

# Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und Beschäftigung für  
Menschen mit psychischen  
Beeinträchtigungen

Herausgegeben von  
**Regina Schmidt-Zadel**  
**Niels Pörksen**  
**AKTION PSYCHISCH KRANKE**





# Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und Beschäftigung für  
Menschen mit psychischen  
Beeinträchtigungen

Herausgegeben von  
Regina Schmidt-Zadel  
Niels Pörksen  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Die deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Teilhabe am Arbeitsleben** / Aktion Psychisch Kranke.

Regina Schmidt-Zadel ; Niels Pörksen (Hg.). - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2002

ISBN 3-88414-???-?

AKTION PSYCHISCH KRANKE im Internet: [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk)

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2002

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

Redaktion: Bernd Jäger, Beate Kubny-Lüke

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: Clausen & Bosse, Leck

# Inhalt

Begrüßung und Einführung <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	9
Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	
Rede des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Walter Riester	16
Rede des Vorstandsvorsitzenden der Bundesanstalt für Arbeit Florian Gerster	27
Anforderungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben <i>Niels Pörksen</i>	35
Erwartungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben <i>Klaus Laupichler</i>	48
Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems <i>Christian Gredig</i>	57
Überwindung von Barrieren	
Regionale Initiativen zur Überwindung von Barrieren <i>Peter Kruckenberg, Henning Voßberg</i>	74
<b>Platziert rehabilitieren</b>	
Einführung <i>Thomas Reker</i>	85
Die berufliche Entwicklung schizophrener Patienten im Jahr nach der Entlassung aus der Klinik <i>Gerhard Längle</i>	88
Berufliche Rehabilitation im Alltag eines Betriebes <i>Reinhard Saal</i>	99

Das Berner Job Coach Projekt  
*Holger Hoffmann* 105

Integrationsprobleme aus Sicht eines Angehörigen  
*Jürgen Gütschow* 130

### **Barrieren überwinden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**

Arbeitnehmer mit psychischer Behinderung im Betrieb  
*Hans-Gerd Bude* 135

Vorraussetzungen für die Integration von Arbeitnehmern  
mit psychischen Behinderungen  
*Hubert Kirchner* 141

Integrationsfirmen – Ein Weg zur Überwindung von Barrieren  
auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt  
*Anton Senner* 145

Drohendes Abseits – chronisch psychisch kranke  
Menschen und berufliche Rehabilitation  
*Hans-Ludwig Siemen* 153

### **Innovationen in den Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation**

Einführung  
*Knut Lehmann* 163

Der Beitrag der Berufsbildungswerke zur Entwicklung der  
beruflichen Rehabilitation und Teilhabe junger Menschen  
mit psychischen Behinderungen: Möglichkeiten, Grenzen  
und Entwicklungsbedarf  
*Jürgen Bernhardt* 166

Innovationen in Beruflichen Trainingszentren  
*Henning Hallwachs* 172

Die Werkstatt für behinderte Menschen  
*Wilfried Hautop* 178

Innovationen in den Berufsförderungswerken  
*Rainer Marien* 184

Innovationen in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation  
aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke  
und Behinderte  
*Wolfgang Weig* 190

## **Anforderungen an Rehabilitation und Integration**

Leitlinien zur Rehabilitation und Integration  
*Heinrich Kunze, Julia Pohl* 198

Vermittlung chronisch psychisch Kranker in Arbeit  
*Karin Gelfort* 215

Integration psychisch kranker Menschen in Arbeit  
*Rainer Radloff* 222

Betreuung statt Arbeit? Der mühsame Weg  
zur Teilhabe am Arbeitsleben  
*Wolfgang Rust* 227

## **Kommunale und regionale Koordination und Steuerung**

Zentrale Aspekte der regionalen Koordination und Steuerung  
*Knut Lehmann* 238

Kommunale und regionale Steuerung  
aus der Sicht der Integrationsämter  
*Peter Beule, Berthold Deusch* 249

Auf dem Weg zu personenzentrierten Hilfen zur Teilhabe  
am Arbeitsleben – Erfahrungen aus zwei rheinischen Regionen  
*Hermann Mecklenburg, Christiane Haerlin* 259

Rechtsgrundlagen für Koordination und Steuerung  
in der personenzentrierten Versorgung  
*Peter Mrozynski* 278

## **Lohn statt Prämie – Arbeitsplatzsubvention und innovative Entgeltgestaltung**

Lohn statt Prämie  
*Lennart Andersson* 307

Finanzierungsmöglichkeiten von Arbeit auf der Grundlage des BSHG  
*Jutta Hittmeyer* 312

Arbeitsplatzsubvention und innovative Entgeltgestaltung  
*Arnd Schwendy* 321

Arbeitsplatzsubvention und innovative Entgeltgestaltung  
aus gewerkschaftlicher Sicht  
*Burkhard von Seggern* 324

Teilhabe von Menschen mit psychischen  
Beeinträchtigungen – Sozialpolitische Perspektiven

Podiumsdiskussion  
*TeilnehmerInnen: Helga Kühn-Mengel, MdB (SPD), Dr. Irmgard Schwaetzer,  
MdB (FDP), Claudia Nolte, MdB (CDU), Klaus Growitsch, ver.di  
Moderation: Niels Pörksen* 330

Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker –  
Eine Zusammenfassung  
*Niels Pörksen, Karl-Ernst Brill, Bernd Jäger, Christian Gredig* 356

**Autorinnen und Autoren** 396

## **Begrüßung und Eröffnung**

**Regina Schmidt-Zadel**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur Jahrestagung 2002 der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK). Wir sind äußerst erfreut, dass das Thema »Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben« so viel Interesse gefunden hat. Mit über 700 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist dies die bisher größte Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE und es ist der erste Kongress der APK in Berlin. Die Organisation war daher aus der Ferne zu leisten. Ich hoffe, dass alles gut klappt und Sie sich hier genauso wohl fühlen, wie auf den bisherigen Tagungen der APK in Bonn.

Es wurde ein Thema aufgegriffen, dass in der bisherigen Arbeit der APK und auch auf den Tagungen immer wieder angesprochen wurde, aber zumeist von anderen Themen überlagert wurde. Das entspricht der allgemeinen Diskussion unter psychiatrischen Fachleuten, in der das Thema »Arbeit« viel zu selten vorkommt. Mit dieser Tagung soll das Thema aus dem Schattendasein befreit und in den Mittelpunkt gestellt werden.

Dieser Schritt ist überfällig. Die Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen sind alarmierend, dies gilt insbesondere für die chronisch psychisch kranken Menschen. Ich verweise hier nur auf den im letzten Jahr vorgelegten »Ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung«, in dem es unter anderem heißt:

»Chronisch psychisch Kranke befinden sich besonders häufig in schlechter wirtschaftlicher Lage. In einer Untersuchung im Jahr 1994 wurde ermittelt, dass 42,3 % der psychisch Kranken aus dem Erwerbsleben ausgeschieden waren. 16,5 % der chronisch psychisch Kranken waren Langzeitarbeitslose, 12,0 % Sozialhilfeempfänger und 13,9 % waren Frührentner.« [1]

Seit den Empfehlungen der Expertenkommission steht die Gruppe der chronisch psychisch kranken Menschen im Mittelpunkt der Reformbestrebungen und der Arbeit der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen wurden früher häufig vernachlässigt; sie gelten als schwierig und unbequem, weil sich Erfolge im therapeu-

tischen Prozess zumeist nur in kleinen Schritten einstellen, weil erreichte Erfolge immer wieder auch von Rückschlägen bedroht oder zunichte gemacht werden können. Diese Gruppe ist vordringlich auf gesellschaftliche Unterstützung angewiesen, um auch für sie das im SGB IX formulierte Ziel der Teilhabe zu realisieren.

Die Gewährleistung der Teilhabe auch für diese Gruppe ist der zentrale Maßstab, an dem sich das psychiatrische Hilfesystem messen lassen muss. Erst wenn auch die schwer psychisch beeinträchtigten Menschen bedarfsgerechte Hilfen erhalten, kann von einem Erfolg der Psychiatriereform gesprochen werden. Trotz aller Fortschritte sind wir von diesem Ziel noch weit entfernt. Auf dem Gebiet der Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung sind die psychisch kranken Menschen noch einmal gegenüber anderen Behindertengruppen benachteiligt. Das Prinzip »Rehabilitation vor Rente« wird bei psychisch Kranken eindeutig nicht umgesetzt. Fast noch schlimmer scheint es mir, dass allzu viele psychisch kranke Menschen überhaupt nie in ihrem Leben Zugang zum Arbeitsleben finden. Wir alle wissen, wie bedeutsam dieser Bereich in unserer Gesellschaft ist, wie stark verknüpft mit Anerkennung, Selbstachtung und natürlich eigenem Einkommen. Es ist unser aller Pflicht, uns hier für eine stärkere Unterstützung psychisch kranker Menschen einzusetzen.

Doch allein die Vermehrung institutioneller Hilfen führt nicht unbedingt zu einer qualitativen Verbesserung des Hilfeangebotes. Wenn Hilfen unkoordiniert nebeneinander erbracht werden, führt dies zu einer strukturbedingten Verschwendung therapeutischer und finanzieller Ressourcen. Dies bemängelten bereits die Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 [3]. Es führt aber auch zu Enttäuschungen und zusätzlichen Erlebnissen des Scheiterns. Gerade chronisch psychisch Kranke brauchen integrierte Hilfen.

1998 hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Forschungsprojekt für den Bereich »allgemeine Psychiatrie« abgeschlossen [2]. Darin wird die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen als viel zu sehr an Einrichtungskonzeptionen – so genannten »Bausteinen« – und als viel zu fragmentiert kritisiert. Ein Umstieg von der angebotsorientierten zur am individuellen Bedarf orientierten Versorgung wird empfohlen. Ein solcher Paradigmenwechsel von institutions- zu personenzentrierten Hilfen ist auch für die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben dringend erforderlich.

Wir sind sehr froh, dass das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung der AKTION PSYCHISCH KRANKE mit einem Projektauftrag ermöglicht hat, sich mit dem Stand und den notwendigen Perspektiven der Rehabilitation psychisch kranker Menschen zu befassen. Dafür an dieser Stelle meinen herzlichen Dank an Herrn Minister Riester, an dich, lieber Walter. Schön auch, dass du heute gekommen bist und mit deiner Teilnahme und deinem Beitrag die Tagung, vor allem aber die Teilhabe psychisch kranker Menschen nachdrücklich unterstützt.

An dieser Stelle möchte ich auch ganz herzlich Florian Gerster begrüßen – Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit, die bald einen schöneren Namen erhalten soll. Dass du dir, so kurz nach Amtsantritt, die Zeit nimmst, hier zum Thema »Teilhabe von psychisch Kranken« zu sprechen, werten wir als sehr positives Signal. Das entspricht allerdings auch deinem bisherigen Engagement für psychisch kranke und andere behinderte Menschen. In deinem Zuständigkeitsbereich als Sozial- und Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz hat es ja deutschlandweit das erste Umsetzungsprojekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE zum Personenzentrierten Ansatz gegeben. Des Weiteren hast du unter Bezugnahme auf die Empfehlungen der APK in Rheinland-Pfalz unter dem Namen »Hilfe nach Maß – selbstbestimmtes Leben« auch das bahnbrechende Projekt zu einer am individuellen Bedarf orientierten Finanzierung von Hilfen für behinderte Menschen durchgeführt, in dem »persönliche Budgets« festgelegt wurden. Nach den positiven Erfahrungen in Rheinland-Pfalz konnte dies bereits im SGB IX aufgenommen werden und soll nun in allen Ländern erprobt werden.

Zurück zum Bundesministerium für Arbeit. Das BMA fördert diese Tagung. Auch dafür herzlichen Dank. Ein besonderer Dank sei den Mitarbeitern des zuständigen Referats, Herrn Dr. Petrich und Herrn Larbig, ausgesprochen, die in der Arbeitsgruppe des Projekts mitarbeiten. Sie haben die Arbeit maßgeblich inhaltlich unterstützt. Wir sind sehr zufrieden mit der guten Zusammenarbeit.

Die Philosophie der personenzentrierten maßgeschneiderten Hilfen hat ja inzwischen auch in die Gesetzgebung Eingang gefunden, zum Beispiel in das Job-AQTIV-Gesetz, das einen individuellen Eingliederungsvertrag vorsieht. Die Zeit der isolierten Hilfeleistungen in abgeschlossenen Einrichtungen sollte vorbei sein. In der Sozialgesetzgebung der letzten Jahre haben wir uns insbesondere

dem Thema der Verzahnung und Vernetzung der Leistungen gewidmet und – wie ich meine – einige Erfolge erzielt:

Als wichtige Fortschritte im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 sind hier die verbesserten Möglichkeiten zu Schaffung von Institutsambulanzen an Psychiatrischen Kliniken, die Integrationsbehandlung und die Soziotherapie zu nennen. Zentrale Aufgaben der Soziotherapie sind die Hinführung zu geeigneten Hilfen und deren Koordination in engem Kontakt mit dem Patienten oder der Patientin. Hier werden Brücken über Einrichtungsgrenzen hinweg gebaut.

Im Mittelpunkt des gerade in Kraft getretenen SGB IX steht die Zusammenführung verschiedener Leistungen im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer. In diesem Falle geht es um die verschiedenen Formen der Rehabilitation bzw., nach neuem Jargon, der ›Hilfen zur Teilhabe‹. Der Zugang wird über alle Grenzen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträger hinweg vereinfacht und vereinheitlicht. Der an Rehabilitation Interessierte kann sich ohne eigene Zuständigkeitsprüfung an jeden Rehabilitationsträger oder an eine übergreifende Servicestelle wenden.

Mit dem SGB IX sind auch programmatische Vorgaben verbunden, z.B. die Verpflichtung der Leistungsträger zur wohnortnahen Vorhaltung der erforderlichen Hilfen. Rechtlich sind positive Entwicklungen festzustellen, die es gilt in der Praxis umzusetzen. Die Erfahrung zeigt, dass dies oft ein schwieriger Prozess ist. Trotz langjähriger Erprobung mit anschließend bundesweiter Empfehlung gibt es nach wie vor viel zu wenige RPK (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke). Trotz des Vorrangs ambulanter medizinischer Rehabilitation nach SGBV fehlen entsprechende Angebote fast vollständig. Die Politik darf und wird sich aus diesem Prozess nicht ausklinken. Es ist ein Novum, dass nach § 66 SGB IX bereits *im* Gesetz eine Überprüfung der Auswirkungen des Gesetzes festgelegt wurde. Bis zum 31.12.2004 ist ein Bericht vorzulegen, nach dem auch zu prüfen sein wird, ob und wo weiterer Handlungsbedarf für Politik und Gesetzgebung besteht.

Jede Ausgrenzung psychisch kranker Menschen ist unserer Gesellschaft unwürdig und ich bin froh, dass es hier unübersehbare Fortschritte gibt. Das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bezieht sich jedoch auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben. In diesem Bereich können wir nicht zufrieden sein.

Hier sind große Anstrengungen erforderlich. Fachleute werden gebraucht, die die erforderlichen Hilfen im Einzelfall leisten. Es ist aber auch ein konstruktives Zusammenwirken mit der Arbeitswelt erforderlich, um die finanziellen Rahmenbedingungen sowie ein möglichst vorurteilsfreies Umfeld in den Betrieben zu schaffen. Auch der Gesichtspunkt ›Prävention‹, inklusive ›Rückfallprävention‹ ist wichtig. In der betrieblichen Suchtprävention gibt es bereits einige Fortschritte.

Ich hoffe, diese Tagung kann einen Beitrag dazu leisten, dem Prozess der personenzentrierten Gestaltung der Hilfen zur Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben nachhaltigen Auftrieb zu verleihen. Ich wünsche uns den Mut, hierbei auch Strukturen und Gewohntes infrage zu stellen. In diesem Hilfebereich ist ein Reformschub überfällig.

## Literatur

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001
2. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band I, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116, Baden-Baden 1999
3. BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988

**Teilhabe am Arbeitsleben von  
Menschen mit psychischen  
Beeinträchtigungen**

## Rede des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Walter Riester

Verehrte Regina Schmidt-Zadel, meine Damen und Herren,

Politik für körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen ist ein vordringliches sozialpolitisches Anliegen dieser Bundesregierung. Sie ist für uns kein Randbereich politischen Handelns. Das zentrale Ziel der Bundesregierung, die Arbeitslosigkeit abzubauen, Menschen in Arbeit zu bringen, stimmt völlig mit dem Ziel dieses Kongresses überein, etwas für die Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben zu tun. Daher danke ich der AKTION PSYCHISCH KRANKE ganz herzlich für die Initiative zu diesem Kongress und natürlich besonders für die freundliche Einladung, ihn eröffnen zu dürfen.

In den nächsten zwei Tagen werden sich Fachleute verschiedener Einrichtungen intensiv mit der Frage befassen »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«. Und ich denke, Sie stimmen mir zu, wenn ich sage, das ist ein Thema mit hoher Brisanz vor allem für jene Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen Probleme haben, am Arbeitsleben teilzuhaben.

Es ist eine gesicherte Erkenntnis, dass berufliche Teilhabe über den Gelderwerb hinaus eine ganz zentrale Bedeutung für die soziale Anerkennung der Menschen hat. Teilhabe am Arbeitsleben steigert nachhaltig das Selbstwertgefühl eines jeden von uns, bedeutet soziale Kontakte, bedeutet Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und das gilt natürlich in besonderem Maße für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Zu den Aktiva gehört, dass sich das Selbstverständnis von behinderten Menschen, auch der mit psychischen Behinderungen, in den letzten Jahrzehnten tiefgreifend verändert hat. Ja, wir können sogar von einem Paradigmenwechsel sprechen, der Teilhabe und Selbstbestimmung vor die Fürsorge gestellt hat. Auch psychisch beeinträchtigte Menschen haben wie andere behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen oft Fähigkeiten, die sie – wie jeder von uns – gern beweisen wollen. Dazu brauchen sie allerdings die Möglichkeit und auch unsere Solidarität. Und ich denke, auch mit diesem Kongress bereiten wir den Boden für ein breiteres Be-

wusstsein in der Gesellschaft, dass die Bereitschaft fördert, die betroffenen Menschen zu unterstützen.

Das Grundgesetz ist da voll auf unserer Seite. 1994 ist der Artikel 3 Absatz 3 unserer Verfassung um den Satz 2 erweitert worden: »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden«. Es ist gut, dass wir das getan haben. Es ist bedauerlich, dass wir es überhaupt tun mussten. Und es wäre viel besser um uns alle bestellt, wenn wir diesen Satz im Grundgesetz eines Tages wieder streichen könnten, weil wir solch eine Regelung nicht mehr nötig haben. Auch das sollte einmal gesagt werden.

Unsere Politik für behinderte Menschen in dieser Legislaturperiode steht auf *drei Säulen*.

Die *erste* Säule ist das im Oktober 2000 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter. Der Abbau der bis 1998 auf ein viel zu hohes Maß angewachsenen Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen ist ein ganz wesentlicher Schwerpunkt unserer Arbeit. Unser Ziel ist es, in drei Jahren, nämlich von Oktober 1999 bis Oktober 2002 die Zahl arbeitsloser schwerbehinderter Menschen um rund 50.000 zu verringern. Dass dies ein ehrgeiziges Ziel ist, wissen wir. Doch die Zwischenergebnisse sind ermutigend – bis März des Jahres konnte die Ausgangszahl bereits um 27.000 verringert werden. Und erfreulich ist auch der Rückgang der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen. Er ist im Vergleich zur allgemeinen Arbeitslosigkeit überdurchschnittlich.

Die *zweite* Säule unserer Behindertenpolitik und gleichzeitig die umfangreichste Neuerung in dieser Legislaturperiode war die Verabschiedung des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches zum 1. Juli letzten Jahres. Damit haben wir eine alte Forderung erfüllt, nämlich die, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und im Sozialgesetzbuch als *eigenes* Buch zusammenzufassen. Und wir haben insgesamt *61 Leistungsverbesserungen* in das Neunte Buch hineingeschrieben; Verbesserungen, die durchweg auch den psychisch kranken Menschen zugute kommen können.

Ich möchte auch hier noch einmal darauf hinweisen, einfach deshalb, weil es gar nicht selbstverständlich ist bei so umfangreichen Gesetzesvorhaben: Das Sozialgesetzbuch Neun wurde entsprechend dem Politikverständnis dieser Bundesregierung im Dialog mit allen

Beteiligten entwickelt. Ich denke dabei neben vielen anderen auch an die Gastgeberin dieser Tagung, die AKTION PSYCHISCH KRANKE. Auch nach In-Kraft-Treten des SGB IX gelten die bewährten Grundsätze der Rehabilitationspolitik für uns weiter, die da lauten:

- »Prävention vor Rehabilitation«,
- »Rehabilitation vor Rente und Pflege«,
- »Selbsthilfe vor Fremdhilfe«,
- »ambulant vor stationär« und
- »so viel Normalität wie möglich«.

Ich meine, dass wir in der Politik für – und ich betone – vor allem *mit* behinderten Menschen einen neuen entscheidenden Schritt gegangen sind. Denn das Sozialgesetzbuch Neun erlaubt uns, die genannten Grundsätze mit noch besseren Ergebnissen für die Betroffenen umzusetzen. Mit dem SGB IX hat die Politik den Rahmen geschaffen, der es auch den seelisch behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ermöglicht, ihre eigenen Belange so weitgehend wie möglich selbst zu bestimmen. Das Sozialgesetzbuch Neun eröffnet neue Möglichkeiten, und dies ist ganz wichtig für psychisch beeinträchtigte Menschen: Sie erlauben uns bei der Förderung dieser Menschen eine Umorientierung von einer in der Vergangenheit allzu oft einrichtungszentrierten Sichtweise hin zur personenzentrierten und ressourcenorientierten Sichtweise.

Von den vielen Neuerungen und Verbesserungen des SGB IX möchte ich hier nur drei ansprechen, weil sie auch ganz erhebliche Auswirkungen auf den Personenkreis der psychisch behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen haben:

*Erstens* – Die Prävention: Wir stärken den vorhin erwähnten und bewährten Grundsatz »Prävention vor Rehabilitation«, indem wir die Rehabilitationsträger verpflichten, Empfehlungen zu vereinbaren. Sie sollen die Einbindung von Ärzten in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe regeln. Denn ganz besonders bei psychischen Beeinträchtigungen gilt: Vorbeugen ist besser als heilen!

*Zweitens* – Der schnellere Zugang zu Rehabilitationsleistungen: Es kam in der Vergangenheit leider zu oft vor, dass Unstimmigkeiten zwischen den Rehabilitationsträgern – zum Beispiel über die Zuständigkeit oder über vorläufige Leistungen – zulasten der behinderten Menschen gingen. Es kam teilweise zu langen Wartezeiten, bis die notwendigen Entscheidungen getroffen wurden. Mit dem

SGB IX wird der Zugang zu den erforderlichen Leistungen beschleunigt: Die Leistungsträger müssen ihre Entscheidung über die zustehenden Rehabilitationsleistungen innerhalb weniger Wochen treffen. Denn auch für die Rehabilitation psychisch Beeinträchtigter gilt: Wer rasch hilft, der hilft doppelt!

*Drittens* – Die gemeinsamen Servicestellen: Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sollen in den gemeinsamen Servicestellen, die die Rehabilitationsträger bis Ende dieses Jahres bundesweit einrichten müssen, umfassende Unterstützung bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, der Entscheidungsvorbereitung, der Inanspruchnahme, der Koordinierung von Leistungen und bei nachgehenden Hilfen erhalten. Mit Einrichtung dieser ortsnahen Servicestellen können wir feststellen: Endlich hat das Denken nur für den Kreis der eigenen Versicherten damit ein Ende!

Die *dritte* Säule unserer Politik für behinderte Menschen schließlich ist das in diesem Monat in Kraft getretene Behindertengleichstellungsgesetz. Hier geht es um Gleichstellung und Barrierefreiheit. Das heißt: Niemand soll vom öffentlichen Leben in seinen vielen Facetten ausgeschlossen werden, niemand soll im öffentlichen Leben benachteiligt werden.

Kurz gesagt, liegt eine Benachteiligung behinderter Menschen immer dann vor, wenn Behörden behinderte und nicht behinderte Menschen ohne zwingenden Grund unterschiedlich behandeln. Werden Menschen dadurch in ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt, greift ab 1. Mai das Benachteiligungsverbot. Im Mittelpunkt steht die Barrierefreiheit. Es darf im öffentlichen Leben keine Barrieren für behinderte Menschen geben. Selbstverständlich gilt dieser Anspruch auch für psychisch kranke oder behinderte Menschen.

Wir wissen, dass wir mit dem SGB IX und dem Gleichstellungsgesetz nicht alle Probleme behinderter Menschen gelöst haben. Doch wir haben einen großen Schritt getan. Wir haben den rechtlichen Rahmen geschaffen, der es ermöglicht, behinderungsbedingte Nachteile durch besondere Leistungen zu überwinden und zu einer Gleichbehandlung behinderter Menschen mit nichtbehinderten Menschen zu kommen.

Beim SGB IX liegt es jetzt an den für die Ausführung verantwortlichen Rehabilitationsträgern, die ihnen gegebenen Möglichkeiten so zu nutzen, dass die gesteckten Ziele erreicht und die Erwar-

tungen auch erfüllt werden. Ich bin davon überzeugt, dass alle Beteiligten hierfür besondere Anstrengungen unternehmen. Wir haben deshalb auch vorgesehen, in regelmäßigen Abständen Bilanz zu ziehen. Eine erste Auswertung zum SGB IX zur bundesweiten Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Bilanz ziehen, das wollen wir auch auf dieser Tagung, indem wir uns fragen: Tun wir genug für die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, damit sie adäquate Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten finden? Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass Menschen mit einer seelischen Behinderung in vielerlei Hinsicht andere Bedürfnisse haben als organisch oder geistig behinderte Menschen. Das muss bei der Koordinierung der Teilhabeleistungen berücksichtigt werden. Deshalb findet sich auch die Regelung im § 10 Abs. 3 SGB IX, wo es ganz klar heißt: »Den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.« Nun gilt es, diese gesetzliche Verpflichtung mit Leben zu füllen.

Inwieweit haben psychisch beeinträchtigte Menschen besondere Bedürfnisse? Es ist bekannt, dass psychische Erkrankungen mit chronischem Verlauf und daraus resultierende Behinderungen sich nicht unbedingt gleichförmig entwickeln. Kennzeichnend für den Charakter psychischer Erkrankungen ist bei chronischem Verlauf, dass neben eingetretenen Behinderungen jeder Zeit akute Krankheitsphasen auftreten können und psychische Funktionseinbußen nicht in einem endgültigen Zustand münden.

Die herkömmliche Abfolge: Prävention – Akutbehandlung – Rehabilitation – Nachsorge ist daher für den Personenkreis der psychisch erkrankten und behinderten Menschen nur bedingt anwendbar. Leistungen der Behandlung, Pflege und Rehabilitation sind – je nach Krankheitsverlauf und dem Hilfebedarf des Betroffenen – flexibel kombiniert. Sie sind entsprechend dem Bedarf des Einzelnen stufenweise aufgebaut und gegebenenfalls wiederholt zu gewährleisten. Wie bei keiner anderen Erkrankung müssen Maßnahmen der Krankenhausbehandlung sowie der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation ineinander greifen und miteinander verflochten sein. Zu jeder Zeit muss z.B. während einer beruflichen Rehabilitation der Zugang zur Krankenbehandlung möglich sein. Ich weiss, dass die Notwendigkeit eines jederzeit möglichen Zugriffs auf

die Leistungen unterschiedlicher Kostenträger unser gegliedertes System vor besondere Herausforderungen stellt.

Als weitere Besonderheit psychischer Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass die Krankheit und Behinderung sicher für die Betroffenen wie auch für andere vielfach nur schwer zu verstehen sind. Dies führt häufig zu neuen Benachteiligungen. Die noch immer vorhandenen Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Behinderungen haben hier ihre wesentliche Ursache. Aber auch bei den Fachleuten ist nicht immer ausreichendes Wissen über psychische Erkrankungen und die daraus resultierenden Behinderungen vorhanden.

Als ein Charakteristikum psychischer Erkrankungen wird beschrieben, dass die Fähigkeiten bei Betroffenen eingeschränkt sind, soziale Rollen etwa in der Familie, im Freundeskreis oder im Betrieb entsprechend den Erwartungen der Umwelt auszufüllen. Für ihn wie auch für die Menschen in der sozialen Umgebung ist zunächst in der Regel nicht erkennbar, ob z.B. Inaktivität krankheitsbedingt ist oder ob sie Folge mangelnden Willens ist.

Diese Schwierigkeit aller Beteiligten, krankheitsbedingte Störungen und Einschränkungen zu erkennen, führt vielfach auch zu einer Beeinträchtigung in der Fähigkeit, notwendige Hilfen frühzeitig in Anspruch zu nehmen bzw. zu gewähren.

Ich denke, wir alle hier sind uns einig: Seit die Bundesregierung Mitte der 70er-Jahre die Psychiatrie-Enquete in Auftrag gab, hat sich vieles für die psychisch beeinträchtigten Menschen in Deutschland getan. Vieles hat sich zum Besseren gewendet. So ist in den vergangenen 25 Jahren ein sehr differenziertes Rehabilitationsangebot für psychisch kranke und behinderte Menschen bei uns entstanden. Als Spezialeinrichtungen für diesen Personenkreis möchte ich die Beruflichen Trainingszentren und die »RPK«, die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, ausdrücklich nennen.

Berufliche Trainingszentren, kurz BTZ genannt, sind regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation vorrangig für erwachsene psychisch behinderte Menschen, die bereits über eine Ausbildung verfügen. Ziel der Trainingsmaßnahmen in den bundesweit zehn BTZ ist es, die berufliche Perspektive in jedem Fall realistisch abzuklären und die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen. In den etwa 50 RPK erhalten die psychisch beeinträchtigten Menschen durch ein interdisziplinäres Team möglichst

gemeindenah die nötigen Hilfen, die sie im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe zum Arbeitsleben benötigen.

Ich freue mich, dass im Gegensatz zur Zeit bis in die achtziger Jahre psychisch beeinträchtigte Menschen heute auch fast in allen Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken aufgenommen werden, Einrichtungen, die sich primär an die Gruppe der körperlich und lernbehinderten Menschen richten. Psychisch beeinträchtigte Menschen arbeiten in Integrationsprojekten, in Werkstätten für behinderte Menschen bzw. in eigens für ihren Personenkreis geschaffenen Zweigwerkstätten. Im ambulanten Bereich kümmern sich Berufsbegleitende Dienste darum, bestehende Arbeitsverhältnisse von psychisch Erkrankten zu erhalten. Und die Integrationsfachdienste, deren bundesweite Existenz und deren Förderung wir ebenfalls ausdrücklich in das SGB IX geschrieben haben, suchen für arbeitslose psychisch Kranke und Behinderte adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, bevorzugt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Sie sehen: Das Angebot an rehabilitativen Möglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte ist sehr vielfältig. Wir müssen aber gleichzeitig feststellen: Anders als bei körperlich bzw. geistig behinderten Menschen ist das Reha-Angebot für psychisch beeinträchtigte Menschen viel unterschiedlicher strukturiert.

So gibt es regionale Unterschiede, was die Anzahl und die Art der vorhandenen Einrichtungen betrifft. Wir wissen von verschiedenen Aufnahmekriterien der einzelnen Reha-Einrichtungen für psychisch Beeinträchtigte. Und der konkrete Ablauf der Reha-Maßnahmen kann sich auch wieder anders gestalten, und das oft nur in Abhängigkeit davon, wo der Betroffene seinen Wohnsitz hat. Wenn dann noch festgestellt werden muss, dass sich hinter identisch bezeichneten Einrichtungen tatsächlich unterschiedliche Rehabilitationsangebote für die psychisch beeinträchtigten Menschen verbergen, kann das keineswegs zufrieden stellen.

Und auch wenn die Vielfalt an Reha-Angeboten durchaus den regional unterschiedlichen Finanzierungs- und Umsetzungsmöglichkeiten entsprechen mag – für die Betroffenen – und um die geht es uns – ist dieses Angebot wegen seiner Unübersichtlichkeit oft kaum durchschaubar.

Dies ist unbefriedigend. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen: Wir reden über Reha-Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen, von denen morgen jeder von uns betroffen sein

kann. Es ist wahrscheinlich noch immer nicht ausreichend bekannt, wie sehr psychische Störungen insgesamt verbreitet sind. So gehen Fachleute davon aus, dass etwa ein Drittel der gesamten Bevölkerung im Laufe des Lebens irgendwann an einer psychischen Störung leidet. Etwa jeder zehnte Bundesbürger leidet im Laufe eines Jahres unter seelisch bedingten Störungen. Und eine solche Störung verläuft bei immerhin etwa 3 bis 5 % der Bevölkerung so schwer, dass eine längerfristige Behandlung bzw. Rehabilitation erforderlich ist. Etwa 200.000 Menschen bedürfen pro Jahr einer Krankenhausbehandlung.

Die Träger der vorhandenen Reha-Einrichtungen haben sich in erheblichem Umfang auf die Rehabilitation psychisch behinderter Menschen eingestellt. Ich möchte dies ausdrücklich hervorheben, dass ich darin ein gutes Zeichen sehe. Die Verantwortung für behinderte Menschen wird von den Trägern der Reha-Einrichtungen ernst genommen.

So ist davon auszugehen, dass pro Jahr etwa 3.000–5.000 psychisch behinderte Menschen in den Berufsförderungswerken (BfW) ein Rehabilitationsangebot erhalten. Etwa 1.300 Menschen mit psychischen Behinderungen werden in Berufsbildungswerken (BbW) rehabilitiert. Damit haben sich diese Einrichtungen aus eigenem Antrieb dieser für sie neuen Aufgabe gestellt. Und das, obwohl die Rehabilitation psychisch behinderter Menschen ursprünglich nicht zum Versorgungsauftrag der BfW und BbW gehörte. Ähnliches gilt für die Werkstätten für behinderte Menschen, die in zunehmender Zahl psychisch behinderte Menschen unter anderem in ihren Zweigwerkstätten beschäftigen. Ich möchte mich heute ganz besonders für dieses Engagement zum Wohle der psychisch behinderten Menschen bedanken.

Natürlich gibt es weiterhin noch viel zu tun. Lassen Sie mich einige Probleme nennen:

*Die RPK-Vereinbarung:* Die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) gründen sich auf eine Vereinbarung aus dem Jahr 1987, die – und das war und ist etwas Besonderes – gemeinsam von den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung sowie der Bundesanstalt für Arbeit geschlossen wurde. Diese Vereinbarung ist nun fast 15 Jahre alt und entspricht in einigen Teilen nicht mehr den Ansprüchen an eine moderne Rehabilitation. Genau wie bei den Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken ist auch

hier die Entwicklung weiter gegangen. Eine neue RPK-Vereinbarung ist seit Jahren in Arbeit. Ich wünsche uns, dass sie bald verabschiedet wird und in die praktische Arbeit Eingang findet.

*Regionale Unterschiede:* Ich sagte es bereits: Es gibt große Unterschiede in den Regionen bei den Reha-Angeboten. So ist in den neuen Bundesländern nur *ein* Berufstrainingszentrum für psychisch Kranke tätig. Ich wünsche mir, dass hier verstärkt darüber nachgedacht wird, ob die regionalen Versorgungsangebote ausreichen. In Zukunft muss es darum gehen, das erreichte Reha-Angebot zu festigen, es muss auch darum gehen, neue Angebote im erforderlichen Umfang zu entwickeln.

Das Bundesarbeitsministerium hat sich seiner Verantwortung für ein an den Bedürfnissen der psychisch Beeinträchtigten ausgerichtetes Reha-Angebot gestellt: Wir fördern seit Mai 2000 ein auf drei Jahre angelegtes und von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführtes *Forschungsprojekt* mit der Bezeichnung »Bestandsaufnahme der Rehabilitation psychisch Kranker/Behinderter« mit mehr als einer halben Million Euro. Und das vor folgendem Hintergrund:

1. Bis heute gibt es *keine umfassende* Bestandsaufnahme, die ein Gesamtbild der für psychisch beeinträchtigte Menschen vorhandenen Reha-Angebote gibt.
2. Völlig fehlt eine geschlossene Betrachtung von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe und Eingliederung *im Kontext* mit weiteren, im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Reha oder Krankenbehandlung und sozialen Eingliederung, die wiederum
3. die Grundlage für Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung der Reha psychisch kranker bzw. behinderter Menschen bilden kann.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE bearbeitet im Rahmen des Forschungsprojekts folgende Fragen- und Themenkomplexe:

- Eine funktionale Beschreibung von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe und Eingliederung sowie des Personenkreises »psychisch kranke und behinderte Menschen«,
- die Beschreibung vorhandener Einrichtungen und Dienste im Bereich der beruflichen Teilhabe und Eingliederung,
- die Untersuchung der Effektivität der Teilhabe- bzw. Eingliederungsmaßnahmen,

- eine Bewertung der Einrichtungen und Dienste und der von diesen durchgeführten Maßnahmen.

Am Ende des Projekts soll die APK dem Bundesarbeitsministerium Vorschläge zu folgender Frage machen: *Wie können die bestehenden Angebote zur beruflichen Teilhabe bzw. Eingliederung psychisch kranker und behinderter Menschen sinnvoll weiterentwickelt werden?*

Dieses Projekt verfolgen wir im BMA mit großer Aufmerksamkeit. Es wird von einem Beirat begleitet, in dem Selbsthilfef Verbände psychisch behinderter Menschen vertreten sind, aber auch zahlreiche Vertreter aus Reha-Einrichtungen, die Reha-Träger sowie zahlreiche Fachleute aus der Psychiatrie mitwirken. Die Ergebnisse des Projektes werden zwar erst im Jahre 2004 erwartet, doch lassen sich schon heute bestimmte Erkenntnisse als Zwischenergebnisse formulieren, die alle um die wichtige Frage kreisen: *Wie kann Arbeit mehr als bisher zum integrativen Bestandteil einer erfolgreichen Rehabilitation für psychisch beeinträchtigte Menschen gemacht werden?*

Ich möchte abschließend kurz die m.E. wichtigsten Zwischenergebnisse des Projekts »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker/Behinderter« aufzeigen. Die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben sollte als wichtigstes Ziel betrachtet werden. Die vielschichtige Bedeutung von Teilhabe am Arbeitsleben und auch die sozialen, gesundheitlichen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit sind in den letzten Jahrzehnten wiederholt untersucht und beschrieben worden. Ein zentraler Aspekt ist, dass die Teilhabe an der Erwerbsarbeit und das dadurch erzielbare Einkommen die Lebenssituation der Menschen wesentlich bestimmt. Das gilt für die psychisch beeinträchtigten Menschen ebenso wie für jeden anderen.

Außerdem hat die Teilhabe am Arbeitsleben gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen große Bedeutung, denn Arbeit verschafft ihnen ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer. Teilhabe am Arbeitsleben bietet ihnen eine wichtige Möglichkeit, sich in normalen sozialen Rollen zu engagieren und sich nicht als Patient zu fühlen. Und was ganz wichtig für diesen Personenkreis ist: Arbeit bietet ein wirksames Mittel zur Tagesstrukturierung.

In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, dass die Integra-

tion in ein solches Arbeitsverhältnis gelingt, das den Neigungen und Fähigkeiten des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entspricht. Es müssen sowohl Überforderung als auch Unterforderung vermieden werden. Das entspricht auch dem SGB IX. Dabei sollte es um das gesamte Spektrum von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten gehen: Von stundenweiser Tätigkeit bis zur Vollzeitbeschäftigung, möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, aber auch in Werkstätten für behinderte Menschen und in Integrationsprojekten.

Die heutige Tagung bietet Gelegenheit, die Ergebnisse des Forschungsprojektes »Bestandsaufnahme der Rehabilitation psychisch Kranker« kennen zu lernen. Die Rehabilitation psychisch behinderter Menschen stellt uns vor *besondere* Herausforderungen. Ich würde es von daher begrüßen, wenn in einer breiten Diskussion neue Impulse gegeben werden könnten. Ich bin mir sicher, dass diese Tagung einen wichtigen Beitrag zur Integration psychisch behinderter Menschen in Familie, Beruf und die Gesellschaft leisten wird. In diesem Sinne wünsche ich der Konferenz einen erfolgreichen Verlauf. Vielen Dank.

## **Rede des Vorstandsvorsitzenden der Bundesanstalt für Arbeit**

**Florian Gerster**

Ich freue mich, liebe Regina Schmidt-Zadel, verehrte Frau Vorsitzende, dass ich die Einladung an meinen Vorgänger übernehmen konnte. Gerne knüpfe ich an frühere Kontakte zur AKTION PSYCHISCH KRANKE an. Die Bundesanstalt für Arbeit trägt in besonderem Maße dazu bei, dass die Beteiligung am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen, für psychisch behinderte Menschen immer häufiger zum Normalfall und nicht zum Ausnahmefall wird.

In meiner Amtszeit als Sozial- und Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz von 1994–2002 zog sich das Thema Psychiatriereform wie ein roter Faden durch meine Arbeit. Ich wage zu behaupten, dass sich in Rheinland-Pfalz für psychisch kranke Menschen in diesen Jahren mehr verändert hat als Jahrzehnte vorher. Und das liegt nicht einmal an dem zuständigen Gesundheitsminister, sondern es lag daran, dass es eine Bürgerbewegung im besten Sinne war, in der sich Wissenschaft, engagierte Betroffene, Psychiatrie-Erfahrene, aber auch Menschen des öffentlichen Lebens zusammen getan haben.

Ich fand es ausgesprochen erfreulich, dass es in den letzten zehn Jahren keinen einzigen Fall gab, in dem sich eine Kommune gegen die Einrichtung einer Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen in einem Wohngebiet gewehrt hätte. Diese Themen wurden noch vor nicht langer Zeit öffentlich nicht immer so behandelt, wie es notwendig war. In den letzten zehn Jahren haben wir hinsichtlich solcher Themen eine Normalisierung erreicht, die außerordentlich erfreulich ist. Eine Normalisierung, die übrigens auch die Fantasie der Menschen prägt: Psychisch zu erkranken liegt bei vielen Menschen nicht mehr außerhalb ihrer Vorstellungskraft.

Als Gesundheitsminister habe ich immer wieder betont, dass keiner von sich sagen kann, dass er 100%-ig gesund oder 100%-ig krank ist. Der Normalfall von somatischen Krankheiten könnte auf einer Skala zwischen 10 und 90 liegen. Manche haben gelernt, mit ihren Beschwerden zu leben. Andere fühlen sich gesund, können aber aus heiteren Himmel einen Warnschuss bekommen.

Bei der psychischen Krankheit herrschte lange die Vorstellung, dass sie auf einen relativ abgrenzbaren Personenkreis beschränkt ist

und die große Mehrheit davon nicht betroffen. Diese Überzeugung hat sich geändert. Und keiner kann für sich – wie das für körperliche Krankheiten gilt – ausschließen, bis zu einem gewissen Grade psychisch krank zu sein oder psychisch krank zu werden. Deswegen ist eine bessere Integration psychisch kranker Menschen im besten Sinne auch eine Vorsorge für eine mögliche persönliche Betroffenheit und für die Betroffenheit im persönlichen Umfeld.

Am meisten hat mich gefreut, meine Damen und Herren, dass sich in Rheinland-Pfalz, und das gilt sicher auch für viele andere deutsche Bundesländer, Menschen für psychisch Kranke engagiert haben, die sich genauso gut für andere öffentliche Belange hätten einsetzen können, etwa für Sport oder Kultur. Als Beispiel möchte ich Roswitha Beck nennen, die Frau des Ministerpräsidenten und Vorsitzende eines Fördervereins für die Psychiatrie in Rheinland-Pfalz. Sie hat im Laufe der Zeit eine hohe finanzielle Summe, schätzungsweise einen sechsstelligen D-Mark-Betrag, für Einrichtungen und für psychisch kranke Menschen gesammelt.

Ich kann mich noch sehr genau an meine Zeit als junger Abgeordneter im Landtag Ende der 70er-Jahre erinnern. Die Psychiatrie-Enquête von 1975, verbunden mit dem Namen Prof. Kulenkampff, der vor einigen Wochen gestorben ist, war damals eine Zäsur. Das war ein Einschnitt in der Psychiatriegeschichte, ein Einschnitt auch im Gesundheitswesen Deutschlands, der mit wenigen anderen Paradigmenwechseln, so nennt man das ja inzwischen auf Neudeutsch, vergleichbar ist. 1975 war mit der Psychiatrie-Enquête ein Quantensprung in der Betrachtung der gesundheitspolitischen Versorgung verbunden. Leider hat es in manchen Regionen, in manchen Ländern relativ lange gedauert, bis die Erkenntnisse umgesetzt wurden. Die großen Psychiatrischen Krankenhäuser, meistens staatliche Landeskrankenhäuser, zu dezentralisieren, brauchte gute Zeit. Viel Zeit ging ins Land, bis die Psychiatrie in die Gemeinde kam und als Gemeindepsychiatrie in das persönliche Umfeld. Bis dahin sind psychisch kranke Menschen weit entfernt von ihrem Umfeld irgendwo in einer zentralen Einrichtung für Monate oder auch für länger aus dem gemeinschaftlichen Leben verschwunden. Es hat lange gedauert bis das umgesetzt wurde, aber diese Umsetzung hat enorm an Geschwindigkeit gewonnen, und in Rheinland-Pfalz wurde in den 90er-Jahren das nachgeholt, was in den 80er-Jahren versäumt wurde.

Ich sehe unter den Zuhörern Herrn Schmidt und andere, die das beurteilen können. Sie nicken. Wir haben in diesem Bereich wirklich mehr getan als für jede andere Personengruppe, und ich glaube, dass es auch richtig und notwendig gewesen ist. Ich bin froh darüber, dass wir auf diese Weise zur Normalisierung beigetragen haben. Herr Bundesminister Riester hat die erfreuliche Entwicklung der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen und darunter auch vieler psychisch behinderter Menschen erwähnt. Auch da sind wir auf dem Weg zur Normalisierung, was ich vor einigen Jahren noch gar nicht zu hoffen gewagt habe. Bei einer insgesamt schwierigen Arbeitsmarktentwicklung ist die Beschäftigung behinderter Menschen und darunter auch vieler psychisch behinderter Menschen deutlich besser geworden.

Meine Damen und Herren, es geht natürlich wie immer in der Arbeitsmarktpolitik in erster Linie um die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Der zweite Arbeitsmarkt ist auch für psychisch kranke und behinderte Menschen, für zu rehabilitierende oder rehabilitierten Menschen immer eine Notlösung, immer eine Ersatzlösung, die durchaus eine Berechtigung haben mag, vor allem aber dann, wenn sie eine Brücke in den ersten Arbeitsmarkt schlägt, wenn sie als Vorstufe angelegt ist, als Trainingslager sozusagen, von dem aus der Weg in den ersten Arbeitsmarkt führt.

Die Bundesanstalt für Arbeit wird oft gemessen an Zahlen von Menschen, um die sie sich kümmert oder kümmern muss. Es sind zu viele. Es sind zu viele Arbeitslose, im Jahresdurchschnitt um die 4 Millionen. Sie wird auch gemessen an den Geldleistungen, die für diese Menschen aufgebracht werden. Es ist dann schon recht eindrucksvoll, wenn der Haushalt in Nürnberg eine Dimension von über 50 Milliarden Euro aufweist, darunter auch ein Bundeszuschuss von 2 Milliarden Euro. Das ist eine Menge Geld. Was bei solchen Betrachtungen eindrucksvoller Zahlen, auch negativ eindrucksvoller Zahlen – und niemand ist stolz über eine solche Bilanz – vergessen wird, ist die Beratungsqualität und die Beratungsintensität, die in vielen Arbeitsämtern in Deutschland geleistet wird.

Ich bin froh für eine Institution sprechen zu können, die zum Teil ohne eigenes Verschulden ins Gerede gekommen ist, die aber mit ihren neunzigtausend Menschen, eine Qualität der Beratung erbringt, die, wie viele von ihnen beurteilen können, dazu beigetragen hat und immer wieder von neuem dazu beiträgt, dass die beruf-

liche Rehabilitation vielen psychisch kranken Menschen die Integration in das Arbeitsleben ermöglicht hat. Diese Beratungsdienstleistung, die Qualität dieser Beratung, ist, so denke ich, erwähnenswert. Und ich bin auch froh darüber, dass bei der Reform der Arbeitsverwaltung – ein Teil davon ist das so genannte Arbeitsamt 2000 – die Rehabilitation im Reha-Team gebündelt worden ist. Diese ganzheitliche Leistung wird nicht etwa »am Rande« für eine kleine Personengruppe erbracht. Das Reha-Team ist ein ganz wesentlicher Teil der Dienstleistung eines Arbeitsamtes – von denen es 181 gibt, rechnet man noch alle Geschäftsstellen dazu, sind es über 600 in Deutschland.

Diese Beratungsqualität geht deutlich über das in Zahlen messbare Leistungsgeschehen hinaus. Bei der Reform der Arbeitsämter, Stichwort Arbeitsamt 2000, wurden die internen Schnittstellen reduziert. Es sollte verhindert werden, dass Menschen, die die Leistungen des Arbeitsamtes in Anspruch nehmen, von Tür zu Tür geschickt werden. Im Arbeitsamt 2000 sollen »die Akten wandern«, nicht aber die betroffenen Menschen. Eine ganzheitliche Eingliederungsstrategie muss im Vordergrund stehen.

Die Arbeitsämter erfahren wesentliche Unterstützung durch die Möglichkeiten der Arbeitserprobung und Berufsfindung in Reha-Einrichtungen. Es ist zum Teil schon von Frau Schmidt-Zadel und von Herrn Minister Riester erwähnt worden. Dort ist es möglich, auf Menschen mit Leistungseinschränkungen einzugehen und gleichwohl eine Brücke zum ersten Arbeitsmarkt zu bauen ohne ein auf Dauer geschütztes Umfeld als Barriere aufrecht zu erhalten.

Es gibt auch in der Bundesanstalt für Arbeit interne Kompetenzen, die in diesem Zusammenhang erwähnenswert sind. 320 Ärztinnen und Ärzte sowie 420 Psychologinnen und Psychologen bieten wohnortnah und arbeitsmarktnah Untersuchungen und Beratungen an. Auch dort hat sich das Fallmanagement durchgesetzt, möglichst ganzheitlich und über längere Abschnitte personenzentriert zu betreuen; eine Betreuung, die nicht wechselt, wenn eine Phase abgeschlossen ist, sondern die den zu beratenden, den einzugliedernden Betroffenen möglichst lange begleitet.

Erwähnenswert sind auch die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke. Ich war erst vor wenigen Tagen in Heidelberg bei der Stiftung Rehabilitation, einem der ganz großen Anbieter, auch wenn ich bei den ganz großen Anbietern manchmal gemischte Gefühle

habe, das gebe ich gerne zu. Die Grenze zwischen Oligopol und Monopol ist dabei fließend. Bei allem Respekt für die hervorragende Arbeit großer und erfahrener Einrichtungen, muss es so etwas geben wie einen regionalen Markt. Die Arbeitsämter werden dort, wo sie Hilfen finanzieren, verstärkt darauf zu achten haben, dass es diesen regionalen Markt gibt.

Auf die psychische Erkrankung zugeschnitten sind spezielle Einrichtungen für die Rehabilitation psychisch Kranker und berufliche Trainingszentren entstanden. Auch in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ist der Anteil der psychisch Kranken in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Gleichwohl weiß ich, dass es oft nicht recht passt, wenn körperlich, geistig und psychisch behinderte Menschen zum Teil in ähnlichen oder in den selben Einrichtungen tätig sind und integriert werden sollen. Da ist es sinnvoller – und das geschieht ja auch schon – Sub-Einrichtungen zu schaffen, die auf die jeweilige Personengruppe besser eingehen können. Differenzierung tut Not, und dieser Differenzierung wird auch zunehmend Rechnung getragen.

