

Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung

Tagungsbericht
Kassel, 19./20. November 2007

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Regina Schmidt-Zadel
Niels Pörksen



Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung

Tagungsbericht
Kassel, 19./20. November 2007

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Regina Schmidt-Zadel
Niels Pörksen

Gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel, Niels Pörksen (Hg.).

Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung

1. Auflage

ISBN 978-3-88414-447-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2008

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln

Redaktion: Manfred Becker, Bonn

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Inhalt

Begrüßung – Individuelle Wege ins Arbeitsleben <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	11
---	----

A Personenzentrierte Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Teilhabe am Arbeitsleben: Grundlagen, Konzepte, Perspektiven <i>Heinrich Tiemann, vorgetragen von Erika Huxhold</i>	16
--	----

Zukunft der Arbeit für Menschen mit langfristigen Vermittlungshemmnissen <i>Michael Pflügner</i>	24
--	----

Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung psychisch Kranker aus Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen <i>Uwe Brückmann</i>	31
--	----

Chancen der Arbeitsmarktreform <i>Arnd Schwendy</i>	36
--	----

Vom Ist zum Soll – Erfahrungen des TAB-Projekts <i>Niels Pörksen, Ulrich Krüger</i>	45
--	----

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Der richtige Start ist wichtig: Orientierung – Klärung – Entscheidung

Einleitung <i>Peter Kruckenberg, Ulrich Krüger</i>	68
---	----

Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen <i>Peter Kruckenberg</i>	70
---	----

Orientierung – Klärung – Entscheidung ... bei Werkstattanspruch <i>Otto Hahn</i>	82
---	----

SAFARI – Saalfelder Modell für flexible Arbeit und Integration <i>Dieter Saalman, Sandra Bär, Gerd Grampp</i>	90
Orientierung – Klärung – Entscheidung ... im Rahmen des SGB II <i>Armin Schönfelder</i>	93
Orientierung – Klärung – Entscheidung ... im Auftrag der ARGE <i>Friederike Steier-Mecklenburg</i>	98
II Perspektiven für nicht erwerbsfähige Menschen	
Einleitung <i>Ingmar Steinhart, Rainer Knapp</i>	102
Alternativen zur klassischen Werkstatt – Projekt »Kopernikus« <i>Michael Bartels</i>	107
Beispielhafte Teilhabe an Arbeit für »Erwerbsunfähige« in Bielefeld <i>Susanne Bondzio</i>	118
Mut zur Zukunft – Eine Position zur strategischen Ausrichtung der Werkstätten für behinderte Menschen <i>Wilfried Hautop</i>	124
»Perspektiven für nicht erwerbsfähige Menschen« – Beschäftigungsförderung nach SGB XII <i>Wolfgang Rust</i>	130
III Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX	
Einleitung <i>Manfred Becker, Arnd Schwendy</i>	135
Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX – Job-Coaching und ARGE <i>Maik Adler</i>	140
Was bietet das SGB IX Teil 2 an psychosozialer Unterstützung? <i>Manfred Becker</i>	145

Psychosoziale Leistung nach § 16 Abs. 2 SGB II – am Beispiel
der Psychosozialen- und Suchtberatung in den
Behandlungszentren in Bremen
Rainald Rolfes 151

Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX –
Beispiel RoNA
Antje Wrociszewski, Thomas Utermark 156

IV Medizinische und berufliche Rehabilitation: Ab-, Um- oder Aufbruch?

Einleitung
Jörg Holke, Heinrich Kunze 167

RPK-Empfehlungsvereinbarung: Ein Erfolgsmodell?
Detlef Chruscz 167

Medizinische Rehabilitation
Hermann Mecklenburg 175

Supported Employment – ein neuer berufsintegrierender Ansatz?
Wulf Rössler 180

Berufliche Rehabilitation
Wolfgang Seyd 187

V Behandlungsziel ›Arbeit!‹

Einleitung
Matthias Rosemann, Gerhard Längle 205

Ergotherapie im Psychosozialen Zentrum
Dirk Bennewitz 207

Arbeit (Dienstleistung) als Behandlung
Matthias HeiBler 211

Arbeit, Sucht und Rehabilitation <i>Ulrich Kemper</i>	220
Stellenwert der Arbeit im Rahmen von Krankenhaus-Behandlung <i>Karsten Groth</i>	228

VI (Er-) Findung von Arbeitsplätzen

Einleitung <i>Petra Gromann, Anton Senner</i>	232
Moderne Dienstleistungen - der Verbund der Embrace Hotels <i>Axel Grassmann</i>	233
Gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung <i>Sabine Kanzler</i>	235
Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit durch »Bürgerarbeit« <i>Sylvia Kühnel</i>	238
Aktuelle Entwicklungen in Integrationsbetrieben <i>Anton Senner</i>	241

C Bilanz und Perspektiven

I Arbeit durch persönliche Budget

Einleitung <i>Ingmar Steinhart</i>	254
Ausschnitt aus der Podiumsdiskussion »Arbeit durch Persönliches Budget« <i>Klaus Laupichler, Reinhard Peukert, Franz-Georg Simon</i> Moderation: <i>Ingmar Steinhart</i>	257
Arbeit durch Persönliches Budget <i>Richard Auernheimer</i>	269

II Recht auf Arbeit 1: Steuerung durch Leistungsträger – Möglichkeiten und Begrenzungen

Diskussionsrunde mit Vertretern der Leistungsträger

Reiner Braunersreuther, Hanno Irle, Rainer Radloff, Armin Schönfelder

Moderation: Ulrich Krüger

276

III Recht auf Arbeit 2: Zukunft der Teilhabe

Podiumsdiskussion mit Vertreter/-innen der Politik

Markus Kurth, Gabriele Lösekrug-Möller, Jörg Rohde, Ilja Seifert, Peter Weiß

Moderation: Niels Pörksen

299

D Informations-Beiträge aus dem ArbeitsMARKT

Einleitung

Manfred Becker

328

I Referenz-Regionen im Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung«

Das TAB-Projekt im Altenburger Land

329

Das Bielefelder Netzwerk »Hilfen für Menschen
mit psychischen Beeinträchtigungen«

332

Region Bodensee-Ravensburg

336

Individuelle Wege ins Arbeitsleben – Zwischenbericht aus Bremen

339

Das TAB-Projekt in Neumarkt i. d. Oberpfalz

341

Ergebnisse des TAB-Projekts in Ostvorpommern

343

II Beispielhafte Projekte und Initiativen

CAP ... der Lebensmittelpunkt – Info über die CAP-Märkte

346

Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen – Mainz

349

Integrationsmanagement im Netzwerk Hamburg-Bergedorf

353

Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen »i-werk« – Ostvorpommern	356
»Jobvision« – ein Angebot der Elbe-Werkstätten-Hamburg	362
Arbeitsprojekt »Kiosk« und virtuelle Tagesstätte – Bielefeld	363
EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen« – Ergebnisse der Evaluation	366
Das Projekt »Methodenkoffer« im Rahmen des EQUAL-Projekts »Arbeit für psychisch kranke Menschen«	370
OSKAR – Ortsnahe Sozialpsychiatrische Kölner Ambulante Rehabilitation	372
Tagesklinik Arbeitstherapie (TKAT) Bremen Ost	375
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	377
Veröffentlichungen und Informationstagungen	381

Begrüßung - Individuelle Wege ins Arbeitsleben

Regina Schmidt-Zadel

Ich begrüße Sie auf das Herzlichste und eröffne die Tagung »Individuelle Wege ins Arbeitsleben«. Wir freuen uns sehr, dass Sie trotz Bahnstreik und den damit verbundenen Verzögerungen und Risiken nach Kassel gekommen sind.

»Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen« ist die zentrale Anforderung an uns alle. Da darf keiner mit dem Finger auf andere zeigen: »Macht ihr mall!« Wir brauchen eine Bewegung zur Teilhabe psychisch kranker und beeinträchtigter Menschen auch und gerade am Arbeitsleben.

1. »Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen« ist die zentrale Anforderung an uns alle

Dies ist mit über 900 Anmeldungen bisher die größte Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Jedes Jahr kommen Fachleute aus allen Bereichen der Hilfeleistung für psychisch kranke Menschen zu unserer Tagung: Vertreter und Vertreterinnen der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Selbsthilfe und der Planungsverantwortlichen in Politik und Verwaltung. Viele von Ihnen kennen die AKTION PSYCHISCH KRANKE seit Jahren.

Mit zunehmender Tendenz lassen sich aber auch Menschen aus anderen Bereichen zu unserer Tagung einladen. Im letzten Jahr waren das die Bereiche Altenhilfe und Pflege.

In diesem Jahr sind viele Menschen aus dem Arbeitsbereich zu uns gekommen, die sonst nicht primär mit dem Thema »Psychiatrie« befasst sind: Arbeitsvermittler, Fallmanager, Ausbilder, usw.

Die *Vernetzung* von psychiatrischen Hilfen mit anderen Hilfen ist uns ein besonderes Anliegen. Nicht immer ist die spezialisierte psychiatrische Einrichtung für Menschen mit psychischer Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung erforderlich und sinnvoll. *Immer* ist es aber notwendig, die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe zu beachten, die aus der psychischen Beeinträchtigung erwachsen. Dazu müssen wir alle Hilfesysteme befähigen, nicht nur die psychiatrischen.

Wie wir sehen werden, dürfen wir uns nicht darauf beschränken, alle *Hilfesysteme* auf die Besonderheiten psychisch kranker und beeinträchtigter Menschen einzustellen. Wir müssen auch einen Beitrag leisten, dass die

Arbeitswelt *insgesamt* lernt, mit psychischer Beeinträchtigung und Krankheit umzugehen, und das nicht aus Wohltätigkeit oder besonderer Hilfsbereitschaft, sondern aus Notwendigkeit. Psychische Erkrankung gehört zu den allgemeinen Lebensrisiken wie jede andere Krankheit auch und lässt sich nicht durch Ausgrenzung bewältigen.

2. Dank an Regierung und Parlament: Positive sozialrechtliche Entwicklung der letzten Jahre

Das Thema ›Arbeit‹ war in der Psychiatrie lange Zeit vernachlässigt, ja geradezu tabuisiert. Die Psychiatrie hat das Thema ›Arbeit‹ genauso ausgegrenzt wie die Arbeitswelt die psychisch Kranken.

Teilweise herrschte die gemeinsame Haltung vor: erstmal gesund werden, dann wieder arbeiten gehen. So braucht man sich nicht umeinander zu kümmern.

Aber das ist falsch: Psychische Krankheit kommt in den Betrieben vor, manchmal entsteht sie sogar im Arbeitsleben oder wird dort begünstigt, und psychisch kranke Menschen sind stark mit dem Thema ›Arbeit‹ beschäftigt, ob sie nun Arbeit haben oder arbeiten wollen.

Inzwischen ist das Thema ›Arbeit‹ in der Psychiatrie angekommen und das Thema ›psychische Erkrankung‹ bei den Verantwortlichen im Arbeitsleben. Hier mussten und müssen wirklich zwei getrennte Welten zueinander finden. Ich glaube, dass wir mit unserem Projekt, über dessen Ergebnisse wir auf dieser Tagung berichten werden, einen Beitrag dazu geleistet haben.

3. Psychische Erkrankungen werden häufiger erkannt, auch im Arbeitsleben

Ich habe bereits Herrn Tiemann und dem BMAS gedankt, dass wir dieses Projekt durchführen konnten. Ich möchte aber auch Dank sagen an Regierung und Parlament, die in den letzten Jahren eine sozialrechtliche Entwicklung vollzogen haben, die in zentralen Punkten genau unseren Empfehlungen entsprach.

Als die APK das erste Projekt zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für das BMAS begann, war gerade das geänderte SGB IX in Kraft getreten und damit ein sozialrechtlicher Paradigmenwechsel vollzogen worden durch den der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch mit seinem *Anspruch* auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Mittelpunkt gerückt wurde. Unter den Hilfeleistungen war auch die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeschlossen.

Durch das Hartz IV-Gesetz wurde das SGB II als neues Sozialgesetzbuch geschaffen – mit Leistungen für alle erwerbsfähigen Menschen, unabhängig davon, ob sie schon einmal Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben oder nicht. Viele psychisch beeinträchtigte Menschen, die bis dahin von Sozialhilfe gelebt haben, erhielten nun Arbeitslosengeld II und, was hier fast noch wichtiger ist, die vollen Ansprüche auf Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben. Das SGB II ermöglichte auch die sogenannten ›Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung‹. Dieses Instrument hat inzwischen zahlreichen psychisch beeinträchtigten Menschen erste Arbeitserfahrungen ermöglicht oder erste Arbeitserfahrungen nach schwerer psychischer Krankheit. Wir sind sehr froh über diese Möglichkeit.

Aber Arbeitsgelegenheiten sind befristet und manche Menschen sind aufgrund ihrer Beeinträchtigungen ohne Chance auf einen regulären Arbeitsplatz. Mit dem § 16 a, der in diesem Jahr ins SGB II aufgenommen wurde, wurde eine unbefristete Förderung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses ermöglicht. Aus SGB II-Mitteln, also letztlich aus Bundessteuermitteln, können bis zu 75 % der Lohnkosten als Zuschuss gewährt werden. Wir sind guter Hoffnung, dass damit für viele psychisch kranke Menschen, die ihre krankheitsbedingten Beeinträchtigungen nicht ganz überwinden können, endlich eine nachhaltige Perspektive entsteht und das ›Maßnahmehopping‹ endlich endet.

Das waren erhebliche rechtliche Verbesserungen für *Arbeitsuchende*. Aber auch für Menschen, die Arbeit haben sind über das im vorletzten Jahr beschlossene ›Eingliederungsmanagement‹ rechtliche Grundlagen dafür geschaffen worden, dass man Krankheit nicht einfach ignoriert, sondern verpflichtend prüft, welche Auswirkungen sich daraus auf die Arbeitsanforderungen und Arbeitsverhältnisse ergeben.

Wir müssen gemeinsam dafür sorgen, dass dabei auch psychische Erkrankungen die erforderliche Aufmerksamkeit finden und geeignete Umgangsweisen damit gefunden werden.

4. Psychische Erkrankung führt häufig zur Ausgliederung aus dem Arbeitsleben

In groß angelegten Studien der Krankenkassen und der Rentenversicherung ist deutlich geworden, dass psychische Erkrankungen häufiger erkannt werden, häufiger und länger zu Arbeitsunfähigkeit und zu Berentung wegen voller Erwerbsminderung führen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen ist insgesamt deutlich überproportional gestiegen. Bei den krankheitsbeding-

ten Ausfallzeiten ist dies noch einmal besonders deutlich. Natürlich macht auch uns dies Sorgen.

Aber wir sind auch froh, dass psychische Erkrankung häufiger erkannt wird und dass darüber vermehrt gesprochen wird. Vielleicht wird eine psychische Erkrankung heute auch häufiger so benannt, während man früher stärker somatische Erkrankungen in den Vordergrund stellte, obwohl es sich im Wesentlichen um eine psychische Störung handelte.

Das Erkennen der psychischen Erkrankung kann die Tür zu einem sinnvollen Umgang öffnen, zu adäquater Behandlung, Rehabilitation, Anpassung der Lebensweisen.

Man muss aber auch sagen: Das Erkennen der psychischen Erkrankung kann auch zu Ausgrenzung, Ausschluss, oder anders ausgedrückt ›Verlust an Teilhabe‹ führen. Leider müssen wir genau dies verbreitet feststellen.

5. Noch häufigeres Phänomen: Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sind arbeitslos und versuchen vergeblich in Arbeit zu kommen. Psychische Erkrankung führt häufig zur Ausgliederung aus dem Arbeitsleben, sei es, dass die psychisch Kranken die Arbeit verlieren, sei es, dies ist noch häufiger, dass sie eine Arbeitsmöglichkeit erst gar nicht erreichen.

6. Der Ausgliederung muss dringend entgegengewirkt werden: Teilhabe. Dieser Ausgliederung muss dringend entgegengewirkt werden: Wir müssen uns für die Teilhabe psychisch kranker, beeinträchtigter oder behinderter Menschen am Arbeitsleben einsetzen. Dazu reichen Appelle nicht aus. Wir brauchen spezifische Konzepte – damit ist nicht gemeint: spezielle Einrichtungen.

Dabei dürfen wir keinen psychisch kranken Menschen ausschließen, das heißt, wir müssen Lösungen auch für Menschen mit starken psychischen Beeinträchtigungen finden. »Bei den Schwächsten beginnen!«, lautet die richtige Empfehlung von Klaus Dörner. Wir sind überzeugt davon, dass daraus auch alle anderen Nutzen ziehen.

Wertvolle Erfahrungen auf diesem Gebiet liegen schon vor. Durch das Projekt ›Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung‹ haben wir versucht, diese zu ergänzen und zusammenzufassen. Ich glaube die Ergebnisse können sich sehen lassen.

Ich wünsche Ihnen und uns einen guten Verlauf!

A Personenzentrierte Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Teilhabe am Arbeitsleben: Grundlagen, Konzepte, Perspektiven

Heinrich Tiemann – vorgetragen von Erika Huxhold

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Schmidt-Zadel, meine sehr geehrten Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung und den freundlichen Empfang hier in Kassel. Ich bin gerne hierher gekommen – und das hat auch mit den Besonderheiten und der Ausstrahlung dieser Stadt zu tun.

Da ist zum Beispiel die documenta-Stadt Kassel, die heute weltweit zu einem Inbegriff moderner Kunst und Kultur geworden ist. Da ist Kassel mit seinem grandiosen Bergpark Wilhelmshöhe, einem barocken Landschaftsgarten von Weltgeltung, der auch international von sich reden macht.¹

Und da ist Kassel als Sitz des Bundessozialgerichts, dessen Rechtsprechung ein tragendes Element unserer sozialen Ordnung darstellt und beinahe alle Bürgerinnen und Bürger in existenzieller Weise betrifft.

Kassel ist aber auch dann, und vielleicht gerade auch dann eine gute Adresse, wenn es darum geht, für psychisch kranke und behinderte Menschen neue Wege zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu erschließen.

Diesem Ziel ist die AKTION PSYCHISCH KRANKE, seit ihrer Gründung 1971 durch Abgeordnete aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierte Fachleute aus dem Bereich Psychiatrie verpflichtet.

An einer starken Stimme für psychisch kranke Menschen, die krankheits- oder behinderungsbedingt Unterstützung benötigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, hat es damals gefehlt. Die APK hat diese Rolle übernommen und in den zurückliegenden Jahrzehnten Hervorragendes geleistet.

Dazu gehören die unermüdlichen Aktivitäten zur Neu- und Umgestaltung von Hilfen für psychisch kranke Menschen ebenso wie die vielfältigen Beratungs- und Serviceangebote, die sich ausgesprochen praxisnah an den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.

Dazu kommen die besonderen Verdienste der APK als Struktur und System bildende Einrichtung: So führt der Verein mit großer Integrationskraft immer wieder unterschiedliche Organisationen und Interessenvertretungen zusammen, um gemeinsam zum Beispiel

1 Georg Dehio, der Nestor der modernen Denkmalpflege, sagt über den Park, er sei »vielleicht das Grandioseste, was irgendwo der Barock in Verbindung von Architektur und Landschaft gewagt hat«.

- an konkreten psychiatriepolitischen Fragestellungen,
- an reformorientierten Projekten zur Teilhabe psychisch kranker Menschen am Leben in der Gemeinschaft
- oder am Auf- und Ausbau gesellschaftlicher Versorgungsstrukturen zu arbeiten.

Die wenigen Punkte, die ich jetzt genannt habe, werden dem gesamten Aufgabenspektrum der AKTION PSYCHISCH KRANKE selbstverständlich nicht gerecht. Auf Vollständigkeit kommt es aber hier nicht an; hohe Anerkennung verdient in jedem Fall das großartige Engagement, mit dem die Mitwirkenden der APK ihrer Arbeit nachgehen. Gerne nutze ich deshalb die Gelegenheit, Ihnen auch im Namen des Bundesministers für Arbeit und Soziales Dank und Anerkennung für das Geleistete aussprechen zu können.

Meine Damen und Herren, Arbeit ist ein Gesundheitsfaktor. Vor allem chronisch psychisch kranke Menschen leiden, wenn sie auf Dauer zur Unfähigkeit verurteilt werden, wenn sie einen ihren Leistungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gesellschaft nicht finden können.

Das bedeutet: Hier sind weitere Anstrengungen erforderlich. Und zwar von allen: Politik, Arbeitgebern, Betriebs-, Personal- und Schwerbehindertenvertretungen und natürlich auch von Verbänden der Menschen mit Behinderungen.

Neue Wege in Arbeit und Beschäftigung, das sind für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in aller Regel individuelle Wege. Der Titel Ihrer diesjährigen Tagung ist also Programm. Er spricht prägnant und offensiv die Herausforderung an, die es anzunehmen gilt.

Behinderung ist individuell. Sie betrifft viele, und kann jeden von uns betreffen, aber jeden anders. Dieser Grundsatz muss in der beruflichen Rehabilitation die Praxis bestimmen. Er ist der Schlüssel dafür, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Personen auf Dauer zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung befähigt werden.

Diese Erkenntnis war Leitmotiv auch für die Arbeit im Modellprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme«.

Kernziel des Projekts, das von 2003 bis 2007 vom BMAS mit rund 960 000 Euro gefördert wurde, war die Qualitätsverbesserung der Hilfeleistungen für arbeitssuchende psychisch kranke Menschen.

Drei Punkte standen dabei im Vordergrund:

1. die konsequente Orientierung am individuellen Bedarf,

2. die personenzentrierte Zusammenarbeit der Leistungsträger sowie
3. die Übernahme gemeinsamer Verantwortung und regionaler Versorgungsverpflichtung.

Die Bilanz dieser Arbeit, nur so viel möchte ich hier vorweg sagen, kann sich sehen lassen. Manches von dem, was erdacht und erprobt wurde, muss auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben werden, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen:

Auf der Arbeitsebene: Es müssen personen- statt einrichtungszentrierte Konzepte und Arbeitsformen entwickelt werden sowie ein Gesamtplan sowohl personenbezogen als auch einrichtungübergreifend.

Auf der Einrichtungsebene: Es geht um die Umorganisation der vorhandenen Einrichtungen, sodass sie im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes flexible und abgestimmte Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung leisten.

Auf der Steuerungsebene: Hier sind zunehmend aufeinander bezogene Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit dem Ziel der Schwerpunktverlagerung von Hilfeleistungen in spezialisierten Einrichtungen zu Hilfen im allgemeinen Arbeitsleben zu entwickeln.

Im Sozialrecht und bei der Finanzierung: Komplexe Leistungen sind eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Personen auf Dauer zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung befähigt werden. Bestehende sozialrechtliche Ansprüche und Fördermöglichkeiten müssen personenbezogen gebündelt und wesentlich flexibilisiert werden.

Leitgedanke ist dabei die Orientierung am konkreten individuellen Bedarf der psychisch erkrankten bzw. seelisch behinderten Person und die Realisierung personenzentrierter Hilfen, anstelle der bisher vorherrschenden institutionszentrierten und angebotsgesteuerten Organisation von Hilfen.

Dabei kommt dem Grundsatz der wohnortnahen, vorrangig ambulant zu erbringenden, bedarfsgerechten Hilfe und der hierzu erforderlichen Übernahme von Versorgungsverpflichtung durch die Träger der Einrichtungen und Dienste und der neuen Leistungsform »Persönliches Budget« besondere Bedeutung zu. Die APK plant deshalb ein neues Projekt, bei dem es vor allem um die Realisierung folgender Ziele geht:

- Die Ziele des Projekts ›Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke‹ sollen in weiteren Projektregionen umgesetzt werden, um die Vorbildwirkung zu erhöhen.

- Es sollen zielgruppenspezifische, qualifizierte Hilfeplanverfahren erarbeitet und erprobt werden – unter Einbezug der erforderlichen Begutachtungen und des Assessments.
- Job-Coachs – d. h. der Einsatz koordinierender Bezugspersonen mit maßnahmeübergreifender Zuständigkeit soll erprobt werden.

Die nachfolgenden Rednerinnen und Redner werden darauf im Einzelnen zu sprechen kommen.

Ich sehe diesen Ausführungen mit großem Interesse entgegen, möchte Ihnen aber zunächst wichtige Eckpunkte unserer Politik für die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben vorstellen, in die dieses Projekt eingebettet ist.

Meine Damen und Herren, ich habe bereits davon gesprochen: Arbeit haben, das ist mehr als nur Lebensunterhalt. Es heißt auch Selbstbestätigung. Stolz sein auf das Geleistete.

Auch deshalb ist und bleibt Arbeit der wesentliche Schlüssel zu gesellschaftlicher Teilhabe – das gilt für Menschen mit und ohne Behinderungen gleichermaßen.

Weil aber für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen der Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt oft besonders steinig ist, helfen wir durch gezielte Initiativen und passende Programme.

Dabei machen uns die Fortschritte der letzten Jahre Mut.

Der Bericht über die Wirkungen der Instrumente zur Sicherung der Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention, den die Bundesregierung Ende Juni beschlossen hat, zeigt:

- 2005 waren rund 914 000 schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt.
- Die Zahl der besetzten Pflichtarbeitsplätze hat sich seit 2001 um über 4 Prozent erhöht.
- Die Beschäftigungsquote ist von 3,8 Prozent auf 4,2 Prozent in 2005 gestiegen.
- Und die Zahl der beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber, die keinen schwerbehinderten Menschen beschäftigen, ist im Zeitraum 2001 bis 2005 von rund 39 Prozent auf etwa 27 Prozent gesunken.
- Seit Anfang 2007 geht auch die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen stetig zurück, aktuell zum Vorjahresmonat um rund zehn Prozent.

Das alles sind erfreuliche Entwicklungen, keine Frage. Aber – und das gehört zur ehrlichen Darstellung der Situation dazu – der Abbau der Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderungen vollzieht sich noch immer deutlich langsamer als bei den Menschen ohne Behinderung. Über 180 000 arbeitslose Menschen mit Behinderungen warten noch immer auf eine Perspektive. Das muss uns Ansporn sein für weiteres Engagement.

Viele von Ihnen kennen unser Arbeitsmarktprogramm »Job4000«. Es besteht seit Januar dieses Jahres und ergänzt die Initiative »job – Jobs ohne Barrieren«, die wir übrigens weiterentwickelt fortsetzen werden.

Bei »Job4000« geht es konkret um *drei Säulen*, für deren Finanzierung Bund und Länder insgesamt 50 Millionen Euro zur Verfügung stellen:

Erstens sollen mindestens 1000 neue Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen mit besonderen Schwierigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entstehen. Arbeitgeber, die neue Arbeitsplätze schaffen, erhalten eine arbeitsplatzbezogene Förderung über die Dauer von bis zu fünf Jahren. Der Bund stellt dafür 18 Millionen Euro bereit, die Länder noch einmal Mittel in gleicher Höhe.

Zweitens wollen wir mehr schwerbehinderte Jugendliche in betriebliche Ausbildung bringen. Mindestens 500 neue betriebliche Ausbildungsplätze sollen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geschaffen werden. Dazu erhalten Arbeitgeber pro Ausbildungsplatz eine Prämie. Darüber hinaus fördern wir die Übernahme in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mit einer weiteren Prämie. Allein für diese Fördermaßnahmen stehen je zwei Millionen Euro vom Bund und von den Ländern zur Verfügung.

Drittens schließlich wollen wir mit »Job4000« mindestens 2500 schwerbehinderten Menschen, insbesondere schwerbehinderten Jugendlichen, eine Starthilfe in der Phase des Übergangs von der Schule in die Ausbildung bzw. den Beruf geben. Dafür hält der Bund insgesamt mehr als 11 Millionen Euro bereit. Dabei bauen wir auf die Integrationsfachdienste. Diese sollen die Möglichkeit nutzen, sich bereits in der Berufsorientierungsphase einzuschalten. Auf regionaler Ebene könnten so Netzwerke entstehen: Netzwerke, in denen Maßnahmen besser koordiniert und effektiver gestaltet werden.

Meine Damen und Herren, die berufliche Rehabilitation ist für viele Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen der beste Weg zurück in Arbeit und Gesellschaft. Betrachten wir unsere Ausgangssituation: Deutschland verfügt im Bereich der beruflichen Rehabilitation wie kaum ein anderes Land über eine Fülle von Einrichtungen mit zum Teil ganz speziellen und spezifischen Fähigkeiten.

Da gibt es neben den Berufsförderungswerken die Berufsbildungswerke und die Berufstrainingszentren. Dazu haben wir eine ganze Palette von ambulanten Angeboten wie etwa die regionalen Angebote für psychisch Kranke. Sie alle leisten Hervorragendes – das ist unbestritten. Aber es gibt neue Herausforderungen, auf die wir reagieren müssen.

Die Arbeitswelt erlebt dramatische Umbrüche. Dabei geht es um veränderte Arbeits- und Produktionsprozesse, das Entstehen und Anwachsen neuer Beschäftigungsformen wie Leih-, Teilzeit-, Tele- und Projektarbeit. Dazu kommen die rasante Zunahme wissensgestützter Produkte und Dienstleistungen und zugleich damit die wachsende Bedeutung von so Fähigkeiten wie Kommunikations- und Teamfähigkeit.

Wir dürfen uns hier nichts vormachen. Veränderung und Wandel werden auch künftig das Normale sein. Darauf muss sich das System der beruflichen Rehabilitation einstellen. Wir wollen zu Lösungen kommen, die eine noch stärkere Individualisierung der Leistungen zulassen. Wir wollen aber auch Synergien schaffen, damit wir das Geld, das wir ausgeben, so effektiv und effizient wie möglich einsetzen können.

Wie gelingt es uns, diese Leitbilder stärker in der Praxis und in den Strukturen der beruflichen Reha zu verankern? Wie können wir den Reha-Prozess im Umfeld dieser gesellschaftlichen, betrieblichen und wirtschaftlichen Veränderungen verändern und verbessern?

Antworten auf diese Fragen zu finden – das ist die Aufgabe unsere Initiative RehaFutur. Dafür haben wir eine wissenschaftliche Fachgruppe berufen, die bis Mitte des nächsten Jahres Vorschläge für die mittel- und langfristige Rehabilitation erarbeiten soll. Die Empfehlungen werden sich dann an Bund, Länder, Leistungsträger und Einrichtungen richten.

Die Initiative setzt auf gemeinsame Arbeitsergebnisse der BFWs und der Träger auf, die in diesem Jahr ein Konzept für ein neues Reha-Modell entwickelt haben, das in Kürze in allen BFWs erprobt wird.

Ich bin überzeugt: Das »Neue Reha-Modell« wird Ablauf und System der beruflichen Rehabilitation nachhaltig verändern. Individualisierung der Leistungen und Verbesserung der Integration sind seine zentralen Ankerpunkte.

Unbestreitbar ist: Die berufliche Reha der Zukunft muss

- individueller und aktivierender,
- vorzeitiger und komplexer und
- schließlich ambulanter und betriebsnäher werden.

Es geht darum, die Rehabilitanden zu Akteuren des Reha-Prozesses, zu Experten in eigener Sache zu machen. Leitmotiv ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Nicht nur alimentieren, sondern dabei helfen, das eigene Leben wieder selbst in die Hand nehmen zu können. Vor allem seine Motivation, sein Engagement und die Mobilisierung eigener Kräfte sind entscheidend für das Erreichen des zentralen Zieles: die selbstbestimmte Teilhabe an Arbeit und Gesellschaft.

Auch die Einrichtungen müssen sich öffnen: Es geht um die Vernetzung mit Betrieben und Unternehmen, um Eingliederungsmanagement zum Beispiel für kranke Menschen und von Behinderung bedrohte Menschen. Und es geht um Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern.

RehaFutur steht für einen Prozess, an dem viele beteiligt sind und noch sein werden. Konsultation und Kooperation sind entscheidend. Es ist ein Gemeinschaftswerk, das auf vielfältige Impulse und Ideen angewiesen war, ist und bleibt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales stützt und steuert diesen Prozess. Mit RehaFutur laden wir ausdrücklich auch die APK zur Beteiligung ein!

Meine Damen und Herren, Teilhabe am Arbeitsleben wird vor allem dann gewährleistet, wenn Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt. Es muss daher unser vorrangiges Anliegen sein, Menschen mit Behinderungen so zu unterstützen, dass dies möglich ist.

Bisher gibt es keinen gesetzlichen Fördertatbestand dafür, mit der Folge, dass es für Menschen mit einem erheblichen Unterstützungsbedarf derzeit kaum Alternativen zur Eingliederung in Werkstätten gibt.

Wir halten das Instrument der Unterstützten Beschäftigung für geeignet, diese Lücke zu schließen. Da die »Unterstützte Beschäftigung« bislang gesetzlich nicht geregelt ist, haben einzelne Anbieter zusammen mit den Leistungsträgern regional unterschiedliche Wege gefunden, wie solche Angebote durchgeführt und finanziert werden können.

Nach dem Grundsatz »erst Platzieren, dann Qualifizieren« zeigen diese Projekte, dass auch behinderte Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf dauerhaft eingegliedert werden können, wenn sie die dafür erforderliche betrieblich ausgerichtete und individuelle Unterstützung bekommen.

Diese Erfolge sind für uns Ansporn. Deshalb wollen wir Nägel mit Köpfen machen und einen neuen Fördertatbestand »Unterstützte Beschäftigung« einführen. Hierzu haben wir Eckpunkte erstellt, die wir mit den Ländern und – besonders wichtig – auch mit den Verbänden erörtert haben. Auch dazu haben wir die AKTION PSYCHISCH KRANKE eingeladen.

Für uns ist diese frühzeitige Beteiligung der Verbände besonders wichtig, weil wir nicht über die Köpfe der Beteiligten hinweg agieren, sondern gemeinsam mit allen Beteiligten zu guten Ergebnissen kommen wollen.

Meine Damen und Herren, geht es um die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, zählt die AKTION PSYCHISCH KRANKE zu unseren wichtigsten und verlässlichsten Bündnispartnern.

Dafür möchte ich mich an dieser Stelle bei allen noch einmal herzlich bedanken.

Zugleich möchte ich Ihnen versichern: Wir setzen auch künftig auf Ihre Erfahrung, Ihre Unterstützung und eine Fortsetzung der bisherigen guten Zusammenarbeit.

Für heute und morgen wünsche ich uns damit interessante Informationen, gute Diskussionen und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Zukunft der Arbeit für Menschen mit langfristigen Vermittlungshemmnissen

Michael Pflügner

Vielen herzlichen Dank für die Einladung hier zu dieser Tagung. Ich möchte Sie auch ganz herzlich grüßen von dem Vorstand Grundsicherung der Bundesagentur für Arbeit, Herrn Alt, der leider heute nicht teilnehmen kann und mich gebeten hat in Vertretung hier zu Ihnen zu sprechen. Für diese Thematik der »Rehabilitation Schwerbehinderter« ist er eine der immer mit offenem Ohr tätigen Personen im politischen und im arbeitsmarktpolitischen Umfeld.

Zurzeit hat es die Bundesagentur für Arbeit relativ einfach, auf Veranstaltungen zu sprechen, denn wir haben gute Nachrichten zu verkünden. Gute Nachrichten, was die Zahl der Arbeitslosen angeht, gute Nachrichten, was das Geld in Nürnberg angeht, gute Nachrichten, dass die konjunkturelle Bewegung auch den Arbeitsmarkt entsprechend erfasst hat.

Darüber sind wir froh und auch guten Mutes, dass hier eine entsprechende weitere erfreuliche Entwicklung am Arbeitsmarkt stattfinden kann. Aber Sie können sich sicher sein, dass wir auch einen zweiten Blick auf diese Situation am Arbeitsmarkt werfen und dieser zweite Blick auf die entsprechenden Zahlen ist auch notwendig um klare Handlungserfordernisse zu definieren und zu erkennen, die aus der monatlichen Berichterstattung in der Presse nicht so adäquat in der öffentlichen Diskussion präsent sind.

Lassen Sie mich aber diese erfreulichen Zahlen noch einmal wiedergeben: Wir haben 16 % weniger Arbeitslose im 3. Quartal 2007, das sind 677 000 Arbeitslose. Auch der Bereich des SGB II, wo der Problemdruck von Langzeitarbeitslosen sich sehr stark darstellt, verzeichnet Reduzierungen in der Größenordnung um 10 %, in absoluten Zahlen sind es jeweils über 300 000 Arbeitslose und wir konstatieren, dass auch die Zahl der Langzeitarbeitslosen gegenüber dem Vorjahr abnimmt.

Nun kommen wir zu dieser Tagung: Als ich mich mit dem Thema »Die Zukunft der Arbeit« auseinandergesetzt habe, habe ich mir überlegt, Ihnen keinen Vortrag zu halten über lange Perspektiven der Zukunft der Arbeit im Jahre 2015 oder 2020, sondern etwas zu sagen über das Thema »Die Zukunft der Arbeit« wie sie sich jetzt in naher Zukunft gestalten muss und welche Handlungsansätze wir unmittelbar in der jetzigen Situation auf den Arbeitsmärkten haben. Und darauf will ich auch meinen Vortrag konzentrieren.

Was können wir jetzt tun, um entsprechend weiterzukommen in der Integration von Schwerbehinderten, Rehabilitanden und zum Teil sehr arbeitsmarktfremden Personen? Aber natürlich will ich auch die entsprechenden Herausforderungen, vor denen wir stehen, ansprechen. Die Frage der demografischen Entwicklung, die Frage der Abnahme des Erwerbspersonenpotenzials wird Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt haben. Die Altersstruktur der Beschäftigten wird sich entsprechend ändern mit überalterten Belegschaften in Betrieben.

Wir haben die Diskussion um den Fachkräftemangel, um offene Stellen, die wir nicht besetzen können, wir haben die Diskussion um Wanderungen und Gewinnung von Erwerbspersonen aus dem Ausland und wir haben vor allem die Frage der Definition von Erwerbsfähigkeit im SGB II.

Im SGB II ist die Definition von Erwerbsfähigkeit sehr weit formuliert. Das heißt, das SGB II stellt auf die gesellschaftliche Teilhabe von Arbeitslosen, von Langzeitarbeitslosen ab. Insbesondere aus einer sozialen Überlegung heraus, als Gesetz der Grundsicherung. Aber natürlich auch aus fiskalischen Erwägungen – wenn man mal nur die ökonomische Seite in den Vordergrund rückt.

Auf einen Zusammenhang will ich besonders hinweisen. Dies ist die Definition der Erwerbsfähigkeit. Als wir uns an die Konzeptionierung und die entsprechende Grundlagenarbeit für den jetzt neu geschaffenen § 16 a SGB II gemacht haben, haben wir uns mal angeschaut, wie gehen eigentlich andere Länder mit dieser Thematik um. Wie schaut denn eigentlich die Definition von Erwerbsfähigkeit in anderen Ländern aus? Wie wird dort mit Personen umgegangen um gesellschaftliche Teilhabe zu organisieren? Die wird dort nicht über Arbeit organisiert. Und darin unterscheiden sich die Länder.

Wie schauen denn die sogenannten Inaktivitätsquoten in ausgewählten Ländern aus? Also der Anteil von Personen, die nicht aktiv sind und am Arbeitsleben teilnehmen, die Personen, die als erwerbsunfähig definiert sind. Dieser Anteil ist in Deutschland 3,1 %. Wenn Sie nach Großbritannien sehen, haben Sie einen Anteil von 6,3 % und in den Niederlanden 8,8 %.

Die Aussage, die darin steckt, ist ganz einfach: andere Länder gehen mit dieser Thematik anders um. Sie organisieren gesellschaftliche Teilhabe nicht über Arbeit, sondern über andere Sicherungssysteme, nämlich die Sicherungssysteme der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Vorruhestandsregelungen, also der Alimentation aus anderen Systemen heraus und nicht aus dem arbeitsmarktlichen System. Die Wertentscheidung,

die das SGB II dagegen getroffen hat, ist, gesellschaftliche Teilhabe über Arbeit zu organisieren. Nicht nur über sozialversicherungspflichtige Arbeit, sondern über Arbeit generell. Und das halte ich für eine wesentliche Botschaft, die vom SGB II, das ja viel in der Kritik steht, letztlich ausgeht. Zu sagen, Teilhabe wird über Arbeit organisiert. Das hat Konsequenzen für die Zahl der Arbeitslosen, für Organisationsstrukturen, für Förderungen, für die Schnittstellen zu allen anderen Sicherungssystemen. Die Wertentscheidung heißt: Organisation über Arbeit.

Die Zielrichtungen des Gesetzes sind komplex; sie sind so komplex, dass sie nicht nur in die Richtung weisen, sozialversicherungspflichtige Arbeit zu organisieren. Sie weisen auch in die Richtung Hilfebedürftigkeit zu vermeiden, zu beseitigen und zu reduzieren. Und das ist ein wesentlich umfassenderer Begriff als er sich bspw. im System der Arbeitslosenversicherung des SGB III wiederfindet. Hilfebedürftigkeit ist im SGB II die zentrale Größe.

Wie sieht das jetzt nun in diesem SGB II-System eigentlich aus? Die Verkürzung allein auf Arbeitslosigkeit hilft nicht weiter, sondern wir brauchen einen Gesamtblick. Im SGB II gibt es zurzeit 7,3 Mio. Hilfebedürftige in 3,7 Mio. Bedarfsgemeinschaften. Diese Hilfebedürftigkeit, die ich gerade in den Mittelpunkt gestellt hatte, umfasst natürlich alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft, auch die Kinder, in einer Größenordnung von 1,9 Mio. Kindern unter 15 Jahren, die aus dem System alimentiert und versorgt werden. Es sind insgesamt 5,4 Mio. Menschen, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und sozusagen als Integrationsaufgabe vor uns stehen.

Etwa die Hälfte der Arbeitslosen sind Langzeitarbeitslose, d. h. über ein Jahr arbeitslos. Über drei Viertel aller Langzeitarbeitslosen werden im SGB II betreut und etwa 5 % sind schwerbehindert. Eine Größe, die Sie auch noch wissen sollten, weil ja auch in der Frage des Mindestlohns letztlich darüber diskutiert wird: 1,1 Mio. Menschen beziehen Einkommen, über 500 000 sogar sozialversicherungspflichtiges Vollzeiteinkommen, das aber nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu bestreiten und deswegen aus SGB II-Leistungen aufgestockt werden muss.

Soweit der Befund des SGB II. Jetzt kann man natürlich sagen, dass das SGB II in der Form, wie es angedacht war, nicht funktioniert. Viele Unzulänglichkeiten werden Sie in Ihrer täglichen Praxis erleben. Man kann sagen, das Fallmanagement ist nicht ausgebaut, die Leute werden nicht richtig betreut, es gibt zu wenig Angebote, die Sprechzeiten und die Betreuungsintensität sind in den Arbeitsgemeinschaften und Optionskommunen zu wenig ausge-

baut. Aber ich möchte schon darauf hinweisen, dass wir in diesem System in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte im Aufbau gemacht haben und auch in der Betreuungsintensität.

1,8 Mio. Menschen sind in diesem Jahr bis einschließlich September in Arbeitsförderungsmaßnahmen eingetreten. Davon zwei Drittel mit dem unmittelbaren Blick auf den regulären Arbeitsmarkt. Wir haben ca. 2,6 Mio. Menschen, die die Arbeitslosigkeit beendet haben. Jede zweite Beschäftigungsaufnahme ist gefördert worden. Das monatliche Starren auf einen Block von Arbeitslosen, der sich immer wieder findet, ist nicht der richtige Blick. Wir haben Bewegung! Gott sei Dank gehen viele Menschen raus aus der Arbeitslosigkeit. Wenn auch noch zu wenige.

Aber es kommen viele auch neu dazu. Das heißt, wenn wir einen arbeitsmarktpolitischen Blick darauf richten wollen, dann müssen wir nicht nur an die Menschen denken, die bereits im System sind, sondern auch Fragen stellen: Wie verhindern wir, dass zusätzliche schwierige Situationen von Langfristarbeitslosigkeit zustande kommen, auch von psychischer Beeinträchtigung, die gerade durch Langzeitarbeitslosigkeit erst entstehen kann?

Was wir tun können, ist meines Erachtens ganz stark davon geprägt, dass wir den Arbeitsmarkt als solchen im Blick behalten. Und in der arbeitsmarktpolitischen Diskussion stellt sich für mein Gefühl zu oft die reine Konzentration auf spezielle Förderprogramme dar. Wir rücken zu wenig in den Vordergrund, welche Übergänge wir generell insgesamt zu bedienen haben. Wir haben eine erste Säule von Hilfen für Personen, die wir über Vermittlungsaktivitäten in eine Beschäftigung, am besten in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bekommen müssen.

Und Sie sehen: Hier in dieser Säule taucht das Thema Fallmanagement auf. Und ich denke, dass das SGB II mit dieser Formulierung des Fallmanagements einen wesentlichen Schritt getan hat. Nämlich einzufordern, dass eine Integrationsarbeit getragen sein muss von Netzwerken, nicht nur von einzelnen Akteuren. Getragen von Netzwerken, die zusammenarbeiten, die institutionalisiert mit dem Menschen im Sinne des Menschen arbeiten.

Diese institutionalisierte Form drückt sich beispielsweise auch darin aus, dass die kommunalen Leistungen verschränkt werden mit den arbeitsmarktpolitischen Leistungen. Momentan allerdings noch zu wenig. Wir haben momentan keine Transparenz, wie die psychosozialen Beratungsdienstleistungen der Kommunen aussehen. Der Gesetzgeber fordert die entsprechende Verknüpfung. Wir halten es gerade für notwendig, dass die Schnittstelle zu den psychosozialen Diensten viel stärker bedient wird, und wir halten es

auch für nicht hinnehmbar, dass monatelange Wartezeiten im Bereich der psychosozialen Beratung bei den Kommunen stattfinden.

Da muss Transparenz geschaffen werden, über Ansatzpunkte, die es uns ermöglichen, diese Bereiche auch zusammenzuführen. Es gibt viele gute Beispiele, die in vielen Kommunen und in vielen Arbeitsgemeinschaften stattfinden, aber wir brauchen eine flächendeckende Struktur, die das ermöglicht. Da setzen wir auch auf das Thema Fallmanagement einen hohen Schwerpunkt, den es auszubauen gilt. Sie sind als unmittelbare Akteure in diesem Bereich sicherlich mit mir der Meinung, dass dieser strukturelle Aufbau noch Zeit brauchen wird. Und wir brauchen qualifizierte Leute, damit entsprechend agiert werden kann. Eine Erwartungshaltung, die heißt, wir haben das von heute auf morgen sofort strukturiert, würde das System völlig überfordern. Wir brauchen ein sukzessives Herangehen und auch einen langen Atem. Aber die Grundstrukturen, die dort gelegt sind, halten wir für absolut richtig und weiter verfolgenswert.

Das ist die eine Säule. Dann haben wir eine zweite Säule, nämlich die Säule von Eingliederungszuschüssen und anderen Instrumenten, die Sie als Förderungsleistungen kennen. Also diese Säule der beruflichen Qualifizierung, der beruflichen Rehabilitation, der Schwerbehindertenförderung, der Arbeitgeberzuschüsse etc. Da gibt es ja vonseiten der BA sehr unterschiedliche Möglichkeiten der Unterstützung. Ich spare mir, sie alle im Einzelnen aufzuzeigen. Man kann darüber streiten: Was ist die richtige Form? Man kann darüber streiten: Ist es in der jetzigen Situation notwendig, dass bestimmte Weichen gestellt werden oder nicht? Aber die grundsätzlichen Ansatzpunkte sind da und müssen weiterhin begangen werden. Insoweit dürfen wir nicht sagen, entweder oder, sondern wir brauchen das volle Integrationsspektrum, das wir auch umsetzen müssen.

Die dritte Säule, die ich für sehr wichtig halte, ist die Säule der öffentlich geförderten Beschäftigung. Wir wissen, dass die öffentlich geförderte Beschäftigung manchmal Menschen gerade nicht in den 1. Arbeitsmarkt bringt und auch von Ineffizienz geprägt ist. Nach meinem Dafürhalten müssen wir aber immer betrachten, was die Zielrichtung dieser öffentlich geförderten Beschäftigung ist. Wenn wir sie nur organisieren als reine Beschäftigung, weil wir wissen, dass die Brücke in den 1. Arbeitsmarkt nicht passiert werden kann, dann ist sie anders zu bewerten als wenn ich von vornherein diese Brücke organisiere. Mir tut es im Nachhinein auch etwas leid, dass wir in der BA den Begriff »3. Arbeitsmarkt« gewählt haben. Der Begriff des »sozialen Arbeitsmarktes« ist mit Sicherheit der bessere oder der Begriff der

»Jobperspektive«. Beim Thema Arbeitsgelegenheiten ist die entscheidende Frage, eine Brücke in den 1. Arbeitsmarkt zu bauen.

Wichtig ist die Erkenntnis, dass Instrumente dieser drei »Säulen« nicht immer wirken. Auch beim jetzigen konjunkturellen Aufschwung, werden wir einen bestimmten Personenkreis, der sehr arbeitsmarktfern ist, nicht in den 1. Arbeitsmarkt bekommen. Auch, wenn wir alle drei anderen Säulen entsprechend ausgenutzt haben. Deswegen brauchen wir an dieser Stelle ein zusätzliches Instrument. Und da sind wir dem Gesetzgeber sehr dankbar, dass er jetzt den § 16 a SGB II geschaffen hat. Eine Forderung, die schon im Koalitionsvertrag gestanden hat, die in den beschäftigungspolitischen Leitlinien formuliert ist, die auch der Ombudsrat im Jahr 2006 in der Begutachtung zur Entwicklung des SGB II formuliert hatte.

Frau Huxhold hat es gesagt: Wir brauchen ein Instrument für eine unbefristete Beschäftigung, die sowohl auf der einen Seite gemeinwohlorientiert sein kann, die aber auch marktorientiert sein kann. Das ist die Perspektive, die wir über den § 16 a finden. Also eine weitere Säule, um Integrationsarbeit leisten zu können. Individuelle Integrationsarbeit.

Dann gibt es noch das Programm »Kommunal-Kombi«. Da geht es um Förderregionen mit einer Arbeitslosigkeit von mehr als 15 %, in welchen spezielle regionale Förderungen für bestimmte Personen stattfinden können. Das ist ein Programm, das noch in der Vorbereitung ist, und den § 16 a ergänzen soll. Das heißt, wir haben mit dem neuen § 16 a die Möglichkeit, Personen, die wir bisher noch nicht in den 1. Arbeitsmarkt integrieren konnten, die langfristig nicht integrierbar sind, in den Fokus zu nehmen.

Die finanzielle Ausstattung dieses Programms sieht so aus, dass wir im Jahr 2008 dafür 580 Mio. Euro zur Verfügung haben und im Jahr 2009 1,3 Mrd. Euro. Die Erwartungshaltung des Gesetzgebers ist, insgesamt 100 000 Personen in diese Beschäftigungsform hineinzubekommen und fördern zu können. Die Schwierigkeit wird sein, die richtigen Personen in dieses Programm hineinzunehmen. Also diejenigen Personen, die wirklich dieser besonderen Form der Förderung bedürfen, die ansonsten keine Perspektive auf dem 1. Arbeitsmarkt haben.

Wie stellen wir das fest: keine Perspektive? Diese Feststellung wird eine der schwierigsten Feststellungen generell sein, weil es Gott sei Dank so ist, dass viele Menschen immer noch eine Perspektive haben. Es muss jeweils überprüft werden, ob andere Fördermöglichkeiten da sind. Aber wo es notwendigerweise nach langen und vielen Einsätzen anderer arbeitsmarktpolitischer Instrumentarien – evtl. über Jahre hinweg – nicht gelungen ist, eine

Integration zu leisten, da setzt dieser § 16 a an. Und da muss durch eine entsprechende Teilnehmerauswahl sichergestellt werden, dass es nicht zu Substitutionseffekten kommt. Dass also nicht Personen hineinkommen, die eigentlich noch Perspektiven auf dem 1. Arbeitsmarkt hätten.

Wir setzen also sehr darauf, dass diese Fördermöglichkeiten auf Personengruppen konzentriert sind, die eine ganz hohe Arbeitsmarktferte haben, die also langsam entweder noch etwas herangeführt werden können oder bei denen man ehrlicherweise sagen muss, dass die Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht dazu führen, dass eine entsprechende Einstellung erfolgt.

Und da stellt sich die Frage: Wie reagiert eine Gesellschaft darauf? Und die Reaktion heißt: Wir stellen Beschäftigung zur Verfügung, möglichst sozialräumlich orientiert. Das ist eine Begrifflichkeit, die ich speziell ansprechen will. Diese Möglichkeit des § 16 a, in einen Sozialraum hinein zu gehen und dort die entsprechende Arbeit zu organisieren. Das ist der Grundgedanke gewesen, mit dem wir uns jetzt in der Bundesagentur für Arbeit seit anderthalb, ja fast schon zwei Jahren beschäftigt haben. Unbefristete Arbeit, sozialräumlich orientiert, wo im Rahmen von Netzwerken entsprechende Strukturen organisiert werden, die gesellschaftlich sinnvolle Arbeit aufbauen.

Es wird Aktivierungsphasen geben. Phasen der Entscheidung müssen sein. Wenn eine Person in die Maßnahme hineingeht, wird nach einem Jahr jeweils überprüft, ob nicht eine andere Vermittlungsmöglichkeit besteht.

Wir betreten mit diesem § 16 a Neuland. Keiner weiß, welche Effekte auftreten werden und ob es zu Verdrängungseffekten kommen wird oder ob die richtige Zielgruppe von dieser Leistung Gebrauch machen kann. Wir denken nur, dass es diese Form der Brücke in Arbeit hinein bedarf. Weil wir sonst keine andere Möglichkeit sehen, für Hunderttausende von Menschen, die langfristig keine Perspektive einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung haben. Wenn alle anderen Integrationsformen gescheitert sind, dann sollte ein Instrumentarium zur Verfügung stehen, das genutzt werden kann.

Es wird natürlich eine Frage sein, die Grenzen dieser Instrumentarien auszutarieren: wann kommt welche Förderung in Betracht. Aber die Chance besteht darin, zusätzlich etwas für die Personengruppen mit sehr großen Vermittlungshemmnissen in Arbeit zu bekommen. Die Chance ist da und die Herausforderung sollten Sie suchen. Dabei haben Sie auch die BA als einen Partner an Ihrer Seite, der sehr flexibel tätig sein wird.

Das ist der Fortschritt, der jetzt zur Verfügung steht. Da sind Sie auch gefordert, durch kreative Ideen für den Personenkreis in Ihrer Betreuung Ansatzpunkte zu finden. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung psychisch Kranker aus Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen

Uwe Brückmann

Meine sehr geehrten Damen und Herren,* herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Jahrestagung, der ich sehr gerne gefolgt bin. Ich weiß, welche wichtige Impulse von der AKTION PSYCHISCH KRANKE für unsere Arbeit hier in Hessen ausgehen.

Bevor ich mich dem Thema »Arbeit und Beschäftigung« zuwende, möchte ich zunächst allgemein auf die aktuelle Entwicklung von Leistungen zur Teilhabe seelisch behinderter Menschen in Hessen eingehen.

Manchem von Ihnen wird bekannt sein, dass in Hessen in den vergangenen Jahren unter aktiver Beteiligung unseres Verbandes Entwicklungen in Gang gesetzt wurden, die sich die Umsetzung des viel zitierten Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe zum Ziel gesetzt haben. Er findet insbesondere im SGB IX seinen Ausdruck. Der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE entwickelte Personenzentrierte Ansatz geht in die gleiche Richtung und hat die Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen für Menschen mit einer seelischen Behinderung in Hessen entscheidend geprägt. In mehreren Projekten sind in Hessen Konzepte und Modelle personenzentrierter Hilfen entwickelt und erprobt worden. Wir hatten auf Ihrer Jahrestagung 2005, die hier in Kassel unter dem Motto »Gute Praxis und Ökonomie verbinden!« stand, bereits Gelegenheit, über den damaligen Stand dieser Projekte zu referieren. Inzwischen sind gut zwei Jahre vergangen und ich kann Ihnen heute sagen, dass diese Projekte mit Ablauf dieses Monats enden und erfolgreich verlaufen sind.

Der LWV Hessen hat bereits beschlossen, diese Arbeit fortzusetzen. Zudem sollen die angewandten Verfahren der integrierten individuellen Hilfeplanung, der steuernden Funktion der Hilfeplankonferenzen und der personenbezogenen Vergütung bei weiteren Leistungserbringern und in weiteren Regionen umgesetzt werden. Die Hessische Vertragskommission hat dieses Vorhaben begrüßt und möchte daran aktiv unterstützend beteiligt werden.

In vielen Fällen konnten kreative Lösungen zur Förderung individueller Ressourcen und zur Deckung individueller Bedarfe erarbeitet werden. Das Betreute Wohnen, welches den Betroffenen eine passgenaue Hilfe in

* Der LWV Hessen teilt mit: Es gilt das gesprochene Wort.

der eigenen Wohnung ermöglicht, hat insbesondere für die Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in den vergangenen drei Jahren in Hessen nochmals einen bemerkenswerten Ausbau erfahren. Gleichzeitig ist zunehmend deutlich geworden, dass die Schubladen »ambulant« und »stationär« nicht mehr passen.

Wir haben in den Projekten verschiedene Ansätze zur zukünftigen Finanzierung von Eingliederungshilfeleistungen erprobt. In drei Landkreisen wurden budgetfinanzierte Modellprojekte durchgeführt, und in zwei Regionen wird seit 2004 eine zeitbasierte Vergütungssystematik angewendet.

Wir betrachten all diese Veränderungen als einen wirklichen Fortschritt in der hessischen Behindertenhilfe, einen Fortschritt, der den Namen Paradigmenwechsel auch verdient. Wohlgemerkt: Wir stehen noch am Anfang eines langen Weges. Die ersten Schritte indes, die oft die schwierigsten sind, sind gemacht. Und sie zeigen Wirkung! Wir wissen jetzt, dass personenzentrierte Hilfen möglich sind. Wir haben die Potenziale einer vernetzten, koordinierten Zusammenarbeit aller Beteiligten vor Ort – das heißt auch örtlicher *und* überörtlicher Sozialhilfeträger – schätzen gelernt. Wir haben einen Weg gefunden, für individualisierte Leistungen eine personenbezogene Finanzierung zur Verfügung zu stellen. Und vor allem: Wir haben erfahren und erleben dürfen, dass diese Form lebensweltbezogener Teilhabe von den betroffenen Menschen und deren Angehörigen sehr positiv aufgenommen wird.

Die von mir soeben beschriebenen Innovationen betreffen in erster Linie den Leistungsbereich »Wohnen« und mit Einschränkungen den Bereich der Gestaltung des Tages. Letzteren insofern, als es um die *Tagesgestaltung in Wohneinrichtungen* geht und um *Tagesstätten* für seelisch behinderte Menschen. Hier ist es in Einzelfällen auch gelungen, individualisierte Wege der Beschäftigung zu finden – aber es sind bislang Einzelfälle. Es gibt auch hier noch eine Menge zu tun. Dies gilt insbesondere für den Bereich der *Werkstätten für behinderte Menschen*. Diese blieben in den genannten Projekten aus Kapazitätsgründen leider unberücksichtigt. Auch hier tun *individuelle* Wege ins Arbeitsleben not.

Einige Verbesserungen tendenzieller Art haben wir erreicht, andere – vor allem struktureller Natur – stehen noch bevor. Wir haben vor, diese in den nächsten Jahren verstärkt in Angriff zu nehmen.

In den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten wurde in Hessen eine gute Grundversorgung an Werkstattarbeitsplätzen für Menschen mit seelischer Behinderung geschaffen. Eine Stagnation oder gar ein Rückgang des Bedarfes ist trotz intensiver Weiterentwicklung anderer Beschäftigungs-

bereiche, wie zum Beispiel der Integrationsbetriebe, auch langfristig nicht erkennbar. Lassen Sie mich dies kurz anhand von Zahlen erläutern.

In den vergangenen drei Jahren wurden in Hessen mehr als 400 zusätzliche Betreuungs- und Beschäftigungsplätze in Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung geschaffen. Das ist eine Steigerung von rund 20 %. In der gleichen Zeit stieg die Zahl der Werkstattmitarbeiterinnen und Mitarbeiter um rund 27 %.

In der Praxis unserer Einzelfallhilfe müssen wir feststellen, dass die Nachfrage nach Werkstattplätzen ungebrochen ist. Ich will dabei nicht verhehlen, dass wir damit ein Problem haben. Und dabei meine ich nicht – wie Sie vielleicht denken – in erster Linie die hiermit verbundenen Kosten. Sondern ich denke daran, dass die Werkstattangebote eben *Angebote* sind. Konfektionierte Angebote von geringer Differenziertheit. *Individualisierte* Wege ins Arbeitsleben sind so nicht oder nur mit Hindernissen zu realisieren. Personenzentrierte Lösungen werden auch hier durch die Vielzahl der Sozialleistungsträger eher behindert als gefördert. Konkret bedeutet dies, dass unsere Handlungsmöglichkeiten als Sozialhilfeträger durch die vorgelagerten Entscheidungen der Arbeitsagentur mehr oder minder eingeschränkt sind. Problematisch und entwicklungsbedürftig erscheinen uns ebenso die Regelungen zur investiven Förderung in diesem Bereich sozialer Leistungen. Für diese Strukturprobleme müssen neue Lösungen gefunden werden.

Bei den Planungen zu Erweiterungen bestehender Werkstätten werden seitens des LWV Hessen immer auch Alternativen zur klassischen WfbM diskutiert und, wo es geht, auch umgesetzt.

Ich spreche hier zum Beispiel von betriebsintegrierten Beschäftigungsplätzen, deren Leistungsangebote auf eine zeitnahe Vermittlung und Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet sind. Ich spreche von Beschäftigungsmöglichkeiten in Betriebsstätten Dritter, die einen dauerhaften Verbleib des behinderten Mitarbeiters auf diesem Beschäftigungsplatz im Fokus haben. Diese Angebote werden andernorts als »Virtuelle Werkstatt« beschrieben. Der Grundsatz bei all diesen Leistungsangeboten ist die Orientierung an den individuellen Ressourcen, Bedürfnissen und Bedarfen der Klienten.

Zur Verstärkung der Eingliederungsbemühungen setzen wir in Hessen auf den Einsatz von Fachkräften für Berufliche Integration in den WfbM, die vom LWV finanziert werden. Die Fachleute kümmern sich gezielt um die Akquise von Praktikumsplätzen und Außenarbeitsplätzen. Sie diskutieren im Rahmen der Begleitung der behinderten Werkstattmitarbeiterinnen und

-mitarbeiter auch das Thema »Übernahme in ein reguläres Arbeitsverhältnis« mit den Beschäftigungsgebern. In einer bundesweiten Studie konnte der Erfolg dieses Ansatzes deutlich hervorgehoben werden: In Hessen werden überproportional viele und auch nachhaltige Übergänge aus Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und in Berufsbildungsmaßnahmen erreicht.

Neben den Werkstätten stellen in Hessen die Tagesstätten ein wichtiges Leistungsangebot dar. Mit diesem niedrigschwelligen Angebot wird den Menschen mit seelischer Behinderung ein erster Zugang zum Bereich der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ermöglicht.

Tagesstätten bieten ihren Besuchern Zuverdienstmöglichkeiten, die in den Leistungsvereinbarungen verbindlich geregelt wurden.

Kurz eingehen möchte ich noch auf Angebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Individuelle Wege ins Arbeitsleben und somit Integrationsangebote im Rahmen der Suchthilfe richten sich sowohl an Suchtmittel konsumierende Menschen als auch an Menschen während und nach einer medizinischen Rehabilitation. Solche Angebote sind nicht das letzte Glied einer Behandlungskette, sondern kommen in jeder Phase des Hilfeprozesses infrage.

Sie können auch an die Stelle stationärer Behandlung treten.

Die Angebotspalette der Suchthilfe umfasst:

- Einstiegsangebote, wie z. B. Gestaltung des Tages, Arbeitserprobung
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekte
- Qualifizierungs- und Ausbildungsangebote

Die Rehabilitation suchtkranker Menschen gelingt nachweislich leichter bei gleichzeitiger beruflicher Integration. Die Praxiserfahrung hat gezeigt, dass zur beruflichen Rehabilitation suchtkranker Menschen – abhängig von der individuellen Vorgeschichte – ein längerer Zeitraum (drei bis fünf Jahre) notwendig ist. Dies ist unabhängig von den beruflichen Vorkenntnissen.

Neben den dargestellten Hilfeleistungen gibt es noch eine Reihe anderer Ansätze, um für behinderte Menschen die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu realisieren:

- Integrationsprojekte und Integrationsfirmen
- Zuverdienstprojekte unterschiedlichster Art
- kommunale Beschäftigungsprogramme
- Job 4000
- die Förderung unterstützter Beschäftigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

- Dritter Arbeitsmarkt und viele andere Ideen und Modellprojekte werden diskutiert und erprobt.

Es fehlt dabei nicht am guten Willen der Beteiligten, eine schwierige Situation zu verbessern. Ernüchtert muss man jedoch feststellen, dass der große Wurf wohl noch nicht gelungen ist. Nach wie vor scheint die WfbM für eine überwältigende Mehrheit das Ende des Möglichen zu sein.

Wenn es gelänge, die vorhandenen Ideen zu verbinden, quasi ein Netz aus Leistungen unterschiedlichster Intensität zu knüpfen und den Zugang zu diesem Leistungssystem nicht an den Angeboten, sondern an den Ressourcen, den Bedürfnissen und den Bedarfen der behinderten Menschen auszurichten, dann könnte das beschriebene Nebeneinander für die Menschen möglicherweise sinnvoll strukturiert und genutzt werden. Das heißt also auch für den Bereich »Arbeit und Beschäftigung« personenzentrierte Leistungen im Blick zu haben.

In diesem Zusammenhang wird es besonders spannend sein, die bereits erkennbaren Effekte des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets zu erfassen und zu analysieren. Vor allem diese Leistungsform sollte in Zukunft offensiv genutzt werden, weil sie – so glauben wir – einiges ermöglicht, was bislang nicht möglich ist.

Insgesamt erhält der Bereich der Teilhabe an »Arbeit und Beschäftigung« im Kontext der individuellen Hilfeplanung leider noch nicht die Aufmerksamkeit, die erforderlich wäre, um ein individuelles, personenzentriertes Gesamtpaket an Hilfeleistungen zu schnüren. Es ist uns in Zusammenarbeit mit den örtlichen Sozial- und Gesundheitsämtern sowie mit den Leistungsanbietern vor Ort zwar vielfach gelungen, auch zumindest die WfbM in die Hilfeplankonferenzen einzubeziehen, doch sind wir auf unserem Weg zu einer Hilfeplanung, die *alle* Bedarfs- und Leistungsbereiche erfasst, noch nicht angekommen. Vernetzung tut not. Wir sehen hierin für uns und unsere Partner einen großen Handlungsbedarf für die kommenden Jahre.

Zusammen mit meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die an dieser Tagung teilnehmen, erhoffe ich mir Ideen und Anregungen *für mehr und weitere* individuelle Wege behinderter Menschen ins Arbeitsleben. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und uns zwei produktive Tage in Kassel.

Chancen der Arbeitsmarktreform

Arnd Schwendy

Ausbruch aus der Gemeinschaft der Verzagten

Als ich mich auf diese Tagung vorbereitet habe, bin ich auf einen Tagungsband der AKTION PSYCHISCH KRANKE gestoßen, als sie sich bereits in den 80er-Jahren mit dem Thema der beruflichen Förderung und Eingliederung beschäftigt hatte. Das geschah damals parallel zu dem großen Modellprogramm Psychiatrie, mit dessen Hilfe der Bund und einige Länder und Kommunen die Empfehlungen der Enquete in die Praxis umsetzten. Viele hier im Saal haben diese Zeiten des Aufbruchs miterlebt.

In dem Vortrag, den ich damals über die berufliche Rehabilitation gehalten habe, bin ich auf eine Einleitung gestoßen, die ich Ihnen heute hier nicht vorenthalten möchte. Sie lautet sinngemäß: Man muss etwas verrückt sein, wenn man in der Psychiatrie arbeitet und sich ausgerechnet mit dem Thema der beruflichen Teilhabe – damals hieß es übrigens noch nicht Teilhabe, sondern Rehabilitation und Eingliederung – beschäftigt.

Denn wenn wir ehrlich sind: Niemand im psychosozialen Bereich will das eigentlich wirklich. Sozialarbeiter haben von Hause aus eine gewisse Distanz zur harten, kapitalistischen und wettbewerbsorientierten Arbeitswelt. Sie zücken bis heute lieber den Antrag auf einen sicheren Platz in der Tagesstätte. Die Geschwister und Eltern sind zögerlich; sie haben sehr viele Misserfolge bei fehlgegangenen Bewerbungen und die nachfolgenden Krisen miterlebt und raten ihren kranken bzw. behinderten Angehörigen schließlich resigniert: »Komm endlich zur Vernunft und geh in die WfbM«.

Erweitert wurde diese große Koalition der Verzagten jetzt durch die Mitarbeiter der ARGEN, der optierenden Kommunen und der Agenturen. Früher kümmerten sich Reha-Berater beherzt und kompetent um das Wohl und Wehe der Antragsteller, jetzt sind Fallmanager und persönliche Ansprechpartner für ihre »Kunden« da, freilich oft ohne Kenntnis von deren Bedürfnissen und den Fördermöglichkeiten. Zudem sind auch sie skeptisch, wenn es um die Eingliederung und Förderung von Menschen mit psychiatrischem Hintergrund geht. Sie stehen unter einer strengen Budgetkontrolle und überlegen sehr genau, ob sie das Geld nicht lieber in eine Maßnahme für jemanden investieren, der aus ihrer Sicht eine günstigere Prognose hat.

Und schließlich und allen voran sind die Ärzte aller Fachrichtungen nach wie vor fleißig im Ausstellen von Berufsunfähigkeitsbescheinigungen und der

gut gemeinten Unterstützung von Anträgen auf Erwerbsunfähigkeitsrenten. Mit den Ärzten in einer unseligen und für sie sehr schädlichen Koalition sind die Krankenkassen, die bis heute, obwohl sie jetzt zur Rehabilitation sehr viel stärker verpflichtet sind, monatelang Krankengeld zahlen, ohne darauf zu achten, wie »ihre« Versicherten die lange Krankheitsphase sinnvoll nutzen, um wieder Fuß auf dem Arbeitsmarkt zu fassen.

Kurzum: Das ist eine mächtige Gemeinschaft von Bremsern. Sie aber, liebe Tagungsgäste, sind hier heute in Kassel zusammengekommen, um diesen Verzagten künftig die Stirn zu bieten. Zum Glück gibt es einen Klimawandel auch hier: Der Unterschied zu der Tagung, von der ich jetzt berichtet habe und heute: Damals lockte das Thema knapp 200 Teilnehmer an, heute sind es fast 1000. Das betrachte ich als großen Fortschritt und Beleg dafür, dass die AKTION PSYCHISCH KRANKE die Psychiatrie erfolgreich sensibilisiert hat für die Bedeutung, die die Arbeitswelt für ihre Patienten hat.

Kunstfehler und unterlassene Hilfeleistung

Wir haben allerdings noch eine Menge Barrieren zu überwinden, Barrieren in den Köpfen der Kollegen, die z. B. als Entschuldigung für ihre berufsfördernde Abstinenz das Argument anführen, uns ginge ohnehin die Arbeit aus. Da steuern wir, träumen sie, doch lieber gleich in die totale Freizeitpark-Gesellschaft ohne Arbeitszwang, gepampert durch das bedingungslose Grundeinkommen. Dabei straft der Arbeitsmarkt – Herr Pflügner hat das eindrucksvoll dargestellt – sie Lügen. Es gibt Jobs. Und es gibt zehn- wenn nicht hunderttausende von psychosozial beeinträchtigten Arbeitssuchenden, die sich nichts sehnlicher wünschen als eine Erwerbstätigkeit, die sie fordert, integriert, ihnen Status und Einkommen gibt. Haben wir in unserem Kulturkreis sozialethisch überhaupt das Recht, ausgerechnet Bürger mit reduzierter Belastbarkeit den Strapazen eines erzwungenen Nichtstuns auszusetzen? Ist es verantwortbar, dass wir die dadurch verursachten Zusatzschäden mit Pillen, Psychotherapie und psychosozialer Begleitung kompensieren müssen?

Wir alle wissen: Die resignative Stimmung, in der sich die Deutschen allgemein gerne suhlen, vor allem aber die psychosozial Tätigen, obschon es ihnen besser geht als den meisten Menschen auf dieser Welt, ist alles andere als gesundheitsfördernd. Sie führt auch dazu, dass die Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen gesunken ist, Sparprogramme der Reha-Träger also kaum Widerstand auslösen. Das Alarmierendste, was in diesem Zusam-

menhang in den letzter Zeit publiziert wurde, ist eine Studie der Universität Leipzig. Sie ergab, dass das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen (da geht es gar nicht einmal um Personen, die psychiatrische Probleme haben, sondern von ganz normalen Menschen mit normaler Belastbarkeit) deutlich erhöht ist. Im Klartext: Arbeitslose sterben früher. Arbeitslosigkeit macht krank. Untersuchungen von Krankenkassenverbänden – allen voran der in diesem Bereich besonders sensible Bundesverband der Betriebskrankenkassen – bestätigen diese böse Dynamik.

Erinnern wir uns an die Studie von Prof. Luc Ciompi, dem Schweizer Pionier der Sozialpsychiatrie, der schon vor Jahrzehnten durch seine epochalen Berner Langzeitstudien zur Rehabilitation schizophrener Patienten herausgefunden hat, dass die Entwicklung der beruflichen und sozialen Eingliederung von psychiatrischen Patienten vor allen Dingen abhängig ist von einer positiven Grundeinstellung ihres Umfeldes: der Menschen auf der Station, der Menschen draußen in den psychosozialen Diensten und der Angehörigen.

Dabei geht nicht um euphorisches oder unrealistisches Wunschdenken und unangemessenen Leistungsdruck, sondern um einen realistischen Optimismus, um ein Klima der Zuversicht, dass Hoffnung vermittelt und eine behutsame Förderung in kleinen Schritten. Ich glaube, wir sind zu diesem realistischen Optimismus ethisch verpflichtet und bedaure, dass die Unterlassung der Einleitung von berufsstützenden und arbeitsfördernden Maßnahmen in der psychiatrischen Basisbehandlung in Deutschland trotz des großen Erfolges dieses Projektes der APK und anderer, die sich dieser Probleme aktiv und kreativ annehmen, noch immer unterbleibt. Dass in den Arbeits- und Beschäftigungstherapien vieler Kliniken noch immer wie zu Beginn des letzten Jahrhunderts Spielzeug gelaubsägt wird, Körbe geflochten und Tücher bemalt werden, wo doch heute jedes Kind lernt oder lernen muss, mit einem Computer klarzukommen – diese Missachtung der Wirklichkeit unserer Arbeitswelt ist an Ignoranz kaum zu überbieten. Streng genommen handelt es sich hier um ärztliche Kunstfehler und unterlassene Hilfeleistung. Aber es ist leider bislang unterblieben, Mindeststandards einer sozialen, auf Integration in die Arbeitswelt ausgerichteten Behandlung in die Leitlinien der Ärzteschaft für eine evidenzbasierte Behandlung aufzunehmen. Hier hat die APK noch viel zu ackern.

Wie wir Barrieren überwinden können

Barrierefrei soll die Welt für behinderte Menschen sein. So steht es im Gesetz. Was können Sie als Mitarbeiter selbst tun, um Steine aus dem Weg zu räumen?

Alle Redner heute Vormittag und die Ergebnisse des APK-Projekts machen deutlich, dass wir nur weiterkommen in einer sehr vertrauensvollen Kooperation. Herr Pflügner von der BA in Nürnberg spricht sehr richtig von vernetzter sozialer Zusammenarbeit. Das knüpft daran, dass wir alle wissen, dass erfolgreiches Zusammenwirken nur auf Basis vertrauensvoller Beziehungen zwischen Berater und Klient funktioniert. Dies gilt nicht nur für die persönliche Ebene, sondern auch für die institutionelle, nämlich die Kooperation von Diensten und Behörden in einer Region. Hartz IV z. B. wird dort gut umgesetzt, wo die Leitungen von kommunalen Sozialverwaltungen und Arbeitsagentur konstruktiv gemeinsam agieren. Wie aber soll in einer Region ein vertrauensvolles Zusammenwirken von Einrichtungen und Diensten zustande kommen, wie soll trägerübergreifende kollegiale Zusammenarbeit zum Nutzen der Betroffenen möglich sein, wenn die Agentur für Arbeit die Anbieter in einen gnadenlosen Wettbewerb miteinander treibt. Die derzeit praktizierte Ausschreibungspolitik macht aus Kooperationspartnern Konkurrenten. Nichts gegen Leistungswettbewerb, aber so geht es nicht weiter, so werden gewachsene soziale Strukturen mutwillig zum Schaden der Allgemeinheit zerstört.

Soziale Kooperation bei der Daseinsvorsorge in einem gemeinwohlorientierten Geiste und beinhardter merkantiler Wettbewerb schließen sich aus. Wir müssen uns weiter dagegen wehren. Die Rechtspositionen sind klar. Bei SGB II-Leistungen handelt es sich in der Nachfolge von Arbeitslosen- und Sozialhilfe um ein steuerfinanziertes Fürsorgesystem. Auch unter Berufung auf europäisches Recht vertritt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände hier die Rechtsposition, dass Leistungen nach diesem Gesetz – ähnlich wie dem Jugendhilfegesetz – nicht ausschreibungspflichtig sind. Die BA-Zentrale empfiehlt den ARGEN vor Ort dennoch Ausschreibungen. Es handelt sich dabei aber um Fürsorgeleistungen, die können im Wege der Auftragserteilung von der zuständigen Behörde an einen geeigneten Leistungserbringer vergeben werden.

Und für den Bereich der Rehabilitation sieht das SGB IX Rahmenverträge mit den bewährten Einrichtungen der Rehabilitation vor, die ebenfalls ohne offene Ausschreibungen erfolgen können. Wir brauchen also Respekt

voreinander, dazu gehört der Respekt vor dem, was in den Kommunen und in den Regionen in den letzten Jahren gewachsen ist. Das ist nicht alles in McKinsey-Manier wegzurasieren. Wir brauchen keinen McDonalds-Sozialstaat!

Ich gebe dabei aber zu, dass es im Bereich der Fort- und Weiterbildung für die nicht behinderten Arbeitslosen in den Jahren vor den Hartz-Reformen durchaus Entwicklungen gab, die ein Regulieren durch Ausschreibungen rechtfertigen. Es mag auch sein, dass in der einen oder anderen Region monopolartige Leistungsanbieter die Agenturen und ARGEN derartig überfordern, dass sie die Flucht antreten in die Ausschreibung, damit auch andere Anbieter eine faire Chance erhalten.

Der Geist einer Kultur des Zusammenwirkens lässt sich gesetzlich nicht verordnen, er muss von unten wachsen, als Herzensangelegenheit, aber mit kühlem Kopf, damit jeder davon profitieren kann. Entscheidend sind dabei die Akzeptanz des Partners und die Kenntnis seiner Grenzen und Möglichkeiten. Bündnisse der Kooperation können und müssen auf Basis der derzeitigen Rechtslage geschlossen werden, nicht erst, wenn gesetzliche Wunschträume erfüllt sind; das Warten darauf, ist schlichte Verweigerungshaltung.

Rein praktisch erfordert die Strategie des Aufbaus vertrauensvoller Beziehungen Aktivitäten auf mehreren Ebenen:

- auf der Leitungsebene und ihrem politischen Umfeld (Instrumente: gemeinsame Eingliederungsprogramme etc.)
- und auf der Mitarbeiterebene (gegenseitige Fortbildung, Hospitationen, Mitwirkung in PSAG etc.).

Eine gemeinsame Sicht von Problemen und Lösungen lässt sich nur entwickeln, wenn beide Seiten an Sachkompetenz draufsatteln, um kommunikationsfähig zu werden. Für den psychiatrischen Bereich erfordert dies – und das ist der Kern meiner Empfehlungen:

Es muss in jeder Einrichtung, jedem Dienst Fachkräfte geben, die sich schlau machen in Sachen SGB II, III, V, IX und XII. Die Komplexität dieses Wissens- und Arbeitsgebietes muss bei der Arbeitsplatzbeschreibung berücksichtigt werden. Wer sich hier nicht auskennt, kann keine Hilfepläne machen, nicht in Hilfeplan-konferenzen mitreden und schon gar nicht Betroffene beraten, ob und wie sie die neuen Chancen des Persönlichen Budgets nutzen.

Die Teilhabe-Experten können dabei nicht alles Wissen aus Büchern oder dem Netz beziehen, sie brauchen gute persönliche Arbeitsbeziehungen zu Kollegen bei den Leistungsträgern: nur die können ihnen z. B. sagen,

wie die internen Anwendungsvorschriften derzeit aussehen. Unverzichtbar in diesem Zusammenhang ist auch die enge Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten. Der IFD entwickelt sich immer mehr zum Dreh- und Angelpunkt eines übergreifenden Casemanagements. Seine Kenntnis der Spielregeln und Optionen sollten Sie nutzen.

Respekt vor dem Gewachsenen

a) Das bedeutet auf der institutionellen Ebene: Die Ausschreibungspolitik und der im Grunde ja vernünftige Ruf nach Deinstitutionalisierung des Reha-Bereichs haben zu einer emotionalen und teilweise auch wirtschaftlichen Destabilisierung in diesem Sektor geführt. Wer berufliche Teilhabe psychiatrischer Patienten ernst nimmt, kommt jedoch nicht darum herum, auch zu den traditionellen Einrichtungen gute Beziehungen aufzubauen: Werkstätten, Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren. Sie alle haben sich – was viele noch gar nicht gemerkt haben – auf den Weg gemacht und ihre Angebote und Strukturen flexibilisiert.

Die Begleitung dieses Prozesses vor Ort als Interessenwahrer der psychisch kranken und behinderten Menschen ist daher ein Gebot der Stunde. Wer sich dabei verstrickt in die derzeit modische Kritik an der Notwendigkeit von Werkstätten – um nur ein Beispiel zu nennen – hat dabei denkbar schlechte Kooperationsvoraussetzungen. Es geht nicht darum, die WfbM abzuschaffen, sondern Alternativen zu schaffen für diejenigen, die das volle WfbM-Programm nicht oder nicht mehr benötigen.

Aus Sicht der BAG Integrationsfirmen sind die Werkstätten dabei auf einem guten Weg; sie gehen ihn zu Recht behutsam, da sie den Bestand nicht gefährden dürfen, im Interesse derer, die ohne WfbM – wie in anderen Ländern – ohne Betreuung und Betätigung verelenden würden. Es ist z. B. erfreulich, dass immer mehr WfbM Integrationsfirmen gründen; das schafft Übergangschancen und Alternativen.

b) Zum Respekt vor dem Gewachsenen gehört für mich auf der Einzelfall-Ebene die stufenweise Entwicklung eines Eingliederungsplanes, der z. B. entsprechend der Methodik des »Kölner Instrumentariums« auf dem aufbaut, was der Betroffene in seinem Leben bislang schulisch und beruflich geleistet hat. Berufliche Vorerfahrungen – auch Studien- und Ausbildungsabbrüche – sind Chancen und Traumen. Sie sind entsprechend zu würdigen. Die rehabilitative Schnellwäsche nach dem US-Motto »Erst Platzieren, dann Rehabilitieren« darf nicht fehlverstanden werden nach dem

Simpel-Muster: Erstmal suchen wir dem einen Job, dann schau'n wir mal. Ein differenziertes und praxisnahes Assessment- oder Erprobungsverfahren muss daher unbedingt Standard werden, wenn Unklarheiten über Potenziale und Neigungen bestehen. So können Fehlplatzierungen und Abbrüche vermieden werden.

Von der Vitalität des Arbeitsmarktes

Wir werden monatlich mit steigenden – oder zum Glück jetzt auch fallenden – Zahlen der Arbeitslosigkeit konfrontiert. Die stupide, statische Art der Berichterstattung blendet die ungeheure Dynamik des deutschen Arbeitsmarktes aus. Durch Hartz IV ist sie gewachsen. Den positiven Schub der letzten Monate (es entstanden gegenüber dem Vorjahr rund 650 000 neue Arbeitsplätze!) verdanken wir dem Zusammenspiel von beidem: Dem Konjunkturaufschwung und der Reform. Das sollte uns optimistisch stimmen.

Wir haben dabei seit Start von Hartz IV immer wieder gemeinsam mit vielen Akteuren des Arbeitsmarktes darauf hingewiesen, dass eine verbesserte Konjunktur nicht automatisch die Arbeitslosigkeit von Menschen mit starken gesundheitlichen Leistungseinschränkungen reduziert. Die BA hat sich diese Ansicht dann selbst zu eigen gemacht und vorgeschlagen, die Förderung von Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshemmnissen auszubauen in Richtung eines möglichst unbefristeten Eingliederungszuschusses. Dies hat in diesem Herbst – wie Sie alle wissen – zur Ergänzung des SGB II um den § 16 a geführt. Dies sieht jetzt – in ordnungspolitischer Analogie der Schwerbehindertenförderung nach SGB IX – Minderleistungszuschüsse bis zu 75 % vor für Arbeitgeber, die entsprechende Personen einstellen.

Dies ist ein Durchbruch. Sie als Anwälte der psychisch kranken und behinderten Menschen wären gut beraten, wenn sie in Verhandlungen vor Ort – dort wird nämlich das Entscheidende geregelt – dafür sorgen, dass möglichst viele Beschäftigungsverhältnisse für unsere Zielgruppe geschaffen werden.

Das Programm startet zunächst mit 5000 Personen und wird dann ausgebaut auf bis zu 100 000. Der Bedarf könnte größer sein. Erfolg und Wirkungen werden dann in der nächsten Legislaturperiode darüber entscheiden, ob und wie das fortgesetzt wird. Die BAG der Integrationsfirmen, die sich sehr engagiert für diese neue Förderung eingesetzt hat, hat erklärt, sie könne sich eine Verdoppelung der Zahl der Arbeitsplätze der Firmen vorstellen.

Für psychisch kranke und behinderte Arbeitslose hat die neue Förderung einen entscheidenden Vorteil: sie ist abhängig von konkreten komplexen Vermittlungshemmnissen, nicht aber von der formalen Anerkennung eines Schwerbehinderten-Ausweises, den viele aus guten Gründen ablehnen.

Die Chancen des Persönlichen Budgets

Ab Anfang 2008 kann jede/jeder darauf bestehen, dass Teilhabe-Leistungen auch im beruflichen Bereich als persönliches Budget (also nicht per Kostenübernahme als Sachleistung) gewährt werden. Dies eröffnet völlig neue Chancen vor allem im Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Dort gilt ja bislang – von rühmlichen Ausnahmen wie z.B. in Rheinland-Pfalz abgesehen – das Alles-oder-nichts-Prinzip per Sachleistung für eine WfbM-Beschäftigung.

Künftig können Mittel, die z. B. bei Werkstatt-Bedarf bisher nur bei tatsächlichem Besuch einer WfbM gezahlt werden – auch bei Inanspruchnahme anderer Arbeitsmöglichkeiten erstattet werden. Es liegt also bei uns in der Sozialpsychiatrie, mit welchem Einfallsreichtum und welcher Unterstützung durch Partner vor Ort wir diese neuen Möglichkeiten nutzbar machen; der Gesetzgeber hat hier seine Hausaufgaben gemacht.

Starthilfe durch stundenweise Jobs

Immer mehr Personen werden von der Grundsicherung SGB II als dauernd oder vorübergehend nicht erwerbsfähig frühberentet und damit häufig, wenn die Renten den Lebensunterhalt nicht sichern, Bezieher der Grundsicherung gem. SGB XII. Hier sind die Kommunen durch § 11 gehalten, diese Leistungsbezieher zu aktivieren. Nur wenige Kommunen kommen diesen Verpflichtungen nach, weil sie bezweifeln, dass es sich um Pflichtleistungen handelt und für freiwillige Leistungen keine Mittel haben.

In einem von der Freudenberg-Stiftung geförderten Projekt zur Weiterentwicklung von Teilzeitarbeit (Zuverdienst) wird die BAG Integrationsfirmen versuchen, die Angebotslücken aufzuspüren und neue Projekte zu initiieren. Wer Interesse hat, melde sich.

Warum die Chancen jetzt genutzt werden müssen

Die Lebenszeit ist begrenzt. »Rehabilitation ist das, was ich jetzt für einen behinderten Menschen tun kann; das Warten auf bessere Zeiten verschwendet seine Lebenszeit« hat Werner Boll, ein Pionier der deutschen Rehabilitation einmal gesagt. Mit dieser schlichten Weisheit möchte ich enden. Ich erspare mir und Ihnen daher eine lange Liste von Vorschlägen, wie die Rechtslage noch optimiert werden könnte. Das lenkt uns alle nur ab von der Realisierung der Optionen, wie sie sich hier und heute bieten. Wir werden nicht fürs Warten bezahlt, sondern fürs Handeln.

Für mich ist dies hier heute ein großer Tag der Sozialpsychiatrie; ein Beleg, dass sie den Aufbruch in die Arbeitswelt ihrer Patienten wagt. Sie können sagen, Sie seien dabei gewesen. Dafür und für Ihre Aufmerksamkeit danke ich Ihnen herzlich. Glückauf!

Vom Ist zum Soll - Erfahrungen des TAB-Projekts

Niels Pörksen, Ulrich Krüger, Karikaturen von Markus Nern

Begrüßung und Einleitung

Niels Pörksen: Wir beide, Uli Krüger als Projektmanager und ich als Projektleiter, haben in den letzten acht Jahren von den Anfängen einer Frage, die das Bundesarbeitsministerium damals an uns gestellt hat, nämlich: »gibt es überhaupt einen Handlungsbedarf in der Psychiatrie?«, bis zum heutigen Tag eine Brücke geschlagen. Allein Ihre Anwesenheit zeigt, dass Handlungsbedarf nicht nur besteht, sondern dass der auch angekommen ist in der Psychiatrie. Das ist das für uns Entscheidende.

Wir sind uns am Anfang eher vorgekommen wie Prediger in der Wüste, inzwischen haben wir so viele Mitstreiter, dass wir nur alle gemeinsam darauf hoffen können, dass wir an dem Thema dranbleiben und nicht vorzeitig ablassen.

Das war in der Vergangenheit keineswegs so. Die Psychiatrie hat sich über viele Jahre schwergetan mit dem Thema Arbeit. Am Anfang waren die Anstalten über Jahrzehnte ohne die Fronarbeiten der Patienten nicht lebensfähig. Patienten waren in der Pflege, Hauswirtschaft, Garten- und Landwirtschaft unentgeltlich eingesetzt; sie bauten den Krankenpflegern die Häuser und waren in der Haushaltshilfe bei den Ärzten tätig. Arbeitsfähigkeit war das einzige Überlebenskriterium bei den Krankentötungen in der NS-Zeit. Von daher ist es verständlich, dass es in den Nachkriegsjahren auch Widerstände gab in der Frage, mit der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke zu beschäftigen. Lange Zeit galten Arbeit und Ausbeutung als Synonyme, sodass wir viel Zeit gebraucht haben den Paradigmenwechsel hinzubekommen.

Inzwischen aber hat sich, man kann hierzu auch auf Bennett und viele andere hinweisen, die wissenschaftliche Erkenntnis durchgesetzt, dass es nichts, aber auch gar nichts Stabilisierenderes gibt als die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Das ist wichtiger als Medikamente. Wichtiger als Psychotherapie. Das kann nicht oft genug betont werden. Weil diese Erkenntnis noch nicht überall im Alltag psychiatrischen Handelns angekommen ist.

Von daher gilt die These, die Uli Krüger stets wie eine Fahne vor sich herträgt: Eine den Neigungen und Fähigkeiten eines Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entsprechende Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit ist für die persönliche und psychische Stabilisierung unverzichtbar.

Arbeit stabilisiert das Selbstwertgefühl, man wird gebraucht, hat ein Alltagsleben neben der Freizeit, einen Grund aufzustehen, ist anerkannt usw. Gleiches gilt, wir haben es auch von Herrn Pflügner gehört, für Langzeitarbeitslose, die nicht im psychiatrischen System landen und die im Laufe der Jahre, auch Arnd Schwendy hat es betont, unüberwindliche Vermittlungshemmnisse entwickeln.

Als wir im Auftrag des BMA mit dem Projekt begannen, hat Karl-Ernst Brill die Koordination übernommen und sehr stark vorangetrieben. Er ist leider nach einigen Jahren gestorben, sehr früh gestorben und ich möchte gerne an ihn erinnern. Danach hat dann Uli Krüger das Implementationsprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« übernommen, abgekürzt TAB-Projekt. Wir stellten fest, dass die Krankheitstage und die Frühberentungen aus psychiatrischer Indikation dramatisch angestiegen waren – das gilt immer noch – sie liegt inzwischen an der Spitze aller Krankheitsgruppen. Die Zahl der beschäftigten chronisch psychisch kranken Menschen war sehr gering, nicht einmal jeder zehnte hatte einen Platz im allgemeinen oder geförderten Arbeitsmarkt.

Wir begannen damals in Anwesenheit von Arbeitsminister Riester und dem Leiter der BA, damals noch Herr Gerster, mit einer unbescheidenen Vision in diesem Implementationsprojekt. Diese Vision hieß, und die sollte für jeden gelten: Ich stehe morgens auf, ich gehe zur Arbeit, gehe nach der Arbeit heim und am Ende jeden Monats habe ich so viel Geld verdient, dass ich davon leben kann.

Diese Vision ist immer noch nicht umgesetzt, aber wir arbeiten daran.

Ohne fachliche Begleitung geht es nicht, ohne Lohnsubvention geht es nicht, aber die Psychiatrie hat immer gefordert: Es geht nicht um Modellprojekte, es geht um Leben. Ziel unseres Projektes war, in der Fortentwicklung der Tradition von Anfang an die tatsächliche Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung im Anschluss an die im Einzelfall unterschiedlichen Anforderungen an vorausgegangene Prozesse der Orientierung und Abklärung, des Assessments, der Bedarfsermittlung, Qualifizierung und Stationierung bzw. ambulanten Rehabilitation.

Unser Vorhaben lässt sich so benennen: »von der Institution zur Person«, d. h. der personenzentrierte Ansatz ist inzwischen Standard – integriert in die Hilfeplanung und Hilfestellung vor Ort ins persönliche Budget usw. Und es ist das Vorhaben »von der Maßnahmeorientierung zur Zielorientierung«, es ging nicht um die Integration in Maßnahmen, sondern Zielorientierung heißt unbefristete Teilhabe an Arbeit.

Wir haben uns in dieser Phase, auch das muss erwähnt werden, in der konsequenten Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes kritisch mit der damals aktuellen Landschaft von Assessment und Rehabilitation sowie den dazugehörigen Trägern auseinandergesetzt. Das hat zeitweilig zu erheblichen Dissonanzen in der Szene geführt. Aber die Tatsache, dass unsere Konfliktpartner, mit denen wir damals diesen Streit hatten, heute überwiegend hier sind, das zeigt, dass wir diese Phase nicht nur überwunden haben, sondern dass wir heute gemeinsam daran sind, die gemeinsamen Ziele zu realisieren.

Noch eines, und damit noch zu einer kleinen differenzierteren Unterscheidung zu dem, was Arnd Schwendy eben gesagt hat, nämlich zu der Frage: Erst Platzieren – dann Rehabilitieren.

Ich gehe auf die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker ein, die in den Sozialgesetzen verankert sind. Und die wissenschaftlichen Erkenntnisse belegen, dass dieses Prinzip in vielen Fällen am erfolgreichsten ist. Das gilt natürlich nicht für jeden, aber für sehr viele. Und das wiederum hängt mit der Erkenntnis zusammen, dass es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besonders wichtig ist, sich an einer Arbeitsstelle angenommen und sicher zu fühlen, sich dort langsam an die Arbeitswelt und die Kollegen zu gewöhnen, in der konkreten Arbeit vieles nacheinander zu lernen und dann auch dort zu bleiben. Und nicht wieder wie nach einer Rehabilitationsmaßnahme mit allem neu anfangen zu müssen, mit Zusammenarbeit und Mitarbeit, mit Gewöhnung an den Arbeitsplatz und an die Kultur des Arbeitsfeldes.

Wir wissen aus der Behandlungs- und Rehabilitationsforschung, dass Beziehungskontinuität, Einbindung in das berufliche und soziale Umfeld, besonders für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wichtig ist. Deshalb steht nicht umsonst in den Sozialgesetzen, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Gleiches gilt auch in der Behandlung und in der Eingliederungshilfe inzwischen bei den sich verändernden Strukturen. Das heißt, den besonderen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, das ist auch die Philosophie des »erst Platzieren, dann Rehabilitieren oder Qualifizieren« und ist nicht unbedingt nur die Billigvariante einer nicht stattfindenden Rehabilitation. Das muss man genau differenzieren und in jedem Einzelfall deswegen individuelle Wege zum Arbeitsleben mit berücksichtigen – auch das ernsthaft und gleichgestellt.

Soweit zum Anfang und jetzt wird Ihnen Uli Krüger ein bisschen aus dem lebendigen Alltag der Projektphasen berichten und allem, was dazugehört.

Ulrich Krüger: Die Bedeutung des Themas Arbeit und Beschäftigung ist durch Niels Pörksen noch einmal belegt, das Ziel ist benannt worden: die personenzentrierte Hilfe in jedem Einzelfall, bei dem Bedarf besteht.

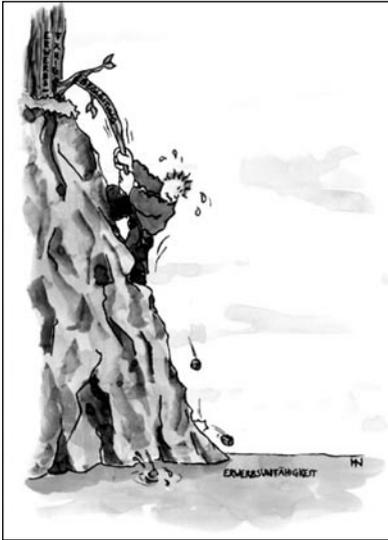
Wir wollen jetzt ein wenig über den Weg erzählen »vom Ist zum Soll«. Wenn Sie so wollen, ist die Tatsache, dass wir hier oben zu zweit stehen und uns in der Rede abwechseln, ein Ausdruck dessen, was uns ganz besonders am Herzen gelegen hat: der Vernetzung. Dieses Projekt mit all seinen Ergebnissen, aber auch all seinen Zwischenschritten, ist ein Kollektivergebnis.

Das ist nicht erwachsen in einzelnen Köpfen, sondern wir haben gemeinsam mit vielen Beteiligten in zwölf Projekt-Regionen und darüber hinaus auch noch in Zusammenarbeit mit ESF-geförderten Equal-Projekten (APK Hamburg, Indigo Kiel) eine gemeinsame Bewegung entfacht. Ich möchte nicht versäumen, auf die gute und intensive Zusammenarbeit mit den vielen Akteuren in den Regionen hinzuweisen und mich dafür ganz herzlich zu bedanken.

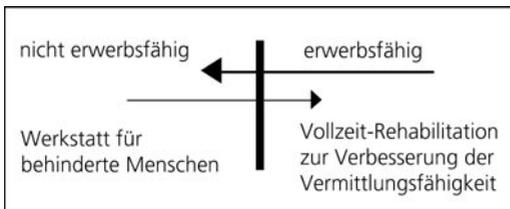
Ein wesentlicher Aspekt der Herangehensweise war die konsequente Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Tatsächliche Teilhabe am Arbeitsleben statt »Maßnahmehopping« oder Ausgrenzung. Als günstige Rahmenbedingung wirkte die neue sozialrechtliche Situation mit dem Sozialgesetzbuch II, das nicht mehr unterschieden hat zwischen Menschen, die schon einmal Beiträge in die Arbeitslosenversicherung oder Rentenversicherung gezahlt haben und solchen, die sie noch nicht gezahlt haben. Das war ja vor Hartz IV das wesentliche Unterscheidungsmerkmal. Jetzt wurde die Unterscheidung gesetzt zwischen »erwerbsfähig« und »nicht erwerbsfähig«, gemessen an der Fähigkeit, drei Stunden pro Tag unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten. Diese größte Sozialrechtsreform, die wir überhaupt bisher hatten, mit völlig neuen Verwaltungsstrukturen, aber auch völlig neuen Kriterien, hat die Vorgehensweise in den Projekten natürlich stark bestimmt.

Wenn wir uns diese Unterteilung »erwerbsfähig – nicht erwerbsfähig« anschauen, werden wir sehr schnell merken, dass die Bestimmung und die Zuordnung zu den verschiedenen Gruppen zwar enorme Auswirkungen hat, aber oft gar nicht so leicht möglich ist.

Erwerbsfähig – nicht erwerbsfähig, diesen verschiedenen Bereichen sind unterschiedliche Hilfeangebote zugeordnet, nämlich die klassischen Möglichkeiten der beruflichen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation für die erwerbsfähigen und die Werkstatt für behinderte Menschen für die nicht erwerbsfähigen, Gesetzesdeutsch »voll erwerbsgeminderten« Menschen.



Allerdings müssen wir sagen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft Schwierigkeiten hatten, überhaupt die Stabilität zu erreichen, die erforderlich ist, um die üblichen Formen der beruflichen Rehabilitation – überwiegend der Qualifizierung – überhaupt durchstehen zu können. Oft kam es wegen fehlender ›Reha-Fähigkeit‹ erst gar nicht zur Aufnahme und wenn die Aufnahme erreicht war, waren relativ hohe Abbruchquoten zu verzeichnen. Es gibt Menschen, die den Anforderungen der klassischen beruflichen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung noch nicht gewachsen sind. Diese Menschen erhalten dann häufig die Empfehlung, sich um einen Platz in der Werkstatt für behinderte Menschen zu bewerben. Die Alternative scheint zu sein: Entweder weitgehend fit und in der Lage, mit positiver Prognose an strukturierten Vollzeit-Reha-Maßnahmen teilzunehmen oder Ausgrenzung aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt.



In diesem Zusammenhang lohnt ein Blick in das Gesetz. Die Definition von Erwerbsfähigkeit lautet gemäß § 8 SGB II:

»Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.«

Die doppelte Negation: »... wer nicht außerstande ist ...« ist bedeutsam. Dadurch wird die Beweislast umgekehrt: Zunächst wird bei jedem Menschen in erwerbsfähigem Alter unterstellt, er sei erwerbsfähig. Und nur wenn sich erwiesen hat, dass das nicht der Fall ist, ist dieser Mensch den Nicht-Erwerbsfähigen zuzuordnen. Die Grenze ist »drei Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes«. Mit dem Aspekt der »üblichen Bedingungen« werden wir uns noch beschäftigen. Ich glaube, es ist sehr wichtig, sich klar zu machen, dass zu den »üblichen Bedingungen« auch Fördermöglichkeiten gehören, die seit der jüngsten Sozialrechtsreform sogar unbefristet möglich sind. Zu den »üblichen Bedingungen« gehören natürlich auch passgenaue Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen usw.

Ein weiterer Hinweis noch zu diesem Text: »... auf absehbare Zeit ...«: Daraus sind in der Praxis sechs Monate geworden, also die Kopplung »unter drei Stunden – über sechs Monate«. Das heißt, wer *heute* nicht in der Lage ist, unter den »üblichen Bedingungen« drei Stunden zu arbeiten, kann trotzdem durchaus erwerbsfähig im Sinne des SGB II sein, dann nämlich, wenn die Chance besteht, innerhalb von sechs Monaten diese Fähigkeit zu erreichen. Das wird leider nicht immer beachtet. Insofern hat in unserem Projekt eine sehr große Rolle gespielt, die Aufmerksamkeit auf diese mittlere Gruppe der Menschen zu richten, die nur mit Hilfe erwerbsfähig sind oder nur mit Hilfe die 3-Stunden-Fähigkeit erreichen können. Diejenigen also, die nach dem SGB II durchaus noch zu dem Kundenkreis der ARGE und Optionskommunen gehören, auch wenn sie im Moment den üblichen Anforderungen noch nicht gewachsen sind oder dabei große Schwierigkeiten haben.



Die neue rechtliche Situation ist nun, dass diese Menschen einen vollen Rehabilitationsanspruch auf alle Leistungen haben. Das ist der große Gewinn von Hartz IV für unsere Zielgruppe. Was heißt das in Bezug auf die konkreten Hilfen oder Hilfsangebote? Auch hier ein Blick ins Gesetz: § 33 (1) SGB IX bestimmt die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie folgt:

»Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht um die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wieder herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer zu sichern.«

Also auch hier steht noch mal ganz klar: Hilfe zur Teilhabe, um zu erhalten und zu verbessern, aber auch um die Erwerbsfähigkeit herzustellen oder wieder herzustellen – also auch in Fällen, in denen sie im Moment gar nicht besteht.

Ich betone das hier so, weil wir festgestellt haben, dass diese gesetzliche Regelung nicht überall präsent ist. Das bestehende Reha-System ist in Bezug auf die Menschen mit starken Beeinträchtigungen – vorhin wurde der Ausdruck gewählt: die Schwächsten im System – doch in vielen Fällen nicht offen.

Damit ist schon ein wesentlicher Anteil unserer Vorgehensweisen benannt: Wir haben folgend dem Prinzip der Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zunächst einmal versucht, möglichst viele Menschen im Status der Erwerbsfähigkeit zu erhalten – bzw. da, wo er aufgrund vorheriger Geschichte nicht mehr bestanden hat, ihn wieder herzustellen. Also wirklich eine sehr starke Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieser Aspekt hat eine sehr große Rolle gespielt – und wir waren dabei auch sehr erfolgreich. Es ist wichtig zu sehen, dass es nicht nur immer ein Erfolg ist, wenn man jemanden schon in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung gebracht hat. Sehr häufig ist es erstmal vorab nötig ihn überhaupt im Kreis der Erwerbsfähigen zu halten.

Daraus folgt, dass wir das Prinzip »Reha vor Rente« sehr ernst nehmen, dass wir es auch ausweiten auf das Prinzip »Reha vor Sozialhilfe«. Denn man darf nicht vergessen, in aller Regel haben diese Menschen gar keine existenzsichernden Rentenansprüche. Entweder sie bekommen überhaupt keine Erwerbsminderungsrente oder nur eine nicht-existenzsichernde Rente plus ergänzende Sozialhilfe-Leistungen.

Konkret hieß das Prinzip »Reha vor Rente« aber auch oft: »Reha vor Erwerbsfähigkeits-Begutachtung«.

Wir erkennen nach wie vor ein großes Problem darin, dass psychisch kranke Menschen zu schnell als Ergebnis von Begutachtungen in den Status der Erwerbsunfähigkeit kommen und möchten das gerne ändern.

Schauen wir nun ein bisschen weiter: Was sind nun die bekannten Hilfenformen?

Da ist zunächst einmal die Werkstatt für behinderte Menschen. Wir sehen, dass sich in der Zielgruppenbeschreibung, in der Aufgabenbeschreibung der Werkstätten für behinderte Menschen, genau dieselbe Formulierung wiederfindet:

§ 39 SGB IX Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen werden erbracht, um die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

Hier muss man jetzt die anderen Aspekte besonders betonen: »zu erhalten und zu entwickeln«. Denn entgegen dem geltenden Recht wird sehr häufig unterstellt, dass die Werkstatt für behinderte Menschen nur ein Hilfeort ist für Menschen, deren Erwerbsunfähigkeit bereits festgestellt ist. Das ist gesetzlich keineswegs so gegeben und insofern haben wir uns auch dafür eingesetzt, dass nicht vor Aufnahme der Werkstatt automatisch schon Erwerbsfähigkeits-Einschätzungen vorgenommen werden. Dafür ist ja gerade der Berufsbildungsbereich da: um zu klären, ob die Erwerbsfähigkeit unter Umständen eben auch erhalten werden kann. Als Eintrittskarte für diese oft einzige Hilfeform in der Region soll man nicht den Ausschluss aus dem System der Hilfen für erwerbsfähige Menschen in Kauf nehmen müssen. Eine enge, auf nicht erwerbsfähige Menschen begrenzte Zielgruppendefinition hat ausschließlich der Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen:

§ 41 SGB IX Leistungen im Arbeitsbereich

(1) Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten behinderte Menschen, bei denen

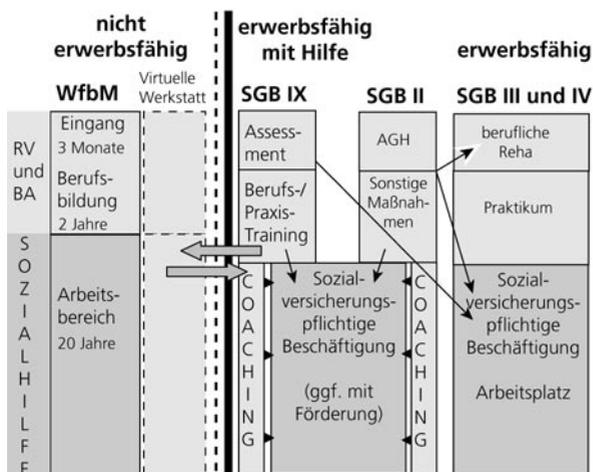
– eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder

– Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung

(§ 33 Abs. 3 Nr. 2 bis 4) wegen Art oder 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.

