolgen sind jederzeit möglich und treten bei der Mehrzahl der Rehabilitanden auf. Eine strenge zeitliche Trennung von Akutbehandlung und Rehabilitation ist deshalb nicht möglich; vielmehr sind medizinische Behandlung und Rehabilitation in unterschiedlichem Ausmaß miteinander verflochten. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung hängt letztlich davon ab, dass das reibungslose Zusammenwirken von Akutbehandlung und Rehabilitation für einen vergleichsweise langen Zeitraum gewährleistet wird«.[110]

---

109 Mrozynski, P.: Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil, Kommentar § 2 RdNr. 10, 12.

110 Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker, Zwischenbericht, Stand 31. 3. 2002 S. 6.

190 Wenn man davon auszugehen hat, dass diese Zusammenfassung den gesicherten Stand psychiatrischer Erkenntnisse wiedergibt, dann ist ein System, das eine Durchlässigkeit der einzelnen Behandlungsphasen erheblich erschwert, nicht nur aus fachlicher Sicht ungeeignet, sondern es verstößt – unter Vernachlässigung des § 10 Abs. 3 SGB IX – auch gegen §§ 2 Abs. 1, 10 SGB I. Anders gewendet, die Rechtspraxis ist gehalten, die Versorgungsstrukturen an den Bedarf anzupassen. Für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben müssen die vorhandenen Angebote, die sich fast alle an der Konzeption eines kontinuierlich voranschreitenden Lehrgangs orientieren, ergänzt werden. Das wird sich im Wesentlichen nur durch eine Umsteuerung bei der institutionellen Förderung erreichen lassen.

191 Entsprechend ist bei der Auslegung einzelner rechtlicher Vorschriften zu verfahren. Einschränkend ist das BSG der Auffassung, dass eine als richtig befundene Rechtsprechung nicht deswegen geändert werden muss, weil nach einer anderen Gesetzesauslegung soziale Rechte weitgehender verwirklicht würden.[111] Diese Einschränkung gilt natürlich nicht für den Fall, in dem ein soziales Recht nur sehr bedingt verwirklicht werden kann. Für die auf der Grundlage des § 39 SGB I vorzunehmende Ermessensausübung gilt darüber hinaus uneingeschränkt der Grundsatz, dass im Zweifel das Ergebnis zu wählen ist, das zu der am weitesten gehenden Verwirklichung eines sozialen Rechts führt.

b) Zeitpunkt der Prognose

192 Vor diesem fachlich-psychiatrischen Hintergrund ist u. a. auch die in der Rentenversicherung praktizierte Auslegung des § 10 SGB VI zu modifizieren. Bei der Prognose, ob die Erwerbsfähigkeit eines behinderten Menschen gesichert werden kann, stellt die Praxis auf den Beginn einer medizinischen Maßnahme ab. Grundsätzlich ist also die Erfolgsaussicht auch hinsichtlich der beruflichen Eingliederung im Zeitpunkt der Entscheidung über die medizinische Maßnahme vorausschauend zu beurteilen.[112] Ausnahmslos darf dies aber nicht gelten. Im Entwurf zu § 10 SGB Abs. 1 Ziff. 2 VI war zunächst folgende Formulierung enthalten: » wenn im Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag über die Rehabilitation eine Erfolgsaussicht besteht«. Diese Formulierung wurde nicht in das Gesetz aufgenommen, weil man befürchtete, dass sie zu Nachteilen für psychisch Kranke und Suchtkranke führen könnte.[113] Schon nach der Entstehungsgeschichte der Vorschrift lässt sich also eine Praxis, die die Erfolgsaussicht einer gesamten Maßnahme im Antragszeitpunkt vorausschauend beurteilt, nicht rechtfertigten. Es kommt hinzu, dass sie auch keine Grundlage im Gesetzestext findet. An keiner Stelle benennt § 10 SGB VI einen Zeitpunkt für die Prognose.

193 Ein Abstellen auf den Antragszeitpunkt hat sogar einen Lenkungseffekt weg vom allgemeinen Arbeitsmarkt in die WfbM. Bei der Entscheidung, ob eine Maßnahme in der WfbM durchzuführen ist, muss bei der Erfolgsprognose gemäß § 40 Abs. 1 Ziff. 2 SGB IX darauf abgestellt werden, dass der behinderte Mensch nach Abschluss der Maßnahmen

111 BSG 44 S. 163; BSG 52 S. 81.

112 BSG SozR 3-1200 § 39 Nr. 1

113 Vgl. KassKomm-Niesel § 10RdNr. 15, wo allerdings dann doch ein zu enger Schluss aus der Entstehungsgeschichte gezogen wird.

im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in der Lage ist, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Hier ist also der Zeitpunkt für die Erfolgsbeurteilung auf die Beendigung einer zwei bis dreijährigen Maßnahme hinausgeschoben (§ 40 Abs. 3 SGB IX). Das kann dazu führen, dass man bei einer zu frühen Prognose hinsichtlich der Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eher zu ungünstigen Schlüssen gelangt als bei der Eingliederung auf den Sonderarbeitsmarkt der WfbM.

c) Weiterentwicklung des Minderleistungsausgleichs

194 Gleichfalls mit Blick auf die §§ 2 Abs. 1, 10 SGB I wäre es gegenüber der derzeitigen Verwaltungspraxis rechtlich vorzuziehen, zugunsten eines schwerbehinderten Menschen während der ganzen Dauer seines Arbeitslebens einen Minderleistungsausgleich zu erbringen. Dabei lässt sich ein Recht des behinderten Menschen selbst auf einen Minderleistungsausgleich nur durch gesetzliche Regelung einführen. Eine zeitliche Begrenzung des Minderleistungsausgleichs besteht dagegen von Gesetzes wegen bereits im geltenden Recht nicht. Dabei ist zu betonen, dass in der Sache – wenn auch in unterschiedlicher Form – ein solcher Ausgleich auch im Arbeitsbereich der WfbM und bei der Arbeitsassistenz erfolgt. Eine dementsprechende Ausdehnung des Minderleistungsausgleichs würde also keinen Bruch mit überkommenen Grundsätzen der Teilhabe am Arbeitsleben bedeuten.

195 Seit In-Kraft-Treten des SGB IX kann diese Rechtsauffassung auch auf folgende Überlegung gestützt werden: Ursprünglich kannte das Rehabilitationsrecht im Grunde nur in der Rentenversicherung den Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« (§ 9 SGB VI). Dieser Grundsatz ist jetzt verallgemeinernd in § 8 SGB IX als Vorrang von Leistungen zur Teilhabe geregelt. Auf den Minderleistungsausgleich anzuwenden ist nur § 8 Abs. 2 SGB IX. Danach haben Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Nun werden Renten vom Träger der Rentenversicherung erbracht. Den Minderleistungsausgleich erbringt als Teilhabeleistung jedoch das Integrationsamt. Damit wird in zwei unterschiedlichen sachlichen Zuständigkeiten über Rente und Minderleistungsausgleich entschieden. Maßgebend ist aber, dass der Minderleistungsausgleich im Einzelfall einen Rentenbezug vermeiden helfen kann.

196 In § 8 Abs. 2 SGB IX ist der Vorrang der Teilhabe nicht darauf beschränkt, dass die in Frage kommenden Leistungen in gleicher sachlicher Zuständigkeit wie eine Rente erbracht werden. Auch die Regelung des § 7 Satz 1 SGB IX spricht nicht gegen dieses Ergebnis. Zwar kann der Träger der Rentenversicherung nach seinem Leistungsrecht keinen Minderleistungsausgleich erbringen. Ebenso kann das Integrationsamt keine Rente leisten. Jedoch kann nach dem für das Integrationsamt geltenden Recht (§ 102 SGB IX) ein Minderleistungsausgleich erbracht werden und er kann nach Maßgabe des § 8 Abs. 2 SGB IX der Vermeidung einer vorzeitigen Rentenleistung durch den Träger der Rentenversicherung dienen. Nur das ist in § 8 Abs. 2 SGB IX geregelt. Eine zeitliche Begrenzung sieht das geltende Recht ebenfalls nicht vor. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes Teilhabe vor Rente könnte damit der Ermessensspielraum des Integrationsamtes dahingehend eingeschränkt sein, dass die Leistung zu erbringen ist, wenn durch den Minderleistungsausgleich ein Rentenbezug vermieden werden kann. Eine Befristung wäre in diesem Falle nicht

zulässig. Allerdings ist es nicht ganz eindeutig, ob das Integrationsamt den Grundsatz Teilhabe vor Rente beachten muss. Das ergibt sich aus folgender Überlegung:

197 Nach altem Recht war jedenfalls eine so weitgehende Argumentation nicht möglich, weil es keinen, alle Sozialleistungsbereiche übergreifenden, gesetzliche ausdrücklich geregelten Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« gab. Insbesondere war er in § 7 Reha-AnglG so nicht geregelt. Diese Vorschrift kannte nur den Vorrang von Maßnahmen zur Rehabilitation vor der Rente. Der Minderleistungsausgleich ist zwar eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, wie es § 8 Abs. 2 SGB IX jetzt voraussetzt. Er war aber bisher nicht eine Leistung zur Rehabilitation (§§ 26, 33 SGB IX). Das ist er auch nach neuem Recht nicht. Er ist jedoch eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Darauf erstreckt sich § 8 Abs. 2 SGB IX. Eine gegenteilige Auslegung, die also an dem alten Rechtszustand festhalten will, müsste den Begriff »Teilhabe« eng auslegen, also darunter weiterhin nur Leistungen zur beruflichen Rehabilitation verstehen.