Eine ausgesprochen positive Entwicklung kennzeichnet den Aufbau beruflicher Trainingszentren (BTZ). Ist die medizinische Rehabilitation abgeschlossen, wird im Rahmen einer Orientierungsphase ein Reha-Plan mit dem Ziel der Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erarbeitet. Vorhandene Arbeitstugenden werden beispielsweise trainiert. Das ist übrigens kein Phänomen für psychisch Kranke oder behinderte Menschen. Längere Phasen der Arbeitslosigkeit sind mit Dequalifizierung verbunden, die mit der allgemeinen Einstellung zur Arbeit zu tun haben, gar nicht nur in erster Linie mit fachlichen Fertigkeiten, sondern mit der Bereitschaft und der Fähigkeit, längere Phasen des Arbeitens durchzuhalten, bestimmte regelmäßige Zeiten zu akzeptieren und eine gewisse Disziplin, auch im Tagesablauf, als notwendiges Muss des Arbeitslebens in einer arbeitsteiligen Organisation für sich selbst zu akzeptieren. Das muss erst wieder trainiert werden, wenn längere Phasen der Entwöhnung vom Arbeitsleben vorgegangen sind, und das gilt dann natürlich besonders auch für psychisch kranke Menschen, die wieder zurückfinden müssen in das Arbeitsleben.

Das SGB IX hat nach der Psychiatrie-Enquête wesentliche weitere Schritte gebracht, vor allen Dingen auch durch die inhaltliche

und zeitliche Koordination der unterschiedlichen rehabilitativen Leistungen. Ähnlich wie die Psychiatrie-Enquête könnte jetzt das neue Rehabilitationsrecht im SGB IX ein Meilenstein bei der Verbesserung der Teilhabe psychisch kranker Menschen am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben werden.

Die Voraussetzung ist durch den Gesetzgeber geschaffen worden. Im SGB IX wird verbindlicher geregelt, was bereits im Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974 vorgeschrieben wurde. Zu nennen ist der Vorrang der Prävention und die Verpflichtung, in jedem Fall der Antragstellung auf Sozialleistungen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe Erfolg versprechend sind. Um sicherzustellen, dass es tatsächlich zu einem besseren Zusammenwirken und zur Entwicklung gemeinsamer Qualitätsgrundsätze kommt, werden nun die Rehabilitationsträger zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation verpflichtet.

Für psychisch kranke Menschen, meine Damen und Herren, ist von besonderer Bedeutung, dass die Träger der Sozialhilfe, also die örtlichen Sozialämter, aber auch die entsprechenden Einrichtungen auf der Landesebene und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe, die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringen, in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen worden sind. Das alles nützt aber nichts, wenn die Sozialversicherungszweige diese Grundsätze nicht auch im Sinne einer ergebnis- statt verrichtungsorientierten Arbeitsweise in die Tat umsetzen. Also ähnlich wie bei der ganzheitlichen Betreuung der Klienten oder Kunden durch die Arbeitsämter, geht es hier um eine ergebnisorientierte Begleitung durch die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung. Diese dürfen sich nicht an den Grenzen der eigenen rechtlichen Zuständigkeiten orientieren, wodurch unter Umständen Verschiebehahnhöfe zwischen den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung entstehen und dann zu jeweils unterschiedlichen Leistungsansprüchen und Möglichkeiten der Integration führen können.

Ich freue mich, dass von Frau Schmidt-Zadel das persönliche Budget so positiv erwähnt worden ist, das wir in Rheinland-Pfalz als Großversuch auf der Ebene des ganzen Landes eingeführt haben. Wir nennen dieses Modellprojekt »Hilfe nach Maß – Selbstbestimmung für behinderte Menschen«. Wir wollen damit erreichen, dass durch ein persönliches Budget der behinderte Mensch und eben

auch der psychisch behinderte Mensch die Leistungen selbst einkaufen kann, die für ihn angemessen sind. Soweit er nicht völlig allein entscheiden und keine Markttransparenz herstellen kann, muss dies natürlich durch entsprechende Beratung unterstützt werden; gegebenenfalls müssen andere für ihn die Entscheidung treffen. Aber es kommt darauf an, dass das Angebot für behinderte Menschen und für psychisch behinderte Menschen vom Einzelnen her gedacht wird, also vom Kunden her und nicht von der Einrichtung entwickelt wird.

Ich will zurückkommen auf meine Mischung aus Respekt und Skepsis gegenüber den großen zentralen Einrichtungen der Rehabilitation. Diese sind ohne Zweifel professionell, gut und haben auch unter Qualitätsgesichtspunkten eine bemerkenswerte Entwicklung in den letzten Jahren in vielen Regionen Deutschlands genommen. Aber sie setzen Standards oft aus der professionellen Sicht der Einrichtungen, und das ist nicht immer die Bedarfsicht des oder der Betroffenen. Deswegen müssen wir auch hier das Leistungsgeschehen demokratisieren. Wir müssen es gewissermaßen zurück verlagern zu dem Betroffenen und den Menschen, die personenzentriert betreuen, was übrigens auch ökonomisch vernünftig sein kann. Es wird in den meisten Fällen gelten, weil die Standards, die die Einrichtungen definieren eher Vollversorgungsstandards aus Sicht der Einrichtungen sind. Das niedrigschwellige Angebot wird unter Umständen von dem Betroffenen sehr viel besser angenommen, wenn er nicht Standards vorfindet, für die oder gegen die er sich nicht entscheiden kann.

Meine Damen und Herren, das Leistungsgeschehen in den Arbeitsämtern muss sich insgesamt beschleunigen. Die berufliche Rehabilitation muss noch stärker darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Die Rehabilitation muss wirksam werden, *bevor* der Arbeitsplatzverlust zu beklagen ist. Dazu braucht es ein wohnortnahes, zielorientiertes Fallmanagement. Wir werden bei der Reform der Arbeitsverwaltung, die im Augenblick in einer Reform-Kommission in der Verantwortung des Bundesarbeitministers vorbereitet wird und die dann auch nach der Bundestagswahl zu weiteren gesetzlichen Veränderungen führen muss, darauf achten, dass das Leistungsgeschehen sich gerade auch in dem Bereich der Reha-Organisation beschleunigt, damit wir eben nicht Schaden reparieren, der nicht eintreten muss, wenn schnell genug und vor allen Dingen auch präventiv gehandelt haben. Wir müssen

darüber hinaus auch die Arbeitgeberberatung verstärken. Wir müssen die Arbeitgeber überzeugen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht automatisch ein Störfaktor sind, sondern im Gegenteil, wenn sie sinnvoll integriert werden, eine Bereicherung darstellen. Das kann man mit den Leistungen, die uns der Gesetzgeber an die Hand gibt, unterstützen.

Wenn bestimmte Trainingsmaßnahmen, wenn bestimmte Erleichterungen im Arbeitsleben öffentlich gefördert werden, dann können solche Menschen ein Gewinn für ein Team sein, und für einen Arbeitgeber, und dafür müssen wir werben. Die Erfahrung ist übrigens positiv. Arbeitgeber, die Erfahrungen mit psychisch beeinträchtigten Menschen oder mit Menschen gemacht haben, die nach einer Phase der psychischen Beeinträchtigung in das Arbeitsleben wieder voll integriert wurden, sind nach meiner Beobachtung in fast allen Fällen bereit, das Arbeitsverhältnis fortzusetzen und auch andere Menschen mit ähnlichen Biografien in ihr Team aufzunehmen.

Meine Damen und Herren, ich will abschließend ausdrücklich für die gute und enge Zusammenarbeit mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE danken. Ich möchte, dass sie uns, die Arbeitsverwaltung, fördern und fordern. Auch wir werden umgekehrt Sie fördern und fordern. Ich hoffe, dass hier wie in vielen Teilbereichen immer mehr Normalität einkehrt, so dass die Frage der Integration eigentlich gar nicht mehr im Sinne des »ob« erörtert werden muss, sondern nur noch im Sinne des »wie«. Wie können wir noch besser werden, wie können psychisch kranke Menschen noch besser integriert werden? In den letzten zehn Jahren hat sich in Deutschland mehr verändert als in allen Jahrzehnten vorher, und ich bin sehr zuversichtlich, wenn so viel engagierte Menschen, wie heute hier in Berlin, an einem Strang ziehen, die Politik und eine Einrichtung wie die Bundesanstalt für Arbeit voll mit von der Partie sind, dass wir auch in den nächsten Jahren viel erreichen werden. Vielen Dank und Glück auf.

## **Anforderungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

**Niels Pörksen**

Die Psychiatriereform ist seit Beginn der 70er-Jahre in unserem Land weit vorangekommen. Parlament und Bundesregierung haben mit der Psychiatrie-Enquête von 1975, dem Bundesmodellprogramm und dem daraus folgenden Bericht der Expertenkommission, mit Modellprojekten, Gesetzesinitiativen und Stellungnahmen erheblich dazu beigetragen, die Grundsätze und Leitlinien der Psychiatriereform umzusetzen. Wesentliche Fortschritte verzeichnen wir in den Anforderungen an die gemeindenahere psychiatrische Versorgung, an die sozialrechtliche und faktische Gleichstellung seelisch und körperlich kranker Menschen, an den Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen und in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat diese Leistungen in einem Festakt im Bonner Wasserwerk und in einer bundesweit und international beachteten Tagung im Jahre 2000 gewürdigt [1].

Die Umsetzung der Psychiatriereform erfolgte unvollständig. Ein zentrales Element der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die Teilhabe am Arbeitsleben, ist bisher nicht realisiert. Seit zwei Jahren führt die AKTION PSYCHISCH KRANKE im Auftrage des Bundesarbeitsministeriums eine bundesweite Untersuchung zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen durch und stellt dabei fest: Selbst dort, wo die Anforderungen der Psychiatriereform weitestgehend erfüllt zu sein scheinen, findet die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben nicht statt. Dies gilt zumindest für Menschen mit schweren psychischen Störungen und bei langfristigem oder wechselhaftem Verlauf der Beeinträchtigungen. Daraus folgt zwingend die Forderung:

### **Die zweite Stufe der Psychiatriereform**

Wir brauchen einen Start in die nächste Stufe der Psychiatriereform, die wir mit der heutigen Veranstaltung einläuten wollen und deren Zielsetzung sich in eine Satz zusammenfassen lässt, der die Gleichstellung auch im Arbeitsleben bedeutet: »Ich stehe morgens auf und gehe zur Arbeit; ich gehe nach getaner Arbeit wieder heim und am Ende jeden Monats habe ich so viel Geld verdient, dass ich davon

leben kann.« Diesen Satz umzusetzen, erfordert einen fundamentalen Paradigmenwechsel. Orientierung unseres Handelns wird damit nicht mehr wie bisher die weitere Ausdifferenzierung von Rehabilitations-Maßnahmen aller Art sein, von der Ergotherapie bis zur Arbeitserprobung, von der Integration in Reha-Einrichtungen bis zur Schulung und Weiterbildung, aber auch nicht die Subventionierung von Betreuungsleistungen im Wohnbereich und in der Tages- und Freizeitgestaltung auf Grund unnötiger Untätigkeit. Orientierung und Qualitätskriterium muss allein die tatsächliche Teilhabe am Arbeitsleben werden.

Die Psychiatrie-Erfahrenen haben sich in ihren Aussagen zu den blinden Flecken der Psychiatriereform eindeutig geäußert. Von sechs blinden Flecken ging es viermal um das Thema Arbeit, um das Finden von Arbeit, um gerechte Entlohnung, flexible Lösungen, die auf Fähigkeiten und Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen [6].

Ähnlich äußert sich der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in einer Repräsentativbefragung. Auf die Frage, welche Einrichtungen gewünscht würden und welche Möglichkeiten der Betreuung für wichtig gehalten werden, stehen Arbeitsplätze mit 70,9 % mit weitem Abstand an der Spitze der Forderungen. Zu den weiteren wichtigen Forderungen gehören Tagesstruktur und Freizeitbeschäftigung (59,2 %), verbesserte Nachbetreuung (59,2 %), Wohnraum für psychisch Kranke (55,1 %), wohnortnahe Reha-Plätze (45,6 %) und Probearbeitsplätze (43,6 %) [2].

Sibylle Prins hat in ihrem 2001 erschienen Buch unter anderem Folgendes ausgeführt:

»Es fällt auf, dass im psychiatrischen Bereich beim Thema Arbeit überwiegend von den ideellen Werten der Arbeit die Rede ist: Arbeit, egal welche, sei sinnstiftend, gebe das Gefühl, nützlich zu sein, sei identitätsstärkend, verschaffe soziale Kontakte sowie innere Befriedigung, strukturiere den Tag, sei stabilisierend usw., usw. (...) Seit Jahren hab ich es geschafft, einen Arbeitsplatz zu finden und bisher zu halten. Von den genannten Vorteilen und Wirkungen habe ich nur wenig darin wieder gefunden. Warum ich trotzdem weiterarbeite? Zum einen, weil mir das finanzielle Unabhängigkeit gibt. Zweitens hat der Besitz eines Arbeitsplatzes wesentlich dazu beigetragen, dass ich mich nicht mehr als unbedingt notwendig in psychiatrische Strukturen hineinbegeben und mich nicht jahrelang mit unsicherem Ergebnis in irgendwelchen Reha-Programmen auf-

halten musste. (...) Arbeit muss vielleicht nicht unbedingt sein. Aber erzwungenes Nichtstun ist eine enorme Qual. Es gibt da so eine pervertierte Form von Freiheit, wo man sich nirgendwo mehr betätigen kann, nirgendwo erwartet und gebraucht wird, es keine Anknüpfungspunkte für sinnvolle Tätigkeit gibt und alle Türen ins Nichts führen.«[4]

### Zum Recht auf Teilhabe

Das Recht auf Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben ist seit den 60er-Jahren fest verankert in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung. »Normalisierung« und »Teilhabe«, das sind die Begriffe, an denen sich die Gesellschaft messen lassen muss.

Im Allgemeinen Teil des SGB I heißt es in der Fassung vom 1.12.1975, die im SGB IX nur geringfügig verändert wurde: »Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

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

Analog hierzu hieß es in § 1 RehaAnglG, das im ersten Teil des SGB IX aufgegangen ist:

»Die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation sind darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.«

Für Menschen mit chronischem Verlauf ihrer psychischen Beeinträchtigung wurden die genannten Ziele nicht eingelöst. Auch in der ersten Fassung des BSHG war die Eingliederungshilfe noch als Eingliederung in das Erwerbsleben konzipiert. Nachrangig waren die Ziele »angemessene Tätigkeit« und »Unabhängigkeit von Pflege«. Zurzeit gelten praktisch nur noch diese nachrangigen Ziele.

Auch im neuen SGB IX heißt es im § 1 u.a.: »Behinderte Menschen erhalten Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (...).«

Tatsächliche Teilhabe am Arbeitsleben, erfordert allerdings weitergehende Leistungen, wenn Arbeit und ein den Lebensunterhalt sicherndes Entgelt dazu gehören. Das SGB IX weist in die richtige Richtung. Der Begriff Teilhabe drückt für mich genau das aus, worum es geht. Darin steckt jenseits von Fensterreden »Fördern und Fordern« auf gleicher Augenhöhe, solidarisches Miteinander in der Gesellschaft, bei Anerkennung aller Unterschiede, so wie das in den § 3 des Grundgesetzes aufgenommene Diskriminierungsverbot und vieles mehr.

Immerhin wird das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben von den Repräsentanten unserer Gesellschaft geteilt und eingefordert. Ich zitiere einige. Bundespräsident Johannes Rau hat in seiner bildungspolitischen Grundsatzrede am 10.01.02 zu unserem Thema gesagt:

»Viel ist in den letzten Jahren vom Ende der Berufsgesellschaft oder von der schwindenden Bedeutung der Erwerbsarbeit geschrieben und geredet worden. Manches davon ist gewiss richtig. Es bleibt aber wahr, dass die Erwerbsarbeit eine zentrale Voraussetzung sozialer Anerkennung war und ist. Für das Selbstwertgefühl der Menschen, für die Identität und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist sie von allergrößter Bedeutung«.

Ähnlich äußerte sich Bundestagspräsident Thierse im letzten Jahr auf dem Werkstätten-Tag in Rostock:

»Nicht in Arbeit zu sein, bedeutet für die meisten Betroffenen, nicht gebraucht zu werden. In einer Arbeitsgesellschaft wie der unsrigen heißt das auch, ein Stück weit die eigene Identität infrage zu stellen. Aber nicht jede Arbeit garantiert die gesellschaftliche Teilhabe. Das zeigt sich an der Arbeit von behinderten Menschen.«

Der Bundeskanzler hat in seiner Ansprache zum Jahreswechsel und bei vielen Gelegenheiten auf die Notwendigkeit aller zur Teilhabe am Arbeitsleben – und damit auch auf ihre Rechte und Pflichten – hingewiesen. Teilhabe ist auch für ihn der Schlüsselbegriff für die Funktionsfähigkeit unserer Gesellschaft. Wir befinden uns also in guter Gesellschaft, wenn wir für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die tatsächliche Gleichstellung als zentrales Ziel der Behandlung und Rehabilitation einfordern und damit auch die Teilhabe am Arbeitsleben. Solange – wie unser Bundespräsident sagt – die Erwerbsarbeit zentrale Voraussetzung sozialer Anerkennung ist, ist die vollständige Rehabilitation erst mit der Teilhabe an Erwerbsarbeit erreicht.

Die Krise unserer derzeitigen Arbeitswelt, die hohe Arbeitslosigkeit bei freien Stellen, die fehlende Anpassung der Einzelnen an die Erfordernisse in der Arbeitswelt und vieles mehr ist uns wohl bewusst. Die Soziologen Oskar Negt, Ulrich Beck und andere fordern deshalb zu Recht, die Erwerbsarbeit in der heutigen Form und Struktur zu überdenken und neue Formen der Erwerbsarbeit und Entlohnung zu erproben. Für die psychisch Kranken allerdings fordern wir keinen Sonderweg. Ihr Ziel ist einfach nur die Teilhabe am Arbeitsleben mit der klassischen Rahmenbedingung: »Ich gehe zur Arbeit und kann von meinem Einkommen leben.«

### Die Psychiatriereform hat wesentliche Ziele erreicht

Die Hauptforderungen der Psychiatrie-Enquête wurden erfüllt. Ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung findet fast überall ortsnahe und in ausreichender Qualität statt. Menschen mit langfristigen psychischen Beeinträchtigungen steht ein breit gefächertes Angebot von gemeindepsychiatrischen Hilfen zur Verfügung. Gemeindepsychiatrische Verbände, von der Expertenkommission der Bundesregierung gefordert, wurden aufgebaut mit ambulanten Hilfen, dezentralen Heimeinrichtungen, Kontaktstellen, Tagesstätten und anderen Formen der Tagesstruktur mit und ohne Arbeitsangebot. Fast alle gemeindepsychiatrischen Hilfen sind allerdings ambulante und stationäre Eingliederungshilfe nach BSHG und gehen in der Regel zu Lasten der öffentlichen Hand oder der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger beteiligen sich praktisch nicht an der gemeindepsychiatrischen Versorgung. In den gemeindepsychiatrischen Verbänden werden zunehmend Qualitätskriterien wie die individuelle Hilfeplanung bei komplexen Leistungsanforderungen und die Steuerung über Hilfeplankonferenzen akzeptiert und in den kommunalen Gebietskörperschaften umgesetzt.

Wir wollen die Fortschritte des Erreichten nicht schmälern. Dennoch: Der Geist im System ist weiterhin zu sehr vom Versorgungsgedanken und vom Betreuungsdenken geprägt und nicht von Normalität und Teilhabe. Nirgendwo wird dies so deutlich wie im Arbeitsleben. Da sind die Ziele der Psychiatriereform nicht realisiert. Bei unseren Regionalerhebungen – wir werden darüber berich-

ten – ist uns klar geworden, dass Arbeit und berufliche Rehabilitation nicht zum Selbstverständnis gemeindepsychiatrischen Handelns gehören, obwohl – wie oben ausgeführt – für die Betroffenen und die Angehörigen die Teilhabe am Arbeitsleben ganz oben auf der Forderungsliste stehen.

So sind z.B. in Halle 95 % der im betreuten Wohnen geförderten chronisch psychisch Kranken ohne Tagesbeschäftigung. 43,3 % sind Rentner auf Grund einer Erwerbsminderung (früher: Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeitsrente, »EU-Rente«), 14 % sind arbeitslos und 36,3 % ohne Beschäftigung. Ähnlich sieht es in Leipzig aus. Dort erhalten sogar 60 % eine Rente wegen Erwerbsminderung. In den neuen Bundesländern ist der Prozentsatz so hoch, weil nach der Wende die chronisch psychisch Kranken ihren Arbeitsplatz verloren, aber zu »EU-Rentnern« wurden, weil sie ausreichend Anwartschaften erfüllt hatten. Heute ist nicht einmal mehr das der Fall. Selten ist jemand auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig, wenige in einer geringfügigen Teilzeitbeschäftigung. Nicht ganz so katastrophal sieht es in Kassel oder im Oberbergischen Kreis aus. Aber auch dort sind es keine 10 %, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind. Nicht einmal mehr zum Spektrum ambulanter Eingliederungshilfen gehören Arbeit und geringfügige Teilzeitbeschäftigung als Bestandteile der Tagesstruktur, es sei denn, die Betroffenen werden in Tagesstätten zu unnötig hohen Kosten betreut. Wir haben im März im Rahmen eines Modellvorhabens zur verbindlichen gemeindepsychiatrischen Hilfeplanung eine Zielvereinbarung in einem westfälischen Landkreis unterschrieben. Auf die Frage, was für den Bereich Arbeit und berufliche Integration geplant sei, wurde geantwortet: »Das Thema klammern wir erst einmal aus.«

Beim Thema Arbeit und Beruflicher Rehabilitation begegnen uns Modelle, Projekte, Initiativen oder spezielle Rehabilitationseinrichtungen. So etwas wie Verbindlichkeit und Versorgungsverpflichtung – ansonsten festverankerte Begriffe in der Psychiatrie – haben Arbeit und berufliche Integration oder Teilhabe nicht im Programm. Da gibt es nichts zu beschönigen. Das zeigen unsere Erhebungen deutlich. Eine kürzlich erschienene Untersuchung aus der Schweiz zur Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken kommt nicht zu viel besseren Ergebnissen [5]. Im Grunde ist dies Ergebnis verwunderlich, weil es zahlreiche Initiativen, Aktivitäten und Projekte vielerorts gibt.

## Angebotsvielfalt und Koordinationsmangel

Es gibt zahlreiche Initiativen und Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Rehabilitation. Zum Angebotsspektrum gehören die klassischen Rehabilitationseinrichtungen wie Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, (RPK), Berufliche Trainingszentren (BTZ), Integrationsfirmen, ambulante und stationäre Ergotherapie, Zuverdienstbetriebe, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) mit Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte, Förderlehrgänge usw.

All diese Initiativen, Institutionen und Strukturen sind in den vergangenen Jahrzehnten geschaffen worden auf Grund der Erkenntnisse, dass Menschen, die behindert sind oder von Behinderung bedroht, vielfältige Formen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation benötigen. Nur: Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Berufliche Trainingszentren spielen für die Gesamtzahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine untergeordnete Rolle. Die Hauptzielgruppen unterscheiden sich. Werkstätten für behinderte Menschen haben sich zu Recht vorwiegend für Menschen mit geistigen Behinderungen entwickelt. Viele von ihnen nehmen auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf, integriert oder in eigenen Zweigwerkstätten. Insgesamt aber verweigern viele psychisch kranke Menschen die Arbeit in Werkstätten, weil sie unweigerlich mit dem Stigma der Behinderung einhergeht und weil kein tariflicher Lohn, sondern ein Arbeitsentgelt, zusammengesetzt aus Grund- und Steigerungsbetrag, gezahlt wird, dass hinsichtlich der Höhe des leistungsabhängigen »Steigerungsbetrages« von Werkstatt zu Werkstatt höchst unterschiedlich bemessen ist.

RPK und BTZ sind auf unsere Zielgruppen ausgerichtet. Es handelt sich um wenige kleine, eher zentrale Einrichtungen, die nur einen geringen Teil der Klientel erreichen und keine Pflichtversorgung übernehmen. Integrationsbetriebe können viel leisten, ihre Anforderungen an die Arbeitsleistung der Arbeitnehmer sind allerdings hoch und stellen für viele eine Überforderung dar. Geringfügige Teilzeitbeschäftigung, in eigenen Institutionen oder im Umfeld von komplementären Diensten wie etwa Tagesstätten, Wohnheimen oder Kontaktstellen, sind wichtige Ergänzungen im Rahmen der Eingliederungshilfe, sie ermöglichen allerdings keine wirkliche Teilhabe am Arbeitsleben.

Geringfügige Teilzeitbeschäftigung, so genannte Zuverdienstmöglichkeiten gibt es nur in völlig unzureichendem Umfang. Wer nur stundenweise tätig sein kann, der muss sich bei vergleichsweise hohen Tagessätzen in eine Tagesstätten oder für einige Stunden in eine Werkstatt für behinderte Menschen begeben, obwohl er mit einem flexiblen Zuverdienstangebot bei geringeren Aufwendungen angemessener gefördert würde.

Die Vielzahl der Angebote vermittelt nur auf den ersten Blick den Eindruck eines entwickelten und differenzierten Hilfesystems. Bei näherer Betrachtung werden jedoch schnell Mängel und Defizite deutlich:

- Das System ist hochgradig unübersichtlich, denn auch hinter gleich bezeichneten Einrichtungen und Diensten verbirgt sich ein breites Spektrum unterschiedlicher konzeptioneller Orientierungen und Organisationsstrukturen.
- Hilfeangebote sind regional unterschiedlich verfügbar.
- Die einrichtungsbezogene Organisation von Hilfen führt zu einer Fragmentierung der Hilfeprozesse. Bei verändertem Bedarf müssen jeweils andere Einrichtungen und Dienste in Anspruch genommen werden. Der damit einhergehende Wechsel von Bezugspersonen, ggf. auch des gewohnten Umfeldes, bedeutet für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung und Destabilisierung.
- Die institutionszentrierte Organisation von Hilfen hängt an den Finanzierungsbedingungen der Einrichtungen, nicht am Bedarf des Rehabilitanden.
- Ansätze zu einer integrierten Leistungserbringung, die auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke grundsätzlich möglich sind, sind vollkommen unzureichend umgesetzt worden und fehlen in den neuen Bundesländern nahezu völlig. Diese Leistungen sind selbst dort, wo sie realisiert werden, nicht funktionell, sondern institutionell geregelt.
- Für chronisch psychisch Kranke hat sich die Eingliederungshilfe nach BSHG systemwidrig zum wichtigsten Leistungserbringer entwickelt. Die Verweildauern in den Krankenhäusern sind auch für diesen Personenkreis erheblich zurückgegangen. Medizini-

sche Rehabilitation zulasten der Krankenversicherungen wurde nicht entsprechend aufgebaut und der Zugang zur Arbeitswelt scheitert an den genannten Zugangsschwellen und an der Minderleistung der Betroffenen.

- Nach den Ergebnissen neuer Untersuchungen ist davon auszugehen, dass maximal 10 % der chronisch psychisch Kranken auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind und 20 % einen geschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt für Behinderte haben. Etwa 5 % nutzen Angebote beruflichen Trainings und beruflicher Rehabilitation. Circa 15 % nehmen Beschäftigungsmöglichkeiten in tagesstrukturierenden Angeboten wahr.
- Mehr als die Hälfte aller chronisch psychisch Kranken ist untätig. Die meisten dieser Untätigen benötigen intensive, kostenwirksame Betreuung, auch um die Untätigkeit zusätzlich zur krankheitsbedingten Einschränkung ertragen zu können.

## Ziele und Prioritäten in den Anforderungen

### Arbeit für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Jeder Mensch mit psychischen Beeinträchtigungen benötigt einen seinen Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Arbeitsplatz. Wir wissen, dass diese Forderung nicht einfach umzusetzen ist, weil die Leistungsfähigkeit des Einzelnen auf Grund des wechselhaften Verlaufs der Erkrankung schwer prognostisch einzuschätzen ist.

Ziel bleibt die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Dazu bedarf es vor allem für Menschen in akuten Krisen und bei Suchterkrankten verstärkter Anstrengungen zum Erhalt des noch vorhandenen Arbeitsplatzes. Für die meisten psychisch Kranken ist allerdings das Ziel der uneingeschränkten und vollschichtigen Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht Erfolg versprechend. Flexibilität, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und kreative Teilzeitlösungen sind unverzichtbar.

Für viele besteht ein Bedarf zu Arbeit und Beschäftigung in Teilzeit – auch unterhalb der Schwelle zur versicherungspflichtigen Tätigkeit. Geringfügige Teilzeitbeschäftigung als dauerhafte Perspektive oder als Überbrückungshilfe im Vorfeld oder im Anschluss an Qualifizierungsmaßnahmen zur Vermeidung erneuter Destabilisierung müssen flexibel angeboten werden. Es kann nicht so bleiben,

dass ein »Recht auf Beschäftigung« praktisch nur in einer Werkstatt für behinderte Menschen realisiert wird. Ein Recht auf Beschäftigung müsste flexibel, unbürokratisch, kostengünstig und am Wohnort eingelöst werden können. Das gesamte Spektrum der Teilzeitarbeit und des Niedriglohnssektors sowie des dritten Arbeitsmarktes bedarf der verstärkten Weiterentwicklung, will man Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen teilhaben lassen.

Die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben müssen den besonderen Bedürfnissen der seelisch behinderten Menschen Rechnung tragen (§ 10 Abs. 3 SGB IX). Für die meisten psychisch kranken Menschen ist die formelle Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft kontraindiziert. Der Zugang zu den erforderlichen Leistungen muss deshalb ohne formelle Anerkennung unbürokratisch ermöglicht werden.

### Existenzsicherndes Einkommen

Bei sozialversicherungspflichtigen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist ein dem individuellen Leistungsbeitrag angemessenes, mindestens existenzsicherndes Entgelt erforderlich, ggf. gestützt durch einen Subventionsanteil zum Ausgleich von Minderleistung oder bei Beschäftigung im Niedriglohnssektor. Grundsätzlich muss es heißen: »Subvention vor Sozialhilfe«. Die positiven Erfahrungen mit dem Kombilohn-Modell sollten gerade auch für psychisch kranke Menschen gelten.

Der Grundsatz »Subvention vor Sozialhilfe« muss umfassend Geltung erlangen, sogar für Menschen, die nur einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen oder auf dem besonderen Arbeitsmarkt tätig sind. Hier muss die Möglichkeit der Bündelung der Auszahlung von Leistungsentgelt und weiterer Leistungen (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, ergänzende Hilfe, Grundsicherung ab 1.1.2003, Teilrente bei Erwerbsminderung) »aus einer Hand vom Arbeitgeber« geschaffen werden, wenn man aus Sicht der Betroffenen von den unwürdigen Prämiensystemen wegkommen will, die alles andere als motivierend sind. Lennarth Andersson wird uns dazu morgen aus Schweden berichten. Gleiches gilt dann auch für die kreative Weiterentwicklung von bisher noch nicht refinanzierten Vergütungen von Tätigkeiten im so genannten dritten Sektor. Vielleicht lassen sich die positiven Erfahrungen mit dem persönlichen Budget nutzen.

### Weiterentwicklung im Hilfesystem

Die Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen müssen in jedem Einzelfall eine orientierende Abklärung als Pflichtaufgabe durchführen. Diese ist nicht zeitaufwändig. Nächster Schritt ist die konkrete Abklärung des individuellen Hilfebedarfs einschließlich der Motivierung und Begleitung zur Inanspruchnahme von Hilfen. Diese Abklärung (Assessment) muss frühzeitig und umfassend erfolgen, verbindlich sein und auf die besonderen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Behinderungen Rücksicht nehmen. Die integrierte Hilfeplanung (Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, IBRP) hat sich in anderen Feldern hervorragend bewährt. Die Festlegung von Zielen erfordert die Beteiligung von Fachkräften, die über psychiatrische Erfahrung und die über Erfahrungen und Kenntnisse in der Arbeitsrehabilitation, der konkreten Arbeitswelt und über das System der Leistungen verfügen.

Dabei ist in jedem Einzelfall zu klären, ob ein Klient von einer Fachkraft aus dem psychiatrischen Hilfesystem oder aus dem arbeitsbezogenen Hilfesystem unterstützt und begleitet wird. Die Nahtstelle zwischen den Hilfesystemen muss strukturell und in jedem Einzelfall überbrückt werden. Ob die neuen Servicestellen (§ 23 SGB IX) dabei eine bedeutsame Rolle übernehmen können, wird sorgfältig zu prüfen sein.

### Hilfegewährung und Leistungen auf den Einzelfall ausrichten

Konkret bedeutet diese Forderung weg von einrichtungs- und maßnahmebezogener Hilfegewährung hin zu einzelfallbezogener und flexibler Hilfegewährung am Wohnort, um unnötige Veränderungen des gesamten Lebensumfeldes und der weiteren Gewährung anderer komplexer Hilfeleistungen nicht zu gefährden.

Dabei muss das »Normalisierungsprinzip« gelten. Rehabilitation im gewohnten Umfeld oder Integration nach dem Slogan »Erst platzieren – dann rehabilitieren« ist weitaus erfolgversprechender als Hilfeplanung, Hilfegewährung und Integration nacheinander in unterschiedlichen Strukturen. Das belegen Studien aus den USA und der Schweiz eindrucksvoll. Während unserer Tagung wird dies eine besondere Rolle spielen.

Die Hilfegewährung muss personenbezogen, funktional von der

Beratung, Diagnostik (Assessment) bis zur Integration und professionellen Begleitung erfolgen, die Fähigkeiten und Neigungen berücksichtigen, die einen wichtigen Teil der Motivation ausmachen und durch verbindliche Fallverantwortung (Casemanagement, Job coach) initial oder im Bedarfsfall andauernd unterstützt werden. Dabei ist der Casemanager nicht Moderator oder nur professioneller Begleiter, er ist das, was die Amerikaner in ihrer unnachahmlichen Direktheit »teacher, preacher, friend und cop« nennen.

### Regionale Umsetzung und Zuständigkeiten

Auf regionaler, in der Regel kommunaler Ebene sind Vereinbarungen und Organisationsstrukturen zu schaffen, wie das psychiatrische Hilfesystem, oft repräsentiert durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV), und das Hilfesystem im Arbeitsleben – in der Regel sind dies vor Ort gemeinsame Vorhaben von Arbeitsverwaltung, Sozialämtern und kommunalen Beschäftigungsinitiativen – in jedem Einzelfall verbindlich und lösungsorientiert zusammen arbeitet. Die jeweiligen Verantwortlichkeiten sind festzulegen. Die Bertelsmann-Stiftung hat gemeinsam mit Städte- und Landkreistag und der Bundesanstalt für Arbeit konkrete Vorschläge zur Organisationsstruktur auf örtlicher Ebene gemacht, die unseren Vorstellungen entgegen kommen [3]. Zu den Aufgaben der regionalen Steuerung gehört neben der konkreten Hilfe im Einzelfall die gesamte Steuerung der Teilhabe am Arbeitsleben in den unterschiedlichen Bereichen. Mitnahmeeffekte lassen sich vermeiden, wenn bedarfsgerecht gesteuert wird.

Lassen Sie mich die wichtigsten Forderungen noch einmal zusammenfassen:

- Teilhabe am Arbeitsleben für alle Menschen mit psychischen Störungen, auf dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt;
- Unabhängigkeit von Sozialhilfe bzw. Integration der Sozialhilfe in kombinierte Entgelte;
- Frühzeitige, umfassende, personenbezogene Hilfeplanung vor Ort;
- Verbindliche Abstimmung in der Hilfeplanung und Hilfege-währung vor Ort zwischen allgemeinen und psychiatriespezi-fischen arbeitsbezogenen Hilfen strukturell und im Einzelfall;

- Koordination und verbindliche Steuerung des regionalen Angebots der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Beschäftigungsmöglichkeiten.

Wir haben allen Grund, die nächste Stufe der Psychiatriereform zügig anzupacken. Ich freue mich, dass so viele gekommen sind, um mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die bereits manche Reform aktiv begleitet hat, in diesen Prozess einzusteigen

### Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRANKE: 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, Bd. 1, Bonn 2001
2. AKTION PSYCHISCH KRANKE: Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung – Zwischenbericht zum 31. März 2002, unveröff. Ms., Bonn 2002
3. BERTELSMANN STIFTUNG, BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, DEUTSCHER LANDKREISTAG, DEUTSCHER STÄDTETAG, DEUTSCHER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND (Hg.): Handbuch Beratung und Integration. Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung, Gütersloh 2002
4. PRINS, S.: »Gut, dass wir einmal darüber sprechen – Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen«, Paranus, Neumünster 2001
5. RÜESCH, P., MEYER, P.C., GRAF, J., HELL, D.: Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. Psychiatrische Praxis 29, 2002, S. 68–75
6. SCHERNUS, R.: »Moderne Zeiten« – Mögliches und Unmögliches in der Psychiatrie, Sozialpsychiatrische Informationen 2, 2001

## Erwartungen an die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

**Klaus Laupichler**

Wenn ich von Erwartungen zur Teilhabe am Arbeitsleben spreche, verstehen Sie bitte, dass ich dann auch von meinem Erlebnishorizont spreche, von meinem Erleben innerhalb von 35 Jahren Psychiatrieerfahrung. Ich werde oft von meiner Region sprechen, aber ich weiß von Regionen, in denen mit uns sehr sorgsam umgegangen wird. Bei uns ist die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in der Regel die Patentlösung für die berufliche Eingliederung. Man nennt die WfbM WfpK, also Werkstatt für Psychisch Kranke. Kranke gehören allerdings in die Klinik und nicht in eine Werkstatt.

Bei uns ist der Ablauf folgender: Kommt ein Mitmensch aus dem seelischen und damit verbunden aus dem beruflichen Gleichgewicht, dann wird der Integrationsdienst bemüht. Die Wiedereingliederung ist meistens nicht erfolgreich, wenn es zum Beispiel einen chronischen Krankheitsverlauf gibt. Dabei behaupte ich, dass eine schnellstmögliche Wiedereingliederung einen chronischen Krankheitsverlauf vermeidet. Gerade bei den jüngeren Patienten wird dann auf die Berufsbildungszentren verwiesen. Diese sind meist weit weg von der Heimat. Neben der oft harten Ausbildung wird der junge Mensch aus seiner gewohnten Umgebung herausgeholt, aber vor allem aus seinem sozialen Netz. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass dann doch viele junge Leute anschließend keinen Arbeitsplatz fanden, obwohl sie einen guten Abschluss vorweisen konnten.

Aber zunächst bin ich einmal froh, dass wir überhaupt vom Arbeitsleben sprechen und nicht von einer Bastelstube. Allzu oft müssen wir erleben, dass Arbeit für psychisch Erkrankte heißt, dass wir Arbeiten verrichten müssen, bei der wir unterfordert werden. In der Regel heißt Arbeiten für uns, Ausschluss aus der normalen Arbeitswelt. Die häufigste Lösung ist die Frühberentung oder Arbeitslosigkeit. Wie viele junge psychiatrisch Erkrankte erhalten in unserer Region nicht einmal die Chance einen Beruf zu erlernen. Sie kommen aus der Tagesstätte nicht heraus und das höchste Ziel ist die Mitarbeit in unserer Werkstatt für psychisch Kranke (WfpK). Jedenfalls sind viele – mit oder ohne Arbeit – auf die Sozialhilfe oder das Einkommen ihrer Partner und Eltern angewiesen. Die Heranziehung des Vermögens eines Familienteils, weil ich krank gewor-

den bin, empfinde ich als diskriminierend. Tritt die Erkrankung vor dem Eintritt in das Erwerbsleben ein, werde ich damit bestraft, dass ich 20 Jahre in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) arbeiten muss.

Wenn wir uns einmal überlegen, was das heißt, Arbeiten, welche Funktionen Arbeiten hat, dann erkennen wir auch den therapeutischen Wert von Arbeit. Arbeit heißt Integration, Selbstwertgefühl, Kontakt und soziale Anerkennung. Natürlich darf Stress und Mobbing nicht unter den Tisch fallen, denn sie sind auch oft genug Ursachen von psychischen Erkrankungen. Aber oft mache ich die Erfahrung, dass wir für teures Geld ausgegliedert, um dann für teures Geld integriert zu werden – und das geht oft schief. Seit Jahren werden Subkulturen mit einem sehr hohen finanziellen und ideellen Aufwand für uns psychisch Erkrankte geschaffen. Diese Subkulturen darf es nicht geben. Denn ich habe das Gefühl, dass das System falsch ist. Denn zuerst werden wir ausgegliedert, um dann, verbunden mit hohen Kosten, wieder eingegliedert zu werden. Deshalb ist Arbeit in der Normalität für uns wichtig. Sicher brauchen wir dazu Hilfen, aber diese Hilfen sollen uns unterstützen, den normalen Alltag zu bewältigen.

Mit Sorge sehe ich da auch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Psychiatrischen Kliniken. Diese mutieren immer mehr zu »Konzernen«, die ausschließlich auf den wirtschaftlichen Erfolg orientiert zu sein scheinen. Es wird nur noch die wahrscheinlich richtige Dosis des Medikamentes erprobt, nicht aber der Mensch ganzheitlich gesehen: Der Mensch in und mit seinem sozialen Umfeld zu dem auch seine Arbeit gehört. Jeder Patient sollte beruflich beraten werden, bevor er entlassen wird. Oft kommen hier Schwierigkeiten zu Tage, die vielleicht schon im Ansatz mit dem Integrationsdienst oder sonst einem Helfer, einer Begleitung bei der Arbeit, behoben werden kann, bevor es zur einer erneuten Erkrankung oder dem Verlust des Arbeitsplatzes kommt. In der Psychiatrie muss die Arbeit einen wesentlich höheren Stellenwert bekommen, nämlich als materielle und ideelle Lebensgrundlage.

Ich möchte hier nicht gegen die Beschäftigungstherapie reden. Sie ist vor allem in der akuten Krankheitsphase hilfreich. Psychiatrische Behandlung darf sich darauf aber nicht beschränken. Die Arbeitstherapie sollte in die Arbeitswelt zurückführen. Auf der Beschäftigungstherapie aufbauend, muss die Arbeitstherapie der Brü-

ckenkopf zur Arbeitswelt werden. Dieser Brückenkopf kann mithilfe der Integrationsdienste den Weg zum Arbeitsplatz ebnen. Die bereits gesetzlich gegebenen Möglichkeiten können so genutzt werden, zum Beispiel die stufenweise Wiedereingliederung. Aber bei einem durchschnittlich 20-tägigen Psychiatriebesuch kann dieser ganzheitliche Ansatz nicht zum Tragen kommen.

Auf diesem Weg ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, die auch in das therapeutische Programm, z.B. der Tagesklinik aufgenommen werden können. Ich bin für eine Therapie die sich mit realen Problemen, auch mit denen der Arbeitswelt, auseinandersetzt. Eine künstliche Welt hilft uns nicht weiter. Natürlich stellt sich die Frage, was bei einem starken chronischen Krankheitsverlauf in Bezug auf Arbeit möglich ist. Können in den Tageskliniken nicht andere sinnvollere Beschäftigungsmöglichkeiten in die Wege geleitet werden, als die jetzigen Arbeitstherapien. Zum Beispiel in Zusammenarbeit mit Tagesstätte, Sozialdienst und Altenheimen einen Vorlesedienst oder einen Hol- und Bring-Service einrichten. Also raus aus den Grenzen unserer Krankheit, mit allem was wir in unseren vielfältigen Therapien gelernt haben. Viele Fachleute wundern sich, wie gut psychisch Erkrankte sich ausdrücken, formulieren und sich einfühlen können. Dies ist doch kein Wunder, bei den vielen Einzel- und Gruppentherapien. Deshalb sollte auch diese Kompetenz anerkannt und gefördert werden, wie es z.B. bei der Beschäftigungstherapie geschieht, wenn man wieder ein malerisches Talent entdeckt und fördert.

Aber mit den Integrationsdiensten ist das so eine Sache. Es kommt gerade auch auf dem psychiatrischen Sektor sehr darauf an, wer der Kopf von solchen Diensten ist. Für mich wird immer deutlicher, dass es sehr große Unterschiede in unserer Versorgung gibt. Leider wird in manchen Landkreisen, die gute Grundidee dieser Dienste durch starres und unflexibles Denken der Verantwortlichen blockiert. Es gibt fast überall sämtliche Bausteine für eine gute Versorgung. Deshalb ist es dringend erforderlich, eine Qualitätskontrolle zu installieren mit dem Hauptkriterium, dass möglichst viele in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. Wir müssen weg von der Beheimatung im psychosozialen Netz und hin zur dauerhaften Integration in der Normalität.

In unserem Bundesland gibt es immer mehr Lebensmittelmärkte, die in strukturschwachen Gebieten die Grundversorgung der

Bevölkerung übernehmen. Neben einem stabilen Marktleiter werden diese Märkte von psychisch belasteten Mitarbeitern geführt. Diese Märkte sollen Platz zur Kommunikation und Hilfe bieten. So haben eine Kaffee-Ecke und ein Bring-Service seinen festen Platz in dem Markt. Hier wird auf Kommunikation Wert gelegt und genau da haben wir eine unserer Fähigkeiten. Bedingt durch unsere jahrelangen Therapien mit Gruppen- und Einzelgesprächen haben wir das Reden gelernt. Eine wichtige Voraussetzung um gut zu beraten und zu motivieren. Gibt es mehr solcher Märkte in strukturschwachen Gebieten, kann auch auf millionenschwere Antistigmakampagnen verzichtet werden. Diese Gelder könnten dann sinnvoller für uns und mit uns eingesetzt werden. Gleichzeitig kommen wir aus der Isolation in unseren Subkulturen von Tagesstätten, Tageszentren und WfbM heraus.

Ich möchte jetzt zu »Fluch und Segen« von Behindertenwerkstätten kommen. In den letzten Jahren sind immer mehr entstanden. Es ist festzustellen, dass hier mit einem sehr hohen Einsatz an finanziellen und ideellen Mitteln gearbeitet wird. Aber leider sind die Wiedereingliederungsquoten sehr gering, im Jahr 1998 lagen sie bei 1,8 %. Diese Zahl macht mich wütend. Viele von uns kommen über das Schrauben zählen nicht hinaus und sollen das 20 Jahre aushalten.

Potenzielle Arbeitgeber stehen dieser Integrationsarbeit sehr kritisch gegenüber. Wie kann ein Arbeitnehmer belastbar sein, der jahrelang die gleiche stupide Handbewegung ausführt? Unternehmer sind nicht motiviert, einen von uns anzustellen. Mich ärgert auch, dass ein Facharbeiter seine Fertigkeiten verliert, wenn er in eine WfbM geht. Wäre es nicht sinnvoller, er würde weiter geschult durch und mit der WfbM und dem Integrationsdienst, um ihn für den Arbeitsmarkt interessanter zu machen. Wenn dann auch noch dem Arbeitgeber finanziell geholfen wird, auch hierfür gibt es schon lange Möglichkeiten, so ist jedem gedient. Dieser Vorgang ist vielleicht für einen kurzen Zeitraum teuer, aber er verhindert einen langwierigen und demotivierenden Aufenthalt in einer WfbM, vielleicht zusätzlich noch einen Heimaufenthalt und verheißt dafür dem Betroffenen mehr Lebensqualität und nicht zu vergessen große Einsparungen den Krankenkassen, den Rentenkassen und dem Staat. Mit Sicherheit würde sich das Image der Werkstätten auch verbessern. Die Hilfe, die dann gewährt wird, ist dann wirklich eine Hilfe zur Wiedereingliederung.

Wie wäre es, wenn den WfbM geholfen wird, in normalen Betrieben, wie es hier und da bereits gemacht wird, Außenstellen zu schaffen? Mein Leid in der letzten WfpK war das Dampfkessel-Syndrom, die verschiedenen Krankheitsbilder kochten unkontrolliert hoch und endeten oft in der Resignation des Einzelnen. Aber auch die fehlende Herausforderung durch die ständige Unterforderung. In meiner ersten WfbM war das anders. Durch einen erfahrenen Arbeitstherapeuten wurde ich, während der langwierigen schwierigen Lebenssituation, an immer neue Herausforderungen herangeführt. Wenn es mir langweilig wurde, kam schon die nächste Herausforderung. Gleichzeitig wurde auf die Balance zur Überforderung sorgsam geachtet.

Ich denke, dass die erste Werkstatt für mich rettend war und für meine Rehabilitation nicht weg zu denken. Durch sie bekam ich zwar keinen beruflichen Einstieg, aber mein Selbstwertgefühl wurde so nachhaltig aufgebaut, dass ich aus dem Heim herauskommen konnte und jetzt ehrenamtlich tätig bin. Mein Selbstbewusstsein und meine Motivation wuchsen schon in dem Moment in dem ich merkte, dass ich mit den Arbeitern von einer Optikfirma in den Bus stieg und nach Feierabend mit ihnen wieder zurückkam. Durch diesen geregelten Arbeitstag fühlte ich mich zugehörig und hatte das Gefühl gebraucht zu werden.

Ich möchte nochmals betonen, dass es wirklich gute Werkstätten gibt. Aber da gibt es die Gebietshoheit. Ich wäre sehr dankbar, wenn die Gebietshoheit abgeschafft wird, wir uns die Werkstatt aussuchen könnten und vom Arbeitsamt oder Sozialamt das Fahrgeld zur besseren WfbM erstattet bekommen würden. So würde eine für uns gute Konkurrenz in die Trägerlandschaft kommen. Und aus der Konkurrenz würde eine Vielfalt werden. Die eine WfbM hat den Schwerpunkt auf Computerarbeit und bildet für Call-Zentren aus, die andere reagiert auf die einheimische Industrie und arbeitet vorwiegend im Metallbereich und in der nächsten arbeitet man mit schwer belasteten Mitmenschen mehr auf Hauswirtschaft und Beheimatung hin.

Wir dürfen bei dem Wunsch zur Rehabilitation die Mitmenschen nicht aus dem Auge verlieren, die mit sich und ihrem Handicap solche Schwierigkeiten haben, dass sie kaum in unserer Arbeitswelt einen Platz haben. Aber auch sie sollten in unserer Gesellschaft einen sicheren Platz haben und befähigt werden, mit ihrem Handi-

kap und der normalen Umwelt klar zu kommen. Für diese Mitmenschen sollte die WfbM mehr eine Heimat werden, die auch eine tagesstrukturierende und motivierende Wirkung hat. Das Angebot der WfbM ist oft gar nicht so niederschwellig, wie sich das der Gesetzgeber denkt und es wäre schön, wenn wir nach 20 Jahren unsere Rente beziehen könnten. Auch die 120 Fehltage – Regelung finde ich nicht richtig. Denn zu den 120 Fehltagen zählt automatisch der Urlaub und wenn sie am Freitag krank sind, zählen auch der Samstag und Sonntag dazu. Nirgends gibt es so eine Regelung, aber gerade im Bereich der Handikaps wird so eine Regelung eingeführt, die zum Ausschluss aus der WfbM führt.

Meine Damen und Herren, es ist eine Freud und ein Leid mit den WfbM. Aber ich sehe auch nicht ein, dass gerade die teuerste Form von Ausgliederung aus dem Bereich der Normalität so normal wird. Ich beobachte immer häufiger, dass nach der Installation einer Werkstatt, auch gesündere Leute auf dieses Abstellgleis gestellt werden und diese oft jungen Mitmenschen, anstatt integriert, ausgegliedert werden. Hier geht dann die Institution vor den Interessen des Einzelnen. Wenn wir schon bei dem Thema Handicap sind, möchte ich auch den Behindertenausweis ansprechen. Die Einstufungen von seelischen Erkrankungen sind viel zu gering und genügen nicht den Erfordernissen zur Durchführung eines Berufes.

Aus den oben genannten Gründen darf man die zwei Ps in der Werkstatt nie außer Acht lassen. Das eine P steht für Produktion und das andere steht für Pädagogik. In der WfbM muss auch Platz für die Pädagogik sein, die zur Selbstbefähigung führt. Das heißt, Selbstbewusstsein erarbeiten und dann auch die Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Der Druck zur Wirtschaftlichkeit darf nicht dazu führen, dass die Pädagogik außer Acht gelassen wird. Einen besonderen Raum dafür nimmt der Arbeitstrainingsbereich ein, der oft gar nicht genutzt wird. Er muss mehr genutzt werden, damit wir Betroffenen uns besser in Praktika bei den Firmen zu rechtfinden. Aber die WfbM soll auch fit machen für ehrenamtliche Arbeit. So war es für meinen Werkstattleiter in der ersten WfbM selbstverständlich, dass ich für Termine meiner ehrenamtlichen Tätigkeit freigestellt wurde.