Diese Definition bezieht sich wohlgerneht nur auf den Arbeitsbereich. Nach Aufnahme in die Werkstatt durchlaufen die behinderten Mitarbeiter zuerst den Eingangs- und dann den Berufsbildungsbereich. Beide zusammen dauern 27 Monate. Erst dann erfolgt die Aufnahme in den Arbeitsbereich der Werkstatt, falls eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht kommt. Diese letztgenannte Definition wird sehr häufig als allgemeine Aufgabenbeschreibung oder allgemeine Zielgruppenbeschränkung von Werkstätten gesehen. Ich möchte hier ausdrücklich darauf hinweisen, dass dies im Gesetz anders steht.

Jetzt füllen wir die Grafik weiter an:



Sie sehen hier, dass sich diese Grenze zwischen »erwerbsfähig und nicht-erwerbsfähig« auf einmal ganz anders darstellt. Die Zielrichtung ist von links nach rechts. Nicht so wie der tatsächliche Verlauf von rechts nach links, d. h., wir haben bei allen Arbeitssuchenden geschaut: Wie ist der Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich? Wir haben das auch im Bereich der Werkstätten gemacht. Sie sehen, da ist der Bereich »virtuelle Werkstatt«. Manche benutzen diesen Begriff, andere nennen es »ausgelagerte Werkstattplätze«. Das ist kein ganz neues Phänomen, aber es ist von uns sehr gefördert worden. Es bedeutet, dass psychisch behinderte Menschen als Werkstattmitarbeiter in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts tätig sind. Das ist, wie eben dargestellt, sowohl für erwerbsfähige als auch für nicht erwerbsfähige behinderte

Menschen möglich. Es bedeutet ein höheres Maß an Normalität bei der Arbeit als die Beschäftigung in einen Arbeitsbereich, in dem ausschließlich behinderte Menschen arbeiten. Darüber hinaus erhöht es die Chance des Übergangs in ein sozialversicherungspflichtiges Regelarbeitsverhältnis. Bei steigender Leistungsfähigkeit ist kein Betriebswechsel nötig.

Diese Verflüssigung der Grenze zwischen erwerbsfähigen und nicht erwerbsfähigen Personen ist uns sehr wichtig gewesen. Aus diesem Anliegen sind sehr interessante Projekte entstanden. Ich will hier nur einige Namen nennen – sie werden in den Symposien und im ›ArbeitsMARKT‹ noch vorgestellt. Das sind Projekte in Saalfeld-Rudolstadt, wo – wie in der Werkstatt finanziert – betriebsintegrierte Formen von Rehabilitation sowohl für erwerbsfähige als auch für nicht-erwerbsfähige Personen durchgeführt werden. Im Landkreis Ostvorpommern ist unter dem Namen Kopernikus von einem Werkstattträger ein entsprechendes Projekt auf die Schiene gesetzt worden und sehr vielversprechend angelaufen.

Nur kurz möchte ich anreißen, dass wir auch in dem Bereich, der überschrieben ist mit »Erwerbsfähig mit Hilfe«, neue Akzente gesetzt haben, indem wir Arbeitsgelegenheiten z. B. sehr viel stärker verstetigt haben. Da möchte ich auf das Beispiel RoNA in Rostock hinweisen, wo Arbeitsgelegenheiten länger als üblich bewilligt und intensiver psychosozial begleitet worden sind und im allgemeinen Arbeitsmarkt platziert worden sind und zwar in Betrieben, wo es eine Einstellungsoption gab. Option heißt, der Arbeitgeber hat zwar keine verbindliche Einstellungszusage erteilt, aber erklärt, dass wenn die Zusammenarbeit einen guten Verlauf nimmt und genügend Aufträge da sind, es die Möglichkeit einer Einstellung gibt.

Damit waren alle Projekte, die eigentlich nur durch die Arbeitsgelegenheiten entstanden sind, die überhaupt kein eigenes Geld hatten und eigentlich auch nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt operiert haben, ausgeschlossen. Diese Projekte können für Einzelne sinnvoll sein, aber sie haben keine Fortsetzungschance.

Ich möchte die anderen Beispiele nicht auch noch darlegen, sondern nur das Prinzip benennen: Das Prinzip ist, dass ein Mensch – nach ausreichender Abklärung – irgendwo in einen Betrieb geht mit einer Leistungsanforderung, die ihm entspricht, und dass er dort bleiben kann über ganz verschiedene Hilfeschnitte hinweg. In der Grafik sehen Sie Pfeile rechts zu Qualifizierungsmaßnahmen und anderen Rehamaßnahmen, die bei Bedarf möglich sind ohne dass der psychisch beeinträchtigte Mensch den Arbeitsplatz verlässt. Er bleibt vor, während und nach der Maßnahme in diesem Betrieb. Er kann

sogar dort bleiben und seinen Status wechseln von »nicht-erwerbsfähig« zu »erwerbsfähig«, von Arbeitsgelegenheit zu Rehabilitationsmaßnahme usw. Er wechselt weder den Betrieb noch die ihm vertrauten Bezugspersonen, d. h. die ihn Begleitenden. Was sich ändert, das ist unter Umständen der Status und damit der Leistungsträger. Aber wir haben ein Maximum an Kontinuität und das hat sich als sehr erfolgreich erwiesen.

Niels Pörksen: Hier kann ich direkt ansetzen und sagen, dass wir in Zukunft in der Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales versuchen wollen, unseren Traum zu verwirklichen. Nämlich zu sagen: »Wir brauchen für den Personenkreis der Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen einen für diese Person angemessenen Arbeitsplatz, und zwar für jeden.« Das ist unser Ziel. Das ist die Idee der Pflichtversorgung, wie sie von der Psychiatrie-Enquete formuliert worden ist. Und da es nichts Stabilisierenderes gibt als Arbeit – das ist wichtiger als Psychopharmaka – muss das dann natürlich auch in die Tat umgesetzt werden.

Es gab am 10. Oktober eine Tagung in der CDU-Fraktion in Berlin zum Thema »Arbeit für Menschen mit Behinderung« und Frau Huxhold hat dort einen Spruch aus der Berliner S-Bahn zitiert: Die Welt voran bringen immer nur die Unzufriedenen. Die Zufriedenen haben dazu gar keine Energie.

Also: Aus der Erkenntnis, dass wir mit dem Erreichten nicht zufrieden sind, haben wir dennoch den Eindruck, dass wir jetzt erstmals die konkrete Chance spüren, die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zum realisierbaren Bestandteil der Pflichtversorgung zu machen.

Es ändert sich ja im Moment sehr vieles und wir sind Herrn Pflügner dankbar, dass er noch einmal die Chancen, die im § 16 a des SGB II drinstecken, nahegebracht hat. Ich sage das auch als Mitglied des Ombudsrats der ARGE in der Stadt Bielefeld. Für diesen Personenkreis sollen ja bisher nur 100 000 Stellen geschaffen werden. Aber für eine Stadt wie Bielefeld mit 300 000 Einwohnern sind das auch 500 Arbeitsplätze, die soll man erst einmal realisieren. Zu diesem Personenkreis gehören viele Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, ob sie im psychiatrischen Versorgungssystem begleitet werden oder nicht. Die meisten psychischen Erkrankungen sind nicht erkannt.

Viele unserer Klienten werden von dieser Entwicklung profitieren. Wir versprechen uns sehr viel von dieser Regelung für Langzeitarbeitslose und hoffen, dass sie bei erfolgreicher Nutzung eine ähnliche Bedeutung er-

langen wird wie die Bürgerarbeit in Sachsen-Anhalt oder Thüringen, von der wir auf dieser Tagung etwas hören. Diese Zahlraumorientierung ist wichtig und wir müssen die EU darin unterstützen die Daseinsvorsorge als solche zu definieren. Ich unterstütze mit Nachdruck, was Arnd Schwendy gesagt hat: Es geht nicht um Ausschreibung, es geht um die Realisierung der Daseinsvorsorge. Das ist nur vor Ort und von den dort kompetenten Leuten zu leisten.

Der so geförderte Arbeitsmarkt wird unsere Klientel natürlich nicht erschöpfend aufnehmen. Es wird eine Lücke bleiben zwischen dem geförderten Arbeitsmarkt nach § 16 a SGB II und der WfbM. Es muss die Integrationsfirma, die Arnd Schwendy vertritt, mit Nachdruck gefördert und ausgebaut werden. Es darf nicht sein, dass die dringend notwendige Neuschaffung von Integrationsfirmen durch bürokratische Hürden oder wenig verfügbare Mittel weiter behindert wird. Gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Integrationsfirma ein idealer Ort der Teilhabe.

Wir begrüßen auch die Initiative zur Entwicklung des Leistungsbereichs »Unterstützte Beschäftigung« – wenn sie mehr ist als eine »Teilhabe light«. Da muss ich Herrn Schwendy Recht geben, dass er Sorge hat, dass es vielleicht mit dem Prinzip »erst Platzieren – dann Rehabilitieren« nicht ganz so ernst gemeint ist, dass es evtl. nur um die Platzierung von Minderleistungsfähigen geht oder dass man Leute zu Minderleistungsfähigen macht, um sie platzieren zu können. Aber es gilt weiterhin das, was wir beide zu dem Prinzip »erst Platzieren – dann Rehabilitieren« und der Kontinuität – auch der Begleitung – gesagt haben.

Die Eckpunkte zur geplanten Hilfeform »Unterstützte Beschäftigung« als solche sind ermutigend und es sind alle aufgerufen, die in dieser Szene aktiv sind, dafür zu sorgen, dass aus der »Unterstützten Beschäftigung« das wird, was Frau Huxhold heute hier versprochen hat: nämlich ein tatsächlich qualifizierter Leistungsbereich, der die Lücke schließt zwischen dem 1. Arbeitsmarkt, dem geförderten Arbeitsmarkt nach § 16 a und der Werkstatt für behinderte Menschen.

Das »Persönliche Budget« ist noch in den Anfängen, aber auch da hoffen wir, dass es sich weiterentwickelt.

Wir als APK werden uns in Zukunft der Realisierung der Pflichtversorgung in diesem Bereich mit besonderer Beharrlichkeit annehmen.

Noch ein Wort zur Werkstatt für behinderte Menschen. Ich freue mich, dass viele von Ihnen, die die Werkstätten vertreten, heute hier sind. Sie sind



und bleiben ein unverzichtbarer Bestandteil der Teilhabe für die Menschen, die auf diesen Hilfe-Typ angewiesen sind. Aber der Sog in die WfbM hängt natürlich vor Ort damit zusammen, dass es nichts anderes Finanzierbares gibt. Es geht darum, dass die Werkstatt für sich nicht geschlossen bleibt, sondern integriert wird in ihr Gemeinwesen und da ist sie auf gutem Wege. Dies kann auch geschehen mithilfe betriebsintegrierter »virtueller« Plätze, Auslagerung oder wie man das auch immer nennt ...

Zum Schluss noch ein Hinweis auf die regional extrem unterschiedliche Realisierung der Teilhabe im Rahmen des SGB XII. Wir haben jetzt von Herrn Brückmann einiges dazu gehört und wir sind der Meinung, dass mit der Überführung des Bundessozialhilfegesetzes in das SGB II und SGB XII dieser Teil nicht ersatzlos gestrichen worden ist, wie immer wieder vor Ort vermutet wird. Im Gegenteil! Das SGB XII muss dies übernehmen. Viele Kommunen und manche Bundesländer meinen, dass sie dafür nicht mehr zuständig seien. Dem ist nicht so!

Daher bitten wir alle zuständigen Ministerien klarzustellen, dass mit den §§ 11, 53 und 54 SGB XII auch arbeitsbezogene Hilfen gemeint sind, die umgesetzt werden müssen, u. a. auch der »Zuverdienst«, der nicht in einer dafür einzurichtenden Einrichtung erfolgen muss. Es bedarf dazu keiner Tagesstätte. Es geht um individuelle Förderung. Die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen, die nur sehr gering belastbar sind, die oft nur stundenweise

und nicht an allen Werktagen beschäftigt sein können, ist aber für ihre psychische Stabilisierung unverzichtbar.

Warum verwechseln die Leistungsträger die Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen immer mit Hilfen beim Wohnen? Eingliederungshilfe ist etwas anderes als »Betreutes Wohnen«. Es ist auch »Betreutes Wohnen«, aber nicht nur.

Im Einzelfall ist das »Betreute Arbeiten« Erfolg versprechender. Hier sind wir sehr unzufrieden und hier besteht am dringendsten Handlungsbedarf in fast allen Regionen. Und mit etwas anderem, mit dem wir noch unzufrieden sind und wir auch Handlungsbedarf haben, wird jetzt Uli Krüger den Schluss des Vormittags machen.

Sicherstellung der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ulrich Krüger: Es gibt bei uns keine Grenzen der Leistungsfähigkeit, an denen man sagen kann, bei diesen Menschen spielt das Thema Arbeit keine Rolle mehr. Das ist mit Pflichtversorgung oder Sicherstellung der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemeint. Das gilt für alle hier genannten Gruppen:

- a) Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Arbeit
- b) arbeitssuchende Bezieher von ALG I
- c) Arbeitssuchende, die mindestens drei Std./Tag unter üblichen Bedingungen des 1. Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind
 - mit Anspruch auf ALG II
 - ohne Anspruch auf ALG II
 - unter 25 Jahre alt
- d) Arbeitssuchende, deren Fähigkeit, mindestens drei Std./Tag unter üblichen Bedingungen des 1. Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, unklar ist
- e) Arbeitssuchende, die unter drei Stunden tägl. erwerbstätig sein können – Rehaziel: mind. drei Std. erwerbsfähig
- f) Arbeitssuchende, die unter drei Stunden tägl. erwerbstätig sein können – Rehaziel: Arbeit im Rahmen der bestehenden persönlichen Möglichkeiten
- g) Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, die aber in der Lage sind, regelmäßig (täglich) vier bis sechs Stunden ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen

- h) Menschen, die auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sind und nur unregelmäßig oder stundenweise ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können
- i) Menschen, die (noch) nicht wirtschaftlich verwertbare Arbeit leisten können, aber Beschäftigung suchen

Im Projekt ging es um alle Gruppen. Um einige Beispiele zu nennen: Der oberste Bereich der psychisch kranken Menschen oder beeinträchtigten Menschen »in Arbeit«. Hier ist das Eingliederungsmanagement neu als gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber festgelegt worden. In verschiedenen Projektregionen hat es Hilfestellungen gegeben, das Eingliederungsmanagement in Bezug auf psychische Erkrankungen zu optimieren – Fortbildungen, Informationsveranstaltungen, Beratungen. Ich glaube, dass wir auch neue Vorschriften und Richtlinien brauchen. Zur Abwehr körperlicher Gefährdungen bestehen hochdifferenzierte Vorschriften, z. B. bezüglich erlaubter Konzentrationen von Giftstoffen, bezüglich Lärm, Zugluft, Unfallschutz usw. Selbst die Lux-Stärke von Beleuchtungen an Büroarbeitsplätzen ist geregelt. Wie wenig ist dagegen darüber bekannt, welche Stressoren schädigend auf die psychische Gesundheit wirken. Hier müssen wir nachholen. Das ist eine gemeinsame Aufgabe, der wir uns noch zu stellen haben.

Ich möchte des Weiteren hinweisen auf die Gruppe d) »Arbeitssuchende, deren Fähigkeit, die drei Stunden zu bewältigen, unklar ist«. Aus meiner Sicht ist dies die größte Gruppe unter den Klienten, mit denen wir befasst waren. Hier fehlen uns weitgehend Instrumente eines zielgruppenspezifischen Assessments – nicht im Sinne einer zusätzlichen Einrichtung, sondern einer Funktion. Wir haben die Besonderheiten bei psychisch kranken Menschen zu beachten. Diese lassen sich nicht ohne Weiteres über Testungen abklären, oft auch nicht so ohne Weiteres über ein Gespräch mit dem Klienten. Krankheitsbedingt kommt es oft zu fehlerhaften Selbsteinschätzungen – Überschätzung und Unterschätzung. In solchen Fällen hilft oft nur ein begleitetes Ausprobieren unter fördernder, nicht nur beobachtender Begleitung. Solche Formen von Assessment unter Berücksichtigung psychischer Beeinträchtigungen gibt es fast nur im Rahmen von Reha-Maßnahmen für relativ wenige Personen. Wir brauchen für einen größeren Personenkreis auch kurze qualifizierte Assessments unterhalb der Rehaschwelle. Über Erfahrungen und Erkenntnisse wird im entsprechenden Symposium berichtet.

Zu den Gruppen f) und h): Wir brauchen Zuverdienst-Angebote, die viel zu wenig bestehen und zurzeit in vielen Regionen als »freiwillige Leis-

tung dem Sparzwang zum Opfer fallen. Wir brauchen Zuverdienst auch für Menschen, die nicht das Rehabilitationsziel haben, erwerbsfähig zu werden. Für diese hat er eine sehr, sehr hohe Bedeutung.

Und nicht zu vergessen: die letzte Gruppe i). Wir dürfen uns nicht in allen Fällen immer nur dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit beugen. Arbeit und Beschäftigung kann auch für Menschen sinnvoll und erforderlich sein – geradezu existenziell – bei denen das, was sie leisten, an den üblichen Kriterien gemessen nicht wirtschaftlich ist.



Vorgehen in den Projektregionen

(zur Nachahmung empfohlen)

Zugang zu erforderlichen Hilfen

- IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan)
Individuelle integrierte Hilfeplanung unter besonderer Beachtung von Arbeit und Beschäftigung
- HPK
Hilfepankonferenz als Abstimmungsgremium
(Leistungsträger und Leistungserbringer)
- Koordinierende Bezugsperson
Sozialpsychiatrischer Jobcoach als maßnahmeübergreifende Begleitung

Wer ist dafür zuständig, sowohl auf der Leistungserbringer- wie auf der Leistungsträgerseite? Bei der Beantwortung dieser Frage kommen wir zu

einem Kernbereich des Projekts. Wir haben die individuelle Hilfeplanung auf eine ganz andere Ebene der Kooperation gestellt. Es hat integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanungen gegeben unter besonderer Berücksichtigung des Bereichs Arbeit und Beschäftigung. Das »integriert« ist uns sehr wichtig, also nicht nur eine rein arbeitsbezogene Hilfeplanung, sondern ein Gesamthilfeplan, der z. B. auch berücksichtigt, was im Bereich der medizinischen Behandlung oder der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich ist.

Wir haben auch Gremien geschaffen, in denen die Ergebnisse dieser integrierten Hilfeplanung besprochen werden und es abgestimmte Empfehlungen gibt: die *Hilfeplankonferenzen* unter Beteiligung der Leistungsträger und Leistungserbringer, selbstverständlich auch der jeweils Betroffenen, soweit sie das wollten. Wenn Fachleute unterschiedlicher Profession und Zuständigkeit an einen Tisch kommen und einzelfallbezogen nach bedarfsgerechten Hilfen suchen, führt das zu ganz neuen individuellen Wegen. Der Austausch in den Hilfeplankonferenzen hat die jeweils Beteiligten sehr bereichert.



In den Hilfeplankonferenzen wurde für jeden Klienten eine koordinierende Bezugsperson als über Maßnahmegrenzen hinaus zuständiger Ansprechpartner benannt. Dadurch wurde sichergestellt, dass der Klient auch in der Zeit, in der noch nicht klar war, welche »Maßnahme« oder welche Einrichtung oder welcher Leistungsträger zuständig ist, eine verlässliche Begleitung

hat. Die arbeitssuchende Person hatte somit einen Ansprechpartner, der sie unterstützt hat bei Antragstellungen, bei Klärungen mit den fraglichen Leistungsträgern usw.

Diese Bündelung von Maßnahmen hatte das Ziel, die Kooperation zu verstärken, und dafür zu sorgen, dass die Abweisung »Dafür sind wir nicht zuständig« nicht mehr vorkommt. Diese Vorgehensweise hat in Einzelfällen ganz neue und erfolgreiche Wege eröffnet.



Hilfen im Lebensfeld

- Hilfen dort, wo Arbeit und Beschäftigung auch nach Beendigung der Hilfen möglich ist
- möglichst Sondermilieus vermeiden: Teilhabe
- Dezentralisierung und Entinstitutionalisierung

Aber nicht nur der Zugang zu Hilfeleistungen ist wichtig, sondern auch die Art der Hilfe. Das Prinzip ist schon benannt worden: Hilfen im Lebensfeld. Das Entscheidende daran ist, dass die Hilfe dort geleistet wird, wo das Ergebnis der Hilfeleistung auch genutzt werden kann. Das ist gemeint mit lebensweltorientierter Hilfe. Auf Arbeit bezogen heißt das: Hilfe dort, wo auch langfristig (nach Ende der Hilfeleistung) gearbeitet werden kann – bei Kontinuität der Arbeitsanforderungen und des sozialen Umfelds. Wir wissen, dass es psychisch beeinträchtigten Menschen oft nicht gelingt, eine wiedergewonnene Stabilität oder eine erworbene Kompetenz von einem

Kontext in einen anderen zu transportieren. Lebensweltbezogene Hilfeleistung können alle bestehenden Einrichtungen leisten. Sie tun es auch, neben den Hilfeleistungen in der psychiatrischen Einrichtung mit allenfalls indirektem Lebensweltbezug. Wir wollen den Anteil lebensweltbezogener Hilfen systematisch verstärken. Beispiele aus Projektregionen für Hilfeleistungen im allgemeinen Arbeitsmarkt sind (genauere Darstellung in den Symposien und auf dem ›ArbeitsMARKT‹)

- Hamburger Arbeitsassistenten
- Ausgelagerte Werkstattplätze
- Kopernikus (Ostvorpommern)
- teilstationäre Arbeitstherapie im Betrieb (Bremen-Ost)
- Ergotherapie am Arbeitsplatz
- Virtuelle Werkstatt (in Thüringen von der Rentenversicherung finanziert)
- Einzelfallbewilligungen für betriebsintegrierte Reha der BA

Neue Formen von Arbeit und Beschäftigung

- individuelle Teilhabeziele bezüglich Art und Umfang der Tätigkeit
- passgenaue Arbeit für seelisch behinderte Menschen
- bei Bedarf: langfristige Unterstützung des psychisch beeinträchtigten Menschen
- bei Bedarf: Unterstützung bei der Schaffung des passgenauen Arbeitsplatzes

Nach dem Zugang zu erforderlichen Hilfen und der Umorganisation und neuer Akzentsetzung bei den Hilfen ist der dritte Themenbereich des Projekts die Schaffung neuartiger Formen von Arbeit, welche die spezifischen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen psychisch kranker Menschen berücksichtigen. Dabei müssen viele Aspekte berücksichtigt werden: Zunächst die Arbeitszeit, die oft diskontinuierlich ist bei psychisch beeinträchtigten Menschen. Ein Arbeitsbeginn morgens früh kann problematisch sein. Arbeitsanforderungen müssen flexibel sein. Die Leistungsfähigkeit ist bei psychisch beeinträchtigten Menschen oft nicht kontinuierlich, sondern sie variiert. Es ist völlig falsch, sich in diesen Fällen auf das Niveau von Anforderungen zu begeben, die immer erfüllt werden können. Das hätte Unterforderung, Motivationsverlust und Kompetenzverlust zur Folge. Aktiv Teilhabe ermöglichen heißt, Strukturen in der Arbeitswelt zu schaffen, die Rücksicht auf solche individuellen

Besonderheiten nehmen. Diesen Prozess zu fördern war auch ein wichtiger Bestandteil des Projekts.

Zur passgenauen Arbeit im allgemeinen Arbeitsmarkt gehören auch Förderinstrumente, die langfristige Leistungsminderungen ausgleichen. Die bisher üblichen befristeten Lohnkostenzuschüsse reichen nicht immer aus. Sie gehen davon aus, dass nach entsprechender Einarbeitung volle Leistungsfähigkeit erreicht werden kann. Das ist nicht immer der Fall. Ohne die Möglichkeit langfristiger, gegebenenfalls unbefristeter Förderung bedeutet die Einstellung eines psychisch kranken Menschen aus Sicht des Arbeitgebers ein Risiko. Für schwerbehinderte Menschen gibt es den Minderleistungsausgleich als grundsätzlich nicht befristete Leistung der Integrationsämter. Für nicht schwerbehinderte, aber gleichwohl stark in der Leistungsfähigkeit geminderte Personen hat der § 16 a SGB II die Möglichkeit einer langfristigen Förderung bis zu 75 % der Lohnkosten ermöglicht. Diese Instrumente werden noch viel zu wenig genutzt.

Neu:

- § 16 a SGB II
- Möglichkeit unbefristeter Förderung (bis 75 %) von Arbeit im allgemeinen Arbeitsmarkt
- Zusätzliche Einstiegshilfen
- Zusätzlich Qualifizierung (inklusive psychosozialer Hilfen)

Geplant:

- In § 33 SGB IX: »unterstützte Beschäftigung«

Personenzentrierte Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Der psychisch beeinträchtigte Mensch arbeitet entsprechend seinen aktuellen Fähigkeiten im Betrieb oder an einer sonstigen Arbeitsstelle.
- Er erhält dort die erforderlichen arbeitsbezogenen *psychiatrischen* Hilfen.
- Er erhält dort die wegen seiner psychischen Beeinträchtigung erforderlichen berufsbezogenen Hilfen.
- Bei wechselndem Hilfebedarf (auch Wechsel des Leistungsträgers) kann er an diesem Arbeitsplatz bleiben und behält seine vertraute koordinierende Betreuungsperson.

Das alles führt zu einem Gesamtkonzept personenzentrierter Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Damit ist gemeint: Der psychisch kranke Mensch

steht im Mittelpunkt. Er braucht nicht zu wandern von Maßnahme zu Maßnahme. Das heißt im Umkehrschluss nicht, dass es irgendwo die Einheitshilfe gibt, die für alle richtig ist. Im Gegenteil: Die bestehenden Hilfen bewegen sich dorthin, wo der Klient ist und passen sich seinem individuellen Bedarf an! Das volle Kompetenzspektrum, das sich schon entwickelt hat und entwickeln wird, soll dafür zur Verfügung stehen. Einbezogen sind dabei auch die psychiatrischen Hilfen, die genauso wichtig sind wie die arbeitsbezogene fachliche Anleitung. Wenn ein Mensch in besonderer Weise angelernt, in seiner Kompetenz gestärkt werden muss, geduldiger, weniger konfrontativ oder wie auch immer, gehört auch dies zum Hilfebedarf.

Bei wechselndem Hilfebedarf darf es keine erzwungenen Wechsel geben, weder des Arbeitsplatzes noch der betreuenden Person. Das ist das Konzept der personenzentrierten Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben.

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Der richtige Start ist wichtig: Orientierung – Klärung – Entscheidung

Einleitung

Peter Kruckenberg, Ulrich Krüger

Dieses Symposium trägt den Titel »Der richtige Start ist wichtig«. Dieser banalen Feststellung steht allerdings die Tatsache gegenüber, dass genau in diesem Bereich riesige Probleme zu lösen sind.

Dem Prozess der Orientierung, Klärung und Entscheidung kommt enorme Bedeutung zu. Bei psychischer Erkrankung sind dabei Besonderheiten zu berücksichtigen. Dies geschieht nicht in ausreichendem Maße.

Bei der individuellen Berufswegeplanung sollte man genügend Zeit und Kompetenz einsetzen. Dadurch lassen sich Fehlversuche, Resignation und Sackgassen vermeiden.

Krankheitsbedingt haben manche psychisch kranke Menschen eine gestörte Selbsteinschätzung. Es kommt z. B. zur Selbstüberschätzung mit dem daraus resultierenden Risiko, falsche Entscheidungen für die berufliche Entwicklung zu treffen. Oft steht der Wunsch im Vordergrund und die individuellen Möglichkeiten und die Anforderungen des Berufslebens werden damit nicht ausreichend in Beziehung gesetzt. Eine kompetente Beratung, aber auch die Möglichkeit von Erprobungen und Erfahrungen im angestrebten Berufsfeld, können hier zur Klärung beitragen.

Auch professionelle Berater berücksichtigen oft zu wenig die individuellen Möglichkeiten. Sie sind oft zu sehr an den Anforderungen des Arbeitsmarktes orientiert. Wenn diese noch nicht erfüllt werden können, neigen sie dazu, verfügbare Standardhilfen zu empfehlen. Diese berücksichtigen oft nicht ausreichend die besonderen Bedarfe psychisch beeinträchtigter Menschen.

Zur Berufswegeplanung gehört die Planung der individuell erforderlichen Hilfen. Mit dem Sozialgesetzbuch IX hat der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit und schnellen Entscheidung verpflichtet. Nach § 12 SGB IX sind die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
3. Beratung entsprechend den Zielen Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gewährt werden,

4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden sowie
5. Prävention geleistet wird.

Keine dieser Vorgaben ist bisher befriedigend umgesetzt. Wir wollen in diesem Symposium Anforderungen an Klärungsprozesse präzisieren und positive Praxisbeispiele liefern.

Alle Beiträge kreisen um das Thema ›Assessment‹. Mit dem Thema ›Assessment‹ sind strukturelle, methodische und finanzielle Fragestellungen verbunden. Wer ist für die Klärung welcher Fragestellungen zuständig und wie kann die Antwort auf die offene Fragen unter Berücksichtigung individueller Interessen, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen gegeben werden?

Leitprinzipien personenzentrierter Berufswege- und Hilfeplanung sind dabei

- Orientierung am Individuum
- Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- koordinierte Hilfen auf der Basis eines Gesamthilfeplans (Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung)
- kontinuierliche Beratung über Maßnahmegrenzen hinaus (koordinierende Bezugsperson bzw. sozialpsychiatrischer Jobcoach)
- kooperative Abstimmung und Entscheidung (Personenkonferenzen und Hilfeplankonferenzen unter Einbeziehung der relevanten Leistungsträger und Leistungserbringer)
- Kontinuität der Hilfeleistung und der Arbeitsmöglichkeit auch bei geänderter Leistungsfähigkeit und wechselndem Hilfebedarf
- Anspruch auf Teilhabe für alle psychisch kranken und behinderten Menschen – kein Ausschluss wegen Art oder Umfang des Hilfebedarfs

Wir sind überzeugt, dass im Verlauf des Projektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« der APK diesbezüglich entscheidende Erkenntnisse gewonnen und Fortschritte erzielt wurden.

Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen

Peter Kruckenberg

Zusammenfassung

1. Psychische Erkrankungen haben häufig Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit und werden in ihrem Verlauf von der Arbeitssituation wesentlich mitbestimmt.
2. Die Abklärung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und ggf. ihrer Bedeutung für die Teilhabe am Arbeitsleben und der dafür erforderlichen Hilfen ist schwierig und erfordert in jedem Einzelfall ein individuelles, »personenzentriertes« Vorgehen. Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an die Organisation der Zusammenarbeit von Fallmanagement und den Fachdiensten der Leistungsträger mit den Diensten des Gemeindepsychiatrischen Verbunds der Leistungserbringer und nicht zuletzt an die fachliche Kompetenz aller Beteiligten.
3. Angesichts der großen Spannweite von Teilhabezielen und Leistungspotenzialen der Klienten ist eine für alle Beteiligten sinnvolle arbeitsökonomische »Abschichtung« des Abklärungsaufwands vor der Entscheidung über die Hilfeplanung geboten:
 - Bei der großen Mehrzahl der Klienten beschränkt sich das Ziel der Abklärung darauf, ob eine relevante psychische Erkrankung vorliegt und wie die psychischen Störungen – unter Beachtung einer evtl. Behandlung – bei der Vermittlung einer Arbeit oder der Erhaltung eines Arbeitsplatzes zu berücksichtigen sind.
 - Für Klienten mit komplexem Hilfebedarf ist ein integrierter Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplan zu erarbeiten und in der Hilfeplankonferenz (HPK) zu entscheiden.
 - Bei einer kleineren Gruppe von Menschen ist zur Abklärung von Zielorientierung und Hilfebedarf ein zielgruppenbezogenes Assessment bzgl. der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung erforderlich, zu dem je nach Einzelfall im Umfang variierend eine spezifische Diagnostik, wenn notwendig eine begleitete Arbeitserprobung in einem geschützten Setting, und ein Betriebspraktikum gehören.
4. Für die strukturierte Zusammenarbeit sind in jeder Region unter den Leistungserbringern im Gemeindepsychiatrischen Verbund und mit den Leistungsträgern im regionalen Steuerungsverbund verbindliche Verfahren zu vereinbaren. Dazu gehören die gemeinsame Festlegung

von Arbeitsinstrumenten wie dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die Abstimmung und Entscheidung über die Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz.

5. Konzept, Organisation und vertragliche Einbindung des zielgruppenspezifischen Assessments für psychisch beeinträchtigte Menschen als regionales bedarfsorientiertes Angebot werden dargestellt.

Assessment für psychisch beeinträchtigte Menschen

Bei seelischen Erkrankungen besteht – entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitskonzept – regelmäßig ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen der psychischen Symptomatik und den Lebensverhältnissen. Dabei können die eng mit Problemen in einem Lebensbereich verbundenen Störungen sich bedeutsam in anderen auswirken. Die berufliche Situation kann also im Einzelfall vorrangig Auslöser einer psychischen Problematik oder vorrangig Ausdruck einer in anderen Bereichen vorrangig begründeten Belastung sein – oder beides.

Psychisches Kranksein kann sich in sehr unterschiedlichen Leistungsbeeinträchtigungen äußern. Die mit schweren seelischen Störungen oft einhergehende Verunsicherung des Selbstwertgefühls kann mit Antriebsminderung, Störungen der Willensbildung und sozialen Ängsten einhergehen und sich in mangelnden Motivation, geringer Belastbarkeit, verminderter Selbsteinschätzung, in Problemen im Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Kunden äußern, aber auch in Defiziten in den Grundarbeitsfähigkeiten wie Konzentration, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Lern- und Entscheidungsfähigkeit.

Vorhandene Leistungseinschränkungen können von den Betroffenen subjektiv über- oder auch unterbewertet werden, mit der häufigen Folge einer zunehmenden psychischen Belastung und weiterer Leistungseinschränkung, wenn eine situationsgerechte Bearbeitung der Probleme am Arbeitsplatz nicht gelingt und/oder die notwendige Behandlung ausbleibt.

Die bestehenden Zusammenhänge sind oft schwer zu entschlüsseln und bedürfen bei ernsthaften Beeinträchtigungen spezifischer Diagnostik und ggf. Therapie verbunden mit gezielten personenbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen.

Durch qualifizierte Förderung und Unterstützung ist im Regelfall eine angemessene Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (TAB) zu erreichen – je nach individuellem Potenzial in dem gesamten Spektrum zwischen hoch

qualifizierter Vollzeittätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und einfacher stundenweiser Zuverdiensttätigkeit.

Auch bei in fachpsychiatrischer Behandlung befindlichen Patienten ist deren Arbeitssituation oft nicht hinreichend im Blickfeld der Behandler, deren Augenmerk eher auf die unmittelbare Beeinflussung der Krankheits-symptomatik gerichtet ist. Außerdem fehlen vielen Professionellen im psychiatrischen Hilfesystem hinreichende Erfahrungen und Kenntnisse über die spezifischen Auswirkungen unterschiedlicher Arbeitsbedingungen auf den einzelnen psychisch kranken Menschen und auch über die fachlichen, sozialrechtlichen und verfahrenspraktischen Möglichkeiten von Rehabilitation und Eingliederung.

Die Unübersichtlichkeit der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, die Zergliederung des weitgehend angebotsorientierten und institutionszentrierten Hilfesystems und nicht zuletzt der immer enger werdende Zeitrahmen für die ambulante wie die stationäre Behandlung machen es den im psychiatrischen Hilfesystem tätigen Fachleuten zunehmend schwer, sich in ausführlichen Gesprächen mit dem Klienten oder gar mit Personen aus seinem sozialen Umfeld oder mit anderen für den Klienten tätigen Personen und Diensten sorgfältig auszutauschen, auch wenn dies für die Beurteilung der Situation und die Behandlungs- und Rehabilitationsperspektiven unbedingt geboten wäre.

Dies gilt auch für die Fachdienste der Sozialleistungsträger. Diese haben oft Wartezeiten, in der Regel ein sehr begrenztes Zeitkontingent für den Einzelfall, müssen auf Vorinformationen von begrenztem Informationsgehalt zurückgreifen und sich letztlich auf diese und eine ergänzende Untersuchung des Klienten stützen. Deren Ergebnis hat – mit oder ohne begleitende Testuntersuchungen – nicht selten für die Beurteilung komplexer Zusammenhänge zwischen Krankheitsverlauf, Erwerbsfähigkeit und Arbeitssituation nur sehr begrenzten Aussagewert. Darüber hinaus stehen für die Maßnahmenplanung nur begrenzt Maßnahmen der Arbeitsförderung bzw. Eingliederung nach dem SGB II und III zur Verfügung, die dem besonderen Bedarf von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht werden.

Sofern eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 33 SGB IX in Erwägung gezogen wird, kommt es seitens der Rehabilitationsträger nicht selten zu einer Ablehnung, die letztlich darin begründet ist, dass keine positive Prognose gestellt werden kann, weil die vorhandenen Rehabilitationsangebote die psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtigen. Daraus entsteht ein Teufelskreis: Demotivierte Klienten bzw. ihre Betreuer stellen gar

keine Anträge mehr, »weil es keinen Sinn hat«. Dies wird als geringer Bedarf interpretiert – personenzentrierte Angebote werden nicht entwickelt.

Das Ergebnis sind hohe Raten von Frühberentung und die Beschäftigungslosigkeit der Mehrzahl chronisch psychisch kranker Menschen. Oft bleiben dann nur Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Dies ist seit Langem bekannt ebenso wie das Wissen, dass sinnvolle Beschäftigung unter möglichst normalen Arbeitsbedingungen die Krankheitsprognose wesentlich verbessert.

Fallmanager (Berater, Vermittler) der Leistungsträger, die für die Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung zuständig sind, müssen nicht nur das Vorliegen der jeweils für die Entscheidung bedeutsamen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen prüfen, sondern auch einschätzen, ob im Einzelfall eine für die Entscheidungsfindung relevante psychische Erkrankung vorliegen kann und ggf. welche fachlichen Hilfen sie zur Unterstützung herbeiziehen müssen. Die personellen und finanziellen Rahmenbedingungen setzen der diagnostischen Abklärung durch den Fachdienst des Leistungsträgers enge Grenzen. Wenn z. B. ein Fallmanager bei der der ARGE ca. 80 Klienten zu betreuen hat und man davon ausgeht, dass etwa die Hälfte der Klienten unter psychischen Störungen von unterschiedlicher Art und Ausmaß leidet, wird deutlich, dass

- eine erste Einschätzung zum Vorliegen und ggf. zur Relevanz einer psychischen Erkrankung durch den Fallmanager selbst erfolgen muss,
- bei gegebenen Hinweisen eine Unterstützung durch den medizinisch-psychologischen Fachdienst des Leistungsträgers und/oder durch Fachkräfte des psychiatrischen Hilfesystems erfolgen muss, möglichst in der Verantwortung von Professionellen, die den Klienten schon behandelt oder betreut haben.

Fallmanager und die Fachkräfte des psychiatrischen Hilfesystems sind aufeinander angewiesen – im gemeinsamen Interesse an der Erbringung von wirksamen und wirtschaftlichen Hilfeleistungen für die Klienten wie an einer Qualifizierung und Vereinfachung der jeweiligen Arbeitsabläufe.

Dafür müssen Aufgaben und Rollen klar getrennt und die Kooperation gut geregelt sein.

- Es bedarf einer gemeinsamen Sprache, d. h. eines Instruments für die Hilfeplanung, das in einer Region allen Beteiligten bekannt ist und von allen genutzt wird – ungeachtet möglicher vertiefender Dokumentationsverfahren der einzelnen Leistungserbringer oder Gutachter. Hier hat sich

der *IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan)* – in regional etwas unterschiedlichen Abwandlungen – in vielen Regionen bewährt. Er enthält verbindliche Verfahrensvorschriften für die Erstellung – etwa bzgl. der Einbeziehung des Klienten – bis hin zu einer Zielplanung und Hilfebedarfsermittlung, die eine überprüfbare fachliche Grundlage für die Aufstellung des Gesamtplans darstellt.

- Für die Überprüfung, Anpassung und Entscheidung über die Hilfepläne haben sich die in vielen Regionen eingeführten *Hilfeplankonferenzen* bewährt, in denen Vertreter der Leistungsträger und der Leistungserbringer jeweils eine größere Zahl von Hilfeplänen – zumeist kurz – erörtern und entscheiden (bzw. vorentscheiden, wenn der Vertreter des Leistungserbringers nicht autorisiert ist oder versicherungs- bzw. sozialhilferechtliche Klärungen noch nicht abgeschlossen sind).
- Für alle Fälle, in denen auf der Basis bisheriger Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen und aktueller Diagnostik kein hinreichend abgesicherter Eingliederungs- bzw. Rehabilitationsplan erstellt werden kann oder z. B. eine verlässliche Aussage über das Vorliegen der Erwerbsfähigkeit nicht getroffen werden kann, ist in jeder Region das Angebot eines spezifischen Assessments zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (AssTAB) zu schaffen.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über das gestufte Verfahren zum Vorgehen des Fallmanagers bei der Abklärung des Hilfebedarfs und der Entscheidung über Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, dessen Ablauf im Folgenden erläutert wird:

- Beratung durch den Fallmanager
- Wenn sich keine Hinweise auf eine relevante psychische Erkrankung ergeben, wird die Beratung oder Vermittlung wie bei psychisch gesunden Personen weitergeführt.
- Bei vorliegenden Hinweisen auf eine psychische Beeinträchtigung erfolgen (bei Zustimmung des Arbeitssuchenden) Rückfragen an behandelnde oder betreuende Personen des psychiatrischen Hilfesystems (evtl. mit Einschaltung des Fachdienstes des Leistungsträgers).
- Ergibt sich daraus nicht, dass relevante psychische Störungen vorliegen, wird das übliche Vorgehen wie bei gesunden Personen weitergeführt.
- Beim Vorliegen relevanter psychischer Störungen wird geprüft, ob ein abgestimmter psychiatrischer Rehabilitations- und Eingliederungsplan erforderlich ist.

Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen

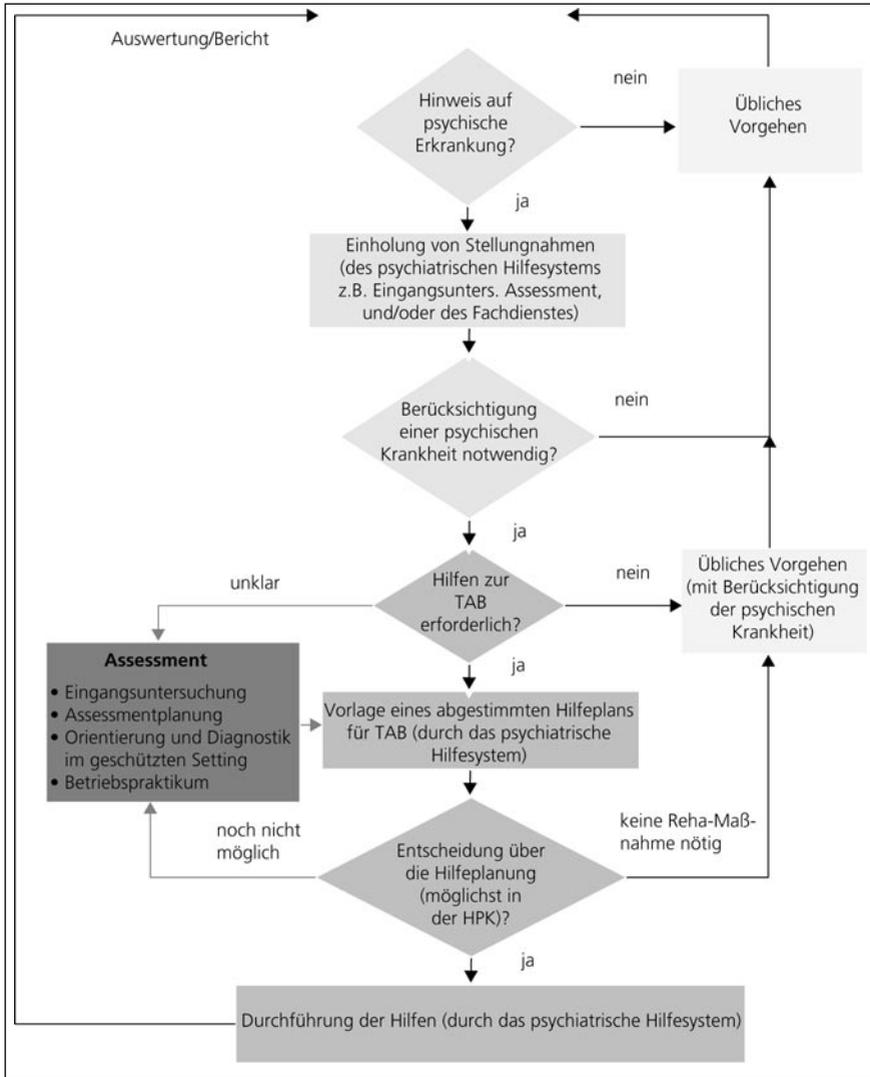


Abb. 1: Vorgehen bei der Abklärung des Hilfebedarfs und Entscheidung über Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Wenn nicht, wird das übliche Vorgehen der Beratung/Vermittlung unter Berücksichtigung der sich aus der Erkrankung ergebenden Besonderheiten fortgeführt (z. B. Ausschluss besonderer Arbeiten oder Anforderungen, Reduzierung der Arbeitszeit u. Ä.)
- Wenn ja, werden die Dienste des psychiatrischen Hilfesystems um eine abgestimmte Hilfeplanung im Sinne eines IBRP gebeten.
- Wenn auch nach Erstellung des IBRP eine berufsbezogene Hilfebedarfsprüfung aufgrund der Komplexität der Problemlagen nicht ohne Weiteres möglich oder wenn über deren Ergebnisse keine Einigung zu erreichen ist, wird ein Assessment unterhalb der Rehaschwelle in Auftrag gegeben, das mit einem integrierten Hilfeplanungsvorschlag (Hilfeplan) unter besonderer Berücksichtigung der Berufsperspektive abschließt.
- Das Ergebnis des Assessments wird in der Hilfeplankonferenz erörtert und entschieden. Falls keine Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind, erfolgt das übliche Vermittlungs- oder Beratungsverfahren unter Berücksichtigung der Besonderheiten, die sich aus der Beurteilung der Erkrankung ergeben. Bei noch unklaren Perspektiven wird gegebenenfalls ein intensiviertes zielgruppenspezifisches Assessment als Rehamaßnahme in Auftrag gegeben.
- Die Durchführung des Hilfeplans wird in einem Abschlussbericht ausgewertet. Das Ergebnis wird (bei Bedarf) vom Fallmanager mit dem Klienten beraten.

Die Indikation für die unverzügliche Einleitung eines zielgruppenspezifischen Assessments ist immer dann gegeben, wenn der Klient die ihn behandelnden und betreuenden Fachleute des psychiatrischen Hilfesystems und der zuständige Fallmanager des Leistungsträger (ggf. unterstützt durch den Fachdienst) sich nicht auf einen Hilfeplan einigen konnten.

In diesem Artikel wird die Bezeichnung »Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« (AssTAB) für eine Aufgabe im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme verwandt.

Die Anordnung des zielgruppenspezifischen Assessments erfolgt durch den Fallmanager des SGB II-Leistungsträgers oder der Agentur für Arbeit. Mit der Leistungserbringung wird ein oder mehrere für diese Aufgabe ausgewiesene, besonders qualifizierte Anbieter (bzw. ein Anbieter-Konsortium) in der Region beauftragt, die dafür die regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen.

Aufgaben und Zielsetzung des AssTAB sind

- die Feststellung der Zielvorstellungen des Klienten in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung
- die Darstellung von Leistungsstand und Leistungsmöglichkeiten (ggf. Beurteilung der Erwerbsfähigkeit); Erarbeitung eines Kompetenzprofils
- die Planung der beruflichen bzw. Arbeitsperspektive und die Empfehlung und Einleitung der weiteren Rehabilitation und Eingliederung,
- die Platzierung, d. h. nahtlose Überleitung in Rehabilitation oder Beschäftigung.

Vorrangige Zielgruppen für das AssTAB sind psychisch kranke

- Klienten mit erkennbaren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und besonderen Vermittlungshemmnissen
- »arbeitsmarktnahe« Klienten (noch oder bis vor Kurzem auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig)
- langzeitarbeitslose Klienten
- Jugendliche (ohne Berufserfahrung)

Konzeptioneller Rahmen für das zielgruppenspezifische Assessment ist eine systemische Sichtweise, nach der die Wechselbeziehungen aller Beteiligten und die Kontextbedingungen bei der Förderung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von Personen mit psychischen Störungen und Behinderungen bei allen Kontakten und Aktivitäten ständig beachtet werden. Zu einer solchen Sichtweise gehört z. B. auch, von Beginn an im Auge zu haben, welche Interessen in Bezug auf welche Arbeitsfelder und Tätigkeiten die Arbeitgeber des regionalen Arbeitsmarkts haben und welche verfahrensmäßigen und finanziellen Unterstützungen sie erwarten.

Der skizzierte Ansatz entspricht weitgehend dem Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit (ICF). Ziel der ICF ist es, eine nach international aufgestellten Kriterien gültige Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Menschen. Dabei werden Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen in ihren Wechselbeziehungen gesehen unter Beachtung der externen und internen Kontextbedingungen. Allerdings ergibt sich aus der Dokumentation nach der ICF allein kein zusammenhängendes Verständnis von den Fähigkeiten, Problemen, Zielen, Bedürfnissen, Entwicklungsmöglichkeiten und Hilfebedarfen eines Menschen mit psychischer Erkrankung.

Die ICF macht zu diesem Zweck erst in der Verbindung mit einem prozessorientierten Instrument wie dem IBRP Sinn – dazu wurden in den Übersichtsbogen des IBRP ICF-Kategorien aufgenommen.

Vorrangiges methodisches Prinzip ist in jedem Fall, dem Klienten interessiert, wohlwollend, respektvoll, mit realistisch positiver Erwartung aber auch mit der notwendigen Realitätsprüfung zu begegnen und auf dem Boden einer tragfähigen Beziehung gemeinsam eine zukunftsweisende Klärung seiner Möglichkeiten mit konkreter anschließender Platzierung zu versuchen.

Folgende Fragen sollten dabei im Vordergrund stehen:

- »Was sind Ihre (des Klienten) Erwartungen und Ziele? Sind die angesichts Ihrer Voraussetzungen und Einsatzbereitschaft realistisch?«
- »Was bringen Sie mit an beständigen, zur Gewohnheit gewordenen Lebenskompetenzen? Was müssten und wollen Sie ändern?«
- »Was müssten und wollen sie konkret lernen und üben, damit Ihre Ziele erreichbar werden?«
- »Welche Unterstützung brauchen Sie dabei von wem – und wie ist die zu erhalten?«
- »Für welche konkrete Planung der nächsten Schritte lassen sich welche Zielvereinbarungen treffen?«

Die modulare Organisation des zielgruppenspezifischen Assessments

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Zielsetzungen und der fachlichen und persönlichen Kompetenzen und Einschränkungen der Klienten müssen Konzeption, Organisation und Durchführung des Assessments individuell gestaltet werden:

- Das gilt insbesondere für die unterschiedlichen Zielgruppen der Klienten – Menschen mit verschiedenen Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und Leistungsminderung und unterschiedlicher beruflicher Orientierung und Qualifizierung. Das gilt auch für den Ort der Untersuchung und Erprobung – manche Klienten brauchen zumindest zu Beginn ein geschütztes Setting, andere eine normale Arbeitssituation.
- Das gilt vor allem für die Dauer des Assessments – bei manchen Klienten reicht eine ausführliche Anamnese, ein- bis zweitägige Testverfahren und ein einwöchiges Betriebspraktikum, andere benötigen eine längere Arbeitserprobung.

In der Regel wird es in einer Region oder einem Verbund mehrerer Regionen nicht einen einzigen Anbieter von Assessment geben, sondern zwei oder mehrere, die ggf. für unterschiedliche Zielgruppen oder für unterschiedliche Berufsfelder Assessment anbieten und gemeinsam die Pflichtversorgung übernehmen.

In vielen Regionen müssen für das Assessment keine neuen Dienste geschaffen werden. Die Leistungen können vielmehr in vertraglich festgelegter Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer erbracht werden, was zusätzlich dadurch erleichtert werden kann, dass Arbeitgeber auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt Praktikumsplätze bereitstellen mit der Möglichkeit der Arbeitserprobung und der Perspektive einer Einstellung etwa mit Minderleistungsausgleich, auf Teilzeitarbeitsplätze, Zuverdienstplätze usw. Wenn sich ein Anbieter auf spezielle Zielgruppen ausrichtet, ist im Verbund die Wahrnehmung der Pflichtversorgung sicherzustellen.

Dabei ist es sinnvoll, die Struktur des Assessments modular zu planen, um ein möglichst einheitliches Beantragungs- und Vergütungsverfahren für die verschiedenen Leistungserbringer und Leistungsträger zu erreichen.

Zur Einrichtung des zielgruppenspezifischen Assessments wird das nachfolgende einfache Modulsystem vorgeschlagen. Es kann je nach Fragestellung gestuft und auf die jeweiligen Ziel- und Hilfebedarfsgruppen ausgerichtet werden, d. h. es muss nicht immer vollständig durchgeführt werden:

1. Eingangsstufe (Abklärungsgespräche zu den persönlichen Voraussetzungen, Zielen und Erwartungen; evtl. am aktuellen Lebensort des Klienten beginnend, an mehreren Tagen im Zeitraum einer Woche, mit Planung der weiteren Stufen und Besuch des Erprobungssettings)
2. In Einzelfällen begleitete Arbeitserprobung zur Abklärung der aktuellen Leistungsfähigkeit und der Zielorientierung in Richtung Arbeitsmarkt unter geschützten Bedingungen (maximal vier Wochen)
3. Begleitetes Betriebspraktikum mit
 - individueller Platzierung (an einem Ort oder an mehreren Orten, möglichst im späteren Berufsfeld)
 - Trainings- und/oder Berufsfindungselementen
 - begleitender Beratung (von Klient und Arbeitsort)
 - integrierter Diagnostik
 - individuell angepasster Dauer (gestuft, ca. vier Wochen mit Verlängerungsmöglichkeit bis zu insgesamt – unter Einbeziehung von Modul 2 – zwölf Wochen)
 - gestufter Betreuungsdichte entsprechend dem Hilfebedarf

Die einzelnen Module gehen bei weiterem Abklärungsbedarf jeweils ineinander über.

Sobald entschieden wird, dass ein handlungsbezogenes zielgruppenspezifisches Assessment mit Arbeitserprobung erfolgt, wird nach einem Wochenplan verfahren, der von einer mindestens halbtägigen Anwesenheit am Arbeitsort ausgeht.

Begleitet werden diese Anteile von reflektierenden, fördernden und diagnostischen Gesprächen in Selbst- und Fremdeinschätzung. Das Vorgehen ist prozesshaft und gestuft mit klarer Zielerarbeitung für die weiteren Förder- und Integrationssschritte.

Von großer Bedeutung für den Klienten, die weiterbehandelnden und -betreuenden Professionellen und den Leistungsträger ist der Abschlussbericht, der sowohl den diagnostischen Teil beinhaltet als auch die Hilfeplanung unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen und des Fallmanagers des zuständigen Leistungsträgers.

Das zielgruppenspezifische Assessment wird regelmäßig nach Vorlage des Hilfeplans einschließlich eines Vorschlags der Platzierung(svorbereitung) in der Hilfeplankonferenz abgeschlossen.

Die Finanzierung des zielgruppenspezifischen Assessments erfolgt durch den beauftragenden Leistungsträger – nicht als Rehabilitationsmaßnahme, sondern zur Abklärung der Erwerbsfähigkeit und der Notwendigkeit von Hilfen (im Rahmen eines Gesamtplans) bzw. der Berücksichtigung von Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Der Hilfebedarf für die Eingangsstufe beträgt insgesamt ca. sechs bis zwölf Fachleistungsstunden, die begleitete Arbeitserprobung bis zu zehn Fachleistungsstunden pro Woche, der des Betriebspraktikums je nach Unterstützungsbedarf bis zu fünf Fachleistungsstunden pro Woche.

Als eine verbindliche Grundlage für die Hilfeplanung zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sind in jeder Region Vereinbarungen im Gemeindep psychiatrischen Verbund der Leistungserbringer und mit den Leistungsträgern erforderlich, die in jedem Fall ein zeitgerechtes und übersichtliches Verfahren sicherstellen, einschließlich eines evtl. erforderlichen AssTAB. Dazu gehören Vereinbarungen im Rahmen des GPV-L (Leistungserbringerverbund)

- zur integrierten Hilfeplanung: (IBRP, koordinierende Bezugsperson, Helferkonferenz, Hilfeplankonferenz, Sicherung der Qualitätsstandards)
- zur Beratung der Fallmanager: Angebot zur Abklärung und psychosozialen Begleitung

- zum vertieften TAB-Assessment: Regionales Angebot zur Pflichtversorgung

Im Rahmen des GPV-S (Steuerungsverbund) sind festzulegen

1. die Abstimmung des Basisinstrumentariums für die Hilfeplanung und Teilnahme an der Hilfeplankonferenz
2. sowie Versorgungsverträge zu Abklärung psychischer Störungen für die Hilfeplanung und psychosoziale Begleitung und zum zielgruppenspezifischen Assessment.

Im Zuge der Implementationprojekte der AKTION PSYCHISCH KRANKE ist in den beteiligten Regionen und darüber hinaus die Hilfeplanung für die Teilhabe psychisch kranker Menschen wesentlich verbessert worden, nicht zuletzt über die Nutzung des IBRP, die Hilfeplankonferenzen und die Vernetzung der Leistungserbringer. Die systematische Erprobung eines zielgruppenspezifischen Assessments für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Klienten mit komplexen Problemlagen steht noch aus. Eine flächendeckende Implementation dürfte durch exemplarische Einführung z. B. im Rahmen vom BMAS geförderter Modellregionen wesentlich unterstützt werden.

Orientierung - Klärung - Entscheidung ... bei Werkstattanspruch

Otto Hahn

Ich leite den SpDi im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt (SLF-Ru), einer eher ländlichen Region in Thüringen mit ca. 125 000 Einwohnern. Die beiden größten Städte sind Saalfeld und Rudolstadt mit jeweils knapp 30 000 Einwohnern. Das sind überschaubare Verhältnisse.

Wir nahmen seit 2004 am Landesmodellprojekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Thüringen teil. Da Aspekte der Teilhabe an Arbeit von Beginn an in den HPKs eine wichtige Rolle spielten, sind wir durch Herrn Krüger auch in das TAB-Projekt vermittelt worden. Wir hatten Zugang zu den Informationen, Fördermittel aus dem Equal-Projekt erhielten wir nicht.

Eine wesentliche Wurzel für das Bemühen um die Entwicklung neuer Formen zur Teilhabe an Arbeit für psychisch Kranke war die Feststellung in den Hilfeplankonferenzen, dass angemessene Arbeitsmöglichkeiten häufig nicht zur Verfügung standen, ausgehend vom individuellen Hilfebedarf der Patienten aber eigentlich dringend gebraucht wurden. Diese Tatsache wurde bereits seit längerer Zeit vermutet, aber erst durch die Etablierung der Hilfeplankonferenzen bekam das Problem konkrete Gesichter.

Am Anfang des Reformprozesses stand also zunächst die Etablierung der Gremien HPK und projektbegleitende Gruppe sowie die Einführung der Arbeit mit dem IBRP und mit koordinierenden Bezugspersonen. Bezüglich des Fokus »Teilhabe an Arbeit« gab es von Beginn an Bemühungen, neben dem Sozialhilfeträger eine kontinuierliche Mitarbeit der Rentenversicherungsträger sowie der Agentur für Arbeit und der ARGE anzustreben.

Während der Projektlaufzeit gelang es, die monatlich einmal tagenden HPKs und die projektbegleitende Gruppe als feste und anerkannte Arbeitsgremien zu etablieren. Die HPKs gaben einerseits die entscheidenden Impulse, alternative Wege zur Teilhabe an Arbeit überhaupt zu entwickeln und andererseits sind sie nach den bisherigen Erfahrungen sehr wichtig, um für den einzelnen Patienten richtige Weichenstellungen zu ermöglichen.

Hier an dieser Stelle geht es um psychisch Kranke mit Werkstattanspruch, um Menschen, die eine befristete oder unbefristete volle Erwerbsminderungsrente bekommen. Die Situation in unserer Region war bis zum vorigen Jahr so, dass berentete psychisch Kranke die Wahl zwischen folgenden Optionen hatten. Entweder sie begnügten sich mit ihrer Rente und verzichteten auf

eine Teilhabe an Arbeit, mit all den negativen Folgen, die das haben kann, oder sie konnten zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:

1. Aufnahme in eine der beiden WfbMs im Landkreis. Beide WfbMs haben seit einigen Jahren getrennte Betriebsabteilungen für psychisch Kranke.
2. Bewerbung um einen Platz im Zuverdienstprojekt des Diakonie-Vereins Rudolstadt. Bei einer Kapazität von ca. 20 Plätzen gibt es seit Jahren eine Warteliste mindestens in der gleichen Größenordnung. Erschwerend kommt hinzu, dass das Zuverdienstprojekt beim Requirieren von Aufträgen aus der regionalen Wirtschaft gegen die beiden WfbMs konkurrieren muss, die wegen der Finanzierung der Werkstattplätze über Eingliederungshilfe verständlicherweise in der Lage sind, den Auftrag gebenden Firmen in der Regel bessere Konditionen bieten zu können.
3. Psychisch Kranke gehen selbst auf die Suche nach einer Zuverdienst-Möglichkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt. Einigen wenigen ist es gelungen, zeitweilig einen Aushilfs-Job zu finden, z. B. Zeitungen oder Werbematerial austragen oder Regale in Supermärkten zu bestücken. Diese Beispiele sind Ausnahmefälle.

Das ist die Situation. In den HPKs der letzten Jahre wurde deutlich, dass es im Personenkreis der psychisch Kranken mit Werkstattanspruch Teilgruppen gibt, für die weder die klassische WfbM die geeignete Form zur Teilhabe an Arbeit darstellt und für die wegen der erwähnten Schwierigkeiten auch das Zuverdienstprojekt oder die eigene bzw. durch Sozialarbeiter unterstützte Suche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in der Regel erfolglos ist oder aus Krankheitsgründen nicht gelingt.

Diese Situation mussten wir einfach zur Kenntnis nehmen.

Um grundsätzlichen Missverständnissen vorzubeugen, möchte ich an dieser Stelle betonen, dass es natürlich auch eine Teilgruppe psychisch kranker Menschen gibt, die ausgehend von ihrem Hilfebedarf durch die Angebote der klassischen WfbMs gut betreut werden. Für sie ist die WfbM die geeignete Form zur Teilhabe an Arbeit. Das ist unbestritten. Aber nach unseren Erfahrungen aus den HPKs der letzten Jahre ist es ebenso unbestritten, dass es eben auch psychisch kranke Menschen mit Werkstattanspruch gibt, für die die klassische WfbM keine geeignete Form zur Teilhabe an Arbeit darstellt. Für sie bietet die WfbM ein umfangreiches Komplexangebot in einem zeitlichen und inhaltlichen Rahmen, der vom Betroffenen gar nicht benötigt und häufig auch nicht gewollt wird.

Unter diesem Blickwinkel könnte man auch sagen, dass die WfbM in ihrer traditionellen Form gewissermaßen die Heim-Variante der Teilhabemöglichkeiten an Arbeit darstellt und dass wir darüber hinaus eben auch Formen von ambulant betreuter Arbeit, genauso wie ambulant betreutes Wohnen benötigen.

Dabei ist mir wichtig, dass wir uns ganz sachlich darum bemühen, ausgehend vom Hilfebedarf der Betroffenen mit Werkstattanspruch, diese verschiedenen Teilgruppen psychisch kranker Menschen zu identifizieren und ihnen nach Möglichkeit geeignete Formen zur Teilhabe an Arbeit zu vermitteln. Es geht nicht um eine Auseinandersetzung pro oder kontra WfbM, sondern um das Akzeptieren der Tatsache, dass nicht alle psychisch kranken Menschen mit Werkstattanspruch in einer klassischen WfbM gut aufgehoben sind.

Wenn ich das so sage, dann schließe ich natürlich nicht aus, dass sich die WfbMs auch verändern können und neben den klassischen Angeboten auch alternative, ich bleibe mal bei der eben genannten Formulierung, »ambulant betreute Formen zur Teilhabe an Arbeit« entwickeln können, genauso wie Heimträger auch Hilfen im ambulant betreuten Wohnen geschaffen haben. In unserer Region war das bisher nicht der Fall und deswegen mussten wir andere Wege suchen.

Eine erste wichtige Anregung konnten wir von einer Arbeitstagung der TAB-Regionen hier in Kassel mit nach Hause nehmen, als die »virtuelle Werkstatt« Saarbrücken ihr Konzept vorstellte. Während in Saarbrücken die dezentralen Arbeitsplätze ausschließlich durch Eingliederungshilfe finanziert sind, wollten wir darüber hinausgehend, analog zur Situation in den klassischen WfbM, auch Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich als Formen einer beruflichen Rehabilitation in zuständiger Kostenträgerschaft der Agentur für Arbeit bzw. der Rentenversicherungsträger entwickeln.

Der örtliche Sozialhilfeträger hat dieses Projekt von Beginn an sehr unterstützt, weil er sich durch diesen Weg auch eine Kostenersparnis versprach. Da die dezentralen Arbeitsplätze niedrigere Kosten als ein normaler Werkstattplatz verursachen, liegt der besondere Charme dieses Weges darin, dass einerseits für die Betroffenen mit Anspruch auf einen Werkstattplatz bessere Arbeitsmöglichkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden können, die andererseits für den Steuerzahler auch noch preiswerter sind.

Da es bisher den Trägern der beiden WfbMs im Landkreis nicht gelang, eine nennenswerte Zahl von ausgelagerten Arbeitsplätzen zu schaffen, wurde das Modellprojekt im BZ Saalfeld initiiert. Herr Dr. Saalman und Prof. Grampp, der das Modellprojekt wissenschaftlich begleitet, werden über nä-

here Einzelheiten des gegründeten Netzwerks zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch Beeinträchtigte anschließend berichten. Erklärtes Ziel des Modellprojektes ist die Rehabilitation nicht in einer besonderen Einrichtung oder in einem Rehabilitationszentrum, womöglich noch fern vom Wohnort des Patienten und seinen Bezugspersonen, sondern nach einer Eingangs- und Erprobungsphase die Rehabilitation am zukünftigen Arbeitsplatz mit entsprechenden begleitenden Hilfen.

Dabei wurde von Beginn an versucht, die ganze Breite und Vielfalt potenzieller Arbeitsmöglichkeiten sowohl im produzierenden Gewerbe als auch im Dienstleistungsbereich und den Verwaltungen zu nutzen. Den Werkstätten für Behinderte bleiben verschiedene dieser Bereiche traditionell verschlossen. Eine psychisch kranke Juristin arbeitet beispielsweise stundenweise im Rechtsamt des Landratsamtes, eine junge Frau, die mehrere akut-psychotische Phasen erlitt, macht seit über einem Jahr Führungen auf Schloss Heidecksburg in Rudolstadt oder eine andere Patientin arbeitet in einem Kindergarten.

Eng begleitet durch die projektbegleitende Gruppe und mit Unterstützung von Herrn Krüger und der Psychiatriereferentin des Landes Thüringen, Frau Dr. Bever, gelang am 16.08.2006 als erster wichtiger Schritt der Abschluss einer Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung zwischen dem Landesamt für Soziales und Familie und dem Bildungszentrum Saalfeld. Damit war die Virtuelle Werkstatt im BZ Saalfeld formell gegründet. Das BZ Saalfeld erhielt damit keine Anerkennung als WfbM im Sinne der Werkstätten-Verordnung, sondern wird in der Leistungsverarbeitung als »besondere Einrichtung für psychisch Beeinträchtigte zur Teilhabe am Arbeitsleben und Integration in Arbeit« bezeichnet.

Als Ziel der Leistung wurde definiert: »Das Angebot verfolgt das Ziel, ein flexibles, den Neigungen, Fähigkeiten und der Ausbildung des Einzelnen entsprechendes Beschäftigungsverhältnis zu schaffen, mit der Orientierung, eine dauerhafte Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen und zu erreichen. Es wird dem psychisch beeinträchtigten Menschen ermöglicht, in den normalen Arbeitsalltag von Betrieben und Dienststellen hineinzuwachsen. Es wird keine Produktionsstätte vorgehalten ...«. Und weiter: »Grundlage für die Leistung ist ein individueller Hilfe- und Betreuungsplan (bei uns der IBRP), welcher unter Einbeziehung der zu betreuenden Person erarbeitet und vereinbart wird« ... sowie die »Teilnahme an den Hilfeplankonferenzen«.

Mit dieser Vereinbarung war gewissermaßen der zweite Schritt vor dem ersten getan, d. h., der Sozialhilfeträger als Kostenträger der Eingliederungs-

hilfe, der für die Finanzierung des Arbeitsbereichs der WfbMs zuständig ist, akzeptierte eine neue Form zur Teilhabe an Arbeit auf dezentralen Arbeitsplätzen für psychisch Kranke mit Werkstattanspruch. Und das Besondere daran ist, der Leistungserbringer, das BZ Saalfeld, verfügt selbst über keine Anerkennung als WfbM. Der zweite Schritt, der Arbeitsbereich der damals sog. Virtuellen Werkstatt, war damit geregelt.

Dem Arbeitsbereich vorgelagert sind in jeder WfbM das Eingangsverfahren und der Berufsbildungsbereich. Sie sind der erste Schritt. Von Beginn an waren wir der Überzeugung, dass das Eingangsverfahren und der Berufsbildungsbereich als wichtige Rehabilitationsphasen auch in einer virtuellen Werkstatt von den originären Kostenträgern finanziert werden müssen. Damit waren die Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit in der Pflicht, sich zu positionieren.

Irgendwie gelang es, dass dieser neue Saalfelder Ansatz von der Bundesagentur für Arbeit und den beiden für unsere Region wichtigen Rentenversicherungsträgern als Modellversuch akzeptiert wurde. Herr Krüger weiß die Einzelheiten besser als ich, weil er auch auf ministerialen Ebenen intervenierte.

Von der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde dieses Konzept aktiv mitgestaltet und Thüringen als Modellregion zur Erprobung dieses Weges ausgewählt, wobei Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich vom Rentenversicherungsträger analog den klassischen WfbMs finanziert werden.

Als Laufzeit des Projektes wurden drei Jahre bis zum 30.12.2009 vereinbart. Im Punkt 3. der Vereinbarung heißt es: »Dem Modellprojekt werden nur Teilnehmer von den Agenturen für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung zugewiesen, die von der Hilfeplankonferenz ausgewählt wurden und für die vom zuständigen Rehabilitationsträger eine Kostenzusage vorliegt.« Das Netzwerk zur Teilhabe am Arbeitsleben des BZ Saalfeld ist damit auch im System der regionalen Hilfeplanung mit ihren Prinzipien IBRP, HPK und koordinierende Bezugsperson verankert.

Das BZ Saalfeld, das keine anerkannte WfbM ist, führt für psychisch kranke Menschen in Kostenträgerschaft der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherungsträger auf dieser Basis seit Anfang dieses Jahres das Eingangsverfahren und ein berufsvorbereitendes Arbeitstraining im Sinne des Berufsbildungsbereichs durch. Für psychisch kranke Menschen mit Werkstattanspruch ist damit die Rehabilitation auf einem dezentralen Arbeitsplatz im allgemeinen Arbeitsmarkt möglich geworden. Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist das ein bedeutender Schritt in eine richtige Richtung.

Was gibt es für Schwierigkeiten?

Der Zugangsweg

Die WfbM hat natürlich noch einen wesentlich höheren Bekanntheitsgrad als alternative Formen zur Teilhabe an Arbeit. Und sie kommt mit ihrer klaren Struktur dem Bedürfnis nach einem sicheren Zugang zu Arbeit manchen Patienten und vielen Angehörigen, Ärzten oder gesetzlichen Betreuern entgegen. Dadurch kommt es immer noch zu Antragstellungen auf Mitarbeit in einer WfbM, obwohl Alternativen durchaus möglich wären und ohne Kenntnis der HPK wird dieses Antragsverfahren durch den Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit auf ihren Entscheidungswegen bearbeitet und entschieden.

Der Fachausschuss der Werkstätten arbeitet nach der Werkstättenverordnung, ohne dass es in unserem Landkreis bisher eine klar definierte Verzahnung mit der HPK für psychisch Kranke und Suchtkranke gibt. Damit ist gegenwärtig nicht sichergestellt, dass für alle Patienten der richtige Start gelingt. Für uns ist das bisher ein ungelöstes Problem.

Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der WfbM

Der Berufsbildungsbereich einer WfbM hat nach der Werkstättenverordnung eine klar rehabilitativ ausgerichtete Aufgabe, auch mit dem Ziel, Patienten nach Möglichkeit danach im allgemeinen Arbeitsmarkt zu platzieren. Das geschieht tatsächlich nur in Einzelfällen. Die Ursachen dafür sind vielfältig, liegen aber auch in einer Art Hospitalismus begründet, wenn ich das so sagen darf. Der einzelne behinderte Beschäftigte hat sich an die Umgebung, Kollegen und wichtige Bezugspersonen gewöhnt und hat eine Sicherheit der Beschäftigung gefunden, die er nach Möglichkeit nicht wieder aufgeben möchte. Ein erneuter Wechsel aus dieser Geborgenheit in eine eher ungewisse, weniger sichere Zukunft wird als Risiko erlebt, das nicht gern eingegangen wird. Dadurch ist es kein Zufall, dass die Rehabilitation im Berufsbildungsbereich in fast allen Fällen in den Arbeitsbereich der Werkstatt führt.

Aus diesem Grunde müssen für psychisch kranke Menschen Wege gefunden werden, die erst nach differenzierter Hilfeplanung und Vorstellung in der HPK eine Entscheidung für die WfbM oder eine alternative Form zur Teilhabe an Arbeit zulassen. Entscheidend ist die richtige Platzierung von Beginn des Reha-Prozesses an, der richtige Start ist wichtig.

Begutachtungsfragen

Durch die regelmäßige Teilnahme der Reha-Beraterin der Agentur für Arbeit und fallweise auch der Arbeitsamtsärztin an den HPKs hat sich mit diesem wichtigen Bereich in den letzten beiden Jahren eine stabile Kooperation entwickelt. Die Inhalte der IBRPs werden auch für die fallbezogenen Entscheidungsfindungen im Bereich Agentur für Arbeit/ARGE genutzt.

Schwierigere Schnittstellenprobleme gibt es dagegen oft in der Zusammenarbeit HPK – Rentenversicherungsträger. Eine direkte Zusammenarbeit und mündlichen Informationsaustausch mit Ärzten der Rentenversicherungsträger gibt es praktisch nicht. Die Begutachtungen psychisch kranker Menschen erfolgen unter vorwiegend medizinischen Aspekten, psychosoziale Probleme und Beziehungsaspekte werden oft wenig beleuchtet und es gibt bisher keinen Mechanismus der Einbeziehung der Inhalte der IBRPs in die Begutachtungen der Rentenversicherungsträger. Mehrfach bestand in den letzten beiden Jahren auch der Eindruck, dass externe Gutachter der Rentenversicherung die neuen Angebote in der Region nicht wirklich kennen und sie deswegen auch nicht in ihre Entscheidungsfindung einbeziehen können.

»Rehabilitation am künftigen Arbeitsplatz« in der geschilderten Weise ist für eine Teilgruppe psychisch kranker Menschen mit Werkstattanspruch der richtige Start für eine geeignete Form zur Teilhabe an Arbeit außerhalb einer WfbM, sie ist aber auch eine schwierige Herausforderung, die nur gelingen kann, wenn es eine verlässliche und enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Leistungsträgern und natürlich der regionalen Wirtschaft und Arbeitgebern im Dienstleistungsbereich und den Verwaltungen gibt.

Voraussetzungen dafür sind funktionierende Gremien und die Prinzipien der individuellen Hilfeplanung. Diesen Prozess zu fördern und die dafür erforderlichen Gremien und Entscheidungswege zu entwickeln und zu stabilisieren ist nach unserer Überzeugung eine wichtige Aufgabe der regionalen Psychiatriekoordination in Verantwortung der Kommune.

Auch bei Beachtung des Subsidiaritätsprinzips haben der Landkreis oder die Stadt die »Letztverantwortung« für die Versorgungssituation. Aus dieser »Letztverantwortung« des öffentlichen Trägers und der »relativen« Neutralität der Kommune im Interessenkonzert unterschiedlichster Leistungserbringer und Leistungsträger ergibt sich auch seine Verantwortung für die regionale Koordination von Arbeit und Beschäftigung für psychisch

krankte Menschen. Für viele psychisch kranke Menschen kann dieser neue Weg zu mehr Integration und Teilhabe in möglichst vielfältigen und ganz normalen Alltagszusammenhängen führen.

Ein letztes Wort zum Namen dieser neuen Form zur Teilhabe an Arbeit. Am Anfang war die sog. Virtuelle Werkstatt, eine Bezeichnung, die wir von Saarbrücken übernommen haben. Jetzt nennen wir das Modellprojekt »Safari«, der Begriff steht für »Saalfelder Modell für flexible Arbeit und Integration«. Ich hoffe, dass das nicht die endgültige Bezeichnung ist, weil es nicht nur ein Saalfelder Modell bleiben sollte, sondern ein grundsätzlich neuer Ansatz in der Bundesrepublik. Wenn ich es richtig verstanden habe, wurden in der Arbeits- und Sozialministerkonferenz im Oktober Gesetzesnovellierungen vorbereitet, die unseren Weg auch gesetzlich sichern helfen.

Wir müssten also noch einmal über einen geeigneten Namen für diesen neuen Weg zur Teilhabe an Arbeit nachdenken und Sie alle sind dazu eingeladen, Ideen einzubringen. Der Name müsste etwas grundsätzlicher und allgemeingültiger als Safari sein und vielleicht auch nicht so bescheiden.

SAFARI - Saalfelder Modell für flexible Arbeit und Integration

Dieter Saalman, Sandra Bär, Gerd Grampp

Zielsetzung

Die Arbeitswelt verfügt über vielfältige Integrationspotenziale, die für die berufliche Rehabilitation nutzbar sind. Das Arbeiten in normalen Betrieben vermittelt einen Zugang zur beruflichen Realität, vor allem aber die Zugehörigkeit zur Gesellschaft und die Teilnahme an der gesellschaftlichen Normalität. Dies gilt in besonderer Weise für die Beschäftigung psychisch beeinträchtigter Menschen.

Mit diesem Projekt soll die regionale Angebotsstruktur zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt erweitert werden.

Personenkreis

Folgende Personengruppen können in das Projekt aufgenommen werden:

1. erwerbsfähige psychisch beeinträchtigte Menschen, die aufgrund ihrer Einschränkungen schwer vermittelbar sind
2. psychisch beeinträchtigte Personen mit weniger als drei Stunden/Tag Erwerbsfähigkeit.

Es muss mindestens eine 20%-ige Leistungsfähigkeit vorliegen sowie die Befähigung den betrieblichen Arbeitsplatz täglich und selbstständig zu erreichen.

Leistungsangebot

Aufbau

Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit psychisch Beeinträchtigter zu verbessern, herzustellen oder wieder herzustellen, um so deren Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Das Modellprojekt ist wie folgt aufgebaut:

1. Feststellungsverfahren (Dauer zwei Monate) in den Räumen des Trägers:
 - Leistungserprobung und Erstellung Fähigkeitsprofil
 - Arbeitsplatz- und Praktikumsakquise

2. Berufsvorbereitendes Arbeitstraining (Dauer zwölf Monate) überwiegend bei regionalen Wirtschaftsunternehmen und z. T. in den Räumen des Trägers:
 - Training von Schlüsselqualifikationen und berufliche Basisqualifikation
 - Abbau von Vermittlungshemmnissen
 - Qualifikation am Arbeits- und Praktikumsplatz
3. betrieblicher Arbeitsbereich ausschließlich in regionalen Firmen und Behörden des allgemeinen Arbeitsmarktes:
 - betriebliche Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - laufende Betreuung und Krisenintervention

Dieser Aufbau ist nicht als ein fester linearer Ablauf zu verstehen, sondern als ein flexibles Modell. Eine Eingliederung in eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt hat Vorrang vor allen anderen Maßnahmen, ist das oberste Ziel des Modellprojektes.

Dem am Projekt beteiligten Teilnehmer stehen der medizinische, der psychologische, der sozialpädagogische und der ergotherapeutische Dienst zur Verfügung.

Arbeitsverhältnisse

Die wöchentliche Stundenzahl im Arbeitsbereich wird entsprechend den Fähigkeiten, dem Leistungsvermögen und den Vorgaben des Auftrags- bzw. Beschäftigungsgebers festgelegt. Arbeits- und sozialversicherungsrechtlicher Status der Beschäftigten sind analog der WfbM geregelt, die Vergütung lehnt sich ebenfalls daran an.

Beispiele von Berufsabschlüssen und rekrutierten Einsatzorten im betrieblichen Arbeitsbereich:

<u>Berufsfeld</u>	<u>Berufe</u>	<u>Einsatzorte</u>
handwerklich-technische Berufe	Gas-Wasser-Installateur	Bauhof
	Elektroingenieur	Ankerbausteine
Dienstleistung und kaufmännische Berufe	Juristin	Landratsamt
	Kinderpflegerin	Kindergarten
	Bankkauffrau	Spedition

Abgrenzung zu anderen Beschäftigungsprojekten

1. ausschließlich dezentrale Einzelarbeitsplätze direkt im Betrieb (Einbindung in das Arbeitsteam)
2. kein Vorhalten von Produktionsstätten (keine Investitionskosten nötig)
3. sehr gutes Betreuungsverhältnis (ein Sozialpädagoge für max. zehn Teilnehmer)
4. sehr enge und regelmäßige Betreuung am Arbeitsplatz (Job Coach, Pate)

Wissenschaftliche Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts orientiert sich an der Idee einer *profilbasierten Maßnahmesteuerung* rehabilitativer Maßnahmen. Dafür sollen die vorhandenen Teilklassifikationen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie der nicht klassifizierte Bereich der personbezogenen Kontextfaktoren als Grundlage für ein Diagnose- und Dokumentationssystem verwendet werden.

Profile zur Anwendung des Core Sets

Zur Anwendung des Core Sets in der Praxis sind zwei Profile zu entwickeln: Das Profil einer Person und das Profil des Lebensbereichs. Das Profil der Person ist ein Potenzialprofil, das Profil des Lebensbereichs kann als Anforderungs- und/oder Potenzialprofil erstellt werden.

Orientierung - Klärung - Entscheidung ... im Rahmen des SGB II

Armin Schönfelder

Für den individuellen Weg – nicht selten »zurück« – in das Arbeitsleben im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende spielt auch die Begriffstria »Orientierung – Abklärung – Entscheidung« die entscheidende Rolle.

Dabei vermag es sonderbar erscheinen, dass der Referent gerade aus einem der ärmsten Landkreise Deutschlands stammt, in dem die Arbeitslosigkeit regelmäßig hoch und das Angebot an Arbeit genauso regelmäßig dürftig ausfallen – Wege in das Arbeitsleben, funktioniert das in der beschäftigungspolitischen Diaspora überhaupt?

Die Gesetzessystematik des SGB II, noch vielmehr der dahinter manifestierte Wille des Gesetzgebers, Bedürftigkeit zu beenden und den Hilfesuchenden wieder in Arbeit zu bringen, lassen sich jedoch in einem Praxisbericht aus einem Optionslandkreis, obgleich er in den neuen Bundesländern angesiedelt ist, am besten herausarbeiten, nicht zuletzt auch deswegen, weil Ostvorpommern gemeinsam mit der Hansestadt Rostock Projektregion in dem Bundesprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« (TAB-Projekt) gewesen ist.

Die »Nachwirkungen« dieses Projekts sollen an den Anfang gestellt werden, bevor ich mich dem eigentlichen Thema zuwenden will.

Kernziel des TAB-Projekts, wollte man es in einem Satz zusammenfassen, war die Verbesserung der Hilfeleistungen für psychisch Beeinträchtigte durch gezielte Steuerung und Steigerung der Qualität im Sinne des Klienten, um ihm eine bessere Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu ermöglichen. Hierzu widmete sich die Projektgruppe in Ostvorpommern insbesondere der Kooperation und Koordination vorhandener Hilfesysteme und Hilfeträger, einer Verbesserung des Hilfeplanverfahrens, einer Schärfung und Neuausrichtung der Gremienstrukturen sowie einem gezielten Monitoring des gesamten Verfahrens.

Die Förderung der Fähigkeiten des Klienten war dabei ebenso wichtig wie die Anpassung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten an die individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Hilfesuchenden auf Grundlage eines um den Bereich Arbeit und Beschäftigung weiter entwickelten IBRP. Nicht weniger Aufmerksamkeit wurde dabei dem Zusammenwirken der Leistungsträger, insbesondere derjenigen aus dem SGB XII und dem SGB II, gewidmet, bietet doch die alleinige Aufgabenträgerschaft

des SGB II durch die optierende Kommune die besten Voraussetzungen für eine klientenorientierte Steuerung des Hilfeplanverfahrens. Von daher wird es auch nicht verwundern, wenn die Schwerpunkte der täglichen Projektarbeit in der Implementierung eines projektbezogenen Fallmanagements und Vermittlungsprozesses, der »Aktivierung« potenzieller Arbeitgeber über den Bereich Vermittlung, der Begleitung der Betroffenen bei ihrer Tätigkeit im Arbeitsmarkt sowie dem Vorrang arbeitsbezogener Vergütung gelegen haben.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden dabei maßgeblich von § 16 SGB II (Leistungen zur Eingliederung), nach dem Verständnis eines überzeugten Optierers der eigentlichen Kernnorm der Grundsicherung für Arbeitsuchende, geprägt. Diese Regelung weist der kommunalen Arbeitsverwaltung einen umfangreichen Katalog an Eingliederungsinstrumenten zu und rückt dabei erstmals auch Unterstützungsleistungen aus dem Sozialhilferecht, die psychosoziale Betreuung, in den Fokus des Beratungs- und Hilfeverfahrens. Hierzu zählen nicht nur Betreuungs- und Vermittlungstätigkeiten, sondern auch direkte Hilfen zur Aufnahme einer Beschäftigung oder zur Förderung der beruflichen Weiterbildung.

Im Kanon mit der experimentellen Erprobung alternativer Modelle, wie sie ausdrücklich den Optionskommunen eingeräumt wird, sowie der jahrelangen Erfahrung in der psychosozialen Betreuung gewährt das SGB II nie dagewesenen Spielraum für eine klientenorientierte und nicht einrichtungszentrierte Unterstützung bei dem Weg (zurück) in Arbeit.

Zwingende Voraussetzung hierfür ist jedoch zunächst eine »Orientierung« innerhalb des Hilfesystems.

Das SGB III, gleichsam als Pate der seit 2004 geltenden Grundsicherung für Arbeitsuchende, hilft insoweit nur wenig weiter. Es verwendet den Begriff Orientierung im Rahmen der Berufsfindung (§ 33 SGB III) bei Fragen der Berufswahl, ihrer Anforderungen und Aussichten sowie im Hinblick auf bedeutsame Entwicklungen in Betrieben, Verwaltungen und auf dem Arbeitsmarkt. Auch in Zusammenhang mit berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach § 61 SGB III taucht der Begriff Orientierung wieder auf. Berufsorientierung und Berufswahl sind essenzieller Inhalt der Förder- und Qualifizierungssequenzen der entsprechenden Bildungsmaßnahmen.

Hilfreicher erscheint insoweit die Definition beruflicher Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, versteht man darunter doch die »verstärkte Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses auf gesundheitsrelevante Faktoren des Arbeitslebens und das Angebot an Rehabilitationsleistungen, die den

Verbleib des Patienten im Beruf fördern bzw. seine Wiedereingliederung erleichtern«.

Legt man die §§ 1 und 3, gewissermaßen die »Staatszielbestimmungen« des SGB II, nämlich Aufgabe und Ziel sowie die Leistungsgrundsätze der neuen Grundsicherung, wie eine Schablone über diese Begriffsbestimmung, gelangt man zu einem nahezu erschöpfenden Verständnis des Orientierungsprozesses, wie es in Ostvorpommern die Arbeit von psychiatrischem Hilfesystem und kommunaler Arbeitsverwaltung prägt: Die Ausrichtung des Integrationsprozesses am hilfebedürftigen Klienten unter Einbeziehung aller psychiatrischen, beruflichen und privaten Hilferessourcen mit dem Ziel der eingehenden Förderung, ausgehend von seiner aktuellen Situation, um seinen Verbleib in Arbeit zu sichern, ihn wieder in Arbeit zu bringen und seine behindertenspezifische Nachteile zu überwinden. Natürlich wird in diesem Zusammenhang auch das Ziel verfolgt, die Eigenverantwortlichkeit des Betroffenen zu stärken und seine materielle Bedürftigkeit zu beenden.

Grundlage ist dabei die Ermittlung des konkreten Hilfebedarfs zur Vorbereitung der Entscheidung über die notwendige Integrationsmaßnahme, der Abklärungsprozess.

Hierzu bedarf es beim Fallmanager der Arbeitsverwaltung einer vertieften Kenntnis der erforderlichen Methodik der Abklärung. Das Standardhandwerk eines Fallmanagers mag ein gutes Fundament bilden, aber erst durch eine zielgerichtete Qualifikation unter Einbeziehung der Fachdienste und durch die Anwendung des erweiterten IBRP sowie durch stete Erfahrungen »an der Front« wird aus einem Fallmanager auch ein versierter Fallmanager, der psychische Belastungen oder gar Erkrankungen erkennt und die geeignete Hilfe »lege artis« anbieten kann. Nur so kann vermieden werden, allzu formalisierte Maßnahmen zu bewilligen. Es versteht sich außerdem von selbst, dass die Abklärung vor der Entscheidung vorgenommen werden muss und nicht lästiges Beiwerk eines oberflächlichen Verwaltungsverfahrens ist, an dessen Anfang schon feststeht, welche Hilfe am Ende gewährt wird.

Nur kurz soll an dieser Stelle angesprochen werden, dass das von Prof. Kruckenberg maßgeblich entwickelte »Vertiefte TAB-Assessment« als diagnostisches Verfahren einen hervorragenden Einstieg in eine für den Hilfebedürftigen und seine aktuellen Fähigkeiten erreichbare Weiterförderung bzw. Tätigkeit bietet. Dieses ausgefeilte Verfahren ist Gegenstand eines anderen Beitrags und soll hier nicht weiter behandelt werden.

Der gründlichen Abklärung folgt schließlich im Idealfall die eigentliche Entscheidung. Das SGB II hält dabei ein besonderes Instrument, die

Eingliederungsvereinbarung nach § 15, vor. Sie ist die »einvernehmlich« getroffene Vereinbarung von Hilfesuchendem und Hilfesystem über die zur Eingliederung erforderlichen Leistungen und hat vertraglichen Charakter. Nur dann, wenn eine Einigung nicht zustande kommt, sollen die entsprechenden Regelungen durch Verwaltungsakt umgesetzt werden. Dies dürfte im Hilfeplanverfahren für psychisch Kranke jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielen, weil der Aushandlungsprozess von der kommunalen Arbeitsverwaltung sensibel geführt und unter Beachtung der Beeinträchtigungen des Betroffenen abgeschlossen werden soll. Bei psychisch Erkrankten handelt es sich nur selten um tatsächlich Eingliederungsunwillige, die sich in vollem Bewusstsein ihrer Rechte und Pflichten einer Eingliederung entziehen wollen. Das SGB II erlegt dem Hilfebemühen des Trägers der Grundsicherung für Arbeit jedoch eine Grenze auf, nämlich dann, wenn der Antragsteller nicht mehr erwerbsfähig im Sinne des § 8 SGB II ist. Sieht sich der Betroffene außerstande, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes drei Stunden am Tag zu tätig zu sein, ist er nicht mehr leistungsberechtigt und – was jedoch noch schlimmer wiegt – nicht mehr förderungswürdig nach dem SGB II, er ist vielmehr dem Hilfesystem des SGB XII zu übergeben. In diesen Fällen trägt die kommunale Arbeitsverwaltung des Landkreises Ostvorpommern dem Grundanliegen des SGB II, Hilfebedürftige zu fördern und zu fordern, besonders Rechnung, indem sie Eingliederungsmaßnahmen so miteinander kombiniert und projektbezogen ausgestaltet, dass dem Hilfebedürftigen schon frühzeitig eine umfassende Unterstützung zuteil wird, die einen Verbleib im SGB II zu garantieren vermag.

Als Beispiele können das »OptiMumm«, ein Projekt für intensives Coaching von Langzeitarbeitslosen mit zahlreichen Vermittlungshemmnissen, die »Integrationswerkstatt Wrangelsburg«, ein besonders auf Jugendliche und junge Erwachsene mit Problemen im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung und psychischen Störungen ausgerichtetes Projekt oder auch das »I-Werk«, ein modular strukturiertes Training der Leistungsfähigkeit zur Vermittlung in eine leidensgerechte Tätigkeit, genannt werden.

Dass Orientierung, Abklärung und Entscheidung nicht selten auch in einem Spannungsfeld zueinander stehen, wird gerade dann deutlich, wenn dem Hilfebedürftigen fehlende Krankheitseinsicht attestiert werden muss oder eine hohe Dunkelziffer die klientenorientierte Unterstützung erschwert. Auch die zeitliche Befristung von Maßnahmen sowie das vom Gesetzgeber jüngst nachträglich in das SGB II eingeführte Aufstockungsverbot verdeutlichen, dass selbst ein gut austariertes Hilfesystem noch verbesserungsfähig

ist. Ostvorpommern macht sich daher schon lange für eine Öffnung des Leistungskataloges und eine Erweiterung des Integrationsportfolios stark. Insbesondere das Instrument der sog. »sonstigen weiteren Leistungen« nach § 16 Absatz 2 SGB II würde die Chance eröffnen, kommunale Arbeitsverwaltung und psychiatrisches Hilfesystem zu noch mehr Kreativität anzuspornen, als weithin schon vorhanden ist. Letztlich muss an den Gesetzgeber auch die Frage gerichtet werden, ob er Eingliederungserfolge bei der Personengruppe der psychisch Kranken ausschließlich anhand »harter« Kennzahlen messen, oder jenseits des erdrückend hohen Dokumentationsaufwandes und bestehender Datenfriedhöfe Eingliederungsfortschritt nicht auf andere Weise feststellen will.

Der Referent möchte sich jedoch nicht dem Vorwurf aussetzen, Wasser in den Wein zu gießen, stellt doch die Grundsicherung für Arbeitsuchende eine bedeutende gesetzliche Verbesserung für psychisch Kranke dar. Ist dieses Regelwerk noch dazu in der Hand einer optierenden Kommune, können diejenigen passgenauen Hilfen gewährt werden, durch die der Betroffene den Weg in das Erwerbsleben finden kann.

Orientierung - Klärung - Entscheidung ... im Auftrag der ARGE

Friederike Steier-Mecklenburg

Job Profil, eine Abteilung der BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH, arbeitet seit ca. zehn Jahren als arbeitsdiagnostischer Fachdienst, zunächst im Auftrag des Sozialamtes, nun im Auftrag der ARGE.

Die ARGE Köln hat eine spezielle Abteilung für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen. Kunden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden vom Fallmanagement Disability Management (DiMA) begleitet. Diese Fallmanager werden gesondert geschult u. a. in Seminaren zu Themen wie Institutionskunde/Versorgung psychisch kranker Menschen, Umgang mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung etc. Ihre Fallzahl ist deutlich niedriger als im normalen Fallmanagement.

Angeboten werden vielfältige Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen innerhalb der großen Gruppe der ALG II Empfänger und für diese Integrationskonzepte und Eingliederungsvereinbarungen entwickelt.

Job Profil bietet als Zielgruppenträger für psychisch beeinträchtigte Menschen die langjährig erprobte Maßnahme »Orientierung und Abklärung in Arbeit und Beruf« an. Darüber hinaus gehören zum Angebotskatalog für psychisch beeinträchtigte Menschen

- Integrationsjobs/Arbeitsgelegenheiten
- ein Berufseinstiegstraining für junge psychisch kranke Erwachsene (18–25 Jahre)
- die Job Börse Arbeit & Gesundheit

Die Maßnahme »Berufliche Orientierung und Abklärung« (BOA) wurde erstmals 2006 mit einer Laufzeit von zwei Jahren ausgeschrieben. Die Abklärung dauert vier Wochen mit einer Arbeitszeit von täglich fünf Stunden (9–14 Uhr) inkl. Pausen. Die Fahrtkosten werden erstattet. Der arbeitsdiagnostische Fachdienst bietet den Kunden die Möglichkeit, sich anhand von Übungsarbeiten, standardisierten Arbeitsproben und Arbeiten in realistischen Handlungsfeldern: Büro/Fahrradwerkstatt/Hauswirtschaft & Küche/Werkstatt, Holz, Metall ein Bild über die eigene Leistungsfähigkeit zu machen. Es gibt 24 Plätze, ein wöchentlicher Einstieg ist möglich.

Der Einstieg erfolgt äußerst niedrigschwellig. Erforderlich ist nur eine Zuweisung des Fallmanagers/DiMA. Wöchentlich gibt es für alle im Infotreff die Gelegenheit, unverbindlich die Maßnahme kennenzulernen. Bei

weiterem Interesse erfolgt danach ein Erstgespräch. Es gilt das Prinzip der Freiwilligkeit. Das Team besteht aus Ergotherapeuten und Sozialpädagogen, die einmal im Monat von einem Psychiater beraten werden.

Wird während der Abklärungsmaßnahme festgestellt, dass ein direkter Übergang in den Allgemeinen Arbeitsmarkt noch zu belastend wäre, kann die Überleitung in einen Integrationsjob bei Job Profil erfolgen. Dieser kann, da zielgruppenorientiert, stundenweise beginnen (mind. vier Std.) und wird ebenfalls von Ergotherapeuten und Sozialpädagogen begleitet. Die Einsatzstellen (30 Plätze) werden individuell gesucht und nach Möglichkeit mit dem Vorberuf und/oder den Interessen der Kunden abgestimmt. Die Dauer kann sechs bis zwölf Monate umfassen.

Auftrag der »Orientierung und Abklärung in Arbeit und Beruf« sind die Ermittlung des Leistungsstandes, der Arbeitsfähigkeiten und damit auch die Prüfung, ob die Kunden im ALG II-Bezug richtig sind, d. h. eine Erwerbsfähigkeit vorliegt und dann aus den Erkenntnissen heraus folgernd die Erarbeitung einer beruflichen Perspektive und konkreter Empfehlungen der dafür notwendigen weiteren Schritte, ggf. auch die Empfehlung zur Rente oder Überleitung in das SGB XII.

Neben den arbeitsdiagnostischen Instrumenten (vgl. oben) ist ein wichtiges Arbeitsprinzip zur Erfüllung dieses Auftrags die Umfeldarbeit. Die Sozialpädagogen setzen sich während der Maßnahme, natürlich nur mit schriftlicher Einwilligung des Kunden, mit dessen weiteren professionellen Begleitern in Verbindung. Dies können u. a. der behandelnde Facharzt und der gesetzliche Betreuer sein. Diese werden über die bisherigen Erkenntnisse von Job Profil informiert und ihre Einschätzung aufgenommen.

Entsprechend der Zielsetzung sollen Zuweisungen durch die Fallmanager an die BOA bei Job Profil erfolgen, wenn direkt Zweifel an einer Erwerbsfähigkeit aufgrund von ärztlichen Attesten bestehen und/oder es Hinweise auf eine psychische Erkrankung/seelische Schwierigkeiten durch andere Gegebenheiten gibt.

Dies können sein:

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Facharztes,
- andere med. Atteste und Gutachten,
- Aufenthalte in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken,
- Betreuungsunterlagen einer gesetzlichen Betreuung,
- Schwerbehinderten-Ausweis bzw. Gleichstellung,
- regelmäßige Kontakte zu einem Sozialpsychiatrischen Zentrum,
- Hinweise durch den ASD, Gesundheitsamt oder Fachstelle Wohnen,

- Hinweise auf psychische Probleme aus dem professionellen oder sozialen Umfeld,
- Äußerungen der Betroffenen hinsichtlich psychischer Probleme oder Erkrankung,
- persönlicher Eindruck des Sachbearbeiters.

Die Zuweisung erfolgt immer wieder schleppend und nicht immer werden die Plätze zahlenmäßig voll genutzt, obwohl es eigentlich nach übereinstimmender Einschätzung der Kollegen bei der ARGE und bei Job Profil einen entsprechend hohen Bedarf gibt.

Es besteht die Vermutung, dass die Fallmanager nicht immer in der Lage sind, die Kunden richtig einzuschätzen. Zur besseren Einschätzung durch die Fallmanager sind mit diesen Verhaltensweisen von Kunden erarbeitet worden, die auf seelische Schwierigkeiten hinweisen können. Diese Verhaltensweisen wären z. B.:

Der Klient

- kann Termine nicht einhalten
- wirkt im Gespräch abwesend und unkonzentriert
- gibt Antworten ohne Bezug auf die Frage
- hat ein ungepflegtes Äußeres in Verbindung mit ängstlichem, scheuem oder angespanntem Verhalten
- zeigt eine auffällig starke Verschlossenheit (wie mit einer Mauer reden)
- ist fahrig, weitschweifig (es ist kein konkreter Ansatz im Gespräch zu bekommen)
- kann nicht Bus oder Bahn fahren
- wirkt mut- oder hoffnungslos, zeigt wenig Eigeninitiative

Zusammengefasst kann gesagt werden: Die Maßnahme »Orientierung und Abklärung in Arbeit und Beruf« richtet sich an Menschen im ALG II-Bezug, bei denen seelische Schwierigkeiten oder eine psychische Erkrankung vermutet werden. Es besteht nicht die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnose.

Die Kundengruppe zeigte sich in 2006 hinsichtlich Schulabschluss und Diagnosen durchaus heterogen: Circa 50 % der Kunden hatten keinen oder einen eher niedrigeren Schulabschluss (Förderschule/Hauptschule). Doch hatten immerhin fast 30 % Abitur oder Fachhochschulreife.

Fast 50 : 50 befanden sich Kunden mit und ohne Berufsabschluss in der Maßnahme. Dies bedeutet, dass zum einen großen Teil auch Kunden mit

qualifizierten Abschlüssen und Ausbildungen die Möglichkeit der Orientierung und Abklärung nutzen.

Hinsichtlich der Diagnosen zeichneten sich als größte Gruppierung mit 27 % die Kunden mit Schizophrenie, gefolgt von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (25 %) und affektiven Störungen (16 %) ab.

Wichtig bei der Zielgruppe ist das Faktum, dass nicht unbedingt eine Diagnose vorliegen muss, was allerdings bei nur ca. 10 % der Fall ist.

Spätestens vier Wochen nach Ende der Maßnahme liegt der ARGE ein Abschlussbericht vor. Dieser sollte die Bewertung des Leistungsstandes und Vorschläge für die weitere Rehabilitationsplanung enthalten.

Entsprechend der Zielsetzung und weiteren Planung können sich die Empfehlungen für konkrete weitere Schritte am »Kölner Instrumentarium« orientieren (verfügbar im Internet unter www.btz-koeln.de).

Die fachliche Zusammenarbeit mit der ARGE gestaltet sich in der Regel gut. Erforderliche Abstimmungen erfolgen meist über den »kleinen Dienstweg«, d. h. per telefonischem Kontakt. Einmal im Monat gibt es eine Kooperationssitzung mit den DiMa-Koordinatoren. Beide Seiten können hier Fragen, Unklarheiten und ggf. auch Unzufriedenheiten besprechen. Noch nicht optimal koordiniert ist der Abgleich zwischen Empfehlung und Umsetzung. So erfahren die Mitarbeiter von Job Profil in der Regel nicht, ob die Empfehlungen auch wirklich umgesetzt wurden, da dieses insgesamt schlecht nachzuhalten ist.

II Perspektiven für nicht erwerbsfähige Menschen

Einleitung

Ingmar Steinhart, Rainer Knapp

Arbeit für nicht erwerbsfähige Menschen im Spannungsfeld aktueller Konzepte – Ausgewählte Eckpunkte

Die heute am meisten diskutierten und in der Fachwelt anerkannten Leitideen für die soziale Arbeit mit nicht erwerbsfähigen Menschen sind die Konzepte der »Personenzentrierten Hilfen« und der »Inklusion«:

»Inklusion als Leitperspektive [...] fordert zu einem Wandel in der Gestaltung sozialer Unterstützungsleistungen heraus: von der beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung. Hierbei gilt es auch Abschied zu nehmen von der Vorstellung, Integration sei bereits dann erreicht, wenn Menschen mit Behinderung in einer Gemeinschaft mit anderen leben, [...] oder wenn eine ausreichende Anzahl an speziellen Bildungs-, Beschäftigungs- und Freizeitangeboten für diesen Personenkreis zur Verfügung steht. Vielmehr geht es um die Ermöglichung eines individuell inszenierten Lebens, [...] und um die Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in die ›normalen‹ Alltags- und Lebensvollzüge einer Gesellschaft – eingeschlossen die Pflicht, eigene Fähigkeiten und Ressourcen einzubringen.« (Gudrun Wansing, 2005)

Im Gegensatz zu diesen Leitideen, die

- a) auf der Basis einer sehr individuellen Hilfeplanung ein ebenso personenorientiertes Hilfesystem mit entsprechender Finanzierung und
- b) die stringente Einbeziehung auch nicht erwerbsfähiger Menschen in die normalen Arbeitswelten erfordern,

ist die Praxis hiervon noch weit entfernt.

Die Antwort auf die Frage nach Arbeit für nicht erwerbsfähige Menschen wird aktuell weitgehend einseitig auf einer institutionellen Schiene beantwortet: »Marktbeherrschend« ist das System der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), das derzeit über 250 000 Werkstattbeschäftigten mit zunehmender Tendenz die Teilhabe am Arbeitsleben über dieses System sichert – allerdings weitgehend in institutionellen Settings und »Sonderwelten«.

Bedauerlicherweise läuft die aktuelle Diskussion zur Weiterentwicklung dieses Systems primär unter dem insbesondere durch die steigenden Fall-

zahlen (hier insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen) entstehenden Kostendruck. Vielfältige Bemühungen, das System der Werkstätten zu verändern, seitens der Politik und der Leistungsträger hat primär die Kostenfrage im Blick und leider nicht die oben genannten Leitideen und die fachliche Weiterentwicklung des Systems. Auch die Forderungen der Werkstätten nach ausreichender Finanzierung und Verbesserung der Rahmenbedingungen werden – teilweise auch berechtigt – eher dem Eigeninteresse der Organisation als dem Interesse der Betroffenen dienend eingeordnet.

Um sowohl den inhaltlichen Anforderungen als auch den Aspekten der notwendigen Kostendämpfung gerecht zu werden, stellt sich hier ganz grundsätzlich die Frage nach einem »*Was stattdessen?*«.