198 Insoweit könnte man sich immerhin auf den Standpunkt stellen, dass § 8 SGB IX im Teil 1 des Neunten Buches geregelt ist, und dass die §§ 33–43 SGB IX den Abschnitt »Teilhabe am Arbeitsleben« bilden. Demgegenüber gehört der Minderleistungsausgleich in den Teil 2 des Neunten Buches, in dem »besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen« getroffen werden. Man könnte also den Grundsatz »Teilhabe vor Rente« auf den ersten Teil des Gesetzes beschränken. Diese Auslegung müsste aber noch mit § 2 Abs. 2 SGB I in Einklang gebracht werden, wonach der Auslegung der Vorzug zu geben ist, die zu einer möglichst weitgehenden Verwirklichung des sozialen Rechts aus § 10 SGB I führt. Außerdem wird man der durch das Neunte Buch eingeleiteten Verknüpfung von Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht Rechnung tragen müssen. Dabei ist insbesondere zu betonen, dass sich das soziale Recht aus § 10 SGB I auf das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht erstreckt. Das ergibt sich aus dem Wortlaut der Vorschrift, aber auch aus der Aufhebung des § 20 SGB I, der ehemals »Zusätzliche Leistungen für Schwerbehinderte« kannte. Sie sind jetzt in ein einheitliches soziales Recht des § 10 SGB I und in ein einheitliches Neuntes Buch eingegangen.

199 Selbst wenn man demgegenüber den systematischen Erwägungen zu einer Verselbstständigung der beiden Teile des Neunten Buches ausschlaggebende Bedeutung beimessen würde, ließe sich eine zeitliche Begrenzung des Minderleistungsausgleichs auf Grund folgender Erwägungen nicht rechtfertigen: Nach seinem Wortlaut kennt § 102 Abs. 3 SGB IX keine zeitliche Begrenzung. Des Weiteren sind Rentenleistungen keine Teilhabeleistungen im Sinne des Neunten Buches. Bereits bevor es den gesetzlich geregelten Grundsatz der Rehabilitation bzw. Teilhabe vor Rente gab, hatte das BSG entschieden, dass Rehabilitationsleistungen grundsätzlich einen Vorrang vor der Rentengewährung haben.[114] Das kann heute nur für alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe gelten. Gegenwärtig ist unter dem Blickwinkel des § 2 Abs. 1 SGB I eine Auslegung aller Normen des Neunten Buches zu suchen, die das soziale Recht auf Teilhabe nach § 10 SGB I möglichst weitgehend verwirklicht. Dabei ist besonderes zu betonen, dass § 10 Ziff. 3 SGB I das soziale Recht auch auf die Sicherung eines den Neigungen und Fähigkeiten des behinderten Menschen entspre-

114 BSG SozR Nr. 38 zu § 1246 RVO.

chenden Platz im Arbeitsleben erstreckt. Damit lässt sich zumindest eine Begründung für die zeitliche Begrenzung des Minderleistungsausgleichs nicht finden.

d) Vernetzung der medizinischen Versorgung mit der Teilhabe am Arbeitsleben

200 Bereits innerhalb der medizinischen Versorgung müssten die Bereiche der Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation organisatorisch miteinander verbunden werden. Der Gesetzgeber des Neunten Buches hat dazu einen ersten Schritt getan, indem er in § 27 SGB IX festlegte, dass die in § 26 Abs. 1 SGB IX normieren Ziele der medizinischen Rehabilitation auch für die Krankenbehandlung gelten. Ergänzend dazu wurde in § 39 Abs. 1 SGB V ein Satz 3 angefügt. Danach umfasst die stationäre Krankenhausbehandlung auch die Frührehabilitation. Der Gesetzgeber hat auf dieser Basis jedoch keine Neudefinition des Krankenhauses in § 107 Abs. 1 SGB V vorgenommen. Das bedeutet nichts anderes, als dass das Krankenhaus mit seinen bisherigen personellen und sächlichen Mitteln eine Frührehabilitation betreiben muss. Von der Krankenhausversorgung her wird also eine deutliche Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation gesucht. Dementsprechend regelt § 111 Abs. 1 SGB V: »Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen ... die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen ...«. Damit besteht eine deutliche Zäsur zwischen der Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation. Sie findet ihre Erklärung darin, dass eine Flexibilisierung der Versorgung die staatliche Krankenhausplanung konterkarieren könnte. Diese aber fällt finanziell und politisch so sehr ins Gewicht, dass es kaum aussichtsreich erscheint, eine Neuordnung im Sinne einer größeren Durchlässigkeit von Akutbereich und Rehabilitation anzustreben. Es bleibt lediglich die Möglichkeit, den Ausbau von Rehabilitationsabteilungen an Krankenhäusern voranzutreiben (§ 111 Abs. 6 SGB V). Doch auch hier ergeben sich Schwierigkeiten im Verhältnis zu den Trägern der Rentenversicherung, die in der Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit grundsätzlich nicht leisten (§ 13 Abs. 2 Ziff. 1 SGB VI).[115] Allerdings leistet der Träger der Rentenversicherung dann, wenn während einer Maßnahme zur Rehabilitation erneut eine Akutbehandlung erforderlich wird. Diese »interkurrente« Behandlung ist der einzig gesetzlich geregelte Fall, in dem aus Sachgründen die Zuständigkeit eines Trägers, nämlich des Rentenversicherungsträgers für die Akutbehandlung, begründet ist (§ 13 Abs. 2 Ziff. 1 HS 2 SGB VI).[116] Dieser Fall dürfte in der psychiatrischen Versorgung relativ häufig vorkommen. Er ist dann gegeben, wenn eine medizinische Rehabilitation geleistet wird und wegen der Krankheitsentwicklung erneut eine Akutbehandlung erforderlich ist. Dieser Grundsatz lässt sich jedoch nicht auf die Phase erstrecken, in der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, weil die Regelung des § 13 Abs. 2 SGB VI als Ausnahmeregelung schon nach ihrem Wortlaut auf die medizinische Rehabilitation begrenzt ist.

201 Die in institutioneller Hinsicht darüber hinaus festzustellende Trennung der gesamten medizinischen Versorgung von den Angeboten der Teilhabe am Arbeitsleben findet dagegen keinerlei zwingende rechtliche Grundlage. Vom Leistungsrecht aus betrachtet

115 BSG SozR 3-2600 § 13 Nr. 1 und 2.
116 BSG 81 S. 143.

besteht keine Regel, nach der nicht bereits während einer Arbeitsunfähigkeit eine berufsfördernde Maßnahme durchgeführt werden könnte. Die §§ 74 SGB V, 28 SGB IX stellen sogar eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die stufenweise berufliche Eingliederung arbeitsunfähiger Versicherter dar. Das Neunte Buch rechnet sie, sachlich wohl nicht ganz zutreffend, zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26–32 SGB IX). Die Möglichkeiten geringfügig einschränkend sehen die Vorschriften vor, dass die Versicherten »ihre bisherige Tätigkeit« wieder ausüben. Immerhin bieten die Vorschriften insoweit eine Grundlage für Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung, als angesichts des schwankenden Gesundheitszustands der Patienten, in der Phase der Wiederkrankung frühzeitig eine Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann. Diese Möglichkeit müsste aber dahingehend ausgebaut werden, dass jede berufsfördernde Maßnahme und jede Tätigkeit begonnen werden kann. Des Weiteren wäre auch eine vorübergehende Rückkehr in die medizinische Versorgung vorzusehen.