Für WfbM, Selbsthilfefirmen, Integrationsbetriebe und andere Arbeitsmöglichkeiten sollte Priorität sein, uns in erster Linie für den ersten Arbeitsmarkt fit zu machen und nur in Ausnahmefällen soll-

te ein Dauerarbeitsplatz daraus werden. Für mich als einen so genannten chronisch Kranken ist dieser Verlauf üblich. Meine ehrenamtliche Arbeit zeigt aber, dass es auch anders geht. Viele meiner Mitbetroffenen sollten gar nicht aus dem Arbeitsmarkt herausfallen, sondern es sollten alle Möglichkeiten ergriffen werden, den Arbeitsplatz zu erhalten oder schnell wieder zu einer Arbeit zu kommen. Natürlich sind viele Arbeitgeber mit uns ab und zu doch überfordert. Hier könnten, wie bei Suchterkrankungen erfolgreich praktiziert, Helfer für die psychische Eingliederung und den Erhalt geschult und installiert werden. Hier hätten wir mehrere Vorteile. Diese Hilfe hätte ein prophylaktisches Moment und ein Wiedereingliederndes. Die Helfer wären Anlaufpunkt für gestresste und gemobbte Betroffene und könnten so einer längeren Krise entgegenwirken. Bei allem Lob der Arbeit, darf nicht verkannt werden, dass Arbeit auch krank machen kann. Für einen Unternehmer wäre es vielleicht leichter, wenn er solch einen Mitarbeiter als Anlaufpunkt in seiner Firma hätte, der eng mit dem Integrationsdienst zusammen arbeitet.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass hoch begabte Mitbetroffenen in wohnortsfernen Berufsbildungswerken unter großem Einsatz einen Beruf erlernten. Durch das Herausnehmen aus der gewohnten Umgebung gab es zusätzlich große Probleme, die in Suizidversuche mündeten. Nach dem Berufsabschluss kamen sie wieder in ihre heimatliche Region und waren arbeitslos. Dann folgten ABM-Anstellungen und zum Schluss landeten sie wieder in einer WfbM. Dies sprach sich natürlich herum und sorgte weiter für eine resignierte Stimmung bei den Daheimgebliebenen. Wie bei den Berufstrainingszentren sollte alles in Wohnortsnähe stattfinden, sodass kein Arztwechsel und keine Wechsel der soziotherapeutischen Programme notwendig sind. Die heimische Industrie sollte miteinbezogen sein, sodass nicht am Bedarf vorbei ausgebildet wird. Vielleicht kann dann eine Ausbildung in Modulen durchgeführt werden, in dem der Auszubildende in stabilen Phasen seine Prüfungen bestreitet.

Für uns chronisch Betroffenen sehe ich noch die Möglichkeit der ehrenamtlichen Arbeit. Könnten wir da nicht eine Lücke in unseren Heimatgemeinden schließen, indem wir uns zusammenschließen und an die Sozialstationen herangehen und für gehandikapte Mitbürger einen Hol- und Bring-Service anbieten, indem wir

für ältere Mitbürger einen Vorleседienst einrichten. Sie werden jetzt sagen: »Noch zusätzliche Arbeit, wer soll das bezahlen?« Aber könnte dies nicht eine Aufgabe der Tagesstätten sein, so etwas zu organisieren. Es wird doch nur der kommunale Hospitalismus organisiert und wir kommen aus unseren Kreisen nicht heraus. Es sollte auch einen Sozialcoach geben, der uns hilft nach außen zu gehen und dort kleine Erfolgserlebnisse zu sammeln. Ich glaube, dass wir gerade in den Kirchen dabei gute Partner finden würden. Diese ehrenamtliche Tätigkeit sollte aber auch belohnt werden durch Aufwandschädigungen. Es geht uns oft nicht um Geld oder Status, sondern was wir brauchen sind interessante Arbeitsabläufe. Wir chronisch Kranken sollten mindestens eine Absicherung erhalten, sodass wir auch tatsächlich ehrenamtliche Arbeit leisten könnten.

Ich möchte abschließend noch einmal meine Forderungen wiederholen:

- Schon während dem Klinikaufenthalt eine ausführliche Beratung über das Thema Arbeit, Beruf und Ausbildung.
- Eine Teilhabe am Arbeitsleben nach Neigungen und Fähigkeiten muss dauerhaft gesichert sein.
- Ein existenzsicherndes Einkommen, Subventionen vor Sozialhilfe.
- Mehr Modulausbildungen und flexible Arbeitszeiten.
- Die Leistungen zur Arbeitsfindung und Ausbildung müssen wohnortnah sein. Kein Herauslösen aus dem heimatlichen Sicherungsnetz.
- Ein Netz von Klinik, Integrationsdienst und Arbeitgeber für den Erkrankten und wenn nötig eine fortlaufende Betreuung.
- Die Integration in den normalen Arbeitsmarkt, in die Normalität muss absoluter Vorrang haben. Statt tausend Ämter eine Bezugsperson.
- Die Erhaltung der Niedrigschwelligkeit der WfbM und die Anpassung dieser an den Arbeitsmarkt.
- Abschaffung der Gebietshoheit für den zweiten Arbeitsmarkt und eine ständige Qualitätssicherung auch durch Patientenanwälte
- Die Erhebung des tatsächlichen Handikaps zur Aufnahme einer Arbeit im Schwerbehindertenausweis.
- Die Mindestabsicherung für chronisch Erkrankte ohne Heranziehung der Familie.

Wir stehen kurz vor einer Bundestagswahl. Da wird auch sehr gerne um die Lufthoheit über deutschen Stammtischen gekämpft. Dabei müssen die Sozialhilfeempfänger immer auch herhalten. Diese Diskussion verängstigt und verunsichert uns. Wir sind oft Sozialhilfeempfänger und arbeiten in den WfbM. Wir sind Sozialhilfeempfänger, weil wir krank sind. Genauso ist das mit den Geldern und Diskussionen um die Krankenkassen. Wir sind darauf angewiesen und dahinter versteckt sich nicht Faulheit, sondern sehr viel Leid von uns Betroffenen und unseren Angehörigen.

## **Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems**

*Christian Gredig*

Ich möchte Ihnen mit diesem Beitrag einen Einblick geben in unsere Arbeit und Ihnen die bis heute vorliegenden Ergebnisse des Projektes »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« vorstellen.

Das Projekt wird realisiert von einem Projektteam<sup>1</sup> und begleitet von einer Arbeitsgruppe und einem Beirat. Die Zusammensetzung der beiden Kommissionen mit VertreterInnen der Ministerien, der Leistungsträger, mit Experten aus der Rehabilitationspraxis, mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen verweist auf die Vielzahl unterschiedlicher Kompetenzen, Erfahrungen und Interessen und auf das breite Spektrum der Rehabilitationslandschaft.

### **Die Rehabilitationslandschaft – Leistungen und Angebote für psychisch kranke Menschen, die einen Weg zur »Teilhabe« an Arbeit und Beschäftigung ermöglichen sollen**

Diese Rehabilitationslandschaft wollen wir beschreiben, mit ihren Höhen und Tiefen, mit ihren Wegen und ihren Irrwegen, mit Hindernissen und Akteuren. Diese Landschaftsbeschreibung wird allerdings nicht zu einem Bild, das zur Kontemplation einlädt, sondern das Widerspruch hervorruft und dazu auffordert, die Dinge zu ändern, die Landschaft zu gestalten.

Ein guter Maler wird vor Beginn seiner eigentlichen Arbeit unterschiedliche Standorte auswählen, also von wechselnden Stellen auf sein Objekt schauen – sich aber auch in die Landschaft hineinbegeben, und nicht nur deren Statik, sondern auch deren Dynamik erfassen, um die Mehrdimensionalität des Betrachteten auf der Leinwand festhalten zu können.

Wir haben in diesem Projekt gleichfalls unterschiedliche Standorte und Vorgehen gewählt, um nicht lediglich eine umfangreiche

---

<sup>1</sup> Projektleitung: Niels Pörksen, Projektkoordination: Karl-Ernst Brill, Projektmitarbeit: Christian Gredig, Bernd Jäger

Datensammlung zu erhalten, sondern die konkreten Probleme in und mit der Arbeitsrehabilitation zu beschreiben. Nur so ist es möglich gewesen, über das Bild der »Rehabilitationslandschaft« hinaus Vorschläge zu erarbeiten und erste Leitlinien zu skizzieren, Empfehlungen zu formulieren, die die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben, und ihre je individuellen Hilfebedarfe auf diesem Weg in den Mittelpunkt stellen. Lassen Sie mich unser Vorgehen und die Standorte unserer Objektbeschreibung im Folgenden kurz erläutern:

Wir haben zum einen im Rahmen regionaler Erhebungen alle *Einrichtungen und Dienste* erfasst, die in und für die medizinische und berufliche Rehabilitation und (Wieder-)Eingliederung psychisch kranker und behinderter Menschen ins Arbeitsleben relevant sind. Dazu gehörten die institutionellen rehabilitativen Angebote Berücksichtigung, wie Berufliche Trainingszentren (BTZ), Berufsbildungs- und -förderungswerke (BbW bzw. BfW), Integrationsfachdienste (IFD) oder Rehabilitationseinrichtungen (RPK) ebenso, wie die Dienste und Einrichtungen, die an der Vorbereitung und Einleitung entsprechender Hilfen mitwirken (also Tagesstätten, Übergangseinrichtungen oder Wohnen mit Betreuung, Psychiatrische Kliniken).

Zum Zweiten erarbeiteten wir eine Darstellung der funktionalen Hilfen, die in einer Region angeboten bzw. vorgehalten werden müssten, um eine personenzentrierte und zielorientierte Gestaltung des Rehabilitations- und Integrationsgeschehens zu ermöglichen. Funktional heißt in diesem Zusammenhang, unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen dem individuellen Hilfebedarf entsprechend genau die Hilfen bereitzustellen und einzusetzen, die zur Erreichung spezifischer realistischer Ziele im Arbeitsleben notwendig sind.

Drittens haben wir *Effizienz und Effektivität des Rehabilitations- und Eingliederungsgeschehens* untersucht; nicht die einzelner Institutionen oder Maßnahmen, sondern der vorfindlichen Strukturen bezogen auf die Ergebnisse in den und für die ausgewählten Regionen. Das Ergebnis dieser nun abgeschlossenen Projektphase liegt in der Form des Zwischenberichtes vor<sup>2</sup>.

2 Eine bearbeitete Kurzfassung des Zwischenberichtes ist im vorliegenden Tagungsband abgedruckt. Die Langfassung des Zwischenberichtes steht zum Download unter der Adresse [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk) zur Verfügung

## Erhebung und Beschreibung vorhandener Dienste und Einrichtungen

Zu dem ersten Punkt, der Erhebung und Beschreibung aller vorhandenen Dienste und Einrichtungen, waren umfangreiche und z.T. mühsame Recherchen erforderlich, die sehr schnell folgende Probleme deutlich werden ließen.

1. Es gibt in Deutschland viele Dienste und Einrichtungen mit gleicher Bezeichnung, die aber je nach regionaler Entwicklung und konzeptioneller Ausrichtung zum Teil sehr unterschiedliche Angebote vorhalten. Die Existenz einer Einrichtung mit einer geläufigen Bezeichnung lässt daher wenig Rückschlüsse auf das konkrete regionale Versorgungsangebot zu. So sind z.B. die Angebote psychiatrischer Tagesstätten je nach konzeptioneller Ausrichtung entweder im Sinne von »Rehabilitationseinrichtungen mit Übergangscharakter« oder als »unbefristete Langzeiteinrichtung« gestaltet. Arbeit und Beschäftigung wird dabei sehr unterschiedliche Bedeutung beigemessen. Ein weiteres Beispiel ist das von Klinik zu Klinik höchst unterschiedlich entwickelte und ausgerichtete ergotherapeutische Angebot, im besonderen die Arbeitstherapie. Nur selten orientiert sich die Arbeitstherapie an den konkreten arbeitsspezifischen Belangen und Möglichkeiten des einzelnen Patienten und ist auf Wiedereingliederung ausgerichtet.
2. Die Erhebung zeigt, dass viele Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (Berufsförderungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen etc.) zwar inzwischen dem Personenkreis der psychisch kranken Menschen grundsätzlich offen stehen, dass diese Einrichtungen aber in vielen Fällen auf Grund ihrer Größe, ihrer Lage oder ihrer strukturellen Entwicklung zu wenig auf die individuellen Erfordernisse psychisch kranker Menschen eingehen können. Krankheitsbedingte Leistungsschwankungen und der Wunsch der Betroffenen nach Berücksichtigung sozialer Bezüge finden in vielen Fällen nicht die notwendige Berücksichtigung. *Fluktuierender Krankheitsverlauf und Diskontinuität im Leistungsvermögen* spielen aber bei psychisch kranken Menschen eine große Rolle, ja, sie sind geradezu ein Wesensmerkmal psychischer Störungen.
3. Bei der Auswertung von Statistiken (insbesondere der Leistungsträger) über durchgeführte Maßnahmen im Bereich der Rehabi-

litation wurde deutlich, dass das Datenmaterial nicht ausreichend differenziert ist, zuweilen inkommensurabel ist: So werden zum Beispiel psychisch kranke Menschen und Menschen mit Suchterkrankungen in einigen Statistiken zusammen ausgewiesen, in anderen wiederum getrennt aufgeführt. Personenbezogene Angaben über den Verlauf und den Abschluss von durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen fehlen, sodass eine aussagekräftige Bewertung der Daten insgesamt nicht möglich ist.

### **Funktionale Beschreibung vorhandener Maßnahmen**

Hierzu fanden intensive Diskussionen und Überlegungen in den beteiligten Projektgremien statt. Sie waren geleitet von der Einsicht, dass nur ein differenziertes, den individuellen Bedürfnissen und Voraussetzungen der Betroffenen entsprechende Angebotssystem Sinn macht. Dieses sollte flexibel und übersichtlich genug sein, um in jeder Region seinen Platz und seine Aufgaben zu finden. Zugleich sollten diese Überlegungen aber auch dazu dienen, die unterschiedlichen Definitionen im Rehabilitationssystem zusammenzuführen und somit eine gemeinsame begriffliche Grundlage zu schaffen.

### **Effektivität der Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen (Regionalerhebungen)**

Ausgehend von der Annahme, dass sich trotz gleicher rechtlicher Grundlagen in den einzelnen Regionen der Bundesrepublik sehr unterschiedliche Angebotsstrukturen entwickelt haben, war es erforderlich, unterschiedliche Regionen zu untersuchen, um über einen Vergleich zu einer entsprechenden Einschätzung gelangen zu können.

*Diese Regionalerhebungen* sollten exemplarisch das Rehabilitationsgeschehen abbilden und dabei unterschiedliche strukturelle Bedingungen berücksichtigen. Die hierfür notwendigen Fragestellungen und die zu untersuchenden Regionen wurden im Laufe der Projektarbeit ausgewählt. Bevor ich Ihnen die Erhebungsregionen und einige ausgewählte Ergebnisse unserer Erhebungen vorstelle, lassen Sie mich noch kurz auf den letzten Teil unseres Gesamtprojektes zu sprechen kommen.

### **Bewertung des bestehenden Systems und den Vorschlägen zu einer Weiterentwicklung**

Für diesen Teil sollten die Ergebnisse und Diskussionen der ersten drei Projektabschnitte miteinbezogen werden. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse sollen dann konkrete Vorschläge für eine Weiterentwicklung erarbeitet werden mit dem Ziel, einer bedarfsgerechten und personenzentrierten Versorgung den Weg zu bereiten und den beteiligten Akteuren Anregung und Orientierung zu bieten. Diese Tagung kann und soll uns jetzt, nachdem zwei Drittel der Projektzeit vorüber ist, auch dazu dienen, die bisherigen Überlegungen mit Ihnen zusammen zu diskutieren.

In Abbildung 1 sind unterschiedliche Strukturdaten der drei Erhebungsregionen abgebildet. Die von uns ausgewählten Regionen wurden unter dem Aspekt ausgewählt, strukturell möglichst unterschiedliche Bedingungen vorzufinden. Zum einen die Region Halle/Saale im Bundesland Sachsen-Anhalt, in der die Voraussetzungen auf Grund der allgemeinpolitischen Vorbedingungen und der aktuellen Arbeitslosigkeit von fast 20 % in besonderer Weise geprägt sind. Zum Zweiten die Region Kassel – Stadt und Landkreis – mit einem breiten Angebot an Rehabilitationseinrichtungen und Diensten. Trotz der in den beiden Gebietskörperschaften unterschiedliche Bedingungen (Verkehrsanbindung, Arbeitslosigkeit), sind in der rehabilitativen Praxis die gebietskörperschaftlichen Abgrenzungen von einem Beziehungsnetz überlagert. Als Drittes dann der Oberbergische Kreis, eine eher ländlich geprägte Region mit großer Ausdehnung, in der ein enges Netz miteinander kooperierender Dienste und Einrichtungen entstanden ist. Dieses Netz hat im Bereich der beruflichen Eingliederung seinen Schwerpunkt in ineinandergreifenden ambulanten und teilstationären Maßnahmen mit der Psychiatrischen Klinik am Kreiskrankenhaus als »Epizentrum«.

Anhand unterschiedlicher Fragebögen und eines Interviewleitfadens wurden in den einzelnen Regionen über mehrere Tage hinweg MitarbeiterInnen von Rehabilitationseinrichtungen, Kliniken, komplementären Diensten, Leistungsträgern sowie Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene befragt mit dem Ziel, ein möglichst umfassendes Bild von dem Rehabilitationsgeschehen der entsprechenden Region zu bekommen. An dieser Stelle sei noch einmal allen dort vor Ort Tätigen für Ihre Unterstützung gedankt.



Erhebungsregionen

	Halle	Kassel	Oberberg. Kreis
Fläche	135 km <sup>2</sup>	1400 km <sup>2</sup>	918 km <sup>2</sup>
Einwohner	248.000	442.000	288.000
Arbeitslosenquote	19,7 %	Stadt 13,7 % Landkr. 7,9 %	7,8 %
Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen	Integrationsfirmen 24,2 Zuverdienstangebote 11,7 WfbM* 43,9	1,1 2,7 43,9	10,4 33
Arbeitstraining	WfbM	9,3	11,8
Berufliche Reha	RPK** 9,7 Ambulante Lehrgänge		9,4
Berufliche/med. Reha	RPK	4,5	
Arbeitstherapie	stationär Teilstationär/ambulant	23,3 2,3	12,2

\* Werkstatt für behinderte Menschen

\*\* Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke

Abb. 1: Plätze in Angeboten und Maßnahmen für psychisch kranke und behinderte Menschen (2000) (pro 100.000 Einwohner)

Gefragt wurden insbesondere nach Aufnahmevoraussetzungen, Hilfeplanungsinstrumenten, Eingliederungsbilanzen, Kooperationskultur sowie nach auftretenden Problemen in den Rehabilitationsprozessen und nach Verbesserungsvorschlägen. Die Ergebnisse der Regionalerhebungen wurden nach der Auswertung in einer zweiten Veranstaltung in den einzelnen Regionen vorgestellt und mit den Beteiligten diskutiert. Ich möchte mich bei der nun folgenden Darstellung unserer Erhebungsergebnisse auf zwei statistische Teilaspekte beschränken und zwar auf die Eingliederungsbilanz einzelner Einrichtungen sowie auf die Arbeits- und Beschäftigungssituation derjenigen Menschen, die ambulant im psychiatrischen Hilfesystem betreut werden.

Die erste Grafik (s. Abb. 2) zeigt Ihnen, unterteilt nach den von uns untersuchten Regionen, die Beschäftigungssituation der Klienten des ambulant betreuten Wohnens. Die Zahlen müssen m.E. nicht näher erläutert werden, sie erklären sich fast von allein. Auch wenn

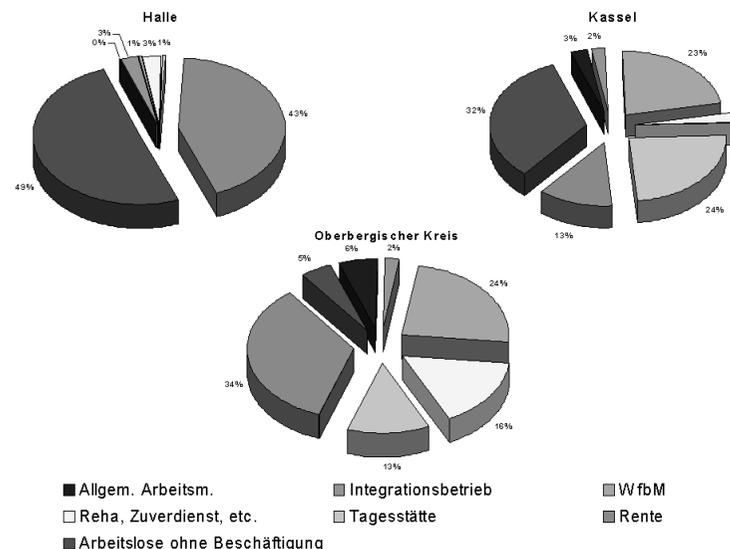


Abb. 2: Arbeits- und Beschäftigungssituation der Bewohner im »Betreuten Wohnen« 2000

man die sozioökonomischen Bedingungen der einzelnen Regionen, also z.B. die Arbeitslosigkeit mit berücksichtigt, so kann doch eines ohne Zweifel festgestellt werden: Die berufliche Eingliederung und die Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen ist offensichtlich nur unzureichend berücksichtigt und ausgestaltet. Bedenken Sie bitte hierbei, dass es sich dabei nur um diejenigen Menschen handelt, die in das psychiatrischen Hilfesystem eingebunden sind. All diejenigen, die dies nicht wollen oder dazu nicht in der Lage sind, müssen wir als Dunkelziffer noch dazurechnen. Im Übrigen werden diese Untersuchungsergebnisse im Trend bundesweit bestätigt durch Untersuchungen im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und durch eine Befragung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch kranker Menschen – hierauf hat bereits Dr. Pörksen in seinem Referat hingewiesen.

Eine weitere Frage an die Einrichtungen und Dienste der beruflichen Rehabilitation war die nach dem Status derjenigen Teilnehmer oder Beschäftigten, die im Jahr 2000 die Einrichtung verlassen. Anhand dieser Grafik wird deutlich, wie unterschiedlich das

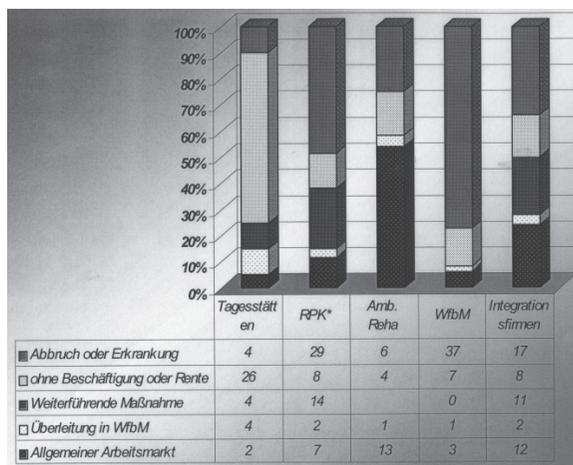


Abb. 3: Ausgeschiedene Rehabilitanden bzw. Arbeitnehmer (2000)

Ziel der Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung in den einzelnen Einrichtungstypen und Diensten umgesetzt werden konnte. Auffallend in dieser Grafik ist neben der zum Teil geringen Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung der hohe Prozentsatz an Abbrüchen, insbesondere in den Werkstätten für behinderte Menschen und bei den Rehabilitationseinrichtungen. Sie sind zum einen auf erneute Erkrankungen und zum anderen auf Unzufriedenheit mit dem entsprechenden Angebot zurückzuführen. Die mittlere Säule mit der relativ hohen Eingliederungsquote repräsentiert ein aufeinander abgestimmtes Angebot von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in der Oberbergischen Region, dass einen Schwerpunkt in der engen Kooperation mit örtlichen Arbeitgebern hat.

Lassen Sie mich nunmehr zu den Punkten kommen, die sich insbesondere im Rahmen der Interviews unserer Regionalerhebungen als zentrale Problem- und Handlungsfelder herausgestellt haben:

1. Es fehlt an einer individuellen, institutionsübergreifenden Hilfeplanung und Abstimmung
2. Es fehlt weiterhin an individuell angepassten Unterstützungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten
3. Zur Überwindung von Lücken und Barrieren sind ineinander greifende Hilfen und Maßnahmen ohne unnötige Unterbre-

chungen und Abbrüche, sowie übergreifende fachliche Kompetenz und Verständnis von MitarbeiterInnen aller Beteiligten Dienste und Einrichtungen erforderlich.

4. Und als Letztes besteht ein dringender Bedarf an einer regionalen Koordination und Steuerung, um eine Sicherstellung benötigter Angebote und Hilfen zu gewährleisten.

Ich möchte diese einzelnen Aspekte noch einmal auf Grund unserer Erhebungen beleuchten und untermalen.

### Individuellen, institutionsübergreifenden Hilfeplanung insbesondere unter Berücksichtigung arbeitsrehabitativer Maßnahmen

Hier ist zu sagen, dass es sie so gut wie gar nicht gibt. Wenn einzelne Dienste und Einrichtungen regelmäßig Rehabilitationspläne mit dem Betroffenen zusammen erstellen, dann in der Regel nur bezogen auf die Angebote ihrer eigenen Einrichtung. Sie gehen nicht vom Bedarf einer Person aus und berücksichtigen in der Regel nicht die Möglichkeiten des gesamten Rehabilitationssystems bzw. der in der Region verfügbaren Angebote. Ein Grund dafür liegt sicherlich auch in den fehlenden Kenntnissen der beteiligten Akteure über die Ziele und Schwerpunkte anderer Einrichtungen und Dienste. Es ist daher zu vermuten, dass viele Klienten/innen nur ungenügend informiert, unterstützt und begleitet werden in Bezug auf die Eingliederung und insbesondere in Bezug auf die »Teilhabe am Arbeitsleben«.

Ein oft geäußertes Argument im Rahmen der Untersuchung war, dass die betroffenen Menschen ja eigentlich gar nicht in der Lage wären, dauerhaft einer Arbeit oder Beschäftigung nachzugehen. Auf der anderen Seite wurde die Sinnhaftigkeit und die Notwendigkeit von abgestuften Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten nicht nur von den Professionellen, sondern auch oder gerade von den Betroffenen und den Angehörigen als unbedingt notwendig erachtet. Bundesweite Befragungen bestätigen dies.

Die Frage muss also lauten: Wie kann sichergestellt werden, dass der Betroffene zu Beginn und im Verlauf jedes Eingliederungsprozesses

- seine individuellen Ressourcen und Wünsche in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung überprüfen kann?

- seine Arbeitsfähigkeit erproben, erhalten, entwickeln oder wiedererlangen kann? oder
- eine Beschäftigung findet, die in Art und Umfang seinen Neigungen und Fähigkeiten entspricht?

Auf Grund der mangelnden Berücksichtigung berufs- und arbeitsbezogener Belange bei der Hilfeplanung in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen und der weit verbreiteten institutionsbezogenen Sichtweise mit einer Ausrichtung allein auf die Angebote der eigenen Einrichtung werden diese Aspekte aus der Sicht unseres Projektes zu wenig beachtet und in den seltensten Fällen in einem gemeinsamen Prozess aller Akteure geplant und umgesetzt. So planen und handeln oftmals mehrere Personen unabhängig voneinander, und es ist nicht schwer sich vorzustellen, dass diese fehlende Abstimmung den Rehabilitationsprozess in vielen Fällen behindert.

Stellen Sie sich bitte einmal vor, in einer Küche würde eine Gericht von mehreren Personen zubereitet, ohne das eine Abstimmung über die Art und Menge der Gewürze erfolgen würde. Es wäre eher ein Glücksfall, wenn dieses Gericht letztlich ein Genuss werden sollte.

Und genauso erscheint, von außen gesehen, der Rehabilitationsverlauf in vielen Fällen: Als ein Prozess mit unterschiedlichen Akteuren, die ohne gemeinsame Abstimmung und Planung ein (vermeintlich) gemeinsames Ziel verfolgen. Damit eine sinnvolle Planung letztlich aber umgesetzt werden kann, müssen natürlich in jeder Region die entsprechend notwendigen Angebote vorgehalten werden. Womit ich am zweiten Punkt wäre.

### Es fehlt an individuell angepassten Unterstützungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten

Wie unsere allgemeine Datenerhebung deutlich macht, bestehen spezielle institutionelle Angebote zur beruflichen Rehabilitation nur in wenigen Regionen und haben in der Regel hohe Zugangsschwellen. Sie erwarten also von den Nutzern eine gewissen Stabilität und in vielen Fällen die Bereitschaft, ein komplexes Hilfsangebot zu nutzen, was u.U. gar nicht gewünscht oder notwendig ist.

So können die Angebote in vollstationären Einrichtungen nur

dann in Anspruch genommen werden, wenn ein Teil der Ressourcen und Lebensbezüge (also Kontakte und ggf. auch die eigene Wohnung) aufgegeben werden. Als Beispiel aus den Regionen möchte ich an dieser Stelle das Berufsförderungswerk im Landkreis Kassel nennen, in dem vorausgesetzt wird, dass die Rehabilitanden internatsfähig und vollschichtig belastbar sind.

Dort, wo es ambulante Unterstützungsmöglichkeiten in Form von Lehrgängen oder Qualifizierungsmaßnahmen gibt, werden sie vielfach losgelöst von dem übrigen Hilfe- und Unterstützungssystem angeboten. Diese Angebote erfordern in der Regel eine bestimmte Teilnehmergröße und üben von daher eine gewisse Sogwirkung aus, was letztlich dazu führt, dass die individuellen Erfordernisse des Einzelnen in den Hintergrund gedrängt werden.

Man könnte es auch anders ausdrücken: Es besteht die Gefahr, dass die Notwendigkeit, eine solche Maßnahme mit TeilnehmerInnen zu füllen, Vorrang vor dem individuellen Bedarf des Einzelnen erhält.

Ich möchte an dieser Stelle aber nicht unerwähnt lassen, dass es auch positive Ansätze und kreative Lösungen gibt. So hat sich über einen längeren Prozess; z.B. in der Oberbergischen Region; ein komplexes System von teilstationärer Arbeitstherapie, Wiedereingliederungslehrgang, Qualifizierungs- und Trainingsmöglichkeiten bis hin zu differenzierten Beschäftigungsmöglichkeiten entwickelt. In diesem System sind die Klinik, arbeitstherapeutische und berufsbegleitende Angebote sowie eine Integrationsfirma und lokale Arbeitgeber eingebunden und während des Eingliederungsprozesses über weite Strecken personelle Kontinuität gewährleistet. Das heißt konkret, z.B. dass der Arbeitstherapeut aus der stationären Arbeitstherapie für den Klienten auch während des Wiedereingliederungslehrganges zuständig ist. Leider sind solche Beispiele noch selten und oft nur unter enormer Anstrengung der vor Ort Aktiven gegen die Widerstände, z.B. der Leistungsträger, möglich.

Wenn an diesem Punkt meiner Ausführungen von angepassten Beschäftigungsmöglichkeiten die Rede ist, dann muss auf Grund der uns vorliegenden Rückmeldungen wohl an erster Stelle die Teilzeitbeschäftigung unterhalb der Grenze zur sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit genannt werden, die im psychiatrischen Bereich zumeist als niedrigschwelliger Zuverdienst bezeichnet wird.

Fast alle interviewten Personen und Institutionen äußerten auf

unsere Frage nach vorhandenen Lücken bzw. notwendigen Ergänzungen des vor Ort bestehenden Angebotsspektrums den Wunsch nach Zuverdienstmöglichkeiten. Diese sollten die Möglichkeit zur Anpassung an Schwankungen im Leistungsvermögen der Betroffenen bieten. Sowohl in ihren konkreten Anforderungen an Konzentration und Geschicklichkeit als auch in ihrem zeitlichen Umfang.

Die wenigen Zuverdienstmöglichkeiten, die z.B. in den untersuchten Erhebungsregionen bestanden, waren entweder nur im Zusammenhang mit der Nutzung anderer stationärer oder teilstationärer Angebote möglich. Sie waren auf Grund der fehlenden finanziellen Absicherung von der Schließung bedroht.

Wenn vom Komplex der Beschäftigungs- und Eingliederungsmöglichkeiten für psychisch behinderte Menschen die Rede ist, dann muss natürlich auch von den Werkstätten für behinderte Menschen gesprochen werden. Sie bieten für den genannten Personenkreis häufig den einzigen Zugang zu Arbeit und Beschäftigung. Die Projektergebnisse bestätigen hier das, was sich schon in bundesweiten Erhebungen gezeigt hat. Die Integrationsbilanz dieser Einrichtungen ist negativ. Zudem begegnen viele psychisch kranke Menschen, die einen Weg in Arbeit und Beschäftigung suchen, diesem Angebot mit großen Vorbehalten weil,

- für sie selbst damit eine Stigmatisierung verbunden ist,
- die Arbeiten oft zu monoton und zu wenig auf die Fähigkeiten und Qualifikationen des Einzelnen abgestimmt sind,
- die Entlohnung zu gering und somit nicht motivierend ist.

Es soll an dieser Stelle nicht das Engagement und die Motivation der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter infrage gestellt werden, aber letztlich bleibt offen, inwieweit eine zeitweilige oder langfristige Beschäftigung in einer WfbM für einzelne, psychisch behinderte Menschen sinnvoll ist

Es bleibt also festzustellen, dass es in dem gesamten Bereich der Angebote von Unterstützungs- und Arbeitsmöglichkeiten viele Mechanismen und Mängel bestehen, die eine individuell angepasste Unterstützung erschweren bzw. verhindern. Kommen wir nunmehr zum dritten Punkt unserer Problemfelder.

## Lücken und Barrieren

Wenn in diesem Zusammenhang von Lücken die Rede ist, so meint dies nicht nur die evtl. fehlenden Angebote, sondern auch die Lücken, die im Verlauf eines Rehabilitationsprozesses auf Grund von Wartezeiten, fehlenden Voraussetzungen oder institutionellen Hindernissen auftreten.

Wartezeiten gibt es besonders dort, wo es vor Beginn einer Maßnahme einer rechtlichen oder diagnostischen Klärung bedarf, bevor eine notwendige Hilfe bereitgestellt wird, oder dort, wo nachfolgende Einrichtungen und Dienste keine Platzkapazitäten mehr haben. Von vielen unserer Gesprächspartner, gerade in den Kliniken oder aus klinischen Maßnahmen, wurden diese sich daraus ergebenden Wartezeiten bemängelt.

Des Weiteren können einige Unterstützungsmaßnahmen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. So zum Beispiel beim Vorliegen einer Schwerbehinderung. Sie wird gerade in dem Bereich der Begleitung und der Integration in das Arbeitsleben gefordert und lässt offensichtlich viele psychisch kranke Menschen unberücksichtigt, die entweder keinen entsprechenden Schwerbehindertenausweis wollen oder keinen bekommen. Auch hier bestätigen uns die Rückmeldungen der Fachleute und der Betroffenen vor Ort in der Einschätzung, dass die Rechte, die mit der Feststellung einer Schwerbehinderung verbunden sind, in vielen Fällen für die Betroffenen weniger wiegen, als die Nachteile und die vermeintliche Stigmatisierung.

Ein anderer Punkt sind die Anforderungen, die von Einrichtungen und Diensten an die »Rehabilitationsfähigkeit« gestellt werden. Es geht dabei u.a. um die Stabilität und Belastbarkeit, daneben auch um die Frage, ob ein Rehabilitationsziel in einem vorab festgelegten Zeitraum erreichbar ist. Nun ist fachlich unbestritten, dass eine solche Vorhersage für einen längeren Zeitraum von ein oder zwei Jahren bei schweren psychischen Erkrankungen nicht zuverlässig möglich ist, andererseits wird sie aber gefordert. Hieraus resultieren enorme Selektionsmechanismen bereits im Aufnahmeverfahren. Im weiteren Verlauf sorgt dann die fehlende Möglichkeit zu einer flexiblen Anpassung für eine hohe Quote von »Maßnahmeabbrüchen«. Für die Betroffenen bedeutet dies regelmäßig ein Erlebnis des Scheiterns, nach dem sie wieder ganz von vorne anfangen müssen.

All diese Punkte führen zu unnötigen Lücken und Abbrüchen, die nicht nur den Rehabilitationsprozess verzögern und unnötig verlängern, sondern dazu noch das Selbstwertgefühl und die Motivation der Betroffenen in hohem Maße beeinträchtigen.

Aber nicht nur Lücken sind zu schließen, sondern auch Barrieren abzubauen und zwar in Hinsicht auf das Verständnis für psychisch kranke Menschen und bezogen auf den Umgang der betroffenen Akteure untereinander.

So wurde sowohl vonseiten der Betroffenen selbst als auch der psychiatrisch tätigen Menschen vor Ort beklagt, dass aufseiten der Verwaltung (also Arbeits- oder Sozialamt) zu wenig Verständnis für die besonderen Probleme der psychisch kranken Menschen besteht. Dies würde dazu führen, dass entsprechende Hilfen zum Teil gar nicht in Anspruch genommen würden. Auf der anderen Seite, waren die Mitarbeiter der psychiatrischen Dienste aber auch nur sehr unzureichend über die Angebote und Möglichkeiten in Bereich der berufsbezogenen Hilfen und Möglichkeiten informiert.

Hier gilt es also zukünftig Barrieren ab und Brücken aufzubauen, damit die Beteiligten miteinander in Kontakt, Austausch und letztlich in einen gemeinsam gestalteten Prozess kommen können.

## Regionale Koordination und Steuerung

Zwar gab es in allen von uns untersuchten Regionen Kooperationsstrukturen in mehr oder weniger ausgeprägter Form. Auf Teilhabe am Arbeitsleben orientierte verbindlich koordinierte und fallorientierte Zusammenarbeit im psychiatrischen Hilfesystem und zwischen psychiatrischem Hilfesystem und Arbeitswelt fand nirgends statt.

Die Vorstellung und Diskussion von Anforderungen und Voraussetzungen für eine sinnvolle Koordination und Steuerung bilden einen weiteren Schwerpunkt des morgigen Tages. Ich komme zum Schluss meines Vortrages, in der Hoffnung, Ihnen einige Anregungen zu den kommenden Diskussionen gegeben zu haben.

Wir haben bei unseren Gesprächen viele engagierte und motivierte Menschen getroffen. Und wenn die Auswertung unseres Projektes ein eher kritisches Bild liefert, dann soll dieses Engagement dadurch nicht geschmälert werden. Aber wenn der Spruch: *»Arbeit ist das halbe Leben!«* im positiven Sinne heute noch Bedeutung hat, dann muss man leider anhand unserer Ergebnisse zu der Einschät-

zung kommen, dass dieses halbe Leben von einem großen Teil der psychisch kranken Menschen noch nicht oder nur unzureichend gelebt werden kann. Die kommenden beiden Tage können dazu dienen, darüber nachzudenken und ins Gespräch zu kommen. Unser Projektteam wünscht Ihnen in diesem Sinne eine lebendige und letztlich fruchtbare Tagung und angeregte Diskussionen.

## **Überwindung von Barrieren**

## Regionale Initiativen zur Überwindung von Barrieren

*Peter Kruckenberg, Henning Voßberg*

Barrieren zu überwinden kann eine lohnende Herausforderung, kann aber auch Überforderung oder Unmöglichkeit sein. Worin bestehen die Barrieren, die daran hindern, Menschen mit seelischen Störungen dabei zu unterstützen, eine für sie leistbare sinnvolle Erwerbstätigkeit zu finden und zu behalten, ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, die wöchentliche Arbeitszeit wieder auszudehnen, sich weiter zu qualifizieren und sich in der beruflichen Tätigkeit weiter zu entwickeln? Viele Schwierigkeiten sind heute schon genannt worden, Schwierigkeiten, die die Klienten selbst betreffen oder den Arbeitsmarkt, die den verschiedenen Einrichtungen, die die Rehabilitation fördern sollen, zuzurechnen sind oder den Leistungsträgern, die gesetzlich verpflichtet sind, die notwendigen Angebote vorzuhalten, sich aber dieser Aufgabe vielfach verweigern. Barrieren können in den materiellen Verhältnissen liegen oder in den Köpfen bestehen. Barrieren sind ein Bild für Widerstände und Schwierigkeiten auf dem Wege, vielleicht nicht immer das Passende.

Wir möchten im ersten Teil des Referats die Schwierigkeiten beim Bemühen um berufliche Teilhabe aus der Sicht des Klienten Herrn M. betrachten, dessen Beispiel in dem Zwischenbericht des Projekts kurz dargestellt wurde: Es geht um einen 24-jährigen Laborangestellten, dem einige Monate nach seiner erstmals aufgetretenen schizophrenen Störung aus betriebsbedingten Gründen gekündigt wird und der kurze Zeit später erneut in die Psychiatrische Klinik aufgenommen werden muss (Abb. 1). Dort nutzt er das arbeitstherapeutische Programm, auch wenn es seine beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen nicht berücksichtigen kann. An berufsbezogenen Untersuchungs- und Trainingsmaßnahmen oder etwa externe Belastungserprobungen wird nicht gedacht. Immerhin wird ein Antrag auf medizinische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger gestellt, aber die nächste Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) ist 80 km entfernt und hat eine Wartezeit von mindestens einem Jahr. Außerdem möchte der Patient weder seine Wohnung noch den Kontakt zu seinem sozialen Umfeld verlieren.

Die Beratung bei der örtlichen Servicestelle des Rentenversicherungsträgers endet mit der Empfehlung, es in einer süddeut-

schen Reha-Klinik zu versuchen, was Herr M. aus den gleichen Gründen ablehnt. Er hat noch nicht aufgegeben und wendet sich an das örtliche Arbeitsamt. Dort wird er rechtlich beraten, aber in Hinblick auf konkrete Hilfe an ein berufliches Trainingszentrum in etwa 100 km Entfernung verwiesen. Herr M. wechselt stattdessen in die Tagesklinik.

Nach zehn Wochen lehnt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine weitere Krankenhausbehandlung ab und Herr M. wird aus der Tagesklinik entlassen. Angebote der ambulanten medizinischen Rehabilitation gibt es in Wohnortnähe nicht, aber als kontinuierliche Betreuung ergänzend zu der nervenärztlichen Behandlung immerhin die Möglichkeit des Betreten Einzelwohnens. Die Mitarbeiter des Betreten Wohnens haben keine Reha-Erfahrungen, verweisen erneut an das Arbeitsamt und nennen ihm als einziges wohnortnahes Angebot die Werkstatt für behinderte Menschen. Nach einem Besuch dort ist für ihn diese Perspektive indiskutabel: Nur unter behinderten Menschen arbeiten, keinen Bezug zu seinem früheren Arbeitsgebiet haben, ein geringes Arbeitsentgelt erhalten und zur Sicherung seines Lebensunterhalts Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, das will er nicht.

Verschiedene Versuche auf eigene Faust, wieder in seinem alten Beruf tätig zu werden, scheitern aufgrund der ungünstigen Situation am Arbeitsmarkt und seiner inzwischen eingetretenen Beschäftigungslücke. Nach wiederholten Enttäuschungen und der Erfahrung des ständigen »nutzlosen Herumsitzens« sinken Hoffnung und Selbstbewusstsein. Dies wird noch verstärkt, nachdem ein Reha-Berater des Arbeitsamtes ihm rät, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen, was er vehement ablehnt. Er fühlt sich nicht schwer behindert, eher gehindert. Nicht nur, dass dieses System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation für Herrn M. keine sinnvolle Hilfe geleistet hat. Es war zusätzlich kränkend. Unsere seelische Gesundheit ist nach Antonowski darauf angewiesen, dass wir die wesentlichen Faktoren, die unsere Lebenszusammenhänge bestimmen, verstehen, dass wir auf sie Einfluss nehmen können und in unserem Handeln einen Sinn sehen können. All dieses wurde und wird Herrn M. verwehrt, eine sinnstiftende Teilhabe am Arbeitsleben unmöglich gemacht.

Die Bilder, die man sich vom eigenen Leben macht, sind im Sinne der Förderung oder Belastung seelischer Gesundheit bedeu-

tend. Ist das Wort Barriere im Sinne von Mauern für die Erfahrungen von Herrn M. passend? Wenn es um seine Bewerbung auf Arbeitsplätze ging, passt vielleicht eher das Bild eines unüberwindlichen Grabens, die Vorschläge hinsichtlich so genannter qualifizierter Reha-Einrichtungen waren nicht gangbare Wege oder führten in unerreichbare Ferne, das Hin und Her (Abb. 1) zwischen den verschiedenen Diensten, Einrichtungen, Arbeitgebern, Kostenträgern erscheint eher wie der Weg durch ein Labyrinth, aus dem es kein Entrinnen gibt.

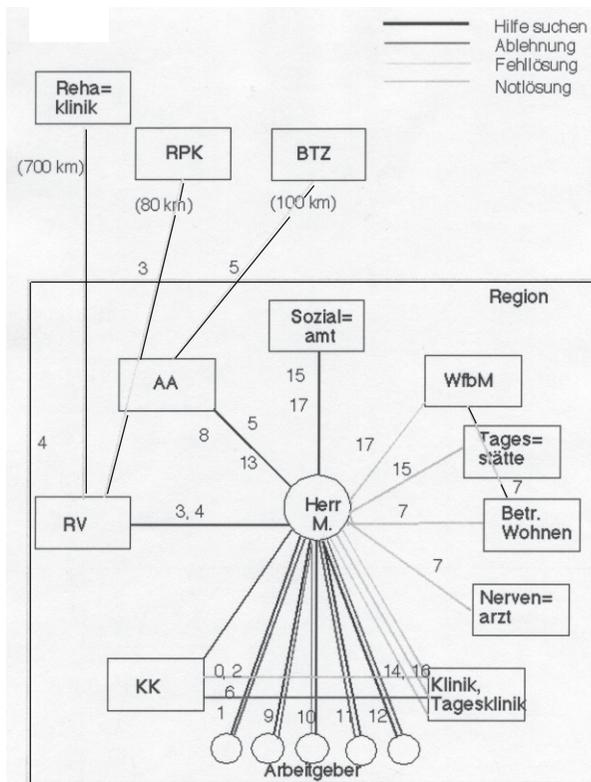


Abb. 1: »Personenzentrierte« regionale Rehabilitation 2002

Uns fiel als szenische Darstellung das Märchen vom Hasen und Igel ein. Sie kennen das Wettrennen, in dem der Hase dann am Ende der Rennbahn immer entweder auf den Igel oder seine Frau trifft, die ihn mit den Worten »Ich bin all da« zum nächsten Lauf treiben, bis er tot zu Boden stürzt. Bei Herrn M. hieß es nicht, »Ich bin schon da«, sondern in verschiedenen Variationen: »Ich bin für Sie nicht zuständig«. Das Ergebnis ist resignative Anpassung und weiterer Verlust von Fähigkeiten und Chancen, wieder in den Beruf zurück zu finden.

Wie geht es weiter? Mit Wahrscheinlichkeit nicht aufwärts, sondern in die Chronifizierung. Es besteht die Gefahr des Abgleitens in Suchtmittelmissbrauch und Verwahrlosung, Gewöhnung an den Status eines Sozialhilfeempfängers, weiterer Klinikaufenthalte, im Anschluss einfache Tätigkeit in einer Tagesstätte für 1 Euro pro Stunde, 2 x 2 Stunden in der Woche oder wenn er sich dazu durchringen kann und den Leistungsanforderungen an Arbeitsstunden und Beständigkeit noch gewachsen ist, irgend wann doch noch ein Versuch im Montagebereich der Werkstatt für behinderte Menschen. Dann wäre er ein Fall für die erfolgreiche Eingliederungsstatistik.

Die Entwicklung von Herrn M. ist kein Ausnahmefall, sondern statistisch eher die Regel. Dass aber sein Schicksal nicht so sein muss, zeigen immer wieder positive Erfahrungen mit ambulanten Reha-Diensten, psychosozialen Diensten, mit Reha-Einrichtungen für psychisch Kranke, vor allem, wenn diese sich auch teilstationär und ambulant differenziert haben, in bestimmten Fällen auch mit beruflichen Trainingszentren und Berufsförderungswerken, wenn sie zufällig in der Nähe des Wohnorts liegen und ein passendes Angebot vorhalten.

Alle diese Einräumungen sind, wie bereits berichtet, in den meisten Regionen nicht vorhanden. Dort, wo es sie gibt, richten sie sich an eine bestimmte Klientel mit in der Regel relativ hoher Kompetenz und Belastbarkeit und sind für die anderen nicht zuständig. Ihre Erfolge oder Misserfolge sind aufgrund der Selektionskriterien, aber noch mehr aufgrund der fehlenden oder begrenzten Effizienzuntersuchungen kaum zu bewerten: Es ist schon viel, wenn die Fragen nach der Abbruchrate und der Häufigkeit der Eingliederung in ein Arbeitsverhältnis nach Ende der Reha-Maßnahme beantwortet werden kann – für wie lange dieser Arbeitsverhältnis gehalten werden konnte, weiß man fast nie. Dies ist der Jammer mit institutions-

zentrierten Hilfesystemen für psychisch Kranke auch und besonders in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

Aber es muss nicht beim Jammern bleiben. Herr M. weiß sehr wohl, zumindest zu Beginn seiner Kranken- und Rehabilitandenkarriere, was ihm fehlt: Anfänglich eine sein Selbstvertrauen stützende Trainingsphase, z.B. in der Tagesklinik. Dann ein zu seinen aktuellen Fähigkeiten und Belastbarkeiten passender Arbeitsplatz, eine angemessene begleitende sowohl psychiatrische wie arbeitsbezogene fachliche Unterstützung und die Finanzierung der notwendigen Leistungen – z.B. Minderleistungsausgleich wie begleitende Betreuung – durch den oder die zuständigen Kostenträger. Und zwar alles zeitgerecht und in der Region, in der er lebt.

Er hat erfahren müssen, dass die drei Bereiche, arbeitgebende, begleitende und finanzierende Institutionen zusammenarbeiten müssten und dass sie das nur sehr begrenzt tun, dass sie überwiegend mit sich selbst beschäftigt sind und wenig mit ihm und seinen Bedürfnissen und gesetzlichen Leistungsansprüchen. So ist das und daran scheint niemand ernsthaft etwas ändern zu wollen.

Hierzu noch ein zweites Beispiel: Zitat aus einer Kostenbewilligung der Krankenkassen vom 22.01.2002: »Antrag vom 22.11.2001 auf teilstationäre Arbeitstherapie. Den oben genannten Antrag haben wir mit Schreiben vom 04.12.2001 abgelehnt. Gegen diese Ablehnung legte unser Mitglied Widerspruch ein (...). In dem uns jetzt vorliegenden Gutachten kommt der MdK zu folgendem Ergebnis: Es liegt eine medizinische Indikation vor für eine ambulante Arbeitstherapie im Sinne des beruflichen Trainings und Erwerbens einer regelmäßigen Tagesstruktur mit dem Ziel einer Arbeitsfähigkeit für Bürotätigkeiten unter geschützten Bedingungen (...). Dieses Ziel ist in 3 Monaten zu erreichen, wenn vor Beginn dieser Behandlung der nahtlose Übergang in eine geschützte Tätigkeit sichergestellt werden kann. Eine Arbeitstherapie ist sinnlos, wenn zwischen dem Ende der Arbeitstherapie und der beruflichen Tätigkeit eine Pause, länger als eine Woche eintritt. Daher können wir die Kosten für die klinische Arbeitstherapie unserer Versicherten nur übernehmen, wenn vorher der nahtlose Übergang in die geplante geschützte Arbeit sichergestellt werden kann, d.h. der Beginn der Arbeitstherapie ist terminlich dem Beginn der beruflichen Tätigkeit anzupassen.«

Die richtige Erkenntnis, dass es zwischen Arbeitstherapie und

anschließender beschützter Beschäftigung zu keinen längeren Wartezeiten kommen sollte, verkehrt sich hier in objektiv zynischer Weise. Die zu vermeidende Unterbrechung des Rehabilitationswegs wird durch diese Entscheidung in eine Verhinderung von Rehabilitation überhaupt umgemünzt. Dieses ist nur ein Beispiel für eine sich verschärfende allgemeine Tendenz: Auf allen Ebenen werden Entscheidungen immer mehr von Kostenabwehraspekten bestimmt. Die Bedürfnisse der Klienten treten demgegenüber in den Hintergrund.

