

Anforderungen an Rehabilitation und Integration

Leitlinien für Rehabilitation und Integration

Heinrich Kunze, Julia Pohl

Erfolge der Psychiatrie-Reform

In den letzten 20 Jahren wurde eine Vielzahl von psychiatrischen und psychosozialen Hilfen in den Versorgungsregionen geschaffen, die es ermöglicht haben, dass Menschen mit chronisch rezidivierenden psychischen Erkrankungen weitgehend selbstständig in dem von ihnen selbst gewählten sozialen Umfeld leben können. Ambulante und teilstationäre Behandlung, Betreutes Wohnen, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten usw. sind mehr oder weniger flächendeckend realisiert, die stationären Behandlungszeiten wurden extrem verkürzt – also insofern eine erfolgreiche Reform. Aber wie sieht es aus mit der Teilhabe am Arbeitsleben?

Exkurs zur Bedeutung von Arbeit

Arbeit, bzw. etwas weiter gefasst, sinnvolle Tätigkeit ist ein wesentlicher Faktor für die psychische Gesundheit. Aus der Alltagserfahrung wie aus der Forschung ist bekannt, dass Untätigkeit eine Fülle von Problemen hervorruft und unter Umständen einen erheblichen Betreuungsbedarf erzeugt. Shepherd, ein englischer Psychologe und Schüler von Bennett, wies 1984 darauf hin, dass es keine andere einzelne Aktivität gebe, so reich und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung wie Arbeit und arbeitsähnliche Tätigkeiten. Folgende wichtige Funktionen führt er auf:

- Ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer;
- Eine Möglichkeit, sich in normalen sozialen Rollen (nicht in der Patientenrolle) zu engagieren und somit der chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken;
- Ein leicht identifizierbares Kriterium für Genesung;
- Ein Gefühl für sozialen Status und Identität;
- Soziale Kontakte und Unterstützung;
- Ein Mittel zur Tagesstrukturierung;

- Finanzielle Belohnung¹.

Diese Erkenntnisse sind nicht neu. Wir wollen gar nicht so weit zurückgreifen und Hermann Simon bemühen, der bereits in den Zwanzigerjahren die positiven Auswirkungen der Arbeit für Psychiatriepatienten (wieder) entdeckte. Wir möchten aber betonen, dass sich in den psychiatrischen Kliniken seit der Psychiatrie-Enquete die Arbeitstherapien zu einem sehr wichtigen Instrument der Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation entwickelt hatten.

Arbeits- und rehabilitationsvorbereitende Maßnahmen sowie intensive berufsbezogene Diagnostik und individuelle Rehabilitationsplanung können auf Grund der immer kürzer werdenden Behandlungszeiten nicht mehr in großem Umfang angeboten werden. Sie wurden aber im Zuge der Psychiatrie-Reform auch nicht außerhalb der Kliniken ersetzt. Genau genommen ist damit in dem Bereich »Teilhabe am Arbeitsleben« ein Teil des ohnehin nicht ausreichenden Hilfsangebotes verloren gegangen. Es wurden auch praktisch keine neuen Angebote entwickelt.

Von den Patienten im arbeitsfähigen Alter, die ambulant, tagesklinisch oder stationär in unserer Psychiatrischen Klinik behandelt werden, sind nur noch etwa 20 % im ersten Arbeitsmarkt integriert, bei dem Klientel der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle des Landkreises sowie der Stadt Kassel sind es weniger als 10 %. Aber wie kann das passieren, wenn doch seit Jahrzehnten bekannt ist, dass Arbeitslosigkeit und Passivität fatale Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Allgemeinbefinden haben und dies besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen?

»Teilhabe am Arbeitsleben« kann nicht von der Psychiatrie allein entwickelt werden

Die Verkürzung des Arbeitsbereiches liegt sicher nicht an der Nachlässigkeit oder mangelndem Überblick der »Reformer«, sondern ganz einfach daran, dass die Psychiatrie und das psychosoziale Netzwerk den Lebensbereich »Teilhabe am Arbeitsleben« nicht allein aus sich heraus realisieren konnten und können.

¹ vgl. SHEPHERD 1984, S. 124 und Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988, in 3. Kap. C 8

Die Psychiatriereform kann natürlich nur dort greifen, wo die zuständigen Leistungsträger und Leistungserbringer Einfluss haben, d.h. bei den psychiatrischen und psychosozialen Hilfsangeboten. Auf dieser Ebene wurde das Thema »Arbeit« auch berücksichtigt:

- Die Anzahl der Plätze in Werkstätten für psychisch Behinderte wurden ausgeweitet;-
- Die Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke – insgesamt viel zu gering! – wurde etwas erhöht;
- Im weitesten Sinne zählt auch der Auf- und Ausbau von Integrationsfirmen dazu, da diese in der Regel von psychosozialer Seite aus initiiert wurden.

Aus der psychiatrischen Versorgung heraus wurden zwar einige Arbeitsangebote entwickelt, aber die psychisch kranken Menschen bleiben weitgehend unter sich und erreichen nicht Arbeit in der Normalität. Der einzige praktische Schritt in diese Richtung ist bislang das Angebot der berufsbegleitenden Dienste. Damit ist zumindest die relativ kleine Anzahl von psychisch Kranken versorgt, die über einen Arbeitsplatz verfügen. Einzelnen psychisch Kranken hilft der Integrationsfachdienst.

Was ist aber mit der großen Anzahl von psychisch Kranken, die weder in den Behindertenwerkstätten noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt den richtigen Platz finden? Will man auch diesen psychisch Kranken die »Teilhabe am Arbeitsleben« ermöglichen, dann geht es nicht nur um die erforderlichen psychosozialen Hilfen, sondern in aller erster Linie um die Bereitstellung von entsprechenden Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen. Dies kann aber nicht allein in der Hand der Psychiatrie-Reformer liegen, sie brauchen dafür die Mitarbeit der Politik, der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Arbeitsverwaltung usw. Eine Verknüpfung von Psychiatrie und Arbeitswelt setzt voraus, dass beide Seiten auf einander zugehen, um gemeinsame Lösungen für die Probleme psychisch kranker Menschen zu finden.

Anforderungen an ein Hilfesystem »Teilhabe am Arbeitsleben«

Genau so wie in den Lebensbereichen »Wohnen« und »Soziale Kontakte« muss auch in dem Bereich »Teilhabe am Arbeitsleben«

- der Begriff »Behinderung« umfassender definiert werden,

- der Perspektivwechsel von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Hilfe, von der Angebotsorientierung zur Bedarfsorientierung vollzogen werden,
- das Normalisierungsprinzip Vorrang haben, d.h. weniger institutionsgebundene, mehr betriebliche Förderung,
- eine individuelle Förderplanung verfolgt werden, anstatt eine Zuweisung von Personen zu vorhandenen Plätzen/Maßnahmen,
- eine Flexibilisierung der Förderangebote angestrebt werden,
- der Zugang zu den Hilfs- und Förderangeboten für alle gewährleistet sein,
- die Verantwortung für die regionale Planung und Steuerung der Hilfsangebote verbindlich festgelegt sein.

Neue Sichtweise der Behinderung: Eine Person ist nicht behindert, sie wird behindert

Der Begriff »Behinderung« muss in vollem Umfang in seiner Doppeldeutigkeit verstanden werden. Die traditionelle Sichtweise von Behinderungen geht davon aus: Eine Person ist behindert, d.h. sie ist auf Grund von körperlichen, geistigen oder psychischen Störungen in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Daraus ergibt sich, dass die Ursache z.B. für geringe Eingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt in der Person selbst liegt. Um ihre Chancen zu verbessern, muss die Person selbst sich ändern.

Die zweite Bedeutung von Behinderung ist – und sie wird bislang noch viel zu wenig beachtet –, dass die Person behindert wird, weil die Rahmenbedingungen eine Integration auf dem Arbeitsmarkt nicht zu lassen. Hieraus folgt, dass die Bedingungen verändert werden müssen, um den Zugang zum Arbeitsleben zu ermöglichen. Behinderung ist also keine (konstante) Eigenschaft einer Person, sondern ein dynamischer Prozess, das Ergebnis der Interaktion zwischen einer Person (mit Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen) und ihrem sozialen Umfeld. Diesem Verständnis von Behinderung liegt das Konzept der Krankheitsfolgen zu Grunde, das von der WHO vor ca. zwei Jahrzehnten entwickelt wurde (vgl. ICIDH und jetzt ICF).

Die allgemeinen Handlungsnormen des Sozialrechts wurden 2001 im neuen SGB IX fortentwickelt. Sie gehen von dem oben beschriebenen dynamischen Konzept von Behinderung aus. Der

umfassende Begriff ist jetzt Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe. In Bezug auf Ausbildung und Arbeit geht es nicht nur um die Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt mit voller Wochenarbeitszeit, sondern generell um »Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten«², d.h. die Hilfen müssen passend sein zur hilfebedürftigen Person (mit ggf. beeinträchtigten Fähigkeiten) und nicht umgekehrt – dies ist auch zu sehen im Kontext der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt: Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Teilarbeitszeit bis hin zu Zuverdienstarbeitsplätzen.

Von der Angebotsorientierung zur Bedarfsorientierung

Angebotsorientierung heißt: Auf der Grundlage allgemeiner Kenntnisse von den Auswirkungen psychischer Störungen im Arbeitsprozess werden Beratungs-, Betreuungs- und Förderangebote entwickelt und dann dazu die passenden Klienten ausgewählt.

Bedarfsorientierung heißt: Ausgangspunkt ist die Versorgungsverpflichtung für die betroffenen Personen in einer Region, z.B. Stadt oder Kreis. Es wird mit dem Betroffenen gemeinsam festgestellt, welche Förderung er braucht, um am Arbeitsleben teilhaben zu können, und dann wird eine für ihn passende Maßnahme gesucht oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, eine individuelle Lösung erarbeitet. Bei der Beschäftigungsförderung für Arbeitslose durch das Arbeitsamt und die Sozialhilfe zeichnet sich ein Perspektivwechsel ab, der genau in diese Richtung geht und sich mit dem Schlagwort »Fördern und Fordern« kennzeichnen lässt.

Die Bertelsmann-Stiftung hat gerade zusammen mit der Bundesanstalt für Arbeit und den kommunalen Dachverbänden ein Handbuch herausgegeben [1]. Darin werden neue Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung vorgestellt, bei denen als mögliches Eingliederungshindernis auch eine psychische oder Suchterkrankung in den Blick genommen wird. Insofern finden hier auch psychiatriespezifische Belange Berücksichtigung in der allgemeinen Beschäftigungsförderung.

Allgemein wird in dem Handbuch angestrebt, dass Maßnahmen und Einrichtungen zur Berufsförderung nicht mehr unabhängig davon finanziert werden, ob sie den Neigungen und Fähigkeiten der

Arbeitslosen entsprechen und zu Qualifizierungen führen, für die auf dem regionalen Arbeitsmarkt Bedarf besteht. Das neue Konzept geht vielmehr einerseits von den in der Region vorhandenen Personen aus, andererseits von den Möglichkeiten und Grenzen des regionalen Arbeitsmarktes. Beide Seiten sollen auf einander zu geführt werden.

Aus der Aggregation der individuellen Hilfebedarfe von Personen in einer Region sollen die regionalen Förderangebote geplant werden. Damit ist die zielorientierte Steuerung auf der Einzelfall-ebene sowie die bedarfsorientierte Angebotssteuerung auf der regionalen Ebene als Aufgabe thematisiert. Dieser Perspektivwechsel im Bereich der Arbeitsförderung und Sozialhilfe entspricht dem in der psychiatrischen Versorgung, beide gilt es zusammenzuführen, um die Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen grundlegend zu verbessern.

Von der Rehabilitation in Sondereinrichtungen zur Rehabilitation im betrieblichen Umfeld

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

Einen besonders anschaulichen Anstoß, die Rehabilitation im betrieblichen Umfeld nachhaltig zu stärken, geben die Ergebnisse einer in den USA von Drake et al. durchgeführten kontrollierten Studie, bei der die Effektivität von zwei unterschiedlichen Ansätzen in der beruflichen Rehabilitation von Personen mit schweren psychischen Störungen untersucht wurden [3]: Einerseits der Weg der individuellen Platzierung und Unterstützung durch eine Fachkraft (employment specialist) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, andererseits die Förderung in Rehabilitationseinrichtungen. Als wichtigstes Ergebnis der Studie wird festgehalten, dass bezüglich des Ziels der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt (competitive employment) der Ansatz der individuellen Platzierung und Unterstüt-

2 vgl. § 4 Abs. 3 SGB IX

zung wesentlich erfolgreicher war als der herkömmlich »gestufte« Weg in und durch Rehabilitationseinrichtungen:

Rehabilitationsansatz	Erreichte Integration in	
	Allgemeinen Arbeitsmarkt	Beschützte Beschäftigung
Betrieblich mit Unterstützung: erst platzieren, dann trainieren	61 %	9 %
Durch Rehabilitationseinrichtungen: erst trainieren, dann in Betrieb platzieren	11 %	71 %

Abb. 1: Vergleich der Rehabilitationsansätze

Der Weg der individuellen betrieblichen Platzierung und Unterstützung dort entspricht dem Normalisierungsprinzip und den Prinzipien unserer sozialrechtlichen Regelungen, nach denen »allgemeine« – hier insbesondere betriebliche – Maßnahmen Vorrang vor denen in speziellen Einrichtungen haben.

Hier stellt sich aber häufig das Problem, dass die im Einzelfall erforderliche spezielle Handlungskompetenz von Fachkräften vorwiegend in speziellen Einrichtungen zu finden und hier »institutionell« abgesichert ist. Es sind Struktur-/Organisationskonzepte zu entwickeln, wie die derzeit unter dem Dach einer Einrichtung gebündelte Kompetenz personen- und bedarfsorientiert »laufen lernen« kann (unterstützte Erprobung, Qualifizierung, Beschäftigung).

Voraussetzung dafür sind Anreize und Rahmenbedingungen für eine verstärkte Zuwendung zur betrieblichen Rehabilitation (platziert rehabilitieren) und Beschäftigung sowie damit einhergehend zur Entwicklung von Kooperationsstrukturen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Bildungsträgern sowie Betrieben zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, wie die Finanzierung von funktionalen Leistungen zur Teilhabe gestaltet werden könnte, z.B. über eine Differenzierung nach Kostenarten für

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

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

Vom Standardangebot zur individuellen Förderplanung

Individuelle Ziele

Das herkömmliche Angebot für Rehabilitation und Eingliederung ist gewachsen gemäß jahrzehntelangen Investitionsplänen des Bundes und der Länder für Einrichtungen sowie nach sozialrechtlich verankerten Maßnahmepaketen. Und die Personen, die einigermaßen zu diesen Angeboten passen, werden in diese Programme integriert. Aber die Durchführung von Maßnahmen ist kein Ziel! Das allgemeine Ziel nach SGB IX ist die Teilnahme am Arbeitsleben, möglichst auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Aber auch Menschen, die dies Ziel nicht (sogleich) erreichen können, haben Anspruch auf Förderung. Nur müssen die Ziele dann anders definiert werden. Dabei sollte die ganze Bandbreite von möglichen Zielen im Blick sein (Abb. 2). Der jeweils erreichte Stand kann dann – auch nach langer Zeit der Stabilisierung – Ausgangsbasis dafür sein, ein neues Ziel anzustreben. Denn der wechselnde Verlauf der psychischen Beeinträchtigungen kann auch positive Entwicklungen im längeren Verlauf über Jahre zeigen. Eine solche abschnittsweise Fortschreibung der individuellen Ziele geht davon aus, dass es nicht bessere und schlechtere oder höhere und geringere Ziele gibt, sondern dass in Bezug auf die Möglichkeiten und Grenzen von konkreten Personen in ihrer (Arbeits-)Region die aktuell realisierbaren Ziele angestrebt werden. Das kann bei dem einen der tariflich entlohnte Arbeitsplatz sein, bei dem anderen eine Zuverdienstmöglichkeit oder eine ehrenamtliche Tätigkeit.

Individuelle Planung

Für das psychiatrische Hilfesystem wurde die personenzentrierte Hilfeplanung (IBRP) entwickelt, die sich zunächst schwerpunktmäßig auf die Bewältigung des Alltagslebens im Wohnbereich Lebensfeld bezogen hat [5]. Diese Hilfeplanung beinhaltet – auf

	Allgemeiner Arbeitsmarkt normales Arbeitsverh.	Besonderer Arbeitsmarkt Werkstatt für be- hind. Menschen	Rehabilitative Beschäftigung	Dritter Sektor
Selbstständig				Hauswirtschaftliche Versorgung
(einschließlich selbstständige Beschäftigung, z.B. bildneri- sches Gestal- ten)	◆ unbefristet ◆ befristet ◆ in Integrati- onsbetrieben ◆ geringfügige Beschäftigung (325,- Euro- Regelung)	◆ allgemein ◆ ggf. Differenzie- rung für psychisch Behinderte ◆ ausgelagerter Arbeitsplatz	◆ Arbeitsgelegen- heiten ◆ Zuverdienst ◆ Tagesstruktu- rierende Tätigkeit	- von Familienangehörigen ◆ mit Betreuung von Kindern ◆ mit Betreuung pflege- bedürftiger Angehöriger (SGB XI) Ehrenamtliche Tätigkeit Tauschbörse/ Gegenseitige Hilfe

Abb. 2: Hierarchie von Zielen der Rehabilitation und Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung

Grundlage einer sorgfältigen Diagnostik – eine umfassende Beschreibung der aktuellen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen des Betroffenen, und darauf aufbauend die Festlegung der erforderlichen Hilfen. Eine Differenzierung dieser Hilfeplanung für die Teilhabe am Arbeitsleben steht noch aus.

Möglicherweise hat uns hier die Bertelsmann-Stiftung einen Teil der Arbeit abgenommen, denn das oben genannte Handbuch konzipiert einen Eingliederungsplan, der der personenzentrierten Hilfeplanung sehr nahe kommt:

»Kernpunkt einer effektiven Eingliederung ist eine überlegte und koordinierte Vorgehensweise, i.e. der Eingliederungsplan. Dieser Plan basiert auf dem Prinzip Fördern und Fordern: Eigenverantwortung und Eigeninitiative sind ebenso wichtig wie der Einsatz passgenauer und effektiver Eingliederungsinstrumente«.³

Die Eingliederung soll

- bedarfsgerecht, d. h. den individuellen Fähigkeiten und Neigungen entsprechend
- wirksam, auch in schwierigen Fällen
- nachhaltig
- effizient und wirtschaftlich zu gestalten
- und bürgernah sein.

3 zit. Bertelsmann-Stiftung, a.a.O., S.

Die Einzelfallorientierung steht ganz oben an. Zur Feststellung der Ressourcen und Bedarfe gehört notwendigerweise auch die Selbsteinschätzung des Arbeitslosen. Erst im Abgleich der objektiven und subjektiven Sicht wird das Bild vollständig. Differenzen zwischen Betreuer und Arbeitslosen müssen verhandelt werden. Die Absprachen im Laufe des Eingliederungsprozesses sollen Klarheit und Transparenz hinsichtlich der Rechte, Pflichten und möglichen Konsequenzen gewährleisten. Dies alles soll im Verhältnis zwischen Betreuer und Arbeitslosen jederzeit auf gleicher Augenhöhe besprochen, verhandelt und vereinbart werden (bis hin zur schriftlichen Fixierung der Leistungen einerseits und der Mitwirkungspflichten andererseits im Eingliederungskontrakt).

Der Eingliederungsprozess soll beginnen mit der berufsbezogenen Diagnostik (Stärken- und Schwächenermittlung) des Arbeitslosen, die mindestens folgende Punkte umfasst:

- Qualifikationen;
- Berufliche Erfahrungen und deren Dauer;
- Motivation, Erscheinungsbild;
- räumliche und zeitliche Mobilität ;
- physische und psychische Ausgangslage.

Dieser Diagnoseprozess erfolgt ggf. handlungsorientiert in Verbindung mit Praktika, Probearbeit usw.

In einer zweiten Phase werden die individuelle Ausgangslage (inkl. der Wünsche und Ziele) mit der Nachfrage des regionalen Arbeitsmarktes in Zusammenhang gebracht. Daraus folgt dann der individuelle zielorientierte Eingliederungsplan als Grundlage für eine zielgerichtete Fallsteuerung. Er ist das Medium, mit dem der Verlauf des Prozesses immer wieder partnerschaftlich zwischen Fallverantwortlichem und Arbeitslosem reflektiert und in Bezug auf die Zielerreichung überprüft wird. Bei Personen mit komplexem Hilfebedarf wird nach dem Assessment ein Casemanager/Fallberater festgelegt, der zuständig ist bis zur nachhaltigen Eingliederung.

Die Anforderungen an den Casemanager sind vielfältig: »Teacher, Preacher, Friend, Cop« oder zu Deutsch wörtlich: Lehrer, Pfarrer, Freund, Polizist. Dies erfordert Qualifizierungen als Interviewer, Moderator, Beobachter, Berater, Gutachter. Wenn diese Form der Eingliederungsplanung bei den Arbeits- und Sozialämtern tatsächlich in die Praxis umgesetzt wird, dann haben wir eine sehr

gute gemeinsame Grundlage für die Hilfeplanung für psychisch beeinträchtigte Menschen.

Individuelle Hilfen

Eine individuelle Förderplanung läuft natürlich ins Leere, wenn sie nicht in eine individuell angepasste Förderungspraxis mündet. Die Realisierung des personenzentrierten Ansatzes setzt die Gewährleistung der erforderlichen Hilfefunktionen in der Region voraus, wobei die Frage, wo und durch wen diese Hilfen angeboten werden, sekundär ist.

Für die Betroffenen sollen folgende Basisfunktionen in ihrer Wohnregion erreichbar sein:

- arbeitsweltbezogene Beratung und Bewältigungsunterstützung, Coaching;
- personenbezogene Hilfe (Dienstleistungen) zur Erlangung/Sicherung eines Arbeits-/Beschäftigungsverhältnisses; Begleitung, Moderation am Arbeitsplatz;
- personenbezogenen Hilfen/Dienstleistungen zur (Wieder-)Erlangung von Arbeitsfähigkeiten; vorbereitende Hilfen/Training für Arbeitstätigkeit oder berufliche Qualifizierung;
- Qualifizierung (einschließlich: Training on the job), Ausbildung, Fortbildung;
- Bereitstellung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten (einschließlich niederschwellige Arbeits-/Beschäftigungsangebote), sowohl für längerfristige Tätigkeit wie auch als »Überbrückungshilfe«, z.B. im Vorfeld oder im Anschluss an Qualifizierungsmaßnahme.

Diese funktional definierten Hilfen sind in jeder Region zu organisieren und können in den verschiedenen institutionellen Formen von verschiedenen Leistungsanbietern angeboten werden. Die Frage nach dem Spektrum von Arbeitsfeldern (vgl. Abb. 2), worauf hin rehabilitiert wird, verschärft sich immer mehr, angesichts der Tatsache, dass immer weniger Menschen mit chronisch rezidivierenden, psychischen und Suchterkrankungen noch im ersten Arbeitsmarkt einen Platz finden. Allgemeine Entwicklungen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit inkl. unbezahlter Urlaub und Teilzeit können diesen Trend etwas zurückdrängen.

Der zweite Arbeitsmarkt expandiert, bisher hauptsächlich in gesonderten Institutionen, insbesondere Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Die Leitlinie muss sein: Mehr Arbeitsplätze des zweiten Arbeitsmarktes integriert in Betriebe (Coaching/Beratung für den Betrieb sowie Lohnsubventionierung für Minderleistungsausgleich oder Bündelung des Niedriglohns mit Leistungen zur Grundsicherung). Der dritte Sektor sind ehrenamtliche Arbeiten, nicht nur für Personen, die aus Altersgründen aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, sondern auch vor allem für diejenigen, die im arbeitsfähigen Alter keinen Platz im ersten oder zweiten Arbeitsmarkt haben. Hier geht es um Aufgaben, die ehrenamtlich, ggf. unterstützt durch Aufwandsentschädigung mit sozialer Wertschätzung verknüpft sind und deren Bereitstellung ggf. organisatorisch unterstützt wird.

Flexible Entlohnungssysteme und existenzsicherndes Einkommen

Die unzulängliche Motivationsförderung der üblichen Arbeitsbezahlungen ist seit langem bekannt. Deshalb müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Arbeit auch zu einem existenzsichernden Einkommen führt. Der Minderleistungsausgleich an Arbeitgeber, bisher nur im Schwerbehindertenrecht vorgesehen, soll auch bei einer Einstiegsphase ohne SB-Anerkennung möglich sein, wenn die (Weiter-)Beschäftigung eines psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmers mit wirtschaftlichen Nachteilen für den Arbeitgeber verbunden ist. Durch eine fachärztliche Überprüfung dieser Voraussetzungen, insbesondere bei Verlängerungen, kann einem Missbrauch vorgebeugt werden.

Der Grundsatz »Subvention vor Sozialhilfe« sollte auch für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung gelten, die auf Grund einer erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit nur einer Teilzeitbeschäftigung – ggf. nur stundenweise – nachgehen oder auf dem besonderen Arbeitsmarkt tätig sind. Möglichkeiten der Bündelung der Auszahlung von Leistungsentgelt und weiteren Leistungen (z.B. Hilfe zum Lebensunterhalt, ab 2003 Leistungen der bedarfsorientierten sozialen Grundsicherung, (Teil-)Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) sollten geprüft werden. Schließlich kommen auch die Kombilohnregelungen infrage, die Anreize zur Aufnahme einer Beschäftigung im Niedriglohnsektor für Langzeitarbeitslose schaffen sollen.

Regionale Angebotsplanung und -steuerung

Regionales Verbundsystem

In Anbetracht der gegenwärtig bestehenden erheblichen regionalen Unterschiede in der Entwicklung und Verfügbarkeit von Hilfen und dem weit verbreiteten Nebeneinander von Angeboten ist

- einerseits analog zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbünde auch für die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Entwicklung von Verbundsystem zu fördern und zu fordern und
- andererseits strukturell wie auch im Einzelfall die ggf. erforderliche Verknüpfung von psychiatrischen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten.

Zur wohnortnahen Vorhaltung und bedarfsgerechten Ausgestaltung der vorstehend beschriebenen elementaren Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten sind verbindliche

- Strukturen zur Koordination und Steuerung auf regionaler Ebene, in denen sich die jeweiligen Leistungsanbieter und Leistungsträger (Reha-Träger) zu einer gemeinsam getragenen Leistungsverpflichtung insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus der Region zusammenfinden und
- Qualitätsstandards für die Hilfeangebote (Einrichtungen und Dienste) und die Leistungserbringung zu entwickeln und umzusetzen.

Die Wahrnehmung der regionalen Koordinations- und Steuerungsfunktion erfordert die Entwicklung und Implementation von Instrumenten und Verfahren zur Bedarfsermittlung und -planung, verknüpft mit einer regelmäßigen Berichterstattung. Diese Aufgabe könnte durch ein Gremium wahrgenommen werden, das der regionalen Hilfeplankonferenz im Bereich Hilfen zur Selbstversorgung im Wohnbereich entspricht. Hier finden sich die Leistungsträger und Leistungserbringer zusammen, um in besonders problematischen Einzelfällen gemeinsam eine Lösung zu erarbeiten und anhand festgestellter individueller Bedarfe die notwendigen Hilfsfunktionen bereitzustellen. Der regionale Gesamtbedarf in Bezug auf diese Funktionen ergibt sich

aus der Aggregation der individuellen Bedarfe und nicht aus der Projektion von Messzahlen auf die Bevölkerung [1]. So wird die Versorgungsverpflichtung gemeinsam wahrgenommen und auch überwacht. Dieser Prozess der Weiterentwicklung und Umgestaltung, hin zu einer personenzentrierten Organisation im Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sollte in ausgewählten Regionen systematisch unterstützt, begleitet und evaluiert werden, um aus den in diesen Referenzregionen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen Anregungen und Orientierungen für eine systematische Umsetzung zu erhalten⁴.

Kooperation zwischen dem psychiatrischen und dem allgemeinen Hilfesystem

Personen mit Problemen bei der Teilhabe am Arbeitsleben müssen dort frühzeitig abgeholt werden, wo ihre Probleme sichtbar werden. Wenn die Probleme im psychiatrischen Hilfesystem erkannt werden, muss eine qualifizierte Zusammenarbeit mit den Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet sein. Wenn die Probleme bei der Inanspruchnahme von Hilfen der Arbeitsverwaltung, der Sozialhilfe und bei allgemeinen sozialen Diensten sichtbar werden, muss eine qualifizierte Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Hilfesystem gewährleistet sein.

Berücksichtigung von Arbeitsperspektiven im psychiatrischen Hilfesystem

Bei Therapeuten und z.B. Krankenkassen ist die Meinung verbreitet, dass die Befassung mit Arbeitsproblemen nicht zur Krankheitsbehandlung, sondern ausschließlich zur Rehabilitation gehöre. Dies ist jedoch falsch. Auch in der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung müssen evtl. Folgen der Erkrankung für die Teilhabe am Arbeitsleben systematisch berücksichtigt werden. Dies kann erfolgen durch Kontakte mit dem Betrieb (Vorgesetzte, Kollegen, Personalabteilung, Betriebsarzt, Betriebsrat) einschließlich von therapeutisch eingesetzten Belastungserprobungen am eigenen Arbeitsplatz im Rahmen der gestuften Wiedereingliederung⁵ oder im Rahmen be-

⁴ vgl. Bertelsmann-Stiftung, a.a.O., S. 182

⁵ vgl. § 74 SGB V und § 28 SGB IX

trieblicher Praktika. Zur psychiatrischen Behandlung gehört eben nicht nur das diagnostische und therapeutische Gespräch über Arbeitsprobleme, sondern ggf. auch die handlungsorientierte Diagnostik und Erprobung. Bei aktuellen Problemen, z.B. drohendem Verlust des Arbeitsplatzes und ggf. der Sozialversicherung, muss eine sofortige Krisenintervention erfolgen.

Berücksichtigung des psychiatrischen Hilfebedarfs bei der Inanspruchnahme von allgemeinen Hilfen

Es gibt auch viele Menschen mit schwereren psychischen Störungen, die keinen Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem haben. Bei ihnen führen die Folgeprobleme im Arbeitsleben zur Inanspruchnahme entsprechender Hilfesysteme, vor allem der Arbeitsverwaltung und der Sozialhilfe. In dem oben erwähnten Handbuch der Bertelsmannstiftung werden fünf Strategiegruppen benannt:

- A benötigen Suchhilfen, z.B. Vermittlungsvorschläge;
- B leichter Unterstützungsbedarf, z.B. Bewerbungstraining;
- C Bedarf an Qualifizierung und Weiterbildung;
- D Arbeitslose mit komplexem Hilfebedarf benötigen mehrere, aufeinander abgestimmte Maßnahmen;
- E Arbeitslose mit massiven Vermittlungshemmnissen ohne gegenwärtige Eingliederungschancen. Für diese Menschen geht es in erster Linie um die Sicherung ihrer Grundbedürfnisse.

In der Gruppe D und E finden sich häufig Personen, bei denen psychische und Suchterkrankungen zu dem komplexen Hilfebedarf maßgeblich beitragen. Hier stellt sich oft das Problem, dass die Abklärung und Realisierung des psychiatrischen Hilfebedarfs Voraussetzung für weitere Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind.

Die Kooperation zwischen den beiden Bereichen wird in vielen Regionen bisher noch sehr »ungelenk« praktiziert. Hier liegt ein lohnendes Aufgabenfeld brach, zielorientierte Kooperationsprozesse zu vereinbaren und die dafür notwendigen Strukturen in der Region zu schaffen. Das wirft – wie bei der Aufgabenverteilung und Kooperation zwischen Allgemeinmedizin und Psychiatrie – die Frage auf, die je einzeln zu klären ist: Ist das Arbeitsamt/Sozialamt federführend zuständig, mit Konsultation von Seiten der Psychiatrie oder umgekehrt?

Zusammenfassung und Ausblick

Wir haben bei dieser Tagung viel gehört über unzureichende Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir möchten aber die Aufmerksamkeit lenken auf die konstruktiven Perspektiven, die es zu nutzen gilt. Das Bundesarbeitsministerium hat diesen Problembereich aufgegriffen und das Projekt bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE in Auftrag gegeben. Das lange erwartete, endlich verabschiedete SGB IX ist noch mit einer Reihe von Unklarheiten behaftet, doch entscheidend sind die mit diesem Gesetz verbundenen Perspektiven und Zielsetzungen, die in einem kontinuierlichen Prozess im Sinne »lernender Gesetzgebung«, der Evaluation der Umsetzung des Gesetzes vorangetrieben werden. Das Gesetz greift auf und verstärkt den Perspektivwechsel von schematischen paketartigen Hilfeangeboten hin zur Individualisierung, unter Berücksichtigung des konkreten Lebenskontextes der betroffenen Personen.