Wir haben aus der aktuellen Diskussion einige Eckpunkte zusammengestellt:

1. Qualifizierte Antworten auf individuelle Hilfebedarfe

Die Suche nach Teilhabemöglichkeiten für nicht erwerbsfähige Menschen müsste nicht in Sonderszenarien wie z. B. dem »Fachausschuss der Werkstätten« ablaufen, sondern sollte in die normalen Abläufe regionaler Hilfeplanungen integriert werden. Hierfür ist es sicher erforderlich, dass die regionale Hilfeplanung für den Bereich Arbeit und Beschäftigung »qualifiziert« wird und dass auch die Arbeitsagentur bzw. die ARGE hier als »Nachbarsystem« eingebunden wird. Dann bleibt die WfbM nicht wie bisher leider allzu oft die »ultima ratio« oder die »ultima optio«, sondern sie ist eine Möglichkeit von mehreren, auf Hilfebedarfe innerhalb eines regionalen Netzwerkes für die Teilhabe am Arbeitsleben zu antworten. Bei der Suche nach individuellen Lösungen für individuelle Hilfebedarfe sollte die Gleichsetzung einer sozialen und beruflichen Integration mit einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis im allgemeinen Arbeitsmarkt aufgegeben werden, sondern tatsächlich individuell geschaut werden. Die Antworten auf die individuellen Hilfebedarfe sollten mit den Betroffenen entsprechend derer Lebensentwürfe dialogisch entwickelt und definiert werden, damit sie überprüfbar umzusetzen sind. Fremdbestimmte Förder- und Bildungsvorgaben, zur Erreichung bestimmter Standards, wie sie z. B. in den WfbM noch umgesetzt werden müssen, sind pädagogisch fragwürdig und für die Betroffenen diskriminierend.

2. Differenzierung der Antworten auf Hilfebedarfe

Der erforderlichen Vielfalt in den Antwortalternativen auf individuelle Hilfebedarfe wird in vielen Regionen bereits durch die Schaffung weiterer

Teilhabeangebote wie Integrationsfirmen, Arbeitsassistentz, Bildungsangeboten oder aus den WfbM ausgelagerten Arbeitsgruppen Rechnung getragen.

Zwischen diesen und zukünftig weiter zu entwickelnden Teilhabemöglichkeiten und dem System der WfbM sollte dann – ausgehend von den individuellen Lebenssituationen – eine angemessene Durchlässigkeit nachteilsfrei, d. h. ohne die Behinderung durch starre Rechtsvorschriften, möglich sein.

Wesentliche Leitlinie bei allen diesen Antworten sollte auch das Konzept der Inklusion sein: Arbeit und Beschäftigung findet im Allgemeinen dort statt, wo auch Menschen ohne seelische Behinderungen arbeiten und die Unterstützung wird dorthin gebracht.

Hierzu gehört auch, dass in der Hilfeplanung die Nähe zum SGB II »gesucht« und immer wieder versucht wird, nicht alle auf den ersten Blick als nicht-erwerbsfähig zu »definierende« Menschen im SGB XII zu belassen, sondern im »normalen System« der Arbeitsmarktförderung nach passfähigen Lösungen zu suchen.

3. Regionale Pflichtversorgung für Arbeit und Beschäftigung

Auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung sollte eine regionale Pflichtversorgung angestrebt werden, sodass jeder Anspruchsberechtigte auch die Chance erhält, dass sein Anspruch auf Teilhabe in seiner Region differenziert eingelöst wird.

Teilhabe, insbesondere Teilhabe am Arbeitsleben, benötigt eine Grundversorgungsstruktur und kann nicht den Zufälligkeiten potenzieller Leistungsanbieter überlassen werden.

Vergleichbar zu anderen Hilfen sollte seitens der Leistungsträger mittels einer Grundfinanzierung sichergestellt werden, dass die Kosten für die Bereitstellung ausreichender Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung und zur Sicherung des Versorgungsauftrags finanziert werden. Die traditionellen Einzugsgebiete für die WfbM werden nicht mehr erforderlich sein, die WfbM ist dann Teil des »Pflichtversorgungssystems Psychiatrie«.

4. Regionales Kompetenznetzwerk Arbeit und Beschäftigung

In jeder Region sollte als Partner/Gegenüber der regionalen Hilfeplanung ein Kompetenznetzwerk Arbeit und Beschäftigung zur Sicherung der Pflichtversorgung entstehen, in dem vor allem die WfbM eine feder-

führende Rolle übernehmen könnte. Sie könnte in diesem Netzwerk aufgrund ihres Expertenwissens im Bereich Arbeit und Beschäftigung und auf Basis ihrer guten Kontakte zur regionalen Wirtschaft wesentlich dazu beitragen, im Netzwerk differenzierte auf den individuellen Hilfeplan bezogene Angebote entwickeln.

5. Stärkung des Verbraucherschutzes

Historisch gesehen haben z. B. die WfbM wie auch andere Organisationen (z. B. Integrationsfirmen, IFD/unterstützte Beschäftigung) eine anwaltliche Interessenvertretung für die Werkstattbeschäftigten übernommen, was zwangsweise zu Konflikten zwischen Individual- und Organisationsinteressen führte. Es ist daher erforderlich, eine institutionsunabhängige Interessenvertretung so zu entwickeln, dass die Ansprüche behinderter Menschen in rechtlich überprüfbarer Weise abgesichert sind.

Im Bereich der Weiterentwicklung des Heimrechtes wird aktuell auch darüber diskutiert, inwiefern der Verbraucherschutz für Menschen, die soziale Dienstleistungen, wie z. B. ein Heim in Anspruch nehmen, gestärkt werden kann. An diesen Überlegungen sollte für den ganzen Bereich der teilstationären und ambulanten Leistungen gerade auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung angekoppelt werden.

6. Rechtsanspruch und Finanzierung – Personen- statt Institutionsbindung

Rechtliche Ansprüche und Vergünstigungen wie Sozialversicherung, EM-Rentenanspruch und Berechtigung zur Anrechnung auf die zu zahlende Ausgleichsabgabe, sind im Wesentlichen an die Institution WfbM gebunden.

Das erschwert für die Betroffenen die Durchlässigkeit zwischen den jeweiligen Teilhabemöglichkeiten.

Generell ist davon auszugehen, dass diese Rechte und Vergünstigungen (das gilt auch für das Steuerprivileg) zugunsten der Betroffenen und der für sie erbrachten Leistungen entstehen und nicht an einen bestimmten Leistungstyp (WfbM) gebunden sind.

Über die aktuell mögliche Leistungsform des Persönlichen Budgets hinaus, sollte diese Idee weiterentwickelt werden und Rechte und Vergünstigungen/Privilegien in Form eines »persönlichen Teilhabeguthabens« der jeweiligen Person zugeordnet werden. Dann könnte das System durchlässiger werden.

Ausblick

Wir sind überzeugt, dass sich unter Beachtung der o. g. Punkte und unter verantwortungsbewusster Mitwirkung von Leistungsträgern und Leistungsanbietern Hilfen und Unterstützungssysteme im Bereich Arbeit und Beschäftigung derart (weiter-)entwickeln könnten, dass in überschaubaren Zeiträumen eine »Aufhebung« der »Sonderwelten« für nicht-erwerbsfähige Menschen gelingt und die Leitkonzeptionen »Personzentrierte Hilfen« und »Inklusion« keine Visionen und Utopien mehr sind, sondern selbstverständlicher Teil der Praxis.

Alternativen zur klassischen Werkstatt - Projekt »Kopernikus«

Michael Bartels

Um einem möglicherweise aus der Überschrift dieses Beitrags entstehenden Missverständnis gleich am Anfang entgegenzutreten, möchte ich als Erstes feststellen: Ich habe keine fertige Alternative zur klassischen Werkstatt, die ich Ihnen heute präsentieren könnte, und auch das Projekt »Kopernikus« ist nicht diese Alternative.

Was ich versuchen will zu bearbeiten, ist die Frage, wie wir zu einer Alternative kommen können. Und im Rahmen dieser Fragestellung ist für uns als Träger das Projekt »Kopernikus« so etwas wie ein Code oder auch ein Vehikel. Das konkrete Projekt »Kopernikus« stelle ich deshalb auch nur eingangs in einer Kurzbeschreibung vor. Ein erstes Charakteristikum in dem Prozess, der nach Alternativen zur klassischen Werkstatt sucht, ist für mich: einerseits ganz dicht an der konkreten Situation vor Ort zu sein (Trägerstrukturen, konkretes Umfeld, regionaler Arbeitsmarkt, personelle Ressourcen) und andererseits den Kreis der Gedanken, Konzepte und Visionen nicht zu klein zu ziehen. Das oft kleinteilige und kraftaufwendige Suchen nach Alternativen vor Ort braucht eine Korrespondenz zu sehr grundlegenden Fragestellungen. Ich will versuchen, hier beides in Beziehung zueinander zu setzen.

Was ist das Projekt Kopernikus?

»Kopernikus« ist ganz konkret ein aktuelles Projekt der Greifenwerkstatt in Greifswald zur weiteren Differenzierung des Angebots der WfbM und zur Nutzung von Kompetenzen der Werkstatt für neue Zielgruppen. Dieses Projekt gründet sich auf folgende zwei Eckpfeiler:

1. Im Projekt »Kopernikus« geht es speziell darum, unser fachlich anerkanntes Know-how
 - der Eignungsdiagnostik auf Basis des MELBA-Systems¹ und
 - des Berufsbildungsbereiches

allgemein für einen erweiterten Personenkreis zur Verfügung zu stellen. Das sind Personen, die aus unterschiedlichsten Gründen einen Assistenzbedarf bei der beruflichen Wiedereingliederung haben (z. B. SGB II-Empfänger).

1 Melba = Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit.

2. Im Zusammenhang mit der Eignungsdiagnostik und der beruflichen Bildung steht eine umfassende Kooperation mit regionalen Wirtschaftsfirmen in Form eines ausgebauten Netzwerks².

Ziel ist es, auf der Basis des eigenen Know-hows und des umfassenden Netzwerkes die Teilnehmer des Projektes – ausgehend vom Grundgedanken der Inklusion – möglichst gleichberechtigt, individuell angemessen und nachhaltig in das allgemeine Arbeitsleben einzugliedern bzw. auf dem Weg dahin zu fördern und zu begleiten.

In der Logik dieses gedanklichen Ansatzes befindet sich dieses Angebot nicht in der Werkstatt, sondern in anderen neutralen Räumlichkeiten. Wir haben dazu geeignete Räume in einem Einkaufszentrum mitten in der Hansestadt Greifswald angemietet. Dadurch besteht umgekehrt auch für die Menschen, die bisher automatisch das Eingangsverfahren der WfbM durchlaufen haben, perspektivisch die Möglichkeit, den Automatismus einer »Werkstattkarriere« zu verhindern bzw. flexiblere Angebote machen zu können.

Wir beschäftigen uns innerhalb des Projekts also nicht nur mit Perspektiven für sogenannte erwerbsunfähige, sondern auch für erwerbsfähige bzw. erwerbsgeminderte Menschen und sind der Meinung, dass sich dadurch auch die Perspektiven für die nicht erwerbsfähigen Menschen verändern d. h. verbessern können. Oder noch weitergehend formuliert: dass wir langfristig – sowohl politisch-theoretisch als auch pragmatisch-umsetzend aus dem Schubladendenken von erwerbsfähigen, erwerbsgeminderten und nicht erwerbsfähigen Menschen herauskommen. Vielleicht ist das die verheißungsvollste, aber zugleich auch die anspruchsvollste Perspektive, die für Menschen, die (heute noch) als »nicht erwerbsfähig« eingestuft werden, entwickelt werden kann: dass die Gesellschaft die Unterscheidung und gleichzeitig Klassifizierung dieser Art nicht mehr braucht, weil sie eine andere Art des gemeinschaftlichen Zusammenlebens verinnerlicht hat. Diese Perspektive steht im Zusammenhang mit der Entwicklung zu mehr Inklusion in der Gesellschaft.

2 Zu diesem Netzwerk gehören zurzeit ca. 40 regionale Wirtschaftsbetriebe unterschiedlichster Branchen.

Warum der Name Kopernikus?

Auf Nikolaus Kopernikus ist die bahnbrechende Erkenntnis zurückzuführen, dass nicht die Sonne und alle anderen Himmelskörper um die Erde kreisen, sondern die Erde sich um die Sonne bewegt (heliozentrisches Weltbild).³ Zwei Aspekte dieser genialen Entdeckung bzw. aus deren Wirkungsgeschichte möchte ich an dieser Stelle für unser thematisches Nachdenken aufnehmen:

1. Die Erkenntnis des Kopernikus war keine technische Erfindung, mit der etwas vollkommen Neues erschaffen wurde, und hatte zunächst auch keinerlei direkte Auswirkung auf die Materie selbst. Was sich allein veränderte, war die *Perspektive* auf die Realität. Und der Perspektivwechsel hat dazu geführt, dass langfristig daraus dann auch ein Wechsel der Realitäten geworden ist. Aus dem veränderten Bewusstsein ist ein verändertes Sein erwachsen.
2. Der zweite Aspekt betrifft die Wirkungsgeschichte der kopernikanischen Wende. Kopernikus selbst hat sich über viele Jahre mit dem grundlegenden Perspektivwechsel beschäftigt. Seine Entdeckung wurde zunächst abgetan, er selbst (wie andere vor ihm) als »irregeleitet« eingeschätzt. Erst sehr viel später haben andere bemerkt, dass es nicht um irrelevante Theorien geht. Letztlich mussten diejenigen, die dies nicht wahrhaben wollten, sich der Realität des Faktischen doch beugen.

Bei aller Zurückhaltung und Bescheidenheit, die wir in der Parallelisierung zu solchen geschichtlichen Ereignissen haben sollten, stecken in diesen beiden genannten Aspekten doch zwei wichtige Übertragungspunkte für unser Denken im »Universum des Sozialen«:

1. Das erste Stichwort ist der Perspektivwechsel. Ein Perspektivwechsel wird nicht dazu führen, das vorhandene Angebot (wie z. B. eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung) radikal infrage zu stellen, sondern dieses Angebot in einem anderen Zusammenhang zu sehen und zu verstehen. Und dies wiederum wird zur Folge haben, dass wir längerfristig einen Umschwung aus einer anderen Sichtweise in eine andere Handlungsweise realisieren werden. Wir brauchen selbst ein neues Weltbild, bei dem

3 Nikolaus Kopernikus lebte von 1473–1543. Sein wissenschaftliches Hauptwerk stammt aus dem Jahr 1543 und ist betitelt mit »De Revolutionibus Orbium Coelestium« (von den Kreisbewegungen der Weltkörper).

wir erkennen, dass sich nicht alles (erst recht nicht der Mensch, der ein Angebot braucht) um die Werkstatt dreht, sondern die Werkstatt ein Teil der Angebotsplaneten ist, die um das im Zentrum stehende bzw. lebende Individuum kreisen.

In der Konsequenz heißt das, dass es unsere Aufgabe ist, nicht mehr den Menschen automatisch in die Werkstatt einzugliedern, sondern das Angebot der Werkstatt stärker auf die Umlaufbahn der allgemeinen Arbeitswelt zu bringen. Damit ist aus meiner Sicht eine Grundaussage zur Zukunft der Werkstätten gemacht, die an sich sehr kontrovers diskutiert wird: Die Werkstatt soll ein Angebot in der »Umlaufbahn« sein und bleiben. Sie ist nicht der Mittelpunkt, aber sie kann und soll auch nicht aus der Umlaufbahn entfernt werden. Das ist der Perspektivwechsel, und das ist m. E. auch tatsächlich eine Alternative.

2. Der zweite Anknüpfungspunkt ist die Wirkungsgeschichte nach innen und nach außen, die dies entfalten kann und wird. Auch heute gibt es Menschen, die jede neue Idee schon deshalb für irre halten, weil sie nicht in die eigene, festgefügte Weltsicht hineinpasst. Und die dann nachträglich, nicht selten auch zu spät und schmerzlich erkennen, dass die sich anbahnende Veränderung einen sogar selbst betrifft. Dies sage ich primär an die Adresse von uns Anbietern, aber auch an Politiker und Kostenträger. Die aktive und bewusste Gestaltung von Veränderungsprozessen ist möglich, obwohl manches an Einstellungen und Rahmenbedingungen und an bisheriger Erfahrung auch dagegensprechen scheint.

Die beiden zentralen Stichworte aus der Parallelisierung mit der kopernikanischen Wende sind für mich deshalb der *Perspektivwechsel* und die daraus resultierende *Gestaltung von Veränderungsprozessen* – mit anderen Worten: Neues Denken führt zu verändertem Verhalten. Die Werkstatt kann zu einer Art Projektschmiede werden, ein »workshop« im besten Sinne des Wortes.

In welchem Kontext geschehen Perspektivwechsel und Veränderungsprozesse?

Es wäre wohl etwas zu wenig, wenn wir uns in Veränderungsprozesse hineinbegeben und uns dabei nur von der alten und in gewissem Sinne auch platten Weisheit leiten lassen, dass der Weg schon das Ziel sei. Natürlich gibt es Wertesysteme, in denen wir uns bewegen, mögen sie manchmal noch so

unscharf im Alltag erscheinen. Aber es gibt sie: konfessionelle Wertesysteme, humanistische Wertesysteme, politische Wertesysteme, ökonomische Wertesysteme. Und vielleicht kann man gegenwärtig sehr verallgemeinernd sagen: In der Hierarchie der Wertesysteme, die u. a. im Kontext der Werkstätten von Bedeutung sind, haben aktuell zwei Begriffe zumindest eine sehr hohe Priorität: die Individualisierung⁴ und die Inklusion (die im Gegensatz zur Individualisierung übrigens konstitutiv einen gemeinschaftlichen Aspekt beinhaltet).

In dem von mir verwandten Sinne liegen nun der Perspektivwechsel und die Inklusion besonders nah beieinander. Deshalb möchte ich an dieser Stelle ein paar Gedanken zur Inklusion aufnehmen, die weniger auf der fachlichen Ebene als vielmehr auf der politisch-strategischen und gesellschaftlich-organisatorischen Ebene liegen.

In Bezug auf die in Fachkreisen gegenwärtige Konjunktur des Begriffs Inklusion bleibt erst einmal festzuhalten, dass in unserem Land der Begriff der Inklusion in den einschlägigen Gesetzestexten gar keine Rolle spielt. Es geht darin bisher im Idealfall um Integration und Teilhabe, aber so gut wie gar nicht um Inklusion.

Die Konzepte und Angebote für Menschen mit Behinderung sind in unserem Land im Bereich der Eingliederungshilfe »verortet«, und genau diesbezüglich finden die Debatten statt: um die Zukunft der Eingliederungshilfe und speziell der Werkstätten, um die statistisch nachgewiesenen Fallzahlsteigerungen und die damit in Verbindung stehenden steigenden finanziellen Aufwendungen. Ein großer Teil der bei uns stattfindenden Diskussionen bewegt sich um die zentrale Frage, wie die Eingliederungshilfe weiter perfektioniert werden kann. Aber das ist nicht der Perspektivwechsel!

Erstaunlicherweise ist das Thema der Inklusion auf europäischer Ebene schon seit längerer Zeit ein Zentralbegriff für den sozialen Bereich: »In Europe everything is focussed on inclusion.«⁵ Der Geist der Inklusion durchzieht das Konzept der europäischen Sozialentwicklung und hat an vielen Stellen bereits zu einem Perspektivwechsel geführt, der in der Praxis ankommt.⁶

4 Siehe Tagungsthema »Individuelle Wege ins Arbeitsleben«.

5 T. Spooren, European Platform for Rehabilitation (EPR).

6 Wie das aussieht, kann man exemplarisch z. B. an der Entwicklung des irischen Sozialgefüges erkennen: Irland verfügt längst nicht über eine so ausgeprägte Sozialstaatstradition wie Deutschland, hat sich jedoch vor gut zehn Jahren auf den Weg gemacht, unter den Prämissen der Inklusion das System der Unterstützungsangebote für behinderte Menschen auf einen neuen, zeitgemäßen Stand zu bringen.

Folgerichtig korrespondiert auf europäischer Ebene zum Ansatz einer weitestgehenden Inklusion ein anderer, prozesshaft angelegter Mainstream, nämlich das »Disability Mainstreaming«. Disability Mainstreaming bedeutet, dass »das Thema Behinderung vom Rand in die Mitte der Gesellschaft gerückt und überall verankert werden soll«. ⁷ Jedes politische und gesellschaftliche Handeln wird danach befragt, in welcher Weise es zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen beiträgt bzw. sie verhindert.

Das Konzept des Disability Mainstreaming wäre auch für unser Land ein Erfordernis, wie man gerade an den Werkstätten beobachten kann. Die Verantwortung von Wirtschafts- und Arbeitspolitik endet bisher anscheinend mit dem Eingangsverfahren in der Werkstatt. Danach wird die Zuständigkeit ausschließlich an die Sozialpolitik, in diesem Fall an die Sozialhilfe abgegeben, die sich dann unter der Überschrift der »Eingliederungshilfe« ganz überwiegend vergeblich darum bemüht, die zuvor erfolgte Ausgliederung rückgängig zu machen.

Ich verweise in diesem Zusammenhang auf das weit reichende Grundsatzzpapier der Europäischen Kommission unter der Überschrift »Disability mainstreaming in the European Employment Strategy« ⁸ und wünsche mir, dass die Veränderungsprozesse, die wir vor Ort gestalten wollen und müssen, noch stärker in diesem Kontext verankert sind.

Was bedeutet Inklusion für die Werkstätten?

Im Gegensatz zum Grundziel der Individualisierung, das sich eindeutig darauf bezieht, Angebote und Lösungswege zu finden, die der jeweiligen Einzelperson gerecht werden, hat das Primärziel einer weitestgehenden Inklusion neben dem Bezug auf die konkrete Person auch eine institutionelle Komponente. Wenn man Inklusion in diese Richtung weiterdenkt, kommt man fast automatisch zu der Erkenntnis, dass Inklusion zur Auflösung von Sonderwelten führen muss bzw. den Konversionsprozess befördert. Nicht umsonst heißen diese oft Einrichtungen, weil wir uns selbst darin eingerichtet haben.

Bevor ich diese Fragestellung noch einmal konkret auf die Realität der Werkstatt beziehe, möchte ich hier kurz eine m. E. nicht zu unterschätzen-

7 Zitiert aus »Disability Mainstreaming und die UN-Konvention zum Schutze der Rechte behinderter Menschen« von K. Grüber in RdLh 3/07.

8 EMCO/11/290605 Employment strategy an European Social Fund policy development and coordination.

de Problematik aufnehmen, die sich aus einer systemisch-soziologischen Sicht auf die Thematik ergibt. Zum einen wird nämlich darauf verwiesen, dass es in der Gesellschaft so etwas wie eine »Exklusionsdrift« gibt und dass Inklusion sich überhaupt nur auf diesem Hintergrund definieren lässt.⁹ In diesem System kommt es zu immer weiter steigenden Kompensationsanforderungen und Kompensationsleistungen, die in der Gefahr stehen können, die »Exklusionsdrift« zu verschieben bzw. auf eine andere (z. B. virtuelle) Ebene zu befördern.

Spätestens an dieser Stelle ist zu fragen, was eigentlich die »klassische« Werkstatt ist bzw. was sie als solche ausmacht: Ist es die sozialrechtliche Verankerung, die Art und Weise der Finanzierung oder allein schon die offensichtliche Tatsache, dass in der Werkstatt überwiegend behinderte Menschen arbeiten? Dies alles gehört sicherlich zur Beantwortung dieser Frage, aber es reicht noch nicht aus. Ich will das am Beispiel unserer eigenen Werkstatt kurz verdeutlichen:

Unsere Greifenwerkstatt in Greifswald bezog im Jahr 1997 ein neues Werkstattgebäude, vom Träger geplant, von Bund und Land finanziell unterstützt in einem Gewerbegebiet. Unter dem Dach der »Werkstatt für behinderte Menschen« sind – wie an vielen anderen Orten auch – seitdem ganz verschiedene Produktionsstätten vereinigt: Metall, Holz, industrielle Verpackung, Montage, Garten- und Landschaftsbau usw. Diese Werkstatt des bisherigen Typus ist ein Konglomerat aus verschiedenen Produktionsstätten, die eine gemeinsame Infrastruktur verbindet (sowohl baulich als auch unterstützende Dienste).

In der freien Wirtschaft kommt man auf diesen Gedanken nicht: In der Nähe unserer Werkstatt befinden sich eine Autolackiererei, mehrere Autohäuser, eine Cook-and-Chill-Küche, eine Backfabrik, ein Baustoffhandel usw. Die haben keine gemeinsame Infrastruktur, z. B. eine gemeinsame

9 Prof. P. Fuchs, »Behinderung und Soziale Systeme. Anmerkungen zu einem schier unlösbaren Problem« in: Das gepfefferte Ferkel. Online-Journal für systemisches Denken und Handeln. Mai 2002. Fuchs stellt die These auf, dass die moderne Differenzierungsform der Gesellschaft ein Inklusionsgebot (Exklusionsverbot) zeitigt, das die zuvor einfach verschwindenden (marginalisierten) behinderten Personen in einem nie gekannten Ausmaß in die Sichtbarkeit befördert. Der Versuch, die bis dahin Exkludierten nun auch zu inkludieren, trifft auf das Problem, dass Behinderung in der Umwelt von Sozialsystemen in diesen Systemen nichtignorable Belastungen hervorruft, die zur Ausdifferenzierung einer Expertenkultur zwingt, die die gleichsam naturläufige Exklusionsdrift stoppen soll (a. a. O.).

Kantine oder gemeinsame Umkleideräume, obwohl das vielleicht sogar unter wirtschaftlichen Aspekten ein interessanter Gedanke wäre. Es zeigt sich hier wieder einmal, dass es sehr relativ ist, was in der Gesellschaft der Norm nach als »normal« bezeichnet wird und was man im Gegenzug als »Sonderwelt« bezeichnet.

Das Kennzeichen der Werkstätten als »Sonderwelt« ist also nicht allein, dass hier der Arbeitsort für Menschen mit Behinderung ist, sondern dass in der Konsequenz der Ausrichtung auf die Zielgruppe ein ganz eigenes Organisationsgebilde entstanden ist, das ansonsten in der Arbeitswelt eher ungewöhnlich ist. Kennzeichen dieser »Sonderwelt« ist die Konzentration unterschiedlichster Arbeitsbereiche in Verbindung zu einer pädagogisch/betreuerischen und organisatorischen Infrastruktur. Hierbei spielen – wie wir alle wissen – viele wirtschaftliche und praktische Erwägungen eine Rolle, z. B. auch die Durchlässigkeit der Arbeitsbereiche, sodass der behinderte Mensch entsprechend seiner Gaben und Fähigkeiten sich in diesem Kontext entwickeln kann bzw. auch die Arbeitsgruppe wechseln kann. Diese Struktur hat also auch viele Vorteile, und es wäre m. E. fatal, die Vorteile einfach beiseite zu tun. Die traditionelle Struktur hat aber offensichtlich einen entscheidenden Nachteil: Sie hat wenig mit einer umfassenden Inklusion zu tun.

Etwas verallgemeinernd möchte ich festhalten, dass die »Sonderwelten«, mit denen wir es zu tun haben, teilweise ganz handfester materieller Natur sind, teilweise aber auch eine ideelle Existenz haben, die oft nur mit erheblicher Mühe und Geduld aufgespürt und bearbeitet werden kann. Ein Konversionsprozess, der unter der Zielsetzung der Inklusion stattfindet, wird diese materiellen und ideellen Sonderwelten im Blick haben müssen.

Welche Auswirkungen hat Inklusion auf die Identität und die Kommunikation sozialer Anbieter?

Die »Werkstatt für behinderte Menschen« hat sich in der Vergangenheit selbst zu einer Marke mit Wiedererkennungswert entwickelt. Diese Marke war bisher eher positiv besetzt, weil sie nach außen ein bestimmtes Angebot mit erkennbaren Rahmenbedingungen kommunizierte und zugleich den Wohlfahrtscharakter dieses Angebotes transportierte. Sie ist aber gerade deshalb zunehmend auch mit negativen Assoziationen verbunden. Die Marke »Werkstatt für behinderte Menschen« trägt selbst mehr und mehr in sich das Image der »Sonderwelt«.

Abgesehen davon, dass es im Einzelfall eher kontraproduktiv sein kann, mit der Besonderheit behinderter Menschen ein konkretes Marketing bezüglich von Produkten und Dienstleistungen zu verbinden, ist es wohl auch im »Außenauftritt« geboten, keine »Sonderwelt« zu transportieren. Es entspricht vielmehr dem Gedanken der Inklusion, die Besonderheiten direkt aus den betreffenden Produkten und Dienstleistungen heraus zu beschreiben, d. h. daraus die sogenannten Alleinstellungsmerkmale abzuleiten. Bezüglich der Produkte z. B. aus der Biolandproduktion ist die Erzeugung und Qualität maßgeblich und nicht, ob diese von behinderten oder nicht behinderten Menschen erarbeitet wurden.

Was bezüglich des einzelnen Produktes sehr eindeutig erscheint, kann in der Rückwirkung auf die trägerinterne Organisationseinheit »Werkstatt« zu einer ganz eigenen Thematik werden. Denn in diesem Zusammenhang werden von uns als Anbietern Unternehmensidentitäten beschrieben (z. B. in Leitbildern). Aber die Zukunft der Werkstätten wird für uns mit der schwierigen Aufgabe verbunden sein, diese Identitäten zwar weiterzuentwickeln und gleichzeitig doch weniger als separates Angebot der Freien Wohlfahrtspflege wahrgenommen zu werden. Der Name des hier vorgestellten Projekts »Kopernikus« ist auch unter diesem Aspekt ganz bewusst gewählt, weil dieser zwar einen bestimmten Anspruch in sich trägt, zugleich aber durch eine Neutralität gekennzeichnet ist.

Wir können nicht einerseits von Inklusion sprechen und andererseits weiterhin in der bisherigen Sprache des Sozialstaates. Das aber ist ein Problem, das nicht nur die Akteure der Freien Wohlfahrtspflege betrifft, sondern alle, die sich mit sozialen Themen und Sozialpolitik in Theorie und Praxis beschäftigen. Unsere Aufgabe bzw. Herausforderung ist es deshalb, die Angebote nicht nur anders zu organisieren, sondern sie auch anders zu kommunizieren. Eine veränderte Kommunikation darf sich nicht darauf beschränken, ob und wie wir unser Angebot »verkaufen«. Es geht um unsere Identität, um unsere grundlegenden Inhalte und Ziele, die dahinter stehen.

Was bleibt festzuhalten und zu tun?

Der Weg zur Inklusion wird ein sehr langer Weg sein, der nur Aussicht auf Erfolg haben wird, wenn von vornherein klar ist, dass der Ansatz der Inklusion ein gesamtgesellschaftlicher ist, der sich im Zusammenleben der Menschen, in der politischen Ausgestaltung und in der Art der unterstützenden Angebote innerhalb der Gesellschaft wieder finden muss.

Für die Entwicklung der Arbeitsangebote für Menschen mit Behinderung ist es wichtig, dass wir die Perspektive der Inklusion konsequent aufnehmen und als Priorität im Gesamtzusammenhang sozialgesellschaftlicher Entwicklungen verstehen. Gleichzeitig werden wir uns auf lange Sicht auch um eine erfolgreiche Integration von Menschen weiter bemühen, die aus den unterschiedlichsten Gründen (noch) keine vollständige und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wahrnehmen können.

Die Alternative zur klassischen Werkstatt kann nur darin bestehen, eine solche veränderte Priorität als grundlegenden Perspektivwechsel aufzunehmen und von daher einen Veränderungsprozess aktiv zu gestalten. Der Perspektivwechsel ist der Beginn und nicht das Ergebnis der Gestaltung einer veränderten Realität.

Bestandteile dieses Prozesses sind,

- dass wir althergebrachtes Schubladendenken in Bezug auf Menschen und Angebote überwinden,
- dass wir den Mitarbeitenden an der Basis ermöglichen, den Perspektivwechsel zu vollziehen,
- dass wir Mut machen, Veränderungsprozesse mit Engagement zu starten und Raum geben, damit Ideenschmieden entstehen können,
- dass wir zu klaren und geeigneten Prioritätensetzungen kommen, die in der politischen Gestaltung und in der praktischen Arbeit gleichermaßen gültig sind,
- dass wir einen neuen »mainstream« finden und uns im Gegenzug aus den »Sonderwelten« lösen,
- dass wir eine neue Sprache entwickeln für das, was wir wollen und tun
- und dass wir selbst als Träger und Anbieter realisieren, anders zu werden.

Das alles gehört zu den alternativen Bestandteilen, die sich aus der klassischen Werkstatt für behinderte Menschen entwickeln lassen oder zumindest in das Umfeld dieser Entwicklungen gehören. Wenn man pauschal über Alternativen zur klassischen Werkstatt nachdenkt, mag dies zunächst als ein schwer fassbares und noch mehr schwer umsetzbares Thema erscheinen. Wenn man die große Aufgabe und Herausforderung aber differenziert und in ihre einzelnen Bestandteile zerlegt, ergibt sich eine Fülle von spannenden und realisierbaren Möglichkeiten. Unsere gemeinsame Aufgabe und Chance ist es, diese Möglichkeiten zu erkennen und zu gestalten. In diesem Sinne schließe ich mit der provokanten Frage, die uns der Schweizer Theologe

Kurt Marti zum Nachdenken und zur Ermutigung gestellt hat: »Wo kämen wir hin, wenn alle sagten: ›Wo kämen wir hin?‹ und niemand ginge, um zu schauen, wohin man käme, wenn man ginge.«¹⁰

10 Kurt Marti, Schweizer Theologe und Philosoph, geb. 1921.

Beispielhafte Teilhabe an Arbeit für »Erwerbsunfähige« in Bielefeld

Susanne Bondzio

In Bielefeld hat die Sozialverwaltung ein beispielhaftes Fallmanagement für als erwerbsunfähig eingestufte Sozialhilfe-Empfänger eingerichtet. Während diese Gruppe in anderen Städten meist keine arbeitsbezogene Unterstützung vom Sozialamt erhält, hat Bielefeld für diese Menschen ein ganz individuelles Angebot entwickelt. Einzelne Menschen wurden sogar schon auf »normale« Arbeitsplätze vermittelt.

Intensive regional vernetzte Hilfeplanung

Im Rahmen des Projektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« der AKTION PSYCHISCH KRANKE wurde in Bielefeld die gesamte Hilfeplanung vereinheitlicht und eine Hilfeplankonferenz (HPK) eingerichtet, die besonders auch auf arbeitsbezogene Unterstützung achtet. An diesem Prozess hat sich die Sozialverwaltung der Stadt ausgiebig beteiligt und den Vorsitz der Konferenz übernommen.

Seit Sommer 2005 arbeitet die HPK. Basis der Arbeit ist die Hilfeplanung gemeinsam mit den Betroffenen. Die professionellen Hilfeplaner aller Bielefelder Anbieter von Hilfen werden in einem speziellen Qualitätszirkel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes geschult und auf dem Laufenden gehalten. Jeder Hilfeplan (ein spezieller IBRP-Bielefeld) nimmt mittlerweile Stellung zu Fragen bzw. umsetzbaren Maßnahmen zu Arbeit und Beschäftigung. In der HPK werden die Hilfepläne geprüft – häufig auch gemeinsam mit den Betroffenen. Etwa 75 % der Pläne bleiben unverändert, der Rest wird in der Regel im Einvernehmen erweitert oder geschmälert. In der HPK wirken außer der Sozialverwaltung je ein Vertreter der Anbieter mit (Klinik, Heime, Betr. Wohnen, WfbM, SpsD), aber auch Kostenträger (Landschaftsverband, ARGE) sowie eine Vertreterin der Psychiatrieerfahrenen. Weitere Kostenträger kommen bei Bedarf hinzu. In der Regel erhalten die Betroffenen unmittelbar einen Bescheid über Art und Umfang der bewilligten Hilfe.

Wegen der Vielzahl an Fällen wird an 36 Donnerstagen ganztätig getagt, pro Jahr über 1200 Fallerörterungen. Auch die Persönlichen Budgets werden in Bielefeld über die HPK genehmigt.

In den Diskussionen wurde deutlich, dass es zwar mit der Einrichtung des SGB II und der ARGE zur Umsetzung von Hartz IV für viele Menschen neue

Angebote geben kann, es wurde aber bald schon deutlich, dass die Verlierer der Reform diejenigen sind, die nicht als »erwerbsfähig« eingestuft werden. Sehr viele von diesen Menschen sind psychisch krank und beziehen ihren Lebensunterhalt vom Sozialamt. Derzeit bemüht sich kaum ein Sozialamt darum, mit diesen Betroffenen noch das Thema »Arbeit und Beschäftigung« zu entwickeln.

In Bielefeld hat dagegen der intensive Austausch aller Kosten- und Leistungsträger mit dem Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« zu einer besonderen Aufmerksamkeit für die Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation geführt.

Zielgruppe

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss der Stadt Bielefeld hat am 13.04.2005 ein Konzept zur Beratung, Unterstützung und Aktivierung von Leistungsberechtigten nach dem § 11 SGB XII beschlossen. Beratung und Unterstützung mit dem Ziel der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung wird durch das Fallmanagement in der Sozialverwaltung im Rahmen sozialarbeiterischer Hilfe durchgeführt. Die REGE mbH organisiert und koordiniert die regional integrierten und personenzentrierten Maßnahmen mit den infrage kommenden Trägern in Bielefeld. Als Zielgruppe wurden solche Personen betrachtet, die im erwerbsfähigen Alter nicht in der Lage sind, täglich drei Stunden unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu werden.

Zu diesem Personenkreis zählen insbesondere Menschen mit geistiger, seelischer und körperlicher Behinderung, psychischer und Sucht-Erkrankung, von denen viele Doppeldiagnosen aufweisen. Der weitaus größte Teil der Betroffenen leidet an einer psychischen Erkrankung (80%), von einer Suchterkrankung oder einer körperlichen Behinderung sind deutlich weniger betroffen (20%). Bei vielen kommen erhebliche psychosoziale Belastungen hinzu wie z. B. Wohnungsprobleme, Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten, familiären, kulturelle, finanzielle und sprachliche Probleme, ein fehlendes soziales Netz und geringes Selbsthilfepotenzial. Dazu gesellen sich häufig geringe Qualifizierung bzw. eine fehlende berufliche Ausbildung.

Gesellschaftlich bedingte zusätzliche Schwierigkeiten wie geringe Arbeitsmarktchancen aufgrund des Alters, der allgemeinen Arbeitsmarktsituation, der Erfahrung einer langjährigen Arbeitslosigkeit bzw. eines diskontinuierlichen Leistungsvermögens im Berufsleben können die genannten Problematiken noch verschärfen. Zwar hat ein großer Teil der Betroffenen einen

Schulabschluss, abhängig vom Krankheitsbeginn und der Art der Erkrankung gibt es jedoch kaum durchgängige Berufsbiografien.

Ziele

Das vorhandene Selbsthilfepotenzial der Betroffenen soll soweit gestärkt werden, dass möglichst eine Vermittlung auf den Arbeitsmarkt stattfinden kann. Die Aufnahme einer Beschäftigung bzw. Förderung in einer passgenauen Maßnahme ist das erste Teilziel.

Gleichzeitig soll die Koordination der beteiligten Kosten- und Leistungsträger optimiert werden. Nur in einer vernetzten Hilfestruktur ist es möglich, passgenaue Maßnahmen anzubieten und umzusetzen.

Verlauf

Es hat sich gezeigt, dass die Entwicklung geeigneter und individuell ausgerichteter Maßnahmen in der Regel einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt. Besonders die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen kann sich nur vorsichtig und schrittweise einer Beschäftigung nähern. Die Hilfeprozesse sind geprägt durch diskontinuierliches Leistungsvermögen, unvorhersehbare Krisen und auch damit verbundene Ausfallzeiten. Der Einstieg mit einem geringen Stundenanteil, eine enge und individuelle Beratung und Begleitung sind wichtige Voraussetzungen für erfolgreiche Maßnahmeverläufe.

Abbrüche von Maßnahmen sind überwiegend auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der einzelnen Teilnehmer zurückzuführen. In fast allen Fällen waren Klinikaufenthalte damit verbunden. Nur ganz vereinzelt sind die Maßnahmeabbrüche auf einen Mangel an Motivation zurückzuführen.

Im Laufe der Arbeit wurde deutlich, dass die Maßnahmekonzeptionen längerfristig angelegt sein müssen. Die Beschäftigungsangebote sollten auf eine Mindestlaufzeit von einem Jahr angelegt sein. Um die in einer Maßnahme erlangte psychische und physische Stabilität sowie die Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Arbeitsbereichen aufrechtzuerhalten, bedarf es bei vielen Teilnehmern noch längerfristiger (oder weiterer) Förderungsoptionen.

Ergebnisse und Erfolge für die Teilnehmer

Der Erfolg des neuen Hilfeangebots ist durchaus erkennbar, was sich deutlich in der Erhöhung des leistbaren Stundenanteils, aber auch in der individuellen Verringerung der Ausfalltage wegen Krankheit widerspiegelt. Bei anhaltender Stabilisierung könnten für diesen Personenkreis im Anschluss an eine Maßnahme andere Instrumente zur Förderung einer Beschäftigungsaufnahme wie z. B. Kombilohn greifen.

Immerhin wurde schon im ersten Jahr ein Teilnehmer in eine geringfügige Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Zwei Teilnehmerinnen konnten ein Arbeitsverhältnis auf dem Arbeitsmarkt begründen und leben seitdem unabhängig von staatlichen Subventionen, zwei weitere Teilnehmer ihre Leistungsfähigkeit so steigern, dass sie nunmehr zum Kreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB II gehören.

Die Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation ist bei der Gestaltung der Hilfen und der Begleitung der Leistungsberechtigten von großer Bedeutung. Es ist wichtig, eine Ausgewogenheit herzustellen zwischen Motivation, Krankheitsverlauf, Selbstüberschätzung und großen Ängsten vor Veränderungen.

Die grundsätzliche psychosoziale Beratung in Verbindung mit der Unterstützung bei alltagspraktischen Fertigkeiten ist dabei in fast allen Fällen vor der Aufnahme einer Beschäftigung notwendig. Erfolge hängen immer auch von intensiven und kontinuierlichen Kontakten zu den Betroffenen ab, das gilt insbesondere für die ersten Wochen.

Bei Beginn einer Maßnahme oder einer Beschäftigung sind Zeitumfang der Aufgabe, Arbeitsbeginn, Ort der Beschäftigung, Begleitung am Arbeitsplatz von großer Bedeutung. Unklarheiten oder Veränderungen dieser Rahmenbedingungen führen oft zu erheblichen Schwierigkeiten und manchmal auch zu Abbrüchen.

Leistungsberechtigte mit geringer Schulausbildung und ohne Berufsausbildung sind leichter zu vermitteln. Für sie ist die Aufnahme in eine Maßnahme ein persönlicher Gewinn. Sie bedeutet Tagesstruktur, soziale Anbindung sowie die Möglichkeit, Fertigkeiten zu erwerben und vorhandene Kompetenzen einzubringen. Psychisch Erkrankten mit qualifiziertem Schulabschluss gelingt es in Einzelfällen über Praktika eine berufliche Orientierung und darauf folgend eine Planung ihres weiteren Berufsweges zu erarbeiten. Dabei ist für sie der Einstieg in Beschäftigung aber immer auch verbunden mit der Spiegelung der durch ihre Erkrankung bestehenden Defizite.

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußern deutlich den persönlichen Gewinn, durch die Beschäftigung wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, wieder dazuzugehören. Sie nehmen sich durch die Aufnahme einer Beschäftigung als vollwertiger wahr und erleben es als Chance, die eigenen Belastungsgrenzen austesten zu können.

Die beratenden und unterstützenden Hilfen in den Projekten werden in persönlichen und beruflichen Angelegenheiten genutzt. So sind auch gerade gesundheitliche Krisen nicht gleichbedeutend mit dem Abbruch der Maßnahme. Die Aufwandsentschädigung – wenn auch gering – trägt dazu bei, wieder zum eigenen Lebensunterhalt finanziell beitragen zu können.

Fazit

Zu betonen ist noch, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Sozialverwaltung, d. h. die Abläufe zwischen der Sozialhilfe im SGB XII und dem Fallmanagement Arbeit und Beschäftigung im SGB XII, in Zusammenarbeit mit der REGE mbh, mit sehr viel Engagement sehr persönliche Lösungen möglich gemacht haben. Dazu gehörte nicht nur die direkte Anbahnung von Arbeitsverhältnissen, sondern auch schon mal, dass einem Menschen sein Studienplatz finanziert wurde, weil genau dies der persönlichen Entwicklung diene.

Die Bielefelder Sozialverwaltung hat auch durch dieses spezielle Fallmanagement die Vernetzung und Flexibilisierung der Hilfsangebote weiter vorangetrieben. So wurden z. B. viele Angebote genutzt, die sonst für Hartz IV-Empfänger gedacht waren. Alle Personen, für die Hilfen geplant wurden, sind in der Hilfeplankonferenz vorgestellt und beraten worden. Damit konnten Fachleute aus dem übrigen Hilfesystem prüfen, ob das Angebot ihnen sinnvoll erschien und auch ergänzende Vorschläge machen.

Das Bielefelder Beispiel zeigt: Durch politische Willenserklärung und gewollte optimierte Abläufe innerhalb der Sozialverwaltung und in Zusammenarbeit mit den Trägern auch »erwerbsunfähigen« Menschen sehr wohl ein Wiedereinstieg in Arbeit und Beschäftigung gebahnt werden kann. Prinzipiell erscheint der Ansatz des SGB II (Hartz IV) richtig, durch individuelles Fallmanagement personenbezogene Lösungen zu suchen. Dieser Ansatz wurde hier auf das SGB XII (Sozialhilfe) übertragen.

Geeignete individuelle Perspektiven im Anschluss an Maßnahmen zu entwickeln, um zusetzen und zu finanzieren ist und bleibt die schwierigste Aufgabe.

Da die Rechtslage in allen Städten und Landkreisen dieselbe ist, könnte das Bielefelder Modell Schule machen. Es gibt einige weitere Beispiele, wo Kommunen aktiv geworden sind, z. B. Bremen und Köln, aber in dieser Qualität steht Bielefeld bundesweit einzigartig da.

Die Bundesregierung hat darauf hingewiesen, dass die Kommunen eine Verpflichtung haben, für Arbeit und Beschäftigung auch für »Erwerbsunfähige« zu sorgen. Die Städte und Gemeinden sollten vor Ort daran erinnert werden.

Mut zur Zukunft - Eine Position zur strategischen Ausrichtung der Werkstätten für behinderte Menschen

Wilfried Hautop

Inhalt des Positionspapiers – Mut zur Zukunft – ja, aber wohin führt die Frage?

Der Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen (BAG:WfbM) hat im Sommer 2007 ein Heft mit dem Titel »Mut zur Zukunft« als eine Position des Vorstandes über die strategische Ausrichtung der BAG:WfbM herausgegeben. Inhalte der Positionierungen sind im Wesentlichen

- das bisherige Werkstattkonzept mit Selbstbestimmung/Teilhabe fortentwickeln,
- Werkstätten als lernende Organisationen können sich auf Veränderungen einstellen,
- Differenzierung und Fortentwicklung der regionalen Angebote vor Ort bleiben notwendig,
- Gültigkeit einer regionalen Versorgungsverpflichtung sichern,
- Sicherung eines Mindeststandards für verbindliche Teilhabeleistungen und deren Qualität,
- Erweiterung der Mitwirkung der Beschäftigten in den Werkstätten
- sowie die Ausgestaltung eines Perspektivwechsels von institutionellen zu individuellen Leistungsformen.

Die BAG:WfbM muss sich positionieren. Fallzahlenanstieg und Kostenerhöhungen der Eingliederungshilfe für die Kommunen haben Werkstätten zu Recht oder Unrecht in die Kritik gebracht. Abstauber, Neider auf die Finanzmittel der Werkstätten drohen sich mit Einsparfetischisten zu verbünden. Übereilte Gesetzesänderungen, die sich inhaltlich erst später durch Gerichte in ihren Auswirkungen konkretisieren, drohen Schaden an einem wichtigen sozialen Sicherungssystem zu verursachen.

Ziele der Broschüre waren die Anregungen zur Diskussion um die Zukunft der Werkstätten auf einer breiten Ebene und die Sicherung der Fachlichkeit in den oftmals leider mit Einsparnotwendigkeiten und Begehrlichkeiten Dritter begründeten Diskussionen.

Nun war der Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft mit etwa 600 Mitgliedswerkstätten unterschiedlichster Träger bei seiner Positionsfindung nicht zu beneiden. Von Verweigerung gegenüber jeglicher Veränderung bis zu

hektischem Umbauwillen der Werkstatt reichen die Positionen innerhalb des Verbandes. Richtig ist dabei, dass man mit Verdiensten der Vergangenheit keine Zukunft gestaltet. Richtig ist aber auch, dass »Mut zur Zukunft« allein nicht reicht und die Frage: »Werkstatt wohin?« deutlich wichtiger wird.

Es kann nicht Auftrag einer einzigen Werkstatt, obgleich aus Bremen, dem Ort des Werkstätten:Tag 2008, sein, Vorstandpositionen zu erläutern oder strategische Ausrichtungen vorzulegen. Aber als eine Werkstatt mit wirklichem Mut zur Zukunft, mit Stolz auf bisher Erreichtes und einem nordischen Ideen-Pragmatismus, sowie als eine Werkstatt in stolzer kommunaler Trägerschaft, und damit den Bürgern der Stadt als den Aktionären der Werkstatt verpflichtet, sollen hier einige Möglichkeiten für die weiteren Werkstattentwicklungen aufgezeigt werden.

Werkstatt für behinderte Menschen – sicher (k)ein Auslaufmodell?

Mal ehrlich, wissen die meisten Menschen eigentlich was Werkstätten so machen? Haben die Werkstätten bei der Mehrheit der Bevölkerung und vielen Volksvertretern nicht oftmals immer noch das »Besen-Bürsten-Pinsel-Image«? Wissen alle worüber sie reden? Weiß zum Beispiel ein Bremer eigentlich, dass die Werkstatt Martinshof für 1800 Menschen mit geistigen, psychischen und mehrfachen Behinderungen arbeitnehmerähnliche Beschäftigungsplätze an 35 Standorten in und um Bremen bietet?

Der Martinshof ist zum Beispiel auch ein Vorreiter für Außenarbeitsgruppen in Betrieben. Von den Beschäftigten sind 250 mittendrin in 15 bremischen Betrieben tätig, erleben täglich Integration ganz praktisch. Stolz sagen sie: »Ich arbeite bei der Polizei!«, wenn sie an der Waschanlage stehen. Stolz sagen sie aber auch, dass das hintere Seitenfallfenster des Mercedes SL von ihnen gefertigt wurde oder neuerdings die hochwertige Bremer Senatskonfitüre im Casino-Gebäude der ehemaligen AG Weser-Werft von ihnen hergestellt wird.

Wie ist es eigentlich möglich, muss man sich fragen, dass Menschen mit vielfältigsten Handicaps, am allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder vermittelbar und damit eher ausgegrenzt in einer Werkstatt für behinderte Menschen eine derart zuverlässige und hochwertige Arbeit verrichten? Da steht doch ganz offensichtlich in Werkstätten zunächst der Mensch im Vordergrund, der nach seinem individuellen Können, seinen Zielen und möglichst auch noch mit seinen Neigungen am richtigen Platz eingesetzt werden muss.

Da ist eine sorgfältige Arbeitsvorbereitung durch die Fachkräfte erforderlich, die gewährleistet, dass Arbeit so organisiert wird, dass alle Beschäftigten nach ihren Fähigkeiten mitmachen können. Und da ist eine Akzeptanz von Andersartigkeit erforderlich, die bei den meisten Menschen bereits bei Aldi oder Lidl in der Schlange vor der Kasse aufhört, wenn die Kassiererin nicht schnell genug ist. Besucher der Werkstätten nehmen oftmals eine Vielfalt von Arbeiten und Arbeitsgängen durch unterschiedlichste Personen in völlig entspannter, ja fast liebevoller Atmosphäre wahr.

Für die zahlreichen Beschäftigten und damit die Betroffenen ist der Martinshof ein Ort der Freundschaften und Anerkennung ihrer Leistungen. Sie wirken mit an gesellschaftlich anerkannter Arbeit, die überall in der Stadt zu sehen ist: Bei Mercedes, beim ICE und bei Werder Bremen. Das hat nicht nur eine umfassende Nutzer-Befragung von über 1000 Beschäftigten in der Werkstatt durch die Hochschule Bremen in diesem Jahr gezeigt.

Dieses Klima, dieser Umgang mit verschiedenen Fähigkeiten ist wichtig in den Werkstätten, wichtig für die Menschen mit Behinderungen. Denn auch in der Werkstatt muss das Ergebnis stimmen, bei Qualität und Kosten gibt es schließlich keinen Sozialrabatt. Und so ist es selbstverständlich, dass der Martinshof über ein zertifiziertes Qualitäts- und Umweltmanagementsystem verfügt. Der Martinshof ist Mitglied bei partnerschaft-umwelt-unternehmen (puu) wie auch im Bremer Industrieclub. Die Werkstatt ist ein soziales Unternehmen und ein Wirtschaftsbetrieb. Sowohl als auch – nicht entweder/oder.

Aber bei aller Liebe und allen zugehörigen Gefühlen des momentanen wirtschaftlichen Aufschwungs in der Republik, glaubt wirklich jemand, dass diese 1800 Menschen von den Auftragsfirmen als Arbeitnehmer mit Arbeitsvertrag eingestellt würden? Es gibt Menschen, die sind oder werden gesellschaftlich derart behindert, dass sie auf Sonderarbeitsplätze angewiesen sind. Und darüber hinaus haben wir unsere (Arbeits-)Welt derart hinorganisiert, dass inzwischen immer mehr Menschen dort nicht mehr mithalten können. Das zeigt ein schlichter Blick auf die Ursachen der Erwerbsunfähigkeiten.

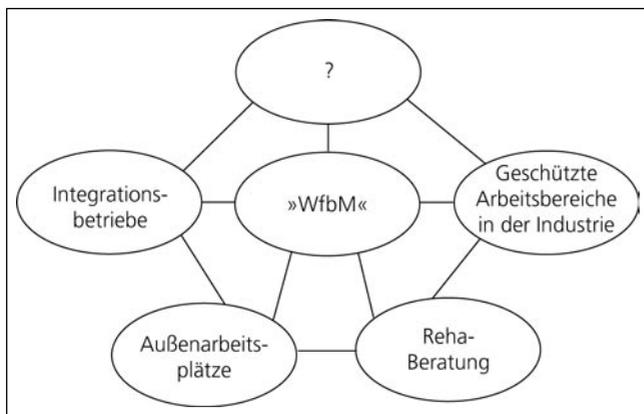
Nein, zumindest unsere Werkstatt in Bremen steht bei den bisherigen Bedingungen und der Aufnahme von wesentlich behinderten Menschen zu einer Vermittlungsquote aus der Werkstatt in den allgemeinen Arbeitsmarkt von einem Prozent. Es ist menschlicher, angepasste Arbeiten in Form der Werkstätten zu schaffen, als ständig den Schönheits- und verschärfenden Leistungsidealen dieser modernen Welt hinterherzulaufen. Wir reden zukünf-

tig nicht nur von der Integration einzelner Menschen, wir wollen, dass die gesamte Werkstatt so *wie sie ist* mit hilfsbedürftigen Menschen in die Stadt integriert wird und die von den dort allerdings anders arbeitenden Menschen so *wie sie sind* anerkannt werden. Wir wollen eben einfach *wie wir sind* mit einer Andersartigkeit und den Schwächen etwas geliebt werden.

Zukunft der Werkstätten – es gibt sie – wenn man sie will!

Es ist unstrittig, Werkstätten stehen zwischen den Grenzen der Finanzierung (was ist noch finanzierbar?) und der Umsetzung selbstbestimmter Teilhabe (was ist die notwendige Leistung?). Sind Werkstätten erfolgreich scheidende Institutionen aufgrund von Zielwidersprüchen und oftmals sozialbürokratischer Regelungswut (Zitat nach Prof. Dr. Dr. Ulli Arnold, Stuttgart)? Wo ist nach knapp 30 Jahren Werkstattverordnung (WVO) eine neue oder veränderte Rolle der Werkstätten zu suchen?

Das Werkstattmodell ist im Grundsatz erfolgreich. Von Auswüchsen nach unten in manchmal verklärte Sozialromantik und nach oben in eine nachgemachte Industrielwelt sowie von der gelegentlichen Konzentration auf Trägerinteressen zur Eigenkapitalbildung mal abgesehen.



Bereits im Jahr 2004 war auf dem Werkstattentag in Erfurt von Klaus J. Zink von der TU Kaiserslautern auf eine notwendige Weiterentwicklung der Werkstätten unter neu zu definierenden Rahmenbedingungen hingewiesen worden.

Ein Verlassen der Einbahnstraße Werkstatt zum allgemeinen Arbeitsmarkt wurde empfohlen. Veränderungen durch neue Zielgruppen, neue Formen von Außenarbeitsplätzen, Integrationsbetriebe und virtuelle Organisationsstrukturen wurden angeraten und die Werkstätten könnten sich zu einem Knoten in einem Netzwerk unterschiedlicher Beschäftigungsplattformen, zu einem Kompetenzzentrum für angepasste Arbeit weiterentwickeln. Ob das die eher träge Werkstattszene hinkriegt, wurde schon damals mit Skepsis gefragt.

Heute kann man sagen, einige wollen und werden das nie hinkriegen. Einige beobachten die Lage und warten noch bis neue Anforderungen verordnet werden oder die Geschäftsführung den sicheren Ruhestand erreicht hat. Einige andere sind aber schon weit auf dem Weg zu einem Kompetenzzentrum unterschiedlicher Beschäftigungsplattformen. Außenarbeitsgruppen in Betrieben oder einzelne ausgelagerte Arbeitsplätze sind nicht nur im Sinne einer kritisch zu betrachtenden virtuellen Werkstatt Saarbrücken bereits länger gang und gäbe.

Werkstätten gestalten örtliche Betriebsnetzwerke mit Sonderarbeitsplätzen verschiedener Rechtsverhältnisse und verbünden sich dazu gelegentlich sogar mit Zeitarbeitsfirmen. Werkstätten betreiben zusätzlich Integrationsprojekte oder führen spezielle Lehrgänge nach SGB III der Bundesagentur für Arbeit durch. Werkstätten haben oft »In-Jobs« nach SGB II oder SGB XII in ihrer Trägerschaft. Um die eigentliche Werkstatt für behinderte Menschen entstehen oft andere ergänzende Beschäftigungsformen.

Das Spektrum reicht weit und schließt bei uns in Bremen sogar einen betrieblichen Senioren-Treff für Ehemalige, die im Gegensatz zu vielen »normalen Arbeitnehmern« oftmals sehr gern an ihren Betrieb zurückkehren, mit ein. Warum soll denn auch ein psychisch erkrankter erwerbsunfähiger EM-Rentenbezieher, der noch zwei mal die Woche vormittags arbeiten will, gleich mit einem Werkstattvertrag und gegen vollen Kostensatz in die Werkstatt aufgenommen werden? Kann er nicht mit bis zu 350 Euro Zuverdienst an der Werkstatt mitarbeiten? Das liegt doch eigentlich auf der Hand.

Die meisten Werkstätten haben etwas, was wirklich gebraucht wird. Sie bilden ein umfassendes Netzwerk an vielen Orten. Sie haben Arbeit durch namhafte Auftraggeber, sie können Arbeitsprozesse gliedern und Arbeitsvorbereitungen fachmännisch handhaben, sie können eine echte Teilhabe an Arbeit für ganz unterschiedliche Bedürfnisse organisieren. Werkstätten haben auch das Vertrauen der Auftraggeber und der Industrie in größerem Rahmen. Darauf kommt es an, nicht nur auf Nischen für Sonderfälle. Man



müsste völlig verrückt sein, unter den gegenwärtigen Bedingungen der Wirtschafts- und Arbeitswelt ein derart gut und systematisch aufgebautes System zu zerschlagen oder Partikularinteressen zu opfern.

Besser wäre es, den Werkstätten was abzufordern. Soziale Dienste, Wohnträger und andere müssen »ihre Werkstätten« fordern. Vielleicht muss man gelegentlich die Ruhe im Industriegebiet vor der Stadt etwas stören und integrative und vielfältige Arbeitsangebote einfordern. Anforderungen auf Beschäftigung weiterer Zielgruppen, nicht nur der »traditionell eher pflegeleichten« könnten gestellt werden. Verpflichtungen zur Versorgung aufgrund unterschiedlicher Bedarfe dürften auch bei Werkstätten kein Fremdwort sein. Werkstätten gehören in kommunale Netzwerke und sollen vielfältige Teilhabe an Arbeit mit sichern.

Ja, wenn die Werkstätten noch nicht selbst den Mut zur Zukunft haben, müsste man ihnen mehr Mut machen. Schließlich sind sie und werden sie weitgehend aus den Steuermitteln der Bürgerinnen und Bürger finanziert und darum sollten sich die wirklichen Aktionäre der Werkstätten auch mal um ihre Einrichtungen kümmern. Also Mut zur Zukunft, Mut zur Vielfalt und Gestaltung der Werkstätten und nicht zum Sozialabbau bei wirklich bedürftigen und mehrfach ausgegrenzten Menschen.

»Perspektiven für nicht erwerbsfähige Menschen« - Beschäftigungsförderung nach SGB XII

Wolfgang Rust

Keine Sondereinrichtungen, sondern Vernetzung von Angeboten

Es ist fast drei Jahre nach der Einführung des SGB II nicht mehr sinnvoll, einen Beitrag über Beschäftigungsförderung im SGB XII zu liefern, ohne ausführlich auf die Entwicklung im »Nachbarsystem« SGB II einzugehen.

Die Anregung: Man möge die mit der Einführung des SGB II deutlich verbesserten Möglichkeiten zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zum Anlass nehmen, keine neuen sozialhilfefinanzierten Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung zu schaffen, sondern integrierte Projekte zu forcieren, in denen alle Beschäftigungsformen grundsätzlich möglich sind.

Veränderte Auftragslage – neue Perspektiven

Seit Inkrafttreten des SGB II bezieht ein großer Teil der ehemaligen Sozialhilfeempfänger Arbeitslosengeld II und hat damit Anspruch auf Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben mit den im SGB II und SGB III vorgesehenen Instrumenten. Das betrifft auch psychisch kranke und suchtkranke Menschen mit ihren besonderen Formen des Unterstützungsbedarfs aufgrund ihrer Problemlagen (z. B. stark wechselndes Leistungsvermögen).

Der Träger der Sozialhilfe muss umsteuern, wenn vermieden werden soll, dass psychisch kranke Bezieher von Grundsicherung nach dem SGB XII hier dauerhaft verbleiben, von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeschlossen sind und dauerhaft Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe haben.

Obwohl durch den Wechsel ein größerer Teil der früheren Sozialhilfebezieher durch Leistungen nach dem SGB II oder III gefördert wird, behält der Träger der Sozialhilfe die Verpflichtung, Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben für diejenigen zu fördern, die im SGB XII verblieben sind.

Dieser Verpflichtung entspricht das finanzielle Interesse, durch Herstellung der Erwerbsfähigkeit

- noch mehr Menschen in die Zuständigkeit des SGB II oder III überzuleiten,
- durch den psycho-sozialen Stabilisierungseffekt von Beschäftigung den Bedarf an Eingliederungshilfe zu reduzieren.

Fordern und fördern

Die plakativen Leitziele »Fordern und Fördern« am Anfang der Reform wurden häufig so gedeutet, dass hiermit für langzeitarbeitslose Menschen Drohkulissen aufgebaut werden sollten. Tatsächlich haben die Leistungsträger im Bereich des SGB II relativ schnell den Anteil »Förderung« im Leitziel »Fordern und Fördern« mit Leben erfüllt.

Hiervon profitieren die betroffenen langzeitarbeitslosen Menschen, mittel- und langfristig aber auch alle anderen Leistungserbringer.

Aufgrund der gut erforschten Zusammenhänge zwischen sinnstiftenden Tätigkeiten und seelischer Gesundheit lassen sich perspektivisch geringere Behandlungskosten und geringere Kosten in der Eingliederungshilfe durch Prävention im »Vorfeld der Psychiatrie« erreichen.

Die allenthalben in den Jahren des wirtschaftlichen Rückgangs und der Massenarbeitslosigkeit getroffenen Prognosen über die Zunahme psychischer Erkrankungen durch die damit verbundenen Ausgrenzungsdynamiken werden im Kontakt mit diesem Personenkreis spürbar. Zugleich ist die Möglichkeit greifbar, eine Psychiatrisierung gesellschaftlicher Problemlagen zu verhindern. Die Alternativen zur Frühverrentung oder zum frühzeitigen Eintritt in eine Werkstatt für behinderte Menschen sind vorhanden.

Platzieren und rehabilitieren

Die Maßnahmen im SGB II richten sich in der Regel auf eine Kombination von Arbeit und begleitender Qualifizierung und psycho-sozialer Begleitung aus, was Vorteile gegenüber klassischen Rehabilitationsangeboten bieten sollte.

Erwerbsfähigkeit und Vermittelbarkeit

Die Feststellung der Erwerbsfähigkeit ist bei psychisch kranken Menschen schwierig und oft Ergebnis längerer Prozesse. Erwerbsfähigkeit ist eigentlich keine Eigenschaft von Personen, obwohl der Begriff das nahelegt, sondern Ergebnis einer Wechselwirkung mit den Umweltbedingungen. Im SGB II wird bei den Leistungsberechtigten *Erwerbsfähigkeit* qua Zuständigkeit unterstellt. In der Folge erfolgt aber eine Konzentration auf *Vermittelbarkeit*, wodurch bereits begrifflich der jeweilige Zustand des Arbeitsmarktes einbezogen wird.

Schnell identifiziert wurde ein Personenkreis, der grundsätzlich erwerbsfähig ist, aber durch die klassischen Instrumente der Arbeitsmarktpolitik nicht vermittlungsfähig gemacht wird. Für diesen Personenkreis wächst die Entschlossenheit, den Erhalt der Erwerbsfähigkeit, die langsame Herstellung einer Vermittelbarkeit und die Beschäftigung langfristig durch Subventionierung zu unterstützen und damit letztlich passive Leistungen zu aktivieren.

Die Einfügung von § 16 a in das SGB II im Sommer 2007 dient diesem Ziel und markiert eine Trendwende: Man sieht, dass bei Menschen mit erheblichen Zugangsproblemen zum Arbeitsmarkt diesen Menschen und der Gesellschaft mehr Nutzen entsteht, wenn mit dem bisher für Untätigkeit gezahlten Geld eine Aktivierung unterstützt wird. Bereits vorher war bei der Gestaltung von Arbeitsgelegenheiten (»1-Euro-Jobs«) in einigen Bundesländern der besondere Bedarf dieses Personenkreises formuliert worden.

Ein Beispiel aus Bremen

In Bremen wurden »Integrationsjobs mit überwiegend sozialintegrativem Charakter« eingeführt, also 1-Euro-Jobs, mit folgender Beschreibung:

»Die Integrationsjobs sollen ein Beschäftigungsangebot eröffnen, das u. a. dazu dient, einen Einstieg in Beschäftigung zu gewährleisten und gleichzeitig durch tagesstrukturierende Maßnahmebestandteile an die Normalität eines Arbeitslebens heranzuführen.

In diesem Maßnahmetyp wird der Personenkreis der Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und besonderen Vermittlungshemmnissen in Arbeit und Beschäftigung berücksichtigt.

Hierzu ist eine Maßnahmekonzeption notwendig, die es erlaubt, auf multiple Problemlagen der Teilnehmer/-innen einzugehen und in Rücksprache mit dem zuständigen Fallmanagement flankierende Hilfestellungen anzuregen und einzuleiten.

Die Zielgruppe dieses Instrumentes erfordert eine gleichzeitige intensive sozialpädagogische Begleitung.«

Für diesen Personenkreis werden neben der personenbezogenen Mehraufwandsentschädigung (1 Euro pro Stunde, Fahrtkosten, Beständigkeitsprämie für regelmäßiges Arbeiten ohne unentschuldigte Fehlzeiten) fast 500 Euro zur Verfügung gestellt, um grundlegende arbeitsbezogene Qualifizierungsmerkmale zu bearbeiten, um den Weg in fachlichen Qualifizierungen zu ebnen, um eine Integrationsbegleitung zu finanzieren und natürlich eine den individuellen Voraussetzungen Rechnung tragende Anleitung am Arbeitsplatz zu gewährleisten.

Wir nähern uns dem SGB XII ...

Was hier beschrieben ist, weicht in der Aufgabenstellung nur noch wenig von dem ab, was der Sozialhilfeträger als seinen Beitrag zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu leisten hat. In dieser Intensität war das in der Vergangenheit nur über Werkstattplätze möglich.

Daher noch einmal: Über Beschäftigungsförderung im Bereich SGB XII sollte man nicht mehr isoliert, sondern nur noch im Zusammenhang mit den Konzepten zur Verbesserung der Vermittlungsfähigkeit im Bereich SGB II nachdenken.

Gemeinsame Aufgaben

In beiden Bereichen, SGB II und SGB XII gibt es Personen an der Grenze zwischen Erwerbsfähigkeit und Nichterwerbsfähigkeit. Es bietet sich an, dass der Träger der Sozialhilfe auf isolierte Projekte zur Förderung der Erwerbsfähigkeit weitgehend verzichtet und sich an Projekten beteiligt, die im Bereich SGB II durchgeführt werden. Er kann darauf setzen, s. o., dass der Träger im Bereich SGB II den besonderen Bedarf dieses Personenkreises schnell »verstanden« hat. Das erleichtert es, hier eine gemeinsame Aufgabe wahrzunehmen – entlang der Grenze der Systeme.

Mögliche Beiträge des Sozialhilfeträgers zur Beschäftigungsförderung

Bei der Leistungsbeschreibung von Komplexangeboten der Eingliederungshilfe wäre zu beachten,

- dass ein möglichst großer Anteil auf die Heranführung an Arbeit und Herstellung von Erwerbsfähigkeit ausgerichtet ist,
- dass diese Angebote weniger auf psycho-sozialen Inseln stattfinden, sondern »in der Nähe« der Arbeitsförderung durch das SGB II.

Bei dieser Akzentverschiebung zugunsten stärkerer Betreuungsangebote mit arbeitsrehabilitativer Ausrichtung sollte gelten: Keine Schaffung von neuen Einrichtungen, sondern Virtualisierung! Ermöglichung von Maßnahmen dort, wo Arbeit organisiert wird (und unabhängig von einzelnen Maßnahmen Geld verdient wird).

Wenn die Leistungsträger aus falsch verstandenem Abgrenzungsinteresse keine Integrationsprojekte konzipieren können oder wollen, müssen die Leis-

tungserbringer in Vorleistung gehen und projektbezogen die Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes demonstrieren.

Überall dort, wo im Zuge der Psychiatriereform der Träger der Eingliederungshilfe relativ gut ausgestattete Komplexleistungen ermöglicht hat, ist eine solche Umsteuerung möglich – sagt hier der Vertreter eines Leistungserbringers und damit einer Interessengruppe, die es traditionell gewohnt ist, für neue Leistungen auch »neues Geld« zu fordern.

In Bremen gibt es außer der »Duldung« entsprechender Aktivitäten der Leistungserbringer einige kleinere Bemühungen zur Unterstützung des Prozesses. So ist es möglich, über den § 11.3 des SGB XII den Beziehern von Sozialhilfe eine Mehraufwandsentschädigung für gemeinnützige Tätigkeiten zu bezahlen, ebenso den Beziehern von Rente wegen geminderter Erwerbsfähigkeit.

Die Beschreibung, Gestaltung und Verpreislichung einer Maßnahmeart (Leistungstyp), bei der um die Beschäftigungsförderung herum flankierende Betreuungsleistungen möglich sind, war bisher nicht möglich, weil der oben skizzierte Umschichtungsansatz vor dem Hintergrund leerer Kassen nicht kontrollierbar scheint. Die Einführung von Trägerbudgets oder regionalen Budgets wäre hierfür eine Voraussetzung.

Nach dem Gesagten sollte allerdings klar sein, dass auch bei einer kostenneutralen Umsteuerung keiner neuen Einrichtung das Wort geredet wird, sondern lediglich der einer sozialhilfefinanzierten Maßnahmeart, die dort angedockt wird, wo bereits Arbeit stattfindet.

III Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX

Einleitung

Manfred Becker, Arnd Schwendy

Für dieses Symposium haben wir einen Ausschnitt der Hilfen ausgewählt, der besonders unverzichtbar ist: die kontinuierliche fachliche Begleitung bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung. Wegen der besonderen Relevanz in diesen Gesetzesbereichen nehmen wir das SGB IX und das SGB II als Beispiel.

Im Rahmen des Projektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen (TAB-Projekt)« hat sich unseres Erachtens erneut gezeigt, dass eine »koordinierende Bezugsperson«, wie sie der »personenzentrierte Ansatz« der AKTION PSYCHISCH KRANKE vorsieht, bei der gesundheitlichen Unterstützung und beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von großer Bedeutung ist.

Wir möchten im Folgenden belegen, dass diese kontinuierliche Begleitung erfolgreich und nachhaltig ist – besonders, wenn es ein verlässlich verfügbares Angebot für Betroffene und Betriebe gibt. Dies gilt eben ganz besonders auch für das Feld der beruflichen Teilhabe. Hier sind die Brüche zwischen den verschiedenen Angeboten und die zeitlichen Lücken besonders groß. Umso mehr gilt es, ein diese Lücken überspannendes Hilfsangebot persönlicher Unterstützung bereitzustellen.

Wiewohl die Integrationsfachdienste (IFD) und die anderen in diesem Symposium vorgestellten Hilfsangebote dieser Anforderung nur teilweise gerecht werden, kann m. E. doch gezeigt werden, dass sie auf dem richtigen Wege der wirksamen Unterstützung sind.

Seit vielen Jahren werden kontinuierlich begleitende Fachkräfte als Unterstützung für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und Behinderungen eingesetzt. In Deutschland wurden seit 1977 Psychosoziale Dienste (PSD) zur beruflichen Begleitung aufgebaut, die später in berufsbegleitende Dienste (BBD) und berufsbegleitende Integrationsfachdienste (IFD-B) umbenannt wurden. Dies geschah zunächst im Rahmen kleiner Modelle und wurde – aufgrund der Erfolge – ab 1986 gesetzlich verankert. Ab 2001 wurde auch der Integrationsfachdienst zur Vermittlung in Arbeit (IFD-V) gesetzlich im damals neuen SGB IX verankert.

Erfolgreich

Allgemein werden zum Beleg des Erfolges der IFD statistische Zahlen herangezogen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten (BIH) zeigt z. B. in ihrem Bericht zur Arbeit der IFD 2006 auf, dass 36 % der Menschen, die von Integrationsfachdiensten zur Vermittlung (IFD-V) betreut wurden, auf einen Arbeitsplatz vermittelt wurden.

Die Integrationsfachdienste zur Berufsbegleitung von Menschen in Arbeit (IFD-B) konnten laut Statistik der BIH 2005 in 76 % der Fälle zum Erhalt des Arbeitsplatzes beitragen und 2006 in 67 % der begleiteten Arbeitsverhältnisse (BIH 2007).

Dabei ist es schwierig zu ermessen, was ohne diese Unterstützung durch IFD-Fachkräfte geschehen wäre. Einen solchen wissenschaftlichen Vergleich gibt es für deutsche IFD nicht. Es gibt ihn aber für eine ähnliche Unterstützung im Rahmen des »Job Coach Projekts« in Bern.

Die Arbeitsgruppe um den Projektleiter Dr. Holger Hoffmann hat neben einer Gruppe von Menschen, die im Rahmen dieses Projektes fachlich begleitet werden, auch eine Vergleichsgruppe untersucht, die ähnlich zusammengesetzt ist. Im Rahmen des »Job Coach Projekts« werden Menschen auf dem Weg der Wiedereingliederung aus dem psychiatrischen Krankenhaus in einen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarkts individuell fachlich begleitet und unterstützt. Die Vergleichsgruppe bekam eine solche spezielle Unterstützung nicht.

Zwar läuft die Studie noch, es liegen aber bereits Zwischenergebnisse vor (Stand im April 2006 nach etwa 24 Monaten Laufzeit). Hoffmann berichtet, dass in der fachlich begleiteten Gruppe erheblich mehr Menschen den Wiedereinstieg in einen normalen Betrieb geschafft haben. Bei der Vergleichsgruppe blieben etwa 30 % ohne Beschäftigung, weitere 30 % kamen in einer Werkstatt unter, zusammen etwa 60 %. Bei der Projektgruppe machte der Anteil dieser beiden Untergruppen insgesamt lediglich etwa 20 % aus.

Ähnliche Ergebnisse erzielte das Projekt EQOLISE um Herrn Rössler aus Zürich (vgl. Symposium 4) u. a., welches eine solche Unterstützung bei der Wiedereingliederung in sechs europäischen Staaten untersucht.

Nachhaltig

Die Nachhaltigkeit fachlicher Begleitung wurde in Deutschland bereits untersucht. Es gibt Studien zur langfristigen Verbleibsquote von Menschen, die durch Integrationsfachdienste begleitet wurden.

Frau Tomke Sabine Gerdes (GERDES 2004) hat an einer kleinen Gruppe die Nachhaltigkeit der Eingliederung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung durch einen Integrationsfachdienst ermittelt. Etwa 60 % der mit dieser Unterstützung vermittelten Menschen war auch nach etwa drei Jahren noch am selben Arbeitsplatz tätig. Angesichts der vielfältigen Schwierigkeiten dieser Gruppe ist dieses Ergebnis beachtlich.

Frau Gerdes betont: »Es hat sich gezeigt, dass es besonders wichtig ist, dass der IFD in der Probezeit eine engmaschige Betreuung anbieten kann, da hier die Unterstützungsbedarfe sehr hoch sind. Von großer Bedeutung ist für die Menschen, dass sie ein Vertrauensverhältnis zur Fachberaterin/zum Fachberater aufbauen können und dass sie/er auf ihre Stärken, Schwächen und Wünsche eingeht.« Damit sind Kernelemente der »koordinierenden Bezugsperson« im Rahmen des »personenzentrierten Ansatzes« der AKTION PSYCHISCH KRANKE beschrieben.

Zu ähnlichen Ergebnissen wie Gerdes kommt die »Verbleibs- und Verlaufsstudie« von Stefan Doose (DOOSE 2005). Er hat sich dem begleiteten Übergang aus Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes gewidmet. Die Studie hat sich mit über 400 vermittelten Personen befasst.

In dieser Studie wurde ermittelt, dass fünf Jahre nach Verlassen der Werkstatt immer noch viele Menschen im Arbeitsleben integriert sind. »Eine größere Gruppe von knapp 40 % der vermittelten Personen mit psychischer Behinderung hat sich bemerkenswert stabil und langfristig auf den allgemeinen Arbeitsmarkt integrieren können, außerdem konnten eine Reihe von Personen nach der Vermittlung erfolgreich eine Ausbildung abschließen.« (S. 73)

Für Menschen, die bereits in einer WfbM waren, ist dies ein sehr beachtliches Ergebnis. Doose weist zu Recht darauf hin, dass im bundesweiten Durchschnitt nur etwa 0,3 % aller Werkstatt-Beschäftigten den Weg in den Arbeitsmarkt finden.

Doose stellt weiter fest: »Ohne Eingreifen einer Fachkraft für Integration oder eines Integrationsfachdienstes führen sowohl außerbetriebliche Berufsvorbereitungen als auch außerbetriebliche Berufsausbildungen nur bei einer Minderheit zu nachvollziehbaren Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.« (S. 74)

Ähnlich wie andere Untersuchungen weist Doose deutlich höhere Verbleibsquoten – 65 % nach fünf Jahren – für Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung nach. Wahrscheinlich liegt hierin einer der Gründe, warum sich viele der Pionier-Projekte für »Unterstützte Beschäftigung« in Deutschland mit diesem Personenkreis befassen.

Die hier genannten Ergebnisse decken sich mit den Erfahrungen US-amerikanischer Projekte des »Supported Employment«. Dort wird diese Unterstützung im Betrieb als erwiesen effektiv angesehen (siehe z. B. DRAKE u. a. 1999, BOND u. a. 2001). Die Eingliederungsquote für Menschen mit »Supported Employment« wird bei ca. 60 % angegeben, ohne diese Unterstützung bei ca. 10 %.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass der einzige deutsche Sozialleistungsträger, der im Leistungsfall im gesamten Verlauf der beruflichen Rehabilitation die Zuständigkeit behält, nämlich die Berufsgenossenschaften, vor langer Zeit schon ein ähnliches Angebot entwickelt hat. Mit dem »Berufshelfer« betreut nämlich eine Art koordinierende Bezugsperson die von Berufsunfällen oder Berufskrankheiten betroffenen Menschen vom Krankenhaus bis zur vollständigen Wiedereingliederung. Die Berufsgenossenschaften betonen gerne, dass sie diese Hilfeform für sehr effektiv halten.

Verlässlich verfügbares Angebot

Alle genannten Untersuchungen weisen auf die Bedeutung der verlässlichen Verfügbarkeit der Hilfen durch Fachkräfte für Betroffene und Betriebe hin. Dies betont ja auch Gerdes in dem oben angeführten Zitat. Bezogen auf die Unternehmen sei hier Doose zitiert:

»Die Unterstützung durch die Fachkraft für berufliche Integration der WfbM wird von den Arbeitgebern als sehr wichtig für die berufliche Integration bezeichnet. Für die Arbeitgeber sind besonders wichtig:

- die Information über die Behinderung und die Stärken und Schwächen der BewerberIn,
- das begleitete Praktikum
- die Unterstützung in Krisensituationen
- regelmäßige Kontaktmöglichkeiten mit der FBI
- sowie Informationen über Förderleistungen.« (S. 75)

Im Rahmen dieses Symposiums folgen nun von mir ein Überblick zur Tätigkeit und Problematik der IFD, von Herrn Adler ein Bericht aus Gera über

das dort entwickelte »zielgruppenspezifische Job-Coaching«, aus Bremen von Herrn Rolfes die Darstellung der ambulanten Begleitung im Rahmen des SGB XII und aus Rostock ein Bericht von Frau Wrociczewski und Herrn Utermark über das Projekt RoNA.

Literatur

- DRAKE, R. E., BECKER, D. R., CLARK, R. E., & MUESER, K. T. (1999). Research on the Individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70, 289–301
- BOND, G. E., BECKER, D. R., Drake, R. E. (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *PSYCHIATRIC SERVICES*® March 2001 Vol. 52 No. 3
- BIH 2007; Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), Jahresbericht 2006/2007, Karlsruhe, Oktober 2007
- GERDES, T. S. (2004). Der Verbleib nach der Vermittlung durch Integrationsfachdienste in den allgemeinen Arbeitsmarkt: Werdegänge von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Eine Untersuchung zur langfristigen Qualität von Integrationsfachdiensten –, in »Impulse« Nr. 31, Okt. 2004
- DOOSE, S. (2005). »Übergänge aus den Werkstätten ...«. LAG der Werkstätten für behinderte Menschen in Hessen (Hrsg.), Frankfurt

Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX – Job-Coaching und ARGE

Maik Adler

Einleitung

Im Rahmen des Implementationsprojektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke« der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) und ausgehend davon, dass jedes Beschäftigungsverhältnis für Menschen mit psychischen Einschränkungen den wohl umfassendsten Integrationsfaktor darstellt,¹ wurden in der Projektregion Gera drei zentrale Probleme benannt:

1. die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für arbeitswillige Betroffene
2. die psychosoziale Begleitung zur Arbeitsplatzhaltung als auch zur Vermittlung, insbesondere Hilfen zur Tagesgestaltung und fachlicher Anleitung² und
3. die Finanzierung/Vergütung von Arbeitsmöglichkeiten unter dem Blickwinkel der Toleranz gegenüber Minderleistung der betroffenen Menschen und der Vergütungsorientierung am allgemeinen Arbeitsmarkt.

Dem zugrunde lagen auch das Fehlen von barrierefreien Arbeitsplätzen für psychisch behinderte Menschen und dauerhafte Fördermöglichkeiten für die Teilhabe am Arbeitsleben von dieser leistungsgeminderten Zielgruppe. Neben den durch die APK in der Projektbeschreibung³ aufgeführten strukturellen Problemen bei der Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von psychisch kranken Menschen besteht vor allem auch der schwierige Umgang im direkten Kontakt mit den Erscheinungen psychischer Erkrankungen, wie z. B. Motivationsschwäche, Schwankung der Leistungsfähigkeit, Selbstwertprobleme, Konfliktschwäche, Kommunikationsprobleme, Konzentrationsschwäche und Mängel in der Auffassungsfähigkeit, etc.

Davon ausgehend wurde in der projektbegleitenden Gruppe über ein einzelfallbezogenes, dem individuellen Hilfebedarf des Betroffenen entsprechendes Instrument diskutiert, welches befristet oder auch degressiv dauerhaft installiert werden könnte, unter der Berücksichtigung der Möglichkeiten

1 Vgl. www.apk-ev.de/public/projekte.asp?7, 11.01.2008

2 Diese Aufgaben werden regulär durch den IFD übernommen, können jedoch in der Region aufgrund personeller Minderbesetzung nicht bedarfsdeckend realisiert werden.

3 Vgl. www.apk-ev.de/public/projekte.asp?7, 11.01.2008

von SGB IX und SGB II. Darüber hinaus sollte dieses Instrument keinesfalls in einer spezialisierten Einrichtung angebotsorientiert geschaffen werden, sondern flexibel, personenzentriert und Institutionen übergreifend als Hilfe im allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar sein.

Seitens der ARGE wurde die Bereitschaft für eine grundlegende Zusammenarbeit und Interesse an der Umsetzung der Ideenskizze zu einem zielgruppenspezifischen Job-Coaching für erwerbsfähige Hilfebedürftige des SGB II mit psychischen Erkrankungen signalisiert.

Daraufhin wurde das Konzept zum zielgruppenspezifischen Job-Coaching weiter ausgearbeitet unter dem besonderen Augenmerk, dass passgenaue und flexible Hilfeleistung im Einzelfall nur dann erfolgreich wirkt, wenn eine personelle, therapeutische und strukturelle Kontinuität maßgeblich gesichert ist. Des Weiteren spezifizierte sich die Konzeption der Hilfe auf den Kundenkreis des SGB II und fokussierte die Zielsetzung, dass das Hilfeeinstrument im allgemeinen Arbeitsmarkt greifen muss. Das zielgruppenspezifische Job-Coaching wurde nach weiteren Abstimmungsgesprächen letztlich zum 01.12.2006 in der ARGE SGB II Stadt Gera als Hilfeeinstrument nach § 16 Abs. 2 SGB II – sonstige weitere Leistung – eingeführt.

Zielgruppenspezifisches Job-Coaching

Job-Coaching ist keine neue Form eines beschützenden Dienstes, sondern soll geeignete Unterstützungsstrukturen bieten, die von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bedarfsorientiert genutzt werden, welche als nur schwer vermittlungsfähig gelten und langfristige Unterstützung benötigen, um erfolgreich ihrer bezahlten Arbeit nachgehen und sich in Arbeitsumgebung zurechtfinden können. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass der betroffene Mensch auch als Kunde Kontrolle über die Unterstützungshilfen hat und an den zu treffenden Entscheidungen, sofern möglich, partizipieren kann.

Aufgabe und Ziel des Hilfeeinstruments ist es, psychisch kranken Menschen mit unbürokratischen Hilfen aus einer Hand und professioneller Unterstützung auch direkt vor Ort einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz in Betrieben der Region nachhaltig zu sichern.

Zielgruppenspezifisches Job-Coaching bietet motivierende Beratung des psychisch beeinträchtigten Menschen, individuell angepasste und verbindliche Kontaktaufnahme zur Erhaltung, Prävention von und Intervention bei Krisen am Arbeitsplatz sowie kurzfristige Beratung bei Störungen

der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren unterstützt der Job-Coach bei dem Aufspüren und Bewältigen von Konflikten, kooperiert mit sonstigen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen und berät und/oder unterstützt den Arbeitgeber und seine Beauftragten.

Daraus resultierend kann diese Hilfeform dazu beitragen, in Form von Synergieeffekten auch Möglichkeiten zur individuellen Weiterentwicklung und zur Nutzung der eigenen Fähigkeiten zu bieten – gute Beziehungen zu Freunden, Familie, Bekannten und Kollegen einzugehen und aufrechtzuerhalten sowie die Möglichkeiten der Wahl und Entscheidung bezüglich der eigenen Lebensführung erweitern und die Lebensqualität des unterstützten Menschen auch subjektiv verbessern – und dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von anderen respektiert werden und ihre persönliche Würde bewahren können.

Den Betrieben wird mit dem zielgruppenspezifischen Job-Coaching als Anreiz ein umfangreiches Dienstleistungsprogramm angeboten, welches eine vorgängige Information über Stärken und Schwächen des psychisch beeinträchtigten Menschen, nötigenfalls Schulungen der Vorgesetzten und näheren Mitarbeiter, regelmäßige Kontakte durch den Job-Coach usw. umfasst und somit Minderleistungen und Ressourcen transparent und akzeptabel macht.

Die Betreuung der psychisch beeinträchtigten Menschen bezieht sich auf den Zeitraum unmittelbar vor und nach der Aufnahme einer Beschäftigung und begrenzt sich ausschließlich auf den Erhalt des Arbeitsverhältnisses. Wobei das Job-Coaching einen Umfang von zwei bis fünf Stunden pro Woche zur Verfügung und für bis zu zwei Jahre bewilligt werden kann, um somit eine erhöhte Nachhaltigkeit zu sichern.

Zugangsvoraussetzungen und -verfahren

Die Zielgruppe des Job-Coachings sind psychisch kranke Menschen, die an einer diagnostizierten psychischen Erkrankung leiden und keine anerkannte Schwerbehinderung besitzen. Anderenfalls ist der Integrationsfachdienst (IFD) gemäß § 110 SGB IX zuständig. Weitere Kriterien sind ein laufender Bezug von Arbeitslosengeld II und ein in Aussicht stehender oder demnächst abzuschließender sozialversicherungspflichtiger Arbeitsvertrag. Ebenso Zielgruppe sind Betroffene, die bereits einen bestehenden sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag haben, welcher jedoch die Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II nicht beendet, d. h. das erzielte Einkommen den Bezug von

Arbeitslosengeld II nicht aufhebt. Besonders hervorzuheben ist das Vorhandensein eines Hilfebedarfs hinsichtlich des Erhalts des Arbeitsplatzes.

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen können auch betriebliche Ausbildungen, Arbeitsgelegenheiten mit Entgeltvariante (AGH EV) oder auch befristete Beschäftigungen sein. Ausgeschlossen hingegen sind Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE), da in diesen Maßnahmen Unterstützungen durch den jeweiligen Maßnahmeträger gewährt werden.

Als potenzieller Leistungserbringer, als sog. Job-Coach, sind ebenso spezielle Zugangsvoraussetzungen notwendig, wie z. B. eine sozialarbeiterische, -pädagogische, -therapeutische, ergotherapeutische, heilpädagogische, psychotherapeutische, psychologische oder ähnliche Ausbildung sowie Berufserfahrungen im Bereich der Sozialpsychiatrie. Ebenso sollten Erfahrungen im Kontakt mit Arbeitgebern und arbeitsrechtlich relevanten Sachverhalten vorliegen, die zur Unterstützung des betroffenen psychisch kranken Menschen dienen. Die Erfüllbarkeit der Flexibilitätsanforderungen an die Aufgaben eines Job-Coachs muss von demjenigen, der die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis oder auch in Selbstständigkeit ausübt, zu jeder Zeit gegeben sein. Eine formlose Anerkennung als Job-Coach wird durch die Hilfeplanungskonferenz (HPK) nach Interessenbekundung/Bewerbung erteilt.

Bei Erfüllung der beschriebenen Voraussetzungen und entsprechendem Bedarf beantragt die federführende Person des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) die bedarfsgerechte und einzelfallorientierte Hilfe für den jeweiligen psychisch kranken Menschen. Die Hilfeplanungskonferenz stellt nach der IBRP-Vorstellung den angemessenen Hilfebedarf fest, wobei der Umfang der Leistung zwei bis fünf Stunden pro Woche betragen und bis zu zwei Jahre lang gewährt werden kann. Die HPK leitet dann diese Empfehlung an den zuständigen persönlichen Ansprechpartner (pAp) oder Fallmanager (FM) der ARGE SGB II Stadt Gera weiter. Durch den zuständigen Ansprechpartner erfolgt die Aushändigung eines Gutscheins für das zielgruppenspezifische Job-Coaching, mit dem sich der Betroffene für einen Job-Coach entscheiden kann. Nachdem der Job-Coach benannt wurde, wird ein Vertrag zur Leistungserbringung zwischen Klient, Job-Coach und der ARGE SGB II Stadt Gera geschlossen, in dem u. a. auch Dokumentationspflichten des Job-Coachs über Aktivitäten und Verlauf sowie fortschreitende Stabilisierung geregelt werden.

Abgrenzung zu § 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB II

In jedem Einzelfall ist auf eine sorgfältige Abgrenzung des Job-Coachings von der psychosozialen Betreuung nach § 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB II zu achten. Sofern sowohl Job-Coaching als auch psychosoziale Betreuung erforderlich sind, soll beides aus einer Hand geleistet werden. ARGE SGB II Stadt Gera und die Stadt Gera sind in diesen Fällen anteilig an der Finanzierung zu beteiligen. In diesen wie in anderen Fällen von gekoppelten Hilfebedarfen kann ein Trägerübergreifendes Budget gemäß § 17 SGB IX gebildet werden.

Zur Abgrenzung von psychosozialer Betreuung und zielgruppenspezifischem Job-Coaching gilt grundsätzlich, dass bei psychosozialer Betreuung die Bewältigung psychischer und sozialer Probleme, die der Aufnahme oder Beibehaltung von Erwerbstätigkeit entgegenstehen (indirekt arbeitsbezogene Probleme), im Vordergrund steht. Beim zielgruppenspezifischen Job-Coaching besitzt die Bewältigung direkt arbeitsbezogener Probleme oberste Priorität. Beide Leistungen beziehen sich auf Hilfebedarfe, die unterhalb eines Bedarfs an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft liegen. Zielgruppenspezifisches Job-Coaching greift unterhalb des Bedarfs an Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Projektziel-Evaluation

Bei Betrachtung der Projektziele des TAB-Projekts lässt sich zusammenfassen, dass mit der Implementation des zielgruppenspezifischen Job-Coachings Teilziele erreicht und eine Einzelfalllösung gegeben werden konnten. Mit Einführung des zielgruppenspezifischen Job-Coachings wurde ein bisher nicht bestehendes, auf den Prinzipien personenzentrierter Hilfeleistung basierendes Instrument eingeführt. Es beruht auf einer verbindlichen Kooperation mit der ARGE SGB II Stadt Gera, die keinesfalls Erprobungscharakter unter Projektbedingungen besitzt, sondern selbst nach Projektende nahtlos weiter besteht.

Was bietet das SGB IX Teil 2 an psychosozialer Unterstützung?

Manfred Becker

Im SGB IX Teil 2 sind folgende Unterstützungsformen im allgemeinen Arbeitsleben vorgesehen:

- A. IFD Berufsbegleitung
- B. IFD Vermittlung
- C. Personelle Unterstützung in Integrationsfirmen
- D. Personelle Unterstützung in anderen Betrieben

Nach Inkrafttreten des SGB IX 2001 und seiner Veränderung im Jahre 2004 wurden die früheren Psychosozialen Dienste (PSD) bzw. Berufsbegleitenden Dienste (BBD) als IFD-Berufsbegleitung (IFD-B) vielerorts mit den IFD-Vermittlung (IFD-V) zu einem gemeinsamen IFD zusammengefasst.

Laut »Eckdaten IFD 2005/2006« (BIH 2007, S. 1) der Integrationsämter waren 2006 bundesweit 260 IFD tätig mit insgesamt 1305 Fachkräften. Im Jahr 2003 waren es noch 442 Dienste mit 1206 Fachkräften (BIH 2004, S. 24). Dies wirft ein Schlaglicht auf die Konzentration der Dienste an weniger Standorten und den vorläufigen Erhalt der IFD-V durch die Integrationsämter auch nach dem Rückzug der Bundesagentur aus der Finanzierung der Vermittlung.

IFD Berufsbegleitung

Aufgrund der rechtlichen Verankerung dieses Hilfsangebotes im Teil 2 des SGB IX, also im Schwerbehindertenrecht, müssen immer zwei Fallgruppen unterschieden werden.

Die IFD-B betreuen bundesweit Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung zur Sicherung des Arbeitsverhältnisses. Grundlage ist § 102 SGB IX in Verbindung mit §§ 109 ff. Der Zugang ist für diese Gruppe relativ problemlos. Diese Dienstleistung ist fast überall verfügbar. Allerdings steuern die Integrationsämter durch ihre Finanzierung dieser Dienste die Zahl der Fachkraftstellen und damit auch die Kapazitäten.

Durch das zunehmende Bekanntwerden der Dienste und die tief greifenden Veränderungen und wachsenden psychischen Belastungen im Arbeitsleben wuchs die Nachfrage sehr stark. Dem stand ein geringer werdendes Aufkommen von Mitteln aus der Ausgleichsabgabe gegenüber, aus welchen u. a. die IFD finanziert werden.

Die Integrationsämter reagierten mit teilweise drastischer Heraufsetzung der Fallvorgaben, Herabsetzung der Zeitvorgaben (max. zwei Jahre Betreuung) und Einschränkung der Refinanzierung für die frei-gemeinnützigen Träger der IFD.

Ohne anerkannte Schwerbehinderung ist der Zugang für Betroffene schon um einiges schwieriger. Auch hier sind Rechtsgrundlage die §§ 109 ff. des SGB IX. Zusätzlich müssen aber noch die »Gemeinsamen Empfehlungen« berücksichtigt werden, die gem. § 113 SGB IX von den Trägern der Rehabilitation vereinbart wurden. Die Handhabung ist je nach zuständigem Integrationsamt unterschiedlich.

Bis zur Mitte der 90er-Jahre konnten auch Menschen mit psychischer Behinderung ohne anerkannte Schwerbehinderung problemlos aufgenommen werden, wenn sie bestimmte »Ersatzkriterien« erfüllten. Dies bedeutete Niederschwelligkeit für diesen Personenkreis.

In allen Bundesländern besteht gemäß der o. a. Rechtsgrundlage die Möglichkeit, die Leistung des IFD als »Leistung zur Teilhabe im Arbeitsleben« (früher: berufliche Rehabilitation) finanziert zu bekommen. In der Praxis ist dieser Zugang aber je nach örtlichen Gegebenheiten von »leicht« bis »unmöglich« zu sehen. Allerdings sind die Zahlen bundesweit im Steigen begriffen.

IFD Vermittlung

Im Bereich der IFD-V ist die Situation noch erheblich vielgestaltiger als bei den IFD-B. Dies gilt auch für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Einige Integrationsämter stellen ein umfassendes Angebot für ihren Wirkungsbereich sicher. Dies gilt insbesondere für Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Andere Integrationsämter sind gerade dabei, sich aus dem Feld der Vermittlung in Arbeit vollständig zurückzuziehen.

Dies liegt im Wesentlichen daran, dass der Gesetzgeber im SGB IX keine klare Zuständigkeit und Beauftragung der Arbeitsagentur für die Vermittlung durch IFD verankert hat. Dies ermöglicht es der Bundesagentur für Arbeit, den Standpunkt einzunehmen, dass sie für begleitende Betreuungsleistungen für schwerbehinderte Menschen nicht zuständig sei.

Für Menschen mit psychischen Behinderungen ist diese Situation in mehrfacher Hinsicht nachteilig. Dort, wo die Integrationsämter keine ergänzenden Gelder für die Vermittlung durch IFD bereitstellen, sind die IFD-V gezwungen, sich auf besonders leicht zu vermittelnde Menschen mit Schwerbehinderung zu spezialisieren. Hierzu gehören in der Regel nicht

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. An manchen Orten haben die Träger der IFD deren Betrieb gänzlich eingestellt.

Die folgende Tabelle (BIH 2006/2007, S. 30) zeigt die Entwicklung:

Vermittlungsergebnisse 2001–2006

	2006**	2005*	2004	2003	2002	2001
Fallzahlen	31 320	26 603	35 147	37 385	35 147	35 220
Vermittlungen	5774	5035	7228	6882	6156	4550
Fachberaterstellen	450	420	600	620	615	606
Vermittlungen pro Stelle	12,8	12	12	11,1	10	7,5

* 2005 ohne Niedersachsen und teilweise ohne Bayern; ** 2006 teilweise ohne Bayern

Für Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung ist die Situation bei der Vermittlung in Arbeit durch einen IFD noch unübersichtlicher. Je nach Kostenträger und örtlichen Gegebenheiten ist der Zugang verschieden.

Ähnlich wie bei den IFD-B kann auch bei der Vermittlung ein IFD-V im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe im Arbeitsleben (früher: berufliche Rehabilitation) beauftragt werden. Auch hier sind Rechtsgrundlage die §§ 109 ff. des SGB IX. Zusätzlich müssen aber noch die »Gemeinsamen Empfehlungen« berücksichtigt werden, die gem. § 113 SGB IX von den Trägern der Rehabilitation vereinbart wurden.

Im Prinzip besteht der einzige Unterschied darin, dass auch die Träger des SGB II (ARGE, Optionskommune) als Kostenträger in Betracht kommen. Wie bei den IFD-B muss der zuständige Leistungsträger bestimmt werden. Dieser muss auf entsprechenden Antrag den Reha-Bedarf feststellen und dann auch die Leistung »IFD-Vermittlung« als erforderlich erachten und bewilligen. In manchen Regionen wurden hierzu vereinfachte Verfahren entwickelt.

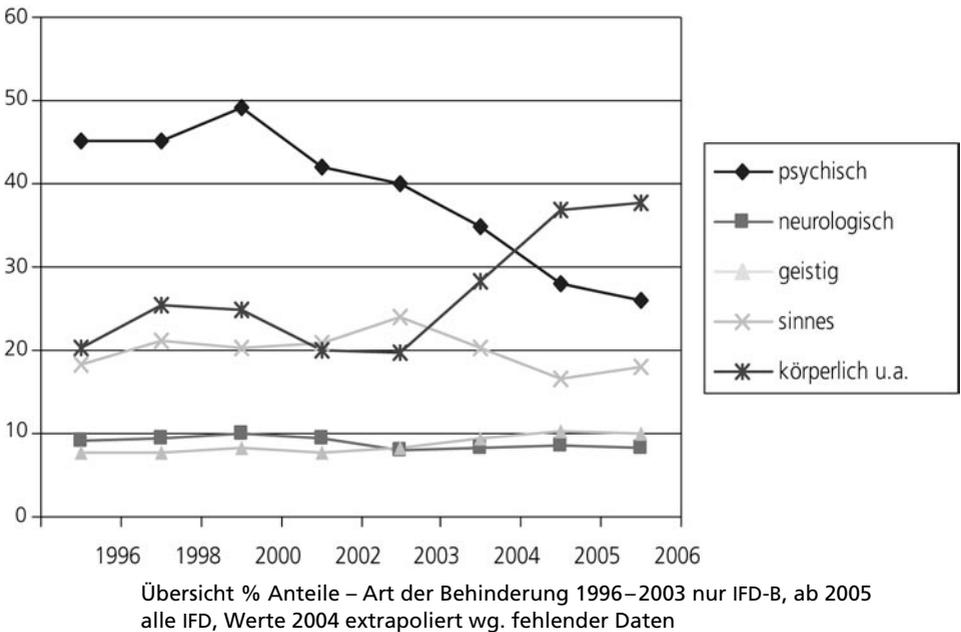
In manchen Regionen haben die Träger des SGB II spezielle Vermittlungsangebote entwickelt, deren Durchführung den IFD-V übertragen wird. Hier werden in der Regel auch Kostensätze gezahlt, die sich nach den »gemeinsamen Empfehlungen« richten, teilweise sogar darüber liegen (vgl. hierzu den Beitrag zum »Zielgruppen-spezifischen Job-Coaching« im Rahmen des selben Symposiums Nr. 3).

Entwicklung der IFD in den letzten Jahren

In diesem Beitrag wurde an mehreren Stellen erwähnt, dass die Verfügbarkeit der Integrationsfachdienste für Menschen mit psychischer Behinderung seit Mitte der Neunzigerjahre zunehmend eingeschränkt wurde. Die Zahl

der von IFD betreuten Menschen dieser Personengruppe nahm mit dem Ausbau der Dienste insgesamt zu. Von etwa 7000 im Jahr 1996 in den IFD-B betreuten Betroffenen stieg die Zahl auf knapp 10 000 im Jahr 2003. In allen IFD zusammen wurden 2005 und 2006 mehr als 14 000 Menschen aus diesem Kreis betreut.

Die folgende Grafik zeigt, dass trotz steigender absoluter Zahlen der relative Anteil der Menschen mit psychischen Behinderungen von etwa 45 % im Jahre 1996 (nur IFD-B) auf lediglich noch 26 % (alle IFD) im Jahr 2006 gesunken ist. Diese Personengruppe, für die IFD ursprünglich entwickelt wurden, ist mittlerweile eine Minderheit geworden.



Hieraus sollte geschlossen werden, dass die IFD eine ihrer wichtigsten Zielgruppen nicht mehr im eigentlich vorgesehenen Maße erreicht. Dies liegt einerseits an den schwindenden Mitteln aus der Ausgleichsabgabe und andererseits an der Weigerung der Bundesagentur, in die IFD-V entsprechend ihrem Auftrag zu finanzieren.

Deshalb sollten Wege gesucht werden, die IFD besser zu finanzieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die eigentlich vom Gesetz ins Auge gefassten

Zielgruppen der besonders betroffenen Menschen mit Schwerbehinderung nicht oder nur unvollständig erreicht werden. Dies gilt nicht nur für Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern auch für andere Gruppen, deren Begleitung und Vermittlung mit besonderem Aufwand verbunden ist.

Weil die Mittel der Ausgleichsabgabe zur Finanzierung der IFD nicht mehr ausreichen (hinzu kommen ebenfalls große Engpässe bei dem Integrationsfirmen, s. u.), sollten zusätzliche Mittel aus dem Bundeshaushalt die Finanzierung ergänzen. Dabei könnte gleich auch ein niederschwelliger Zugang für Menschen mit psychischer Behinderung ermöglicht werden in den Fällen, wo keine anerkannte Schwerbehinderung und kein anerkannter Reha-Bedarf vorliegt.

Außerdem sollte im SGB IX klargestellt werden, dass die Bundesagentur für Arbeit die IFD und im Bereich Vermittlung entsprechend dem notwendigen Aufwand für Menschen mit Behinderung finanzieren muss.

Personelle Unterstützung in Integrationsfirmen

Neben Investitionszuschüssen und Steuererleichterungen bekommen Integrationsprojekte gem. § 134 SGB IX und entsprechenden Landes-Richtlinien Zuschüsse für »Minderleistung« und »personelle Unterstützung« der »besonders betroffenen« Mitarbeiter mit Schwerbehinderung. Dies umfasst insgesamt etwa 30 % der Lohnkosten.

Zwar ist in diese persönliche Begleitung an die Institution Integrationsfirma gebunden, stellt aber ein kontinuierlich und langjährig für die Betroffenen verfügbares Angebot dar. Manche Integrationsämter lehnen die Beteiligung externer Dienste an diesem Angebot ab (z. B. Rheinland). Andere Integrationsämter legen Wert darauf, dass bei der personellen Unterstützung IFD beteiligt werden (z. B. Baden-Württemberg).

Im Jahr 2005 wurden in den Integrationsfirmen insgesamt 4550 Beschäftigte gefördert. Davon waren 1947 Menschen mit psychischer Behinderung (43 %). Aufgrund der zurückgehenden Förderung aus der Ausgleichsabgabe haben auch die Integrationsfirmen, ähnlich wie die IFD, weniger Spielräume für die Begleitung von besonders »schwierigen« Menschen. Die Integrationsämter haben die Finanzierung zum Teil drastisch gesenkt. Eine der Folgen davon ist, dass der Anteil von Mitarbeitern mit psychischer Behinderung in den Integrationsfirmen beständig sinkt.

In Rheinland-Pfalz wurde in den letzten Jahren das »Budget für Arbeit« als Sonderleistung entwickelt. Für Menschen, die ansonsten einen Platz in

einer Werkstatt einnehmen müssten, wird mit diesem Budget der Weg in einen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes gebahnt. Dazu werden Mittel des Integrationsamtes und Mittel aus der Sozialhilfe zu einem Budget gebündelt. Darin ist eine personelle Unterstützung enthalten.