Diskutiert man solche Probleme einzelfallbezogen an der Basis, so herrscht meist Einigkeit über die an und für sich notwendigen Hilfen. Je eindrucksvoller aber die Sparsamkeitsgebote reglementierend an die einzelnen Sachbearbeiter weiter gegeben werden, desto geringer werden die Spielräume, mit denen in der Vergangenheit fantasievoll und unkonventionell die Hindernisse und Begrenzungen unzulänglicher gesetzlicher Regelungen und Verwaltungsvorschriften umschifft worden sind. Die Sorge, im Zweifelsfall eine Zuständigkeit übernommen zu haben, für die eventuell doch ein anderer Kostenträger leistungspflichtig sein könnte, setzt sich immer stärker gegen die Aufgabe durch, den Versicherten angemessene Leistungen anzubieten. »Ich habe mit meinem Vorgesetzten gesprochen, wir können da nichts machen«, ist ein häufig gehörter Satz, der hilflos und wütend macht.

Über die gesetzlichen Grundlagen, die fachlichen Standards über positive Erfahrungen und die Leitlinien für ein personenzentriertes regionales Hilfesystem haben Sie heute schon Einiges und werden Sie morgen noch mehr erfahren. Wir sollen etwas über die Überwindung von Barrieren oder die Überbrückung von Gräben, die Abkürzung von Wegen, die Ordnung von Labyrinthen sagen, d.h. darüber, was getan werden muss, um Menschen wie Herrn M. wirksam zu einer sinnvollen Teilhabe am Arbeitsleben zu verhelfen, und dies wollen wir abschließend in aller Kürze versuchen.

Dies ist konkret zu tun, damit die wesentlichen Strukturkriterien für die Eingliederung chronisch psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit und Beschäftigung erfüllt werden können:

- Individuelle kontinuierliche personenzentrierte Erbringung notwendiger Hilfen im Rahmen integrierter Behandlungs- und Rehabilitationspläne,
- Realisierung von Ansprüchen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation für bisher benachteiligte Klientengruppen,

- Schaffung passgenauer Arbeitsplätze in Abstimmung der Interessen von Arbeitgebern und einzugliedernden Arbeitnehmern,
- Verwirklichung von Versorgungsverpflichtung durch Leistungs-, Entgelt-, Kooperations- und Koordinationsvereinbarungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Zum Beispiel in Bremen, wo Herr Voßberg und ich seit vielen Jahren tätig sind. In Bremen ist der Stand der Arbeitslosigkeit weiterhin hoch (im April 2002 11,6 %) mit besonderen Auswirkungen auf die beruflichen Eingliederungschancen von behinderten, insbesondere psychisch behinderten Menschen. Andererseits gibt es in Bremen seit Anfang der 80er-Jahre in vieler Hinsicht vorbildliche Aktivitäten im Rahmen der Psychiatriereform, auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke:

- Differenzierte Programme der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), für psychisch Kranke sowohl im Arbeitstrainings- wie im Dauerarbeitsbereich, z.B. in regionalen Kleinwerkstätten und ausgelagerten Arbeitsplätzen in Betrieben
- Teilstationäre Arbeitstherapie als medizinische Rehabilitationsmaßnahme am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentralkrankenhauses Bremen Ost.
- Eine arbeitstherapeutische Tagesklinik, ebenfalls am Zentralkrankenhaus Bremen Ost.
- Ambulanter beruflicher Reha-Dienst zur Vorbereitung und Vermittlung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke (»betriebsnahe Rehabilitation«).
- Spezialisierte Angebote für psychisch Kranke im Rahmen des psychosozialen Fachdienstes.
- Ergotherapeutische Werkstätten des Sozialwerks der Freien Christengemeinde.
- Integrationsbetriebe für psychisch Kranke.
- Gering finanzierte Zuverdienstmöglichkeiten in fünf regionalisierten Tagesstätten für psychisch Kranke.

Darüber hinaus gibt es Einrichtungen zur beruflichen Integration Behinderter, die auch psychisch Kranken zugute kommen, wie

- Vermittlung und Beratung durch das Arbeitsamt einschließlich AB-Maßnahmen,
- BSHG § 19-Stellen u.Ä.,

- Integrationsfachdienst,
- Berufliches Trainingszentrum Friedehorst,
- Berufsbildungswerk des Reichsbunds,
- Lehrgang mit Bremer Betrieben.

Die verschiedenen Leistungsanbieter sind zusammen mit dem Arbeitsamt, dem Integrationsamt, dem Arbeits- und Sozialressort des Senats zum Arbeitskreis »Arbeit für psychisch Kranke« zusammengeschlossen, ein Ausschuss des übergreifenden Koordinations- und Planungsgremiums »Zentrale Arbeitsgruppe für psychisch Kranke« der Stadtgemeinde Bremen.

Die genannten Bremer Projekte haben sich hinsichtlich der Eingliederungserfolge bewährt, z.T. auch ausgewiesen durch externe Evaluation. Leider »passen« die Angebote jeweils nur für spezielle Zielgruppen, in der Regel für die eher beruflich gut vorgebildeten und gesundheitlich relativ stabilen ganztags leistungsfähigen Klienten.

Dagegen haben psychisch kranke Menschen mit fluktuierendem Krankheitsverlauf und durchaus besserungsfähigen, krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen kaum Chancen auf angemessene Förderung: Verzögerungen in der Antragsbearbeitung, Probleme der Zuständigkeit, strukturbedingte Abbrüche im Rehabilitationsprozess, fehlende Praktikums- und Arbeiterprobungsplätze u.Ä. führen auch in Bremen zur resignativen Anpassung an Arbeitslosigkeit, Frühberentung oder Minimalbeschäftigung im Rahmen von BSHG-finanzierten Eingliederungsmaßnahmen.

Verschiedene Bemühungen, die Ansprüche auf medizinische und berufliche Rehabilitation auch von Menschen mit chronischen psychischen Störungen durch Aufbau einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) zu realisieren, sind Ende der 80er- und Anfang der 90er-Jahre an den Kostenträgern gescheitert. Mit der GKV Gesundheitsreform 2000 und dem SGB IX hat sich die Hoffnung auf die Durchsetzung dieser Ansprüche gebessert, sodass es seit mehreren Monaten eine trägerübergreifende Initiative zur Konzeptionierung des Regionalen Zentrums für Rehabilitation psychisch Kranker gibt, die die oben aufgeführten Zielsetzungen im regionalen Verbund realisieren soll.

1. Es ist ein ambulantes Reha-Team mit Versorgungsverpflichtung aufzubauen, das

- jedem zugewiesenen Bremer Klienten kurzfristig eine umfassende Rehabilitationsdiagnostik garantiert,
- jeder zuweisenden Stelle, d.h. anderen Leistungserbringern aber auch Leistungsträgern, insbesondere den zukünftigen Servicestellen, eine konsiliarische Beratung bzw. kooperative Abstimmung anbietet,
- Klienten an geeignete und aufnahmebereite Leistungserbringer bzw. Arbeitgeber begleitend überleitet,
- die übrigen Klienten so lange wie notwendig betreut in der Regel ambulant begleitet und ggf. notwendige ergänzende Maßnahmen wie teilstationäre Arbeitstherapie, Arbeitstraining, Arbeitsassistenten und rehabilitative Hilfen im Wohnbereich bei den regional vorhandenen Diensten »einkauft« oder selbst anbietet,
- Plätze für Praktika, Arbeitserprobung und Arbeit für psychisch kranke Menschen akquiriert (Jobbörse und gezielte Arbeitsplatzsuche und –gestaltung einschl. arbeitsvertraglicher Regelungen, die den fluktuierenden Krankheitsverlauf berücksichtigen).

Mit anderen Worten, wenn andere Anlaufstellen von behandelnden, betreuenden oder rehabilitativen Diensten dem Hilfebedarf nicht ausreichend entsprechen können, heißt es nicht mehr »nicht zuständig«, sondern »dort finden Sie kompetente Hilfe«.

2. Dieses ambulante Reha-Team ist zu ergänzen durch ein integriertes, teilstationäres Angebot medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Dies führt, soweit notwendig, ein vertiefendes Assessment durch, nach Möglichkeit schon begleitend am Arbeitsplatz oder um zumindest einen »Landeplatz« im Arbeitsfeld zu finden mit den im Einzelfall erforderlichen und möglichen passgenauen Arbeitsbedingungen, Rehabilitationsangeboten und Verdienst- oder Zuverdienstmöglichkeiten.
3. Ergänzend sind die für einen Teil der Klienten erforderlichen rehabilitativen oder geschützten Wohnmöglichkeiten in einzelbetreuten Wohnplätzen, Wohngruppen und, wenn unbedingt nötig, in Heimen zu assoziieren.
4. Der ambulante und teilstationäre Reha-Dienst ist durch verbindliche Kooperations- und Koordinationsvereinbarungen im Rahmen des »Kooperationsverbunds Arbeit« mit den übrigen Leistungsanbietern zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber auch mit den Diensten und Einrichtungen zur Behandlung, Selbstversorgung

- im Wohnbereich, Tagesgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu vernetzen.
5. Mit den anderen Diensten zusammen wird regelmäßig der Bedarf und das Ausmaß der Bedarfsdeckung in der Region und, soweit sinnvoll, außerhalb der Region dokumentiert und ebenso wie die Entwicklungserfordernisse in die Gesundheitsberichterstattung der Kommune aufgenommen.
  6. Die Leistungsträger, also Krankenkassen, Rentenversicherer, Arbeitsamt, Integrationsamt und Sozialhilfeträger sind vertraglich einzubinden in die regelmäßige Auswertung der Gesundheitsberichte und erarbeiten mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund unter Einbeziehung von Vertretern der Arbeitgeber, der Klienten und der Angehörigen konkrete Entwicklungspläne und deren Finanzierung.

Angesichts der gewachsenen Kooperationskultur der Leistungsanbieter in Bremen, der Bereitschaft, ein ambulantes und teilstationäres Rehabilitationszentrum als »Joint Venture« zu realisieren und der aktiven Begleitung durch die Kommune wird das Projekt realisiert werden, wenn es gelingt, eine Anschubfinanzierung im Rahmen einer Modellerprobung zu erreichen.

Nur die verbindliche langfristige Einbeziehung der Sozialversicherungsträger wird – wie überall – schwierig. Das liegt vor allem daran, dass die Sozialversicherungsträger im Hinblick auf die Rehabilitation von Klienten mit komplexer Problematik ihre Gestaltungsaufgaben bundesweit bisher kaum wahrnehmen und sich auch aus den notwendigen regionalen Bedarfsentwicklungen und Entwicklungsplanungen heraus halten. Dies gilt besonders für den Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, aber auch für andere Leistungsbereiche in der Versorgung psychisch Kranker, so z.B. für die Krankenhausbehandlung in der Anwendung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), für die ambulante psychiatrische Pflege und für die Soziotherapie. Ein aktuelles Beispiel hinsichtlich der Umsetzungsbereitschaft von Sozialgesetzen ist die Diskussion um die Ausgestaltung und Arbeitsweise der Servicestellen gemäß SGB IX.

Auf den Punkt gebracht: Hinsichtlich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen genügt den

Kostenträgern der Hinweis auf ihre unbestrittenen Budgetprobleme, um über Jahre und Jahrzehnte notwendige Entwicklungen im Sinne der Realisierung gesetzlicher Ansprüche nicht nur nicht zu gestalten, wie es ihre Aufgabe wäre, sondern auch regelmäßig zu verhindern. Hier ist der Gesetzgeber gefordert.

Es nutzt nichts, gute Gesetze zu machen, wenn der Wille des Gesetzgebers nicht beachtet wird. Arbeitsminister Riester hat wiederholt von einer »lernenden Gesetzgebung« gesprochen. Diese gilt es auf den Weg zu bringen. Unsere Aufgabe als Leistungserbringer ist es, überall zu versuchen, die Fronten aufzulockern, vor allem aber in Regionen mit reformbereiten Akteuren in den verschiedenen Funktionen zu zeigen, dass es möglich ist, zeitgemäße regionale personenzentrierte Hilfesysteme auch in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation von psychisch Kranken auf den Weg zu bringen. Bundesgesetzgeber und Bundesregierung sind gefordert, die Entwicklung zu einer »lernenden Gesetzgebung« auf den Weg zu bringen, dadurch dass sie zeitlich befristete Umsetzungsprojekte und die erforderliche Evaluation mit durchaus begrenzten Mitteln fördern, damit diese einerseits eine Ausstrahlungswirkung auch auf andere Regionen entfalten können, zum anderen Erfahrungen für später durchzuführende gesetzliche Novellierungen liefern.

## **Platziert rehabilitieren**

### **Einführung**

*Thomas Reker*

In der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation gibt es derzeit zwei konkurrierende Konzepte, die – formuliert man es biblisch – heißen »der Prophet kommt zum Berg« bzw. »der Berg kommt zum Propheten«. Zurückübersetzt in die Praxis der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation bedeutet das erste Konzept, dass ein Betroffener nach der Überwindung der Erkrankung durch therapeutische und rehabilitative Hilfen die Fähigkeiten entwickelt, die nötig sind, um einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Wenn diese Bemühungen scheitern, dann muss der Berg eben zum Propheten kommen, d.h. wir halten eine Vielzahl von Möglichkeiten und Einrichtungen vor, in denen die Anforderungen an behinderte Menschen so reduziert sind, dass sie auch mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten dort arbeiten können. Diese beschützenden Arbeitsverhältnisse sind neben aller Wertschätzung immer wieder auch Gegenstand der Kritik gewesen, wie sie auch heute Morgen z.B. formuliert worden ist.

Die wichtige Frage, mit der wir uns in diesem Symposium vor allen Dingen beschäftigen werden, ist die Frage der Reihenfolge rehabilitativer Maßnahmen. Das klassische und nach meiner Schätzung in Deutschland zu 95 % zugrunde gelegte Konzept von Arbeitsrehabilitation sieht folgendermaßen aus: Es gibt jemanden, der aufgrund seiner Erkrankung eingeschränkte Fähigkeiten hat. Diese müssen unter stufenweiser Steigerung der Anforderungen trainiert werden und erst, wenn ein bestimmter Trainingserfolg erreicht ist, erfolgt der Versuch einer Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, d.h. vor der Platzierung erfolgt ein ausgiebiges Training. Dieses Prinzip ist eingebunden in die deutsche Psychiatriegeschichte. Eugen Bleuler hat schon 1911 in dieser Weise sehr positiv über die Arbeitstherapie gesprochen. Kritisch betrachtet heißt das aber auch, dass manchmal sehr lange Trainingsphasen absolviert werden müs-

sen, dass viele Betroffene in diesen Trainings hängen bleiben oder demotiviert aufgeben, und dass sie eine Unterstützung für weitergehende Rehabilitationsziele erst erhalten, wenn sie entsprechende Trainingserfolge vorzeigen können. Der größte Nachteil dieses Konzeptes ist aber, dass mit der Platzierung in der Regel alle Unterstützung aufhört.

Supported employment Programme, die in Amerika entwickelt und dort überwiegend eingesetzt werden, gehen den radikal umgekehrten Weg. Sie stellen die Notwendigkeit aber auch die Sinnhaftigkeit einer langen Trainingsphase unter beschützenden Bedingungen infrage und vermuten negative Auswirkungen auf die Motivation der Betroffenen. Darüber hinaus ist auch nicht ausgeschlossen, dass man Dinge trainiert, die man an dem späteren Arbeitsplatz überhaupt nicht mehr braucht und umgekehrt Dinge, die von besonderer Wichtigkeit an diesem Arbeitsplatz sind, unglücklicherweise vorher gar nicht trainiert wurden oder auch nicht trainiert werden konnten. Das Prinzip von erst trainieren, dann platzieren wird in den supported employment Programmen umgedreht. Zunächst erfolgt eine Platzierung auf einem Arbeitsplatz und dann das auf diesen Arbeitsplatz zugeschnittene kontinuierliche und langfristige Training. Das ist für uns sehr ungewöhnlich. Das ist genau das Gegenteil von dem, was wir bisher überwiegend gemacht haben. Und genau über dieses Thema, über Pro und Kontra wollen wir heute diskutieren.

Die Antwort ist wahrscheinlich – ich will damit kein Ergebnis vorwegnehmen – nicht ein striktes *entweder oder*, sondern ich glaube, dass eine Kombination beider Ansätze möglich ist. Ich glaube auch, dass es sehr unterschiedliche Bedürfnisse bei einzelnen Betroffenen gibt.

In den folgenden Beiträgen geht Herr Längle zunächst anhand einiger Daten aus einer klinischen Stichprobe auf die Frage der Bedarfe ein, die psychisch Erkrankte nach Verlassen der Klinik im Zusammenhang mit Arbeit und Beschäftigung haben. Wir haben glaube ich alle die Vorstellung, dass es die *eine* Maßnahme für alle Betroffene nicht gibt, sondern dass es eines Spektrums von Hilfen und Wegen bedarf mit Wahl und Auswahlmöglichkeiten

Herr Saal berichtet in seinem Beitrag aus der Praxis einer Werkstatt für psychisch behinderte Menschen, die einen großen Teil ihrer Rehabilitationsarbeit nicht unter dem Dach der Werkstatt, sondern auf ausgelagerten betrieblichen Arbeitsplätzen durchführt. Er

informiert über die Ergebnisse aus und die Erfahrungen mit diesem Projekt.

Herr Hoffmann geht aus der wissenschaftlichen Perspektive auf den Themenkomplex ein, der in der Literatur unter dem Stichwort supported employment Programme firmiert. Es handelt sich um die Programme, deren Grundprinzip ich Ihnen in aller Kürze dargestellt habe.

Den Abschluss bildet ein Statement von Herrn Gütschow zu Problemen der Integration psychisch Erkrankter in das Arbeitsleben aus der Sicht eines Angehörigen.

## Die berufliche Entwicklung schizophrener Patienten im Jahr nach Entlassung aus der Klinik

Gerhard Längle

### Zielsetzung des Beitrages

Dargestellt wird der natürliche Verlauf von Patienten, mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, im Jahr nach Entlassung aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Die Klinik hat die Pflichtversorgung für den Landkreis Tübingen (ca. 206.000 Einwohner) [3]. Der Landkreis Tübingen ist mit ambulanten Diensten und komplementären Einrichtungen inklusive der Angebote zur Arbeitsrehabilitation durchschnittlich ausgestattet [4]. Er liegt in einem gemischt städtisch-ländlichen Raum am Rande des Industriezentrums Mittlerer Neckar. Die Arbeitslosenquote betrug im Untersuchungszeitraum zwischen 5 und 7 %.

### Zugrunde liegende Studie

Die Daten wurden im Rahmen einer nicht interventionellen Beobachtungsstudie an einer unausgelesenen Kohorte von Patienten (N = 169) erhoben, die an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis litten und in der Zeit vom 1.8.1998 bis 31.7.1999 aus der stationären Behandlung entlassen wurden. Die Patienten wurden vor Entlassung, nach sechs Monaten (Kat. 6) und nach zwölf Monaten (Kat. 12) umfangreich untersucht (zum Design der Studie vgl. Längle [2]), eine katamnestische Befragung nach 48 Monaten ist derzeit in Vorbereitung.

Neben anderen Themenbereichen wurden die soziale und berufliche Integration und deren Bewertung durch die Patienten erfragt. Die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit einzelnen Bereichen des täglichen Lebens wurde mit dem »Berliner Lebensqualitätsprofil BeLP« [7], der deutschen Adaptation des Lancashire Quality of life Profile [6] erhoben.

### Beschreibung der Kohorte und der Stichproben

Die soziodemographischen Kenndaten sowie ausgewählte Anamnese-daten sind Tab. 1 und 2 zu entnehmen.

Tab. 1: Soziodemographische Daten

Geschlecht	weiblich	52 %
	männlich	48 %
Alter	18–30	31 %
	31–40	39 %
	41–64	30 %
Wohnform	selbstständig	70 %
	Eltern/Verwandte	21 %
	betreute Wohnform	9 %
Schulabschluss	Abitur/Fachhochsch.	44 %
	Realschule	21 %
	Hauptschule	28 %
	ohne Schulabschluss	4 %
	keine Angabe	3 %

In einer umfangreichen Überprüfung der Teilnehmerstichproben zu den jeweiligen Messzeitpunkten erwiesen sich diese als repräsentativ für die Gesamtstichprobe. Dies gilt insbesondere auch für die 70 Patienten, für die ein kompletter Datensatz zu allen drei Messzeitpunkten vorliegt. Verglichen mit den Rahmendaten einer Studie von Janssen et al. [1] einer der wenigen Untersuchungen, in der ein Vergleich von Patienten verschiedener Kliniken vorgenommen wurde, ergeben sich nur geringe Abweichungen, so dass die Stichprobe über die hier berichtet wird, mit aller Vorsicht als typisch für Patienten Psychiatrischer Kliniken betrachtet werden kann.

### Entwicklungslinien beruflicher Integration im Verlauf

Der Beschäftigungsstatus der Patienten zu den jeweiligen Messzeitpunkten ist Tab. 3 zu entnehmen. Bedeutsam ist dabei die relativ stabile Quote der Patienten mit regulärem Beschäftigungsverhältnis von über 20 Stunden pro Woche (24–30 %). Im Laufe des Jahres

Tab. 2: Krankheitsanamnestische Daten

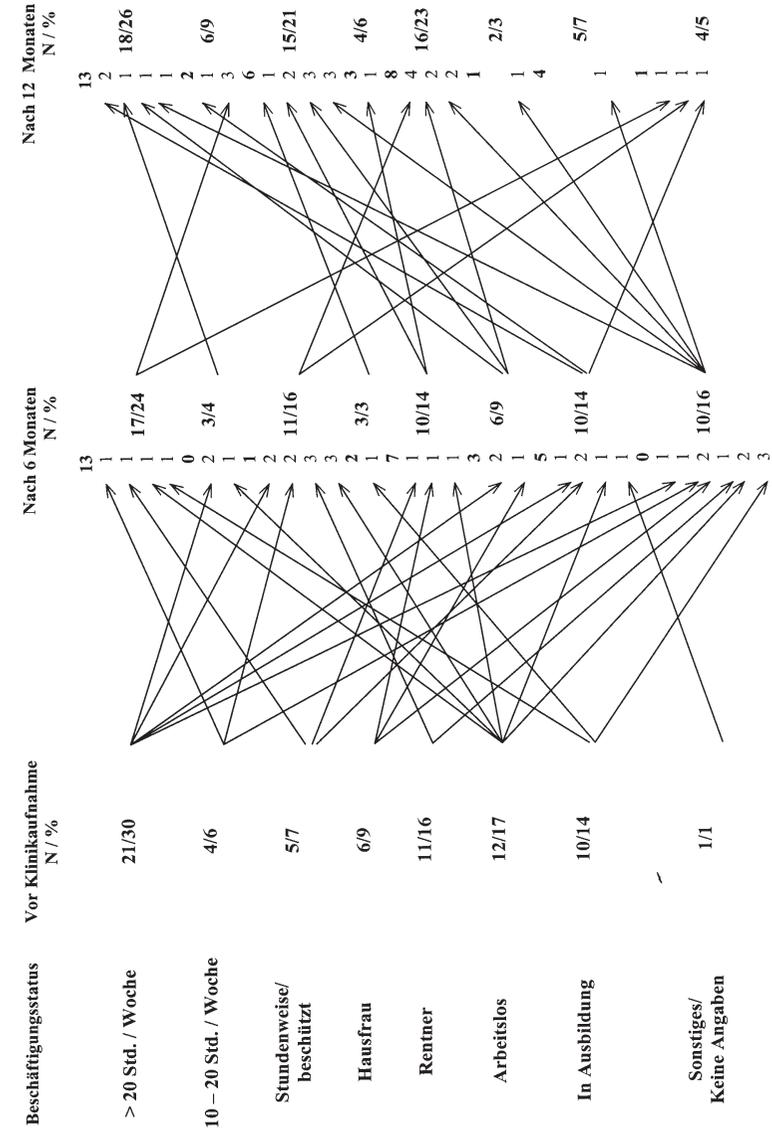
Diagnose	Paranoide Schizophrenie	54 %
	Schizoaffektive Störung	26 %
	Vorüberg. psychotische Störung	9 %
	Undifferenzierte Schizophrenie	3 %
	Schizophrenes Residuum	2 %
	andere F2-Diagnosen	6 %
Krankheitsdauer	0–1 Jahre	21 %
	1–5	22 %
	5–10	16 %
	> 10	41 %
Aufnahmemodus	Facharzt	39 %
	Allgemeinarzt, Notdienst, Polizei	22 %
	Ohne ärztliche Einweisung	25 %
	Sonstige	14 %
Klinikaufenthalte	erstmal stationär	12 %
	1–3 Aufenthalte	37 %
	4–10	34 %
	> 10	12 %
	keine Angaben	5 %

nach Entlassung scheint sich eine Entwicklung abzubilden, die einen Klärungsprozess innerhalb von zwölf Monaten andeutet: Die Quote der Arbeitslosen nimmt von 17 auf 3 % ab, die der Rentner sowie der Patienten in beschützter Tätigkeit nimmt zu. Ausbildungsverhältnisse werden abgebrochen oder abgeschlossen.

Die differenzierte Betrachtungsweise mit Darstellung der Verteilung der Gruppen zum nächsten Erhebungszeitraum macht jedoch deutlich, dass während des ganzen Jahres eine starke Bewegung zwischen den einzelnen Gruppen stattfindet, dass die Verläufe weniger homogen sind als dies die Gruppenbetrachtung nahe legt (die Wechsel zwischen den Gruppen sind durch die Pfeile markiert).

Immerhin können fast zwei Drittel der Patienten ihre Arbeitsstelle, die sie vor Klinikaufenthalt innehatten, während des Katamnezeitraumes beibehalten. Bei den beschützten Arbeitsplätzen bildet sich erst im zweiten Halbjahr eine gewisse Stabilisierung ab. Überraschenderweise gibt es auch bei den Rentner eine Entwicklung hin zu beschützten Arbeitsplätzen, die Arbeitslosen finden mehrheitlich Beschäftigung, nur einzelne werden berentet, auch Pa-

Tab. 3: Beschäftigungsstatus im Verlauf (N = 70)



tienten nach Ausbildung finden häufig Arbeit. Die Palette der beruflichen Tätigkeit reicht von Beschäftigung als Ausgrabungshelfer oder Elektroniker bis zu Aufnahme einer Lehre und Fortführung des Studiums. Es bleibt abzuwarten, welche Entwicklung sich vier Jahre nach Entlassung abzeichnen wird.

Bei Patienten, die ein reguläres Arbeitsverhältnis hatten, wurde erfragt, welches Niveau dieses im Vergleich zu ihrem Ausbildungsniveau habe. Nach einem halben Jahr (einem Jahr) gaben 56 % (61 %) dieser Patienten an, entsprechend dem Ausbildungsniveau beschäftigt zu sein, 4 % (0 %) schätzten ihre aktuelle Arbeit als über, 40 % (39 %) als unter ihrem Ausbildungsniveau liegend ein. Im Vergleich zur Situation vor dem Klinikaufenthalt schätzten 53 % (43 %) ihre aktuelle berufliche Situation jedoch als besser ein, 30 % (43 %) als unverändert und 17 % (14 %) als schlechter.

Tab. 4: Quelle des hauptsächlichen Lebensunterhaltes

Hauptsächliche Quelle	Erstes Halbjahr	Zweites Halbjahr
»staatl. Unterstützung« (Arbeitslosengeld, Rente, Sozialhilfe)	51 %	44 %
Unterstützung durch Familie	21 %	24 %
Eigenes Vermögen	2 %	0 %
Lohn/Gehalt	26 %	31 %

Angaben auf die Frage, wodurch die Patienten im Katamnesezeitraum ihren hauptsächlichen Lebensunterhalt bestritten (N = 78)

Ihren hauptsächlichen Lebensunterhalt bestritten ihren eigenen Angaben zufolge nach sechs Monaten (zwölf Monaten) 51 % (44 %) über »staatliche Unterstützung«, worunter u.a. Sozialhilfe, Arbeitslosengeld oder Rente zusammengefasst sind, 21 % (24 %) über familiäre Unterstützung, 2 % (0 %) über eigenes Vermögen und 26 % (31 %) durch Lohn oder Gehalt. Letzteres entspricht ungefähr der Quote der Patienten mit einem regulären vollschichtigen Arbeitsplatz.

Tab. 5: Niveau der Beschäftigung im Verlauf

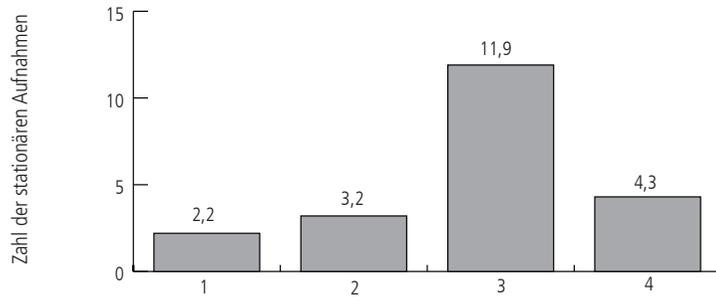
Beschäftigung	(Kat.6)	(Kat. 12)
Entsprechend Ausbildungsniveau	56 %	61 %
Unterhalb des Ausbildungsniveaus	40 %	39 %
Oberhalb des Ausbildungsniveaus	4 %	0 %
<b>Berufliche Situation vor/nach Klinikaufenthalt</b>		
Unverändert	30 %	43 %
Jetzt besser	53 %	43 %
Jetzt schlechter	17 %	14 %

Angaben der Patienten in regulärem Arbeitsverhältnis zum Niveau ihrer Beschäftigung im Vergleich zu ihrem Ausbildungsstand sowie zur Veränderung der beruflichen Situation im Verlauf (N = 70)

### Berufliche Integration und Krankheitsverlauf

Mit Hilfe von Varianzanalysen wurden die Beschäftigungssituation nach einem Jahr und Kennwerte der Krankheitsanamnese zueinander in Beziehung gesetzt. Einziges signifikantes Ergebnis, dies jedoch hochgradig ( $F = 14,16; p < 0,001$ ), ist die mit durchschnittlich 12 stark erhöhte Anzahl der Klinikaufenthalte bei den Rentnern (vgl. Abb. 1). Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Dauer der Erkrankung, die bei den Rentner mit 17,6 Jahren im Durchschnitt weit über der aller anderen Patienten liegt. Auch bei der Gesamtdauer der stationären Aufenthalte sind die berenteten Patienten in der Spitzengruppe zu finden (vgl. Abb. 2), ohne dass dieses Ergebnis durchgängig signifikant wäre.

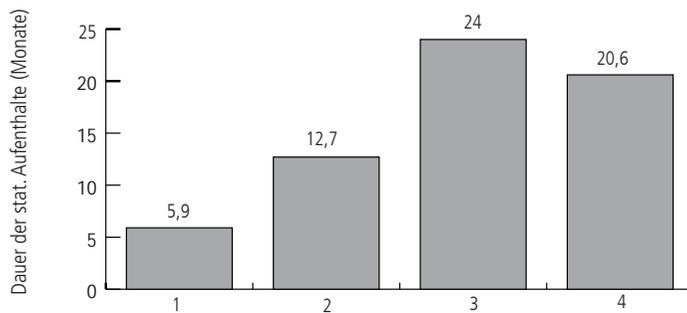
Die eigentliche Überraschung besteht jedoch darin, dass sich die Gruppe der Arbeitslosen und Hausfrauen, der beschützt Beschäftigten und der auf dem ersten Arbeitsmarkt Beschäftigten bzgl. Dauer der Erkrankung sowie Zahl und Gesamtdauer der stationären Aufenthalte nicht signifikant voneinander unterscheiden.



Mittlere Anzahl der bisherigen stationären Aufnahmen der Patienten der Stichprobe (N = 70)

- 1 = >20 Std./Woche beschäftigt bzw. in Ausbildung
- 2 = geringfügig beschäftigt/beschützt
- 3 = Rentner
- 4 = Hausfrauen/Arbeitslose

Abb. 1: Zahl der bisherigen stationären Aufnahmen und Beschäftigungsstatus



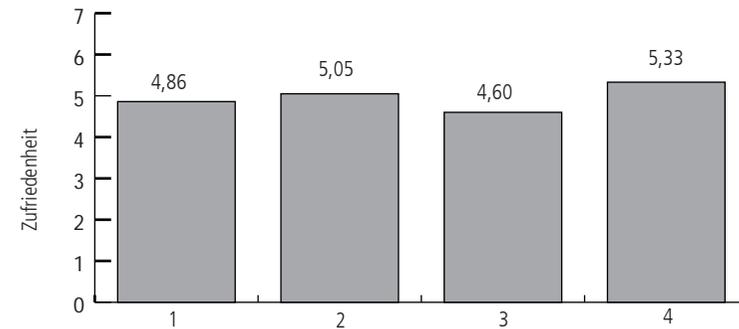
Mittlere Dauer der bisherigen stat. Aufenthalte der Patienten der Stichprobe (N = 70) in Monaten

- 1 = >20 Std./Woche beschäftigt bzw. in Ausbildung
- 2 = geringfügig beschäftigt/beschützt
- 3 = Rentner
- 4 = Hausfrauen/Arbeitslose

Abb. 2: Gesamtdauer der stationären Aufenthalte und Beschäftigungsstatus

### Berufliche Integration und aktuelle Lebenszufriedenheit

Mittels des Berliner Lebensqualitätsprofils (BeLP) wurde die Lebenszufriedenheit der Patienten erhoben und ebenfalls nach Beschäftigungsgruppen geordnet verglichen (Varianzanalysen kombiniert mit T-Test je nach Datenmaterial und Stichprobengröße). Dabei fand sich kein signifikanter Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen den Vollbeschäftigten, den beschützt Beschäftigten, den Rentnern und der Restgruppe (vgl. Abb. 3)

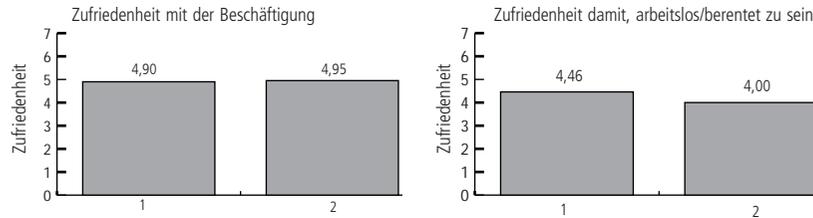


Mittlere Zufriedenheitseinschätzungen der Patienten der Stichprobe (N = 70) – BeLP 1 = völlig unzufrieden; 7 = völlig zufrieden

- 1 = >20 Std./Woche beschäftigt bzw. in Ausbildung
- 2 = geringfügig beschäftigt/beschützt
- 3 = Rentner
- 4 = Hausfrauen/Arbeitslose

Abb. 3: Allgemeine Lebenszufriedenheit und Beschäftigungsstatus

Auch bezüglich der Zufriedenheit mit der aktuellen Beschäftigungssituation bzw. der Situation nicht beschäftigt zu sein, fanden sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. Abb. 4). Lediglich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem jeweiligen Entgelt zeigten sich bei den Patienten in Vollbeschäftigung und den geringfügig/beschützt Beschäftigten geringere Werte bei der zweiten Gruppe (MW = 4,4 gegenüber MW = 4,8), die jedoch nicht signifikant wurden.



Mittlere Zufriedenheitseinschätzungen der Patienten der Stichprobe (N = 70) – BeLP 1 = völlig unzufrieden; 7 = völlig zufrieden

1 = >20 Std./Woche beschäftigt bzw. in Ausbildung

2 = geringfügig beschäftigt/beschützt

3 = Rentner

4 = Hausfrauen/Arbeitslose

Abb. 4: Zufriedenheit mit der Beschäftigung und Beschäftigungsstatus

## Diskussion und Schlussfolgerung

Trotz weitgehender Repräsentativität der Patientengruppe muss berücksichtigt werden, dass die Untersuchung in einer wirtschaftlich starken Region mit geringer Arbeitslosigkeit durchgeführt wurde, wodurch eine Beschäftigung auch von leistungsschwächeren und behinderten Personen erfahrungsgemäß begünstigt wird. Entsprechend ist auch die Quote der beruflich integrierten Patienten relativ hoch. Bei nicht ganz vergleichbarer Gruppierung entspricht sie jedoch im Großen und Ganzen den Ergebnissen von Rüesch et al. [8], die an einer Stichprobe von Schweizer Patienten gewonnen wurden. Die Zahl derer, die sich hauptsächlich durch ihren Lohn finanzieren entspricht den Daten von Müller et al. [5], die an einer ähnlichen Stichprobe gewonnen wurden.

Bemerkenswert ist der starke Wechsel der Patienten durch die verschiedenen Gruppen im Laufe von zwölf Monaten. Hier wird deutlich, dass es sich bei der beruflichen Rehabilitation schizophrener Patienten um ein sehr dynamisches Geschehen handelt, was ja auch bedeutet, dass Veränderungen zum besseren jederzeit möglich sind. Bezogen auf die Gesamtgruppe der Patienten wird aber auch klar, dass das Beschäftigungsniveau im Vergleich zum Ausgangspunkt nach Ausbildung eher eine Tendenz nach unten aufweist.

Ein Ergebnis, das nicht den Erwartungen und auch nicht den Ergebnissen anderer Untersucher entspricht [8], ist der geringe bis fehlende Einfluss von Krankheitsdaten wie Dauer der Erkrankung, Gesamtdauer der stationären Aufenthalte und Zahl der stationären Behandlungen auf die berufliche Integration. *Bei aller Vorsicht angesichts der kleinen Gruppengrößen lässt sich doch daraus schließen, dass eine einfache Zuordnung zwischen Chronizitätsmarkern und Chancen auf dem Arbeitsmarkt nicht zulässig ist.*

Grundsätzlich erstaunlich, aber übereinstimmend mit anderen Untersuchungen zu den Zusammenhängen von sozialer und gesundheitlicher Situation und der Lebenszufriedenheit bei Schizophrenen [2] ist die recht hohe Lebenszufriedenheit aller Patienten, weitgehend unabhängig vom Beschäftigungsstatus.

Insgesamt gilt auch nach diesen Daten, dass eine Prognose der beruflichen Integration für Gruppen von Patienten kaum möglich ist und die Orientierung am Einzelfall und dessen engmaschige Begleitung am ehesten Gewähr für einen optimalen, d.h. den Bedürfnissen des Patienten angepassten, Rehabilitationsverlauf und wohl auch eine hohe Lebenszufriedenheit bietet.

## Literatur

1. JANSSEN, B., BURGMANN, C., HABEL, U. et al.: Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 71, 2000, S. 364–372
2. LÄNGLE, G.: *Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik*. Habilitationsschrift. Universität Tübingen 2001
3. LÄNGLE, G., WASCHULEWSKI, H., RENNER, G., ROESGER, U., GÜNTNER, A.: Auswirkungen der regionalen Versorgungsverpflichtung am Beispiel einer Universitätsklinik. *Psychiatrische Praxis* 26, 1999, S. 128–132
4. LANDRATSAMT TÜBINGEN, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE TÜBINGEN (Hg.): *Leitfaden Psychiatrie für den Landkreis Tübingen*. 2.Auflage, Tübingen 1999
5. MÜLLER, P., GAEBEL, W., BANDELOW, B. et al.: Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 69, 1998, S. 204–209
6. OLIVER, J.P.J., HUXLEY, P.J., PRIEBE, S., KAISER, W.: Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32, 1997, S. 76–83
7. PRIEBE, S., GRUYTERS, T., HEINZE, M., HOFFMANN, C., JÄKEL, A.:

Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiatrische Praxis 22, 1995, S. 140–144

8. RÜESCH, P., MEYER, P.C., GRAF, J., HELL, D.: Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. Psychiatrische Praxis 29, 2002, S. 68–75

## Berufliche Rehabilitation im Alltag eines Betriebes

**Reinhard Saal**

### Institutionelle Rahmenbedingungen – die Dieburger Reha-Werkstatt

Ich möchte Ihnen das Modell einer beschützten Werkstatt vorstellen, das zwar dieselben formalen (rechtlich-administrativen) Grundlagen hat wie jede Werkstatt für behinderte Menschen, aber einer wesentlich anderen Konzeption und Organisation folgt. Wir verstehen »Werkstatt« nicht als räumliche Einheit und definieren »Gruppe« nicht produktionstechnisch (als Metall-, Garten- oder Holzgruppe). Der größte Teil unserer Klienten arbeitet in »Gruppen«, die wir in privatwirtschaftliche Betriebe implementiert haben, und zwar inklusive Gruppenleiter und Ganztagsbetreuung (Vgl. Abb.1<sup>1</sup>)

Bislang haben wir 90 Rehabilitanden aufgenommen. (Darauf beziehen sich die folgenden Prozentzahlen). Zurzeit betreuen wir 30 Personen mit 3,5 Gruppenleitern – also eine kleine Werkstatt. Zwei Betriebe kooperieren permanent mit unserem Modell: Das *VW-AUDI Vertriebszentrum Rhein Main* (ein Lager für Ersatz- und Zubehör-

- 
- 1 Abb. 1 zeigt die Gliederung der Reha-Werkstatt Dieburg. Dabei ist die Größe der Felder proportional zum Gewicht der Einrichtungsteile (gemessen in Anwesenheitstagen der jeweiligen »Gruppe«, 1/1997 – 12/2001). Der interne Bereich der Werkstatt besteht aus Vorbereitungsphase (3,5 %), Montagegruppe (30,2 %) und Auffanggruppe (2,3 %). Zu den Arbeitsplätzen in Betrieben zählen die im VW AUDI Vertriebszentrum Rhein Main (42,5 %), bei Messer Cutting & Welding (17,1 %) und in wechselnden Praktika (4,4 %). Die Verteilung zwischen internem Bereich und den betrieblichen Arbeitsplätzen ist seit 1987 etwa gleich. Die Gruppe bei Messer Cutting & Welding existiert erst seit 1998 und die Praktika sind erst seit 1997 obligatorischer Teil des Reha-Programms. Außerdem zeigt die Folie die Ströme der Rehabilitanden von Jan. 1987 bis Mai 2002. 90 Rehabilitanden wurden aufgenommen. Neun schieden in der Vorbereitungsphase aus. 77 wechselten auf einen betrieblichen Arbeitsplatz, vier zunächst in die interne Montagegruppe. Von diesen vier machten drei später Arbeitsversuche in einem der Trainingsbetriebe. 19 Rehabilitanden wechselten in die Auffanggruppe und kehrten wieder in einen der Betriebe zurück. 27 wechselten dauerhaft in den internen Bereich. 17 Rehabilitanden konnten aus einem der Trainingsbetriebe auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden.

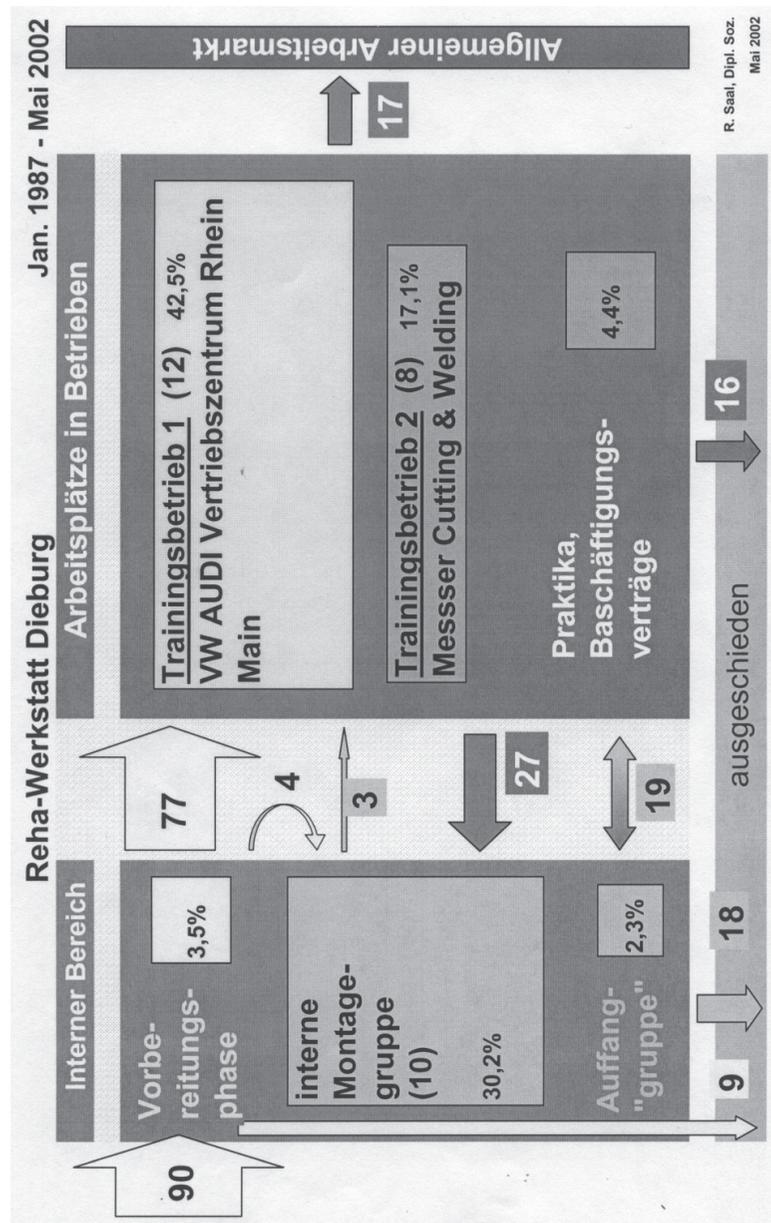


Abb. 1: Reha-Werkstatt Dieburg

teile), das 15 Arbeits- und Trainingsplätze in verschiedenen Bereichen zur Verfügung stellt und das Unternehmen *Messer Cutting & Welding*, wo wir acht Plätze besetzen können. (*Messer* produziert elektronisch gesteuerte Laser- und Plasmaschneidautomaten.) Im Folgenden bezeichne ich beide als Trainingsbetriebe.

Klienten, die wir neu in unsere Einrichtung aufnehmen, absolvieren im *internen* Bereich der Werkstatt zunächst eine *Vorbereitungsphase*, um zu klären, ob der Übertritt in einen der Betriebe möglich und sinnvoll ist und um ggf. Voraussetzungen hierfür zu schaffen. Diese erste Phase dauert selten länger als drei Monate, oft weniger. Mit fast 90 % unserer Klienten machen wir danach Arbeitsversuche in einem der genannten Betriebe.

Die Betriebe erlauben eine beträchtliche Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitsplätze. Wir unterscheiden drei Eingliederungsniveaus:

1. Arbeiten unter der Regie unseres Gruppenleiters (z.B. Verpacken von Prospekten),
2. Anforderungsreduzierte Arbeiten, die speziell für einen Beschäftigten zusammengestellt werden, angeleitet durch Mitarbeiter des Betriebes (z.B. Bearbeiten von Ablagen) und
3. Arbeiten mit dem vollen qualitativen Anforderungsprofil (z.B. Kommissionieren).

Wir haben vielfältige Möglichkeiten, Arbeitsanforderungen zu variieren, d.h. zunächst Belastungen gering zu halten durch reduzierte quantitative Anforderungen, (Arbeitsintensität, Stückzahl), reduzierte Arbeitszeit, intensive Betreuung und dichte Kontrolle, starke Vorstrukturierung, geringe Fehlersensibilität der Arbeit, einfache Tätigkeiten, kein Zeitdruck, geringe Verantwortlichkeit, vielfältige arbeitsergänzende Angebote (Sport, Ausflüge, Kultur). Die Rehabilitanden können langsam in den Betriebsalltag hineinwachsen, sich bei Problemen in den Gruppenraum zurückziehen, Hilfe beim Gruppenleiter erbitten oder in die *Auffanggruppe* im internen Bereich der Reha-Werkstatt zurückkehren, um später erneut Arbeitsversuche im Betrieb zu machen.

Mit dem *VW AUDI Vertriebszentrum Rhein Main* schließen wir jährlich eine Leistungsvereinbarung für die Gesamtgruppe ab. Erfahrungsgemäß gleichen sich Leistungsschwankungen, Zugänge und Abgänge mittelfristig aus. *Messer Cutting & Welding* garantieren wir

eine durchschnittliche monatliche Stundenleistung der Gesamtgruppe.

Um weitere Trainingsschritte, oder Schritte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu realisieren, verlassen wir in der Regel die Trainingsbetriebe und organisieren Praktika im jeweils gewünschten Berufsfeld. Knapp 20 % unserer Klientel gelangen auf diesem Weg auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (nach durchschnittlichen 30 Monaten der Teilnahme). Insgesamt gelingt das in hessischen Reha-Werkstätten nur bei ca. 2 % (Quelle: Befragung von LAA und LWV Hessen).

### Thesen zur beruflichen Rehabilitation im Betriebsalltag

Zwei Drittel unserer Klientel leidet an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dieser Personengruppe gelten folgende Thesen. Es ist eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich Krankheitsbild, Zusatzhandikaps, Ausbildung, Berufserfahrung, Lebensverhältnisse.

*1. These:* Die Probleme der beruflichen Eingliederung können und müssen zu einem großen Teil am betrieblichen Arbeitsplatz selbst bearbeitet werden. Dafür nenne ich Gründe:

- a) Betriebliche Arbeitsplätze bieten einen Zugang zur beruflichen Realität und damit auch eine Teilhabe an der gesellschaftlichen Normalität, nachhaltiger als es die simulierte Erwerbstätigkeit in der beschützten Werkstatt vermag (Image, Rechtsstatus, Löhne, soziale Welt usw.).
- b) Psychische Probleme äußern und entwickeln sich situationsabhängig. Das Problemmaterial der Rehabilitation kann z.B. innerhalb der beschützten Werkstatt ein anderes sein als am realen Arbeitsplatz.
- c) Die beteiligten Akteure haben eine je eigene Definitionsmacht. Man kann beim Eintritt in einen Betrieb nicht präzise voraussagen, was von welchen Akteuren als problematisch empfunden wird und wie ein Problem für jeweilige Akteure zu entschärfen wäre.
- d) Es ist oft nicht möglich, den Erfolg betrieblicher Arbeitsversuche im Einzelfall zu prognostizieren. Mitunter finden sich Eingliederungsarrangements auch für schwerer behinderte Rehabilitanden, die intensiv betreut und kontrolliert werden müssen.

- e) Jeder normale Betrieb erbringt Integrationsleistungen sowohl bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter als auch in der alltäglichen Kooperation. Diese Leistung können wir in modifizierter Form für die berufliche Rehabilitation nutzen (siehe 3. These).

*2. These:* Die psychische Erkrankung wird am Arbeitsplatz nicht direkt zum Problem. Sie übersetzt sich in berufliche Probleme. Die bunte Palette an psychiatrischen Symptomen, wie sie in Akutphasen auftreten, lässt sich im Betriebsalltag nicht bearbeiten. Krisen müssen in Krankheitszeiten übersetzt werden. Auch unsere Betreuung, unsere professionelle Problemlösungshilfe ist entschieden nicht-therapeutisch.

Um berufliche Eingliederungsprobleme und die Wirkungsmechanismen innerbetrieblicher Rehabilitation genauer erfassen zu können, möchte ich objektive, subjektive und soziale Problemdimensionen voneinander unterscheiden: Erhöhte Ausfallzeiten und eine schwankende Leistungsfähigkeit, wie sie für unsere Klientel typisch sind, betreffen den objektiven, den materiellen Arbeitsprozess. Zur subjektiven Ebene gehört vor allem die Teilnahmemotivation und die Motivation konkreten Verhaltens, die inadäquat werden können. Auf der sozialen Ebene (Verhaltensregeln) sind es die Arbeitstugenden, an denen unsere Klienten typischerweise scheitern und die Probleme in der direkten Interaktion mit Kollegen am Arbeitsplatz.