Damit tragen Ansätze ihre Früchte, die die WHO erstmals 1980 mit dem Konzept der Krankheit und der Krankheitsfolgen formuliert hat [4]. Dies wird auch deutlich z.B. in dem Handbuch der Bertelsmann-Stiftung, dessen Konzeption mit der des personenzentrierten Ansatzes in der Psychiatrie konvergiert. Das Problem Arbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nicht mehr eine Sache der Psychiatrie alleine, sondern die Politik, die Arbeitsverwaltung und die Sozialhilfeträger müssen dieses zentrale gesellschaftliche Problem aufgreifen. Damit eröffnet sich die Perspektive, in diesem in der Psychiatriereform bisher unterentwickelten Lebensbereich zu besseren Lösungen zu kommen.

Literatur

1. BERTELSMANN-STIFTUNG, BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, DEUTSCHER LANDKREISTAG, DEUTSCHER STÄDTETAG, DEUTSCHER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND (Hg): Handbuch Beratung und Integration. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2002
2. BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988
3. DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., BEBOUT, R.R. et al: A Randomized

- Clinical Trial of Supported Employment für Inner-City-Patients With Severe Mental Disorders. Arch Gen Psychiatry 56, 1999 S. 627–633
4. MATTHESIUS, R.G., JOCHHEIM, K.A., BAROLIN, G.S., HEINZ, C. (Hg.): ICIDH – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ulstein, Mosby, Berlin Wiesbaden 1995
 5. KAUDER, V., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997
 6. SHEPHERD, G.: International Care and Rehabilitation. Longman, London and New York 1984

Vermittlung chronisch psychisch Kranker in Arbeit

Karin Gelfort

Mein Name ist Karin Gelfort. Ich bin Ergotherapeutin. Ein Teil meiner Aufgaben besteht in der Vermittlung chronisch psychisch kranker Menschen in Arbeit. Über die Bedeutung der Teilhabe an gesellschaftlicher Arbeit – insbesondere für diesen Personenkreis – ist viel geforscht, geschrieben und veröffentlicht worden. Deshalb will ich an dieser Stelle nicht näher darauf eingehen. Im Folgenden möchte ich Ihnen schildern, wie wir diesen Wunsch nach Arbeit hier umsetzen.

Der Bezirk

Mein Arbeitsplatz befindet sich in Berlin, im Bezirk Mitte. Seit der Bezirksfusion im letzten Jahr besteht dieser aus drei ehemaligen Bezirken, zwei West- und einem Ostbezirk. Einer der ehemaligen Westbezirke heißt Wedding und ist der Ort, an dem ich tätig bin. Es ist ein relativ typischer (westlicher) Innenstadtbezirk mit ca. 160.000 Einwohnern. Ca. 17 % der Bevölkerung leben von Sozialhilfe. Im Zusammenhang damit gibt es verstärkt Programme im Rahmen von »Hilfe zur Arbeit«. Ein Teil davon erreicht den Personenkreis der chronisch psychisch kranken Menschen. Einige können davon längerfristig profitieren. Für viele ist es eine Überforderung.

Wir nutzen den Bereich insbesondere im Rahmen der »Gemeinnützigen zusätzlichen Arbeit«. Hier handelt es sich um Hilfstätigkeiten im Umfang von vierzig bis sechzig Stunden im Monat. Die Stunde wird mit 1,53 • zuzüglich zur Sozialhilfe belohnt. Einige chronisch psychisch kranke Menschen haben hier die für sie passende Nische gefunden: Sie arbeiten im Gartenbauamt mit, helfen dem Schulhausmeister oder machen in der Geschäftsstelle eines gemeinnützigen Vereins die Kopierarbeiten. Im Bezirksamt sind wir auf Mitarbeiter gestoßen, die verstanden haben, dass dieser Bereich Möglichkeiten bietet, in unterschiedliche Arbeitsorte reinzuschmecken und eventuell Leistungsfähigkeit zu erproben.

Der Zuverdienst

Viele der chronisch psychisch Kranken sind angewiesen auf die Existenz so genannter Zuverdienstfirmen, häufig in der Nähe der eigenen Wohnung. Hier kann man die Arbeitszeit frei vereinbaren sowie entsprechend den eigenen Möglichkeiten arbeiten. Wir haben im Wedding eine Firma, die Aufträge für Industriebetriebe der Region im Bereich Konfektionierung, Sortierung und Versand durchführt, eine Reinigungsfirma, die in den Geschäftsstellen, Tageszentren, Heimen des Bezirks putzt und einen Botendienst, der bezirksinterne Post der Vereine und des Bezirksamts zu Fuß oder per Fahrrad austrägt. Insgesamt handelt es sich um 30 bis 35 Plätze.

Diese Plätze teilen wir uns mit dem ganzen Bezirk Mitte. Im ehemaligen Ostbezirk gibt es einen Renovierungs- sowie einen weiteren Reinigungsbetrieb und seit kurzem einen Naturkostladen. Im ehemaligen anderen Westbezirk gibt es einen Zuverdienstbereich, der den Kaffeeausschank in der KBS, einen weiteren Botendienst und unterschiedliche im dortigen Tageszentrum und dessen Nähe anfallende Aufgaben erledigt.

Zuverdienstfirmen sind Teil der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung, sie werden durch bezirkliche Zuwendungen finanziert. Diese Mittel haben wir im Wedding gemäß Psychiatrieentwicklungsplan komplett in die Finanzierung der Anleitungstellen gegeben, um ein Höchstmaß an Plätzen zu erreichen. Nachteil davon ist, dass die Miet-, Energie- und sonstigen Kosten durch die Arbeitsleistung der Zuverdiener erbracht werden müssen, sodass der finanzielle Zuverdienst relativ gering und der Kampf um Rentabilität dieser Firmen streckenweise sehr hoch ist. Die Beschäftigten verdienen sich etwas zu Sozialhilfe und/oder Rente hinzu.

Die Vergabe der Plätze

In den Zuverdienstfirmen gibt es keine Wartelisten mehr. Wer einen Platz braucht, bekommt ihn vermittelt über die Steuerungsrunde, so heißt bei uns die Hilfeplankonferenz. Dort werden neben Wohn- und Tagesstättenplätzen seit ca. eineinhalb Jahren auch die Zuverdienstplätze vergeben. Dieses Gremium ist mit allen in der Region wichtigen Diensten besetzt: Vertretern der Klinik, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Wohnträger, der Kontakt- und Beratungsstelle, der

Tagesstätte, sowie Vertretern des Zuverdienstes. Letztere bemühen sich, auch in über den Zuverdienstbereich hinausgehenden Fragen bezüglich Arbeit, Ausbildung, Förderangeboten möglichst aktuell informiert zu sein. Die Vorstellung in der Steuerungsrunde orientiert sich an folgenden Grundsätzen:

- Die Pläne, die dort vorgestellt werden, sind die Wünsche des Betroffenen, zumindest war er an der Planung beteiligt. Er ist einverstanden, dass sein Anliegen in diesem Gremium vorgestellt wird.
- Wir orientieren uns wohnortnah (außer der Betroffene wünscht ausdrücklich etwas anderes).
- Wir legen fest, wer, wo, wie für welche Hilfen zuständig ist.
- Für den laufenden Prozess der Hilfeleistung benennen wir eine koordinierende Bezugsperson.

Die Vorstellung der Wünsche des Betroffenen in diesem Gremium erfolgt meist nicht durch ihn selbst, sondern durch einen Mitarbeiter seines Vertrauens bzw. durch denjenigen, der den Rehabilitationsplan mit ihm erarbeitet hat. Das kann der Mitarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) sein, der den Betroffenen schon lange kennt, der Wohnbetreuer, in Einzelfällen auch der gesetzliche Betreuer, so er nah genug ist. Häufig gibt es Vorstellungen im Rahmen eines Klinikaufenthalts. Hier entstehen oft veränderte Planungen, Lebensentwürfe, weil die vorangegangenen fehlgeschlagen sind.

Mitunter kommen wir innerhalb der Steuerungsrunde zu anderen Schlussfolgerungen. Grund hierfür ist häufig, dass im Vorfeld nach wie vor schwerpunktmäßig an Wohn»lösungen« gedacht wird. Und wenn der Mensch Kontakt braucht, na, dann suchen wir einen Platz in einer Wohngemeinschaft oder einem Heim. Die Frage, was chronisch kranke Menschen den Tag über tun, gewinnt erst langsam an Bedeutung.

Auch psychisch kranke Menschen wollen häufig eher allein in eigener Wohnung wohnen und am Tag zur Arbeit gehen. Sie wollen außerhalb der Rolle des Kranken, des Patienten bedeutsam sein. Arbeit ist eine gute Möglichkeit, um mit Menschen in Kontakt zu kommen, auch und gerade, wenn man die Kunst der Unterhaltung nicht so gut beherrscht. Vor lauter Betreuungswünschen wird dies oft vergessen, und vielen Betroffenen auch nicht mehr oder noch nicht zugetraut. Die Steuerungsrunde mit ihren gemeinsam erar-

beiteten Absprachen und klaren Verantwortlichkeiten bietet den Boden, auf dem man Menschen etwas zutrauen kann.

Ganz konkret

- Ein Mitarbeiter des SpD stellt einen Klienten vor. Dieser möchte gerne in der Gastronomie arbeiten, wo er früher schon tätig war, kann jedoch seine Leistungsfähigkeit nicht mehr einschätzen. Wir verabreden ein Praktikum im Küchenbereich der Tagesstätte. Im Nachgespräch wird deutlich, dass noch viel »übrig« ist von den alten Fähigkeiten, jedoch Angst vor Überforderung den Arbeitsalltag trübt. Wir kennen ein gemeinnütziges Nachbarschaftscafé gleich um die Ecke, das gerade Hilfe in der Küche braucht. Gemeinsam mit ihm machen wir einen Termin und klären die Finanzierung über »Gemeinnützige zusätzliche Arbeit« beim Bezirksamt. Der Mitarbeiter des SpD bleibt die koordinierende Bezugsperson und bespricht das Thema Arbeit in seinen regelmäßigen Kontakten mit dem Klienten.
- Der Arzt aus der Klinik befürchtet, dass sein Patient nach der Entlassung den Zuverdienstplatz, den er bis zur Aufnahme hatte, verlieren wird. Dieser kann nicht mit anderen in einem Raum arbeiten, er ist dauernd abgelenkt, angestrengt, fängt dann Streit an. Dort hat er es recht lange ausgehalten und möchte gerne bleiben. Die Steuerungsrunde rät, nicht aufzugeben. Firma, Klient und Arzt sollen überlegen, was möglich ist. Ergebnis ist, dass er, wenn die anderen weg sind, das Putzen übernimmt. Wer für ihn und die Firma Ansprechpartner sein soll, muss noch geklärt werden.
- Die Wohnbetreuerin ist ratlos. Ihre Klientin traut sich nicht mehr in die Zuverdienstfirma. Sie kann nicht mithalten bei den aktuellen Aufträgen, fühlt sich nutzlos, aber der Platz ist ihr wichtig. Auch hier geht es eher um Unterstützung beim Verhandeln. Sie übernimmt die Kaffeekasse, kauft den Kaffee und alles was dazu gehört, kocht ihn auch und sammelt das Geld ein. Ihre Zeiten muss sie dafür reduzieren, aber jetzt kommt sie wieder gerne. Die Wohnbetreuerin verabredet ein monatliches Dreiergespräch.
- Der Mitarbeiter der Kontakt- und Beratungsstelle stellt einen Besucher vor. Dieser hatte in Begleitung seines damaligen Wohnbetreuers in einem Beratungsdienst das Versprechen für einen

Trainingsarbeitsplatz bekommen. Voraussetzung war, dass er einen Computer-Kurs absolviert. Die Wohnbetreuung lief aus. Der Besucher erzählt in der Kontakt- und Beratungsstelle (KBS) eher beiläufig von seinem erfolgreich absolvierten Kurs und dem Ärger über den nicht erhaltenen Platz. Den Beratungsdienst gibt es inzwischen nicht mehr. Von irgendwelchen Versprechen will niemand mehr etwas wissen. Die in der Steuerungsrunde vertretenen Vereine überlegen, ob sie nicht in ihrem Verwaltungsbereich einen Arbeitsplatz »basteln« können.

Den Wunsch in der Region nach einer ständig aktualisierten Liste über die freien Kapazitäten im Zuverdienstbereich verbinden wir mit dem Wunsch des Besuchers nach einem PC-Arbeitsplatz. Er kommt ins Tageszentrum, wenn er es schafft, werktäglich für zwei Stunden, erstellt, pflegt und verschickt diese Liste, kopiert und übernimmt den Telefondienst. Bezugspersonen sind der Mitarbeiter der KBS und der Mitarbeiter im SpD, der ihn schon lange kennt.

- Die Vereine dieser Region haben verabredet, die Post, die wir innerbezirklich verschicken, nicht mehr mit Briefmarken versehen in den Briefkasten zu werfen. Wir reservieren sie einem Botendienst, der für das gleiche Geld diese Post persönlich zu Fuß oder per Fahrrad befördert. Insbesondere Menschen, die es in geschlossenen Räumen nicht gut aushalten und in Bewegung sein müssen, brauchen ein solches Angebot. Die koordinierende Bezugsperson »unseres ersten Boten« sorgt dafür, dass er trotz krankheitsbedingter Unterbrechungen seine drei Stunden, die er freitags arbeitet, behält.

Das Denken in Konzeptpaketen ist vorbei, aber dennoch weit verbreitet. Da wir es eher selten mit den »passenden« Menschen zu tun haben, müssen wir die Konzepte den Klienten anpassen. Es entstehen trägerübergreifende Hilfeplanungen, deren Absprachen und Zuständigkeiten klar definiert und leistbar sein müssen. Und wir brauchen eine koordinierende Bezugsperson, einen Coach.

Die koordinierende Bezugsperson

Sie ist ganz wichtig für das Gelingen der Übung. Sie ist »am nächsten dran«, hat den Überblick, weiß, was wichtig, was unwichtig ist. Der Eintritt in eine wie auch immer geartete Arbeitnehmerrolle, ist für Menschen, die sich lange ausschließlich in der Patientenrolle bewegt haben, häufig mit Schwierigkeiten verbunden:

- Oft fehlt nach langer Arbeitslosigkeit das Gefühl für die eigene Leistungsfähigkeit.
- Immer gibt es an den Orten der Arbeit Menschen, die man nicht mag. Wie kann man trotzdem mit ihnen zusammenarbeiten?
- Jede Arbeit hat auch unangenehme Seiten. Wie gelingt es, trotzdem dabeizubleiben?
- Die alten Kollegen kennen sich lange und verstehen sich ohne Worte. Werde ich meinen Platz dort finden? Was kann ich tun, wenn ich mich ausgeschlossen fühle?

Konflikte, die wir alle aus dem Arbeitsleben kennen. Gut ist, wenn hier jemand außerhalb der Arbeit zur Seite steht, der überlegen und verhandeln hilft, wenn man es selbst nicht kann oder der einen aus dem Bett schmeißt, damit man nicht schon wieder zu spät kommt.

Die Bezugsperson schützt auch den Anleiter im Zuverdienst davor, Betreuer zu werden, (»da sich sonst niemand kümmert«). Seine originäre Aufgabe, nämlich Arbeit vorzuhalten, den Arbeitsprozess so zu gestalten, dass jeder – egal wie viel oder wie wenig er kann – die für ihn passende Aufgabe zu erledigen vermag, kurz gesagt für ein optimales Arbeitsklima zu sorgen, ist nur zu erfüllen, wenn er sich auf die Bezugsperson verlassen kann.

Die Bezugsperson muss Begleiter sein. Sie muss schauen, ob der Weg noch stimmt, ob ein Platz in einer Werkstatt für Behinderte nicht doch besser wäre oder ob das mit der Arbeit 'ne schöne Idee war, aber eigentlich der Tischtennisclub oder der Kirchenchor geeigneter wäre. Manche Angebote sind austauschbar. Es gilt, den für den psychisch kranken Menschen richtigen Weg und Ort gemeinsam mit ihm zu finden. Manchmal gibt es ihn noch nicht und man muss ihn erfinden.

Die Pannen

Natürlich klappt das nicht immer alles so wunderbar.

- Träger halten sich nicht an Absprachen. Koordinierende Bezugspersonen sind plötzlich nicht mehr zuständig, es gibt keine Nachfolge und keiner merkt es.
- Die Planung ist oberflächlich gemacht worden, um schnell noch den freien Zuverdienstplatz zu bekommen, eigentlich geht es um etwas ganz anderes.
- Ein Mitarbeiter, der den Betroffenen nicht kennt, hat vorgestellt und irgendwie ist alles ganz schräg eingefädelt worden.
- Der Oberarzt der Station ist sowieso nicht der Meinung, dass er sich an Beschlüsse der Steuerungsrunde zu halten hätte und favorisiert ein wunderschön gelegenes Heim in Brandenburg ...

Manches davon kann man regeln, anderes macht ratlos oder wütend. Ich tröste mich damit, zu sagen: »Wir üben noch.«

Integration psychisch kranker Menschen in Arbeit

Rainer Radloff

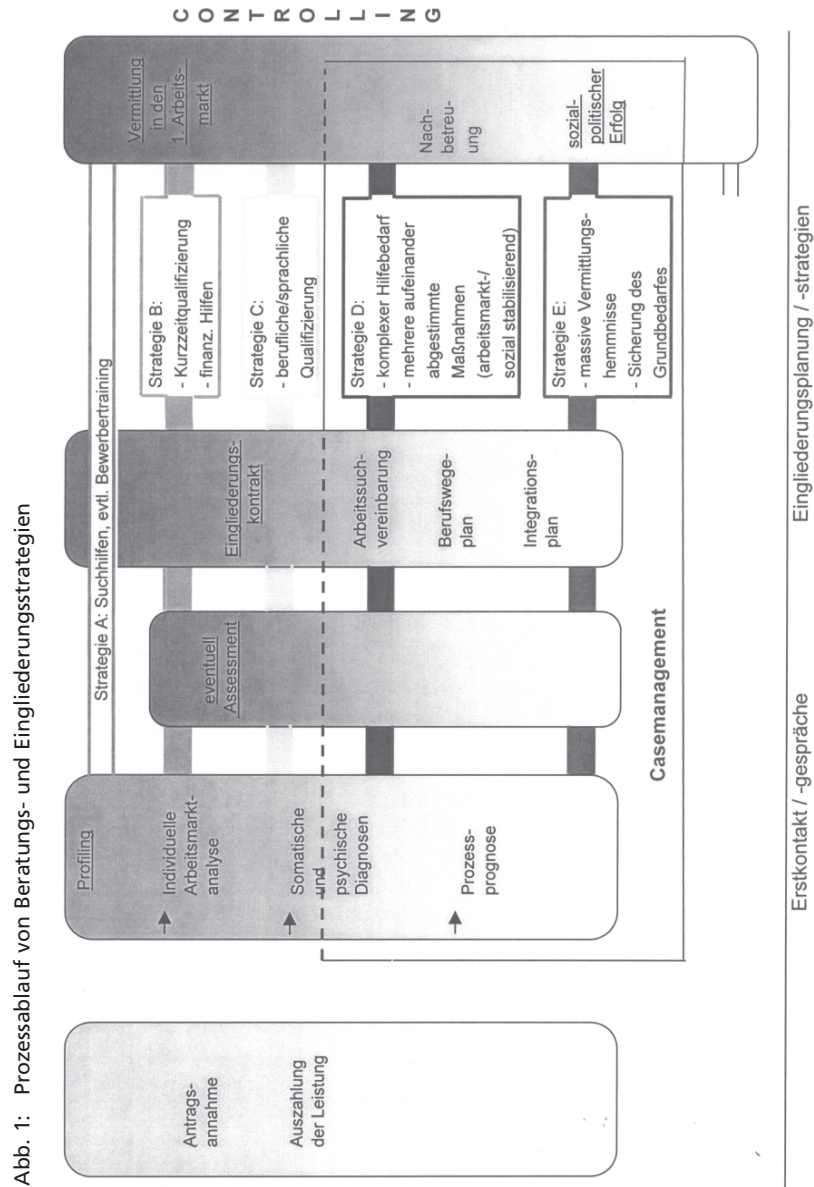
Vorbemerkung

Als Geschäftsführer einer Management- und Steuerungsgesellschaft für kommunale Arbeitsmarktpolitik mit 70 Mitarbeitern bin ich Experte für Integrations- und Beratungsprozesse von Sozialhilfebeziehern, wobei die Integration von psychisch Beeinträchtigten mit medizinischer Indikation in den Arbeitsmarkt von uns nicht betrieben wird. Hier soll explizit das Thema der Integration von psychisch Beeinträchtigten unter dem Fokus unserer Erfahrung zur optimalen Gestaltung und Steuerung eines Integrationsprozesses sowie die notwendige Beratungsplanung aufgenommen werden. Meine Hoffnung bei der Behandlung eines Themas, für das ich kein ausgewiesener Spezialist bin, liegt im gegenseitigen Lerneffekt dieser Veranstaltung.

Im Folgenden werde ich dazu einige Thesen präsentieren, die die gegenwärtige Praxis der kommunalen Arbeitsmarktpolitik und Verzahnungen mit dem Thema aus meiner Sicht stärker hinterfragt. Die ersten beiden Thesen fassen die Entwicklung der kommunalen Arbeitsmarktpolitik bis heute kurz zusammen. Die daraus resultierende kontinuierliche Erarbeitung und Verbesserung von differenzierten Eingliederungsstrategien, werden trotz ihres komplexen Inhalts in den Thesen 3–5 kurz skizziert. Die letzten fünf Thesen beschäftigen sich mit der Verzahnung dieser Entwicklung von Beratungsprozessen und mit unserem bisherigen Umgang mit der Gruppe der psychisch Beeinträchtigten in der bisherigen Praxis.

1. Die kommunale Arbeitsmarktpolitik hat inzwischen ihre eigene Geschichte. Sie hat sich von einer eher von Trägern bestimmten angebotsorientierten zu einer personenbezogenen nachfrageorientierten Arbeitsmarktpolitik gewandelt. Früher bestimmten häufig Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger auf Grund ihrer vorgehaltenen Kapazitäten die Angebote, heute hat sich ein Paradigmenwechsel ergeben, sodass eher vom Einzelfall aus der individuelle Integrationsweg das wahrgenommene Angebot bestimmt.

2. Dies hat vielerlei Implikationen. So war die erste kommunale Gegenwehr gegen die Auswirkungen von Massenarbeitslosigkeit von Sozialhilfeempfängern geprägt dadurch, dass über die Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeit – statt Sozialhilfe – Stellen dem Arbeitsamt die Arbeitslosen wieder übereignet wurden. Ein nachhaltiges Integrationsziel war damit nicht verbunden und wurde infolgedessen auch nicht erreicht. Nach dieser ersten Phase setzten die Kommunen mehr auf Qualifizierung und nun schließlich auf differenzierte Eingliederungsstrategien, die adäquate Angebote für jeden Sozialhilfebezieher darstellen.
3. Wie in Abbildung 1 dargestellt, besteht diese Eingliederungsstrategie aus differenzierten Prozessen. In einer individuellen Arbeitsmarktanalyse werden die Kenntnisse, das Verhalten, die Erfahrungen und Wünsche des Arbeitssuchenden mit den aktuellen Arbeitsmarktanforderungen abgeglichen. Dabei soll auch die psychische und somatische Situation einbezogen werden, um eine Prozessprognose zu machen, die die Integrationsschritte und die einzusetzenden Instrumente bestimmt. Sollten Beratungsgespräche keine ausreichende Basis bieten, sind ressourcenorientierte Assessmentverfahren und Orientierungsseminare weitere Verfahren zur Klärung der Situation und Perspektive. Die Prozessprognose bietet auch die Grundlage auf Seiten der Berater für den Abschluss eines Eingliederungskontraktes mit dem Klienten.
4. Dieser Eingliederungskontrakt unterscheidet sich je nach Eingliederungsstrategie
 - in einem *Arbeitssuchvertrag*, bei der Strategie
 - A: Hier sind nur Suchhilfen zu bieten, ggf. ein Bewerbungstraining, da die Personen voll arbeitsmarktfähig sind.
 - in einem *Berufswegeplan*, bei den Strategien
 - B: Dabei werden Maßnahmen beschrieben, die leichten Unterstützungsbedarf bieten, wie weitere Orientierungs- und Stabilisierungsmaßnahmen sowie finanzielle Beihilfen für Menschen, die nur geringe Vermittlungshemmnisse haben.
 - C: Hier fehlen den Arbeitslosen Qualifikationen für die Erfordernisse des Arbeitsmarktes und diese müssen durch Weiterbildungsmaßnahmen in Unternehmen oder bei Bildungsträgern durchgeführt werden.
 - in einem *Integrationsplan* für die Strategien



D: Personen mit komplexem Hilfebedarf, die mehrere aufeinander bezogene arbeitsmarktorientierte und psycho-soziale Unterstützungen bedürfen, um in einem längeren Prozess an den Arbeitsmarkt herangeführt werden.

E: Personen, für die nur soziale Unterstützungen zur Sicherung ihres Grundbedarfes und zur Stabilisierung ihrer Lebensführung im Vordergrund stehen, damit sie die ersten Schritte für eine Basis der (Re-)Integration in Gesellschaft und Arbeit machen können.

Für die letzten beiden Strategien ist ein Casemanagement zur Steuerung des Prozesses angebracht.[1]

5. Unter dem Thema »Fördern und Fordern« wird neben den beschriebenen Angeboten auch die Bereitschaft zur Mitarbeit vorausgesetzt. Dies hat viele Konsequenzen, da eine Ablehnung von Angeboten zur Kürzung und Streichung der Sozialhilfe führen kann.
6. Häufig läuft – auch in Bielefeld – die Zielgruppe der Sozialhilfebezieher mit medizinisch attestierten psychisch Beeinträchtigungen parallel zu unseren Instrumenten und wird (in dem von uns ausgeführten Auftrag) nicht berücksichtigt. Konfrontiert sind wir aber mit vielen Personen in Grenzbereichen oder mit Personen, die noch kein eigenes Bewusstsein über ihre psychische Beeinträchtigung haben.
7. Deutlich ist, dass in den Arbeitsmarktberatungen psychische Beeinträchtigung ein tabuisiertes Thema ist. Dies ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen: Es gibt eine Unkenntnis der Arbeitsmarktberater über psychische Störungen und dem adäquaten Umgang damit und es gibt noch kein klares Instrumentarium oder eindeutiges Hilfeverfahren, wie man bei den unterschiedlichen Eingliederungsstrategien adäquate Unterstützungen für psychisch Beeinträchtigte einsetzen kann.

Aus der Sichtweise der psychisch beeinträchtigten Klienten gibt es mehrere Gründe, das Thema zu tabuisieren:

- Viele sind von dem Verhalten der »Ämter« bereits abgeschreckt und haben auf Grund ihrer schlechten Erfahrungen kein Interesse mehr, dort ihre Situation zu schildern.
- Häufig gibt es aber auch kein eigenes Bewusstsein über psychische Beeinträchtigungen und deshalb noch keine Bedarf und
- darüber hinaus können, wenn psychische Beeinträchtigungen im

Bewusstsein der Personen sind, Schamprozesse eine Offenlegung verhindern.

8. Zurzeit weisen zwei Indikatoren auf psychische Beeinträchtigungen hin, wenn sie vorher tabuisiert wurden und vom Berater nicht in dem Prozess aufgedeckt wurden.
 - Widerstand gegenüber den Angeboten. Dies kann zu erheblichen Konsequenzen führen, wenn bei den Beratern nicht der Widerstand auch als Analysefaktor für den Beratungsprozess genutzt wird, sondern nur sozialhilferechtlich mit Kürzungen gearbeitet wird.
 - Abbruch während einer Maßnahme. Auch dieser kann zu sozialhilferechtlichen Maßnahmen führen und hat die Misserfolgserlebnisse erhöht.
9. Deshalb müssen bei einer Prozessplanung innerhalb der Arbeitsmarktberatung psychische Störungen mit berücksichtigt werden. Während des Arbeitsmarktberatungsprozesses ist deutlich zu markieren, wo arbeitsmarktpolitische Beratungen Grenzen haben und therapeutische bzw. medizinische Versorgung einsetzen muss. Das bedeutet auch, dass ein Hilfesystem für psychisch Beeinträchtigte ein Casemanagement-Verfahren unabhängig von der gewählten Eingliederungsstrategie voraussetzt.
10. Insgesamt wird deutlich bei allen Ausführungen, dass die getrennten Hilfesysteme mehr miteinander verzahnt und kooperativ tätig werden müssen, um die gesellschaftliche und ökonomische Teilhabe von psychisch Beeinträchtigten zu realisieren.

Literatur

1. BERTELSMANN-STIFTUNG, BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, DEUTSCHER LANDKREISTAG, DEUTSCHER STÄDTETAG, DEUTSCHER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND (Hg): Handbuch Beratung und Integration. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2002

Betreuung statt Arbeit? Der mühsame Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wolfgang Rust

Vorbemerkung

Im Mittelpunkt der Bemühungen der AKTION PSYCHISCH KRAKE und unserer Arbeit steht eine relativ kleine Zahl von psychisch kranken Menschen mit einem chronischen, von häufigen Rückschlägen und vielfältigen lebenspraktischen und sozialen Einschränkungen gekennzeichneten Krankheitsverlauf. Nach dem bisherigen Verlauf der Tagung ist festzustellen, dass trotz vieler Bekenntnisse zu niedrigschwellig zugänglichen Arbeitsmöglichkeiten die Aufmerksamkeit in vielen Beiträgen sich auf die Menschen konzentrierte, die dichter am ersten Arbeitsmarkt sind. Daher möchte ich besonderen Bezug nehmen auf jene psychisch kranken Menschen, die im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung so vielschichtigen Lebensrisiken unterliegen, dass sie längerfristiger fachlicher Unterstützung bedürfen

Die in vielen Veröffentlichungen und zuletzt wieder im Zwischenbericht des Projektes »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation« beklagten Defizite bei der Teilhabe am Arbeitsprozess [1] bringen uns zu folgender Zielsetzung:

- Wir sehen die Identität stiftenden, bei psychisch erkrankten Menschen therapeutischen Aspekte von Arbeit als erwiesen an.
- Jeder erkrankte Mensch hat einen Anspruch darauf, dass ihm entsprechend den verfügbaren Kenntnissen und therapeutischen Methoden geholfen wird.
- Also hat jeder psychisch kranke Mensch einen Anspruch auf Arbeit.
- Diesem Anspruch im Sinne einer *Versorgungsverpflichtung* gerecht zu werden ist die Aufgabe wohnortnaher, regionaler Verbundsysteme.

Ich möchte mit den folgenden Ausführungen, ausgehend vom komplexen System der Teilhabe am Arbeitsleben, Kritik an einer mangelhaften konzeptionellen Integration in die Hilfeplanung und Leis-

tungserbringung vortragen und Vorschläge zu einer institutionellen Flexibilisierung der Arbeitsangebote für eine verbesserte funktionale Organisation der Hilfen benennen. Orientiert sind die Überlegungen an dem Teil der psychisch erkrankten Menschen, die eine intensive Betreuung in vielen Lebensbereichen haben, aber im Bereich Arbeit in großer Zahl nicht integriert werden konnten.

Totale Zersplitterung statt totaler Institution?

Die Formulierung »Teilhabe am Arbeitsleben« ersetzt im SGB IX den früher üblichen Begriff »berufliche Rehabilitation«. Selbst wenn der Rehabilitationsbegriff fachlich in einem umfassenden Sinne verwendet werden und damit von engen leistungsrechtlichen Zuordnungen gelöst werden konnte, signalisiert »Teilhabe« unter funktionalen Gesichtspunkten besser die Verknüpfung von Weg und Ziel.

Der durch die Tätigkeit und das publizistische Geschick der AKTION PSYCHISCH KRANKE begrifflich neu gefasste und konzeptionell geordnete Paradigmenwechsel vom einrichtungs- zum personenzentrierten Ansatz muss im bisher am stärksten zersplitterten Bereich der Förderung von Teilhabe, nämlich der Teilhabe am Arbeitsleben, in besonderer Weise zu Veränderungen führen. Bisher, so wird im Bericht der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich festgestellt, kann die Bildung von »maßnahmemhomogenen Kästchen« als Versuch verstanden werden, für die Mitarbeiter/-innen von Einrichtungen und für die Kostenträger die Komplexität zu reduzieren.

Bezogen auf die psychisch kranken Menschen mit besonders ausgeprägten krankheitsbedingten Einschränkungen und mit langfristigem Krankheitsverlauf ersetzt diese Spezialisierung durch Vielfältigung von Zuständigkeiten und Abgrenzungen die klassische maßnahmemhomogene (besser: maßnahmediffuse) Versorgung in einer Einrichtung – dem Langzeitkrankenhaus oder Dauerwohnheim.

- Im klassischen Ein-Milieu-Setting fehlten bei der dort üblichen Art und Weise zur Komplexitätsreduktion Ansätze zum Offenhalten von Möglichkeiten, sowohl im zeitlichen und räumlichen Nahbereich wie auch am Horizont.
- Im System gegliederter Zuständigkeiten wird die an der individuellen Biografie ansetzende Integration von Komplexitätsreduktion und gleichzeitiger Erhaltung und Realisierung von

Möglichkeiten verfehlt. Möglichkeiten gibt es viele, die personenbezogene, biografisch sinnhafte Integration wird zum Problem.