Personelle Unterstützung in anderen Betrieben

Auch normale Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes können Zuschüsse für »Minderleistung« und »personelle Unterstützung« der Mitarbeiter mit Schwerbehinderung bekommen. Rechtsgrundlage sind § 126 SGB IX und § 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV). Gefördert wird entweder interne Unterstützung durch Mitarbeiter des Betriebes oder externe Unterstützung z. B. durch Ergotherapeuten.

Eine solche Förderung kann vom Integrationsamt nach pflichtgemäßem Ermessen vergeben werden, wenn diese Unterstützung erforderlich ist und wenn die Arbeitsleistung der Betroffenen im Bereich 50–70 % des Normalen liegt.

Auch in diesem Bereich wurde die Förderung von den Integrationsämtern in den letzten Jahren gekürzt. Derzeit beträgt die Gesamtförderung max. 50 % des Arbeitnehmer-Bruttos (früher Arbeitgeber-Brutto – Kürzung ca. 20 %).

Nach Mitteilung des Integrationsamtes Rheinland gab es in dessen Wirkungsbereich im Jahr 2005 insgesamt 365 Fälle, in denen Minderleistungsausgleich gezahlt wurde. Davon waren etwa 61 Menschen mit psychischer Schwerbehinderung. Wenn man in Betracht zieht, dass das Integrationsamt Rheinland besonders aktiv ist, dürfte sich bundesweit die Zahl der Fälle in der Größenordnung von etwa 500 abspielen.

Literatur

- BIH zu IFD 2006, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), Jahresbericht zur Arbeit der IFD 2005, Karlsruhe, Oktober 2006
- BIH 2006/2007, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), Jahresbericht 2006/2007, Karlsruhe, Oktober 2007
- BIH 2004, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), Jahresbericht 2003/2004, Karlsruhe, Oktober 2004
- BIH 2007, Eckdaten IFD 2005/2006, Dr. Beule, Deusch, 21.05.2007

Psychosoziale Leistungen § 16 Abs. 2 SGB II - am Beispiel der Psychosozialen- und Suchtberatung in den Behandlungszentren in Bremen

Rainald Rolfes

Im August 2006 ist in den fünf Behandlungszentren das Angebot der Psychosozialen- und Suchtberatung nach § 16 Abs. 2 für die BAgIS (Bremer ARGE für Integration und Soziales) etabliert worden.

Rechtsgrundlage

Der § 16 Abs. 2 SGB II sieht folgende Eingliederungsleistungen vor:

- Betreuung von Kindern oder häuslicher Pflege von Angehörigen
- Schuldnerberatung
- *Psychosoziale Betreuung*
- *Suchtberatung*
- Einstiegsgeld
- Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz

Nach § 17 SGB II soll die Agentur für Arbeit für diese Aufgaben keine neuen Dienste schaffen, sondern Dienste Dritter in Anspruch nehmen.

Daher haben die BAgIS, der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, das Klinikum Bremen Ost gGmbH und das Klinikum Bremen Nord gGmbH eine Vereinbarung geschlossen, in der die Grundlagen des Projekts beschrieben wurden. Diese bezieht sich auf die Finanzierung, Beratungsangebote, Zusammenarbeit und Dauer des Projekts. Projektbeginn wurde auf Anfang August 2006 festgelegt. Die Beratung sollte in den Behandlungszentren (regionalisierten Psychiatrieeinrichtungen) stattfinden.

Psychiatrische Versorgung in den Behandlungszentren (BHZ)

In Bremen gibt es fünf regionale Behandlungszentren für die Psychiatrie. Alle Behandlungszentren haben eine Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, eine Institutsambulanz sowie eine Tagesklinik (in Bremen-Mitte geplant). Der Versorgungsauftrag betrifft Betreuung und psychiatrische Behandlung, Nachgehende, aufsuchende Betreuung (PsychKG), Einzelgespräche, Paar oder Familiengespräche, Gruppentherapie, Beratung und Vermittlung,

Begutachtung u. a. Eingliederungshilfen SGB XII, Betreuungsrecht sowie Krisenintervention.

Aufbauphase

Im August wurde für die Beratung nach § 16 Abs.2 SGB II in den Beratungsstellen Süd/Ost und Mitte West je ein Sozialarbeiter eingestellt. In Bremen Nord wurde die Beratung von den dortigen Kollegen mit einem Stellenanteil von 0,5 Stellen übernommen. In der Anfangsphase ging es darum, das Projekt intern und extern zu etablieren.

Das Beratungsangebot stieß in den BHZ zunächst auf Skepsis, da zu den bestehenden Angeboten Überschneidungen gesehen wurden. In der BAGIS gab es nun zu den bereits existierenden Eingliederungshilfen ein neues Angebot, für die dortigen Mitarbeiter bedeutete dies zunächst Mehrarbeit. Unklarheit und Unsicherheit bestand darin, Kunden mit der Annahme zu konfrontieren, bei ihnen bestehe der Bedarf einer psychosozialen- oder Suchtberatung. Meine Befürchtung war, ob es durch das Beratungsmodell zu einer Psychiatrisierung von SGB II-Empfängern kommen könne.

Nachdem Fortbildungsveranstaltungen in der BAGIS durchgeführt wurden und wir uns persönlich in den Teams vorgestellt hatten, stieg die Zahl der Zuweisungen langsam an. Den größten Schub erhielt das Projekt über die praktische Fallarbeit. Hierüber entwickelte sich eine gute Arbeits- und Kommunikationsstruktur. Gab es Ende August für die BHZ Süd/Ost /Mitte/West ca. 20 Zuweisungen, so ist die Zahl heute auf 480 gestiegen.

Wie kommt der Klient in die Beratung?

Voraussetzung ist die Erwerbsfähigkeit des Kunden nach § 8 SGB II. Der Fallmanager oder Arbeitsvermittler schließt mit ihm eine Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II ab. Für die Übermittlung der Daten zum BHZ und der Ergebnisübertragung unterzeichnet der Kunde eine Schweigepflichtentbindung. Die Daten werden über einen Pendelbrief dem BHZ mitgeteilt.

Beratungsphasen

In der Vereinbarung sind drei Beratungsphasen vorgesehen:

1. Sondierungsberatung: Anamnese, Diagnose, Bedarfsermittlung, Allgemeine Infos zum SGB II, Festlegung weiterer Leistungen, Abstimmung mit dem Arbeitsvermittler/Fallmanager (bis zu fünf Beratungsstunden)
2. Hauptleistungsphase I: Motivierende Einzelfallarbeit, Informationsvermittlung über Hilfsangebote, Aktivierung von Einstellungsveränderungen, Motivationsarbeit für ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapie, Festlegung weiterer Leistungen, Abstimmung mit dem Arbeitsvermittler, Fallmanager (bis zu drei Beratungsstunden)
3. Hauptleistungsphase II: Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Psychiatrie, Sucht; Hilfe bei der Entscheidung zu Art und Ort der Therapie; Vermittlung in die Entgiftung; Gutachten für Anträge zur med. Rehabilitation oder betreutes Wohnen (bis zu dreieinhalb Beratungsstunden)
- 3.b Hauptleistungsphase II (alternativ): Direkte Hilfen zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung, Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen zu ergänzenden Hilfen, Aufsuchende und begleitende sozialpädagogische Betreuungsmaßnahmen (bis zu elf Beratungsstunden)

Auswertung

Als positives Feedback ist die wiederholte Inanspruchnahme der Beratung durch die Fallmanager zu werten, was die Steigerung der Fallzahl deutlich macht. Das auf ein Jahr befristete Projekt wurde von allen Vertragsparteien bis Ende 2008 verlängert.

Soziale Situation der Klienten

Für uns wurde im Beratungsverlauf ein großer Hilfebedarf in sozialen Notlagen deutlich. Viele Klienten waren von hoher Verschuldung betroffen. In einer Vielzahl von Fällen trafen wir auf soziale Notlagen, Strom war abgestellt, auch Wasser, Heizung funktionierte nicht. Klienten waren von Leistungskürzungen der Grundsicherung betroffen oder mussten von ihrem Regelsatz einen Teil für ihre Miete ausgeben. Bei einigen drohte eine Haftstrafe, da sie Geldstrafen nicht erbringen konnten.

Krankheitsbilder

Es gibt ein breites Feld von Störungen, mit welchem Klienten zugewiesen wurden, dies reicht von psychiatrischen Krankheitsbildern wie Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen bis hin zu Lebenskrisen durch soziale Desorganisation.

Klienten

Als positiv ist der niedrigschwellige Ansatz der Beratung zu werten. Klienten können sich nach Reflexion ihrer Lebenssituation entscheiden, ob und welches Hilfeangebot zu ihnen passt.

Sie haben eine Möglichkeit, Probleme außerhalb der BAGIS zu besprechen.

Durch die Beratung ist es gelungen, Kürzungen abzuwenden und Verständnis bei Fallmanagern für die Problemlagen ihrer Kunden zu entwickeln.

BAGIS Mitarbeiter

Die BAGIS Mitarbeiter haben durch das Beratungsangebot ein konstruktives Hilfsangebot bekommen, mit Problemlagen ihrer Kunden umzugehen. Das Beratungsangebot ist eine Alternative bei gescheiterten Vermittlungen, nicht mit der administrativen Möglichkeit der Kürzung zu reagieren, sondern konstruktiv Hilfsangebote zu eruieren.

Es hat sich schnell bei ihnen eine Kompetenz entwickelt, Klienten in die Beratung zu vermitteln.

Kollegen im BHZ

Die anfängliche Skepsis der Kollegen ist gewichen und eine kollegiale Zusammenarbeit ist entstanden. Das BHZ profitiert von unseren Kontakten zur BAGIS. Positive Beispiele für Zusammenarbeit gab es bei Klienten, die durch die Beratung in die Tagesklinik kamen und bei der Entlassung in eine Beschäftigung vermittelt wurden.

Schlussbemerkung

Voraussetzung für die berufliche Eingliederung ist

- die Klärung der sozialrechtlichen Lebenssituation
- Zugang zu schaffen zu psychiatrischen, psychotherapeutischen Hilfsangeboten
- Rückkopplung der Ergebnisse an die Fallmanager der BAGIS.

Im Idealfall gelingt es, ein Arbeitsangebot zu entwickeln und den Klienten dabei in der Anfangsphase zu betreuen.

Von 480 Klienten haben 38 eine Entgiftungsbehandlung begonnen. 23 Patienten haben ein stationäres oder teilstationäres Angebot genutzt. Ambulante Zuweisungen zu Ärzten oder Psychotherapeuten wurden nicht erfasst. Viele Klienten hatten zuvor noch keinen Kontakt zum Hilfesystem.

Oft steht in der Beratung zunächst nicht das Thema »Individuelle Wege ins Arbeitsleben« im Vordergrund, sondern individuelle Wege ins Leben.

Dies möchte ich am Beispiel eines 42-jährigen Klienten deutlich machen, der seit acht Jahren arbeitslos ist, bei seinen Eltern lebt, eine Angststörung entwickelt hat, soziale Kontakte zu anderen Menschen nicht mehr besitzt. Nach fünf Beratungsstunden gelang es, den Klienten bei einem Internisten vorzustellen, wo eine essenzielle Hypertonie und ein Diabetes Typ II diagnostiziert wurde. In der Hilfeplanung wurden als Ziele entwickelt: Kontakt zum Arzt halten, Diabetesschulung, Gewichtreduktion durch Sport, Anbindung an einen Sportverein, Verhaltenstherapie, danach ein sozialintegrativer InJob (Arbeitsgelegenheit).

Viele Menschen sind durch die Arbeitslosigkeit in eine soziale Isolation geraten, die sich negativ auf ihre gesundheitliche Situation auswirkt. Daher ist es hilfreich, den Aspekt Arbeit oder Beschäftigung als zentralen Punkt in der Hilfeplanung zu berücksichtigen. Von Klienten wird bestätigt, dass ein Beschäftigungsangebot für sie eine stabilisierende Wirkung hatte.

Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX – Beispiel RoNA

Antje Wrociszewski, Thomas Utermark

Ausgangslage: Veränderungen in der Hansestadt Rostock

Seit 1998 bestehen intensive Bemühungen zum Voranbringen der Psychiatriereform in der Hansestadt Rostock. Insbesondere die Veränderungen des Hilfeplansystems erfolgten 2002–2004 durch das »Modellprojekt Kommunale Psychiatrie«:

- 2003 durch die Einführung der Hilfeplankonferenz (HPK)
- 2003/2004 durch die Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP)
- 2003/2004 durch IBRP Schulungen im Amt für Jugend und Soziales
- 2004 durch Schulungen zur Maßnahmeplanung und die Einführung der Maßnahmeplanung, als Grundlage veränderter Finanzierung.

Ergebnis dieses Prozesses waren die Deinstitutionalisierung und Bildung eines regionalen Psychriatriebudgets.

Den Ablauf des Hilfeplanverfahrens für psychisch kranke Menschen in der Hansestadt Rostock zeigt die Übersicht auf der gegenüberliegenden Seite.

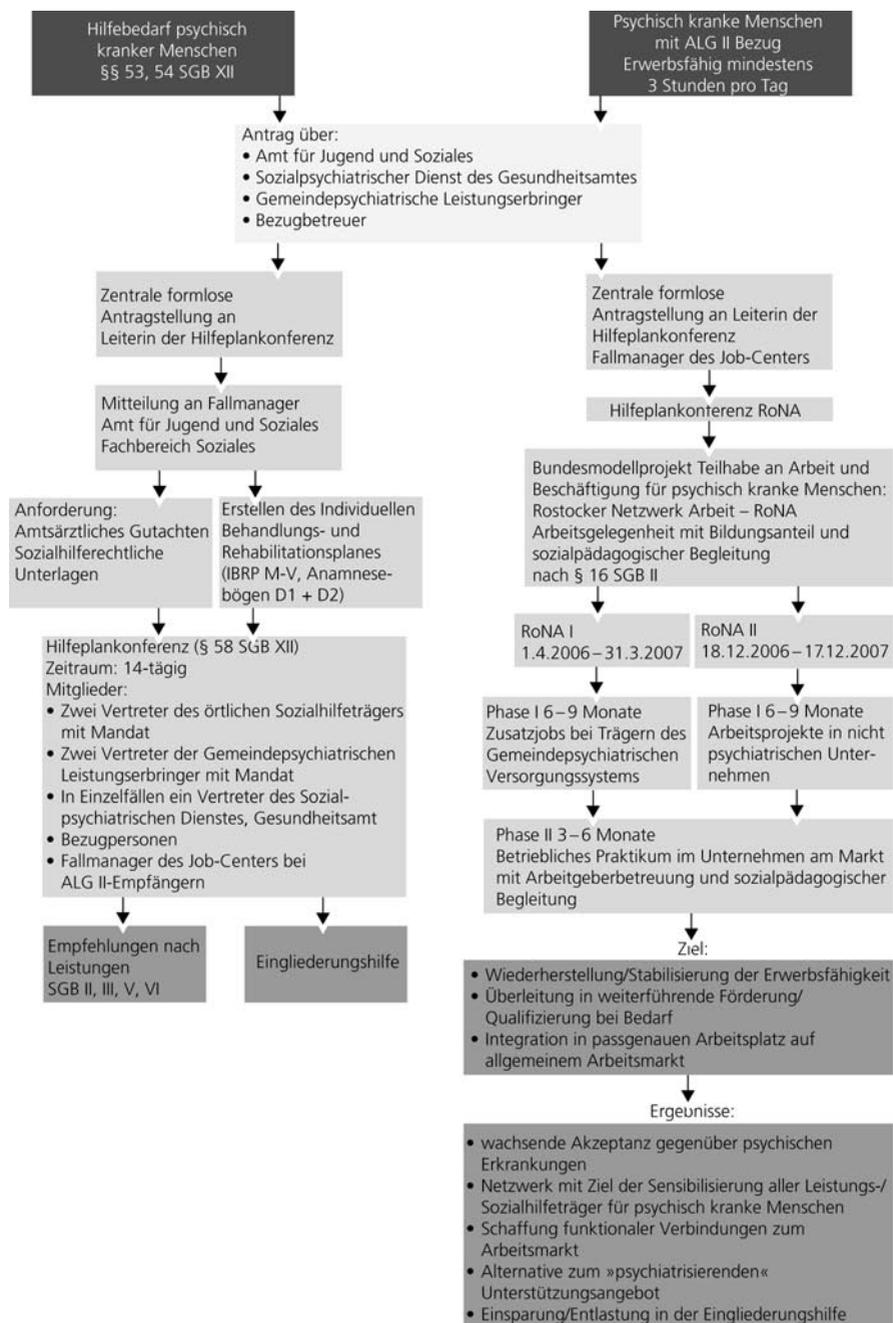
Bundesmodellprojekt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung in Rostock

Der Anlass einer Interessenbekundung der Hansestadt Rostock für das Bundesmodellprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung psychisch kranker Menschen« (TAB-Projekt) im Januar 2004 war die nicht zufriedenstellende Situation der beruflichen Rehabilitation bzw. Eingliederung psychisch kranker Menschen in der Stadt. Durch die Bereitstellung von Projektmitteln über das Modellprojekt Kommunale Psychiatrie und eine Förderung über das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern konnte die Teilnahme der Hansestadt Rostock ermöglicht werden.

Im Dezember 2004 kam es zur Unterzeichnung der Projektvereinbarung zwischen dem Modellprojekt Kommunale Psychiatrie, der AKTION PSYCHISCH KRANKE, der Hansestadt Rostock und dem Landkreis Ostvorpommern und dessen Sozialagentur.

Mitglieder der TAB-Projektgruppe sind 23 Vertreter aus Institutionen und Einrichtungen der Hansestadt Rostock.

Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II und SGB IX – Beispiel RoNA



Folgende Arbeitsinhalte standen im Mittelpunkt der 25 Projektsitzungen:

- Bestandsaufnahme:
 - Erfassen psychisch kranker Menschen mit ALG II Bezug und Eingliederungshilfe
 - Analyse der Situation von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen, insbesondere auf Basis geringen Zuverdienstes
- Auf folgende Zielgruppenbestimmung wurde sich geeinigt: Menschen mit psychischen Erkrankungen mit *Ziel* personenzentrierter Versorgung im Bereich Arbeit und Beschäftigung für Arbeitssuchende,
 - die mind. drei Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind, mit ALG II Anspruch, ohne Anspruch auf ALG II unter 25 Jahre
 - deren Fähigkeit unklar ist, mind. drei Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig zu sein (Kategorie d)
 - deren Erwerbsfähigkeit unter drei Stunden/Tag liegt, das Teilhabeziel jedoch drei Stunden/Tag sind.
- Einzelfalldarstellungen:
 - Seit Mai 2005 erfolgte die Erprobung des IBRP mit Ergänzung des Bogens Arbeit (3b) in den Einrichtungen der Leistungserbringer.
 - Seit August 2005 nahmen Mitarbeiter des Hansejobcenter (ARGE) und der Arbeitsagentur regelmäßig an den Sitzungen teil.
 - Es wurde eine Unterarbeitsgruppe zur Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts von Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung (Rostocker Netzwerk Arbeit) gebildet, die neben den TAB-Sitzungen regelmäßig tagte. Aus dieser Arbeitsgruppe entstand das Projekt RoNA. Zur Steuerung des Prozesses wurde seit März 2006 zusätzlich die RoNA-Konferenz eingeführt.
 - Seit Februar 2007 existiert eine Arbeitsgruppe zur Bildung einer ambulanten RPK-Einrichtung in der Hansestadt Rostock.
 - Ein regelmäßiger Sitzungsschwerpunkt waren die Informationen aus anderen Projektregionen.

Da keine aktuelle Datenerfassung psychisch kranker Menschen in Arbeit und Beschäftigung vorlag, wurde im Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Soziales eine Studie zur Erfassung psychisch kranker Menschen aus dem Hilfeplanverfahren heraus veranlasst. Diese

Studie bildete eine der Grundlagen zur Umsetzung der Projektvereinbarung des Bundesmodellprojekts.

Analyse der Eingliederungshilfe mit ALG II Bezug

Die Analyse ergab, dass zur Projektzeit 111 Hilfeempfänger ALG II bezogen und Eingliederungshilfe erhielten. Von diesen 111 Hilfeempfängern erhielten (mit Mehrfachnennung; s. Abb. 2):

- 62 % Hilfe zur Tagesstrukturierung
- 57 % Hilfe zum Wohnen
- 18 % befanden sich neben der Hilfe zur Tagesstrukturierung im Zuverdienst
- 5 % Flexible Erziehungshilfe.

Diese Analyse ermöglichte eine gute Argumentationsgrundlage hinsichtlich der Teilnahme anderer Kostenträger, so nahmen neben der ARGE Rentenversicherung und eine Krankenkasse (DAK) regelmäßig an den TAB-Sitzungen teil. Seit Januar 2006 beteiligen sich die Fallmanager des Hansejobcenters mit einzelfallbezogenen Falldarstellungen an der HPK.

Rostocker Netzwerk Arbeit

Hieraus entstand im Rahmen des TAB-Projekts das Kooperationsprojekt Rostocker Netzwerk Arbeit (RoNA), Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung, im Verbund mit folgenden Leistungsanbieter:

- Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie (GGP)
- AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH
- Ohne Barrieren e. V.
- Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW)
- Hansejobcenter mit verschiedenen Arbeitsmöglichkeiten.

Das Kooperationsprojekt konnte in folgenden Zeiträumen organisiert und durchgeführt werden:

- RoNA I vom 01.04.2006 bis 31.03.2007
- RoNA II vom 18.12.2006 bis 17.12.2007

Dabei wurde folgende Zielgruppe angesprochen: Menschen mit psychischen Erkrankungen mit *Ziel* personenzentrierter Versorgung im Bereich Arbeit und Beschäftigung für Arbeitssuchende,

- die mind. drei Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind, mit ALG II Anspruch,
- deren Fähigkeit unklar ist, mind. drei Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig zu sein,
- deren Erwerbsfähigkeit unter drei Stunden/Tag liegt, das Teilhabeziel jedoch drei Stunden/Tag sind.

Die subjektbezogene Umsetzung des RoNA Projektes erfolgt in zwei Phasen mit einer Laufzeit bis zu neun Monaten. In der ersten Phase »Zusatzjob« der Maßnahme wurde zunächst über einen Zeitraum von sechs bis neun Monaten schrittweise auf die zweite Phase »Integration in Arbeit« vorbereitet.

Die Teilnehmer wurden über den gesamten Zeitraum psychosozial durch Mitarbeiter des Kooperationsverbundes begleitet. Der Schwerpunkt dieser psychosozialen Begleitung zielte auf die genaue Beobachtung und Analyse des Teilnehmers, um konsequent auf eine berufliche (Wieder-)Eingliederung hinwirken zu können.

Dazu zählen unter anderem:

- gründliche Anamnese der beruflichen Biografie (Bogen D1, D2 IBRP)
- Eignungsfeststellung (Ermittlung der Ressourcen, Neigungen und Interessen)
- Festlegen des Integrationszieles sowie der Vorgehensweise, Planung (IBRP mit Bogen A und 3b)
- Abklärung der Erwerbsfähigkeit
- Auswahl des passenden Zusatzjobs
- Wiederherstellung/Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit
- sozialpädagogische Begleitung im Zusatzjob
- Einzelgespräche unter Berücksichtigung der psychischen Problematik der Teilnehmer
- Eruieren von passgenauen weiterführenden Förderungsbausteinen (bei Bedarf Überleitung in weiterführende Förderung/Qualifizierung und Klärung der Kostenträgerzuständigkeit)

Parallel fand für jeden Teilnehmer ein durch die FAW gGmbH durchgeführtes Profiling statt.

Die Profilingergebnisse wurden mit den Erfahrungen aus dem Tätigkeitsfeld in den Einsatzstellen teilnehmerbezogen verglichen und mit dem Teilnehmer, dem Vertreter des HJC sowie dem sozialpädagogischen Begleiter ausgewertet. Auf dieser Grundlage ergaben sich für den einzelnen Teilnehmer ein »kleines Fähigkeitsprofil« sowie ergänzend einige Hinweise auf den derzeitigen Berufswunsch bzw. Neigung des Teilnehmers.

Beides bildete für die weitere Arbeit der FAW eine sehr gute Basis, auf der für alle Teilnehmer Praktikumsstellen in unterschiedlichen Unternehmen der Region akquiriert werden konnten.

Probleme bereiteten jedoch die sehr knapp bemessene zur Verfügung gestellte Wochenzeit von zwei Stunden sozialpädagogischer Begleitzeit sowie deren recht starre, unflexible Handhabungsmöglichkeit im Unterschied zu den sehr labil verlaufenden Ansprüchen der Teilnehmer aufgrund des sprunghaften Verlaufs psychischer Erkrankungen.

Deshalb wurde für das Projekt RoNA II eine Erhöhung auf drei Stunden wöchentliche sozialpädagogische Begleitzeit vereinbart, für die eine flexible Stundenkontoregelung getroffen werden konnte.

Die Erfahrungen des ersten RoNA Projektes konnten für die Konzipierung des zweiten Projektes genutzt werden. Dies zeigt nachfolgende Projektgegenüberstellung:

	RoNA I	RoNA II
Teilnehmer	10	20
Einstieg	zum Termin	flexibel
Zugang	RoNA-HPK	
Phase I 6–9 Monate	Arbeitserprobung bei Trägern des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems	bedarfsgerechte Akquise; Erweiterung der Arbeitsprojekte auf »nichtpsychiatrische« Anbieter/Unternehmen
Phase II 3–6 Monate	Praktikum in Unternehmen am Markt mit Arbeitgeberbegleitung und sozialpädagogischer Betreuung	
Intensität der Begleitung	2 Stunden/Woche starr	3 Stunden/Woche Stundenkonto
Finanzierung	SGB II, § 16 Abs. 3 Satz 2 »Zusatzjob« MAE für TN	SGB II, § 16 Abs. 2 »sonstige wirksame Leistungen« Pauschale TN-Zuwendung Fahrkostenerstattung für TN

Abb. 2: Rostocker Netzwerkarbeit (RoNA)

Im Verlauf des Projektes RoNA I entwickelte sich ein stabiles Netzwerk mit einer sehr gut entwickelten Kommunikationskultur unter den beteiligten Kooperationspartnern in Zusammenarbeit mit der Leiterin der Hilfeplan-Konferenz vom Amt für Jugend und Soziales und der Sucht- und Psychiatriekoordinatorin der Hansestadt Rostock.

Optimale Voraussetzungen für diese gute Vernetzung waren dabei die von Beginn an standardisierten Strukturen und Prozesse des Projektes sowie regelmäßige Berichterstattung und Austausch in der Rostocker TAB-Projektgruppe.

Die ersten Besprechungen der Fälle vor Projektzuweisung fanden in den RoNA Konferenzen statt. In dieser RoNA Konferenz wurden auf Grundlage der vorliegenden Anamnesebögen (Bestandteil des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes) insbesondere die bisherigen beruflichen Erfahrungen, Wünsche und Neidungen des Einzelnen besprochen. Erste Ansätze für die Begleitung in einer potenziellen Einsatzstelle wurden abgestimmt sowie die Zuweisung zu einer sozialpädagogischen Begleitung in Abhängigkeit von der Einsatzstelle und der Kapazitäten festgelegt.

Ergebnisse des RoNA Projekts

Die Entwicklung der einzelnen Teilnehmer im Projekt wurde in monatlichen RoNA-Runden durch die projektbeteiligten Kooperationspartner, den projektverantwortlichen Fallmanager des HJC sowie Vertreter des Amtes für Jugend und Soziales der Hansestadt Rostock (Leiterin der HPK) und die Psychiatrie- und Suchtkoordinatorin der Hansestadt Rostock multiprofessionell besprochen. Dabei wurden weitere Maßnahmen festgelegt. Die Ergebnisse der monatlichen RoNA-Runden und die Verläufe bei den Teilnehmern wurden monatlich protokolliert und dokumentiert.

RoNA I

Am ersten RoNA Projekt nahmen zehn Teilnehmer mit folgenden psychischen Erkrankungen teil (Diagnosen nach ICD-10):

- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Störungen durch Alkohol (F1: drei Personen)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen spezifische PS (F6: eine Person), emotional instabile PS, Borderline Typus (F60.31: drei Personen)

- affektive Störungen anhaltende affektive Störungen (F3: zwei Personen)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2: eine Person)

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer war 33 Jahre. Die Teilnehmer kamen entweder direkt aus der Eingliederungshilfe (Mehrfachnennungen):

- Tagesstrukturierende Maßnahmen (acht Personen)
- Einzelbetreutes Wohnen (vier Personen) oder über das
- Hansejobcenter (zwei Personen)

zum RoNA Projekt.

Bei zehn Plätzen nahmen zwölf Teilnehmer am Projekt teil, von denen zwei Teilnehmer die Phase 1 und ein Teilnehmer die Phase 2 wegen psychischer Erkrankung das Projekt vorzeitig abbrechen. Vier Teilnehmer konnten das RoNA I Projekt erfolgreich abschließen, indem:

- sie einer ehrenamtlichen Tätigkeit (zwei Personen) nachgingen
- ein Teilnehmer wieder in die Eingliederungshilfe mit Zuverdienst ging
- ein Teilnehmer eine Langzeittherapie begann, um nach erfolgreichem Abschluss in die Phase 2 von RoNA II einzusteigen.

Acht Teilnehmer beendeten das Projekt ohne Abschluss, davon konnte bei vier Teilnehmern eine Verlängerung des Projekts beantragt werden. Ein weiterer Klient unterzog sich ebenfalls einer Langzeitbehandlung und drei Klienten brachen das Projekt mit der Option einer medizinischen Begutachtung über das Hansejobcenter ab. Zusammengefasst wurden die Ziele, die die Kooperationspartner mit dem RoNA Projekt verfolgten, erreicht:

- die Wiederherstellung/Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit der beteiligten Menschen
- Überleitung in weiterführende Förderung und/oder Qualifizierung
- bei Bedarf Integration in passgenauen Arbeitsplatz auf allgemeinem Arbeitsmarkt.

RoNA II

Am zweiten RoNA Projekt mit 20 Plätzen nahmen 31 Teilnehmer mit folgenden psychischen Erkrankungen teil (Diagnosen nach ICD-10):

- Persönlichkeits-/Verhaltensstörung (F6: sechs Personen)
- Neurotische-, Belastungs-, somatoforme Störungen (F4: acht Personen)

- Alkoholabhängigkeit (F1: sechs Personen)
- Schizophrenie (F2: drei Personen)
- affektive Störung (F3: drei Personen)

Bei fünf aus dem HJC zugewiesenen Personen konnten keine Diagnoseangaben gemacht werden. Nach Meinung der HJC-Mitarbeiter wiesen diese Personen eine Vermittlungshemmnis aufgrund psychischer Beeinträchtigung auf.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer war 35 Jahre. Die Teilnehmer kamen entweder direkt aus der Eingliederungshilfe (Mehrfachnennungen):

- Tagesstrukturierende Maßnahmen (fünf Personen)
- Einzelbetreutes Wohnen (eine Person),
- aus der Tagesklinik (zwei Personen) oder über das
- Hansejobcenter (zwölf Personen) zum RoNA Projekt.

An Phase 1 beteiligten sich 20 Teilnehmer, davon brachen drei Teilnehmer aus folgenden Gründen ab:

- ein Teilnehmer konnte aus gesundheitlichen Gründen die Arbeitserprobung nicht bestehen,
- zwei Teilnehmer beendeten diese Phase aufgrund ihrer individuellen Persönlichkeitsstruktur, insbesondere wegen fehlender Mitwirkung.

In die Praktikumsphase (Phase 2) gingen 20 Teilnehmer, von denen drei vorzeitig abbrachen:

- ein TN erhielt eine Eingliederungshilfe,
- die beiden anderen Teilnehmer hatten persönliche Gründe.

Derzeit liegen folgende Ergebnisse mit RoNA II vor (Stand November 2007):

- Festeinstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt: voraussichtlich sieben Teilnehmer, davon:
 - seit September 2007: eine Teilnehmerin
 - ab November 2007: ein Teilnehmer
 - ab Januar 2008: zwei Teilnehmer
 - nicht abgeschlossene Verhandlungen: drei Teilnehmer
- zwei Teilnehmer konnten in Ausbildung vermittelt werden
- es gab fünf Übernahmen aus RoNA I, davon
 - ein Abbruch wegen Abhängigkeitserkrankung

- eine Teilnehmerin begann eine Ausbildung zur Heilerzieherin
- ein Teilnehmer begann eine AGH-Einzelmaßnahme mit Optionsübernahme
- eine Teilnehmerin hat eine Anstellung mit geringfügiger Beschäftigung und einer Übernahmeoption
- eine Teilnehmerin ist ehrenamtlich tätig.

Im Rahmen der Verlängerung des RoNA II Projekts bis Ende März 2008 kann die Praktikumsphase für 15 Klienten aufgrund des flexiblen Einstiegs weiterhin erprobt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Ein wichtiges Ergebnis des TAB-Projekts war die Bildung eines Netzwerks verschiedener Leistungs- und Kostenträger zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung psychisch kranker Menschen in der Hansestadt Rostock. Der Zusammenschluss dieses Netzwerks zu einem Kooperationsprojekt ermöglichte das Rostocker Netzwerk Arbeit, ein Projekt von Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung.

Ergebnisse der RoNA Projekte sind

- langfristig »schonenderer« Zugang zum Thema Arbeit für Teilnehmer
- wachsende Akzeptanz gegenüber psychischen Erkrankungen
- Bildung eines Netzwerks mit Ziel der Sensibilisierung aller Leistungs- und Sozialhilfeträger für psychisch kranke Menschen
- Schaffung einer funktionalen Verbindung zum Arbeitsmarkt
- Schaffung von Alternative zum »psychiatrisierenden« Unterstützungsangebot
- Einsparung bzw. Entlastung in der Eingliederungshilfe, insbesondere auch durch Empfehlung von Leistungen nach SGB II, wie z. B. RoNA, SGB III-Leistungen, wie passgenaue Arbeitsförderung, SGB V-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, wie ambulante Ergotherapie, Soziotherapie, Psychiatrische Tagesklinik oder psychiatrische Hauskrankenpflege und SGB VI-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, wie z. B. ambulante RPK.

Der Verlauf des Projekts wird derzeit durch die Psychiatrie- und Suchtkoordinatorin der HRO als auch durch das Institut Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. evaluiert.

Die guten Ergebnisse und die Erfahrungen führten bereits im Dezember 2006 dazu, RoNA II als verbessertes Projekt mit einer Laufzeit von zwölf Monaten zu beginnen und bis zum 31. März 2008 für Klienten, die später in das Projekt eingestiegen sind, zu verlängern.

Das TAB-Projekt wird in einer kommunalen Arbeitsgruppe TAB fortgesetzt, die sich in regelmäßigen Abständen trifft. Dabei ist derzeit die Errichtung einer ambulanten Einrichtung zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) in Planung. Diese Einrichtung wird eine große Versorgungslücke zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation schließen.

Weiterhin wird durch die Kooperationspartner die Planung RoNA III vorbereitet.

IV Medizinische und berufliche Rehabilitation: Ab-, Um- oder Aufbruch?

Einleitung

Jörg Holke, Heinrich Kunze

Die Frage nach der Zukunft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE in ihrer Projektstätigkeit »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke« in den letzten Jahren begleitet.

Das Stichwort »Abbruch« fiel dabei vorrangig im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, bzw. berufliche Rehabilitation. Hier sind in den vergangenen zehn Jahren mit Ausnahme des Eingangs- und Berufsbildungsbereiches in den Werkstätten ein Abbau von Leistungsangeboten und Qualitätsverluste zu verzeichnen gewesen, die vor allem mit veränderten Rahmenbedingungen zu tun haben:

- Nach der Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende – SGB II – führten Umsetzungs- und Umstellungsprobleme zu rückläufigen Bewilligungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Ausschreibungen, die zu sehr kostenorientiert waren, führten zu Qualitätsverlusten in der Leistungserbringung.
- Zudem wurden aus Wirtschaftlichkeitsgründen verstärkt Kurzqualifizierung und zum Teil nicht bedarfsgerechte Maßnahmen konzipiert und ausgeschrieben.
- Leistungen wie Qualifizierung werden auch von den Betroffenen weniger in Anspruch genommen.

Gleichzeitig lässt sich die aktuelle Situation in der beruflichen Rehabilitation als eine Phase des Umbruchs bzw. der Umgestaltung und zum Teil mit Aufbruch beschreiben. Die berufliche Rehabilitation befindet sich im Wandel:

- Traditionelle Berufsbilder lösen sich auf, Beschäftigungsfähigkeit gewinnt an Bedeutung.
- Die Bundesagentur für Arbeit sieht sich in einem Veränderungsprozess bzw. muss sich neu orientieren. Eine stärkere Kundenorientierung, die Steigerung der Wirkungen des zielgerichteten Instrumenteneinsatzes, eine höhere Wirtschaftlichkeit und die Vorrangigkeit betrieblicher Ausbildung und Qualifizierung sind hier die als Determinanten der Veränderung zu nennen.

- Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke reagieren mit der Entwicklung bzw. Umsetzung von Maßnahme-Konzepten, die betriebliche und überbetriebliche Aspekte vereinen und engen Betriebskooperationen. Herr Prof. Seyd geht in seinem Beitrag auf diese Entwicklungen näher ein.
- Die Deutsche Rentenversicherung setzt Förderschwerpunkte im Bereich der Rehabilitationswissenschaften, stärkt die »Patientenorientierung«, formuliert Leitlinien für Reha-Prozesse und erprobt Modelle des modul-übergreifenden Fallmanagements.
- »Personenzentrierung statt Institutionszentrierung« gewinnt in der Leistungserbringung immer mehr an Bedeutung:
 - individuelle Förderpläne
 - koordinierende Bezugspersonen, Case Management und Begleitung über Modulgrenzen hinweg
 - mehr Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (insbesondere fluktuierender Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf) durch flexiblere Arbeitszeitgestaltung und Qualifizierung der Mitarbeiter.
- Die berufliche betriebsnahe bzw. betriebsintegrierte Bildung bzw. Qualifizierung mit Fokussierung auf Abschlüsse und Beschäftigungsfähigkeit wird ausgebaut.
- Die Einführung eines neuen Fördertatbestandes »Unterstützte Beschäftigung« als Alternative zur Werkstatt ist in Planung.
- Die erste europaweite Studie zu dem berufs- bzw. arbeitsintegrierenden Ansatzes »Erst Platzieren, dann Rehabilitieren – supported employment« liegt vor. Zielrichtung der Studie war es, die Auswirkung dieses Ansatzes auf Eingliederungs- bzw. Teilhabechancen zu untersuchen. Herr Prof. Rössler berichtet in seinem Beitrag über die Ergebnisse dieser Studie.

Im Sinne der Betroffenen und für alle Beteiligten ist die stärkere Verknüpfung der beruflichen Rehabilitation mit der medizinischen Rehabilitation im Sinne einer integrierten Teilhabeplanung und Leistungserbringung dringend erforderlich. Zudem gilt es auch hier, den bereits in der Psychatrieenquete formulierten und auch im Regierungsprogramm wiederzufindenden Grundsatz »ambulant vor stationär« umzusetzen.

Hier sind auch Silberstreifen am Horizont zu erkennen. Die fortentwickelte Empfehlungsvereinbarung für die Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ermöglicht seit Juli 2006 auch ambulante bzw. teilstationäre

Leistungserbringung. Herr Chruscz erläutert in seinem Beitrag aus der Perspektive der Krankenkassen die neuen Rahmenbedingungen für RPK-Angebote.

Im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde durch einen bisher noch zu wenig beachteten Austausch eines Wortes – »kann« zu »ist« – der Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation im SGB V verankert.

Bundesweit entstehen die ersten neuen Angebote der ambulanten medizinischen Rehabilitation und erweitern die ambulanten Möglichkeiten. Herr Mecklenburg fasst in seinem Beitrag die Umsetzungserfahrungen in Köln zusammen.

Die Tragweite der Einführung des Persönlichen Budgets für die berufliche und medizinische Rehabilitation wird sich erst in den nächsten Jahren zeigen. Der ab dem 01.01.2008 geltende Rechtsanspruch wird die Entwicklung forcieren. Es bleibt zu hoffen, dass Persönliche Budgets zu einer stärkeren bedarfsgerechten Flexibilisierung der Angebote und notwendigen qualitativen personenzentrierten Leistungsbeschreibung und -erbringung beitragen.

RPK-Empfehlungsvereinbarung: Ein Erfolgsmodell?

Detlef Chruszcz

Zentrales Thema dieses Beitrags ist die RPK-Empfehlungsvereinbarung, deren Ursprünge bis in die Mitte der 1980er-Jahre zurückreichen. Im Jahr 2006 trat die Neufassung der RPK-Empfehlungsvereinbarung in Kraft, die neue Gestaltungsspielräume für die rehabilitative Versorgung schwer psychisch kranker Menschen geschaffen hat.

Anfänge

Im Jahr 1985 wurden erstmals Anforderungen an eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen formuliert. Zwei Jahre später folgte die »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«. Mit den Anforderungen und der Empfehlungsvereinbarung war der Grundstein gelegt für Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen, die sogenannten RPK. Sie bieten medizinische und berufliche Rehabilitation aus einer Hand. Die zwischen Kranken-, Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit (die heutige Bundesagentur für Arbeit) geschlossene Vereinbarung regelte die Zuständigkeit sowie die Dauer bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Danach konnten *stationäre* Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation von jeweils bis zu einem Jahr gewährt werden. Um eine hinreichende Differenzierung in der beruflichen Rehabilitation zu gewährleisten, musste eine RPK über mindestens 50 Plätze verfügen. In der Folge dieser Vereinbarung wurden einige RPK gegründet. Es wurde jedoch nie eine flächendeckende Versorgung mit dieser Einrichtungsart erreicht. Die Gründe hierfür lagen u. a. in der vorgeschriebenen Einrichtungsgröße und den unterschiedlichen Versorgungsangeboten der einzelnen Bundesländer.

Warum brauchte man eine Neufassung?

Etwa 15 Jahre nach Inkrafttreten der RPK-Empfehlungsvereinbarung haben die Vereinbarungspartner mit deren Überarbeitung begonnen. Dies war aus verschiedenen Gründen notwendig geworden. So hat das im Jahr 2001 eingeführte Sozialgesetzbuch IX die Sonderregelungen der Trägerzuständigkeit der alten RPK-Empfehlungsvereinbarung – hier der § 14 SGB IX (Zuständigkeitsklärung) – überflüssig gemacht. Falls nicht ohnehin – z. B. in Niedersachsen – davon abgewichen wurde, ist die relativ hohe Einrichtungsgröße als Hinderungsgrund für die Errichtung weiterer RPK gesehen worden. Ebenfalls sollten neben den stationären auch ambulante Angebote ermöglicht werden. Die neue RPK-Empfehlungsvereinbarung orientiert sich an den Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Mit dieser neuen Empfehlungsvereinbarung sollte insbesondere eine Abgrenzung zu den »BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten psychischen und psychosomatischen Rehabilitation« erfolgen. Ferner bestand die Notwendigkeit die Terminologie an das SGB IX (Stichwort: Teilhabe) und die ICF (International Classification of Functioning) anzupassen.

RPK-Empfehlungsvereinbarung

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) sind nach der Empfehlungsvereinbarung »... wohnortnahe Einrichtungen mit einem spezifischen therapeutischen Milieu, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer integrierten Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhalten«. Die dort trägerübergreifend ausgerichtete Rehabilitation integriert Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, erfolgt ambulant oder stationär, bezieht das berufliche sowie persönliche Lebensfeld handlungsorientiert ein und arbeitet vernetzt mit dem Facharzt/Hausarzt des Rehabilitanden, Therapeuten, wichtigen Helfergruppen im Betrieb sowie Diensten zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen.

RPK-Leistungen sind vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit ausgeprägten Schädigungen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe vorgesehen. Im Gegensatz hierzu ist die vorwiegend psychotherapeutisch orientierte Rehabilitation zu

sehen, die auf Grundlage der »BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen« erbracht wird und keine integrierten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorsieht.

Daher stehen die Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen, schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei den in der RPK behandelten Menschen im Vordergrund. Wie in der Rehabilitation üblich, ergibt eine Störung nach der ICD (International Classification of Diseases) alleine keine Rehabilitationsindikation. Es müssen unter Bezug auf die ICF

- Schädigungen psychischer Funktionen und daraus resultierende
- Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der relevanten Kontextfaktoren vorliegen oder drohen,
- die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erfordern.

Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen werden nur als komplizierende Faktoren, nicht aber als Primär Diagnosen anerkannt. Primäre Abhängigkeitserkrankungen sind keine Indikation für die RPK. Vielmehr kann Abhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen als komplizierender Faktor (»Komorbidität«), ggf. mit einem besonderen Rehabilitationsangebot, berücksichtigt werden.

Eine Rehabilitationsmaßnahme kann nur dann erfolgen, wenn der Rehabilitationsteilnehmer fähig ist, aktiv an der Maßnahme teilzunehmen, insbesondere auch ausreichend motiviert und belastbar ist. Ebenfalls wird eine positive Erfolgsprognose gefordert, die das festgelegte Rehabilitationsziel in einem angemessenen Zeitraum als wahrscheinlich erreichbar begründet.

Ziele der Rehabilitation sind die größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe, ggf. Entwicklung von Ersatzstrategien (Kompensation) oder Anpassung von Umweltbedingungen (Adaptation). Dazu gehört ebenfalls die Aktivierung und die Stabilisierung zur selbstständigen Lebensführung und Reintegration in das soziale Umfeld wie die Abklärung der beruflichen Neigung und Eignung ggf. zur beruflichen Wiedereingliederung sowie die Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und in ein komplementäres soziales Netzwerk von Hilfen.

Die Dauer des medizinischen Teils der Rehabilitation beträgt drei bis max. zwölf Monate. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dauern

in der Phase der Eignungsabklärung und Arbeitserprobung vier bis sechs Wochen, in der Berufsvorbereitung bis zu sechs Monate, in der beruflichen Anpassung bis zu neun Monate oder im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen bis zu zwei Jahre.

Für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist die Rentenversicherung zuständig, wenn eine gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden oder bei bereits eingetretener Erwerbsminderung deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Wenn die obigen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, die Leistung aber erforderlich ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, trägt die Krankenversicherung die Kosten. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden von der Rentenversicherung getragen, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (Anspruchszeiten) erfüllt sind. Ansonsten ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig.

RPK-Einrichtungen sind eigenständige Organisationseinheiten ab ca. 20 Plätzen, die eng in das regionale Versorgungssystem eingebunden sind, um wohnortnah ein vernetztes Angebot sicherzustellen. Die Leistungen werden sowohl innerhalb der Rehabilitationseinrichtung erbracht als auch von der Einrichtung aus in den Lebensfeldern der Rehabilitanden und in Kooperation mit geeigneten Partnern in der Region.

Neben der fachärztlichen Behandlung bietet die RPK unterschiedliche Therapien, wie z. B. Psychotherapie, Psychoedukation, Ergotherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung, psychiatrische Krankenpflege und Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, hier insbesondere spezifische berufsbildende und -fördernde Maßnahmen. Diese Leistungen können nur von einem multiprofessionellen Team (u. a. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diplom-Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) sichergestellt werden. Ein Bezugstherapeut bzw. eine Bezugstherapeutin stehen während der gesamten Rehabilitationszeit als persönliche Ansprechpartner zur Verfügung und übernehmen die Koordination der Rehabilitation (Case Management). Die Personalbemessung orientiert sich dabei zunächst an einem ganztägig ambulanten Therapieprogramm. Zusätzliches Personal für die Abend-/Nachtzeiten muss für stationäre Patienten vorgehalten werden.

Zur Lage der RPK

Nach einer Untersuchung von WEIG und SCHELL aus dem Jahr 2005 gab es zu diesem Zeitpunkt ca. 1000 Rehabilitationsplätze in Deutschland. In 29 von 83 Planungsregionen bestehen RPK-ähnliche Rehabilitationsangebote. Dabei variieren Strukturmerkmale beträchtlich und entsprechen nicht durchgehend der Forderung nach einem komplexen, medizinischen und beruflichen Rehabilitationsansatz. Nach Angaben der BAG-RPK bestehen 47 RPK- bzw. RPK-ähnliche Einrichtungen in Deutschland mit einem Schwerpunkt in den westlichen Bundesländern. Eine Analyse nach den Leistungsträgern zeigt, dass sowohl in der medizinischen Rehabilitation als auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Rentenversicherung überwiegend zuständig ist. So gehen 78 % der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung (übrige 21 % Krankenkassen) und sogar 85 % der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (11 % Agentur für Arbeit, 4 % andere). Circa 1200 Personen erhalten jährlich Leistungen der RPK.

RPK – ein Erfolgsmodell?

Die neue Konzeption ermöglicht eine flexible Struktur und Organisation ambulanter und stationärer Leistungen in Wohnortnähe und die Einbindung in die sozialpsychiatrische Versorgung der Region. Damit stellt sie auch eine wirtschaftliche Erbringung der Leistungen sicher. Die RPK-Empfehlungsvereinbarung schafft Klarheit bei der Leistungszuständigkeit und sichert die Erbringung personenzentrierter Leistungen für psychisch kranke Menschen.

Zwar ist die angestrebte Wohnortnähe als Kennzeichen dieser psychiatrischen Rehabilitationsleistung auch 20 Jahre nach Inkrafttreten der ersten RPK-Vereinbarung nicht erfüllt. Dennoch hat die Umsetzung des RPK-Konzepts durch die RPK-Empfehlungsvereinbarung von 2006 neue Impulse erhalten. Dies schlägt sich in den verschiedenen Neugründungen von RPK bereits nieder.

Medizinische Rehabilitation

Hermann Mecklenburg

Medizinische Rehabilitation (§ 26–32 SGB IX) steht in ihren Inhalten der psychiatrischen Behandlung noch nahe. Sie ist ärztlich geleitet und umfasst folgende Leistungen: ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln, Heilmittel (Ergotherapie und Physiotherapie), Belastungserprobung und Arbeitstherapie, pädagogische und psychologische Hilfen. Aus dieser Definition ergeben sich bereits die therapeutischen Inhalte und die therapeutische Struktur der medizinische Rehabilitation: Sie wird als Komplexleistung durchgeführt unter Beteiligung folgender Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten und Krankenpflegekräfte. Seit der zunehmenden Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus sind viele Menschen, die langsamer sind auf ihrem Weg zur Genesung, in ein Loch gefallen. Das sind die mit Psychoseerkrankungen, die lange Monate brauchen, um wieder auf ein erträgliches Funktionsniveau zu kommen; oder die Menschen mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, die tiefer verstört sind und von konventioneller Psychotherapie nicht so gut profitieren; Menschen, die von ihrer Persönlichkeitsbildung einfach strukturiert sind und eher zum Handeln als zum Reflektieren neigen. Sie alle brauchen Zeit und ein durch Beschäftigung strukturiertes therapeutisches Umfeld.

Formen der medizinischen Rehabilitation

Psychosomatische medizinische Rehabilitation

Diese wird angewandt bei leichteren psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Menschen mit chronisch verlaufenden psychotischen Erkrankungen sind ausgeschlossen. Es handelt sich um »Kuren« von drei bis sechs Wochen Dauer. Seit der Verabschiedung der Rahmenempfehlungen¹ (BAR 2004) wird die psychosomatische medizinische Rehabilitation auch »ganztags ambulant« angewandt. Menschen mit chronischen Psychose-Erkrankungen sind ausgeschlossen.

1 Diese Rahmenempfehlungen enthalten gut ausgearbeitete Inhalte zur Durchführung medizinischer Rehabilitation. Sie können nützlich sein für eigene konzeptionelle Arbeit. Download: www.BAR-Frankfurt.de

Psychiatrische medizinische Rehabilitation

Auch diese kann mit ambulantem Schwerpunkt durchgeführt werden seit Verabschiedung der RPK²-Empfehlungsvereinbarung (BAR 2005, 2). Psychiatrische medizinische Rehabilitation, die gemäß der RPK-Empfehlungsvereinbarung mit beruflichen Maßnahmen (Leistungsträger Bundesagentur für Arbeit) verknüpft werden kann, ist vorgesehen für Menschen mit schwerer verlaufenden psychischen Erkrankungen, bei denen ein erhebliches Risiko besteht, dass sich eine Behinderung (im Sinne von ICF) entwickelt oder eingetreten ist.

Auf die hier vereinfacht dargestellte Unterscheidung: »psychosomatische« Rehabilitation bei leichteren psychischen Erkrankungen und bei schwereren »psychiatrische« Rehabilitation, kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

Anwendungsbereiche

Medizinische Reha kann angewandt werden:

1. Zur Weiterbehandlung nach akuter Erkrankung
Seit die Behandlungszeiten in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilung sich sehr stark verkürzt haben, finden Menschen mit schwereren Krankheitsverläufen oft keine angemessene Behandlung mehr. Früher fand diese auf den sogenannten Reha-Stationen der Krankenhäuser statt. Diese Behandlungsform (in der PsychPV A3) gibt es nicht mehr. An diese Stelle tritt medizinische Reha. Sie ist vergleichbar der »Anschluss-Heilbehandlung« in der somatischen Medizin, die bei schweren Erkrankungen wie z. B. Krebs oder einer Bandscheibenoperation angewandt wird.
2. Zur Vermeidung von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit
Die meisten Krankheitsexzervationen erfordern keine unmittelbare Krankenhausbehandlung. Bei vielen ist eine ausschließliche Verdichtung der ärztlichen Behandlung mit Anpassung der Psychopharmakotherapie aber nicht ausreichend. Es kommt zu »Langzeit-Arbeitsunfähigkeit« mit dem Risiko von Chronifizierung, Leistungsminderung oder gar Frühberentung. Medizinische Reha ist zur Vermeidung dieser Entwicklung die angemessen therapeutische Antwort.

2 Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke.

3. Zur Unterstützung der gemeindepsychiatrischen Hilfen in Krisen
Krisensituationen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen werden vielfach aufgefangen, indem die Hilfen des Betreuten Wohnens, der Tagesstätte und die Beratung intensiviert werden. Diese Angebote sind aber finanziert über die Eingliederungshilfe. Sie sind nur begrenzt verfügbar und übernehmen dann Behandlungsaufgaben. Der richtigere Weg wäre, die Mittel der sozialpsychiatrischen Betreuung für eine definierte Zeit für die Behandlung als medizinische Rehabilitation zu nutzen. Im Verbund mit dem Psychiater des Patienten entstünde so ein differenziertes Behandlungsangebot, in dem Personen- und Beziehungskonstanz gewahrt bliebe.
4. Zur Vorbereitung auf Arbeit und Beschäftigung
Viele Psychiatrieerfahrene, die wieder berufstätig werden wollen, sind noch nicht belastungsfähig für berufliche Rehabilitation. Für sie ist medizinische Rehabilitation indiziert mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt zur Vorbereitung auf berufliche Reha. Diese Form der medizinischen Rehabilitation wird arbeitsmarktnah durchgeführt mit Betriebspraktika, sodass sie auch unmittelbar in Arbeit führen kann.

Sozialrechtlich ist die medizinische Rehabilitation in den Sozialgesetzbüchern wie folgt verankert:

Übergreifend:	§ 26–32 SGB IX
Krankenkassen:	§ 40 SGB V
	§ 42 SGB V (Belastungserprobung)
RV	§ 15 SGB VI

Institutionelle Realisierung

Seit der letzten Gesundheitsreform ist medizinische Rehabilitation für die Krankenkassen eine Pflichtleistung und für die Patienten ein Rechtsanspruch. Institutionell wird sie vor allem angeboten in Form der oben beschriebenen psychosomatischen Rehabilitation. Die Behandlungszeiten sind kurz: Drei bis sechs Wochen. Für diese Behandlungsform stehen in Deutschland ca. 9000 Plätze zur Verfügung für etwa 100 000 Behandlungen im Jahr. In den für Menschen mit schweren Erkrankungen vorgesehenen RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke) gibt es nur etwa 600 Plätze (plus etwa 400 für berufl. Reha) für etwa 1300 Behandlungen im Jahr.

Mit der Empfehlungsvereinbarung RPK von 2005 hat sich die Ausgangssituation konzeptionell zum Positiven verändert. Psychiatrische Medizinische Rehabilitation ist primär »ganztags ambulant« vorgesehen, ggf. ergänzt durch stationäre Unterbringung. Die ambulante Form ist für die meisten Betroffenen der angemessene Weg. Die Krankenkassen sind vor dem Hintergrund ihrer neuen Verpflichtung gut beraten, medizinische Rehabilitation in der Form der RPK-Empfehlungsvereinbarung zu nutzen für die oben beschriebenen Indikationen: Zur Weiterbehandlung nach akuter Erkrankung und zur Vermeidung von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit. Die dritte Indikationsgruppe wird schwerer zu realisieren sein: Zur Unterstützung der gemeindepsychiatrischen Hilfen in Krisen. Am ehesten könnte das gelingen im Rahmen der »Integrierten Versorgung«, wenn denn Rehabilitationsleistungen mit einbezogen würden.

Die Anwendung der medizinischen Rehabilitation zur Vorbereitung auf Arbeit und Beschäftigung ist Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger.³ Die Krankenkassen treten nur ein bei unzureichenden Renten-Versicherungszeiten der Betroffenen. Es besteht eine gute Bereitschaft bei den Rentenversicherern, diese Leistung anzubieten. Allerdings sind noch Unsicherheiten erkennbar über die Art der Realisierung. Während die einen auf Durchführung der Empfehlungsvereinbarung bis auf Punkt und Komma bestehen, sind die anderen flexibler. Dabei ist es an sich offenbar, dass es nicht sinnvoll ist, in Regionen mit guten Hilfsangeboten zur Teilhabe an Arbeit den beruflich-rehabilitativen Teil der RPK noch zusätzlich zu realisieren, zumal die Empfehlungsvereinbarung Kooperationsformen zulässt, der Teil RPK – Abschnitt medizinische Rehabilitation – aber dringend benötigt wird.

In Köln hat der Autor die Gründung von »OSKAR – ambulante medizinische Rehabilitation Köln« begleitet.⁴ Sie ist strukturiert nach den Regeln der RPK-Empfehlungsvereinbarung, und es besteht ein Vertrag mit der Rentenversicherung Rheinland. Der größere Teil der Rehabilitanden strebt eine berufliche Reintegration an. OSKAR kooperiert mit dem BTZ (Berufliches Trainingszentrum) Köln und mit weiteren Bildungsträgern, die berufliche Rehabilitation anbieten. Die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen

3 § 11, Abs. 2 SGB VI: Versicherte, die in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung haben.

4 Kontakt: www.koelnerverein.de.

und mit der Rentenversicherung Bund ziehen sich hin wegen der beschriebenen Unsicherheiten. Offenbar müssen auch die Kostenträger noch Wissen und Erfahrung sammeln mit dem neuen Angebot der ambulanten RPK.

Für die Leistungserbringer ist es deshalb das Gebot der Stunde, Anträge auf Einrichtung einer RPK zu stellen, je nach Region mit oder ohne berufliche Förderung sowie mit oder ohne stationäre Plätze. In der Großstadt Köln haben wir auf stationäre Plätze verzichtet. In ländlichen Regionen mag sich das anders darstellen. Über dieser Perspektive – Gründung einer RPK – darf aber nicht vergessen werden, dass seit je Versorgungsstrukturen bestehen, die die Funktion »medizinische Rehabilitation« ausfüllen, ohne exakt in das sozialrechtliche Raster zu passen: Bei medizinischer Rehabilitation im Rahmen von »Übergangwohnheimen« wird der Patient Selbstzahler, der oft Eingliederungshilfe bei der Sozialhilfe beantragen muss. »Übergangwohnheime« sind aber im Zeitalter der Ambulantisierung eine aussterbende Spezies.

Vor allem lassen sich Inhalte der medizinischen Rehabilitation auch mit den Mitteln der ambulanten Ergotherapie verwirklichen. Eine weitere Möglichkeit besteht in einer entsprechenden Schwerpunktbildung der Tagesstätten – finanziert zum Teil vom Selbstzahler, aber meist als Eingliederungshilfe vom Sozialhilfeträger.

Über die Inhalte der Empfehlungsvereinbarung und über die daraus folgenden Regeln für die Durchführung der Rehabilitation informiert der Beitrag von Herrn Chrusz in diesem Buch. Sie gelten so auch für die medizinische Rehabilitation und müssen hier nicht wiederholt werden.

Supported Employment - ein neuer berufsintegrierender Ansatz

Wulf Rössler, Bettina Bärtsch

In industriellen Gesellschaften war es schon immer schwierig für Menschen mit psychischen Störungen, einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erlangen bzw. zu erhalten. Gerade Menschen mit psychischen Störungen schienen die auf dem ersten Arbeitsmarkt geforderten Tugenden wie Pünktlichkeit und Anpassungsbereitschaft etc. nicht mitzubringen, was sie in den Augen vieler professioneller Helfer als »schwer vermittelbar« erscheinen ließ.

Im letzten Jahrzehnt scheint es noch schwieriger geworden zu sein, für Betroffene Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden, wo Deregulierung und Ressourcenoptimierung die öffentlichen wie betrieblichen Diskussionen beherrschen. So haben die Arbeitslosenraten unter psychiatrischen Patienten dramatische Ausmaße angenommen. Die Resignation hat aber nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch die Menschen, die sie betreuen, erfasst: kaum ein professioneller Helfer glaubt noch, dass Menschen mit psychischen Störungen im größeren Umfang auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren sind. Gestiegene Jobanforderungen und die Konkurrenz mit sogenannten Gesunden lassen alle Integrationsversuche hoffnungslos erscheinen. Viele der Betroffenen landen deshalb entweder nach Trainingsmaßnahmen wieder in der Arbeitslosigkeit oder verbleiben auf beschützten Arbeitsplätzen, vornehmlich in Werkstätten.

Insofern konnten professionelle Helfer im Bereich der beruflichen Integration/Rehabilitation im letzten Jahrzehnt nur staunend zur Kenntnis nehmen, dass es offenbar berufsintegrierende Maßnahmen in den USA gibt, die die Betroffenen in wesentlich größerem Umfang auf den ersten Arbeitsmarkt zu platzieren vermögen als dies bisher für möglich gehalten wurde. Der Begriff, unter dem dieser Betreuungsansatz bekannt wurde, ist »Supported Employment«, und der am weitesten im Rahmen von Supported Employment verbreitete Betreuungsansatz heißt »Individual Placement and Support« (IPS). Die Grundelemente von IPS sind relativ einfach:

1. Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung für Arbeitsangebote, die subjektiv auch den Wünschen der Patienten entsprechen
2. nach Platzierung auf einem Arbeitsplatz kontinuierliche Betreuung, und zwar nicht nur für die betroffene Person selbst, sondern auch für den Arbeitgeber.

Der Bestand an ermutigenden Ergebnissen aus qualitativ hochstehenden Evaluationen in den USA ist inzwischen beeindruckend. Für die USA dürfen wir heute davon ausgehen, dass mit dem neuen Betreuungsansatz die Eingliederungsraten etwa doppelt so hoch sind wie bei konventioneller Betreuung.

Es stellte sich jetzt natürlich die Frage, ob mit diesem Betreuungsansatz in Europa ähnliche Resultate wie in den USA zu erzielen sind. Die sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Europa unterscheiden sich erheblich von den Rahmenbedingungen in den USA. Europäische Nationen verstehen sich in der Regel als Wohlfahrtsstaaten, die ihren Bürgerinnen und Bürgern in beträchtlichem Umfang Schutz und Unterstützung in sozial schwierigen und belastenden Situationen geben. Auch sind die Rechte und Pflichten von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sehr viel detaillierter beschrieben und der Handlungsspielraum der Akteure durch gesetzliche Regelungen wesentlich eingeengt. Zweifel waren deshalb berechtigter Weise angebracht, ob dieser Ansatz auch in Europa funktionieren würde.

Ein europäischer Modellversuch

Es war deshalb unser Anliegen, einen solchen arbeitsrehabilitativen Ansatz in verschiedenen Ländern Europas zu implementieren und zu erproben. Mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Union im Rahmen des »Quality of Life and Management of Living Resources Program« wurde dieser Modellversuch in sechs europäischen Zentren, nämlich in London (GB), Günzburg (D), Rimini (I), Zürich (CH), Groningen (NL) und Sofia (BG) durchgeführt. In den Modellversuch eingeschlossen wurden Patienten mit psychotischen Erkrankungen, auch bipolaren Erkrankungen, im Alter von 18 bis 65, die mindestens die letzten zwei Jahre beträchtliche funktionale Beeinträchtigungen aufwiesen und im vorausgegangenen Jahr nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt waren. Die Teilnehmer wurden dann zufällig entweder der Supported Employment Maßnahme oder einem traditionellen berufsrehabilitativen Dienst, wie z. B. einer geschützten Werkstatt, in dem jeweiligen Land zugewiesen. Der Versuch wurde zwischen 2003 und 2005 durchgeführt (Details des Studiendesigns, der Methodik und der Resultate können in der unten genannten Arbeit im Detail nachgelesen werden).

Funktioniert »Supported Employment« in Europa?

Unsere erste Prüfhypothese war, dass betroffene Personen, die der Supported Employment Gruppe zugeordnet waren, häufiger Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt finden würden als die, die in der traditionellen Einrichtung rehabilitiert würden. Dieser Haupthypothese nachgeordnete Hypothesen waren, dass die Teilnehmer am Supported Employment Programm dann auch länger beschäftigt sein würden als die, die ihre Rehabilitation im traditionellen Dienst durchlaufen haben. Weiter wurde untersucht, ob es Unterschiede gibt in der Zahl derer, die sich nicht mehr an der Studie beteiligen wollten (Drop-Outs) und ob es zu vermehrten stationären Aufnahmen der Beteiligten im Rahmen der Rehabilitation gekommen ist.

Die sogenannten Job Coaches wurden speziell in dem IPS-Betreuungsmodell trainiert. Wichtig war es für die Job Coaches, ein Netzwerk von Arbeitgebern zu etablieren, die bereit sind, unter bestimmten Rahmenbedingungen auch Menschen mit psychischen Störungen zu beschäftigen. Die Job Coaches betreuten maximal 25 Patienten. Weiterhin ist es wichtig zu wissen, dass die Job Coaches in der Regel in ein gemeindepsychiatrisch orientiertes Team in den verschiedenen Ländern integriert waren.

Die »traditionellen« Rehabilitationseinrichtungen, wurden dahingehend ausgesucht, ob sie die »beste Alternative« zum Supported Employment Programm in der jeweiligen Region waren. Diese Dienste sollten natürlich auch in dieser Region etabliert und akzeptiert sein. Alle traditionellen Einrichtungen und Dienste boten qualitativ hochstehende Trainingsmaßnahmen zur beruflichen Rehabilitation an. Im Rahmen dieses Modellversuchs wurden die Teilnehmer über 18 Monate hin begleitet mit standardisierten Interviews bei Beginn des Modellversuchs und nach sechs, zwölf und achtzehn Monaten.

Ermutigende Ergebnisse

In allen sechs Zentren war Supported Employment erfolgreicher als die traditionellen Rehabilitationseinrichtungen. 55 % der im Rahmen von Supported Employment Betreuten fanden eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt im Vergleich zu durchschnittlich 28 % der Teilnehmer, die in einem traditionellen Rehabilitationsdienst betreut worden waren. Die im Rahmen von IPS Betreuten waren dann auch durchschnittlich länger auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt, nämlich durchschnittlich 130 Tage

im Vergleich zur Kontrollgruppe, die durchschnittlich 31 Tage beschäftigt war. 20 der Beteiligten brachen den Modellversuch vorzeitig ab im Vergleich zu 70 im traditionellen Dienst. 20 % derer, die an der Modellmaßnahme teilnahmen, wurden während der Maßnahme stationär aufgenommen im Vergleich zu 31 % der Kontrollgruppe. Die Zeit, die dann in stationärer Behandlung gegebenenfalls verbracht wurde, war auch bei den modellhaft betreuten Beteiligten kürzer als bei den Personen, die in die Kontrollgruppe eingeteilt wurden. Die Unterschiede in der Modellmaßnahme zwischen den verschiedenen Ländern lässt sich hauptsächlich durch die Unterschiede in der lokalen Arbeitslosenrate erklären. Die Absicherung durch wohlfahrtsstaatliche Maßnahmen reduziert überall und unabhängig von der Maßnahme die Chancen, auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert zu werden.

Fallbeispiele

Zur Verdeutlichung der verschiedenen Betreuungsverläufe möchten wir paradigmatisch zwei Teilnehmende vorstellen wie auch die Rahmenbedingungen, unter denen sie betreut wurden.

Herr Hirt*

Herr Hirt erkrankte vor zehn Jahren. Diagnose: Schizophrenie. Damals war er 21-jährig und Architekturstudent. Das Studium brach er in der Folge ab, beruflich tätig war er seither nicht. Er verbrachte seine Zeit vorwiegend zu Hause bei den Eltern und war am liebsten in seinem Zimmer. Die verordneten Medikamente nahm er regelmäßig ein, anderen Therapien stand er aber ablehnend gegenüber. Herr Hirt lebte von der Sozialhilfe, da er sich zu gesund für eine Invalidenrente fühlte. Manchmal bewarb er sich als Architekt, konnte aber nie ein Vorstellungsgespräch vereinbaren.

Zum Zeitpunkt des Erstkontakts gab Herr Hirt ›Architekt‹ als Wunschberuf an. Er erhoffte vom Job Coach, dass er ihn bei diesem Ziel unterstützt. Gleichzeitig war er nicht symptomfrei. Antriebsarmut und Sinnestäuschungen verursachten, dass für ihn Druck und Menschen schwierig auszuhalten waren. Es gelang ihm beispielsweise nicht, Blickkontakt zu halten, da er schnell das Gefühl bekam, mit dem Gegenüber zu verschmelzen. Zudem tendierte er dazu, Eindrücke ängstlich-paranoid zu verarbeiten.

* Name und Angaben sind anonymisiert.

Der Job Coach besprach mit Herrn Hirt und seinem Arzt den beruflichen Einstieg. Sie einigten sich darauf, dass es ein abgeschlossenes Architekturstudium braucht, um als Architekt tätig zu sein, und verschoben dieses Ziel auf einen späteren Zeitpunkt.

Als ersten beruflichen Schritt vereinbarten sie einen teilzeitlichen Einstieg in einem handwerklich gestalterischen Bereich, mit wenig Stress und Kundenkontakt. Nach längeren Diskussionen war sich Herr Hirt im Klaren, dass er seinen künftigen Arbeitgeber über seine Erkrankung informieren wollte, da er besondere Arbeitsbedingungen brauchte und seine berufliche Lücke nicht anders erklären konnte. In der Folge schrieb Herr Hirt mithilfe des Job Coachs alle Architekturmodellbauunternehmen der Umgebung an. Und sie hatten Glück. Zwei Modellbauer wollten Herrn Hirt zusammen mit dem Job Coach kennenlernen. Herr Hirt präsentierte sich in den Vorstellungsgesprächen so gut, dass er zwischen zwei Angeboten aussuchen konnte. Sie vereinbarten mit dem Modellbauer eine dreiwöchige Schnupperzeit, halbtags am Morgen. Er konnte in dieser Zeit mit anderen Mitarbeitern für ein Überbauungsprojekt ein detailreiches Modell erstellen. Seine genaue Tätigkeit wies ihm der Chef zu – ohne Termindruck.

Die Schnupperlehre verlief gut. Herr Hirt zeigte sich handwerklich geschickt. Sein Vorgesetzter lobte sein räumliches Vorstellungsvermögen und seine exakte Arbeitsweise. Entwicklungspotenzial sah er bei der Geschwindigkeit, Kommunikation und Arbeitsorganisation. Zusammen vereinbarten sie ein Praktikum von einem halben Jahr mit einem Lohn von 8 Franken pro Stunde. Heute, zwei Jahre später, arbeitet Herr Hirt immer noch dort. Jetzt zu 80 % zu einem Stundenlohn von 12,50 Franken. Er kann im Sommer mit finanzieller Unterstützung der Invalidenversicherung im gleichen Betrieb eine Ausbildung zum Architekturmodellbauer absolvieren.

Herr Hirt ist weiterhin in ambulanter psychiatrischer Behandlung und unter medikamentöser Therapie. Den Job Coach sieht er jede Woche. Er bespricht mit ihm Schwierigkeiten am Arbeitsplatz wie beispielsweise das gefürchtete Firmenfest, aufgetretene Fehler, seine Rolle im Team oder das baldige Qualifikationsgespräch. Der Job Coach ist bei den halbjährlich stattfindenden Qualifikationsgesprächen dabei und protokolliert diese für alle Anwesenden sowie den Arzt. Zusätzlich berät er auch den Arbeitgeber. Beispielsweise klärt er ihn auf, dass es für Herrn Hirt keinen Fortschritt bedeuten würde, alle Medikamente abzusetzen.

Der Arbeitgeber ist mit den Leistungen von Herrn Hirt zufrieden, er erlebt ihn als genauen, sehr ruhigen und interessierten Mitarbeiter. Sein Team pro-

fitiere auch von der Integration. Herr Hirt mag die Arbeit und die sozialen Kontakte im Team und ist stolz, dass er beruflich Fuss fassen konnte. Er fühlt sich heute selbstsicherer und ausgeglichener als früher.

Frau Baumgartner*

Frau Baumgartner wurde von der stationären Abteilung der Klinik beim Supported Employment angemeldet. Sie hatte ihre Stelle als Kindergärtnerin vor drei Jahren gekündigt. Heute kann sie sich nicht mehr erklären, warum. Alles sei nur noch negativ gewesen, vor allem sie selbst. Sie bezog alles Schlechte auf sich und fühlte sich für alles verantwortlich. Diesem Druck hielt sie bald nicht mehr stand und zog sich immer mehr zurück. Sie hatte in zwei Jahren zwei Anstellungen als Mittagstischleiterin und als Kleinkindererzieherin, verließ diese Anstellungen aber noch in der Probezeit. Als sie sich in der Folge so stark zurückzog, dass sie nur noch zu Hause blieb und nichts mehr aß, brachte sie ihre Familie in die Psychiatrische Klinik. Auch bei ihr lautete die Diagnose ›Schizophrenie‹.

Als Frau Baumgartner zum Job Coach kam, litt sie noch unter erheblichen Konzentrationsstörungen, wollte aber so schnell wie möglich wieder arbeiten, am liebsten mit Menschen in einem Umfeld mit wenig Druck.

Zusammen suchten sie eine Stelle in einem Catering, übten Vorstellungsgespräche und konnten sich bei einer größeren Firma vorstellen. Sie informierten den Arbeitgeber über die Erkrankung im Sinne einer Verlangsamung der Informationsaufnahme und -verarbeitung, infolge derer es in Stresssituationen zu Konzentrationsstörungen kommen kann. Die Arbeitsabläufe sollten daher aufgegliedert und überschaubar sein.

Frau Baumgartner arbeitete zwei Wochen auf Probe jeweils drei Stunden pro Tag und wurde dann eingestellt zu einem reduzierten Stundenlohn von 11 Franken. Dies, weil sie schnell unter Druck geriet und in Stresssituationen nicht mithalten konnte. Ihre Arbeitsfreude und ihre lebendige Art wurden im Team aber sehr geschätzt. Da der Lohn nicht zum Leben reichte, ergänzte die Sozialhilfe zusätzlich das Einkommen. Zudem meldete sie sich bei der Invaliden-Versicherung für Leistungen an.

Nach zehn Monaten fühlte sich Frau Baumgartner wieder so gut, dass sie sich auf eine 50 % Stelle als Sozialpädagogin in einem Wohnheim für geistig behinderte Menschen bewarb. Diese Stelle übt sie heute noch erfolg-

* Name und Angaben sind anonymisiert.

reich aus. Die Konzentrationsstörungen sind auf ein alltägliches Ausmaß zurückgegangen. Ihr Arbeitgeber weiß nichts von der Erkrankung, sie hat den vollen Lohn. Frau Baumgartner wird weiterhin von Supported Employment betreut und sieht den Job Coach alle zwei Wochen. Dabei bearbeiten sie Themen wie Arbeitstechnik, Konflikte am Arbeitsplatz, Freizeit, Sozialversicherungen. Sie arbeitet mit Begeisterung und zur vollen Zufriedenheit ihres Arbeitgebers.

Diskussion

»Individual Placement and Support« ist ein effektiver arbeitsintegrativer Ansatz und erhöht signifikant die Chancen betroffener Menschen, eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erlangen wie auch zu erhalten. Die Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt und der damit verbundene mutmaßliche Stress scheinen sich nicht negativ auf den Krankheitsverlauf auszuwirken, zumindest gemessen an möglichen Rückfällen bzw. stationären Aufnahmen während einer solchen Maßnahme. Das Gegenteil ist der Fall: Personen die im Rahmen der Modellmaßnahme betreut werden, werden seltener stationär aufgenommen und – wenn überhaupt – dann kürzer stationär betreut. Es bleibt festzuhalten, dass dieser arbeitsintegrative Betreuungsansatz auch in Europa hoch effektiv ist. Eine hohe Arbeitslosenrate erschwert die Integration, verunmöglicht sie aber nicht. Wenngleich im Rahmen europäischer Wohlfahrtsstaaten die Teilnehmer nicht auf »Hire and Fire Jobs« vermittelt wurden, bleibt trotzdem festzuhalten, dass der größere Teil der Teilnehmer unterhalb ihrer eigentlichen Qualifikation auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt wurden.

Für die Zukunft verbleiben für eine differenziertere Betrachtungsweise von IPS eine Reihe von Fragen wie z. B. differenzierte Merkmale für eine erfolgreiche Arbeitsintegration wie auch langfristige Effekte über die von uns gewählten eineinhalb Jahre Beobachtungszeitraum hinaus.

Literatur

TOMOV T, VAN BUSSCHBACH J, WHITE S, WIERSMA D; EQOLISE Group. BURNS T, CATTY J, BECKER T, DRAKE RE, FIORITTI A, KNAPP M, LAUBER C, RÖSSLER W. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–52

Berufliche Rehabilitation

Wolfgang Seyd

Die Situation in der beruflichen Rehabilitation

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es ein engmaschiges Netz auf der Einrichtungs- wie auf der Trägerseite. Nimmt man die Leistungsberechtigten hinzu, so lässt sich ein Wirkungs-dreieck zeichnen, das im Großen und Ganzen in den vergangenen 40 Jahren (Ausgangspunkt: Aktionsprogramm berufliche Rehabilitation 1970) ausdifferenziert worden ist und zahllosen behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zu einer befriedigenden Teilhabe am Arbeitsleben verholfen hat.

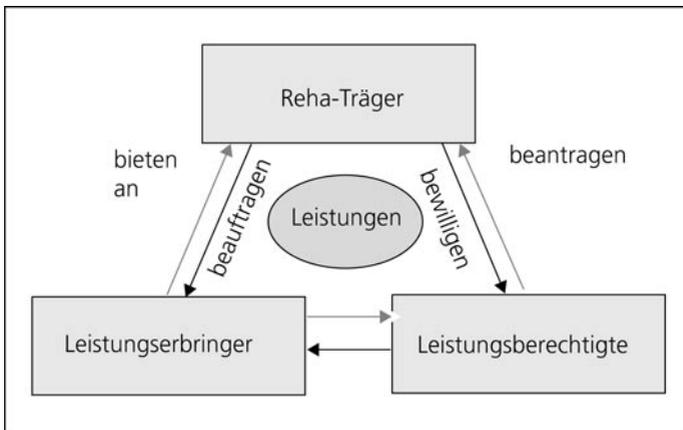


Abb. 1: Wirkungs-dreieck Berufliche Rehabilitation

Die Leistungsberechtigten

In Deutschland werden bekanntlich neun Behinderungsformen unterschieden. Diese Unterscheidung geht allerdings von einem Defizitansatz aus, der längst als überholt gilt. Gleichwohl hat er sich in den universitären Sonder-schuldisziplinen wie auch im Netz der Schulangebote weitgehend erhalten. Die Unterscheidungen sind in Abbildung 2 dargestellt.

Nimmt man die Verteilung Jugendlicher auf die obigen Diagnosegruppen in den Blick, so stechen die lernbehinderten mit einem Anteil von rund 4 % eines Altersjahrgangs zahlenmäßig deutlich hervor. Allerdings ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Teilnehmer an der beruflichen Rehabilita-

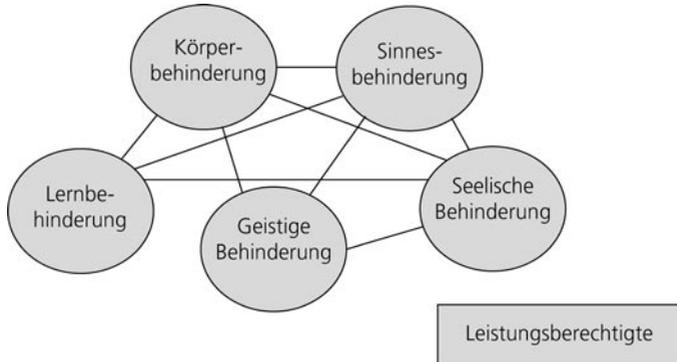


Abb. 2: Behinderungsformen (nach Diagnosegruppen)

tion – folgt man dem bio-psycho-sozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (SCHLIEHE 2006) – nicht allein unter den Kategorien der Funktionsstörung und -einschränkung, sondern auch unter den Aspekten der Aktivität (welche Ressourcen bringen sie mit?), der Teilhabe (in welcher Weise, an welchem Ort werden sie partizipieren? SGB IX spricht hier von »Teilhabe am Arbeitsleben« und »Teilhabe am gesellschaftlichen Leben«) und der Kontextfaktoren (soziale Umwelt, personenbezogene Faktoren) zu betrachten sind.

In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen zum Gesundheitsstatus der nachwachsenden Generation von hohem prognostischen Wert. So wird beispielsweise die Wachstumsrate bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen in allen Industrieländern mit jährlich etwa 3 % geschätzt (MIEGEL 2005), wächst die Zahl der Adipositasfälle jährlich ebenfalls um 3 % (RAVENS-SIEBERER et al. 2003) und hat der Anteil nicht ausbildungsfähiger Jugendlicher in Deutschland inzwischen einen Wert von 24 % erreicht (RAUNER 2003). PREUSS-LAUSITZ und TEXTOR (2005) identifizierten in einer flächendeckenden Berliner Untersuchung einen Anstieg geförderter Schüler mit Verhaltensauffälligkeiten von rund 20 000 im Jahre 1993 auf rund 30 000 im Jahre 2002. Und bei den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken hat der Anteil psychisch beeinträchtigter Teilnehmer inzwischen fast die 50 %-Marke erreicht (SEYD & BEIDERWIEDEN 2006; SEYD & MENTZ 2007).

Leistungserbringer

Die berufliche Rehabilitation ist fraglos in hohem Maße institutionell geprägt. Das Netz an Rehabilitationseinrichtungen umfasst

- 52 Berufsbildungswerke mit rund 15 000 Plätzen für Jugendliche, die wegen einer Behinderung der besonderen Leistungen dieses Einrichtungstyps bedürfen (besondere Ausbildungsdidaktik, Beratung und Unterstützung durch sozialpädagogische, psychologische, teils auch medizinische und sonderpädagogische Fachkräfte)¹,
- 28 Berufsförderungswerke mit rund 12 000 Plätzen für Erwachsene, die wegen einer Behinderung ihren Beruf nicht weiter ausüben können und deshalb zu einer Qualifizierung oder einer Umschulung gezwungen sind, die ihnen wegen der notwendigen besonderen Leistungen (besondere Weiterbildungsdidaktik, Beratung und Unterstützung durch medizinische, sozialpädagogische und psychologische Fachkräfte) nur in diesem Einrichtungstyp geboten werden kann (WITTWER & SEYD 2004),
- 14 Berufliche Trainingszentren mit schätzungsweise rund 1200 Plätzen für Erwachsene, die wegen einer psychischen Erkrankung mit chronischem Verlauf aus dem Arbeitsleben herausgefallen sind und nunmehr über spezielle Trainingsmaßnahmen und therapeutische Beratung wieder in die Berufstätigkeit zurückgeführt werden sollen (HALLWACHS 2002; HAERLIN 2005),
- 18 Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation, in denen in der Regel Unfallopfer nach ihrer ersten Akutversorgung und medizinischer Wiederherstellung und Stabilisierung auf ihre Rückkehr in das Berufsleben durch Einsatz eignungsdiagnostischer Maßnahmen und spezieller Arbeitstraining vorbereitet werden,
- ca. 45 RPK-Einrichtungen (»Rehabilitation psychisch Kranker«) mit ca. 1000 Plätzen, in denen ein Übergang aus der psychiatrischen Einrichtung in die berufliche Rehabilitation oder auf einen »geschützten« Arbeitsplatz in der Werkstatt für behinderte Menschen behutsam durch medizinische und arbeitstherapeutische Fachkräfte angebahnt wird (APK 2004),

1 So fordert es der sogenannte Nikolauserlass vom 6.12.1995: Nur wer der Besonderheiten eines Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerks bedarf, hat einen Anspruch auf eine Maßnahme dort; deshalb müssen diese Einrichtungen ein behinderungsgerechtes Leistungsangebot vorhalten. Ihre Existenz wurde quasi abgesichert in § 35 SGB IX (WITTWER 2003).

- ca. 800 Werkstätten für behinderte Menschen mit rund 250 000 Plätzen, den Berufsbildungsbereich eingerechnet, in denen Menschen mit einer geistigen, schwer körperlichen oder seelischen Behinderung, die mindestens drei Stunden täglich verwertbare Arbeitsleistungen zu erbringen vermögen, eine Beschäftigung finden (HAUTOP 2002).

Keine Frage: Das Netz der Leistungserbringer in Deutschland ist sehr eng geknüpft. Das ist nicht ohne Auswirkungen auf die Kosten, die mit insgesamt mehr als 4 Mrd. Euro pro Jahr veranschlagt werden.

Die Träger beruflicher Rehabilitation

Die Trägerlandschaft besteht vornehmlich aus

- der Bundesagentur für Arbeit, die mit rund 3 Mrd. Euro an der Finanzierung beteiligt ist (ALT 2004),
- der Deutschen Rentenversicherung, die grob eine Mrd. Euro jährlich aufbringt (RISCHE 1999, REIMANN 2004),
- den Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungen, deren Anteil deutlich geringer ist, deren Beratungsqualität aber einen hohen Stellenwert besitzt (BÖHNERT 1997).

In bestimmten Fällen kommen auch die Jugendhilfe und die Krankenkassen in Betracht. Große Bedeutung für die Befriedigung von Anspruchsgrundlagen besitzt das SGB IX, am 1.7.2001 in Kraft getreten (MEHRHOFF & LASCHET 2003). Es verpflichtet die Reha-Träger zur nahtlosen Zusammenarbeit und zügigen Bearbeitung von Anträgen, die Einrichtungen zur Qualitätssicherung über ein ausgefeiltes Qualitätsmanagement und sichert den Leistungsberechtigten hohe Beteiligungsrechte zu. Allerdings ist die Umsetzung der hohen Ansprüche des SGB IX noch nicht hinreichend gelungen.

Rechtsgrundlagen und Entwicklungsgeschichte der beruflichen Rehabilitation

Gehen wir zurück in das Jahr 1960, dann finden wir dort noch kein Einrichtungsnetz, lediglich einzelne Einrichtungen, die sich – gegründet auf Initiative von Wohlfahrtsverbänden oder Kirchen oder auch einzelner Persönlichkeiten – der Aufgabe angenommen hatten, Kriegsverletzten und anderen körperbehinderten Menschen vermittelt Umschulung zu einer neuen Berufstätigkeit zu verhelfen. So war die Chance auf eine Rückkehr in das

Arbeitsleben vielfach eher dem Zufall überlassen denn der systematischen Steuerung; aber Betriebe brauchten und suchten im Zuge nachhaltigen Wirtschaftsaufschwungs viele Arbeitskräfte und hatten daher großes Interesse, unqualifizierte Personen selbst zu qualifizieren, und sei es im Wege des »learning by doing«. So komplex wie heute war die Arbeitswelt noch keineswegs. Es gab reichlich Hilfsarbeiten, die von angelegerten Kräften erledigt werden konnten – und außerdem qualifizierte die Arbeit selbst so manchen für anspruchsvollere Aufgaben.

Als 1970 das Aktionsprogramm berufliche Rehabilitation von der sozial-liberalen Koalition mit ihrem Kanzler Willy Brandt verabschiedet wurde, hatte der Arbeitsmarkt gerade seine erste Krise – die war im Jahre 1966 Ursache für die Bildung der »Großen Koalition« gewesen – überwunden: Die Zahl der offenen Stellen übertraf die Anzahl der Arbeitslosen wieder um ein Vielfaches. Die Wachstumsraten lagen deutlich über Null, der Export boomte; die wirtschaftspolitische Hauptsorge galt der Preisniveaustabilität – bei einer Inflationsrate von wenig mehr als 3%!

Im Aktionsprogramm waren vier Einrichtungsformen benannt und in einem Netzplan regional mit bestimmten Kapazitäten aufgeführt worden: Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Werkstätten für Behinderte und Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation.³ Dieses Netz wurde nach 1970 aus Mitteln des Bundesministers für Arbeit und Soziales, der Bundesanstalt für Arbeit und der Länder im Rahmen der »institutionellen Förderung« zügig gewoben.

Im Jahre 1980 wurde dieses Programm fortgeschrieben. Inzwischen waren – wohlstandsbedingt? – die psychisch behinderten Menschen als rehabilitationsmäßig relevante Gruppe hinzugekommen. Die Beruflichen Trainingszentren wurden als fünfter Einrichtungstyp entwickelt.⁴

Im Jahre 1990 wuchsen im Gefolge des Zusammenbruchs des pseudosozialistischen DDR-Systems⁵ und der nachfolgenden Vereinigung der beiden deutschen Staaten die Arbeitslosenzahlen in dramatische Höhen. Aber immer noch waren die Integrationszahlen der BFW- und BBW-Absolventen beruhigend hoch; die BFWs kamen auf über 70% (WITTEW 1989, BEIDERWIEDEN

3 Im Anschluss an die erste Phase der Akutbehandlung.

4 Der Anfang der 80er-Jahre gegründeten Arbeitsgemeinschaft gehören inzwischen 15 Einrichtungen an.

5 Das interessanterweise der anerkannte englische Wirtschaftswissenschaftler Gray als eine besondere Form einer kapitalistischen Volkswirtschaft einstuft.

1994), die BBWe über 65 %⁶; Rehabilitation lohnte sich, nach wie vor. Das Netz der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke wurde im Zuge des Zusammenschlusses umgehend erweitert, ebenso wie Werkstätten umgewandelt oder neu gegründet wurden, BTZ angelegt und 2.-Phase-Kliniken etabliert wurden (SEYD & THRUN 1993).

Zum 1.7.2001 trat das Sozialgesetzbuch IX in Kraft. Mit ihm wurde die berufliche Rehabilitation auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt. Der Begriff »berufliche Rehabilitation« wurde durch »Teilhabe am Arbeitsleben« ersetzt. Als »Paradigmenwechsel« wurden insbesondere die Leitprinzipien gelobt: Nahtlosigkeit der Leistungsbewilligung und -gewährung, gleichwertige Partizipation der »Leistungsberechtigten« (vormals »Antragsteller« oder »Versicherte« (WILMERSTADT 2004). Ergänzend wurde zum 1.5.2004 noch das »Gesetz für Förderung von Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen« in Kraft gesetzt, mit dem lernbehinderte Jugendliche in der Rehabilitation den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden und seither doppelt auf die Schwerbehindertenquote angerechnet werden konnten.

Aktuelle Probleme

Man kann die institutionelle Versorgungsdichte als ausreichend differenziert und adressatenorientiert betrachten. Gleichwohl zeigen sich vielfältige *Probleme*:

- Sinkende Eingliederungszahlen in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Situation in den jeweiligen Standortregionen (SCHMIDT et al. 2006; KÖSTER et al. 2007);
- massiver Belegungsrückgang bei den Berufsförderungswerken bei gleichzeitigem Anwachsen der Teilnehmerzahlen in den Werkstätten für behinderte Menschen;
- Zunahme bestimmter Behinderungsgruppen, deren Integration über den 1. Arbeitsmarkt ungemein schwer fällt. Stichworte sind: Adipositas, Aufmerksamkeits-Defizit-Hypersensibilitätssyndrom (ADHS), Verhaltensauffälligkeiten und psychische Behinderung;
- Orientierung des Haupt-Rehabilitationsträgers Bundesagentur für Arbeit auf Effizienzkriterien, die einseitig auf die Ergebnisqualität abheben und

6 Entlassjahrgänge 2000 und 2001: 68,5 %; über die letzten acht Jahre 66,9 % (EICHORN et al. 2003; S. 2f.)

ungefiltert betriebs- und volkswirtschaftliche Kategorien auf den sozialen Auftrag »berufliche Rehabilitation« bzw. »Teilhabe am Arbeitsleben« übertragen (ALT 2004);

- nicht zuletzt kann man medizinische und berufliche Rehabilitation bislang – trotz aller Bemühungen in vielen Einzelprojekten und -beispielen – nicht als wirklich miteinander vernetzt bezeichnen.

Neben den quantitativen Auswirkungen lassen sich auch qualitative beobachten:

- Die Reha-Träger sind ebenso wie ein zunehmender Anteil an Leistungsberechtigten immer weniger an Leistungen von längerer Dauer interessiert, dafür streben sie zunehmend Qualifizierungsmaßnahmen an, die auf den vorhandenen Qualifikationen der Antragsteller aufsetzen (CLEVER 2004).
- Die Reha-Träger konzentrieren ihre Effizienzbetrachtung auf den Maßstab Wiedereingliederungsquote. Deren eingeschränkte, weil nur auf einen kurzen Lebensabschnitt der Versicherten abhebende Bedeutung ist ihnen zwar gegenwärtig; angesichts der veränderten eigenen Situation bitten sie jedoch um Verständnis für ihre Position. Damit wird aber auch immer weniger auf die Prozessqualität geachtet – trotz der in der gemeinsamen Empfehlung der Reha-Träger zur Qualitätssicherung vom 1.7.2003 zum Ausdruck gebrachten mehrspektivischen, auf Nachhaltigkeit angelegten Betrachtungsweise. Gleichwohl liegt die Definitionsmacht über die Qualitätsmaßstäbe für die Arbeit von Leistungserbringern nicht aufseiten der Einrichtungen selbst,⁷ sondern bei den Reha-Trägern. So ist es auch politisch gewollt, was sich in den §§ 19 ff. SGB IX artikuliert (Wilmerstadt 2004).

Reformen der letzten Jahre am Beispiel der Berufsförderungswerke

Traditionell bieten die 28 (in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke zusammenwirkenden) Berufsförderungswerke vollständige Umschulungen in rund 180 Berufen an. Zu den spezifischen Leistungsmerkmalen der BFWs rechnen neben einer besonders adressatenbezogenen

7 Auch wenn der Vorschlag, erweiterte Persönlichkeitswerte zum Rehabilitationsziel zu erheben, aus der Sicht von Leistungserbringern sehr attraktiv ist (GALVAO et al. 2005).

Didaktik die Beratungen und Unterstützungen durch die Mitarbeiter der medizinischen, sozialpädagogischen und psychologischen Fachdienste (THRUN 2004). Inzwischen hat sich die Angebotspalette deutlich erweitert um

- sogenannte Qualifizierungsmaßnahmen, bei denen nur Teilaspekte beruflicher Kompetenz »aufgeschult« werden, sei es, dass sie zu den von den TN mitgebrachten Voraussetzungen in besonderer Weise – weil auf Bedarfe des Arbeitsmarktes zugeschnitten – passen, sei es, dass in diesen Bereichen die vorhandenen Qualifikationen der TN nicht mehr ausreichen und an technologisch bedingt veränderte Anforderungen angepasst werden müssen (FUCHS 1999; LÜDTKE 2004; LÜDTKE & SEYD 2006);
- Vermittlung unterstützender Leistungen, die eine Brücke zwischen den Schulungsmaßnahmen und einstellungsbereiten Unternehmen schlagen, ansetzend entweder bei den Bemühungen der Absolventen (Unterstützung beim Bewerbungsprozess bis hin zu Trainings für Einstellungsgespräche) oder bei einem Erschließen für den Absolventen besonders infrage kommender Arbeitsplatzangebote;
- eignungsdiagnostische Eingangsverfahren, seien es modernisierte Formen der traditionell angebotenen Berufsfindung/Arbeitserprobung, sei es die »neue« Form des Reha-Assessments, mit dem Ziel, die vorhandenen Qualifikationen der TN noch konturierter aufzuspüren, um anhand differenzierter »Kompetenzanalyse« noch prononcierter vorhandene Teilnehmer-Ressourcen weiterzuentwickeln (N. PECHTOLD 2003; WALLRABENSTEIN 2003; S. PECHTOLD 2007);
- Angebote im betrieblichen Gesundheitsmanagement, umfassend sowohl die Vorsorge (»betriebliche Prävention«) gegenüber möglichen Schädigungen von Körperfunktionen und/oder -strukturen zum Erhalt der Teilhabefähigkeit als auch die möglichst zügige Anbahnung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation gemeinsam mit dem Arbeitgeber und möglichst zugeschnitten auf den Erhalt des vorhandenen oder – wenn das nicht möglich ist – die Qualifizierung für einen anderen oder einen noch zu schaffenden Arbeitsplatz im selben Unternehmen (WICHER 2005).
- Modellhafte Erprobungen des flexiblen Ein- und Ausstiegs und Modularisierung der Angebote. Qualifikationsbausteine sind dabei präzise zu beschreiben und genau zu lokalisieren, um den Ausbildungs- und Qualifizierungsanforderungen der jeweiligen TN gerecht zu werden. Im Sinne manches Lernenden und manches Betriebes, der sich eine

vollständige, komplexe Ausbildung auf dem inzwischen in Deutschland erreichten Niveau nicht (mehr) vorstellen kann, werden dabei Elemente auch parzelliert und in einem Paket – ohne Lehrabschluss – angeboten. Dabei zeigte sich beim Modellprogramm Reflex (BFW Hamburg), dass ein Nebeneinander von 24-monatigen Regelmaßnahmen und kurzzeitigen Qualifizierungsmaßnahmen durchaus erfolgreich bewältigt werden kann, sofern angemessene Rahmenbedingungen individualisierten didaktischen Arbeitens gewährt werden. Dazu gehören vor allem eine systematische Eignungsanalyse, die gruppenweise Arbeit mit Arbeitsaufträgen, orientiert an Geschäftsprozessen und ein enges Zusammenspiel von Integrationscoach (Bildungsbegleiter) und Ausbilder.

Selbstverständlich ist auch die vorhandene Angebotspalette vollqualifizierender Zweitausbildungen ständig modifiziert und damit an neue Arbeitsmarktbedarfe angepasst worden. Hervorzuheben sind die IT-Berufe und die Medienberufe. Allerdings hat sich in beiden Fällen erwiesen, dass die Halbwertszeit derartiger neuer Berufsangebote wegen immer schneller sich einstellender Nachfrage-Sättigungen deutlich abnimmt. Insofern sind die Berufsförderungswerke gehalten, ständig auf die Suche nach Beschäftigungsnischen zu gehen und Trends aufzuspüren, um mit der Konkurrenz Schritt halten zu können, wenn es um innovative Einstellungsfelder geht. Hier hat sich bei den Berufsförderungswerken inzwischen ein nicht zu unterschätzendes Erfahrungspotenzial gebildet.

Das gilt auch für die Bemühungen um eine ständige Verbesserung der Prozessqualität. Im Rahmen des von 1995–2002 währenden Forschungs- und Entwicklungsprojektes gbRE (»ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener – handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen in Berufsförderungswerken«) wurde als Gemeinschaftsleistung der Arbeitsgemeinschaft und der Universität Hamburg ein Qualitätsmodell erarbeitet und erprobt, das von den tragenden rehabilitationsdidaktischen Prinzipien der

- Ganzheitlichkeit,
- Handlungsorientierung und
- Teamsteuerung

ausgeht und Methoden, Techniken und Instrumente vor diesem Hintergrund auf die Anforderungen der Teilnehmer zuschneidet (SEYD & BRAND 2000; SEYD & BRAND 2002). Das betrifft insbesondere die gemeinsame Integrations- und Förderplanung, bei der die BFW-Fachkräfte mit den Re-

habilitanden – in der Sprache des ICF (SCHUNTERMANN 2003; EWERT et al. 2003; KÖRNER 2005) – die

- Einschränkungen der Körperfunktionen und -strukturen auswerten,
- umwelt- und personbezogenen Kontextbedingungen analysieren,
- Teilhabeziele konkretisieren und
- Aktivitäten zum Erreichen dieser Ziele vereinbaren.

Damit wird der Rehabilitationsprozess aus dem Subjekt-Objekt-Verhältnis herausgehoben und einer gemeinsamen Steuerung unterworfen, nicht zuletzt unter Einbezug des verantwortlichen Mitarbeiters des Reha-Trägers. Derartige Formen von »Individualisierung« sind auch in Berufsförderungswerken noch keineswegs gang und gäbe, wenn auch inzwischen Erfahrungen mit der Umsetzung vorliegen (LÜDTKE 2004). Auf Individualisierung und Partizipation setzt aber das SGB IX, das diesen Dreiklang zwischen Träger, Leistungsberechtigtem und -erbringer als Grundfigur neuzeitlicher beruflicher Rehabilitation (als »Paradigmenwechsel«) kodifiziert hat (vgl. WITTWER 2003; WITTWER & SEYD 2004).

Selbstverständlich sind die Berufsförderungswerke mit der Umsetzung und Optimierung ihrer Innovationen noch in vollem Umfange beschäftigt. Diese Aufgabe ist wahrlich nicht zu unterschätzen, ist doch mit ihr eine generelle Abkehr von traditionellen, schulungsgeprägten Didaktikkonzepten verbunden. Andererseits erfordert die in Abschnitt 1 aufgerissene Situation weitere konzeptionelle Schritte.

Dazu gehören im Einzelnen die

- Anbahnung und/oder Intensivierung von Kooperationsbeziehungen,
- Ausprägung von Mitwirkungsmodellen,
- Differenzierung der Eingangserhebungen und die Integration ihrer Ergebnisse in die gesamte interne Leistungskette,
- Modularisierung der Leistungsangebote und ihre Vernetzung,
- Flexibilisierung bestehender Leistungsangebote.

Es gibt inzwischen *regional angelegte Kooperationen* mit Unternehmen, die sich für die Belange behinderter Menschen geöffnet haben.

Ein solcher Verbund ist beispielsweise im Rhein-Main-Dreieck um die Achse FraPort (Trägergesellschaft des Frankfurter Flughafens) – Berufsförderungswerk Frankfurt/Main konzipiert worden. Mittlerweile umfasst er ein gutes Dutzend Unternehmen, die von der Partnerschaft gegenseitig profitieren. Das BFW bietet Leistungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement

und der beruflichen Rehabilitation, die Betriebe nehmen diese Leistungen in Anspruch und bieten ihrerseits Arbeits- und Praktikumsplätze für Teilnehmer und Absolventen des BFW.

Die *Mitwirkung der TN* findet grundsätzlich auf drei Ebenen statt:

- Der einzelne TN gestaltet seinen individuellen Integrations- und Förderplan selbst mit.
- Die Lerngruppe steuert über Reflexion und Mitplanung im wöchentlichen Jour fixe den Lernprozess entscheidend mit.
- Die Rehabilitandenvertretung nimmt Mitwirkungsrechte entsprechend dem Betriebsverfassungsgesetz auf Einrichtungsebene wahr (allerdings begrenzt auf Information und Anhörung).

Je intensiver die Qualifikationsvoraussetzungen der TN ermittelt worden sind, desto »passgenauer« können Maßnahmen und Interventionen angesetzt werden. Davon gehen jedenfalls viele Vertreter der Reha-Träger aus. Im Modellversuch »ReFlex« am Berufsförderungswerk Hamburg haben wir allerdings erfahren müssen, dass das Assessment-Maximum nicht zugleich das Assessment-Optimum darstellt. Einerseits ist die per Tests, Eingangsgespräche und -klausuren zu erhebende Datenfülle nur mit erheblichem Aufwand auszuwerten und zu einem tragfähigen Fähigkeitsprofil zu verdichten, an das durch geeignete Interventionen und Aktivitäten angeknüpft werden kann, andererseits sind die TN nur bis zu einer gewissen Grenze bereit, an den Erhebungen mitzuwirken und die Auswertungen über sich ergehen zu lassen. Hier wird derzeit an der *Optimierung des Assessments* gearbeitet (SEYD 2007).

Kenntnisse über die Eingangsvoraussetzungen der Teilnehmer zu erweitern: Diesem Zweck dient die *Teilnehmer-Eingangserhebung*, bundesweit durchgeführt, an der sich im Frühjahr 2005 20 von 28 Berufsförderungswerken beteiligt haben. Wie das entsprechende Pendant bei den Berufsbildungswerken (SEYD et al. 2004; SEYD et al. 2005; SEYD & MENTZ 2007) soll sie auf drei Ebenen wirksam werden:

- Didaktisch, indem sie ein konturiertes Bild von den personbezogenen Kontextfaktoren zeichnet, an dem in der Ausbildung inhaltlich und methodisch angeknüpft werden kann;
- einrichtungsspezifisch, indem Personenkreis und Leistungsangebote zur Deckung gebracht werden, auch als Legitimation für das bekanntlich deutlich höhere Kostenniveau gegenüber sonstigen Einrichtungen,
- rehabilitationspolitisch, indem bei Ansprechpartnern in Politik, Wirt-

schaft und Sozialversicherung Vorstellungen vom Teilnehmerkreis behinderter Menschen präzisiert, auch ggf. korrigiert werden können.

Im Herbst 2007 haben sich die Berufsförderungswerke auf ein neues Reha-Modell verständigt. Dabei wird endgültig Abschied von der lehrgangsbezogenen Didaktik genommen und Ernst gemacht mit der Einlösung des Prinzips »Individualisierung«. Alle didaktischen Entscheidungen – von der Organisation der Lernorte bis zum Einsatz von Medien – sollen dem Integrationsziel untergeordnet werden. Die Fäden hat ein Integrationscoach in der Hand, gelernt wird vorwiegend an Geschäftsprozessen in virtuellen Lernunternehmen, vielfältige Kurs- und Beratungsangebote ergänzen die Kompetenzentwicklung der Teilnehmer ebenso wie ausgedehnte und betreute betriebliche Praxisphasen. Dieses neue Modell wird derzeit erprobt. Auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde ein Kreis von Wissenschaftlern berufen, der diesen Reformprozess auf theoretischer Basis begleiten soll (»RehaFutur«).

Der apk⁸-Modellversuch im Berufsförderungswerk Hamburg

Aus dem Spektrum von Modellversuchen in der beruflichen Rehabilitation (s. a. www.vamb-projekt.de; SCHULZ, SEYD & VOLLMERS 2006) wird im Folgenden der apk-Modellversuch herausgegriffen. Zur Einstimmung sei ein Fallbeispiel vorangestellt:

46-jährige Lehrerin in Ostthüringen, Frau M., viele Jahre an weiterführender Schule tätig, 2003 nach Trennung von Ehemann und Auszug der beiden gemeinsamen Kinder zunehmend Depressionserscheinungen. Starkes Ruhebedürfnis, Schlafstörungen. Gefühl starker beruflicher Überforderung. Soziale Kontakte werden anstrengend, weil sich Erwartungen ausgesetzt fühlend, von deren Nichterfüllenkönnen sie überzeugt ist.

Stationäre Behandlung drei Wochen, Entlassung auf eigenen Wunsch. Ambulante Hilfen sollten ausreichen. Schulunterricht nur sporadisch aufgenommen, jeweils unterbrochen durch längere Krankheitszeiten. Zunehmende Tendenz. Anfang 2004 noch einmal stationäre Behandlung, diesmal sechs Wochen. Bedrückender Zustand deutlich verstärkt. Während stationärer Behandlung Kontaktaufnahme zu ambulanter Behandlung. Stationärer Aufenthalt auf eigenen Wunsch abgebrochen. Ende 2004 wieder in Klinik, diesmal mit Selbsttötungsab-

8 Arbeit für psychisch kranke Menschen. ESF-Modellversuch im Berufsförderungswerk Hamburg im Zeitraum 1.1.2006 – 31.12.2007.

sichten. Sieht keine Perspektive mehr, weder beruflich noch privat. Kündigt Arbeitsverhältnis, will Schlussstrich unter verkorkstes, freud- und perspektivloses Leben ziehen.