*3. These:* Die soziale Interaktion am Arbeitsplatz ist nicht nur ein Problem. Sie ist der eigentliche Motor der Rehabilitation im Betriebsalltag. Die Arbeit ist zwar geprägt von »sachlichen« Beziehungen, aber nie vollständig versachlicht. Die Mitarbeiter müssen sozial integriert sein, um ihr Handeln im Betriebsalltag koordinieren zu können. Die Funktionsfähigkeit des Betriebes erfordert ständig informelle Koordinationsleistungen. Auch Integrationsprobleme unserer Klientel werden z.T. auf der informellen Ebene abgefangen und bearbeitet. Der Berufsalltag wirkt als beständiger Sozialisierungsstrom. Die Arbeitnehmerrolle wird alltäglich gelebt. Anforderungen werden alltäglich geltend gemacht oder zurückgenommen. Kooperationsprobleme werden alltäglich bereinigt. Die distanzierten Sozialbeziehungen eines Betriebes scheinen ein geeignetes Trainingsfeld zu sein. Der Gruppenleiter muss dieses Trainingsfeld pflegen, unterstützen und entlasten. Kurz, wir betreiben berufliche Rehabilitation wesentlich mit Mitteln der Sozialintegration.

4. *These:* Wirksam ist die Rehabilitation im Betriebsalltag nur für Kranke, denen es gelingt, an der informellen Handlungskoordination teilzunehmen, die also ein Minimum an Beziehungsfähigkeit mitbringen. Rehabilitanden, die fremd bleiben, die Beziehungen alltäglich am »Nullpunkt« neu beginnen, scheitern. Sie machen insgesamt keine Fortschritte und müssen letztlich wieder aus dem Betrieb herausgenommen werden. Das betrifft vor allem Menschen, die schwerer erkrankt sind, die eine umfassende Negativsymptomatik entwickeln und die dauerhaft im internen Bereich unserer Reha-Werkstatt untergebracht werden. (Dieser interne Bereich ist ansonsten das Sammelbecken der Mehrfachbehinderten, d.h. der Menschen, die ein geistiges Zusatzhandikap haben).

5. *These:* Im Betrieb kann nicht nur erfolgreiche Rehabilitation geleistet werden. Betriebliche Integration ist auch bedarfsgerecht (sie wird von der Mehrheit unserer Klienten vorgezogen) und effizient (investive Kosten der Werkstatt werden eingespart). Die Einbeziehung chronisch psychisch kranker Menschen kann unter geeigneten Bedingungen eine Bereicherung des Arbeitslebens sein. Es gibt sozial-integrative Ressourcen, die auf ihre Nutzung warten. Wir erfahren immer wieder ein großes Maß an Aufnahmebereitschaft und Akzeptanz.

## **Das Berner Job Coach Projekt**

**Holger Hoffmann**

### **Zusammenfassung**

Um chronisch psychisch Kranke am Arbeitsprozess teilhaben zu lassen, wurde eine breite Palette von geschützten Arbeitsangeboten geschaffen: Der so genannte zweite oder besondere Arbeitsmarkt. Arbeitet ein psychisch Kranker erst einmal auf dem besonderen Arbeitsmarkt, sind die Chancen jedoch klein, dass er je eine Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhält. Umfassende Untersuchungen zeigen auf, dass bisherige Integrationsprogramme nur einer kleinen Zahl von psychisch Behinderten den dauerhaften Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen. Die Zahl der auf kompetitiven oder beschützten Arbeitsplätzen des allgemeinen Arbeitsmarkts langfristig integrierten psychisch Kranken und Behinderten ließe sich deutlich erhöhen, wenn das aus den USA stammende Supported Employment auf europäische Verhältnisse adaptiert würde. Mit dem Berner Job Coach Projekt soll ein solcher Versuch unternommen werden. Auf einen weiteren Ausbau des besonderen Arbeitsmarktes könnte dadurch möglicherweise verzichtet werden.

### **Der besondere Arbeitsmarkt – Eine Alternative zur Arbeitslosigkeit**

Arbeitslosigkeit ist bei Menschen mit chronischen psychischen Störungen ein zentrales Problem. So leidet in der Bundesrepublik Deutschland rund jeder sechste arbeitslose schwer Behinderte unter einer psychischen Erkrankung [21]. Dabei steht außer Frage, dass psychisch Kranke in gleichem Maße am Arbeitsleben teilhaben möchten, wie andere Menschen auch. Ein Großteil der chronisch psychisch Kranken ist jedoch von seiner Leistungsfähigkeit und gesundheitlichen Stabilität her nicht in der Lage, unmittelbar eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen. Auch ist heute allgemein anerkannt, dass psychisch Kranke von allen Bevölkerungsgruppen am schlechtesten in einen modernen Wirtschaftsbetrieb integrierbar sind [13]. Auf Grund der Unberechenbarkeit

ihres zukünftigen Verhaltens unterscheiden sie sich deutlich von körperlich und geistig Behinderten und entsprechen am wenigsten dem Idealbild eines stets kalkulierbaren und an alle Bedingungen anpassungsfähigen modernen Arbeitnehmers. Um psychisch Kranke dennoch am allgemeinen Arbeitsprozess teilhaben zu lassen, wurde in den letzten beiden Jahrzehnten eine breite Palette von geschützten Arbeitsangeboten geschaffen, die den so genannten zweiten oder besonderen Arbeitsmarkt bilden. Seit der Gründung von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), zunächst für geistig, später auch für psychisch Behinderte, ist ein stetiger Trend weg von ausgrenzenden und stigmatisierenden Institutionen hin zur beruflichen und sozialen Integration zu beobachten. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wurde in den letzten Jahren mit der Schaffung von Zuverdienstprojekten, Selbsthilfe-, Sozial- oder Integrationsbetrieben gemacht. Hier nähern sich die Arbeitsbedingungen immer mehr denjenigen des allgemeinen Arbeitsmarktes an. Die Selbsthilfe-, Sozial- resp. Integrationsbetriebe stellen ein wichtiges Angebot des besonderen Arbeitsmarktes dar; dies dank ihres Doppelcharakters von realitätsnaher Arbeitsanforderung und gleichwohl beschützender Atmosphäre, die Rücksicht auf die individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse der psychisch Behinderten nimmt. Diesen Betrieben gemeinsam ist eine tarifliche oder tariflich orientierte, zur finanziellen Unabhängigkeit von Sozialhilfe führende Entlohnung. Damit folgen sie zwar den wirtschaftlichen Spielregeln, benötigen aber staatliche Subventionen, um die Minderleistung der Arbeitnehmer auszugleichen. In der Bundesrepublik Deutschland werden personenbezogene Subventionen jedoch oft nur befristet gewährt [19]. Eine dauerhafte Subventionierung der Betriebe ließe sich also nur erreichen, wenn auch die psychisch behinderten Mitarbeiter entsprechend befristet beschäftigt würden. Dies steht jedoch nicht im Einklang mit dem Wunsch nach Dauerarbeitsverhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Hat ein psychisch Behinderter jedoch erst einmal einen geschützten Arbeitsplatz auf dem besonderen Arbeitsmarkt (und dies gilt nicht nur für die ausgelagerte Arbeitstherapie und Werkstätten für behinderte Menschen, sondern auch für die Zuverdienst- und Selbsthilfebetriebe), ist dies für sie in den meisten Fällen die »Endstation der Rehabilitation«, wie dies Eikelmann & Reker treffend formuliert haben [18]. Sie hatten zuvor 264 in einer Werkstatt für

behinderte Menschen beschäftigte psychisch kranke Patienten über ihre Zukunftserwartung befragt, bezüglich ihres Arbeitsplatzes in einem Jahr. 17 % erwarteten einen Arbeitsplatz auf dem freien Markt. Bei der Nachuntersuchung ein Jahr später zeigte sich, dass lediglich sechs Patienten = 2,3 % auf einen solchen Arbeitsplatz hatten rehabilitiert werden können [18]. In einer weiteren Untersuchung zeigten sie, dass von 471 in ambulanter Arbeitstherapie, WfbM oder Selbsthilfefirmen beschäftigten psychisch Behinderten nach drei Jahren lediglich 50 (= 10,7 %) in einem Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiteten [31; S. 267].

### »Der Rand stützt die Norm« – Ein Plädoyer gegen die Ausgrenzung

Meiner bisherigen Argumentation kann mit guten Gründen hinzugefügt werden, dass Betriebe des besonderen Arbeitsmarktes aber eine Notwendigkeit darstellen. Ohne sie wären noch mehr psychisch Kranke und Behinderte arbeitslos. Der besondere Arbeitsmarkt fördert aber nicht, wie ursprünglich erhofft, die berufliche Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern behindert diese möglicherweise aus zum Teil lobenswerten Motiven. Es stellt sich somit die Frage, ob der besondere Arbeitsmarkt weiter ausgebaut werden soll oder nicht Anstrengungen zu unternehmen sind, Menschen mit psychischen Behinderungen vermehrt in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren? Zudem kann angeführt werden, dass sich das Modell der Selbsthilfe-, Sozial- resp. Integrationsbetriebe mit wenigen Ausnahmen bewährt hat, dass das in den letzten 20 Jahren Erreichte eine deutliche Verbesserung bedeutet und dass es daneben schließlich noch zahlreiche- von mir bisher noch nicht erwähnte – Integrationsprojekte gibt, mit dem klaren Ziel der Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Bevor ich auf diese Integrationsprojekte ausführlicher eingehe, möchte ich anhand der von mir bereits in einem anderen Kontext dargestellten Metapher des Sandhaufens [22] illustrieren, warum mir so sehr an einer Integration psychisch Kranker in den allgemeinen Arbeitsmarkt gelegen ist.

Psychisch Kranke stellen nach wie vor eine Randgruppe der Gesellschaft dar. Der Sandhaufen repräsentiert in dieser Metapher eine »normalverteilte« Gesellschaft, in dem jedes Sandkorn einem Menschen entspricht. Hier ist klar, wer zur Norm und wer zum Rand gehört.

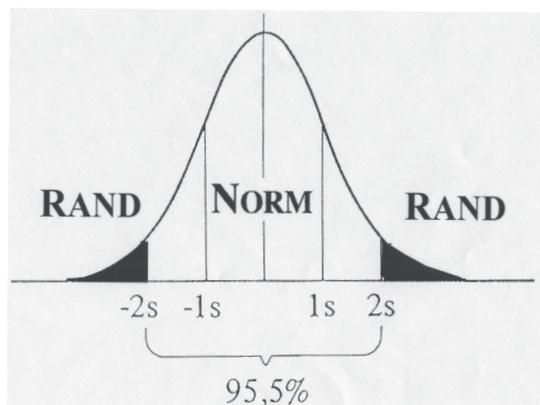


Abb. 1: Der Sandhaufen als Beispiel einer normalverteilten Gesellschaft – Der Rand stützt die Norm (Quelle: Hoffmann 1996)

Gräbt man nun den Rand ab, indem man diese Menschen ausgrenzt (im vorliegenden Fall aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt), was passiert dann mit dem Sandhaufen? Der Sand rutscht nach, und andere, bisher zur Norm zählende Menschen werden neu randständig. Die Folgerung daraus ist: »Keine Norm ohne Rand« oder »Der Rand stützt die Norm«. Jede Gesellschaft (und entsprechend jedes Unternehmen) braucht demzufolge ihre Randgruppen, also nicht nur randständige Menschen profitieren von der Integration, sondern der ganze Betrieb (eine typische »win-win-situation«). Unsere Aufgabe ist es deshalb, eine Ausgrenzung, indem wir sie aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt herausnehmen, wann immer möglich zu verhindern und nicht durch den weiteren Ausbau des besonderen Arbeitsmarktes zu fördern, auch wenn letzteres der einfachere, da komplexitätsreduzierende Weg wäre. Dazu kommt, dass der allgemeine Arbeitsmarkt mit Abstand das differenzierteste Arbeitsplatzangebot hat. Es lassen sich hier wesentlich mehr Behinderte in Arbeitsverhältnisse integrieren, die ihren Neigungen und Fähigkeiten besser entsprechen, als dies auf einem besonderen Arbeitsmarkt je möglich wäre. Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die den Vorstellungen und Qualifikationen psychisch Kranker und Behinderter entsprechen, seien sie nun kompetitiv oder beschützt, erhöhen nicht nur deren Zufriedenheit sondern tragen dazu bei, wie Becker et al.

[5] gezeigt haben, dass das Arbeitsverhältnis längerdauernd ist. Die Akzeptanz schwer behinderter Menschen als Arbeitnehmer und Arbeitskollegen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes bedarf jedoch eines Wandels der Grundhaltungen gegenüber geistig und psychisch Behinderten. Normalität ist dann erreicht, wenn Behinderung keine Rolle mehr spielt.

### Der bewährte Wiedereingliederungsansatz: Erst Trainieren – dann Platzieren

Arbeitstrainingszentren (ATZ), berufliche Trainingszentren (BTZ), Berufsförderungskurse (BFK) und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind im deutschsprachigen Raum die wesentlichen Angebote von Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Ihnen gemeinsam ist das klar definierte Ziel der Wiedereingliederung einer ausgewählten Gruppe von psychisch Behinderten innerhalb einer befristeten Zeit. Zur Erreichung dieses Zieles werden neben Arbeitstraining in Betrieben der freien Wirtschaft, deren Dauer zwischen einigen Tagen und bis zu einem Jahr variieren kann, spezifische Kurse oder therapeutische Gruppen angeboten.

Das von uns 1991 in Bern entwickelte »PASS-Programm zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft« [24], ist auf Grund ähnlicher Ansätze mit den BTZ und RPK vergleichbar. Die Wiedereingliederungsergebnisse dieses zeitlich auf maximal 18 Monate befristeten Programms sollen deshalb exemplarisch kurz dargestellt werden.

Da die räumlichen und personellen Kapazitäten des PASS-Programms und in zunehmendem Maße die finanziellen des Kostenträgers begrenzt sind und die Betreuer auch nicht bei allen Beteiligten unrealistische Hoffnungen aufkommen lassen wollen, muss von Anfang an unter den zum Programm Angemeldeten stark selektiert werden. Dies zeigt sich, wie in Abbildung 2 dargestellt, bereits bei der Aufnahme in die »Schmupper- und Abklärungsphase«.

Gerade 44 % der Rehabilitanden erfüllten die oben dargestellten Minimalvoraussetzungen. Nach Ablauf der zwei Wochen und nach der Auswertung aller Informationen und Tests haben wir uns bei einem Drittel der Rehabilitanden entschieden, sie nicht ins PASS-Programm aufzunehmen. Die häufigsten Gründe für das Scheitern

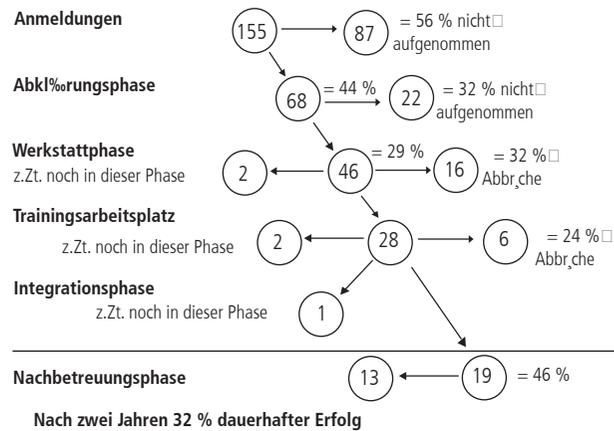


Abb. 2: Verlauf des PASS-Programms während der ersten fünf Jahre (Quelle: Hoffmann & Kupper 1997)

waren ungenügende Arbeitsleistung, Überforderung und ausgeprägte Negativsymptomatik.

Die ins Programm Aufgenommenen machten in der Regel nicht die von ihnen erwarteten Rehabilitationsfortschritte, sondern gerieten nach einiger Zeit oft in eine Krise, was bei 36 % der Teilnehmer noch vor Ablauf der ersten sechs Monate zum Abbruch führte [25]. Da am »Trainingsarbeitsplatz« die Anforderungen und der dadurch hervorgerufene Stress gegenüber der »Werkstattphase« nochmals ansteigen, kommt es auch in dieser Phase zu Krisen, die nicht aufgefangen werden können, und in deren Folge zum Abbruch des Programms. Dennoch ist es trotz der hohen Anforderungen an die Rehabilitanden, ein sehr erfreuliches Ergebnis, dass 32 % der definitiv ins PASS-Programm aufgenommenen Rehabilitanden auch noch über ein halbes Jahr nach Beendigung des Programms eine Festanstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hatten.

Diese Ergebnisse werfen einige Fragen auf:

1. *Wie ist die Integrationsrate im internationalen Vergleich zu bewerten?* Sofern man den Ausgangspunkt und die Zielvorgabe gleich definiert, liegen die Raten bei unter 30 % [23].
2. *Wie dauerhaft ist dieser Erfolg?* Fehlt eine nachhaltige Betreuung am Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft – was bisher die Regel

ist – kommt es bereits im ersten halben Jahr bei rund einem Viertel der Eingegliederten zum Stellenverlust [23].

3. *Ließe sich der Selektionseffekt verringern?* Mit den bisherigen Angeboten kaum und wenn, verbunden mit stark ansteigenden Kosten. Die oben dargestellten Resultate widerspiegeln jedoch auch, dass Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt für viele psychisch Kranke unter den heutigen Arbeits- und Betreuungsbedingungen ein zu hoch gestecktes Ziel darstellt.
4. *Was geschieht mit den Abbrechern?* Ihnen steht nur ausnahmsweise die Möglichkeit eines erneuten Versuches offen. Es bleibt also nur, ihnen einen geeigneten Arbeitsplatz auf dem sekundären Arbeitsmarkt zu suchen.
5. *Mittels welcher Angebote ließe sich allenfalls die Wiedereingliederungsrate erhöhen?* Durch
  - vermehrte Vermittlung von Trainingsarbeitsplätzen oder Arbeitspraktika auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt;
  - gute Entlohnung der Rehabilitanden während des ganzen Programms und vor allem an den Trainingsarbeitsplätzen und während der Arbeitspraktika [6];
  - Angebot eines umfassenden Dienstleistungspakets, inklusiv Übernahme der Lohnkosten bis zur Festanstellung und der »Rücknahmegarantie« des behinderten Arbeitnehmer bei unüberwindbaren Schwierigkeiten. Letztere erscheint mir von besonderer Bedeutung, reduziert sie doch auf beiden Seiten die Angst vor einem Misserfolg und erhöht so die Bereitschaft der Betriebe, Arbeitsplätze für psychisch Behinderte zur Verfügung zu stellen.
  - kontinuierliche und zeitlich nicht befristete Nachbetreuung am Arbeitsplatz [34]. Diesem Aspekt wird oftmals zu wenig Bedeutung beigemessen, da es auf Seiten des Programms meist an personellen Ressourcen mangelt, der Kostenträger diese Leistung nicht entgelt, der Arbeitgeber die Notwendigkeit dafür unterschätzt, ebenso wie der Behinderte, der froh ist, endlich ein Leben ohne ständige Betreuung durch die Psychiatrie führen zu können. Letzteres führt nicht selten zum Absetzen der Medikation und unter dem erhöhten Arbeitsstress zu einem erneuten Auftreten einer akuten Symptomatik. Bond et al. weisen auf mehrere Studien hin, die zeigen, dass der Integrationserfolg wesentlich besser ist, wenn die Nachbetreuung durch einen ge-

meindepsychiatrischen Dienst erfolgt [11]; Reker et al., dass eine Begleitung durch einen psychosozialen Fachdienst zu einem signifikant längerem Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führt [31]. Nach drei Jahren waren noch 58 % der von einem psychosozialen Fachdienst begleiteten Behinderten in einem Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die in meinen bisherigen Ausführungen skizzierte und für mich nicht befriedigende Situation der beruflichen Wiedereingliederung psychisch behinderter Menschen ließ mich nach einem Wiedereingliederungsprogramm suchen, in dem sich möglichst viele der Antworten auf oben gestellte Fragen in der Praxis umsetzen lassen. Bei meiner Suche bin ich auf das Modell des *Supported Employment* gestoßen.

### ***Supported Employment* – ein Paradigmawechsel hin zu »Erst Platzieren -dann Trainieren«**

*Supported Employment* wurde 1987 per Gesetz (disability act) in den USA eingeführt und kam zunächst bei geistig Behinderten zum Einsatz, dann aber in zunehmendem Maße auch bei psychisch Behinderten. Das Konzept des *Supported Employment* [4, 11, 8] basiert auf folgenden Prinzipien:

- Grundsätzlich gilt das Paradigma: »Erst Platzieren, dann Trainieren« anstatt wie bisher »Erst Trainieren, dann Platzieren«.
- Kompetitive Arbeit, d.h. die behinderten Arbeitnehmer arbeiten mindestens 20 Stunden pro Woche unter Wettbewerbsbedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes als Vollzeit- oder Teilzeitarbeitskraft;
- sie erhalten dafür zumindest den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestlohn;
- der Arbeitsort ist in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes, in welchem die Mehrheit der Arbeitnehmer nicht behindert ist;
- das Arbeitsverhältnis ist zeitlich unbefristet und
- die behinderten Arbeitnehmer werden an ihrem Arbeitsplatz langfristig durch einen Job Coach begleitet. Die zentralen Aufgaben des Job Coachs sind:
- Akquisition geeigneter Arbeitsplätze, wobei die Anstellung des

Behinderten nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen erfolgt und nicht als Akt der Wohlfahrt;

- Erarbeitung und Durchführung eines behindertenspezifischen Plans in Zusammenarbeit mit dem Betrieb, dem Behinderten und seinem unmittelbaren Umfeld und
- Heranziehung sonstiger Betreuungssysteme, sofern diese noch nicht involviert sind, mit dem Ziel, dem Behinderten den Arbeitsplatz auf Dauer zu sichern.

König & Schalock [27] betonen, dass der Integrationserfolg stark von den Bemühungen des Job Coachs abhängt. Der Job Coach sollte mindestens alle zwei Wochen Kontakt mit dem Behinderten und dessen Vorgesetzten haben. Das andere Extrem kann aber auch bedeuten, dass der Job Coach an der Seite des psychisch Behinderten dessen Produktionsleistung stellvertretend erbringt. Ein Job Coach kann gemäß Becker & Drake [4] bis zu 25 behinderte Arbeitnehmer betreuen.

Innerhalb des *Supported Employment* gibt es wiederum verschiedene Organisationsformen:

- Die Einzelvermittlung: Ein behinderter Arbeitnehmer wird entsprechend seiner Fähigkeiten und Interessen an einen geeigneten Betrieb vermittelt und dort vom Job Coach begleitet.
- Die »Enklaven«: Hier wird eine Gruppe von ca. sechs bis acht Behinderten unter Anleitung des Job Coach in einer speziellen Untereinheit des Betriebes eingesetzt.
- Das mobile Arbeitsteam: Unter Anleitung eines Job Coach wird eine feste Gruppe von Behinderten zu einem zeitlich befristeten Arbeitseinsatz an Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes »vermietet«.

Mittlerweile gibt es in den USA eine ganze Reihe von Untersuchungen zum *Supported Employment* [20, 10, 35, 16, 30, 17]. Sie alle belegen die Überlegenheit dieses Rehabilitationsmodells gegenüber den bisher bekannten. Die Integrationsrate lag bei einer unselektierten Stichprobe meist über 30 % [11, 23]. Sowohl in den USA als auch in Europa konnte gezeigt werden, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis von *Supported Employment*-Programmen gegenüber herkömmlichen geschützten Arbeitsplätzen nach einer Anlaufzeit von rund drei Jahren deutlich zugunsten des *Supported Employment*

ausfällt [36, 29, 32, 2]. In den USA waren 1995 bereits 90.000 Behinderte mittels *Supported Employment* in der freien Wirtschaft beschäftigt [28].

Bond überprüfte eine der zentralen Grundideen des *Supported Employment* »Erst Platzieren – dann Trainieren« in zwei Untersuchungen und fand beide Male, dass das sofortige Platzieren die besseren Wiedereingliederungsergebnisse zeitigt [9, 10], nicht zuletzt weil die Behinderten stärker motiviert sind. Ein vorangehendes Arbeitstraining dagegen, welches in den Vereinigten Staaten ebenso wie die Arbeit in einem »Transitional Employment«-Programm nicht entlohnt wird, reduziert laut Bond die Erwartungen der Rehabilitanden. In diesen Ergebnissen zeigt sich deutlich die Bedeutung der Motivation und dass eine gute Entlohnung bereits während des Rehabilitationprogramms einen positiven Einfluss auf diese haben kann. Der Erfolg der Strategie des sofortigen Platzierens muss aber auch unter dem Aspekt der sozial- und arbeitsmarktpolitischen Situation der USA gesehen werden, die sich deutlich von der in Europa unterscheidet. So ist in den Vereinigten Staaten der Sozialstaat weniger ausgeprägt und der gesetzliche Mindeststundenlohn eines Arbeitnehmers betrug 1997 5,15 US \$, ohne Anspruch auf Sozial- und Krankenkassenleistungen. Auch unterscheiden sich die Anstellungsbedingungen, das allgemeine Ausbildungsniveau und das Angebot an unqualifizierten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in den USA deutlich von der Situation zumindest im deutschsprachigen Europa. Unter diesen Gesichtspunkten ist auch besser zu verstehen, dass die mittlere Verweildauer auf einer Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich sechs Monate betrug, dass 80–90 % eine unqualifizierte Arbeit ausübten und mehr als die Hälfte der beruflich Eingegliederten weniger als 20 Wochenstunden arbeitete, um nicht ihre Rentenansprüche zu verlieren [7]. Des Weiteren scheinen die finanziellen Anreize wie Steuererleichterungen oder Subventionen für die Arbeitgeber, die einen Arbeitsplatz für einen Behinderten zur Verfügung stellen, in den USA attraktiver zu sein.

### Lässt sich *Supported Employment* auf europäische Verhältnisse übertragen?

*Supported Employment*-Programme gibt es mittlerweile auch in Europa, so in Großbritannien, Italien [27], Österreich [1] und in der BRD. Erste positive Erfahrungen bei Menschen mit geistiger Behinderung konnten in den Projekten »Hamburger Arbeitsassistenten« [12] und »Unterstützte Beschäftigung« des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe [2] gemacht werden.

Zahlreiche Unterschiede zwischen den USA und dem deutschsprachigen Europa machen eine 1:1-Adaptation des *Supported Employment* auf die Verhältnisse der Bundesrepublik, Österreichs oder der Schweiz schwierig. Dies muss auch nicht unbedingt das Ziel sein. Aber eine gewisse Neuorientierung, Flexibilisierung, Überdenken der bisherigen Lohn- und Renten- und Subventionspolitik könnte die Zugangsschwelle zum allgemeinen Arbeitsmarkt deutlich senken. In Deutschland wird der notwendige Strukturwandel hin zu einer außertariflichen Entlohnung bisher vor allem durch die Gewerkschaften behindert. In der Schweiz ist es dagegen möglich, mit dem Arbeitgeber im individuellen Fall auszuhandeln, dass er einen psychisch Behinderten mit einer Arbeitsleistung von z.B. 60 % vollzeitig anstellt und ihm aber lediglich einen seiner Leistung entsprechenden Lohn zahlt, und der behinderte Arbeitnehmer von der Invalidenversicherung seine Minderleistung durch eine Teilrente partiell entschädigt bekommt. In solchen flexiblen Entlohnungsmodellen liegt meiner Meinung nach eine Chance auch in Europa Integrationsprogramme nach dem *Supported Employment*-Modell zum Erfolg zu verhelfen, v.a. dann, wenn die Betriebe, die psychisch Behinderte beschäftigen, zusätzlich eine finanzielle Kompensation erhalten als Ausgleich der verminderten Leistungsfähigkeit und als wichtigen Anreiz, weitere psychisch Behinderte zu beschäftigen.

Seyfried propagiert in diesem Zusammenhang ein gesetzlich verankertes Instrument zum Ausgleich der Minderleistung, damit die finanziell unterstützte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine echte Alternative zu einer Beschäftigung in geschützten Einrichtungen werden könnte [33]. Die finanziell unterstützte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wäre nicht nur eine logische Ergänzung, sondern durchaus auch aus Sparüberlegungen eine Alternative zu den hoch subventionierten geschützten Arbeits-

plätzen. Er erwähnt in diesem Zusammenhang die bereits in den 80er-Jahren in Dänemark geschaffene 40/60-Regelung, bei der der Arbeitgeber 60 % der Lohnkosten trägt, während die restlichen 40 % von der öffentlichen Hand übernommen werden. Der Behinderte ist regulärer Arbeitnehmer und erhält vom Arbeitgeber seinen vollen Lohn. Die Leistungsfähigkeit wird jährlich überprüft und das Verhältnis zwischen selbst erwirtschaftetem Lohn und staatlichem Zuschuss neu festgelegt. So lange allerdings – wie z.B. in der Bundesrepublik Deutschland meist üblich – die Kompensation von Leistungsdefiziten an einen geschützten Arbeitsplatz verknüpft ist, bleibt der Behinderte an diese Institution gefesselt. »Denn finanziell abgesichert ist nicht etwa der Behinderte, sondern die Werkstatt. Wenn die öffentliche Ausgleichszahlung dagegen direkt mit der individuellen Leistungsfähigkeit des Behinderten verbunden wäre, könnte er diese Zahlung im Falle des Wechsels auf den allgemeinen Arbeitsmarkt »mitnehmen« und in das dortige Beschäftigungsverhältnis einbringen. Erst so könnte auch der Behinderte seine Arbeitskraft frei verkaufen und der würde vermutlich genügend Käufer finden, wenn er den Betrag, den allein sein Platz in einer geschützten Werkstatt kostet, als Subvention bzw. Grundgehalt in ein reguläres Arbeitsverhältnis einbrächte.«<sup>2</sup>

Auch wenn sich *Supported Employment*-Programme im deutschsprachigen Raum in reiner oder modifizierter Form vermehrt durchsetzen und die nötige staatliche Unterstützung erhalten sollten, heißt dies noch lange nicht, dass eine kompetitive Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle psychisch Kranke und Behinderte ein realistisches Ziel darstellt. Die in Abbildung 2 dargestellten Verlaufsergebnisse des *PASS*-Programms zeigen deutlich, dass eine kompetitive Vollzeit Arbeitsstelle nicht wenige von ihnen überfordert. Für sie sollte zukünftig ein beschützter Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinne der Enklavenvariante des *Supported Employments* oder eines begleiteten Nischenarbeitsplatzes als stressärmere Alternative zum kompetitiven Arbeitsplatz zur Verfügung stehen. *Supported Employment*-Projekte sollen deshalb keinen Ersatz

2 Zit. Seyfried, E.: Von stationärer Arbeitstherapie zur beruflichen Integration psychisch Kranker. In: Borsi G.M. (Hrsg.) *Arbeitswelt und Arbeitshandeln in der Psychiatrie – Perspektiven für die Zukunft*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1992, S. 182

darstellen, sondern eine Ergänzung der bestehenden Angebote des sekundären Arbeitsmarktes.

Wir dürfen dabei aber nicht vergessen, dass in allen *Supported Employment*-Projekten die meisten Behinderten auf unqualifizierten, wenig anspruchsvollen Arbeitsplätzen beschäftigt werden. Diese Arbeitsplätze sind bei den ständig fortschreitenden Rationalisierungsbemühungen der Betriebe jedoch die ersten, die abgebaut werden. Zudem werden es zukünftige *Supported Employment*-Projekte umso schwieriger haben, je höher die örtliche Arbeitslosenquote ist.

### Das Job Coach-Projekt

Ein wichtiger Grund, warum die *Supported Employment*-Idee in der Schweiz noch keine weite Verbreitung gefunden hat, beruht auf dem vorherrschenden Rehabilitationsverständnis, auf dem die Gesetzgebung der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) und die Finanzierungsmodalitäten des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV) basieren. In der Regel wird davon ausgegangen, dass eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Abklärungen und Wiedereingliederungsmaßnahmen vorbereitet und unterstützt werden kann. Nach Abschluss der Wiedereingliederungsmaßnahme muss der Behinderte seine Arbeitssituation selbstständig bewältigen. Benötigt er dauerhafte Unterstützung, ist diese in der Regel nur an einem Arbeitsplatz in einer geschützten Werkstatt (im Sinne der Gesetzgebung der Invalidenversicherung) möglich. Die Unterstützung ist also an eine Institution des besonderen Arbeitsmarktes gebunden. Mit der seit 2001 gültigen Gesetzesänderung zur Finanzierung dezentral in die freie Wirtschaft ausgelagerter geschützter Arbeitsplätze (Art. 100 Abs. 1 Bst. a) wurde jedoch vom BSV eine Grundlage geschaffen, welche die Einführung des zeitlich nicht befristeten *Supported Employments* in der Schweiz ermöglicht.

Das Konzept des Berner *Job Coach*-Projekts lehnt sich an das Modell des *Individual Placement and Support System* in New Hampshire an, welches das zurzeit am besten evaluierte *Supported Employment*-Modell ist [4, 16, 8, 14, 17]. Die Trägerschaft des im Spätsommer 2002 startenden *Job Coach*-Projekts wird die Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepsychiatrie Bern übernehmen

men, in enger Kooperation mit den Psychiatrischen Diensten Thun und der IV-Stelle Bern<sup>3</sup>. Die Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepyschiarie ist auch federführend bei dem weiter unten dargestellten Forschungsprojekt. Die Schalt- und Koordinationsstellen des *Job Coach*-Projekts werden die beiden Integrationsfachstellen in Bern und Thun sein.

Organisatorisch soll das *Job Coach*-Projekt gemäß Art. 100 Abs. 1 Bst. a IVV als eine virtuelle, dezentrale geschützte Werkstatt geführt werden, die Teil einer bestehenden geschützten Werkstatt ist, den *Werkstätten + Ateliers* der Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepyschiarie Bern (mit aktuell 110 Plätzen). Dabei werden die Behinderten nicht vom Arbeitgeber, sondern vom *Job Coach*-Projekt angestellt und entlohnt werden. Dies entspricht dem Betriebskonzept eines Personalvermittlungsunternehmens mit besonderen Aufgaben, wie es bereits von Weig [37] unter der Bezeichnung »Gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung« beschrieben wurde.

Das *Job Coach*-Projekt wird von einer vollamtlichen Koordinatorin geleitet. Ihre Aufgabe wird es sein, Betriebe in der Region dafür zu gewinnen, individuell maßgeschneiderte Arbeitsplätze für die Teilnehmer des *Job Coach*-Projekts zur Verfügung zu stellen und die entsprechenden Arbeitsverträge mit dem *Job Coach*-Projekt abzuschließen. Sie ist Vorgesetzte der Job Coachs und Kontakt- und Informationsstelle gegenüber Betrieben, Berufsberatern der IV-Stelle, den geschützten Werkstätten und beruflichen Wiedereingliederungseinrichtungen, den Therapeuten und psychiatrischen Institutionen sowie gegenüber Behörden und der Öffentlichkeit.

Die Job Coachs haben keinen festen Arbeitsplatz, sondern sind mobil und ausgerüstet mit einem Natel und einem Notebook. Sie betreuen bis zu 20 Behinderte an ihren Arbeitsplätzen und arbeiten eng mit den direkten Vorgesetzten in den Betrieben und den psychiatrischen Langzeitbetreuern (sozialpsychiatrischen Ambulatorien, niedergelassenen Psychiatern) zusammen. Dies beinhaltet eine individuell angepasste, verbindliche und regelmäßige Kontaktaufnahme (inkl. Teilnahme an Rapporten und Fallbesprechungen) zur Erhaltung, Prävention und Krisenintervention am Arbeitsplatz, und

3 Die IV-Stelle ist die kantonale Zweigstelle der schweizerischen Invalidenversicherung, zuständig für alle behinderungsbedingten Renten und beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen

nötigenfalls sind die Job Coachs für kurzfristigen Ersatz am Arbeitsplatz besorgt.

### Anreize für die Arbeitgeber

Aufgrund unserer Erfahrungen im *PASS*-Programm soll den Betrieben ein umfassendes Dienstleistungspaket angeboten werden. Dieses umfasst eine vorgängige Information über Stärken und Schwächen des Behinderten, nötigenfalls Schulung der Vorgesetzten und der näheren Mitarbeitern über Krankheitsbild, Symptome und den Umgang damit; Anleitung beim Ausfüllen der Assessmentinstrumente, regelmäßige telefonische und persönliche Kontakte durch den Job Coach und der »Rücknahmegarantie« des Behinderten bei unüberwindbaren Schwierigkeiten, d.h. der Job Coach nimmt den betreffenden Behinderten vorübergehend zurück in eine Werkstatt der *Werkstätten & Ateliers*, sucht für ihn einen neuen Arbeitsplatz und ist um eine Ersatzperson am bisherigen Arbeitsplatz bemüht. Eine solche Rücknahmegarantie erscheint uns von besonderer Bedeutung, reduziert sie doch auf beiden Seiten die Angst vor einem Misserfolg und erhöht so die Bereitschaft der Betriebe, Arbeitsplätze für psychisch Behinderte zur Verfügung zu stellen.

Ein weiterer grundlegender Anreiz des *Job Coach*-Projekts soll die Entlastung des Arbeitgebers von personaladministrativen und betreuenden Aufgaben durch das Personalvermittlungsmodell bilden. Die beratenden, betreuenden und administrativen Dienstleistungen der Job Coachs und der Koordinatorin sollen wesentlich zur Bereitschaft von Arbeitgebern beitragen, Arbeitsplätze anzubieten.

Grundsätzlich soll der Behinderte einen seinen Leistungen entsprechenden Lohn erhalten. Dieser kann bei geringer Leistung entsprechend niedrig ausfallen. Dieser entspricht in der Regel einem Zuverdienst zu einer vollen oder Teil-Rente. Eine der Hauptaufgaben der Mitarbeitern des *Job Coach*-Projekts besteht darin, zusammen mit dem Behinderten und dem Arbeitgeber eine leistungsbezogene Entlohnung auszuhandeln. Von einem Lohn, der den effektiven Leistungen entspricht, erwarten wir größere Bereitschaft von Arbeitgebern, aber auch von Mitarbeitern, einen Behindertenarbeitsplatz mitzutragen. Da es dabei meist um außertarifliche Löhne geht, sollte je nach Gegebenheit die Zusammenarbeit mit Arbeitnehmerorganisationen gepflegt werden.

Trotz Leistungslohn und Unterstützung durch die Job Coaches und die Koordinatorin entstehen auch dem Arbeitgeber behinderungsbedingte Mehrkosten (Betreuung, Produktivitätsausfall, Infrastrukturkosten usw.). Wir beabsichtigen deshalb, dass die Arbeitgeber je Platz durch eine behinderungsgradabhängige Reduktion der Behindertenlohnkosten von diesen Mehrkosten entlastet werden. Die Reduktion resp. der behinderungsbedingte Beitrag soll die Lohnkosten grundsätzlich nicht überschreiten.

## Die Finanzierung

Im Gegensatz zu beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen soll die Finanzierung zeitlich nicht befristet sein. Behindertenarbeitsplätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes sollen nicht mehr Betriebsbeiträge erfordern als durchschnittliche Behindertenarbeitsplätze in geschützten Werkstätten. Innerhalb dieses maximalen Kostenrahmens gewährt ein Globalbudget, verknüpft mit einem Leistungsauftrag und entsprechendem Controlling, dem Projekt unternehmerischen Spielraum. Insbesondere soll das Budget für das *Job Coach*-Projekt behinderungsgradabhängige finanzielle Entlastungen der Arbeitgeber erlauben.

Die Beitragsregelung soll die Entrichtung von Leistungslohnen und eine insgesamt sorgfältige Kostenbewirtschaftung fördern. Pro Behindertenarbeitsplatz wird ein maximaler jährlicher Betriebsbeitrag des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV) bestimmt, der nicht über dem durchschnittlichen Betriebsbeitrag einer geschützten Werkstatt liegt. Dieser Betriebsbeitrag steht zur Verfügung zur Bestreitung der behinderungsbedingten Projektkosten. Zusammen mit Zahlungen der Arbeitgeber für die Behindertenlöhne sollen die gesamten Projektkosten bestritten werden (die Projekt- und die Behindertenlöhne sowie die übrigen Kosten).

Das Projekt strebt keine Baubeiträge an, da nur unwesentliche Einrichtungskosten anfallen. Als Anreiz, die Kosten tief zu halten, soll das *Job Coach*-Projekt die Möglichkeit erhalten, bei Unterschreitung des Beitragsmaximums einen Anteil der Minderkosten als Reserve zur Deckung von allfälligen Defiziten zurückzubehalten. Mit dieser Beitragsregelung sollte das *Job Coach*-Projekt nach einer Anlaufphase bei 50 betreuten Arbeitsplätzen eine ausgeglichene Rechnung erbringen. Mit dem vorliegenden Modell dürften die Kosten

pro Behindertenplatz und Jahr das Beitragsmaximum voraussichtlich sogar unterschreiten.

Für das BSV sollte das *Job Coach*-Projekt im Vergleich zu einer Beschäftigung des Behinderten in einer herkömmlichen geschützten Werkstatt kostenneutral sein. Längerfristig kann aufgrund der in der Literatur berichteten Forschungsergebnisse [11] davon ausgegangen werden, dass sich bei einer erfolgreichen Etablierung des *Job Coach*-Projekts die vom BSV zu erbringenden Rentenleistungen sogar verringern werden, da volle Renten in Teilrenten umgewandelt werden können.

Die Lohnkostenbeiträge können nicht als Hauptanreiz oder als Investitionsbeitrag für Arbeitgeber zur Schaffung von Behindertenarbeitsplätzen verstanden werden. Dazu sind sie zu niedrig, lassen aber beim Arbeitgeber weniger das Gefühl aufkommen, er lege finanziell drauf und tragen zu größerer Kooperation bei, wie bisherige Forschungsergebnisse zeigen. Ein anderes – auf den ersten Blick einfacheres – Modell, nach dem an alle Arbeitgeber, die Plätze anbieten, ein Pauschalbetrag von z.B. SF 500.- pro Monat gezahlt wird, erachten wir als unbefriedigend, da sie den individuellen Behinderungsgrad nicht berücksichtigt und zu sehr dem Gießkannenprinzip entspricht.

Wir erachten es als wichtig, dass keine Zahlungen an Arbeitgeber erfolgen, sondern der Beitrag via Reduktion der Arbeitgeberlohnkosten entsprechend dem Behinderungsgrad erfolgt. Damit gehen wir davon aus, dass ein Arbeitsplatz im Rahmen des *Job Coach*-Projekts den Arbeitgeber mithilfe des Dienstleistungspakets und der personellen, administrativen und finanziellen Entlastung durch die Integrationsfachstelle keine Mehrkosten verursachen sollte, die den Lohnkostenanteil des Arbeitgebers übersteigen. Wir sind uns durchaus bewusst, dass die Mehrkosten für einen Behinderten dem Arbeitgeber u.U. Mehrkosten verursachen, die weit höher sind als der über die Lohnkosten mögliche Beitrag. Auch der Beitrag an die geschützten Werkstätten übersteigt oft das Gehalt des Behinderten um ein Mehrfaches. Mit der vergleichsweise zurückhaltenden Beitragsgewährung im *Job Coach*-Projekt nehmen wir in Kauf, dass Behinderte, welche überdurchschnittliche Mehrkosten verursachen, weniger Chancen haben auf einen solchen Arbeitsplatz. Möglicherweise sind solche Behinderte aber in traditionellen geschützten Werkstätten auch besser aufgehoben.

Trotz aller Leistungen der Integrationsfachstelle wird dem Arbeitgeber tendenziell eine größere finanzielle Verantwortung übertragen, als es bei den Behindertenwerkstätten der Fall ist (weil hier effektive Nettozahlungen an die Betriebe erfolgen, die den Lohn oft um ein Mehrfaches übersteigen).

## Die Begleitforschung

Die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) und vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) geförderte Begleitforschung des *Job Coach*-Projekts hat das Design einer prospektiven kontrollierten Studie über drei Jahre mit einer 1-Jahres-Nachuntersuchung. Eine Verlängerung des Forschungsprojektes um weitere zwei Jahre mit einer 2-Jahres-Nachuntersuchung ist geplant.

Bei den Teilnehmern handelt es sich um Personen mit einer psychischen Behinderung deren Ziel eine berufliche Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist, und für die von der IV-Stelle Bern eine berufliche Wiedereingliederungsmaßnahme angezeigt erscheint. Sie werden am Ende einer 14-tägigen Abklärungsphase nach dem Zufallsprinzip entweder der *Job Coach*-Projektgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Letztere durchläuft wie bisher traditionelle Wiedereingliederungsprogramme wie das *PASS*-Programm oder den *BFK* Thun, beim Antritt einer Stelle in der freien Wirtschaft erhalten sie jedoch keine Begleitung durch einen Job Coach. Die Teilnehmer des *Job Coach*-Projekts beginnen zunächst in einer Werkstatt der *Werkstätten + Ateliers*, sollen aber so rasch wie möglich – spätestens nach drei Monaten – an einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt und dort durch einen Job Coach begleitet werden.

Gemäß bisheriger Erfahrungen werden jährlich ca. 20 psychisch Behinderte im *PASS*-Programm und 30 im *BFK* Thun aufgenommen. Es wird davon ausgegangen, dass in jeder der beiden Gruppen pro Jahr 20 Patienten aufgenommen werden können, d.h. wir rechnen nach drei Jahren, bei einer Drop out-Rate von 25 %, mit einer Gesamtstichprobe von 90 Personen. Der Anteil der weiblichen Teilnehmer wird rund 40 % sein und das Alter wird sich zwischen 20 und 50 Jahren bewegen. Die meisten werden über eine Ausbildung verfügen, aber seit Monaten arbeitslos sein. Ungefähr 60 % der Teilnehmern werden ICD-10 Diagnosen von Schizophrenie oder

schizo-affektiven Störungen aufweisen, rund 20 % eine affektive Störung und die restlichen 20 % andere Diagnosen, meistens Persönlichkeitsstörungen. Geistige Retardierung, schwere organische Gehirnstörungen und schwerwiegender Substanzmissbrauch sind Ausschlusskriterien.

In der Studie sollen die folgenden Hypothesen überprüft werden:

1. Die Integrationsrate in der freien Wirtschaft ist bei den Teilnehmern des *Job Coach*-Projekts dank des Supports durch den Job Coach bei der Nachuntersuchung höher als bei der Kontrollgruppe.
2. Der Integrationserfolg hängt nicht nur von den Bedingungen des *Job Coach*-Projekts ab, sondern auch von einer Reihe von individuellen Erfolgsprädiktoren. Die Ergebnisse müssen deshalb entsprechend kontrolliert werden.
3. Die Lebensqualität der Behinderten wird bei der Nachuntersuchung höher sein als bei Eintritt, wobei die der Teilnehmern des *Job Coach*-Projekts jener der Kontrollgruppe besser sein wird.
4. Die Zufriedenheit der Vorgesetzten der Teilnehmern des *Job Coach*-Projekts wird bei der Nachuntersuchung bezüglich Arbeitsleistung, Sozialverhalten und Krankheitsverlauf höher sein als bei den Vorgesetzten der Kontrollgruppenteilnehmern.
5. Sowohl die vom BSV zu erbringenden Gesamtkosten als auch die Rentenleistungen werden am Ende der Untersuchung bei den Teilnehmern des *Job Coach*-Projekts aufgrund der besseren und nachhaltigeren Integration und geringeren Rückfallrate geringer sein als bei der Kontrollgruppe. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird somit besser sein.
6. Ein kompetitiver durch einen Job Coach begleiteter dezentral ausgelagerter Arbeitsplatz des *Job Coach*-Projekts wird dem BSV nicht höhere Kosten verursachen als ein geschützter Arbeitsplatz in einer bestehenden geschützten Werkstatt.

## Schlussfolgerungen

Der Wunsch psychisch Kranker und Behinderter, lieber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten, ist für jedermann nachvollziehbar. Trotz eines mittlerweile gut ausgebauten besonderen Arbeits-

marktes, der zwar eine Alternative zur Arbeitslosigkeit aber nur bedingt zu einer Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt darstellt, bestehen im Bereich der beruflichen Integration psychisch Kranker in den allgemeinen Arbeitsmarkt im deutschsprachigen Raum immer noch große Defizite. Arbeitet ein psychisch Kranker erst einmal auf einer Stelle auf dem besonderen Arbeitsmarkt, sind die Chancen klein, dass er je eine auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhält. Er bleibt in der Folge ausgegrenzt, was nicht nur für ihn zum Nachteil ist, sondern auch für die nichtbehinderte und damit normbildende Arbeitswelt. Die Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes dürfen nicht aus ihrer sozialen Verantwortung psychisch Behinderten gegenüber entlassen werden. Der besondere Arbeitsmarkt sollte deshalb solange nicht weiter ausgebaut werden, bis sich der Weg über begleitete Integrationsprogramme mit kompetitiven und beschützten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als nicht gangbar erwiesen hat. Die Erfahrungen in den USA lassen Letzteres eher unwahrscheinlich erscheinen, sofern es gelingt die *Supported Employment*-Idee und deren Finanzierung an europäische Verhältnisse zu adaptieren.

Würde man alle psychisch Kranken und Behinderten systematisch anhand der Erfolgsprädiktoren bezüglich ihrer Chancen auf einen kompetitiven Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überprüfen, käme man höchstwahrscheinlich zum Ergebnis, dass dies nur für einen geringen Teil von ihnen ein realistisches Ziel darstellt. Zu argumentieren, sie könnten deshalb nur auf dem besonderen Arbeitsmarkt beschäftigt werden, erscheint mir heutzutage mangels Alternativen zwar zutreffend, jedoch zu voreilig. Mithilfe von *Supported Employment*-Projekten ließe sich jedoch die Zahl an durch Job Coaches längerfristig begleiteten kompetitiven oder beschützten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ungeachtet der unterschiedlichen Situation im Vergleich zu den USA, drastisch erhöhen.

Ziel des *Job Coach*-Projekts ist die berufliche Integration psychisch behinderter Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, mittels des an Schweizer Verhältnisse adaptierten *Supported Employment*-Modells. Dieses Vorhaben ist deshalb von großer Bedeutung, da psychisch Behinderte, zahlenmäßig die größte Gruppe unter den Behinderten darstellen und gleichzeitig die bisher am stärksten stigmatisierte und auch im Berufsleben am meisten ausgegrenzte. Es

hat sich gezeigt, dass der Erfolg der beruflichen Integration dann am dauerhaftesten ist, wenn eine langfristige, integrierte Betreuung durch den Job Coach gemeinsam mit einem gemeindepsychiatrischen Team erfolgt. Zusammenfassend lassen sich die Vorteile des *Job Coach*-Projekts wie folgt darstellen:

- Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind sozial integrierender als solche des besonderen Arbeitsmarktes.
- Der allgemeine Arbeitsmarkt hat mit Abstand das differenzierteste Arbeitsplatzangebot. Es lassen sich hier wesentlich mehr Behinderte in Arbeitsplätze integrieren, die ihren Neigungen und Fähigkeiten besser entsprechen, als dies auf einem besonderen Arbeitsmarkt je möglich wäre.
- Bisherige Integrationserfolge des *Supported Employment* sind nachhaltiger als mithilfe bisheriger Wiedereingliederungsprogramme.
- Der Verdienst ist für die Behinderten besser und
- die Kosten für den Träger sind geringer.

Das *Job Coach*-Projekt nützt also nicht nur vielen Behinderten und stellt eine echte Alternative zu einem Arbeitsplatz in einer geschützten Werkstatt dar, sondern ist auch zum Vorteil der Arbeitgeber und des Steuerzahlers.

Die Finanzierung des *Job Coach*-Projekts als geschützter Werkstatt mit dezentral in die freie Wirtschaft ausgelagerten Arbeitsplätzen sollte eine solche langfristige Betreuung unter der bestehenden Gesetzgebung möglich machen. Damit kann ein innovatives und für die Schweiz richtungweisendes Wiedereingliederungsmodell realisiert werden. Gleichzeitig können den Arbeitgebern genügend Anreize – zusammen mit einem umfassenden Dienstleistungspaket – geboten werden, um sie für eine Mitwirkung am *Job Coach*-Projekt zu gewinnen. Sollte es sich bestätigen, dass das *Job Coach*-Projekt für das BSV kostenneutral im Vergleich zu bestehenden geschützten Werkstätten ist, wäre dies für die Zukunft des *Supported Employment*s in der Schweiz von entscheidender Bedeutung. Dieses äußerst praxisrelevante Pilotprojekt ist eine konsequente Weiterentwicklung der bestehenden beruflichen Rehabilitationseinrichtungen und lässt sich somit als Ergänzung gut in das bestehende Angebot integrieren.