202 Diese Flexibilisierung bedürfte an sich keiner zusätzlichen gesetzlichen Regelung. Schwierigkeiten ergeben sich aber aus dem Verwaltungsverfahren. Die Entscheidung eines Wechsels von der medizinischen Versorgung in eine berufliche Förderung und umgekehrt, ist formell die Aufhebung eines Verwaltungsaktes wegen der Änderung der Verhältnisse (§ 48 SGB X), verbunden mit dem Erlass eines neuen Verwaltungsaktes. Für die Anschlussheilbehandlung haben die Träger der Kranken- und Rentenversicherung zwar einen relativ praktikablen Weg der Verlegung vom Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung gefunden. Schon er ist verfahrensrechtlich nicht ganz unbedenklich, weil dem Arzt eine wesentliche Entscheidungsbefugnis eingeräumt wird, die eigentlich der Verwaltung zukommt. Deren Erweiterung, die eine vollständig flexibilisierte Versorgung zumindest zwischen Kranken- und Rentenversicherung sowie Arbeitsförderung ermöglicht, ist ohne Gesetzesänderung nicht zu erreichen. Diese aber würde voraussetzen, dass einer der genannten Träger ermächtigt ist, eine Grundentscheidung über die gesamte Maßnahme zu treffen. Auf ihrer Grundlage müssten »Verlegungen« durchgeführt werden können, die dann keine selbständigen Verwaltungsakte wären. Die Entstehung des Neunten Buches lässt aber erkennen, dass solche Vorschläge kaum eine Realisierungschance haben. Etwas einschränkend könnte man daran denken, § 12 SGB IX dahingehend zu ergänzen, dass die beteiligten Rehabilitationsträger gemeinsam eine Regelung über eine konkrete Maßnahme zur Teilhabe treffen. Solche gemeinschaftlichen Entscheidungen sind im Sozialrecht nicht unbekannt. So erfolgt die Anerkennung einer WfbM durch den Träger der Arbeitsförderung im Einvernehmen mit dem Träger der Sozialhilfe (§ 142 SGB IX). Nach § 33 Abs. 1 Satz 2 WoGG kann der Wohngeldbescheid mit dem Sozialhilfebescheid verbunden werden. Auf der Grundlage eine umfassenden Entscheidung könnte dann die Versorgung flexibel gestaltet werden, ohne dass jede Änderung in der Betreuungsform als neuer Verwaltungsakt anzusehen wäre (unten RdNr. 215). Erscheint auch diese Änderung des § 12 SGB IX nicht möglich, so könnte man sich als kleinere Lösung vorstellen, dass in § 10 SGB IX die Regelung über den Rehabilitationsplan so konkretisiert wird, dass wenigstens die Möglichkeit rascher Entscheidungen der Verwaltung über eine Verlegung eingeführt werden kann. Auch insoweit muss eine Anpassung im Rahmen einer Neuregelung der §§ 10–13 SGB IX erfolgen.

203 Schafft man die Möglichkeit schneller Entscheidungen, dann sind der Verwirklichung einer flexiblen Versorgung keine weiteren rechtlichen Grenzen gesetzt. Auch wenn man von den §§ 74 SGB V, 28 SGB IX absieht, ist es in rechtlicher Hinsicht immer möglich, schon während einer Akutbehandlung oder einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation mit einer berufsfördernden Maßnahme zu beginnen. Zumeist geschieht das vom Klinikbereich aus und häufig nur in der Form der Arbeitstherapie. Gelegentlich werden auch Betriebspraktika durchgeführt, die den Charakter einer Belastungserprobung oder einer Eignungsabklärung bzw. Arbeitserprobung haben (§ 33 Abs. 4 Satz 2 SGB IX). Planmäßig auf ein bestimmtes Teilhabeziel ausgerichtet, geschieht das im Allgemeinen jedoch nicht.

204 Es wäre wohl sinnvoll, wenn der Anstoß zu einer beruflichen Förderung von den medizinischen Versorgungseinrichtungen ausginge. Auf jeden Fall wäre von der Arbeitstherapie her der Übergang zu verschiedenen Formen der rehabilitativen Beschäftigung zu suchen. Die Beschäftigungstagesstätte könnte dabei eine akzeptable organisatorische Einheit sein, mit der das Krankenhaus zusammenarbeitet. Nach dem Vorbild, dass eine WfbM auch Teil eines psychiatrischen Krankenhauses sein kann, könnte man hier auch andere berufsfördernde Einrichtungen schaffen. Zwar legt § 107 SGB V bestimmte Grundmerkmale des Krankenhauses fest. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass das Krankenhaus untergeordnete Versorgungseinheiten umfasst, die der Teilhabe am Arbeitsleben dienen. Das könnte auch die Organisation von Leiharbeit sein.

205 Wahrscheinlich wäre in der Praxis eine Vernetzung mit der medizinischen Versorgung leichter zu realisieren, wenn man sich in diesem Falle für die Nutzung der WfbM entscheiden würde, zumal dann Fördermittel zur Verfügung stünden (§ 248 SGB III). Die WfbM müsste einerseits Teil eines psychiatrischen Krankenhauses sein. Andererseits ergeben sich aber gewisse Schwierigkeiten daraus, dass die Konzepte der Werkstätten auf einen Berufsbildungsbereich von etwa drei Jahren ausgelegt sind. Eine solche Zeitdauer, womöglich verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt, ist in der psychiatrischen Versorgung wohl nicht akzeptabel. Es wäre rechtlich immerhin möglich, dass in der WfbM nur ein spezielles auf die psychiatrische Versorgung ausgerichtetes Eingangsverfahren von bis zu drei bis vier Monaten (§ 40 Abs. 3 SGB IX), durchgeführt wird. Danach wäre sofort ein Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu suchen. Es könnte sich aber auch eine zeitlich sehr begrenzte Phase im Berufsbildungsbereich anschließen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden auf jeden Fall nur erbracht, wenn und solange sie notwendig sind (§ 40 Abs. 1 Ziff. 2 SGB IX). Entscheidend wären hier also spezielle auf den Bedarf psychisch Kranker ausgerichtete konzeptionelle Überlegungen. Die Entwicklung solcher Maßnahmen könnte nach § 248 Abs. 1 Ziff. 2 SGB III institutionell gefördert werden. Eine frühzeitige Ausrichtung der gesamten Betreuung in der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt könnte heute auch mit § 41 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX begründet werden.

e) Leistungserbringung

206 Eine flexible Versorgung, deren Teile gut aufeinander abgestimmt sind, ist nur unter zwei Voraussetzungen zu erreichen. Die Rehabilitationsträger müssen enger als bisher zusammenarbeiten. Außerdem müssen auch die Leistungserbringer stärker miteinander

kooperieren. Ersteres ist nur durch eine spürbare Verbesserung der §§ 10–13 SGB IX zu erreichen. Letzteres ist in den vergangenen Jahren unter dem Organisationsprinzip des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ausgebaut worden. Vor dem Hintergrund des gegliederten Systems und eines nach sehr unterschiedlichen rechtlichen Gesichtspunkten geregelten Leistungserbringerrechts dürfte es kaum möglich sein, Leistungsträger und Leistungserbringer auf einheitliche Grundsätze zu verpflichten. Es kann also immer nur darum gehen, eine gewisse Annäherung zu erreichen.

207 Anzustreben wäre eine rechtliche Regelung, die die gemeinschaftliche Finanzierung einer Komplexleistung durch mehrere Rehabilitationsträger ermöglichte. Dies ist jetzt für die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 30 Abs. 1 SGB IX erreicht worden. Sie sollte Modell für andere Bereiche der Versorgung werden. Dem stehen eher politische als rechtliche Bedenken entgegen, da die Möglichkeit einer anteilig finanzierten Komplexleistung jetzt in § 30 SGB IX anerkannt ist. Die Konzentration der Leistungserbringung auf einige wenige Organisationsformen stößt demgegenüber schnell an die Grenzen des Wettbewerbsrechts und der Berufsfreiheit der Leistungserbringer. Zwar werden überwiegend die Wettbewerbsregeln und insbesondere die Vergabegrundsätze der §§ 97ff. GWB als nicht auf die Verträge mit den Leistungserbringern für anwendbar gehalten.[117] Letztlich kann diese Auffassung aber dahinstehen. Unbestrittenermaßen muss der Rehabilitationsträger bei jeder Entscheidung über einen Vertragsschluss mit den Leistungserbringern und damit über deren Zugang zur Versorgung ihre Chancengleichheit (Art. 3 Abs. 1 GG) und ihre Freiheit der Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG) beachten.[118] Die aus diesen Verfassungsregeln abzuleitenden Grundsätze führen aber im Wesentlichen zu den gleichen Ergebnissen wie das Wettbewerbsrecht.[119]

208 Die derzeitige sehr unklare Situation im Leistungserbringerrecht kann im Grunde nur dadurch behoben werden, dass man eine einheitliche, die Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sichernde Grundlagenregelung schafft. Sie könnte auch die Freiheit der Berufsausübung einschränken soweit »vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls«[120] dies verlangen. Mit solchen Erwägungen ließe es sich rechtfertigen, eine regionalisierte und nach bestimmten Grundsätzen organisierte Versorgung aufzubauen. Dass hier eine sorgfältige Interessenabwägung vorzunehmen ist, ergibt sich u. a. daraus, dass vom BSG unter Hinweis auf Art. 12 GG einer berufsrechtlichen Entscheidung eine Tatbestandswirkung für die Zulassung zur Versorgung beigemessen wird.[121] Auch in einer neueren wettbewerbsrechtlichen Entscheidung die in § 2 Abs. 3 SGB V normierte Vielfalt der Leistungserbringer einer Vereinheitlichung der Versorgung entgegengesetzt.[122]

---

117 Bieback, K.-J.: Die Stellung der Leistungserbringer im Marktrecht der EG, RsDE 2001/49 S. 26; a. A. Mrozynski, P.: Der Einfluss des Wettbewerbs- und Vergaberechts in Europa auf die Erbringung von Sozialleistungen, SF 1998 S. 221; Kunze, T., Kreikebohm, R.: Sozialrecht versus Wettbewerbsrecht – dargestellt am Beispiel von Rehabilitationseinrichtungen, NZS 2003 S. 5.