Die Forderung impliziert ein radikales Überdenken von Einrichtungszuschnitten auch im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

Hoher Aufwand garantiert keine erfolgreiche Eingliederung

Testgruppe für das Funktionieren eines derart anspruchsvollen Systems sind die psychisch erkrankten Menschen, die von »normaler Arbeit« am weitesten entfernt sind – idealtypisch:

- Menschen, die auf Grund ihres Alters die Möglichkeiten eines vielfach gegliederten Systems der beruflichen Rehabilitation noch gar nicht vorfinden, bevor Arbeit aus ihrem Leben, beiläufig während der Psychiatriereform, verschwunden ist;
- Menschen, die auf Grund eines frühen Krankheitsbeginns arbeitsbezogene Fähigkeiten noch kaum aufgebaut haben und nun vor der Aufgabe stehen, mehrere identitätsbildende und zur Gesundheit und Reifung gehörende Aspekte ihres Lebens gleichzeitig in Angriff zu nehmen.

Beispiele dafür, wie ein gut ausgestattetes Betreuungssystem und ein differenziertes System zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zusammen kommen.

Betreute psychisch kranke Menschen

In Bremen erhalten rund 530 psychisch kranke Menschen Hilfen im Rahmen des Betreuten Wohnens (eigene Wohnung, Wohngruppe, Wohnheim). Der durchschnittliche Personalschlüssel dieser Angebote liegt bei 1:4,16.

Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen

- stationäre und teilstationäre Arbeitstherapie am psychiatrischen Krankenhaus;
- arbeitstherapeutische Tagesklinik;
- differenzierte Programme der Werkstatt für behinderte Men-

schen im Bereich Arbeitstraining und Dauerarbeitsplätze, z.B. in regionalen Kleinwerkstätten und ausgelagerten Arbeitsplätzen in Betrieben;

- ambulanten beruflicher Reha-Dienst für die Organisation betriebsnaher Rehabilitation;
- ergotherapeutische Werkstätten in freier Trägerschaft;
- Integrationsbetriebe;
- berufliches Trainingszentrum;
- Berufsbildungswerk;
- Beschäftigungsplätze in Tagesstätten;
- Projekte und Einzelarbeitsplätze mit niedrigschwelligen Beschäftigungsmöglichkeiten;

Daneben gibt es einen Integrationsfachdienst, einen Psychosozialen Fachdienst sowie die Beratung des Sozialhilfeträgers und des Arbeitsamtes.

Betreute psychisch kranke Menschen in Arbeit

Bei jährlichen Erhebungen zur Beschäftigungssituation der betreuten Menschen zeigt sich (mit geringen Schwankungen nach oben und unten sowie zwischen den Regionen), dass rund 60 % von ihnen ohne jede Beschäftigung leben.

Das heißt: Ein personell gut ausgestattetes System der »Basisversorgung« und ein differenziertes System von Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben erreichen es nicht, dass für einen großen Teil der am schwersten betroffenen psychisch kranken Menschen Arbeit Bestandteil der Tagesstruktur ist und damit als therapeutische Möglichkeit genutzt werden kann.

Mögliche Gründe für fehlende Teilhabe am Arbeitsleben

Hierzu einige grundsätzlich denkbare und einige eher erfahrungsgestützte Einstiegshypothesen, aus der Sicht eines Leistungserbringers mit umfangreicher Versorgungsverpflichtung:

- Die betroffenen Menschen sind zu krank, um zu arbeiten.
- Angebot und Zahl der Arbeitsplätze reichen nicht aus. Insbesondere im Bereich der Werkstatt für behinderte Menschen behindern Mindestanforderungen an Wirtschaftlichkeit und unzureichende Flexibilität die Aufnahme vieler Betroffener.

- Das Leistungsrecht ist unübersichtlich zersplittert.
- Die besondere Schwere der Erkrankung und eine Eigendynamik der Basisversorgung (medizinische Fürsorge, lebenspraktische Bewältigung) führen zu Betreuungskonzepten und Ressourcenaufteilungen, bei denen die Funktion »Teilhabe am Arbeitsleben« unterentwickelt ist.
- Das für Menschen mit schweren Krankheitsverläufen aus therapeutischen Gründen sinnvolle und für die Verknüpfung von Leistungen notwendige Bezugstherapeutesystem führt bei mutmaßlicher Allzuständigkeit zu einem Verlust an Spezialisierung – die Entwicklung der Klienten wird zum Spiegelbild des eigenen Qualifikationsprofils.
- Die besondere Komplexität des Gesamtsystems zur Teilhabe am Arbeitsleben (bei gleichzeitiger maßnahmengemogener »Kästchenbildung«) fördert diese Beschränkung – für Arbeit sind »Andere« zuständig, und zwar potenziell ganz viele: Für Beratung, Arbeitstherapie, Arbeitstraining, WfbM-Platz, Integration ins Erwerbsleben. Den Überblick zu behalten über alle Angebote und die jeweils gültigen Zugangsmodalitäten ist schwierig und in der Regel Qualifikationsmerkmal von »Reha-Spezialisten«, seltener z.B. von »Wohnbetreuern«, denen aber wiederum traditionell eine wichtige Rolle im Casemanagement zukommt.

Der aktuell vorgelegte Zwischenbericht des Projektes »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« kommt nach seinen bisherigen Ermittlungen zu dem Ergebnis:

»Im Rahmen der Regionalerhebungen wurde deutlich, dass – regional unterschiedlich ausgeprägt – bei den Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen und Dienste die Auseinandersetzung mit der Arbeits- und Beschäftigungssituation der Patienten bzw. Klienten vernachlässigt wird, obwohl diese Aufgabe teilweise ausdrücklich mit zu ihrem Auftrag gehört.«¹

Die Erfahrungen in Bremen sind also offenbar nicht einzigartig, gleichwohl stellt die starke Diskrepanz zwischen der Intensität der betreuenden Hilfen und der Arbeitssituation vieler psychisch kranker Menschen sich als eine besondere Herausforderung dar.

1 vgl. Aktion Psychisch Kranke, Zwischenbericht ..., 2002, S. 17

Impulse des Gesetzgebers – aufgegriffen?

Wir können bei all dem natürlich auch über eine leistungsrechtliche Zersplitterung oder administrative Hemmnisse klagen. Was aber machen wir aus den wenigen Impulsen zur Veränderung? Betrachten wir das kurz anhand der Einführung des IBRP, der Veränderungen des § 93 BSHG, der Einführung des SGB IX und der Einführung der Soziotherapie in das SGB V.

Wie schnell gewohnte Strukturen auch Innovationsimpulse spurlos absorbieren können, zeigt sich am Schicksal des IBRP und der Umsetzung des §93 BSHG.

- Aufbauend auf der »Philosophie« des einrichtungsübergreifenden Ansatzes könnten die IBRP-Planungsinstrumente genutzt werden, um eine Art Ausschreibungstext für die Vergabe von Dienstleistungen an Versorgungseinrichtungen oder –dienste zu formulieren. Im Einzelfall wäre dann zu entscheiden, welcher Anbieter welche Leistung in welchem Umfang (also zu welchem Preis) im Rahmen eines Komplexleistungspaketes zu erbringen hat, und welche Leistungsträger sich an der Finanzierung zu beteiligen haben.

Tatsächlich ist es so, dass man sich seit der Einführung vielerorts stillschweigend aber wirksam darauf verständigt hat, den IBRP als inhaltlichen Teil der Stellungnahme für eine sozialhilfefinanzierte Maßnahme der Wohnbetreuung zu nutzen. Wenn Herr Mecklenburg in seinem Beitrag die Weiterentwicklung zum »IBRP plus Arbeit« anregt, ergibt sich das aus dieser bisherigen Beschränkung.

- Die Umsetzung des § 93 BSHG, mit dem zentralen Gesichtspunkt einer bedarfsgerechten Hilfebemessung, hätte Anlass sein können, um die vorhandene Einrichtungsstruktur in Richtung auf komplexleistungsorientierte Verbundsysteme unter Einschluss aller funktional notwendigen Arbeitsangebote zu problematisieren. Herausgekommen ist, mühselig genug, weil an Bestandsinteressen von stationären Großeinrichtungen anknüpfend, ein Verfahren der Begutachtung und Verpreisung für unterschiedliche Hilfebedarfsgruppen – im Rahmen der jeweiligen Einrichtung. Der Auftrag lautet nicht, Einrichtungsstrukturen kritisch zu überprüfen, sondern den vorhandenen Einrichtungen budgetneutral in eine neue Finanzierungssystematik zu helfen

- Die Erfahrung, dass Vielfalt bei Leistungserbringern und Leistungsträgern nicht zwangsläufig eine personenzentrierte Optimierung der Rehabilitation mit sich bringt, sondern, im Gegenteil auch Abgrenzungs-, Verzögerungs- und Vermeidungsstrategien zulasten der Betroffenen herausfordert, hat den Gesetzgeber zur Schaffung des SGB IX veranlasst. Erste Informationen zu den Auswirkungen lassen den Eindruck aufkommen, dass der Sozialhilfeträger die Vorzüge leistungsrechtlicher Gliederung erkannt hat, indem er seine Nachrangigkeit neu entdeckt hat.

Die Grundforderungen des SGB IX nach Teilhabe sicher zu stellen, ist die Aufgabe der neu eingerichteten Service-Stellen. Es wäre zu prüfen, in welcher Weise man die Funktion der Service-Stellen für psychisch kranke Menschen beleben kann, etwa indem die gebündelte Kompetenz des psychiatrischen Versorgungssystems von den Service-Stellen systematisch genutzt wird.

- »Eine Ebene tiefer«, nämlich im Rahmen der Leistungsgesetze, die die Zuständigkeit der Krankenkassen regeln, ist offenbar gleichfalls der Eindruck entstanden, dass es bei der Rehabilitation psychisch kranker Menschen nicht so sehr um den Aufbau und die weitere Differenzierung von Angeboten und Einrichtungen geht, sondern vor allem um deren patienten-/klientenbezogene Erschließung und Vernetzung. Die Leistung heißt Soziotherapie. Die Leistungserbringer verfügen über begrenzte Zeitkontingente, könnten also der Versuchung widerstehen, zu Vieles selber zu machen, wären bei ihrer Arbeit auf erfolgreiche Vernetzung angewiesen.

Im Projekt-Zwischenbericht wird unter dem Stichwort »Barrierefreier Zugang zu Rehabilitationsleistungen« für psychisch kranke Menschen »eine persönliche Assistenz durch eine Bezugsperson, die die Umsetzung der Hilfeplanung als ‚Lotse‘ koordinierend begleitet« gefordert. Dies entspricht der Zielsetzung von Soziotherapie. Dem Gesetzgeber fehlte der Mut, diese Funktion im SGB V exponiert zu etablieren. Bekanntlich erscheint Soziotherapie als § 37a im »Umfeld« der ambulanten Krankenpflege, mit der von dort bekannten Zielsetzung, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden.

Da es bisher noch kaum Umsetzungen von Soziotherapie gibt, bleibt vielleicht noch die Möglichkeit einer kreativen Interpretation: Krankenhausaufenthalte vermeiden kann man auch

durch geglückte Bemühungen um Teilhabe am Arbeitsleben. Und möglicherweise können sich die Krankenkassen auch gut auf das Wirken von Sozialtherapeuten einlassen, die Klienten aus ihrer Zuständigkeit in die Zuständigkeit der vorrangigen Träger der Teilhabe am Arbeitsleben »lotsen«...

In jedem Fall muss die Forderung sein, hier nachzuholen, was vielleicht im sozialhilfefinanzierten Betreuungssystem zu kurz gekommen ist, nämlich Kompetenz in der Frage der Teilhabe am Arbeitsleben maßgeblich in die sozialtherapeutischen Dienste einzubinden.

Ein Hindernis: Die starre Zuordnung von »Maßnahmeart« und Arbeitsplatz

Wir haben zuletzt einige nicht optimal genutzte und einige noch offene Optionen zur systematischen Einbeziehung des Funktionsbereiches »Teilhabe am Arbeitsleben« in eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung betrachtet. Im Weiteren müssen wir uns mit den Hindernissen auf Seiten der Leistungserbringer, hier speziell der mit dem Thema Arbeit befassten, beschäftigen. Zurück also noch einmal zu den »maßnahmehomogenen Kästchen«.

Ein Blick auf das (vermutlich noch nicht vollständige) Sortiment an Maßnahmen und Arbeitsstätten zeigt, dass kein weiterer Differenzierungsbedarf besteht. Schon jetzt hat manche konzeptionelle Unterscheidung in diesem Feld mehr etwas mit »leistungsrechtlicher Lyrik« als mit personenbezogener Zweckmäßigkeit zu tun. Das Augenvermerk ist verstärkt darauf zu richten, die exklusive Zuordnung von Maßnahmeart und Arbeitsstätte tendenziell zu überwinden, zu Gunsten eines Modells, bei dem der Klient und der Arbeitsplatz, also der Betrieb, im Mittelpunkt stehen.

Normal arbeitsfähigen Menschen räumen wir selbstverständlich ein, dass Vertrautheit im Sinne der Zugehörigkeit zu einem Unternehmen, die Tätigkeit in einer Arbeitsstätte und geringe Fluktuation im Kollegenkreis wichtig sind. Bei psychisch kranken Menschen sieht das anders aus. Ihnen wird der Wechsel zwischen Maßnahmearten zugemutet, die »Versetzung« an einen anderen Arbeitsplatz als »Belohnung« für erfolgreiche Rehabilitation oder als »Bestrafung« für nicht erreichte Ziele: Arbeitsplatzverlust als besondere Form des Bewährungsaufstiegs!

Die betroffenen Menschen interessiert in der Regel aber gar nicht, was sie gerade machen, sondern dass sie schaffen, was sie sich vorgenommen haben und dass sie nicht in drei Monaten den Arbeitsplatz wechseln müssen, weil sie ein bestimmtes Niveau erreicht oder nicht erreicht haben. Über lange Phasen der Arbeitstätigkeit psychisch kranker Menschen leiten sich arbeitsbezogene Fähigkeiten wie Vertrautheit, Sicherheit, Wissen um kollegiale Akzeptanz aus der Zugehörigkeit zu einem Betrieb ab. Daraus folgt, dass Person und Arbeitsstätte in den Mittelpunkt zu rücken, zu stabilen Faktoren zu erklären sind und die Maßnahmearten in Bewegung zu bringen. Die bisher maßnahmebezogen vorgehaltene Kompetenz muss, wie es im Projektbericht heißt, »laufen lernen«.

Die Kommission zur Personalbemessung hat für den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess in allgemeiner Form gefordert, sich am Lebensmittelpunkt zu orientieren, die Wohnung in den Mittelpunkt zu stellen, Leistungen, die bisher typischerweise bestimmten Leistungstypen oder Einrichtungen exklusiv zugeordnet wurden, zu »ambulantisieren«.

Maßnahmehomogene Einrichtungen haben bisher die Entwicklung behindert, indem sie nicht verhindert haben, dass so viele psychisch kranke Menschen nicht arbeiten. Es müssen vermehrt Wege gefunden werden, an einem Arbeitsort Tätigkeiten mit unterschiedlicher leistungsrechtlicher Zuordnung bzw. Finanzierung und unterschiedlichen Anforderungen zu ermöglichen.

Funktionelle Ergotherapie, niedrigschwelliger Förderplatz, Arbeitstherapie, Arbeitstraining, WfbM-Platz, unbefristetes Arbeitsverhältnis, Sozialhilfe-Prämienarbeit, BSHG-19-Stelle unter einem Dach vorzuhalten ist möglich und organisierbar.

Der aus taktischen oder inhaltlichen Gründen notwendige Respekt vor der jeweiligen Besonderheit insbesondere der im engeren Sinne rehabilitativen Maßnahmen (Arbeitstherapie, Arbeitstraining) oder der gesetzlich eng definierten Maßnahmen (WfbM) gebietet es, die vorgeschriebenen Voraussetzungen in diesem Setting zu erfüllen. Weil auch an einem solchen multifunktionalen Ort vielleicht nicht jedem gerecht zu werden ist (weil ein Betrieb nicht alle Branchen abdecken kann), gebietet die gedachte Versorgungsverpflichtung, dass sich für eine überschaubare Region Verbundsysteme für die Teilhabe am Arbeitsleben bilden, die insgesamt ein nach derzeitigem Erfahrungsstand ausreichendes Angebot an Tätigkeitsfeldern (Branchen) und Tätigkeiten (Maßnahmen) bereitstellen.

Keine neuen Einrichtungen

Der erste Schritt zur Infragestellung alter Einrichtungen ist immer, bei wachsendem oder verändertem Bedarf keine neuen Einrichtungen zu schaffen. Verknüpft mit dem vorherigen Gedanken »maßnahmheterogener« Arbeitsstätten ergibt sich also die Forderung:

Solange wie möglich Impulse unterdrücken, bei Feststellen eines bestimmten Bedarfes neue Einrichtungen zu gründen. Wenn also z.B. die klinische Arbeitstherapie zur Feststellung kommt, dass das »Basteln« an Fahrrädern einigen ihrer Klienten Spaß machen könnte, kann sie selber eine entsprechende Erweiterung ihres Branchenmixes vornehmen – oder sie kooperiert mit der örtlichen Werkstatt für behinderte Menschen, die eine Fahrradwerkstatt hat, oder mit einem normalen Gewerbebetrieb und schafft dort auch Plätze, die als Arbeitstherapie organisiert und finanziert werden können.

Ich komme auf das Bremer Beispiel zurück. Viele Menschen mit intensiver Betreuung arbeiten nicht! Natürlich wurden Überlegungen angestellt, wie man hier Abhilfe schaffen könnte und natürlich wurde zunächst darüber nachgedacht, etwas Zusätzliches zu schaffen. Es kristallisierte sich heraus, unterstützt durch eine Befragung der Klienten, dass für viele ein Einstieg in Arbeit zu anderen Bedingungen möglich ist, als sie von der Werkstatt für behinderte Menschen gefordert werden.

Bei der Suche nach finanzierungsfähigen Maßnahmearten kam man auf das (sozialhilfefinanzierte) Konzept so genannter Förderplätze. Bei den Überlegungen zur Umsetzung wurde der Versuchung widerstanden, einem Träger, z.B. der WfbM den Auftrag zu geben, eine Einrichtung für Förderplätze zu schaffen. Stattdessen erklärten sich alle beteiligten Träger bereit, im Rahmen bereits bestehender Projekte im Arbeitsbereich solche niedrigschwelligen Arbeitsmöglichkeiten anzusiedeln. Wegen des unstrittig besonderen Betreuungs- und Anleitungsbedarfes für diesen Personenkreis wurde im Rahmen eines Beschlussvorschlages an die politischen Entscheidungsträger eine bestimmte Zahl zusätzlicher Stellen und Sachmittel beantragt.

Umstrukturierung, nicht (nur) Ausbau

Die Stadt Bremen hat dem mit Hinweis auf die Finanzlage nicht zugestimmt und einen Vorschlag unterbreitet, der zunächst mal zum Standardrepertoire von Leistungsträgern gehört, bei selbstkritischer Betrachtung der Leistungserbringer aber konzeptionelle Schubkraft bekommen könnte: Wenn etwas Neues notwendig ist, so die Botschaft, ist das nur kostenneutral zu finanzieren, also durch Umschichtung bisher anders verteilter Ressourcen. Jetzt kann man sagen: Dann geht es eben nicht. Oder man prüft etwas genauer, was man bisher mit dem Geld und dem Personal gemacht hat.

Damit sind wir wieder bei den vorherigen Anmerkungen zur »Wertigkeit« von Arbeit in Betreuungskonzepten und in Behandlungs- und Rehabilitationsplänen – erinnert sei an den bekannt gewordenen Satz von Klaus Dörner: »Aus leeren Kassen Kapital schlagen!«

Die Forderung wäre, dass mindestens dort, wo die Personalschlüssel für Betreuungsleistungen gut sind und wo demzufolge für eine bestimmte Versorgungsregion erhebliche Ressourcen entstehen, dem Heranführen an Arbeit mehr Zeit als bisher gewidmet wird. Dies kann im Sinne einer intensiven Begleitung zu vorhandenen Arbeitsmöglichkeiten geschehen, sodass die begrenzten Möglichkeiten zum Auffangen leistungsschwächerer Mitarbeiter/-innen verbessert werden. Denkbar ist auch, dass aus dem vorhandenen Personalpool für die Organisation von Arbeit Mitarbeiter genommen werden, die auf Grund von Qualifikation und Neigung für eine solche Aufgabe geeignet wären.

Am einfachsten ist das vermutlich dort, wo ein Träger für mehrere Bereiche zuständig ist – beispielsweise als Betreiber einer Tagesstätte mit schlechter Personalausstattung für größere Anstrengungen im Arbeitsbereich und eines Betreuten Wohnens mit guten Personalschlüsseln und vielen Klienten ohne Arbeit.

Literatur

1. 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

Kommunale und regionale Koordination und Steuerung

Zentrale Aspekte der regionalen Koordination und Steuerung

Knut Lehmann

Die Weiterentwicklung der regionalen Kooperation und Koordination in der beruflichen Rehabilitation erfordert – so wie ich es sehe – die Beantwortung folgender fünf Fragen:

1. Welche fachlichen Standards sind zu beachten?
2. Anknüpfend u.a. an die durchgeführten Regionalerhebungen stellt sich die Frage, wie die primär und komplementär versorgenden Leistungsanbieter veranlasst werden können, die Frage der beruflichen Rehabilitation für jeden ihrer Klienten zu beantworten?
3. Welche regionalen Angebote und Maßnahmen sind erforderlich und welchen Beitrag leisten die bestehenden Einrichtungen und Anbieter der beruflichen Rehabilitation dazu?
4. Wie kann die Kooperation und Koordination zwischen den primär und komplementär versorgenden Einrichtungen und Diensten mit den Anbietern der beruflichen Rehabilitation weiterentwickelt werden?
5. Hat das SGB IX die erforderlichen Veränderungen der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen – endlich – geschaffen?

Zur ersten Frage kann ich mich kurz fassen. Die in den Tagungsunterlagen enthaltenen Leitlinien zur beruflichen Rehabilitation und die auf der Tagung gehaltenen Vorträge¹ beschreiben einen fachlich angemessenen Standard.

Zur zweiten Frage: Weder bei den primär² noch bei den komple-

1 z.B. Pörksen, Kunze/Pohl, Mecklenburg/Haerlin

2 Krankenhäuser, Tageskliniken, Institutsambulanzen, niedergelassene Nervenärzte

mentär psychiatrisch versorgenden Einrichtungen, (aber auch nicht bei anderen Einrichtungen und Diensten, die sozial schwierige Personengruppen vor Ort betreuen³), gehört die Frage nach den bisherigen beruflichen Erfahrungen wie die nach den beruflichen Wünschen der Klienten zum Standard. Und dort wo sie gestellt wird, wird sie nicht überall so präzise und zielführend formuliert, wie es nötig und fachlich notwendig ist. Die Regionalerhebungen, aber auch vielfältige Erfahrungen in diesem Bereich und die epidemiologischen Daten zur Situation der psychisch Behinderten in der beruflichen Rehabilitation belegen dies⁴.

Wenn also die im 4. Behindertenbericht und im SGB IX formulierten fachlichen Prinzipien der Rehabilitation und des Vorranges der Teilhabe durchgesetzt werden sollen⁵, so stellt sich die Frage, auf welche Weise? Die Antwort ist im Prinzip einfach, die Durchsetzung deutlich schwieriger. Es bedarf vertraglicher Regelungen und landesgesetzlicher Vorgaben, unter Berücksichtigung der europäischen Rechtsentwicklung im Leistungserbringungsrecht, wie fachliche Standards verbindlich durchgesetzt werden können. Dennoch: Die Möglichkeit dazu bieten die Vereinbarungen, die die Leistungsträger mit den Leistungsanbietern im Rahmen der primären und komplementären Versorgung abschließen. Ziel muss es sein, Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen abzuschließen, die alle Leistungsanbieter veranlassen, den Fragen der beruflichen Rehabilitation ihrer Klienten eine diesen Prinzipien entsprechende Aufmerksamkeit zu widmen und in ihrer praktischen Arbeit entsprechende fachliche Standards zu berücksichtigen.

Wenden wir uns nun der dritten Frage zu: In den letzten Jahren ist ein vielfältiges System institutionell organisierter beruflicher Rehabilitationseinrichtungen und Maßnahmen aufgebaut worden. Durch das Sozialgesetzbuch IX sind sogar zusätzliche Angebote wie die Integrationsfachdienste und die Integrationsprojekte geschaffen

3 Wohnungslosenhilfe, Sozialhilfe, Bahnhofsmision

4 vgl. die Vorträge von Pörksen, Kunze/Pohl und Mecklenburg/Haerlin in diesem Band

5 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, 4. Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Bonn 1998, S. 5 und 6, SGB IX §§ 1, 4 und 8

worden. Zusätzlich gibt es eine Vielzahl von Maßnahmen und Angeboten der beruflichen Rehabilitation. Dennoch muss festgestellt werden, dass dieses Angebot für psychisch Behinderte nur von begrenztem Wert ist. Bundesminister Riester und Schmidt-Zadel haben darauf hingewiesen. Pörksen hat in seinem Vortrag ausgeführt, dass maximal 10 % der chronisch psychisch Kranken auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind, 20 % einen geschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt haben, 5 % Angebote des beruflichen Trainings und der beruflichen Rehabilitation nutzen und 15 % Beschäftigungsmöglichkeiten in tagesstrukturierenden Angeboten wahrnehmen, das heißt, mehr als die Hälfte aller chronisch psychisch Kranken ist untätig. Man kann auch sagen, nur 15–20 % finden den Weg auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Was ist also zu tun? »Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kommt bezüglich der Arbeit, Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse grundsätzlich die ganze Palette der produzierenden oder dienstleistenden Aufgaben und Tätigkeiten in Betracht« [1]. Im § 10 Abs. 3 und Teil 2 des SGB IX werden Leistungsträger und Leistungsanbieter verpflichtet, den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen Rechnung zu tragen. Damit auch Diejenigen berufliche Rehabilitationschancen haben, die jetzt keinen oder nur einen unzulänglichen Zugang zum bestehenden System der Beschäftigung und der beruflichen Rehabilitation haben, muss dieses bestimmte Anforderungen erfüllen, die mit den Begriffen der personenzentrierten Hilfe, der Bedarfsorientierung, der individuellen Förderplanung, der Flexibilisierung der Förderangebote, des Zugangs zu den Hilfs- und Förderangeboten für alle und der Notwendigkeit, eine Verantwortung für die regionale Planung und Steuerung der Hilfsangebote verbindlich festzulegen, bereits beschrieben wurden.

Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten das bestehende System der vor allem institutionell definierten beruflichen Rehabilitation, so wird deutlich, dass dieses System nur einen Teil des Bedarfs an beruflicher Rehabilitation für den Personenkreis abdecken kann. Damit soll die Notwendigkeit und die Qualität der Arbeit in diesen Einrichtungen überhaupt nicht bestritten werden, genauso wenig wie die Beiträge, die viele dieser Einrichtungen, wie Berufsbildungswerke, die Berufsförderungswerke, die Werkstätten für behinderte Menschen, die Beruflichen Trainingszentren, die Rehabi-

ilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, die Berufsbegleitenden Dienste, die Integrationsprojekte und die Integrationsfachdienste für eine regionale berufliche Rehabilitation leisten. Sie bieten eine Vielzahl von berufsvorbereitenden und berufsbildenden Maßnahmen, behinderungsgerechte Beschäftigung auf dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt, Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes und begleitende Hilfen im Arbeits- und Berufsleben an. Auf Grund der Aufgaben der verschiedenen Einrichtungen und Dienste, ihrer Organisationsstruktur, ihrer Zielsetzung, ihren Zugangsbedingungen und ihrer, durch die Leistungsträger, das Leistungserbringungsrecht und das Sozialrecht definierten Arbeitsbedingungen, bleibt ihr Beitrag aber begrenzt.

Folgende Mängel weist das bestehende System der beruflichen Rehabilitation insbesondere auf, die gleichzeitig als Forderungen gelesen werden können, besser sollen:

- Die kontinuierliche fachliche Betreuung und Beratung [4] ist immer noch nicht gewährleistet. Die Integrationsfachdienste leisten dies nicht, darauf komme ich noch zurück.
- Es fehlt ein breites Angebot von Möglichkeiten der Arbeit und Beschäftigung. Damit ist das gesamte Spektrum von Beschäftigungsverhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gemeint, von der Vollzeit bis zur geringfügigen Teilzeitbeschäftigung, die Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt, die rehabilitative Beschäftigung, die kein Arbeitsverhältnis in tarif- und arbeitsrechtlichem Sinne darstellt, aber rehabilitativen Sinn macht und Tätigkeiten im so genannten »dritten Sektor«.
- Es ermangelt der Flexibilität der rehabilitativen Hilfen und der Zugänglichkeit für den Personenkreis zu diesen Hilfen, Maßnahmen und Angeboten sowie
- an einem verbindlich definierten Standard der personenzentrierten individuellen beruflichen Rehabilitations- und Förderplanung, die den jeweiligen individuellen Bedürfnissen, Interessen und Wünschen in ausreichendem Maße Rechnung trägt.

Zur vierten Frage: Ein Hauptanliegen des Gesetzgebungsvorhabens zum SGB IX war es, die Koordination der Leistungen der Rehabilitations- bzw. Leistungsträger, aber auch mittelbar der Leistungserbringer, durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Im vierten

Behindertenbericht der Bundesregierung von 1998 sind dazu grundsätzliche Feststellungen getroffen worden. »Vielen Betroffenen fällt es schwer, sich zurecht zu finden; auch Fachleuten, die ihre konkrete Praxis und Fallarbeit zunehmend dadurch beeinträchtigt sehen, dass im Komplex und in Teilen manchmal nicht miteinander kompatible Regelungen zu beachten und zu prüfen sind.«⁶

»Eine wichtige Aufgabe des SGB IX ist eine bessere Koordination der vorhandenen Instrumente und eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Träger, um die Leistungen noch wirksamer zu gestalten. Hier gibt es verschiedene Ansatzpunkte, um zu Verbesserungen zu kommen beispielsweise ... den Gesamtplan, der Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder der Festlegungen von Koordinierungsaufgaben.«⁷ Insbesondere in den §§ 4, 10, 13, 17 und 22 SGB IX sind deswegen ausführliche Regelungen zur Koordination aufgenommen und damit normativ verpflichtend gemacht worden. Regionale Kooperation und Koordination, die den normativen, legislativen und fachlichen Anforderungen entsprechen will, hat verschiedene Ebenen zu beachten:

- Da ist zunächst die Ebene des Einzelfalls, des Casemanagements. Hier geht es darum, einen individuellen Förder- und Rehabilitationsplan für die berufliche Rehabilitation zu erarbeiten und seine Fortschreibung sicherzustellen. Besondere Verantwortung tragen in diesem Zusammenhang die Einrichtungen und Dienste der primären und komplementären Versorgung und die Leistungsanbieter in der beruflichen Rehabilitation. Die Leistungsträger haben durch Leistungsvereinbarung und eine angemessene Finanzierung die Erarbeitung und Umsetzung einer beruflichen Rehabilitationsplanung sicherzustellen.
- Eine weitere Aufgabe der Kooperation und Koordination besteht in der Entwicklung eines angemessenen Angebotes an Maßnahmen, Diensten und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, um ein bedarfsgerechtes regionales Rehabilitationsangebot sicherzustellen. Hierbei sind insbesondere die Leistungsträger und Leistungsanbieter gefordert, die gemeinsam darauf hinzuwirken haben, dass Bedarfsgerechtigkeit, Zugang, Durchlässigkeit gewährleistet sind und eine breite Palette von

Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang sind auch die Arbeitgeber nachdrücklich zu erwähnen, denen im SGB IX, insbesondere in Teil 2, Kapitel 2, 3 und 5 eine Reihe von Verpflichtungen auferlegt worden sind. Natürlich finden viele Bemühungen um berufliche Rehabilitation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ihre Grenze in der Arbeitsmarktsituation und dem Angebot an Arbeitsplätzen. Hier gibt es auch für das optimal organisierte regionale berufliche Rehabilitationssystem »objektive Grenzen«.

- Eine dritte Ebene der Kooperation und Koordination ist die Sicherstellung der Finanzierung der entsprechenden Maßnahmen, Dienste und Einrichtungen sowie die Sicherstellung der Zugänglichkeit, Nahtlosigkeit und Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der psychisch Behinderten in diesem System. Hier sind insbesondere die Leistungsträger gefordert, deren Verantwortung für die Sicherstellung dieser Rahmenbedingung nachhaltig vom Gesetzgeber im SGB IX formuliert worden ist.
- Eine vierte Ebene der Kooperation und Koordination stellen die Aufgaben der Qualitätssicherung, des Benchmarking und des Controlling dar. Hierfür tragen insbesondere die Leistungserbringer und die Leistungsträger gemeinsame Verantwortung.
- Es gibt fünftens einen landespolitischen und gebietskörperschaftlichen Regelungsbedarf.