Neben der praktischen Bedeutung ist das *Job Coach*-Projekt auch unter wissenschaftlichen Aspekten von hoher Relevanz. So ist es un-

seres Wissens die erste umfassende Untersuchung von *Supported Employment* außerhalb der Vereinigten Staaten. Der Erfolg dieses Pilotprojektes wird in einer kontrollierten Studie mittels einer Reihe von Instrumenten untersucht, unter Berücksichtigung verschiedener auf den Erfolg einwirkender Variablen und der Einschätzung aller am Pilotprojekt beteiligten Personen. Dadurch sollte es möglich sein, ein differenziertes Bild zu gewinnen über den Einfluss der einzelnen für den Erfolg maßgebenden Faktoren. Wichtig erscheint uns dabei, Auskunft zu erhalten, ob sich die Wiedereingliederungsrate verbessern lässt und ob sich die Lebensqualität für die Behinderten erhöht und somit der Nutzen den damit verbundenen Aufwand und die daraus resultierenden Kosten rechtfertigt.

## Literatur

1. BADEL, C., ÖSTERLE, A.: Supported Employment – Erfahrungen mit einem österreichischen Modell zur beruflichen und sozialen Integration behinderter Menschen. In: BADEL, C. (Hg.): *Geschützte Arbeit*. Böhlau Verlag, Wien 1992, S. 79–136
2. BARLSEN, J., BUNGART, J., HOHMEIER, J., MAIR, H.: Monetäre Kosten-Nutzen-Analyse von Fachdiensten zur Integration von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. In: LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE, HAUPTFÜRSORGESTELLE (Hg.): *Argument-Sonderbände zum Schwerbehindertenrecht Nr. 3*, 1997
3. BECKER, D.R., DRAKE, R.E.: *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Programm*. New Hampshire – Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord 1993
4. BECKER, D.R., DRAKE, R.E.: Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal* 30, 1994, S. 193–206
5. BECKER, D.R., DRAKE, R.E., FARABAUGH, A., BOND, G.R.: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47, 1996, S. 1223–1226
6. BELL, M.D., LYSAKER, P.H.: Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophrenia Bulletin* 23, 1997, S. 317–328
7. BOND, G.R.: Outcomes from supported employment programs for people with severe mental illness. Presentation at the World Association for Psychosocial Rehabilitation World Congress, Rotterdam, The Netherlands, April 1996

8. BOND, G.R.: Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22, 1998, S. 11–23
9. BOND, G.R., DINCIN, J.: Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology* 31, 1986, S. 143–155
10. BOND, G.R., DIETZEN, L.L., MCGREW, J.H., MILLER, L.D.: Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology* 40, 1995, S. 75–93
11. BOND, G.R., DRAKE, R.E., MUESER, K.T., BECKER, D.R.: An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48, 1997, S. 335–346
12. CIOLEK, A. »Erst platzieren – dann qualifizieren« – Erfahrung mit unterstützter Beschäftigung von Menschen mit geistiger Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt. *Hamburger Arbeitsassistenten*. In: DÖRNER K. (Hg.) *Jeder Mensch will notwendig sein*. Verlag Jakob von Hoddiss, Gütersloh 1995, S. 176–182
13. COOK, J.A., WRIGHT, E.R. Medical sociology and the study of severe mental illness: Reflections on past accomplishments and directions for future research. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 1995, S. 95–114
14. DRAKE, R.E.: A brief history of the individual placement and support model. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22, 1998, S. 3–7
15. DRAKE, R.E., BECKER, D.R., XIE, H., ANTHONY W.A.: Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities. *Vocational Rehabilitation* 5, 1995, S. 141–149
16. DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., BECKER, D.R., ANTHONY, W.A., CLARK, R.E.: The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 1996, S. 391–399
17. DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., BEBOUT, R.R., BECKER, D.R., HARRIS, M., BOND, G.R., QUIMBY, E.: A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry* 56, 1999, S. 627–633
18. EIKELMANN, B., REKER, T.: Rehabilitation psychisch Behinderter in den Werkstätten für Behinderte? Fakten, Ergebnisse, Empfehlungen. *Krankenhauspsychiatrie* 5 1994, S. 66–70
19. EWERT, P.: Der zweite Arbeitsmarkt schafft Arbeit auch für psychisch Kranke und Behinderte. In: DÖRNER K. (Hg.) *Jeder Mensch will notwendig sein*. Verlag Jakob van Hoddiss, Gütersloh 1995, S. 37–44
20. FABIAN, E.: Longitudinal outcomes in supported employment: A survival analysis. *Rehabilitation Psychology* 37, 1992, S. 23–35
21. HENNIGES, H.: Arbeitsmarktsituation und Merkmale von arbeitslosen schwer Behinderten, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Band 207, Nürnberg 1997

22. HOFFMANN, H.: Schnittstellen der Gemeindepsychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie* 7, 1996, S. 110–116
23. HOFFMANN, H.: Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? *Psychiatrische Praxis* 26, 1999, S. 211–217
24. HOFFMANN, H., KUPPER, Z.: SS – das Rehabilitationsprogramm der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1/93, 1993, S. 36–42
25. HOFFMANN, H., KUPPER, Z.: Patient dynamics in early stages of vocational rehabilitation -A pilot study. *Comprehensive Psychiatry* 37, 1996, S. 216–221
26. HOFFMANN, H., KUPPER, Z.: PASS – Ein integratives Programm zur beruflichen Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker. In: DITTMAR, V., KLEIN, H.E., SCHÖN, D. (Hg.) *Die Behandlung schizophrener Menschen – Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit*. S. Roderer Verlag, Regensburg, 1997, S. 65–88
27. KÖNIG, A., SCHALOCK, R.L.: »Begleitete Arbeit«: Chancengleichheit für schwerstbehinderte Männer und Frauen. *Rehabilitation* 32, 1993, S. 55–64
28. MARRONE, J., BALZELL, A., GOLD, M.: Employment supports for people with mental illness. *Psychiatric Services* 46, 1995, S. 707–712
29. MCCAUGHRIN, W.B., ELLIS, W.K., RUSCH, F.R., HEAL, L.W.: Cost-effectiveness of supported employment. *Mental Retardation* 31, 1993, S. 41–48
30. McHugo, G.J., DRAKE, R.E., BECKER, D.R.: The duration of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22, 1998, S. 55–61
31. REKER, T., EIKELMANN, B., HAGENBROCK, M., INHESTER, M.L., SOGGERBERG, C., SPANGENBERG, J., WETHKAMP, B.: *Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte*. Forschungsbericht 257, Sozialforschung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1996
32. ROGERS, E.S., SCIARAPPA, K., MACDONALD-WILSON, K., DANLEY, K.: A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Evaluation and Program Planning* 18, 1995, S. 105–115
33. SEYFRIED, E.: Von stationärer Arbeitstherapie zur beruflichen Integration psychisch Kranker. In: BORSI G.M. (Hrsg.) *Arbeitswelt und Arbeitshandeln in der Psychiatrie – Perspektiven für die Zukunft*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1992
34. SEYFRIED, E.: *Conditions de succès de l'insertion des handicapés dans la vie professionnelle*. CEDEFOP, Berlin 1992
35. SHAFER, M.S., HUANG, H.-W.: The utilization of survival analyses to evaluate supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation* 5, 1995, S. 103–113.

36. WEHMAN, P., HILL, M.L.: Competitive employment for persons with mental retardation: A benefit-cost analysis of outcomes. In: KIERNAN W.E. (ed.): *Economics, Industry and Disability: a look ahead*. Paul H. Brookes, Baltimore 1989
37. WEIG, W.: *Gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung: Ein neuer Weg zur Eingliederung psychisch behinderter Menschen in das Arbeitsleben?* *Psychiatrische Praxis* 18, 1991, S. 99–104.

## Integrationsprobleme aus Sicht eines Angehörigen

Jürgen Gütschow

### Arbeit

Jeder Mensch möchte in der Gesellschaft anerkannt und integriert sein. Jeder möchte Erfolge erleben und sich bestätigt fühlen. Einen wesentlichen Beitrag dazu bietet die tägliche Arbeit, die ggf. die Wertschätzung liefert und ihm signalisiert, notwendig zu sein. Die Arbeit möchte ich aber nicht nur in einer Beschäftigung sehen, sondern in einer verantwortungsvollen Tätigkeit, die dem jeweiligen Rehabilitationsprozess des Erkrankten und seinem Leistungsstand entspricht und zielgerichtet gefördert werden kann. Das setzt voraus, dass wir dem Menschen Zutrauen in seine Zukunft geben.

Der Weg zu Sinn machender Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist sehr schwierig und wird bisher nach meiner Kenntnis wenig besritten: Die Werkstätten für behinderte Menschen sollten vorwiegend eine Zwischenstation sein, zur Vorbereitung der Rehabilitanden auf eine Tätigkeit in einem Betrieb. Um diesen Zweck zu erfüllen, ist die Zusammenarbeit zwischen Werkstätten und Betrieben auszubauen und finanziell zu unterstützen, denn Lohn für Arbeit ist aktivierender und Ressourcen schonender als für überwiegend tagesstrukturierende Beschäftigung. Psychisch Kranke fordern zu Recht einen Arbeitsplatz, der ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht.

### Rehabilitation

Die Schnittstelle zwischen guter Akutbehandlung in den Kliniken und anschließender Rehabilitation (medizinisch und beruflich) ist nicht befriedigend. Es verstreicht zu viel Zeit bis eine Basisversorgung in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung, Arbeit und Freizeit erreicht wird. Der Erkrankte erhält nach der Entlassung aus der Klinik nicht unmittelbar alle erforderlichen Hilfen von den zuständigen Diensten. Die Hilfen beziehen sich oft nur auf die Überweisung zum niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater und auf den Wohnbereich *und nicht* auf die berufliche Rehabilitation.

Besonders nach der Ersterkrankung ist die berufliche Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Sie kann einerseits dem Betroffenen helfen seine Krankheit schneller zu überwinden und sich in die Gesellschaft zu integrieren, andererseits können erhebliche Kosten zu Lasten des Staates und der Sozialversicherung eingespart werden. Ohne berufliche Integration fühlt sich der Betroffene allein gelassen, sieht sich einer ihn ablehnenden Gesellschaft oder wenigstens weit verbreiteten Gleichgültigkeit gegenüber, die außer einem allgemein gehaltenen Mitleid wenig bereit hält. Sein Leben erscheint ihm sinnlos. Er kann sich der stets wiederkehrenden Gedanken an die Krankheitsursache nicht erwehren, sodass ein erneuter Klinikaufenthalt gleichsam vorprogrammiert ist. Es fehlt die Zukunftsorientierung, Negativaussichten dominieren. Hoffnungen, die mit Ausbildungshilfen, Bewerbungsempfehlungen usw. verbunden sind, zerfließen infolge fehlender Arbeitsmöglichkeiten.

### Integration

Der Betroffene fällt nicht selten in eine tiefe Depression mit möglicherweise der schlimmen Folge der Zwangseinweisung in eine Psychiatrische Klinik. Um dieses zu vermeiden, sollte der Integrationsfachdienst mit seinen finanziellen Möglichkeiten für jeden Betroffenen wirksam werden können, unabhängig vom Schwerbehindertenausweis, wie dies auch Deusch fordert<sup>1</sup>.

Obwohl dem Behinderten vonseiten des Arztes der Status eines Schwerbehinderten angeboten wird, lehnen viele Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung diesen Status ab. Für sie ist die Annahme des Behindertenausweises gleichbedeutend mit einem endgültigen »Aus«. Die schützende und sichernde Funktion des Behindertenstatus' können sie nicht sehen. Psychisch beeinträchtigte Menschen wollen keine Sonderstellungen gegenüber Behinderten einnehmen, dieses sei den Integrationsämtern gesagt, sie wollen keine Sondervergünstigungen, doch hinsichtlich der Integration in das Arbeitsleben müssen m.E. für sie andere Wege als die üblichen gegangen werden.

Die Wirklichkeit sieht gegenwärtig anders aus: Bemühungen von Verbänden und Organisationen, so z.B. die des Projektes »Das Fünfte

1 vgl. den Beitrag von Beule/Deusch in diesem Band.

Rad« im Bauwesen in Köpenick, über Kooperationsarbeiten neue Wege der Integration in Arbeit und Beruf zu gehen, scheiterten einerseits an dem im Hochbau herrschenden Termindruck, andererseits an fehlenden geeigneten Bauaufträgen in Abstimmung mit der öffentlichen Hand. Hier ergibt sich die Frage: Könnten nicht Behinderte Behinderten helfen, selbst dann, wenn kleinere ästhetische Arbeitsmängel auftreten oder längere Bearbeitungszeiten zu verzeichnen sind? Könnte es nicht sein, dass für andere Betroffene eine Ermutigung ausgeht, auch du könntest es schaffen und brauchst keine Angst zu haben, dass man dich beiseite stellt, weil du es sowieso nicht schaffst?

### Eigene Erfahrungen

Mein Sohn erhielt vor einem Jahr einen geförderten Arbeitsplatz bei einem Architekten als Bauzeichner. Er ist sehr motiviert, das Arbeitsergebnis steht bei ihm im Vordergrund. Stellt er damit eine Konkurrenz für den gesunden Bürger dar. Bei weitem nicht, denn welcher private Auftraggeber ist bereit, einen psychisch Behinderten einzustellen? Langsam stellt sich bei meinem Sohn Stolz ein: »Ich werde es schaffen.«

Bis hierhin war es ein weiter und schwieriger Weg. Zunächst verlief das Leben meines Sohnes normal. Er erreichte den Diplomabschluss im Fachgebiet Hochbau, doch dann erkrankte er 1998 an einer endogenen Psychose. In der Klinik wurde ihm ins Gesicht gesagt, dass er ein Invalide sei. Ihm wurde die Berentung angeboten. Er lehnte ab. Eine berufs begleitende Maßnahme erhielt er nicht. Nach der Entlassung bemühte er sich selbst als Bauzeichner um Arbeit. Zwei Arbeitsversuche folgten. Sein Selbstvertrauen sank, er wurde schwermütig und wurde zwangseingewiesen. Nach mehreren Monaten wurde er entlassen. Eine Berentung lehnte er ab. Er wollte wieder eine berufliche Eingliederung erreichen. Einen Behindertenausweis erhielt er zwar, doch da sich der Behindertenstatus bei der Berufssuche hinderlich erwies, lief er von einem Psychologen zum anderen, bis er endlich den Behindertenausweis los wurde. Ihm gelang es ein Studium an der Staatlichen Technikerschule Berlin aufzunehmen, um einen Anschluss an aktuellen Wissensstand zu erreichen. Eine finanzielle Förderung durch das Arbeitsamt wurde über Jahre zunächst mit der Begründung abgelehnt, dass er bereits

eine Hochschulausbildung in der DDR abgeschlossen hätte. Das Technikerstudium beendete er mit dem Ergebnis sehr gut bis gut. Eine Arbeit bzw. berufs begleitende Maßnahmen erhielt er nicht. Wieder sank sein Lebensmut. Mit großer Anstrengung und erneuter Annahme des Behindertenausweises erhielt er vor einem Jahr dank des Integrationsfachdienstes seine Stellung als Bauzeichner.

Dieser Beitrag möge dokumentieren, welche Leistungen psychisch Erkrankte vollbringen können, wie schwierig, aber auch erfolgreich, der Weg des Aufrichtens ist. Wie viele Jahre durch fehlende Integrationshilfen vergingen und welche enormen Behandlungskosten, durch bessere und zeitigere Hilfe hätten vermieden werden können. In diesem Sinne wünsche ich, dass von der Tagung das Signal ausgeht: »Wir dürfen den Behinderten zutrauen, Leistung zu erbringen, und Ihnen werden angemessene Arbeitsplätze bereit gestellt.«

### Rückblick auf das Symposium »Erst Platzieren dann Rehabilitieren« und auf die Tagung

Im Rückblick ergeben sich für mich einige positive, aber auch weniger gute Eindrücke und Schlussfolgerungen. Zunächst sei der AKTION PSYCHISCH KRANKE und vielen Referenten gedankt. Die im Symposium vorgestellten Forschungsergebnisse zeigen die Möglichkeit psychisch Behinderter auf, insbesondere welche Ergebnisse durch die frühzeitige Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erreichbar sind. Doch dürfen wir nicht stehen bleiben, sondern müssen die Ergebnisse kritischer betrachten.

Aus meiner Sicht ergibt sich aus dem Vergleich der Ergebnisse des PASS-Programms mit den Forschungsergebnissen zu »Supported Employment«, dass wesentlich mehr erreicht werden kann. Durch rechtzeitige Betreuung in der Klinik hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben, der Hebung des Selbstwertgefühls, des Zutrauens und der Überzeugung im Leben für den Mitmenschen dienlich zu sein und durch seine Arbeit den anderen Menschen gleichgestellt zu sein, dürfte eine weit größere Integration erreichbar sein. Dieses beweist auch der Weg der individuellen Platzierung gegenüber den allgemeinen Einrichtungen. Hierzu bedarf es aber auch der verantwortungsvollen Einstellung der Entscheidungsträger und da gibt es doch leider noch viele Oberflächlichkeiten wie aus einigen Refera-

ten heraus zu hören war. Die Beiträge waren gut gemeint, zeigten aber, dass einigen Referenten mit den spezifischen Bedürfnissen psychisch Erkrankter und ihrer Lebenssituation nicht ausreichend vertraut sind:

- Der Vertreter der Gewerkschaft, selbst Behinderter, empfahl sehr die Annahme des Behindertenstatus, übersah dabei aber völlig, dass ein großer Unterschied zwischen einem körperlich und einem psychisch Behinderten besteht.
- Die Vertreterin einer Partei gab auf Anfrage zu verstehen, dass für psychisch Erkrankte alles getan werde, unabhängig von der Annahme eines Behindertenausweises durch den Erkrankten.
- Der Vertreter einer Krankenkasse zählte in seinem Diskussionsbeitrag im Rahmen eines der Symposien eine Unmenge von Behinderungen auf und forderte die psychisch Erkrankten auf, keine Sonderleistungen zu erbitten. Ihm wurde widersprochen. Die psychisch Erkrankten wollen keinen Sonderstatus, doch sei es gestattet, dass die Besonderheiten der Erkrankung bei der Beurteilung des Sachverhaltes beachtet werden.

Die Beiträge zeigten, wie weit entfernt die Öffentlichkeit von den Bedürfnissen der psychisch Betroffenen noch ist. Zur Verringerung dieser Distanz und zum Verständnis für einander hat die Tagung aber dennoch erheblich beigetragen.

## **Barrieren überwinden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**

### **Arbeitnehmer mit psychischer Behinderung im Betrieb**

*Hans-Gerd Bude*

Psychisch behinderte Menschen im Betrieb werden immer noch als Sonderlinge betrachtet. Auf der einen Seite scheinen sie sich nicht öffnen zu wollen, auf der anderen Seite würden ihnen daraus hier und da Nachteile entstehen. Sie haben schlicht und einfach Angst. In der Familie ist es schon nicht einfach und in der Öffentlichkeit fehlt es immer noch an Aufklärung. Im Berufsleben steigt in den letzten Jahren die Zahl der psychisch kranken Menschen, durch Arbeitsverdichtung, höhere Anforderungen und Leistungsdruck.

Arbeitgeber nehmen gegenüber schwerbehinderten Menschen häufig eine ablehnende Haltung ein. Schwerbehinderte Arbeitnehmer sind öfter krank, bringen weniger Leistung und bekommen auch noch fünf Tage mehr Urlaub.

Wenn das Umfeld stimmt, bringt ein schwerbehinderter Mensch seine Leistung wie jeder andere auch. Die meisten Arbeitgeber gehen jedoch davon aus, dass sie einen schwerbehinderten Arbeitnehmer nach der Einstellung nicht mehr los werden. Hat z.B. ein schwerbehinderter Arbeitnehmer sehr viele Fehltag im Jahr, kann das durchaus zu einer Kündigung führen. Er genießt zwar den besonderen Kündigungsschutz, d.h., dass das Integrationsamt der Kündigung zustimmen muss, dies ist in den letzten Jahren aber meist der Fall gewesen.

Bei Vorstellungsgesprächen sollte ein Bewerber mit einer Schwerbehinderung auf alle Fälle wahrheitsgemäß antworten, wenn er nach der Schwerbehinderung gefragt wird; sonst kann noch innerhalb und auch nach der Probezeit gekündigt werden. Bei Einstellungsgesprächen kann die Schwerbehinderten-Vertrauensperson hinzugezogen werden. Es liegt natürlich auch in deren Interesse, dass schwerbehinderte Arbeitnehmer einen Arbeitsplatz bekommen.

## Aktion 50.000 Arbeitsplätze

Die meisten Arbeitgeber wissen gar nicht was sich dahinter verbirgt, dass sie auf diese Weise Arbeitnehmer fast zum Nulltarif bekommen. Sie informieren sich aber auch nicht bei dem zuständigen Arbeitsamt. Anfragen an das Arbeitsamt nach arbeitslosen schwerbehinderten Arbeitnehmern verlaufen ergebnislos. Das geht nicht nur mir so, sondern auch anderen Kollegen aus anderen Betrieben und gilt nicht nur für den Raum Köln, sondern für die gesamte Bundesrepublik. Demnach dürfte es eigentlich keine arbeitslose schwerbehinderte Arbeitnehmer geben. Deshalb ist für mich die »Aktion 50.000« (50.000 Schwerbehinderte Menschen in Arbeit zu bringen) eine Mogelpackung. Einige schwerbehinderte Arbeitnehmer werden berentet und das wars.

## Schwerbehinderten-Vertrauenspersonen im Betrieb

Ich habe vor ca. drei Jahren erstmalig Kontakt zu einem psychisch beeinträchtigten Menschen bekommen. Aber auch nur weil eine behandelnde Ärztin mich angerufen hatte. Bei einem anderen Kollegen hatte der Werksarzt mich informiert. Seit dieser Zeit besuche ich diese Kollegen öfter an ihrem Arbeitsplatz. Wenn ich frage, ob ich störe, ob sie sich belästigt fühlen oder es ihnen unangenehm ist wegen der Kollegen, so antworten sie immer mit »Nein«. Bei diesen Besuchen reden wir über alles Mögliche, aber nicht über ihre Krankheit. Ich biete ihnen auch an, die Unterhaltung in meinem Büro unter vier Augen zu führen. Ich habe bei einem Kollegen dafür gesorgt, das er keine Wechselschicht mehr machen muss. Er hatte Probleme am Tage zu schlafen.

Ich versuche meist schwerbehinderten Menschen zu einem Arbeitsplatz zu verhelfen, indem ich ihnen empfehle, ein Praktikum zu absolvieren. Das hat Vorteile sowohl für den Arbeitnehmer wie für den Arbeitgeber; keiner von beiden geht ein Risiko ein. Auf diese Weise habe ich schon einigen schwerbehinderten Menschen zu einem Arbeitsplatz verholfen.

In Köln haben wir einen Arbeitskreis der Schwerbehinderten-Vertrauenspersonen innerhalb der IG Metall. Wir treffen uns jeden letzten Freitag im Monat. Darüber hinaus haben wir im Februar und im November eine Wochenschulung. Darin werden diverse Themen

behandelt, zum Beispiel die EU-Rente, das SGB IX (im besonderen der Teil II zum Schwerbehindertenrecht), Gerichtsurteile und vieles mehr. Dazu laden wir Referenten ein von Integrationsamt, Integrationsfachdiensten, vom Ärztlichen Dienst der Ford Werke in Köln, vom Arbeitsamt oder anderen Organisationen. Wir besuchen auch verschiedene Institutionen wie zum Beispiel Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Schriftliches Material für unsere Tätigkeit beziehen wir von der IG Metall in Frankfurt, über den VdK und andere.

In diesem Arbeitskreis haben wir eine Integrationsvereinbarung (nach SGB IX) erarbeitet, wonach sich die Betriebe richten können. Bei der Firma Linde haben wir eine Integrationsvereinbarung für den gesamten Konzern erarbeitet und zur Unterschrift gebracht (siehe Anhang). Wir werden sehen was uns diese Vereinbarungen bringen.

## Anhang: Integrationsvereinbarung

Zwischen der ... vertreten durch den Vorstand als Konzernleitung und

1. der Gesamtschwerbehindertenvertretung der ...  
der Gesamtschwerbehindertenvertretung
2. der Schwerbehindertenvertretung der ...
3. der Schwerbehindertenvertretung der ...  
zu 1) bis 4) jeweils vertreten durch die Vertrauensperson,
5. dem Konzernbetriebsrat vertreten durch den Vorsitzenden,

wird die nachfolgende Integrationsvereinbarung abgeschlossen:

### Präambel

Im Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) kommt das Anliegen des Gesetzgebers sinnfällig zum Ausdruck, schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Arbeitnehmern vor allem durch Eingliederung in den Arbeitsprozess die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern. Dem dient insbesondere auch die Bestimmung (§ 83) über den Abschluss einer Integrationsvereinbarung. Mit der nachfolgenden Regelung soll der gesetzliche Grundgedanke konkretisiert werden, die Integration behinderter Menschen in allen betrieblichen Prozessen zu fördern und auszubauen.

### I. Allgemeine Bestimmungen

#### § 1 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt

1. räumlich für alle Betriebe und Betriebsteile des Konzerns,
2. persönlich für alle behinderten (Schwerbehinderten und gleichgestellten) Arbeitnehmer,

#### § 2 Rahmenvereinbarung

Diese Vereinbarung ist grundsätzlich als Rahmenvereinbarung zu verstehen. Auf ihrer Grundlage können

mit den Schwerbehindertenvertretungen bzw. Betriebsräten ergänzende Vereinbarungen abgeschlossen werden, sofern spezielle betriebliche Aspekte eine Ergänzung erforderlich machen.

## II. Maßnahmen zur Integration

### § 3 Personalplanung

1. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass der Arbeitgeber alle Möglichkeiten ausschöpft, um eine Beschäftigung behinderter Menschen im jeweils gesetzlichen Umfang zu erreichen. Dabei sind behinderte Frauen besonders zu berücksichtigen.
2. Bei der Besetzung freier Arbeitsplätze ist vom Arbeitgeber zu prüfen, ob eine Besetzung mit Behinderten in Betracht kommt.  
Bei dieser Prüfung ist die jeweilige Schwerbehindertenvertretung zu beteiligen und der örtliche Betriebsrat zu hören. Gegebenenfalls ist das Arbeitsamt einzuschalten.
3. Im Falle interner und/oder externer Stellenausschreibungen sind nachfragenden Behinderten die Anforderungen der Tätigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Behinderung zu erläutern.  
Bei der Besetzung von Arbeitsplätzen, die für Behinderte geeignet sind, haben diese bei sonst gleichen fachlichen und persönlichen Voraussetzungen Vorrang vor anderen Bewerbern. Entsprechendes gilt bei der Besetzung von Ausbildungsplätzen.
4. Bei Rationalisierungsmaßnahmen hat der Arbeitgeber vorrangig die Umsetzung Behinderter auf einen geeigneten Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes zu veranlassen. Soweit technisch möglich und wirtschaftlich zumutbar sind arbeitsplatzgestaltende Maßnahmen durchzuführen.
5. Die von der Bundesanstalt für Arbeit gewährten Geldleistungen zur Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter sind zu beachten und nach Möglichkeit zu beanspruchen. Etwaige Fördermittel der zuständigen Fachministerien auf Länderebene sind ebenfalls auszunutzen. Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Zumutbarkeit nach dieser Vereinbarung sind diese Fördermöglichkeiten zu berücksichtigen.

### § 4 Arbeitsplatz und Arbeitsumgebung

1. Soweit technisch möglich und wirtschaftlich zumutbar sind bei Einrichtung und Ausstattung der Arbeitsplätze der Behinderten behindertengerechte Vorkehrungen zu treffen. Der technische Berater des Integrationsamtes kann in die Gestaltung einbezogen werden.
2. Unter den gleichen Voraussetzungen ist bei der Planung von Neubauten und großen Um- oder Erweiterungsbauten auf die Barrierefreiheit entsprechend den allgemein anerkannten Regeln der Technik oder anderer anforderungsgerechter Lösungen zu achten.  
Der konkrete Gestaltungsbedarf wird rechtzeitig ermittelt, so dass die Einrichtung bzw. Umrüstung entsprechender Arbeitsplätze gezielt erfolgen kann.  
Die Integrationskommission (vgl. § 10) wird in die Planung rechtzeitig einbezogen.
3. Im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben ist von dem jeweils zuständigen Integrationsamt die Gewährung von Investitionshilfen zur Schaffung und Gestaltung behindertengerechter Arbeitsplätze abzufragen und nach Möglichkeit in Anspruch zu nehmen.

### § 5 Arbeitszeit

1. Die Organisation der Arbeitszeit soll sich unter Wahrung der betrieblichen Erfordernisse an den gesundheitlichen Bedürfnissen der behinderten Arbeitnehmer orientieren.
2. Auf Verlangen sind Behinderte von zusätzlichen zeitlichen Belastungen (z. B. Mehrarbeit, Rufbereitschaft) freizustellen.
3. Sofern die Erfüllung für den Arbeitgeber nicht unzumutbar und nicht mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist, haben Behinderte einen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist.

### § 6 Qualifizierung

1. Behinderte Arbeitnehmer sind so zu beschäftigen, dass sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten voll verwerten und weiterentwickeln können.
2. Sie sind zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens bei geeigneten innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung bevorzugt zu berücksichtigen.  
Die Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen ist in zumutbarem Umfang organisatorisch zu erleichtern.

### § 7 Prävention

1. Treten Schwierigkeiten bei der Beschäftigung behinderter Arbeitnehmer auf, die zu einer Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führen können, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Schwerbehindertenvertretung und den Betriebsrat einzubeziehen, um eine gemeinsame Lösung herbeizuführen.  
Das Integrationsamt ist einzuschalten. Dessen finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten sind zu nutzen.
2. Mit Zustimmung des behinderten Arbeitnehmers schaltet der Arbeitgeber die Schwerbehindertenvertretung auch dann ein, wenn eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Monaten vorliegt oder das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen gefährdet ist.

### § 8 Rehabilitation

Bei beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sind die jeweiligen gesetzlichen und/oder betrieblichen Regelungen über die stufenweise Wiedereingliederung zu berücksichtigen. Weitergehende gesetzliche Verpflichtungen bleiben unberührt.

### Betriebliche Durchführung

#### § 9 Unterrichtung

1. Im Rahmen der Besetzung freier Arbeitsplätze erhält die Schwerbehindertenvertretung
  - Kopien interner und externer Stellenausschreibungen, sofern eine Information über Intranet nicht möglich ist,
  - Kopien der Anfragen an das Arbeitsamt sowie dessen Rückmeldungen, und, sofern es der Behinderte nicht ausdrücklich ablehnt,
  - unmittelbar nach Eingang eine Unterrichtung über vorliegende Bewerbungen behinderter Menschen,
  - Kopien der Absagen an behinderte Bewerber.
2. Die Schwerbehindertenvertretungen erhalten jeweils für ihren Zuständigkeitsbereich und zeitgleich eine Kopie der jährlich gegenüber dem Arbeitsamt abzugebenden Schwerbehindertenanzeige sowie des Verzeichnisses der beschäftigten Schwerbehinderten, Gleichgestellten und sonstigen anrechnungsfähigen Personen. Die jeweilige Gesamtschwerbehindertenvertretung erhält Kopien der Anzeigen und Verzeichnisse für sämtliche Betriebe. Über Austritte von Behinderten wird die zuständige Schwerbehindertenvertretung vierteljährlich unterrichtet

#### § 10 Integrationskommission

1. Auf betrieblicher Ebene wird jeweils eine Integrationskommission gebildet, welche aus der Vertrauensperson der Schwerbehinderten und dem stellvertretenden Mitglied sowie jeweils eines Beauftragten des Betriebsrats und des Arbeitgebers besteht.  
Im Bedarfsfall können sachkundige Personen (z. B. Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Vertreter des Integrationsamtes) hinzugezogen werden.
2. Die Integrationskommission überprüft die Einhaltung dieser Vereinbarung, wirkt bei den Integrationsmaßnahmen mit und beeinflusst deren Umsetzung.

Im Falle von Meinungsverschiedenheiten bei der Anwendung dieser Vereinbarung unterbreitet sie Vorschläge zur Schlichtung.

- Die Integrationskommission tritt bei Bedarf, mindestens halbjährlich zusammen. Organisation und Leitung obliegen der Schwerbehindertenvertretung.

#### IV. Schlussbestimmungen

##### § 11 Inkrafttreten

- Diese Vereinbarung tritt mit ihrer Unterzeichnung in Kraft.
- Soweit in Gesetzen, Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen für behinderte Menschen günstigere Regelungen getroffen sind, gehen sie dieser Vereinbarung vor.

##### § 12 Überprüfung

Sollte sich während der Laufzeit aus der praktischen Handhabung oder wegen einer Veränderung der gesetzlichen Regelungen das Erfordernis ergeben, diese Vereinbarung zu ändern oder zu ergänzen, werden die Beteiligten eine entsprechende Anpassung vornehmen.

##### § 13 Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum von vier Jahren. Sie verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht mit einer Frist von 6 Monaten gekündigt wird.

Rechtzeitig vor Beendigung der Laufzeit nehmen die Beteiligten Verhandlungen über die Fortschreibung der Vereinbarung auf.

\_\_\_\_\_  
(Vorstand)

\_\_\_\_\_  
(Gesamtschwerbehindertenvertretung der

\_\_\_\_\_  
(Gesamtschwerbehinderten-  
vertretung der

\_\_\_\_\_  
(Schwerbehindertenvertretung

\_\_\_\_\_  
(Schwerbehindertenvertretung

( )

Protokollnotizen zur Integrationsvereinbarung

Es besteht Einvernehmen, dass

- Die Interessen behinderter Arbeitnehmer in den Betrieben, für die eine Schwerbehindertenvertretung nicht besteht, von der Gesamtschwerbehindertenvertretung wahrgenommen werden.
- zu den Versammlungen der Vertrauenspersonen in der AG die Vertrauenspersonen der Konzernunternehmen hinzugezogen werden.

## Voraussetzungen für die Integration von Arbeitnehmern mit psychischen Behinderungen

**Hubert Kirchner**

Arbeit ist Sinn und Identität stiftendes Element unserer gesellschaftlichen Realität. Es gibt verschiedene Orte an denen Arbeit stattfinden kann; bekannt sind der erste, zweite und dritte Arbeitsmarkt. Der erste Arbeitsmarkt und die (Re-)Integration psychisch behinderter Frauen und Männer dort sollen hier das Thema sein.

### Rehabilitation aus der Psychiatrischen Klinik heraus

Die Psychiatrischen Kliniken sind nach wie vor in ihrer Arbeit medizinisch therapeutisch geprägt. Die sozialen Bezüge aus denen die psychisch Kranken stammen werden zwar berücksichtigt, Schwerpunkte sind aber die Bereiche Wohnen, sozialpsychiatrische Betreuung und Begleitung sowie Freizeit. Der Bereich Arbeit fristet nach wie vor ein stiefmütterliches Dasein. Nicht zuletzt die verkürzten Verweildauern tragen dazu bei, dass im stationären Bereich Arbeitstherapie nur noch für relativ wenige Patienten stattfindet. Berufliche Rehabilitation wird in den ambulanten Bereich verlagert. Im ambulanten Bereich tätig sind die Integrationsfachdienste, die inzwischen flächendeckend in unterschiedlichster Ausprägung existieren.

Auf Grund der langjährigen Erfahrung in der beruflichen Integration von Frauen und Männern mit psychischen Behinderungen hat sich für den Träger des Integrationsfachdienstes, die Arkadepauline 13 in Bodensee, Oberschwaben, folgender Leistungsansatz entwickelt:

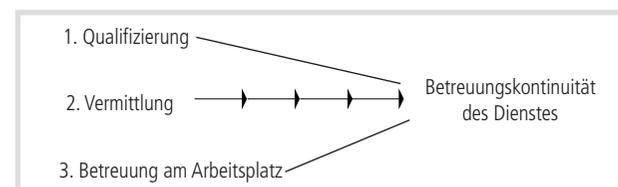


Abb. 1: Leistungsansatz

Neben der Vermittlungstätigkeit und der eventuell nachgehenden Betreuung und Begleitung hat es sich als unabdingbar erwiesen, für verschiedene Klienten die *Qualifizierung* vorzuschalten.

Nach der Anmeldung im Bereich Qualifizierung wird entschieden, welcher individuelle Qualifizierungsbedarf besteht, der erfüllt werden muss, bevor der Versuch der Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gestartet werden kann. Der Bereich Qualifizierung bietet verschiedene Module an. Das geht von sozialem Kompetenztraining über das Bewerbungstraining bis zum Lernpraktikum, welches völlig unkompliziert einen Einblick in das anvisierte Berufsfeld, beispielsweise in einem Handwerksbetrieb, ermöglichen soll. Es kann aber auch ein anderes Mal nur die Hilfe beim Erlernen der theoretischen Inhalte zur Prüfungsvorbereitung zum Führerschein sein. Mithilfe eines PC-Programms können sämtliche Prüfungsfragen mit dem Klienten intensiv bearbeitet werden.

Nach dieser Qualifizierungsphase kommt die Klientin/der Klient zum Vermittler des Integrationsfachdienstes. Die Übergabe findet quasi im eigenen Hause statt, sofern und hier gilt es zunächst eine Zugangsbarriere zu überwinden, nämlich zu prüfen, ob der psychisch Behinderte einen Schwerbehindertenausweis hat. Der Integrationsfachdienst baut Kontakte zu Betrieben auf, vermittelt nach vorheriger Beratung und Abklärung in Bezug auf individuelle Fähigkeiten und Leistungsvermögen an Betriebe, klärt Zuschussmöglichkeiten von Integrationsamt und Arbeitsamt für Arbeitgeber ab und begleitet die vermittelten Personen weiterhin um Arbeitsverhältnisse auch langfristig zu erhalten. Nach ca. einem halben Jahr ist jedoch Schluss mit der Nachbetreuung durch den Integrationsfachdienst. Es sei denn, dass sie notwendig erscheint, dann findet eine Übergabe an den Psychosozialen Dienst statt.

Wichtig an der gesamten Betreuungsleistung ist: Sie kommt quasi aus einer Hand und kann im Integrationsprozess lückenlos angeboten werden. Die Mitarbeiter, die Arbeitsplätze für Frauen und Männer mit psychischen Behinderungen erschließen, die Mitarbeiter, die qualifizieren und die Mitarbeiter, die sich auf die Erhaltung bestehender Arbeitsverhältnisse konzentrieren arbeiten in einem Dienst, oft sogar in Bürogemeinschaft. Es findet eine gemeinsame Außenvertretung statt, interne Kommunikationswege sind kurz und insbesondere der informelle Austausch untereinander wird für alle gewinnbringend genutzt.

*Voraussetzung für eine Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist natürlich zuallererst das Interesse eines Betriebes einen Mitarbeiter mit einer psychischen Behinderung einzustellen. Hier gilt es Barrieren abzubauen.*

Die Welt der Psychiatrie ist für Betriebe fremd. Hier gilt es Berührungspunkte abzubauen, Firmeninhaber müssen über die psychische Behinderung im Einzelfall informiert werden, nur so können Verunsicherungen beseitigt werden. Weiter müssen Firmeninhaber überzeugt werden von der Leistungsfähigkeit des einzelnen Behinderten in (langen) Phasen der Stabilität, sie müssen darüber aufgeklärt werden, dass der Schwerbehindertenausweis nicht automatisch die Unkündbarkeit bedeutet, nicht zuletzt müssen die Betriebe über Fördermöglichkeiten seitens des Arbeitsamtes und des Integrationsamtes informiert werden.

Insbesondere finanzielle Unterstützungsleistungen geben den Ausschlag für die Einstellung psychisch behinderter Frauen und Männer. Und gerade in wirtschaftlich schlechteren Zeiten sind die Chancen der Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht schlechter, sondern sie erscheinen eher besser im Vergleich zu denen von Arbeitslosen mit gleicher Qualifikation, die keine entsprechende finanzielle Förderung mitbringen. Eine befriedigende finanzielle Förderung erhalten aber nur psychisch Behinderte, die auch einen Schwerbehindertenausweis haben. Im Auftrag von Arbeitsamt und Integrationsamt können momentan auch nur psychisch Behinderte mit Schwerbehindertenausweis betreut werden. Dies bedeutet in der Praxis, dass im Moment psychisch behinderte Frauen und Männer ohne Schwerbehindertenstatus gegenüber Menschen mit anderen Behinderungen mit Schwerbehindertenstatus benachteiligt sind, sie also einen erswerteren Zugang zur Arbeitswelt des allgemeinen Arbeitsmarkt haben. Es bleibt zu hoffen, dass die gegenwärtig stattfindenden Verhandlungen mit den Auftraggebern der Integrationsfachdienste, im Sinne des SGB IX auch für Rehabilitanden ohne Schwerbehindertenausweis erfolgreich sein werden.

## Fazit

Eine gute Möglichkeit psychisch behinderte Frauen und Männer auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln, ist die Einschaltung von Integrationsfachdiensten mit ihrem individuellen ambu-

lanten Konzept (von der Qualifizierung über die Vermittlung zur Betreuung am Arbeitsplatz), die mit einem finanziellen Unterstützungspaket für die Arbeitgeber ausgestattet sind.

## **Integrationsfirmen - Ein Weg zur Überwindung von Barrieren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**

**Anton Senner**

Vor zwei Wochen feierten wir am 1. Mai wie jedes Jahr in Deutschland, den Tag der Arbeit. Für diejenigen, die im Arbeitsleben stehen ist es ein Feiertag oder besser gesagt ein freier Tag, den sie – so hoffe ich – entsprechend genossen haben. Für diejenigen, die ohne Arbeit sind – es aber gerne anders möchten, ist es ein Tag wie jeder andere auch, vielleicht ein wenig bitterer, da sie deutlich an ihre frustrierende Situation erinnert werden. Um diese Menschen geht es hier auf der Tagung.

Und dann gibt es Menschen, die stöhnen beim Blick in den Kalender: Ein Tag weniger Arbeit, ein Tag weniger Zeit, um Projekte zu Ende bringen zu können, ein Tag Verlust um Liefertermine einhalten zu können (z.B. auch in der Ablieferung von Redemanskripten wie diesem hier). Das macht häufig Druck, Stress, macht nervös. In den USA, so war kürzlich in den Medien zu erfahren, leben ein Viertel der Bevölkerung unter permanentem Schlafmangel, weil sie im Arbeitsleben zu sehr gefordert werden. Tendenz steigend.

Am 1. Mai nun habe ich mir in unserer Hauspostille, dem HAMBURGER ABENDBLATT, einmal angeschaut, was die Redaktion zum Thema »Arbeit« zu bieten hatte. Ergebnis: Zwei Artikel. Eine fast schon winzig kleine Meldung im Wirtschaftsteil: In der Bauindustrie sind in den ersten beiden Monaten in diesem Jahr 83.000 Arbeitsplätze weggefallen. Das muss man sich erst einmal klar machen. 83.000 Arbeitsplätze weniger in gerade mal 60 Tagen! Eine kleine Meldung am Rande. Der Hauptartikel mit großem Foto und Grafik ging übrigens um die angeblich nicht begreifbar schlechte Stimmung an der Börse und darum, »worauf Anleger jetzt achten sollten«.

Im Lokalteil dann endlich mal ein positiver Bericht, auch mit Foto, mittlere Artikellänge. Der Präsident des Hamburger Arbeitsamtes berichtet »begeistert« (so die Formulierung), dass drei arbeitslose Techniker, Durchschnittsalter 29 Jahre, im Anschluss an eine Umschulungsmaßnahme eine Anstellung als Kapitäne in der Alsterdampfschiffahrt gefunden hatten. Drei Arbeitsplätze neu, 83.000 Arbeitsplätze weg. Eine Bilanz am 1. Mai 2002.

Sie werden sich vielleicht fragen, warum ich Ihnen das alles erzähle. Es geht mir um eine Einstimmung auf die Wirklichkeit des ersten Arbeitsmarktes. Massiver Stellenabbau auf der einen Seite, Arbeitszeitverlängerung und Arbeitsverdichtung auf der anderen. Gerade in den Klein- und Mittelbetrieben, in denen einzig tatsächlich noch neue Arbeitsstellen entstehen, sind die tariflich vereinbarten Arbeitszeiten oft nur Makulatur, vor allem wenn es um die qualifizierteren Tätigkeiten geht.

Und die seit Jahren anhaltende Reallohnsenkung wirkt sich auf die Arbeitswirklichkeit von gering qualifizierten und entlohnten Menschen dahingehend aus, das zur Sicherung des Lebensunterhalts zunehmend Nebenjobs eingegangen werden (müssen). Das bedeutet: Ein gleiches Quantum an Arbeit verteilt sich auf immer weniger Arbeitskräfte.

Die im Wettbewerb sich etablierenden Rahmenbedingungen der Arbeit gelten natürlich auch für Integrationsfirmen, für die ich hier heute stehe. Integrationsfirmen sind Teil des Allgemeinen Arbeitsmarktes. Sie erzielen ihre wesentlichen Erlöse aus der wirtschaftlichen Tätigkeit. Sie sind Unternehmen, die sich im Markt behaupten müssen und wollen.

Eine Hoffnung, eine Illusion der Reha-Welt, der ich immer wieder begegne, muss ich gleich vorne weg demontieren: Die den Firmen zufließenden öffentlichen Mittel sind nicht so beschaffen, dass sie die Etablierung eines schonenden, weitgehend spannungsfreien Arbeitsraumes gestatten würde. Die Notwendigkeit zur Erbringung von Leistung gilt für jeden, sie gilt für den Betrieb gegenüber dem Kunden, sie gilt für die unternehmensinternen Abteilungen wie beispielsweise Verwaltung, Produktion, Lager und sie gilt für jeden einzelnen Beschäftigten. Alle werden an ihrer Leistung gemessen und bewertet. Darin unterscheidet sich die Integrationsfirma um keinen Deut von einem privatwirtschaftlichen Mitbewerber.

Dieses Primat der Leistungserbringung wirkt sich nun natürlich auch auf die Bedingungen und Möglichkeiten der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen aus. Darauf möchte nun ich im Folgenden eingehen.

## Das Profil der Beschäftigten

Integrationsunternehmen sind in vielen Branchen und Marktsegmenten tätig, insofern halten sie im Hinblick auf das *Qualifikationsprofil* die unterschiedlichsten beruflichen Tätigkeitsfelder vor. Das Spektrum reicht von klassisch industriellen Tätigkeiten wie der Metallbearbeitung, Elektrotechnik und Kunststoffbearbeitung über das Handwerk (Maler, Elektroinstallation, Bäckerei), den Handel (Einzelhandel, Versandhandel, Internethandel), die Landwirtschaft (Viehzucht, Gemüseanbau), die Gastronomie (Hotels, Kantinen, Restaurants) bis hin zu modernen Mediendiensteleistungen (Grafik und Design, Website-Erstellung).

In all diesen Branchen werden die entsprechenden beruflichen Qualifikationen nachgefragt und eingesetzt. Es gibt grundsätzlich keine Restriktionen hinsichtlich der Höhe des Qualifikationsniveaus, allerdings ist es die Regel, dass die leitenden und die Verantwortung tragenden Positionen von nichtbehinderten Mitarbeitern ausgeführt werden. Psychische erkrankte Menschen in der Funktion von Arbeitsgruppenleitern wie auch (hoch-)qualifizierte Mitarbeiter in Spezialgebieten (z.B. Programmierer, Techniker) finden in einigen Integrationsunternehmen jedoch durchaus angemessene Tätigkeiten.

Die Tatsache, dass höher qualifizierte Beschäftigte in Integrationsfirmen unterrepräsentiert sind, ist Indiz dafür, dass zum einen diese Berufsgruppen – die Integrationsfachdienste werden dies bestätigen – leichterem Zugang zum Allgemeinen Arbeitsmarkt finden und zum Zweiten kommt hier die Philosophie der Unternehmensträger und der verantwortlichen Manager zum Tragen, die den leistungsschwachen und eher aussichtslos Arbeitssuchenden eine Chance geben wollen.

Im Hinblick auf das *Leistungsprofil* der Beschäftigten gibt es, neben einigen wenigen Untersuchungen, zahlreiche Einschätzungen sowohl seitens der Firmenbetreiber als auch durch die Integrationsämter, in den Verfahren zur Feststellung des Minderleistungsausgleichs nach § 27 SchwbAV. Diese stellen durchschnittliche Leistungsstandards in Größenordnungen von etwa 30 % bis 70 % der üblichen Leistungsfähigkeit nichtbehinderter Menschen fest. Dies sagt sehr viel darüber aus, für welchen Personenkreis die Integrationsfirma der passende Ort der Arbeit ist:

Menschen mit einer Leistungsfähigkeit, die langfristig unter 30 % bis 40 % liegt, sind aus wirtschaftlichen Gründen nicht in einem Integrationsunternehmen zu integrieren. Am anderen Ende der Skala können für psychisch behinderte Menschen mit einem Leistungsvermögen oberhalb von etwa 70 % des üblichen Niveaus andere Formen der Hilfen (z.B. Integrationsfachdienste) passendere Instrumente der beruflichen Eingliederung bereithalten.

### Exkurs zum Thema Zuverdienst

Eine große Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen benötigen ein Angebot, das ihrer schwankenden und zeitlich geringen Belastungsfähigkeit entspricht. Schätzungen in der psychiatrischen Fachwelt gehen davon aus, dass dies für 30 % bis 50 % der Klientel zutrifft. Diesen Personen ist der Zugang zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation versperrt. Daran hat leider auch das SGB IX nichts geändert, im Gegenteil sind hier die Fördermöglichkeiten auf Maßnahmen mit einem Mindestumfang von über 15 Wochenstunden festgelegt worden.

Zuverdienstangebote in Integrationsfirmen existieren seit Anfang der 80er-Jahre. Sie haben an vielen Orten und in vielen Regionen Deutschlands ihre bedeutende Stellung und ihre Potenziale in der beruflichen Eingliederung außerhalb des traditionellen Rehabilitationssystems erfolgreich dokumentieren können. Viele Integrationsfirmen hielten und halten auch heute noch entsprechende Arbeitsplätze vor, allerdings eher mit fallender Tendenz, da es hierfür keinen angemessenen Finanzierungsrahmen (mehr) gibt und oftmals nur marginale oder zeitlich befristete Förderinstrumente (z.B. Mittel aus EU-Projekten, Stiftungen, Kommunen) mit jeweils sehr unsicheren Perspektiven genutzt werden können.

Die Etablierung einer entsprechenden Angebotsform von stundenweiser Beschäftigung (als ergänzendem Zuverdienst zu primären Quellen der Existenzsicherung) scheint dringend geboten, wenn man die Zugangsbarrieren zum Arbeitsmarkt für eine wirklich großen Personenkreis beseitigen will.

### Personalentwicklung

Untersuchungen des Arbeitsamtes und der F.A.F GmbH haben hinsichtlich der Eingangsvoraussetzungen der in Integrationsbetrieben beschäftigten Mitarbeiter zwei Dinge deutlich gemacht: Erstens ist die der Anstellung vorausgehende Zeit der Arbeitslosigkeit doppelt so lange wie bei nichtbehinderten Arbeitslosen. Zweitens verfügt nur etwa ein Viertel der behinderten Beschäftigten bei Einstellung über eine der Tätigkeit entsprechende berufliche Bildung.

Das heißt: Die Firmen erbringen eine beträchtliche betriebliche Qualifizierungsleistung, um ihre Mitarbeiter für die beruflichen Anforderungen fit zu machen. Eine gute Personalentwicklung ist ein wesentlicher, wenn nicht sogar der entscheidende Faktor für die Existenzfähigkeit des Unternehmens. Die in der Regel degressiven Lohnkostenzuschüsse erzwingen regelrecht eine Steigerung der Produktivität, die im Wesentlichen nur über eine Entwicklung der Personalressourcen zu erreichen ist. Dies gilt für die überwiegende Mehrheit der Firmen, die bei relativ eingeschränkter maschineller Ausstattung ihre Wertschöpfung vor allem über die Arbeitskraft der Mitarbeiter realisieren müssen.