In Gärtnerei absolviert sie ein Praktikum. Dort ist sie selbst und man mit ihr sehr zufrieden. Dieser Faden wird vom Reha-Träger Arbeitsagentur nicht aufgenommen, stattdessen nach längerem Hin und Her eine Trainingsmaßnahme in einem 80 km vom Wohnort entfernten Beruflichen Trainingszentrum bewilligt. Zuständigkeit wechselt von der Arbeitsagentur zur ARGE. Der überforderte Berater schaltet Medizinischen Dienst ein. Der empfiehlt Aufnahme der ehemaligen Lehrerin in eine Werkstatt für behinderte Menschen. Frau K. kommt in das apk-Projekt. Koordinierende Bezugsperson schaltet sich ein und erwirkt erneut Praktikum in einem Gärtnereibetrieb. Endlich hat Frau K. wieder die Chance, beruflich Fuß zu fassen.

Der Modellversuch apk⁹ richtet sich auf einen Personenkreis, der die geringsten Chancen auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung besitzt. Gemäß »Bestandsaufnahme der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker« verfügt nur jeder zehnte dieser Behindertengruppe im erwerbsfähigen Alter über einen betrieblichen Arbeitsplatz (APK 2004). Die Vernetzung von Leistungen stellt hier sozusagen die letzte große Chance dar, wie trotz vielfältiger Ressentiments bei Betrieben den betroffenen Menschen doch noch eine Perspektive eröffnet und die erschütternde Quote denn doch noch angehoben werden kann. Und in der Tat, es gelingt zumindest in Einzelfällen durch Vernetzung der Reha-Partner, Menschen, die ohne diese Koordination keine Chance auf eine bis hin zum Arbeitsplatz erfolgreiche Rehabilitation gehabt hätten, erfolgreich zu rehabilitieren. Dies wurde in elf deutschen Teilprojekten sowie je einem in Polen und Lettland erprobt. Die Evaluation hatte die Hamburger Lawaetz-Stiftung inne; finanziert wurde das Projekt aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds im Rahmen der Equal-Initiative. Die Laufzeit reichte vom 1.1.2006 bis zum 31.12.2007, der Abschlussbericht ist in Arbeit.

Auch hier zeigte sich, dass erfolgreiche Rehabilitationsarbeit heute sowohl ein inneres als auch ein äußeres Netzwerk benötigt. Zentrale Elemente des äußeren Netzwerks waren die Hilfeplankonferenz, die koordinierende Bezugsperson und der Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Das eingangs skizzierte Fallbeispiel einer ehemaligen Lehrerin zeigt eindrucksvoll, dass nur über ein ausgeprägtes Informations-, Koordinations- und Entscheidungsnetzwerk bei stark problembeladenen Rehabilitanden eine erfolgreiche Rehabilitation angebahnt, befördert und mit einer beruf-

9 Informationen findet der interessierte Leser unter SEYD 2006.

lichen Integration abgeschlossen werden kann. Dreh- und Angelpunkt ist allerdings – wie aus der empirischen Unterrichtsforschung hinsichtlich der Lehrerpersönlichkeit hinlänglich bekannt (FEND 2001) – die Persönlichkeit der koordinierenden Bezugsperson. Von ihrer Empathie, Fachkompetenz, Systematisierungs- und Strukturierungsfähigkeit und oft auch Entscheidungs- und Überzeugungskraft hängt – das zeigen eindrucksvoll Fallbeispiele aus dem Projekt – in hohem Maße der Erfolg der beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen ab.¹⁰

Abschließende Bemerkungen

Die Ausführungen sollten verdeutlichen, dass berufliche Rehabilitation in einem System stattfindet, das durch relativ stabile Strukturen gekennzeichnet ist. Zugleich ist dieses System Gegenstand intensiver Reformen sowohl in den vergangenen fast 40 Jahren gewesen als auch derzeit stark im Umbruch befindlich. Das ist nicht nur der wirtschaftlichen Entwicklung und den stark auf Effektivität und Effizienz gerichteten Leistungsanforderungen der Reha-Träger, insbesondere der selbst in einem unglaublichen Restrukturierungsprozess befindlichen Bundesagentur für Arbeit, geschuldet, sondern aus dem Zusammenspiel von ökonomischen Ansprüchen und didaktischen Erkenntnissen erwachsen. In vielerlei Hinsicht ist dieser Modernisierungsimpetus durchaus Vorbild für ein deutsches Ausbildungs- und Weiterbildungssystem, das in der Vergangenheit vergleichsweise wenig Reformen erfahren hat, sieht man von den Initiativen des Bundesinstituts für berufliche Bildung – beispielsweise bei der Entwicklung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen – einmal ab.

Wie jedes hochdifferenzierte System neigt auch das der beruflichen Rehabilitation zur Abschottung, nicht zuletzt, weil die Differenziertheit auch ein nicht zu unterschätzendes Zugangshemmnis für Außenstehende darstellt. Im oben skizzierten apk-Projekt arbeiteten Fachleute, die sich in der gemeindepsychiatrischen Versorgung heimisch fühlen, und Experten, die mit der beruflichen Rehabilitation vertraut sind, erfolgreich zusammen. Vielen psychisch behinderten Menschen wurde durch das zu etablierende und anschließend zu erprobende Netzwerk eine Perspektive zuteil, die sie ohne eine derartige grenzüberschreitende Kooperation niemals hätten gewinnen

10 Eine entsprechende Veröffentlichung mit den Ergebnissen des apk-Projektes ist derzeit in Arbeit und wird 2008 im FELDHAUS-Verlag Hamburg erscheinen.

können. Und diese Form der Weiterentwicklung war stark auf persönliche Begegnungen, Sympathie, offenen Erfahrungsaustausch und gemeinsame Problemlösungsinitiativen ausgerichtet – auch das ein Vorbild für die Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitation.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. 2004: Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«. Bonn
- Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten 1970. In: BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.): Sozialpolitische Informationen, Jg. IV/13 v. 13.4. 1970, S. 1–4
- ALT, H. 2004: Die Funktion des Arbeitsmarktes für die Ausrichtung der Ziele beruflicher Rehabilitation. In: SEYD, W./THRUN, M./WICHER, K. (Hrsg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18. November 2004 in Hamburg. Hamburg, S. 21–26
- BEIDERWIEDEN, K. 1994: Schlüsselqualifikationen erfordern offene Methoden in der Berufsbildung. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 90 (1994) 1, S. 76–88
- BÖHNERT, W. 1997: Aufgaben des Berufshelfers in der gesetzlichen Unfallversicherung. In: Rehabilitation 1997, H. 36, S. 39–47
- CLEVER, P. 2004: Berufliche Rehabilitation aus dem Blickwinkel der Wirtschaft. In: SEYD, W./THRUN, M./WICHER, K. (Hrsg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18. November 2004 in Hamburg. Hamburg, S. 27–34
- EICHHORN, W./FISCHER, B./KARBACH, B. 2003: Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke. Belegungs- und Anmeldesituation in den Berufsbildungswerken und Teilnehmer-Nachbefragung 2001 und 2002, hrsg. von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, Potsdam
- EWERT, T./CIEZA, A./STUCKI, G. 2003: Die ICF in der Rehabilitation. In: Ergotherapie & Rehabilitation 1/03, S. 5–11
- FEND, H. 2001: Qualität im Bildungswesen. Schulforschung zu Systembedingungen, Schulprofilen und Lehrerleistung. 2. Aufl. Weinheim und München
- FUCHS, H. 1999: Ziele, Gestaltung und Rahmenbedingungen von individualisierten Qualifizierungsverläufen. In: SEYD, W./NENTWIG, A./BLUMENTHAL, W. (Hrsg.): Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration in das Arbeitsleben. Arbeitstagung der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, Bd. 8, Ulm, S. 89–99
- GALVAO, A./WATZKE, S./GAWLIK, B./HÜHNE, M./BRIEGER, P. 2005: Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilita-

- tiven bzw. integrativen Maßnahmen. In: Die Rehabilitation 44 (2005) 4, S. 208–214
- HAERLIN, C. 2005: Training für den Wiedereinstieg – Qualifizierungsangebote beruflicher Trainingszentren (BTZ). In: BIEKER, R. (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, S. 232–243
- HALLWACHS, H. 2002: Innovationen in Beruflichen Trainingszentren. In: SCHMIDT-ZADEL, R./PÖRKSEN, N.: Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn, S. 172–177
- HAUTOP, W. 2002: Die Werkstatt für behinderte Menschen. In: SCHMIDT-ZADEL, R./PÖRKSEN, N.: Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn, S. 178–183
- KÖRNER, M. 2005: ICF und sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben: Alles klar? – Ein Diskussionsbeitrag. In: Die Rehabilitation 44 (2005) 4, S. 229–237
- KÖSTER, T./FEHR, M./SLESINA, W. 2007: Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken – ein Prognosemodell. In: Die Rehabilitation 46 (2007) 5, S. 258–265
- LÜDTKE, J. 2004: Individualisierung von ganzheitlich gestalteten Qualifizierungsverläufen mit Hilfe neuer Medien. In: STACH, M./STEIN, R. (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation in Netzwerken und mit Hilfe neuer Medien. Bielefeld, S. 53–68
- LÜDTKE, J./SEYD, W. 2006: »Individualisierung« – Berufsförderungswerke optimieren ihre Leistungen. In: Reha Impuls; Zeitschrift der Berufsförderungswerke.
- MEHRHOFF, F./LASCHET, U. (Hrsg.) 2003: SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar. Münster
- MIEGEL, M. 2005: Epochenwende. Gewinnt der Westen die Zukunft? 2. Aufl. Berlin
- PECHTOLD, N. 2003: Entwicklung eines modularen Assessment-Systems im Berufsförderungswerk Hamburg. In: PECHTOLD, N./WALLRABENSTEIN, H./WEBER, A./WICHER, K. (Hrsg.): Assessment – Voraussetzung für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Hamburg, S. 49–63
- PECHTOLD, S. 2007: Impulsreferat: Integratives Assessment. In: KINDERVATER, A./SEYD, W./WICHER, K. (Hrsg.) 2007: Individualisierung, Flexibilisierung und Integration – Konzeption und Reformervahrungen. Beiträge einer Fachtagung zum Modellversuch »ReFlex: Individualisiertes Rehabilitationskonzept mit flexiblen Berufszugangschancen«. Hamburg, S. 77–98
- PREUSS-LAUSITZ, U./TEXTOR, A. 2005: Schulpolitische und pädagogische Rahmenbedingungen integrativer Förderung schwieriger Schüler. Das Beispiel Berlin. In: PREUSS-LAUSITZ, U. (Hrsg.): Verhaltensauffällige Kinder integrieren. Zur Förderung der emotionalen und sozialen Entwicklung. Weinheim und Basel, S. 27–38
- RAUNER, F. 2003: Die Ausbildungskrise – ein Sieben-Punkte-Programm zu ihrer Lösung. In: Die berufsbildende Schule 55 (2003) 7–8, S. 225–229
- RAVENS-SIEBERER, U./THOMAS, Chr./ERHART, M. 2003: Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: HURRELMANN, K./KLOCKE, A./MELZER, W./RAVENS-SIEBERER, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Ver-

- gleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München. S. 19–98
- REIMANN, A. 2004: Der Bedeutungswandel der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherungsträger. In: SEYD, W./THRUN, M./WICHER, K. (Hrsg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18. November 2004 in Hamburg. Hamburg, S. 59–66
- RISCHE, H. 1999: Berufliche Rehabilitation als Aufgabe der Rentenversicherung. In: BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE (Hrsg.): Rehabilitation 1999 – Fachtagung zur beruflichen Rehabilitation der BfA. Berlin 1. und 2. Juni 1999, Berlin 1999, S. 20–29
- SCHLIEHE, F. 2006: Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. In: Rehabilitation 45 (2006), S. 258–271
- SCHMIDT, C./FROBÖSE, I./SCHIAN, H.-M.: Berufliche Rehabilitation in Bewegung – Herausforderungen und Perspektiven. In: Rehabilitation 45 (2006) 4, S. 194–202
- SCHULZ, K./SEYD, W./VOLLMERS, B. 2006: Verzahnte Ausbildung Metro Group mit Berufsbildungswerken (V.A.M.B.) – Vision und Evaluation. In: Behindertenrecht 45 (2006) 7, S. 177–181
- SCHUNTERMANN, M. 2003: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche Rentenversicherung 1–2/2003, S. 52–59
- SEYD, W. 2006: Der Projektansatz apk (Arbeit für psychisch kranke Menschen) vor dem Hintergrund der Situation von Menschen mit einer psychischen Behinderung unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes »Teilhabe am Arbeitsleben«. Referat in der Sitzung des Beirates für das gleichnamige EQUAL-Projekt am 01.09.06 im Berufsförderungswerk Hamburg (beim Verfasser erhältlich unter wseyd@ibw.uni-hamburg.de)
- SEYD, W. 2007: ReFlex: Innovatives Flexibilisierungskonzept im Kontext von Reformansätzen in der beruflichen Rehabilitation Erwachsener. In: KINDERVATER, A./SEYD, W./WICHER, K. (Hrsg.): Individualisierung, Flexibilisierung und Integration – Konzeption und Reform Erfahrungen. Beiträge einer Fachtagung zum Modellversuch »ReFlex: Individualisiertes Rehabilitationskonzept mit flexiblen Berufszugangschancen«. Hamburg, S. 43–59
- SEYD, W./BEIDERWIEDEN, K. 2006: Die Voraussetzungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Ausbildungsgängen der Berufsförderungswerke zum Eintrittstermin Januar/Februar 2005. Eine Untersuchung im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Manuskript, Hamburg
- SEYD, W./BRAND, W. unter Mitarbeit von Aretz, H.; DIETRICH, U.; KELLER, A.; LÖNNE, F.; MEINASS-TAUSENDPFUND, S.; MÜTING, I.; WARNKE, M. und EGGERER, R. 2002: Ganzheitliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken. Abschlussbericht über das Transferprojekt. Hamburg

- SEYD, W./BRAND, W./ARETZ, H./LÖNNE, F./MEINASS-TAUSENDPFUND, S./MENTZ, M./NAUST-LÜHR, A. 2000: Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. Der Abschlussbericht über das Forschungs- und Entwicklungsprojekt »ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener – handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen in Berufsförderungswerken (gbRE)«, durchgeführt von der Universität Hamburg im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Hamburg
- SEYD, W./MENTZ, M. 2007: Teilnehmer-Eingangsvoraussetzungen bei BvB-Maßnahmen und Ausbildungen in Berufsbildungswerken mit Beginnstermin. In: Berufliche Rehabilitation 21 (2007) 2, S. 68–91
- SEYD, W./THRUN, M. 1993: Berufliche Rehabilitation in Ostdeutschland und Osteuropa, in: STACH, M. (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation in Europa. Beispiele – Projekte – Prozesse. Ergebnisse der Hochschultage Berufliche Bildung '92. Alsbach, S. 17–50
- THRUN, M. 2004: Berufsförderungswerke als Urheber und Auslöser von Innovationen in der beruflichen Rehabilitation. In: SEYD, W./THRUN, M./WICHER, K. (Hrsg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18. November 2004 in Hamburg. Hamburg, S. 113–122
- WALLRABENSTEIN, H. 2003: Selektion oder Integration? Assessmentverfahren für Menschen mit Behinderungen. In: PECHTOLD, N./WALLRABENSTEIN, H./WEBER, A./WICHER, K. (Hrsg.): Assessment – Voraussetzung für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Hamburg, S. 33–41
- WICHER, K. 2005: Aktivitäten der Berufsförderungswerke beim betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: MEHRHOFF, F./SCHÖNLE, P. W. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart, S. 97–105
- WILMERSTADT, R. 2004: Perspektiven der Berufsförderungswerke vor dem Hintergrund gewandelter sozialpolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen. In: SEYD, W./THRUN, M./WICHER, K. (Hrsg.): Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18. November 2004 in Hamburg. Hamburg, S. 105–112
- WITTWER, U. 1989: Qualifizierung und Bildung – Erfahrungen und Perspektiven zur Zielbestimmung der Rehabilitationspraxis im Berufsförderungswerk, in: KIPP, M. (Hrsg.): Didaktische Innovationen als Folge neuer Technologien in der beruflichen Rehabilitation, Alsbach, S. 37–47
- WITTWER, U. 2003: Die Einlösung der SGB IX-Forderungen durch die Berufsförderungswerke. In: GRAMLINGER, F./BÜCHTER, K./TRAMM, T./SEYD, W. (Hrsg.): Festschrift für Willy Brand zum 60. Geburtstag. www.ibw-hamburg.de
- WITTWER, U./SEYD, W. 2004: Das Selbstverständnis der Berufsförderungswerke vor dem Hintergrund der Ansprüche aus dem SGB IX. In: KIPP, M./SEYD, W.: Berufliche Bildung benachteiligter und behinderter Menschen. bwp@t Nr. 6, www.ibw.uni-hamburg.de

V Behandlungsziel ›Arbeit‹

Einleitung

Gerhard Längle, Matthias Rosemann

Seit dem Bericht der Psychiatrie-Enquete des Bundestages 1975 hat sich die Versorgung psychisch kranker Menschen völlig verändert. So hat sich die durchschnittliche stationäre Verweildauer von 120 Tagen auf unter 30 Tage verkürzt. Die großen Kliniken wurden dramatisch verkleinert, verfügen nahezu an keiner Stelle mehr über die früheren Regiebetriebe, einen Gutshof, eine Wäscherei oder Läden, innerhalb derer Arbeitstherapie möglich wäre.

Das Primat »ambulant vor stationär« wird von allen an der Versorgung Beteiligten ernst genommen. Das außerklinische Versorgungsnetz ist stark ausgebaut, die zentralen Hilfebereiche Wohnen, Arbeit, Teilhabe, Beratung und Behandlung sind in vielen Regionen in Form von gemeindepsychiatrischen Verbänden organisiert. Die außerklinische Versorgung stellt für nahezu alle Patienten die Normalität dar. Auch im Bereich Arbeitsrehabilitation wurden viele neue Angebote geschaffen. Dies ist von großer Bedeutung, denn Arbeit hat für psychisch kranke Menschen einen zentralen Stellenwert. Immer noch ist aber beispielsweise die Diagnose Schizophrenie mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Frühberentung verbunden.

Als kurze Einführung in das Symposium sollen anhand zweier wissenschaftlicher Untersuchungen die natürlichen Verläufe von Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, innerhalb des aktuellen, gut ausgebauten Versorgungssystems Auskunft geben.

Die erste Studie wurde an eine Jahreskohorte Schizophreniekranker der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen durchgeführt. 136 im Jahre 1998 aus der Klinik entlassene Patienten wurden nach sechs, zwölf und 48 Monaten nachuntersucht. Dabei gab es einen Anstieg der geschützt beschäftigten Personen im Verlauf der Zeit (von 8 % auf 24 %), eine gewisse Reduktion der Vollbeschäftigten und der in Ausbildung Befindlichen (von 52 % auf 29 %). Die Gruppenbesetzung ist allerdings nur scheinbar stabil. Bereits innerhalb eines Jahres ergaben sich massive Änderungen in allen Formen der Beschäftigung; selbst zeitweilig Berentete fanden wieder eine Beschäftigung. Geschützt Beschäftigte gingen in den ersten Arbeitsmarkt, Arbeitslose in Ausbildung. Als jeweils gemeinsamer Trend ist nur die Variabilität des Verlaufes zu erkennen.

Eine zweite Studie: Im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie, gefördert durch das BMBF wurde im Projekt 2.3.4.1 eine multizentrische, kontrollierte und randomisierte Interventionsstudie an insgesamt 227 Schizophreniekranken durchgeführt. Die Patienten wurden einer arbeitstherapeutischen Maßnahme oder einer nicht arbeitsfeldorientierten ergotherapeutischen Behandlung zugeführt und über zwei Jahre nachuntersucht. Auch hier zeigt sich ein rascher Wechsel im Beschäftigungsstatus über die Zeit und zwar unabhängig vom Zentrum und der jeweiligen Maßnahmegruppe. Ergänzend gab es keinen erkennbaren Unterschied zwischen den Gruppen in Arbeitstherapie und den Patienten in kreativitätsorientierter Ergotherapie. Weder bezüglich der Arbeitsfähigkeit am Ende der Maßnahme noch bezüglich der beruflichen Integration im Verlauf von zwei Jahren zeigten sich Unterschiede. Verlässliche Prognosekriterien bezüglich der beruflichen Integration fanden sich nicht.

Soweit die Ergebnisse dieser beiden Studien. Bezüglich Details wird auf die u. g. Publikationen verwiesen. Insgesamt liegen nur wenige gute wissenschaftliche Untersuchungen zum Behandlungsziel Arbeit vor. Dabei wird in der Regel der Fokus die auf stationäre Behandlung oder auf die Rehabilitationsmaßnahmen gelegt, eine Kombination wird kaum untersucht. Kognitive Aspekte oder weitere therapeutische Maßnahmen, die begleitend durchgeführt werden, sind in der Regel nicht berücksichtigt. Ergotherapeutische Praxen sind nicht in die Forschung einbezogen, obwohl sie für eine Rückführung psychisch Kranker in die Arbeitswelt prädestiniert wären. Außerdem werden Forschungsprojekte nahezu ausschließlich an schizophrenen Patienten durchgeführt, die jedoch mittlerweile eine Minderheit der in die Klinik aufgenommenen Patienten darstellen. Insgesamt wird auch noch zu selten das Behandlungsziel Arbeit kritisch hinterfragt. In den Beiträgen des Symposion sollten verschiedene Aspekte des Behandlungsziels Arbeit im Spiegel der eigenen Erfahrungen sowie der Literatur vertiefend bearbeitet werden. Die jeweiligen Literaturempfehlungen helfen dem Leser bei Interesse weiter nachzuforschen.

Literatur

- BAYER, W. et al.: Psychiatrische Praxis 2007; 34: 1–5
LÄNGLE, G. et al.: Psychiatrische Praxis 2006; 33: 34–41
LÄNGLE, G.: Habilitationsschrift Universität Tübingen 2003

Ergotherapie im Psychosozialen Zentrum

Dirk Bennewitz

Die Entstehung des Psychosozialen Zentrums

Zum besseren Verständnis der Rolle der Ergotherapie im Psychosozialen Zentrum ist es hilfreich, auf einige Aspekte seiner Entstehung hinzuweisen.

Vorläufer unseres Psychosozialen Zentrums war ein 1998 eröffnetes Wohnheim mit 20 Plätzen. Dieses wurde im ersten Schritt bis April 2006 dezentralisiert und im zweiten Schritt zum 01.01.2008 ambulantisiert. Dies bedeutet, dass die Funktion »Wohnen« in Wohnungen, Wohngemeinschaften oder Pflegefamilien ausgelagert wurde, während alle anderen Funktionen im Hause verblieben. Dies betrifft vor allem die tagesstrukturierenden Angebote, das »Wohnzimmer« als Begegnungsstätte, das Angebot der Gemeinschaftsverpflegung, das Angebot zum Wäschewaschen und -trocknen, die Notschlafstellen und die Büros der Mitarbeiter. Alle diese Funktionen sind dann mit der ebenfalls im Hause befindlichen und zum gleichen Stichtag ambulantisierten Tagesstätte zum Psychosozialen Zentrum verschmolzen.

Ab dem Jahr 2007 wurden die Angebote des Psychosozialen Zentrums um externe Beschäftigungsangebote in Eigenregie oder mit Kooperationspartnern ergänzt. Weiterhin wurden Arbeitsplätze im Rahmen eines betriebsintegrierten Berufsbildungsbereiches bei Arbeitgebern des allgemeinen Arbeitsmarktes akquiriert, denen ein dreimonatiges Eingangsverfahren im Psychosozialen Zentrum vorausgehen kann. Zusätzlich können wir langzeitarbeitslose Menschen mit psychischer Erkrankung in Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung auf Einzelarbeitsplätzen bei externen Kooperationspartnern psychosozial begleitet. Die konkreten Arbeitsplätze für diese Arbeits- und Beschäftigungsangebote werden für jeden Menschen im konkreten Einzelfall akquiriert und aufsuchend begleitet.

Im Zuge dieses Umstrukturierungsprozesses wurden auch die Ergotherapiepraxis und die Physiotherapiepraxis ausgegründet.

Arbeitsbezogene Leistungen der Ergotherapiepraxis

Im Rahmen der Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung nach Heilmittelrichtlinien in der Ergotherapiepraxis spielen vor allem zwei Behandlungsformen eine wesentliche Rolle: die *psychisch-funktionelle Behandlung* und das *Hirnleistungstraining*.

Die psychisch-funktionelle Behandlung

Eine ergotherapeutische psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Die psychisch-funktionelle Behandlung gilt als vorrangiges Heilmittel bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, bei neurotischen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, bei affektiven Störungen und bei psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen.

Als *therapeutische Ziele* der psychisch-funktionellen Behandlung, die im Kontext der Vorbereitung auf Arbeit von Bedeutung sind, sind u. a. definiert:

- Verbesserung der eigenaktiven Tagesstrukturierung
- Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Handlungskompetenz
- Wiedergewinnung des Realitätsbezuges und der realistischen Selbsteinschätzung
- Stärkung der Kreativität im Sinne von Problemlösungsverhalten und Entwicklung von Anpassungsstrategien
- Entwicklung, Verbesserung und Erhalt der Grundarbeitsfähigkeiten
- Verbesserung und Erhalt der Belastungsfähigkeit und Ausdauer

Dies wird erreicht durch folgende *ergotherapeutische Leistungen*:

- handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden
- Methoden zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung
- Projektarbeiten
- Training sozialen Verhaltens
- kognitive Trainingsprogramme
- vorberufliches Training und Belastungserprobung
- Training der Grundarbeitsfähigkeiten/Arbeitstherapie
- Training der eigenaktiven Tagesstrukturierung¹

1 Vgl.: VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN e. V. (Hrsg.): Indikationskatalog Ergotherapie. Die Darstellung des derzeitigen Spektrums der Ergotherapie in der Sozialversicherung. Idstein, 2004. S. 123 ff.

Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Ein ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Das Hirnleistungstraining/die neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung gilt als vorrangiges Heilmittel bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und bei psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen und als optionales Heilmittel bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen und bei affektiven Störungen.

Als *therapeutische Ziele* des Hirnleistungstrainings/der neuropsychologisch orientierten ergotherapeutischen Behandlung, die im Kontext der Vorbereitung auf Arbeit von Bedeutung sind, sind u. a. definiert:

- Entwicklung und Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Entwicklung und Verbesserung der Realitätsbezogenheit
- Entwicklung und Verbesserung von Problemlösungsstrategien
- Entwicklung und Verbesserung von Handlungsplanung
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten

Dies wird erreicht durch folgende *ergotherapeutische Leistungen*:

- Hirnleistungstraining mit starkem Realitätsbezug
- Hirnleistungstraining am PC
- neuropsychologisch orientiertes Hirnleistungstraining
- handlungsorientiertes Training der kommunikativen Fähigkeiten
- Training zur Verbesserung des Lernverhaltens und der Grundarbeitsfähigkeiten
- vorberufliches Training und Belastungserprobung²

Die Praxis der ergotherapeutischen Praxis im Psychosozialen Zentrum

Die oben beschriebenen Leistungen der Ergotherapie finden als Einzel- oder Gruppenangebote oder als Einzelangebot in Gruppen statt. Sie können in der Praxis, bei Hausbesuchen oder integriert in bestehenden Beschäftigungsangeboten des Psychosozialen Zentrums erbracht werden.

2 a. a. O., S. 126 ff.

Folgende Beschäftigungsangebote hält das Psychosoziale Zentrum vor:

Interne Beschäftigungsangebote:

- Café »wunder.BAR« – Angebot der Gemeinschaftsverpflegung
- Empfang/Concierge
- Hauswirtschaftsdienste
- Hausmeisterdienste
- Fahrradwerkstatt in Kooperation mit dem ADFC

Externe Beschäftigungsangebote:

- Mariengarten – Nutzgarten des Bistums Erfurt mit Gewächshaus
- Forsthaus Willroda (Steigerwald) – Angebot der Landschaftspflege und Pflege der touristischen Infrastruktur im Forst in Kooperation mit dem Staatlichen Forstamt Arnstadt
- Arbeit im Kakteengewächshaus in Kooperation mit der Firma Kakteen Haage, Erfurt

Dazu kommen noch betriebsintegrierte Arbeitsplätze des Berufsbildungsbereiches z. B. bei der Kommunalen Wohnungsbaugesellschaft Erfurt mbH, einem Autohaus, einem Blumenladen und einer Tischlerei.

In den Beschäftigungsangeboten, die als Gruppenangebote konzipiert sind und die von Ergotherapeuten angeleitet werden, können Menschen mit psychischer Erkrankung zusammenarbeiten, die einen unterschiedlichen Erwerbsstatus haben:

- befristet/unbefristet erwerbsunfähig
- unklare Erwerbsfähigkeit
- erwerbsfähig über drei Stunden täglich, aktuell arbeitsunfähig erkrankt
- erwerbsfähig über drei Stunden täglich.

Durch die ergotherapeutische Behandlung kann sehr früh im Behandlungsverlauf auf das Ziel Arbeit hingesteuert werden. Der Zugang über eine ärztliche Verordnung ist klar geregelt, Wartezeiten gibt es in der Regel nicht.

Als großer Vorteil erweist sich im Psychosozialen Zentrum die Möglichkeit, dass der Mensch mit psychischer Erkrankung in einer Beschäftigung bzw. einem Team kontinuierlich und längerfristig beschäftigt sein kann, egal welche »sozialrechtliche Maßnahme« der Tätigkeit zugrunde liegt.

Arbeit (Dienstleistung) als Behandlung

Matthias Heißler

Die Psychiatrische Abteilung am Johanniter-Krankenhaus Geesthacht (50 Betten, 1290 Aufnahmen pro Jahr) ist mit den drei Tageskliniken (zusammen 43 Plätze, 580 Aufnahmen pro Jahr) und der Institutsambulanz (ca. 3300 Scheine pro Jahr) für den Kreis Herzogtum Lauenburg mit 186 000 Einwohnern zuständig. Um diese Aufgabe zu bewältigen haben wir den Kreis in mittlerweile vier Sektoren eingeteilt. Für jeden Sektor ist jeweils eine Station, eine Tagesklinik und ein Sektorteam zuständig, auch als aufsuchende Home-Treatment-Einheit. Diese Sektorteams sind nach dem Vorbild der Assertive-Community-Teams ausgerichtet und wie diese multiprofessionell (Arzt, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte) und multidisziplinär (allgemeinpsychiatrisch, gerontopsychiatrisch und zuständig für Abhängigkeitserkrankungen, etc.) geprägt.

Kreis: 186 000 Bürger

Stationäre Betten:	50	1290 Fälle/Jahr
(Bettenmessziffer: 0,27	43	> 500 Fälle/Jahr
Teilstationäre Plätze:		> 3330 Scheine
Ambulanz:		
Sektor Nord		Station 13; Tagesklinik Mölln; Ambulantes Sektor Team/ACT Team
Sektor Süd-West		Station 11; Tagesklinik Geesthacht/Psychosomatik und Psychotherapie Ambulantes Sektor Team/ACT Team
Sektor Süd-Ost		Station 12; Tagesklinik Schwarzenbek; Ambulantes Sektor Team/ ACT Team
Sektor Mitte		Station 12; Tagesklinik Schwarzenbek; Ambulantes Team

Daneben entsteht verstärkt seit ca. fünf Jahren ein Netz von ambulanten Wohnpflegegruppen (besser: Haushaltsgemeinschaften gemäß dem Normalitätsprinzip) mit 24 Stunden Präsenz dezentral im gesamten Kreis von Geesthacht bis nach Ratzeburg und von Wentorf bis nach Lauenburg.

Diese Wohngruppen sind jeweils für einen Stadtteil zuständig und sind als Bürger-Profi-Mix organisiert: Neben dem Pflegedienst und den Ergotherapeuten helfen auch Angehörige, Nachbarn und Psychiatrie-Erfahrene mit, Bürgern mit demenzieller Erkrankung, die eine 24-Stunden-Präsenz aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit brauchen, zu assistieren und sie zu pflegen.

Beispiele

Seit über zehn Jahren ist Frau B. an einer schizophrenen Psychose erkrankt. Sie lebt in einer Einrichtung (teilstationäres Wohnen) und konnte trotz aller Bemühungen bisher nicht in eine eigene Wohnung entlassen werden. Versuche, sie über konventionellen Zuverdienst zu stabilisieren, sind bisher gescheitert. Mit der Eröffnung einer neuen Wohnpflegegruppe in Geesthacht wurde Frau B. als Zuverdienerin in das Team bestehend aus Pflegekräften und Ergotherapeuten aufgenommen. Trotz einiger Krisen (zeitweilig zu intensiv gearbeitet, dadurch Ausfälle) hat sie sich in der Zwischenzeit durch diese Tätigkeit stabilisiert und ist Ende 2007 in eine eigene Wohnung gezogen.

Frau K. wurde nach einer Vergewaltigung und anschließender Schwangerschaft psychotisch und konnte die Altenpflegeausbildung nicht beenden. Seit dieser Zeit wurde sie in einem psychiatrischen Heim aufgenommen, unterbrochen von unzähligen Aufnahmen auf der psychiatrischen Abteilung. Zunehmend stabilisiert hat sie sich mit dem Wechsel in das teilstationäre Wohnen und dem Beginn ihrer Tätigkeit in einer Tagespflege auf Zuverdienstbasis, damit schon vor ihrer Entlassung aus der stationären Abteilung beginnend (ausgelagerte Arbeitstherapie). Zunächst stündlich, hat sie diese Tätigkeit im Laufe des letzten Jahres ausgebaut. Dies hat ihr so viel Selbstvertrauen gegeben, dass sie jetzt eine eigene Wohnung beziehen konnte.

Frau R. musste nach dem Tod ihrer Mutter in einem Pflegeheim stationär psychiatrisch wegen einer paranoiden Psychose behandelt werden. Sie hatte die Mutter fast täglich besucht und ist durch ihren Tod aus den Fugen geraten. Ähnliche Phasen hatte sie ebenfalls nach schwerwiegenden Veränderungen ihrer Lebenssituation, z. B. nach ihrer Scheidung. Von der Station aus hat sie in Form von ausgelagerter Arbeitstherapie in einer ambulanten Wohnpflegegruppe mitgeholfen, älteren Menschen zu assistieren, vor allem auch durch Mitarbeit in der Küche. Diese Tätigkeit trug zur weiteren Stabilisierung von Frau R. bei, sodass sie innerhalb kurzer Zeit aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. Von ihrer Wohnung aus nahm sie jedoch weiter die Tätigkeit in der ambulanten Wohnpflegegruppe/Haushaltsgemeinschaft wahr.

Frau F. ist in einer sehr konservativen, religiös geprägten Familie groß geworden, fast vergleichbar mit den Amish in den USA. Beruflich war sie als Bankkauffrau tätig, ist aber im Zuge der Umstrukturierungen des Bankenwesens psychisch krank geworden (schizoaffektive Psychose). Viele Monate brachte sie auf der Station zu und nur allmählich konnte sie sich »erholen«. Erschwert wurde dieser Prozess durch den Selbstmord der Mutter, die sich für die Krankheit der Tochter verantwortlich machte. Nach zwei bis drei Jahren brachte ich das Thema »Tätigkeit« ins Spiel. Sie entschied sich, die Ergotherapeuten während ihrer

wöchentlichen Sitzungen zu bekochen (was ich im Grunde genommen nicht nötig fand. Ich stellte mir Besuche älterer alleingelassener Menschen vor). Nach ca. einem Jahr zog sie von Geesthacht aus in ein Dorf im Schwarzwald und stellte sich quasi als »Gemeindeschwester« dem Dorf zur Verfügung. Sie holt bis heute ältere Menschen ab und bringt sie zum Arzt, kauft ein, steht für Sittungsdienste verschiedenster Art den Familien zur Verfügung etc., alles kostenlos, als Gegenleistung für die ihr gewährte Rente. Einmal im Quartal fliegt sie – früher wegen ihrer erzkonservativen Herkunft undenkbar – von Stuttgart aus nach Hamburg, um sich über die hiesige Institutsambulanz weiter betreuen zu lassen (Flug kostet 29 Euro).

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch aufgrund anthropologischer Gegebenheiten wirksam – sein will. Goethe beginnt den Faust mit der Feststellung, dass »am Anfang die Tat war« und Hegel konstatiert, dass das wahre Sein des Menschen seine Tat ist. Andere haben es auf die Formel gebracht »Jeder Mensch will notwendig sein«. Dörner und Elias gehen davon aus, dass jeder Mensch für andere Bedeutung haben will. Jörg Willi, sich auf Martin Buber berufend (das Ich bildet sich am Du), ist davon überzeugt, dass jeder in seinem Sein und Wirken beantwortet werden will (Beantwortetes Wirken). Im Kontext einer Arbeitsgesellschaft heißt dies vor allem entsprechend tätig zu sein.

Ausgehend von diesen anthropologischen Grundlagen des Menschen ist bei uns im Kreis während der letzten elf Jahre ein umfangreiches dezentrales Netz von Zuverdienstmöglichkeiten entstanden.

Grundsätzlich gehen wir dabei von der Person aus und erkunden mit ihr, was sie gerne tun und machen würde bzw., was sie gerne arbeiten würde.

Im nächsten Schritt versuchen wir mit dieser Person, ihre Wünsche und Vorstellungen umzusetzen. Bewährt sich dieses »persönliche Projekt«, wird es fortgeführt bzw. wird Element der Basisversorgung im Kreis. Gelegentlich ist es jedoch auch so, dass diese »persönlichen Projekte« nur der Zwischenschritt sind, um wieder auf dem Ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (z. B. Blumenladen bei einer Floristin, der letztendlich nicht realisiert werden musste).

Durch dieses Vorgehen ist im Kreis Herzogtum Lauenburg wie gesagt eine umfangreiche, vielfältige und dezentrale Arbeitslandschaft entstanden, die täglich von 200 bis 250 Bürgern genutzt wird.

Diese Arbeitslandschaft ist gleichzeitig das haltende Netz, aber auch Ausgangspunkt für den Sprung auf den Ersten Arbeitsmarkt. Misslingt dieser, kann jeder psychisch kranke Bürger nahtlos wieder in die zuvor verlassene Zuverdienstlandschaft einsteigen. Sie kann von der Station, von der Tageskli-

nik aus, der Wohnung aus genutzt werden, kurz: Sie steht jedem barrierefrei zur Verfügung, ohne Vorbedingungen.

Arbeitslandschaft: Dezentral, im Abstand von ca. 15 km

Geesthacht: Charlottenburgerstraße (Industrieservice)

- Marktstraße (Industrieservice)
- Wasch-Café (Café und Wasch-Service)
- Sparstrumpf (Secondhand)
- Galerie-Café im Krankenhaus
- Zuverdienst im Krankenhaus
- Garten- und Landschaftsbau
- Verwaltung und Wohnbüro (Immobilientherapie)
- Haushaltsgemeinschaften (Norderstr. und Berlinerstr.)

Schwarzenbek: Clubhaus

- Easy pack
- Ausgelagerte Arbeitstherapie in einem Betrieb
- Waldhaus
- Haushaltsgemeinschaften (Roseneck und Altes Pastorat)
- Zuverdienst in der TK

Lauenburg: Eisenheinrich (Industrie-Service; Café; Waschservice;

Secondhand; Blumenladen): Big Pack und Zweite Hand

- Transporte
- Sensible begleiten Sensible
- Haushaltsgemeinschaften »Alte Wache« und Büchener Weg

Lüttau: Ökologische Landwirtschaft

- Haushaltsgemeinschaft

Mölln: Lebenswelt mit Café und Tagungsräumen

- Garten- und Landschaftsbau
- Industrieservice und Gesundheitshelfer

Noch vor jeder anderen Therapie (auch vor Soteria, Home-Treatment und Psychopharmaka, etc.) ist bei uns Arbeit/Tätigkeit bzw. Bedeutung für andere haben, der wichtigste Halt gebende Faktor, weil *Hoffnung Sinn macht*.

Dies lässt sich auch an nackten Zahlen nachvollziehen (s. Abb. 1). Während die Fallzahl zwischen 1997 und 2007 von ca. 830 auf 1290 anstieg, ist die Verweildauer im stationären Bereich von 23 Tagen auf 13,5 Tage gefallen. Im selben Zeitraum blieb jedoch die prozentuale Verteilung der Wiederaufnahmen praktisch gleich: Zwischen 67 und 74 % der Patienten wurden während der letzten zehn Jahre nur einmal aufgenommen, ca. 15 bis 17 % zweimal, zwischen 6 und 8 % dreimal und mit leicht fallender Tendenz unter 4 % vier- und mehrmals. Trotz quasi Halbierung der Verweildauer hat sich diese Verteilung während der letzten zehn Jahre nicht geändert s. Abb. 2).

Arbeit (Dienstleistung) als Behandlung

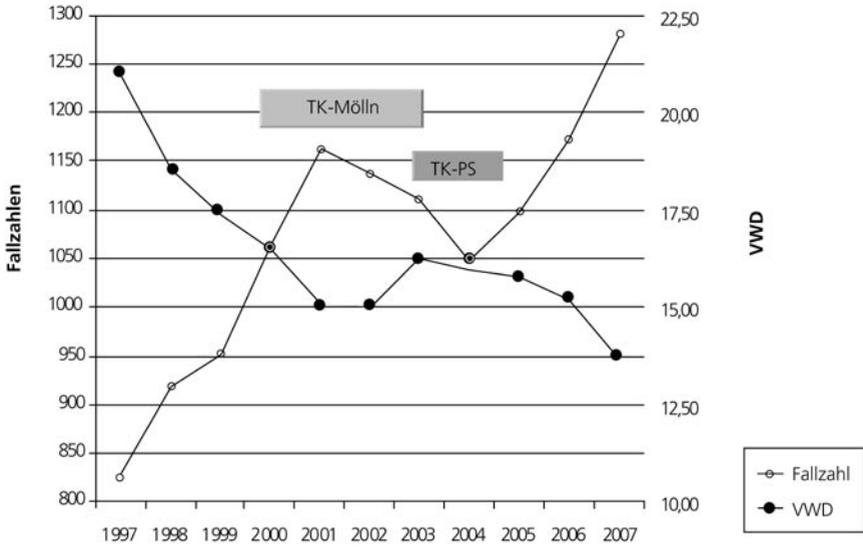


Abb. 1: Fallzahlen und VWD

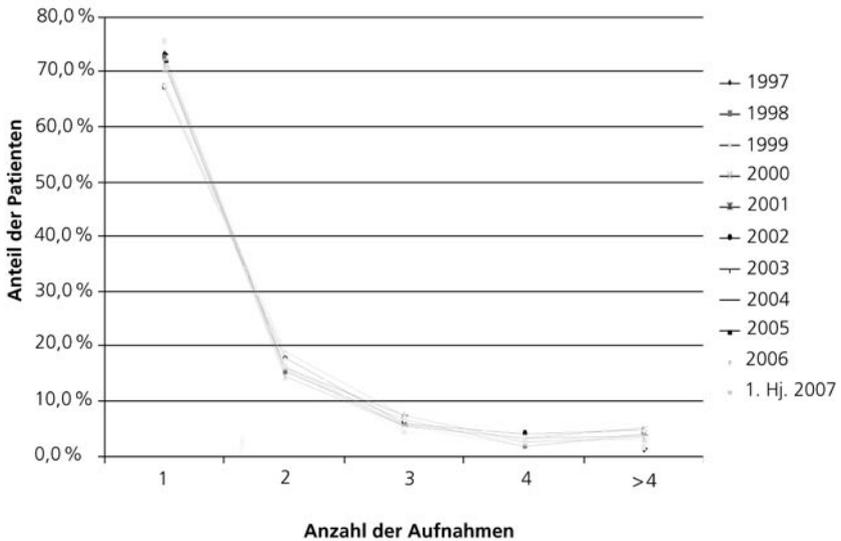


Abb. 2: Anzahl der Wiederaufnahmen PSY stationär

Mit anderen Worten: Das im ambulanten Bereich aufgebaute Netz, ausgezeichnet durch eine Vielzahl von Zuverdienstmöglichkeiten erlaubt es, die Verweildauern soweit zu verkürzen, dass Hospitalisationsschäden vermieden werden und salutogenetische Prozesse im Sinne von Recovery greifen.

Dies spiegelt sich auch an den Ausgaben für die Eingliederungshilfe wider: Der Kreis Herzogtum Lauenburg ist der einzige Kreis in Schleswig-Holstein, in dem die Kosten der Eingliederungshilfe während der letzten Jahre gesunken sind, von 2002 auf 2004 von 25 auf 21 Millionen. Gleichzeitig stiegen zwar die Ausgaben für ambulante Hilfen von 1,9 auf 4,4 Millionen an. Unter dem Strich spart jedoch der Kreis Eingliederungshilfe ein.

Jetzt könnte man natürlich behaupten, das ist die hervorragende Verwaltung im Kreis Herzogtum Lauenburg. Wenn man jedoch davon ausgeht, dass Verwaltungen im Land mehr oder weniger gleich gut funktionieren, ist das herausragende Merkmal, das den Kreis Herzogtum Lauenburg von anderen Kreisen unterscheidet, der intensive Ausbau des Zuverdienstnetzes. Dadurch müssen gerade auch in Kombination mit Immobilientherapie (Anmietung von Wohnraum durch den Verein Arbeit nach Maß von der Luxuswohnung bis hin zum Schäferwagen und Unter- bzw. Weitervermietung an die Patienten) immer weniger Patienten Heimplätze in Anspruch nehmen, was die Ausgaben gerade im stationären Bereich (Heimbereich) drastisch sinken lässt.

Im Zusammenhang mit ambulanten Wohnpflegegruppen mit 24-Stunden-Betreuungen entstehen jetzt zusätzliche Möglichkeiten als Zuverdienst, Mini-Job oder sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung kreisweit: Pro ambulanter Wohngruppe sind zwei bis acht psychisch kranke Bürger beschäftigt und helfen mit, älteren pflegebedürftigen Menschen zu assistieren. Einige arbeiten im Pflegebereich, andere im Haushaltsbereich, andere im Garten, andere bei der Renovierung der Wohnpflegegruppen, andere im Bereich der Hausverwaltungen bzw. Immobilientherapie. Nach dem Vorbild des Pflegedienstes »Weiße Feder« in München und im Anschluss an das Projekt »Sensible begleiten Sensible«, können jedoch immer mehr psychisch kranke Bürger im Pflegebereich eingesetzt werden. Einige lesen den älteren Menschen vor, andere gehen mit ihnen spazieren. Einige gehen mit ihnen einkaufen, kochen mit ihnen, andere pflegen im eigentlichen Sinn.

In Schweden gibt es auch zahlreiche Projekte, in denen geistig behinderte Menschen in ähnlicher Weise eingesetzt werden. Psychisch Kranken muss man allerdings die Möglichkeit geben, dass sie sich nach ihrem eigenen Tempo und nach ihren eigenen Wünschen und Kräften einbringen

und einsetzen können. Dann sind sie relativ zuverlässig und arbeiten umso besser. An Fließbandpflege zerbrechen viele bzw. versagen sie, weil sie sich nicht bestimmen können. Gerade deshalb bietet sich bei vielen Zuverdienst an (Arbeiten nach Lust und Laune, was zur Zuverlässigkeit bei psychisch kranken Menschen führt). Nichtsdestotrotz muss auch erwähnt werden, dass einige psychisch Kranke in reguläre sozialversicherungspflichtige Verhältnisse von Pflegediensten übernommen wurden (Frau B., Herr K. z. B.).

Diese Erfahrungen lassen nur den Schluss zu, dass psychisch Kranke Menschen bei entsprechenden Rahmenbedingungen auch im Dienstleistungsbereich, heißt im Kontext ambulanter Wohnpflegegruppen – tätig sein können.

Daraus ergeben sich zwei Perspektiven:

Bekanntlich macht die demografische Entwicklung allen Kommunen große Sorgen. Nicht nur die Zahl pflegebedürftiger Menschen mit demenzieller Entwicklung, die intensiv betreut werden müssen, wird während der nächsten zwölf bis 40 Jahren drastisch zunehmen. Bei uns im Kreis müssen z. B. 2020 voraussichtlich insgesamt 3660 Menschen intensiv betreut werden. Im Vergleich zu heute ist das ein Zuwachs von ca. 1500. Gleichzeitig wachsen auch nicht die jüngeren Frauen und Männer nach, die die alten Menschen pflegen und betreuen.

Nach Studien des Kuratoriums Deutscher Altershilfe und der Bertelsmannstiftung eignen sich aber für die Versorgung dieser Menschen konventionelle Heime – auch der vierten und fünften Generation – nicht besonders gut. Mittlerweile favorisieren das Kuratorium Deutscher Altershilfe und die Bertelsmannstiftung für diesen Personenkreis ambulante Wohnpflegegruppen mit 24-Stunden-Betreuung im jeweiligen Stadtteil unter Einbeziehung der Angehörigen und der Nachbarn (stadtteilbezogene Wohnpflegegruppen).

Legt man diese Konzepte für den Kreis Herzogtum Lauenburg zugrunde, brauchen wir hier im Kreis bis 2020 mindestens 100 ambulante Wohnpflegegruppen, dezentral über den Kreis verteilt. Bisher gibt es im Kreis schon 13 dieser Wohnpflegegruppen. Der Verein »Arbeit nach Maß« mietet für diesen Zweck kreisweit entsprechende Häuser an. Die Miete (Untervermietung) für einen Bewohner soll dabei nicht teurer sein als 250 Euro ohne Nebenkosten (Orientierung an der Grundversorgung). Wir kooperieren dann mit unterschiedlichen Pflegediensten der Region, um die 24-Stunden-Betreuung der Wohngruppe sicherzustellen. Gleichzeitig sind in jeder Wohnpflegegruppe Ergotherapeuten tätig. Dadurch ist die personelle Kontinuität in der Betreuung und Pflege rund um die Uhr gesichert.

Ein Platz/ Wohnung in einer solchen Wohnpflegegruppe kostet insgesamt nicht mehr als 2200 Euro pro Monat. Die Kosten eines vollstationären Heimplatzes in Schleswig-Holstein betrug 2005 durchschnittlich 2700 Euro.

Die Mitarbeiter der Wohnpflegegruppen und die Bewohner werden kontinuierlich von den Mitarbeitern der Institutsambulanz begleitet, wodurch Qualität und Supervision sichergestellt sind.

Zusammenfassung

Nach den Konzepten des Kuratoriums Deutscher Altershilfe und der Bertelsmannstiftung brauchen wir hier im Kreis Herzogtum Lauenburg mit 186 000 Einwohnern bis 2020 neben den schon bestehenden Heimplätzen (2000) mindestens 100 ambulante Wohnpflegegruppen mit 24-Stunden-Betreuung sowohl aus inhaltlichen Gründen als auch aus Kostengründen. Über 90 % der Bürger wollen dort leben und sterben, wo sie hingehören, nämlich zu Hause und nur ein Bruchteil wünscht sich die Pflege in einem Heim. Die Kommunen werden in Zukunft eine den Wünschen der Bürger entsprechende Begleitung, Assistenz und Pflege älterer Mitbürger gerade mit demenzieller Entwicklung nur durchführen können, wenn stadtteilbezogene Wohnpflegegruppen in genügender Zahl gegründet werden. Wie erwähnt ist die ambulante Wohnpflegegruppe nicht teurer als ein Heimplatz, bzw. sogar günstiger.

In den ambulanten Wohnpflegegruppen können dann auch die Angehörigen und Nachbarn problemlos, weil fußläufig gelegen, mit einbezogen werden, was Schuldgefühle bei den Angehörigen senkt, Sinn gibt und Kosten spart (Bürger-Profi-Mix). Aus psychiatrischer Sicht können dort zudem psychisch kranke Bürger im Zuverdienst oder in einem regulären Beschäftigungsverhältnis eingesetzt werden.

Wenn man für einen Kreis mit 186 000 Einwohnern 100 Wohnpflegegruppen für das Jahr 2020 zugrunde legt, entstehen auf diese Weise mindestens 200 bis 300 zusätzliche Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke Bürger.

Psychisch Kranke helfen also zusammen mit normalen Bürgern, die auf die Kommunen und die Bürger zukommenden Probleme im Kontext der demografischen Entwicklung zu lösen. Normale Bürger machen die Erfahrung, dass sie mit psychisch Kranken gut zusammenarbeiten können. Dadurch wird Stigmatisierung abgebaut und es entsteht dies, was wir alle wollen, nämlich *Community-Living*: Bürger und psychisch Kranke arbeiten

an einer gemeinsamen Aufgabe. Dadurch entsteht Begegnung statt Stigmatisierung, dementen Bürgern und ihren Angehörigen wird geholfen und die Kommunen werden in ihrer Daseinsvorsorge unterstützt, was sich auch volkswirtschaftlich nachhaltig und günstig auswirkt.

Jedoch entwickelt sich beiläufig noch eine andere Perspektive: Im Zuge der demografischen Entwicklung wird es immer mehr Menschen geben, die im Zuge ihrer demenziellen Entwicklung verwirrt, halluzinierend und mit paranoiden Symptomen mitten unter uns leben. Mit anderen Worten Verwirrtheit, inkohärentes Denken, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, Getriebensein, paranoide Ideen, Halluzinationen werden selbstverständlicher Bestandteil gesellschaftlichen Daseins. Damit wird jeder Bürger zwangsläufig mit Menschen vertrauter werden, die derartigen Symptome zeigen. In jedem Stadtteil wird es jedoch auch Wohngruppen geben, die Betreuung rund um die Uhr gewährleisten. Schon jetzt nutzen wir im Kreis Herzogtum Lauenburg diese Wohngruppen für Kriseninterventionen. Mit zunehmender Ausbreitung, zunehmender Differenziertheit und Unterschiedlichkeit bieten sich diese Wohngruppen ebenfalls für Kriseninterventionen vor Ort an. Damit braucht aber der eine oder andere psychisch Kranke nicht mehr in das Krankenhaus gehen, weil er die Wohngruppe als Kriseninterventionseinheit in seinem Stadtteil nutzen kann und wird.

Damit wird Psychiatrie wieder zunehmend selbstverständlicher Teil kommunalen Daseins werden: »Mit Träumen beginnt die Realität.« (Daniel Goeudevert)

Arbeit, Sucht und Rehabilitation

Ulrich Kemper

Die Bedeutung der Arbeit für Suchtkranke

Arbeit hat für alle Menschen eine hohe Bedeutung: Galt im Mittelalter die Arbeit als Mühsal, Last und Fluch, wurde sie in der Neuzeit über den Broterwerb hinaus Medium der Persönlichkeitsentwicklung und insbesondere auch der gesellschaftlichen Anerkennung. Das Herausfallen aus dem Erwerbsleben führt häufig zum sozialen Abstieg und oft auch zur Verringerung der sozialen Bezüge. Die soziologische Forschung der letzten Jahre hat vielfältig belegt, dass den sinnstiftenden, Wert und Anerkennung vermittelnden Funktionen der Arbeit, insbesondere für Suchtkranke und Suchtgefährdete eine hohe Bedeutung zukommt. Hierauf ist an anderer Stelle der Tagung schon ausführlich eingegangen worden.

Drei Aspekte seien noch einmal besonders hervorgehoben:

- **Kommunikative Funktion**
Arbeit führt zu sozialen Kontakten: Das Aufsuchen der Arbeitsstätte führt zwangsläufig zu Begegnungen und Kommunikation
- **Tagesstrukturierende Funktion**
Arbeit strukturiert den Tagesablauf
- **Soziale Bedeutung**
Durch die Erwerbsarbeit gewinne ich Bedeutung für andere, ich nehme eine Aufgabe in der Gesellschaft wahr, zahle Steuern usw. Klaus Dörner fasst zusammen: »Jeder Mensch will notwendig sein.«

Bezogen auf die Suchterkrankung stellt Arbeitslosigkeit einen doppelten Risikofaktor dar: Der Verlust des Arbeitsplatzes begünstigt zum einen die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Sucht auf der anderen Seite reduziert die Chancen zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit dramatisch. Anhaltende Arbeitslosigkeit wiederum gilt als aufrechterhaltender Faktor der Sucht.

Entwöhnungstherapie

Die ersten Einrichtungen zur Behandlung von Alkoholikern waren Arbeits- und Zuchthäuser. 1968 wurde der Alkoholismus durch höchst richterliche Rechtsprechung auch ohne Vorliegen körperlicher oder seelischer Folgeschä-

den als Krankheit anerkannt. Im Rahmen der Auseinandersetzung über die Zuständigkeit für die Kostenträgerschaft therapeutischer Maßnahmen wurde die Langzeitbehandlung Suchtkranker als Aufgabe den gesetzlichen Rentenversicherungen zugeordnet mit dem Argument, dass eine solche Therapie im Wesentlichen dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit diene. Zeitgleich setzte sich in der Sozialpolitik der Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« durch.

Bis heute werden ca. 90 % der Langzeitbehandlungen von den gesetzlichen Rentenversicherungen (RV) finanziert. Eine Kostenübernahme zulasten der RV wird nur dann bewilligt, wenn die Wiederherstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund steht. Ist dieses Ziel aufgrund der gesundheitlichen Voraussetzungen oder einer bereits bestehenden Altersrente nicht gegeben, können entsprechende Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen oder den Kommunen übernommen werden.

Entwöhnungstherapie – Inanspruchnahme und Ergebnisse

Die deutschen Einrichtungen der Entwöhnungstherapie gelten weltweit als einzigartig und bezüglich ihrer Erfolgsquote als unübertroffen. Diesem Ergebnis steht eine beeindruckend niedrige Erreichungsquote dieses Behandlungsangebotes gegenüber. Nach Wienberg werden nur 1,5–2 % der Alkoholabhängigen in entsprechenden Fachkliniken behandelt.

Weitere jeweils 6–8 % werden von Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen erreicht.

Im Jahr 2004 wurden 54 201 stationäre und 20 808 ambulante Entwöhnungstherapien durchgeführt. Die Arbeitslosenquote der Patienten in der Entwöhnungstherapie betrug ca. 50–80 % in der BRD allgemein ca. 9 %.

Entwöhnungstherapien gelten in hohem Maße als erfolgreich. Nach stationärer Behandlung wurde – bei planmäßiger Beendigung – bei 71,6 % der Alkohol- und 66,3 % der Opiat-Abhängigen 2005 eine Besserung der Symptomatik registriert.

Aus Sicht der Rentenversicherungsträger sind die Ergebnisse noch besser. Hier gilt eine Maßnahme immer dann als erfolgreich, wenn weitere Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden. Bei 63 % der stationär und 73 % der ambulant Behandelten wurde die Beitragszahlung lückenlos fortgesetzt, bei 26 % (stat.) und 19 % (amb.) lückenhaft. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass der Terminus »im Erwerbsleben verblieben« sich

auf die Beitragszahlung bezieht und keine Auskunft über das tatsächliche Vorhandensein eines Arbeitsplatzes gibt.

Aus den Sedos-Berichten, die eine detaillierte Erfassung auch katamnestischer Daten nach medizinischer Rehabilitation liefern, wird deutlich, dass bundesweit 40 % der Rehabilitanden nach Therapieabschluss weiterhin arbeitslos bleiben. Es ist davon auszugehen, dass somit 5–10 % der Rehabilitanden während oder unmittelbar nach der Therapie wieder einen Arbeitsplatz finden.

Eine erfolgreich abgeschlossene Rehabilitationsbehandlung mit dem Ergebnis einer abstinenter Lebensweise ist also bei Weitem keine Garantie mehr für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.

Entwöhnungstherapie – Methoden

Die Entwöhnungseinrichtungen arbeiten unter der konzeptionellen Federführung der gesetzlichen Rentenversicherungen. Hieraus resultieren klare Vorgaben an die Gestaltung der Therapie im Hinblick auf die Wiederherstellung oder den Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

Zahlreiche arbeitsbezogene Leistungen gehören zum Pflichtprogramm (nach SCHALLENBERG 2005): Klärung der berufsrelevanten Rahmenbedingungen, Arbeitsmarktbezogene Fachvorträge, Indikative Gruppe: Berufliche Orientierung, Berufliches/PC-Trainingscenter, Informationsveranstaltung für Adaption, Informationsveranstaltung für Nachsorgeregulungen, Stellenwechslerberatung, Erstellung eines individuellen Anforderungsprofils, Ermittlung möglicher Beschäftigungsfelder, Arbeitsplatzrecherche, Erstellen von Bewerbungen, Fort- und Weiterbildungsberatung, Umschulungsberatung, Klärung und Beantragungen von Maßnahmen bei Arbeitsamt oder Rentenversicherungsträger, Arbeitsplatzrecherche, Bewerbungsberatung, Existenzgründungsberatung.

Einige Therapieeinrichtungen haben aufgrund der Arbeitsmarktsituation Spezialprogramme entwickelt (KOLLING et al. 2002). Sie lassen sich unter das Motto stellen: »Erwerbsfähig, aber erwerbslos«. In speziellen Indikationsgruppen für Langzeitarbeitslose wird an einer Zukunftsplanung ohne Einbeziehung eines Arbeitsplatzes gearbeitet. Das therapeutische Ziel lautet: »Zufrieden leben lernen mit und ohne Arbeit.« Es gilt gemeinsam mit den Suchtkranken nach Arbeit jenseits des ersten oder zweiten Arbeitsmarktes zu suchen. Hier sind besonders die Zuverdienstfirmen und Beschäftigungsprojekte zu nennen. Zunehmende Bedeutung gewinnt aber auch die Suche

nach gesellschaftlich nützlicher und wertgeschätzter Tätigkeit »neben der Erwerbsarbeit«. Für Tätigkeiten dieser Art prägte BECK 2000 den Ausdruck »Bürgerarbeit«, dem ein erweiterter Arbeitsbegriff zugrunde liegt.

Suchtpatienten zwischen ALG I und ALG II

In Deutschland leben ca. 10,4 Millionen Menschen mit einem behandlungsbedürftigen Alkoholproblem (Alkoholabhängigkeit, schädlicher Konsum, riskanter Konsum). Dies entspricht 16 % der Menschen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren (Jahrbuch Sucht 2006).

Bei neu aufgetretener Arbeitslosigkeit werden im Regelfall während des Bezugs von ALG I keine Maßnahmen zum Abbau von Vermittlungshindernissen vorgenommen. Erst bei dem nach einem Jahr erfolgenden Wechsel in den Bezug des ALG II geht auch die Zuständigkeit von der Bundesagentur für Arbeit auf die SGB II-Arbeitsgemeinschaften (ARGE) über. Wurden früher chronisch abhängige suchtkranke Leistungsbezieher überwiegend finanziell unterstützt, ist es jetzt dezidiertes Auftragsziel der ARGE-Fallmanager, Vermittlungshemmnisse zu erkennen und zu ihrem Abbau beizutragen. Ein typisches Beispiel: In der ARGE Gütersloh (GT Aktiv) teilen sich Fallmanager und Arbeitsvermittler die Betreuung der Hilfebedürftigen. Beim Verdacht auf Vorliegen von Vermittlungshindernissen erfolgt die Zuweisung zum Fallmanager. Bei der GT Aktiv verteilen sich die Klienten zu ca. 40 % auf die Fallmanager und zu ca. 60 % auf die Arbeitsvermittler. Reguläre Hilfsangebote sind

- die Vermittlung in einen Arbeitsplatz
- die Vermittlung in eine Beschäftigungsmaßnahme
- das Angebot eines Kompetenztrainings über 14 Tage in Gütersloh (z. B. durch die Arbeitslosenselbsthilfe).

Durch den § 16 (2) SGB II ist die Suchtberatung als ein Leistungsangebot eingeführt. Die GT Aktiv hat sich dieser Aufgabe angenommen und gemeinsam mit den Suchtberatungsstellen und der Klinik ein Handlungsprogramm entwickelt. Wesentliche Kernpunkte sind:

- Schulung der beteiligten ARGE-Mitarbeiter
- Kooperationsvereinbarung mit Beratungs- und Behandlungsstellen
- Interventionsplan für suchtmittelauffällige Kunden
- Bausteine zur Eingliederungsvereinbarung
- Austausch durch Rückmeldebogen

Am Anfang stand die Schulung der Fallmanager und Arbeitsvermittler. Sucht ist eine stark mit Vorurteilen behaftete Erkrankung. Deshalb war es wichtig, zuerst die eigenen Mitarbeiter der Institution zu sensibilisieren. Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen und des Gesundheitsamtes des Kreises Gütersloh führten die Mitarbeiter der GT Aktiv in das Thema ein, verdeutlichten Hintergründe der Suchterkrankung, Behandlungsangebote, Besonderheiten und Probleme dieser Krankheitsbilder. Als Konzept für die Beratungsgespräche mit suchtgefährdeten Klienten wurde eine Interventionskette formuliert:

- Feststellen eines möglichen Hilfebedarfs
- Erkennen und Krankheitseinsicht
- Motivationsförderung zur Verhaltensänderung
- Motivationsförderung ambulanter Hilfen zu nutzen
- Motivationsförderung stationäre Hilfsangebot in Anspruch zu nehmen
- Unmittelbare Kontaktherstellung zu suchtberatenden und suchtbehandelnden Einrichtungen im Kreis Gütersloh

Kooperationsvereinbarung:

Zusammen mit der Caritas Sucht- und Drogenberatung, der Suchtberatung des Kreises Gütersloh und der LWL-Klinik Gütersloh entwickelte die GT Aktiv eine Kooperationsvereinbarung, die den Klienten ein rasches und zuverlässiges Beratungsangebot bietet. Im Rahmen der Schulung wurden die Mitarbeiter auch über die bestehenden Angebote der Beratungsstellen und der Klinik informiert. Die Kooperationspartner bieten ambulante Beratung, Gruppenangebote, Rehabilitationsbeantragung und ambulante Rehabilitation an. Von besonderem Nutzen ist für viele Klienten die Möglichkeit in Krisensituationen sofort in der Suchtabteilung der LWL-Klinik aufgenommen zu werden, auch mit der Möglichkeit des nahtlosen Wechsels in die tagesklinische Behandlung oder Entwöhnungstherapie.

Interventionsplan für suchtmittelauffällige Kunden

Gemeinsam mit den Mitarbeitern der Fachstelle für betriebliche Suchtprävention der LWL-Klinik Gütersloh wurde ein Interventionsplan entwickelt. Er sieht ein fünfstufiges Vorgehen vor, bei dem auf Basis der klientenzentrierten Gesprächsführung und der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick die Klienten dazu bewegt werden sollen, fachspezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ab dem dritten Gespräch wird von den

persönlichen Ansprechpartnern (PAP) der GT Aktiv auch auf mögliche leistungsrechtliche Folgen bei mangelnder Mitwirkung hingewiesen. Diese können ab dem vierten Gespräch eingeleitet werden.

Der Einsatz von einfühlendem Verstehen, motivierender Gesprächsführung aber auch von konstruktivem Druck und konsequentem Verhalten haben sich bisher bestens bewährt.

Bausteine zur Eingliederungsvereinbarung

Ziel der Gespräche mit dem Fallmanager ist es, die Klienten zur aktiven Mitarbeit bei der Beseitigung des Suchtmittelkonsums als Vermittlungshindernis zu bewegen. Im Rahmen des Durchlaufens der Interaktionsstufen schließt der PAP mit dem betroffenen Hilfeempfänger im Regelfall eine Eingliederungsvereinbarung ab. Für die suchtspezifischen Belange sind hierzu entsprechende Bausteine entwickelt worden. Hierin kann eine Verpflichtung zur Abstinenz während einer Arbeitsmaßnahme festgeschrieben werden, Alkoholkontrollen ebenso vereinbart werden wie die Wahrnehmung von Terminen in der Suchtberatungsstelle oder Institutsambulanz der Klinik. Letztlich kann auch auf leistungsrechtliche Konsequenzen hingewiesen werden. Die Bausteine haben sich als große Hilfe für die Mitarbeiter der ARGE erwiesen und schaffen klare Transparenz für alle Beteiligten.

Austausch durch Rückmeldebogen

Wenn sich Fallmanager und Klient im Rahmen der Eingliederungsvereinbarung darauf verständigt haben, dass der Klient Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle oder Behandlungsstelle aufnimmt und eine entsprechende Schweigepflichtsentscheidung unterschreibt, besteht die Möglichkeit, über einen Rückmeldebogen die Kommunikation zwischen ARGE und Beratungsstelle zu vereinfachen. Der Rückmeldebogen enthält neben dem Namen des Klienten Name, Telefonnummer und E-Mail-Anschrift des PAP sowie die Vereinbarung zwischen PAP und Klienten im Hinblick auf die Suchtberatungsstelle. Es geht dabei nicht um detaillierte Inhalte, sondern lediglich um die Rückmeldung, ob ein Beratungstermin wahrgenommen wurde und in welche Richtung sich die Beratung entwickelt. Es ist für den PAP wichtig zu erfahren, ob aus Sicht der Beratungsstelle ambulante Maßnahmen für ausreichend gehalten werden, ob ggf. eine stationäre Maßnahme indiziert ist.

Durch die Einführung des Handlungsprogrammes Sucht ist es der GT aktiv gelungen, die einzelnen Fallmanager und Arbeitsvermittler zu schulen und so frühzeitig motivierend eingreifen zu können. Durch die Kooperationsvereinbarung erfolgt unmittelbar und zeitnah eine Weiterbetreuung durch kompetente Institutionen der Suchthilfe. Die Ergebnisse sind durchweg positiv. ARGE-Mitarbeiter, Mitarbeiter der Beratungsstellen, der Klinik, und auch die Klienten beschreiben die Zusammenarbeit als fruchtbar.

Perspektiven für Nichterwerbsfähige

Wie dargestellt, bieten SGB II und III sowie der Bereich der medizinischen Rehabilitation (SGB IX) für Suchtkranke verschiedenste Handlungsoptionen.

Als problematische Gruppe stellt sich der Bereich der sog. chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitserkrankten (CMA) dar. Als für eine Erwerbstätigkeit nicht mehr vermittelbar, gelten sie oft gleichzeitig auch als nicht rehabilitationsfähig. Als mögliche Perspektiven sind zu sehen: Zuverdienstfirmen, Integrationsfirmen, Werkstätten für behinderte Menschen, »Bürgerarbeit«, und was noch?

Die Entwicklung von Hilfen für diese Gruppe ist Thema des Symposiums 2. Trotzdem soll an dieser Stelle kurz auf eine besondere Gruppe hingewiesen werden. Dies sind Menschen, die als nicht abstinentfähig gelten oder zum aktuellen Zeitpunkt nicht bereit sind, auf ihren Alkohol- oder Drogenkonsum zu verzichten. Zu dieser Gruppe zählen insbesondere auch Patienten mit komorbiden Störungen (d. h. dem Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung wie einer Psychose oder einer anderen schwerwiegenden psychischen Erkrankung und einer Abhängigkeitserkrankung). Die so Betroffenen verfügen über das besondere Talent, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Zuverdienstfirmen oder Werkstätten für behinderte Menschen Grenzen ihrer Institutionen aufzuzeigen, denn in diesen Einrichtungen sind oft zweierlei Dinge wichtig: Zum einen ein relativ regelmäßiges Erscheinen, zum anderen das Einfügen in ein Sozialgefüge. Beide Verhaltensweisen sind bei suchtkranken Menschen oft nicht gegeben.

Am erfolgreichsten hat sich in Gütersloh das Angebot des Zuverdienstes, kombiniert mit einer Tagesstätte bewährt. An Arbeitsplätzen ohne hohe Gefährdung durch Maschinen und mit nur eingeschränkter Bedeutung von Teamfähigkeit können Patienten hier stundenweise und ohne Voranmeldung arbeiten oder auch nur vorbeikommen und Kaffee trinken.

Auch wenn es für die betreuenden Ergotherapeuten und Sozialpädagogen oft schwer erträglich ist, dass das hier erarbeitete Geld vielleicht unmittelbar in den Erwerb von Alkohol oder Cannabis fließt, ermöglicht die Zuverdienstfirma den Kontakt zu den Betroffenen und so vielleicht auf längere Sicht eine Perspektivänderung, insbesondere da diese Klienten von sich aus höherschwellige Angebote wie die Suchtberatungsstelle oder sonstige fachspezifische Hilfe eher selten in Anspruch nehmen.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE; SCHMIDT-ZADEL, Regina; PÖRKSEN, Niels (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben, 2002, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- BECK, Ulrich (Hrsg.): Die Zukunft von Arbeit und Demokratie, 2000, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2006, Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht
- GT aktiv; ERDSIEK, Rolf: Kooperationsvereinbarung zwischen den Sucht-, Drogen- und Psychiatrischen Beratungsstellen und der GT aktiv GmbH, 2006, Gütersloh
- HENKEL, Dieter: Zur Geschichte und Zukunft des Zusammenhangs von Sucht und Arbeit; in DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (Hrsg.): Sucht und Arbeit – Prävention und Therapiesubstanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt, 2001, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- KOLLING, Rita; LINDENMEYER, Johannes; ZIMDARS, Petra: Erwerbsfähig, aber erwerbslos – spezifische Therapieangebote für Langzeitarbeitslose; in FACHVERBAND SUCHT e. V. (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen, 2002, Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht
- LWL-Integrationsamt – Fachdienst für betriebliche Suchtprävention; TOPMÖLLER, H.; KNÖBEL, H.-D.; MARTIN, K: Alkohol und andere (Sucht-)Probleme am Arbeitsplatz, 2001, Eigendruck, Münster
- SCHALLENBERG, Helga: (Re-)Integration ins Erwerbsleben von Suchtkranken: Zielvorstellungen und Anforderungen an Struktur- und Ergebnisqualität; in FACHVERBAND SUCHT e. V. (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern – fordern – sichern, 2005, Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht
- WIENBERG, Günther: Die »vergessene Mehrheit« heute – Teil II: Zur Situation der traditionellen Suchtkrankenhilfe; in WIENBERG, Günther; DRIESSEN, Martin: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen, 2001, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Stellenwert der Arbeit im Rahmen von Krankenhaus-Behandlung

Karsten Groth

Strukturell geht der Stellenwert der Arbeit – sprich: der Arbeit der Patienten und derer Arbeitsintegration – im Krankenhaus gegen null. Woran liegt das?

Sie können davon ausgehen, dass die Berufsgruppen der im medizinischen System Tätigen über eine gehörige Portion Abneigung bis Abwehr gegenüber einfachen, angelernten und gewerblichen Arbeiten verfügen. Und darum handelt es sich in der Regel, wenn wir über die Arbeit der Patienten nachdenken. Da hört der Ergotherapeut dann schon mal den Satz, dass man diese oder jene Tätigkeit dem Patienten doch nicht zumuten könne.

Das Krankenhaus verfügt darüber hinaus über eine Ökonomie, die nicht automatisch zur Ökonomie beruflicher Eingliederungs- und Arbeitsprozesse passt. Die Ökonomie der Arbeit bedarf ausreichender Zeit, damit sich darin die Ressourcen und Fähigkeiten, aber auch die Arbeitsprobleme und Schwierigkeiten der Patienten entfalten können. Aber die Zeit ist knapp geworden in den Krankenhäusern, und die Binnenökonomisierung verhindert es inzwischen, dass die »schnellen« Bereiche die »langsamen« Bereiche mit finanzieren können. Die Arbeit der betroffenen Patienten gehört sicherlich zu den langsamen Bereichen. Wir wissen, dass z. B. die Arbeitstherapie ihre Wirkung erst über längere Zeiträume entfalten kann und einer fachlichen Differenzierung im Angebot bedarf, die in reinen stationären Settings nicht mehr darstellbar ist. Bedenkenswert auch, dass sich die Ökonomie des Krankenhauses eher über eine deutliche Darstellung der Pathologie rechnet als über das positive Hervorheben von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Arbeitsbereich.

Womit wir bei einer dritten Erklärung wären: Die Krankenhauspsychiatrie orientiert sich an der Psychopathologie ihrer Patienten, nicht am sozialen Funktionsniveau. Die diagnostischen Kriterien des ICD sind das Maß aller Dinge, nicht die der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Nur selten finden wir in den Abschlussberichten neben der Beschreibung der Psychopathologie eine ebenso ausführliche Beschreibung der arbeitsbezogenen Ressourcen und Hinweise zu arbeitsbezogenen Perspektiven der Patienten. Was Erbringer und Leistungsträger von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben immer wieder beklagen.

Wenn das nicht an allen Krankenhäusern gleich ist, im Stadt-Land-Ge-fälle unterschiedlich und in regionalen Versorgungsstrukturen vermutlich weniger ausgeprägt als an den der Forschung verpflichteten Universitätsklini-ken, dann liegt das in der Regel wohl daran, dass »Arbeit« dort einen größeren Stellenwert in der Krankenhausbehandlung innehat, wo von engagierten Fachleuten explizit entsprechende Strukturen in dieses medizinische System implementiert wurden. Ausreichend scheinen diese Strukturen allerdings nicht zu sein. Denn sonst würde die APK im Rahmen ihrer Projekte nicht darüber klagen müssen, dass es eben gerade im Bereich der Übergänge von der Krankenhausbehandlung in den Alltag und in das Arbeitsleben von psy-chisch erkrankten Menschen erheblich an der notwendigen Unterstützung und fachgerechten Begleitung mangelt.

Welches sind die argumentativen Stützen, auf die man sich besinnen sollte, um mit Engagement und Überzeugungskraft entsprechende arbeits-und alltagsorientierte Strukturen im Bereich der Krankenhausbehandlung zu schaffen?

- Mängel im Bereich des Übergangs von Krankenhausbehandlung in wei-terführende arbeitsintegrative Therapie- und Unterstützungsformen.
- Die Beschäftigungsquote der sich in psychiatrischer Krankenhausbehand- lung befindlichen Patienten ist mit ca. 15–25 % erschreckend niedrig. Der Bericht der Hamburger ambulanten Suchthilfe beschreibt, dass trotz hoher Abstinenzraten 70 % ehemaliger Heroinkonsumenten und 45 % ehemali-ger Alkoholkonsumenten arbeitslos sind. Es bedarf dringend begleiteter Wiedereingliederungsmaßnahmen für Abhängige in den Arbeitsmarkt, um die hohe Abstinenz der ehemals Süchtigen aufrechtzuerhalten.
- Die Rehabilitation fängt in der Klinik an. Rehabilitation ist das – und das haben wir schon auf dieser Tagung gelernt – was wir hier und jetzt und sofort für einen betroffenen Menschen tun können. Und nicht etwa das, was wir erst in drei oder vier Jahren tun können.
- Das Kreiskrankenhaus Gummersbach hat seine »Teilstationäre Ar-beitstherapie« (TAT) immer auch damit begründet, dass die TAT den Patienten die Möglichkeit bietet, ihre berufliche Identität auch in der gesundheitlichen Krise zu bewahren. Gerade dann, wenn sie sie viel-leicht am nötigsten haben. Und von Hermann Mecklenburg haben wir gelernt, dass eine sog. »entsendende« Einrichtung – wie eben auch ein Krankenhaus – so lange zuständig und in der Verantwortung bleibt, bis der Betroffene – hier der Patient – eine gesicherte (berufliche) Perspektive für sich gefunden hat.

- Und nicht zuletzt lohnt es sich immer wieder, auf Jahodas Studie über die »Arbeitslosen von Marienthal« zurückzugreifen. Sie beschreibt dort die psychologischen Funktionen der Erwerbsarbeit, welche die psychische Stabilität und Funktionalität des Menschen stützen und befördern. Das lernen wir auch aus anderen Studien zu den teils verheerenden Folgen der Arbeitslosigkeit. Arbeit gewährt Teilhabe an (kollektiven) Zielen und Zwecken, die über den ganz persönlichen Rahmen hinausgehen, sie legt Aspekte des sozialen Status und der Identität fest und sie erzwingt Aktivität. All das könnte gut aus einem psychiatrischen Lehrbuch stammen, und tatsächlich wissen wir ja aus der aktuellen psychiatrischen Forschung, dass Arbeitstherapie und unterstützte Beschäftigung (supported employment) zu einer zeitgemäßen medizinischen Behandlung dazugehören.

Was gehört nun zu den strukturellen Grundbedingungen, die eine Klinik entweder allein oder in Kooperation mit anderen regional verbundenen Institutionen oder Trägern vorhalten muss, um dem Stellenwert von »Arbeit« in der Krankenhaus-Behandlung einen angemessenen Raum zu geben? Ich beziehe mich dabei auf ein Modell, das wir am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) erfolgreich aufgebaut haben. Was gehört dazu?

- Eine ausreichend differenzierte Ergotherapie und Arbeitstherapie, die stationsbezogen und personenzentriert in vielfältiger Weise kreativ, gestalterisch (... nicht jeder muss arbeiten!), in differenzierter Form arbeitsorientiert und im Bereich der sog. »Aktivitäten des täglichen Lebens« (ATL) wirksam werden kann.
- Einige Plätze im Sinne einer handlungs- und arbeitsorientierten Tagesklinik, die es ermöglicht, stationäre Patienten der AT zur rehabilitativ ausgelegten Weiterbehandlung zu übernehmen, in Krisen flexibel und kostendeckend auf Bedarfe schon ambulanter Patienten zu reagieren und zeitintensive Belastungserprobungen zu gewährleisten. Natürlich auch um den weniger Sprachorientierten eine tagesklinische Behandlung zu ermöglichen.
- Eine Praxis für Ergotherapie, die es den Patienten ermöglicht, ambulant all das in der Ergo- und Arbeitstherapie zu nutzen, was sie auch stationär nutzen konnten oder könnten. Sie ist neben der Institutsambulanz der eigentliche »Brückenkopf« des Krankenhauses in der Region, sie ermöglicht die individuelle Begleitung in das häusliche Umfeld oder zu Institutionen und anderen Reha-Angeboten. Und wenn's gut läuft, ist sie auch vertraglich so gut mit der stationären Ergotherapie verknüpft,

dass der Patient bei einem Statuswechsel »seinen« Therapeuten nicht wechseln muss.

- Um den komplexen Bedarfen psychisch erkrankter Menschen auch außerhalb eines stationären bzw. teilstationären Settings gerecht werden zu können, muss auch die ambulante Arbeit der Ergotherapie durch Leistungen der Institutsambulanz abgesichert und unterstützt werden. Damit wird nicht für alle, aber für viele Patienten die ambulante Ergotherapie durch sozio-, psycho- und pharmakotherapeutische Behandlungen im Sinne einer ganzheitlichen Arbeit mit den Patienten ergänzt. So können die vielen Widrigkeiten auf dem Weg in eine berufliche Teilhabe konstruktiv und im direkten Kontakt mit der Arbeit therapeutisch bearbeitet werden.
- Wir haben am UKE zudem positive Erfahrungen gemacht mit einem der Klinik angegliederten Trägerverein, der auch noch gleich eine Integrationsfirma nach SGB IX oder ein anders gestricktes Arbeitsprojekt mit im Gepäck hat, in dessen Rahmen ein ganz konkretes und außerhalb der Therapie gelegenes Arbeitsangebot gemacht wird. Dies gilt auch für die vielen Praktika im Rahmen der ambulanten Ergotherapie.

Wir haben dieser Kooperation unterschiedlicher Träger und unterschiedlicher Einheiten der Klinik in einer Führungsstruktur die Bezeichnung »Hilfen aus einer Hand« gegeben. Das gibt wieder, welchen Stellenwert »Arbeit« in einem kliniknahen Kontext immer haben wird: Neben der produktiven Arbeit der – wo auch immer – beschäftigten Mitarbeiter ist die Arbeit dort doch auch immer Mittel der Therapie, ein Medium, das in seiner Wirkung an die von Jahoda beschriebenen Funktionen der Erwerbsarbeit anknüpft.

Am Anfang standen Sparmaßnahmen, die Motivation der Klinik durch Zusammenlegungen Synergieeffekte zu erzielen und Kosten zu sparen. Aber es gab den festen Willen, die klinische Ergotherapie und die Arbeitstherapie über reine diagnostische Funktionen hinaus zu erhalten. Aus der Ergo- und Arbeitstherapie selbst kam die Motivation, neben der Ambulanz ein Behandlungsangebot an der Schnittstelle von Klinik und ambulanter Weiterbehandlung zu schaffen. Es sollte längerfristige und statusübergreifende Behandlungen bei personeller Konstanz ermöglichen, es sollte handlungsorientiert und (arbeits-)rehabilitativ sein, tagesstrukturierend, sinnstiftend und realitätsnah. Dabei gemeindenah und diagnoseübergreifend. Größter Wunsch des Trägervereins war es dann, auch tatsächlich Arbeitsplätze des allgemeinen und des besonderen Arbeitsmarktes bereitzustellen.

VI (Er-)Findung von Arbeitsplätzen

Einleitung

Petra Gromann, Anton Senner

Als Einstieg in dieses Thema weisen wir zunächst auf einige Entwicklungen in Deutschland hin. Da ist zunächst das Anwachsen der Zahl von (diagnostizierten) psychischen Erkrankungen, ebenso der Zahl der Berentungen aus psychischen Gründen. Die Prognosen lassen keine Trend-Umkehr erwarten. Die Zahl der Betroffenen steigt also. Infolgedessen nimmt auch der Bedarf an *geeigneten* Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu.

Auf der anderen Seite ist in der Arbeitswelt das Abnehmen des Sektors »Einfacharbeit« ebenso stetig zu beobachten. In zwei bis vier Jahren wird sich die Konkurrenzsituation – gerade im Segment der Einfacharbeit – auf dem Arbeitsmarkt deutlich erhöhen: Freizügigkeit der Arbeits- und Wohnortwahl innerhalb der EU.

Für Menschen in Deutschland mit langdauernden Leistungsminderungen und schlechter Ausbildung vermindern sich also die Chancen.

Hinzu kommt, dass die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen in Krisenzeiten stärker steigt und sich in Zeiten der Prosperität weniger verringert als im Durchschnitt. Trotz SGB IX und anderen Schritten zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung muss festgehalten werden: Die Bereitschaft der Politik und der öffentlichen Verwaltung zur Bereitstellung von wachsenden Ressourcen zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe behinderter Menschen sinkt.

Auch deshalb – wegen der wachsenden Kosten – sind die institutionellen Systeme der beruflichen Rehabilitation in einer Legitimations»krise«. Vor allem die Berufsförderungswerke mussten krasse Einschnitte hinnehmen. Der Trend weist in Richtung des Allgemeinen Arbeitsmarktes: Qualifizierung, Ausbildung, Arbeit (von niedrigschwellig bis niveauevoll).

In diesem Symposium soll deshalb aus verschiedenen Blickwinkeln die Frage betrachtet und evtl. auch beantwortet werden. Wie lassen sich

- die Vermittlung in Arbeit
- die Sicherung von Arbeit
- und die Strukturierung der Arbeit

für Menschen mit psychischen Erkrankung angemessen und qualitativvoll organisieren?

Moderne Dienstleistungen – der Verbund der Embrace Hotels

Axel Grassmann

»Integrative Hotels machen gemeinsame Sache«

Elf integrative Hotelbetriebe aus Deutschland haben den Verbund der Embrace Hotels Anfang 2007 gegründet. Als integrativ verstehen sich diese Hotelbetriebe, weil sie mehr als 25 % Beschäftigte mit Schwerbehinderung haben. Neben der gemeinsamen und professionellen Außendarstellung, der Positionierung auf dem Markt und dem regelmäßigem Erfahrungsaustausch untereinander, steht die Erhaltung und Schaffung von neuen Arbeitsplätzen für behinderte Menschen in der Hotellerie sowie die Förderung von Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung im Vordergrund.

Das Leitbild ist: *Für uns steht die Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung im Vordergrund. Durch die besondere Idee unserer Betriebe ist Barrierefreiheit im Sinne des Wortes selbstverständlich. Viele unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Menschen mit Behinderung und werden je nach ihren Fähigkeiten im gesamten Hotelbetrieb eingesetzt. Wir möchten allen unseren Gästen, neben dem Gefühl willkommen zu sein, auch ein besonderes Gefühl von Menschlichkeit mit nach Hause geben.*

Neben den integrativen Hotelbetrieben mit dem Zusatz der Gemeinnützigkeit, die Mitglied im Verbund der Embrace Hotels werden können, haben mit Vereinsgründung ab 01.01.2008 auch Institutionen und Verbände, die die Gründung eines Betriebes anstreben, die Möglichkeit eine passive Mitgliedschaft zu erwerben.

Passive Mitglieder können an den jährlichen Workshops teilnehmen und profitieren von persönlichen Kontakten und dem Erfahrungsaustausch in kompetenter Runde. Fachliche Beratung und Unterstützung sind in dieser Runde selbstverständlich. Alle anderen Leistungen und Markenrechte treten erst mit Eintritt zur vollen Mitgliedschaft in Kraft. Passive Mitglieder zahlen die Hälfte des Jahresbeitrages und keine Aufnahmegebühr.

Leistungen des Verbundes

- Internetpräsenz (www.embrace-hotels.de) und professionelle Außendarstellung
- Gemeinsame Vermarktung und Erstellung von Öffentlichkeitsmaterialien

- Teilnahme an Workshops
- Erfahrungsaustausch und Beratung
- Pressearbeit

Daten und Fakten (Stand November 2007)

- Zahl der Mitgliedsbetriebe: 12 Hotelbetriebe
- Zimmeranzahl: 315
- Bettenanzahl: 659
- Mitarbeiteranzahl: 195 Mitarbeiter/-innen –
davon 130 mit Behinderung

Gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung

Sabine Kanzler

Dass sich 1999 die Brücke gGmbH für den Bereich Gastronomie und Freizeit entschied, war eher dem Zufall und den Umständen zu verdanken: Gerade als man sich entschied eine Integrationsfirma in Neumarkt anzusiedeln, endete die Landesgartenschau in Neumarkt. Auf dem Parkgelände lag auch ein Café mitten im See. Allen Beteiligten war klar, dass kaum ein »normaler« Gastronom in der Lage sein würde, dies sehr wetterabhängige Objekt wirtschaftlich sinnvoll zu betreiben.

Und natürlich hatte auch die »Brücke Gastronomie und Freizeit gemeinnützige GmbH« sehr schnell das Problem, dass zwar in den Sommermonaten gute Umsätze erwirtschaftet werden konnten, in den Herbst- und Wintermonaten jedoch kaum Einnahmen zu verzeichnen waren.

Im Laufe der Jahre sind immer neue Betriebsteile entstanden. Aus Mangel an anderen Möglichkeiten jedoch immer eher wetterabhängig: eine Minigolfanlage, ein Weinkeller (nicht beheizt), verschiedene Kioskbetriebe, eine Museums-Gartenschänke und ein kleiner Laden mit sehr speziellen Produkten aus den Partnerstädten der Stadt Neumarkt. Weil es aber klar war, dass mit den dort erwirtschafteten Umsätzen Stammpersonal nicht dauerhaft zu finanzieren ist, wurde an verschiedenen Lösungsansätzen für dieses Problem gearbeitet.

Immer wieder wurde auch überlegt, mit Teilen der Integrationsfirma in den Bereich des produzierenden Gewerbes oder des Handwerks zu wechseln. Diese Überlegungen scheiterten jedoch immer schnell, wenn es um konkrete Fragestellungen wie »Investitionskosten« und »fachliches Know-how« dafür ging. Eine neue Firmenstruktur mit Leitung und Anleitern aus den Fachbereichen, neue Firmenräume und Maschinen wären kaum finanzierbar gewesen.

Gerne ging die Brücke gGmbH deshalb auf das Kooperationsangebot des örtlichen diakonischen Werkes ein: zwei ihrer psychisch erkrankten Mitarbeiterinnen sollten im neu eingerichteten »Leb-mit-Laden« (ähnlich »Tafel«) ihre in der Gastronomie erworbenen Fähigkeiten im Umgang mit Kunden und mit Nahrungsmitteln einbringen. Die Gehaltskosten wurden vom diakonischen Werk an die Brücke zurückerstattet.

Nach den ersten positiven Erfahrungen, die aus dieser Kooperation resultierten, entstand die Idee, diese Möglichkeit des »Entleihens« von Ar-

beitskräften dem Integrationsbetrieb und den psychisch erkrankten Mitarbeitern nutzbar zu machen – die integrative, gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung.

Im Gegensatz zu Zeitarbeit geht es hier allerdings nicht darum, Produktionsspitzen oder Personalengpässe in Betrieben des freien Arbeitsmarktes aufzufangen. Die Ziele sind vielmehr:

- Arbeitnehmern mit Behinderung den Übertritt in den 1. Arbeitsmarkt erleichtern
- einen geschützten Rahmen in einem ungeschützten Arbeitsfeld bieten (sozialpädagogische Betreuung)
- die Betriebe und deren Mitarbeiter in der ersten Zeit unterstützen, wenn es um spezielle Probleme im alltäglichen Umgang mit den behinderten Kollegen geht (informieren, beraten)
- Firmen und Mitarbeitern mit Behinderung ein gegenseitiges Kennenlernen ermöglichen, ohne zunächst eine feste Vertragsbindung mit entsprechenden Risiken notwendig zu machen

Aus dem Kreis der Gewerbetreibenden im Stadtgebiet Neumarkt (z. B. Einzelhändler im Altstadtbereich) ist immer wieder zu hören, dass eine prinzipielle Bereitschaft zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderung besteht, dass aber bei erschwerten Kündigungsbedingungen kaum einer bereit ist, »die Katze im Sack zu kaufen«.

In der gemeinnützigen Arbeitnehmerüberlassung bleiben die Mitarbeiter im geschützten Rahmen der Integrationsfirma, Coaching eingeschlossen, werden aber als »Leiharbeiter« in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt.

Für den Start dieses Projektes konnten zunächst Mittel aus dem Förderpotopf »LOS« im Rahmen der »sozialen Stadt« gewonnen werden. Eine wichtige Anschubhilfe, zumal die Abklärung der rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. wird eine Genehmigung durch die Bundesagentur benötigt, wird die Gemeinnützigkeit der Integrationsfirma betroffen sein, wie müssen Verträge mit den entleihenden Firmen aussehen?) wesentlich mehr Zeit in Anspruch nahmen als ursprünglich angenommen.

Erst im zweiten Förderzeitraum des LOS-Projekts konnte dann mit der praktischen Umsetzung begonnen werden. Der erste Mitarbeiter wurde in eine ortsansässige Öko-Brauerei vermittelt, um dort handwerkliche Tätigkeiten unter Anleitung eines Facharbeiters zu erledigen.

Leider zeigten sich bereits nach kurzer Zeit die ersten Schwierigkeiten: Nicht die Firmenleitung, wohl aber die Mitarbeiter der Firma hatten Proble-

me, den körperlich und psychisch behinderten Mitarbeiter zu akzeptieren. Obwohl sie angebliche Leistungsdefizite vorschoben (die allerdings weder qualitativ noch quantitativ belegbar waren), ging es hier hauptsächlich um die Angst, dass den Angehörigen der Firmenmitarbeiter die Gelegenheit für Nebenjobs genommen würde. Trotz Interventionen der zuständigen Sozialpädagogin konnte die Situation nicht verbessert werden, sodass dieser erste Versuch abgebrochen werden musste.

Der Brauereibesitzer allerdings war von der Idee der gemeinnützigen Arbeitnehmerüberlassung so überzeugt, dass er in einer neuen Firmenbeteiligung, bei der es um innovative Öko-Zusammenhänge (Zucht von Shi-Take-Pilzen auf Brauereimaische) gerne wieder auf unsere Mitarbeiter/-innen zurückgriff.

Diese Zusammenarbeit läuft nun schon erfolgreich seit gut zwei Jahren und eine erste Festanstellung steht zum Beginn des Jahres 2008 an. Die Pilzzucht wird sogar in die Kellerräume unseres neuesten Projekts – dem Hallenspielplatz Neumarkt – einziehen, sodass die »entliehenen« Mitarbeiter auch wieder eine Anbindung an das Gesamtteam haben werden.

Auch die Mitarbeiter in der Brauerei haben einen Teil ihrer Ängste inzwischen ablegen können, sodass auch dort wieder die Möglichkeit einer Beschäftigung (Leergut sortieren, Flaschen reinigen) besteht.

Momentan befinden wir uns in Verhandlungen, mit einem gastronomischen Dienstleister, der gerne Personal aus der integrativen gem. Arbeitnehmer-Überlassung in seinen Betrieben einsetzen möchte.

Zurzeit ist es noch so, dass wir einen Mitarbeiterpool haben, und im Falle einer Anfrage durch eine mögliche Entleihfirma überlegen, welcher unserer Mitarbeiter dort gut hinpassen würde. Unser Ziel ist es, eines Tages einen Firmenpool zu haben, um im Falle einer Anfrage eines psychisch beeinträchtigten Mitarbeiters zu überlegen, in welche der Firmen er am besten passen würde.

Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit durch »Bürgerarbeit«

Sylvia Kühnel

Trotz sinkender Arbeitslosenzahlen in ganz Deutschland steigt der Anteil der Langzeitarbeitslosen immer noch weiter an. Dies belegt deutlich, dass ein bestimmter Personenkreis weiterhin nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden kann, weil Alter, Qualifikation, gesundheitliche Probleme und weitere Hemmnisse als immer noch unüberwindbare Hürde für den Ersten Arbeitsmarkt gelten.

Mit dem Projekt »Bürgerarbeit« wurde ein ganzheitlicher, vierstufiger Ansatz konzipiert, der dieser Personengruppe wieder eine dauerhafte Chance bietet, gleichzeitig aber auch zur Aktivierung aller Arbeitslosen einer bestimmten regionalen Einheit dient.

Zunächst werden alle Arbeitslosen zu einem Beratungsgespräch in die Agentur für Arbeit oder ARGE eingeladen.

In der *ersten Stufe* wird die aktuelle Situation der Betroffenen intensiv geprüft und ausgelotet, welche Chancen diese Menschen am Arbeitsmarkt haben.

In der *zweiten Stufe* werden die marktnahen Kunden zeitnah vermittelt.

Kunden, deren Integration in den Ersten Arbeitsmarkt am Fehlen bestimmter Qualifikationsbausteine scheitert, erhalten im Rahmen der *dritten Stufe* sehr zeitnah eine entsprechende Fortbildungsmaßnahme.

Erst wenn dies nicht zum Ziel führt und eine Eingliederung in den Ersten Arbeitsmarkt auch mittelfristig nicht abzusehen ist, wird »Bürgerarbeit« als *vierte Stufe* angeboten. Die betreffenden Arbeitslosen erhalten das Angebot einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im gemeinnützigen Bereich der jeweiligen Kommune.

Die Beschäftigungsfelder werden nach strengen Maßstäben und im Einvernehmen mit allen Akteuren des regionalen Arbeitsmarktes ausgesucht. Oberste Maßgabe dabei ist es, Arbeitsplätze der freien Wirtschaft nicht zu ersetzen. Es sollen keine Arbeiten erledigt werden, die den örtlichen Wirtschaftsunternehmen als Auftrag verloren gehen könnten. Ausgewählt werden ausschließlich Beschäftigungen in gemeinnützigen Bereichen wie z. B. Vereinen, Kirchen oder in der Senioren- und Jugendbetreuung. Die Fähigkeiten und Kenntnisse des Einzelnen sollen dabei so weit als möglich Berücksichtigung finden.

Zugleich werden auch weiterhin Bestrebungen der betreffenden Personen zur Integration in den Ersten Arbeitsmarkt fortgeführt und unterstützt.

Das Entgelt für die Beschäftigung wird derzeit als Pauschale in Abhängigkeit von den Qualifikationsanforderungen der auszuführenden Tätigkeit gewährt. Die pauschalen Vergütungen der »Bürgerarbeiter« liegen zwischen 675 und 975 Euro Bruttoverdienst bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden; praktisch bewegt sich der Durchschnittsverdienst an den Modellstandorten bei etwa 750–800 Euro.

Es handelt sich hierbei jeweils um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit, wobei jedoch keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet werden, um einen »Drehtüreffekt« zu vermeiden.

Der Ansatz wurde bisher, nach einem Pilottest in der Lebenshilfe Werk Magdeburg gGmbH, in den Kleinstädten Bad Schmiedeberg und Barleben modellhaft erprobt. Im Sommer 2007 wurden mit Gerbstedt, Kelbra und Hecklingen weitere Modellstandorte in Sachsen-Anhalt installiert. Parallel hierzu fand in Schmölln (Landkreis Altenburger Land) auch die erste Konzepterprobung im Freistaat Thüringen statt.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen beeindruckende Ergebnisse vor allem der Stufen 1 bis 3. In der ersten Stufe zeigten sich in den bisherigen Modellstandorten bereits erste Abmeldeerfolge von Personen, die dem Arbeitsmarkt definitiv nicht zur Verfügung standen, in Höhe von bis zu ca. 5 %.

Insbesondere im Rahmen der zweiten Stufe wurden mit einer Reduzierung von mehr als 20 % des Arbeitslosenbestandes sehr gute Ergebnisse erzielt. Vor allem Arbeitslose, die bisher eine Nebentätigkeit ausübten, aber auch weitere, denen es offensichtlich gelang, kurzfristig Beschäftigungsalternativen zu realisieren, meldeten sich massiv in Arbeit ab.

In »Bürgerarbeit« sind letztendlich in Bad Schmiedeberg 106, in Barleben 65 Personen eingemündet. Die Teilnehmerzahlen in Gerbstedt, Kelbra und Hecklingen bewegen sich jeweils bei 100–110 Teilnehmern; in Schmölln wurden rund 140 ehemals Langzeitarbeitslose in »Bürgerarbeit« integriert. Auf diese Weise ist es gelungen, die Arbeitslosigkeit in allen Modellstandorten dauerhaft zu reduzieren, so z. B. in Bad Schmiedeberg: Bei einer Ausgangsgröße von 15,9 % im September 2006 und einer Senkung auf zwischenzeitlich 4,5 % beträgt die aktuelle Arbeitslosenquote etwa 6,1 %.

Durch die Anbindung an den Wirtschaftsraum Magdeburg war in Barleben die Ausgangssituation mit einer Arbeitslosenquote von 8,6 % eine andere. Aktuell bewegt sich hier die Arbeitslosenquote bei 3,8 %. Auch in den Standorten Kelbra, Gerbstedt und Hecklingen, in einer Region, die durch

eine besonders angespannte Arbeitsmarktlage gekennzeichnet ist, bewegt sich die Arbeitslosenquote nun dauerhaft im einstelligen Bereich.

Das Konzept sieht die Finanzierung der Beschäftigung aus aktiven und passiven Mitteln der Arbeitsförderung vor. Statt der dauerhaften Alimentierung von Arbeitslosigkeit sollen die hierfür aufzuwendenden Mittel für die betreffende Zielgruppe zur Finanzierung der gemeinnützigen, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung genutzt werden. Dies setzt eine partielle Deckungsfähigkeit der maßgeblichen Haushaltstitel voraus, die durch die aktuelle Gesetzeslage noch nicht ermöglicht wird. Finanziert wird das Projekt daher zurzeit aus den Mitteln der Aktiven Arbeitsförderung der Arbeitsagentur bzw. Arbeitsgemeinschaft SGB II. An der Finanzierung der »Bürgerarbeit« beteiligt sich zudem das Land Sachsen-Anhalt mit der Übernahme der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung aus ESF-Mitteln.

Es ist geplant, dass die Modellstandorte über den Zeitraum eines Jahres hinweg fortgeführt werden. Als Finanzierungsgrundlage wird künftig der § 16 a SGB II mit der sich hier bietenden Möglichkeit eines bis zu 75 %igen Entgeltzuschusses genutzt. Die Komplementärfinanzierung wird in Sachsen-Anhalt über das Land abgedeckt.

Der Flächentest von »Bürgerarbeit« in Bad Schmiedeberg wird durch das Zentrum für Sozialforschung Halle, ein unabhängiges Institut, über den Verlauf eines Jahres evaluiert. Neben der Untersuchung der Auswirkungen auf den einzelnen »Bürgerarbeiter«, sein Umfeld und die gesamte Stadt wird eine ausführliche Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen: Im Juni 2007 vorgestellte erste Zwischenergebnisse zeigen eine Deckung der durch »Bürgerarbeit« entstehenden Kosten zu 95 % durch innerhalb des Gesamtsystems »Bürgerarbeit« erzielte Einsparungen. Noch nicht berücksichtigt wurden die Wertschöpfung sowie eingesparte Mittel für gesundheitliche und soziale Folgekosten der Langzeitarbeitslosigkeit.

Besonders bemerkenswert sind die Auswirkungen der Beschäftigung auf die »Bürgerarbeiter« selbst. Durch das Gefühl, wieder gebraucht zu werden und etwas sozial Sinnvolles für den eigenen Ort zu leisten, haben das Selbstwertgefühl, aber auch die Motivation zur weiteren Beschäftigungssuche erheblich zugenommen. So ist es in Magdeburg bereits gelungen, sechs von zwanzig Personen aus dem Pilottest in den Ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Es ist somit gelungen, durch »Bürgerarbeit« die Arbeitslosigkeit in den Modellstandorten signifikant und dabei annähernd kostendeckend zu reduzieren. Die Modell-Ergebnisse sollten auch den politischen Entscheidungsträgern die bestehenden Möglichkeiten aufzeigen.

Aktuelle Entwicklungen in Integrationsbetrieben

Anton Senner

Entwicklung der Integrationsfirmen

Integrationsfirmen entwickelten sich in den letzten Jahren regelrecht zu Jobmaschinen. Seit der Einführung des Sozialgesetzbuches IX im Jahr 2001 hat sich ihre Zahl in etwa verdoppelt. Und die Gründungswelle hält weiterhin an. Unter wirtschaftlich eher ungünstigen Rahmenbedingungen gelingt es den Betreibern von Integrationsunternehmen offensichtlich, erfolgreiche Betriebsgründungen und Unternehmensexpansionen zu realisieren.

Was sind die relevanten Faktoren für diesen Erfolg? Welche Lösungen, welche Strukturmerkmale, welche Konzepte zeichnen diejenigen unter den Integrationsunternehmen aus, die besonders effektiv und stabil arbeiten? Viele dieser Ansätze sind einzigartig und auf den ganz konkreten regionalen Markt, auf die spezifische Kundenforderungen oder die vorhandenen Mitarbeiterpotenziale angepasst. Andere Instrumente wiederum sind adaptierbar, übertragbar.

Wenn man sich damit beschäftigt, was den Erfolg von Integrationsprojekten ausmacht, dann ist es sicherlich notwendig, sich auch damit zu befassen, was »Erfolg« für ein Soziales Unternehmen bedeutet. In der klassischen Betriebswirtschaft besteht der Sinn und Zweck eines Unternehmens erst einmal darin, mit dem eingesetzten Kapital eine bestmögliche Rendite zu erzielen, die sich durch den Gewinn generiert. In der Realität, und hier vor allem im Bereich der Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMU), findet man nicht selten Abweichungen von dieser Doktrin. Der oder die in sozialer Verantwortung für die Belegschaft handelnde Unternehmer/-in ist auch Teil der marktwirtschaftlichen Realität und möglicherweise für Kooperationsvorhaben besonders ansprechbar.

Handlungsmaximen

Auch Integrationsunternehmen verfolgen das wirtschaftliche Ziel der *Profitierzuhung*. Ein Betrieb, der langfristig keine schwarzen Zahlen schreibt, ist nicht überlebensfähig. Der Unterschied zu privatwirtschaftlichen Unternehmungen besteht in den Zielen der *Profitverwendung*. Die erlösten Erträge werden in der Regel zu 100 % in den Betrieb reinvestiert und nicht dazu verwandt, das Unternehmereinkommen zu erhöhen.

Oberste Prämisse des betrieblichen Handelns ist die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen. Eine Integrationsfirma ist erfolgreich, wenn sie es schafft, geeignete Arbeitsplätze für leistungsgeminderte Personen bereitzuhalten und diese langfristig zu sichern. Um dieses Vorhaben zu erreichen, verfolgt sie eine Vielzahl ihrer Ziele wie jedes andere Unternehmen auch: sie versucht sich am Markt zu etablieren, im Wettbewerb ihre Marktanteile zu erhöhen, sie feilt an ihrer Produktivität (sprich Senkung der Kosten und Erhöhung des Outputs), sie geht strategische Allianzen ein, steigert ihre Qualitätsversprechen und Terminflexibilität, kämpft um neue Kunden und gibt den Preisdruck an die Lieferanten weiter.

Insofern ist für die konkret handelnden Personen eine Integrationsfirma von einem privatwirtschaftlichen Betrieb nicht wesentlich unterscheidbar. Dies markiert ihren Platz im Wirtschaftssystem und bedeutet für die in der Firma beschäftigten Personen die vollständige Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des Allgemeinen Arbeitsmarktes.