Regionale berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist Bestandteil gemeindepsychiatrischer Versorgung. Die Einrichtung von gemeindepsychiatrischen Verbünden ist weder Aufgabe der Leistungsträger noch der -erbringer – wohl aber ihre Teilnahme –, sondern ist politische Aufgabe der Bundesländer bzw. der kommunalen Gebietskörperschaften. Eine Beteiligung an den Kosten durch die Leistungsträger ist nach SGB IX nicht ausgeschlossen. Zu den notwendigen Voraussetzungen einer regionalen beruflichen Rehabilitation gehört die Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbünde durch die Länder, die aber flächendeckend noch nicht vorhanden sind. Dies ist am besten – wie z.B. in Niedersachsen – dadurch zu gewährleisten, dass die Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbünde durch Landesgesetz zu einer kommunalen Pflichtaufgabe erklärt wird, deren Finanzierung allerdings sicherzustellen ist. Insofern ist eine landesgesetzliche Regelung eine not-

6 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S. 144

7 BMA, a.a.O., S. 145

wendige Voraussetzung für verpflichtende Kooperation und Koordination auch in der regionalen beruflichen Rehabilitation.

Ich komme jetzt *zur fünften* und im Rahmen meines Vortrages *zur letzten Frage*. Auch hier beziehe ich mich zunächst auf den 4. Behindertenbericht der Bundesregierung, der ja eine wesentliche Grundlage zur Erarbeitung des SGB IX und die damit verbundenen Zielsetzungen darstellt. Dort wird in Bezug auf die Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter festgestellt: »Dieses in der Sache durchgängige System von Leistungen und sonstigen Hilfen hat bisher keinen angemessenen Ausdruck in der rechtlichen Ausgestaltung gefunden. Vielmehr bestehen neben dem Rehabilitationsangleichungsgesetz, dem Schwerbehindertengesetz und dem Bundessozialhilfegesetz zahlreiche Einflussvorschriften in anderen Gesetzen und Verordnungen, sodass Rechtsauslegung, Rechtsanwendung und Nutzung der Vorschriften, insbesondere auch für die Behinderten und von Behinderung Bedrohten, erschwert sind.«⁸ Weiterhin wird festgestellt, dass »(...) nicht überall sachgerechte Abgrenzungs- und Verknüpfungsregelungen bestehen und ... die Tendenz zu isolierter Betrachtung von Teilproblemen und Teillösungen« gefördert wird. Diese Feststellungen legen den Maßstab fest, nach dem zu beurteilen ist, ob es durch das SGB IX gelungen ist, die unbestrittenen Probleme zu lösen.

Zunächst ist zu bemerken, dass, wie z.B. beim SGB XI, durch das SGB IX neue Rehabilitationsträger definiert (z.B. der Sozialhilfeträger), neue Leistungen (Integrationsprojekte, Integrationsfachdienste, Arbeitsassistenten) eingeführt sowie neue Institutionen geschaffen (Servicestellen) wurden und damit neue Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme entstanden sind; so z.B. im Zusammenhang mit § 40 BSHG zu Fragen der Früherkennung und Frühförderung⁹, ebenso bei der Leistungspflicht für die Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung sowie den Leistungen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt. Der Deutsche Verein plant kurze Zeit nach In-Kraft-Treten des SGB IX bereits eine Tagung zu Abgrenzungsfragen der medizinischen Rehabilitation.¹⁰

8 BMA, a.a.O., S. 144

9 vgl. § 30 SGB IX

10 vgl. Tagungsankündigung in NDV 4, 2002, S. 114-119

Bei aller positiven Würdigung der Regelungen des SGB IX bleibt doch festzustellen, dass durch das SGB IX die Tendenz zu isolierter Betrachtung von Teilproblemen keinesfalls beendet worden ist. Beispiel dafür sind die Integrationsfachdienste, die nach § 109 SGB IX im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit, der Rehabilitationsträger und Integrationsämter bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Im Absatz 3 wird festgestellt, ein besonderer Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung sei insbesondere gegeben bei schwerbehinderten Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung. Damit kann ja keine andere Definition von Behinderung gemeint sein, als die nach § 2 SGB IX. In der Praxis wird der Rehabilitationsfachdienst tatsächlich aber von der Bundesanstalt für Arbeit vor allem genutzt, das Ziel zu erreichen, 50.000 schwerbehinderte Menschen bis Herbst dieses Jahres in Arbeit zu vermitteln. In der Konsequenz führt das dazu, dass entgegen § 109 SGB IX

- der niedrigschwellige Zugang zum Integrationsfachdienst nicht gewährleistet ist, da praktisch nur über die Arbeitsämter in den Integrationsdienstfachdienst vermittelt wird,
- grundsätzlich nur Klienten mit Schwerbehindertenausweis vermittelt werden und Mitarbeiterinnen aus Werkstätten und Sonderschulen nicht mehr durch den IFD betreut werden,
- psychisch Behinderte nur noch in Ausnahmefällen vermittelt werden, da das Arbeitsamt keine statistischen Angaben nach Behinderungsart mehr erhebt, die Reha-Sachbearbeiter in den Arbeitsämtern abgeschafft wurden und der Rehabilitandenstatus zum Ausschluss von der Vermittlung an das IFD führt,
- die anderen Rehabilitationsträger, von einigen Ausnahmen durch die Integrationsämter abgesehen, die IFD nicht nutzen. Die Berufsgenossenschaften halten an ihrem eigenen privaten Dienstleister zur beruflichen Rehabilitation zu deutlich höheren Preisen (1.500 • /Monat/Klient) fest und die Rentenversicherungsträger planen an den berufsbegleitenden Diensten und den Integrationsämtern vorbei über die BAR einen Modellversuch »Casemanagement«, der möglicherweise zu einem eigenen berufsbegleitenden Angebot führen könnte,
- die Finanzierung des IFD durch die Fallpauschalen (je Klient und Monat 150 • = 1.050 • in 6 Monaten + 1. Prämie 750 • und 2. Prämie 750 •) bei einem Schlüssel von 1 Mitarbeiter :

35 Klienten führt zu einem enormen finanziellen Druck auf die IFD, deren Mitarbeiter für die psychisch Behinderten unter diesen Bedingungen nicht genügend Zeit investieren können. Hinzu kommt, dass bei Vermittlung auf einen Arbeitsplatz sofort eine Neuzuweisung durch das Arbeitsamt an den IFD erfolgt, sodass die erforderliche Übergangs- und Nachbetreuung von z.B. psychisch Behinderten bei diesem Personalschlüssel nicht möglich ist.

Was ist aus diesen Erfahrungen zu schließen, bedauerlicherweise festzustellen:

- Alles in allem stellt diese Praxis meines Erachtens einerseits ein typisches Beispiel für die begrenzte Perspektive einzelner Sozialleistungsträger dar, andererseits scheint die Forderung des Gesetzgebers nach Kooperation und Koordination, Nahtlosigkeit etc. nicht umgesetzt worden zu sein. Dies stimmt nachdenklich und erweckt den Eindruck, der gewollte und erhoffte sozialrechtliche Fortschritt lasse auf sich warten.
- Weiterhin nicht geregelt ist das Problem einer einheitlichen Leistungszuständigkeit. Nach wie vor (vgl. § 4 Abs. 2 SGB IX) gilt der Vorrang der Einzelleistungsgesetze und damit des Leistungsbestimmungsrechts der einzelnen Leistungsträger.
- Nach wie vor ist die Verpflichtung der Leistungsträger zu verbindlicher Kooperation und Koordination nicht geregelt, sondern wie bisher *sollen* sie dies tun, *müssen* es aber nicht. Ob die durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) zu erarbeitenden Leitlinien diesen Mangel heilen werden, ist nach den bisherigen, inzwischen jahrzehnte alten Erfahrungen mit Leitlinien und Vereinbarungen im Rahmen der BAR zweifelhaft. Dies stellt nicht die Qualität der Arbeit der BAR infrage. Sie kann aber nicht jene Verbindlichkeit herstellen, die allein durch Gesetz zu regeln ist.
- Nach wie vor unbefriedigend geregelt ist das Problem der Vorleistungsverpflichtung. Ob der § 14 SGB IX eine funktional äquivalente Lösung dieses Problems darstellt, bleibt abzuwarten.
- Auch die Handhabung des § 93 BSHG, der im großen Umfang genutzt wird, das bisherige stationäre geprägte Angebot der komplementären Versorgung festzuschreiben, lässt daran zweifeln, ob der im vierten Behindertenbericht geforderte Perspek-

tivenwechsel hin zu einer personenzentrierten Versorgung sich durchsetzen wird.

Mit der Entsprechung des aus diesen Einschätzungen und Erfahrungen resultierenden, hier inhaltlich angedeuteten Handlungsbedarfes würden die notwendigen Voraussetzungen für die Weiterentwicklung geschaffen, die weder dem Geist noch dem Inhalt des SGB IX widersprächen – im Gegenteil. Damit würde auch ein Beitrag zur wahrscheinlich wichtigsten Innovation geleistet werden – dem Perspektivenwechsel in den Köpfen.

Nach § 66 SGB IX unterrichtet die Bundesregierung die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 31. Dezember 2004 über die Lage der Behinderten sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe. Es wäre wünschenswert, wenn die Kriterien, nach denen dann der fünfte Behindertenbericht der Bundesregierung erarbeitet wird – auch wenn er so nicht heißen soll – so klar und verbindlich formuliert wären, dass der Bericht genutzt werden könnte, jene Mängel – im Sinne der Schaffung notwendiger aber noch nicht hinreichender Bedingungen – dann endlich abzustellen, mit denen das gegliederte System der sozialen Sicherung auch nach der Novellierung des SGB IX weiterhin behaftet ist.

Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRANKE: Zwischenbericht des Projektes »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«, unveröff. Ms., Bonn 2002
2. BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER ÜBERÖRTLICHEN TRÄGER DER SOZIALHILFE: Benchmarking der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, in: Internes Rundschreiben Nr. 1/2002
3. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.): Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, 4. Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Herausgeber: Bonn 1998
4. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter, LEHMANN, K., POHL, J. u.a. Bearbeiter, Bonn 1987
5. CONDRAU, M. u.a.: Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt, in: Psychiatrische Praxis 2001, Nr. 28, S. 270–274
6. DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE:

»Vorläufige Auslegungshinweise des Deutschen Vereins zur Anwendung von Vorschriften des SGB IX in der Sozial- und Jugendhilfe«, NDV 4, 2002, 114–119

7. GAGEL, A.: Rehabilitation im Betrieb unter Berücksichtigung des neuen SGB IX – ihre Bedeutung und das Verhältnis von Arbeitgebern und Sozialleistungsträgern, in: NZA 18, 2001, S. 988–993
8. MASCHER, U.: Tiefgreifender Wandel, in: Bundesarbeitsblatt 11, 2001, S. 5–11
9. MEIER, C. u.a.: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in: Der Nervenarzt 7, 2000, S. 535–542
10. PREHM, J., HOFFMANN, W.: Weiterentwicklung des Sozialhilferechts, in: Bundesarbeitsblatt 11, 2001, S. 31–35
11. RÜSCH, P. u.a.: Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken, in: Psychiatrischer Praxis 29, 2002, S. 68–75
12. SCHEL, H.-P., CLEAVINGER, B.: Verbesserungen in den Behindertenwerkstätten, in: Bundesarbeitsblatt 11, 2000, S. 22–31
13. SPEREITER, C.: SGB IX als Leistungsgesetz, in: Bundesarbeitsblatt 11, 2000, S. 18–22

Kommunale und regionale Steuerung aus der Sicht der Integrationsämter

Peter Beule, Berthold Deutsch

Teil I¹

Es ist trivial: Ohne Koordination und Steuerung, quasi naturwüchsig oder durch günstige Umstände, kommt kein taugliches System der beruflichen Rehabilitation und Integration zu Stande. Das gilt insbesondere in einem Rechtssystem, das vielen unübersichtlich erscheint. Zu den vielen beteiligten Leistungsträgern gehören auch die Integrationsämter, die andererseits aber wieder nicht zu den Reha-Trägern gehören – da sind wir schon mitten drin in der Unübersichtlichkeit. Aus Sicht des Integrationsamtes hier einige Anmerkungen.

Koordinationsfelder des Integrationsamtes

Die Aufgaben der Integrationsämter im Rahmen des besonderen Kündigungsschutzes und der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben für schwerbehinderte Arbeitnehmer und ihre Beschäftigungsbetriebe sind ohne Koordination mit meist mehreren Personen oder Institutionen nicht zu bewältigen. Absprachen, Zielvereinbarungen, Ergebnisbewertungen u.Ä. sind so gut wie immer mit den schwerbehinderten Menschen, ihren Angehörigen, den Beauftragten des Arbeitgebers, den Schwerbehindertenvertretungen sowie den Betriebs- oder Personalaräten zu treffen. In vielen Fällen sind schon bei der Analyse der Probleme wie auch bei der Bestimmung der geeigneten Unterstützungsmaßnahmen Abstimmungen erforderlich mit behandelnden Ärzten, Kliniken, Gesundheitsämtern, arbeitsmedizinischen Diensten, den Trägern der Rehabilitation, Anbietern von Hilfsmitteln oder Arbeitsplatzeinrichtungen, dem Arbeitsamt, Selbsthilfegruppen, mit sozialen Diensten aller Art bis hin zu den Integrationsfachdiensten, die für die Integrationsämter Betreuungen übernehmen.

1 Teil I wurde von Peter Beule verfasst.

Begleitende Hilfe im Arbeitsleben/berufliche Rehabilitation

Zwischen dem Integrationsamt und den Trägern der beruflichen Rehabilitation ist häufig abzuklären, wer für die Bezuschussung von technischen Arbeitshilfen, Arbeitsplatzausstattungen, erforderlichen Qualifizierungen oder für eine erforderliche Arbeitsassistenz zuständig ist.

Das SGB IX hat zur Beschleunigung der bisher oft unzumutbar lange dauernden Reha-Antragsverfahren knappe Fristen für die Zuständigkeitsklärung und die Leistungsbewilligung eingeführt. Lässt der Leistungsträger die 14-Tage-Frist für die Zuständigkeitsklärung verstreichen, so hat er die Leistung zu gewähren ohne die Möglichkeit auf Erstattung durch einen anderen Leistungsträger, der inzwischen als zuständig erkannt wurde. Dies hat zu erheblicher Verunsicherung geführt mit der teils festzustellenden Tendenz, bei unklarer Zuständigkeit die Leistungsgewährung vor Ablauf der Frist abzulehnen, um nicht – eventuell unzuständig – auf ihr sitzen zu bleiben. Ebenfalls verunsichert haben die Änderungen bei den Regelungen zu Vorleistungen und Erstattungen; diese sind bei den Integrationsämtern ersatzlos entfallen.

Steuerung der Integrationsfachdienste

Einen ganz erheblichen und auch neuen Koordinierungs- und Steuerungsbedarf haben die Regelungen des SGB IX ausgelöst, die Integrationsfachdienste (IFD) betreffen: Die Zahl der möglichen Auftraggeber ist erweitert. Die Träger von IFD für einzelne Zielgruppen müssen zumindest im Verbund kooperieren. Gemeinsam mit den Auftraggebern müssen die Träger die Sicherung der Qualität betreiben usw.

Die Bildung von Koordinierungsausschüssen auf der Ebene der Arbeitsamtsbezirke, unter Beteiligung des Arbeits- und des Integrationsamtes sowie des (Haupt-)Trägers des IFD, hat sich inzwischen bewährt, ja als unverzichtbar erwiesen. Sie steuern die Belegung der Dienste, schwierige Einzelfälle, die Zielgruppenrepräsentanz, öffentlichkeitswirksame Aktivitäten und vieles mehr. Teils sind ergänzend auf Landesebene Landeskoordinierungsausschüsse gebildet worden (z.B. in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg). Problematisch ist, dass in einigen Bundesländern keine gemeinsa-

me Koordinierung und Steuerung der IFD-Tätigkeit in Koordinierungsausschüssen stattfindet.²

Integrationsfirmen und Arbeitsmarkt

Integrationsfirmen (im SGB IX Integrationsprojekte genannt) sind Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes, daher lässt sich ihre Gründung auch nicht verordnen, in einem bundesweiten Netzplan nach Bedarf verteilen und ihre Größe nach Platzzahl-Bedarf bestimmen. Sie sind eben keine Einrichtungen des Hilfesystems.

Den Integrationsämtern obliegt die Förderung von Integrationsprojekten. Hierzu ist es erforderlich den Bedarf an solchen Projekten regional in enger Kooperation mit den Arbeitsämtern zu erfassen und ihre Einrichtung anzuregen bzw. interessierte Träger hinsichtlich der Realisierbarkeit von Projektideen zu beraten, zu unterstützen und kritisch zu kontrollieren. Neben dem Einbezug der Integrationsfachdienste haben sich zur Bedarfsermittlung auch Arbeitsmarktgespräche mit den örtlichen Akteuren (Psychiatrische Kliniken, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen, Arbeits- und Integrationsamt, Sonderschulen, Werkstätten für behinderte Menschen usw.) als sehr sinnvoll erwiesen.

Ein besonders gelungenes Beispiel regionaler Koordination liegt vor, wenn es gelingt, die freie Wirtschaft und Institutionen der sozialpsychiatrischen Versorgung zur gemeinsamen Trägerschaft eines Integrationsunternehmens zu motivieren. Beispielhaft sei hier die Rönsahler Industrie-Service GmbH in Kierspe, Märkischer Kreis, genannt.

Einrichtungen und Plätze der beruflichen Rehabilitation

Bekannt sind sicher die Netzplanungen für bestimmte, bundesweit vorgehaltene Einrichtungen: die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die Berufsbildungs- und Förderungswerke (BBW und BFW). Für die Berufstrainingszentren (BTZ) gab es sol-

2 Nähere Informationen zu den Aufgaben der Koordinierungsausschüsse können Sie den »Empfehlungen der BIH zu den Aufgaben der Koordinierungsausschüsse« entnehmen. Diese sind unter anderem bei den Autoren erhältlich.

che Planungen bisher nicht, sie sollen aber wohl in Zukunft ausgeweitet werden. Für die kommunale und regionale Steuerung bezogen auf den Rehabilitationsbedarf der psychisch kranken oder behinderten Menschen ist es wichtig, die Art und Zahl der im Tagespendelverkehr erreichbaren Plätze zu eruieren, um den Fehlbedarf feststellen zu können. Ergänzend sollten berufliche Rehabilitations- und Bildungsplätze in kleinen dezentralen und ambulanten Maßnahmen im Rahmen von Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW) geplant und abgestimmt werden. Besonders Plätze in normalen Betrieben – die weniger therapie-, sondern eher trainingsorientiert ausgerichtet sind – stellen eine wichtige Ergänzung der einrichtungsbezogenen Rehabilitation dar.

Runde Tische

Mit dem Ziel der Koordination und Steuerung von Unterstützungsangeboten auf regionaler oder kommunaler Ebene sind in den letzten Jahren zunehmend »Runde Tische« eingerichtet worden. Sie firmieren als »Runder Tisch Arbeit«, »Reha-Kommission«, »Arbeitskreis Arbeit der PSAG« u.Ä. Dabei wollen u.a. die folgenden Fragestellungen gut überlegt sein, um nicht nur kurzfristige Strohfeuer zu entfachen oder unproduktive Konkurrenzen zu provozieren:

- Welche Zielgruppen sind im Blick?
- Wer nimmt teil, wer sollte teilnehmen?
- Welchen Aufgaben will man sich stellen? Nur gegenseitige Information?

Entscheidend scheint mir zu sein, dass konkrete Ziele anvisiert werden, dass bindende Vereinbarungen mit klaren Verantwortlichkeiten getroffen werden. Gemeinsam gestaltete, persönliche Zusammenarbeit in einem schwierigen »Fall« oder in einem Projekt schafft Vertrauen und baut Barrieren ab, was der bloßen gegenseitigen Information über die jeweiligen Aufgaben und Möglichkeiten nicht gelingen kann: Auch erfolgreiche Netzwerkarbeit ist Beziehungsarbeit!

»Tellerränder«

Ein Letztes ist mir persönlich noch sehr wichtig: Als jemand, der vor mehr als 15 Jahren die Welt der sozialpsychiatrischen Versorgung verlassen hat und in die Welt der beruflichen Unterstützung von Behinderten und Arbeitgebern (Integrationsamt, Schwerbehindertenrecht) gewechselt ist, fällt mir immer wieder auf, dass es sich tatsächlich um verschiedene Welten handelt. Gelingt es den Handelnden in der psychiatrischen Versorgungslandschaft wirklich, den Blick aus ihrem System – oder soll ich sagen Elfenbeinturm – zu lenken oder bleiben sie ihrer Abstand schaffenden Sprache, ihrer Denkweise, ihrer Fixiertheit auf Institutionen verhaftet? Die Sozialpsychiatrie wird die Welt der Arbeit nicht ihren Bedürfnissen anpassen können!

Kann es richtig sein, dass landauf landab die Reha- und Arbeitsmarkt-Akteure der verschiedenen Zielgruppen ohne voneinander zu wissen oder sogar in Konkurrenz miteinander sich um die wenigen Ressourcen und Arbeitsplätze streiten, oder sollte es nicht besser abgestimmte Strategien geben?

Und zu guter Letzt: Sind auch Arbeitsmarktpolitik und Wirtschaftsförderung entfernte Galaxien? Und muss das so bleiben? Oder ist es nicht dringend erforderlich auf kommunaler, auf Landes- und auf Bundesebene diese Welten aufeinander zu bewegen, Strategien und Ressourcen-Einsatz abzustimmen? Wir können nur die Arbeitsplätze sinnvoll verteilen, die zusätzlich geschaffen werden. Konkurrenz um bereits bestehende Arbeitsplätze bringt keine Zielgruppe der Arbeitsmarktpolitik voran!

Teil II³

Koordination und Kooperation brauchen klare gesetzliche und administrative Regelungen am Beispiel des niederschweligen Zugangs psychisch beeinträchtigter Menschen zu den Integrationsfachdiensten

Mit dem SGB IX liegen konkrete Regelungen zu den Aufgaben und zum Aufbau der Integrationsfachdienste (IFD) vor (vgl. Abb. 1). In der Mustervereinbarung nach § 111 Absatz 4 SGB IX ist neben dem binnendifferenzierten Aufbau sowohl der niederschwellige Zugang

3 Teil II ist von Berthold Deusch verfasst.

zum IFD als auch der zur regionalen Steuerung wichtige Koordinierungsausschuss geregelt.

Nach § 109 Absatz 3 SGB IX gelten seelisch behinderte Menschen als besondere Zielgruppe der IFD. Damit ist aber in weiten Teilen Deutschlands dieser Klientel der niederschwellige Zugang zu den IFD keineswegs automatisch gesichert. Die Verknüpfung der Aktion »50.000 Stellen für schwerbehinderte Menschen« mit dem flächendeckenden Aufbau der IFD erweckt den Eindruck, dass diese nur zu diesem Zweck eingerichtet wurden. Eine solche Sicht verkürzt das Aufgabenspektrum des IFD auf die Unterstützung der Arbeitsvermittlung für schwerbehinderte Menschen und damit auf die vom Arbeitsamt zugewiesene Klientel.

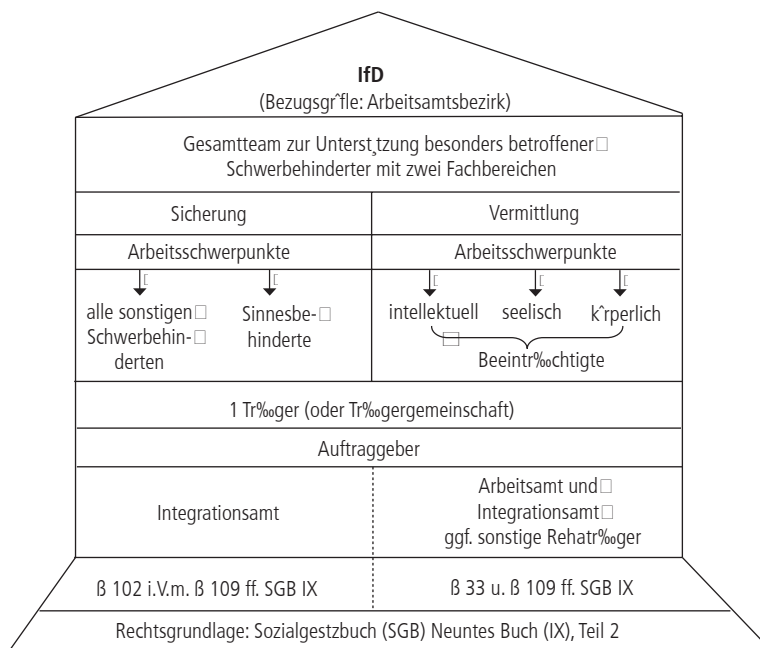


Abb. 1: Aufbau und Aufgaben des IFD

Verständlich ist, dass die Arbeitsverwaltung bei der Beauftragung der IFD dem hohen Ziel des Abbaus der Arbeitslosigkeit der schwerbehinderten Menschen um ca. 50.000 bis Oktober 2002 erste Priorität einräumt. Unverständlich ist jedoch, dass die Rehabilitations-träger (auch die Arbeitsverwaltung) von der Möglichkeit des §109 Absatz 4 SGB IX »Der Integrationsfachdienst kann auch (...) zur beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden«, so gut wie keinen Gebrauch machen. Nur durch besondere Anstrengungen der Integrationsämter ist es in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz möglich, dass diese Klientel niederschwellig Zugang zum IFD erhält. Dies bedeutet, dass außer in den genannten Bundesländern, der niederschwellige Zugang für diese Klientel nur im Promillebereich stattfindet. Dies kann so auf Dauer nicht hingenommen werden. Dort wo die Verantwortlichen sich diesem Thema nicht stellen und keine freiwilligen Regelungen möglich sind, kann auch der Koordinierungsausschuss eine solche Lücke nicht schließen. Hier ist vor allem der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gefordert, die vom Gesetzgeber gewollte Entwicklung voran zu treiben – wenn es sein muss auch durch die Ausgestaltung der Verordnungsermächtigung nach § 115 SGB IX.

Ersatzkriterien und Schwerbehindertenausweis

Für viele bestand die Hoffnung, dass sich mit den Regelungen zum SGB IX erforderliche Unterstützungsleistungen für seelisch behinderte Menschen auch ohne Schwerbehindertenausweis realisieren lassen. Aus der Perspektive des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) ist dies mit den Leistungen nach §33 ff SGB IX und der o.g. Regelung des § 109 Absatz 4 SGB IX weitgehend erreichbar. Klar ist jedoch, dass die besonderen Leistungen des 2. Teils SGB IX (Schwerbehindertenrecht), hier vor allem die Leistungen im Rahmen der »Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben«, ohne Schwerbehindertenausweis nicht erreichbar sind (siehe Abb. 2). Insofern bleibt es uns nicht erspart den Schwerbehindertenausweis erneut in den Blick zu nehmen.

Der Umgang mit dem Schwerbehindertenausweis ist teilweise mit unrealen Vorstellungen und festsitzenden Vorurteilen belastet. Bei nüchterner Betrachtung ist der Ausweis so etwas wie ein sozial-

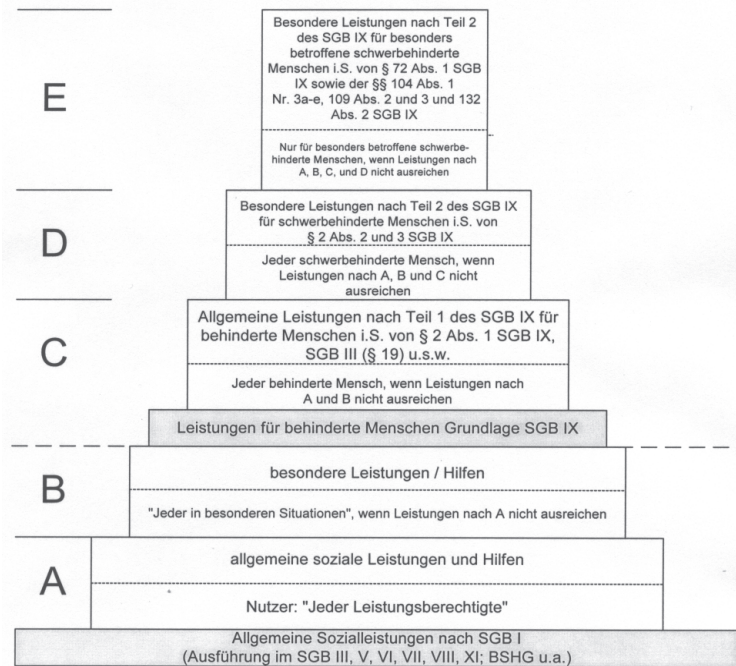


Abb. 2: Förderlogik des SGB IX

rechtlicher Führerschein. Der Betroffene bestimmt selbst den Umfang und die Ausgestaltung des Ausweises, in dem er entscheidet, welches seiner Leiden er anerkennen lassen will. Er bestimmt auch, ob und in welchem Zusammenhang er den Ausweis vorlegen/nutzen will. Und er kann ihn auch ganz oder teilweise zurückgeben. Der Ausweis ist ein höchst persönliches Rechtsgut, das nur der Betroffene beantragen, nutzen oder zurückgeben kann.

Sobald die Klienten darüber sachlich informiert sind, können sich erstaunlicherweise viele für einen Ausweis entscheiden. Um allen Missverständnissen vorzubeugen: Auch wir können verstehen, dass jemand, der gerade dabei ist, sich aus der Krankheit heraus zu entwickeln und schrittweise beginnt wieder an seine Stärken zu glauben, sich nur ungern seine Schwächen amtlich bestätigen lassen will. Unsere Fachdienste können deshalb nach wie vor persönliche Unter-

stützungsleistungen in Form von Beratung und Begleitung auch ohne Schwerbehindertenausweis erbringen (nach so genannten Ersatzkriterien in Baden oder einem Ersatzverfahren in Nordrhein-Westfalen). Nur dort, wo Förderbedarf in Form von finanziellen Leistungen in größerem Umfang besteht, führt kein Weg am Ausweis vorbei! Bei nüchterner Betrachtung überwiegen die Vorteile des Ausweises eindeutig.

Der bedauerliche Zustand der Servicestellen

Die Abbildung 3 stellt die idealtypische Funktion der Servicestellen dar. Das, was sich jedoch derzeit in »so genannten« Servicestellen für die Teilhabe behinderter Menschen bewegen lässt, hat mit den Zielen des Gesetzes so gut wie nichts zu tun. Aus der Begründung zum SGB IX wird deutlich, dass die Servicestelle eine gemeinsame Adresse aller Rehabilitationsträger sein sollte (»Ein-Schalter-Prinzip«). Die damit verbundenen Ziele können Sie der Grafik entnehmen.

Wer weitergehende Informationen zu den gedachten Servicestellen haben will, dem empfehle ich den Kommentar von Dau, Düwell und Haines [1].

Literatur

1. DAU, D.H. (Hg.): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Baden-Baden 2002

Gesamtkonzept Rehamanagement

auf der Grundlage des SGB IX

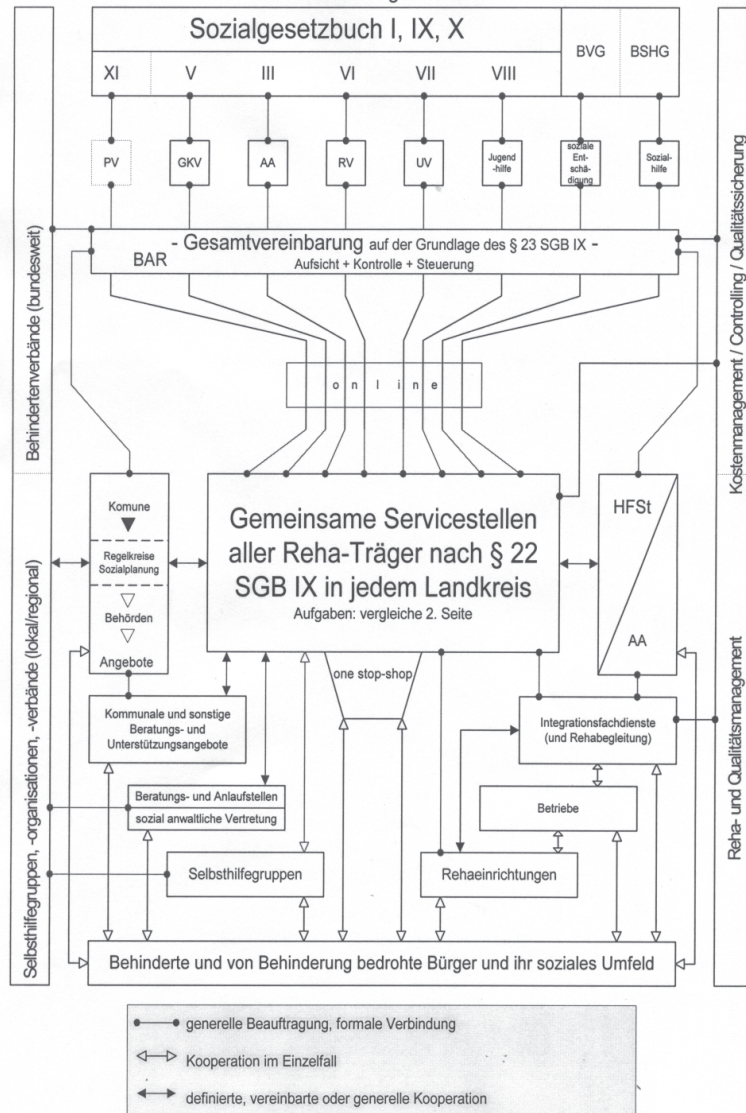


Abb. 3: Idealtypische Funktion der Servicestellen

Auf dem Weg zu personenzentrierten Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Erfahrungen aus zwei rheinischen Regionen

Christiane Haerlin, Hermann Mecklenburg

Einleitung

Ein klares Bekenntnis: Wohnortnahe Hilfen werden von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen als regionale Leistungsverpflichtung gefordert. Wir müssen zugeben, dass wir diese Forderung noch nicht befriedigend erfüllt haben. In diesem Beitrag wollen wir Professionelle vor allem vor unserer eigenen Türe kehren und feststellen, dass es nicht nur am Geld liegt, sondern auch am Festhalten des institutionellen Denkens und an unserer zu zaghaften Hoffnung auf die Integration der Psychiatrie-Erfahrenen in das Arbeitsleben. Gemäß dem Grundsatz »Person vor Institution« wäre das Beste eine völlige Neuordnung der zersplitterten Landschaft mit dem Ziel, dass der Psychiatrieerfahrene alles was er braucht maßgeschneidert aus einer Hand »einkaufen« kann. Da dies rechtlich und politisch (noch) nicht umsetzbar ist, muss der »Kunde« einen »Einkaufsführer« erhalten. Dabei stehen vor allen anderen wir Professionellen in der Pflicht, den Nutzern einen Weg zu bahnen zu Arbeit und Beschäftigung. Verweise auf Kostenträger, Kommunen oder Arbeitgeber sind nicht zulässig, solange wir in unseren medizinischen und soziotherapeutischen Handlungsfeldern dieses Thema nicht regelhaft und aktiv bearbeiten – für die Patienten besitzt es allerhöchste Priorität [1].