Die Integrationsfirmen, die überwiegend Menschen mit psychischer Behinderung beschäftigen, sind in der Regel fest in die Netzwerke und Systeme des psychiatrischen Hilfesystems eingebunden. Häufig werden sie von Gesellschaftern betrieben, die auch Träger von anderen Formen der ambulanten oder stationären sozialpsychiatrischen Versorgung sind. Dies hat den Effekt, dass die Auswahlverfahren zur Personaleinstellung nicht, wie auf dem Markt üblich, allein nach den Kriterien der optimalen Arbeitskraftverwertbarkeit erfolgen, sondern vielmehr nach Gesichtspunkten wie Entwicklungsfähigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, aber auch – und das ist ganz bedeutend – nach der Möglichkeit des Einwerbens von Förderleistungen Dritter, wie Lohnkostenzuschüsse, Zuwendungen aus arbeitsmarktpolitischen Programmen etc.

Dies hat unter ökonomischer Betrachtungsweise das Ergebnis, das mit einer Mitarbeiterstruktur gearbeitet werden muss, die weit von einer optimalen Ausprägung entfernt ist. Unter rehabilitativen Aspekten bedeutet dies umgekehrt im positiven Sinne, dass vielen Menschen Chancen auf einen Arbeitsplatz eröffnet werden, die ihnen unter üblichen Bedingungen verschlossen blieben.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass jede Integrationsfirma, die die ersten drei Jahre ihrer Existenz gemeistert hat, eine Methode gefunden hat, mit der sie ihre Mitarbeiter offensichtlich erfolgreich weiterbilden und fördern kann. Und dies auf den beiden zentralen Ebenen, zum Einen der fachlichen Qualifizierung, der beruflichen Bildung und zum Zweiten der quantitativen Leistungsfähigkeit; also hinsichtlich der so genannten primären Arbeitstugenden, der Leistungsbereitschaft.

### Vermittlung

Integrationsfirmen beschäftigen Menschen, die sich – zumindest zum Zeitpunkt des Abschlusses des Arbeitsvertrages – in einer Lebenssituation oder –phase befinden, in der sie nicht den Anforderungen eines Arbeitsverhältnisses auf dem freien Arbeitsmarkt gerecht werden könnten. Im SGB IX ist das dahingehend operationalisiert worden, dass nur solche besonders hilfebedürftige Personen in Integrationsprojekten gefördert werden können, die *nicht* durch einen Integrationsfachdienst angemessen zu begleiten sind. Dies sei hier erwähnt, um die nicht einfache Ausgangslage deutlich zu machen. Trotzdem erzielen diese Firmen beachtliche Erfolge in der beruflichen Integration, die letztlich auch zu der gesetzlichen Verankerung geführt haben.

Obwohl sie auf die Generierung langfristig stabiler Arbeitsverhältnisse angelegt sind, wird an Integrationsfirmen immer wieder die Erwartung herangetragen, ihre Potenziale hinsichtlich einer Vermittlungstätigkeit in den nicht-gemeinnützigen Teil des ersten Arbeitsmarktes hinein stärker einzusetzen und auszubauen. Die Frage, ob Integrationsprojekte die Funktion einer entsprechenden arbeitsmarktpolitischen Transfergesellschaft erfüllen können, ist mit einem klaren *Jein* zu beantworten: *Nein*, weil sie einen stabilen qualifizierten Mitarbeiterkern brauchen, um existenzfähig zu bleiben. Hier ist die Situation nicht mit derjenigen in der WfbM gleichzusetzen, da letztgenannte beim Verlust ihrer Leistungsträger nicht ihrer wirtschaftlichen Existenz beraubt wird. *Ja*, weil sie in der Praxis – in den jeweiligen Branchenvergleichen – eine beträchtliche Fluktuationsrate aufzuweisen haben, die für einen großen Teil der ausscheidenden Mitarbeiter mit einer Weiterentwicklung und Verbesserung der beruflichen Situation einhergehen. Verschiedene Un-

tersuchungen zeigen, dass ein Drittel bis ein Viertel der ausgeschiedenen Mitarbeiter in andere sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse gewechselt sind, zwischen 7 % und 8 % nahmen an beruflichen Qualifizierungs- oder Bildungsmaßnahmen teil.

In vielen Regionen und Städten beteiligen sich Integrationsfirmen an der Durchführung von arbeitsmarktpolitischen Programmen. Hier werden in der Regel in zeitlich befristeten Arbeitsverhältnissen psychisch kranke Menschen in das Arbeitsleben (wieder) eingeführt und auf eine Tätigkeit in einer anderen Firma mit weniger geschützter Arbeitsumgebung vorbereitet. In diesen Aktivitäten erhält die Zielorientierung der Vorbereitung auf und die Vermittlung in ein entsprechendes Arbeitsverhältnis einen wesentlich höheren Stellenwert. Dieses Instrument ist ausbaubar, allerdings immer unter der Beachtung einer sinnvollen Balance zwischen primärer Produktions- und sekundärer Rehabilitationsorientierung.

### Resümee: Barriereüberwindung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt

Integrationsfirmen beschäftigen in nennenswertem Umfang Menschen mit psychischer Behinderung in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen. Sie

- garantieren den Beschäftigten die Erzielung eines unterhaltensichernden und der individuellen Leistung entsprechenden Einkommens,
- halten ein breites Spektrum an Arbeit vor hinsichtlich des zeitlichen Umfangs der Beschäftigung (stundenweise bis Vollzeitbeschäftigung),
- bieten eine breite Palette an Berufs- und Tätigkeitsfeldern (einfache gewerbliche Anlerntätigkeit bis zu qualifizierter Berufstätigkeit mit Personalverantwortung),
- erbringen ihre Leistungen – dem Normalitätsprinzip folgend – im betrieblichen Kontext,
- investieren viel Energie in die Qualifizierung und Entwicklung der beschäftigten Mitarbeiter, nach dem Prinzip »erst platzieren, dann rehabilitieren« und
- leisten einen Beitrag zur Vermittlung von schwerbehinderten Menschen in nicht-gemeinnützige Betriebe des Allgemeinen Arbeitsmarktes.

Die Integrationsfirmen haben mit der gesetzlichen Verankerung im SGB IX eine wichtige rechtliche Grundlage erhalten. Sie benötigen zur Absicherung und Entfaltung ihrer Integrationspotenziale einen adäquaten Ausgleich der individuellen behinderungsbedingten Minderleistungen ihrer Mitarbeiter (Minderleistungsausgleich und Betreuungsaufwand) und eine angemessene Erstattung der Aufwendungen, die Ihnen daraus entstehen, dass sie zu einem vergleichsweise sehr hohen Anteil Menschen mit Behinderungen beschäftigen (erhöhter Verwaltungs-, Kontroll-, Versicherungs-, Planungs-, Sachkostenaufwand). Um wettbewerbsfähig werden und bleiben zu können, benötigen Sie den Zugang zur Förderung von Investitions- und – ganz wesentlich – auch von Modernisierungskosten. Die Bereitstellung dieser Hilfen sollte flexibel und in einem möglichst einfachen Verwaltungsverfahren organisiert werden.

Alleine in diesem und dem nächsten Jahr werden voraussichtlich 30 bis 50 neue Integrationsfirmen entstehen. Damit erbringen diese Betriebe einen relevanten und wachsenden Beitrag zum Abbau der Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung.

## **Drohendes Abseits – chronisch psychisch kranke Menschen und berufliche Rehabilitation**

*Hans-Ludwig Siemen*

Es besteht die Gefahr, dass chronisch psychisch kranke Menschen weiterhin überwiegend von der Teilhabe am Arbeitsleben ausgeschlossen bleiben. Die Psychiatriereform der vergangenen 25 Jahre hat sich darauf konzentriert, für die weniger beeinträchtigten Menschen, die noch die Chance einer vollständigen Integration besitzen, ein Netz an Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen. Chronisch psychisch kranke Menschen fielen durch dieses Netz [6]. Auch im Zwischenbericht der AKTION PSYCHISCH KRANKE sind die Tendenzen sich auf die weniger beeinträchtigten psychisch kranken Menschen zu beschränken erkennbar. Dort heißt es: »Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vorrangig auf den Erhalt von bzw. die Integration in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gerichtet. (...) Beschützende Beschäftigungsverhältnisse auf dem besonderen Arbeitsmarkt kommen nur ausnahmsweise in Betracht.«<sup>1</sup>

Die Realität des psychiatrischen Versorgungssystems weist auf eine andere Problemlage hin: Allein in Bayern leben mindestens 6.000 chronisch psychisch kranke Menschen in Heimen. [2] Dort können sie allenfalls an der heimeigenen Arbeits- oder Beschäftigungstherapie teilnehmen. Demgegenüber gibt es für psychisch kranke Menschen nur 1.900 Plätze in betreuten Wohngemeinschaften oder im betreuten Einzelwohnen, ca. 800 Arbeitsplätze in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen und ca. 600 Arbeitsplätze in Integrationsfirmen<sup>2</sup>. Nicht beziffert werden kann die Zahl der chronisch psychisch kranken Menschen, die bei ihren Angehörigen leben und arbeitslos sind. Tatsächlich lebt das alte Anstaltsparadigma fort: Psychisch kranke Menschen, die schwer beeinträchtigt sind, werden ausgegrenzt – nun nicht mehr in Großanstalten, sondern in weit entfernt liegende Heime, in denen sie kaum noch auffallen<sup>3</sup>.

---

1 vgl. Aktion Psychisch Kranke, 2002, S. 14 f.

2 vgl. Siemen, 2002a, S. 31

3 vgl. Kunze, 2001, S. 118

Es ist die Ausnahme, dass chronisch psychisch kranke Menschen am Arbeitsleben teilhaben. Für die überwiegende Zahl gilt, dass sie auf die Funktion des Wohnens reduziert sind. Will man die Rehabilitation psychisch kranker Menschen verbessern, dann sollte man sich auch darauf konzentrieren, für chronisch psychisch kranke Menschen Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben zu eröffnen.

Grundsätzlich steht jede beruflich Rehabilitation psychisch kranker Menschen vor zwei gravierenden Problemen:

1. Eine große Zahl von psychisch kranken Menschen hat kaum eine Chance, jemals (wieder) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Arbeitsplatz zu finden. Viele von ihnen werden im Zuge ihrer Erkrankung aus unserer Leistungs- und Aufstiegs-gesellschaft herauskatapultiert, können ihre Schulbildung nicht abschließen, ihre Berufsausbildung nicht beenden oder verlieren ihren Arbeitsplatz. Sie werden ausgegrenzt, weil sie den Anforderungen in der normalen Arbeitswelt nicht genügen können, keinen lückenlosen Lebenslauf aufweisen, ihr Leistungsvermögen und ihre sozialen und kommunikativen Fähigkeiten nicht ausreichen, um im normalen Arbeitsleben bestehen zu können. Außerdem müssen sie mit Millionen psychisch gesunden, aber arbeitslosen Menschen um freie Arbeitsplätze konkurrieren. Psychisch kranke Menschen, nicht alle, aber die meisten, sind, bevor sie in irgendwelche Rehabilitationseinrichtungen kommen, schon mal gescheitert und zwar weil die Arbeitswelt unerbittlich alle leistungsgeminderten Menschen aussortiert.
2. Lassen sich psychisch kranke Menschen auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme ein, dann besteht für sie die große Gefahr erneut zu scheitern. So schafften es 1997 nur 21 % aller RPK-Absolventen, nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar zu sein<sup>4</sup>. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen dienen immer auch der Ausgrenzung. Dies ist keine moralische Anklage, sondern eine nüchterne Feststellung. Denn warum sollten in der Psychiatrie andere Gesetzmäßigkeiten gelten, als in der normalen Gesellschaft, in der schon spätestens in der Grundschule nach Leistung selektiert wird?

4 vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation 2000, S. 48

Psychiatrie kann nicht besser sein, als die Gesellschaft, in der sie angesiedelt ist. Aber: Problematisch finde ich, dass im Bereich der beruflichen Rehabilitation das Prinzip des »Alles oder Nichts« vorherrscht: Entweder schafft man die Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder aber man wird völlig aus der Arbeitswelt ausgemustert, darf nur noch wohnen, seinen Tag künstlich strukturieren und seine Freizeit gestalten, die ohne Arbeitszeit keine Freizeit mehr ist. Gegenüber diesem Prinzip des »Alles oder Nichts« plädiere ich für das Prinzip des »Sowohl als Auch«: Für jeden psychisch kranken Menschen muss es die Möglichkeit geben, dass er in irgendeiner Weise an der Arbeitswelt teilhaben kann, sei es in einer Werkstatt, in einer Tagesstätte oder im Zuverdienst. Wir müssen das Prinzip außer Kraft setzen, dass psychisch kranke Menschen sich trainieren, therapieren und rehabilitieren müssen, bevor sie vielleicht irgendwann wieder arbeiten dürfen. Vielmehr sollten wir das Ziel verfolgen, dass jeder psychisch kranke Mensch zu aller erst einen Arbeitsplatz, wo auch immer, bekommt, der sowohl ausreichend sicher ist, der ihm oder ihr auch dann erhalten bleibt, wenn es ihm oder ihr schlechter geht, er oder sie mal in die Klinik muss, der aber auch die Chance bietet, sich weiterzuentwickeln, sich etwas näher an die normale Arbeitswelt heranzubewegen, der also langfristig viele Möglichkeiten des Aufstiegs zulässt.

### **Integriertes Konzept: Integrationsfirma, Zuverdienst und Werkstatt für psychisch behinderte Menschen**

Vor sechzehn Jahren gründeten Mitarbeiter des Bezirkskrankenhauses Erlangen den »Verein zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen – Die Wabe e.V.«, der gegenwärtig ca. 150 psychisch kranke Menschen in seinen verschiedenen Arbeits- und Wohnprojekten betreut und begleitet. Als erstes Projekt wurde vor 15 Jahre eine Integrationsfirma ins Leben gerufen, die mittlerweile zu einer der größten in der Bundesrepublik geworden ist. 50 psychisch kranke Menschen arbeiten in den Bereichen Elektronik und Bürodienstleistungen, erhalten angenäherten Tariflohn und erwirtschaften einen Umsatz von ca. 1,4 Mio. Euro pro Jahr. Zusätzlich haben wir vor ca. zehn Jahren die ersten Zuverdienst-arbeitsplätze eingerichtet, von denen wir jetzt 14 im Rahmen der geringfügigen Beschäftigung (325 •-Regelung) anbieten können. Schon wenige

Jahre nach Gründung der Integrationsfirma war klar, dass in dieser nur relativ leistungsstarke Menschen arbeiten können, da anders der nötige Umsatz nicht zu erwirtschaften ist. Um auch schwerer beeinträchtigten Menschen die Chance zu geben, an der Arbeitswelt teilzuhaben, haben wir uns entschlossen, noch eine Werkstatt für psychisch behinderte Menschen aufzubauen. Beide Einrichtungen, die Werkstatt mit 60 Arbeitsplätzen und die Integrationsfirma sind in einem Gebäude untergebracht. In der Werkstatt werden, wie in der Integrationsfirma, Elektronikarbeiten ausgeführt, darüber hinaus aber auch Montage- und Verpackungsarbeiten mit unterschiedlichem Schwierigkeitsgrad.

Mit der engen Kombination von Werkstatt und Integrationsfirma wollten wir folgende Ziele erreichen:

- Die Werkstatt sollte für diejenigen, die es wollten und konnten, ein Rehabilitationseinrichtung sein, die in einem langfristig angelegtem Prozess die Chance zum Überwechseln in eine Integrationsfirma bietet. So ist es im Laufe der vergangenen sechs Jahre 18 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Werkstatt gelungen, einen Arbeitsplatz in unserer oder einer anderen Integrationsfirma zu finden. Dies ist ihnen deshalb gelungen, weil ein solcher Arbeitsplatz nicht als irgendwann vielleicht erreichbare Alternative im unspezifischen Raum stand, sondern weil diese Alternative sinnlich zu erfahren, konkret zu begreifen war und den Betroffenen im Einzelnen klar war, was sie unternehmen mussten, um diese Alternative zu ergreifen.
- Zweitens sollten die Arbeiten in der Werkstatt so vielfältig, so differenziert und so anspruchsvoll sein, dass sie sich – grundsätzlich gesehen – nicht von denen in Integrationsbetrieben unterscheiden –, wobei natürlich die Anforderungen an Ausdauer, Konzentration, Schnelligkeit u.a. geringer sein müssen. Denn nach unserer Erfahrung ist die Stufung der Arbeitsangebote nicht immer sinnvoll. Es ist ein Irrtum zu meinen, dass man wie auf einer Treppe erst monotone und einfach strukturierte Arbeiten verrichten muss, um sich dann immer weiter steigern zu können. Sinnvoll ist vielmehr ein Arbeitsangebot, das sich auf die individuellen Stärken und Schwächen der Betroffenen einlässt. Ich denke dabei an einen Mitarbeiter aus unserem Integrationsbetrieb, der bei den sehr einfach strukturierten Tätigkeiten in der klinischen Arbeitstherapie große Probleme hatte, aber in

unserer Firma fast als einziger in der Lage ist, unseren Bestückungsautomaten eigenständig und fehlerfrei zu programmieren. Zwar sind bei uns die Integrationsfirma und die Werkstatt räumlich voneinander getrennt, es arbeiten aber Mitarbeiter aus der Firma in den Räumen der Werkstatt und umgekehrt Werkstattmitarbeiter in der Firma. Seit November letzten Jahres führen Firmen- und Werkstattmitarbeiter gemeinsam einen Auftrag in einer fremden, ganz normalen Firma des ersten Arbeitsmarktes aus. Auf diese Weise ist es jedem Einzelnen möglich, ganz konkret zu sehen und zu erfahren, was ihn in seiner Leistungsfähigkeit von einem Firmenmitarbeiter unterscheidet und für sich zu entscheiden, ob er oder sie sich auf den anstrengenden, schwierigen und steinigen Weg machen will, einen Arbeitsplatz in der Integrationsfirma zu erhalten.

- Drittens verfolgen wir in unserer Werkstatt ein integratives Betreuungskonzept. Das heißt bei uns gibt es den klassischen sozialen oder psychologischen Dienst nicht. Für jede Arbeitsgruppe in unserer Werkstatt sind sowohl ein Arbeitsanleiter als auch eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialpädagoge zuständig. Damit findet die Betreuung nicht in irgendeinem Beratungszimmer statt, sondern vor Ort, in der Arbeitssituation, geradezu beiläufig. Auf diese Weise können die Arbeitsanleiter pädagogische und psychologische Aspekte besser in ihre Arbeit integrieren und die Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen lernen die Betroffenen in ihrer Arbeitswelt kennen, können eine gleichberechtigte Beziehung knüpfen und zusammen mit den Betroffenen deren Fähigkeiten und Fertigkeiten einschätzen und fördern.

Wenn die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen eng mit einem Integrationsbetrieb und Zuverdienst Arbeitsplätzen verwoben wird, dann kann ihr Charakter als »Einbahnstraße« oder »Sackgasse« des besonderen Arbeitsmarktes aufgehoben werden. Nach unseren Erfahrungen können auch schwer beeinträchtigte Menschen am Arbeitsleben teilhaben, wenn man es ihnen zutraut und sie entsprechend begleitet. Arbeit ist in unserer Gesellschaft der zentrale Ort der Teilhabe am sozialen Austausch. Viele der von uns betreuten Menschen sind so früh erkrankt, dass sie noch nie die Erfahrung der Integration in den sozialen Austausch- und Arbeitsprozess machen konnten. Wenn wir sie am Arbeitsprozess teilhaben lassen,

dann geben wir ihnen auch die Chance, sich in der gesellschaftlichen Realität als erwachsene und selbstständige Menschen begreifen zu können. Zudem bietet die Teilhabe am Arbeitsleben gerade den Menschen, die in der zwischenmenschlichen Kommunikation unter erheblichen Einschränkungen leiden, neue Entwicklungsmöglichkeiten: Sie nehmen an produktiver Arbeit teil, erleben sich auf andere, »gesunde« Weise und können positive Erfahrungen sammeln<sup>5</sup>.

### Barrieren auf dem besonderen Arbeitsmarkt

Soweit sind wir recht zufrieden. Es gibt allerdings ein paar Aspekte, die wir bei der Weiterentwicklung unserer Arbeit in den Blick nehmen wollen und die auf grundlegende Probleme des besonderen Arbeitsmarktes hinweisen:

1. Keine unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Werkstatt hat sich je träumen lassen, in einer Werkstatt arbeiten zu müssen. Alle hatten sie andere Pläne, wollten anderes werden, wollten einen vollwertigen Beruf ergreifen, ausreichend Geld verdienen, selbstständig ihr Leben einrichten. In einer Werkstatt arbeiten zu müssen ist eine Kränkung, deren eigentliche Ursache nicht bei den Betroffenen liegt, sondern in der leistungsorientierten Arbeitswelt. Der Einzelne erlebt die Arbeit in einer Werkstatt auch als Versagen, als Unzulänglichkeit, als Zerstörung seiner oder ihrer Lebensträume. Und diese Trauer und diese Kränkung müssen wir gemeinsam mit den Betroffenen bearbeiten, durcharbeiten, anschauen und Wege aus dieser Trauer und Kränkung finden. Das ist schmerzhaft und anstrengend und fordert von den Professionellen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Auseinandersetzungsbereitschaft. Ich habe oft den Verdacht, dass, wenn sich Professionelle vehement gegen Werkstätten als Endstation oder Abschiebebahnhöfe aussprechen, sie sich vor dieser Art der Auseinandersetzung drücken wollen. Denn man fühlt sich als Professioneller selbstverständlich besser, wenn man in einer RPK, einem Integrationsbetrieb oder in einem Sozialpsychiatrischen Dienst die Wege nach oben, in die normale Arbeitswelt, in den Aufstieg weisen kann.

5 vgl. Feuling 1991, S. 125 f.

2. Viele unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Werkstatt hat man im wahrsten Sinne des Wortes aufgegeben. Einige haben schon mehrere gescheiterte Versuche in Rehabilitations- und Übergangseinrichtungen durchlitten. Und für die meisten gibt es keine guten therapeutischen Angebote außerhalb der Arbeit. In einer psychischen Krise, die einen stationären Aufenthalt erfordert, kommen sie zumeist auf eine Station, die nur wenig Ärzte und Psychologen hat. Auch die ambulanten Angebote sind dürftig, therapeutische Gruppen und intensive Einzeltherapie wird für die »fitten«, die noch nicht gescheiterten Patienten und Klienten angeboten. Dabei bräuchten gerade Menschen mit sehr beeinträchtigenden psychischen Störungen ein besonders gutes und differenziertes psychotherapeutisches Angebot.
3. Wir haben häufig mit einer großen Ignoranz gegenüber der Arbeitswelt zu kämpfen, die bei den Professionellen in den Kliniken und im ambulant-komplementären Bereich virulent ist. Nach dem Prinzip des »Alles oder Nichts« werden die Anforderungen der Arbeitswelt nur mehr als überfordernde Zumutung erlebt. Wenn eine unserer Mitarbeiterinnen sich nicht richtig gut fühlt, wird ganz schnell die Ursache in der Arbeit gesucht: Diese sei zu anstrengend, sie müsse ihre Arbeitszeit reduzieren, um mehr Zeit für sich zu haben oder die Arbeit würde zu viel Konzentration erfordern, die sie für ihr Privatleben brauche. Zumeist erweisen sich diese vermeintlichen Ursachen als die falschen. Denn zur Arbeit zu gehen, sich in ein vorgegebenes System einzufügen, pünktlich, sorgfältig und genau zu sein, sich selbst, die eigene Kraft zu spüren, das tut nicht nur gesunden Menschen, sondern auch und gerade psychisch kranken Menschen gut. Nur: An der Arbeit teilzuhaben, arbeiten zu gehen, ist anstrengend und viele der schwer beeinträchtigten Menschen brauchen Hilfe, um diesen Weg gehen zu können. Und deshalb halte ich es für sinnvoll, dass die Wohnbetreuer oder die Erzieher aus dem Wohnheim zusammen mit ihren »Bewohnerinnen und Bewohnern« zur Arbeit gehen, sie dort begleiten und ihnen helfen, an der Arbeitswelt teilzuhaben. Natürlich nur so lange, bis sie diesen Weg allein gehen können.
4. Es besteht immer wieder die Gefahr, dass man aus einem wohlmeinenden Impuls heraus versucht ist, die Arbeitsbedingungen zu verwässern, z.B. es mit der Verbindlichkeit nicht so genau zu

nehmen: Wer arbeiten will, kann arbeiten, wer nicht arbeiten will, bleibt halt weg. Oder: Wenn jemand nur zwei Stunden arbeiten will, dann arbeitet sie eben nur zwei Stunden. Aber das hat mit Arbeit nur noch wenig zu tun: Arbeit unterliegt immer bestimmten Sachgesetzen, die von außen gesetzt sind und nicht freihändig verändert werden können. Dies ist auch das Geheimnis der Arbeit: Wir nehmen durch sie an einem großen Ganzen teil, sind ein Teil des sozialen Austausches, schaffen einen Wert. Arbeit ist etwas Ernstes, weil es um Qualität und um Geld geht, etwas Ernstes, weil man auch in einer Werkstatt oder einer Firma durch die eigene Arbeit dazu beiträgt, dass das Unternehmen konkurrenzfähig bleibt, sich am Markt behaupten kann. Werden die Sachgesetze der Arbeit – sei es in Arbeitstherapien, in Tagesstätten oder im Zuverdienst – so beliebig, dass letztlich jeder tun kann, was er will, dann haben diese Arbeitsangebote mit Arbeit nichts mehr zu tun.

5. Ein großes Problem ist die unterschiedliche Einkommenssituation in unserer Werkstatt. Einige können mit ihrer Rente und dem Verdienst aus der Werkstatt recht gut leben, haben teilweise sogar ein größeres monatliches Einkommen als die Mitarbeiter in unserem Integrationsbetrieb. Andere wiederum, die krank geworden sind, bevor sie Rentenansprüche erwerben konnten, müssen von der Sozialhilfe leben, auf die dann auch noch ihr Werkstatteinkommen angerechnet wird. Wenn sie gleichzeitig in einem Wohnheim leben, dann verfügen sie immer noch über einen Geldbetrag von weit über 100 Euro. Besonders schwierig ist es für diejenigen, die in einer eigenen Wohnung oder einer Wohngemeinschaft leben und neben der Sozialhilfe nur einen Teil ihres Werkstatteinkommens behalten dürfen. Für diese lohnt sich das Arbeiten finanziell kaum. Um diese finanzielle Ungleichbehandlung aufzuheben, ist eine Grundsicherung nötig, die auch den Namen verdient und die deutlich höher ist als im Grundsicherungsgesetz vorgesehen und die in eigenen Wohnungen lebenden Menschen nicht schlechter stellt, als die, die in Wohnheimen leben.
6. Obwohl Werkstatt und Integrationsfirma von einem Verein getragen werden und obwohl beide in einem Gebäude angesiedelt sind und wir auf eine enge Verzahnung großen Wert legen, sind es doch zwei Institutionen geworden, die beide ihr eigenständiges

ges Regelwerk entwickelt haben und sich öfter gegeneinander abgrenzen. Dieser Institutionscharakter spiegelt die Gegebenheiten in unserem Sozialversicherungssystem. Sowohl für die Werkstatt als auch für die Integrationsfirma besteht ein differenziertes bürokratisches Regelwerk, das bestimmt, wer wann und wie, durch Vorlage welcher Gutachten in den Genuss der Bewilligung der Förderung eines Arbeitsplatzes in der Werkstatt oder im Integrationsbetrieb kommt. Dieses starre Regelwerk stellt große Hürden auf und verhindert flexible Übergänge zwischen der Werkstatt und der Firma.

Letztlich werden wir nur dann eine bedarfsorientiertes und personenzentriertes Versorgungssystem aufbauen können, wenn der besondere Arbeitsmarkt deutlich ausgebaut wird und dieser sich darauf konzentriert, für schwer beeinträchtigte Menschen Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben zu bieten. Ziel muss es dabei sein, einerseits einen sicheren Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen, der sehr individuell, entsprechend dem tatsächlichen Hilfebedarf und den persönlichen Wünschen ausgestaltet ist. Auf der Basis dieser sicheren Arbeitsplätze sollten Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Rehabilitationsangebote aufgebaut werden, die langfristig angelegt, die Chance zur beruflichen Weiterentwicklung bieten. Werkstätten für psychisch behinderte Menschen können hierzu genutzt werden, wenn man sie entsprechend gestaltet und eng mit anderen Arbeitsprojekten verknüpft. Sicherlich sind viele Werkstätten nicht geeignet, psychisch kranken Menschen gute Bedingungen für die Teilhabe am Arbeitsleben zu gewähren: Sie sind noch zu sehr auf die Bedürfnisse geistig behinderter Menschen ausgerichtet, zu groß dimensioniert, zu unflexibel und bieten nicht ausreichend abwechslungsreiche und anspruchsvolle Arbeiten an und verfügen über zu wenig Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies können wir ändern. Ich plädiere dafür, die nicht immer gerechtfertigten Vorurteile gegenüber Werkstätten hintanzustellen und die Institution Werkstatt kreativ so zu verändern, dass sie den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen entspricht. Nur wenn es gelingt, ein differenziertes Arbeitsangebot auch für chronisch psychisch kranke Menschen aufzubauen, kann der unselige Kreislauf, in dessen Folge sie als Bewohner in irgendwelchen Heimen ohne Rehabilitationschance landen, durchbrochen werden.

## Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRANKE: Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker, Zwischenbericht zum 31. März 2002, Bonn 2002
2. BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG: Heime und betreute Wohnformen für volljährige Menschen mit Behinderung in Bayern, Statistische Berichte, Stand 1. Juli 2000, München 2000
3. BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION: Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt/M. 2000
4. FEULING, M. u.a.: Trennen und Verbinden. Arbeiten, in: BECKER, S., (Hg.): Psychose und Grenze, Zur endlichen und unendlichen Sozialarbeit mit psychotischen Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien, Tübingen 1991
5. KUNZE, H.: Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquete, Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band 1, Bonn 2001, S. 103–127
6. SIEMEN, H.-L.: Gemeindepyschiatrischer Verbund in der Stadt Nürnberg, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Nürnberg 2002
7. SIEMEN, H.-L.: Die chronisch psychisch Kranken im »Abseits der Psychiatriereform«, in: Kersting, Franz-Werner, Psychiatriereform als Gesellschaftsreform (erscheint im Herbst 2002)

## Innovationen in den Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation

### Einleitung

*Knut Lehmann*

Die mit der Psychiatriereform inzwischen weitgehend gelungene Klinifizierung der stationären psychiatrischen Versorgung mit entsprechend kürzeren Verweildauern hat die Möglichkeiten der Kliniken, rehabilitative Arbeit durch und in der Klinik zu leisten, praktisch verschwinden lassen. Dennoch ist der rehabilitative Bedarf der aus den Kliniken Entlassenen nicht geringer geworden. Ohne anschließende, mehr oder weniger längerfristige rehabilitative Hilfen bliebe die Reform unvollständig. Antwort auf die Klinifizierung kann nur der bedarfsgerechte Ausbau rehabilitativer Angebote außerhalb der Kliniken sein. Dazu gehört regelmäßig auch der Ausbau gemeindenaher beruflicher Rehabilitationsangebote.

Eine der wichtigsten Fragen für die Weiterentwicklung der regionalen beruflichen Rehabilitationsangebote ist die nach dem möglichen Beitrag der bestehenden beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, der Berufsbildungswerke (BBW), Berufsförderungswerke (BFW), beruflichen Trainingszentren (BTZ), Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

Von den RPK und den BFW abgesehen sind die Rehabilitations-einrichtungen begrenzt in die regionale Versorgung eingebunden, obwohl sich inzwischen alle Einrichtungen für den Personenkreis der psychisch Kranken/Behinderten geöffnet haben. Sie sind deswegen nur begrenzt eingebunden, weil sie eher hochschwellige Ausbildungs- und Qualifikationsangebote organisieren, die nur von Teilgruppen genutzt werden können. Dies gilt in der Regel auch für die Rehabilitationsabklärungen, die in diesen Einrichtungen durchgeführt werden. Für den Personenkreis der schwer und chronisch psychisch Behinderten, der im Mittelpunkt der konzeptionellen Überlegungen des BMA-Projektes zur Rehabilitation psychisch

Kranker steht, sind die vorhandenen Angebote nicht nutzbar bzw. bieten keine adäquaten Hilfen.

Die Gründe für den begrenzten Beitrag zur regionalen Rehabilitation liegen im Auftrag, der Arbeitsweise, der Organisationsform und dem Angebot dieser Einrichtungen. Die strukturellen Grenzen werden in den nachfolgenden Beiträgen deutlich benannt. Für die Entwicklung regionaler beruflicher Rehabilitation ist daraus die Konsequenz abzuleiten, dass es zusätzlicher Angebote und klarer Verfahrensregelungen bedarf, um auch den schwer beeinträchtigten Personen differenzierte Möglichkeiten personenorientiert anbieten zu können. Die bestehenden Einrichtungen leisten in diesem Zusammenhang nur einen begrenzten, wenn auch wichtigen Beitrag, der insbesondere in dem nachfolgenden Beitrag von Herrn Bernhardt über die Berufsbildungswerke beispielhaft beschrieben wird.

Bei den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke bietet die Empfehlungsvereinbarung im Prinzip eine gute fachliche und leistungsrechtliche Grundlagen, um personenzentriert gemeinde-nahe berufliche Rehabilitation zu organisieren. Durch die Einbeziehung der Krankenversicherung in die Angebotsfinanzierung ist eine frühzeitige Berücksichtigung beruflicher Rehabilitation im Rahmen des Rehabilitationsprozesses möglich, die regionale Ausrichtung ist konzeptionell sicher gestellt und eine institutionell bedingte Notwendigkeit der Selektion ist nicht gegeben. Dennoch verweisen die Einrichtungen selbstkritisch auf Probleme, die einem flächendeckenden Einsatz der RPK und einer zielgenaueren Weiterentwicklung ihrer Arbeit im Wege stehen. Zu diesen Hemmnissen gehören insbesondere die geringe Platzzahl, die zu starke stationäre Orientierung in der Organisation, aber auch die unzulänglichen Möglichkeiten evaluativer Versorgungsforschung.

Ohne Zweifel leisten auch die WfbM, insbesondere in der spezialisierten Angebotsform, einen wesentlichen Beitrag für eine regionale berufliche Rehabilitation des hier in Rede stehenden Personenkreises. Sie bieten rund 24.000 psychisch Behinderten einen dauerhaften Arbeitsplatz und sind im Prinzip gemeindenah und niedrighschwellig organisiert. Viele Werkstätten sind in den gemeindepsychiatrischen Verbänden und regionalen Arbeitsgemeinschaften aktiv und bereit, verbindliche Kooperationen einzugehen, um individuell bedarfsgerecht steuern zu können.

Die zunehmende Zahl der in den WfbM beschäftigten psychisch Behinderten, die langen Verweildauern und die geringen Vermittlungsquoten auf dem ersten Arbeitsmarkt sind auch Reaktionen auf Bedürfnisse von psychisch behinderten Menschen, die nicht unbedingt an ungünstigen Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten wollen und die sich durch die zunehmend unsicheren und befristeten Arbeitsplätze und Arbeitsverträge beeinträchtigt fühlen. Hinzu kommen die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, die die Chancen der Beschäftigung für diesen Personenkreis beeinträchtigen. Nischenarbeitsplätze werden seltener und sind entsprechend schwieriger zu finden.

Wie bei den RPK gibt es aber Handlungsbedarf. Die Flexibilität des WfbM-Angebotes, das immer noch streng einrichtungsbezogen ist, könnte vergrößert werden. Die Akzeptanz der Einrichtung WfbM bei den Betroffenen ist noch unzulänglich. Der Fachausschuss könnte und sollte unter Einbeziehung entsprechenden Sachverständigen die Frage im Einzelfall genauer prüfen, ob die WfbM das einzig mögliche oder optimale Angebot darstellt. Die Vermittlung in Tätigkeiten außerhalb der WfbM kann intensiviert werden und die mit dem SGB IX eingeführte Möglichkeit des persönlichen Budgets ist, notfalls in Modellversuchen, zu »entdecken« und für flexible Angebotsakquisition und -steuerung zu nutzen.

## **Der Beitrag der Berufsbildungswerke zur Entwicklung der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe junger Menschen mit psychischen Behinderungen – Möglichkeiten, Grenzen und Entwicklungsbedarf**

*Jürgen Bernhardt*

### **Vorbemerkung**

Ich möchte Ihnen in meinem Vortrag über die in Berufsbildungswerken in den letzten Jahren – im Rahmen ihrer Öffnung – entwickelten und weiter in Entwicklung befindlichen Angebote und Möglichkeiten für junge Menschen mit psychischen Behinderungen berichten – über Innovationen, die den Betroffenen neue Perspektiven in ihrer Lebensplanung eröffnen.

### **Berufsbildungswerke (BBW)**

Berufsbildungswerke sind Kompetenzzentren mit dem Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit und des BMA, berufliche Bildung und soziale Integration also Teilhabe an dieser Gesellschaft für junge Menschen mit verschiedenen Formen von Behinderungen zu realisieren. Daran sind Ausbilder, Erzieher, Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen und weiteres Fachpersonal beteiligt. Will man ein derart hochwertiges, fachkompetentes und möglichst weitgestreutes berufliches Angebot schaffen, muss eine Mindestgröße gewährleistet sein. Dies ist u.a. ein Grund, weshalb BBW nicht per se gemeindenah konzipiert sind, sondern sowohl aus der Region als auch überregional aufnehmen.

In den vergangenen 20 Jahren haben sich diese Einrichtungen zunehmend auch erfolgreich dem Personenkreis der von psychischen Behinderungen betroffen ist, geöffnet und mit der damit verbundenen konzeptionellen Anpassung eine beachtliche Innovation geleistet. Vor diesem Prozess gab es keine nennenswerten Angebote für die Betroffenen. Nach neueren Umfragen befanden sich 2000/2001 etwa 1400 junge Menschen mit psychischen Behinderungen in 24 von 50 Einrichtungen der Netzplanung der BRD [1]. Die Tendenz ist steigend.

Wir müssen uns in der Diskussion, die hier geführt wird, stets bewusst sein, dass dieses Angebot nur für ein Segment der betroffenen Klientel sinnvoll sein kann. Es geht um die Teilmenge der jungen Menschen ohne Ausbildung, die möglichst folgende Voraussetzungen mitbringen sollten:

- Feststellung einer psychischen Behinderung durch die Fachdienste des Arbeitsamts,
- kognitive/intellektuelle und motorische Grundvoraussetzungen für die Anforderungen einer Berufsausbildung,
- Motivation zur Mitwirkung,
- Neigung zu dem Berufsfeld,
- Bereitschaft/Fähigkeit zu Mobilität und Flexibilität,
- Einsicht in die Erkrankung und hierdurch bedingte Erfordernisse (z.B. Lebensführung, Compliance). Hieraus sollte sich dann insbesondere gesundheitliche Stabilität ergeben.

### **Möglichkeiten**

Berufsbildungswerke sind für alle behinderten jungen Menschen, die o.g. grundsätzliche Voraussetzungen für eine berufliche Förderung mitbringen, offen. Das heißt es kommen keine Eingangskriterien, wie z.B. bei der Vergabe von Lehrstellen in der freien Wirtschaft, zur Anwendung. Wer eine Behinderung aufweist, hat damit bei Eignung und Neigung einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation in einer solchen Einrichtung. An Berufsbildungswerken werden somit Menschen beruflich gefördert, die in den meisten Fällen in der freien Wirtschaft keine Aussichten hätten. Die BBW haben sich mit dem Öffnungsprozess natürlich auch konzeptionell auf die neue Klientel und ihre besonderen Bedürfnisse und Anforderungen eingerichtet. Auf einige Aspekte möchte ich im Folgenden eingehen.

Die Einrichtungen bieten eine gründliche Arbeitsdiagnostik und Beratung – bei Bedarf auch Weitervermittlung an andere Angebote. Nach einer Ausbildung sind Integrationsberatung für Betriebe und Integrationshilfen für den Absolventen Standard. Berufsbildungswerke arbeiten ganzheitlich klientenzentriert. Bei der Entwicklung ihrer fachlichen Konzeption und Spezialisierung haben sie eine Vielzahl an individuell differenzierbaren Förderangeboten entwickelt, die aus oben genannten Zeitgründen hier nicht detailliert vorgestellt, die aber nachgelesen werden können. Die Maßnahmen werden ge-

meinsam mit dem Teilnehmenden geplant, vereinbart und im Verlauf grundsätzlich flexibel, an den individuellen Bedarf angepasst (Rehabilitationsverlaufsplanung).

Berufsbildungswerke bieten da, wo eine Trennung/Loslösung von Elternhaus oder dauerhaft betreuenden Einrichtungen, sinnvoll/erforderlich scheint, eine gute Möglichkeit, dies kontrolliert zu bewerkstelligen. Alte, problematische, festgefahrenen Strukturen können mit dieser räumlichen Distanzierung aufgelöst und neu gestaltet werden – neue Entwicklungschancen entstehen. Dies betrifft insbesondere auch so genannte »krankmachende« familiäre Konstellationen. Die Rehabilitanden werden an ihrer Rehabilitationsplanung, dem Prozess und den sie betreffenden Abläufen im Berufsbildungswerk zunehmend intensiv beteiligt und werden so auch in die Verantwortung für sich selbst geführt.

Die besonderen Bedingungen und Möglichkeiten von BBW sind auch darauf ausgerichtet, dem Rehabilitanden zusätzlich zu den in den Prüfungsordnungen geforderten Ausbildungsinhalten, Wissen und Kompetenzen als Zusatzqualifikationen zu vermitteln, die in einer regulären Ausbildung so nicht angeboten werden müssen und die in der Berufspraxis einen zusätzlichen wesentlichen Nachteilsausgleich darstellen können. Viele junge Menschen mit psychischen Störungen haben in ihren gewohnten Strukturen noch keine ausreichenden Strategien zum Arrangement mit ihrer Erkrankung, deren Auswirkungen und Notwendigkeiten, Compliance, Möglichkeiten der Verhinderung von Rezidiven, insgesamt dem Leben und dem Umgang mit der Behinderung entwickelt. Das BBW bietet häufig erstmals eine umfassende, ganzheitliche Hilfe zur Findung, Entwicklung und Ordnung innerpersoneller Strategien und Strukturen. Berufsbildungswerke fördern mit ihrem Konzept die psychosozialen Kompetenzen, Eigenständigkeit, Flexibilität und Mobilität des Rehabilitanden. Ziel ist nicht der lebenslang an institutionelle Hilfe gebundene abhängige behinderte, sondern der möglichst eigenständige Mensch, der seine beeinträchtigenden Bedingungen möglichst weitgehend zu kontrollieren und mit dem verbleibenden Einschränkungen möglichst gut umzugehen weiß.

Die BBW praktizieren auch Kooperation mit regionalen Versorgungsstrukturen. Für diese stellen sie ein ideales, weil kompetentes und vor Ort erreichbares Angebot dar. So können über kurze Wege Rehaplanung erstellt, unkompliziert Praktika vereinbart, flie-

ßende Übergänge organisiert werden. Voraussetzung ist natürlich, dass auch bei den potenziellen Kooperationspartnern ein Interesse an Zusammenarbeit besteht.

Weitere wesentliche Förderaspekte sind:

- Die Erfahrung neuer positiver sozialer Bezüge im BBW sowie des Fortkommens und von Leistungsfähigkeit.
- Das Einüben sozialer Kompetenzen in sowohl individuell angebotenem als auch gruppenbezogenem Sozialtraining, wie auch dem Training von Mobilität und Verselbstständigung.
- Die Möglichkeit der Anpassung der Prüfungsmodalitäten an die Erfordernisse des Rehabilitanden.

Wichtige entwickelte Strategien sind weiterhin:

- Angebot von Entlastungsmöglichkeiten bei Krisen, und dabei
- Fortführung der Ausbildung solange vertretbar unter gleichzeitigen Stabilisierungsbemühungen,
- Gewährleistung von Kontinuität bei erforderlichen Klinikaufenthalten,
- Kontakt und Beratung mit Behandlern zur Rückführung und Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen bei/nach Rezidiven.

Diese scheinen mir in vielen Fällen unabdingbar für einen Erfolg der Rehabilitation, jedoch außerinstitutionell kaum realisierbar.

## Grenzen

Grenzen ergeben sich aus dem oben Gesagten:

- Die eingangs genannten grundlegenden Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme müssen gewährleistet sein.
- Menschen, die nicht in der Lage oder bereit sind, sich auf eine solche Maßnahme einzulassen, können nicht gezwungen werden sich daran zu beteiligen. Im ungünstigsten Fall kann hier – wie auch bei anderen Fehlplatzierungen – eine Schädigung resultieren. Dies versuchen wir durch gründliche Diagnostik und Beratung zu vermeiden.
- Die oft unberechenbaren Krankheitsverläufe können erfahrungsgemäß einen kontinuierlichen Rehabilitationsverlauf gefährden und unter Umständen bei gravierender Verschlechterung

rung des Gesundheitszustandes zu einem Abbruch einer mit viel Hoffnung begonnenen Rehabilitationsmaßnahme führen.

Grenzen setzen auch Einrichtungen, Fachleute, Angehörige, die nicht bereit sind, sich zu informieren, zu kooperieren, auf überkommenen Prinzipien beharren oder Betroffene aus anderen Gründen nicht zu einer solchen Rehabilitation hin kommen lassen. Sie entziehen ihnen damit Entwicklungsmöglichkeiten und bahnen deren Lebensweg nach eigenem Gutdünken.

Im Einzelfall muss auch geprüft werden, ob der Berufswunsch eines Menschen realistisch und mit den störungsbedingten Einschränkungen vereinbar ist. Hier können verschiedene Interessenssphären tangiert sein (Beispiele: psychotische Störung mit Suizidalität« Berufswunsch Apothekenhelferin oder eine gewünschte kaufmännische Ausbildung« manische Erkrankung ...).

### Entwicklungsbedarf

Ich hatte eingangs darauf hingewiesen, dass das Angebot der Berufsbildungswerke für ein bestimmtes Segment der Klientel sinnvoll und hilfreich ist. Wir können festhalten, dass nach unserer Beobachtung in diesem Bereich gegenwärtig kein zusätzlicher Bedarf an Plätzen oder Institutionen besteht. Auf eventuell entstehenden Mehrbedarf werden die BBW auch in Zukunft eingehen können.

Allerdings benötigen wir eine Klärung, verbindliche Beschreibung und Festlegung der vorhandenen Strukturen – das System der Versorgung der verschiedenen Segmente (damit meine ich verschiedene Gruppen von Menschen mit unterschiedlicher Ausprägung einer psychischen Behinderung und daraus resultierendem jeweilig erforderlichem Bedarf) muss verbindlich vernetzt und genutzt werden. Dass vorhandene Angebote und funktionierende Systeme beliebig boykottiert, infrage gestellt und unterlaufen werden, ist kontraproduktiv. Parallel zu dieser Optimierung der Vernetzung ist eine Verbesserung des Informationsstandes bei Fachkräften über die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen unseres Rehabilitationssystems dringend erforderlich. Dies betrifft insbesondere auch Psychiatrische Kliniken und niedergelassenen Facharztpraxen.

Die hauptsächliche Zielrichtung der beruflichen Rehabilitation in BBW ist eine Ausbildung und die Einmündung in den ersten

Arbeitsmarkt sowie ein möglichst eigenständiges und eigenverantwortliches Leben, das nur bei Bedarf betreut werden sollte. Um dies zu ermöglichen, müssen wir den Betroffenen endlich Kompetenzen wie Mobilität, Flexibilität, Entwicklung sozialer Kompetenzen zubilligen, statt immer wieder zu versuchen, diese – wie auch immer begründet – zu bevormunden und dauerhaft institutionell zu binden. Die Klientel, von der ich spreche und die in unseren Berufsbildungswerken gefördert wird, kann sehr wohl ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern und entscheiden, ob, wo und unter welchen Bedingungen sie ihre berufliche und soziale Eingliederung erreichen will.

Ich komme zum Abschluss meiner Ausführungen auf ein Zitat im Vortrag von Niels Pörksen zurück: Eine junge Frau mit psychischer Behinderung schildert, dass sie sich nur wünsche, morgens aufstehen, zur Arbeit gehen und am Monatsende dafür ein Gehalt beziehen zu können, von dem sie leben könne. Das versuchen Berufsbildungswerke jungen Menschen mit Behinderungen zu vermitteln!

### Literatur

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.):  
Berufsbildungswerke, Bonn 2002

## Innovationen in Beruflichen Trainingszentren (BTZ)

Henning Hallwachs

Nachdem ich für die Tagung »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen« meinen Vortrag geschrieben hatte, erreichte mich per elektronischer Post ein Zwischenbericht der APK mit dem Titel: »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« [2], auf dessen Kritik ich mich im Folgenden beschränken möchte.

Er entspricht mit seinen Behauptungen zum Teil wortwörtlich der Projektskizze der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Februar 2000 an einen offensichtlich handverlesenen Kreis von Fachleuten verschickt hatte [1]. Skizze und Bericht provozieren fast Zeile für Zeile Nachfragen und oft auch Einwände. Da sie den Rahmen dieses Vortrages sprengen würden, beschränke ich mich auf einige, mir besonders wichtige Anmerkungen.

Das Projekt verspricht »... ein Gesamtbild der vorhandenen Angebote einschließlich deren Struktur und Arbeitsweise ...«<sup>1</sup>, stellt dann aber fest, dass »... eine detaillierte Bestandsaufnahme des gesamten Rehabilitationsgeschehens in der Bundesrepublik im Rahmen dieses Projektes weder leistbar noch sinnvoll ...«<sup>2</sup> ist, um sich schließlich auf Exemplarisches »... in ausgewählten Regionen ...«<sup>3</sup>, in denen es kein einziges BTZ gibt, zu beschränken, ohne allerdings irgendeinen Hinweis auf Auswahlkriterien, z.B. Repräsentativität, zu geben; vielleicht finden die sich in den im Zwischenbericht erwähnten, mir noch nicht zugänglichen Anhängen A und B. Endlich beschränkt sich das Projekt »... auf Personen mit eher schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen«<sup>4</sup>. So eingegrenzt zitiert der Bericht Thesen oder Hypothesen der Skizze als sei auch ohne Erhebung durch Wiederholung zu belegen, was seit der Enquete zur Lage der Psychiatrie für diesen Personenkreis ohnehin immer wieder gefordert wurde und wird. Auch wenn ich diese For-

derungen nachvollziehen kann und zum Teil für berechtigt halte, muss ich feststellen, dass nicht nur »schwer und chronisch psychisch Erkrankte« psychisch behindert oder – im Zwischenbericht synonym verwendet – psychisch beeinträchtigt<sup>5</sup> sind. Die Sichtweise des Zwischenberichtes scheint mir in mehrfacher Hinsicht problematisch:

- Unzählige Menschen sind z.B. durch Angst- oder Zwangssymptome (Neurosen) oder psychotisches Erleben (z.B. sozialverträglich verarbeitetes und beherrschtes Stimmenhören) psychisch beeinträchtigt bis behindert, von Persönlichkeitsstörungen mit ihrem »ganz normalen« oder »nicht mehr ganz so normalen« Beeinträchtigungen der Person und ihrer Mitmenschen (z.B. Arbeitskollegen) ganz zu schweigen. Sie haben auch ohne berufliche Rehabilitation, ohne psychosoziale Begleitung, mit oder ohne ärztliche Behandlung, ganz auf sich allein gestellt oder Dank familiärer, freundschaftlicher und kollegialer Unterstützung Teil am Arbeitsleben.
- Ein Teil von denen, die Teilhabe aus eigener Kraft nicht schaffen, benötigen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und steigern damit nachweislich und nachhaltig ihre Vermittlungschancen (s. diverse Evaluationsberichte der Bundesarbeitsgemeinschaften der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation; Eingliederungsquoten zwischen 40 und 80 % über mehrere Jahre). Das Angebot ist – bis auf das der RPK – nichts bzw. erst einmal nichts für akut psychisch erkrankte Menschen. Es taugt auch nichts für Personen, die infolge ihrer psychischen Erkrankungen so behindert sind, dass ihnen die direkte Vorbereitung auf und die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch nicht zugemutet werden können. Sie brauchen, wie der Zwischenbericht richtig feststellt, niederschwellige Angebote sowie Arbeitsbedingungen und -anforderungen, die erheblich unter denen des allgemeinen Arbeitsmarktes angesiedelt sind.
- Die, auf die sich der Zwischenbericht beschränkt, sind möglicherweise eher krank als behindert oder häufiger und länger krank als »nicht krank«<sup>6</sup> und demnach nicht vermittelbar, von

1 Projektskizze, S. 2, Zwischenbericht, S. 3

2 Zwischenbericht, a.a.O., S. 4

3 ebenda

4 a.a.O., S. 6

5 siehe Fußnote, a.a.O., S. 6

6 Im Zwischenbericht heißt es dazu auf Seite 6: »Kennzeichnend für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist ..., dass es auch während der Rehabilitationsmaßnahme nahezu *regelmäßig*

Arbeitsanforderungen zu verschonen (gelber Schein). Sie sind medizinisch und (noch) nicht beruflich zu rehabilitieren. Sie haben trotzdem selbstverständlich einen Anspruch auf Beschäftigung, auf Lebensqualität und -sinn. Wenn das (bislang) u.a. über auskömmliche Zuverdienste (noch) nicht zu realisieren ist, ist das doch den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nicht vorzuwerfen, die die gesetzlichen Chancen (inkl. Arbeitsrecht) für einen Teil der psychisch behinderten Menschen nutzen.