118 Koenig, C.: Die öffentlich-rechtliche Verteilungslenkung, 1994 S. 168 ff.

119 BSG SGb 2001 S. 328 Anm. Meydam; BSG 86 S. 223.

120 Seit BVerfG 7 S. 377 ständige Rechtsprechung.

121 BSG SozR 3-2500 § 124 Nr. 4.

122 OLG Dresden NZS 2002 S. 37, 38.

Diese Vielfalt kann aber dann nicht den Ausschlag geben, wenn anders die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Es wäre also durchaus anzustreben, im Leistungserbringungsrecht eine grundsätzliche Regelung zu treffen, die die Vielfalt der Versorgung mit ihrer Wirtschaftlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Qualität abstimmt (unten RdNr 216). Verbesserungen in dieser Hinsicht lassen sich im Hinblick auf die Berufsfreiheit nicht ohne Übergangsvorschriften durchsetzen.[123] Unter keinem Blickwinkel zu rechtfertigen ist der derzeitige Zustand, in dem nie ganz klar wird, nach welchen Grundsätzen die Rehabilitationsträger Versorgungsverträge schließen und als welchen Motiven die Leistungserbringer eine Kooperation miteinander pflegen oder dies unterlassen. Eine derartige Situation ist weder wettbewerbsrechtlich haltbar, noch kann sie beim Abschluss von Verträgen mit den Leistungserbringern vor dem Grundrecht des Art. 12 Abs. 1 GG Bestand haben.

209 Dass sich zumindest Teilgebiete der Leistungserbringung nach bestimmten Grundsätzen einheitlich und abweichend von anderen Versorgungsformen regeln lassen, lässt sich am besten am Beispiel der integrierten Versorgung nach den §§ 140aff. SGB V belegen. Hier hat der Gesetzgeber aus dem hochkomplizierten Leistungserbringsrecht der Krankenversicherung einen Teilbereich herausgelöst und etwa in § 140e SGB V geregelt: »Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest.« Das läuft im Ergebnis darauf hinaus, dass innerhalb der Krankenversicherung neben das allgemeine Vergütungssystem, wie es seine Grundlage in den §§ 85ff. SGB V gefunden hat, ein anderes Vergütungssystem getreten ist, das sich nicht aus dem Gesetz, sondern allein aus den Verträgen nach § 140e SGB V ergibt. Nach diesem Grundmodell könnte man auch in anderen Versorgungsbereichen abweichende Vergütungsregelungen treffen. Dabei ist besonders zu betonen, dass der in den Materialien zum Neunten Buch zum Ausdruck gebrachte Grundsatze, »dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger ›wie aus einer Hand erscheinen‹«[124] bisher nicht ausreichend verwirklicht worden ist.

2 Vorschläge für Gesetzesänderungen

a) Koordinierung der Leistungen und Zusammenwirken der Rehabilitationsträger

210 Die §§ 10–13 SGB IX sollten in einigen Punkten ergänzt und erweitert werden, um die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger effektiver zu gestalten und die Koordination der Leistungserbringung zu verbessern. Das bedeutet vor allem, dass man zu dem in der Entwurfsfassung des SGB IX vorgesehenen Einvernehmen unter den Rehabilitationsträgern zurückkehrt und dass ebenso anstelle von Empfehlungen die ursprünglich vorgesehenen verbindlichen Vereinbarungen geschlossen werden. Gegenüber der schwerfälligen Einstimmigkeit sollte ein Mehrheitsprinzip eingeführt werden. Rehabilitationsträger, die eine Vereinbarungen nicht mit abgeschlossen haben, könnten dann in diese im Verordnungs-

123 BVerfG 98 S. 265.
124 BT-Drs. 14/5074 S. 92, 101.

wege einbezogen werden. Neu auch gegenüber den Entwurfsfassungen des SGB IX wäre die Einbeziehung der Leistungserbringer in die §§ 10–13 SGB IX.

211 Teilweise berühren die Vorschläge auch den Regelungsbereich der §§ 19 und 21 SGB IX. Sie werden jedoch in den Zusammenhang der §§ 10–13 SGB IX gestellt, um die Grundsatz der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander und mit den Leistungserbringern zu betonen. Insbesondere der auf diese Zusammenarbeit abzielende Vorschlag zur Ergänzung des § 12 SGB IX um einen Absatz 3 steht in einem Spannungsverhältnis zu § 19 Abs. 4 SGB IX, der vorsieht, das die Vielfalt, Selbständigkeit und Unabhängigkeit der freien Träger zu achten ist. Dieser, die Wohlfahrtspflege in Deutschland prägende Grundgedanke, dürfte aus politischen Gründen nicht abänderbar sein. Er begrenzt jedoch die Möglichkeiten für den Aufbau von Versorgungsverbünden, die nach einem übergeordneten Konzept arbeiten. Damit wird es immer notwendig sein, innerhalb einer Versorgungsregion eine gewisse Übereinstimmung unter den Leistungserbringern anzustreben. Einseitig durchgesetzt werden kann sie nicht. Zu beachten sind aber die Wettbewerbsregeln. Dabei stellen die unverzichtbaren Grundanforderungen für eine bedarfsgerechte Versorgung auch Vergabegrundsätze im Sinne des § 97 Abs. 4 GWB dar. Für die Feinabstimmung des Verwaltungsverfahrens innerhalb einer regionalisierten Versorgung sollten die Rehabilitationsträgern an die von ihnen entwickelten Grundsätze der Anschlussheilbehandlung anknüpfen und diese für die gesamte Versorgung fortentwickeln (vgl. vorn RdNr. 183).

212 In § 10 Absatz 1 Satz 1 SGB IX wird das Wort »Benehmen« durch das Wort »Einvernehmen« ersetzt. In § 10 Absatz 1 Satz 3 SGB IX wird das Wort »wirksame« durch das Wort »bedarfsgerechte« ersetzt.

213 In § 11 Absatz 1 SGB IX wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt: »Soweit ein Leistungsträger keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt, beteiligt er die Bundesanstalt für Arbeit. Im Übrigen gilt § 38.«

214 Die Überschrift zu § 12 SGB IX wird wie folgt gefasst: »Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander und mit Dritten. Nach Absatz 1 wird ein neuer Absatz 2 eingefügt. Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3. Nach dem neuen Absatz 3 wird ein Absatz 4 eingefügt.

215 Es wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:»(2) In geeigneten Fällen treffen die beteiligten Rehabilitationsträger gemeinschaftlich die Entscheidung über die Ausführung einer Leistung zur Teilhabe. Dies kann auch durch nachträgliche Zustimmung eines beteiligten Rehabilitationsträgers zu der Entscheidung eines anderen geschehen.«

216 In § 12 Absatz 3 Satz 1 SGB IX (neu) wird das Wort »und« gestrichen. Nach dem Wort »Verbände« werden die Worte »und die Träger von Einrichtungen und Diensten« eingefügt. Nach 12 Absatz 3 SGB IX (neu) wird folgender Absatz 4 eingefügt:

217 »(4) Die Rehabilitationsträger schließen mit den Leistungserbringern Verträge über die Leistungserbringung. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die eine Gewähr für die Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bieten. Sie müssen zur Zusammenarbeit untereinander und mit den Rehabilitationsträgern bereit und in der Lage sein. Die §§ 97–130 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden Anwendung. Um eine Wohnortnähe zu gewährleisten, können die Rehabilitationsträger in Abstimmung mit den Leistungserbringern die Versorgung regiona-

lisieren. Innerhalb einer Region muss sichergestellt sein, dass der behinderte Mensch abhängig von seinem Bedarf, unverzüglich die jeweils notwendige Leistung tatsächlich erhält. Dazu legen die Rehabilitationsträger in den Verträgen untereinander fest, wie der Wechsel zwischen den Versorgungsformen zu gewährleisten ist. In den Verträgen kann auch geregelt werden, dass die Erbringer von Leistungen zum Wohle des behinderten Menschen zur Zusammenarbeit verpflichtet sind (Versorgungsverbünde). Einrichtungen und Dienste, die in einen Versorgungsverbund einbezogen sind, sind von den Rehabilitationsträgern vorrangig in Anspruch zu nehmen. In den Verträgen kann auch geregelt werden, dass die Übernahme oder Teilung der Kosten von Komplexleistungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern anteilig auf der Basis von Erfahrungswerten erfolgen kann.«

b) Sondervermögen zur Erfüllung gemeinschaftlicher Aufgaben

218 Da die Bereitschaft des Gesetzgebers und der Rehabilitationsträger zur Schaffung eines leistungsträgerübergreifenden Versorgungssystems gering ist, sollten andere Ansätze erprobt werden, die vielleicht auch dazu beitragen könnten, die »große Lösung« einer integrierten Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt zu erreichen. Im Augenblick scheint es eines besonderes Anliegen in der psychiatrischen Versorgung zu sein, eine Betreuungsperson zu etablieren, die gleichsam mit Lotsenfunktion den psychisch behinderten Menschen durch das gegliederte System begleitet. Darüber hinaus ließen sich punktuell wohl auch noch weitere Aufgaben beschreiben, die zuständigkeitsübergreifend erfüllt werden müssen, ohne dass sogleich das gegliederte System beseitigt werden müsste.