Welche Leistungen müssen in einer Region zur Verfügung gestellt werden?

Als den oben genannten »Einkaufsführer« präsentieren wir das von uns ursprünglich im Auftrage der »Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR) – Arbeitsausschuss Psychisch Behinderte« erarbeitete [5] und unter Mitwirkung weiterer Experten sowie einer Redaktionsgruppe kontinuierlich weiterentwickelte »Kölner Instrumentarium – ein Kompass«: Aufgeteilt in drei »Markt-

segmente« sind 15 Funktionen beschrieben, die unsere Kunden auf dem Weg in die Arbeit brauchen können. Dieser Kompass ist für Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gedacht (Abbildung 1).

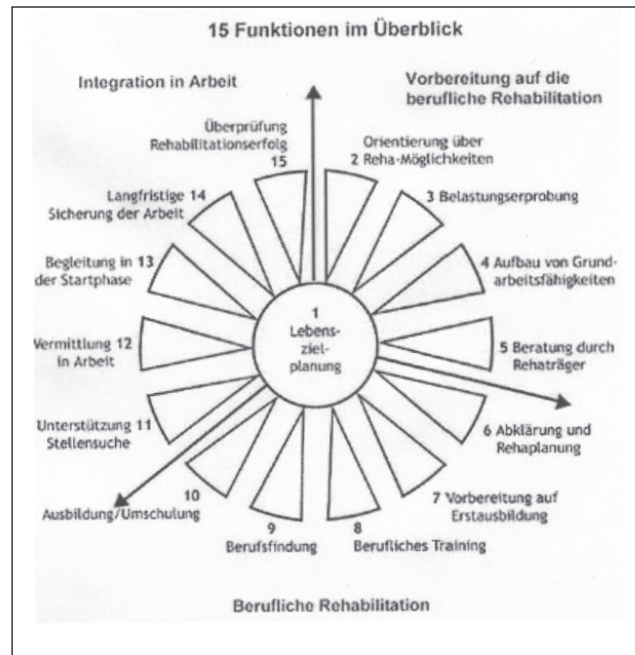


Abb. 1: Das »Kölner Instrumentarium« im grafischen Überblick

Die einzelne Person kann unabhängig von jeder Institution erkennen, welche dieser Funktionen sie in ihrer aktuellen Situation für ihren speziellen Weg in Arbeit braucht. Erfahrene, Angehörige, Professionelle und Kostenträger können anhand des Kompasses überprüfen, ob die notwendigen Funktionen in ihrer Region vorhanden sind. Weitere Information ist über das Internet möglich¹.

1 www.psychiatrie.de/arbeit. Wir danken den Betreibern des Psychiatrie-Netzes, die ihr Portal zur Verfügung stellten, einer Teilnehmerin im BTZ Köln für die graphische und Herrn Ludwig Janssen vom »Redaktionsbüro Köln« für die redaktionelle Bearbeitung.

Wenn sich der Einzelne allerdings fragt, wo bekomme ich die aufgezeigten Leistungen, wird er zu den Diensten, Orten und Institutionen mit sozialpsychiatrischem und rehabilitativem Auftrag in seiner Region gelangen (Tab. 1). Darin sind die typischen Anbieter aufgelistet, die diese »Produkte«, hier Funktionen genannt, vorhalten. So gesehen müssen sich Institutionen stärker in den Dienst der Personen stellen, die etwas benötigen, und nicht umgekehrt.

Tab. 1: Orte, Dienste, Institutionen in denen die Funktionen angeboten werden können

Behandlung medizinisch-soziale Rehabilitation Funktion 1–5	Berufliche Rehabilitation Funktion 6–10	Arbeitsmarkt Funktion 11–15
RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, medizinische Rehabilitation)	BTZ (berufliche Trainingszentren)	Integrationsfachdienste Integrationsmaßnahmen
Sozialdienst Ergotherapie Arbeitstherapie	Träger ambulanter Rehabilitation	allgemeiner Arbeitsmarkt Integrationsprojekte
Tageskliniken	BbW (Berufsbildungswerke)	geschützter Arbeitsmarkt WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen, Arbeitsbereich)
Tagesstätten	BfW (Berufsförderungswerk)	Zuverdienstprojekte
Niedergelassene Ärzte Psychotherapeuten	WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen, Berufsbildungsbereich) RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, berufliche Rehabilitation)	Beschäftigung, z.B. ehrenamtlich mit Aufwandsentschädigung

Praktisches Beispiel einer Abklärung und Rehabilitationsplanung²

Vorstellen möchte ich Ihnen einen sympathischen, gut orientiert wirkenden 34-jährigen Mann, der im März diesen Jahres, noch während seines stationären Aufenthaltes von uns dort angesprochen, schließlich in unsere Beratung kam. Wie bei allen Erstberatungen sprach ich mit Herrn Müller – so wollen wir ihn nennen – eine Stunde lang, um anschließend in seinem Beisein mit dem Laptop Satz

2 von Christiane Haerlin verfasst

für Satz dieses nun folgende Protokoll zu schreiben, das er selbst im Original direkt mitnimmt (Instrumentarium – Ziffer 6).

»Herr Müller kam auf Empfehlung des Sozialdienstes der örtlichen psychiatrischen Klinik zur Erstberatung ins BTZ (Instrumentarium – Ziffer 1).

Herr Müller schloss 1986 in seiner Heimatstadt Heilbronn eine Ausbildung als Tischler ab, da sein Onkel eine Tischlerei betrieb, die er übernehmen sollte. Herr Müller wollte dies nicht und arbeitete nur ein Jahr dort. Zwischen 1987 und 1993 war er in drei anderen Tischlereien und einem Baustoffmarkt für jeweils ein Jahr tätig. Auf Grund eines Wirbelsäulenleidens schulte er dann bis 1996 zum Industriekaufmann um und war froh, die Tätigkeiten als Schreiner zu beenden. Jedoch fand er trotz gutem Abschluss und vielen Bemühungen keine Stelle. Nunmehr 28-jährig wollte er in einer Großstadt leben. Die Wahl fiel auf Köln, wo er wiederum mangels kaufmännischer Angebote von 1997 bis 1999 eine Stelle als Küchenverkäufer in einem Möbelgroßhandel inne hatte und einige seiner schreinerischen und kaufmännischen Kenntnisse nutzen konnte. Obwohl Herr Müller eine kontaktfreudige Person ist, belastete ihn schließlich gerade der Kundenverkehr, der einen wichtigen Teil seiner Arbeit ausmachte.

Die manisch depressiven Erkrankung kam für ihn im Mai 1999 aus heiterem Himmel. Er kündigte und ist bis heute, also drei Jahre, arbeitslos bzw. krank. Er bemühte sich gar nicht mehr um andere Stellen, da er sich seither psychisch zu instabil fühlte. Zunächst suchte Herr Müller einen Facharzt auf, wurde jedoch noch im Kündigungsjahr 1999 in die örtliche psychiatrische Klinik zwangseingewiesen und zweimal für mehrere Wochen stationär behandelt. Eine freiwillige Behandlung in einer Tagesklinik schloss sich in 2000 an. Seit dieser Zeit nahm er an einer Gesprächstherapie bis Sommer 2001 teil und befindet sich bis heute in fachärztlicher Behandlung. Er vertraut vor allem den Medikamenten, die seine affektiven Schwankungen abmildern und insgesamt eine Besserung brachten, obwohl er bis heute keine Erklärungen für seine Krankheit gefunden hat. Herr Müller hat noch guten Kontakt zu seiner Familie in Heilbronn, wobei die Tischlerei des Onkels inzwischen verkauft wurde.

Er lebt und versorgt sich alleine und hat einen Freundeskreis in Köln aufgebaut. Derzeit traut er sich keine Arbeitsstelle zu, hat jedoch das Ziel, schrittweise wieder im Arbeitsleben Fuß zu fassen, am ehesten in kaufmännischen Bereich als Teilzeitkraft. Seine Kenntnisse als Schreiner, immerhin über zehn Jahre gesammelt, ist er bereit einzubeziehen. Allerdings

äußert er Ängste, wiederum keine Stelle zu finden und benötigt eine intensive Unterstützung bei Stellensuche und Vermittlung, sowie eine gute Begleitung (Instrumentarium – Ziffer 11 bis 14). Er möchte zunächst seine Belastungsfähigkeit erproben und Grundarbeitsfähigkeiten aufbauen in der Hoffnung, sein Selbstvertrauen wieder zu finden (Instrumentarium – Ziffer 3 und 4).

Empfehlung des BTZ:

Wir unterstützen den Plan von Herrn Müller. Das BTZ kann, vorbehaltlich der Kostenzusage und eines weiteren Gespräches im kaufmännischen Bereich, ein Berufliches Trainingsangebot von 12 Monaten anbieten mit dem Ziel der anschließenden Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Instrumentarium – Ziffer 8). Es ist dabei abzuklären, in welcher Weise er auf vergangenen Berufserfahrungen aufbauen, und welche tragfähigen Rahmenbedingungen einer zukünftigen Stelle er für sich erarbeiten kann. Dies wird bei den Praktika während des Trainings und der gemeinsamen Suche und Vorbereitung auf eine Stelle ausschlaggebend sein.

Da er seit drei Jahren nicht mehr gearbeitet hat, ist eine sorgfältige Vorbereitung notwendig, wozu auch die Stabilisierung seiner Gesundheit gehört. Er leidet darunter, in den manischen Phasen zu viel Geld auszugeben. Daher wird empfohlen, die Frage eines gesetzlichen Betreuers zu bedenken, damit er schuldenfrei in eine Arbeitsstelle gehen kann.

Wir treffen folgende Vereinbarungen:

1. Herr Müller wird einen Termin für ein Gespräch im kaufmännischen Trainingsbereich des BTZ erhalten und danach entscheiden, ob er das Angebot annehmen kann.
2. Er wird umgehend einen Antrag auf berufliche Rehabilitation stellen und dem Antrag eine Kopie dieses Ergebnisses sowie eine Befürwortung des Facharztes beilegen und auf eine dann folgende Beratung durch den Rehaträger warten (Instrumentarium – Ziffer 5)
3. Mit seinem Facharzt wird Herr Müller dieses Ergebnis sowie die Frage eines gesetzlichen Betreuers besprechen.
4. Zur Vorbereitung auf das berufliche Training, das mit einer Halbtags-tätigkeit beginnt, wird Herr Müller Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Zentrum aufnehmen und sich informieren, ob er mithilfe

deren tagesstrukturierender Angebote seine Belastung erproben und Grundarbeitsfähigkeiten aufbauen kann bis zu vier Std. täglich (Instrumentarium – Ziffer 3 und 4).

5. *Sollte dies nicht möglich und passend sein, so wird er sich an eine Ergotherapeutische Praxis mit derselben Fragestellung wenden und an seinen Facharzt wegen einer entsprechenden Verordnung.*
6. *Herr Müller ist einverstanden, dass wir nach drei Wochen telefonischen Kontakt aufnehmen und nachhören, wie dieser Plan sich umsetzen lässt.*
7. *Sollte dieser Plan nicht wie besprochen verlaufen, kann sich Herr Müller jederzeit wieder an uns wenden und die Beratungen fortsetzen.*
8. *Herr Müller erhält das Original dieses Schreibens und ist damit einverstanden, dass folgende Personen eine Kopie erhalten, die er selbst überreicht:*
 - *Sein behandelnder Facharzt*
 - *Die Reha-Abteilung des Arbeitsamtes Köln*
 - *Das Sozialpsychiatrische Zentrum*
 - *Ggf. die Ergotherapiepraxis*
 - *Sein Freundeskreis.*

Wir hoffen, dass bei der Schilderung deutlich wurde, wie die hier angewandte gemeinsame Protokollierung den psychiatriee erfahrenen Kunden selbst einen roten Faden der Rehabilitationsplanung auf sein Ziel hin in die Hand gibt und seine Bezugspersonen gebeten werden, am gleichen Strang den Prozess zu begleiten. Das Kölner Instrumentarium« könnte so für alle Beteiligten eine Orientierungshilfe und gemeinsame Verständigungsplattform werden.

Damit hoffen wir wettzumachen, was Herrn Müller an Nachteilen dadurch entstanden ist, dass wir Professionelle nicht schon damals beim ersten stationären Aufenthalt Beratung und Rehabilitationsplanung anboten.

Nun sind allerdings mühsamere aufwändigere Schritte notwendig, langes Warten statt Ermutigung und Hoffnung auf erreichbare Ziele, was doch eine der wichtigsten Prädiktoren für eine gute Prognose ist.

Es liegt also nicht nur an der gescholtenen fehlenden Krankheitseinsicht oder dem chronischen Verlauf, sondern auch an der Unkoordiniertheit unseres Systems und der bisher fehlenden Leistungs-

verpflichtung aller Beteiligten: »Teuer ausgliedern, teuer wieder eingliedern«, wie Laupichler das formuliert hat.³

Die Fallschilderung lässt für alle Klienten wünschen, dass nicht Chronos, die endlos lange Zeit, sondern Kairos, die Gunst und Qualität der Stunde, die Oberhand erhalte.

Wie ist der quantitative regionale Bedarf für diese Leistungen?

Epidemiologische Daten für den Bedarf an berufs- und beschäftigungsorientierten Hilfen sind nicht verfügbar. Wir haben für unsere Bedarfsanalyse zwei Wege gewählt.

Wir haben unsere Erfahrungswerte gesetzt, haben diese einer größeren Anzahl von Experten präsentiert, von denen einige Ergänzungen und Variationen vorschlugen, während andere sich gegenüber diesem Ansatz kritisch äußerten, das könnte zu starren und damit missverständlichen Vorgaben führen. Wir sehen diese Gefahren bei der funktionalen und personenbezogenen Zugangsweise nicht. Wir gelangten zu einem – natürlich noch sehr vorläufigen – von pragmatischer Evidenz gestützten Expertenkonsens, der eine erste Orientierung sein kann, solange keine bessere Grundlage erreicht ist. Die Zahlen sind bezogen auf die Gruppe der schwer Kranken und von Behinderung Bedrohten. Die Zahlen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Es soll mit aller Deutlichkeit gesagt werdend, dass diese Zahlen mit großer Zurückhaltung zu betrachten sind und dass sie nur präsentiert werden, weil es nichts Solideres gibt. Die ihnen zugrundeliegende Methodik ist unzureichend. Sie dürfen nicht als Anhaltzahlen genommen werden, sondern nur als Orientierung. Sie können von Region zu Region sehr unterschiedlich sein und auch unter den Experten bestand kein durchgehender Konsens. Andererseits: In Regionen in der Frühphase der Entwicklung können diese Werte hilfreiche Markierungen sein.

Auf 100.00 Einwohner gerechnet,

- brauchen etwa 140 dieser Menschen pro Jahr eine spezifische arbeits- und beschäftigungsbezogene Beratung (Instrumentarium – Funktionen 1 und 2)
- es müssen neun Plätze für Belastungserprobung von etwa zwei bis drei Monaten Dauer zur Verfügung stehen (Instrumentarium – Funktion 3),

3 vgl. den Beitrag von Klaus Laupichler in diesem Band

Tab. 2a: Hilfebedarf für Vorbereitung und Training

Funktionen*	1 und 2 Beratung	3 Belastungs- erprobung	4 Aufbau Grundarbeits- fähigkeiten	6 bis 9 Abklärung Vorbereitung Training Berufsfindung	10 Ausbildung Umschulung
lfd. Nr.	1	2	3	4	5
Bedarf pro 100.000 E.	Fälle	Plätze	Plätze	Plätze	Plätze
Oberberg	120	5	5	6	3
Kassel	?	10	6	8	3
Ravensb.	130	4	10	10	3
Köln	120	5	6	13	3
Tübingen	120	20	20	10	?
Hamburg	?	?	?	8	3
Mettmann	200	7	?	12	3
Gesamt	140	9	9	9	3

* Funktionen entsprechend »Kölner Instrumentarium«

Lfd. Nr.

1 Beratung im Rahmen von Lebensplanung und Krisenbewältigung zur Frage von »Arbeit und Beschäftigung«, spezifische Beratung zu Hilfemöglichkeiten (Reha, Training, Umschulung etc.)

2 Handlungsorientierte Erprobung zur aktuellen Belastungsfähigkeit (niederschwellig, 1 bis 3 Monate), z.B. amb. Ergotherapie

3 Erwerb von Grundarbeitsfähigkeiten (bis zu 1/2 Jahr), z.B. med. Rehabilitation

4 Berufliches Training, Qualifizierung (bis zu 1 Jahr), z.B. berufliche Rehabilitation

5 Ausbildung, Umschulung, betrieblich oder überbetrieblich

- neun Plätze für den Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten, wofür jeweils etwa ein halbes Jahr zur Verfügung stehen muss (Instrumentarium – Funktion 4),
- neun Plätze für berufliche Rehabilitation und Training, jeweils für die Dauer von bis zu einem Jahr (Instrumentarium – Funktionen 6 bis 9),
- schließlich noch drei Plätze für Ausbildung und Umschulung pro Jahr (Instrumentarium – Funktion 10).

Tab. 2b: Hilfebedarf für Arbeit

Funktionen*	11 und 12						13 und 14
	Unterstützung bei Stellensuche, Vermittlung in Arbeit Begleitung in der Startphase, Arbeit und Beschäftigung dauerhaft						Sicherung der Arbeit
lfd. Nr.	6	7	8	9	10	11	12
	allgemeiner Arbeitsmarkt						
Bedarf pro 100.000 E.	Vermittlungen pro Jahr	Plätze Integrations- Firmen	Plätze geschützter Arbeitsmarkt	Plätze Zuver- dienst	Plätze Beschäfti- gung	Stellen IFD	Stellen BbD
Oberberg	5	20	30	15	15	0,5	0,5
Kassel	5	10	30	15	15	0,75	0,75
Ravensb.	10	10	85	10	?	1,5	1,5
Köln	8	20	30	15	15	0,5	0,5
Tübingen	8	20	20	25	?	1,5	1,5
Hamburg	5	20	20	20	15	0,33	0,33
Mettmann	5	10	20	30	5	0,2	0,6
Gesamt	7	16	30	19	13	0,8	0,8

Lfd. Nr.

6 Unbefristete Anstellungen, tariflich bezahlt, allg. Arbeitsmarkt, Firmen ohne Schwerpunktbildung für behinderte Menschen

7 Unbefristete Anstellungen, tariflich bezahlt, allg. Arbeitsmarkt, Firmen mit Schwerpunktbildung für Behinderte (Integrationsprojekte)

8 Z.B. Werkstätten für behinderte Menschen

9 Zuverdienst Arbeitsplätze: Weniger als 15 Std. pro Woche und relativ unverbindlich, leistungsabhängige Bezahlung

10 Beschäftigung, z.B. ehrenamtlich mit Aufwandsentschädigung, oder Tagesstätte mit Arbeitsprämie

11 Integrationsfachdienst

12 Berufsbegleitender Dienst (11 und 12 inzwischen zusammengefasst zum neuen »Integrationsfachdienst« gemäß SGB IX)

Diese Vorbereitungen sollen zu folgenden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten führen, wiederum auf 100.000 Einwohner bezogen (Instrumentarium – Funktionen 11 und 12):

- Sieben Vermittlungen sollen pro Jahr in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes gelingen.
- 16 Plätze in Integrationsfirmen sind erforderlich,

- 30 Plätze geschützte Arbeitsplätze
- 19 Plätze im Zuverdienst, sowie
- 13 Plätze zur Beschäftigung, z.B. ehrenamtlich, gemeinnützig oder in Heimen und Tagesstätten.
- Dazu gehört ein Integrationsfachdienst mit 1,6 Stellen auf 100.000 Einwohner (Instrumentarium – Funktionen 13 und 14).⁴ Der früher so genannte »berufsbegleitende Dienst« ist in diesen Wert mit eingeschlossen.

In Weiterentwicklung der seit der Novellierung SGB IX gültigen Regelung muss auf die Vorerfahrungen der Integrationsämter mit diesen Diensten zurückgegriffen werden. D.h. die Mitarbeiter müssen zusätzlich zu ihrer Nähe zur Arbeitswelt Erfahrung im »Umgang« mit psychisch erkrankten Menschen haben. Sie werden nicht nur im Auftrag eines Leistungsträgers tätig, sondern auch von anderen Einrichtungen und Diensten bzw. von den Betroffenen angesprochen werden. Sie gehen auch von sich aus in das »psychiatrische Feld« hinein und tragen dort dazu bei, dass dem Thema Arbeit und Beschäftigung mehr Aufmerksamkeit zuteil wird und psychiatrisch Tätige sowie Betroffene und Angehörige über Möglichkeiten und Wege informiert werden.

Das bisher Beschriebene bezieht sich auf die Gruppe der schwerer Erkrankten und von Behinderung Bedrohten. Um den Blick zu erweitern auf die Gesamtgruppe aller psychisch Kranken haben wir im Oberbergischen Kreis zwei niedergelassene Nervenärzte und einen Allgemeinarzt befragt zum Hilfebedarf ihrer Patienten in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung. Es wurden 545 Patienten erfasst, die überwiegend nicht zur der Gruppe der schwer chronisch Kranken gehören, sondern vor allem an Neurosen und affektiven Störungen erkrankt sind. Für 120 von diesen sahen die Ärzte einen spezifischen Hilfebedarf, 85 wurden mit einer guten Prognose ausgestattet. Auf einen *Stichtag* bezogen und wiederum für 100.000

4 Dieser Wert wurde zusätzlich abgestimmt mit Herrn Dr. P. Beule, Referatsleiter im Integrationsamt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, in dessen Zuständigkeitsbereich über Jahre eine flächendeckend Ausstattung mit Integrationsfachdiensten für psychisch behinderte Menschen entwickelt wurde. Nach Herrn B. ist der Wert für gut entwickelte Regionen eher knapp bemessen.

Einwohner entspricht das einer Zahl von etwa 300 bis 500 und *auf 100.000 Einwohner pro Jahr* von etwa 100 bis 150 Hilfebedürftigen⁵. Gefragt sind hier in der Regel weniger aufwändige Hilfen wie Beratung, befristete Begleitung am Arbeitsplatz, arbeitstherapeutische Reaktivierung von beruflichen Kompetenzen oder kurze Trainingsmaßnahmen. Nur wenige Patienten erhielten die entsprechenden Hilfen zum Zeitpunkt der Befragung, obwohl es etliche Angebote gibt. Ein Problem liegt darin, vorhandene Angebote zu den Hilfebedürftigen zu bringen. Das medizinische System und das für Arbeit und Beschäftigung sind nur unzureichend miteinander verknüpft. Ein andere Schwierigkeit ist darin begründet, dass die Hilfen eher auf die Bedürfnisse schwer Kranker ausgerichtet sind und dann oftmals an anerkannte »Schwerbehinderung« gekoppelt sind (Tabelle 3).

In Zukunft ist der regionale Bedarf personenzentriert entsprechend der folgenden Leitlinie zu bestimmen: Bei *allen* Personen mit psychischen Erkrankungen in einer Region werden auch die Auswirkungen auf die Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt: Zu klären ist, an welchen Stellen im psychiatrischen Hilfesystem – und außerhalb z. B. Sozialamt, Arbeitsamt – erfolgt dies wie, von wem, gemäß welchen Standards? Dabei sind die Bereiche Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung in den Blick zu nehmen.

Mit der betroffenen Person wird das Hilfe-Ziel (Zwischenziel) in Bezug auf Teilhabe am Arbeitsleben verhandelt, unter Berücksichtigung der persönlichen Arbeitsbiographie, der aktuellen Fähigkeiten und Störungen sowie der regional grundsätzlich verfügbaren Angebote zur Eingliederung in Arbeit [3]. Die Hilfen werden personenbezogen und zielorientiert ggf. Einrichtungen und Leistungsträger übergreifend geplant und realisiert. Bei komplexem Hilfebedarf kommt der kontinuierlich begleitenden Bezugsperson (Casemanagement) eine entscheidende Bedeutung für die Zielerreichung zu.

Der Bedarf an Hilfen in einer Region ist dem aggregierten Hilfebedarf der Personen in der Region anzupassen [3, 7].

5 Die am Stichtag mit diesem Bedarf angetroffenen Patienten sind vielfach bereits über Jahre bei ihren Ärzten in Behandlung, sodass der Bedarf pro Jahr geringer angesetzt werden muss.

Tab. 3: Hilfebedarf für Patienten in ambulanter Behandlung nach Diagnosen

Übersicht nach Diagnosen

	Affektive Störungen	Neurosen	Psychosen	Abhängigkeit	HOPS**	Gesamt
Pat. Gesamt	128	234	66	82	35	545
Hilfebedarf	14 %	18 %	32 %	38 %	31 %	125
Beschäftigungssituation						
Ohne Arbeit	11 %	22 %	33 %	49 %	47 %	133
Rente	14 %	12 %	27 %	4 %	14 %	70
Beschäftigung						
Allg. Arbeitsmarkt	36 %	44 %	11 %	40 %	0 %	189
Hausfrau, -mann	39 %	22 %	17 %	5 %	19 %	123
WfbM	0 %	0 %	4 %	2 %	20 %	12
Nebenverdienst	0 %	0 %	8 %	0 %	0 %	5
in Beschäftigung	75 %	64 %	40 %	47 %	39 %	329

* Es wurden zwei Nervenärzte befragt und ein Arzt für Allgemeinmedizin (dieser nur nach Patienten mit psychiatrischen Diagnosen).

** HOPS = hirnorganisches Psychosyndrom. Hier überwiegend Menschen mit geistiger Behinderung oder Patienten mit Zustand nach Schädelhirntrauma.

*** fachliche Einschätzung der behandelnden Ärzte

In welcher Art und Weise müssen die Hilfen an die Nutzer herangebracht werden?

Diese Frage kann auf dreierlei Weise beantwortet werden:

Welche Institutionen müssen in einer Region vorhanden sein?

Wir wissen inzwischen, dass diese Sichtweise nicht hilfreich ist. Umfassende personenbezogene Hilfen sind von Institutionen immer nur partiell zu erbringen, da diese eher angebotsorientiert agieren und sich leicht selbst genügen. Erforderlich ist eine Veränderung der Blickrichtung der Institutionen: Weg von den Kunden als Gruppe – aus der dann die passenden Klienten ausgesucht werden – hin zum Einzelnen und seinen Bedürfnissen, auf den sich die Institution einstellt, indem sie passende Angebote schafft. Oder – der bessere Weg –: Die Institution fügt sich ein in den gemeindepsychiatrischen Reha-

Verbund und sieht ihre Angebote als Teil des gesamten Funktionszusammenhangs.

Wie müssen die Hilfen präsentiert werden, damit sie den individuellen Bedürfnissen entsprechend beim Nutzer ankommen?

Diese Sichtweise nennen wir die »interaktionelle«, weil ihr Gelingen in hohem Maße von den Beziehungen abhängig ist, die die im Feld handelnden Professionellen untereinander, zu den Klienten und zu ihren Partnern wie Verwaltungen, Kostenträgern und Arbeitgebern installieren [8].

Organisation der Hilfen im interaktionellen Ansatz

»Interaktionell« heißt, nicht nur dafür sorgen, dass die notwendigen Funktionen in der Region verfügbar sind, sondern dass darüber hinaus die Interaktionen – d.h. die Beziehungen – zwischen den am Gesamtprozess Beteiligten so gestaltet werden, dass sie für die Nutzer hilfreich sind: stressarm, autonomiefördernd und mitgestaltend gemäß den Regeln der »therapeutischen Gemeinschaft«, die sich im personenbezogenen Ansatz wieder finden. Das bedeutet: Motivation fördern, Beziehungsabbrüche vermeiden und die einzelnen Reha-Abschnitte personenbezogen vernetzen.

Motivation fördern

Motivation wächst im Prozess und es ist damit die Entwicklung von Ermutigung, Selbstvertrauen und Hoffnung verbunden. Insbesondere Letztere – als positive Erwartung der Klienten und ihrer Angehörigen – hat sich als einer der günstigsten Prognosefaktor erwiesen.

Motivierend ist es nicht nur das therapeutische Team, sondern auch den Klienten frühzeitig in Überlegungen und Planungen mit einzubeziehen und diese verbindlich und schriftlich zu fixieren. Das Fallbeispiel des Herr Müller lässt erkennen, was damit gemeint ist.

Motivierend ist es, wenn niederschwellige Arbeitserprobungsfelder zur Verfügung stehen, in denen die Klienten Erfolge erleben. Hochkomplexe Profilings und Assessments in speziellen Zentren sind weniger nützlich. Es kann kein gutes Ergebnis in wenigen Tagen produziert werden. Diagnostik und Assessment sind ihrerseits als Teil des motivationsfördernden Prozesses zu sehen.

Motivierend ist es, wenn Stärken und Schwächen nüchtern festgestellt werden und aus Respekt vor den Wünschen des Klienten da begonnen wird, wo er steht. Vor allem sollen seine Vorerfahrungen ressourcenorientiert (neu) bewertet werden. Hier lohnt es sich auch, in eine partnerschaftliche Auseinandersetzung zu gehen; z.B. über die Frage, ob es nicht besser ist, einen direkten Wiedereinstieg unter Nutzung vorhandener Kompetenzen zu versuchen statt einer kompletten Umschulung.

Motivierend ist es schließlich, wenn die derzeit behandelnden Institutionen so frühzeitig tätig werden, dass ohne Zeitverlust und ohne krankheitsfördernde Wartezeiten der nächste rehabilitative Schritt gegangen werden kann. Vielleicht sind ja die neuen Servicestellen eine Chance, solche bisher fast regelhaften Zeitverzögerungen zu reduzieren.

Wir verweisen nochmals auf des Beispiel des Herrn Müller und auf die mit ihm getroffenen Vereinbarung: Es zeigt, wie viel auch heute schon möglich ist an Verzahnung der notwendigen Schritte durch Zusammenarbeit zwischen den Klienten und den Profis einerseits sowie andererseits der Professionellen untereinander.

Beziehungsabbrüche vermeiden

Unser gegliedertes Sozialsystem führt scheinbar unabänderlich dazu, dass die Nutzer von Institution zu Institution wandern, um in den Genuss der notwendigen Hilfen zu gelangen. Solange wir das hinnehmen, stehen wir in der Pflicht, diese Übergänge im Sinne solider Übergaben zu begleiten. Das heißt der Mitarbeiter der Kontaktstelle oder der Sozialarbeiter des Krankenhauses geht mit dem Klienten zu den Orten, die seine nächste Station sein können. Der Überweisende ist verantwortlich dafür, dass sein Klient auch dort ankommt, wohin er gelangen möchte.

Es wäre besser, wenn die Klienten den Ort und vor allem das begleitende Team nicht wechseln müssten. Das Modell der RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke) berücksichtigte diese Problematik und sollte den Nutzern die Möglichkeit bieten, nach Abklingen der akuten Krankheitsphase ohne Veränderung der therapeutischen Beziehungskontexte und mit zureichender Zeit ihren Weg in Arbeit und Beschäftigung zu finden. Leider wurden aus der RPK-Idee überwiegend weitere stationäre überregionale Insti-

tutionen. Es scheint lohnenswert, die Idee wieder aufzugreifen als integratives gemeindenahes System, in das Neues und aus bewährter Tradition Herrührendes zusammengefügt werden können und so eine personenbezogene Qualität entsteht. Diese Entwicklung ist an einigen Orten im Gange [2; 9].

Reha-Planung und Reha-Begleitung personenbezogen vernetzen

Die dazu erforderlich Instrumente sind ein administratives und ein interaktionelles.