Wenn auch die Profitabilität ein wesentlicher Unternehmensgrundsatz ist, so ist er doch nicht der einzige. War bislang von Arbeitsplatzsicherung vor allem in quantitativer Hinsicht die Rede, so kommt in Integrationsfirmen auch dem Moment der Arbeitsplatz-Qualität besondere Bedeutung zu. Erfolg ist also auch, wenn es einem Integrationsunternehmen gelingt, einem sonst chancenlosen Menschen mit Behinderung den genau für ihn passenden Arbeitsplatz bereitzustellen, der die Fähigkeitspotenziale nach Möglichkeit optimal nutzt und die soziale Sicherung aus eigenem Erwerbseinkommen sicherstellt.

Erfolg hat in Integrationsunternehmen also immer eine quantitative Seite, die sich in betriebswirtschaftlichen Kennziffern und Arbeitsplätzen ausdrückt. Und er hat eine qualitative Ebene, die sich in der Unternehmenskultur und Mitarbeiterstruktur wieder findet. Das eine geht nicht ohne das andere.

Eine ökonomische Zielorientierung ohne die bewusste Gestaltung der Arbeits- und Sozialbeziehungen im Unternehmen ist zum Scheitern verurteilt, weil mit einem Anteil von durchschnittlich mehr als 50 % schwerbehinderte Beschäftigten der Wettbewerbsnachteil nur durch Teamorientierung und Optimierung kommunikativer Prozesse auszugleichen ist. Und eine einseitige Fokussierung auf die berufliche Förderung und psychosoziale Begleitung der Mitarbeiter/-innen geht auch nicht, weil sich dahinter die Produktivität im Nirwana verliert.

Rahmenbedingungen

In Deutschland existieren derzeit etwa 600 Integrationsunternehmen und -abteilungen. Diese arbeiten in einer Vielzahl von Branchen. Industrielle Fertigung ist hier ebenso zu finden wie Handel, Handwerk und Dienstleistungen. Hinsichtlich der potenziellen Betätigungsfelder gibt es zunächst einmal wenige Einschränkungen.

Zu diesen Einschränkungen zählt in erster Linie ein hoher Kapitalbedarf bei Unternehmensgründung. Die überwiegende Mehrzahl der Integrationsfirmen sind steuerlich gemeinnützig begünstigte Zweckbetriebe. Gesellschafter sind in der Regel Vereine, Stiftungen oder gemeinnützige Gesellschaften, die in der Regel nicht über so hohe Kapitalreserven verfügen, dass sie einen Zweckbetrieb umfänglich ausstatten könnten.

Diese Hintergründe bedingen zum Zweiten, dass die verantwortlich handelnden Personen zum Teil ehrenamtlich (Vereinsvorstände) zum Teil als Angestellte (Geschäftsführer, Betriebsleiter) tätig sind und für eventuelle Bankdarlehen nicht persönlich bürgen. Dies erschwert den Zugang zu bankfinanzierten Krediten, zur Wirtschaftsförderung und zu Bürgengemeinschaften ganz erheblich.

So ist häufig eine Situation vorzufinden (Ausnahmen bestätigen die Regel), in der die Investitionen bis auf einen geringeren Eigenanteil im Wesentlichen aus Förderungen seitens der Integrationsämter und gelegentlich durch Stiftungen bestritten werden müssen. Die hier zum Einsatz gebrachten Beträge liegen in der Regel deutlich unterhalb der branchenüblichen Vergleichswerte.

Geschäftsfelder

Demzufolge sind Integrationsfirmen in kapitalinvestiven Branchen eher selten anzutreffen. An der Spitze dürften Hotels und Tagungshäuser liegen, die ihre hohen Gründungskosten zumindest teilweise durch verbandsinterne Auslastungsgarantien absichern können.

Industrielle Fertigung im Hightech-Bereich, aufwendige Vertriebsstrukturen oder die Entwicklung von Eigenprodukten sind kaum anzutreffen. Immerhin haben einige Elektro-/Elektronik- und Metall-Unternehmen sich beachtlich entwickelt.

Die Wahl der Geschäftsfelder wird durch mehrere Faktoren bestimmt. Zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Behinderung wird nach

besonders personalintensiven Branchen Ausschau gehalten. Zum Zweiten muss wegen des schlechten Ausbildungsstandes oder der Behinderung der Beschäftigten der Schwerpunkt der gesuchten Tätigkeiten in tendenziell einfacher strukturierten Arbeitsprozessen verankert sein. Dies ist natürlich eine sehr stark verallgemeinerte Aussage. Menschen mit psychischen oder mit körperlichen Behinderungen sind in der Lage, hochkomplexe, kognitiv anspruchsvolle und auch kreative Arbeiten auszuführen. So gibt es Integrationsunternehmen mit anspruchsvollen Arbeitsplätze, die ein Maß an beruflicher Entfaltung auf beeindruckenden Niveaus ermöglichen.

Die Anforderung an den Integrationsbetrieb besteht hier darin, die Mitarbeiter durch Fortbildungen ständig auf dem aktuellen Stand der Technik, sprich der Software-Entwicklung zu halten und gleichzeitig Wege zu finden, die in diesen Branchen üblicherweise sehr hohen Anforderungen an Arbeitszeitflexibilität, Termindruck und Kundenorientierung für die behinderten Mitarbeiter handhabbar zu machen.

Für Menschen mit anderen Formen der Behinderung, wie geistigen oder Mehrfachbehinderungen, chronischen psychischen Krankheiten oder Lernbehinderungen gilt jedoch, dass die Arbeitsfelder der Firmen gut strukturierte, in den Anforderungsprofilen abstufbare Tätigkeiten erfordern, in denen auch das notwendige Maß an Komplexität und Sinnesreizen gestaltet und ggf. reduziert werden kann. Viele Mitarbeiter benötigen häufig wiederkehrende Anleitung und Feedbacks zu den Arbeitsleistungen.

Dies macht im Übrigen einen erheblichen Teil der Mehrkosten aus, die sich aus der Beschäftigung einer überdurchschnittlich hohen Zahl von behinderten Mitarbeitern in einem Betrieb ergeben. Die jeweils individuelle Minderleistung des Einzelnen addiert sich noch zu diesen, die Wettbewerbsfähigkeit beeinflussenden Belastungen.

Die notwendige Ausrichtung auf Geschäftsfelder mit einfacheren Tätigkeiten sieht sich gerade in jüngerer Zeit mit dem Problem konfrontiert, dass diese Arbeiten in Zeiten der Globalisierung zunehmend in das Ausland verlagert werden. Da Integrationsunternehmen tarifliche bzw. ortsübliche Löhne zahlen, ist hier kein Wettbewerbsvorteil gegeben. Ganz im Gegenteil, in Branchen, in denen Schwarzarbeit (z. B. Gastronomie) oder der Einsatz von ausländischen Arbeitskräften (Bau- und Reinigungsgewerbe) an der Tagesordnung sind, muss eher ein Wettbewerbsnachteil der Firmen festgestellt werden.

Dem so bestehenden Preisdruck begegnen die Integrationsunternehmen durch hohe Qualität der zu erbringenden Dienstleistungen oder Produkte, durch Verlässlichkeit und dem besonderen Eingehen auf die Bedürfnisse

der Kunden. Sie konzentrieren sich außerdem auf Branchen, die nicht oder nicht so einfach auf Niedriglohnländer ausweichen können. Dies betrifft vor allem Dienstleistungen am Menschen oder für den Menschen direkt vor Ort wie zum Beispiel: Kantinen und Restaurants, Handwerk, Garten- und Landschaftsbau, Altenversorgung, Handel, Recycling.

Im industriellen Bereich arbeiten Integrationsfirmen häufig als Lieferanten für mittlere und große Unternehmen (insbesondere Automobilindustrie), wobei hier das Spektrum reicht von der verlängerten Werkbank eines einzelnen Großserienherstellers bis zum breit diversifizierten Dienstleister, der einen Stamm von 100 und mehr Kunden beliefert.

Branchen, in den Integrationsunternehmen aktiv sind:

- Industrie-Dienstleistungen (Elektrotechnik, Metall, Montagen, Konfektionierung, Verpackung, Druckverarbeitung, Recycling) – über 200 Betriebe
- Hotel- und Gaststättengewerbe (Hotel, Restaurant, Kantine, Catering, Bistros, Imbiss, Tourismus) – über 100 Betriebe
- Handwerk (Bau, Maler, Tischlerei, Reparaturwerkstätten, Fahrradwerkstatt, Weberei) – über 100 Betriebe
- Handel (Lebensmittel, Möbel, Versandhandel, Gebrauchsgüter, Gebrauchskunst, Tankstelle, Fahrräder, Blumen) – über 100 Betriebe
- Haus-Dienstleistungen (Hausmeisterei, Reinigung, Facility-Management) – über 100 Betriebe
- Büro- und EDV-Dienstleistungen (Buchhaltung, Lettershop, Versand, Datenbanken, Grafik, Design, Layout, Verlage, Callcenter) – über 100 Betriebe
- Garten- und Landschaftsbau (Gärtnerei, Landschaftspflege, Anlagen, Landwirtschaft, Forst, Naturschutz) – ca. 90 Betriebe
- Personenbezogene Dienstleistungen (Pflegedienst, Altenhilfe, Wäscherei, Textil-Reinigung, Näherei) – ca. 90 Betriebe

Die Häufigkeitsverteilung sagt nichts über die Erfolgsträchtigkeit aus. Nimmt man eine Gruppenbildung der Firmen vor, dann lässt sich eine Rangfolge der wirtschaftlich erfolgsträchtigsten Branchen erstellen. Kriterien für die erfolgreichsten Firmen sind betriebswirtschaftliche Kennziffern wie Umsatz, Umsatzentwicklung, Betriebsergebnis, Gewinnentwicklung. Beginnend mit der erfolgreichsten Branche zeigt sich folgendes Bild:

Erfolgsträchtige Branchen:

1. Elektrotechnik, Elektronik

2. Allgemeine Industriedienstleistungen (Baugruppen, Lohnfertigung)
3. Hausdienstleistungen, Hauswirtschaft
4. Metallbearbeitung
5. Versandhandel, Einzelhandel (vor allem Supermärkte)
6. Garten- und Landschaftsbau.

Begleitet und verfolgt man die Entwicklung der einzelnen Firmen, dann stellt man fest, dass in der Regel eine Entwicklung weg von einfachen und hin zu hochwertigen und komplexen Tätigkeiten zu verzeichnen ist. Dies gilt insbesondere für die Bereiche der Elektrotechnik und der Bürodienstleistungen.

Die Notwendigkeit zur Verbesserung der Ertragspotenziale ergibt sich neben den wettbewerbsüblichen Mechanismen zusätzlich daraus, dass die Nachteilsausgleiche in Form von Lohnkostenzuschüssen degressiv angelegt sind. Die Stunde der Wahrheit schlägt häufig im vierten (verflixten) Jahr, wenn die Starthilfeförderungen ausgelaufen sind und das Stehvermögen aus eigener Kraft unter Beweis zu stellen ist. Es sei an dieser Stelle bemerkt, dass die Betriebe dies in aller Regel schaffen. Die Zahl der Insolvenzen ist weit unterdurchschnittlich.

Befragt man die verantwortlichen Führungskräfte der Unternehmen nach Branchensegmenten, in denen die Aufnahme einer gewerblichen Tätigkeit geplant wird, werden folgende genannt:

Branchen mit Bedeutungszuwachs

- Gastronomie/Kantinen/Hotels
- Hausdienstleistungen/Facility-Management
- Personenbezogene Dienstleistungen

Demgegenüber: *Branchen mit Bedeutungsverlust*

- Holzverarbeitung
- Malerei
- Garten- und Landschaftsbau
- Einzelhandel (ohne Supermärkte)

Es fällt auf, dass der Garten- und Landschaftsbau sowohl bei beiden Branchen-Bereichen zu finden ist. Dies spiegelt wider, dass es sowohl gut gehende Gartenbau-Unternehmen gibt, als auch solche, die dem z. T. extremen Preiskampf in der Branche nicht gewachsen sind. Auch der Einzelhandel findet sich in beiden Segmenten wieder. Der klassische Einzelhandel leidet unter

Käuferverlust. Eine Ausnahme sind hier die CAP-Lebensmittelmärkte, die im Verbund untereinander und in Vertragspartnerschaft mit einer großen Lebensmittelkette kräftig expandieren.

Die besten Umsatzentwicklungen der letzten drei Jahre haben die Unternehmen in der Branche der Hausdienstleistungen und des Facilitymanagements zu verzeichnen. Hier bieten sich eine große Bandbreite an Beschäftigungsmöglichkeiten und Anforderungsniveaus.

An diesen Beispielen zeigt sich deutlich, dass die Branche alleine nicht überbewertet werden darf, sondern andere Faktoren wie die spezifische Ausrichtung im Wettbewerb, die Kundepflege, die Betriebsorganisation und vieles andere mehr eine bedeutende Rolle spielen.

Branchenmix

Eine Besonderheit von Integrationsbetrieben, die für diese in hohem Maße charakterisierend ist, ist in der Kumulation unterschiedlicher Geschäftsfelder zu sehen. Während ein durchschnittliches privat betriebenes klein- oder mittelständisches Unternehmen in einer Branche tätig ist, dann ist die große Mehrheit der Integrationsfirmen in zwei, drei oder noch mehr Marktsegmenten aktiv.

73 % aller hier untersuchten Betriebe weisen drei Geschäftsbereiche auf, in vier Feldern sind immer noch 40 % der Integrationsunternehmen tätig.

Zum einen kommt hier die starke Mitarbeiterorientierung der Unternehmen zur Geltung. Besondere Fähigkeiten oder Berufserfahrungen einer einzelnen Fachkraft werden genutzt, um damit – häufig beginnend in Form eines Pilotprojekts – ein neues Geschäftsfeld zu erschließen. Normalerweise sind es die Potenziale vor allem von Mitarbeitern auf der Leitungsebene, die hier geschäftsmäßig erschlossen werden. Das Primat der Arbeitsplatzsicherung zieht sich auch hier handlungsleitend durch.

Ein zweiter Ursachenzusammenhang für die Häufung von Geschäftsfeldern in einem Unternehmen liegt darin begründet, dass in der Person des/r Geschäftsführers/in nicht unbedingt die Prädestinierung für ein spezifisches wirtschaftliches Engagement verankert ist. Es sind hier nicht die Techniker oder Kaufleute oder Handwerker, die den Impuls zu einer Betriebs-/Existenzgründung geben. Sondern es sind Personen aus dem Wohlfahrtsbereich, die diese überwiegend tun. Von daher gibt es keine »natürliche« Festlegung auf einen einzigen Geschäftszweig. Und es werden die Chancen genutzt, die sich aus dem Herkunftsbereich ergeben. Nicht selten beginnt ein Gar-

ten- und Landschaftsbaubetrieb mit der Grünpflege der trägereigenen Flächen von Kliniken, Wohnanlagen etc. oder eine Kantinenkette hat ihren Ursprung in der Essensverpflegung für die Nutzer einer Tagesstätte. Und Beschäftigungsgesellschaften oder Werkstätten für behinderte Menschen gründen Integrationsfirmen aus, um qualitativ anspruchsvollere Aufträge ihrer Industriekunden abdecken zu können, als es ihnen in ihrem traditionellen Bereich möglich wäre.

Das wirtschaftliche Engagement in verschiedenen Sektoren hat Vor- und Nachteile. Es beeinträchtigt den Erwerb und Ausbau von Kernkompetenz im zentralen Unternehmensbereich. Die Entwicklung in der mittelständischen Industrie vollzieht sich seit einigen Jahren in gegenläufiger Richtung. Nicht zum Unternehmenskern passende Abteilungen oder Engagements werden ausgegliedert, verselbstständigt, geschlossen oder verkauft.

Je nach Branche sind diese Einschränkungen mehr oder weniger gravierend. Generell kann gesagt werden, dass die Nachteile stärker wirken, je qualitativ anspruchsvoller das Niveau ist, auf dem sich des Geschäftsfeld befindet. So begegnet man einer breiten Geschäftsfeld-Streuung zum Beispiel in den Branchen Elektrotechnik oder Metallverarbeitung kaum, während sie etwa bei den Hausdienstleistungen häufig anzutreffen ist. Es muss jedoch dahingehend differenziert werden, dass häufig das Abstoßen von Randsegmenten in Industrie und Handwerk aus Kostengründen und weniger aus strategischen Visionen heraus erfolgt. Und dies ist eine Chance für Integrationsunternehmen, die immer wieder zu Unternehmenserweiterungen genutzt wird.

Der große Vorteil von breit gefächerten Tätigkeitsfeldern liegt in der Verteilung von Risiko. Es gibt immer Branchen, die regional weniger oder stärker dem Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind. Es kommt vor, dass Großaufträge verloren gehen (durch Verlagerung ins Ausland, durch Insolvenzen, auch durch eigene Liefermängel). Manchmal ändern sich Nachfragestrukturen (z. B. im Einzelhandel) oder Preiserwartungen, denen aus eigener Kraft heraus nicht begegnet werden kann.

Auf jeden Fall ist die Strategie der Geschäftsfeld-Expansion beschäftigungswirksam. Die Unternehmen nutzen die Chance zur Erweiterung der Fertigungstiefe, sie nutzen ihre Kontakte und Verbindungen zu potenziellen Auftraggebern. Ein nicht zu unterschätzendes Innovationspotenzial generiert sich aus dem Kreis der Gesellschafter, die evtl. ihr Wissen und ihre Kontakte nutzbringend für die Gesellschaft einbringen.

Ein wesentliches Problem ist, dass die Entwicklung neuer Geschäftsideen Geld kostet. Geld, das in den Unternehmen häufig nicht vorhanden ist und

auch nicht auf dem Kapitalmarkt beschafft werden kann. Hier schlummern noch erhebliche Beschäftigungspotenziale. Spricht man mit Geschäftsführern oder Betriebsleitern, dann hat fast jeder eine plausible, aus der spezifischen Marktkenntnis heraus zukunftssträchtige Planung in der Schublade, die es sich lohnen würde, weiter zu verfolgen.

Wirtschaftskooperationen

Ein zunehmend an Bedeutung gewinnender Aspekt in der Entwicklung erfolgsträchtiger Geschäftskonzepte ist die Bildung von Wirtschaftskooperationen. Diese Formen der Zusammenarbeit bezeichnen Beziehungen zwischen Unternehmen, die über reine Kunden-Lieferanten-Beziehungen hinausgehen.

Die Verantwortlichen in Integrationsunternehmen, die Erfahrungen mit Kooperationen gesammelt haben, nennen die folgenden Vorteile aus der Zusammenarbeit mit anderen Unternehmen.

Rangreihe der positiven Effekte von Wirtschaftskooperationen

- Verbesserter Marktzugang
- Know-how-Transfer
- Erweiterung der Produktpalette
- Interne Betriebsentwicklung
- Kostenreduktion

Wichtig ist, dass für die Beteiligten eine Win-Win-Situation entsteht, aus der alle ihren Nutzen ziehen. Integrationsunternehmen brauchen sich da nicht zu verstecken. Von Unternehmensberatern, sowohl aus der Wirtschaft als auch aus dem Non-Profit-Bereich, wird regelmäßig festgestellt, dass die Herausforderungen, die Problemlösungen, die Erfolge und die Mängel in Integrationsunternehmen sich nicht substantiell unterscheiden von denen in der Privatwirtschaft.

Betriebswirtschaftliche Kennziffern

Integrationsfirmen haben im Vergleich zu Betrieben ähnlicher Größenordnung der privaten Wirtschaft durchaus eine gute Stellung. Der durchschnittliche Umsatz der Integrationsfirmen beträgt ca. 930 000 Euro.

Immerhin haben fast 60 % der Betriebe eine – zum Teil beachtliche – Umsatzsteigerung zu verzeichnen und 17 % konnten ihre Werte halten.

Insgesamt bewegen sich damit mehr als drei Viertel der Betriebe auf stabilem Niveau. Die Entwicklung des Unternehmensgewinns war bei annähernd der Hälfte positiv und bei weiteren 28 % neutral. Eine negative Ertragsentwicklung hatten weniger als ein Drittel der Betriebe.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich gut drei Viertel der Integrationsfirmen in einer stabilen und positiven ökonomischen Situation befinden. Ein Viertel hat hinsichtlich der Umsatz- oder der Ertragssituation Entwicklungsbedarf. Es kann generell festgestellt werden, dass die Zahl der Insolvenzen sehr gering ist, was keine Selbstverständlichkeit ist.

Franchising

Franchising passt als Konzept hervorragend zu den Rahmenbedingungen, die für Gründung und Betrieb von Integrationsfirmen gelten. Dort, wo Soziale Unternehmen traditionell stark sind, in der Personalführung und in der Mitarbeitermotivierung, setzt Franchising auf das Engagement und die Kompetenz der Handelnden vor Ort. In Bereichen hingegen, in denen Integrationsbetriebe tendenziell Schwächen zeigen, im Marketing/Vertrieb und im Controlling, bietet es professionelle Unterstützung von außen. In Deutschland existiert eine (bislang einzige) dem Franchising ähnliche Unternehmenskooperation, die gezielt Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen anbietet, die CAP-Lebensmittelmärkte.

Franchising ist im Kommen. Etwa 810 Franchise-Systeme sind in Deutschland aktiv. Diese haben 39 000 Franchise-Nehmer. Im Durchschnitt generiert ein Franchise-Verbund 450 Arbeitsplätze. Im Vergleich zu anderen Ländern liegen wir noch deutlich zurück. Dieses wird sich nach der Prognose vieler Wirtschaftsfachleute ändern. Denn Franchising ist in vielerlei Hinsicht der klassischen Unternehmens- oder Existenzgründung überlegen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen arbeitet aktuell daran, den Ansatz des Franchising im Bereich der Integrationsunternehmen zu fördern. Neben einem spezifischen Beratungsangebot werden konkret Anstöße zum Aufbau entsprechender Systeme gegeben.

Leitbild

Das gemeinsame Leitbild der Integrationsunternehmen beinhaltet das Ziel, behinderten und von Ausgrenzung bedrohten Menschen durch Arbeit eine gleichberechtigte Teilhabe am Gesellschaftsleben zu ermöglichen. Dabei

darf die Arbeitssituation selbst nicht ausgrenzend und diskriminierend sein. Insofern wird Arbeit selbst in einer Struktur gesellschaftlicher Normalität konstituiert: dem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes, der mit seinen Leistungen in den Wirtschaftskreislauf eingebunden ist. Somit verbietet sich das Betreiben von Sondereinrichtungen oder die Durchführung von artifiziellen Maßnahmen.

Integrationsfirmen handeln wie Marktteilnehmer: im Wettbewerb, wenn es sein muss, auch untereinander. Doch sie sind in hohem Maße bereit, ihr Wissen und ihre Erfahrungen auszutauschen und denen zugänglich zu machen, die sich dem gemeinsamen Leitbild verpflichten. Insofern wird ihr Handeln gleichzeitig bestimmt durch das Prinzip der Solidarität untereinander und der Moral des Sozialen Unternehmertums in der Verantwortung gegenüber den Beschäftigten.

In diesem Sinne ist Bereitschaft groß, erfolgreiche Geschäftskonzepte zu kommunizieren, weiterzuentwickeln und sie interessierten Dritten zugänglich zu machen. Fast ist man geneigt zu fragen: Wo gibt es einen fruchtbareren Boden für die nachhaltige Schaffung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen?

C Bilanz und Perspektiven

I Arbeit durch persönliche Budget

Einleitung

Ingmar Steinhart

Anforderungen an Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit

Seit über einem Jahrzehnt wirbt die AKTION PSYCHISCH KRANKE für den Paradigmen- und Strukturwechsel von den Institutionsorientierten Hilfen zu individuellen und passgenauen Hilfen im Rahmen des sogenannten *Personenzentrierten Ansatzes*, insbesondere für Menschen mit einem sehr individuellen und komplexen Hilfebedarf. So steht im Mittelpunkt des Personenzentrierten Konzeptes die konsequente Orientierung am individuellen Bedarf über alle Lebensbereiche, also auch für den Bereich Arbeit und Beschäftigung.

Unverzichtbares Merkmal ist hier die Mitbestimmung der Person im Rahmen des individuellen Aushandlungsprozesses anhand einer standardisierten Hilfeplanung.

Insbesondere bei Menschen mit längeren »Psychiatrie-Karrieren« ist der Hilfebedarf sehr komplex, sodass die jeweiligen Hilfen ebenfalls diese Komplexität widerspiegeln sollten, es aber aufgrund des insgesamt zersplitterten Finanzierungs- und Dienstleistungssystems nicht tun. Auch wenn die Umsetzung in der Praxis zurzeit nur schwer gelingt, muss gleichwohl die Forderung nach sehr komplexen und differenzierten Hilfen einerseits und andererseits für den Hilfeempfänger eher spürbar als »aus einer Hand erbracht«, bestehen bleiben. So gelingt es meist (noch) nicht, die seit Langem bestehende Forderung nach therapeutischer Kontinuität über Maßnahmengrenzen hinaus sicherzustellen, da die Finanzierung und organisatorische Zuordnung der einzelnen Bezugsperson an die jeweiligen Maßnahmen und Anbieter gebunden ist. Maßnahmeübergreifend arbeitende Bezugspersonen (Case-Manager) findet man eher selten.

Fragt man Psychiatrie-Erfahrene oder zieht man aktuelle Fachkonzepte¹ z. B. für den Bereich Arbeit zu Rate, so wird schnell klar, dass bei Orientierung

1 *Inklusion* als »Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die die Bürgerrechte aller ihrer Bürger/-innen respektiert und zu realisieren hilft« (HINZ 2004).

am individuellen Bedarf und persönlichen Wünschen der Ort der Hilfeleistung möglichst normal, also dort wo auch alle anderen Menschen arbeiten, sein sollte. Es wird ebenfalls deutlich, dass die Psychiatrie mit ihren Profis nicht an erster Stelle agieren muss, sondern dass Unterstützungsleistungen aus dem nicht-psychiatrischen System erste Priorität haben und dass dieses »normale« System eher aus dem psychiatrischen System gestützt werden sollte (»indirekte Leistungen«).

Finanzierung

Betrachtet man das oben Beschriebene als den Standard für die Hilfeleistung im Einzelfall, so lassen sich hieraus auch die entsprechenden Anforderungen an die Leistungsform bzw. die Finanzierung ableiten:

Die so beschriebenen Personenzentrierten Hilfen müssen passgenau, individuell vereinbart, flexibel und möglichst im normalen Umfeld unter vorrangigem Einbezug nicht-psychiatrischer Unterstützungssysteme erbracht und refinanziert werden.

Dies klingt aber im zersplitterten Finanzierungs- und Profi-Dienstleistungssystem wie eine Utopie, da genau solche Komplexleistungen in den bisherigen Leistungsformen nicht vorgesehen sind.

Persönliches Budget als echte Alternative zur einrichtungs- und maßnahmebezogenen Finanzierung

Das Persönliche Budget ist als Leistungsform für Komplexleistungen aktuellen »Standardleistungen« überlegen, da es die oben genannten Anforderungen an Unterstützungsleistungen deutlich besser erfüllen kann, insbesondere den Einbezug verschiedener Leistungsträger in und den Zuschnitt der Maßnahmen über Institutionsgrenzen hinweg sowie die Ausrichtung der Unterstützungsleistungen am normalen Leben.

Dieser Aspekt wird oftmals bei Diskussionen in den Hintergrund gerückt, die den Budgetnehmer als »Budgetunternehmer« interpretieren und nur einem mit dieser Kompetenz ausgestatteten Anspruchsberechtigten ein Budget zugestehen wollen (hoher Anspruch an Budgetnehmer) oder die das Persönliche Budget primär als »Spardose« zur Senkung von Standards interpretieren.

Insofern gilt die Überlegenheit einer Budgetlösung nur unter bestimmten Voraussetzungen:

1. Die Budgetlösung muss bezogen auf die Hilfeermittlung und die Finanzierung bedarfsgerecht sein.
2. Der Hilfeempfänger sollte Entscheidungsmöglichkeiten sowohl in Bezug auf die Budgetlösung (Budget ja oder nein) als auch die in der Zielvereinbarung des Budgets festgeschriebenen Inhalte haben.
3. Die Unterstützungspersonen sollten die notwendigen fachlichen Qualifikationen besitzen.
4. Auch Leistungen, die sich auf das Arbeitsumfeld, den Arbeitgeber etc. beziehen, also die indirekten Leistungen sollten – sofern im Einzelfall erforderlich – durch das Persönliche Budget finanziert werden.
5. Die im SGB IX vorgesehene Gutschein-Variante sollte immer Teil der Budget-Option sein können. Denn im Einzelfall lassen sich vielfach passgenaue und sehr individuelle Unterstützungsleistungen durch das Persönliche Budget nur dann herstellen, wenn die Gutscheinvariante gewählt wird.

Persönliches Budget und Standardleistung

Die Frage, ob mit dem persönlichen Budget gleichzeitig die anderen Standardhilfeformen überflüssig werden, kann letztlich nur im Einzelfall im Rahmen einer qualifizierten Hilfeplanung entschieden werden. Im Grundsatz ist diese Leistungsform nur dann den Standardleistungsformen überlegen, wenn sehr individuelle von der »Kleiderstange« der Standardleistung abweichende Leistungen die passenden sind.

Der Nutzen ist dann besonders groß, wenn eine sehr individuelle vom Standard abweichende Maßnahme gewünscht ist – z. B. in Form der Komplexleistung.

Gerade bezogen auf die Teilhabe am Arbeitsleben sind die Bedarfe an Unterstützung jedoch meist sehr individuell, sodass es sich gerade hier anbietet, in jedem Einzelfall immer auch die Leistungsform des Persönlichen Budgets als die angemessene zu prüfen.

Oder, schärfer formuliert: Wäre es nicht ein »Kunstfehler«, nicht stets die Leistungsform des Persönlichen Budgets mitzudenken bzw. anzubieten, wenn individuelle Hilfen im Bereich Arbeit und Beschäftigung erforderlich werden?

Oder, was wäre wenn alle Leistungen zur Teilhabe im Bereich Arbeit ausschließlich über Persönliche Budgets zu beantragen wären?

Ausschnitt aus der Podiumsdiskussion »Arbeit durch Persönliches Budget«

*Klaus Laupichler, Reinhard Peukert, Franz-Georg Simon
Moderation: Ingmar Steinhart*

Steinhart: Ich möchte Herrn Laupichler am Anfang fragen: Sind Sie mit den Standardleistungen zufrieden, würde Ihnen das persönliche Budget weiterhelfen oder wollen Sie noch etwas ganz anderes?

Laupichler: Wenn wir hier über das persönliche Budget reden, das finde ich ja toll. Als ich das zum ersten Mal gehört habe, war ich erleichtert. Als Erstes war der Vorstand vom Bundesverband eher dagegen. Der ist dagegen, weil es für uns wirklich wichtig ist, erst mal den Lebensunterhalt und die Grundbedürfnisse zu sichern. So ein Gesetz über das Persönliche Budget ist vielleicht nicht schlecht, aber wir können es gar nicht lesen. Weil wir die Brillen nicht haben, weil wir nach Grundsicherung leben müssen, weil wir in der Heimat 90 Euro und die primitivsten Sachen, die für Sie selbstverständlich sind, über die Sie überhaupt nicht reden, gar nicht bekommen können. Es ist sogar illegitim, wenn Sie eine passende Brille haben wollen als jemand, der von der Grundsicherung leben muss. Das müssen Sie sich vorstellen. Und was das z. B. für die Zähne bedeutet mit Amalgamfüllungen. Dass die Zähne wenigstens gerichtet werden, ist heute einfach nicht mehr drin. Vor allem für den, der chronisch krank ist.

Wir brauchen als Erstes das Recht auf vernünftigen Lebensunterhalt. Es herrscht eine wahnsinnige Gedankenlosigkeit, die fürchterlich ist, die unbarmherzig ist, die schlimm ist, weil die kleinsten Grundbedingungen nicht erfüllt werden. Ich habe einmal mit Rudi Dutschke 1977 eine Veranstaltung gemacht im Audimaxx in Gießen zur Erhöhung des Bafögs. Das war eine tolle Veranstaltung, drei Stunden hat der Dutschke alle auseinandergenommen. Brillant. Aber als der angefangen hat, über die Bafög-Erhöhung zu diskutieren, hat er Folgendes gesagt: Bevor ihr überhaupt über Bafög diskutiert, sorgt dafür, dass das Mütterchen um die Ecke mindestens genauso viel bekommt wie ihr Bafög-Leute. Der hat genau gewusst, dass das nicht der Fall ist. Und das ist heute leider auch so. Wir brauchen Kontrolle von allen Sachen, die unser Leben bestimmen.

Man hat mich gefragt, ob ich die ganze Sache persönliches Budget für Arbeit, was die APK hier diskutiert, ob das gut ist? Na ja, man könnte es schon noch ein bisschen verändern, aber ich finde es klasse, ich hätte nie von so etwas geträumt.

Ich bitte die alten Psychiater: Schließt euch zusammen, helft uns, bildet einen Ethikrat oder so etwas. Da brauchen wir sie. Damit Sie uns wenigstens beraten, was wir machen können zum persönlichen Budget. Wenn wir eine Grundsicherung haben, dass wir nicht verhungern, heute hungern Leute in Deutschland, dann bin ich für das persönliche Budget. Wir brauchen aber auch Kontrolle, wir brauchen Telefonnummern, wo wir uns schnell beschweren können. Ich habe die Angst, wenn das persönliche Budget am 01.01.08 kommt, es ist interpretationsfähig. Ich hab Kant interpretiert, weil ich Theologie studiert habe, ich weiß, was alles möglich ist. Ich habe Sorge, dass die Sozialpädagogen es gemeinsam schaffen, mit den Juristen das Budget zu verbiegen. Und wir verhungern bis der Erlass gekommen ist. Wir brauchen schnelle direkte Wege. Und wir brauchen vor allem Institutionen, wo wir uns schnell beschweren können, dass es nicht funktioniert und dass da mal wieder einer denkt, er müsste denken – und es dauert dann fünf Jahre.

Steinhart: Vielen Dank. Ich möchte gleich Herrn Simon fragen, ob Sie den Anforderungen von Herrn Laupichler gerecht werden können. Er hat gesagt, erstens, wollen wir nicht verhungern und diese ganzen tollen Maßnahmen, die hier oben stehen, die nützen uns gar nicht, wenn ich nicht einmal die Brille hab, ums lesen zu können. Also brauch ich erst mal eine gute Ausstattung vom Bund und dann brauch ich eigentlich auch Partner, mit denen ich schnell kommunizieren kann und wo ich mich auch schnell beschweren kann. Das sind jetzt so zwei wesentliche Punkte, die ich mal herausgegriffen habe. Vielleicht können Sie auch darauf eingehen.

Simon: Ich will mal gleich mit den Fragestellungen beginnen, die da indirekt auch in Richtung Bundesagentur für Arbeit gegangen sind. Die Bundesagentur für Arbeit gehört nicht zu denen, die sehr viel Zeit zum Nachdenken gebraucht haben, sondern marschiert in Sachen persönliches Budget an der Spitze. Unsere Handlungsempfehlung ist von vielen, auch Kritikern der BA, als richtungsweisend und als Maßstäbe setzend bezeichnet worden. Als etwas, hinter dem andere Reha-Träger eigentlich kaum zurückbleiben sollten und auch zurückbleiben könnten, weil eben in der Tat gute Maßstäbe gesetzt worden sind.

Die Aufgabenstellung der Bundesagentur für Arbeit: Wir sind Reha-Träger für den Bereich berufliche Rehabilitation – der nach dem SGB IX Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben zu erbringen hat.

Deshalb hinterfragen wir auch intensiv, ob das, was der Reha-Berater gemeinsam mit den behinderten Menschen vornimmt, in der Tat geeignet

ist, in Integration behinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu führen. Anders ausgedrückt: Die individuelle Integrationsperspektive ist praktisch das, was den ganzen Findungs- und Entscheidungsprozess mit steuert. Integration in Arbeit muss immer im Hintergrund mitschwingen. Das betrifft auch z. B. die Neuausrichtung der Berufsförderungswerke und der Berufsbildungswerke, die nunmehr auch in der Praxis die Integration in Arbeit als ihre Aufgabe anerkennen. Ich kann mich noch an Diskussionen in diesem Frühjahr erinnern. Da haben Vertreter aus diesem Kreis einen Integrationsauftrag für ihre Einrichtungen verneint und gefragt, wo denn dieses stünde.

Integration und Teilhabe am Arbeitsleben findet für bestimmte behinderte Menschen, nämlich diejenigen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, in Werkstätten für behinderte Menschen statt. Ich habe den Eindruck, dass sich das mittlerweile in Richtung eines länderübergreifendes Konsenses bewegt, dass die Werkstätten für behinderte Menschen nicht eine Art Ersatzarbeitsmarkt für behinderte Menschen sind, die nicht wegen der Behinderung sondern wegen der Arbeitsmarktsituation keine Beschäftigung finden können.

Jetzt kommen wir zum persönlichen Budget im Verständnis der Bundesagentur für Arbeit.

Der behinderte Mensch übernimmt mit dem persönlichen Budget ganz oder teilweise die Verantwortung für die Koordination seiner Teilhabeleistungen. Ist er nicht im Zweifelsfall der beste Anwalt für seine Anliegen, für seinen individuell gestalteten Weg in Arbeit? Deshalb identifizieren wir uns auch ausdrücklich und offensiv mit diesem, ich sage mal, politischen Geschäftsmodell des persönlichen Budgets, weil es sich auch nahtlos in die Geschäftspolitik der BA einfügt. Der Budgetnehmer, der ein persönliches Budget beantragt, will mit seinen Mitteln seinen Weg in Arbeit möglichst erfolgreich gestalten, d. h. neudeutsch Effizienz und Effektivität, Wirkung und Wirtschaftlichkeit. Wir sehen im Budgetnehmer denjenigen, der in hohem Maße darauf hinarbeitet, die Leistungen wirksam einzukaufen und dass am Ende die Teilhabe am Arbeitsleben steht.

Und was ist das persönliche Budget? Man kann es gar nicht oft genug sagen: Es ist keine neue Leistungsart, sondern es ist eine neue Leistungsform. Die Leistungen, die das Gesetz vorsieht, SGB III und SGB IX, können nur in einer anderen Form ausgeführt werden. Insofern ist das persönliche Budget eine Handlungsalternative, ein auf der Grundlage herkömmlicher

Förderinstrumente definiertes Leistungspaket angepasst an die individuellen Gegebenheiten und Interessen des behinderten Menschen – und eben losgelöst von Institutionen herkömmlicher Förderinstrumente und Förderangebote – neu zu schnüren, individuell zu schnüren.

Die BA ist der einzige Rehaträger, der sich bisher so eindeutig festgelegt hat, dass alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX und SGB III budgetfähig sind. Es muss sich natürlich um Arbeitnehmerleistungen handeln. Leistungen an Arbeitgeber können nicht budgetfähig sein. Um sie herum, also beispielsweise einen Ausbildungszuschuss, kann aber trotzdem ein persönliches Budget »gebaut« werden.

Eine spannende Frage ist: Wie bemessen wir denn den Finanzrahmen? Grundlage des finanziellen Umfangs eines Budgets ist das Fördervolumen bei herkömmlicher Förderung – das orientiert sich an den Vorgaben des § 17 SGB IX. Sprich: Was würden wir mit dem Behinderten gemeinsam erarbeiten und tun, wenn es das persönliche Budget nicht gäbe? Wir sind an dieser Stelle in der komfortablen Situation, dass wir alles innerhalb der BA verpreislicht haben. Seit 1998 auch die Leistungen, die wir in Berufsbildungswerken und Berufsförderungswerken bringen. Das ist das Volumen, das wir dann der Bemessung zugrunde legen.

Wir haben noch zusätzlich etwas getan, wofür wir teilweise kritisiert wurden. Wir setzen auch einen Anreiz zum wirtschaftlichen und sparsamen Umgang mit dem ausgereichten Budget, nämlich wir sagen dem Budgetnehmer in der Regel: du musst schon das machen, was wir vereinbart haben, aber wenn du irgendwo da günstiger mit dem Geld umgehst, dann teilen wir uns das was übrig bleibt.

Steinhart: Am Anfang hab ich gedacht, es ist ganz einfach mit der BA. Dann bin ich etwas verwirrt gewesen, weil ich dachte, wo ist der niederschwellige Zugang dazu und jetzt am Ende hab ich verstanden, ich kann auch Rendite erzielen.

Simon: Dann gehen wir doch auf die Erfahrungen, die wir gemacht haben, dann komm ich relativ schnell zum Ende. Die Zahlen, die wir bisher haben, sind leider noch vergleichsweise niedrig, aber im Vergleich mit anderen Reha-Trägern doch nicht schlecht. Wir werden zum Jahresende 2007 so um die 100 haben. Die Masse bewegt sich bei der alternativen Ausführung von Werkstatteleistungen, Stichwort für die Insider: Hamburger Arbeitsassistentz, gefolgt von Fahrtkosten und Beförderungskosten.

Die Administration der Budgets ist alles andere als einfach, deshalb gebe ich immer wieder zu bedenken, ob an der Stelle gewisse Erleichterungen

das Ganze gangbarer machen könnten. Noch immer ungeklärt sind wichtige Fragen zur Sozialversicherung von Budgetnehmern. Erste Interpretationen einer Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der FDP klangen da eher euphorisch. Bei genauerem Durchlesen bin ich zu dem Ergebnis gekommen, dass die zentralen Punkte nach wie vor nicht geklärt sind. Ich hoffe, dass das also nunmehr alsbald gelingt, nicht zuletzt deshalb, weil das Thema sehr in der Öffentlichkeit steht. Ich hoffe, die Klärung kommt bald, denn aus meiner Sicht haben wir hier ein zentrales Hemmnis für das persönliche Budget nicht nur für die Bundesagentur für Arbeit, sondern auch für alle anderen Reha-Träger.

Steinhart: Es ist schon beeindruckend, in welcher kurzen Zeit die BA ein so umfassendes System aufgestellt hat. Was wir nur vor Ort erleben ist, dass es nicht nur für die Menschen relativ schwierig ist, daran zu kommen, sondern auch die Mitarbeiter dieses komplizierte System oft noch gar nicht verstehen. Ich habe mir das viel einfacher vorgestellt, weil sie die Leistungen alle verpreislicht haben. Dass man über einen Preiskatalog oder einen individuellen Hilfeplan relativ schnell an ein Budget kommt. Es zeigt sich, dass es zwar gut durchdacht ist, aber trotzdem noch eine Herausforderung für die Beteiligten ist, daran zu kommen.

Simon: Aus meinem Verständnis kann es beim persönlichen Budget nicht darum gehen, dass die Politik endlich die Zahlen bekommt, die sie mit dem persönlichen Budget wollte. Um der Anzahl willen macht es keinen Sinn. Persönliches Budget kommt dann ins Spiel, wenn man mit der Dienstleistung, wie sie herkömmlicherweise angeboten wird, nicht so ganz »zufrieden« ist. Dann ist es die Kunst des Reha-Beraters, herauszufinden, wo diese Unzufriedenheit liegt. Ob dieser Unzufriedenheit vielleicht durch Modifikationen bei den herkömmlichen Instrumenten begegnet werden kann oder aber, ob mit dem behinderten Menschen das Thema persönliches Budget durchdekliniert wird. Dann lautet die Frage: Wie stellst du dir das Setting denn aus deiner Sicht idealerweise vor und kann man das, was du dir vorstellst mit einem Budget umsetzen?

Laupichler: Ich wollte dazu ein paar Sachen sagen, die wirklich nachprüfbar sind. Ich habe mal beim Arbeitsamt angerufen. Das ist ein bisschen schwierig mit den 0180er-Nummern und da sagt die Frau an der Vermittlung: »Was für ein Problem haben Sie?«. Ich sage: »Entschuldigen Sie, ich habe keine Ahnung, ich bin seit 20 Jahren aus dem System raus und möchte aber gerne rein.« Da hat die gelacht. Da sagt sie: »Das ist doch ganz einfach, Sie brauchen eine Kundennummer.« »Ja, hab ich nicht.« Die Agentur bezahlt

dann wohl nicht den Integrationsfachdienst, der für mich angestellt ist, für mich Geld bekommt. Der erklärt mir dann 15 Minuten, warum er für mich nicht arbeiten kann, und dann hat er keine Lust mehr, mit mir zu reden.

Jetzt noch etwas anderes, mit den Fahrtkosten. Für uns psychisch Kranke ist es relativ einfach zu regeln. Wir brauchen einen Schwerbehindertenausweis mit dem G drin und mit dem B. Dann haben wir viele Schwierigkeiten überwunden, weil wir dann umsonst fahren können und die Betreuer, die uns helfen, auch umsonst fahren können.

Wir haben bei uns im Bundesverband für psychisch Kranke Kapazitäten. Die gehen vor die Hunde, weil sie keine Arbeit haben. Arbeit ist A und O. Eigentlich brauchen wir bloß vernünftige Arbeit, dann werden wir auch größtenteils gesund. Ich bitte Sie: Stärkt die Selbsthilfe und zwar so, dass wir nicht verhungern. Dass wir Gelder kriegen, das wir unsere Leute anstellen können. Wir haben fähigste Leute dabei. Also wir brauchen Stärkung der Selbsthilfe in jedem Bundesland und bitte unter fairen Bedingungen, dass wir auch leben können.

Steinhart: Das war jetzt die Steilvorlage für die Angehörigen.

Peukert: Als Angehöriger habe ich der Podiumsdiskussion bisher mit großem Interesse gelauscht, und diese interessiert-zurückhaltende Haltung entspricht dem, wie wir Angehörigen uns aktuell zum Persönlichen Budget stellen: vorsichtig interessiert, im Widerspruch zwischen großer Zustimmung und tiefer Skepsis.

Uns treiben nicht so sehr die hier im Vordergrund stehenden Chancen des Zugangs zu Arbeit durch Persönliches Budget um, denn das scheint in einigen wenigen Regionen gut zu funktionieren und wir vertrauen auf die nach wie vor zentralistische Struktur der Agentur für Arbeit, die aus eigenem Interesse diese guten Erfahrungen den vielen Agenturen vor Ort vermitteln wird.

Wir Angehörigen beginnen gerade, uns mit der langsam zu erkennenden Realität des viel gepriesenen trägerübergreifenden Budgets zu beschäftigen, und finden uns in einen Widerspruch zwischen großen Hoffnungen und Zustimmung auf der einen, und tiefer Skepsis auf der anderen Seite verstrickt. Was uns da umtreibt, hat indirekt auch für den Bereich Arbeit durch Persönliches Budget Bedeutung.

Persönliches Budget und Angehörigenerfahrungen: im Widerspruch zwischen großer Hoffnung und Skepsis

Der großen Zustimmung liegt die Erwartung zugrunde, mit dem Persönlichen Budget könnten nun endlich die flexiblen Hilfen ermöglicht werden, auf die Betroffenen und wir Angehörigen schon so lange warten – aber die erwartungsvolle Hoffnung wird sogleich gedämpft angesichts der Erfahrungen mit der Psychotherapie: auch hier waren wir hoffnungsfroh und müssen heute erkennen, wie schwächlich sie sich bisher durchgesetzt hat.

Nach den Erfahrungen, die Angehörige gegenwärtig in Deutschland mit dem Persönlichen Budget machen, ist auch hier das Schwächeln einer großen Idee – zumindest für die nächste Zeit – nicht unwahrscheinlich.

Der Vorsitzende eines Landesverbandes der Angehörigen schrieb mir: »Heute wurde über das Persönliche Budget vor ca. 15 Psychiatrie-Erfahrenen und einigen Angehörigen gesprochen. Niemand hat etwas verstanden, so kompliziert wurde das vorgetragen. Und der Mann vom Sozialamt (selbst ein Behinderter) sprach von so vielen ungeklärten Sachverhalten, sodass die ›armen Würstchen‹ von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen überhaupt nichts mehr verstanden haben.«

Ähnliche Berichte gibt es aus anderen Regionen, und auch der Bericht der Wissenschaftlichen Begleitung zu den Erfahrungen in den Modellregionen zum Persönlichen Budget weist auf die vielfältigen inner-administrativen Probleme hin, die trotz Unterstützung als Modell langwierige Prozesse nach sich gezogen haben.

Angesichts dieser Misere fragt sich ein anderer Landesvorsitzender: »Werden die Antragsteller bei den Behörden unterstützt oder eher über den Tisch gezogen? Die Zahl der Probleme bei der praktischen Umsetzung wird enorm sein.«

Eine andere, in Gremienarbeit versierte Angehörige schreibt mir: »Im Moment sieht es so aus, als habe jeder Kostenträger sein eigenes Konzept.« Ganz abstrus wird es, wenn z. B. einem Angehörigenvertreter seitens eines Sozialamtsleiters mitgeteilt wird, mit der Einführung des Persönlichen Budgets käme es »... unter Umständen zu einer Flut von Betreuungsanregungen ..., weil das Sozialamt die Geschäftsfähigkeit des Antragstellers bezweifeln würde.«

Was ist daraus zu schließen?

Schon lange, bevor man sich als Angehöriger mit den Feinheiten der neuen Finanzierungsform beschäftigt, muss man gegen eine Demotivierung

aufgrund der aktuellen administrativen Praxis ankämpfen, um einen noch tragenden Rest der ursprünglichen hohen Zustimmung zum Persönlichen Budget aufrechtzuerhalten.

Die erforderliche Beratung selbst in die Hand nehmen?

Trotz – und zugleich aufgrund – dieser Situation denken viele Angehörigen und Landesverbände darüber nach, die eigene Beratungskompetenz zu entwickeln, um längerfristig eine konkrete Unterstützung beim Budgetantrag geben zu können.

»Neben dem Bemühen der Kostenträger, ihren Pflichten zur Beratung usw. nachzukommen, werden wir um eine »unabhängige«, von Betroffenen- und Angehörigen-Organisationen unterhaltene, auf einer peer-to-peer beruhende Beratungsstruktur nicht herum kommen, wenn wir Vertrauen in die Hilfe erreichen wollen.« Eva Straub, die Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen, fordert daher die Trennung zwischen der vom Bundesministerium für Arbeit favorisierten Beratungsleistung bei den Servicestellen(!) und der Erst-Beratung.

Wenn es dazu kommt, dass wir Angehörigen Beratungsleistungen anbieten, machen wir mal wieder den »Lückenbüßer« – es sei denn, die Leistung werde vergütet. »Im Moment sieht es eher umgekehrt aus, d. h. Angehörige sollen die Budgetassistenz zum Nulltarif machen.« (Eva Straub)

Wenn die Leistung »Budgetberatung« für die Inanspruchnahme erforderlich ist, muss sie budgetfähig sein; und wenn Angehörige sie erbringen, muss sie auch in diesen Fällen budgetfähig sein, und das heißt sie muss den Angehörigen vergütet werden!

In der Angehörigenbewegung wird ohnehin die Forderung erhoben, jene Leistungen von Angehörigen, die in die komplexe Hilfeplanung und -erbringung seitens der professionellen Dienste und/oder Einrichtungen eingehen, zu bezahlen – analog zu den Regelungen der Pflege.

Das Persönliche Budget wird von einigen als Chance gesehen, dieser Forderung auf dem Weg zur Verwirklichung Nachdruck zu verleihen.

Eine *Erst-Beratung*, in der Psychiatrie-Erfahrene für sich klären können, ob sie ein Budget beantragen wollen und ihnen dann die ersten Schritte zu den Leistungsträgern gebahnt werden, damit sie ggf. in den Genuss des Budget kommen können, ist das eine.

Mit dem zur Verfügung gestellten Budget optimale Hilfen optimal einzukaufen ist das andere – und viele der Psychiatrie-Erfahrenen sollten die

Möglichkeit haben, neben der einleitenden Budgetberatung auch eine begleitende *Budgetassistenz* zu nutzen.

Aus Angehörigensicht sollte diese in der Regel unabhängig von Leistungsanbietern und -Erbringern platziert sein, und aus meiner Sicht sollten sich Angehörige zurückhalten, diesen Part zu übernehmen: zu groß ist die Gefahr, sich ungefragt einzumischen oder auch nur so wahrgenommen zu werden.

Persönliches Budget und die finanzielle Einbeziehung der Angehörigen widersprechen sich

Das Budget ermöglicht den Psychiatrie-Erfahrenen einen autonomeren Umgang mit den Hilfeebringern; darüber berichten sie in den Interviews in den Modellregionen. Viele Psychiatrie-Erfahrene wünschen sich darüber hinaus Autonomie gegenüber ihrer Herkunftsfamilie und man könnte annehmen, auch diese könne durch ein Persönliches Budget gestärkt, zumindest erhalten werden.

Dies ist aber keinesfalls so, sondern das Gegenteil tritt ein, wenn auch SGB XII-Leistungen als Eingliederungshilfen in das Budget eingehen: dann wird nach wie vor das Einkommen und Vermögen der Angehörigen geprüft, und dies wird den Interessenten selbstverständlich mitgeteilt: denn ein Teil des ihnen ggf. zur Verfügung gestellten Geldes (z. B. die üblichen 26 Euro bei Hilfen zur Selbstversorgung/Wohnen) haben z. B. die Eltern aufzubringen.

In Hessen hat die vor zwei Jahren neu eingeführte Heranziehung bei Leistungen des Betreuten Wohnens zu vielen Abmeldungen aus dieser sinnvollen und in vielen Einzelfällen erforderlichen Hilfe geführt, da die Klienten die Einbeziehung der Angehörigen nicht wünschten, u. a. um sie nicht finanziell zu belasten, aber auch um das aktuelle Beziehungsgefüge nicht anzutasten.

In einigen Fällen könnte dieses Schicksal auch die Erwägungen zur Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets treffen: ebenso wie bei der Umstellung in Hessen werden die potenziellen Budgetnehmer im Beantragungsverfahren natürlich auf die anstehende Zuzahlungspflicht der Familienmitglieder hingewiesen, und wie in Hessen kann das dazu führen, dass die eigentlich gewünschte und erforderliche Hilfe deshalb nicht in Anspruch genommen wird.

Kurz gesagt: Die Einbeziehung der Angehörigen beim Persönlichen Budget widerspricht der zentralen Selbstbestimmungs-Intention des Budgets.

Persönliches Budget und Hilfeplanung

Ein Blick auf die aktuellen Verfahren der Hilfebedarfsplanung (inkl. des IBRP) zeigt, dass auch dort das Persönliche Budget noch nicht angekommen zu sein scheint.

Es ist allseits bekannt, dass das Persönliche Budget nicht für jeden Klienten die geeignete Finanzierungsart darstellt. Daraus ergibt sich:

Es ist im Rahmen der Hilfebedarfsfeststellung zu klären, ob die mit dem Psychiatrie-Erfahrenen im Rahmen der Hilfeplanung vereinbarten Ziele eher mit einem Persönlichen Budget, oder mit der »klassischen« Sachleistung erreicht werden können. So wie »Besuch der Tagesstätte« oder »Wechsel ins Betreute Wohnen« keine Hilfeziele, sondern Orte der Hilfeleistung sind, kann auch »Finanzierung in Form des Persönlichen Budgets« kein Hilfeziel sein, sondern eine von mehreren Finanzierungsformen, die gewählt werden kann, *um die vereinbarten Ziele zu erreichen.*

Mit anderen Worten: Alle gegenwärtig in Deutschland verwendeten Hilfeplanverfahren müssen *sofort eine zusätzliche Spalte enthalten, auf der in Reflexion auf die Ziele, die Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten sowie seine Beeinträchtigungen mit ihm vereinbart und vermerkt werden kann, ob die jeweilige Hilfe in Form des Persönlichen Budgets oder als Sachleistung erbracht werden solle.* Werden Hilfeplangespräche so gestaltet und im Hilfeplan protokolliert, werden die Entscheidungen für oder gegen ein Persönliches Budget bei dem jeweiligen Klienten für alle Beteiligten nachvollziehbar. Und falls die noch anstehende Fachdiskussion für einige der Klienten die »Gewährung von Gutscheinen« als dritte Finanzierungsart ergeben sollte, wäre diese unproblematisch zu integrieren.

Was unbedingt noch zu klären ist

Aus Sicht von uns Angehörigen sind folgende Aspekte klärungsbedürftig:

- Die Hilfebedarfsfeststellung sollte nach einem einheitlichen, integrierten Verfahren erfolgen, unabhängig davon, ob man in Berchtesgaden oder Mühlheim/Ruhr lebt.
- Die Dokumentationspflichten bei der Mittelverwendung müssen einfach und arbeitsunaufwendig zu befolgen sein.
- Werden von den Banken aufgrund des niedrigen Umsatzes auf dem Budgetkonto Kontogebühren verlangt, sind diese dem Budget zuzuschlagen.

- Es bedarf einer einheitlichen Regelung bezüglich der Verwendung der nicht verausgabten Mittel; ein gewisser Anteil davon sollte vom Budgetnehmer vereinnahmt werden können: dies stärkt seine Fähigkeit, mit Ressourcen sparsam umzugehen.
- Es sollte eine eindeutige Regelung für nicht sachgerecht verwendete Mittel geben, welche der besonderen Situation psychischer Erkrankung Rechnung tragen muss.
- Von externer Qualitätssicherung sollte nicht vollständig Abschied genommen werden, auch wenn die Bewertung des Nutzen seitens der Budgetnehmer im Vordergrund steht.

... und wie steht es mit den Leistungsanbietern?

Werfen wir abschließend noch einen Blick auf diejenigen, die Budgetleistungen anbieten könnten, nämlich auf die Träger, die heute die sozialpsychiatrischen bzw. gemeindepsychiatrischen Hilfen anbieten.

Es hat den Anschein, als wenn sich erst wenige von ihnen in die Lage versetzt hätten, die Nachfrage von Budgetnehmern zu bedienen; aus vielen Regionen wird berichtet, sie seien ebenso unvorbereitet wie die eingangs zitierte Administration.

Um Hilfen in Form des Persönlichen Budgets erfolgreich anbieten zu können, sind einige grundlegende Veränderungen unumgebar:

- Das Verhältnis der Nutzer zu den Anbietern verändert sich drastisch, wenn Psychiatrie-Erfahrene das Geld sehen oder sogar in die Hand nehmen, mit dem die Hilfeerbringung bezahlt wird; zwar ziehen sie die Stundensätze in der Regel nicht in Zweifel, aber ihre Erwartungen zu den in dieser »teuren Zeit« erfolgenden Hilfen steigen deutlich.
- Die Betriebe (bisher sind wir gewohnt, »Träger« zu sagen) müssen in der Lage sein, auf sehr unterschiedliche Hilfeanfragen flexibel zu antworten.
- Und dies gilt für die Gestaltung der Hilfen, aber auch für die Gestaltung der jeweiligen Preise: Parallel zur Verhandlung über die Hilfen müssen die Träger ihre wechselnden Angebote kalkulieren; das geht natürlich, aber wie viele der Träger haben dieses Know-how heute – oder morgen, wenn ein Budgetnehmer vor der Tür steht? Einfach die aktuellen Fachleistungsstunden zugrunde zu legen, greift zu kurz. Ein Klient wünscht regelmäßige Unterstützung bei der Haushaltsführung (alle zwei Tage) und wöchentlich, manchmal alle zwei Wochen,

Zugangshilfe zu einer Freizeitgestaltung – ist da die pauschalierte Fachleistungsstunde des Betreuten Wohnens angemessen? Angemessen aus Sicht des Betriebes, und/oder angemessen aus Sicht des »Kunden«?

Oder ein anderes Beispiel: Wie reagieren auf die Anfrage eines potenziellen »Kunden«, nur in Krisen eine Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen, in Form einer dann schnell zur Verfügung stehenden Gesprächsbereitschaft – und der »Kunde« kann aber nicht sagen, wie häufig das ggf. vorkommt?

- Könnten Sie diese Anfrage bedienen, und hätten Sie dafür ein Kalkulationskonzept?

Arbeit durch Persönliches Budget

Richard Auernheimer

Ab 1. Januar 2008 gilt der Rechtsanspruch auf die neue Form der Leistungen als Persönliches Budget. Das Persönliche Budget stellt eine Alternative zur Dienst- oder Sachleistung dar und wird grundsätzlich in Form eines Geldbetrages geleistet. Neben den Leistungen zur Teilhabe können unter bestimmten Voraussetzungen auch andere Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, Leistungen der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Pflegeleistungen der Sozialhilfe in Form eines Persönlichen Budgets gewährt werden.

Mit dem Persönlichen Budget kaufen sich Menschen mit Behinderungen die Leistungen ein, die sie zur Deckung ihres persönlichen Teilhabebedarfs benötigen. Damit werden sie zu Budgetnehmern/Budgetnehmerinnen, die die erforderlichen Leistungen eigenverantwortlich, selbstständig und selbstbestimmt gestalten. Als Expertinnen und Experten in eigener Sache entscheiden sie selbst, welche Hilfen sie wann, wie und durch wen in Anspruch nehmen.

Die Anwendung des Persönlichen Budgets ist in Rheinland-Pfalz am umfassendsten erprobt worden. Die Übertragung der Idee auf das Budget für Arbeit hat dort zuerst begonnen. Die damit verbundene Diskussion über die Aufgaben der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen wurde rechtzeitig geführt. Am 20. Februar 2006 schlossen die Vertreterinnen und Vertreter des Netzwerks Gleichstellung und Selbstbestimmung, der Werkstatträte, der LAG WfbM in der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Kommunen, der Regionaldirektion und des Landes Rheinland-Pfalz deshalb eine »Zielvereinbarung zur Stärkung der Integration von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben und zum Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt«.

In ihr heißt es zum Beispiel: »Ohne den Rechtsanspruch von Menschen mit Behinderungen auf eine Beschäftigung in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen infrage zu stellen, ist es unser gemeinsames Ziel, die berufliche Eingliederung dieses Personenkreises in den ersten Arbeitsmarkt zu verwirklichen.«

Im Mittelpunkt stehe die gesellschaftliche Teilhabe. Werkstätten für behinderte Menschen sollten dies aufgreifen, indem sie sich auch für Arbeitsbereiche des ersten Arbeitsmarktes öffnen, um so eine gesellschaftliche

Integration von behinderten Menschen zu fördern. Denkbar sei beispielsweise, dass Werkstätten auch ein Ort der Ausbildung von nicht behinderten Menschen werden, die einer besonderen Förderung bedürfen, um so ihre Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu verbessern. Auch sei es vorstellbar, dass die Werkstätten Produktionslinien entwickeln, in denen auch nicht behinderte Menschen eine Beschäftigung finden.

Die Leichtigkeit des Verfahrens

Das Persönliche Budget muss durch die Leichtigkeit des Verfahrens geprägt sein. Kostenträger und Betroffene haben ein gemeinsames Lösungsinteresse, ohne sich dessen immer bewusst zu sein. Das ist die Win-Win-Situation des Persönlichen Budgets.

Neben dem Auftrag aus Artikel 3 Grundgesetz leitet sich der Gestaltungsauftrag auch aus dem Bundesgleichstellungsgesetz, den Ländergleichstellungsgesetzen, dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz und nicht zuletzt aus der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderung ab. Diese Gesetze oder Verträge regeln zwar nicht die Eingliederungshilfe, aber es steht fest, dass die Gestaltung der Hilfe nicht im Widerspruch zu den Vorgaben der neuen bürgerrechtlichen Ausstattung stehen darf. »Teilhabe verwirklichen, Gleichstellung durchsetzen, Selbstbestimmung ermöglichen«, die Ziele des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen gelten nach dem politischen Willen aller Beteiligten.

Das Persönliche Budget baut auf dem Lösungsansatz des Interessenausgleichs auf. Deshalb kommt es der Gleichstellung sehr nahe. Die Macht des Kostenträgers ist überholt. Das »Von-oben-Herab« der Eingliederungshilfe in der alten Verwaltungspraxis hatte seine Wurzeln in der öffentlichen Fürsorge. Die aktenführende Sachbearbeiterin, der Sachbearbeiter brauchen Qualifizierung, um an die neue Praxis herangeführt zu werden. Der Hilfeempfänger soll nach SGB IX Teilhabeberechtigter sein. Der Paradigmenwechsel vollzieht sich in der Alltagsform.

Der Teilhabeberechtigte muss in diesem Verfahren mit seinen Interessen beachtet werden. Die alltägliche Praxis hat zwar noch sehr viele Probleme damit. Aber es ist klar, dass die Fehler im System abgebaut werden müssen. Für sie gäbe es auch keine Erfolgsbestätigung. Wer das Budget in den Formen des herrschaftlichen Dialogs zuteilt, scheitert. Er wird niemand dafür interessieren können. Und er wird auch keine Budgetlösungen finden.

Von der Hilfeplanung zur Teilhabekonferenz

Die Hilfeplanung ist out, das Denken muss sich an Teilhabe orientieren. Teilhabekonferenzen sollen eine Geschäftsordnung haben, die allen zugänglich ist. Sie darf nicht nur auf dem Papier stehen, sondern muss auch praktiziert werden.

Besonders in diesem Abschnitt der neuen Aufgaben der Verwaltung sehe ich ein Stück Verwaltungsreform und -modernisierung. Die Bürgernähe und das gemeinsame Abwägen können das Verfahren vereinfachen, das früher mindestens so viel Zeit beanspruchte, wenn auch in anderer Aufteilung. Das direkte Gespräch zwischen den Beteiligten hilft, Unklarheiten zu vermeiden.

Allein vor so vielen? Wird das gut gehen? Halte ich es aus? Die Fragen bewegen diejenigen, die als Antragsteller im Mittelpunkt der Teilhabekonferenz stehen. Die Ängste sind nachvollziehbar als Signale der Unsicherheit. Fairness ist erforderlich, um eine Situation der Teilhabe und Gleichstellung zu erreichen.

Das Beispiel Bielefeld überzeugte in der Tagung in Kassel durch den hohen Stand der inneren Spielregeln. Es gibt noch zu wenige Teilhabekonferenzen, bei denen der Ausgleich der Interessen schon in der Geschäftsordnung sichtbar ist. Menschen mit Behinderungen müssen in den Teilhabekonferenzen Gleichstellung erfahren können. Das vorsitzende Mitglied wird die Konferenz umso besser leiten, je mehr sie auf die Notwendigkeit achtet, alle Interessen zu beachten.

Die Feststellung des Bedarfs an Unterstützung zur Teilhabe kann nicht eine Stelle treffen. Es müssen alle beteiligt werden, die an dem Wissen teilhaben. Die Kostenträger haben Gewohnheiten entwickelt. Noch immer ist es für den Sachbearbeiter beruhigend, jemand »gut untergebracht« zu wissen. Das neue Denken, gefordert in der Teilhabekonferenz, muss erst erlernt werden.

Die Entscheidung darf im Teilhabeplanverfahren nicht übergestülpt werden. Es ist eine gemeinsame Suche nach der richtigen Entscheidung. Ein aufwendiges Verfahren, das haben inzwischen viele erfahren. Manche werden das Verfahren als bürokratisches Monstrum charakterisieren. Zu viel Papier, zu viel Zeit, zu viele Beteiligte. Aber das sind nur äußere Kennzeichen. In Wirklichkeit fasst das Teilhabeplanverfahren alles zusammen, was bisher an verschiedenen Stellen geschrieben, begutachtet, dokumentiert und aufbewahrt wurde. Das gestaltende Verfahren ist vielfältig und mehrdimen-

sional, es beendet die Einzelakte, den Entwicklungsbericht und die Distanz zum Leistungsempfänger.

Der springende Punkt: die Angemessenheit des Bedarfs an Teilhabe. Die Teilhabekonferenz wird sich immer bemühen, den ergänzenden Bedarf zu sehen. Anders als in der überwundenen alten Betrachtung der Defizite eines Menschen mit Behinderung – hier war der Anfangspunkt immer auf null gestellt – bringt jede, jeder Anteile an Teilhabe mit. Sie sind zu ergänzen und zu vervollständigen.

Wir muten im neuen System den Menschen etwas zu: Beteiligung. Wir trauen ihnen Beteiligung zu.

Die Wirtschaftlichkeit des Persönlichen Budgets

Die Wirtschaftlichkeit des persönlichen Budgets hat viele Bedenken ausgelöst. Sparzwänge werden vermutet. Von Anfang wurde in dieser Hinsicht heftig diskutiert.

Die Erfahrungen in Rheinland-Pfalz zeigen dies deutlich. Bewunderer der Idee – »da gibt es mehr Gestaltungsfreiheit« – hatten gleichzeitig den Eindruck: die kleinliche Einzellösung gewinnt jetzt die Oberhand.

Die ersten Lösungen waren zunächst nur auf Ergänzung angelegt. Nach dem Vorbild der Pflegegeldsätze der Pflegeversicherung gab es in dieser Annäherung an die Hilfe nach Maß – eine dreifache Abstufung der Geldleistungen. Keine dieser Stufen war für sich allein genommen in der Lage, den Hilfebedarf ganz zu decken. Betreutes Wohnen eines bestimmten Leistungstyps konnte aber so gestaltet werden, dass es den Menschen mit Behinderung damit möglich war, individueller zu leben. Das war vorher überhaupt nicht möglich gewesen. Es gab vorher nichts Zusätzliches, was nicht alle anderen auch zusätzlich erhielten. Jetzt aber war es möglich. Der Einzelne rückte in den Mittelpunkt. Die personenzentrierte Hilfe war damit möglich. Und in einer wirtschaftlich vertretbaren Form. Wer das richtig umsetzt, gibt das richtige Maß an Budget, der handelt in seinem Aufgabengebiet wirtschaftlich, aber auch im Interesse des Teilhabeberechtigten.

Wenn das Persönliche Budget eine Alternative zur traditionellen Form der Hilfeleistung sein soll, dann müssen in ihm alle Ausgaben des Einzelfalls enthalten sein. Auch die der Begleitung oder der vorübergehenden Budgetassistenz. Menschen müssen jetzt zur Antragstellung motiviert werden. Der Aufruf gilt: »Stellt Anträge!«

Die Aufgabe der Selbsthilfe

Die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe beteiligen sich besonders unter dem Aspekt der Ermutigung. Es sollen Leute sein, die zu anderen Übergängen, als sie bisher üblich waren, ermutigen können, und dazu auch eigene Erfahrungen mitbringen. Auch beim Abschluss von Zielvereinbarungen müssen Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe teilnehmen.

Arbeit durch Persönliches Budget

Arbeitsplätze im ersten Arbeitsmarkt zu finden, ist möglich. Wir haben genug Ressourcen zur Verfügung, um andere Vermittlungsprozesse einzuleiten als es sonst geschieht. Wir müssen sie nutzen. Die Vermittlung von Menschen mit Behinderungen braucht sehr differenzierte Lösungen, aber das darf uns nicht davon abhalten, alle Fachkompetenzen für die Vermittlung einzusetzen. Die immer wieder auftauchende Skepsis muss überwunden werden.

Die Idee des freien, gleichgestellten Arbeitsplatzes wird nicht widerlegt durch die Zahl der statistisch sichtbaren Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderungen. Wir haben es hier eher mit einem Bereich zu tun, bei dem Gewohnheiten aufhören sollen. Das Budget für Arbeit ist nicht die Illusion, die nur für wenige umgesetzt werden kann. Das Neue ist schwierig, das bisherige System einfach.

»Individuelle Wege ins Arbeitsleben« dieses Ziel scheint jeder Erfahrung zu widersprechen, besonders für psychisch kranke Menschen ist es kaum vorstellbar, an Arbeitsplätze zurückzukehren, die wegen ihrer Belastungen bekannt sind. Die Abwendung dieser Bedrohung steht im Vordergrund des Auftrags.

Neue Arbeitsplätze in Betrieben zu schaffen, braucht Mut und Ermutigung für Unternehmer. Bevor man an den Durchschnittsarbeitsplatz denkt, ist es ratsam, die Erfahrungen einzusetzen, die in sozialen Betrieben gemacht wurden. »Unterstützte Beschäftigung«, die neue gesetzliche Regelung kann Übergänge schaffen. In sozialen Einrichtungen sollten wir Arbeitsplätze entdecken, die den Übergang erleichtern.

Die alte Frage, ob ein Arbeitsplatz, wenn er entgeltfinanziert wird, weniger wert ist, kann man abtun. Dieser Arbeitsplatz ist immer noch die pure Chance. Er hat hohen Wert für den Menschen mit Behinderung, der bisher ohne Arbeitsvertrag war. Darin liegt das große Verdienst der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Aber die Unterbewertung des teilhabe-

berechtigten Menschen im WfbM-Beschäftigungsverhältnis lässt sich nur auflösen durch jede Art von Übergang. Mit der Bewertung der Erwerbsunfähigkeit wird man sich in den Übergängen noch mehr auseinandersetzen müssen. Sie auf Dauer anzunehmen, wie es in der rechtlichen Fiktion der Erwerbsunfähigkeit geschieht, kann im Widerspruch zur Anerkennung des gleichgestellten Menschen, im Widerspruch zu Recovery und Empowerment stehen. Deshalb muss man auch die Befreiung von der Sozialversicherungspflicht in der Arbeitsversicherung, wie es das rheinland-pfälzische Konzept zunächst vorsieht, nochmals überdenken.

Aber zunächst ist der ganz andere Zugang gerechtfertigt. Trotz kritischer Einstellung zur WfbM in ihrer heutigen Form kann man akzeptieren, dass alle Stufen von Übergängen richtig sind, die Außenarbeitsplätze mit kurzer Dauer, die Außenarbeitsplätze mit mehr als sechs Monaten Dauer (die zulässig sind), die virtuellen WfbM-Arbeitsplätze, die unterstützte Beschäftigung. Es sind alles Stationen auf dem richtigen Weg.

Persönliches Budget und Budget für Arbeit können trägerübergreifend sein, sie müssen am Ende trägerübergreifend sein. Der Gesetzgeber hat die Lösung geschaffen. Dass hier eine Entwicklungslinie vorgegeben ist, das hebt das Persönliche Budget hervor.

Ermutung aus dem Modellprogramm in Rheinland-Pfalz

»Das Budget für Arbeit ist nicht nur ein Instrument, um behinderten Menschen die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, es steht auch für den Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik. Anstatt aus Mitteln der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII die Beschäftigung in Werkstätten zu finanzieren, nutzen die Träger der Sozialhilfe den Eingliederungshilfetitel, um damit Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu fördern. Behinderte Menschen erhalten kein Werkstattentgelt mehr, sondern werden tariflich entlohnt; sie sind – außer in der Arbeitslosenversicherung – sozial versichert und haben wie alle anderen auch einen Arbeitnehmerstatus«, schreibt die Ministerin Malu Dreyer im Bericht über das Modellprogramm Budget für Arbeit.

Im Januar 2006 fanden erste Gespräche in der Modellregion Bitburg und Daun statt, nachdem das Konzept im Vorfeld mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt worden war. Mit den beteiligten Werkstätten und Kommunen wurde eine Vielzahl praktischer Fragen erläutert, z. B. der Anspruch und die Anwartschaften in der Rentenversicherung, die bei

Werkstattbeschäftigten gesetzlich normiert sind, Aspekte zum Tarifrecht, der Kündigungsschutz und auch die Möglichkeit, gegebenenfalls in die WfbM zurückzukehren.

Erfreulich war, dass die ersten drei Budgetnehmer zum 1. Mai 2006 in ein reguläres Arbeitsverhältnis wechseln konnten. Bis Ende 2006 traten 13 Budgetempfängerinnen und -empfänger den Weg in den ersten Arbeitsmarkt an, zum 1. August 2007 sind es mittlerweile 30. Die Budgetempfängerinnen und -empfängern geben durchweg positive Rückmeldungen.

»Die Modellphase im Jahr 2006 haben wir sehr eng und mit viel Zeitaufwand begleitet, aber die positiven Rückmeldungen der Menschen mit Behinderung haben uns immer wieder angespornt. Erfreulich ist auch das große bundesweite Interesse an dem Modellprojekt«, so Thomas Eckert, der zuständige Mitarbeiter im Referat Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. Eine ausführliche Darstellung findet sich in der Broschüre: Modellprogramm Budget für Arbeit, Handbuch zur praktischen Anwendung (Mainz 2007), herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz, Broschürentelefon 06131/16-2016 Internet: www.masgff.rlp.de

II Recht auf Arbeit 1: Steuerung durch Leistungsträger – Möglichkeiten und Begrenzungen

Diskussionsrunde mit Vertretern der Leistungsträger

*Reiner Braunersreuther, Hanno Irle, Rainer Radloff,
Armin Schönfelder*

Moderation: Ulrich Krüger

Krüger: Ich möchte kurz in das Thema »Steuerung« einführen. Weil es so viele Aspekte gibt, so viele Zuständigkeiten und Unklarheiten, ist meines Erachtens die brennendste offene Frage: »Wie kann man hier Orientierung fördern?«, aber auch: »Wie kann man die Zusammenarbeit der Akteure fördern?«. Diesbezüglich hat das Sozialgesetzbuch IX einen sehr großen Schritt getan. Es hat sehr differenzierte Angaben gemacht im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Rehaträger:

SGB 9 § 12 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

(1) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

- 1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,*
- 2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,*
- 3. Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,*
- 4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden sowie*
- 5. Prävention entsprechend dem in § 3 genannten Ziel geleistet wird.*

Hier finden Sie so starke Vokabeln wie »nahtlos«, »zügig«, »einheitlich«, »einvernehmlich geklärt«. Man kann schon sagen: Der Gesetzgeber gibt ein sehr deutliches Signal in Richtung Zusammenarbeit. Ich glaube, das ist aus Sicht der Klienten auch sehr wünschenswert.

Das Gesetz ist bezogen auf die Rehabilitationsträger. Wir haben hier erfreulicherweise auch Vertreter von einer Optionskommune und einer ARGE sitzen. Das sind keine Reha-Träger, aber auch sehr wichtige Akteure. Was die psychisch kranken Menschen anbelangt, haben wir darüber hinaus auch den Behandlungsbereich. Also letztendlich enden wir mit Steuerungsfragen nicht im Reha-Bereich. Ich denke, dass wir uns an diesen Vorgaben zur sehr engen Kooperation und Abstimmung auch in Bezug auf diese anderen Bereiche orientieren sollten. Mein Vorschlag wäre, dass wir versuchen, dieses

umfangreiche Thema etwas zu gliedern und dass wir zu drei Blöcken einige spezielle Themen diskutieren werden.

Die drei Bereiche sind: 1. einzelfallbezogene Steuerung, 2. finanzielle Steuerung und 3. regionale Steuerung.

Es ist mir sehr wichtig darauf hinzuweisen, dass bei allem, über das wir hier sprechen, wir eine ganz bestimmte, relativ enge Zielgruppe vor Augen haben. Es geht uns um die psychisch kranken Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung noch weiterhin Beeinträchtigungen haben. Beeinträchtigungen, die Hilfebedarfe nach sich ziehen. Wir entwickeln hier also nicht ein Gesamtkonzept der Hilfe zur Teilhabe oder ein Gesamtkonzept der Arbeitsvermittlung. Natürlich gibt es Menschen, die nach psychischer Erkrankung wieder vollkommen genesen, stabil und »nur« arbeitsuchend sind, die weder eine integrierte Hilfeplanung noch eine Hilfeplankonferenz noch irgendwelche spezialisierten Hilfen benötigen. Von diesen Menschen sprechen wir hier nicht. Wir sprechen hier von einer ganz bestimmten Zielgruppe, nämlich den Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung solche Beeinträchtigungen haben, dass daraus ein besonderer Hilfebedarf resultiert.

Einzelfallbezogene Steuerung

Individuelle Hilfeplanung

Nun zum Thema einzelfallbezogene Steuerung. Herr Radloff soll als Erster das Wort bekommen. Sie kommen aus einer Projektregion des Modell-Projektes, von der hier schon verschiedentlich die Rede war.

Radloff: Einleitend möchte ich etwas zu meiner Person sagen. Mein Name ist Rainer Radloff. Ich bin der Geschäftsführer der ARGE Bielefeld. Wir haben den Namen »Arbeit-plus in Bielefeld GmbH«. Ich komme von der kommunalen Seite, habe mich aber auch längere Zeit in einem Verein engagiert, der ein Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen hatte, und insofern bin ich sehr nahe an der Praxis gewesen. Jetzt bin ich natürlich stärker in steuernder Funktion tätig.

Sie wissen natürlich, dass im Bereich des SGB II eine ganze Menge Personen erfolgreich integriert worden sind. Ich glaube, gestern hat Herr Pflügner dazu einen guten Vortrag gehalten, der das auch dargestellt hat. Ich möchte Ihnen die Situation bei uns vor Ort schildern. Wir haben in Bielefeld ca. 25 000 erwerbsfähige Hilfebedürftige, also Personen, die zwischen 15 und 65 Jahren sind und von diesen 25 000 sind 11 300 als arbeitslos gemeldet, d. h. als arbeitslos registriert. Von diesen 25 000 Menschen sind nach unserer Einschätzung ca. 2500 Personen entweder psychisch beeinträchtigt,

chronisch erkrankt oder suchterkrankt, also ca. 10 %. Das ist eine eher nach unten korrigierte Zahl. Aus der täglichen Beratung wird von meinen Mitarbeitern eher eine höhere Zahl angenommen.

Was passiert bei uns? Wenn bei Personen, die zu uns kommen, sehr schnell deutlich wird, dass sie eine psychische Erkrankung haben, dann werden sie in der Regel in unserem Fallmanagement betreut und dort wird mit ihnen eine Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen, nachdem man in einem gegenseitigen Gespräch herausgefunden hat, welche Hilfen notwendig sind. Wir haben sehr viele Maßnahmen, die es uns ermöglichen, sowohl für uns als auch für den Klienten ein klareres Bild zu bekommen, was eigentlich der nächste Schritt sein kann, um an Arbeit teilzuhaben.

Für diese einzelfallbezogene Steuerung nutzen wir natürlich auch ein Netzwerk. Wir sind eine Modellregion und nehmen an der funktionalen Hilfeplankonferenz der Stadt Bielefeld teil. Diese wird von der Stadt Bielefeld geleitet, vom Dienstleistungszentrum Jugend, Soziales und Wohnen. Die Personen oder Institutionen, die dort vertreten sind, sind sowohl die Träger von Leistungsanbietern, vom sozialpsychiatrischer Dienst, Vertreter von den Werkstätten, aber auch Psychiatrieerfahrene und Vertreter des Landschaftsverbandes. Wir sind dort in einer beratenden Funktion und sehen, dass in diese Hilfeplankonferenz mittlerweile bis zu 45 % – mit zunehmender Tendenz – Personen hineinkommen, die SGB II-Leistungen beziehen. Insofern ist eine sehr viel stärkere Rolle für uns in diesem Netz notwendig, um die nächsten Schritte abgestimmt mit diesem Verfahren zu übernehmen.

Soweit erstmal zur einzelfallbezogenen Sicht, nachher gehen wir bestimmt über zu der Frage von Maßnahmen und regionaler Steuerung.

Krüger: Danke, vielleicht noch eine kleine Ergänzung, damit man eine Vorstellung von der Größenordnung bekommt. In der Hilfeplankonferenz Bielefeld – wir hörten, dass die ARGE in diese voll integriert ist – sind in der Projektlaufzeit deutlich über 1000 Hilfebedarfe besprochen worden. Das sind schon mehr als Einzelfälle, aber, ich will es noch einmal betonen, unter allen Arbeitsuchenden doch eine sehr umgrenzte Gruppe. Ein hocheffektives Gremium, in dem tatsächlich alle relevanten Akteure am Tisch sitzen und in vielen Fällen innovative Lösungen gefunden wurden.

Schönfelder: Ich sitze hier heute als Vertreter einer Optionskommune. Den meisten ist vielleicht bekannt, was die Option ist. Wir in Ostvorpommern sind in Mecklenburg-Vorpommern die Einzigen, die sich dazu durchgerungen haben. Wir haben uns im Rahmen der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe dafür entschieden, weil wir uns damit die Möglichkeit

eröffnen, neben der klassischen Sozial- und Gesundheitsverwaltung, die ein Landratsamt schon immer hatte, Sozialhilfe, Jugendhilfe auch noch eine weitere soziale Dienstleistung in die Verwaltung aufzunehmen – nämlich die kommunale Arbeitsverwaltung. Damit halten wir ein umfassendes Angebot an sozialen Dienstleistungen bereit. Unser Kreis hat 110 000 Einwohner, davon sind 20 000 Einwohner im Leistungsbezug ALG II – fast 20 %. 14 000 davon sind erwerbsfähig, unterliegen also dem SGB II und wie viele darunter nun psychisch beeinträchtigt sind, das ist schwer zu ermitteln – trotz des Vorteils, dass wir alle Dienstleistungen, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialverwaltung, Sozialamt, Jugendamt unter einem Dach haben. Es gibt also mit Sicherheit eine hohe Dunkelziffer, die selbst wir nicht feststellen können.

Unser Ziel war es aber, die kommunale Arbeitsverwaltung mit in die Hilfeplankonferenz aufzunehmen. Das ist uns relativ schnell im Rahmen des Modell-Projektes gelungen. Bei uns sitzen gesondert geschulte Fallmanager und in der Regel auch die Arbeitsvermittler mit in der Hilfeplankonferenz, um entsprechend steuern zu können, gemeinsam mit denjenigen, die den Kontakt herstellen zum Arbeitgeber, denjenigen die Arbeitsplätze akquirieren. Das mag der Unterschied zu manchen ARGEN oder auch anderen Optionskommunen sein. Die Hilfeplanung läuft ansonsten ähnlich wie in einer ARGE – mit einem Unterschied: wir sind nicht über 0180er und 0190er Nummern zu erreichen, sondern die Leute können ohne Callcenter direkt durchwählen in die Verwaltung, sowohl in die Arbeitsverwaltung als auch in die Sozialverwaltung. Der Hilfebedürftige hat die Gewähr, dass es keine Verzögerung bei uns gibt, sondern eine Verwaltungsbeschleunigung.

Krüger: Die Frage der Erreichbarkeit ist natürlich ein wichtiger Steuerungsaspekt. Wir haben jetzt aus zwei Regionen gehört, wie dort Ergebnisse individueller Hilfeplanung in Hilfeplankonferenzen besprochen werden unter Beteiligung der Fallmanager, teilweise sogar der Arbeitsvermittler. Ich hoffe, dass Sie neugierig geworden sind. Wir können und wollen das hier nicht weiter ausführen, aber dieses Instrument ›Hilfeplankonferenz‹, die Tatsache, dass alle relevanten Akteure an einen Tisch zusammengekommen sind, ist eine extrem günstige Voraussetzung dafür, schnell zu guten Ergebnissen in Einzelfällen zu kommen. Nur kurz erwähnen möchte ich, dass sowohl ein Vertreter der Rentenversicherung regelmäßig teilnimmt als auch ein Vertreter der Agentur für Arbeit, in beiden Fällen ein Reha-Berater. Also auch da ist die Zusammenarbeit sichergestellt.

Assessment

Ich komme zum Thema ›Assessment‹ und möchte in diesem Zusammenhang gerne eine wichtige Erfahrung ansprechen. Es fällt häufig auf, dass trotz des beschriebenen Informationsaustauschs in der Hilfeplankonferenz und trotz einer individuellen Hilfeplanung, die auch Arbeit umfasst, das Thema ›Arbeit‹ nicht ausreichend erschlossen ist. Man weiß noch nicht genau, was der einzelne Mensch will, was er kann, was es für Vorerfahrungen gibt. In diesen Fällen braucht man so ein vertieftes Assessment. Dies ist noch nicht unbedingt als Reha-Maßnahme zu verstehen, sondern eher als Orientierung, die über das hinausgeht, was über eine reine Hilfeplanung hinaus erreicht werden kann. Wer von Ihnen mag zu diesem Thema etwas sagen? Sehen Sie diesen Bedarf auch, und gibt es vielleicht schon solche Formen von vertieftem Assessment?

Braunersreuther: Von der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg. Ich bin dort Referent für öffentlich geförderte Beschäftigung, war früher selbst 17 Jahre Reha-Berater und habe sehr viel mit dem Personenkreis der psychisch Beeinträchtigten gearbeitet, regional Netzwerke aufgebaut etc.

Es gibt freilich vertieftes Assessment, wir können selbstverständlich im SGB II alle Möglichkeiten nutzen, Leute zu testen, über Probebeschäftigung, über Arbeitsgelegenheiten, um herauszubekommen, wo die Leistungsfähigkeit ist, wo vielleicht auch Stärken und Schwächen sind, wo vielleicht noch Defizite sind – um durch diese Erprobung herauszufinden, wo der verstärkte Betreuungsbedarf ist, um hier noch mehr zu tun. Der Fallmanager kann im SGB II sehr viele Möglichkeiten bzw. den ganzen, sehr vielseitigen Instrumentenkatalog nutzen, um die Leistungsfähigkeit abzuklären.

Irle: Ich bin als Nervenarzt für den Bereich Sozialmedizin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zuständig. Das Thema Assessment ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten für uns ganz wichtig gewesen. Andererseits ist aber auch ein wenig Ernüchterung eingetreten. Was an wichtigen Dimensionen in diesen Instrumenten da ist, halte ich für sehr hilfreich. Auch gerade in diesen ganz konkreten Arbeitserprobungen, wo das in eine systematisierte Form gegossen wird und es dann eine Reha-Planung gibt, die sich daraus entwickelt. Letztendlich habe ich aber auch den Eindruck, dass oft doch ein traditionelles psychiatrisches Gutachten damit im Einzelfall nicht vollständig ersetzt werden kann. Aus der Verlaufsbeobachtung kann man sicher sehr viel mehr ableiten, wenn die sich über mehrere Tage oder Wochen erstreckt. Aber was in der Forschung an operationalisierten Verfahren so

auf dem Markt ist, ob das nun ERGOS ist oder IMBA oder Ähnliches, das ist meines Erachtens wegen des hohen Aufwands bei begrenzter Aussage oft nicht praktisch nutzbar. Jedenfalls nicht so, wie es sich die Kostenträger ursprünglich mal vorgestellt haben, dass es dann einen Screening-Wert gibt, der den gezielten Reha-Bedarf zeigt. Das sind Illusionen, denen man sich nicht mehr hingeben darf.

Im Übrigen geht die Entwicklung deutlich in Richtung ICF-orientierter Verfahren. Deshalb müssen wir uns mit dieser internationalen Klassifikation der funktionalen Gesundheit und Behinderung auseinandersetzen und damit, wie wir diese sehr komplizierten Dimensionen aus der ICF dann auch wirklich in solche Assessments einschließen können. Das, was bislang in sehr grober Form verfügbar ist, eignet sich für die Praxis nur bedingt.

Krüger: Da werden auch Risiken deutlich. Zum Beispiel, dass es auch zu intensiv sein kann, zu viel Aufwand mit zu wenig Ergebnis.

Radloff: Ich hatte von der großen Anzahl betroffener Personen gesprochen, die wir in Bielefeld antreffen. Wir benötigen daher ein sehr differenziertes Maßnahmesystem. Das haben wir in Bielefeld aufgebaut. Wir versuchen sehr modular, mit sehr unterschiedlichen Betreuungsintensitäten, mit sehr unterschiedlichen Möglichkeiten in den Maßnahmen vorzugehen. Wir handeln so, um zu erfahren, was die nächsten Schritte sein könnten oder ob schon eine langfristige Beschäftigung in Betracht kommt? Wir haben ja jetzt auch den § 16 a SGB II, ein langfristiges Instrument. Wir haben bei uns die Arbeitsgelegenheit sowohl in der Mehraufwands-Variante, aber gerade auch in der Entgelt-Variante für psychisch Beeinträchtigte angewandt. Die Erfahrung damit zeigt, dass eine Notwendigkeit besteht, das nicht bis auf sechs Monate oder neun Monate zu begrenzen, wie das häufig üblich ist, sondern bis auf 18 Monate auszudehnen. Dann kann man die Belastungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum beobachten und ob tatsächlich eine entsprechende Entwicklung möglich ist. Ich bin ganz froh, dass wir mit dem neuen § 16 a, also dem Beschäftigungszuschuss, ein Instrument haben, das es uns ermöglicht, die Integration auch im gewerblichen Bereich langfristig voranzutreiben.

Krüger: »Sehr differenziert, sehr flexibel« waren die Stichworte. Ich kann das nur bestätigen, weil ich Bielefeld von Besuchen her kenne und Ihre Angebote in direkter Entscheidungskompetenz der Fallmanager der ARGE liegen. Was Sie gesagt haben, war schon ein kleiner Vorgriff auf unser nächstes Thema, die Angebotssteuerung. Aber ich möchte noch einmal zusammenfassen: Sie haben sehr differenzierte Angebote und es wird individuell entschieden, was passgenau ist.

Klärung der Erwerbsfähigkeit

Ich möchte in diesem Zusammenhang zwei Spezialthemen oder Unterthemen unter dem Oberbegriff ›Assessment‹ ansprechen. Einmal die Klärung der Erwerbsfähigkeit und dann die Klärung, wer gehört eigentlich zur Zielgruppe des § 16 a, der zukünftig wegen der Möglichkeit langfristiger Förderung sehr wichtig ist.

Zum Thema Erwerbsfähigkeit eine konstruierte Geschichte am Anfang: Irgendeine Dame oder ein Herr kommt zur ARGE. Es wird deutlich, dass so gravierende psychische Beeinträchtigungen vorliegen, daraus der Fallmanager Zweifel hat, ob diese Dame oder dieser Herr eigentlich erwerbsfähig ist. Für die Klärung der Erwerbsfähigkeit ist der nächste Schritt, dass er diesen Kunden an die Arbeitsagentur verweist. Dort ist dann in der Regel das Erstgespräch mit dem Reha-Berater, der vielleicht auch seinerseits Zweifel an der Erwerbsfähigkeit hat und sagt: »Da müssen wir den Medizinischen Dienst einschalten.« Die Arbeitsagentur hat einen eigenen Medizinischen Dienst, der dann kontaktiert wird.

Wenn ein Nicht-Psychiater des medizinischen Dienstes der Arbeitsagentur feststellt, dass wahrscheinlich eine psychische Erkrankung im Vordergrund steht, wird ein für die Arbeitsagentur tätiger externer niedergelassener Psychiater beauftragt. Das ist so selten nicht: Ich komme aus Köln, da gibt es 168 Mediziner beim Med. Dienst der Arbeitsagentur, davon ist keiner Psychiater. Der beauftragte Psychiater äußert sich irgendwann – die Bearbeitungszeit beträgt mindestens einige Wochen, manchmal einige Monate – und stellt noch einmal fest: Es liegt hier eine psychische Erkrankung vor, wegen der volle Erwerbsminderung besteht. Nicht selten ist der nächste Schritt dann, dass auch noch der Psychologische Dienst der Arbeitsagentur eingeschaltet wird. In einer anderen Großstadt, die am Projekt beteiligt war, waren die Voten des Medizinischen Dienstes der Arbeitsagentur und des Psychologischen Dienstes der Arbeitsagentur in 30 % unterschiedlich. Der Fallmanager erhielt in diesen Fällen jeweils von beiden Diensten die ganz gegensätzliche, knapp begründete Einschätzung und weiß noch nicht weiter.

Gehen wir aber mal davon aus, wir hätten eine eindeutige Positionierung der Beteiligten der Agentur für Arbeit, nämlich: Erwerbsfähigkeit besteht nicht, volle Erwerbsminderung. Das ist trotz der Übereinstimmung keineswegs eine abschließende Entscheidung, denn abschließend kann darüber nur die Rentenversicherung entscheiden. Also wird der Kunde aufgefordert, sich mit der Rentenversicherung in Verbindung zu setzen, über einen Rentenantrag. Dies ist übrigens völlig unabhängig davon, ob er Renten-

ansprüche zu erwarten hat – es kann ein Mensch sein, der noch nie einen Beitrag gezahlt hat. Dadurch wird ein Erwerbsfähigkeits-Klärungsverfahren in Gang gesetzt. Wir haben wieder das gleiche Verfahren: Rehaberater, dann medizinischer Dienst. Gibt es einen eigenen Psychiater oder einen Externen? Man muss dazu noch sagen, dass die externen Gutachter die Anfrage nicht unbedingt ganz oben auf dem Stapel liegen haben, weil die auch nicht sehr gut honoriert werden. Über dieses Verfahren geht viel Zeit verloren. Nach der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit durch die Rentenversicherung kann das Problem entstehen, dass es divergierende Positionen gibt zwischen Rentenversicherung und Arbeitsagentur. Aber auch die Sozialhilfe kann der Einschätzung widersprechen, wenn sie künftiger Leistungsträger wird. Das gesamte Verfahren kann durchaus über ein Jahr dauern und in diesem Jahr passiert nichts. Es kann nicht einmal eine Arbeitsgelegenheit geben, geschweige denn eine Reha oder sonst irgendetwas, denn es bleibt ja die Frage offen: Wer ist eigentlich zuständig?

Jetzt würde ich das ›konstruierte‹ Beispiel gerne zur Diskussion stellen. Ist das ein völlig abwegiges Beispiel oder kommt so etwas vor, und wie kann man damit umgehen?

Braunersreuther: Es muss so sein, es muss nicht so sein. Man kann z. B. auch direkt von der ARGE aus ein Gutachten veranlassen, wenn Zweifel sind an der Einsatzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt, ohne dass bereits ein Reha-Antrag gestellt worden ist bei der Bundesagentur oder bei anderen Reha-Trägern. Man kann auch parallel die Gutachten veranlassen. Das habe ich früher als Reha-Berater immer gemacht, sprich ärztliches und psychologisches Gutachten. Dass manchmal gewisse Laufzeiten sowohl beim Ärztlichen Dienst als auch beim Psychologischen Dienst da sind, will ich nicht verkennen, besonders wenn hier Fremdgutachter einzuschalten sind. Auf der anderen Seite hat natürlich die Aussage des Arztes bzw. des Psychologen in diesen Gutachten einige Auswirkungen, eine gewisse Tragweite. Von daher muss die auch fundiert sein. Ich will die langen Laufzeiten nicht entschuldigen, aber es kann wirklich dazu führen, dass es mal etwas länger dauert. Das Problem soll nicht verharmlost werden, ich weiß, dass unser Ärztlicher Dienst sehr strikt auf die Laufzeiten der Gutachten schaut und versucht, sie möglichst in einem angemessenen Zeitraum erstellen zu lassen. Schwierig ist es immer, wenn Dritte eingeschaltet werden, wenn Fachgutachter beteiligt sind.

Irle: Dass die Rentenversicherung auch ein bisschen das Gefühl hat, dass da in ihren Bereichen gewildert wird und sie sich die gesetzlichen Grundlagen

durchaus anders vorgestellt hätte, indem sie sich das Primat bei der Ermittlung der Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsminderung gerne selbst gesichert hätte, ist hier nicht weiter auszuführen.

In der Tat, wenn zwei oder mehr Träger miteinander kooperieren müssen, kann es Reibungsverluste geben. Wenn die direkte Sachaufklärung der Rentenversicherung angesprochen ist, muss ich schon sagen, das geht in der Regel sehr zügig. Da kann auch auf externe Nervenärzte sehr rasch zurückgegriffen werden. Aber in dem Moment, wo von einem zum nächsten Träger bestimmte Unterlagen weitergereicht werden müssen, scheint das SGB IX mit seiner 14-Tages-Frist nicht immer zu greifen. Es ist aus durchaus verständlichen Gründen so, dass die Verfahren sich dann ein wenig verzögern. Der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung, wenn Sie diese berüchtigte Divergenzproblematik ansprechen, der muss natürlich auch mit den Trägern der Agentur für Arbeit zusammenarbeiten. Das geht allerdings nicht so ohne Weiteres, da müssen erstmal datenschutzrechtliche Dinge geklärt sein. So selbstverständlich kann leider nicht der eine Fachkollege zum Telefon greifen und den anderen Fachkollegen im anderen Trägerbereich ansprechen und versichertenbezogene Daten austauschen. Wir haben im Raum Berlin-Brandenburg ein Modell, wo wir versucht haben, das sehr zügig zu regeln, indem die Ärzte sich untereinander abstimmen. Also die Kollegen der BA schließen sich dann mit den Kollegen aus der Leistungsabteilung der Rentenversicherung kurz und erstellen ein gemeinsames Votum. Aber dass das so zügig läuft ist an viele Vorbereitungen gebunden gewesen, da muss eine Menge bedacht werden.

Schönfelder: Es haben eben viele geklatscht bei dieser Problematik. Weil bei uns alles unter einem Dach ist, ist einiges viel einfacher. Die ärztliche Begutachtung im Rahmen der kommunalen Arbeitsverwaltung findet durch einen über Honorarvertrag beschäftigten Arbeitsmediziner statt und begleitend durch einen Psychiater, im Amtsärztlichen Dienst. Die beiden arbeiten Hand in Hand. Sollten sie feststellen, dass nach § 8 SGB II die Erwerbsfähigkeit nicht gegeben ist, dann wird der Fall an das Sozialamt übergeben. Und Sie ahnen, wo das Sozialamt sitzt: bei dem Dezernenten, der auch für den Optionsbetrieb zuständig ist. Das Sozialamt gibt dann in der Regel diesen Fall weiter an den Rentenversicherungsträger, der nun die notwendige nächste Begutachtung vornehmen muss.

Aber der Hilfebedürftige hängt in dieser Zeit nicht einfach in der Luft. Ist es jemand mit psychischen Beeinträchtigungen oder Auffälligkeiten, dann wissen wir über die Hilfeplankonferenz, dass wir ihn in irgendeiner Form

versorgen müssen. Und da gibt es einen ganz einfachen Kniff: In dem Moment, wo das Sozialamt erklärt, die betreffende Person ist erwerbsfähig, bleibt sie in der Zuständigkeit des SGB II-Trägers, also der kommunalen Arbeitsverwaltung, und diese muss so lange Leistungen weiterbezahlen, bis die mangelnde Erwerbsfähigkeit endgültig geklärt ist. Das heißt, hier kann mit einem kurzen Hinweis aus dem betreffenden Amt sichergestellt werden, dass Leistungen aus dem SGB II-Topf weiter erbracht werden – und das sind vor allem auch Eingliederungsleistungen. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass die Erwerbsfähigkeit tatsächlich nicht vorliegt, dann gibt es entsprechende Erstattungsverfahren. Das bedeutet: In Ostvorpommern hängt der Betreffende tatsächlich nicht in der Luft. Für die Dauer des Begutachtungsprozesses gibt es ausreichend Möglichkeiten, um ihn zu fördern und zu integrieren.

Krüger: Ich konnte mich in Anklam davon überzeugen, dass es tatsächlich bei Ihnen sehr zügig gehandhabt wird und darauf geachtet wird, dass da keine Menschen in die Warteschleife kommen. Trotzdem habe ich im Bezug auf die rechtliche Situation hier kein klares Dementi gehört. Das ist so. Dieses fragmentierte System der Begutachtung und Einschätzung, ist – deutlich gesprochen – eine reine Katastrophe. Mir leuchtet nicht ein, wieso 250 Krankenkassen mit einem Medizinischen Dienst auskommen, der von jeder einzelnen Krankenkasse angefragt wird und für alle arbeitet. Aber jeder Reha-Träger, und das sind auch einige 100, wenn man die einzelnen Sozialämter dazuzählt, seinen eigenen Gutachterdienst hat und dann teilweise auch noch mit Externen arbeitet. Ich möchte dies auch in Richtung Gesetzgeber und BMAS weiter geben. Hier werden die sehr engen Fristsetzungen des SGB IX völlig konterkariert, weil die Fristen unterbrochen werden durch Begutachtungen. Das kann so nicht gewollt sein und es kann vor allem nicht so bleiben.

Zielgruppe § 16 a SGB II

Vielleicht ein erfreulicheres oder hoffnungsvolleres Thema ist der neue § 16 a SGB II, wo ja, wenn ich das richtig sehe, auf Begutachtungen verzichtet werden soll. Herr Braunersreuther, ich würde Sie bitten, zu skizzieren, was eigentlich im 16 a drinsteht, und was es für Überlegungen gibt, wie man die Zielgruppe feststellt.

Braunersreuther: Der § 16 a ist die erste Möglichkeit, die SGB II-Träger in die Lage zu versetzen, langfristig dauerhaft jemanden zu bezuschussen. Bisher war die Förderung immer befristet. Jetzt haben wir, was immer

gefordert worden ist, nämlich eine dauerhafte Beschäftigungsförderung für Personen, die leistungseingeschränkt sind. Ich kann mich an meine Zeit in der Reha-Beratung erinnern, an viele Gespräche mit Arbeitgebern, wo es darum ging, jemanden mit Einschränkungen einzustellen. Wo der Arbeitgeber dann gesagt hat: was ist denn, wenn die Förderung ausläuft? Wenn die Defizite immer noch da sind und die Leistungseinschränkungen noch weiterlaufen, wer hilft mir denn dann? Wir haben damals zwar immer versucht, dem Arbeitgeber zu signalisieren: Es gibt eine dauerhafte Beschäftigungsförderung – über die Integrationsämter und das Anbieten des Minderleistungsausgleiches nach SGB IX. Jetzt können die Fallmanager, die Berater die dauerhafte Förderung über den Beschäftigungszuschuss direkt dem Arbeitgeber anbieten.

Für welchen Personenkreis ist es denn gedacht? Personen, bei denen erwartet wird, dass sie innerhalb der nächsten 24 Monate keine reguläre Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt aufnehmen können. Personen, bei denen mehrere vermittlungshemmende Merkmale vorliegen und bei denen eine mindestens sechsmonatige Aktivierung zum Ergebnis geführt hat, dass dauerhaft Leistungseinschränkungen vorhanden sind, die eine Integration auf den regulären Arbeitsmarkt wohl nicht möglich erscheinen lassen. Dann können wir diese Personen mittels des Beschäftigungszuschusses nach § 16 a SGB II fördern. Der Beschäftigungszuschuss ist als neue Leistung seit dem 01.10.2007 in Kraft. Bis 31.03.2008 ist er eingeschränkt auf Tätigkeiten im öffentlichen Interesse: Tätigkeiten, die gemeinnützig sind und Tätigkeiten, die reguläre Arbeitsplätze nicht verdrängen dürfen, analog der ABM-Voraussetzungen.

Falls die EU-Kommission bis dahin zugestimmt hat, wird dies ab 01.04.2008 ausgeweitet werden auf ganz reguläre Beschäftigungsmöglichkeiten. Wir brauchen dann kein öffentliches Interesse mehr, es braucht keine Gemeinnützigkeit vorliegen und es kann durchaus auch im Wettbewerb passieren. Dann ist ein sehr breit einsetzbares Instrument! Es ist ja durch sehr langfristige Entwicklungen entstanden, auch durch Politikberatung, die hier stattgefunden hat, um für diesen Personenkreis etwas zu tun, der im SGB II doch einen erklecklichen Anteil darstellt. Ich denke, es ist auch ein klares Signal der Bundesregierung gewesen: Wir eröffnen Beschäftigungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis, auch wenn es viel Geld kostet.

Radloff: Ich würde das gerne aus örtlicher Sicht ergänzen. Die Arbeitsgemeinschaft oder die Optionskommune, jeder SGB II-Träger kann natürlich eigene Kriterien entwickeln oder Ergänzungen dazu vornehmen. Bei uns in

Bielefeld wird überlegt, neben den 75 % aus dem Eingliederungstitel noch die eingesparten Kosten der Unterkunft und Heizung mit einzubringen, also den kommunalen Anteil. Dieser wird zu den 75 % hinzugerechnet, sodass wir möglicherweise zumindest auf eine Förderung von etwa 100 % kommen können, zumindest bei Alleinstehenden. Das macht eine 100 % geförderte Beschäftigung, im öffentlichen und sozialen Bereich, möglich. Dort auch dauerhaft Personen unterbringen, deren Produktivität im Arbeitsmarkt unter 25 % liegt – das ist ja eine Voraussetzung für 75 %-Förderung. Für einige Personen aus der Zielgruppe ist das schon eine ganze Menge. Deswegen sind wir dabei, dieses System auch für andere Gruppen zu öffnen.

Mich freut auf der einen Seite, dass es dieses Instrument gibt. Auf der anderen Seite belastet es mich aber auch. Wir wollen ja hier auch über Grenzen sprechen. Denn der § 16 a bedeutet auch die dauerhafte Festlegung eines Teils meines Eingliederungstitels. Das heißt: Alles Geld, was innerhalb dieses Eingliederungstitels über Jahre festgelegt wird, können wir nicht mehr für andere Zielgruppen, die neu ins SGB II kommen, einbringen. Deswegen ist eigentlich notwendig, das Gesetz anders zu gestalten. Das heißt also: In welcher Form können die passiven Leistungen – Lebensunterhalt, Wohnen usw. – auch aktiviert werden? Wie kann man es auch schaffen, hier zu einer Kontinuität zu kommen? Nach einer Einführungszeit von ein, zwei Jahren werden die für Bielefeld vorgesehenen 500 Plätze besetzt sein. Ich hatte gesagt, wir hätten eigentlich Bedarf von 2500, vielleicht von 1000, 1500. Wenn diese 500 Plätze dann besetzt sein sollten, dann wird es nicht so sein, dass das jährlich immer um 100 oder 200 aufgestockt wird, sondern es wird in dieser Größenordnung bleiben. Der Bedarf ist aber viel größer und auch dauerhaft viel größer. Das heißt, diejenigen, die zum jetzigen Zeitpunkt reinkommen, haben Glück gehabt und diejenigen, die in zwei Jahren vor derselben Situation stehen, die haben Pech gehabt.