219 Man sollte eine Regelung schaffen, nach der alle Rehabilitationsträger einen bestimmten Betrag in ein Sondermögen abführen, aus dem dann bestimmte gemeinschaftliche Aufgaben erfüllt werden müssten, die also nicht der Zuständigkeit eines bestimmten Leistungsträgers allein zugewiesen werden können. Im hier interessierenden Zusammenhang wäre es zunächst einmal nur die Kontaktperson, die den psychisch behinderten Menschen durch die gesamte Rehabilitation begleitet. Ihre Finanzierung nur aus den Mitteln eines bestimmten Rehabilitationsträgers ließe sich nicht rechtfertigen. Wenn andererseits mit dem Sondervermögen sehr unterschiedliche Aufgaben erfüllt werden, würde es nicht mehr ins Gewicht fallen, dass in dem einen oder anderen Falle einer Kontaktperson Aufgaben einzelner Rehabilitationsträger nicht berührt sind. Es wäre lediglich darauf zu achten, dass sich die Kosten in der großen Zahl der Fälle risikogerecht ausgleichen.

220 Dieses Sondervermögen hat durchaus auch ein Vorbild. Bereits in § 11 Abs. 4 SchwbG fand sich eine Regelung, nach der die damaligen Hauptfürsorgestellen 45 % des Aufkommens an der Ausgleichsabgabe an einen Ausgleichsfond abführten. Dieser Ausgleichsfond diente zur besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen (§ 12 SchwbG). Diese Regelung ist jetzt in die §§ 77 Abs. 6, 78 SGB IX übernommen worden. Ob man die Verwaltung des Sondermögens zu schwerfällig gestalten sollte, wie dies in § 78 SGB IX vorgesehen ist, ist fraglich, wenn Aufgaben in der regionalen Versorgung durchgeführt werden sollen.

221 An § 12 SGB IX ist folgender Absatz 5 anzufügen:

»(5) Die Rehabilitationsträger (§ 6) zahlen ... % ihrer im vorvergangenen Kalenderjahr aufgewendeten Mittel für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen jeweils

spätestens bis zum 31. Januar des laufenden Kalenderjahres in einen Gemeinschaftsfond ein. Dieser Gemeinschaftsfond wird bei ... geführt. Aus dem Fond werden Mittel für die zuständigkeitsübergreifende Erfüllungen von Aufgaben nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch aufgebracht. Das gilt insbesondere
1. für die begleitende Betreuung behinderter Menschen, vor allem durch Koordinierung, Anleitung und Motivation bei der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft.
2. für die Beratung bei der Inanspruchnahme von Leistungen aus Mitteln, die dem behinderten Menschen als persönliches Budget überlassen worden sind. 3. ...

222 In § 22 Abs. 1 SGB IX wird eine Ziffer 9 angefügt: »die Entgegennahme von Anträgen nach § 12 Absatz 5. Soweit es der Beschleunigung des Verfahrens dient, können die Servicestellen aus den Mitteln des Gemeinschaftsfonds vorläufig Leistungen erbringen. Eine Erstattung erbrachter Leistungen erfolgt nicht. § 45 des Zehnten Buches bleibt unberührt.«

223 Die Überschrift in § 13 SGB IX wird wie folgt gefasst: »Vereinbarungen der Rehabilitationsträger«

224 In § 13 Absatz 1 und 2 werden die Worte »vereinbaren ... gemeinsame Empfehlungen« jeweils durch die Worte »treffen ... mit Mehrheit Vereinbarungen« ersetzt.

225 § 16 SGB IX wird wie folgt gefasst:
»Vereinbarungen der Rehabilitationsträger können durch Verordnung auf die Rehabilitationsträger erstreckt werden, die ihnen nicht zugestimmt haben. Treffen die Rehabilitationsträger nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem sie das Bundesministerium für ... sie dazu aufgefordert hat, Vereinbarungen nach § 13, oder ändern sie eine unzureichende oder unzureichend gewordene Vereinbarung nicht, so kann das Bundesministerium für ... Regelungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. ***Die Rechtsverordnung wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit erlassen, soweit Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 von ihr betroffen sind.«

c) Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben

226 Wesentliche Anliegen einer Verbesserung der berufsfördernden Leistungen in der psychiatrischen Versorgung sind die Ergänzung der herkömmlichen Maßnahmen in Lehrgangsform durch andere Qualifizierungsmaßnahmen, die Wohnortnähe der Versorgung, ihre Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, ihre bessere Verknüpfung mit der medizinischen Versorgung und der Ausbau behinderungsgerechter Beschäftigungsformen. Dazu ist eine ganze Reihe kleinerer Gesetzesänderungen erforderlich. Wesentliche Neuerungen dürften durch die Umstellung der Leistungen an Arbeitgeber einschließlich des Minderleistungsausgleichs auf Leistungen an den behinderten Menschen selbst darstellen. Diese hätten dann fast zwangsläufig die Form eines persönlichen Budgets. Auch die Umstellung der institutionellen Förderung dürfte nur innerhalb eines größeren Zeitraumes erfolgen können (vgl. vorn RdNr. 58).

227 In § 34 SGB IX wird folgender Absatz 7 angefügt:
»Leistungen nach Absatz 1 können auch an den behinderten Menschen erbracht werden, wenn dadurch seine berufliche Eingliederung erleichtert werden kann.«

228 Eine entsprechende Regelung wäre auch an § 218 SGB III anzufügen.

229 Falls sich solche Regelungen nicht durchsetzen ließen oder wenn man sie nicht als sinnvoll ansieht, könnten die Rehabilitationsträger ohne Gesetzesänderung bzw. zur Erprobung ihre Verwaltungspraxis ändern. So könnten, sofern Leistungen nach den §§ 34, 102 SGB IX oder 218 SGB III in Betracht kommen, dem behinderten Menschen eine Zusicherung über einen später zu erlassenden Verwaltungsakt erteilen. Das kann auf der Rechtsgrundlage des § 34 SGB X erfolgen. In der Zusicherung könnten Art und Höhe der Leistungen festgelegt werden. Diese Zusicherung könnte der behinderte Mensch bei der Beschäftigungssuche verwenden. Dabei wäre er vom Case-Manager zu unterstützen.

d) Ergänzende Regelung zur Beschäftigungspflicht

230 Obwohl der Komplex Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe in den §§ 71 ff. SGB IX verbessert worden ist, erfolgt die Erfüllung der Beschäftigungspflicht noch immer schleppend. Um ihr Nachdruck zu verleihen, könnte der Gesetzgeber die Nichterfüllung der Beschäftigungspflicht mit dem Nachteil einer Nichtberücksichtigung bei der Vergabe öffentlicher Aufträge verbinden. Das wäre allerdings mit gemeinschaftsrechtlichen Schwierigkeiten verbunden. Firmen mit Sitz ausschließlich in einem anderen EU-Staat unterliegen nicht der Beschäftigungspflicht und können sie deswegen nicht verletzten. Andererseits müssen sie an der Vergabe öffentlicher Aufträge beteiligt werden. Es muss also eine Regelung getroffen werden, die keinen grenzüberschreitenden Charakter hat. Eine Änderung müsste im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, Vierter Titel, Vergabe öffentlicher Aufträge vorgenommen werden.

231 An § 97 Abs. 4 GWB wäre folgender Satz 2 anzufügen:

»Beteiligen sich an dem Vergabeverfahren nur Unternehmen mit Sitz im Inland, so sind unter gleich geeigneten die Unternehmen bevorzugt zu berücksichtigen, die ihre Beschäftigungspflicht nach § 71 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt haben.«

232 Es könnte auch die weitergehende Regelung getroffen werden, dass Unternehmen, die die Beschäftigungspflicht nicht erfüllt haben, von der Vergabe ausgeschlossen sind. Eine solche Regelung dürfte politisch aber nicht durchsetzbar sein.

e) Alternative zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft

233 Man könnte eine ergänzende Regelung zu § 69 Abs. 2 SGB IX schaffen, nach der die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nicht erforderlich ist, wenn sich diese aus anderen Unterlagen, insbesondere aus ärztlichen Gutachten ergibt. Diese aber sind häufig nicht so abgefasst, dass sie Schlüsse auf die Schwerbehinderteneigenschaft zuließen. Man wird deswegen noch an eine weitere Möglichkeit denken müssen, die unmittelbar auf die berufliche Eingliederung bezogen ist.