»IBRP plus Arbeit«

»Arbeit und Beschäftigung« sind in der Konzeption des IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) durchaus integriert [7]. Die Hoffnung ist aber vielerorts verloren gegangen. Das passt zusammen mit der jahrzehntelangen Vernachlässigung dieses Themas in der konkreten sozialpsychiatrischen Arbeit. Die Weiterentwicklung des Instrumentes zur Planung und Steuerung der personenbezogenen Reha-Prozesses – zu »IBRP plus Arbeit« – mit differenzierteren Vorgaben als bisher kann ein Mosaikstein bei der Bewältigung der Defizite sein.

Regionale Reha-Fallkonferenz

Diese ist das interaktionelle Instrument, welches eine Vernetzung aller am Rehaprozess des Klienten im weiteren Sinne Beteiligten herstellt: Der Behandelnden, der Wohnbetreuer, der Freizeitmanager und der Rehabilitationsbegleiter. Die Aktivitäten und Hypothesen der Einzelnen werden zusammengetragen und aufeinander abgestimmt. Und nach Rückkopplung mit dem Klienten sind die getroffenen Entscheidungen verbindlich. Die Beratung, wie sie am Fall des Herrn Müller exemplifiziert wurde, setzt diesen interaktionellen Prozess in Gang. Dieses Vorgehen deckt sich mit der »Hilfeplankonferenz« gemäß IBRP. Die »Hilfeplankonferenz Arbeit« hat sicherzustellen, dass in einer Region jede Person mit Beeinträchtigungen ihrer Teilhabe am Arbeitsleben infolge einer psychischen Erkrankung ein adäquates Hilfeangebot erhält. Die Hilfen haben sich dem Bedarf der Personen in der Region anzupassen, statt umgekehrt.

Die Partner des psychiatrischen Systems

Die Kommune

Die Kommune ist vor allem aufgerufen zur *Planung* durch Erstellung und Fortschreibung des Psychiatriepflichtes auch in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung sowie zur *Steuerung* durch Etablierung des gemeindepsychiatrischen Verbundes mit dem Ziel der Versorgungs- und Verpflichtung im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben. Da die Kommunen als Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger durch das SGB IX in den Kreis der *Reha-Träger* einbezogen werden, kann erwartet werden, dass sie ihren Verpflichtungen nach § 39 SGB IX (Eingliederungshilfe) umfassender als bisher nachkommen, z.B. indem sie durch Angebote »niederschwelliger« Beschäftigung den Betroffenen den Weg in die berufliche Rehabilitation bzw. den Arbeitsmarkt ebnen. Dort wo dieses Ziel nicht erreicht wird, sind tagesstrukturierende Beschäftigungen zur sozialen Integration und Gesunderhaltung gemäß § 39 SGB IX zu leisten. Diese können ggf. andere Betreuungsformen ersetzen, welche manchmal eher die Folgen des Nichtstuns oder der Unterforderung kompensieren.

Es gibt darüber hinaus eine Reihe von wünschenswerten Initiativen: Im Rheinland haben sich seit 1990 in 25 Gebietskörperschaften »runde Tische Arbeit« für eine umschriebene Region etabliert, mit denen gute Erfahrungen gesammelt wurden. In Verbindung mit der Funktion »Psychiatriekoordination Arbeit« könnten die Runden Tische als Vorstufe zu einer verbindlichen regionalen Koordination weiterentwickelt werden (Steuerung auf der Einzelfallebene und auf der regionalen Ebene). *Information und Beratung* können verbessert werden dadurch, dass Fachleute des psychiatrischen Systems, der Kommune und der Kostenträger zusammengeführt werden. Die Beratung könnte so ein höheres Qualitätsniveau erreichen, da therapeutische, Versorgungs- und Finanzierungsaspekte einfließen, die Klienten umfassender informiert und Entscheidungen besser und rascher vorbereitet würden. Es ist eine reizvolle Perspektive, ein solches Beratungssystem den Service-Stellen gemäß SGB IX zur Seite zu stellen, die dann für die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen und für die verschiedenen professionellen Akteure umfassenden und praktischen Nutzen bekämen. Schließlich kann die Kommune *Arbeit* zu Verfügung stellen. Es gibt in dieser Beziehung

Erfahrung und Tradition mit der Maßnahme »Arbeit statt Sozialhilfe«. Mancherorts gehen kommunale Aufträge mit einer gewissen Schwerpunktsetzung an Selbsthilfe-Initiativen und Integrationsfirmen. Im »Modellverbund Psychiatrie« der Bundesregierung wurden Kooperationen zwischen psychiatrischen Reha-Trägern und Kommunen erprobt [6]. In Wunstorf gingen drei Projekte daraus hervor: Die Integrationsfirma »Ex & Job« übernahm das städtische Möbellager und die Rathaus-Kantine sowie die Bewirtschaftung des »Strandbades« am Steinhuder Meer. In Italien sind gemeinnützige Kooperativen in großem Stil Nutznießer kommunaler Aufträge.

Die Kostenträger

An erster Stelle steht die Verpflichtung der Kostenträger, in angemessener kurzer Zeit die Kosten für notwendige Hilfen zu bewilligen. Trotz der guten Intention im SGB IX gelingt das bisher nicht. Dazu müssen die regionalen Repräsentanten vor allem der Rentenversicherungsträger Entscheidungskompetenzen erhalten, damit nicht viel Zeit vergeht, in der die Vorgänge in den zentralen Bürokratien kreisen. Bei einer schnellen und fachlich soliden Entscheidungsfindung könnten die Kostenträger künftig sehr unterstützt werden durch die Dienste und Regionen, in denen der IBRP Grundlage der individuellen Rehaplanung sein wird⁶.

Die Arbeitgeber

»Verpflichtungen« der Arbeitgeber gibt es über die Einhaltung der »Behindertenquote« hinaus nicht. Es besteht eher eine Verpflichtung der psychiatrischen Professionellen, die Kontakte mit den Arbeitgebern so konstruktiv und fruchtbar zu gestalten, dass ein offenes und bereitwilliges Feld für die Einstellung auch psychisch Behinderter entsteht. Die AutorInnen können ganz überwiegend von guten Erfahrungen berichten. So hat eine mit dem System der beruflichen Rehabilitation im Oberbergischen Kreis kooperierende mittelständische Firma inzwischen eine Behindertenquote von 30 % und strebt die Anerkennung als Integrationsbetrieb an. Vom BTZ Köln wur-

6 An vielen Orten laufen inzwischen vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Implementationsprojekte.

den über 300 kooperierende Firmen für Praktika akquiriert. Experten spezifischer Berufe werden zur Beratung einzelner Klienten ins Haus geholt. Über diese Vernetzung gelang es, von 429 Teilnehmer der vergangenen neun Jahre 183 auf Stellen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu vermitteln.

Die Hauptfelder der Kooperation sind: Zuverlässige Begleitung und Beratung der Arbeitgeber bei Praktikumseinsätzen und Integration von ehemals psychisch kranken Arbeitnehmern sowie Information über und Unterstützung bei der Beantragung von Lohnkosten- und Investitionszuschüssen.

Regionale Leistungsverpflichtung

Die in der Einleitung formulierte Forderung steht im Raum. Weder konzeptionell, noch in der praktischen Arbeit ist sie bisher durchgehend und systematisch realisiert. Folgende Aufträge sind noch zu erfüllen:

- Alle psychisch Kranken einer Region, die einen Hilfebedarf zur Teilhabe am Arbeitsleben haben (seien sie noch in Arbeit oder ohne Arbeit) erhalten möglichst frühzeitig ein spezifisches arbeitsbezogenes Assessment. Dieses Assessment ist ein bereits in der abklingenden Akutphase beginnender handlungsorientierter diagnostischer Prozess.
- Erstellung eines individuellen Hilfeplanes.
- Unterstützung durch das regionale Hilfesystem entsprechend dem individuellen Bedarf des Einzelnen.
- Steuerung des Einzelfalles durch regelmäßige Hilfeplankonferenzen und Begleitung durch den Casemanager.
- Fortlaufende Dokumentation des Einzelfalles.
- Verbindliche systematische und fortlaufende Berichterstattung für die Gesamtregion.
- Aus der sich entwickelnden Berichterstattung ist in einem kontinuierlichen Prozess sukzessive der Hilfebedarf einer Region zu ermitteln. Dieser ist nicht statisch, sondern verändert sich mit der Zeit und mit dem fortschreitenden Entwicklungsstand des Versorgungssystems.
- Die Dokumentation verhilft ebenfalls dazu, spezifische Zielgruppen mit spezifischen Hilfebedarf zu definieren.

Literatur

1. ANGERMEYER, M.C., HILZINGER, A., MATSCHINGER, H.: Lebensqualität, das bedeutet für mich ... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. Psychiatrische Praxis 26, 1999, S. 56–60
2. BANGEN, R.: Psychiatrischer Rehabilitationsverbund Oldenburg. Fachbericht, Oldenburg 2000
3. BERTELSMANN STIFTUNG, BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, DEUTSCHER LANDKREISTAG, DEUTSCHER STÄDTETAG, DEUTSCHER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND (Hg.): Handbuch Beratung und Integration. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2002
4. 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
5. FASSHAUER, K., HAERLIN, C., MECKLENBURG, H.: Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in funktionaler Betrachtungsweise. Rehabilitation 38, 1999, S. 44–46
6. HOLLER, G., LAUTERBACH, M., PHILIPPI, R., SCHÖBERLE, M., SCHULZKE, M., TIETZ, N.: Modellprojekt ,Trainings- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke in einer Selbsthilfefirma und in der Gemeinde. Band 29 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn 1993
7. KAUDER, V. (Hg.): Personenzentrierte Hilfe in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrieverlag, Bonn 1999
8. MECKLENBURG, H.: Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. Psychiatrische Praxis 26, 1999, S. 227–232
9. WEIG, W.: Die neuen Herausforderungen an die RPK's. In: KAPPERT-GONTHER, K., H.H. SCHMITZ: Chancen ergreifen. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Gütersloh 2001

Rechtsgrundlagen für Koordination und Steuerung in der personenzentrierten Versorgung

Peter Mrozynski

Die Umsetzung eines Programms der personenzentrierten Versorgung ist an einige rechtliche Voraussetzungen gebunden, die schon immer schwer zu erfüllen waren. Eines der Grundprobleme besteht darin, dass zwischen der Notwendigkeit, Dienste und Einrichtungen vorzuhalten (§ 17 SGB I) und ihrer bedarfsorientierten Ausrichtung auf die Person des Nutzers immer ein gewisses Spannungsverhältnis besteht. Dies wird sich nie ganz beheben lassen. Die Existenz bestimmter berufsfördernder Angebote, deren Konzepte nicht aus dem Bedarf seelisch behinderter Menschen heraus entwickelt worden sind, zeigt aber, dass die personenzentrierte Versorgung auch in der Teilhabe am Arbeitsleben noch entwicklungsbedürftig ist.

Als spezifische Besonderheiten der seelischen Behinderung werden ihr fluktuierender Verlauf sowie die wechselnde Stabilität und Belastbarkeit des Patienten hervorgehoben. Daraus werden bestimmte Anforderungen abgeleitet, die auch an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen sind. Allgemein müssen die Angebote wohnortnah und in Teilzeit in Anspruch genommen werden können, sowie niederschwellig und so ausgestaltet sein, dass sie flexibel an den wechselnden Bedarf des seelisch behinderten Menschen angepasst werden können. Das bedeutet, dass grundsätzlich ein Übergang von der beruflichen Förderung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Akutversorgung möglich sein muss, ohne dass dadurch die Gesamtmaßnahme unterbrochen wird. Es muss zudem eine Ergänzung durch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erfolgen. Die wichtigste rechtliche Konsequenz die daraus zu ziehen ist, besteht darin, dass eine Leistungsintegration in der Weise erfolgen muss, dass sie nicht an den Grenzen der sachlichen Zuständigkeit der Rehabilitationsträger scheitert.

Die erforderlichen Maßnahmen lassen sich in mindestens drei große Gruppen gliedern. Es sind dies die rehabilitative Beschäftigung, die im Vorfeld der oder im Übergangsbereich zur beruflichen Rehabilitation erfolgt. Die Maßnahmen können noch der Arbeitstherapie (§§ 26 Abs. 2 Ziff. 7 SGB IX; 42 SGB V), den berufsvor-

bereitenden Bildungsmaßnahmen (§§ 33 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX, 61 SGB III) oder auch der Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben (§§ 55 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX, 40 Abs. 2 Ziff. 3 BSHG) zuzurechnen sein. Die zweite Gruppe ist die eigentliche berufliche Rehabilitation im Sinne des § 33 SGB IX. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die individuellen beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen gezielt verbessert werden. Das Gesetz zählt diese Maßnahmen weder abschließend auf noch kennt es eine bestimmte Form der beruflichen Rehabilitation. Insbesondere ist sie nicht auf Lehrgänge beschränkt. Zur beruflichen Rehabilitation gehören vielmehr auch Einzelmaßnahmen, die in Beschäftigungsformen integriert werden können. In der dritten Gruppe finden wir schließlich reine Beschäftigungsformen, die man von der beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne als behinderungsgerechte Beschäftigung abzugrenzen hat. Beide zusammen bilden die Teilhabe am Arbeitsleben. Die Beschäftigungsformen umfassen hauptsächlich unterstützende Beschäftigung und die Schaffung von Hinzuverdienstmöglichkeiten. Rechtlich sind sie noch immer wenig ausgestaltet. Ihre Grundlagen finden sie im Wesentlichen im Schwerbehindertenrecht, dort vor allem in der Arbeitsassistenz und den Integrationsprojekten sowie in der Sozialhilfe in der Form der Schaffung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben, die in § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG ausdrücklich neben den Leistungen nach § 33 SGB IX genannt wird.

Demnach ist es auch mit den rechtlichen Anforderungen, die an die Ausgestaltung der sozialen Infrastruktur zu stellen sind, nicht zu vereinbaren, wenn Versorgungsangebote in einer Form vorgehalten werden, die von einer ganzen Gruppe behinderter Menschen nicht genutzt werden können, weil sie deren Bedarf verfehlen. Wenn in § 10 Abs. 3 SGB IX jetzt für alle Leistungen geregelt ist, dass den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung getragen wird, dann entsprechen dem im Bereich beruflicher Förderung solche Lehrgänge nicht, die über längere Zeiträume kontinuierlich voranschreitend angeboten werden, wenn andererseits ein Krankheitsverlauf typischerweise schwankend ist. Deswegen kann es notwendig sein, z.B. eine reine Beschäftigung mit beruflicher Qualifizierung zu verbinden oder eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme muss so angelegt sein, dass sie von einer vorübergehenden medizinischen Akutversorgung unterbrochen werden kann. Das

ist eigentlich das Mindeste in einer personenzentrierten Versorgung und entspricht etwa dem, was § 93a Abs. 2 BSHG mit der Maßnahmepauschale für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf anstrebt. Das einzelne Individuum tritt auch dabei immer noch in den Hintergrund.

Die Ausgangslage im gegliederten System

Allenthalben wird betont, das gegliederte System des Sozialrechts habe sich bewährt. In verschiedenen Punkten ist das auch zutreffend. So kann wohl nur auf diese Weise eine ausgeprägte Fachverwaltung aufgebaut werden. Andererseits muss man sich vor Augen führen, dass der Bedarf behinderter Menschen, insbesondere solcher, die psychiatrische Hilfe benötigen, außerordentlich komplex ist. Deswegen kann die Erbringung der erforderlichen Leistungen nicht durch die Grenzen der sachlichen Zuständigkeiten bestimmt werden. Von dieser Grundannahme ist auch der Gesetzgeber des SGB IX ausgegangen. Es wird als Anliegen der Reform bezeichnet, »dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger ›wie aus einer Hand‹ erscheinen«.¹ Angesichts des komplexen Bedarfs behinderter Menschen muss also eine personenzentrierte Versorgung immer auch eine integrierte Versorgung sein. Die medizinische Rehabilitation muss mit der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eine Einheit bilden. Das bedeutet auf der Seite der Rehabilitationsträger, dass Angebote nur in einer Form gemacht werden können, in der die sachliche Zuständigkeit überschritten wird. Damit darf es keine Trennung im Leistungsrecht geben. Soweit bei der Leistungserbringung unterschiedliche Risiken betroffen sind, also solche, die von verschiedenen Leistungsträgern zu tragen sind, hat eine Zuordnung ausschließlich auf der Finanzierungsebene zu erfolgen. Hier und nur hier darf man also dem Gesichtspunkt der risikogerechten Aufteilung der Kostenlast Rechnung tragen. Das lässt sich ohne Gesetzesänderungen nicht realisieren, ist aber durchaus ohne größere Systembrüche möglich.

Der Gesetzgeber des SGB IX hat trotz seines allgemein formulierten Anliegens die dazu erforderlichen Regelungen nicht geschaf-

fen. So hat er beispielsweise zwar die psychosozialen Leistungen aufgewertet. Aber er hat sie weiterhin getrennt und jeweils der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 3 SGB IX) und der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 Abs. 6 SGB IX) zugeordnet. Mehr als eine Kooperation innerhalb bestimmter Dienste und Einrichtungen kann deswegen auch auf der Grundlage des reformierten Rechts im SGB IX nicht entwickelt werden. Jede Kooperation findet jedoch auch nach neuem Recht ihre Grenze an dem Rechtsgrundsatz, dass ein Leistungsträger seine Mittel nur für Aufgaben einsetzen darf, die zur Gänze in seine sachliche Zuständigkeit fallen. Eine anteilige Erbringung von Leistungen in Form von Zuschüssen an den Gesamtkosten einer Maßnahme ist bis auf wenige Ausnahmen² nicht möglich. Wenn aber eine Integration von Leistungen rechtlich nicht möglich ist, dann steht zumindest in der psychiatrischen Versorgung jede personenzentrierte Hilfe vor kaum zu überwindenden Schwierigkeiten.

Eine gegenüber dem geltenden Recht weitergehende – jedoch im Augenblick sowieso nicht erreichbare – Integration im Leistungsrecht würde aber nicht einmal ausreichen. In ähnlicher Weise müssten auch die Leistungserbringer auf ein einheitliches Versorgungskonzept verpflichtet werden. Diese Ziel hatte man u.a. mit der Konstruktion des gemeindepsychiatrischen Verbundes erreichen wollen. Dabei waren bereits die rechtlichen Möglichkeiten der Rehabilitationsträger übersehen worden. Doch selbst wenn in einzelnen Bereichen der gemeindenahen Versorgung, wie sie etwa auf der Basis der Sozialhilfe erfolgen kann, eine einheitliche sachliche Zuständigkeit für die gesamte Maßnahme gegeben ist, scheitert die Leistungsintegration vor Ort zumeist an der Entwicklung, die das Leistungserbringerrecht genommen hat. Es kommt hinzu, dass in § 12 Abs. 2 SGB IX zwar eine Regionalisierung der Zusammenarbeit in lokalen Arbeitsgemeinschaften vorgesehen ist. An diesen Arbeitsgemeinschaften sind aber nur die Rehabilitationsträger, nicht die Leistungserbringer beteiligt. Anders ist dies in § 95 BSHG geregelt.

Es lässt sich nicht übersehen, dass dem Bemühen, eine personenzentrierte Versorgung aufzubauen, in einigen Bereichen der Praxis durchaus Erfolg beschieden ist. Aus rechtlicher Sicht ist das aber unbefriedigend, weil solche Erfolge zumeist auf der Initiative Ein-

¹ Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 92, 101

² Vgl. § 39a SGB V; 43a SGB IX

zelner oder auch von Gruppen beruhen. Solange diese Entwicklung nicht auch vom Rechtssystem her in gewisser Weise zwingend ausgestaltet ist, dürften alle Fortschritte in konkreten Fällen nicht zu einer dauerhaften Veränderung der gesamten Versorgung führen. Es ist m.E. deswegen auch nicht sinnvoll, darauf hinzuweisen, wo welche Erfolge erzielt wurden. Wichtiger ist es, das Augenmerk darauf zu richten, wo solche Erfolge ausgeblieben sind und warum dies der Fall war. Nur so, nicht aber unter Hinweis auf Einzelerfolge, kann man die Mängel des Systems erkennen.

Es gibt gewiss eine ganze Reihe von Ursachen dafür, warum in bestimmten Regionen die angestrebten Ziele nicht erreicht werden konnten. An dieser Stelle ist aber nur eine Auseinandersetzung mit den rechtlichen Gründen für das Ausbleiben von dauerhaften Erfolgen möglich. Sie sind nur ein Teil in einem ganzen Faktorenbündel. Sehr häufig sind die Rechtsnormen nämlich nicht so gefasst, dass nur eine bestimmte Versorgungsstruktur aufgebaut werden könnte. Immer wieder ergeben sich auch Verbesserungen der Versorgung, die einige Zeit sogar contra legem erfolgen. Ein Beispiel dafür wäre die Sozialpädiatrische Versorgung von Kindern, die in der Frühförderung auch medizinischer Leistungen bedürfen.³ Ihr wurde erst mit einer Verspätung von einigen Jahren durch § 30 SGB IX der Segen des Gesetzgebers gegeben. Diese Regelung lässt auch erkennen, wie begrenzt die Zugeständnisse sind, die man an eine fachgerechte Versorgung zu machen bereit ist. Immerhin lässt sich an § 30 Abs. 1 und 3 SGB IX aber erkennen, was auch in anderen Versorgungsbereichen rechtlich realisierbar sein könnte: Es ist eine am konkreten Bedarf des Einzelnen ausgerichtete aus mehreren Leistungsbestandteilen integrierte Komplexleistung (§ 30 Abs. 1 SGB IX), die fachübergreifend erbracht wird. Ihre Finanzierung, die typischerweise durch mehrere Sozialleistungsträger zu erfolgen hat, muss nicht mehr im Einzelfall ausgehandelt werden. Vielmehr wird sie anteilig und risikogerecht auf der Basis von Erfahrungswerten, die vertraglich unter den Rehabilitationsträgern abgesichert sind, festgelegt (§ 30 SGB IX). Gegenwärtig ist die Versorgungslage dazu fast noch konträr. Die Leistung wird nicht personenzentriert vorgehalten, doch die Finanzierung klammert sich geradezu an jeden Einzelfall. Überspitzt formuliert: Nicht die Leistung, sondern die

3 Vgl. BSG FEVS 49, S. 184

Finanzierung ist personenzentriert und je komplexer der Bedarf ist, umso weniger kann der Rehabilitationsträger dem Einzelfall gerecht werden.

Die Frage lautet also, wo sind Mängel im System erkennbar, wie müssen die Verbesserungsmöglichkeiten aussehen und wie weit können sie gehen? Dabei ist realistischerweise die Prämisse zu machen, dass das gegliederte System des Sozialrechts nicht verändert werden kann. Es sind aber nicht allein einzelne gesetzliche Vorschriften, sondern es sind gewisse Grundstrukturen unserer Rechtsordnung, die dem Anliegen eines Aufbaus einer integrierten personenzentrierten Versorgung Grenzen setzen. Eine Veränderung solcher Grundstrukturen ist ungleich schwieriger als die Beseitigung einzelner eher gesetzestechnischer Hemmnisse, weil strukturelle Änderungen, auch wenn sie nur die psychiatrische Versorgung verbessern sollen, immer auch auf die gesamte Rechtsordnung zurückwirken. So kann die dringend gebotene Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Bereich in der Krankenversicherung nur unter Berücksichtigung der Rechtsstellung der Vertragsärzte erfolgen.⁴ Soweit davon auch die Krankenhäuser betroffen sind, berührt dies zusätzlich die Kompetenzen der Bundesländer. Das muss man beachten, wenn man eine einzelne Vorschrift, wie etwa § 118 SGBV, ändern will. Um ein noch einfacheres Beispiel aus der psychiatrischen Versorgung zu nehmen: Im Jahre 1975 war ein kleineres psychiatrisches Krankenhaus nicht in den damaligen Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden, weil es im Entscheidungszeitraum nicht die therapeutischen Anforderungen erfüllte, die im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland aufgestellt worden waren. Das BVerfG sah darin einen Verstoß gegen die Freiheit der Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG). Das Gericht hielt es nicht für zulässig, solche Anforderungen, die als langfristige Zukunftsperspektive mit dem Ziel der Optimierung der Versorgung gedacht sind, zum Gegenstand einer Regelung über die Berufsausübung zu machen.⁵ Diese Rechtsprechung darf nicht so verstanden werden, dass unter Berufung auf die Freiheit der Berufsausübung eine Verbesserung der Versorgung verhindert werden könnte.⁶ Wichtig ist aber der Grund-

4 U. Orlowski, Integrationsversorgung, BKK 2000, S. 191

5 BVerfG 82, S. 232.

6 Vgl. BVerfG 98, S. 265, wo gegenüber einer Qualitätsverbesserung immerhin

gedanke, dass alle, die an der Versorgung teilnehmen, dies auch in Ausübung ihrer eigenen Berufsfreiheit tun, und dass ihre Rechte in ein Verhältnis zu den Rechten anderer gesetzt werden. Darüber hinaus ist es heute nicht mehr der Leistungsträger allein, der in Wahrnehmung seiner Gesamtverantwortung entscheidet, wie eine Versorgung aufzubauen ist. Soweit man diese Frage unter dem Blickwinkel der Qualität der Versorgung behandelt, ergibt sich bereits aus § 20 SGB IX, dass hier sehr hohe Anforderungen gestellt werden können. Aber die Qualität der Versorgung ist ein Ziel. Die Wege dahin sind streitig und jedenfalls vom Gesetz nicht zwingend vorgegeben. So ist es etwa auch die evidenzbasierte Medizin, die ein hohes Maß an Rationalität für sich in Anspruch nimmt, die gerade von psychiatrischer Seite kritisch gesehen wird.⁷

Die neuere Rechtsentwicklung

In den vergangenen Jahren hat man sich intensiv um die Entwicklung einer personenzentrierten Versorgung bemüht. Dabei hat man in der Konzentration auf das Leistungsrecht den Randbedingungen der Versorgung, das ist vor allem das Recht der Leistungserbringung, zu wenig Beachtung geschenkt. Leistungsrechtlich ist heute Vieles möglich. Die Realisierung scheitert jedenfalls eher am hochkomplexen Leistungserbringerrecht. Meines Erachtens hat die Rechtsentwicklung der letzten drei bis fünf Jahre sogar dazu geführt, dass die Ziele, die man mit der personenzentrierten Versorgung und dem gemeindepsychiatrischen Verbund verfolgt, in noch weitere Ferne gerückt sind, als dies bisher schon der Fall war. Hierfür gibt es eine Reihe von Gründen:

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Noch relativ unproblematisch, weil durch den Gesetzgeber grundsätzlich veränderbar, ist die Tatsache, dass das SGB IX zwar in einigen seiner Vorschriften die Koordination unter den Rehabilitations-

unter dem Blickwinkel der Freiheit der Berufsausübung Übergangsregelungen angemahnt wurden.

7 H. Helmchen, Evidenz der Evidenzbasierten Medizin, Der Nervenarzt 2002, S. 1.

trägern hoch veranschlagt aber nicht verbindlich ausgestaltet (§§ 10 – 12 SGB IX). Nur beispielhaft sei darauf hingewiesen, dass in § 10 Abs. 1 SGB IX vorgesehen ist, dass die Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander handeln. Ein Benehmen ist aber kein Einvernehmen, sondern kaum mehr als eine Anhörung. Gemäß § 13 Abs. 3 SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger »gemeinsame Empfehlungen«. Empfehlungen sind aber nicht verbindlich.⁸ Demgegenüber werden in § 6 Abs. 2 SGB IX die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Rehabilitationsträger gestärkt (§ 6 Abs. 2 SGB IX). Nicht nur, dass sich ein Leistungsträger einer Kooperation weitgehend entziehen könnte. Es fehlen darüber hinaus auch die Rechtsgrundlagen für eine Integration der Versorgung, die nicht nur fach-, sondern auch Zuständigkeit übergreifend erfolgen könnte. Über das, was mit der RPK erreicht wurde, ist das SGB IX nicht hinausgegangen.

Leistungserbringung – Wettbewerbsrecht

Auf der Seite der Leistungserbringer hat das Eindringen des Wettbewerbsrechts in das Sozialrecht die Steuerungsmöglichkeiten der Rehabilitationsträger eher begrenzt. Vor allem unter dem Einfluss des europäischen Gemeinschaftsrechts hat sich der Gedanke durchgesetzt, dass Arzneimittel Waren und therapeutische Angebote Dienstleistungen sind. Es ist deutlicher geworden, dass diejenigen, die Waren und Dienstleistungen auf dem Gesundheitsmarkt anbieten, miteinander im Wettbewerb stehen und dass dieser Wettbewerb nach den Maßstäben des Wettbewerbsrechts reguliert werden muss. Das gilt eben nicht nur für Pharmaunternehmen, sondern auch für Wohlfahrtsverbände, selbst für kleinere Vereinigungen, die sich eine begrenzte Aufgabe gesetzt haben. Zwar hat es der Europäische Gerichtshof (EuGH) als zulässig angesehen, wenn aufgrund innerstaatlichen Rechts in einem System der Fürsorge nur gemeinnützige Träger zur Leistungserbringung zugelassen werden.⁹ Doch die §§ 77ff. SGB VIII und 93ff. BSHG haben die frühere Vorrangstel-

8 Dazu P. Mrozynski, SGB IX Teil 1 – Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, Kommentar München 2002 § 10 Rz. 11ff. und § 13 Rz. 7 – 13

9 EuGH EuZW 1998, S. 124

lung der gemeinnützigen Träger beseitigt. Damit befinden sie sich heute zu den gewerblichen Leistungserbringern in Konkurrenz. Schon deswegen sind sie den Wettbewerbsregeln ausgesetzt.

Mehr noch: Wenn darüber hinaus die Sozialleistungsträger selbst zu Gunsten ihrer Versicherten Waren und Dienstleistungen beschaffen müssen, dann ist auch auf sie bei diesen Beschaffungsgeschäften das Wettbewerbsrecht grundsätzlich anwendbar. Wenn dies auch noch im Detail umstritten ist, so ist doch folgender Rechtsgrundsatz inzwischen unumstößlich: Wenn eine öffentliche Einrichtung am Marktgeschehen teilnimmt, dann ist sie rechtlich auch dann wie ein Unternehmen zu behandeln, wenn sie eine soziale Aufgabe erfüllt. Damit unterliegt sie auch der Kontrolle des marktmächtigen Unternehmens. Dass sich die Grundsätze des unverfälschten Wettbewerbs nicht immer mit denen des sozialen Ausgleichs zur Deckung bringen lassen, dürfte unmittelbar einsichtig sein.

Diese Erkenntnis, die sich im Wettbewerbsrecht längst durchgesetzt hat, muss im Sozialrecht noch umgesetzt werden. Derzeit versuchen Praxis und Gesetzgeber dem eher entgegenzuwirken. So versucht man unter Betonung der bzw. in Rückwendung auf die öffentlich-rechtliche Vertragsstruktur im Sozialrecht der wettbewerbsrechtlichen Argumentation den Boden zu entziehen. Dieser Weg wird aber nur halbherzig, etwa begrenzt auf die Krankenversicherung, beschritten (§ 69 SGB V) und kann Deutschland zudem nicht von der europäischen Rechtsentwicklung abkoppeln. Darüber hinaus wird in der Rechtsprechung des BSG immer deutlicher, dass selbst dort, wo das Wettbewerbsrecht nicht eingreift, also vor allem bei rein hoheitlichen Maßnahmen, eine Berufung des Leistungserbringers auf seine Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG zu im Wesentlichen gleichen rechtlichen Folgerungen führt wie die Anwendung wettbewerbsrechtlicher Grundsätze.¹⁰ Diese Folgerungen bestehen darin, dass ein unverfälschter Wettbewerb aller Marktteilnehmer gewährleistet sein muss und dass für alle die gleichen Marktzugangschancen bestehen müssen. Die Qualität der Versorgung leidet darunter nicht. So sieht neuerdings das Landessozialgericht (LSG) Celle in einer Bedarfsprüfung beim Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V einen Verstoß gegen Art.

10 BSG SGB 2001 S. 328 Anm. Meydam; BSG SGB 2001 S. 748; BSG NZS 2001, S. 590.

12 Abs. 1 GG. Danach darf also nicht geprüft werden, ob man den Leistungserbringer braucht. Zu prüfen ist vielmehr nur, ob der Anspruch des Versicherten aus § 40 Abs. 2 SGB V ordnungsgemäß erfüllt werden kann.¹¹

Man wird sicher nicht sagen können, dass der relativ kleine Markt der psychiatrischen Versorgung für die Leistungserbringer sonderlich interessant wäre. Doch es entwickelt sich ganz allgemein – vom System der medizinischen Versorgung ausgehend – im ganzen sozialen Bereich eine Struktur, die auch Randbereiche in Mitleidenenschaft zieht. Der gesamte Gesundheitsmarkt wird als anbieterorientiert bezeichnet. Damit steht er in einem nicht geringen Spannungsverhältnis zu dem Konzept der personenzentrierten Versorgung. Der Bundesrechnungshof hat darüber hinaus bereits beanstandet, dass die Leistungserbringer in der Rehabilitation eine »geschlossene Gesellschaft« darstellen würden.¹² Das, was man mit einer personenzentrierten Versorgung in einem gemeindepsychiatrischen Verbund anstrebt, kann aber kaum anders als realisiert werden, als durch eine geschlossene Gesellschaft von Leistungserbringern, die gemeinschaftlich ein bestimmtes Versorgungsziel verfolgen.