Finanzielle Steuerung

Krüger: Jetzt sind wir schon zum nächsten Thema – der finanziellen Steuerung – hinübergegangen, mit dem Aspekt Deckungsfähigkeit von aktiven und passiven Mitteln.

Schönfelder: Ich nenne hier ein paar Zahlen: Der Bundesgesetzgeber hat für den § 16 a rund 580 Mio. von insgesamt 6,4 Mrd. Euro Eingliederungsmitteln bereitgestellt. Das sind auf unseren Kreis herunter gebrochen 2 Mio. Euro. Wenn Sie einen Betroffenen mit 1015 Euro im Monat fördern, dann können wir 100 bis 150 Personen damit erreichen. Wir binden aber

dauerhaft Mittel in den zukünftigen Haushaltsjahren, die uns dann im noch verbliebenen Eingliederungstitel fehlen. Wenn man jetzt noch hinzudenkt, dass von den Arbeitslosen nur noch rd. 30 % im Bezug ALG I sind und 70 % der Arbeitslosen im System SGB II stecken, dann sind diese Mittel nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Wir merken nämlich selbst jetzt in der Aufschwungphase, dass viele von diesen 70 % einen so erheblichen Betreuungsbedarf haben, dass wir sie nicht kurzfristig in den Arbeitsmarkt vermitteln können. Gerade im Osten hilft uns das starre System der Eingliederungsleistungen nicht viel weiter. Hier müsste man die Verwendung der Eingliederungsmittel öffnen, deckungsfähig machen mit den passiven Leistungen, wie dies ja schon bei den Verwaltungskosten und den Eingliederungsmitteln geschieht. Ein Landkreis wie Ostvorpommern, der beim Personal spart, kann diese Mittel dem Eingliederungstitel zuführen und entsprechend in die Aktivierung stecken. Aber hier müsste man die Schere noch weiter öffnen und auch die Mittel einbeziehen, die wir einsparen im Bereich der passiven Leistung, also ALG II und Kosten der Unterkunft. Diese Mittel sollte man dem Träger zur Verfügung stellen, damit er zusätzlich solche beispielsweise als »Jobperspektive« genannten Beschäftigungszuschüsse fördern kann. Das ist ein Appell an den Gesetzgeber: Was wir im Bereich passive Leistung einsparen, stellen wir den Trägern vor Ort zur Verfügung, damit sie die aktive Eingliederung von einer ganz bestimmten Personengruppe fördern können. Dahinter steckt nicht zuletzt auch der Budgetgedanke.

Krüger: Ich glaube, das ist eine sehr gut begründete Empfehlung an den Gesetzgeber, der wir uns als AKTION PSYCHISCH KRANKE unbedingt anschließen.

Die Message ist: Wir brauchen nicht mehr Geld. Das Geld ist bereits da, es ist im Bundeshaushalt in den Mitteln für SGB II-Leistungen enthalten. Es geht nur um die Freiheit zu transferieren, und das gebietet auch die normale Logik. Denn jeder Mensch, der in eine nach § 16 a SGB II geförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung kommt, erhält vom ersten Tag an keine unterhaltssichernden Leistungen mehr, also kein ALG II und keine Kosten für die Unterkunft, d. h., er entlastet durch diese Maßnahme sofort den passiven Haushalt.

Schönfelder: Der Bundesgesetzgeber hat das ja im vergangenen Jahr gemacht. Er hat 6,5 Mrd. an Eingliederungsmitteln zur Verfügung gestellt, hat 1 Mrd. gesperrt und diese Mittel verwendet, um den erwarteten höheren Aufwand beim ALG II abzusichern. Also umgekehrt geht das: Mittel aus dem Eingliederungstitel den passiven Leistungen zuführen. Aber den sinnvolleren

Weg zu gehen und gesparte passive Leistungen dem Eingliederungstitel zur Verfügung zu stellen, damit tut sich der Bundesgesetzgeber leider schwer.

Krüger: In Ihrer Kritik, Herr Schönfelder, steckte nebenbei die Information, dass die ARGEN in diesem Jahr mehr Geld erhalten, sie haben 2008 etwa 1 Mrd. Euro mehr zur Verfügung. Auch wenn die Umschichtung problematisch ist, ist das natürlich eine gute Botschaft. Wir haben trotz gesunkener Arbeitslosenzahlen auf Beschluss des Bundestages in diesem Jahr mehr Mittel für Eingliederungsleistungen der ARGEN und Optionskommunen zur Verfügung. Das ist günstig. Ich möchte noch auf einen ganz anderen Aspekt im Zusammenhang mit finanzieller Steuerung oder finanziellen Anreizen kommen. Es geht darum, dass ich immer wieder feststelle, wenn es um individuelle Hilfeplanungen geht oder Besprechungen in Hilfeplankonferenzen, dass so etwas wie ein Sog in die Erwerbsunfähigkeit besteht. Dies Vorstellung »der hat die Rente durch«, im Sinne von »der hat es geschafft«, hat nach wie vor eine nicht zu unterschätzende Verführungskraft. Gleichzeitig kann ich in vielen Einzelfällen gar nicht feststellen, dass die Menschen davon profitieren. Nicht finanziell, denn die Renten sind oft keineswegs existenzsichernd. Die Menschen bleiben auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Sie verlieren dabei einiges, denn viele Reha-Möglichkeiten sind an den Status der Erwerbsfähigkeit geknüpft.

Irle: Ja, das ist eine Entwicklung, die sich vermutlich noch verschärfen wird. Der Fokus für die Rentenversicherung hat in den vergangenen Jahren doch vorwiegend auf der Sicherung des Lebensstandards für Altersrentner gelegen, während man für die Erwerbsgeminderten im Grunde erst anfängt nachzudenken. Aufgrund des Rentenreformgesetzes von 2001 wird es bei den Renteneinkünften deutlich weniger Zuwächse geben. So offen wird in der Öffentlichkeit nicht darüber gesprochen. Aber es muss von deutlichen Senkungen des Einkommensniveaus bei Erwerbsminderungsrentnern ausgegangen werden. Das betrifft natürlich gerade diejenigen, die ohnehin relativ wenig Beiträge geleistet haben. Was das Niveau der Erwerbsminderungsrenten bei denen betrifft, die über andere Träger, also die Agentur für Arbeit sozialversicherungspflichtig sind, also das sind Szenarien, mit denen man sich noch gar nicht richtig beschäftigt hat. Das ist ein sozialer Sprengstoff, der auf uns zukommt, wo man überlegen muss, wie man ordnungspolitisch sinnvoll eingreifen kann.

Für die Rentenversicherung ist die Sicherung eines bestehenden Arbeitsplatzes zentral. Selbst, wenn zwischendurch eine befristete Erwerbsminderungsrente, sei es für zwei oder drei Jahre, bewilligt worden ist, sollte ein

Arbeitsverhältnis nicht per se aufgelöst werden, sondern es kann ja auch erstmal ruhen. Damit dann nach einer gewissen Frist doch über Rehabilitation auch ein Wiedereinstieg beim bisherigen Arbeitsgeber möglich ist, eventuell in einer anderen Position, möglicherweise unter veränderten Rahmenbedingungen. Die Entwicklung wird aus unterschiedlichen Gründen eine weitere Ausschöpfung des Rehabilitationspotenzials bewirken. Einerseits, weil es weniger Geld gibt, andererseits, weil der Arbeitsmarkt sich verändert.

Krüger: Vielen Dank für den Hinweis auf dieses gravierende sozialpolitische Problem, das da auf uns zukommt. Renten werden nicht mehr oder immer weniger existenzsichernd sein und das gilt auch für Erwerbsminderungsrenten. In Bezug auf unser Thema empfehle ich den Anwesenden im Plenum: Schauen Sie bitte sehr genau, ob sich eine Berentung nicht vermeiden lässt, ob man nicht mit irgendwelchen Hilfen, vielleicht auch adäquater Anpassung der Arbeitsanforderungen, Menschen in Erwerbsfähigkeit halten kann. Einen finanziellen Profit durch die Rente erzielen inzwischen nur noch sehr, sehr wenige Menschen. Rente bedeutet aber den Verlust von Rehamöglichkeiten.

Radloff: Im Moment wird beraten, die 58er-Regelung abzuschaffen. Ein Problem, was alle betrifft. Natürlich in diesem Alter auch diese Zielgruppe. Wenn die 58er-Regelung abgeschafft wird, so sieht die Gesetzgebung im Moment aus, werden ARGEN und Optionskommunen dazu gezwungen, die Leute in die Frühverrentung zu schicken – mit allen Abschlägen, die damit verbunden sind. Das bedeutet immer wieder, dass wir ggf. Leistungen von der Kommune draufzahlen müssen. Das ist eine große Gefahr sowohl für die Rentenversicherung wie auch für die kommunale Seite.

Krüger: Ich glaube, wir müssen höllisch aufpassen, dass der Fortschritt durch das Sozialgesetzbuch II, dass viele Menschen aus dem Sozialhilfebezug herausgekommen sind und jetzt Arbeitssuchende mit ALG II-Bezug sind, nicht scheinbar wieder rückgängig gemacht wird. Dann fallen wir zurück in das alte System, das wir gottlob zeitweise überwunden hatten.

Ausschreibungspflicht

Krüger: Ich möchte auf ein anderes Thema kommen, das hier mit dem Begriff der Ausschreibungspflicht angedeutet wird. Sehr viele Hilfen im Bereich der Beschäftigungsförderung, der Hilfe zur Teilhabe, Rehabilitation usw. werden ausgeschrieben. Die Konsequenz ist, dass es befristete Bewilligungen. Dann wird neu ausgeschrieben mit neuen Entscheidungen. Das wiederum hat zur Konsequenz, dass alle Fachkräfte, die in diesen entsprechenden

Maßnahmen arbeiten, sich verständlicherweise nach sichereren Arbeitsplätzen umschauen. Sobald sie eine unbefristete Stelle gefunden haben, sind die weg. Wenn man wieder eine neue Ausschreibung gewonnen hat, oft aber schon im Verlauf einer Maßnahme, muss man neue Leute einstellen, die nicht eingearbeitet sind, die die wichtige Feldkenntnisse nicht haben. Sie sind nicht vertraut mit den örtlichen Arbeitsmöglichkeiten, kennen keine Arbeitgeber usw. Kurzum, ich sehe in dieser Ausschreibungsmanie ein ganz ernstes Problem für die qualitative Entwicklung und möchte die hier anwesenden Gesprächspartner bitten, dazu Stellung zu nehmen. Ich habe hier einen Auszug aus dem SGB II:

§ 17 Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Eingliederung

(1) Zur Erbringung von Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sollen die zuständigen Träger der Leistungen nach diesem Buch eigene Einrichtungen und Dienste nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen und Dienste Dritter vorhanden sind, ausgebaut oder in Kürze geschaffen werden können. Die zuständigen Träger der Leistungen nach diesem Buch sollen Träger der freien Wohlfahrtspflege in ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der Grundsicherung für Arbeitsuchende angemessen unterstützen.

Ich finde, das klingt nicht sehr nach Ausschreibung. Warum wird immer ausgeschrieben?

Braunersreuther: Wir sind hier einfach durch Rechtsauslegungen gebunden an die VOL, die Verdingungsordnung für Leistungen. Unsere Juristen sagen, dass die VOL für die Vergabe von Arbeitsmarktdienstleistungen gilt und § 16 SGB II beschreibt Arbeitsmarktdienstleistungen – mit Ausnahme des § 16 Abs. 2, Nummer 1 bis 4 – das sind die Leistungen zur Schuldnerberatung, zur Suchtberatung, zur psychosozialen Betreuung und für die Kinderbetreuung. Von daher sehen unsere Juristen einfach die Notwendigkeit bei der Vergabe von Maßnahmen – auch für psychisch Beeinträchtigte – das Ausschreibungsverfahren anzuwenden. Dass Träger immer nach zwei Jahren wechseln, muss natürlich nicht sein. Es gibt einen Arbeitskreis zur Weiterentwicklung dieses Ausschreibungsverfahrens, Vergabeverfahrens. Dort hat man gesagt: Es muss doch möglich sein, Träger positiver zu bewerten, bei denen die Erfahrung da war, dass sie gut gearbeitet haben und denen eine Verlängerung der Projekte, die sie durchgeführt haben, möglich zu machen. Dies ist durch gewisse Öffnungsklauseln auch geschaffen worden. Allerdings gibt es oft Mitbewerber, die sich über Klageverfahren vor der Vergabekammer in solche Ausschreibungen reinklagen.

Krüger: Gibt es positivere Nachrichten?

Radloff: Wir müssen uns natürlich auch an diese Gesetzesauslegungen halten. Man kann aber vor Ort steuern, welche Maßnahmen und wie viele Maßnahmen man ausschreibt. Wir haben in Bielefeld einen Eingliederungstitel von rd. 30 Mio. und davon werden 15 % ausgeschrieben. Das heißt, wir versuchen auch über andere Wege diese Leistungen einzusetzen. Eine Möglichkeit besteht, dass man die Maßnahmen nach gutem Erfolg verlängern kann. Davon haben wir auch schon Gebrauch gemacht. Sonst ist es für die Träger eine schwierige Geschichte – gerade für diese Zielgruppe oder insgesamt für Zielgruppen, die eigentlich sehr viel Fach-Know-how notwendig machen. Immer wieder neue Maßnahme-Träger oder neues Personal bei Maßnahmeträgern, dadurch entstehende fehlende Kontinuität durch drei oder sechs Monate Pause bei den Maßnahmen – das ist eine große Schwierigkeit, mit der wir auch zu tun haben.

Aber alle Leistungen nach § 16.3, also Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwands- oder Entgeltvariante, müssen nicht ausgeschrieben werden. Dies ist eine Umgehungslösung, die vielfach angewandt wird, um nicht in die Ausschreibung zu kommen. Dies wird vom Bundesrechnungshof kritisch gesehen, wenn deutlich wird, dass es eine Umgehungslösung ist. Insofern sehen wir örtlich einerseits die Notwendigkeit, mit den Trägern kontinuierlich zusammenarbeiten und auf der anderen Seite haben wir hier rechtliche Vorgaben zu beachten. Ich lasse im Moment die Möglichkeit prüfen, diese Leistungen nach § 17 zu nutzen und zwar dann, wenn die Kommune sagt, das ist der Träger, mit dem diese Leistung erbracht werden soll, Schuldnerberatung oder Beratung, psychosoziale Beratung. Wenn es eine Mischung ist aus psychosozialer Beratung und gleichzeitig Eingliederungsleistung gibt, dann haben wir eine Möglichkeit, indem wir dann dort festere Strukturen schaffen. Die Kommune fordert hier vom Gesetzgeber, sich zu bewegen. Ich glaube, dass es absolut notwendig ist, um überhaupt eine Stabilität im System zu erzielen und eine hohe Qualifikation der Träger zu erhalten.

Bei Ausschreibungsverfahren, das will ich ergänzend anmerken, können die ARGEN vor Ort die VOL auch nützen – z. B. die Qualität der Maßnahme sehr hoch bewerten. Man muss den Preis nicht so hoch bewerten. Also man kann es auch inhaltlich steuern und nicht es demjenigen überlassen, der das billigste Angebot macht. Wir haben es in Bielefeld zumindest geschafft, dass wir keinen auswärtigen Träger beauftragt, sondern bei allen Ausschreibungen die regionalen Träger genutzt haben.

Krüger: Für die 85 % Bewilligungen ohne Ausschreibung hier erstmal 100 % Anerkennung! Das meine ich sehr ernst. Ich glaube nicht, dass wir

von der Aktion oder sonst jemand das bestehende Angebotssystem auf alle Ewigkeit festschreiben wollen. Eine gewisse Bewegung ist schon sinnvoll, damit auch neue Anbieter eintreten können, vielleicht mit neuen Impulsen und neuen Qualitätsaspekten. Dafür können Ausschreibungen in einem Teilbereich sinnvoll sein. Aber der Aspekt der Kontinuität hat bei Hilfeleistung für psychisch kranke Menschen eine einfach nicht zu überschätzende Bedeutung. Wir dürfen da nicht in Monats oder Jahres-Intervallen denken. Zumal es oft nicht einmal die Zuschlagszeiten Kontinuität bieten, denn oft sind aufgrund der Unsicherheiten die Mitarbeiter schon vorher weg. Ich finde diesen Hinweis von Herrn Radloff, außerordentlich hilfreich. Mischfinanzierungen unter Einbeziehung von kommunalen Mitteln sind ein Öffnungsweg. Arnd Schwendy hat darauf hingewiesen, dass die psychosoziale Betreuung, die nach § 16.2 eine Pflichtleistung der Kommune ist, vielerorts noch keineswegs ausreichend eingesetzt wird. Hier ist die Tür, durch die man gehen kann, um mehr Kontinuität und daher mehr Qualität in Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen zu garantieren.

Swendy (aus dem Publikum): Dieser § 17 SGB II ist meiner Erinnerung nach in die sehr umstrittene Hartz-IV-Gesetzgebung reingekommen, um politisch genau so einen Bestandschutz für die Beschäftigungsträger zu erreichen, die nämlich zuhauf protestiert haben. Und es ging nicht um diese kleinen Leistungen wie Schuldnerberatung etc. Der Kollege von der Bundesagentur hat ja gesagt: Wir haben eine Rechtsauffassung. Aber wo es eine gibt, gibt es immer auch mehrere. Es gibt eine andere, die sagt: Alles, was nach SGB II passiert, ist im Grunde genommen sozialfürsorgerisch und nicht arbeitsmarktpolitisch zu bewerten, deswegen auch wettbewerbsrechtlich anders zu sehen. Ich empfehle, dass wir da nicht klein beigeben. Die Kollegen handeln jetzt so, wie das im Augenblick rechtlich opportun ist, aber das ist nicht der Weisheit letzter Schluss und wir müssen zu sicheren Verhältnissen kommen. Es kann nicht angehen, dass Tausende von Leuten nur noch auf Zeitverträgen sitzen, das ist überhaupt keine stabile Basis für unsere Arbeit.

Krüger: Vielen Dank für diesen Hinweis und diese Unterstreichung. Es muss einschränkend gesagt werden, dass diese Lösungsmöglichkeit sich nur auf die Leistungen der ARGE bezieht. Das sind ja nicht so wahnsinnig viele, weil der gesamte Reha-Bereich über die Agentur geregelt wird bzw. über die Rentenversicherung. Da wird das offensichtlich enger gesehen und das ist möglicherweise nicht so leicht koppelbar. Wir haben hier eine offene Frage und ein großes Problem, das gelöst werden muss. Ob man die bestehenden

Gesetze anders versteht, anders interpretiert oder sie ändert – ich weiß nicht welcher Weg die Lösung bringt. Auf jeden Fall kommt man über dies bisher geübte Ausschreibungspraxis nicht zu einer adäquaten Versorgung psychisch kranker Menschen.

Angebote unterhalb der Rehaschwelle

Wir sind jetzt schon zum letzten Aspekt gekommen: Maßnahmen und Angebote unterhalb der Reha-Schwelle. Gemeint ist damit Folgendes: Die ARGE oder die Optionskommune sind selbst keine Reha-Träger. Wenn Reha-Bedarfe gegeben sind, wird verwiesen an die Agentur für Arbeit, die dann die Prozessverantwortung hat. Auch wenn die Reha-Maßnahme, wenn sie denn bewilligt wird, wieder von der ARGE oder der Optionskommune aus SGB II-Mitteln bezahlt wird. Dieses Verfahren ist manchmal unerfreulich aufwändig – mit gesonderten Klärungen bei der Agentur, mit einem Reha-Antragsverfahren mit den entsprechenden Klärungen, zu denen übrigens zwingend auch immer die Einschaltung einer ärztlichen Untersuchung gehört. Insofern fand ich im Zusammenhang mit den Projekt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung besonders interessant, dass es unterhalb der Schwelle von Reha eine ganze Reihe von Maßnahmen gegeben hat, die direkt vom Fallmanager ohne Antragsverfahren entschieden worden sind, die durchaus manchmal zielgruppenspezifisch waren für psychisch beeinträchtigte Menschen. Das würde ich gerne jetzt thematisieren. Wer kann aus seinen Regionen davon erzählen, in welcher Form das praktiziert worden ist und wie Ihre Erfahrungen damit waren?

Stichwort z. B. Arbeitsgelegenheit mit intensivierter psychosozialer Begleitung. Herr Radloff, Sie haben das eben schon erwähnt.

Radloff: Es gibt eine ganze Reihe an Maßnahmen, die bei uns modular eingesetzt werden. Wir haben in etwa 800 Plätze, die im Jahr zur Verfügung stehen. Dadurch, dass die nicht so langfristig sind, können mehr Personen einer Zielgruppe auf diesen Plätzen sein. Bei ca. 2000, 2500 Betroffenen insgesamt kann also ein ganz erklecklicher Teil erreicht werden. Wir versuchen hier sehr differenziert zu helfen. Auch im Bereich der Jugendlichen unter 25 haben wir hier Bedarf. Wir gehen davon aus, dass es ca. 200 Personen sind, die bei uns in Bielefeld zu dem angesprochenen Personenkreis gehören. Auch hier halten wir entsprechende Maßnahmen vor, die sehr unterschiedlich sind. Zum Beispiel eine Maßnahme, die erstmal feststellt, wo gibt es tatsächlich Potenziale, wie sieht die Produktivität aus. Da wird nicht die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Reha-Träger festgestellt, aber dort

kann festgestellt werden, welche Belastungen diese Person tatsächlich auch übernehmen kann. Die Maßnahme ist auch so flexibel, dass es zwischen 15 und 38,5 Stunden wöchentlich geht, sodass sehr unterschiedliche Belastungen dargestellt werden. Arbeitsgelegenheiten in der Entgeltvariante haben wir durch das Zuverdienstsystem mit aufgefangen. Also brauchen wir sehr viel Differenzierung, um den unterschiedlichsten Zielgruppen, den unterschiedlichsten Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

Krüger: Herr Braunersreuther, Herr Irlle, stellt das eigentlich aus Ihrer Sicht eine Konkurrenz dar, wird Ihnen da das Wasser abgegraben Ihnen, den eigentlichen Reha-Träger? Oder ist das ganz in Ordnung, dass die Fallmanager so etwas entscheiden?

Braunersreuther: Im Gegenteil, es ist eine tolle und sinnvolle Ergänzung. Man kann ja auch in diesem Rahmen abklären, ohne das aufwendige Reha-Verfahren ins Laufen zu bringen. Wo sind die Einschränkungen, wo habe ich vielleicht noch Entwicklungsbedarf, wo gibt es Defizite? Ich finde es eine ganz tolle Sache, denn der Reha-Antrag bringt ja nicht nur Vorteile, der kann ja durchaus Nachteile mit sich bringen, z. B. Umwandlung in einen Rentenanspruch, was beim Rentenversicherungsträger möglich ist. Ich kann unterhalb der Reha-Ebene vielleicht für gewissen Personen dauerhafte Perspektiven schaffen. Meinetwegen auch in Kombination mit dem neuen Beschäftigungszuschuss.

Irlle: Es ist natürlich immer die Frage, was man unter Reha tatsächlich versteht. Das Spektrum ist doch sehr breit. Das lerne ich auch immer wieder, dass man jenseits der Kategorien von Leistungskomplexen und medizinischer Rehabilitation doch ein vielfältiges modulares Angebot hat, auf das dann im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch zurückgegriffen werden kann. Da kann man sicher für kommende Entwicklungen die Fantasie weiter spielen lassen. Es ist auch für die Rentenversicherung vieles möglich, die Informationen und Angebote sind da, es muss aber auch konkret vom Reha-Berater vor Ort umgesetzt werden. Der Reha-Berater hat durchaus Entscheidungskompetenz bis zu einem bestimmten Niveau – auch was die finanziellen Implikationen betrifft. Es muss nicht alles noch mal umständlich gegengeprüft werden. Das ist auch Konsens in der Rentenversicherung. Die Verantwortlichkeit des Reha-Beraters zu stärken, ist auch die Philosophie der Rentenversicherung.

Krüger: Prima! Nach diesen positiven Voten traue ich mich jetzt ein halbes Schritchen weiter. Wäre es dann nicht sinnvoll, die Muss-Vorschrift, dass immer für Reha die Agentur eingeschaltet werden muss, etwas aufzu-

lockern in Richtung einer Kann-Vorschrift. Oder man setzt vielleicht einen Schwellenwert ein und gibt den ARGEN die Möglichkeit, so etwas direkt zu entscheiden, zum Beispiel bis zu sechsmonatige Maßnahmen. Ob die ARGEN oder Optionskommunen in diesen Fällen immer direkt selbst entscheiden oder ob sie auf den Sachverstand der Reha-Berater zurückgreifen, das bleibt offen. Die Möglichkeit könnte ja bestehen bleiben. Dieser halbe Schritt würde dann allerdings noch einen zweiten halben Schritt erfordern, nämlich dass die ARGEN und Optionskommunen Reha-Träger werden und ins SGB IX aufgenommen werden. Dafür sehe ich sowieso eine ganze Reihe von guten Gründen.

Schönfelder: Damit hätten wir dann alle Leistungen unter einem Dach in Ostvorpommern. Nach meinem Verständnis, dass jede soziale Dienstleistung so bürgernah vor Ort zu erbringen ist wie nur überhaupt möglich, ist das eine ganz logische Konsequenz. Wir haben die psychosozialen Leistungen, die ja kommunale Leistungen sind, in die Arbeitsverwaltung übertragen, um dort ein Budget zur Verfügung zu stellen, das eigentlich aus dem Kreishaushalt stammt und nicht aus den Mitteln des Bundes, also aus dem Eingliederungstitel oder den passiven Leistungen. Wir haben diese konkrete Leistung unserer Arbeitsverwaltung zur Verfügung gestellt, da macht es Sinn, dann auch die volle Reha-Verwaltung dorthin zu geben.

Radloff: Es gibt schon jetzt eine ganze Menge an Möglichkeiten zur Zusammenarbeit. Bei uns in der Arbeitsgemeinschaft haben wir eine eigene Reha-Abteilung. Dieses Team, das eng mit dem Reha-Team der Agentur zusammenarbeitet, wird zukünftig am selben Ort sein, sodass eine Zusammenarbeit Hand in Hand möglich ist. Hier können viele Wege verkürzt werden: im Rahmen der Optionskommune alles unter einem Dach oder eben zwischen Agentur für Arbeit und den Arbeitsgemeinschaften unter einem Dach. Wie man es auch immer umsetzt, es ist eine Möglichkeit, die Leistung bürgernäher zu machen. Ich denke, das ist unser Ziel: dass niemand von Tür zu Tür geschickt wird.

Braunersreuther: Jetzt muss ich doch ein bisschen Wasser in den Wein von der Optionskommune gießen. Die Optionskommunen waren schon einmal Reha-Träger nach Rechtsauffassung des BMAS, haben diese Aufgabe leider aber nicht so wahrgenommen. Deswegen hat das BMAS die Bundesagentur für Arbeit dann gebeten, die Reha-Trägerschaft wieder wahrzunehmen – auch für die bei der Optionskommune erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Das war im Juni 2005. Seitdem sind die Optionskommunen nach Rechtsauffassung des BMAS keine Reha-Träger mehr.

Schönfelder: Wenn Sie nur in den ersten Monaten des SGB II dabei gewesen wären. Dann wüssten Sie, dass unsere Mitarbeiter die Daten aus dem System der Bundesagentur alle per Hand noch einmal eingeben mussten, weil sich die BA nicht in der Lage sah, diese Daten per Computer in die Optionskommunen zu überspielen. Dann wüssten Sie, womit wir in den ersten vier Monaten beschäftigt waren. Dafür hat der Steuerzahler zweimal gezahlt. Wir haben uns darauf verständigt, uns das nicht mehr gegenseitig vorzuwerfen, aber es gibt beim Deutschen Landkreistag, also bei uns im kommunalen Spitzenverband, eine eindeutige Meinung: Wir wollen Reha-Träger werden, mit aller Verantwortung und auch mit der Finanzverantwortung, die dahinter stehen muss.

Krüger: Mit aller Konsequenz, das ist Ihre Forderung. Ich erwähne noch mal den Zwischenschritt: dass man es ermöglicht. Damit ist noch nicht gleich eine weitere Struktur mit eigenen Reha-Bereichen aufgebaut. Ich denke, das hat schon eine gewisse Logik, dass derjenige, der die Reha zahlt, auch die Möglichkeit haben soll, diese Entscheidung zu treffen, wenn er sich zu einer Entscheidung in der Lage sieht. Diese Möglichkeit ist im Moment nur sehr eingeschränkt gegeben. Das wäre also wieder eine Frage an den Gesetzgeber, ob man hier nicht etwas ändern kann.

In jedem Fall wollen wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE empfehlen, den SGB II-Bereich in das SGB IX aufzunehmen – ob die SGB II-Träger nun Reha-Träger werden oder nicht. Dann wäre zumindest erreicht, dass all das, was im SGB IX an Kooperationsverpflichtungen geregelt ist, auch für den SGB II-Bereich gelten würde – z. B. in Bezug auf persönliches Budget, z. B. in Bezug auf Einheitlichkeit von Begutachtungen usw. Das SGB IX ist ja schon jetzt kein reines Reha-Gesetz, weil über das persönliche Budget noch eine ganze Reihe von anderen Leistungen im Huckepack mitgeregelt worden sind. Im Grunde genommen ist die Tür schon offen, man sollte sie nur durchschreiten. Die ARGEN und Optionskommunen sind bei den Hilfeleistungen für psychisch beeinträchtigte Arbeitsuchende ein außerordentlich bedeutsamer Akteur. Ein Großteil der Klientel ist im ALG II-Bezug und es wäre gut, wenn da mit den ARGEN und Optionskommunen als vollwertigen Partnern der Hilfe zur Teilhabe zusammengearbeitet werden könnte.

Regionale Steuerung

Für den letzten und dritten Teil sind jetzt nur noch wenige Minuten vorhanden und ich fürchte auch, dass die ausreichend sein werden. Im Zusammenhang mit dem Projekt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung gab es in

allen beteiligten Regionen sogenannte projektbegleitende Gruppen, in denen alle Leistungsträger, aber auch die ortsansässigen Leistungserbringer und die Kommunen und andere Akteure vertreten waren, also IHK etc. Diese Steuerungsgremien haben sich als außerordentlich wirksam erwiesen und sind übrigens auch in allen Regionen fortgesetzt worden. Das Projekt läuft ja noch bis Ende des Jahres, aber es gibt jetzt schon die Beschlüsse, dass diese Gremien weiter bestehen.

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass es im Sozialgesetzbuch IX sogar eine gesetzliche Regelung gibt, nach der die Reha-Träger angehalten sind, Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene zu bilden. Aus unserer Erfahrung heraus kann man nur sagen: Das ist tatsächlich genau das, was wir brauchen.

§ 12, 2 SGB IX: Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Ich möchte in Runde fragen: Sind Ihnen solche Arbeitsgemeinschaften bekannt? Arbeiten die schon irgendwo? Wie stellen sie sich zu der Forderung, solche regionalen Netzwerke aus Leistungserbringern und Leistungsträgern zu bilden? Wer möchte beginnen? (Große Stille)

Irle: Das wird schon seine Bedeutung haben, dass wir etwas zögern. Ich muss sagen, dass die Umsetzung des SGB IX der Rentenversicherung durchaus ein gewisses Kopfzerbrechen gemacht hat. Im Rahmen des Aufbaus der Servicestellen gab es schon mal eine parallele Diskussion. Wir tun uns etwas schwer, auf regionaler Ebene intensiv diese, aus meiner Sicht wirklich notwendigen Strukturen zu begleiten. Wir haben Modellprojekte. Ich denke da an Rheinland-Pfalz, wo gerade im Zusammenhang mit RPK-Zuweisung die trägerübergreifende Zusammenarbeit nach meinem Eindruck gut läuft. Es gibt auch andere Modellprojekte, aber insgesamt ist da sicher noch ein Defizit, das man in Zukunft beheben muss.

Krüger: Vorsichtiges Nicken von den anderen. Dann danke ich Ihnen, Herr Irle, sehr für dieses positive Votum in Richtung der Bildung regionaler Netzwerke. Wir nehmen das als Anregung auf, was gesetzlich schon angeregt ist und sich in einer Reihe von Regionen sehr gut bewährt hat, weiterzugeben als Anregung, solche Netzwerke auch andernorts zu bilden.

III Recht auf Arbeit 2: Zukunft der Teilhabe

Podiumsdiskussion mit Vertreter/-innen der Politik

*Markus Kurth, Gabriele Lösekrug-Möller, Jörg Rohde,
Ilja Seifert, Peter Weiß*

Moderation: Niels Pörksen

Pörksen: Seitdem sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE in den letzten acht Jahren verstärkt mit dem Thema Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung befasst, dort zwei Implementationsprojekte durchgeführt hat, hat sich gezeigt, dass die psychiatrische Fachwelt dieses Thema angenommen hat und hierher gekommen ist. Es hat sich aber auch gezeigt, dass nach anfänglichen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit denen, die für die Arbeitsplätze zuständig waren und für die Rehabilitation zuständig waren, auch diese heute hier vertreten sind und mit uns zusammenarbeiten. Die Behindertenwerkstätten und integrationsfördernden Arbeitsprojekte aller Art, die Initiativen, die Kommunen, alle sind hierher gekommen, um mit uns gemeinsam diese vorhandene Aufbruchstimmung zu nutzen. Es gibt aber auch noch eine Reihe von Dingen, die uns in unserer Arbeit behindern. In den vergangenen acht Jahren sind unendlich viele Menschen aus der Psychiatrie in Arbeit gekommen – aber fast alle in Behindertenwerkstätten. Sie haben ja nicht umsonst in Ihrer Koalitionsvereinbarung gesagt: Das kann nicht so bleiben.

Die individuellen Wege ins Arbeitsleben, die personenzentrierte Orientierung, die sich fortsetzt in dem persönlichen Budget, das sind alles notwendige Schritte. Es muss aber auch Vereinbarungen vor Ort geben, das zeigen die Erfahrungen in den Referenzregionen unseres Projektes. Verbindliche Vereinbarungen zwischen den Verantwortlichen vor Ort, in denen dann über Hilfeplankonferenzen individuelle Entscheidungen getroffen werden. Das ist das eigentliche Anliegen der AKTION PSYCHISCH KRANKE: Menschen mit schweren Vermittlungshemmnissen in Arbeit zu bekommen. Und wir können nicht sagen, weil wir eine gute Konjunktur haben, müssen wir uns damit nicht beschäftigen, sondern wir müssen uns immer damit beschäftigen, denn selbst bei Vollbeschäftigung bleiben diese Menschen ohne Arbeit.

Die beiden Vertreter der Koalition, Frau Lösekrug-Möller und Herr Weiß werden mit einem Statement beginnen. Die Antwort derjenigen, die in der Opposition sind, wird unmittelbar folgen. Vielleicht gibt es dann noch

ein paar konkrete Nachfragen, aber ab dann möchten wir gerne, dass Sie sich in die Diskussion einmischen und wir hoffen, dass es lebendig wird.

Lösekrug-Möller: Das Thema Ihrer Jahrestagung »Individuelle Wege ins Arbeitsleben« trifft den Kern der Sache. Auch der Deutsche Bundestag und auch die Große Koalition arbeiten ganz stark daran. Ich erlaube mir aber eine Vorbemerkung. Ich denke, dass dieses Thema hier im Mittelpunkt der Tagung steht, ist richtig, aber unerwähnt lassen möchte ich nicht, dass leider auch sehr viel Arbeit krank macht. Ich weiß, das wird heute nicht diskutiert, aber ich finde, wenn wir über den Gesamtzusammenhang reden, dass Erwerbsarbeit Teilhabe garantiert und damit mitten in der Gesellschaft ein Platz entsteht, da müssen wir ehrlicherweise auch sagen: Viele, die diesen Platz anstreben und suchen, hatten ihn einmal und haben ihn verloren. Also »gute Arbeit« muss auch ein Thema sein, sicher das Thema einer anderen Tagung. Meine einführenden Worte sollen einem Gesetz gelten, das seit Oktober in Kraft ist, das wir gemeinsam in der Koalition vorangebracht haben, zu dem Sie auch eine positive Stellungnahme abgegeben haben. Wir nennen es in Kurzform Jobperspektive. Es ist der § 16 a SGB II, über den wir sprechen. Ich will kurz erläutern, worum es geht.

In der Koalitionsvereinbarung ist festgeschrieben worden, dass wir uns um Menschen, die langzeitarbeitslos sind und zahlreiche Vermittlungshemmnisse haben, besonders kümmern wollen. Wir wissen, dass dieser Personenkreis recht groß ist, genaue Zahlen gibt es nicht. Die Schätzung geht von 200 000 bis 600 000. Wir wissen aber, dass kein Aufschwung groß genug ist, um sie zu erreichen. Da komme ich auf Sie zurück, Herr Pörksen, und wir wollen keinesfalls warten, bis wir auch diese Personengruppe erreichen.

Was haben wir gemacht? Wir haben eine Fördermöglichkeit geschaffen, bis zu 75 % ergänzend zu fördern und zu leisten. Warum nur 75 %? Wir gehen davon aus, dass betroffene Personen sehr wohl auch eine eigene Arbeitsleistung erbringen können. Wenn wir 100 % fördern, heißt es, Arbeitsleistung ist nicht 1 % wert. Das schien uns nicht angemessen.

Seitdem wir dieses Gesetz verabschiedet haben, gibt es eine Menge Kritik. Wir haben uns vorgenommen, bis zum Ende dieser Legislatur 100 000 Arbeitsplätze über Jobperspektive zu schaffen. Da sagen die einen: Viel zu ambitioniert! Und die anderen: Das reicht überhaupt nicht! Die Wahrheit liegt in der Mitte. Wir werden diese Arbeitsplätze nur generieren können, wenn wir als der Gesetzgeber Akteure vor Ort finden, die mitmachen. Wir haben keinen Zweifel, dass es mehr als 100 000 Personen gibt, die diese Förderungsmöglichkeit gut gebrauchen können, sie sogar unbedingt benötigen,

um erwerbstätig werden zu können. Wir brauchen aber auch Partner, die ihnen diese Arbeitsplätze anbieten. Das Neue an dem Gesetz ist, wir suchen Partner auch in der freien Wirtschaft.

Wir haben zwar noch Klärungsbedarf im EU-Recht. Ich bin aber fest davon überzeugt, ab Frühjahr 2008 werden wir nicht ausschließlich im gemeinwohlorientierten Bereich solche Förderungen anbieten können, sondern generell. Das halten wir für den richtigen Weg, weil wir sagen: Integration in Arbeit kann sich nicht auf gemeinwohlorientierte Unternehmen beschränken. Wir haben mit dieser Maßnahme auch in anderer Hinsicht eine Premiere, weil ja alle Maßnahmen, die die Arbeitsmarktförderung betreffen, immer ausgesprochen kurzfristig platziert sind. Wir alle kennen die unsäglichen Konsequenzen von immer wieder kurzfristigen Maßnahmen, in denen die Maßnahmeempfänger maximal motiviert sind, viel leisten und nach Ende der Maßnahme erneut vor der Arbeitslosigkeit stehen. Auch das ist eine große psychische Belastung. Ich kenne viele, die unter solchen mehrfachen Vermittlungsmaßnahmen und einem Mühen in Arbeitslosigkeit extrem leiden. Deshalb haben wir Jobperspektive angelegt auf eine lange Dauer. Sogar auf eine Dauer, die über 24 Monate nahtlos weiter hinausführen kann, was schon im Sinne von Förderungszuwendung ein langer Zeitraum ist. Das mag Ihnen jetzt wenig klingen. Für den Gesetzgeber ist das aber geradezu ein Neuanfang. Weil wir uns mit einer kontinuierlichen Förderung »eingestehen«, dass wir Personen in Arbeit haben möchten, die auf Dauer einen Förderbedarf haben, obwohl sie nicht den Kriterien von Schwerbehinderung entsprechen. Da haben wir andere Regelungen. Insofern mag es manchem als ein kleiner Schritt erscheinen, im Sinne der Gesetzgebung ist es ein recht großer.

Ich will gerne zu ein paar Einwänden kommen, die ich immer höre. Wie bei allen solchen Förderinstrumenten gibt es eine Arbeitshilfe der Bundesagentur. Ich finde sie sehr restriktiv, die Kritik ist in Teilen berechtigt. Viele sagen, ich erwähnte schon: 100 000 sind zu wenig. Stimmt, wir wollen auf Dauer auch mehr, aber zunächst möchte ich, dass diese 100 000 ein Erfolg werden. Es gibt weitere Aspekte, von denen ich denke, die müssen in diesem Zusammenhang angesprochen werden. Jobperspektive soll nicht das ersetzen, was wir schon an sinnvollen Möglichkeiten der Qualifizierung, der beruflichen Rehabilitation haben. Also es soll nicht das eine das andere ersetzen, sondern eine sinnvolle Ergänzung sein.

Was brauchen wir dafür? Wir brauchen dafür Bündnispartner vor Ort. Das Ganze wird abgewickelt über die Jobcenter. Einige haben Beiräte, in

denen das gut aufgehoben und besprochen werden kann. Viele Jobcenter haben inzwischen exzellente Fallmanager, die sich bisher eher anderen Personenkreisen zugewandt haben, die leichter vermittelbar waren. Die werden jetzt aufgefordert, sich ganz speziell diesen Langzeitarbeitslosen zuzuwenden. Das finde ich richtig und gut so, und ich hoffe sehr, dass wir schon bei der nächsten Jahrestagung sagen können: Die ersten Schritte in Sachen Jobperspektive sind geglückt und sie machen uns Mut, weit über die 100 000 hinaus zu denken.

Weiß: Vor einem solch erlesenen Kreis von Experten muss man nicht betonen, welche Bedeutung Arbeit gerade auch für psychisch kranke Menschen und deren Integration in die Gesellschaft hat. Ich muss Ihnen auch nicht vortragen, dass heute psychische Erkrankungen der Hauptgrund dafür sind, dass Menschen erwerbsgemindert sind und nicht, wie früher, irgendwelche körperlichen Gebrechen. In der Öffentlichkeit muss man gleichwohl diese beiden Dinge immer noch mit deutlicher Unterstreichung sagen, weil das nicht immer so wahrgenommen wird.

Wir haben die erfreuliche Tatsache, dass in den letzten zwölf Monaten auch bei den Menschen mit Behinderungen die Zahl der Arbeitslosen rückgängig ist, Menschen also Arbeit gefunden haben. Wenn der allgemeine Arbeitsmarkt sich erholt, dann irgendwann nachfolgend macht sich das auch bei den Menschen mit Behinderungen bemerkbar. Aber gerade in einer Situation, wie wir sie erfreulicherweise jetzt haben, einer konjunkturellen Besserung und einer Entspannung auf dem Arbeitsmarkt, fängt die eigentliche Aufgabe erst an. Ich komme aus einem Wahlkreis mit einer Arbeitslosigkeit von 3,4 %, das ist eine relativ schöne Situation. Aber gerade da sieht man, dass man für diejenigen, die immer noch ohne Arbeit sind, mehr tun muss, mehr Anstrengungen unternehmen muss – gerade auch für Menschen mit Behinderungen, gerade auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen – mehr als das für den »normalen« Arbeitslosen gilt.

Haben wir in der Politik daraus die Konsequenzen gezogen? Als Antwort auf die selbst gestellte Frage möchte ich Ihnen zwei Zahlen nennen. Am vergangenen Freitag um 3.00 Uhr morgens, also mitten in der Nacht, hat der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages die Haushaltsberatungen abgeschlossen, nächste Woche werden wir das in 2. und 3. Lesung beschließen. Im Eingliederungstitel des Bundeshaushaltes für die ALG II-Bezieher stehen im kommenden Jahr 2008 900 Mio. Euro mehr zur Verfügung als 2007! Trotz sinkender Arbeitslosigkeit mehr Geld für Eingliederungsmaßnahmen. Der Verwaltungsrat der Bundesagentur für Arbeit hat ebenfalls

in der vergangenen Woche den Haushalt der BA verabschiedet. Im Haushalt der BA stehen für Eingliederungsmaßnahmen 2008 3,4 Mrd. Euro zur Verfügung, in diesem Jahr sind 2,7 ausgegeben worden – trotz Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung. Mehr – auch finanzielle – Anstrengungen der BA zur Eingliederung arbeitsloser Menschen. Das zum Thema Geld.

Thema Instrumente. Etwas, über das Sie ja auf dieser gesamten Tagung diskutiert haben. Frau Lösekrug-Möller hat ein neues Instrument vorgestellt: seit 1. Oktober 2007 das Programm Jobperspektive für Menschen mit mehreren Vermittlungshemmnissen. Als wir dieses Instrument miteinander diskutiert und beraten haben, haben wir selbstverständlich vor allen Dingen auch an Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen gedacht und deswegen sind wir jetzt sehr darauf gespannt, ob in der Praxis tatsächlich dieses Programm dieser Personengruppe zugute kommt. Ich glaube, der wesentliche Unterschied zu den alten, vielfältig differenzierten Instrumenten der Arbeitsmarktpolitik ist, dass wir nicht erneut ein Instrument geschaffen haben, bei dem die Tür aufgeht und dann die Tür wieder zugeht. Wo man ein halbes oder ein Jahr lang gefördert wird und dann wieder draußen ist. Hier geben wir die Perspektive, dass jemand 24 Monate gefördert in Arbeit kommt und auch in Arbeit bleibt – und dann auch länger, gegebenenfalls auf Dauer, gefördert wird durch hohe öffentliche Mittel, 50 % bis 75 % Lohnkostenzuschuss.

Eine zweite Frage, die Herr Pörksen schon eingangs gestellt hat: Gibt es eigentlich eine Alternative zur Werkstattbeschäftigung? Oder soll man weiter hinnehmen, dass bestimmte Personengruppen, gerade auch die psychisch Kranken, als einzige Alternative auf die Werkstatt verwiesen werden? Aus unserer Sicht spielt eine entscheidende Rolle die Möglichkeit einer »unterstützten Beschäftigung«. Diese ist in einigen Regionen modellhaft praktiziert worden. Jetzt warten wir darauf, dass der Bundesminister für Arbeit und Soziales zusammen mit den Ländern und den Verbänden einen Förderrahmen festlegt, um unterstützte Beschäftigung flächendeckend in Deutschland anzubieten. Auch das ist ein wichtiger Schritt, um eine Alternative zur Werkstattbetreuung zu schaffen.

Dann will ich als Drittes erwähnen, dass wir generell für den Bereich von Menschen mit Behinderungen seit Januar 2007 das Bundesarbeitsmarktprogramm Job 4000 haben, das verschiedene Förderinstrumentarien im Bereich Beschäftigung, Ausbildung, Unterstützung anbietet. Die Durchführung liegt bei den Ländern und am 18. Dezember 2007 soll über die Erfahrungen,

die man in den ersten Monaten dieses Jahres gemacht hat, eine Auswertung stattfinden. Dann wollen wir schauen, ob wir auch mit diesem Programm tatsächlich etwas dazu beitragen konnten, um Menschen mit Behinderungen gezielter in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln. Vor allen Dingen geht es auch darum, ihnen eine qualifizierte Unterstützung direkt an einem Arbeitsplatz, den sie gefunden haben oder den man für sie gefunden hat, anbieten zu können.

Ich will zusammenfassend betonen: Die drei Instrumente, die ich erwähnt habe und der hohe Mitteleinsatz sowohl was die staatlichen Mittel für Eingliederung anbelangt als auch was die Mittel der BA für das Jahr 2008 anbelangt, das zeigt Ihnen, dass wir seitens der Politik die richtigen Konsequenzen ziehen und uns verstärkt darum bemühen, denen, denen es besonders schwerfällt und denen, denen es besonders schwer gemacht wird, im Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, in ganz besonderer Weise Unterstützung, Hilfe und auch finanzielle Förderung angedeihen zu lassen. Es ist meine feste Überzeugung, dass es höchst fahrlässig wäre, den Rufen derjenigen zu folgen, die sagen: Auf dem Arbeitsmarkt läuft es ganz gut, wir können jetzt die Förderinstrumentarien zurückdrehen, wir können die Fördermittel heruntersetzen. Dann würden uns diejenigen, die besondere Probleme haben, sozusagen als Dauerarbeitslose für alle Zukunft erhalten bleiben und bei der nächsten Rezession on top auf die Zahl der Arbeitslosen draufgerechnet werden müssen. Deswegen hoffe ich und bin auch zuversichtlich, dass wir mit den Instrumentarien, die wir jetzt geschaffen haben und den finanziellen Mitteln im Jahr 2008 – gerade auch was die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen anbelangt und insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen anbelangt – wirklich einen Schritt vorankommen und vielleicht bei der nächsten Jahrestagung der APK eine positive Bilanz ziehen können. Auf jeden Fall würde ich mich darüber freuen.

Seifert: Ihre Tagung heißt »Individuelle Wege ins Arbeitsleben«. Ich glaube, da ist die Politik eigentlich der falsche Partner. Das ist Ihr Geschäft, individuelle Wege auf den Arbeitsmarkt zu finden. Unser Job ist, allgemeine Wege zu eröffnen, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit man dorthin kommt. Was wir machen müssen ist, Wege auf den individuellen, auf den geeigneten Arbeitsplatz zu finden. Es nützt ja nichts, wenn jemand, die/der z. B. schizophran ist, irgendeinen Arbeitsplatz bekommt. Sie/er braucht einen Arbeitsplatz, auf dem er seine Fähigkeiten oder sie ihre Fähigkeiten ausleben kann. Ich finde, es ist ganz wichtig, dass es nicht um irgendeine Arbeit geht, sondern um Arbeit, in der man sich auch wohlfühlt, in der man sich

bestätigt fühlt. Dann erfüllt der Arbeitsplatz den Zweck, der hier mehrfach erwähnt wurde. Wir können so viel therapieren, wie wir wollen: wenn die Leute keine vernünftige Arbeit bekommen, nicht anerkannt sind in ihrem sozialen Umfeld, dann fällt jede Therapie wieder in sich zusammen. Also, wir benötigen zwei Stützen: Gute Arbeit und eine einigermaßen stabile Familien- bzw. Partnerschaftssituation sind die beste Therapie. Da brauchen wir auch über nichts anderes mehr zu reden, denke ich mir.

Und nun zu den Instrumenten, die vorhanden sind, und dazu, was die Politik machen kann. Es ist wahr, es gibt eine ganze Menge Gesetze und allerhand Geld, das dafür zur Verfügung steht, Menschen mit »Vermittlungshemmnissen« zu unterstützen. Ein schwieriges Wort, das ich kaum über die Lippen bringe, weil ich ja eigentlich mehr die Fähigkeiten hervorheben möchte als die Defizite. Es gibt zwar eine ganze Menge Mittel und Maßnahmen dafür. Aber sie stoßen alle an harte Grenzen. Die erste Grenze ist der »Drehtüreffekt«. Kurzfristige Maßnahmen verpuffen. Was jetzt dieser § 16 a bringt, wird sich zeigen. Ich vermute, dass ist eine Einmalsache. Also, wenn 100 000 »versorgt« sind, ist das Geld ausgeschöpft und es geht nicht mehr weiter. Dann kommen keine neuen Betroffenen mehr hinein. Ich würde mich freuen für die 100 000, aber was ist dann mit denen, die dann in zwei, drei oder fünf Jahren ebenfalls dieselbe Unterstützung brauchen? Da müssen wir uns etwas Neues ausdenken. Man kann natürlich solche Etats nicht unbegrenzt wachsen lassen.

Ein zweites Problem, was ich bei all diesen Maßnahmen sehe, ist, dass immer wieder, zumindest versteckt, versucht wird, »Spareffekte« im Haushalt zu erzielen. Und das ist richtig falsch. Man kann in diesem Bereich nichts sparen. Hier muss man investieren, hier muss wirklich Geld zur Verfügung stehen. Und das mit großer Kontinuität, mit hoher Sicherheit, damit die Betroffenen ihre Lebensplanung gestalten können. Nehmen wir das persönliche Budget, was ja hier heute über den grünen Klee gelobt worden ist. Ich habe seit 10 oder 15 Jahren für das persönliche Budget gekämpft wo ich konnte, in allen möglichen Formen. Inzwischen bin ich ja schon fast skeptisch, vielleicht halte ich das, was jetzt so genannt wird, sogar für falsch? Man benutzt zwar den Begriff »persönliches Budget«, aber man macht ziemlich genau das Gegenteil von dem, was wir – die emanzipatorische Behindertenbewegung, als deren Teil ich mich verstehe – wollten. Wir wollten den Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile, also in diesem Falle den Ausgleich psychisch bedingter Nachteile. Was wird aber gemacht? Unterm Strich soll das persönliche Budget einen »Spareffekt« bringen. Ja, dann ist

doch schon die Zielsetzung völlig verfehlt! Das persönliche Budget soll der- oder demjenigen, die/der es benutzt, mehr Freiheit, mehr Wahlfreiheit, mehr Entscheidungsmöglichkeit in die Hand geben. Nicht mehr Restriktion im Sinne von: Musst sehen, wie du mit weniger Geld besser wirtschaftest. Damit habe ich echte Probleme.

Das Letzte, was ich in dieser ersten Runde sagen möchte: Auch das SGB IX, das heute hier ebenfalls über den grünen Klee gelobt worden ist, mag ein wunderbar klingendes Gesetz sein. Im »lyrischen« Teil. Um nicht missverstanden zu werden: Ich habe Lyrik gern. Manchmal schreibe ich Gedichte. Aber ein Gesetz muss von Fakten unteretzt werden. Die fehlen beim SGB IX. Es hat keine Kraft. Es gibt niemanden, der es durchsetzt. Und wenn nichts passiert im Sinne von SGB IX, dann passiert nichts. Denjenigen, die es unterlaufen, geschieht nichts. Das kann nicht sein. Deshalb nur ein Beispiel: Seit Juli 2001 ist das SGB IX in Kraft. Jetzt haben wir November 2007. Seit Juli 2001 steht im Gesetz, dass ab Januar 2008 das persönliche Budget eine Pflichtleistung sein wird. Die Regierung hat ihr eigenes Gesetz aber gar nicht ernst genommen. Wenn sie es ernst genommen hätte, dann hätte sie spätestens 2005 angefangen, Beratungsstellen aufzubauen, die sagen, wie man mit dem Persönlichen Budget umgeht, wo man es beantragen kann, wie man es beantragen kann und vor allen Dingen, in welcher Höhe man es bekommt.

Jetzt teilt mir die Bundesregierung auf Anfrage mit: Ja, wir sind ganz toll. Ab Januar nächsten Jahres wird es im Bundeshaushalt für drei Jahre einen eigenen Titel geben, in dem Geld eingestellt ist, damit Beratungsstellen aufgebaut werden können, die die Menschen darüber informieren, wie sie das persönliche Budget handhaben können. Also, wenn ich im Januar 2008 einen Antrag stelle, hab' ich im Juni oder Juli vielleicht eine Beratungsstelle aufgebaut, da ist aber die Pflichtleistung schon ein halbes Jahr in Kraft. Deswegen die Eierei, die hier vorhin die ganze Zeit stattgefunden hat. Niemand konnte sagen, in welcher Höhe man ein Budget bekommt, niemand konnte – oder wollte? – klare Auskunft darüber geben, dass, wer nicht »bedürftig« genug ist, nichts bekommt. Wohlgermerkt: Es handelt sich um »Bedürftigkeit« nach dem SGB IX. Also um Armut. Das finde ich, hat etwas damit zu tun, dass die Regierung ihre eigenen Gesetze nicht ernst nimmt. Ich finde, das ist nicht in Ordnung. Insofern freue ich mich über solche Kongresse wie den Ihren und hoffe, dass von Ihnen viel Druck nach Berlin gerichtet wird. Ich bin gerne bereit mitzuschieben.

Rohde: Die Jobperspektive ist ja erklärt worden. Ich befürchte aber, dass die 100 000 Jobs möglicherweise trotz des gut gemeinten Gesetzes in die

falsche Richtung laufen. Dass dann von diesem Programm Leute profitieren, für die es eigentlich nicht gedacht war. Das ist erst mal die Befürchtung. Wir können erst in einem Jahr sagen, ob das sich bewahrheitet oder nicht. Die Opposition ist aber dafür da, um den Finger in die Wunde zu legen und die Erwartung ist, dass vor allem Wohlfahrtsverbände sich diesen 75 %-Zuschuss zunutze machen. Die sagen, damit kommen wir besser klar. Wir haben Beschäftigungsmöglichkeiten auch für den gedachten Personenkreis, aber vielleicht nehmen wir lieber den einen und nicht den anderen und dann haben wir das Geld zwar verbraucht, aber immer noch einen Personenkreis ausgeschlossen, der vorher eine Chance hatte.

Das Problem ist, dass alle Fördermittel, also die, die es vorher gab und die, die jetzt neu geschaffen wurden, aus dem gleichen Topf finanziert werden. Und es darf zumindest vor Ort entschieden werden, mach ich jetzt zum Beispiel drei Stellen nach dem einen Programm oder nur zwei Stellen nach dem neuen Programm. Das ist schon eine schwierige Frage, wen ich dann in den Genuss der Förderprogramme wähle. Durch die Möglichkeit, es laufend fortzusetzen, kann es eben passieren, dass auch Personen in einer Dauerförderung landen. Dann richtet man sich in diesem neuen Förderinstrument ein, z. B. als Wohlfahrtsverband. Wir haben den 75 %-Zuschuss, der Betroffene hat außerhalb keine Chance, weil auch der Abstand jetzt mit 75 % so groß ist, dass er nicht einfach von diesem Job in einen anderen wechseln kann – und dann habe ich eine Sackgasse aufgebaut, auf die ich zusteure. Das ist jetzt kritisch zu beobachten, wie sich das in der Praxis bewährt. Ich habe das Feedback bekommen bei mir vor Ort in der Optionskommune von den Leuten, die das vor Ort einsetzen. Die sagen, also erst mal hätten wir es mit den alten Instrumenten auch hinbekommen und mit den neuen Instrumenten machen wir nichts – die passen nicht. Wir werden die wahrscheinlich nicht anwenden und es ist das gleiche Geld. Bitte sorgen Sie dafür, dass wir vor Ort frei entscheiden dürfen, aber wir werden das vermutlich nicht so stark anwenden wie möglich.

Ich denke, bei dem Problemfeld müssen wir sehr viel Aufklärungsarbeit leisten – erstmal in der Arbeitswelt selbst. Ich war selbst, bevor ich vor zwei Jahren in den Deutschen Bundestag gewählt wurde, Betriebsrat. Wir haben uns um Personen gekümmert, die krank waren, wir haben uns extra Kurse angetan für Suchtkranke etc., aber erst durch meine politische Arbeit bin ich jetzt auf das Thema psychisch Kranke gestoßen. Das heißt, es ist auch ein Krankheitsbild, das von vielen nicht verstanden wird, und wenn man dann Teams hat, wo diese Personen integriert werden, und dann fällt man

in der entscheidenden Phase aus, dann schafft das ganz schön Unmut bei den Leuten, die sich vielleicht nicht so damit auskennen oder die es vielleicht auch gar nicht gewusst haben. Das ist sehr schwierig. Ich habe jetzt auch nicht die Lösung dafür, aber wenn wir an diesem Problem nicht arbeiten und da für Aufklärung sorgen und für entsprechende Integration in den Betrieben sorgen, dann können wir auch das Ziel nicht erreichen, und das vordringliche Ziel ist »Individuelle Wege ins Arbeitsleben«. Ideal ist, wenn wir die Menschen integrieren und das Umfeld Rücksicht nimmt auf die besonderen Phänomene der Krankheit. Dass die Krankheit eben nicht vorhersehbar ist, dass es eben diese Wellenbewegungen gibt, dass man dann einen Tag wunderbar drauf ist und am nächsten Tag eben nicht. Das ist eine große Schwierigkeit. Da würde ich lieber ansetzen über Informationsprogramme und weniger über die Förderung, die auch notwendig ist.

Kurth: Ich will mal für mich und für meine Fraktion Bilanz ziehen, wo wir eigentlich auf dem Weg zu den personenzentrierten Hilfen stehen. Ich komme zu einer durchaus widersprüchlichen Bilanz. Ich meine, dass wir von den gesetzlichen Regelungen her ganz gute Voraussetzungen geschaffen haben, insbesondere auch zu Zeiten der Rot-Grünen Regierung. Das SGB IX ist angesprochen worden, ebenso die Budgetverordnung, die Möglichkeit der Budgetierung und die gemeinsamen Servicestellen. Auch der § 16 des II. Buches Sozialgesetzbuch hat im Prinzip schon vorher eine ganze Reihe von Möglichkeiten geboten. Jetzt gibt es diese zusätzliche Möglichkeit eines längerfristig angelegten Nachteilsausgleichs. Es könnte natürlich alles noch mehr sein, aber die Rahmenbedingungen sind so schlecht nicht. Allein diejenigen Akteure, die mit der Umsetzung vor Ort beauftragt sind, blockieren an vielen Stellen bis an die Grenze des Rechtsbruchs. Das ist das Hauptproblem, das wir angehen müssen.

Wir haben eben noch gehört (Runde »Recht auf Arbeit 1«), wie ein Vertreter von einer Optionskommune von dem BA-Vertreter darauf hingewiesen wurde, dass ursprünglich der Gesetzgeber vorgesehen hatte, dass auch die Optionskommunen Rehabilitationsträger sind. Damals hat die kommunale Seite gesagt, wir wollen möglichst alles machen im II. Buch Sozialgesetzbuch und das soll alles an die Kommunen übertragen werden. Wir sind näher dran vor Ort, wir wissen besser Bescheid. Damals bin ich herumgelaufen und habe denen gesagt: Dann habt ihr auch die Rehabilitation. Wisst ihr, was das heißt? Ja, ja, machen wir schon, kein Problem. Dann trat das Gesetz in Kraft und es hat sich insbesondere der Bereich der Optionskommunen mehrheitlich geweigert, das überhaupt anzufassen. Die haben das einfach

nicht gemacht – unter den verschiedensten Begründungen. Dass sich jetzt nach zwei Jahren ein Vertreter einer Optionskommune hinstellt und sagt: »Ach, wissen Sie, was da los war? Wir hatten so viel Bürokratie, wir mussten unsere Sachbearbeiter alles übertragen lassen, was handschriftlich geliefert worden war.« Das finde ich beschämend. Wie der Wille des Gesetzgebers unterlaufen wird und das im Nachhinein so gerechtfertigt wird. Man hatte Zeit, sich darauf vorzubereiten, man hätte das machen können. Und es war eine Notoperation, dass dann damals noch die Rot-Grüne Regierung gesagt hat, OK, wir nehmen das wieder weg.

Das ist nur ein Beispiel. Man könnte genauso hart mit den Rehabilitationsträgern ins Gericht gehen, wenn es um die Servicestellen geht. Man kann sehr hart ins Gericht gehen mit Rehabilitationsträgern, wenn es um den gesamten Bereich der Begutachtung geht und die Umsetzung der relativ engen Zeitfristen, die wir im SGB IX festgelegt haben, die alle nicht eingehalten werden. Das scheint mir ein ganz zentraler Punkt zu sein und möglicherweise müssen wir da auch gesetzlich nachsteuern. Nur sind wir dann auch wieder in einem Dilemma: Wenn wir relativ flexible Regelungen schaffen, wie § 16 SGB II, dann wird das offensichtlich nur im eigenen Interesse der jeweiligen Institution oder Behörde umgesetzt, die das machen. Dann sagt der Gesetzgeber, so haben wir das aber gar nicht gemeint. Wenn wir dann detailliert regeln wollen, dann heißt es immer, »Regelungswut« und wir wollen alle Details regeln. Das ist wirklich ein Dilemma, in dem man sich da befindet. Den Servicestellen z. B. müsste man Entscheidungskompetenz übertragen. Also eine strukturelle Reform machen und verhindern, dass der eine Träger Vorgänge wieder zum anderen zurückschieben kann. Ich kann mir nur vorstellen, wer dann wieder aufschreit. Wir haben da eine Reihe von Konfliktstellen, die wir eigentlich Stück für Stück durchgehen müssen.

Ich will jetzt nur noch einmal kurz auf den Arbeitsmarktbereich kommen. Wir haben die Angebote unterhalb der Reha-Schwelle angesprochen. Dazu zählt auch der § 16 a SGB II, dieses neue flexible Instrument des Zuschusses. Wenn aber auf der anderen Seite der Vorstand der Bundesagentur das SGB II als – wörtliches Zitat – »Systemgeschäft« versteht, wo man eben nicht mit individualisierten personalisierten Lösungen, sondern sozusagen mit Systemlösungen arbeiten muss, dann wird das schwierig, das vernünftig umzusetzen. Und auch wenn man die Finanzierung des § 16 a SGB II sieht. Vom Grundsatz finden wir das Vorhaben ja gut, haben das als Grüne auch immer gefordert. Wenn man aber nicht die Möglichkeit schafft, dass die passiven Leistungen in aktive Leistungen, in dauerhafte

Zuschüsse umgewandelt werden, dann wird das Instrument nie abheben. Herr Radloff aus Bielefeld hat das ja schon bezweifelt und bei ihm haben wir es mit einem besonders wohlmeinenden und aktiven Vertreter zu tun, der sicherlich entschlossen ist, da auch was zu nutzen. Wenn solche Leute schon sagen: Das legt meinen Eingliederungstitel ja auf Jahre fest, das ist ein Problem, das fehlt mir an anderer Stelle. Was sagen dann erst solche Geschäftsführer von ARGEN, die von vorneherein nicht besonders viel von diesem Instrument des Nachteilsausgleichs und des dauerhaften Zuschusses halten? Die werden das erst gar nicht in Gang setzen und die werden das erst gar nicht machen. Das heißt, da muss man von gesetzgeberischer Seite wahrscheinlich stärker reingehen und einen echten Neuanfang machen. Frau Lösekrug-Möller, Sie haben gesagt: zwei Jahre, das ist ja schon ganz schön, weil es ziemlich langfristige ist. Wir hatten in den 90er-Jahren, als es um die Strukturbrüche im Osten ging, gar kein Problem damit, Leute fünf Jahre in sogenannten SAM – Struktur-Anpassungs-Maßnahmen – zu halten. Ob das in dem Falle immer so sinnvoll war, das sei mal dahingestellt. Aber bei dieser ganz bestimmten Personengruppe, wo absehbar ist, da ist dauerhaft der Nachteilsausgleich erforderlich, da sollte man auch dann sein Herz über die Hürde werfen und das dann auch so machen. Und wenn wir bei dem § 16 a SGB II sehen, dass es nicht so umgesetzt wird, dann müssen wir klarere gesetzliche Regelungen an der Stelle haben.

Pörksen: Wir haben eine erste Runde gehabt und es gibt hier schon Wortmeldungen. Ich schlage vor, dass wir zunächst in einer weiteren Gesprächsrunde bei der Umsetzung von § 16 a SGB II bleiben und das Thema Persönliches Budget, Steuerung und Servicestellen usw. nachher besprechen. Eine Ergänzung zu dem: Gestern war hier Frau Kühnel, die in Sachsen-Anhalt und Thüringen Projektleiterin für die Bürgerarbeit ist. Die hat sehr deutlich gemacht, dass dann, wenn nicht nur ausgewählten Personenkreisen, sondern allen ein Angebot gemacht wird, dass dann erstens am Ende das Ganze nicht teurer oder max. 5 % teurer wird, dass aber die Aufbruchstimung in den Ortschaften, in denen eine hohe Arbeitslosigkeit herrscht, so groß ist, dass man sich fragt, warum das Förderinstrument § 16 a/Jobperspektive bei 100 000 Schluss macht. Das wären für Ostpommern 10 % der Langzeitarbeitslosen mit erheblichen Vermittlungshemmnissen, für Bielefeld 20 %. Warum geht man nicht gleich noch mehr in die Vollen, wenn man feststellt, es wird am Ende gar nicht so viel teurer? Oder haben Sie Angst vor denjenigen, die das System missbrauchen? Bitte nehmen Sie auch zu den anderen angesprochenen Fragen von § 16 a Stellung.

Lösekrug-Möller: Ich habe keine Sorge, was Missbrauch anbelangt. Die 100 000 sind Ziel bis zum Ende der Legislatur, das ist ein korrektes Maßnehmen, da können wir uns überprüfen lassen. Und jetzt gibt es ja Positionen von »die erreichen nicht mal 100 000« bis »100 000 sind sowieso zu wenig«. In einem stimme ich ganz sicher der Dame, die gestern vorgetragen hat, zu: Es gibt in Regionen Aufbruchstimmung, wenn man ganz breit Programme anlegt. Was ich nicht beurteilen kann, ist der wünschenswerte Effekt, der Aufbruch würde alle mitnehmen. Das ist ja zunächst einmal ein Wunsch und eine starke These. Wir sagen ja, wir wollen ganz am anderen Ende anfangen. Das eine Vorgehen ersetzt das andere nicht. Deshalb sag ich, das sind parallele Möglichkeiten. Man muss schauen, was macht regional besonderen Sinn. Ich würde nicht sagen, wir drehen deshalb Jobperspektive zurück und machen so einen großen Aufbruch, der in einzelnen Regionen zurzeit zweifelsohne erfolgreich läuft. Ich will nur sagen, auch zu Ihnen Herr Kurth, ja was sollen wir denn nun eigentlich machen? Sollen wir nun dauerhaft fördern, dann kostet es dauerhaft Geld, dann bedingt es auch dauerhaft Mittel. Also, da ist eine gewisse Widersprüchlichkeit. Ich behaupte mal, wir steigen ein mit einer maximalen Länge der Förderung von 24 Monaten und dann, so ist es klar im Gesetz, kann es nahtlos mit einer Förderung weitergehen. Es gibt aber einen guten Grund, warum wir eine Überprüfung wollen. Wir sagen, § 16 a soll keine Sackgasse sein. Wenn wir davon ausgehen, dass Arbeit und Erwerbstätigkeit so wichtig sind – auch für die gesamte Gesundheit eines Menschen – und wir auch begleitende Hilfen möglich machen, dann sagen wir: Wir wollen jemanden nicht bis zum Erreichen seines Renteneintrittsalters da lassen, wenn er vielleicht auch rauskommt aus der Förderung. Wenn sie weniger wird, wenn er über Qualifizierung und Weiterbildung ohne Ergänzung tätig sein kann, dann muss es diese Chance geben. Und deshalb finde ich, ist das in Ordnung. Was das Binden der Mittel angeht, sag ich, es ist allemal besser, auf diese Weise eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu fördern und zu unterstützen, als jemand ohne Beschäftigung zu alimentieren. Das ist nicht meine Vorstellung von Teilhabe an der Gesellschaft.

Weiß: Eine Bemerkung kann ich mir nicht verkneifen. Ich nehme an, dass auch Sie mit Interesse beobachten, wie offensichtlich der Wechsel in die Regierung und die Opposition jeweils auch das Bewusstsein bestimmen kann. Herr Kollege Kurth, als das SGB IX gemacht wurde, ist heftig diskutiert worden, ob die Servicestellen eine Entscheidungskompetenz haben oder nicht. Es ist zu Rot-Grüner Regierungszeit so entschieden worden, wie es

heute im Gesetz steht. Wir haben in der Arbeitsgruppe Arbeitsmarktpolitik der Koalition sehr darum gerungen, ein Programm wie »Jobperspektive« zu schaffen. Warum? Gegen ein solches Programm gibt es natürlich alle möglichen Verdächtigungen.

Verdächtigung 1 ist: Hier werden Arbeitsplätze auf dem 1. Arbeitsmarkt kaputt gemacht, weil eine dauerhaft subventionierte Arbeit eingerichtet wird, die z. B. Handwerksmeistern Konkurrenz macht. Also gilt es zu vermeiden, diese Trennlinie 1. Arbeitsmarkt zu überschreiten. Das Zweite ist: Etwa die Hälfte der Wohlfahrtsverbände oder eigentlich alle, haben uns vorgetragen: mit 50 % bis 75 % Lohnkostenzuschuss kann man nichts anfangen. Wenn man den Personen, an die wir denken, etwas anbieten soll, dann müssen 100 % gefördert werden. Also Vollfinanzierung durch den Staat. Wir sind dem Ruf nicht gefolgt, sondern haben gesagt: Es sollte doch eine Tätigkeit sein, bei der auch zumindest ein bisschen etwas produziert wird, sodass man mit 50 % bis 75 % Lohnkostenzuschuss auskommen kann. Da sehen Sie, auf was für einer Gratwanderung wir uns befinden. Deshalb zunächst einmal die Begrenzung auf 100 000, um der Verdächtigung der einen wie der anderen Seite nicht so viel Nahrung zu geben.

Es ist kein Programm, was auf Kosten anderer Programme und Angebote geht. Ich habe es vorhin ausgeführt. Wir haben im Jahr 2008 im Eingliederungstitel SGB II 900 Mio. Euro mehr zur Verfügung als 2007. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die Absicht, die Zahl der Teilnehmer den einzelnen Arbeitsgemeinschaften exakt vorzugeben. Und auch den Optionskommunen. In meinem Wahlkreis z. B. würden die Arbeitsgemeinschaften und Optionskommunen gerne mehr machen als ihnen zugestanden wird. Könnten Sie bei so einem guten Arbeitsmarkt auch machen. Jetzt wird es also exakt vorgegeben, um diese Zahl 100 000 steuern zu können.

Wir sollten jetzt schauen, ob wir dieses Programm tatsächlich auch für diejenigen, für die es gedacht ist, nutzen können. Das betrifft auch Sie sicherlich in Ihren Arbeitsfeldern. Für diese Personengruppe mit einem hohen Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt sich die Frage: Sollen wir diese jetzt dauerhaft in Arbeitslosigkeit lassen oder geben wir ihnen die Chance auf Arbeit? Das ist die Idee, die dahintersteckt, ihnen eine Chance auf Arbeit zu geben. Und natürlich zählen wir auf die Intelligenz und den Erfindungsreichtum gerade der Wohlfahrtsverbände. Wir wären auch im Bereich von Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II in Deutschland ziemlich arm dran, sprich: wir hätten praktisch nichts, wenn nicht im Bereich gerade

der Wohlfahrtsverbände und gemeinnütziger Träger, Beschäftigungsinitiativen usw. eine ganze Menge von Angeboten geschaffen worden wären in den vergangenen Jahren, in denen Menschen zumindest mal wieder die Chance haben, etwas von ihrer produktiven Arbeitsleistung zu zeigen und unter Beweis zu stellen. Und nicht abgeschoben an den Rand der Gesellschaft zu sein. Also lassen Sie uns das Instrument erst mal ausprobieren, bevor wir es vorher schlecht reden. Und dann lassen Sie uns in einem oder in zwei Jahren eine Auswertung machen und prüfen, haben wir erstens die richtigen Personen, die, an die wir alle miteinander gedacht haben, gefunden und in solche Beschäftigungsmöglichkeiten gebracht. Und sind es nun Personen, die dem Wunsch von Frau Lösekrug-Möller folgend, vielleicht sich dort auch so qualifizieren, dass sie eine Chance im 1. Arbeitsmarkt haben, oder haben wir Personen, wo wir sagen müssen, für die sehen wir auch bei bester Konjunktur keine Möglichkeit. Wir brauchen so etwas wie einen öffentlichen Beschäftigungssektor. Das ist ja in der arbeitsmarktpolitischen Diskussion unseres Landes heiß umstritten. Und jetzt haben wir die Chance, dass wir endlich die Theoriediskussion verlassen, mit der wir uns Jahre und jahrzehntelang in Deutschland aufgehalten haben, um es mal praktisch durchzuexerzieren, ob so etwas funktioniert und ob so etwas sinnvoll ist. Und dann kann man in der nächsten Reform der Reform besser diskutieren, wie gehen wir weiter, nicht nur in der Theorie.

Rohde: Wir lassen Sie das Projekt ja machen. Wir haben als Opposition ja gar keine andere Chance. Wir werden es aber natürlich kritisch begleiten und, Frau Lösekrug-Möller, wenn Sie eben nicht wollen, dass Sie dauerhaft diese Beschäftigungsverhältnisse haben, dann müssen Sie es zumindest aus unserer Sicht degressiv gestalten. Von mir aus 5 % pro Jahr weniger, dass es zwar lange läuft, aber dass erkennbar wird: es geht in die richtige Richtung. Ansonsten werden wir eben sehr viel Geld binden, das wir an anderer Stelle entweder nicht zur Verfügung haben oder den Bürgern eben über Steuern wegnehmen müssen. Es ist ein sehr, sehr teures Programm. Es gibt da noch ein Problem um die Zugangsvoraussetzungen zu dem § 16. Meines Wissens müssen wir erst mal ein halbes Jahr Training in die Personen investieren, bevor ich in das Programm komme. Das heißt, ich muss Trainingsmaßnahmen machen für eine Person, die wahrscheinlich eben nicht im 1. Arbeitsmarkt landet, trotz des Trainings. Und dann muss ganz sicher vor Ort festgestellt werden, für zwei Jahre hat der auf dem Arbeitsmarkt keine Chance. Deswegen bekommt er das Programm. Das ist natürlich schon eine gewaltige Aufgabe für den Betreuer vor Ort, dieses einzuschätzen. Trotz des erhöhten Titels

stehen damit andere bewährte Förderprogramme weniger zur Verfügung: für ältere Arbeitnehmer, für Behinderte mit 50 % Zuschuss degressiv. Das ist eine Abwägungssache. Das ist einfach so und damit haben wir natürlich ein Problem, dass wir uns zwar auf die eine Gruppe, die wir im Auge haben, zubewegen, aber weniger zur Verfügung haben für andere Gruppen. Es ist eine schwierige Gratwanderung und wir weisen nur auf die Probleme hin und wünschen uns eben die Verbesserung, die man vielleicht jetzt schon absehen kann.

Kurth: Da muss ich widersprechen. Es ist dann kein teures Programm, wenn die Alternative die »Dauersubvention« über das Arbeitslosengeld II ist. Wie Herr Weiß das eben auch sagte: Wenn die Alternative ist, dass Personen dauerhaft ALG II beziehen und dann noch die gesundheitlichen Folgeprobleme haben, die damit ja häufig verbunden sind, die auch wiederum Kosten verursachen, wenn man das mit einbezieht, dann ist das eigentlich eine sinnvolle Investition. Ich finde bemerkenswert, dass hier ein Vertreter aus der CDU/CSU-Fraktion das so klar sagt. Das können Sie ja genauso vehement im Ausschuss vertreten. Wenn z. B. auch Frau Lösekrug-Möller es so klar formuliert, dass man lieber Arbeit statt Arbeitslosigkeit finanzieren will, dann sehe ich allerdings nicht, warum man dann nicht die passiven Leistungen nimmt. Das sind ja die Kosten, die man durch die Arbeitslosigkeit hat. Das liegt logisch in der Argumentationskette, die Sie selbst begonnen haben. Und ich glaube auch nicht, dass man die Leute dann in der Hilfe gefangen hält. Da haben wir gar keinen Dissens. Dass wir natürlich begleitendes Assessment machen wollen und gerade auch dem Ansatz der individuellen personenzentrierten Hilfe folgend immer in regelmäßigen Abständen durch Sie, die Fachleute, überprüfen und mit den Personen gemeinsam schauen, welche Entwicklungsmöglichkeiten und welche anderen Wege es gibt, das ist klar. Das muss aber immer individuell und personenbezogen abgestimmt sein in Assessment-Verfahren, Hilfeplanverfahren. Herr Rohde, eine pauschale degressive Förderung, sodass man sagt: Jedes Jahr 5 % weniger und dann geht's schon in die richtige Richtung, ist an der Stelle nicht der vernünftige Ansatz, wenn wir über individuelle Hilfen reden. Es gibt Leute, mag sein, die dann auch mit einer degressiven Förderung gut klarkommen, wo dann auch ein Produktivitätsaufbau stattfindet. Es gibt aber vielleicht noch andere, die wirklich dauerhaft auf eine relativ hohe Unterstützung angewiesen sind. Also diese Individualität, das ist mir an dieser Stelle außerordentlich wichtig.

Dann noch ein zweiter Punkt. Sie haben das Beispiel des Handwerksmeisters gebracht. Ich weiß, dass es solche Handwerksmeister oder -innen

durchaus gibt, die dann diese Verdrängung anprangern. Aber ich glaube, genau solche Leute, die muss man im Endeffekt mitnehmen, damit das ein Erfolg werden kann. Denn es handelt sich nicht um Wettbewerbsverzerrung, das muss man immer wieder deutlich machen. Es handelt sich um einen Nachteilsausgleich, wodurch überhaupt erst Wettbewerbsgleichheit auf dem Arbeitsmarkt hergestellt wird. Man muss auch klarmachen, dass es eine Menge Möglichkeiten gibt, Arbeitsplätze so zu verändern und Arbeitsplätze so zu strukturieren, dass dann die Integration in einen Betrieb klappt. Es gibt ja auch Beispiele, und ich meine sogar, dass viele, gerade mittelständische Unternehmen, sehr gut beraten sind, sich frühzeitig darüber Gedanken zu machen. In einer alternden Gesellschaft werden sie ihre Arbeitsplätze und ihre Arbeitsorganisation ohnehin umgestalten müssen. Wir brauchen diese Leute, die dem jetzt noch abwehrend gegenüberstehen, als Kooperationspartner. Da könnte ein persönliches Budget für Arbeit, so wie es in Rheinland-Pfalz begonnen wurde, durchaus hilfreich sein. Damit kann man ja noch mehr finanzieren als nur den Nachteilsausgleich, sondern eben auch unterstützende Begleitung am Arbeitsplatz und vieles andere mehr. Ich würde mir wünschen, wenn wir wegkämen von der Konzentration auf Werkstätten. Hin zu Integrationsabteilungen oder einzelnen Integrationsarbeitsplätzen in Betrieben – mit einer sehr individuellen personenbezogenen Unterstützung. Wenn wir das tatsächlich schaffen, dann haben wir mehr Autonomie und, Herr Seifert, wir sparen auch Geld. Ich finde das durchaus legitim, sich dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit an der Stelle nicht zu verschließen und zu sagen, ein Werkstattplatz ist mit weit über 20 000 Euro pro Jahr recht teuer und das könnte man sogar zum Nutzen der Person wirtschaftlicher gestalten. Das heißt nicht, dass ich deswegen persönliche Autonomie oder Entfaltungsrechte beschneiden will.

Seifert: Ich finde es in Ordnung, wenn wir sagen, dass wir auch nichts dagegen haben, wenn am Ende etwas eingespart wird. Aber wenn es als Ziel oder gar als eines der Prioritätenziele formuliert wird, dann ist das einfach falsch. Wenn es als Nebeneffekt auftritt, na gut, prima. Herr Kurth, Sie hatten schon einiges zu den passiven Leistungen gesagt. Es ist eines der Probleme eurer Programme, dass sie immer so einzeln gedacht werden. Wenn ich die Menschen in Arbeit bringe, wo sie dann vielleicht 800 Euro im Monat verdienen können – um solche Beträge geht es ja –, ist alles andere als ein üppiger Lohn. 820 brutto Durchschnitt. Aber wenn ich sie in solche Arbeit bringe, dann tritt persönliche Zufriedenheit ein, dann treten wesentlich weniger Krisen ein. Wir reden jetzt von Menschen mit psychischen Erkran-

kungen. Das wiederum »spart« tatsächlich. In ganz anderen Bereichen, in der GKV usw. Das muss man mitrechnen. Wenn wir diese Kosten tatsächlich umwidmen könnten, um solche Programme weiterzufördern, dann hätten wir wirklich etwas erreicht. Das ist das mit den passiven Leistungen, die wir dann tatsächlich aktivieren müssen.

Ich möchte noch einen anderen Aspekt einbringen, der hier ein bisschen zu kurz kam und auch in Ihren Programmen zu kurz kommt. Das ist die Aktivierung der (organisierten) Selbsthilfe und die Aktivierung derjenigen, die selbst etwas tun wollen. Es kann sein, dass ich mich hier in dem Kreis sogar unbeliebt mache, weil Sie die »Profis« sind. Hier sprach heute jemand von den Psychiatrieerfahrenen. Das ist eine gute Selbsthilfeorganisation, die kriegen was hin. Es gibt auch jede Menge andere Selbsthilfeorganisationen, die jetzt schon unheimlich viel – und z. T. sehr gute! – Arbeit leisten. Wie sich jedoch zeigt, sagt z. B. Herr Simon von der BA ganz locker: euch können wir nicht bezahlen. Wieso denn eigentlich nicht? Wieso kann diese Arbeit, die diese Menschen jeden Tag ehrenamtlich leisten, nicht wenigstens dadurch entgolten werden, dass sie ihre Fahrkarten und eine kleine Aufwandsentschädigung erstattet bekommen? Damit sie wenigstens miteinander reden können und ihnen ihre Telefonkosten und Ähnliches nicht über den Kopf wachsen? Nicht einmal das ist in den Programmen drin. Das kann es doch nicht sein! Wenn wir wollen, dass individuelle Arbeit geleistet wird, wenn wir wollen, dass ehrenamtliche Arbeit geleistet wird, die gebraucht wird, und die nicht Profit bringt, dann muss man sie auch – zumindest aufwandsneutral – unterstützen.

Pörksen: Gibt es aus dem Publikum noch zu dem § 16a Nachfragen oder Kommentare? Ich will aber noch hervorheben, Herr Weiß, dass wir überwiegend doch dafür sind, dass das Programm gemacht wird.

Publikum: Mein Name ist Hans-Jürgen Witteck, ich bin vom Vorstand des Landesverbandes Psychiatrieerfahrenere in Hessen. Mir fällt auf, dass Sie hier ständig darüber reden, über Förderung für den Arbeitgeber. Da sind in erster Linie ja wohl die Wohlfahrtsverbände, Wohlfahrtseinrichtungen gemeint. Wo bleibt denn die Investition für den Betroffenen? Warum wollen Sie heute nicht mehr in Bildung investieren? Für den Betroffenen ist es wichtig, sein Selbstwertgefühl wiederzuerlangen oder überhaupt zu erlangen und das kann er nur, wenn er sich gleichwertig fühlt mit anderen Menschen, indem er auf den gleichen Bildungsstand kommt oder die Zeit, wo er aussetzen musste wegen seiner Krankheit, wieder nachholen kann.

Publikum: Ich mach da gleich weiter. Ich möchte gerne ein Förderprogramm haben für meine Rente, denn ich hab ja nichts anderes gelernt als

arbeiten. Mir ist hier dieser Fokus auf diese Steuerkartenmentalität einfach zu intensiv. Ich finde, es geht um sinnvolles Tun. Und immer diese Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, das können wir Psychiatrieerfahrenen manchmal wirklich nicht leisten. Und wenn das andere alles so negativ dargestellt wird, das beschämt mich total und ich möchte für meine Rente solche Programme haben, weil ich das eben nicht habe, dass ich die ganze Zeit über irgendwo etwas eingezahlt habe. Ich war 20 Jahre lang ganz aktiv Mutter. Ich habe Glück, dass ich wieder auf dem 1. Arbeitsmarkt bin, wenn auch durch ein Projekt, aber ich habe wieder einen Job. Ich weiß nicht, wie lange das noch geht und was dann kommt, weiß ich auch nicht. Also ich bin dafür, dass die Renten gefördert werden und nicht die Arbeit.

Publikum: Mein Name ist Becker, ich habe für die APK in den Projektregionen Beratung gemacht. Unsere Regionen sind fast alle sehr aktive Kommunen, sehr aktive SGB II-Träger. Bei ihnen sind die Eingliederungsmittel meist total ausgeschöpft. Das hat ja auch Herr Radloff aus der Projektregion Bielefeld gesagt, einer Großstadt. Bei den kleinen Kommunen sieht es noch schlimmer aus, wenn man jetzt im Rahmen des § 16 a solche hohen Beträge für eine Person ausgeben soll. Insofern kann ich das, was Herr Kurth gesagt hat, nur unterstreichen. Es wäre gut, wenn man die Mittel, die man an anderer Stelle einspart, also z. B. am Lebensunterhalt, bei Gesundheitskosten, hineinziehen könnte in diese Förderung von dauerhafter Nachteilsausgleichs-Finanzierung. Wenn man das machen könnte, wäre schon viel gewonnen, gerade auch für die aktiven SGB II-Träger, die eben doch recht knapp sind mit den Eingliederungsmitteln.

Ein weiterer Punkt fällt jetzt ein bisschen aus dem Rahmen, aber in die Knappheit der Mittel bei den SGB II-Trägern passt es schon. Von der Ausgleichsabgabe für Schwerbehinderte werden 26 % des Aufkommens an die Arbeitsverwaltung weitergereicht. Inzwischen sind aber über 55 % der betroffenen arbeitslosen Schwerbehinderten im SGB II-Bereich gelandet. Die Ausgleichsabgabemittel fließen aber ausschließlich an die Bundesagentur für Arbeit, sodass also unter 45 % der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen 100 % der Mittel bekommen. In der Verfassung steht ja mittlerweile, dass Schwerbehinderte gleichbehandelt werden sollen, da werden sie aber ungleich behandelt. In den SGB II-Bereich fließen nämlich keine Mittel aus der Ausgleichsabgabe – und das sind schon nennenswerte Beträge. Wenn man das hochrechnet, sind es ungefähr 80 Mio., die die Bundesagentur für Menschen bekommt, die sie nicht mehr hat. Die Bundesagentur hat daraufhin ungefähr 150 Mio. gespart. Die BA gibt jetzt Eingliederungszuschüsse

nur noch aus dem Abgabetopf aus und im SGB II kommt nichts an. Die Bundesagentur schwimmt eher in Geld, wie man weiß, und die aktiven ARGEN ringen um Geld für Eingliederung. Jeder Tausender, der dort ankäme, gerade auch für Menschen mit Schwerbehinderungen, wäre gut zu verwendendes Geld. Da kann man eigentlich nur an die Politik appellieren, dieses Ungleichverhältnis zu regulieren, denn auf der gesetzgebenden Ebene scheint es da Bedarf zu geben.

Publikum: Mein Name ist Wendle. Ich möchte Sie auffordern als Politiker, schauen Sie sich die Lebenswirklichkeit von behinderten Menschen in diesem Land an. Schauen Sie genau hin. Da finden Sie keine neuen Instrumente. Und überlegen Sie nicht lange, aus welchen Töpfen Sie was tun und wo Sie was hinschieben, schauen Sie hin. Im Osten ist das Vertrauen nicht nur der Bürger, die nicht behindert sind, in die Politiker geschmolzen bis auf ein Minimum. Das erfahren Sie, wenn Sie sich einer Wahl stellen, sondern bei behinderten Menschen ist das noch viel ausgeprägter. Ich mag Ihnen nicht Schuldzuweisungen erteilen, aber es ist letzten Endes so, dass Parteipolemik den betroffenen Menschen nicht hilft. Und die Programme und die Strukturen, die Sie gebildet haben, sind mehr als ausreichend. Setzen Sie an dem an, was der Mensch noch zur Verfügung hat. Schauen Sie sich die Kompetenzen an, fördern Sie gute Dinge. Schauen Sie sich auch die Regionen an, wo die Dienstleister schon gutes Denken entwickelt haben für neue Perspektiven. Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann. Aber bitte auch das Denken bei Ihnen.

Publikum: Ich bin seit gestern hier. Da wurden ernsthaft Reden gehalten, ganz wichtige und ich dachte, ich bin im falschen Film, weil man sich so viel Mühe für uns gibt, dass wir Experten werden. Dass man so viel machen muss für uns. Dann war ein Beispiel hier auf der Bühne, ja, authentisch und vielleicht wissen auch manche von Ihnen, dass es einen Selbsthilfverband gibt. Das spielt überhaupt keine Rolle. Denn wieder geht es die ganze Zeit darum, machen sich Ministerien so viel Sorgen um uns, um Entwicklungsprogramme zu entwickeln. Und wissen überhaupt nicht, wenn sie uns wirklich als Menschen nehmen und wenn nicht, ich bin ein bisschen sarkastisch, aber ich kann mir das leisten. Wissen Sie, Sie reden über uns, als wenn man so ein Forschungsprojekt macht für eine ganz besondere Gattung und versucht wirklich, alles zu machen. So ist das. Denn wenn Sie uns im ersten Punkt wirklich ernst nehmen würden, dann wüssten Sie es anders. Psychatrierfahren sind die Psychatrierfahrenen, dann wüssten Sie wirklich, was es bedeutet, dass es seit 15 Jahren einen Psychatrierverband gibt.

Wenn Sie wüssten, dass es einen BPE gibt – Sie reden von Hilfen, von Entwicklungshilfen in Berufe – dann wüssten Sie, die Aktivisten, die tausend Mann, die eine kleine Minderheit sind, dass die Berufe haben, dass die rausgeschoben wurden. Das sind Experten, wie Sie es ja wollen, dass wir es werden. Aber Sie behindern uns, Sie laufen bei Ihren Entwicklungen vielleicht daneben, weil Sie uns gar nicht fragen, weil Sie uns nicht einbeziehen, weil Sie uns nicht brauchen!

Publikum: Mein Name ist Martin, ich komme aus einer gemeinnützigen Einrichtung, die Träger eines Integrationsprojektes ist, und hätte zwei Anmerkungen zu den Ausführungen von Herrn Rohde. Sie haben vorhin von Ihrem Wahlkreis mit der optierenden Kommune gesprochen und dass die in der Verwaltung nicht viel von dem § 16 a halten. Meine Empfehlung an Sie: Sprechen Sie in Ihrem Wahlkreis mit den psychisch kranken Arbeitslosen und lassen die bitte entscheiden, ob der § 16 a ein geeignetes Instrument ist oder nicht. Ich finde es schon fahrlässig, wenn ich höre, die optierende Kommune zeigt keine Bereitschaft – das ist eine Art der Bevormundung. Punkt 2: Sie haben Bedenken geäußert, dass die § 16 a-Arbeitsplätze vor allem in gemeinnützigen Einrichtungen installiert werden. Ich geh mal davon aus, dass Sie trotz Opposition sich nicht zurückzulehnen und zuschauen, was wird draus. Ich gehe auch davon aus, dass Sie und Ihre Partei einen guten Kontakt zu Wirtschaftsverbänden haben. Also machen Sie bitte Werbung in Ihren Firmen vor Ort, weisen Sie darauf hin, ab 1. April können sie den Personenkreis mit den Fördermitteln auch aufnehmen. Wir in den Integrationsprojekten müssen die Leute nicht beschäftigen. Wir sind auch froh, wenn wir den Personenkreis bei Siemens, bei BMW oder wo auch immer sehen.

Pörksen: Ich denke, wir beenden das Thema § 16 a mit der dringenden Bitte, die Sache mit den passiven und aktiven Leistungen kurzfristig zu regeln und das Programm erst einmal laufen zu lassen, um zu gucken, wie wir mit den 100 000 Jobs in der Jobperspektive hinkommen.

Die Beiträge der Podiumsteilnehmer waren fast alle eine Verstärkung dessen, dass wir ein persönliches Budget brauchen, das ganz persönlich ermittelt wird. Schon in der ersten Runde heute Morgen zum persönlichen Budget wurde deutlich, dass die vielen Aktivitäten der Selbsthilfeorganisationen in irgendeiner Weise mit über das persönliche Budget finanziert werden müssen. Das heißt, wie individuell sind die Möglichkeiten des persönlichen Budgets, wie sehen Sie das? Was werden Sie vonseiten der Politik tun, dass der Rechtsanspruch ab Anfang des Jahres auch wirklich erfüllt wird? Herr Auernheimer hat ganz klar von hier oben gesagt: Bringt die Leute ans Laufen, sorgt dafür,

dass Anträge kommen. Ihr habt jetzt einen Rechtsanspruch – sorgt dafür, dass das auch umgesetzt wird. Wie sehen Sie denn das Ganze?

Kurth: Eine der Hauptschwierigkeiten, warum das trägerübergreifende persönliche Budget so häufig noch nicht in Gang gekommen ist, ist eben dieses Trägerübergreifende. Niemand gibt gerne Geld, das er nicht steuern kann oder über dessen Verwendung er nicht befinden kann. Das ist ein Kardinalproblem und ob das ohne gesetzliche Regelung so bleiben kann, weiß ich nicht. Die bisherigen persönlichen Budgets sind meistens noch nicht einmal im Bereich Arbeit, ihre Zahl ist relativ klein und wird meistens nur von einem Träger getragen, nämlich der Sozialhilfe. Das sind ja auch die Einzigen, die, wenn Sie denn willig sind, auch beraten und etwas tun. Herr Seifert, ich sehe es eigentlich nicht als Aufgabe nur des Bundes an, diese Beratung vor Ort zu machen, sondern hier sind die Rehabilitationsträger gefragt. Wenn wir jetzt wieder von Bundesseite im Haushalt Gelder einstellen für das Kompetenzzentrum Persönliches Budget und vielleicht auch mehr machen in der Fläche, dann ist das erneut eine Reaktion des Bundes auf Unwilligkeit vor Ort, das von sich aus voranzutreiben und damit wiederum der Steuerungsimpuls von oben. Das finde ich grundsätzlich problematisch, dass die Politik Richtungsvorgaben macht, diese vor Ort weitestgehend ignoriert werden – auf Kosten der Betroffenen – und dass wir dann gezwungen werden, richtig reinzugehen und engere Vorgaben zu machen. Das ist bei den Servicestellen und bei dem Problem des Trägerübergreifenden genau das Gleiche. Sicherlich, Herr Weiß, ist die Entscheidung damals gewesen, dass die Servicestellen keine Entscheidungskompetenz bekommen, aber man kann ja nach sechs Jahren ohne Weiteres feststellen, dass das ein Fehler war. Dass man den Reha-Trägern zu viel zugetraut hat oder zu viele Hoffnungen hatte. Man muss ja erst mal das Gute unterstellen und nicht sofort das Böse, das war vielleicht naiv. Uns ging es auch darum, das parlamentarisch besser durchsetzen zu können, auch Ihre Zustimmung z. B. zu bekommen. Da müsste man vermutlich schon noch nachsteuern.

Der zweite Punkt wäre die Budgetassistenz. Diese muss ja im Moment aus dem Budget heraus bezahlt werden. Das dürfte insbesondere bei sogenannten geistig Behinderten, auch bei psychisch Erkrankten, schon ein Problem sein, ohne eine unabhängige Budgetassistenz und ein unabhängiges Case-Management, das auch wirklich vernünftig zu steuern.

Drittens muss das individuelle Hilfeplanverfahren ganz klar bei dem oder den Kostenträgern verankert sein. Denn wenn die Bedarfe sich ändern, dann muss das Budget auch angepasst werden können. Vielleicht

wird es mal weniger, aber unter Umständen, wenn z. B. die Leute älter werden, auch mehr. Ich habe das Gefühl, dass die Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme auch damit zu tun hat, dass die Menschen Angst haben, sie bekommen nicht mehr das, was sie brauchen, wenn ihre Leistungen sich an dieser Stelle verändern.

Abschließend zu dem Punkt »Sparen« möchte ich anmerken, dass die Befürchtungen, die Herr Seifert zum Ausdruck gebracht hat, durchaus einen Hintergrund haben. Einerseits wollen wir einen wirtschaftlicheren Einsatz der Mittel, andererseits lässt sich nicht ausschließen, dass der eine oder andere Reha-Träger auch einen sehr hohen Druck auf die Budgetnehmer ausübt und sagt: Jetzt müsst ihr aber mit weniger auskommen. Mir sind schon Fälle zugetragen worden, wo bei einem persönlichen Budget für Arbeit von der Bundesagentur für Arbeit eine Anreizlösung gemacht wurde nach dem Motto: Du kannst in ein Berufsbildungswerk gehen und dir da die Umschulung holen, kostet 40 000 Euro. Wir geben dir ein persönliches Budget von 40 000, wenn du das für z. B. 20 000 billiger schaffst, dann kannst du von dem ersparten Betrag die Hälfte behalten. Das ist so ein ökonomisches Anreizsystem. Ich halte davon nicht besonders viel, wenn es um Menschen mit psychischen Erkrankungen geht. Weil die Leute möglicherweise dann auf Billiganbieter reinfallen. Ich habe die allergrößte Skepsis, dass mit solchen Sparmodellen langfristig keine vernünftige berufliche Ausbildung oder Umschulung gewährleistet wird.

Seifert: Die Frage war, wie wir das persönliche Budget bewerten. Ich wundere mich nicht, dass es verhältnismäßig wenig abgerufen und angewendet wurde. Es hat sehr hohe Hürden und ich sehe nicht, Herr Kurth, dass es in erster Linie nur die Unwilligkeit von Behörden vor Ort ist, sondern es sind Konstruktionsfehler im Gesetz. Einer der Konstruktionsfehler ist, dass man sozialhilfebedürftig sein muss, wenn man das Budget haben möchte. Das ist nun mal so, am Ende gelten die Kriterien des SGB XII, also die Bedürftigkeit. Wer noch ein Einkommen hat oder gar über ein Vermögen von 10 000 Euro verfügt, der bekommt einfach nichts. Wenn man das persönliche Budget beantragt, ist die erste Frage: Was haben Sie an Einkommen? Dann sagt man irgendeine Zahl, dann sagen die: Auf Wiedersehen, Sie sind draußen. Das kann es ja nicht sein. Wenn das persönliche Budget nicht als Nachteilsausgleich funktioniert, sondern bedürftigkeitsabhängig ist, dann bekommen eben viele von denen, die es am besten verwalten könnten, nichts. Noch verrückter ist ja, wenn ich das persönliche Budget habe, mit dem Budget dann arbeiten gehe, ein Einkommen erziele und das Einkommen oberhalb

der Einkommensgrenze liegt, dann verliere ich das Budget wieder. Das ist einfach drin in diesem Konstrukt, das ist schlecht. In dem Falle ist es nicht nur ein Fehler von der Verwaltung.

Zweiter Punkt, was mit dem persönlichen Budget richtig problematisch ist, das ist die Frage, dass heute noch keiner sagen kann: Muss ich nachweisen, wie ich den Betrag ausgegeben habe oder habe ich ihn zur freien Verfügung? Die einen sagen mir, ich muss jedes Schnipselchen aufheben und abrechnen, weil es ja öffentliche Gelder sind und man nicht einfach öffentliche Gelder jemanden in den Hals stecken kann und es sozusagen zusätzliches Familieneinkommen ist. Der andere sagt: Nein, persönliches Budget ist frei verfügbar. Wenn nicht einmal das geklärt ist, dann haben wir ein echtes Problem mit dem persönlichen Budget. Wenn wir sagen, persönliches Budget ist dafür da, dass ich mehr Assistenz finanzieren kann, dann mache ich richtige Arbeitsverträge, das lässt sich leicht abrechnen, lässt sich gut machen. Wenn andere das persönliche Budget z. B. für ein Taxi ausgeben müssen, weil sie aus psychischen Gründen nicht mit dem Bus fahren können, dann kann man das Taxi ja notfalls noch abrechnen, aber dass man dem Taxifahrer unter Umständen zwei Euro mehr Trinkgeld geben muss, weil das eben nicht so einfach ist, mit mir zurechtzukommen und man braucht noch diese und jene Hilfe, wie soll ich denn die zwei Euro Trinkgeld abrechnen? Solche Dinge läppern sich am Ende unheimlich zusammen. Wenn ich meiner Nachbarin zehn Euro gebe, wenn sie mir dies und das vom Einkaufen mitbringt, das kann ich alles nicht abrechnen. Dazu wäre das persönliche Budget richtig hilfreich. Das ist aber alles nicht geklärt. Daher braucht man sich nicht zu wundern, dass es so wenige Menschen gibt, die bisher das Budget in Anspruch nehmen. Ich würde mich ja freuen, wenn das so hinhalten würde, wie es vorhin gesagt wurde. Herr Auernheimer stellt Anträge über Anträge. Aber, wenn er abgelehnt wurde, muss er anschließend in den Widerspruch gehen, das hat er nicht gesagt. Aber wer von den psychisch kranken Menschen hat denn die Kraft, in Widerspruch zu gehen? Das kostet ja auch Kraft und dann wieder abgelehnt zu werden etc. Dann sagen die einem frech: Sie können gerne klagen. Ja, sicher, am Ende bekommt man vielleicht Recht. Aber dann sind drei Jahre um und inzwischen bin ich verhungert. Das kann doch nicht das Ergebnis sein.

Weiß: Es ist gefragt worden, reden wir eigentlich auch mit den Betroffenen? Bevor wir dieses neue Instrument, welches Jobperspektive heißt, in der Arbeitsgruppe der Koalition kreierte haben, haben wir im Arbeitsministerium große Runden von Experten und von Leuten aus der konkreten

Arbeit befragt und sind dann zu dem Konzept gekommen, wie es jetzt ist. Wir haben uns gerade damit sehr viel Mühe gemacht und uns nicht eingebildet, dass wir als Politiker wissen, was genau das Richtige ist, sondern die Experten zu Wort kommen lassen. Zum Geld will ich nur sagen, dass die Bundesagentur für Arbeit ab dem kommenden Jahr 2008 die Hälfte des Eingliederungstitels im SGB II mitfinanzieren muss. Dann noch ein Wort zur Rente. Wir wollen in Arbeit investieren, und wer in Arbeit investiert, investiert auch in die Rente. Sie fördern dann die Rente, wenn Sie Arbeit fördern. Selbstverständlich wollen wir, dass Arbeit geschaffen wird, aus der auch Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden und in Zukunft Rentenansprüche abgeleitet werden. Das ist genauso notwendig wie Arbeit, wenn wir eines Tages an das Rentenalter denken.

Zum Thema Investition in Betroffene: Es geht nicht darum, einem Arbeitgeber Geld nachzuwerfen, sondern es geht natürlich darum, dass jemand Arbeit findet, indem er Geld mitbringt und indem auch Qualifizierung, Betreuung, Begleitung mitfinanziert wird. Das ist im Programm mit drin.

Mit großer Begeisterung haben wir beim SGB IX damals das persönliche Budget eingeführt. Und wir haben an Sie aus den Modellprojekten gedacht. Da gewinnen wir jetzt die Erfahrung, wie das läuft. Mein Eindruck ist, dass es nicht nur daran hängt, dass die Reha-Träger oder die Sozialhilfe mit dem Budget nichts anfangen können, sondern dass mittlerweile auch die Träger der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe mit einer hohen Skepsis an das persönliche Budget herangehen. Ob jemand ein Budget beantragt oder nicht, hängt in der Realität auch davon ab, ob ihm dazu geraten wird.

Zu den Servicestellen: In meiner Abgeordnetensprechstunde kommen viele Leute zu mir, die mich um Rat fragen, weil sie Reha brauchen. Und dann frage ich sie: Waren Sie eigentlich schon bei der Servicestelle? Antwort: Was ist das? Das entscheidende Problem an der Servicestelle ist nicht, dass sie nicht der Entscheider ist, sondern dass die meisten gar nicht wissen, dass es eine Servicestelle gibt.

Kunze: Herr Weiß hat das Thema schon angesprochen, nämlich die Rolle der bisherigen Dienstleister in der Behindertenhilfe. Ich würde gerne hier im Saal fragen, wer von den Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern aus diesem Bereich sagen kann, warum die Einrichtungen und Dienste offensiv persönliches Budget betreiben oder warum sie es nicht tun? Man könnte ja mal in die Ursachenanalyse gehen, denn die Bereitschaft oder die Hindernisse, die aus diesem Bereich kommen, haben entscheidend etwas damit zu tun, warum das persönliche Budget bisher so ein kleines Pflänzchen ist.

Publikum: Mein Name ist Ligl. Ich hätte gerne noch einen Nachtrag geliefert zum Thema persönliches Budget. Wenn jemand mithilfe des persönlichen Budgets zum Arbeitgeber wird, dann gibt es nicht nur Probleme im Vorfeld, sondern laufend. Er rutscht in eine Rolle hinein, in der er ja Existenzgründungsseminare bekommen müsste, wo er eine Betriebsnummer bekommt, wo er Lohnabrechnungen machen muss mit allem Pipapo. Wo ist angedacht, dies irgendwo zu regeln?