234 Auszugehen ist von der Tatsache, dass ein behinderter Mensch in seiner beruflichen Entfaltung beeinträchtigt ist. Für die Anwendung der Bestimmungen des Schwerbehindertenrechts könnte man es genügen lassen, wenn das Arbeitsamt feststellt, dass nach einer gewissen Zeit beruflicher Vermittlungsbemühungen, ein Arbeits- oder Ausbildungsplatz nicht gefunden werden konnte. Eine solche Regelung würde ihre Vorbild in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur früheren Erwerbsunfähigkeit finden. Danach war bei einem Versicherten, der in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert war, davon auszugehen,

dass eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, wenn es nicht innerhalb eines Jahres gelungen war, ihn in eine Arbeit zu vermitteln.[125]

235 In § 69 Abs. 2 wird ein Satz 3 angefügt:
»Eine Feststellung nach Absatz 1 ist auch nicht zu treffen, wenn ein behinderter Mensch innerhalb eines Jahres nicht in eine Beschäftigung vermittelt werden konnte.«

f) Integrationsvereinbarung

236 Die Regelung über die Integrationsvereinbarung ist so abgefasst, dass eine verbindliche Umsetzung der damit verbundenen Ziele nicht möglich ist. Sie sollte deswegen nach dem Vorbild des Betriebsverfassungsrechts umgestaltet werden. Damit wäre erstmals auch ein Konfliktlösungsmechanismus in das Gesetz eingefügt.

237 An § 83 SGB IX wird folgender Absatz 4 angefügt:
»Zur Beilegung von Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Arbeitgeber und der Schwerbehindertenvertretung ist bei Bedarf eine Einigungsstelle zu bilden. Im Übrigen finden die § 76 und 76a des Betriebsverfassungsgesetzes entsprechende Anwendung.«

239 Ergänzend zu § 34 SGB IX (vorn RdNr. 229) wird auch in § 102 Absatz 3 SGB IX folgende Ziffer 3 angefügt:
»Leistungen nach Ziffer 2. b) können auch an schwerbehinderte Menschen erbracht werden, wenn dadurch ihre berufliche Eingliederung erleichtert werden kann.«

239 Soweit eine solche Regelung nicht möglich ist, könnte das Integrationsamt Zusicherungen erteilen (vgl. vorn RdNr. 231).

g) Neuausrichtung der institutionellen Förderung

240 Bei der institutionellen Förderung der beruflichen Rehabilitation ist bisher nicht in ausreichendem Maße auf die Erfordernisse der psychiatrischen Versorgung geachtet worden. Es kommt hinzu, dass der gesamte Komplex der Schaffung von Möglichkeiten zur Ausübung einer behinderungsgerechten Arbeit nicht förderungsfähig ist. Das steht in einem gewissen Widerspruch zur WfbM, die ihrerseits auch in ihrem Arbeitsbereich institutionell gefördert werden kann. Die Entwicklung der Infrastruktur von Einrichtungen sollte nicht auf die beruflichen Rehabilitation beschränkt sein und muss sowohl auf eine Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt als auch auf eine wohnortnahe Versorgung ausgerichtet werden.

h) Ergänzung des Dritten Buches (SGB III)

241 In § 248 SGB III wäre ein Absatz 3 anzufügen, der etwa lauten könnte: »Bei der Förderung von Einrichtungen ist eine Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorrangig anzustreben. Dem behinderungsspezifischen Bedarf ist durch Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen sowie durch eine Integration von Beschäftigung und Weiterqualifizierung Rechnung zu tragen. Die berufliche Förderung soll möglichst wohnortnah erfolgen.«

---

125 BSG 43 S. 75.

i) Ergänzung des Neunten Buches (SGB IX)

242 Es wäre auch daran zu denken, die institutionelle Förderung in die allgemeinen Grundsätze des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches einzubinden. Das gilt vor allem für eine ergänzende Bezugnahme auf allgemeine Grundsätze, die in den §§ 9 und 19 SGB IX geregelt sind.

243 In § 9 Abs. 3 SGB IX wird die Autonomie des Leistungsberechtigten bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten geregelt. Zu verdeutlichen wäre die Verknüpfung mit den Aufgaben der Leistungsträger. In § 19 Abs. 2 SGB IX fehlt bisher der Hinweis auf die wohnortnahe Versorgung. Außerdem sollte der Entwicklung der Rehabilitation zur einem durchgängigen System von stationärer bis zur ambulanten Versorgung Rechnung getragen werden.

244 Die Vorschrift des § 19 Abs. 2 SGB IX könnte also wie folgt ergänzt und erweitert werden:

»Soweit die Zielsetzungen im Einzelfall mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, werden Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände nach Möglichkeit in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form, wohnortnah oder durch familienentlastende und -unterstützende Dienste erbracht. Leistungen können in Einrichtungen und von Einrichtungen aus erbracht werden.«

245 Ergänzend könnte 19 Abs. 4 SGB IX folgendermaßen gefasst werden:

»Nehmen Rehabilitationsträger … Einrichtungen in Anspruch, erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst ... die Leistung in der am besten geeigneten Form unter Beachtung der Grundsätze des § 9 Abs. 3 ausführt; dabei werden Dienste Einrichtungen freier und gemeinnütziger Träger entsprechend ihrer Bedeutung … berücksichtigt«

246 In § 19 Abs. 5 SGB IX ist die institutionelle Förderung geregelt. An dieser Stelle könnten die wesentlichen Gestaltungsfaktoren als ermessensleitende Gesichtspunkte durch Aufnahme eines Satzes 2 aufgenommen werden. Damit wären vor allem die Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und die Wohnortnähe der Versorgung bei einer Ermessensentscheidung über die institutionelle Förderung zu berücksichtigen.

247 § 19 Abs. 5 Satz 2 SGB IX könnte lauten:

»Bei der Förderung sind namentlich die Abs. 2, 3 und 4 sowie § 9 zu beachten.«

248 Auf die in den §§ 9 und 19 SGB IX allgemein zum Ausdruck gebrachten Grundsätze könnte dann auch in § 248 SGB III verwiesen werden.

249 Die leistungsrechtliche Vorschrift des § 33 Abs. 1 SGB IX über die Teilhabe am Arbeitsleben sollte ergänzend zur institutionellen Förderung um einige Kernsätze erweitert werden. Sie hätten an dieser Stelle zwar kaum einen zwingenden Charakter, könnten aber die Ermessensausübung und die Förderungspraxis beeinflussen.

250 An § 33 Abs. 1 SGB IX könnten also folgende Sätze angefügt werden:

»Dabei ist eine Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorrangig anzustreben. Dem behinderungsspezifischen Bedarf ist durch Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen sowie durch eine Integration von Beschäftigung und Weiterqualifizierung Rechnung zu tragen. Die berufliche Bildung soll möglichst wohnortnah erfolgen«.

j) Beschäftigung und Weiterqualifizierung

251 Eine Koordination der beruflichen Förderung, die zumeist in speziellen Einrichtungen erfolgt, mit den Betrieben erweist sich im Hinblick auf die angestrebte Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt immer mehr als sinnvoll, wenn nicht notwendig. Dieses Konzept könnte mit dem Gedanken einer Beschäftigung und Weiterqualifizierung verbunden werden. Im günstigsten Falle wird es so dem seelisch behinderten Menschen ermöglicht, einerseits einer Beschäftigung nachzugehen und andererseits dann an ergänzenden Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen, wenn er nach seiner individuellen Entwicklung dazu in der Lage ist.

252 Bei den Integrationsprojekten (§§ 132ff. SGB IX) ist dies bereits im Ansatz gesetzlich geregelt. Auch im SGB IX sollen sie jedoch nur als Leistungen des Schwerbehindertenrechts ausgestaltet werden. Sie kommen also nicht allen behinderten Menschen zugute. Darüber hinaus ist das Konzept der Beschäftigung und Weiterqualifizierung auf Schulabgänger beschränkt (§ 132 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX). Um den Anwendungsspielraum der Vorschrift etwas zu erweitern, wäre es sinnvoll, § 132 Abs. 2 Satz 1 geringfügig umzustellen. Die Ziffer 3 endet nach dem Satzteil »an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen teilnehmen.« Sodann wird in Abs. 2 ein Satz 2 angefügt, der sich auf alle drei Ziffern des Absatzes 2 erstreckt:

253 »In Integrationsprojekten werden schwerbehinderte Menschen beschäftigt und weiterqualifiziert.«

Arbeitsförderung

254 Die Gedanken, die jetzt bei den Integrationsprojekten im Schwerbehindertenrecht Anerkennung gefunden haben, sollten auch auf die Arbeitsförderung erstreckt werden. Die §§ 59ff SGB III schließen weder den Wechsel von außerbetrieblicher und betrieblicher Ausbildung, noch den von Beschäftigung und Qualifizierung aus.