»Die vor Ort tätigen Rehabilitationseinrichtungen ... orientieren sich nicht primär an den Bedürfnissen der Rehabilitanden ...«<sup>7</sup>. Woher weiß das der Zwischenbericht? Eine »Bestandsaufnahme« müsste Ross und Reiter nennen können. »Dieser »als einrichtungsbezogene Organisation« bezeichnete Ansatz ...«<sup>8</sup> – wer hat den Ansatz so bezeichnet und warum, mit welcher Absicht?

Der Zwischenbericht fragt auf Seite 22: »Welche Unterstützung und Förderung braucht der Mensch mit psychischer Beeinträchtigung (als wenn es den *gabe*) aktuell, um

- seine Arbeitsfähigkeit zu erproben, zu erhalten oder wieder zu erlangen,
- seine beruflichen Neigungen zu entdecken und seine Fähigkeiten weiter zu entwickeln,
- einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Zugang zu Arbeit und Beschäftigung zu erhalten und zu sichern.«

(Hervorhebung vom Autor) zum Auftreten akuter Krankheitssymptome unterschiedlicher Dauer kommt.« Diese allgemeine Aussage trifft sicher nicht auf alle WHO-klassifizierte psychischen Erkrankungen zu. Auch wenn man sich wie der Zwischenbericht auf eher »chronisch verlaufende psychische Erkrankungen« beschränkt, ist die Behauptung problematisch. Sie erinnert fatal an das Urteil »einmal schizophren – immer schizophren«, bedient bekannte Vorurteile und Ängste und scheint nach empirischen Untersuchungen fragwürdig zu sein, da auch nach langen und wiederholten psychotischen Erkrankungen eine – zugegeben kleiner werdende Chance – besteht, dass die letzte Erkrankung tatsächlich die letzte war.

7 a.a.O., 8

8 ebenda

Diese Fragen und Fragen nach der Struktur- und Prozessqualität stellte sich jede Einrichtung der beruflichen Rehabilitation, bevor sie psychisch oder anders behinderte Menschen aufnahm. Entsprechend ihren Erfahrungen und den der APK zugänglichen Evaluationsberichten (Prozessqualität) stellten und stellen sie sich diese Fragen ständig, um ihre Maßnahmen personenorientiert zu optimieren.

»Herkömmliche Maßnahmen, wie z.B. Förderlehrgänge mit festgelegten Teilnahmevoraussetzungen, festgelegter Teilnehmerzahl und definierter Dauer erfüllen diese Voraussetzungen (Personenorientierung) nicht«<sup>9</sup>. Pro domo, pro BTZ Hamburg gesprochen: Das ist falsch. Ich stelle richtig, dass wir den Maßnahmenkatalog der Berufs- und der Rehabilitationsberatung von drei über sechs bis zu zwölf Monaten (mit individueller Verkürzung oder Verlängerung), in viermonatiger Modulform und als individuelle Einzelvereinbarung nutzen, um mit den Teilnehmern das Instrument auszuwählen, was für sie aktuell sinnvoll erscheint, klärend und Erfolg versprechend ist. Unterstellt wird uns Gegenteiliges<sup>10</sup>. Wird ein zwölfmonatiger Förderlehrgang gewählt, so fängt der Teilnehmer wie alle anderen in anderen Maßnahmen (Feststellungsmaßnahmen, tipp, Umschulungsvorbereitung, Anpassungsmaßnahmen, Anlernung) allein oder mit zwei bis drei, selten mehr Kollegen im Eingangstraining an. Zusammen mit dem Ergotherapeuten und den übrigen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams klärt er für sich entsprechend seinen beruflichen Vorerfahrungen und Neigungen Schritt für Schritt den einzuschlagenden, gangbaren Integrationsweg und das ihm mögliche Integrationsziel.

Wir benutzen sozusagen ein als Bus, ein für Gruppen konstruiertes Vehikel, um *eine* Person von A nach B, eine andere von A nach C und eine dritte von X nach Y zu begleiten und kommen wegstreckenbedingt im letztgenannten Fall statt in Y in Z an. In unseren Förderlehrgängen ist nicht das drin, was das Maßnahmeticket gewöhnlich verspricht. Und das macht der Zwischenbericht den Einrichtungen, also auch dem BTZ Hamburg, als »zentrales Strukturproblem« zum Vorwurf<sup>11</sup>.

9 a.a.O., S. 22

10 a.a.O., S. 21

11 a.a.O., S. 8

Abschließend gebe ich zu bedenken, ob der im Zwischenbericht geforderte radikale personenbezogene Ansatz nicht Gefahr läuft, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Bei aller Individualität sind soziale Lernziele und Gruppendynamik nicht zu vernachlässigen. Die »kontinuierliche begleitende Unterstützung«<sup>12</sup> ersetzt die Gruppe nicht.

Im Sinne der Emanzipation psychisch behinderter Menschen ist außerdem eher zu wünschen, dass sie sich an verschiedene Bezugspersonen gewöhnen, dass sie lernen, sich ein Netz aufzubauen, um z.B. bei Urlaub der einen sie begleitenden Person nicht plötzlich im Regen zu stehen. Offensichtlich unterscheiden sich Leitlinien der Psychiatrie und der komplementären Begleitung psychisch *kranker* Menschen von denen der beruflichen Rehabilitation psychisch *behinderter* Menschen, wie bereits am »Prüfkriterium« Wohnortnähe beispielhaft dargelegt wurde. Dieses Prüfkriterium ist offensichtlich eine der Leitlinien, die nach dem Zwischenbericht zwar erst »... erarbeitet werden sollen«<sup>13</sup>, aber – wie andere Prinzipien und Leitlinien wohl auch – von vornherein bereits feststanden.

*Fazit:* Der Zwischenbericht »... beschränkt sich auf Personen mit eher schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen«<sup>14</sup>, wiederholt bekannte, zum Teil nachvollziehbare – auch für andere Menschen mit gravierenden Behinderungsauswirkungen geltende – Forderungen, ohne sie durch (neue) Fakten oder Erkenntnisse zu untermauern. Er polemisiert gegen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Schweigt sich über deren Rehabilitationserfolge mit psychisch behinderten Menschen aus. Stattdessen wirft er ihnen eine einseitig negativ diskutierte Selektion, Selbstbedienung und einen krassen Egoismus zulasten und auf Kosten der Rehabilitanden vor.

*PS:* Der im Zwischenbericht beschriebene Fall des Herrn M.<sup>15</sup> läuft mir nach. Er ist ein Opfer seiner Bedingungen und Wünsche auf der einen und der wohnortnahen Möglichkeiten auf der anderen Seite. Er kann sich nicht, wir können ihm nicht helfen. Ersteres können wir nach der Denkweise des Zwischenberichtes nicht von

12 a.a.O., S. 23

13 a.a.O., S. 3

14 a.a.O., S. 8

15 a.a.O., S. 7 f.

ihm erwarten (warum eigentlich nicht?). Letzteres gibt die Infrastruktur vor Ort nicht her. Also ändern wir sie für Herrn M.. Und weil uns das nicht oder nicht schnell genug gelingt, fühlen wir uns schuldig.

Um nicht im Mitleid mit Herrn M. und Selbstmitleid mit uns zu versinken, stelle ich den zwar nicht völlig authentischen, aber nur mäßig konstruierten Fall von Herrn N. zur Diskussion. Herr N., habilitierter Kardiologe, hat sich vor Jahren »grün-« und »zurück-zur-Natur-bewegt« in einem Dorf in der Nordheide niedergelassen, geheiratet, ein Haus gekauft. Dort lebte er etwas isoliert und trotz der täglichen 76 km zum Arbeitsplatz in Hamburg zufrieden. Dann erkrankte er, bei seiner Biografie nicht unwahrscheinlich, an einer Depression mit psychotischen Symptomen. Nach den ersten Krankenhausaufenthalten wurde ihm gekündigt, nach weiteren verließ ihn seine Frau. Seine sozialen Kontakte, seine wenigen Freunde – die in der Stadt, auf dem Land hatte er nie welche – hat er längst verloren. Jetzt wohnt er in der Einliegerwohnung seines verkauften Eigenheims. Er möchte möglichst wieder in seinem, zumindest aber in einem medizinischen Beruf arbeiten.

Wenn seine berufliche Rehabilitation *wohnnah sein muss* und seine *Selbstbestimmung das Maß aller Entscheidungen* ist, baut ihm die Solidargemeinschaft zwischen Wilstedt und Tostedt südwestlich von Buchholz ein Klinikum, in dem er dann behinderungsbedingt zwar nicht mehr Oberarzt, nicht einmal mehr Assistenzarzt, sondern »nur noch« Pfleger sein kann. So integriert kann er täglich den – falls man das bei einem Klinikum sagen darf – Stallgeruch genießen, muss allerdings stündlich die durch die Behinderungsauswirkungen bedingte Degradierung ertragen. Vielleicht findet er so mit Kombilohn oder Minderleistungsausgleich (noch eine Kränkung; welcher Begriff könnte diskriminierender sein als »Minderleistungsausgleich«?) sein Auskommen. Die örtliche Alternative, angelernter Landwirtschaftsgehilfe, bliebe ihm allerdings erspart.

## Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRANKE: Projektskizze unveröff. Ms., Bonn 2000
2. AKTION PSYCHISCH KRANKE: Zwischenbericht ... unveröff. Ms., Bonn 2002

## Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Wilfried Hautop

In der Bundesrepublik gibt es mehr als 600 Werkstätten für behinderte Menschen (mit 950 Zweigwerkstätten) mit etwa 200.000 Plätzen. Viele dieser Einrichtungen zwischen Sozialbürokratie mit den Kostenträgern, Rehabilitationshandeln für die Kunden und einem produktiven Wirtschaftshandeln für dennoch immer wieder beklagte geringe Entgelte sind bereits in einem Qualitätsmanagementsystem gem. DIN EN ISO 9001:2000 für die Produktion und Rehabilitation zertifiziert. Werkstätten haben somit eine anerkannte doppelte Kundenorientierung: Einerseits die Menschen mit stärkeren Behinderungen als MitarbeiterInnen und Kunden der beruflich-rehabilitativen Leistung und andererseits die verschiedenen Auftraggeber oder Endverbraucher als Kunden der Lohnfertigungs-, Auftrags-Eigenfertigungs- und Dienstleistungsangebote.

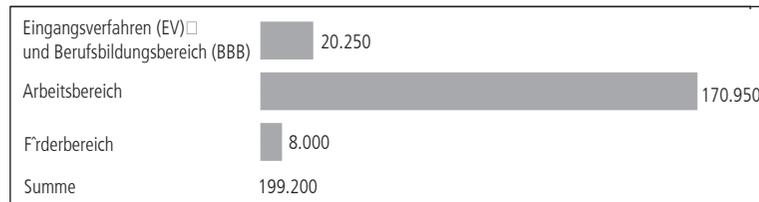


Abb. 1: Übersicht über Werkstattplätze zum 1.1.2001 (BAG:WfB-Mitglieder)

Aufgabe der Werkstätten ist die Eingliederung von Menschen in das Arbeitsleben, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Werkstätten sollen berufliche Bildung, Beschäftigung, angemessenes Entgelt bieten und die Leistungsfähigkeit erhalten, entwickeln, erhöhen, die Persönlichkeit weiterentwickeln und den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern.

Beschäftigte der Werkstätten sind umfassend sozialversichert, erhalten ein Durchschnittsentgelt von etwa 335 DM/170 • (inkl. 25 • Arbeitsförderungsgeld des Rehabilitationsträgers) und haben eine

Beschäftigungszeit zwischen mindestens 19 und 38 Stunden einschließlich der Arbeitspausen und Begleitmaßnahmen. Als sozialrechtlich teilstationäre Einrichtungen und wegen des vollen Beitrages zur Sozialversicherung bedürfen geringere Beschäftigungszeiten (z.B. 30, 25 oder 20 Stunden) eines begründeten Antrages.

Die Werkstätten bieten mehr als 24.000 psychisch kranken/behinderten Menschen einen besonderen Arbeitsplatz. Sie sind damit im arbeitsrehabilitativen Bereich der größte Anbieter, auch für diese Zielgruppe. Gleichfalls stehen sie in einem weiten Netz fast in jeder Stadt und in jedem Landkreis zur Verfügung. Sehr oft sind sie bereits in regionalen Arbeitsgemeinschaften mit anderen Leistungsträgern wie Wohnanbietern, Sozialpsychiatrischen Diensten oder auch Diensten der Klinik vernetzt. In Städten, wie z.B. Berlin, Hamburg, Frankfurt, Stuttgart oder Bremen gibt es verbindliche Steuerungen und eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie sozialen Diensten.

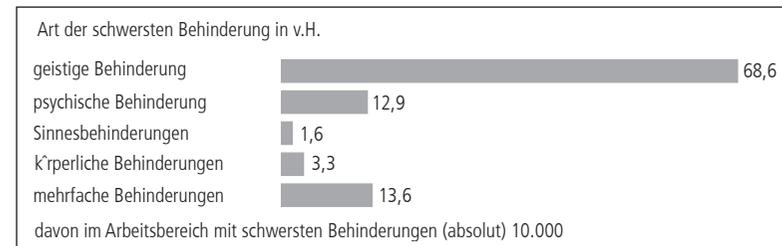


Abb. 2: Anteil der Werkstattbeschäftigten mit bestimmten Behinderungen zum 31.12.1999

Das Werkstätensystem bietet gerade chronisch psychisch erkrankten Menschen ein relativ verlässliches und kontinuierliches Angebot infolge einer relativ gesicherten Finanzierung über die Kostensätze der Rehabilitationsträger. Eine private Zuzahlung zu Werkstattkosten ist seit 2001 ausgeschlossen, dennoch kann das Einkommen von Beschäftigten auf Sozialhilfeleistungen (in der Hilfe zum Lebensunterhalt) angerechnet werden.

Aus der Erfahrung der WERKSTATT BREMEN mit ersten Vermittlungsprojekten zum allgemeinen Arbeitsmarkt bereits seit 1991 und einem seit 1993 initiierten Vermittlungsdienst als »Enthospita-

lisierung aus der Werkstatt« (vor den Projekten in Bayern und Niedersachsen, vor Gründungen des Psychosozialen Fachdienstes oder des Integrationsfachdienstes) haben wir unsere eigene Auffassung zur Integration von eher chronisch psychisch kranken Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die lässt sich hier kurz dahingehend kennzeichnen:

- Psychisch Kranke Menschen wollen nicht unbedingt an ungünstige Arbeitsplätze und möglicherweise krankheitsverursachende rigide Rahmenbedingungen im allgemeinen Arbeitsmarkt zurück.
- Ex- und Hopp-Arbeitsplätze, unsichere befristete Jobs mit Jahresverträgen, auch Geringfügigkeitsbeschäftigungen sind nicht stabilitätsfördernd für diesen Personenkreis und können oft nicht als erfolgreiche Vermittlung angesehen werden. Bemerkungen wie: »Auch die Arbeitslosigkeit gehört zur Normalisierung«, halten wir in diesem Zusammenhang für zynisch.
- Die Anforderungen und Toleranzen des allgemeinen Arbeitsmarktes haben sich in den letzten Jahren weiterhin verschärft, Nischen sind immer schwieriger zu finden. Gleichwohl müssen sie ständig gesucht werden.

Wir stehen damit in unserer Werkstatt in Bremen zu der Vermittlungsquote von 0,8 bis 1 Prozent und versuchen mit Mühen, diese Vermittlungen solide und qualifikationsfördernd zu organisieren. Gleichzeitig differenzieren wir aber auch in unserer Werkstatt. Es gibt neben der Beschäftigung im Berufsbildungsbereich und Arbeitsbereich (mit Lohnfertigungen, Eigenfertigung und Dienstleistung) Angebote in größeren Kern- oder Hauptwerkstätten, in differenzierten sozialintegrativen Kleinwerkstätten, in etwa zehn Außenarbeitsgruppen in regulären Betrieben, auf einigen individuellen Einzelplätzen und in betrieblichen Vermittlungspraktika.

Die gelegentliche Kritik aus den Kernbereichen der Psychiatrie an den Werkstätten sollte zu einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem Bereich der beruflichen Rehabilitation führen. Werkstattleute sagen, dass regulärer tariflicher Lohn in Werkstätten nicht zu erwirtschaften sei und besonders nicht bei gleichzeitig hoher Anforderung auf unberechenbare Rücksichtnahmen in Arbeitszeitumfang und Flexibilität der Klienten. MitarbeiterInnen der Psychiatrie betonen, dass Werkstattarbeit nicht nur monotone Serienfertigung sein darf

und die Menschen eine andere Ansprache als die überwiegend geistig behinderten Beschäftigten brauchen. Es wäre zu wünschen, dass die Fachleute der Psychiatrie akzeptierend auf die Werkstätten zugehen und den Organisatoren der Arbeit eine Unterstützung oder Assistenz im Umgang mit der Zielgruppe psychisch kranker Menschen zusichern. Zu fordern ist eine gemeinsame vernetzte Bewältigung der Probleme zugunsten einer notwendigen Angebotssicherung. Vor diesem Hintergrund fördert leider manche ungerechtfertigte Kritik lediglich die Sparpolitik der Kostenträger. Es gibt keinen Grund für die eher chronisch erkrankten Menschen bestehende Einrichtungen abzubauen, wir werden keine neuen bekommen und auch nicht finanzieren können. Wir können aber optimieren, wir brauchen ein örtliches Klima gegenseitiger Akzeptanz als Basis zukünftiger verstärkter notwendiger Zusammenarbeit.

Ich glaube, dass Werkstätten zur Arbeits- und Berufsförderung, übrigens ein viel besserer Name als Werkstatt für Behinderte oder neuerdings Werkstatt für behinderte Menschen, in Zukunft ein komplexeres und damit individuelleres Angebot vorhalten müssen. Die Ressourcen der Werkstätten können besser genutzt werden. In Bremen sind wir stolz darauf, neben dem Berufsbildungsbereich und flexiblen Arbeitsbereich auch einen Förderlehrgang (F2/F3 des Arbeitsamtes) für psychisch kranke Menschen anbieten zu können. Der Werkstattträger betreibt auch eine Integrationsabteilung (Integrationsprojekt gem. SGB IX). Wir planen zurzeit, selbst Förderplätze oder einfache Zuverdienstbeschäftigungen an den Werkstätten für behinderte Menschen anzugliedern und fragen uns, warum die Arbeitstherapie räumlich nur am Krankenhaus oder der Tagesklinik anzutreffen ist. Vorstellbar ist auch, dass einfache Ausbildungen, sogenannte Helfer-Ausbildungen an den Werkstätten angeboten werden. Wir müssen mehr versuchen das Rechtsverhältnis (der Arbeitstherapie, der Werkstatt, der Ausbildung) zum Menschen kommen zu lassen und nicht immer die Menschen zu verschiedenen Institutionen zu schicken. Zumindest gilt das aus meiner Sicht für die Zielgruppe der länger bzw. chronisch erkrankten Menschen.

Mit einer Nutzung der Werkstattressourcen, die sehr dezentralisiert in der Bundesrepublik vorhanden sind, die über spezifische Erfahrungen in der Organisation von Arbeit für Menschen mit Einschränkungen verfügen, können mehr flexible Lösungen als in der Vergangenheit organisiert werden. Die jetzige streng einrichtungs-

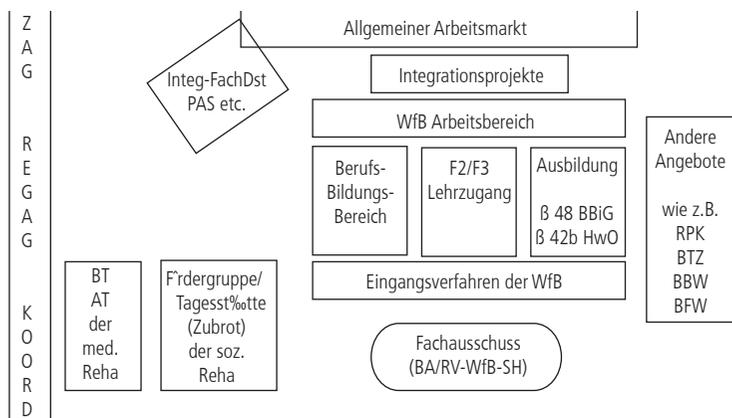


Abb. 3: Die WfbM im System der beruflichen Rehabilitation<sup>1</sup>

bezogene Organisation ist für die betroffenen Menschen nicht immer günstig und beinhaltet leider oft noch hohe Zugangsschwellen.

Wir brauchen nicht immer neue Einrichtungen. Wenn wir denn z.B. in Bremen ein neues Regionalzentrum für psychisch Kranke fordern, meinen wir nicht ein neues Haus mit Werkstätten, Schulungsräumen und Betten unter einem Dach. Das wirklich wichtige Element an einem solchen Regionalzentrum ist doch lediglich die Individualität für den Nutzer und die verbindliche Zusammenarbeit zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Somit würde uns eine »virtuelle RPK«, ohne neue Räume, aber mit verbindlicher Zusammenarbeit und einem personenzentrierten Hilfesystem vermutlich völlig ausreichen. Ansätze bestehen bereits durch

1 Erläuterungen zu Abb.3: BA = Bundesanstalt für Arbeit ; BbiG = Berufsbildungsgesetz; BBW = Berufsbildungswerk; BFW = Berufsförderungswerk; BTZ = Berufliches Trainingszentrum; F2/F3-Lehrgang = Förderlehrgänge der Bundesanstalt für Arbeit sind berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen um junge Behinderte gezielt auf eine Berufsausbildung oder eine berufliche Tätigkeit vorzubereiten. Die Differenzierung in F1-, F2-, F3-Lehrgänge ist bezogen auf unterschiedliche Förderbedarfe verschiedener Zielgruppen; ; HwO = Handwerksordnung; RPK = Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke; RV = Rentenversicherungsträger; SH = (örtlicher) Sozialhilfeträger

den gesetzlich geregelten Fachausschuss an den Werkstätten, dessen Aufgabenstellung durch das SGB IX seit 2001 noch erweitert wurde.

Zusammenfassend: Mit den Werkstätten für behinderte Menschen (besser: Werkstätten für Arbeits- und Berufsförderung) besteht eine netzwerkorientierte bzw. wohnortnahe in der Regel gut ausgestattete Angebotsstruktur. Insbesondere für eher chronisch psychisch kranke Menschen gibt es Stufungen der Beruflichen Bildung, Arbeit und Beschäftigung, die noch weitergehend um andere Angebote, wie z.B. Integrationsprojekte, Förderlehrgänge, Fördergruppen mit Zuverdienstbeschäftigungen etc. ergänzt werden sollten. Durch eine verstärkte Zuwendung und Unterstützung der MitarbeiterInnen der »Kernpsychiatrie« könnten Werkstätten weiter für psychisch kranke Menschen erschlossen werden. Möglicherweise müssen gegenseitige Vorurteile der Einrichtungen weiter abgebaut und die realen Integrationsmöglichkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht überschätzt werden.

## Innovationen in den Berufsförderungswerken

**Rainer Marien**

Ich möchte von den aktuellen Entwicklungen in der Ausbildung von Menschen mit psychischen Vorerkrankungen in den Berufsförderungswerken (BFW) berichten.

Als Vorbemerkung möchte ich kurz darauf hinweisen, dass wir auf eine angemessen differenzierte Betrachtung achten sollten: Beispielsweise bestehen zwischen einem jungen Mann, der während eines Studiums erstmals an einer Psychose erkrankt ist und keinen Berufsabschluss erreicht hat, und einer 39-jährigen Altenpflegerin, die nach zwanzig Jahren Berufserfahrung diesen Beruf nicht mehr ausüben kann, natürlich beträchtliche Unterschiede. So wie sich die konkreten Probleme etwa eines Hörbehinderten von denen eines Sehbehinderten oder eines Rollstuhlfahrers als körperbehinderten Menschen unterscheiden, gilt dies auch für die praktischen Implikationen, die aus unterschiedlichen »psychischen Behinderungen« folgen.

Zunächst möchte ich einen kurzen Abriss des allgemeinen Selbstverständnisses der Berufsförderungswerke und deren Entwicklung geben. Dann werde ich den Beginn und die Entwicklung der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Vorerkrankungen in den Berufsförderungswerken ab Mitte der 80er-Jahre des vorigen Jahrhunderts skizzieren, um dann von da aus die aktuellen Entwicklungen und Trends in den letzten Jahren aufzulisten.

### Selbstverständnis der Berufsförderungswerke

Die BFW wurden in Zeiten wirtschaftlicher Prosperität Ende der 60er-/Anfang der 70-Jahre des vorigen Jahrhunderts gegründet, um denjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern die Chance auf eine angemessen berufliche Re-Integration zu ermöglichen, die durch eine – meist erworbene – Behinderung einer Erwerbstätigkeit im erlernten Beruf nicht mehr nachgehen konnten.

Zu Zeiten vor den beträchtlichen Umwälzungen und Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung in der Folgezeit war hierbei zunächst an Körperbehinderungen gedacht worden. Die sozial-psychiatrischen Reformen steckten ja damals noch in ihren Anfän-

gen – bestärkt dann durch die erschreckende Bestandsaufnahme der Psychiatrie-Enquete-Kommission 1975. So war denn auch der »Herr Mustermann« der BFW Maurer gewesen und nach einem Bandscheibenvorfall berufsunfähig geworden.

Das Konzept einer »stationären« beruflichen Rehabilitation in dafür eigens geschaffenen Institutionen bewährte sich und es entstand ein flächendeckendes System mit heute insgesamt 27 Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet, davon sind sechs in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung – oft unter tatkräftiger Unterstützung aus den schon vorhandenen BFW – neu geschaffen worden. Hinzu kommt noch eine Präsenz an etwa ebenso vielen Dependancen.

Neben der Ausbildung in über 100 Berufen mit jeweils allgemein anerkanntem Abschluss – z.B. vor der Industrie- und Handelskammer – ist dabei das Kernkonzept die multiprofessionell-interdisziplinäre Zusammenarbeit von DozentInnen und AusbilderInnen (in der Regel mit einer »normalen« beruflichen Sozialisation) mit dem sogenannten Fachdienst, nämlich rehabilitationserfahrenen ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialpädagogInnen. Diesen Punkt möchte ich besonders betonen, denn ich denke, ein derartiger fachlicher Austausch und eine solche Zusammenarbeit sind eine besondere Chance, der Komplexität vieler Rehabilitationsprobleme am ehesten gerecht zu werden, die ansonsten kaum zu finden ist.

Nachdem zunächst – zu Zeiten einer relativ unproblematischen Arbeitsmarktlage – der Auftrag der BFW »nur« die berufliche Rehabilitation in Form einer abgeschlossenen Ausbildung war, sind seit einigen Jahren die Anforderungen insoweit erweitert worden, als auch die spätere konkrete Vermittlung auf einen Arbeitsplatz mit allen Kräften schon während der Ausbildungsphase angestrebt werden soll, nachgewiesen durch entsprechende Erfolgsbelege auf Grund von Nachbefragungen. Dementsprechend sind mittlerweile Bewerbungstraining und eine Einstellung auf die konkreten Anforderungen des jeweiligen zukünftigen beruflichen Umfeldes von vornherein Gegenstand jeder Ausbildung in einem BFW.

## Menschen mit psychischen Vorerkrankungen in den Berufsförderungswerken

Nach dieser – aus Zeitgründen nur skizzenhaften – Darstellung der BFW im Allgemeinen jetzt kurz etwas zu der Geschichte der Aufnahme von Menschen mit psychischen Vorerkrankungen in den BFW.

Nachdem primär die Auffassung vorgeherrscht hatte, dass die BFW für diesen Personenkreis wohl nicht so geeignet seien, diese andererseits aber de facto unter somatischen »Hauptdiagnosen« quasi in die BFW »hineingeschmuggelt« worden waren, fiel Mitte/Ende der 80er-Jahre die Entscheidung für die offizielle Öffnung für diesen Personenkreis.

Wenn ich es richtig sehe, hinkte hier quasi die berufliche Rehabilitation hinter der Öffnung der Gesellschaft und den zunächst mehr sozial-rehabilitativen Bemühungen hinterher (wobei, wie wir heute morgen gehört haben, dieser Zustand teilweise noch immer zu beklagen ist).

Mittlerweile stellen TeilnehmerInnen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen einen wesentlichen Anteil in der Klientel der BFW dar, Tendenz in den letzten Jahren steigend. Hier kurz eine Aufstellung über die Aufnahmediagnosen im BFW Hamburg aus dem Jahr 2001.

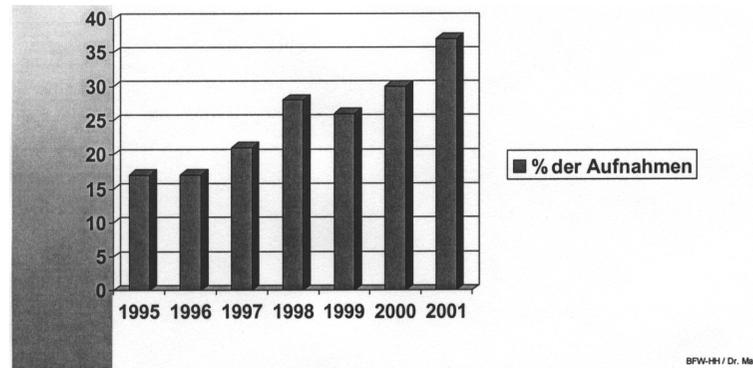


Abb. 1: Anteil von TeilnehmerInnen mit psychiatrischer Haupt- oder Nebendiagnose

Verbunden mit der Öffnung für den Personenkreis war die Einstellung von PsychiaterInnen bzw. die Schaffung von Kooperationen mit Konsiliar-PsychiaterInnen, eine Schulung der MitarbeiterInnen für den Umgang mit den »neuen« Behinderungsbildern sowie die Bereitstellung von Kriseninterventionsmöglichkeiten und -Know-How. Dieser Prozess der Öffnung setzte sich bis etwa Mitte der 90er-Jahre fort, so dass nunmehr alle BFW psychisch vorerkrankte Menschen offiziell aufnehmen.

Dabei werden mit Ausnahme von speziellen Rehabilitationsvorbereitungstrainings und besonderen Berufsfindungsmaßnahmen keine Sondermaßnahmen durchgeführt; vielmehr sind die BFW Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Sinne des Normalisierungskonzeptes sich bereits in weitgehend alltage typischen Lern- und Arbeitssituationen bewegen bzw. in diese hineinwachsen, dies eben zusammen mit Menschen, die keine psychische Erkrankung haben oder hatten. In diesem Sinne helfen die Berufsförderungswerke, den »Brückenschlag in die normale Welt« zu bewältigen.

Für einen nicht unerheblichen Teil der TeilnehmerInnen liegt ihre Ausbildungsstätte BFW im Pendelbereich, in Hamburg z.Zt. beispielsweise für fast 50 %. Für die RehabilitandInnen, die unter der Woche in einem Internat wohnen, ist vorübergehend eine nicht am Wohnort angesiedelte Lebenssituation zu bewältigen. Für die einen ist dies eine Belastung, für andere wieder ein willkommener Schritt in eine neue Umgebung mit neuen Chancen.

Nur für einen kleinen Teil potenzieller TeilnehmerInnen stellt dies ein ernsthaftes Problem dar; denn die Bewährung in neuen sozialen Kontexten als Ausdruck der Fähigkeit zum Transfer stellt in der heutigen Berufswelt eine zunehmend wichtigere Schlüsselqualifikation dar, die es zu fördern und kultivieren gilt. Anders herum: Wer die teilweise Ablösung aus dem gewohnten sozialen Umfeld – denn um mehr handelt es sich nicht, weil die TeilnehmerInnen am Wochenende in der Regel in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren – nicht bewältigt, tut sich in der Regel auch in der Sozialisation im neuen Beruf und am Arbeitsplatz sehr schwer. Rein pragmatisch ist es natürlich so, dass eine Ausbildung auf dem Niveau von anerkannten Ausbildungsberufen verbunden mit den Fachdienstressourcen nur in Form einer Zentrenbildung möglich ist.

## Entwicklungstrends

Nun – aus Zeitgründen wiederum in aller Kürze und mehr stichwortartig – zu neueren Entwicklungen in den BFW:

- *RehaAssessment* ® ist die – mittlerweile geschützte- Bezeichnung für das differenzierte, ressourcenorientierte, multiprofessionelle Diagnostikangebot der BFW zur Abklärung am Beginn einer Rehabilitation und erweitert und ergänzt die *klassische Berufsfindungsmaßnahme* in Form einzelner Module, die ggf. auch in freier, sinnvoller Kombination durchgeführt werden können. Gerade für den besprochen Personenkreis ist es besonders wichtig, durch ein individualisiertes, teilnehmerorientiertes Vorgehen mit praktischen Erfahrungsanteilen berufliche Fehlentscheidungen und die evtl. später daraus resultierenden Misserfolge nach Möglichkeit zu vermeiden. Wir alle wissen, dass diese Menschen allzu oft durch Fehl- und Rückschläge schon genug vorbelastet sind.
- *Rehabilitations-Vorbereitungs-Trainings (RVT)* dienen der Vorbereitung auf den Einstieg in die »normale Ausbildungs- und Arbeitswelt«, vor allem durch psycho-soziales Kompetenztraining; es hat sich gezeigt, dass von solchen gezielten Förderlehrgängen viele psychisch Vorerkrankte deutlich profitieren, was, wie ich denke, auch unmittelbar einleuchtet. Das RVT ergänzt ggf. den klassischen Rehabilitationsvorbereitungslehrgang, der ja schwerpunktmäßig der Auffrischung und Ergänzung der schulischen Kenntnisse dient und einer Ausbildung vorausgeht.
- Als nächstes zum *Prinzip der »handlungsorientierten Ausbildung«* als dem mittlerweile durchgängig angestrebten Organisationsprinzip aller Ausbildungsgänge. In Stichworten geht es ja vor allem darum, weg vom »Einzelfach-Frontalunterricht« durch einzelne DozentInnen hin zu einer fächerintegrierenden Ausbildung durch ein kleines Team mit stetem Praxisbezug zu gelangen. Dies beinhaltet die Möglichkeit im Rahmen der ohnehin stärker individualisierten Lernarrangements auf den Einzelnen mit seinen Schwierigkeiten besonders einzugehen. Andererseits wird dabei die in der heutigen Arbeitswelt zunehmend abgeforderte Teamfähigkeit erprobt und trainiert.
- *Berufliche Integrationsmaßnahmen* zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt mit der vorhandenen (Aus-)Bildung unterstützen die

Integration auch psychisch Vorerkrankter mit individuellen Ansätzen durch gezielte Aufschulung, Verbesserung der psychosozialen Kompetenzen, Bewerbungstraining sowie vor allem durch -ggf. wiederholte- Praktika mit dem Ziel der Übernahme durch den Arbeitgeber. Diese Maßnahme ist auch eine Möglichkeit, wenn ein begrenztes Begabungs- und Bildungsniveau besteht.

- *Betriebliche Rehabilitation* ermöglicht eine Ausbildung im dualen System (Betrieb/ Berufsschule) mit Fachdienstbegleitung durch ein BFW. In geeigneten Fällen wird hierdurch die Möglichkeit einer wohnortnahen Rehabilitation unter Normalbedingungen geschaffen.

## Innovationen in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

Wolfgang Weig

### Vorbemerkungen

Die Frage, was sich in der beruflichen Rehabilitation getan hat und wohin die zukünftige Entwicklung gehen sollte, bedarf einiger Vorbemerkungen. Wir haben gelernt, Hilfen personenbezogen zu denken. Dem steht die Erkenntnis gegenüber, dass für eine erfolgreiche Umsetzung von Hilfsangeboten ein institutioneller Rahmen unverzichtbar ist, schon um Organisation und Finanzierung zu sichern, den Mitarbeitern einen Rahmen zu geben und die Hilfen angemessen zu präsentieren. Auf den ersten Blick kommt die Lösung dieser Aufgabe der Quadratur des Kreises nah. Gefordert ist nicht die Deinstitutionalisierung, die schnell zu einer Zerschlagung des Vorhandenen mit Verlust von Ressourcen führen kann, sondern die maximale Flexibilisierung des Angebotes hin zu einer »virtuellen Einrichtung«.

Die Lösung dieses Problems ist für den Bereich der (medizinischen und beruflichen) Rehabilitation in der gegenwärtigen psychiatrischen Entwicklung besonders bedeutsam, denn hier spielt die Musik. Die von der Psychiatrie-Enquete gewollte und inzwischen weitgehend gelungene Klinifizierung der stationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen mit immer kürzerer Verweildauer lässt es nicht mehr zu, rehabilitative Ansätze dort in der Klinik zu platzieren. Andererseits hat sich die Hoffnung, eine Integration in normale Lebensverhältnisse ohne besondere Hilfen und Vorbereitungen auch für psychisch kranke Menschen zu erreichen, zumindest für einen Teil der Betroffenen und gerade den harten Kern als illusorisch erwiesen. Die Antwort professioneller psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfesysteme auf diese Situation kann eigentlich nur der bedarfsgerechte Ausbau rehabilitativer Angebote sein mit dem Ziel, durch Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Vorbereitung der beruflichen Integration die Lücke zwischen Akutbehandlung und Ankommen in der Alltagswelt zu schließen.

Die Empfehlungsvereinbarung RPK bietet eine gute konzeptionelle und sozialrechtliche Grundlage um den Anspruch einzulösen. In der Landschaft der gegliederten Sozialleistungen in Deutschland nahezu einzigartig überwindet diese Vereinbarung die Kästchen und beteiligt in sehr flexibler Weise unterschiedliche Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung) an einer einheitlichen Maßnahme der medizinischen, beruflichen und begleitenden psychosozialen Rehabilitation. Sie ermöglicht dabei einen Rehabilitationsprozess in personeller und konzeptioneller Kontinuität. Die Empfehlungsvereinbarung trägt dem gesetzlichen Auftrag Rechnung, die besonderen Belange psychisch Kranker zu berücksichtigen. Die Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation relativiert auch das Problem der frühzeitigen Festlegung bezüglich der Prognose, da eine zunächst begonnene medizinische Rehabilitation in Richtung der Hilfen zur Teilnahme am Berufsleben fortgeführt werden kann. Freilich lässt die Empfehlungsvereinbarung RPK in ihrer gegenwärtigen Form einige Wünsche offen, ist hinsichtlich der organisatorischen Anforderungen relativ starr und ermöglicht offiziell nicht teilstationäre und ambulante Rehabilitationsangebote. Bei kluger Umsetzung, im Einvernehmen mit allen Beteiligten, bietet sie allerdings jetzt schon viele Optionen. Das niedersächsische Umsetzungsmodell der flexiblen und kooperativen RPK-Einrichtungen lässt die Chancen erkennen. Eine Anpassung der Empfehlungsvereinbarung auf Bundesebene steht auf der Tagesordnung.

Schließlich erfordert der Blick auf die Entwicklung der psychiatrischen Rehabilitation die Relativierung einiger in der Sozialpsychiatrie allgemeine anerkannter Grundsätze:

- Eines dieser Prinzipien ist die Gemeindenähe. Auch RPK-Einrichtungen fühlen sich überwiegend dem Grundsatz der Gemeinde- und Lebensweltnähe verpflichtet. Es erweist sich aber als nicht sinnvoll, dies so zu verstehen, als sollten alle denkbaren Angebote in jeder Kommune vorhanden sein. Bei der Umsetzung zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen Ballungsräumen und den größeren Flächen mit ländlich-kleinstädtischer Siedlungsstruktur. Der Abgleich der Forderung nach Gemeindenähe mit dem Erfordernis notwendiger Strukturqualität der Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Differenzierung des Angebots führt zum Kompromiss einer angemessenen

senen Regionalisierung. Die Einzugsgebiete für Rehabilitationseinrichtungen müssen überschaubar und von den Teilnehmern zumutbar erreichbar sein, die Einrichtungen müssen in die regionale sozialpsychiatrische und allgemeine Infrastruktur gut vernetzt werden.

- Als wenig sinnvoll erweist sich auch die Forderung, Rehabilitationsangebote für alle von psychischer Krankheit Betroffenen vorzuhalten. Die Erfahrung der Rehabilitationseinrichtungen zeigt, dass nur ein Teil der von psychischer Krankheit und seelischer Behinderung Betroffenen gezielte intensive und zeitlich abgrenzbare Rehabilitationsmaßnahmen, wie es in der Rehabilitationsgesetzgebung und in den fachlichen Konzepten vorgesehen sind, benötigt. Andere Menschen kommen auch ohne solche Rehabilitationsmaßnahmen mithilfe abgestufter flexibler Integrationshilfen im Alltag an, andere werden mit einer gezielten Rehabilitationsmaßnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt überfordert. Die Gefahr von Resignation und Verzweiflung ist aus der Begleitforschung in solchen Fällen bekannt. Zwar ist die Teilhabe am Arbeitsplatz oder hilfsweise an einer sinnvollen Beschäftigung ein wichtiges Thema, doch ist nicht für alle Betroffenen zu jeder Zeit der Zugang zum Erwerbsleben im engen Sinn gewünscht und realistisch; jenseits solcher Überlegungen ist allerdings unbestreitbar, dass das Rehabilitationssystem für psychisch Kranke in der Bundesrepublik Deutschland derzeit Lücken hat und auch unter Zugrundelegung realistischer Erwartungen dringend ein weiterer Ausbau erforderlich ist.

### **Innovationen in den RPK-Einrichtungen – die kooperative RPK auf dem Weg zur virtuellen Institution**

Die niedersächsischen RPK-Einrichtungen konnten dank verständnisvoller Kooperation der zuständigen Kosten- und Leistungsträger, insbesondere der LVA Hannover, ein Modell entwickeln und erproben, das die Empfehlungsvereinbarung RPK weiterentwickelt und Lösungsansätze für die in den Vorbemerkungen genannten Probleme anbietet. Das Rehabilitationszentrum am Hesselkamp in Osnabrück konnte als niedersächsische Modelleinrichtung in der Zeit der Erprobungsphase die ersten Schritte auf diesem Weg gehen, andere Einrichtungen in diesem Lande haben je nach den örtlichen Erfor-

dernissen andere Akzente gesetzt, beispielsweise die ausschließlich teilstationär/ambulant arbeitenden Einrichtungen in den Ballungsräumen des Landes (Hannover, Wunstorf).

In Kürze lässt sich das kooperative RPK-Modell wie folgt beschreiben: Die Institution besteht im Wesentlichen aus einem multiprofessionellen, in der psychiatrischen Rehabilitation erfahrenen Team. Menschen, die für die psychiatrische Rehabilitation in Frage kommen, finden, wenn sie aus eigenem Antrieb oder durch Vermittlung behandelnder Ärzte und Kliniken, Beratungsstellen und Fachdienste der Kostenträger dort hinvermittelt werden, zunächst ein Beratungsangebot, das ihnen auch im Falle einer fehlenden Indikation zur Reha-Maßnahme nach dem RPK-Modell mit Ratschlägen und Weitervermittlung zu helfen versucht. Wird dagegen die Indikation zu einer Rehabilitationsmaßnahme gestellt, kann durch einen eingespielten kurzen Draht zu den Kosten- und Leistungsträgern rasch die Zusage erfolgen.

Während der Rehabilitationsmaßnahme stehen dann umfassende Situationsabklärung mit Darstellung von Ressourcen und Defiziten, eigenen Wünschen und deren Realisierbarkeit und die daraus sich ableitende flexibel fortgeschriebene Rehabilitationsplanung im Vordergrund. Die Mitglieder des Rehabilitationsteams begleiten den Rehabilitationsteilnehmer in einer Beziehungskontinuität auf dem weiteren Weg und akquirieren verschiedene Hilfen in der Region im Bereich der beruflichen Rehabilitation und ihrer Vorbereitung etwa zur Arbeitsdiagnostik und Belastungserprobung, zur beruflichen Bildung und Wiedereingliederung durch Nutzung von Ressourcen in klinisch psychiatrischen Einrichtungen (Arbeitsdiagnostik), Institutionen der beruflichen Bildung und von Arbeitsplätzen im gesamten Spektrum des Arbeitsmarktes. Gerade hierin liegt ein großer Vorteil, in dem entsprechend den persönlichen Bedürfnissen alle denkbaren Arbeitsplätze für Praktikum, Belastungserprobung und Eingliederung genutzt werden können. Von den Mitgliedern des Rehabilitationsteams erfordert dies gute Kenntnisse der regionalen Verhältnisse, kommunikative Fertigkeiten und Einfallsreichtum.

Durch diese »kooperative« Struktur entstehen vielfältige Beziehungen in die Region, die zum Abbau der Stigmatisierung und zur Vorbereitung konkreter beruflicher Wiedereingliederung genutzt werden können. Die RPK nähert sich dabei einer virtuellen Einrichtung. Es besteht keine fest gefügte Institution. Das »Gebäude RPK«

enthält nur die Büros der Teammitglieder, Räume für Besprechungen und Gruppen. Wohnen können Rehabilitationsteilnehmer in von der Einrichtung vorgehaltenen Wohngemeinschaften (stationäre RPK) oder in freigewählten anderen Wohnformen einschließlich der eigenen Wohnung und von dort aus die Rehabilitationsangebote aufsuchen (teilstationäre RPK). Die Bedingungen dieses Settings lassen sich je nach den Bedürfnissen und Fortschritten flexibel variieren.

Konzeptionell folgt die Arbeit, die hier skizziert wird, dem Bewältigungsparadigma: Ausgehend von Erkenntnissen der psychologischen Forschung zur Bewältigung chronischer Krankheiten wird mit den Teilnehmern die aktive Überwindung von Krankheitsfolgen und die davon bestimmte Lebensbewältigung im Allgemeinen und bezogen auf besondere Schwerpunkte, insbesondere auf die Berufstätigkeit, erarbeitet. Das Konzept wurde ursprünglich vor allem für Menschen, die an Schizophrenie und verwandten Störungen leiden, entwickelt. Inzwischen sind auch in größerer Zahl Menschen mit anderen Störungen, insbesondere schweren affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Neurosen aufgetaucht, für die Modifikationen des Programms erforderlich wurden. Eine besondere Rolle spielt in letzter Zeit auch die Gruppe der Menschen mit »Doppeldiagnosen«, bei denen eine psychische Störung im engeren Sinne sich mit einer Substanzabhängigkeit verbindet. Hier führte die Kooperation von RPK-Einrichtungen mit Einrichtungen der Rehabilitation für Suchkranke zu innovativen und durch die Synergie günstigen Angeboten. Kooperative RPK-Einrichtungen sind eng in die sozialpsychiatrischen Verbände der jeweiligen Stadt oder des Landkreises integriert.

Das beschriebene System hat sich bewährt. Es ermöglicht schon jetzt personenbezogene Hilfen. Die Evaluationsforschung zeigt, dass die Rehabilitation erfolgreich ist. Besonders erfreulich ist daran, dass Rehabilitationserfolge bis zu fünf Jahren nach Abschluss der Maßnahme nicht nur stabil bleiben, sondern sich tendenziell sogar weiter verbessern. Im Übrigen entsprechen die Rehabilitationsergebnisse in den kooperativen RPK-Einrichtungen den Ergebnissen, wie sie aus der internationalen Rehabilitationsforschung bekannt sind. Durch die relativ geringen Aufwände und festen Strukturen, die vorgehalten werden müssen und die Nutzung von Synergieeffekten ist das Modell auch kostengünstig. In Niedersachsen bestehende Plä-

ne zu einer flächendeckenden Umsetzung, sind bereits weitgehend verwirklicht worden.

Trotz dieser positiven Bilanz sind Probleme unübersehbar: Die psychiatrische Rehabilitationsforschung ist defizitär, daher sind die Voraussetzungen erfolgreicher Rehabilitation empirisch nicht hinreichend überprüft. Die bundesweite Umsetzung des bewährten Modells flexibler kooperativer Rehabilitation ist blockiert durch die mangelnde Bereitschaft, die Empfehlungsvereinbarung RPK fortzuschreiben, und die – aus fachlicher und volkswirtschaftlicher Sicht unverständliche – Weigerung einiger Kosten- und Leistungsträger, an der Weiterentwicklung des Angebots mitzuwirken. So wird etwa die für eine psychiatrische Rehabilitation notwendige Dauer der Maßnahme, die nach unserer Erfahrung im Allgemeinen zwischen sechs Monaten und zwei Jahren beträgt, gelegentlich immer wieder infrage gestellt und es werden die aus der somatischen Rehabilitation abgeleiteten, in unserem Zusammenhang grotesken »Drei-Wochen-Maßnahmedauern« angeboten.

Eine in Deutschland weltweit einzigartige überdimensionierte psychosomatische Rehabilitation entzieht dem Ausbau der psychiatrischen Rehabilitation Ressourcen. Die Rehabilitation Suchtkranker folgt weiterhin einem Modell, das regionale Vernetzung und sozialpsychiatrische Ausrichtung erschwert. Neue und zunächst viel versprechende Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation wie etwa die Einrichtung von Integrationsfachdiensten werden nicht hinreichend mit dem psychiatrischen Rehabilitationssystem verzahnt, sodass eher eine Verschlechterung der gegenwärtigen Integrationsbemühungen droht.

Vergleicht man das beschriebene System mit den für angemessene beruflicher Rehabilitation aufgestellten Qualitätsmerkmalen, so ergibt sich Folgendes:

- Der Aspekt der Wohnortnähe wurde diskutiert, zu fordern ist eine flächendeckende Ausbreitung psychiatrischer Hilfen zur Rehabilitation, sodass im Allgemeinen die Erreichbarkeit innerhalb einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich wird.
- Eine flexible Gestaltung der Rehabilitation und der anschließenden Integration unter Berücksichtigung diskontinuierlich verlaufender Prozesse ist in dem beschriebenen Modell weitgehend möglich. Dies kann auch durch eine Unterbrechung und spätere Wiederaufnahme der Rehabilitationsmaßnahme geschehen.

- Leistungsgrenzen überschreitende Hilfen sowie eine Leistungsträger und -erbringer übergreifende Rehabilitationsplanung und -gestaltung ist nach der Empfehlungsvereinbarung RPK grundsätzlich möglich.
- Die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsbemühungen ist nach den vorliegenden Katamnesen im Allgemeinen gut. Die Einrichtungen leisten teilweise unbezahlt auch Nachbetreuung.
- Die Einbindung in regionale Kooperationsstrukturen ist für nach dem beschriebenen Modell arbeitende Rehabilitations-Einrichtungen unverzichtbar und auch gegeben.
- Insgesamt ergeben die Innovationen im Bereich der RPK-Einrichtungen einen gangbaren Weg, der zur Nachahmung empfohlen werden kann. Sicherlich sind daneben je nach den örtlichen Gegebenheiten auch andere Wege der Entwicklung und Vernetzung denkbar.

## Literatur

1. BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK-Bestandsaufnahme, Frankfurt am Main 2000