Zu Herrn Rohde zum Thema § 16 a. Bezüglich Ihrer Angst, dass man jetzt ein halbes Jahr begutachten muss und dann erst entscheiden kann, ob jemand voraussichtlich zwei Jahre nicht normal erwerbsfähig sein wird – das glaub ich kann man in vielen Fällen viel leichter beurteilen als Sie meinen. Da gibt es nämlich viele, die gehen seit zehn Jahren durch hier eine Maßnahme, dort eine Maßnahme, da noch eine Trainingsmaßnahme und dann sind sie letztendlich zehn Jahre ohne Arbeit. Da brauche ich überhaupt keine neue Maßnahme, die kann ich gleich nehmen.

Und zum Thema Missbrauch vonseiten der Wohlfahrtsverbände: Das könnte schon sein. Dann öffnen Sie doch einfach das Programm möglichst schnell für alle Firmen. Wenn normale Unternehmen diese Fördermittel in Anspruch nehmen könnten, sehe ich da und dort die Möglichkeit, dass es auch gemacht wird.

Publikum: Ich komme aus Sachsen-Anhalt. Ich wohne in der Nähe von Bad-Schwedeberg. Ich habe das einzige trägerübergreifende Budget in der Modellregion für Sachsen-Anhalt zusammengestrickt. Ich weiß, wovon ich rede. Ich sage Ihnen, Träger heißen nicht Träger, weil sie etwas tragen sollen, sondern weil sie träge sind. Ich sage Ihnen zum Zweiten: Die Dienstleistungsebene werden Sie nicht hinterm Ofen hervorlocken, ob das die Wohlfahrtsverbände sind oder die freie Wirtschaft, wenn Sie nicht investieren, bevor sie einen Spareffekt erzielen wollen. Das ist unternehmerisches Denken. Dazu gehört eine unabhängige Beratung und Begleitung. Bitte beleben Sie nicht ein totes Pferd wieder wie bei den Servicestellen. Das funktioniert nicht. Schauen Sie sich den Rechenschaftsbericht über die Servicestellen an. Ich könnte Ihnen am Einzelfall Erlebnisse bringen, wie die Beratung in den Servicestellen aussieht. Tun Sie das den Menschen bitte nicht an.

Publikum: Es ist ja viel die Rede von Ineffektivität. Ineffektivität von Servicestellen, Ineffektivität von medizinischer oder beruflicher Reha. Wieso schießt diese Ineffektivität eigentlich so ins Kraut? Indem man die Betroffenenverbände nicht so ernst nimmt. Dort, wo diese Betroffenenverbände gut sind, in NRW und in Rheinland-Pfalz, gibt es Besuchskommissionen, die

schauen sich z. B. die Kliniken an. Dann wissen die, welche Kliniken gut sind und welche schlecht, dann machen sie ihren Bericht und dann werden die schlechten auch gut. Bei uns in Bayern schaut es zappenduster aus. Wir haben nicht einmal einen Status, wie z. B. der Ausländerbeirat oder der Seniorenbeirat in der Stadt Regensburg. Wir haben eine solche Einflussnahme als Selbsthilfe nicht. Deswegen meine ich, was meine Vorredner auch schon gesagt haben, es wäre sehr sinnvoll, den Betroffenenverbänden mehr Einfluss zu verschaffen.

Pörksen: Meine Damen und Herren, liebe Abgeordnete hier auf dem Podium. Die Äußerungen im Plenum verdeutlichen mit Nachdruck, dass wir alle – von der Politik bis zur Praxis – noch einiges vor uns haben, um den eigenen Ansprüchen zu entsprechen.

Ich danke Ihnen allen sehr für Ihre Beiträge. Sie machen deutlich, dass unser Thema »Individuelle Wege ins Arbeitsleben« für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen viele Menschen in unserem Land bewegt. Dies belegt auch die Teilnahme an dieser Tagung, die von Psychiatererfahrenen, Fachleuten aus der Arbeitswelt, aus Politik und Verwaltung und nicht zuletzt aus der Psychiatrie besucht wurde.

Wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE sind erfreut über diese Entwicklung. Das Thema »Arbeit und Beschäftigung« für jeden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hat uns in den vergangenen acht Jahren intensiv beschäftigt. Wir danken den zuständigen Bundesministerien dafür, dass sie dieses Vorhaben mit Nachdruck unterstützt haben und mit uns an dem Ziel gearbeitet haben – und in Zukunft arbeiten werden – möglichst jedem Menschen mit Hilfebedarf einen Arbeitsplatz anzubieten, der auf die Beeinträchtigungen Rücksicht nimmt und gleichzeitig die Teilhabe ermöglicht.

Nichts ist so stabilisierend wie die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Diese Erkenntnis ist in der Psychiatrie und in der Gesellschaft angekommen. In den vergangenen Jahren wurde viel erreicht. Noch allerdings sind zu viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu häufig krank und werden aufgrund ihrer Erkrankung frühzeitig berentet. Noch steht Menschen, die behindert sind oder von Behinderung bedroht sind, in der Regel kein Arbeitsplatz zur Verfügung, der ihren Neigungen und Fähigkeiten entspricht. Noch wird zu häufig die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) als Ausweg gesucht. Die WfbM ist ein unverzichtbarer Bestandteil, sie darf aber nicht in jedem Fall andere erforderliche Hilfformen ersetzen. Von daher brauchen wir die »unterstützte Beschäftigung« als Alternative und Ergänzung zur WfbM. Wir brauchen die intensive Nutzung der Arbeitsmöglichkeiten

nach § 16 a SGB II. Zu den Langzeitarbeitslosen mit erheblichen Vermittlungshemmnissen gehören Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen. Und wir brauchen – dies zeigt der letzte Teil unserer Diskussion hier oben mit Nachdruck – die Nutzung aller Möglichkeiten des persönlichen Budgets, auch des trägerübergreifenden persönlichen Budgets. Daran zu arbeiten, muss unser aller Auftrag in der Zukunft sein.

Wir haben in den letzten Jahren viel erreicht. Ich danke allen, die daran mitgewirkt haben.

Mit einem herzlichen Dank an Sie hier oben auf dem Podium und an Sie alle, die zu unserer Tagung gekommen sind und mitgewirkt und mitdiskutiert haben, beenden wir diese Runde.

Wir als APK werden dem Anliegen weiter verpflichtet bleiben.

D Informationsbeiträge aus dem ArbeitsMARKT

Einleitung

Manfred Becker

Zur großen Vielfalt der Tagung »individuelle Wege ins Arbeitsleben« trugen auch die über 30 Informationsstände bei. Hier wurde über besonders interessante Projekte oder über die Regionen des TAB-Projekts informiert. Zum Besuch dieser Stände war am Abend des ersten Tages ein zeitlicher Extra-Platz eingeräumt worden.

Einige Stände waren während der ganzen Tagung besetzt, viele schon erheblich vor dieser Zeit. So nutzten etliche Tagungsteilnehmer/-innen die Gelegenheit, sich mit Informationen einzudecken und sich mit den regionalen Vertretern an den Ständen in Ruhe auszutauschen. Ein Teil der Stände hatte deshalb zu Beginn des »ArbeitsMARKTs« schon kein Info-Material mehr.

Über einige Projekte oder Aktivitäten in Regionen berichtet dieser Band ausführlicher. Allen übrigen Stand-Betreibern wurde angeboten, an dieser Stelle zu informieren. Im Folgenden werden die eingereichten Dokumente wiedergegeben.

I Referenz-Regionen im Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung«

Das TAB-Projekt im Altenburger Land

Einige zentrale Rahmenbedingungen des TAB-Projekts in der Versorgungsregion Altenburger Land

- **Gleichzeitige Durchführung (und Kombination) der Projekte:**
 - »Teilhabe psychisch kranker Menschen an Arbeit und Beschäftigung«
 - »Implementation der Personenbezogenen Hilfen für psychisch kranke Menschen«
 - EQUAL-Teilprojekt »Vernetzung und Arbeit für psychisch kranke Suchtpatienten«

- **Installation einer regelmäßigen (monatlichen) Hilfeplankonferenz (HPK) als zentrales und unabdingbares Planungs- und Empfehlungsinstrument in der Versorgungsregion Altenburger Land seit September 2005:**
 - Von September 2005 bis Oktober 2007 wurden insgesamt 25 Hilfeplankonferenzen durchgeführt.
 - In dieser Zeit wurden allein 142 Erstvorstellungen vorgenommen.
 - Für diese 142 Personen wurden 82 ambulante Maßnahmen, 51 stationäre Maßnahmen und neun sonstige Maßnahmen (z. B. EQUAL) empfohlen.

- **Verbindliche Einführung des »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes« (IBRP) als übergreifendes und einheitliches Hilfeplanungsinstrument.**

- **Benennung einer hilfeformübergreifenden »Koordinierenden Bezugsperson« für alle Leistungsempfänger/-innen.**
 - Arbeit und Beschäftigung sind die wesentlichen Bausteine unserer kompletär-psychiatrischen Assistenzangebote.
 - Ein zentrales Ziel unserer Arbeit ist die Bereitstellung von (bzw. die Vermittlung in) an die individuellen Fähigkeiten und Wünsche angepasste, langfristige Beschäftigungsmöglichkeiten.
 - Die frühzeitige Kooperation zwischen Klinik für Psychiatrie (quasi von der Aufnahme an) und komplementärem Bereich ist das besondere Charakteristikum der Assistenzangebote im Kreis Altenburger Land.

Arbeitsbereich	beschäftigte Klienten
■ Garten- und Landschaftspflege, Winterdienst	7
■ Kleinmontage und Verpackungsarbeiten	11
■ Reinigungsarbeiten	5
■ Wasch- und Bügelarbeiten	2
■ Änderungsschneiderei	1
■ Haushaltsauflösung, Entrümpelung von Wohnungen	7
■ Bauhilfsleistungen (Mauer- und Tapezierarbeiten)	6
■ Fertigung von Holzgebrauchsgegenständen, Reparaturen)	5
■ Ton- und Korbwerkstatt	3
■ Verkaufsstellen in der psychiatrischen Klinik und im Pflegeheim	4
■ Therapieküche	4

Klinik für Psychiatrie Altenburg	
Krankenhausbehandlung und Arbeit	Externe Arbeitstherapie ambulant/teilstationär/ stationär
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitiger Gesprächskontakt mit dem Betrieb • Informationen zu den Themen Arbeit, Beruf und Ausbildung schon während des stationären Aufenthaltes • Begleitung während der beruflichen Wiedereingliederung • Einleitung entsprechender Maßnahmen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung • Direkte Kontakte zu Berufsförderungswerken, Arbeitsamt, Integrationsamt, Betrieben und der Integrationsfirma/Zuverdienstfirma 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Praktikumsbetriebe mit entsprechenden Ansprechpartnern wurden akquiriert • Begleitung bei der Belastungserprobung durch unsere Ergotherapeuten • Ansprechpartner sowie Arbeiten vor Ort • Individuelle Anpassung an den Arbeitsplatz • Erstellung von Berufsanamnesen und Fähigkeitsprofilen im Vorfeld

EQUAL-Teilprojekt Altenburg

- **Ergebnisse:**
 - Aufbau von trägerübergreifenden Netzwerkstrukturen (Kostenträger, Leistungserbringer, Arbeitgeber)

- Sensibilisierung der Arbeitsvermittler/Fallmanager ARGE SGB II Altenburger Land
- Installierung eines »zielgruppenspezifischen Job-Coachings« (Evangelische Lukas-Stiftung und ARGE SGB II Altenburger Land)

- **Vermittlung in:**
 - externe Arbeitserprobung
 - Zuverdienstarbeitsplätze mit Bereitstellung einer Aufwandsentschädigung
 - Trainingsmaßnahme nach SGB III
 - Arbeitsgelegenheit nach SGB II
 - Qualifizierungen

➤ **Verbleib der Teilnehmer/-innen nach Beendigung des EQUAL-Teilprojekts:**

Von insgesamt 61 Teilnehmern konnten

- vier Teilnehmer in ein befristetes sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (AV)
- sieben Teilnehmer in ein unbefristetes sozialversicherungspflichtiges AV
- 36 Teilnehmer in ein nicht-sozialversicherungspflichtiges AV vermittelt werden.

Für 14 Teilnehmer konnte bisher keine adäquate Beschäftigungsmöglichkeit gefunden werden.

Das Bielefelder Netzwerk »Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«

Projekt »TAB - Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung«

Vorbemerkung

Von Oktober 2004 bis Dezember 2007 beteiligte sich die Region Bielefeld an dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bzw. Arbeit und Soziales geförderten Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme«.

Allgemeine konzeptionelle Leitlinie war der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Kommission Personalbemessung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (im Folgenden: APK). Die Umsetzung der Prinzipien personenzentrierter Hilfen knüpfte an die aktuellen Hilfestrukturen in Bielefeld an und berücksichtigte die regionalen Besonderheiten. Das Projekt zielte darauf ab, Hilfeleistungen für psychisch beeinträchtigte Menschen im Bereich der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu verbessern.

Insbesondere standen Fragen der Steuerung auf den Ebenen (vgl. Projektskizze TAB-Projekt)

- a) des Einzelfalls
- b) der Organisation von Hilfen im regionalen Hilfesystem (Verbund)
- c) des Zusammenwirkens der Leistungsträger und der Leistungserbringer

bei der Implementation von Konzepten und Handlungsstrategien zur Teilhabe psychisch beeinträchtigter bzw. seelisch behinderter Menschen am Arbeitsleben im Vordergrund.

Dies sollte erreicht werden durch die exemplarische Entwicklung eines in die regionale Steuerung aller psychiatrischen Hilfen integrierten personenzentrierten Hilfesystems zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch beeinträchtigte und behinderte Menschen.

Die Projektbeteiligten strebten dabei an, auf allen vier Ebenen Fortschritte zu erzielen, die sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (einschließlich der Wirtschaftlichkeit) auf der Arbeitsebene darstellen lassen. Was in der Projektlaufzeit realisiert und erreicht wurde, und welche Zielsetzungen noch in der Zukunft zu verfolgen sind, wird in der folgenden Präsentation dargestellt.

Das Bielefelder Netzwerk »Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«

TAB-Projekt: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke –
Entwicklung regionaler integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme
Region Bielefeld

Strategische Steuerung Plattform Arbeit und Beschäftigung (Koordination: Psychiatriekoordinator) Vertreter/-innen von <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsträgern • Leistungsanbietern • Stadt Bielefeld • Interessenvertretungen 	Operative Steuerung Funktionale Hilfeplankonferenz Vertreter/-innen von <ul style="list-style-type: none"> • Stadt Bielefeld • Leistungsträgern • Leistungsanbietern • Interessenvertretungen
<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aufgaben- und Kompetenzverteilung der Teilnehmer/-innen • Eindeutig definierte Schnittstellen Rollen und Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Abgestimmte Hilfeplanung (IBRP-BI) • Qualifizierung der Hilfeplaner • Angebotssteuerung Steuerungsinstrumente

Elemente des Hilfesystems – Individuelle Hilfeplanung

- Zielgruppe/Beteiligte
- Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner aller Anbieter von Hilfen in Bielefeld
- Bisher umgesetzte Aufgaben
- Einführende Schulung aller Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner
- Dokumentation der individuellen Hilfeplanung mithilfe des IBRP-Bielefeld
- Kontinuierliche Schulung in der Umsetzung des IBRP-Bielefeld
- Noch umzusetzende Aufgaben
- Dauerhafte Trägerübergreifende Koordination aller Hilfen
- Zuständig: Anbieter

Elemente des Hilfesystems – Qualitätszirkel

- Zielgruppe/Beteiligte
- Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner aller Anbieter von Hilfen in Bielefeld
- Bisher umgesetzte Aufgaben: Regelmäßige Information und Austausch zu
- Qualitätsstandards der Hilfeplanung

- Abläufe der Hilfeplanung
- Angebote in der Region
- Noch umzusetzende Aufgaben
- Umsetzung prozessorientierter und trägerübergreifender Hilfeplanung
- Zuständig: Stadt Bielefeld, GPV

Elemente des Hilfesystems – Hilfeplankonferenz

- Zielgruppe/Beteiligte: Vertreter/-innen von
- Anbietern
- Leistungsträgern
- Psychiatrie-Erfahrenen
- Bisher umgesetzte Aufgaben
- Trägerübergreifende Besetzung der Hilfeplankonferenz
- Integration des Clearing-Verfahrens des LWL
- Fachgerechte Beratung der Hilfepläne
- Einrichtung einer Geschäftsführung
- Kontinuierliche Einbindung des Persönlichen Budgets
- Noch umzusetzende Aufgaben
- Evaluation der Hilfeplankonferenz
- Verantwortlich: Stadt Bielefeld, LWL, GPV, Plattform

Elemente des Hilfesystems – Angebotssteuerung Arbeit

- Zielgruppe/Beteiligte
- Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner
- Anbieter
- Klientinnen und Klienten
- Bisher umgesetzte Aufgaben
- Auflistung aller bestehenden Angebote zu Arbeit und Beschäftigung
- Definition von Zielgruppen
- Einrichtung einer angemessenen »Informationsbörse«
- Noch umzusetzende Aufgaben
- Schaffung neuer (dauerhafter) Arbeitsmöglichkeiten
- Verbesserung der Kooperation innerhalb des Hilfesystems
- Verantwortlich: Plattform

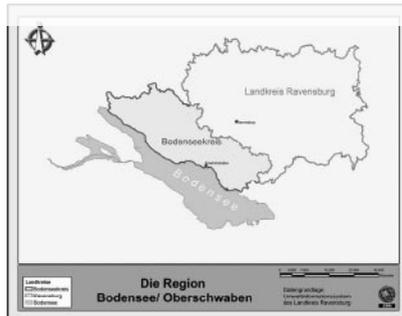
Zusammenfassung: Erreichte Ziele

- Die Qualität der trägerübergreifenden Hilfeplanung ist sichergestellt
- Das Persönliche Budget ist in die Hilfeplanung integriert
- Die Bearbeitungsstruktur für »ungelöste Fälle« aus der Hilfeplankonferenz ist geklärt
- Eine Informationsbörse für Angebote (Arbeit und Beschäftigung) ist eingerichtet
- Die Verantwortlichkeiten für die Elemente des Hilfesystems sind geklärt
- Die Gremienstruktur der Versorgungsregion Bielefeld ist geklärt

Zusammenfassung: Ziele für die Zukunft

- Die Trägerübergreifende Hilfeplanung und Koordination wird umgesetzt
- Die Hilfeplankonferenz wird regelmäßig evaluiert
- Neue Arbeitsmöglichkeiten sind geschaffen
- Die Maßnahmenformen sind angepasst

Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung



**Modellregion Bodenseekreis
Landkreis Ravensburg**



Implementation personenzentrierter Hilfen zur Teilhabe psychisch kranker Menschen an Arbeit und Beschäftigung (TAB)

Die Projektregion Bodensee-Oberschwaben besteht aus den Landkreisen Bodenseekreis und Ravensburg. Im Projektgebiet leben ca. 474.000 Einwohner verteilt auf 2.265 km². In beiden Landkreisen bestehen Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV). Beide sind Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft GPV.

Grundlage

Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke und der Psychiatrischen Versorgungsregion Bodenseekreis und Kreis Ravensburg.



Regionale Ziele und Schwerpunkte

- Vernetzung bestehender und neu zu entwickelnder Strukturen in der Region Bodensee-Oberschwaben zur Verbesserung der berufl. Integration psychisch kranker Menschen.
- Umsetzung eines personen- statt einrichtungszentrierten Hilfesystems, das den Klienten und Klientinnen einen angemessenen Zugang zur Arbeitswelt ermöglicht.
- Vorbereitende Hilfeplanung mit dem Focus „Arbeit und Beschäftigung“ als wesentl. Teil des personenzentrierten Ansatzes. Die Planung erfolgt mit Hilfe des Instrumentariums „Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan IBRP“, die Umsetzung erfolgt in den monatlich stattfindenden Hilfeplankonferenzen (HPK).



Projekte in der Modellregion Bodensee Oberschwaben

- Entwicklungspartnerschaft „Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen“ (Modell-Projekt im Rahmen von EQUAL)
- ESF-Modell-Projekt „TrAnsiti“ (Teilhabe, Arbeit und Integration)
- Auftragsmaßnahme der Bundesagentur für Arbeit „BeRe-PK“ (Berufliche Reintegration für psychisch Kranke)
- Zuverdienstprojekt (Niederschwelliges Beschäftigungsangebot für psychisch kranke Menschen)



- Gründung der Integrationsfirma Arkus gGmbH



Individuelle Wege ins Arbeitsleben - Zwischenbericht aus Bremen

Ein großer Teil der psychisch kranken Menschen in Bremen findet Beschäftigung im gemeinnützigen Bereich. Man kann das kritisch als Schonraum oder sogar Getto bezeichnen, sollte aber nicht vergessen, dass im Bereich der Sozialwirtschaft perspektivisch ein erheblicher Personalbedarf besteht, und dass natürlich auch diese Betriebe Bestandteile des Arbeitsmarktes sind.

Neben der gewachsenen Bedeutung der Werkstatt für behinderte Menschen, die sich frühzeitig an die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen angepasst hat, haben vor allem Träger von Eingliederungshilfemaßnahmen in den letzten Jahren den Arbeitsbereich stärker gewichtet und Projekte auf den Weg gebracht. War jahrelang die Beschäftigungsmöglichkeit neben der Werkstatt vor allem auf die Tagesstätten konzentriert, so entstanden in den letzten Jahren auch andere Projekte. Einem Träger war es vor Jahren gelungen, für eine sonstige Beschäftigungsstätte eine Entgeltfinanzierung zu erreichen. Alle späteren Projekte waren auf die Nutzung von Ressourcen aus den Komplexleistungen Betreutes Wohnen oder Wohnheim angewiesen, sodass sich nur langsam etwas entwickeln konnte.

Entwicklungssprung durch SGB II-Einführung

Einen Schub gab es ab 2005, als es relativ schnell gelang, die neuen Fördermöglichkeiten des SGB II für die Eingliederung psychisch kranker Menschen zu nutzen. Die »Injobs« (= Integrationsjobs), die Bremer Variante der 1-Euro-Jobs, sowie geförderte sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze ermöglichten einer größeren Zahl von Menschen den Wiedereinstieg in das Arbeitsleben.

Sehr früh hat man festgestellt, um welchen Personenkreis es geht, wie aus der Beschreibung für sozialintegrative 1-Euro-Jobs (Bremer Kürzel SI-Injobs) deutlich wird:

»Die Integrationsjobs sollen ein Beschäftigungsangebot eröffnen, das u. a. dazu dient, einen Einstieg in Beschäftigung zu gewährleisten und gleichzeitig durch tagesstrukturierende Maßnahmebestandteile an die Normalität eines Arbeitslebens heranzuführen. In diesem Maßnahmetyp wird der Personenkreis der Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und besonderen Vermittlungshemmnissen in Arbeit und Beschäftigung berücksichtigt. Hierzu ist eine Maßnahmekonzeption notwendig, die es erlaubt, auf multiple Problemlagen der

Teilnehmer/-innen einzugehen und in Rücksprache mit dem zuständigen Fallmanagement flankierende Hilfestellungen anzuregen und einzuleiten. Die Zielgruppe dieses Instrumentes erfordert eine gleichzeitige intensive sozialpädagogische Begleitung.»

Hierbei kam es auch zu der Situation, dass vermehrt die psychisch kranken Menschen mit anderen langzeitarbeitslosen Menschen zusammenarbeiten, was der Differenziertheit und Stabilität der Projekte zugute kam.

Im Oktober 2007 wurden bei einer Umfrage der Träger der psychiatrischen Versorgung (einschließlich Werkstatt für behinderte Menschen und ausgegliederte Betriebsgesellschaften der Träger mit dem Schwerpunkt Arbeit) 1133 Beschäftigte erfasst, 346 davon ohne psychiatrische Diagnose, die nur über ihren Status als Langzeitarbeitslose in die Projekte gekommen waren.

Präventive Arbeit im Vorfeld der Psychiatrie

Bemerkenswert ist es auch, dass die jahrelang mit der Versorgung von psychisch kranken Menschen beschäftigten Träger dadurch verstärkt im präventiven Bereich tätig wurden: Die gesellschaftspolitischen Prognosen über den Anstieg psychischer Erkrankungen durch Langzeitarbeitslosigkeit lassen sich hier »greifen«. Die Arbeitsangebote erreichen (teilweise mit einem erheblichen Maß an psychosozialer Begleitung) Menschen, die noch nicht zur »Kernklientel« der Psychiatrie gehören, bei andauernder Ausgrenzung allerdings stark gefährdet ist.

Einige Träger haben mittlerweile Betriebsgesellschaften gegründet oder den Arbeitsbereich organisatorisch ausdifferenziert und dadurch ein von den Versorgungsangeboten stärker getrenntes Milieu geschaffen.

Maßnahmemix

Ebenfalls bemerkenswert, dass in einer Reihe von Arbeitsprojekten verstärkt ein »Maßnahmemix« erfolgt: Projekte sind nicht mehr 1:1 mit Maßnahmearten verbunden, sodass z. B. in einer Betriebsstätte Injobber aus dem SGB-II-Bereich, Bezieher einer Zuverdienstprämie nach § 11.3 SGB XII, Werkstattbeschäftigte und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte tätig sind – der Verlust des Arbeitsplatzes bei Maßnahmeende ist also nicht zwangsläufig.

Aktivierung auch im SGB XII

Derzeit laufen Bemühungen, für die in der Grundsicherung nach SGB XII verbliebenen Menschen dafür zu sorgen, dass sie von diesem Trend profitieren. Der Sozialhilfeträger bleibt ja trotz SGB II in der Verpflichtung, Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern, was natürlich auch seinem finanziellen Interesse entspricht, noch mehr Menschen in den Zuständigkeitsbereich des SGB II überzuleiten (»Systemwechsler«) bzw. durch den Stabilisierungseffekt von Arbeit perspektivisch den Bedarf an versorgenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu reduzieren. Mit seiner Neigung, naheliegende Entwicklungen durch sozialhilferechtliches und verwaltungsmäßiges Perfektionsstreben zu verkomplizieren, verursacht der Sozialhilfeträger möglicherweise Zeitverluste, die dem Anliegen nicht gut tun. Zumal es erste Anzeichen im SGB II-Bereich gibt, die Fördermöglichkeiten für einen niedrigschwelligen Einstieg in Beschäftigung wieder zurück zu fahren.

Kommunalisierung der Psychiatrie

Bei den Arbeitsprojekten der Träger ist zu unterscheiden zwischen solchen Projekten, die unmittelbar mit der Aufgabenerfüllung der Träger zu tun haben (z. B. Hausmeisterei, Fahrdienst, betreuungsnahe Dienstleistungen) und solchen, bei denen in anderen kommunalen Bereichen dortige Tätigkeiten unterstützt werden: Stadtteilinitiativen, Vereine, Schulen. Hier entstehen bemerkenswerte Synergieeffekte, weil durch einmaligen Mitteleinsatz gleich mehrere gesellschaftspolitisch wünschenswerte Anliegen erfasst werden, was bei nicht vernetzter Herangehensweise nicht möglich wäre.

So führt beispielsweise ein Cafeteriaprojekt an einer Schule dazu, dass psychisch kranke Menschen beschäftigt werden, dass Kinder aus einkommenschwachen Familien ein preiswertes Versorgungsangebot gemacht werden kann, dass die Schule attraktiver wird und dass Schüler/-innen Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abbauen können.

Wolfgang Rust

Das TAB-Projekt in Neumarkt i. d. Oberpfalz



TAB – Projekt Neumarkt i.d. OPF

THEMENSCHWERPUNKT KOOPERATIVE HILFEN

- Kooperation / Vernetzung in Gruppen und Einzelkontakten
- Hilfeplanung
- Kooperation mit ARGE / Einrichtung einer Hotline
- Finanzierungswege, z.B. persönliches Budget
- Erstellung „Wegweiser Arbeit und Beschäftigung Neumarkt“



TAB – Projekt Neumarkt i.d. OPF

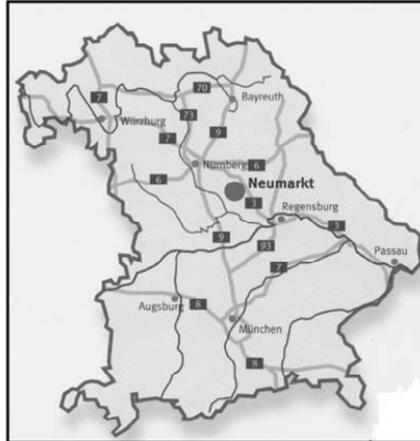
THEMENSCHWERPUNKT PASSGENAUE HILFEN

- Hilfeplanung /Fallkonferenzen
- Beratungshilfe für Sozialhilfe (11 SGB XII)
- Besondere begleitete Arbeitsgelegenheiten (EQUAL)
- Erweiterung des Zuverdienstes
- Kombinierte Beschäftigung Werkstatt/Betrieb
- Neue Arbeitsplätze in der Integrationsfirma
- Arbeitserprobungen/flexible Praktika
- Gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung
- Ausgelagerte Werkstattplätze



TAB – Projekt

Neumarkt i.d. Oberpfalz



TAB – Projekt Neumarkt i.d. OPF Die Akteure

KOSTENTRÄGER

Sozialhilfeträger

Landkreis-
Sozialverwaltung
ARGE Neumarkt
Bezirk Oberpfalz

Arbeitsagentur:

Agentur Regensburg

Rentenversicherung:

DRV Bund
DRV Land

Krankenkasse

AOK

AKTION PSYCHISCH
KRANKE e.V.

EINRICHTUNGSTRÄGER:

Stationär

Jura Werkstätten
Regens Wagner Holstein
Regens Wagner Lauterhofen

Ambulant:

Gemeindepsychiatrischer
Verbund
Die Brücke e.V.
Sozialpsychiatrischer Dienst
Tageszentrum des SPDI
Ergotherapeutische Praxis

Klinik:

Bezirksklinikum Regensburg
Frankenalbkllinik Engelthal

Berufliche Reha:

Berufsförderungszentrum bfz
Regensburg
Berufsförderungswerk Neumarkt
Christliche Arbeiterhilfe

IFD Oberpfalz

Beschäftigungsträger:

Tageszentrum des SpDi
Jura Werkstätten
Regens Wagner Holstein
Regens Wagner Lauterhofen

Arbeitgeber:

Die Brücke gGmbH

Ergebnisse des TAB-Projekts in Ostvorpommern

Oberstes Ziel war und ist, die *Teilhabe- und Integrationsmöglichkeiten am Arbeitsleben* für *psychisch beeinträchtigte und chronisch psychisch erkrankte Menschen*, und zwar konzentriert auf *Hilfebedürftige nach dem SGB II*, zu verbessern.

Im Rückblick auf zwei Jahre Projektarbeit zu diesem Thema im Landkreis Ostvorpommern ist Folgendes zu konstatieren:

Aus innovativen Ideen sind innovative, am einzelnen Menschen und seinen Fähigkeiten orientierte Arbeitsprojekte geworden, in kleinem Rahmen zwar noch und mit eher ungesicherter Finanzierung, aber mit greifbaren Ergebnissen: »Kopernikus« vom Pommerschen Diakonieverein Züssow e. V. und das »i-Werk« von der Volkssolidarität e. V. Die dort jeweils Verantwortlichen berichten darüber in diesem Tagungsband.

Aus der Perspektive der Optionskommune Landkreis Ostvorpommern betrachtet, sind als Ergebnisse festzuhalten:

Bei der gemeinsamen Hilfeplanung ist der IBRP (das ist der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan) inzwischen selbstverständlich genutztes Instrument geworden. Ihn zu erarbeiten, bringt alle Beteiligten in der Hilfeplankonferenz an einen Tisch: Fallmanager der Sozialagentur, Mitarbeiter der an der Rehabilitation beteiligten Behörden und Einrichtungen, der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes beraten gemeinsam in einem vorbereiteten Treffen über gangbare Wege der Integration. Dabei können dann auch die Projekte Kopernikus und i-Werk herangezogen werden, denn dort werden die individuelle Erprobung, das Training und die arbeitsbezogene Integration stattfinden, falls in der Hilfeplankonferenz nicht andere Wege ermittelt werden.

Seit 2005 gab es eine das TAB-Projekt begleitende Arbeitsgruppe. Menschen aus den Fachbehörden Sozialagentur, Sozialamt, Gesundheitsamt, die Psychiatrie-Koordinatorin, der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Arbeitsagentur, der Rentenversicherung, des Integrationsamtes sowie aus den Kreisen der freien Träger Caritas, Kreisdiakonisches Werk, des Diakoniewerkes Bethanien, der Odebrecht – Stiftung als Fachklinik haben sich einmal im Monat getroffen und damit begonnen, ihre Voraussetzungen zur fachlichen Verständigung zu verbessern, indem sie vorbereitet den Werdegang und die Situation einzelner Hilfebedürftiger besprochen haben, sich über ihre Sichtweisen ausgetauscht haben und lösungsorientiert diskutiert haben. Erfolg dieses Prozesses war die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Behörden, da man sich schon in der Fach-

diskussion kennengelernt hatte, und damit besser am einzelnen Klienten orientiert miteinander reden konnte. Die Runde wurde während des Laufzeit des TAB-Projekts von 2005 bis Mitte 2007 begleitet von dem Geschäftsführer der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ulrich Krüger aus Bonn, der den Austausch und Zusammenhang zwischen den einzelnen, sehr heterogenen Projektregionen vermittelte.¹

Nach dem Ende des Jahres 2007 gibt es mangels Personalmitteln keinen verantwortlichen Koordinator mehr für diese Runde. Die Teilnehmer/-innen sind entschlossen, sich weiterhin zu treffen, um die von allen als sehr fruchtbar empfundenen Fallbesprechungen, den fachlichen Austausch und die gegenseitige Information fortsetzen, nun allerdings in größeren Zeitabständen.

Worauf eine solche Runde keinen Einfluss nehmen kann, sind die schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Region Ostvorpommern. Diese wurden im Austausch in der überregionalen TAB-Projektgruppe auch immer wieder sinnfällig und auch in der Abschlussdarstellung des TAB-Projekts OVP in Kassel deutlich:

In Ostvorpommern liegt die Arbeitslosigkeit bei zwischen 17 und 25 oder mehr Prozent. In dieser strukturschwachen, wenig industrialisierten Region ist es schon für psychisch im Vollbesitz ihrer Kräfte befindliche Menschen sehr schwierig, eine bezahlte Erwerbstätigkeit zu finden, um einiges größer sind natürlich die Hürden für psychisch beeinträchtigte Menschen.²

Bekannt in der Rehabilitations-Abteilung der Sozialagentur bzw. bei den Fallmanagern waren im September 2007 43 als psychisch krank diagnostizierte Hilfebedürftige nach dem SGB II.

Unter den Hilfebedürftigen nach dem SGB II sind in Ostvorpommern viele Menschen vor allem aus dem landwirtschaftlichen Bereich, die häufig schon seit der Wende bzw. der Vereinigung Deutschlands nahezu ohne Unterbrechungen ohne Erwerbsarbeit leben müssen. Einigkeit in der For-

-
- 1 Die Berichterstatteerin Anna Maria Wesener kam Mitte des Jahres 2007 als in der Sozialagentur im Fallmanagement beschäftigte Vertretungskraft in diese Runde, aufgrund ihrer langjährigen Vorerfahrungen in der Rehabilitation psychisch beeinträchtigter Menschen während des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung in den 80er-Jahren. – Wirtschafts- bzw. Verbandsvertreter/-innen in die Gruppe zu holen, ist nicht gelungen. Auch die Krankenkassen waren bislang nicht vertreten.
 - 2 Am anderen Ende der Skala liegt z. B. der Bodenseekreis/Kreis Ravensburg, auch eine der Modellregionen: Dort sind unter 4 % aller Erwerbsfähigen arbeitslos. Von dieser geringen Zahl ist ein großer Anteil psychisch beeinträchtigt. Jeder, der irgendwie kann, hat dort die Chance, eine Erwerbstätigkeit zu finden.

schung besteht darüber, dass in unserer arbeitsorientierten Gesellschaft schon mit einem halben Jahr Arbeitslosigkeit die Langzeitarbeitslosigkeit mit ihren Auswirkungen beginnt: Schon nach dieser vergleichsweise kurzen Zeit bröckeln die Tagesstrukturen, gewöhnen sich Menschen ein anderes Tempo und eine häufig geringere Verbindlichkeit an, Gleichgültigkeit und Perspektivlosigkeit machen sich breit.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass sich – bei etwa 14 000 Hilfebedürftigen in Ostvorpommern und 43 als psychisch beeinträchtigt bekannten Menschen – im Landkreis eine hohe Zahl verdeckt bzw. uneingestanden psychisch beeinträchtigter Menschen befindet. Dies umso mehr, als psychischer Beeinträchtigung immer noch ein Makel anhaftet, dass niemand dies gerne eingesteht, erst dann, wenn der Hilfebedarf unübersehbar wird. Bis dahin versuchen viele Menschen, sich mit Alkohol, frei erhältlichen Beruhigungs- und Schmerzmitteln sowie Rückzug aus sozialen Kontakten, in denen ihre Erkrankung auffällig werden könnte, selbst zu helfen.

Diese Menschen zu erreichen, ehe ihre Erkrankung chronifiziert, ist eine Chance für die Fallmanagerinnen und Fallmanager der Sozialagentur. Menschen, die unter dem Dauerstress der Langzeitarbeitslosigkeit quasi zusammenbrechen, reagieren häufig mit der Nichtwahrnehmung von Terminen, oft mit unverständlich aufgebrachtem Verhalten, mit Erkrankungen immer dann, wenn es darauf ankommt. Solche Verläufe lassen sich den Akten in der Sozialagentur entnehmen. Darauf größeres Augenmerk haben zu können und den Menschen, bevor eine zeitweise Beeinträchtigung und Fehlverarbeitung der Arbeitslosigkeit und Armut auf der Ebene des SGB II sich zu dauerhaften Hindernissen mit Krankheitswert verfestigen, erfordert natürlich geringere Fallzahlen im Fallmanagement sowie verstärkte niedrigschwellige Angebote, die auch für weniger mobile Menschen von ihren Dörfern aus erreichbar sind.

Anna Maria Wesener, Pulow, im Januar 2008

II Beispielhafte Projekte und Initiativen

CAP ... der Lebensmittelpunkt

Intention der CAP-Märkte

Die Eröffnung von zentrumsnahen Lebensmittelmärkten unter der Firmierung »CAP ... der Lebensmittelpunkt« ermöglicht die Schaffung und Sicherung von geeigneten Arbeitsplätzen für Menschen mit Handicaps außerhalb der Werkstatt.

Für diese Menschen stellt CAP einen »Lebens-Mittelpunkt« dar. Mitarbeiter der CAP-Märkte haben für ihre Kundschaft ein offenes Ohr und bieten ihren Kunden und deren Familien einen »Lebensmittel-Punkt«.

Die CAP-Märkte halten ein umfangreiches Sortiment bereit und überzeugen die Kunden mit einem ansprechenden Angebot und durch die Qualität der Produkte und Dienstleistungen. Das Angebot wird ständig verbessert und entsprechend den Kundenwünschen und Anregungen ausgebaut.

Die Situation im Lebensmittelhandel – die Ziele von CAP

Durch das Abwandern der Lebensmittelmärkte auf die »grüne Wiese« entstanden und entstehen Versorgungslücken für diejenigen Bewohner, die auf ein zu Fuß erreichbares Angebot zur Deckung ihres täglichen Bedarfs angewiesen sind.

Der Betrieb von Vollsortimentsgeschäften im Ortskern eröffnet die Möglichkeit, Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung einzurichten, da die auszuführenden Tätigkeiten von ihnen ausgeführt werden können.

CAP-Märkte tragen durch die Zusammenarbeit von behinderten und nichtbehinderten Menschen zur Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft bei.

CAP-Märkte dienen der Entwicklung des Gemeinwesens durch eine innerörtliche Versorgung, die insbesondere auch im Interesse der Kommunen liegen muss.

Öffentlichkeitsarbeit und Werbung

Die Basis der Öffentlichkeitsarbeit von CAP ist der gemeinsame Marktauftritt mit dem eingetragenen Markenzeichen: »CAP ... der Lebensmittelpunkt«. Für die Kunden soll ein Wiedererkennungseffekt bezüglich Leistungsfähigkeit

und sozialer Ausrichtung ermöglicht werden. Das Werbekonzept richtet sich auf die Grundidee von CAP aus, sodass die Vorteile von CAP gut erkennbar werden. Ein wichtiger Werbefaktor hierbei ist die Kundenorientierung: Lieferservice, Hilfsbereitschaft, evtl. Hilfe beim Transport zum Auto bzw. beim Einpacken, Kundenanregungen werden ausdrücklich erwünscht: »Bitte sprechen Sie mit uns«, usw.

Standortbewertung und Wirtschaftlichkeitsrechnung

Die Erfolgsaussichten eines Lebensmittelmarktes hängen wesentlich von Standortfaktoren wie Bevölkerungszahl, Kaufkraft, örtlichen Gegebenheiten, Kaufgewohnheiten und der Wettbewerbssituation ab. Die Wirtschaftlichkeit des Marktes wird zudem stark beeinflusst von der Sortimentsgestaltung und Präsentation. Die Beratung bei der Standortauswahl und die laufende fachliche Unterstützung bei der Marktentwicklung sowie ein intensiver Erfahrungsaustausch werden durch die CAP-Kooperation gewährleistet.

Schulung und Fortbildung

Das für den Markt erforderliche Fachpersonal muss auf die Aufgaben eines regionalen Marktes mit starker Kundenorientierung und insbesondere auf den Umgang mit behinderten Menschen entsprechend vorbereitet werden. Ebenso benötigen die behinderten Beschäftigten eine intensive Grundschulung und eine laufende Fort- und Weiterbildung. Das Training der Mitarbeiter erfolgt in einem bestehenden CAP-Markt und wird durch die CAP-GDW vermittelt.

Organisationsformen

Grundgedanke: Schaffung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen. Die CAP-Märkte können als WfbM-Abteilung, als Integrationsbetrieb oder aber als Kombination von beidem betrieben werden.

Organisation der CAP-Kooperation

Die Kooperationsführung liegt bei der GDW SÜD, Genossenschaft der Werkstätten für behinderte Menschen Süd eG. Diese koordiniert alle Leistungen im Rahmen der Kooperation und stellt die entsprechenden Dienstleistungen,

wie operative Abwicklung, Schulungen, Beratungen usw. zur Verfügung. Die GDW SÜD verfügt über das erforderliche Fachwissen oder sie beschafft sich dieses bei Dritten.

Anforderungen an den Standort und die Kommunen

- Verkaufsfläche: 400 qm
- Nebenfläche: 150 qm
- Einwohner: 2500 im fußläufigen Bereich
- Betreiber: Einrichtung der Behindertenarbeit (WfbM, Integrationsbetrieb)
- Standortanalyse: Inhalte der Standortanalyse
 - Kaufkraftkennziffer
 - Kundenstruktur (Altersstruktur)
 - Wettbewerberanalyse
 - Ausgabevolumen in Euro
 - Kaufkraftabschöpfung in %
 - Parkplätze
 - Wohngebiet
 - Lageplan
 - Objektplan
 - Verkehrsanbindung
 - Sind zusätzliche Märkte in Planung?

Weitere Informationen

GDW SÜD

Genossenschaft der Werkstätten für behinderte Menschen Süd eG

Waldenbacher Straße 30

71065 Sindelfingen

Tel.: 07031/952110, Fax 07031/952111

Internet: www.gdw-sued.de, E-Mail: info@gdw-sued.de

Ansprechpartner:

Thomas Heckmann

Tel.: 07031/952150

Fax: 07031/952111

E-Mail: Thomas.Heckmann@gdw-sued.de

Auf dem Weg zum Kompetenzzentrum für berufliche Rehabilitation und Integration

Wenn es ein Kennzeichen der gpe in Mainz gibt, dann vielleicht dies, dass wir es in den vergangenen 15 Jahren geschafft haben, aus dem Baukasten des schrecklich zergliederten Systems von Leistungsträgern, Leistungsansprüchen und Leistungsgesetzen das Beste zu machen, nämlich die unterschiedlichen Systeme nutzen und bis zur »Schmerzgrenze« strapazieren. Damit ist es gelungen die Grundlagen für das Erreichen eines ehrgeizigen Ziels zu legen: Das gpe – mit den Elementen Rehabilitationsassessment, medizinische und berufliche Rehabilitation sowie berufliche Integration.

Neue Formen der Werksattbeschäftigung – »klassisch« finanziert

Nirgends steht geschrieben, dass Berufliche Bildung und Werkstattarbeit in der Werkstatt stattfinden muss. Das war auch schon vor zehn Jahren so. Auch wenn die Leistungsträger durchaus mehr als skeptisch waren, konnten sie schon damals davon überzeugt werden, dass ambulante Berufliche Bildung und dauerhaft in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgelagerte Werkstattarbeitsplätze für manche Menschen mit einer Werkstattempfehlung sehr sinnvoll sind. Zu finanzieren ist solch eine »virtuelle« Werkstattableitung auch, nämlich über den üblichen Kostensatz. Für uns und unserer Werkstattmitarbeiter/-innen hat dies zum Ergebnis, dass nun zwei »ambulante« Fachleiter rund 20 Werkstattmitarbeiter/-innen im ersten Arbeitsmarkt begleiten.

»Normalität« und »Sozialraumorientierung« heißt für uns auch, dass Werkstattmitarbeiter/-innen in einem lebendigen Mainzer Stadtteil ein Café/Bistro betreiben, die Wäscherei in einem Altenpflegeheim übernommen haben oder in einer Hotelküche für das Wohl der Gäste sorgen. Werkstattalltag und Werkstattanspruch ist aber auch, der sichere Platz, die individuelle Hilfe und Unterstützung im »klassischen« Werkstattteil. Verlässlich, sicher und dauerhaft – aber mit der immer geltenden Option: Wer den Weg nach »Draußen« wagen will bekommt viel Unterstützung. Und: Mit dem rheinland-pfälzischen »Budget für Arbeit« ein gutes Instrument zur Überwindung von Hürden zum Arbeitsvertrag.

Selbst Arbeitsplätze schaffen

Vermittlung in Arbeit gelingt nicht immer, auch wenn Motivation und Leistungsfähigkeit dies zulassen würden. Selbst Arbeitgeber zu werden ist möglich, wenn auch nicht leicht und risikobehaftet. Mit dem Hotel INNdependence, dem Naturkostladen »natürlich« und dem CAP-Lebensmittelmarkt hat die gpe rund 20 Arbeitsplätze für besonders betroffene, schwerbehinderte Menschen geschaffen. Das sind aber auch Möglichkeiten für Praktika sowie Arbeits- und Belastungserprobungen. Oder auch Ausbildungsplätze für junge Menschen mit besonderer Anforderung an Förderung und Unterstützung – für aktuell sieben Auszubildende als Köche bzw. Fachkräfte im Gastgewerbe.

Manchmal ist aber nur stunden- und tageweise Beschäftigung möglich und erwünscht. Zuverdienstprojekte ermöglichen dies. Zum Beispiel das »mollywood«, ein schickes Secondhand-Lädchen der gpe. Zehn Frauen verkaufen Damenoberbekleidung in großen Größen.

Vor der Arbeit steht oft Rehabilitation

Mit der »Praxis für Ergotherapie der gpe« werden medizinische Leistungen der Arbeits- und Belastungserprobung angeboten. Die Praxis ist Teil des Mainzer Projektes »Integrierter Versorgung« sowie Partnerin vieler niedergelassener Psychiater und Therapeuten.

Mit abgeschlossener medizinischer Rehabilitation besteht häufig die Notwendigkeit der beruflichen Rehabilitation. Wohnortnah, in enger Kooperation mit Firmen im Umkreis und unter Nutzung der Trainingsmöglichkeiten der Integrationsbetriebe und der Werkstatt, bietet die gpe die Möglichkeiten einer zwölfmonatigen »Beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (BIMA)«. Von der Agentur für Arbeit und Rentenversicherungen finanziert liegt der Schwerpunkt beim »learning by doing«. Neun Monate sind die Rehabilitanden – begleitet von Fachkräften – in Betrieben des Arbeitsmarkts.

Was ist eigentlich los? Wohin kann es gehen?

»Rehabilitationsassessment« ist das neue Stichwort unter anderem für Beratung, Orientierung, Diagnose und Hilfeplanung. Besonders psychisch beeinträchtigte und langzeitarbeitslose Menschen und ihre Fallmanager in den ARGEN stehen häufig vor der Frage: »Was ist eigentlich los? Wo kann

es hingehen?« In der mit dem Mainzer Job-Center vereinbarten Maßnahme »IN.DOC« sollen diese Fragen beantwortet werden. In bis zu vier Monaten haben langzeitarbeitslose Menschen mit psychischen und psychosozialen Problemen die Möglichkeit, ihre beruflichen Interessen, fachlichen und sozialen Fähigkeiten, persönlichen Ressourcen und Beeinträchtigungen festzustellen.

1. Diagnose- und Orientierungsphase (sechs Wochen): gemeinsame Erstellung eines individuellen Hilfeplans mit arbeitsbezogenen und psychosozialen Zielvereinbarungen, Arbeitsdiagnostik, Arbeits- und Belastungserprobung, Feststellung beruflicher Interessen und Neigungen.
2. Coachingphase (zehn Wochen): Konkretisierung der arbeitsbezogenen und psychosozialen Zielvereinbarungen, Gruppen und/oder Einzeltraining sozialer Kompetenzen, berufspraktische Erfahrungen durch ein »Training on the Job«.

Am Ende der Maßnahme steht eine gemeinsam entwickelte, fundierte berufliche Perspektivenempfehlung und die Einleitung der notwendigen Umsetzungsschritte. Dabei sind häufig auch nicht-arbeitspezifische Hilfen zu aktivieren.

Ganzheitliche Hilfen

Erfolgreiche berufliche Rehabilitation und Integration ist oft nur möglich, wenn auch entsprechende auf den jeweiligen Einzelfall bezogene Hilfen in anderen Lebensbereichen zur Verfügung stehen. Das Team des »Gemeindepsychiatrischen Zentrums« der gpe leistet diese Hilfen. Ob »klassisch« als »Betreutes Wohnen« oder »Tagesstätte« oder über ein individuelles »Persönliche Budget«, auf jeden Fall abgestimmt mit den Anforderungen beruflicher Rehabilitation und Integration.

Ein Mainzer BTZ, eine Mainzer RPK-Einrichtung wird niemand finanzieren!

Ein Mainzer BTZ, eine Mainzer RPK-Einrichtung wird niemand finanzieren. Trotzdem kann man viele gute und wichtige Elemente dieser Einrichtungen anbieten. Nicht als Institution und (leider) nicht unkompliziert finanziert. Aber als modulares System. Mit den »klassisch« finanzierten, »traditionellen« Angeboten Ergotherapie, Berufsbildungsbereich WfbM, berufliche Rehabilitationsmaßnahme, Integrationsprojekte sowie Leistungen zur Alltags-

bewältigung ist das Fundament gelegt. Neue »Produkte« wie zum Beispiel »IN.DOC«, Assessmentverfahren, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Unterstützte Beschäftigung können auf dieser Grundlage entwickelt und angeboten werden. Als Sachleistung oder bei entsprechendem Bedarf über ein persönliches Budget.

Joachim Storck

Geschäftsführer GPE gGmbH – ServiceCenter

Galileo-Galilei-Straße 9a

55129 Mainz

www.gpe-mainz.de

Integrationsmanagement im Netzwerk Hamburg-Bergedorf

Heidrun Thiel

Das Netzwerk Bergedorf bietet Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung für Menschen mit psychischen, intellektuellen und mehrfachen Behinderungen. Es hat eine einrichtungsübergreifende Struktur und wurde 2002 von den folgenden Institutionen gegründet:

- Bergedorfer Impuls e. V.
- Bergedorfer Impuls gGmbH
- Der Begleiter e. V.
- alsterarbeit gGmbH
- Elbe-Werkstätten GmbH (Beitritt 2007)

Diese Organisationen repräsentieren einen Beratungsdienst, eine Integrationsfirma mit Angeboten zur beruflichen Rehabilitation für psychisch einträchtigte Menschen, einen Verein zur sozialpsychiatrischen Betreuung sowie zwei Werkstätten für behinderte Menschen. Das Netzwerk Bergedorf wurde gegründet, um den Betroffenen die unterschiedlichen Angebote der Einrichtungen unabhängig von Art und Schwere ihrer Behinderung zugänglich zu machen und bestimmte Schwerpunktaufgaben organisatorisch zusammenzufassen. Grundlage der Zusammenarbeit ist ein Rahmenkooperationsvertrag zwischen den beteiligten Einrichtungen, der die Struktur, Zuständigkeiten und die praktische Umsetzung regelt. Ein wichtiger Aspekt der Netzwerkarbeit ist die Durchlässigkeit zwischen den Angeboten der einzelnen beteiligten Träger – so kann beispielsweise eine Mitarbeiterin der WfbM im Gastronomiebereich des Integrationsbetriebes beschäftigt sein – und eine gemeinsame Verpflichtung zur Übernahme der Netzwerkkosten.

Das Angebot des Netzwerks Bergedorf umfasst Orientierungs- und Berufsbildungsmaßnahmen in Kooperation mit den Werkstätten für behinderte Menschen, Rehabilitationsmaßnahmen mit Praktika in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkts, Arbeitsverhältnisse in einer Integrationsfirma, die Möglichkeit der Arbeitsgelegenheiten nach SGB II sowie die Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt.

Weitere Kooperationspartner des Netzwerks sind alle Träger der Region, die mit dem angesprochenen Personenkreis der psychisch kranken und behinderten Menschen arbeiten. Dazu zählen:

- Krankenhäuser (psychiatrische Abteilungen, Ambulanz und Tagesklinik)

- Betreutes Wohnen und Wohngruppen
- Sozialstationen
- Gesetzliche Betreuer/-innen
- Psychosoziale Kontaktstelle
- Sozialpsychiatrischer Dienst und Bezirkliche Beratungsstelle
- Arbeitsagentur (Reha-Abteilung)
- ARGE Bergedorf
- Sprungbrett gGmbH (Beschäftigungsträger für Arbeitsgelegenheiten)
- Arinet GmbH (Integrationsfachdienst für Menschen mit psychischer Behinderung)

Anlaufstelle des Netzwerkes ist das *IMB – Integrationsmanagement Bergedorf*, das seit 2004 existiert. Die zweijährige Projektförderung durch »Aktion Mensch« ermöglichte die Einstellung einer Sozialpädagogin als Projektleitung und eines Ergotherapeuten. Das IMB arbeitet personenzentriert im Sinne des Casemanagements und plant die Hilfe und Eingliederung gemeinsam mit den Klienten. Für die Hilfeplanung hat sich der IBRP als hilfreich erwiesen, besonders dann, wenn mit anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung fallbezogen kooperiert wird. Im Rahmen einer Assessment-Phase werden Praktika vermittelt. Die Mitarbeiterinnen des IMB stellen Kontakte zu den beteiligten Einrichtungen, Leistungsträgern und Arbeitgebern her, begleiten die berufliche Rehabilitation, Qualifizierung und Integration und unterstützen bei der Stellensuche und der Bewerbung. Mit jedem Bewerber wird individuell der passende Einstieg geplant. In Übergangszeiten steht das IMB als Ansprechpartner zur Verfügung.

Ein wichtiger Faktor bei der Umsetzung einer passgenauen Eingliederung ist dabei die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern des ersten und zweiten Arbeitsmarktes. In Unternehmen und Betrieben zahlreicher Branchen wurden z. B. WfbM-Außenarbeitsplätze geschaffen:

- Industrie-Unternehmen Metallverarbeitung,
- Einzelhandel: Blumen, Lebensmittel, Tierbedarf, Drogerie
- Arztpraxis, Krankenhaus, Ambulante Pflege
- Spielhaus, Kindertagesstätte
- Senioren-Tagesstätte, Seniorenwohnanlage
- Wohngruppen für behinderte Menschen
- Bezirksamt - Bürohilfe
- Bergedorfer Impuls gGmbH: Kantine, Party-Service, Acrylwerkstatt, Wäscherei

- alsterarbeit: alstergärtner, Schulbistro, Restaurant Haus 5, Barner 16 – Musik, Tanz

Ende 2005 startete das IMB mit einem Angebot für Menschen, die einen niedrigschwelligen Einstieg im geschützten Rahmen mit besonders intensiver Begleitung brauchen, um sich dem Arbeitsleben wieder anzunähern. Im Rahmen einer Kooperation mit dem Netzwerkpartner alsterarbeit führt das IMB für psychisch kranke Menschen ortsnahe Einstiegskurse mit anschließenden Praktika in Betrieben durch: Das »regionale Eingangsverfahren« und der »externe Berufsbildungsbereich« bieten weniger belastbaren Arbeitswilligen die Chance, eine individuell zugeschnittene und zugleich arbeitsmarktnahe Beschäftigung aufzunehmen.

Im Jahr 2006 und 2007 konnte die Arbeit mithilfe des europäischen EQUAL-Projekts ausgeweitet werden. In diesem Zusammenhang wird das arbeitsmarktpolitische Instrument der Arbeitsgelegenheiten nach SGB II § 16 Abs. 3 verstärkt für den Personenkreis der psychisch beeinträchtigten Arbeitslosengeld II-Empfänger genutzt, die einen begleiteten Einstieg in Arbeit suchen.

Von 2004 bis 2007 stellten sich durchschnittlich 110 Ratsuchende pro Jahr bei der Anlaufstelle des Netzwerkes vor, dies entspricht ca. zwei Neuzugängen pro Woche. Die meisten haben eine psychische Beeinträchtigung. Ein Großteil davon lässt sich längerfristig begleiten. Die Mehrheit wird in Praktika, Beschäftigung oder Arbeit vermittelt.

Die große Nachfrage und die erfolgreiche Entwicklung vieler Klienten haben die Netzwerk-Struktur über den Bezirk Bergedorf hinaus attraktiv gemacht. Im Jahr 2006 und 2007 wurden in anderen Bezirken Hamburgs weitere regionale, d. h. bezirkliche Netzwerke gegründet.

Auch in anderen Städten, z. B. in Halle wurden Netzwerk-Vereinbarungen geschlossen.

Integrationsmanagement Bergedorf

Bergedorfer Impuls e. V.

Wentorfer Str. 14

21029 Hamburg

Tel: 040/72008294 und 040/72105954

Fax: 040/72105862

imb@bergedorfer-impuls.de

Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen »i-werk« Ostvorpommern

Anika Horning, Kirsten Gruel

Ausgangssituation und Problemlage

Im Landkreis Ostvorpommern zeigte sich, dass das Angebot bei Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung wenig entwickelt war und es kaum individuelle, den Lebenssituationen psychisch kranker Menschen angepasste, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten gab.

Mit dem Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen, dem »i-werk« wurde im Juli 2006 durch die Volkssolidarität Kreisverband Ostvorpommern e. V. ein psychosoziales Angebot im Bereich Arbeit und Beschäftigung geschaffen. Das »i-werk« ermöglicht einen niedrighschwelligen Einstieg sowohl im Hinblick auf die Arbeitszeit als auch in Bezug auf die mit der Tätigkeit verbundenen Anforderungen.

Das »i-werk« entstand in fachlicher Zusammenarbeit mit dem Bundesprojekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (TAB)« und wurde durch den »Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.« sowie der »AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.« (APK) fachlich beleitet und unterstützt. Die Sozialagentur Ostvorpommern finanzierte das Projekt.

Die Zielgruppe des Projekts waren Menschen aus dem Landkreis Ostvorpommern mit einer psychischen Beeinträchtigung oder Behinderung, die mindestens drei Stunden pro Tag unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind, deren Befähigung unklar ist, mindestens drei Stunden pro Tag erwerbsfähig zu sein bzw. deren Erwerbsfähigkeit vorübergehend unter drei Stunden pro Tag liegt, das Teilhabeziel jedoch drei Stunden pro Tag sind und die im Leistungsbezug der Sozialagentur stehen.

Durchführung des Projekts

Beschreibung des Trainingsmoduls

Die personenzentrierte Umsetzung für die 15 Teilnehmer des »i-werks« erfolgte in zwei Modulen über einen Zeitraum von zwölf Monaten.

Im ersten Modul, dem Trainingsmodul, stand für sechs Monate die praktische Arbeitserprobung der einzelnen Teilnehmenden im Vordergrund. Die Teilnehmenden wurden ausgehend vom persönlichen Leistungsvermögen, der Erwerbsbiografie und dem Fähigkeitsprofil in einer vereinsinterne Arbeitsgele-

genheit im Sinne des § 16 Abs. 3 SGB II eingesetzt. Dieser Weg wurde durch die Mitarbeiter gemeinsam mit den Teilnehmenden geplant, vorbereitet und begleitet. So wurde den Teilnehmenden ein angemessener Weg zurück in die Arbeit ermöglicht und die Gefahr, bereits in dieser frühen Phase zu scheitern, minimiert. Aufgrund der vielfältigen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten in den verschiedenen Bereichen des Vereins standen den Teilnehmenden zumeist Einsatzmöglichkeiten, die ihren individuellen Möglichkeiten und Wünschen entsprachen, zur Verfügung. Bei aufgetretenen Schwierigkeiten, die einen Wechsel der Einsatzstelle erforderten, erfolgte eine schnelle und unkomplizierte Umsetzung der Teilnehmenden. Dies wurde aufgrund der guten Zusammenarbeit mit den zuständigen Mitarbeitern der Sozialagentur (SGB II-Träger der Optionskommune) möglich. Durch diese ständige Zusammenarbeit war der personenzentrierte Einsatz der Teilnehmer realisierbar.

In den Trainingsstellen boten sich realitätsnahe Arbeitsanforderung einerseits und ein geschützter Rahmen, der Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse und Besonderheiten der psychisch beeinträchtigten Menschen nimmt, andererseits. Durch die örtliche Vielfältigkeit an sozialen Einrichtungen der Volkssolidarität Ostvorpommern konnte die Beschäftigung in Wohnortnähe ermöglicht und somit das heimatliche Sicherungsnetz der Teilnehmenden erhalten werden. Während des Trainingsmoduls waren die Teilnehmenden an vier Tagen in der Woche in den Arbeitsgelegenheiten mit einer maximalen Arbeitszeit von 30 Stunden tätig.

Es wurde für eine Trainingsstelle ein Kooperationsvertrag mit einem freien Träger in der Region geschlossen, um für eine Teilnehmerin eine personenzentrierte Einsatzstelle in Wohnortnähe bieten zu können.

Die Tätigkeitsanleitung der Teilnehmenden vor Ort wurde durch die entsprechenden Fachkräfte der Einrichtungen gewährleistet und durch die psychosoziale Betreuung der Mitarbeiter des »i-werks« flankiert. Dabei lag das Hauptaugenmerk auf der gezielten Beobachtung und Analyse der Teilnehmenden, um so konsequent auf eine berufliche Eingliederung hinwirken zu können. Unter Berücksichtigung der individuellen psychischen Problematik wurden Einzelgespräche mit den Teilnehmenden geführt, die dazu beitrugen, dass sich diese mit den realitätsnahen Anforderungen der Arbeitswelt auseinandersetzten und im Kontext ihrer Erkrankung lernten, damit umzugehen. Die regelmäßige arbeitsbegleitende Betreuung lieferte den Teilnehmenden u. a. entlastende Gespräche zur Situation am Arbeitsplatz und Bewältigungsunterstützung, sodass eine Über- bzw. Unterforderung begegnet werden konnte.

Für die Teilnehmenden, die erst zu einem späteren Zeitpunkt in das Projekt eintraten, war die Zeit der praktischen Arbeitserprobung unter den geschützten Rahmenbedingungen aufgrund der festgelegten Projektlaufzeit teilweise zu kurz. Dies stellte sich zunehmend als Problem dar und so konnte insbesondere keine nachhaltige Stabilisierung erreicht werden.

Während des Trainingsmoduls wurde an einem Werktag in der Woche ein Bildungstag durchgeführt, an dem u. a. arbeitsrelevantes und alltagsorientiertes Wissen sowie sozialpolitische Themen vermittelt wurden.

Bildungstage

Die Bildungstage wurden gemäß unserer Leitidee Information, Empowerment und Aktivierung an jedem Freitag im Trainingsmodul durchgeführt. Der Bildungstag wurde in vier Unterrichtseinheiten zu je 60 Minuten mit entsprechenden in der Gruppe abgestimmten Pausen organisiert.

Die Vorbereitung und Durchführung des Bildungstages wurde von den Mitarbeitern des »i-werks« übernommen. Bei speziellen Themen wurden interne und externe Fachkräfte einbezogen. Ergänzt wurde der Bildungstag durch zwei zusätzliche Einheiten Ergo- oder Kunsttherapie. An diesen Tagen gab es für die Teilnehmenden regelmäßig die Möglichkeit zu individuellen Beratungsgesprächen mit den Sozialpädagogen oder dem vereinsinternen Psychologen.

Es ist unserem Team gelungen, die Bildungstage zu unterschiedlichen Themen so zu gestalten, dass die Teilnehmenden sich aktiv einbrachten und ihre Gestaltungsspielräume wahrnahmen. Die Arbeit in Kleingruppen erweiterte ihr Gemeinschaftsgefühl, es wurden gemeinsame Regeln aufgestellt, Vorträge vorbereitet und so das gemeinsame Gespräch und der kollegiale Umgang miteinander gefördert.

Für einige Teilnehmende war bereits die Häufigkeit und die Länge des Bildungstages eine Herausforderung. Es fiel ihnen insbesondere schwer, sich über diesen langen Zeitraum auf die unterschiedlichen Themen zu konzentrieren und sich mit diesen auseinanderzusetzen.

Dokumentation und Leistungsdiagnostik

Während der gesamten Projektlaufzeit bestand eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Fallmanagern der Teilnehmer und mit den Mitarbeitern vom Rehabilitationsteam der Sozialagentur Ostvorpommerns.

Neben monatlich angefertigten Berichten über die Entwicklung der Teilnehmenden, gab es regelmäßige telefonische und persönliche Abstim-

mungen zwischen den Fallmanagern und den Mitarbeitern des »i-werks«, die besonders in Krisensituationen genutzt wurden, sodass für und mit dem Teilnehmer eine schnelle und adäquate Lösung gefunden werden konnte.

Der vereinsinterne Psychologe führte mit den Teilnehmenden eine psychologische Leistungsdiagnostik zur Feststellung des persönlichen und beruflichen Leistungsvermögens durch. Deren Ergebnisse wurden der Sozialagentur in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt.

Beim Übergang der Teilnehmenden vom Trainingsmodul ins Eingliederungsmodul wurde ein Entwicklungsbericht, ein IBRP und Eingliederungsplan für jeden Teilnehmenden erstellt.

Beschreibung des Eingliederungsmoduls

Im zweiten Modul, dem Eingliederungsmodul, wurden die Teilnehmenden nach erfolgreichem Abschluss des Trainingsmoduls weiter auf die Rückführung in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet.

Nach erneuter gemeinsamer Auswertung ihrer persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten, wurden die Teilnehmenden in eine zwei- bis vierwöchige Trainingsmaßnahme nach §§ 48 ff. SGB II auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt. Diese diente der Orientierung und Erprobung der Teilnehmenden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei der Auswahl wurden ihre berufliche Qualifikation, ihre Fähigkeiten und Interessen berücksichtigt. Mit den Teilnehmenden wurden verschiedene Einsatzmöglichkeiten für die Trainingsmaßnahmen besprochen und sie wurden entsprechend auf das Vorstellungsgespräch beim Arbeitgeber durch die »i-werk«-Mitarbeiter vorbereitet und begleitet. Darüber hinaus wurden sie ermutigt, sich eigenverantwortlich um eine Trainingsmaßnahme zu bemühen und einige Teilnehmenden nahmen diese Möglichkeit wahr. Während der Trainingsmaßnahme erhielten die Teilnehmenden durchgängig sozialpädagogische Betreuung. Ebenso wurden die Mitarbeiter des jeweiligen Arbeitgebers im Umgang mit den Teilnehmenden beraten und unterstützt. So konnten auftretende Schwierigkeiten begleitend geklärt und gemeinsam Lösungen gefunden werden. Weitere Information in enger Zusammenarbeit mit der Sozialagentur wurden den Arbeitgebern zu Möglichkeiten der Beantragung finanzieller Hilfen bei der Einstellung von psychisch kranken Menschen gegeben.

Die kurze, gesetzlich verankerte, Dauer der Trainingsmaßnahme stellte für die Teilnehmenden ein ernsthaftes Problem dar. Sie mussten innerhalb kurzer Zeit die jeweiligen betrieblichen Anforderungen kennenlernen und

diese erfüllen. Für einige Teilnehmenden war die Belastung zu groß und trotz intensiver Betreuung waren sie nicht in der Lage, in der Kürze der Zeit den Anforderungen gerecht zu werden.

Nach Beendigung der Trainingsmaßnahme wurden mit den Teilnehmenden sogenannte »Bewerbertage« durchgeführt. Hier wurde ihnen Hilfestellung bei der Erstellung bzw. Vervollständigung ihrer Bewerbungsunterlagen geboten. Sie wurden bei der Suche nach Arbeitsplätzen unterstützt und dabei im Umgang mit dem PC und dem Internet geschult. Für einige Teilnehmende wurden entsprechend ihren Problemen andere geeignete Hilfen erschlossen und vermittelt.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt im Eingliederungsmodul war die Stellenakquise von geeigneten Arbeitsplätzen für die Teilnehmenden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es wurden 164 Arbeitgeber kontaktiert und in Folge wurde ein Arbeitgeberpool von ca. 70 Stellen eingerichtet, der bei der individuellen Auswahl der möglichen Beschäftigung innerhalb des Eingliederungsmoduls eingesetzt wurde. In diesem Zusammenhang konnte eine wachsende Akzeptanz der Arbeitgeber gegenüber psychischen Erkrankungen durch positive Erfahrungen der Arbeitswelt mit dem Personenkreis und informierenden Gesprächen erreicht werden.

Erfolge des Projekts

Es konnten zwei Teilnehmer in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, eine Teilnehmerin in eine geringfügige Beschäftigung (165 Euro) und ein Teilnehmer in einen Minijob (400 Euro) vermittelt werden. Zwei Teilnehmerinnen wurden bei der Vermittlung in eine Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung innerhalb der Volkssolidarität Ostvorpommern e. V. unterstützt. Für die Teilnehmerinnen bedeuten die Bewilligungen der Arbeitsgelegenheiten in den bekannten Einrichtungen unseres Vereins eine nachhaltige Integration und Stabilisierung ihrer Persönlichkeit und bieten ihnen die Möglichkeit, eine weitere berufliche Perspektive vorzubereiten.

Für die Teilnehmenden des Projektes stellten die Anforderungen zum Teil eine große Herausforderung dar, der sie sich überwiegend mit Erfolg stellten. Die Teilnehmer waren dazu in unterschiedlichem Umfang in der Lage und brachten sich entsprechend ihren Vorkenntnissen ein. Durch die psychosoziale Begleitung war es möglich, den Teilnehmenden Halt und Vertrauen zu geben.

Das Ergebnis des »i-werks« als Ganzes ergibt sich aus den jeweiligen Einzelerfolgen der Teilnehmer. Diese Einzelerfolge sind im Hinblick auf die unterschiedlichen individuellen Ausgangsvoraussetzungen zu betrachten. So wurden durch die individuelle Förderung der Selbstständigkeit, den Abbau von Vermittlungshemmnissen und die Stärkung der beruflichen Kompetenzen bei jedem einzelne Voraussetzungen für die Rückkehr in den Arbeitsmarkt verbessert. Durch die Integration in den beruflichen Alltag wurden die Teilnehmenden in Bezug auf Tagesstrukturierung, Selbstvertrauen, Erweiterung sozialer Kontakte, Ausdauer und Antrieb stabilisiert und ihnen damit eine Eintrittsbarriere zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung genommen.

*VS Kreisverband Ostvorpommern e. V. – Kreisgeschäftsstelle
Heilige Geist Straße 2
17389 Anklam
Telefon: 03971/290540
www.volkssolidaritaet.de/ostvorpommern*

»Jobvision« – ein Angebot der Elbe-Werkstätten-Hamburg

Aktivität

- Schwerpunkt: Steigerung der Integrationschancen für psychisch erkrankte und behinderte Menschen durch Erprobung, Training und Vermittlung

Die Maßnahme *Jobvision* ist ein Angebot der Elbe-Werkstätten GmbH für die Zielgruppe der psychisch erkrankten und behinderten Menschen, die in Hamburg oder den umliegenden Bundesländern leben. Die vorwiegend ambulant, in Wirtschaftsbetrieben, durchgeführte und begleitete Maßnahme wurde im Juli 2005 gestartet. Das Ziel ist die Eingliederung der Teilnehmer/-innen in den 1. Arbeitsmarkt. Zur Erstellung eines umfassenden und ressourcenorientierten Fähigkeitsprofils werden anerkannte Testverfahren und begleitete Praxiserfahrungen im Zuge eines dreimonatigen Assessmentcenters genutzt. Das Profiling ergibt die Grundlage, auf der wir gemeinsam mit unseren Nutzern/-innen höchst individuelle und realisierbare Lösungen bei der beruflichen Wiedereingliederung finden. Während der Trainingsphase im Berufsbildungsbereich, welche 12–24 Monate dauert, wird der Schwerpunkt auf das praktische Erproben und Erlernen verschiedener Fähigkeiten in Betrieben des ersten Arbeitsmarkts gelegt. Wöchentlich nehmen die Teilnehmer/-innen während der gesamten Zeit an einem Gruppentag mit verschiedenen Trainings und Reflexionen teil. Hierbei werden die positiven Wirkfaktoren der Gruppendynamik und -prozesse u. a. zur Steigerung der Motivation und positiven Zukunftserwartung genutzt. Die Schulungen fördern u. a. die Sozialkompetenz, die Stress- und Konfliktbewältigung und einen konstruktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung. Die Nutzer/-innen erhalten während der Maßnahme *Jobvision* außerdem Unterstützung bei der Vermittlung in Beschäftigung und die interessierten Betriebe bei der Frage nach Eingliederungszuschüssen. Der Zugang zur und auch der Abgang aus der Maßnahme ist durchlässig und variabel. Es können sich neue Teilnehmer/-innen von extern sowie auch Teilnehmer/-innen aus der WfbM für die Maßnahme entscheiden. Die Anschlussperspektive soll vorrangig die Integration in den 1. Arbeitsmarkt sein, nach individuellem Bedarf kann diese aber auch aus der Eingliederung in ein geschütztes Arbeitsverhältnis bestehen. Ab dem Jahr 2008 können auch mithilfe des persönlichen Budgets einzelne, bedarfsgerecht zugeschnittene Module der Maßnahme in Anspruch genommen werden. Weitergehende Hinweise: www.jobvision-hamburg.de

Arbeitsprojekt »Kiosk« und virtuelle Tagesstätte - Bielefeld

Seit dem 01.06.2006 bewirtschaftet Lebensräume e. V. den Kiosk am Siegfriedplatz in Bielefeld. Der Verein schafft dadurch Beschäftigungsplätze im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe und der Tagesstätte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die großzügigen Öffnungszeiten (sieben Tage pro Woche in den Zeiten von mitunter 5:00 bis 19:00 Uhr, im Sommer auch länger), direkter Kontakt zu Kunden in einem sehr öffentlichen Raum sowie der Umgang mit alltäglichen Waren und Geld bieten den Mitarbeiter/-innen die Möglichkeit, zeitlich sehr individuell verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen und sich im Arbeitsleben auszuprobieren.

Die Aufgaben umfassen den Verkauf von Zigaretten, Zeitschriften, Fahrkarten, Getränke u. Ä., die Pflege der Verkaufsräume, das Bestell- und Lagerwesen, die Bewirtung von Gästen sowie die Beteiligung an allen administrativen Aufgaben rund um den Kiosk. Die Arbeitszeiten und -anforderungen sind sehr gut individuell gestaltbar und an die Fähigkeiten und Bedürfnisse anzupassen.

Die Arbeit findet in sehr kleinen Gruppen statt. In der Regel arbeiten zwei Klienten/-innen im Kiosk, dabei werden sie von einem Hintergrunddienst begleitet und angeleitet. Zurzeit arbeiten 13 Klienten/-innen des betreuten Wohnens im Kiosk und sechs Teilnehmer/-innen der Virtuellen Tagesstätte.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe fördert die Teilnehmer im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe als tagesstrukturierendes Angebot in Form von Arbeit und Beschäftigung für das Ambulante betreute Wohnen. Der IBRP wird für die Planung und Beantragung der Hilfe genutzt (Bogen b Arbeit und Beschäftigung). Bei Interesse besteht vor Antragstellung auch immer die Möglichkeit des Probearbeitens.

Virtuelle Tagesstätte

Seit dem 01.09.2006 betreibt Lebensräume e. V. die Virtuelle Tagesstätte. Sie wird im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53, 54 SGB XII durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als überörtlichen Träger der Sozialhilfe pauschal finanziert, momentan mit zehn Plätzen à 30 Stunden pro Woche. Die Virtuelle Tagesstätte arbeitet innerhalb derselben Rahmenbedingungen wie die beiden in Bielefeld bisher bestehenden Tagesstätten der Grille e. V.

und des Stiftungsbereichs Integrationshilfen der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Die Konzeption und die Durchführung unterscheidet sich aber erheblich.

Der Schwerpunkt des Angebots der Virtuellen Tagesstätte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegt eindeutig auf dem Bereich Arbeit und Beschäftigung. Das bedeutet, dass wir jedem Teilnehmer ein Arbeits- bzw. Beschäftigungsgelegenheit anbieten, in der er seine Fähigkeiten in diesem Bereich ausprobieren und entwickeln kann. Darüber werden individuell Förderangebote zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit entwickelt. Zusätzlich bieten wir hin und wieder Freizeit- und Kulturangebote an, die für die Reproduktion der Arbeitsfähigkeit notwendig sind und als Lernfeld für Gestaltung der Tagesstruktur außerhalb des Privaten zu verstehen sind.

Das individuelle Tagesstättenprogramm jedes einzelnen Teilnehmers wird aus verschiedenen Angeboten, die bereits über die Kontaktstelle-West und dem Ambulanten Betreuten Wohnen des Vereins vorhanden sind, sowie aus den Beschäftigungsbereichen

- Kiosk
- Küche
- Kontaktstellenservice
- Hausmeisterdienst
- Bürodienstleistungen (punktuell)

zusammengestellt und in einem Wochenplan festgehalten.

Die Anforderungen des Programms wird auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Teilnehmers abgestimmt, was dazu führt, das jeder Teilnehmer ein inhaltlich und zeitlich einzigartiges Tagesstättenprogramm hat, was im Verlauf der Teilnahme auf die individuellen Veränderungen angepasst werden kann und wird. Die Besonderheit der Virtuellen Tagesstätte liegt also in der Individualisierung des Programms, der Flexibilisierung der Plätze (zehn Plätze à 30 Std. pro Woche werden auf bis zu 15 Personen mit unterschiedlichen Wochenstunden aufgeteilt) und der Nutzung von Angeboten, die bereits bestehen und nicht explizit von der Tagesstätte angeboten werden. Im Verlauf des Programms wird für jeden Teilnehmer auf den Einsatz in Betrieben oder anderer Beschäftigungsträger hingearbeitet, wobei die Anleitung und Begleitung über die Virtuelle Tagesstätte gewährleistet wird.

Zur Durchführung des beschriebenen Tagesstättenangebots kommt insbesondere der Kooperation mit anderen Beschäftigungsträgern, Betrieben und Einrichtungen sowie ggf. den anderen von den Klienten genutzten

Einrichtungen (Betreutes Wohnen, Kontaktstelle, Ärzte, gesetzl. Betreuer etc.) eine große Bedeutung zu, die von den Tagesstättenmitarbeitern geleistet wird.

Der Zugang zur Virtuellen Tagesstätte findet über die Mitarbeiter der Tagesstätte statt, die von Interessenten direkt, aber auch von deren Bezugsmitarbeitern oder Betreuern angesprochen werden können. Über die angemessene Belegung mit Teilnehmern, die auf dieses Angebot angewiesen sind, berät das Beratergremium, das auch die Belegung der beiden anderen Tagesstätten regelt. Die Aufnahme in die Virtuelle Tagesstätte ist sehr niedrigschwellig, weil durch die Pauschalfinanzierung ein Antragsverfahren beim Kostenträger entfällt.

Lebensräume e. V. – »Virtuelle Tagesstätte«

Friedenstraße 4–8

33602 Bielefeld

Tel.: 0521/329399-50

Fax: 0521/329399-51

EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »apk - Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen« - Ergebnisse der Evaluation

Von Januar 2005 bis Dezember 2007 wurde unter der Leitung des Berufsförderungswerkes Hamburg und mit Unterstützung der AKTION PSYCHISCH KRANKE die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft apk »Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen« durchgeführt. Diese Entwicklungspartnerschaft baute auf den Ergebnissen des Projektes »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen« auf. Beteiligt waren neben der Koordination insgesamt zwölf Teilprojekte aus neun Regionen Deutschlands.

Übergeordnete Zielsetzung war die Verbesserung beruflicher Integrationsprozesse für psychisch erkrankte Menschen sowie die Optimierung der Hilfe- und Unterstützungssysteme. In diesem Kontext hatte sich die Entwicklungspartnerschaft differenzierte, aufeinander abgestimmte Strategieziele gesetzt, die durch die Teilprojekte – mit teils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – verfolgt wurden.

Die begleitende Evaluation erfolgte durch die Johann Daniel Lawaetz-Stiftung in Hamburg. Gegenstand waren u. a. die Begleitung und Bewertung der Zielumsetzung auf der Ebene der Entwicklungspartnerschaft. Die Ergebnisse der Evaluation werden unter Berücksichtigung der fünf strategischen Teilziele des Projektes im Folgenden kurz dargestellt.¹

Aufbau und Verstetigung von Netzwerken

Unter Einbezug sämtlicher Akteure des beruflichen Integrationsprozesses sollten Netzwerke auf- und ausgebaut werden. Gemeint waren unterschiedliche Netzwerkformen wie bspw. Hilfeplanung, Projektgruppen, Fach- und Arbeitsgruppen oder Beiräte.

Dieses Ziel konnte während der Projektlaufzeit in allen Teilprojektregionen realisiert werden. Unter Einbindung eines breiten Spektrums von Kooperationspartnern wurde eine Vielzahl regionaler Netzwerke gebildet.

1 Grundlage der folgenden Daten und Ergebnisse ist neben der Analyse des Monitorings eine Befragung der zwölf Teilprojekte, durchgeführt im September 2007. Gefragt wurde nach den Teilnehmenden und ihrem Verbleib, der zweite Teil der Abfrage bezog sich auf die Aktivitäten und Maßnahmen der einzelnen Teilprojekte.

Ausbau der Methoden zur individualisierten Hilfeplanung

Durch die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen und Instrumenten sollte die individuelle Eingliederung der von psychischen Beeinträchtigungen Betroffenen verbessert und nahtlose Übergänge in diesem Prozess gewährleistet werden. Dies sollte insbesondere durch den Einsatz eines Fallmanagements bzw. der koordinierenden Bezugsperson für die Projektteilnehmenden, die Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) sowie die Durchführung von Hilfeplankonferenzen erfolgen.

Der Einsatz der koordinierenden Bezugsperson erfolgte in allen Teilprojekten für alle Teilnehmenden und war eines der wichtigsten Erfolge des apk-Projekts. Die Aufgabe wurde im Projektkontext fast immer durch die Projektmitarbeiter/-innen wahrgenommen.

Der IBRP bzw. ein auf diesem basierendes Diagnoseinstrument konnte in fast allen Teilprojekten eingeführt werden und wurde insgesamt bei 57 % der Teilnehmenden angewandt. Der Einsatz des IBRP wurde von den Teilprojekten als sehr sinnvoll erachtet, um einen besseren Überblick über Verlauf und Ziele der Hilfeplanung zu erhalten. Besonders positiv wurde hervorgehoben, dass der Schwerpunkt auf den vorhandenen Fähigkeiten und Kenntnissen anstatt auf den durch Krankheit bestehenden Einschränkungen besteht.

Auch die Hilfeplankonferenz konnte in beinahe allen Projektregionen realisiert werden. Durch eine regelmäßige Beteiligung von Akteuren unterschiedlicher Fachrichtungen konnten sämtliche in der Region verfügbaren Erfahrungen und Ressourcen genutzt werden, was zu einer optimalen Prozessbegleitung für die Betroffenen führte.

Wie erfolgreich die Anwendung dieser Instrumente war, zeigte sich bei der Auswertung der Verbleibsdaten. Während insgesamt 19,5 % der Teilnehmer/-innen nach Abschluss der Maßnahmen in ein sozialversicherungs-pflichtiges Beschäftigungsverhältnis vermittelt wurden,² lag der Anteil der vermittelten Personen, die zuvor die Hilfeplankonferenz durchlaufen haben, bei 33 % und der Anteil derjenigen, bei denen der IBRP eingesetzt wurde, sogar bei 38,6 %.

2 Da das Projekt zum Zeitpunkt der Abfrage noch nicht beendet war, beziehen sich diese Angaben nur auf den im September 2007 bekannten Verbleib.

Verbesserung der individuellen Integrationsprozesse

Von den Teilprojekten wurde die Anpassung bzw. Entwicklung von Verfahren für die Erreichung optimaler Prozesse der Wiedereingliederung angestrebt. Der Fokus lag hier u. a. auf der (Weiter-)Entwicklung angepasster Diagnose-, Profiling- und Assessmentverfahren. Dabei hat sich gezeigt, dass formalisierte Verfahren gerade bei der Zielgruppe der psychisch kranken Menschen keine verlässlichen Aufschlüsse über die Arbeitsfähigkeit zulassen.

Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen

Insgesamt nahmen an dem Projekt 576 Personen teil, davon 54,5 % männliche und 45,5 % weibliche Teilnehmende. Der Altersdurchschnitt lag bei 39,3 Jahren. Etwa zwei Drittel dieser Personen durchliefen eine Arbeitsgelegenheit nach § 16 SGB II.³

Die durchgeführten Maßnahmen wurden in den Teilprojekten entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst: Um Über- und Unterforderungen zu vermeiden, wurden insbesondere diskontinuierliche Leistungsvermögen beachtet, entsprechende Arbeitszeitplanungen berücksichtigt und passgenaue Arbeitsplätze gesucht. Gelingt dies, konnten erhebliche Leistungssteigerungen und damit einhergehend auch eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden.

Darüber hinaus wurden im Projektverlauf Zuverdienstarbeitsplätze geschaffen und spezifische Integrationshilfen, wie in einigen Projektregionen das Job-Coaching, mit sehr gutem Erfolg eingeführt. Ein Blick auf den Inhalt der Maßnahmen zeigt eine recht hohe Arbeitsmarktorientierung, aber vor allem auch die Bedeutung von sozialen Kompetenzen für die Arbeitsmarktorientierung. So lag der Schwerpunkt der Qualifizierung bei fast zwei Drittel der Teilnehmenden in dem Erwerb sozialer Kompetenzen sowie dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Fachliche Qualifizierungsinhalte standen bei ca. 30 % im Vordergrund. Dementsprechend wurden auch die persönliche Festigung sowie der Erwerb sozialer Kompetenzen und der Aufbau von Beziehungen für den überwiegenden Anteil der Teilnehmenden als einer der ganz wesentlichen Zwischenerfolge für die Zielgruppe angesehen.

3 Diese hohe Zahl korrespondiert damit, dass 83 % der Teilnehmenden eine Förderung nach dem SGB II erhielten und es sich bei Arbeitsgelegenheiten um ein typisches arbeitsmarktpolitisches Instrument des SGB II handelt.

Sensibilisierung von Arbeitgebern, Leistungsträgern und der Öffentlichkeit

Gerade das Einbeziehen von Arbeitgebern des 1. Arbeitsmarktes erwies sich immer wieder als äußerst schwierig, auch wenn hier vielfältige Aktivitäten stattfanden. Besser erreicht werden konnten Leistungsträger. Zudem haben sich die Projekte an zahlreichen Kampagnen und Aktionen zur Information der Öffentlichkeit beteiligt bzw. diese organisiert.

Peer Gillner, Katrin Triebel

Johann Daniel Lawaetz-Stiftung

Arbeitsbereich Forschung – Evaluation – Wissenstransfer

Neumühlen 16–20

22763 Hamburg

Tel. 040/399936-55

Fax 040/399936-90

www.lawaetz.de

Das Projekt »Methodenkoffer« im Rahmen des EQUAL-Projekts »Arbeit für psychisch kranke Menschen«

Petra Gromann, Gudrun Dobsław

Der vorliegende Methodenkoffer enthält vor allem handhabbare Instrumente, die im Alltag von Projekten der beruflichen Rehabilitation gut einzusetzen sind.

Diese Empfehlungen wurden mithilfe von Experteninterviews zusammengetragen und systematisiert. Um zu einer differenzierten Einschätzung und Empfehlung von Instrumenten zu kommen, war es aus unserer Sicht zunächst unerlässlich, ein Prozessverständnis von Assessmentphasen und -anforderungen zu entwickeln. Dies berücksichtigt unterschiedliche Zielgruppen und beschreibt verschiedene Funktionen des Assessments. Aus dieser Prozessdarstellung wurden die Fragen für die Experteninterviews abgeleitet.

In der praktischen Durchführung zeigt sich jedoch, dass diese Phasen nur wenig unterschieden werden. Es wird vielmehr ein prozessbegleitendes Assessment praktiziert, das sich flexibel den jeweiligen Entwicklungen der betreffenden Person anpasst. Deshalb werden auch keine phasenspezifischen Instrumente vorgestellt, sondern es wird sehr viel mehr Wert auf Grundkompetenzen gelegt, die es in der entsprechenden Situation kompetent anzuwenden gilt.

Aus der Vielfalt der möglichen Instrumente haben wir nur diejenigen ausgewählt, die häufig genutzt werden und die sich bewährt haben.

Zu diesen gibt der Methodenkoffer passende und praktikable Empfehlungen, sowohl für die Durchführung wie auch für die individuelle Vorbereitung der beratenden Person. Neben den empfohlenen Instrumenten wurden von uns weitere hilfreiche Ergänzungen für die Praxis hinzugefügt.

Wichtig für die Anwendung in der Praxis ist der Aufwand für die Einführung und der nötige Schulungs- bzw. Anwendungszeitbedarf.

Ganz besonders liegt uns die Anleitung zur Selbsterstellung von Instrumenten am Herzen, weil auffällig ist, dass vor Ort sehr viel Erfahrung vorhanden ist – individuell auch immer wieder neu auf konkrete Arbeitssituationen und Anforderungen der Klientinnen und Klienten reagiert wird –, aber eine systematische und passende, wenig aufwendige Form des Dokumentierens häufig nicht genutzt wird.

Wir verbinden mit dem Methodenkoffer auch die Hoffnung, dass künftig mehr Instrumente von den Betroffenen selbst im Sinne einer Selbsteinschät-

zung genutzt werden. Hier scheinen uns noch viele Entwicklungen möglich, die zur dialogischen Rehabilitations- und Teilhabeplanung im Bereich Arbeit beitragen können.

Herausgeber und Vertrieb:

Berufsförderungswerk Hamburg e.V. (BFW Hamburg) GmbH

August-Krogmann-Str. 52

22159 Hamburg

Tel.: 040/64581-1874

E-Mail: bischoff@bfw-hamburg.de

www.bfw-hamburg.de

OSKAR Ortsnahe-Sozialpsychiatrische Kölner Ambulante Rehabilitation

Der Kölner Verein für Rehabilitation e. V. hat am 2. Januar 2007 in Köln eine ambulante medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen eröffnet.

Als freier und gemeinnütziger Träger bietet der Kölner Verein seit über 30 Jahren Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige an.

Die überarbeitete Fassung der RPK-Empfehlungsvereinbarung (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke) besagt unter anderem, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht wie in der Regel bisher fast ausschließlich in stationärer, sondern auch in ambulanter Form zur Anwendung kommen sollen. Damit wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen (§ 10 Absatz 3 SGB IX). Ziel der medizinischen Rehabilitation ist das Abwenden, Beseitigen, Mindern oder Ausgleichen einer Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit bzw. das Vermeiden einer Verschlimmerung.

Gerade nach häufig kurzen stationären psychiatrischen Klinikaufenthalten ist die Frage nach einer Vorbereitung und Weiterbetreuung mit dem Ziel der möglichen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für viele Betroffene ein großes Problem. Im Gegensatz zur der somatischen Behandlung, die meist direkt an eine Akutbehandlung anschließt, ist diese sogenannte Anschlussheilbehandlung in der psychiatrischen Rehabilitation bisher nicht selbstverständlich. Zudem erfolgte eine medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen meist nur im Rahmen eines stationären Aufenthalts – oft fernab der Arbeits- und Alltagswirklichkeit des Klienten.

Unsere ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtung OSKAR versucht, das gesamte Lebensumfeld vor Ort des Klienten in die Rehabilitationsmaßnahme mit einzubeziehen: Angehörige, Arbeitgeber, behandelnde Ärzte, Integrationsfachdienste und andere ambulante Hilfen sind mit dem Klienten und uns im Austausch und können damit den rehabilitativen Prozess positiv unterstützen – hier wird die sozialpsychiatrische Vernetzung deutlich. Unsere Rehabilitationseinrichtung befindet sich in einem Bürogebäude am Rand des traditionsreichen Kölner Arbeiterviertels Ehrenfeld. Mitmieter sind neben mehreren kleineren Unternehmen auch ein arbeitsdiagnostischer Fachdienst für psychisch Kranke. Das Gebäude ist umgeben von Industriebauten, viele Firmen und Geschäfte sind fußläufig erreichbar.

Direkt neben der eigentlichen Einrichtung im 2. Stock des Bürogebäudes befindet sich auf einem benachbarten Grundstück ein ca. 110m² großes Gewächshaus. Hier ist der Arbeitstherapiebereich »Garten« untergebracht. Die Schwerpunkte im Bereich Handwerk/Garten sind die Produktion von Kräutern, Stauden und Blumen. In Planung ist ein »Überwinterungshotel für Kübelpflanzen«. Acht bis zehn der 20 Therapieplätze stehen im Bereich »Garten« zu Verfügung.

Weitere Bereiche der Arbeitstherapie sind der EDV- und der Hauswirtschaftsbereich mit je fünf Therapieplätzen. Schwerpunkt im EDV-Bereich sind allgemeine Büro- und Verwaltungsaufgaben sowie PC-Training.

Der Hauswirtschaftsbereich, der sich noch im Aufbau befindet, strebt die Essenszubereitung für die 20 Teilnehmer und die Verarbeitung der im Gartenbereich angebauten Gemüse und Gewürze an.

Die Einrichtung OSKAR steht unter ärztlicher Leitung, welche gemeinsam mit dem multiprofessionellen Team (Ergotherapeut/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Krankenschwester, Verwaltungskraft und in Zukunft einer Psychologen/-innenstelle) für die therapeutisch-rehabilitative Planung zuständig ist. Grundlegende Voraussetzungen für die medizinische Rehabilitation sind:

- es handelt sich nicht nur um eine vorübergehende Störung,
- die Erkrankung hat zu erheblichen Funktionsstörungen in der Bewältigung des Alltags und Arbeitslebens geführt,
- es kann eine positiver Erwerbsprognose bzw. positive Erfolgsprognose gestellt werden.

Aufgenommen werden Menschen mit schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen, mit affektiven Störungen, mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, außerdem Menschen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Der Antrag auf medizinische Rehabilitation wird in der Regel bei der Deutschen Rentenversicherung oder der jeweiligen Krankenkasse gestellt. Die ambulante medizinische Rehabilitation OSKAR findet in der Regel in einem Zeitraum von sechs Monaten statt.

Einstiegsphase (ca. erster Monat)

Orientierung, Erarbeitung der individuellen Rehabilitationsziele und Rehabilitationsplanung, Einbeziehung der vorherigen behandelnden/betreuenden Stellen, Angehörigen etc., erste arbeitsrehabilitative Diagnostik, ärztliches

Aufnahmegespräch, Kennenlernen des Bezugstherapeuten, Patensystem, Kennenlernen der Arbeitstherapiebereiche, Einstieg in die Ermutigungsgruppe, Sozialarbeitersprechstunde, Kennenlernen der unterstützenden Angebote wie z. B. Ergotherapie, Hirnleistungstraining, Kunsttherapie, Soziotherapie, Sport und Entspannung.

Interne Belastungserprobung (ca. zweiter bis vierter Monat)

Kontinuierliche handlungs- und personenzentrierte Rehabilitationsplanung, gestufte Belastungserprobung in den drei Arbeitstherapiebereichen, erste Planung externer Belastungserprobung, Kennenlernen der Praktikumsgruppe, weitere arbeitsrehabilitative Assessments, ärztlicher und ergotherapeutischer Zwischenbericht, Abstimmung der Rehabilitationsziele, Einzelförderung, regelmäßige Bezugstherapeutengespräche, unterstützende Angebote, s. o.

Externe Belastungserprobung (ca. dritter bis fünfter Monat)

Steigerung der Belastungsfähigkeit mit externen Belastungserprobungen am eigenen Arbeitsplatz, in anderen Einrichtungen des Kölner Vereins e. V. oder in anderen Kölner Betrieben, Steigerung der Arbeitstherapiezeiten in der Einrichtung, Teilnahme an lösungsorientierten Gruppen, Praktikumsgruppe, Anbahnung weiterführender beruflicher Möglichkeiten, unterstützende Angebote, s. o.

Entlassungsphase (ca. sechster Monat)

Planung und Vermittlung der zukünftigen Möglichkeiten mit dem Ziel: Vermittlung in Arbeit oder berufliche Rehabilitation, ärztlicher Entlassungsbericht. Die möglichst frühzeitige Erkennung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Gesamterkrankungsverlauf und die zeitnahe Einleitung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind aus unserer Sicht die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf der beruflichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen.

Jutta Prönneke, Ambulante medizinische Rehabilitation OSKAR

Oskar-Jäger-Str. 175, 50825 Köln

Tel.: 0221/995535-0

E-Mail: oskar@koelnerverein.de

Tagesklinik Arbeitstherapie (TKAT) Bremen Ost

Das Ziel ist es, den Patienten aus der Krankheit in eine leistungsgerechte Arbeit zu begleiten. Die TKAT bietet mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt und durch kontinuierliche Begleitung eine frühe Chance, in individuelle ressourcenorientierte Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten zu kommen.

Das therapeutische Programm:

- ärztlich geleitete Visiten
- differenzierte ärztliche und fähigkeitsorientierte Diagnostik
- psychologische Testungen
- psychiatrische und hausärztliche Behandlung
- therapeutische Einzelsitzungen durch eine feste Bezugsperson
- Gespräche mit Angehörigen, Freunden und Betreuern
- psychoedukative Schulungen
- Vermittlung von Entspannungsverfahren
- Erstellen eines Fähigkeitsprofils nach MELBA
- computergestütztes kognitives Training (Cog-Pack)
- Arbeitstherapie

Kompetenztrainingsgruppen:

- Kompetenztraining Gesundheit
- Kompetenztraining Arbeit
- Kompetenztraining Freizeit

Arbeitstherapie:

- Arbeitsdiagnostik in ergotherapeutisch eng begleiteter Gruppe in den Bereichen: Büro, Fahrradreparatur, Gärtnerei, Industrielle Dienstleistung, Küchenservice, Werkgruppe
- Belastungserprobung durch Praktika in den Regiebetrieben des Krankenhauses zum Beispiel: Archiv, Küche, Schreibdienst, etc.
- Weitere Belastungserprobung und Vorbereitung der beruflichen Integration: Praktika an individuellen Arbeitsorten des 1. oder 2. Arbeitsmarkts

Wir bieten Unterstützung

- beim selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung
- bei der Stärkung vorhandener und Entwicklung neuer Kompetenzen
- bei der Erlangung berufsrehabilitativer Hilfen und Durchsetzung sozialer Rechte

Wir kooperieren im Einverständnis und unter Beteiligung unserer Patienten mit:

- Arbeitgebern, Vorgesetzten und Kollegen
- Lehrern und Ausbildern
- Rehabilitationsberater der Agentur für Arbeit, Rentenversicherungen, Krankenkassen und ärztl.-psychol. Diensten
- Fallmanagern der BAGIS
- allen (berufs-)rehabilitativen Einrichtungen in Bremen und
- niedergelassenen Ärzten/Therapeuten

Klinikum Bremen-Ost TKAT Arbeitstherapie Haus 4

Züricher Str. 40

28325 Bremen

Tel.: 0421/408-2780

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Maik ADLER, Fallmanager, ARGE SGB II, Stadt Gera, Reichstraße 15, 07545 Gera

Dr. Richard AUERNHEIMER, ehem. Staatssekretär, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, Mainz; Geschäftsführer, Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie, Hauptstraße 31, 55576 Badenheim

Sandra BÄR, Bildungszentrum Saalfeld GmbH, Maxhüttenstraße 14, 07333 Unterwellenborn

Pastor Michael BARTELS, Vorsteher, Pommerscher Diakonieverein Züssow e. V., Gustav-Jahn-Straße 1, 17495 Züssow

Manfred BECKER, Projektmitarbeiter, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn; Integrationsfachdienst Berufsbegleitung, Kölner Verein für Rehabilitation, Balthasarstraße 79, 50670 Köln

Dirk BENNEWITZ, Gesamtleiter, Psychosoziales Zentrum, Trägerwerk soziale Dienste in Thüringen, Tungerstraße 9a, 99099 Erfurt

Susanne BONDZIO, Vorsitz Hilfeplankonferenz, Stadt Bielefeld, Niederwall 23, 33602 Bielefeld

Reiner BRAUNERSREUTHER, Referent für öffentlich geförderte Beschäftigung, Bundesagentur für Arbeit, Regensburger Straße 104, 90478 Nürnberg

Uwe BRÜCKMANN, Landesdirektor, Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen, Ständeplatz 6–10, 34117 Kassel

Detlef CHRUSCZ, Referent, Abteilung Rehabilitation, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Prof. Dr. Gerd GRAMPP, Professor, Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Jena, Postfach 100314, 07703 Jena

Axel GRAßMANN, Geschäftsführer, Stadthaushotel Hamburg, Mendelssohnstraße 15c, 22761 Hamburg

Prof. Dr. Petra GROMANN, Professorin, Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Fulda, Marquardstraße 35, 36039 Fulda

Karsten GROTH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Therapeutische Arbeitsstätte, Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Dr. Otto HAHN, Fachdienstleiter, Sozialpsychiatrischer Dienst, Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt, Keilhauer Straße 24, 07407 Rudolstadt

Wilfried HAUTOP, Geschäftsführer, Werkstatt Bremen-Martinshof, Hoffmannstraße 11, 28201 Bremen

Dr. Matthias HEIßLER, Ärztlicher Direktor, Psychiatrische Abteilung, Johanner-Krankenhaus, Am Runden Berge, 21502 Geesthacht

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Erika HUXHOLD, Leiterin, Abteilung Belange behinderter Menschen, Rehabilitation, Sozialhilfe, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin

Dr. Hanno IRLE, Geschäftsbereichsleiter, Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Sabine KANZLER, Geschäftsführerin, Die Brücke Gastronomie und Freizeit gGmbH, Klostersgasse 7, 93318 Neumarkt

Dr. Ulrich KEMPER, Chefarzt, Suchtmedizin LWL-Klinik Gütersloh, Hermann-Simon-Straße 7, 33334 Gütersloh

Rainer KNAPP, Stellv. Vorsitzender BAG: WfbM, Frankfurt; Geschäftsführer, GWW Gemeinnützige Werkstätten, Waldenbacher Straße 34, 71065 Sindelfingen

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn, Eystruperstraße 6, 28325 Bremen

Ulrich KRÜGER, Projektkoordinator, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Sylvia KÜHNEL, Projektleiterin, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen, Bundesagentur für Arbeit, Frau von Selmnitz-Straße 6, 06110 Halle

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ehem. Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal/Kassel; stellv. Vorsitzender, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Neckarweg 4, 34131 Kassel

Markus KURTH, MdB, Sozialpolitischer Sprecher, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Prof. Dr. Gerhard LÄNGLE, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münsterklinik, Hauptstraße 9, 88529 Zwiefalten

Klaus LAUPICHLER, Mitglied, Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V., Am Alten Sportplatz 10, 89542 Herbrechtingen

Gabriele LÖSEKRUG-MÖLLER, MdB, Mitglied Ausschuss Arbeit u. Soziales, SPD-Fraktion, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Dr. Hermann MECKLENBURG, Aufsichtsratsvorsitzender, Kölner Verein für Rehabilitation, Merlostraße 12, 50668 Köln

Prof. Dr. Reinhard PEUKERT, Vorsitzender, Landesverband, Angehörige psychisch Kranker Hessen, Offenbach; Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE; Professor, Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Wiesbaden, Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden

Michael PFLÜGNER, Bereichsleiter, Spezifische Produkte und Programme SGB II, Bundesagentur für Arbeit, Regensburger Straße 104, 90478 Nürnberg

Dr. Niels PÖRKSEN, Projektleiter, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Schmargendorfer Straße 11, 33619 Bielefeld

Rainer RADLOFF, Geschäftsführer, Arbeit Plus in Bielefeld, Niederwall 26–28, 33602 Bielefeld

Jörg ROHDE, MdB, Behindertenpolitischer Sprecher, FDP-Fraktion, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Rainald ROLFES, Institutsambulanz, Klinikum Bremen-Ost, Gröpelinger Heerstraße 104, 28237 Bremen

Matthias ROSEMAN, Geschäftsführer, Träger gGmbH, Teichstraße 65, 13407 Berlin

Prof. Dr. Wulf RÖSSLER, Klinikdirektor, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie ZH West, Militärstraße 8, CH-80 Zürich

Wolfgang RUST, Sozialwissenschaftler, Arbeiter-Samariter-Bund, Gesellschaft für Sozialpsychiatrische Hilfen mbH, Sebaldsbrücker Heerstraße 42, 28309 Bremen

Dr. Dieter SAALMANN, Leitung, Berufliche Rehabilitation Erwachsener, Bildungszentrum Saalfeld, Maxhüttenstraße 14, 07333 Unterwellenborn

Regina SCHMIDT-ZADEL, Vorsitzende, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Hegelstraße 1, 40882 Ratingen

Armin SCHÖNFELDER, 1. Beigeordneter, Landkreis Ostvorpommern, Dominer Straße 71–74, 17389 Anklam

Arndt SCHWENDY, Vorsitzender, Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen, Schöne Aussicht 1a, 51149 Köln

Dr. Ilja SEIFERT, MdB, Behindertenpolitischer Sprecher, Fraktion DIE LINKE, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

Anton SENNER, Bundesgeschäftsführer, BAG-Integrationsfirmen, Nagelsweg 10, 20097 Hamburg

Prof. Dr. Wolfgang SEYD, Professor, Arbeitsbereich Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie, Bewegungswissenschaften, Universität Hamburg, Sedanstraße 19, 20146 Hamburg

Franz-Georg SIMON, Referent, Berufliche Rehabilitation, Spezifische Produkte und Programme SGB III, Bundesagentur für Arbeit, Regensburger Straße 104, 90478 Nürnberg

Friederike STEIER-MECKLENBURG, Geschäftsführerin, BTZ Berufliche Bildung, Hohenstaufenring 16–18, 50674 Köln

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Geschäftsführer, Bethel Stiftungsbereich Vor Ort, Von-der-Tann-Straße 38, 44143 Dortmund; Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Heinrich TIEMANN, Staatssekretär, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin

Thomas UTERMARK, Leiter, Bereich Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur, Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie mbH, Doberaner Straße 44–47, 18057 Rostock

Peter WEIß, MdB, Mitglied Ausschuss Arbeit u. Soziales, CDU/CSU-Fraktion, Platz der Republik 1, 11011 Berlin; Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Dr. Antje WROCISZEWSKI, Sucht- und Psychiatriekoordinatorin, Paulstraße 22, 18055 Rostock

Die Autoren und die Autorinnen der Informationsbeiträge aus dem ArbeitsMARKT sind nur zum Teil namentlich angeführt und den jeweiligen Texten zu entnehmen.

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- Band 1** »Gemeindenaher Psychiatrie«
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
vergriffen Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Krankter – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- nicht* **Regionalkonferenzen über den Bericht**
dokumentiert »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck** »Personalbemessung im komplementären Bereich –
vergriffen vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Band 22** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
vergriffen gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn
- »Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen
mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.):
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,
Freiburg i. Br. 1997
- Band 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 28** »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 29** »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 30** »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 31** »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin

- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 33** Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Oppelner Str. 130

53119 Bonn

Download unter:

www.apk-ev.de