255 Sinnvollerweise sollte die Anordnungsermächtigung nach § 76 SGB III um einen klarstellenden Satz 2 erweitert werden:

»Dabei kann sie auch bestimmen, unter welchen Voraussetzungen eine Kooperation bei außerbetrieblicher und betrieblicher Ausbildung und in eine Beschäftigung integrierte Zeiten der beruflichen Qualifizierung zulässig sind.«

k) Harmonisierung der Regelungen über die WfbM mit vergleichbaren Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

256 Durch eine gewisse Zahl von Vorschriften erhält die WfbM eine Reihe von Vorteilen, die vergleichbaren Beschäftigungsformen nicht zustehen. Wenn aber Art. 137 Abs. 1 EGV eine Integration behinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorschreibt, dann genügt es nicht, wenn § 41 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX die Förderung des Überganges auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorschreibt. Vielmehr sind Regelungen erforderlich, die Unterschiede unter den einzelnen Beschäftigungsformen beseitigen (vgl. RdNr. 109–119).

Anrechnung von Aufträgen auf die Ausgleichsabgabe

257 In § 140 SGB IX wird ein Absatz 4 angefügt: »Die Absätze 1 und 2 finden auch Anwendung auf Einrichtungen und Dienste, die den schwerbehinderten Menschen eine ihrer Behinderung entsprechende Beschäftigung ermöglichen. Die Anrechnung erfolgt nur

entsprechend dem Anteil der in der Einrichtung oder dem Dienst beschäftigten schwerbehinderten Arbeitnehmer im Verhältnis zu den nicht behinderten Arbeitnehmer.«

258 In § 141 SGB IX werden nach dem Wort »Menschen« die Worte »oder Einrichtungen und Dienste im Sinne des § 140 Absatz. 4« eingefügt.

259 In § 142 SGB IX werden nach dem Wort »Menschen« die Worte »oder Einrichtungen und Dienste im Sinne des § 140 Absatz. 4« eingefügt.

260 In § 43 SGB IX werden nach den Worten »Die Werkstätten für behinderte Menschen« die Worte »oder Einrichtungen und Dienste im Sinne des § 140 Absatz. 4« eingefügt.

261 In § 43 Absatz. 2 Ziffer 7 BSHG werden nach »(§ 41)« die Worte »einschließlich der Einrichtungen und Dienste im Sinne des § 140 Absatz. 4« eingefügt.

262 In § 88 Absatz 3 Satz 3 BSHG werden nach dem Wort »Menschen« die Worte »oder in einer Einrichtung oder einem Dienst im Sinne des § 140 Absatz. 4« eingefügt.

l) Versicherungsschutz bei behinderungsbedingt geringfügiger Beschäftigung

263 Traditionellerweise stehen die Leistungsberechtigten noch immer bei der Versorgung in Einrichtungen besser als im ambulanten Bereich. Das gilt auch bei der Teilhabe am Arbeitsleben. So wird der Versicherungsschutz in der Kranken- und Rentenversicherung auf das behinderungsbedingt eingeschränkte Leistungsvermögen ausgerichtet, wenn ein behinderter Mensch in einer Einrichtung tätig ist (§§ 5 Abs. 1 Ziff. 7 und 8 SGB V; 1 Satz 1 Ziff. 2 SGB V). Als Voraussetzung fordert das Gesetz ein Fünftel der Leistungsfähigkeit eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten. Die Praxis geht dabei von einer Stundenzahl (8 Std.) aus. Der gleiche Versicherungsschutz besteht aber nicht bei derselben Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. RdNr. 154).

264 In Orientierung an den Rechtsgedanken des § 5 Abs. 1 Ziff. 7 und 8 SGB V ist nach § 7 SGB V ist folgender § 7a SGB V einzufügen:

»Behinderte Menschen, die auf Grund einer Behinderung eine geringfügige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben und in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht, werden auf Antrag versicherungspflichtig, nachdem der Träger der Krankenversicherung festgestellt hat, dass die Geringfügigkeit der Beschäftigung überwiegend auf der Behinderung beruht. Die Feststellung wird auf den Antragszeitpunkt zurück.«

265 Entsprechende Regelungen sind in der Arbeitsförderung als § 26a SGB III und in der Rentenversicherung als 4a SGB VI zu treffen. Anzupassen sind auch die Vorschriften über die Aufbringung der Beiträge (§§ 346 Abs. 2 Ziff. 2, 347 Ziff. 1 SGB III; 251 Abs. 2 SGB V, 168 Abs. 1 Ziff. 2 SGB VI).

m) Auszahlung von Sozialleistungen

266 Geringe Einkünfte werden häufig als demotivierend angesehen.[126] Es erscheint deswegen sinnvoll, Sozialleistungen, die sowieso neben diesen Einkünften erbracht werden müssen, in einem Gesamtbetrag an den behinderten Menschen auszuzahlen. In den §§ 47

126 Vgl. Ziegler, F.: Der Misserfolg des Mainzer Modells, ZfSH/SGB 2002 S. 527.

und 48 SGB I sind Möglichkeiten vorgesehen, den Weg der Auszahlung von Sozialleistungen abweichend von der Regel zu bestimmen. Das erfolgt jedoch nur auf Wunsch des Berechtigten (§ 47 SGB I) oder bei Verletzung der Unterhaltspflicht (§ 48 SGB I). Rechtliche Bedenken, Sozialleistungen durch einen Arbeitgeber auszahlen zu lassen, bestehen nicht. Beim Kindergeld war dies vorübergehend so vorgesehen. Soweit Leistungen der Sozialhilfe in Betracht kommen, kann bereits nach geltendem Recht auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 BSHG die beanspruchte Leistung auch ohne Zustimmung des Leistungsberechtigten an einen anderen ausgezahlt werden. Häufig geschieht das bei den Kosten der Unterkunft, die direkt an den Vermieter ausgezahlt werden. Entscheidend ist dabei, dass eine Zweckverfehlung nicht zu besorgen ist.[127] Wenn der Träger der Sozialhilfe Ermessenserwägungen anzustellen vermag, die eine entsprechende Auszahlung der Hilfe zum Lebensunterhalt als therapeutisch gerechtfertigt erscheinen lassen, kann also bereits nach geltendem Recht eine Auszahlung durch den »Arbeitgeber« oder eine vergleichbare Instanz erfolgen. Die Auszahlung anderer Leistungen ist dagegen nur auf der Grundlage der §§ 47 und 48 SGB I möglich.

267 Mit der Auszahlung an einen Dritten ist vor allem kein Rechtsübergang verbunden. Der Arbeitgeber oder eine vergleichbar Stelle, die für den psychisch behinderten Menschen eine Beschäftigung organisiert, wäre nur Zahlstelle. Außerhalb der Sozialhilfe wäre das im geltenden Recht nur auf Wunsch des Leistungsberechtigten auf der Grundlage des § 47 SGB I möglich. Man könnte die Vorschrift aber dahingehend ändern, dass dies auch von Amts wegen erfolgt, wenn der Leistungsberechtigte eine Arbeit oder Beschäftigung ausübt, in der er nicht mindestens soviel verdient, dass der notwendige Lebensunterhalt im Sinne der §§ 11ff. BSHG sichergestellt ist. Ein solche Regelung dürfte nur dann getroffen werden, wenn sie auch in anderen Bereichen, insbesondere bei der Eingliederung von Arbeitslosen, als sinnvoll angesehen wird.

268 An § 47 SGB I wird folgender Satz 2 angefügt:

»übt der Leistungsberechtigte eine Beschäftigung oder eine andere seiner beruflichen Eingliederung dienende Tätigkeit aus und deckt das Entgelt nicht seinen Lebensunterhalt, so können ergänzende Sozialleistungen durch den Arbeitgeber oder den Dienst oder die Einrichtung, in der die Tätigkeit ausgeübt wird, ausgezahlt werden (Zahlstelle). Die Auszahlung hat Erfüllungswirkung, wenn der Leistungsträger sie an die Zahlstelle überwiesen hat.«

127 VGH Mannheim NVwZ RR 2002 S. 754.

Inhaltsverzeichnis Anhang

Anhang A

1 Psychische Erkrankungen und Rehabilitationsbedarf 130

1.1 Zur Epidemiologie psychischer Störungen 130
1.1.1 Zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen 131
1.1.2 Arbeitslosigkeit und psychische Störungen 132
1.1.3 Eingrenzung des Personenkreises 134

1.2 Psychische Störungen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf 134
1.2.1 Schizophrenie (ICD-10: F2) 135
1.2.2 Affektive Störungen (ICD-10: F3) 136
1.2.3 Neurotische und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F4, F6) 136

1.3 Diagnoseübergreifende Aspekte 137

1.4 Seelische Behinderung 138

1.5 Schwerbehinderte Menschen 135

2 Bedarfsorientierung, Integration und Koordination von Leistungen zur Teilhabe und Behandlung 143

2.1 Allgemeine Leitlinien 143

2.2 Sozialrechtliche Handlungsnormen 144

2.3 Handlungsstrategien für Menschen mit komplexem Hilfebedarf 144

2.4 Abklärung des Hilfebedarfs und Hilfeplanung 146
2.4.1. Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) 146
2.4.2 Arbeits- und Berufsanamnese 149
2.4.3 Arbeitsfähigkeiten (Selbst- und Fremdbeurteilung) 149
2.4.4 Instrumente für den ergotherapeutischen Gebrauch 150
2.4.5 Profilmethode: MELBA 151
2.4.6 Der Eingliederungsplan in den Werkstätten für behinderte Menschen 152