Das Eindringen des Wettbewerbsrechts in das Sozialrecht bedeutet u.a., dass man von einer eher hoheitlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens Abstand nehmen muss. Ein Zulassungssystem, das die Verteilung der zu erfüllenden Aufgaben in einem bestimmten Sinne lenkt,¹³ das also letztlich auf eine Konzessionierung hinausläuft, lässt sich vor dem Hintergrund der veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen nicht mehr aufrecht erhalten. Wer nach dem Erwerb bestimmter Qualifikationen als geeignet anzusehen ist, eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen, kann sich gegenüber der Verweigerung einer Zulassung zur Versorgung auf seine Berufsfreiheit berufen.¹⁴ Es kann zwar auch hier immer noch hoheitlich gesteuert werden, wie es aus dem Vertragsarztrecht erkennbar wird, aber das kann nicht mehr geschehen, um ein bestimmtes

11 LSG Celle Breithaupt 2002, S. 165.

12 Schliche, ZSR 2000, S. 418.

13 Chr. Koenig, Die öffentlich-rechtliche Verteilungslenkung, 1994, S. 169.

14 Vgl. BSG SozR 3-2500 § 124 Nr. 4, wo unter Hinweis auf Art. 12 GG der berufsrechtlichen Entscheidung eine Tatbestandswirkung für die Zulassung zur Versorgung nach § 124 SGB V beigemessen wird.

therapeutisches Konzept durchzusetzen. Soweit das unter dem Qualitätsaspekt dennoch möglich ist, wird der Begründungszwang bei dem Ausschluss eines an sich geeigneten – durch die Berufsordnungen zertifizierten – Leistungserbringers von der Versorgung außerordentlich groß.

Leistungserbringung – Sozialrecht

Die Ausgangssituation verbessert sich nicht, wenn man sich dem speziell sozialrechtlichen Leistungserbringerrecht unter Vernachlässigung wettbewerbsrechtlicher Gesichtspunkte zuwendet. Vor allem in der Jugend- und Sozialhilfe favorisiert man heute ein Modell der »Sozialraumorientierung«, das man etwas vereinfachend durchaus mit dem gemeindepsychiatrischen Verbund vergleichen kann. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch darin, dass innerhalb eines Sozialraumes, der häufig auf einen Stadtteil beschränkt sein wird, nur ein einziger Leistungsanbieter tätig wird. Nur mit ihm hat der Träger der Jugend- oder Sozialhilfe eine Vereinbarung geschlossen.

Um ein solches Modell der Sozialraumorientierung ins Werk zu setzen, hat man den Leistungsvertrag erfunden. Er ist nicht identisch mit der Leistungsvereinbarungen im Sinne der §§ 78a ff. SGB VIII, 93 ff. BSHG. Unter Berufung auf § 55 BHO wird dazu vielmehr folgende Aussage gemacht: »Ein Leistungsvertrag enthält als Ergebnis des Kontraktmanagements eine verbindliche Vereinbarung zwischen der Kommune als Gewährleistungsträger und einem freien Träger als Leistungserbringer. In ihr werden Zahlungen der Kommune an einen freien Träger an Aussagen darüber gebunden, welche Ziele mit den Aktivitäten des freien Trägers verfolgt, welche Standards eingehalten und welche Indikatoren dazu herangezogen werden sowie welche Leistungen/Produkte dazu zu erbringen sind.«¹⁵ Kurz: »Im Extremfall kommt es zum reinen Dienstleistungseinkauf.«¹⁶

Solche Verträge haben den entscheidenden Vorteil, dass sie die Dienstleistung, die erbracht (»eingekauft«) werden soll, vertraglich

15 KGSt, Bericht Nr. 12/1998, S. 11

16 M. Goetz, Neue Wege in der Finanzierung freier Einrichtungen und Dienste – vom Zuwendungsbescheid zum Zuwendungs- und Leistungsvertrag, RsDE 2000/44, S. 21

genauso präzise formulieren können, wie dies etwa bei der Beschaffung einer PC-Anlage für behördliche Zwecke geschehen kann. Auf beiden Seiten des Leistungsvertrages können auch mehrere Vertragspartner stehen. So könnten Krankenkasse, Arbeitsamt und Sozialhilfeträger mit einer Zahl von kooperationswilligen Leistungserbringern einen Vertragsinhalt vereinbaren, der exakt dem entspricht, was man mit einer integrierten, personenzentrierten Versorgung in einem gemeindepsychiatrischen Verbund erreichen will. Man könnte also eine kleinräumige Versorgung anstreben und genaue Vorgaben hinsichtlich der einzusetzenden therapeutischen Methoden machen. Man könnte so versuchen, eine Versorgung von der Akutbehandlung bis zur Teilhabe am Arbeitsleben einheitlich personenzentriert zu gestalten und insbesondere einen flexiblen Wechsel zwischen den einzelnen Phasen der Versorgung ermöglichen. Die Leistungsträger könnten den Ausbau des Angebots durchaus auch durch gezielte Förderung bestimmter Angebote und Anbieter zu verwirklichen suchen.

Die ganze Konstruktion, die bisher vor allem in Jugend- und Sozialhilfe bevorzugt wird und übrigens im Land Berlin besonders beliebt ist,¹⁷ hat nur einen Fehler: Sie entspricht nicht dem Gesetz. Man kann an ihrem Beispiel leicht verdeutlichen, dass man sehr grundlegende Regelungen nicht nur des Sozialrechts verändern muss, wenn man diesen Weg gehen will.

Das spezielle jugend- und sozialhilferechtliche Problem besteht darin, dass dieses System sowohl an der Eigenständigkeit der Freien Wohlfahrtspflege als auch am Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten zu scheitern droht. Das gilt auch für die psychiatrische Versorgung. Die Rehabilitationsträger müssen auf eine Vielfalt des Angebots achten. Das gilt ganz besonders in Jugend- und Sozialhilfe (§§ 5 SGB VIII; 3, 10 BSHG), aber auch für die Krankenkassen nach § 2 Abs. 3 SGB V. Allgemein ist dieser Grundsatz in § 17 Abs. 3 SGB I formuliert. Zur Gewährleistung dieser Vielfalt des Angebots können sogar sonst geltende wettbewerbsrechtliche Grundsätze relativiert werden.¹⁸ Im Arbeitsförderungsrecht geht

17 A. Stähr/A. Hilke, Die Leistungs- und Finanzierungsbedingungen im Kinder- und Jugendhilferecht vor dem Hintergrund der neuen §§ 78a bis 78g SGB VIII, ZfJ 1999, S. 155

18 OLG Dresden NZS 2002, S. 37

man im Allgemeinen nicht so weit (vgl. §§ 99, 61, 94 SGB III). Soweit aber das Arbeitsamt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt, gelten auch die §§ 33 SGB I, 9 SGB IX.

Im Ergebnis darf also ein Leistungsträger keine Planungen vornehmen, mit der er schon durch organisatorische Vorgaben, das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten aushebelt. Dazu ist vor allem festzustellen, dass das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) die Auffassung vertritt, Wünsche müssten nur geäußert werden, sie müssen aber nicht nach den Maßstäben anderer vernünftig sein.¹⁹ In § 9 SGB IX ist jetzt allerdings klargestellt, dass Wünsche berechtigt sein müssen. Das bedeutet aber nur, dass sie dem Gesetz entsprechen müssen. Nicht erforderlich ist dagegen die Übereinstimmung des Wunsches mit der vorhandenen Versorgungsstruktur.

Der Wunsch des Leistungsberechtigten lässt sich noch gut mit dem Anliegen einer personenzentrierten Versorgung vereinbaren. Aber Angebote müssen vorgehalten werden, und zwar in einer Weise, die dem Wunsch- und Wahlrecht Rechnung trägt. Dafür zu sorgen, ist auch die Aufgabe des Leistungsträgers (§§ 17, 33 SGB I; 19 SGB IX). Seine Gesamtverantwortung erstreckt sich auf die Ausgestaltung einer Versorgungsregion. Sein Einfluss auf einzelne Angebote ist dagegen relativ gering. Das erklärt sich aus der Eigenständigkeit der Freien Wohlfahrtspflege, wie sie in den §§ 4 SGB VIII und 10 BSHG abgesichert ist. Diese Eigenständigkeit, die wir in anderen Sozialleistungsbereichen in dieser Form nicht kennen, geht so weit, dass der freie Träger der Wohlfahrtspflege seine therapeutischen Konzepte selbst bestimmt. Sie müssen sich natürlich an den Kriterien der Eignung und Qualität messen lassen. Aber die Eigenständigkeit wird verletzt, wenn man den freien Träger auf eine bestimmte Methode festlegt.

Man mag Zweifel haben, ob diese starke Stellung der freien Träger in Jugend- und Sozialhilfe noch zeitgemäß ist. Dabei ist vor allem der Tatsache Rechnung zu tragen, dass auch gewerbliche Leistungserbringer in diesem Punkt die Stellung freier Träger haben. Nicht übersehen darf man aber, dass man eine Schwächung der freien Träger nur bewirken kann, wenn man die §§ 4 SGB VIII, 10 BSHG ändert. Das dürfte angesichts des Gewichts, das die freien

Träger haben, politisch nicht realisierbar sein. Insoweit erweisen sich die Leistungsverträge als ein Versuch, die Grundlagenregelungen in Jugend- und Sozialhilfe zu umgehen.

Leistungserbringung als Vergabe eines öffentlichen Auftrags

Es bleibt nur der mühsame Weg einer Kooperation mit den Leistungserbringern auf der Basis von freiwilligen Vereinbarungen, die einerseits dem Gesetz und andererseits den Vorstellungen aller Partner entsprechen müssen. In der Praxis der Leistungsverträge ist dies häufig in der Weise geschehen, dass man eine Vereinbarung nur mit einem besonders kooperationswilligen Leistungserbringer getroffen hat. Abgesehen davon, dass damit immer auch das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten tangiert ist, ergeben sich neue wettbewerbsrechtliche Zweifelsfragen. Sie entstehen aus dem alten Problem der Vergabe öffentlicher Aufträge. Die in Deutschland vorherrschende Praxis ist unter dem Einfluss des europäischen Wettbewerbsrechts völlig verändert worden. Auch in diesem Punkt hat sich die Praxis noch immer nicht umgestellt. Mehr als das zaghafte Zugeständnis, dass öffentliche Aufträge auszuschreiben sind, ist kaum zu erreichen.

Das in den §§ 97ff. Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) geregelte, aber nur oberhalb bestimmter Schwellenwerte (§ 3 Vergabeverordnung (VgV))²⁰ zu beachtende, Vergabeverfahren ist heute aber wesentlich rechtsstaatlicher ausgestaltet als bisher. Es muss nicht lediglich ausgeschrieben werden, sondern es sind gesetzlich genau definierte Vergabekriterien zu beachten. Insbesondere dürfen bei der Auftragserteilung nur unter sehr engen Voraussetzungen vergabefremde Zwecke verfolgt werden (§ 97 Abs. 4 GWB). Die Mitbieter sind über die Einzelheiten des Zuschlags 14 Tage vor dem Vertragsschluss zu informieren (§ 13 VgV). Ein unter Verletzung dieser Voraussetzungen geschlossener Vertrag ist nichtig. Das gilt auch, wenn ein Vergabeverfahren nicht durchgeführt worden war. Außerdem gibt es einen Rechtsschutz der unterlegenen Bieter. Zumindest über ihn wird eine gerichtliche Kontrolle des Vergabeverfahrens garantiert, die bisher in Deutschland weitgehend unbekannt war.

19 BVerwG 35, S. 290

20 Bei Dienstleistungsaufträgen liegt der Schwellenwert gemäß § 3 VgV grundsätzlich beim 48fachen der monatlichen Zahlung

Klarzustellen ist aber, dass die §§ 97ff. GWB nach einer verbreiteten Auffassung nicht für öffentlich-rechtliche Verträge gelten sollen. Das wären etwa Verträge nach den §§ 93ff. BSHG, aber auch die Versorgungsverträge in der Krankenversicherung (§§ 109, 111 SGB V). Meines Erachtens lässt sich diese Auffassung heute nicht mehr vertreten.²¹

Von der Vorfrage öffentliches oder Privatrecht noch zu unterscheiden ist die wohl überwiegend vertretene Auffassung, ein Vergabeverfahren wäre nicht durchzuführen beim Abschluss solcher Verträge, die der Leistungsträger mit den Leistungserbringern schließt und die der Vorbereitung der Inanspruchnahme von Leistungen durch den Leistungsberechtigten dienen. Das betrifft also in erster Linie Versorgungsverträge. Ein solches zwischen den Beteiligten begründetes Dreiecksverhältnis wäre nicht durch ein für den öffentlichen Auftrag typisches Austauschverhältnis gekennzeichnet.²² Auch die letztere Auffassung ist abzulehnen. Auf eine Auseinandersetzung mit den diesbezüglichen Fragen soll hier aber verzichtet werden.²³

Denn selbst dort, wo die herrschende Auffassung ein Vergabeverfahren nach den §§ 97ff. GWB nicht durchgeführt wissen will, sind die rechtlichen Konsequenzen im Wesentlichen nicht anders als bei Durchführung eines Vergabeverfahrens. Im Allgemeinen liegt der Abschluss eines Versorgungsvertrages im Ermessen des Leistungsträgers²⁴ oder es besteht sogar ein Rechtsanspruch des Leistungserbringers.²⁵ Bei der Entscheidung über den Vertragsschluss und damit über den Zugang der Bewerber zur Versorgung muss der Leistungsträger auf jeden Fall ihre Chancengleichheit (Art. 3 Abs. 1 GG) und ihre Freiheit der Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG) beachten.²⁶ Dabei kann er im Wesentlichen nicht anders vorgehen

21 Vgl. auch H.-J. Prieß, Das Vergaberecht in den Jahren 1999 und 2000, EuZW 2001, S. 368

22 V. Neumann/R- Bieritz-Harder, Vergabe öffentlicher Aufträge in der Sozial- und Jugendhilfe? RsDE 2001/48 S. 1; K.-J. Bieback, Die Stellung der Leistungserbringer im Marktrecht der EG, RsDE 2001/49, S. 26

23 P. Mrozynski (Fußn. 8) § 21 Rz. 20ff.; 31

24 BVerwG 94 S. 202; BGHZ 116, S. 339

25 BSG 78, S. 233

26 Chr. Koenig, die öffentlich-rechtliche Verteilungslenkung, 1994, S. 168ff.

als in einem Vergabeverfahren. Letzterem kommt nur größere Publizität zu. Diese aber kann der Rechtsstaatlichkeit nur dienlich sein.

Mit Blick auf ein stringent normiertes Leistungserbringerrecht wird man sich also an den Rechtsgedanken des § 97 Abs. 4 und 5 GWB orientieren müssen. Gleichviel in welcher Rechtsform Vereinbarungen geschlossen werden: Zur Vermeidung wettbewerbsrechtlicher Verwerfungen ist dem wirtschaftlichsten Angebot der Zuschlag zu erteilen (vgl. § 97 Abs. 5 GWB). Das muss nicht das preisgünstigste Angebot sein. Die vom Grundsatz des unverfälschten Wettbewerbs abweichenden Anforderungen, das sind vor allem solche sozialen Charakters, sind als vergabefremde Zwecke gesondert gesetzlich zu regeln und können dann Einfluss auf die Vergabeentscheidung gewinnen (§ 97 Abs. 4 GWB). Dies wären dann die Anforderungen, die man an den Aufbau einer sachgerechten Versorgungsstruktur zu stellen hat. Orientiert man sich allgemein im Leistungserbringerrecht an diesen Grundsätzen, so lassen sich die sozialen Ziele in einem heute geradezu zwangsläufig auf Wettbewerb angelegten System noch am ehesten erreichen.²⁷

Die Maßnahmepauschale als sozialrechtlicher Lösungsversuch

Es ist aber nicht allein das Wettbewerbsrecht, dass die Entwicklung der Versorgung in einer Weise bestimmt, die ihrem Anliegen kaum gerecht wird. Auch innerhalb des Sozialrechts hat man die Möglichkeiten einer Umgestaltung nicht immer genutzt. Das augenfälligste Beispiel dafür die die praktische Handhabung der §§ 93ff. BSHG. Im Zentrum der dort geregelten Vereinbarungen steht die Maßnahmepauschale. Sie wäre an sich besonders geeignet, den Gedanken der personenzentrierten Versorgung zum Durchbruch zu verhelfen.

Allgemein formuliert ist sie die möglichst genaue – der Grundidee nach Einrichtung unabhängige – Beschreibung einer in die Versorgung umgesetzten Leistung, verbunden mit dem Preis, der für sie zu zahlen ist. Gemäß § 93a Abs. 2 BSHG wird »Die Maß-

27 Vgl. dazu die Kontroverse U. Rust, GWB-Vergaberecht und soziale Standards, EuZW 1999, S. 453; F. Rittner, Die »sozialen Belange« i.S. der EG-Kommission und das inländische Vergaberecht, EuZW 1999, S. 677 sowie die Entscheidungen EuGH NJW 1990 S. 1414 und EuGH EuZW 2000, S. 755 Anm. Seidel

nahmepauschale nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert«. Damit würde man zweifellos dem Gedanken einer personenzentrierten Versorgung Rechnung tragen können. In der Diskussion setzte sich aber schon bald der Gedanke durch, die Maßnahmepauschale auch im Hinblick auf einrichtungstypische Besonderheiten zu kalkulieren.²⁸ Dieser Gedanke fand dann auch in § 18 Abs. 1 der Bundesempfehlungen (BE) seinen Niederschlag, ohne dass die Kriterien für die dort entwickelte einrichtungsindividuelle Pauschale benannt wurden. In diesem Punkt war aus der personenzentrierten eine einrichtungszentrierte Versorgung geworden. Ausdrücklich sollen nach § 19 Abs. 2 BE zum Ausgleich besonderer struktureller Unterschiede Abweichungen von der Pauschale ermöglicht werden. Das ist angesichts der Versorgungsstruktur verständlich. Dennoch ist darin eine Abweichung von der Intention des Gesetzgebers und der insoweit eindeutigen Formulierung des § 93 a Abs. 2 BSHG zu sehen. Die dort geregelte Kalkulation der Maßnahmepauschale hat nur nach einem Gesichtspunkt zu erfolgen, nämlich dem des Bedarfs der Hilfeempfänger.

Im Wege eines Kompromisses hat man sich angesichts der vorhandenen Angebote auf die Bildung von Leistungstypen verständigt. Mit ihnen wendet sich die Einrichtung an Zielgruppen. Man wird zugestehen müssen, dass das Anliegen des Gesetzgebers bis zu einem gewissen Grade so auch zu realisieren ist. Dennoch bleibt zu betonen, dass sich § 93a Abs. 2 BSHG an den Hilfeempfängern und ihrem Bedarf orientiert. Der Leistungstyp ist als Angebot wesentlich stärker einrichtungsorientiert.²⁹ In ihrer Logik gehen die Bundesempfehlungen nach § 93d Abs. 3 BSHG also von Leistungstypen aus und wenden sich damit an Zielgruppen. Nur in dem Maße jedoch, in dem bei der Bildung von Leistungstypen eine bedarfsorientierte Abstimmung erfolgt, wird man dem Gesetz gerecht (§ 93a Abs. 2 BSHG). In § 6 Abs. 1 BE heißt es jedoch, dass Maßnahmepauschalen vorrangig für Leistungstypen kalkuliert werden. »Die vereinbarte Zielgruppe des jeweiligen Leistungstyps wird dabei als Gruppe von Hilfeempfängern mit qualitativ vergleichbarem Hilfebedarf angese-

28 Vgl. G. Vigener, Noch rechtzeitig? Bundesempfehlung nach § 93d Abs. 3 BSHG zur Einführung des neuen Vertragsrechts zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, NDV 1998, S. 103

29 Vgl. die Bundesempfehlungen in NDV 1999, S. 377

hen.« Der andere Ansatz der Bundesempfehlungen wird etwa auch aus folgender Formulierung ersichtlich: »Soweit innerhalb der Zielgruppe eines Leistungstyps der quantitative Bedarf stark variiert, soll eine Differenzierung nach Gruppen für Hilfeempfänger mit quantitativ vergleichbarem Hilfebedarf erfolgen« (§ 6 Abs. 2 BE). Abgesehen von der Rangfolge der Begriffe fällt auch auf, dass dem vergleichbaren Hilfebedarf nicht durch qualitative Veränderungen Rechnung getragen wird. Man könnte nun meinen, dass qualitative Veränderungen zu einem anderen Leistungstyp führen. Doch der steht oftmals nicht zu Verfügung. Das gilt etwa für die Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb der WfbM. Die Abweichung vom Gesetz wird auch in § 17 Abs. 2 BE deutlich. Danach können die Maßnahmepauschalen für Leistungstypen »oder« Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf vereinbart werden. Die Vertragspartner der Bundesempfehlungen erkennen zwar den Unterschied, aber wohl nicht, dass ihnen § 93a Abs. 2 BSHG nur die Möglichkeit der zweiten Alternative einräumt.

Aus Gründen der Praktikabilität spricht sicher manches für die Bildung von Leistungstypen. Betrachtet man aber die bisher gebildeten Leistungstypen,³⁰ so verstärkt sich allerdings der Eindruck, dass nicht vom Hilfebedarf, sondern von den vorhandenen Einrichtungen ausgegangen wird. Besonders deutlich gilt dies für den Leistungstyp »Maßnahmen der Eingliederungshilfe im Arbeitsbereich von Werkstätten für Behinderte«. Als Zielgruppe wird genannt: »Erwachsene Menschen im Erwerbsalter mit – geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung – seelischer Behinderung« Dass es sich dabei um Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf handeln würde, wird man schwerlich behaupten können. Ganz offensichtlich wird von der vorhandenen Werkstattstruktur ausgegangen. Denn der Leistungstyp beschreibt nichts anderes, als was in den §§ 136ff. SGB IX für die Einrichtung gesetzlich formuliert ist. Gerade im Hinblick auf die gesetzliche Regelung des § 136 Abs. 2 SGB IX, wonach die WfbM allen Behinderten unabhängig von Art oder Schwere der Behinderung offen stehen muss, hätte man sich bei der Bildung von Leistungstypen um eine Binnendifferenzierung der WfbM bemühen müssen. Ein so entstandener Leistungstyp hätte

30 Arbeitshinweise der Vereinbarungspartner der Bundesempfehlungen (BE) nach § 93d Abs. 3 BSHG, NDV 2001, S. 33

nicht nur dem individuellen Hilfebedarf Rechnung tragen können, sondern er hätte auch einen gewissen Druck auf die WfbM ausgeübt, ihr Hilfeangebot auf Gruppen für Hilfeempfänger auszurichten. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass die WfbM für psychisch behinderte Menschen zumeist kein sinnvolles Angebot zur Teilhabe am Arbeitsleben ist. Sie kann es nicht sein, weil es, von Ausnahmen abgesehen, an einer Ausrichtung des Leistungstyps auf den Hilfebedarf fehlt. Würde man dem Gesetz strikt Rechnung tragen, hätte schon längst nicht nur eine Binnendifferenzierung des Werkstätten erfolgen müssen, sondern die Alternativen zu ihr wären auch stärker ausgebaut worden.

Charakteristisch für die Vorgehensweise der Bundesempfehlungen sind auch die Leistungstypen der Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen. Hier wird danach unterschieden, ob die Einrichtung tagesstrukturierende Angebote macht oder nicht. Das ist nämlich nur dann wesentlich, wenn ein Hilfeempfänger tagsüber anderweit betreut wird. Berührt also nur die Quantität des Hilfebedarfs. In den Leistungstypen wird aber weder nach geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung, dem Alter der Hilfeempfänger noch nach der Art des Hilfebedarfs unterschieden. Dieser wird mit »der Selbstversorgung (Haushalt, Körperpflege, Ernährung) oder der Kommunikation« umschrieben. Diese stereotype Formel findet für alle Leistungstypen Verwendung. Es soll nicht bezweifelt werden, dass es sich dabei um einen wichtigen Hilfebedarf handelt.³¹ Wenn das aber der einzige ist, der für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bei jeder Behinderungsart, in jeder Versorgungsform vor, während und nach dem Erwerbsleben genannt wird, dann kann man schwerlich von einer personenzentrierten Versorgung sprechen.

Nicht in den Bundesempfehlungen berücksichtigt ist eine Klarstellung in § 40 Abs. 1 BSHG, die für die psychiatrische Versorgung interessant werden könnte. Ursprünglich war in § 40 Abs. 1 Ziff. 6 BSHG die Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsplatz geregelt und durch die WfbM konkretisiert worden. Auch früher war sie nicht die einzige Form. Heute hat der Gesetzgeber aber beide deutlich getrennt. In § 40 Abs. 1 Ziff. 7 BSHG sind nun Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen

geregelt. Daneben regelt § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Vorschrift bezieht sich zum einen auf § 33 SGB IX und stellt daneben die eigenständige Form der sonstigen Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben. Auch in dieser Gegenüberstellung wird deutlich, dass es sich dabei nicht um die berufliche Rehabilitation handelt, sondern um die Schaffung von unterstützender Beschäftigung und auch von Hinzuverdienstmöglichkeiten. Beide wären jetzt also eindeutig Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte Menschen. Es wäre wohl sehr sinnvoll, wenn man sich in der psychiatrischen Versorgung möglichst bald darauf konzentrierte, hierzu eine Maßnahmepauschale im Sinne des § 93a Abs. 2 Satz 3 BSHG zu entwickeln.

Der in der Literatur unternommene Versuch, einer personenbezogenen Bestimmung der Maßnahmepauschale³² hat sich bisher in der Diskussion um die §§ 93ff. BSHG durchsetzen können. Anders als in den Bundesempfehlungen werden dort individuelle Hilfebedarfe beschrieben. Der Hilfebedarf wird prozessorientiert verstanden. Leistungstypen entsprechen hier den funktional beschriebenen Leistungsbereichen, nicht den Einrichtungstypen. Die Erbringungsform, ambulant, teilstationär oder vollstationär, ist für die Bildung eines Leistungstyps in keiner Weise relevant. Behinderungsart und Alter werden nicht als ausreichende Differenzierungsmerkmale für die Bildung von Hilfebedarfsgruppen angesehen. So werden für seelisch behinderte Menschen sechs verschiedene Leistungen mit qualitativen Schwerpunkten genannt. Die so formulierten Empfehlungen sind auch um Praktikabilität bemüht. Sie unterscheiden etwa die sozialpsychiatrische Grundversorgung sowie spezielle Therapieverfahren und stellen daneben die Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeit usw. Der individuelle Hilfebedarf kann mehrere Leistungstypen betreffen. Insgesamt werden also Hilfebedarfe und Leistungen funktional aufeinander bezogen. Dabei wird nicht auf eine möglichst einfache Beschreibung der Leistungen und der Kalkulation der Kosten verzichtet. Insbesondere wird auch auf die Vergleichbarkeit der Preise und eine Planungssicherheit für Leistungsträger und Leistungserbringer geachtet. Gleichwohl scheint die Praxis sie nicht zur Kenntnis zu nehmen. Das erklärt sich wohl nur

31 Arbeitshinweise (Fußn. 30), S. 35, 36

32 U. Krüger/H. Kunze/P. Kruckenberg, Zur Bestimmung von Maßnahmepauschalen gemäß § 93a BSHG, NDV 2000, S. 193ff.

daraus, dass angesichts der vorhandenen und nicht ausreichend wandelbaren Infrastruktur die Frage, ob die Pauschalvergütung für Maßnahmen einrichtungsbezogen oder einrichtungsunabhängig und damit bedarfs- und personenbezogen gebildet werden sollten, überwiegend im ersteren Sinne beantwortet wird. Die Tatsache, dass dies nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht, hat die Diskussion nicht beeinflussen können.³³ Generell bleibt gegenüber allen Maßnahmepauschalen der Vorbehalt bestehen, dass sie sich auf die Sozialhilfe beschränken, also nicht die gesamte Versorgung regeln.

Praktische Konsequenzen

Wie sich gezeigt hat, ist vor dem Hintergrund des Leistungsrechts eine Integration der Leistungen nur im Ansatz möglich. Man kann also allenfalls eine lockere Kooperation bei der Leistungserbringung anstreben. Entsprechendes gilt für die Ausrichtung auf den Hilfebedarf. Stellt man sich eine erst noch zu schaffende Versorgungsregion vor, so ist zunächst festzustellen, dass praktisch alle der in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger als Partner von Vereinbarungen über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beteiligt werden müssten. Dabei erweist sich aber, dass das Leistungserbringerrecht der Krankenkassen – sie wären mit der Arbeitstherapie beteiligt – der Arbeitsämter und der Sozialhilfeträger recht unterschiedlich ausgestaltet ist. Am wenigsten auf Details festgelegt sind noch die Arbeitsämter. Demgegenüber wäre es die Aufgabe einer allgemeinen Regelung des Rehabilitationsrechts, eine zuständigkeitsübergreifende auf die Person der Hilfeempfänger abgestimmte Versorgung zu ermöglichen. Diese Funktion hätte eigentlich § 21 SGB IX bekommen müssen, der die Verträge mit den Leistungserbringern regelt. Wegen des in § 7 SGB IX geregelten Vorbehalts der Leistungsgesetze bleibt es aber bei der vorrangigen Anwendung der Vorschriften in den Besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches. Dies aber kennen keinen einheitlichen Grundsatz des Leistungserbringerrechts.

33 Vgl. F. Baur, Die Bundesempfehlungen nach § 93d Abs. 3 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfraumverträgen auf Länderebene, NDV 1999 S. 392; 2000, S. 15

Bei der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben dürfen die sich daraus ergebenden Probleme aber nicht überschätzt werden. Diese Hilfe erfolgt nämlich ganz überwiegend in ambulanter Form und das Leistungserbringerrecht ist im ambulanten Bereich noch relativ flexibel zu handhaben. Allerdings erstrecken sich die Regelungen der §§ 93ff. BSHG auf Einrichtungen und Dienste und damit auch auf den ambulanten Bereich. Wenn man hier dennoch außerhalb des Systems der §§ 93ff. BSHG Vereinbarungen treffen will, ergeben sich aber die Probleme, die im Zusammenhang mit den Leistungsverträgen angesprochen wurden.

In diesem Punkt ist es gerade für die psychiatrische Versorgung interessant, dass die in den §§ 109ff. SGB IX geregelten Integrationsfachdienste wichtige Aufgaben bei der Teilhabe psychisch behinderter Menschen am Arbeitsleben übernehmen. Diese Dienste werden von der Bundesanstalt für Arbeit, den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern bei der Durchführung ihrer Aufgaben eingeschaltet. Die Aufgaben selbst erstrecken sich auf alle Maßnahme zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die Integrationsfachdienste stehen als »Dienste Dritter« außerhalb der Arbeits- und Sozialverwaltung und werden in ihrem Auftrage tätig (§§ 109 Abs. 1, 111 Abs. 1 SGB IX). Die Integrationsfachdienste arbeiten mit allen Stellen zusammen, die für die Rehabilitation zuständig sind (§ 111 Abs. 3 SGB IX). Es ist vorgesehen, dass in jedem Arbeitsamtsbezirk grundsätzlich nur ein Integrationsfachdienst beauftragt wird. Das würde natürlich bedeuten, dass man nur mit einem Dienst zusammenarbeiten muss, was die Festlegung einer bestimmten Versorgungsform vereinfachen könnte. Das aber setzt wiederum voraus, dass die wettbewerbsrechtlichen Regelungen eingehalten werden, wobei davon auszugehen ist, dass diese Verträge privatrechtlicher Natur sind. Insbesondere müssen die vergaberechtlichen Grundsätze der §§ 97ff. GWB Beachtung finden. Darüber hinaus ist zu betonen, dass in dieser Form dem Wunsch- und Wahlrecht des § 9 SGB IX nicht hinreichend Rechnung getragen wird.

In § 110 SGB IX werden die Aufgaben der Integrationsfachdienste geregelt. Dazu gehören die Beratung und Unterstützung der Schwerbehinderten und ihre Vermittlung auf geeignete Arbeitsplätze sowie die Information der Arbeitgeber. Genauer regelt dann § 110 Abs. 2 Ziff. 1 – 7 SGB IX, dass die Integrationsfachdienste die Fä-

higkeiten des Schwerbehinderten bewerten und ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil erstellen. Sie begleiten die Schwerbehinderten im Arbeitsleben, stehen als Berater für Mitarbeiter und Arbeitgeber zur Verfügung und leisten Nachbetreuung bis hin zur Krisenintervention. Darüber hinaus erschließen sie Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, was natürlich unter Hinweis auf die finanziellen Vorteile einer Beschäftigung Schwerbehinderter geschieht.³⁴

Eine weitere, für die psychiatrische Versorgung wichtige Institution ist die Arbeitsassistenten. Sie hat eine Doppelfunktion. Zum einen wird sie als Leistung der beruflichen Rehabilitation nach § 33 Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX für drei Jahre erbracht. Wird im Anschluss daran eine Arbeitsassistentin geleistet, so geschieht das durch das Integrationsamt unter Verwendung von Mitteln aus der Ausgleichsabgabe ohne eine im Gesetz vorgegebene zeitliche Begrenzung als begleitende Hilfe im Arbeitsleben.