2.5 Personenbezogenes Unterstützungsmanagement 153
2.5.1 Die koordinierende (therapeutische) Bezugsperson 154
2.5.2 Berufsbezogene Beratung, Vermittlung und Begleitung – Die Aufgaben des Integrationsfachdienstes (IfD) 154
2.5.3 Beratung und Unterstützungsmanagement durch die Servicestellen 154
2.5.4 Case-Management zur beruflichen Eingliederung und Arbeitsplatzerhaltung 155

2.6 Zur Kooperation von Leistungserbringern und Leistungsträgern 156
2.6.1 Der Fachausschuss bei der WfbM 157
2.6.2 Hilfeplankonferenz 158
2.6.3 Berufswegekonferenz 158
2.7 Zur Kooperation der Leistungserbringer 159
2.7.1 Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) 159
2.7.2 Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 161
2.8 Zur Kooperation der Leistungsträger 161

3 Leistungen zur Teilhabe und zur Krankenbehandlung: Sozialrechtliche Grundlagen 162
3.1 Leistungszuständigkeiten und Leistungsarten im Überblick 163
3.1.1 Bundesanstalt für Arbeit 164
3.1.2 Rentenversicherung 164
3.1.3 Krankenversicherung 166
3.1.4 Sozialhilfe 166
3.2 Leistungen zu Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe im Überblick 167
3.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 171
3.3.1 Rentenversicherung 171
3.3.2 Bundesanstalt für Arbeit 172
3.3.3 Sozialhilfe 175
3.3.4 Integrationsamt/Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht 176
3.4 Leistungen zur Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation 177
3.4.1 Leistungen der Krankenversicherung 177
3.4.2 Leistungen der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation 183
3.4.3 Sozialhilfe 183
3.5 Behandlung und Rehabilitation: Übergänge und Verknüpfungen 183
3.5.1 Arbeitstherapie und Belastungserprobung 184
3.5.2 Stufenweise Wiedereingliederung 184
3.6 Hürden auf dem Weg zu Teilhabe und Rehabilitation 185
3.6.1 Begutachtung und Rehabilitationsprognose 185
3.6.2 Die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen 187
3.6.3 Defizite in der Infrastruktur und ihre Folgen 188

4 Einrichtungen und Dienste 189
4.1 Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben 191
4.1.1 Integrationsfachdienste und begleitende Hilfe im Arbeitsleben 191
4.1.2 Übersichten zu Arbeits- und Beschäftigungsangeboten sowie Rehabilitationseinrichtungen für behinderte Menschen 199

4.1.3 Bildungsträger 202
4.1.4 Integrationsprojekte 204
4.1.5 Berufliche Trainingszentren 207
4.1.6 Berufsförderungswerke 209
4.1.7 Berufsbildungswerke 211
4.1.8 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) 213
4.1.9 Zuverdienstangebote/stundenweise Beschäftigung 222
4.2 Medizinisch-berufliche Rehabilitation 224
4.2.1 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte 224
4.2.2 Übergangseinrichtungen 227
4.3 Medizinische Rehabilitation 229
4.4 Krankenbehandlung 232
4.4.1 Ambulante Behandlung 232
4.4.2 Behandlung durch Psychiatrische Kliniken 237
4.5 Rehabilitative Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 240
4.5.1 Sozialpsychiatrische Dienste 240
4.5.2 Betreute Wohnangebote 241
4.5.3 Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion/ Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen 245
4.5.4 Tagesstätten 247

5 Zur Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen 250
5.1 Arbeits- und Beschäftigungssituation 250
5.2 Daten zum Leistungsgeschehen 253
5.2.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 254
5.2.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 266
5.2.3 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 271
5.2.4 Rehabilitation vor Rente 272

Anhang B

1 Ausgangslage und Zielsetzung 278
2 Erhebungsdesign und -umfang 280
3 Strukturdaten der Erhebungsregionen 281
3.1 Region Halle 281
3.2 Region Kassel 282
3.3 Region Oberbergischer Kreis 282
3.4 Die Regionen im Vergleich 283

4 Angebotsstruktur 283

4.1 Halle 284
4.1.1 Teilhabe am Arbeitsleben 284
4.1.2 Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 288
4.1.3 Krankenbehandlung 290
4.1.4 Gremien und Steuerungsinstrumente in der Region Halle 291
4.1.5 Zusammenfassung 293

4.2 Kassel 293
4.2.1 Teilhabe am Arbeitsleben 293
4.2.2 Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 298
4.2.3 Medizinische Rehabilitation 302
4.2.4 Krankenbehandlung 302
4.2.5 Gremien und Steuerungsinstrumente in der Region Kassel 305
4.2.6 Zusammenfassung 307

4.3 Region Oberbergischer Kreis 309
4.3.1 Teilhabe am Arbeitsleben 309
4.3.2 Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 314
4.3.3 Medizinische Rehabilitation 317
4.3.4 Krankenbehandlung 318
4.3.5 Gremien und Steuerungsinstrumente im Oberbergischen Kreis 319
4.3.6 Zusammenfassung 322

5 Koordination und Steuerung 323

6 Schnittstellenprobleme 325
6.1 Teilzeitbeschäftigung 325
6.2 Medizinische/berufliche Rehabilitation 327

Anhang C

Zusammenfassung der Ergebnisse 336

I Bestandsaufnahme der beruflichen Förderung behinderter Menschen 340
1 Begriffliche Klärung 340
a) Rehabilitative Beschäftigung und berufliche Rehabilitation 340
b) Behinderungsgerechte Arbeit 341
c) Institutionelle Gegebenheiten 342

2 Berufliche Rehabilitation 344
a) Rentenversicherung 345
b) Arbeitsförderung 346
c) Höhe des Übergangsgeldes 347
d) Ergänzende Leistungen der Sozialhilfe 347
e) Berechnungsbeispiel 350
f) Leistungen der Grundsicherung 351

3 Behinderungsgerechte Arbeit 352
a) Übergangsformen 350
b) Institutionelle Förderung 360

4 Neuerungen im Schwerbehindertenrecht 362
a) Der Begriff des Arbeitsplatzes 362
b) Neuregelung von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe 363
c) Besondere Pflichten der Arbeitgeber, Integrationsvereinbarung 363
d) Verhältnis zu den rehabilitativen Leistungen 365
e) Arbeitsassistenz 365
f) Minderleistungsausgleich 369
g) Integrationsfachdienste 370

5 Sozialhilferechtliche Förderung 372
a) Sonstige Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes 373
b) Kostenbeiträge 375
c) Das Entgelt aus dieser Beschäftigung 376
d) Schaffung anderer Arbeitsgelegenheiten 378

6 Mischformen 379
a) Werkstatt für behinderte Menschen 380
b) Beschäftigungstagesstätte 384
c) Integrationsprojekte 384

7 Die Organisierung von Arbeit und Qualifizierung durch gemeinnützige Leiharbeit 388
a) Arbeitnehmerstellung 391
b) Anwendung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes 392
c) Die institutionelle Förderung der Leiharbeitsfirma 394
d) Die individuelle Förderung des behinderten Menschen 395
e) Die sozialrechtliche Stellung des Leiharbeitnehmers 396

8 Persönliches Budget 398

9 Anstelle einer Zusammenfassung: Stand der bedarfsorientierten beruflichen Förderung 400
a) Übergang von der medizinischen Versorgung zur Teilhabe am Arbeitsleben 400
b) Ausrichtung auf den konkreten Arbeitsplatz 402
c) Förderung der Arbeitsaufnahme 403
d) Behinderungsgerechte Arbeit 404

10 Koordinierung 405

II Reformbedarf in der Teilhabe am Arbeitsleben 407

1 Veränderungen der sozialen Infrastruktur 407
a) Ausrichtung der Gesetzesauslegung auf die §§ 2 Abs. 2 SGB I, 10 Abs. 3 SGB IX 407
b) Zeitpunkt der Prognose 409
c) Weiterentwicklung des Minderleistungsausgleichs 410
d) Vernetzung der medizinischen Versorgung mit der Teilhabe am Arbeitsleben 412
e) Leistungserbringung 414

2 Vorschläge für Gesetzesänderungen 416
a) Koordinierung der Leistungen und Zusammenwirken der Rehabilitationsträger 416
b) Sondervermögen zur Erfüllung gemeinschaftlicher Aufgaben 418
c) Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben 419
d) Ergänzende Regelung zur Beschäftigungspflicht 420
e) Alternative zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft 420
f) Integrationsvereinbarung 421
g) Neuausrichtung der institutionellen Förderung 421
h) Ergänzung des Dritten Buches (SGB III) 421
i) Ergänzung des Neunten Buches (SGB IX) 422
j) Beschäftigung und Weiterqualifizierung 423
k) Harmonisierung der Regelungen über die WfbM mit vergleichbaren Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 423
l) Versicherungsschutz bei behinderungsbedingt geringfügiger Beschäftigung 424
m) Auszahlung von Sozialleistungen 424