Aus der Tatsache, dass die Kosten der Arbeitsassistenten lediglich zu übernehmen sind, und dass der schwerbehinderte Mensch selbst eine vertragliche Vereinbarung mit dem von ihm gewünschten Arbeitsassistenten schließt, ist zu folgern, dass er sogar dessen Arbeitgeber sein kann. Es gibt keine vertragliche Beziehung zwischen dem Arbeitsassistenten und dem Integrationsamt. Dass der schwerbehinderte Mensch Auftraggeber ist, und nur Kostenerstattung erhält, wird als wesentliches Grundmerkmal für jede Form von Assistenz angesehen. Von der Bewegung »Selbstbestimmt Leben« maßgeblich ins Leben gerufen, versteht sich die Assistenz immer als Unterstützung des autonom entscheidenden und handelnden behinderten Menschen. Sie unterscheidet sich damit kategorial von den eher karitativen Formen der Betreuung. Das gilt auch für die Arbeitsassistenten, die eine emotionale, instrumentelle, informative und eine Feed-back-Unterstützung umfassen soll.³⁵

Die Verpflichtung des Integrationsamtes beschränkt sich also darauf, dass es dem schwerbehinderten Menschen Geldmittel zur Verfügung stellt, die nach den vorläufigen Empfehlungen der Integrationsämter vom zeitlichen Aufwand für die Arbeitsassistenten abhän-

³⁴ br 2001, S. 79

³⁵ M. Schneider/U. Adlhoj, Arbeitsassistenten für Schwerbehinderte – fachliche und juristische Aspekte, br 2001, S. 52–54

gen (260–1040 •). Es handelt sich hierbei um ein persönliches Budget des schwerbehinderten Menschen, wie es allgemein in § 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX geregelt ist.

Vereinbarungen zwischen den Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern, die innerhalb einer Region die Voraussetzungen für eine personenzentrierte Versorgung schaffen sollen, sind also an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft. Die Krankenkasse schließt hier Versorgungsverträge nach § 111 SGB V, soweit die Versorgung ambulant geleistet wird, erfolgt eine Zulassung durch Verwaltungsakt. Inhaltlich ergeben sich aber kaum Unterschiede.³⁶ Der Träger der Sozialhilfe trifft Vereinbarungen nach den §§ 93ff. BSHG. Beide Typen von Versorgungsverträgen sind öffentlich-rechtliche Verträge. Leistungen der beruflichen Rehabilitation werden vom Träger der Rentenversicherung auf der Grundlage von Verträgen nach den §§ 21 SGB IX, 16 SGB VI erbracht. Für die Arbeitsförderung gilt wegen der Regelung des § 109 SGB III die Vorschrift des § 21 SGB IX nicht. Vielmehr sind die §§ 61, 86, 94 SGB III anzuwenden (§ 99 SGB III). Beim Abschluss solcher Verträge erfolgt nach herrschender Auffassung kein Vergabeverfahren. Wird aber das Arbeitsamt zusätzlich mit den Integrationsfachdiensten beteiligt, so wird ein privatrechtlicher Vertrag geschlossen. Dabei sind die §§ 97ff. GWB zu beachten. Ist eine Arbeitsassistentin notwendig, dann ist sogar der behinderte Mensch selber Auftraggeber.

Bezieht man jetzt noch die in den §§ 132–135 SGB IX geregelten Integrationsprojekte ein, so wird die Abstimmung in der Versorgungsregion noch komplizierter. Der Gesetzgeber hat bisher nur in § 134 SGB IX geregelt, dass die Projekte finanzielle Leistungen erhalten. Es gibt keinen ausdrücklichen gesetzlichen Anknüpfungspunkt dafür, dass die Leistungen davon abhängig gemacht werden können, dass die Integrationsprojekte bereit sind, sich in ein bestimmtes Versorgungskonzept einzubinden. Eine solche Einbindung müsste zumindest erkennbar gesetzliche Voraussetzung des § 134 SGB IX sein. Um mit der Förderung bestimmte Auflagen zu verbinden zu können, sollte man dies ausdrücklich regeln, denn Auflagen müssen grundsätzlich durch eine Rechtsvorschrift zugelassen werden (§ 32 SGB X). Das ist besonders wichtig, wenn man der

³⁶ Vgl. für den Suchtbereich DRV 2002, S. 67, 69

Tatsache Rechnung trägt, dass Integrationsprojekte auch als Abteilungen von Betrieben geführt werden können.

Wir haben also ein Vielzahl von Vorschriften ganz unterschiedlicher Regelungsdichte, die auf das Versorgungsgeschehen Einfluss haben. Damit ergeben sich auch Auswahlkriterien hinsichtlich der Leistungserbringer, die nicht völlig identisch sind. Darüber hinaus besteht keine Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit. Das integrierte personenzentrierte Versorgungskonzept kann bei konsequenter Anwendung des Leistungserbringerrechts nicht umgesetzt werden.

Die Schwierigkeiten werden größer angesichts der sozialrechtlichen Grundsätze, die eine möglichst große Vielfalt des Angebots als Voraussetzung für die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts gewährleisten sollen. Die Eigenständigkeit der Rehabilitationsträger erschwert zusätzlich Absprachen, die auf eine Vereinheitlichung der Versorgung ausgerichtet sind. Mehr als eine freiwillige Kooperation – die aber das Leistungsrecht nicht modifizieren kann – ist nicht möglich. Auf der Seite der Leistungserbringer kann gleichfalls die Berufung auf Eigenständigkeit und Berufsfreiheit die gewünschten Absprachen erschweren. Auch hier kann Vieles nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Betrachtet man aber die schwerfällige Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger auf der einen Seite und das über Jahre gewachsene Angebot der Leistungserbringer, zumal die vielen kleineren Initiativen in der psychiatrischen Versorgung, so ist eigentlich nicht ersichtlich, wie ohne klare gesetzliche Regelungen, die ihrerseits ja nicht die allgemeinen Regelungen über Markt- und Berufsfreiheit relativieren können, eine personenzentrierte Versorgung verwirklicht werden kann.

Erforderlich wäre zunächst einmal eine leistungsrechtliche Grundlagenregelung, die ähnlich wie § 30 SGB IX die Schaffung eines Systems von integrierten, personenzentrierten Leistungen ermöglicht. Mit § 30 SGB IX hat der Gesetzgeber ja zugestanden, dass dies in unserem gegliederten System durchaus möglich ist. Dem müsste eine klare und ebenso einheitliche Regelung des Leistungserbringerrechts folgen. Die gegenläufigen Tendenzen, die sich aus dem Wettbewerbsrecht ergeben, erklären sich vor allem aus der zu geringen Abstimmung des Leistungserbringerrechts in den einzelnen Sozialleistungsbereichen. Hätte man, ausgehend vom Leistungs- und hin zum Leistungserbringerrecht, eine klare gesetzgeberische

Linie, so wäre es leichter, die wettbewerbsrechtlichen Grundsätze mit denen des Sozialrechts in Einklang zu bringen. Es kann in einem System, in dem enorme Finanzmittel ausgegeben werden, nicht überraschen, wenn ein klares Wettbewerbsrecht den sozialrechtlichen Wildwuchs dominiert.

Gewinnt man im Sozialrecht wenigstens in begrenztem Rahmen eine Klarheit, so kann es zu einer anderen Gewichtung kommen. Zu schaffen wäre ein einheitlicher Vertragstyp für alle Versorgungsbereiche, dessen Abschluss an klar definierte Voraussetzungen geknüpft ist. Sie wären als ein Katalog von Regelbeispielen in das Gesetz aufzunehmen. Sie könnten in den einzelnen Versorgungsbereichen durchaus unterschiedlich sein. So muss es nicht überall die in der Psychiatrie erforderlich integrierte Leistungserbringung in einem Verbundsystem geben. Auf jeden Fall könnten auf diese Weise Leitlinien formuliert werden, die sowohl eine Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung rechtfertigen, wie sie auch wettbewerbsrechtlich wirksam werden könnten.

Beispielsweise können nach § 97 Abs. 4 GWB sog. vergabefremde Zwecke berücksichtigt werden, wenn sie in einem Bundes- oder Landesgesetz vorgesehen sind. Angesichts der neueren Rechtsprechung des EuGH mag dahinstehen, ob man sie von den »zusätzlichen Bedingungen« zu unterscheiden hat.³⁷ Jedenfalls kann es sich dabei auch um besondere Anforderungen an die Leistungserbringer im Rahmen eines bestimmten Versorgungskonzepts handeln. Dagegen hat das OLG Dresden anerkannt, dass sozialrechtliche Grundsätze die wettbewerbsrechtliche Entscheidung beeinflussen können. Im damaligen Falle war es die in § 2 Abs. 3 SGBV normierte Vielfalt der Leistungserbringer.³⁸ Nach Auffassung des Gerichts dürfen wirtschaftliche Individualinteressen nur einbezogen werden, wenn sie von der Rechtsordnung anerkannt sind. Die Anerkennung kann ihnen aber durch gesetzliche Regelung verweigert werden, wenn übergeordnete Gesichtspunkte der Versorgung dies verlangen. Auch die Berufung auf die Freiheit der Berufsausübung findet ihre Grenze an »vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls«³⁹ Dazu gehört nicht nur eine wirtschaftliche, sondern auch eine Versorgung,

37 EuGH EuZW 2000, S. 755 Anm. Seidel

38 OLG Dresden NZS 2002, S. 37, 38

39 BVerfG 7, S. 377

die geeignet ist, einem typischerweise bestehenden Bedarf gerecht zu werden. Ganz ähnlich ist dies in Art. 86 Abs. 2 EGV geregelt, wenn dort die Marktfreiheit ihre Grenze daran findet, dass anders die Aufgabenerfüllung eines Dienstleistungsmonopols rechtlich oder tatsächlich verhindert würde.

Insbesondere war der Grundsatz der sparsamen Verwendung öffentlicher Mittel eigentlich immer geeignet, der Freiheit der Berufsausübung Grenzen zu setzen. Er ist vielfach Gegenstand gesetzlicher Regelungen geworden (vgl. § 12 SGB V). Auch Gesichtspunkte der Sachgerechtigkeit und Qualität der Versorgung sind als Regulativ gegenüber einer zu weitgehenden Betonung der Berufsfreiheit geeignet. Sie können aber nur Anerkennung finden, wenn sie die Gestalt einer gesetzlichen Regelung gefunden haben (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG).

Die gesetzgeberische Grundkonzeption des Leistungserbringerrechts, soweit sie über Wirtschaftlichkeitsaspekte hinausgeht, kommt heute aber vor allem in den §§ 17 Abs. 3 SGB I, 2 Abs. 3 SGB V, 4 SGB VIII, 10 BSHG zum Ausdruck. Sie besteht in der Vielfalt der Leistungserbringer und in der Betonung ihrer Eigenständigkeit. Zwar wird heute auch stärker auf die Qualität der Versorgung abgestellt. Dieses Erfordernis hat aber die beiden erstgenannten Grundsätze nicht spürbar eingeschränkt. So machen etwa die Vorschriften über die Qualitätssicherung in der Rehabilitation (§§ 111a, 137d SGB V) nur sehr begrenzt materielle Aussagen über die Qualitätssicherung. Verwiesen wird im wesentlichen auf § 135a Abs. 2 SGB V. Dort wird aber nur die Verpflichtung zu einem Qualitätsmanagement begründet. Ganz generell bezieht sich die Qualitätsentwicklung in den einzelnen Gesetzen heute noch zu sehr auf die isoliert zu betrachtende Einzelleistung und weniger auf das Gesamtkonzept der Versorgung. Eine Einzelleistung, etwa eine Ergotherapie, die von einem fachlich kompetenten Leistungserbringer, der auch zur Versorgung zugelassen ist (§ 124 SGB V), erbracht wird, dürfte jeder Qualitätsprüfung standhalten. Und doch kann sie in einem integrierten, personenzentrierten Versorgungskonzept fehl am Platze sein.

Dennoch ist es durchaus sinnvoll, Sachgesichtspunkte für eine personenzentrierte Versorgung ins Feld zu führen und sie zu einem unerlässlichen aber auch wohlbegründeten Qualitätskriterium zu entwickeln. Es gibt keinen wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkt, der die Qualität der Versorgung relativieren könnte. Auch die Eigen-

ständigkeit und die Berufsfreiheit der Leistungserbringer finden hier ihre Grenze. Die sich so ergebenden Beschränkungen lassen sich vor dem Gesetzesvorbehalt des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG aber nur rechtfertigen, wenn sie in eindeutiger Form gesetzlich formuliert werden.

Damit hat die Rechtsfrage natürlich eine politische Seite. Wenn »Vielfalt und Eigenständigkeit« der Leistungserbringer in vielen, keineswegs in allen Bereichen, bisher das Leistungserbringerrecht prägten, dann ergeben sich hier Probleme bei der Umsteuerung. Der Weg über mehr Wettbewerb, wie er in den vergangenen Jahren versucht wurde, hat sich als problematisch erwiesen. Er hat wohl zu Ergebnissen geführt, mit denen man anfangs nicht rechnete. Wenn man Festbeträge für Arzneimittel nicht hoheitlich festlegt, was grundsätzlich zulässig ist,⁴⁰ sondern wenn man dies den am Wettbewerb teilnehmenden Kassen überlässt, dann kann es eigentlich nicht überraschen, dass die Gerichte hier ein unzulässiges Preiskartell ausmachen.⁴¹ Die gegenwärtigen Versuche, je nach Lage des Falles einmal hoheitlich, ein anderes Mal wettbewerbslich vorzugehen, scheint noch weniger Erfolg versprechend zu sein, weil sie nun auch zu divergierenden gerichtlichen Entscheidungen führen.⁴²

Fehlt es aber im Sozialrecht an einer klaren gesetzgeberischen Aussage darüber, wie die Versorgung konkret aussehen soll, dann setzt sich angesichts der derzeitigen Versorgungslage wohl nicht ganz zu Unrecht der Grundsatz des unverfälschten Wettbewerbs insoweit durch, als angesichts der unklaren Konzeption des Leistungserbringerrechts Zweifel daran aufkommen, ob der Leistungswettbewerb, ob insbesondere auch die Offenheit der Märkte gewährleistet sind. Vor allem prüft das BVerfG immer auch, ob die Regelungen, die die Freiheit der Berufsausübung aus vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls einschränken, überhaupt geeignet sind, die Gemeinwohlbelange zu gewährleisten.⁴³ Das wirksamste Instrument gegen ein Wettbewerbsrecht, das dem Gedanken des sozialen Ausgleichs zuwiderlaufen könnte, ist also eine klare leistungserbringerrechtliche Grundsatznorm. Es mögen sich auch in diesem Falle immer noch Steuerungsmängel ergeben. Jedoch sprechen gegen die

40 BSG 66 S. 159; BVerfG 68 S. 216; BVerfG 70, S. 25

41 OLG Düsseldorf NZS 1998, S. 567

42 BSG SGB 2001 S. 748; OLG Dresden NZS 2002, S. 33

43 BVerfG 95 S. 173 (Warnhinweise auf Packungen mit Tabakerzeugnissen)

Ersetzung eines unkoordinierten Leistungserbringerrechts durch eine solche Norm keinerlei sozial- oder wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkte. Die Entstehung zumindest einiger Vorschriften des SGB IX (§§ 6 Abs. 2, 10–13 SGB IX), die Diskussion um die Maßnahmepauschale (§ 93a Abs. 2 BSHG), die praktischen Schwierigkeiten beim Aufbau von Versorgungsverbünden usw. lassen aber erkennen, dass nicht das Interesse am Aufbau einer personenzentrierten Versorgung, sondern dass das Interesse an der Erhaltung vorhandener Strukturen überwiegt. Sollte dieser Befund richtig sein, dann ist es gerade, vielleicht sogar nur das Wettbewerbsrecht, das geeignet ist, diese Strukturen zu schwächen.

Lohn statt Prämie – Arbeitsplatzsubvention und innovative Entgeltgestaltung

Lohn statt Prämie

Lennarth Andersson

Ich danke Ihnen für die Einladung nach Berlin zu kommen! Ich bin gerne hier!

Normalerweise ist es meine Aufgabe im Ausland über die Fortentwicklung der Behindertenhilfe in Schweden und Skandinavien zu berichten. Es ist eine sehr wichtige Aufgabe, denn wir haben durch harte Gesetzgebung und wirtschaftlichen Einsatz vieles erreichen können.

Als die Anfrage zu diesem Symposium kam, zögerte ich zunächst, denn jetzt muss ich berichten, dass vieles von dem, was wir gemacht haben, längst bekannt ist. Wahrscheinlich hätte ich in einem anderen Symposium viel mehr zu erzählen, aber nun bin ich hier und werde kurz über einige Erfahrungen berichten, bevor wir in die Diskussion einsteigen.

Meine Erfahrungen basieren auf Erlebnissen aus der praktischen Arbeit an leitender Stelle der Behindertenhilfe in einer Behörde in Südschweden, »Malmöhus läns landsting« in Lund, wo ich die Entwicklung über fast 30 Jahre verfolgen konnte. Bei uns in Schweden war die Entwicklung der Serviceleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung, Autismus oder schweren Hirnschäden sowie für junge und jugendliche Menschen mit schweren und komplizierten körperlichen Behinderungen vorangegangen.

Die Psychiatrie war primär eine Angelegenheit der Krankenfürsorge und erst mit der Gesetzgebung von 1994 bekamen psychisch Kranke die selben Rechte wie sie Menschen mit geistigen Behinderungen damals schon seit fast zehn Jahren hatten. Für Schweden konnte man sagen dass die Psychiatriereform mit etwa 20 Jahren Verzögerung begann. Zu der Zeit als Schweden begann die psychiatrischen Krankenhäuser aufzulösen, waren Heime für Behinderte längst nicht mehr gestattet. (1986)

Die Entwicklung der Leistungen für Menschen mit »herabgesetzter Funktionsfähigkeit«, wie es bei uns wörtlich übersetzt heißt, ging über die Gesetzgebung und noch heute ist die einzige Gruppe der Gesellschaft, die sich auf ein RECHT auf Arbeit berufen kann, die Gruppe der Personen mit geistiger Behinderung oder Autismus. Wenn Arbeit nicht erwünscht oder möglich ist besteht noch ein Recht auf Beschäftigung.

Als wir in Schweden die Diskussion führten ob eine Spezialgesetzgebung Sinn mache oder nicht, d.h. Sonderbehandlung oder echte Integration in die Gesellschaft, gehörte ich natürlich in den 70er-Jahren zu denen die hart gegen Spezialgesetzgebung waren. Allerdings muss ich jetzt feststellen dass wir ohne diese frühen Maßnahmen nie das erreicht hätten, was wir heute vorfinden.

Lohn oder Prämie

Es ist eine große Frage, für mich nun allerdings nur eine Frage der Verhaltensweise der Gesellschaft und nicht mehr eine Wirtschaftsangelegenheit. Bisher haben wir *mechanistisch* gehandelt und ich finde in dem Zwischenbericht, in der Konferenzmappe, die mir zugesandt wurde dieselbe Systeme der Unterstützung, Rehabilitation/Habilitation, massive Leistungsprogramme, so wie sie auch in Schweden organisiert sind. Wir können ja praktisch alles schon einsetzen um zu ermöglichen das wir ALLE gemeinsam an der Arbeit teilnehmen.

Und wie sehen die Zahlen aus? Ich werde hier keine Zahlen nennen, denn die Größenordnung in Vergleich zu Deutschland ließe leicht den Eindruck entstehen, dass wir in Schweden keine Probleme oder jedenfalls nur wenige Probleme haben. Prozentual sind die Unterschiede aber klein.

Lohn oder Prämie. Mann könnte zunächst den Eindruck gewinnen, es ginge um Geld. Wer kann aber ernsthaft behaupten, die Gesellschaft könne es sich nicht leisten ein Arbeitsleben für alle zu organisieren und finanzieren.

Wieso baut man z.B. einen Volvo mit einer Motorleistung, von der wir für unsere täglichen Transporte vielleicht 10 % benötigen? Oder warum statten wir Computer mit Leistungskomponenten aus, die wir nur zu 5 % nutzen? 90 bzw. 95 % der eingebauten Ressourcen werden ja trotzdem mitgekauft. Also gibt es Ressourcen und zwar in der Gesellschaft. Die Frage ist die nach der rationalen Verteilung.

Es tut mir leid, ich habe kein Rezept wie es zugehen soll, aber mir ist klar dass es – ob Lohn oder Prämie – volkswirtschaftlich gesehen ziemlich egal ist. Es geht um die gesellschaftliche Einstellung oder die Verhaltensweise die wir irgendwann eingenommen haben.

Wir sehen wie sich die Krankmeldungen unter der so genannten normalen Population drastisch erhöhen. Die Zahl der Anträge auf Frührente steigt bei uns in den letzten drei Jahren mit zweistellige Zahlen. Menschen mit Behinderungen verschiedener Art und unterschiedlichen Umfangs bekommen immer seltener die Arbeit oder die Ausbildung die gesellschaftlich nachgefragt wird. Und das in einem Land, wo schon das kleine Kind mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit im Kindergarten individuell integriert war, das über gute Ressourcen verfügt, wo klare Rechte bestehen und wo auch die Politik einig positiv war usw. Und es geschieht in einer Welt, in der die *Standardregeln für Behinderte* einstimmig in der UN angenommen worden sind, *schon 1993*. Sind wir nicht reif für eine reine *humanistische* Diskussion, anstatt die Flucht in wirtschaftliche pseudoökonomische Überlegungen zu nehmen? Für wen ist der Markt da, für sich oder für uns!

Zum Abschluss lege ich die neun Regeln des Hauptgebietes Arbeit der UN Standardregel der Rechte für Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit auf und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Regel 7: Arbeit

Die Staaten sollen anerkennen, dass Voraussetzungen für Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit zu schaffen sind, so dass sie ihre menschliche Rechte ausüben können, besonderes das Recht auf Arbeit. Auf dem Lande wie in den Städten müssen sie gleiche Möglichkeiten zu produktiver und lohnender Arbeit haben.

1. Gesetze und Regelungen im Bereich Arbeit dürfen Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit nicht diskriminieren oder sie an der Aufnahme einer Arbeit hindern.
2. Die Staaten sollen die Integration von Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen.
3. Diese Unterstützung kann in verschiedener Weise arrangiert werden, z.B. durch Berufsausbildung, Quotierungssysteme, Ar-

beitsplätze die für diese Menschen reserviert werden, Darlehen oder Ausgleichsbeträge für Kleinunternehmer, Alleinrecht oder Vorrecht auf die Herstellung bestimmter Produkte oder Dienstleistungen, Steuererleichterungen, Überprüfung der Erfüllung arbeitsvertraglicher Pflichten oder andere technische oder wirtschaftliche Unterstützung für Unternehmen die Personen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse anbieten. Die Staaten sollen auch Arbeitgeber dazu bewegen angepasste Arbeitsplätze anzubieten, um Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit den Einstieg ins Arbeitsleben zu erleichtern.

4. Staatliche Aktionsprogramme sollen folgendes beinhalten:
 - a. Massnahmen dass Arbeitsplätze so konstruiert und angepasst werden dass sie für personen mit verschiedenen Funktionsherabsetzung zugänglich werden,
 - b. Den Einsatz neuer Technologien und Techniken unterstützen, sodass Hilfsmittel, Werkzeuge und Ausrüstung entwickelt und produziert werden und darauf hingewirkt wird, dass diese Hilfsmittel und Ausrüstungen leicht erreichbar sind für Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit und die Erhaltung eines Arbeitsplatzes ermöglichen,
 - c. Geeignete Ausbildung und Platzierung sowie der herabgesetzten Funktionsfähigkeit angepasste Unterstützung am Arbeitsplatz durch persönliche Assistenz und Kommunikationshilfe.
5. Die Staaten sollen anregen und unterstützen dass z.B kommunale Kampagnen zu Stande kommen, um das Problembewusstsein der Öffentlichkeit zu stärken, damit negative Haltungen gegenüber Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit im Arbeitsleben überwunden werden.
6. Als Arbeitgeber sollen die Staaten günstige Voraussetzungen für die Beschäftigung von Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeiten im öffentlichen Sektor herstellen. Staaten, Arbeitgeberorganisationen und Arbeitgeber müssen zusammenwirken um eine nachhaltige Beschäftigungspolitik und angemessene Vertrags- und Entgeltstrukturen zu sichern. Die Staaten sollen sich für bessere Arbeitsbedingungen einsetzen, damit Schaden oder Krankheiten die zu Funktionherabsetzung führen können, verhindert werden und sich auch dafür einsetzen, dass Personen die Arbeitsschäden erlitten rehabilitiert werden.

7. Die Zielsetzung soll immer sein, dass eine Person mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhält. Für Menschen, deren Fähigkeiten und Wünschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht entsprochen werden kann, können auch Beschäftigungsverhältnisse in kleineren Gruppen oder mit besonderen Unterstützung eine Alternative sein. Es ist jedoch von größter Bedeutung dass diese Beschäftigungsverhältnisse die Möglichkeiten dieser Personen eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen erleichtern.
8. Maßnahmen müssen zu Stande kommen, damit Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit Arbeitstraining und Ausbildung in besonderen Bereichen absolvieren können.
9. Staaten, Gewerkschaften und Arbeitgeber sollen mit den Behindertenorganisationen zusammenwirken, um Möglichkeiten für Menschen mit herabgesetzter Funktionsfähigkeiten Ausbildung und Arbeit mit Hilfe von Massnahmen wie flexible Arbeitszeit, Teilzeitarbeit, geteilte Arbeit (job-sharing), persönliche Assistenz oder Unternehmensgründung zu unterstützen.

Finanzierungsmöglichkeiten von Arbeit auf der Grundlage des BSHG

Jutta Hittmeyer

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) eröffnet verschiedene Möglichkeiten, Maßnahmen zur Integration von arbeitslosen Hilfesuchenden in das Berufsleben zu fördern. Hierbei kommt es auf die Gesamtbetrachtung an, da das BSHG an unterschiedlichen Stellen für Hilfebedürftige nach den § 19 IV, bzw. § 20 I S. 2, § 39 (§ 46) und § 72 BSHG gesetzlich auf eine Gesamtplanung abstellt. Demnach wird an verschiedenen Stellen der Stellenwert der Gesamtplanung über das gesamte BSHG betont, unabhängig von der dafür infrage kommenden Ermächtigungsgrundlage und Finanzierung.

Die Möglichkeiten der Finanzierung nach den o.g. Ermächtigungsgrundlagen kommen allerdings erst nach ablehnenden Entscheidungen der vorrangigen Träger in Betracht. So ist zunächst nach dem SGB IX zu prüfen, ob es sich um eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt und welcher Leistungsträger hierfür vorrangig zuständig ist. Das SGB IX stellt hierbei auf die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger ab. Erst wenn vorrangige Leistungen abgelehnt wurden – der Hilfebedürftige die Leistung also tatsächlich nicht erhält – kommt eine Prüfung der Finanzierung nach dem BSHG in Betracht. Dabei ist zu beachten, dass die Sozialhilfe unter Umständen auf Grund der Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung weiter geht, als die Leistungen der vorrangigen Träger.

Die Träger der Sozialhilfe (SHT) haben bei den zu finanzierenden Maßnahmen für den heterogenen Personenkreis, dem Einzelnen gegenüber einen differenzierten Ermessensspielraum zur Hilfeleistung. Die Einrichtung bzw. Finanzierung von Maßnahmen stellt allerdings nach allen Grundlagen eine objektive Rechtsverpflichtung der Sozialhilfeträger im Rahmen des Bedarfs dar (»Soll«; »Ist«).

Nach § 72 BSHG ist Hilfe bei Vorliegen der Voraussetzung zu gewähren, vorrangig sind allerdings Hilfeleistungen nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) sowie die Hilfeleistungen nach den anderen Ermächtigungsgrundlagen des BSHG. Dagegen ist nach § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG kein Ermessen bei Vorliegen der Voraussetzungen gegeben, während ein weiterer Personenkreis nach eigenem

Erkennen (»kann«) gefördert werden kann. Auch nach § 30 BSHG kann eine Hilfestellung geboten werden, zum Aufbau oder Sicherung einer Lebensgrundlage. Diese bezieht sich aber nicht auf Maßnahmen, sondern zielt auf Sachleistungen im weitesten Sinne ab.

In den Ermächtigungsgrundlagen nach § 19 und § 20 BSHG wird dem SHT ein »gebundenes Ermessen« zur Entscheidung der Finanzierung von Maßnahmen gegeben. Sofern die unterschiedlichen Voraussetzungen vorliegen, soll Hilfe gewährt werden. Bei den Ermächtigungsgrundlagen der §§ 19 und 20 BSHG werden die vorrangigen Hilfen zur Arbeit benannt.

Nachfolgend wird auf die unterschiedlichen Voraussetzungen der Gewährung von Hilfen, Maßnahmen eingegangen sowie auf die Personenkreise und die Ziele sowie einige mögliche Überschneidungen.

Schaffung einer Arbeitsgelegenheit nach § 19 II BSHG

Hiernach obliegt es dem Träger der Sozialhilfe, dem Hilfesuchenden Gelegenheit zum Einsatz seiner Arbeitskraft zu geben. Dies kann er durch Schaffung eigener, besonderer Arbeitsgelegenheiten für Hilfeempfänger bewirken oder durch die Inanspruchnahme von Arbeitsvermittlung. In den Absätzen 2 und 3 sind die besonderen Formen der gemeinnützigen und zusätzlichen Arbeit geregelt. Sie stellen einen Teil der nach Abs. 1 anzubietenden Arbeitsgelegenheit dar.

Der Personenkreis des § 19 II BSHG umfasst sowohl Personen, die aus subjektiven persönlichen Gründen den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht gewachsen sind als auch Personen, die aus objektiven Gründen, wie Arbeitsplatzmangel, keine Arbeit finden können. Hilfe kann hierbei auch denjenigen geboten werden, die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt beanspruchen. Der Sozialhilfeträger soll Arbeitsgelegenheiten unter Inanspruchnahme von Trägern der freien Wohlfahrtspflege durch

1. Schaffung normaler Arbeitsplätze,
2. Schaffung von gemeinnützigen zusätzlichen Arbeitsplätzen mit üblichen Arbeitsentgelt,
3. Schaffung von gemeinnützigen zusätzlichen Arbeitsplätzen bei Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und einer Mehraufwandsentschädigung, ermöglichen.

Das Erfordernis der Zusätzlichkeit ist in den Fällen unerheblich, wenn die Eingliederung in das Arbeitsleben besser gefördert wird oder dies von den besonderen Verhältnissen des Hilfebedürftigen und seiner Familie geboten ist.

Besondere Arbeitsgelegenheiten nach § 20 BSHG

Zielgruppe sind die Personen, die nicht sofort als arbeitsfähig ausgewiesen sind. Es soll ihnen durch die Arbeitsmöglichkeit Gelegenheit gegeben werden, sich an Arbeit zu gewöhnen (1. Möglichkeit) bzw. ihre Arbeitsbereitschaft zu beweisen (2. Möglichkeit). Gegenüber den §§ 18 und 19 BSHG werden hier im Gegensatz zum Integrationsgedanken die besonderen Rehabilitationsaspekte des Einzelnen in den Vordergrund gestellt, also der sozialpädagogische, therapeutische Zweck des Beschäftigungsverhältnisses. Geeignet hierfür sind besonders Arbeitslehrgänge sowie halb offene Arbeits-einrichtungen. Die Voraussetzungen des § 19 II BSHG müssen nicht vorzuliegen. § 20 BSHG ist eine Sollvorschrift, die für den Träger der Sozialhilfe verpflichtend ist.

Für behinderte Menschen haben besondere therapeutische Maßnahmen nach § 40 BSHG den Vorrang. Die Maßnahmen nach § 72 BSHG wiederum sind nachrangig zu den Maßnahmen nach §§ 18 ff BSHG; hierbei kann es zu Überschneidungen des Personenkreises kommen. Es ist abzustellen auf Sinn und Zweck der angestrebten Maßnahme.

Eingliederungshilfe nach §§ 39 ff BSHG

Zielgruppe der Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG sind Personen, die im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich behindert sind, deren körperliche Funktionen, die geistigen Fähigkeiten oder ihre seelische Gesundheit länger als 6 Monate von dem typischen Lebensumstand abweichen und die daher in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt sind. Zu den seelischen Störungen gehören nach § 3 Nr. 3 VO nach § 47 BSHG auch Suchterkrankungen, sodass diese auch zum Personenkreis der §§ 39 ff BSHG zählen, wenn die Erkrankung die Teilhabefähigkeit am gesellschaftlichen und auch am beruflichen Leben nachteilig beeinflusst. Eine weitere Zielgruppe sind diejenigen Personen, die von Behinderung bedroht sind.

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, neben einer medizini-

schen Leistung auch eine Leistung von berufsfördernder und allgemeiner sozialer Art anzubieten, um u.a. die Ausübung eines angemessenen Berufs, einer angemessenen Ausbildung zu ermöglichen.

Die Maßnahmen können auch dem Leistungsangebot einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle entsprechen. Dies ist danach begründet, dass Beratung zwar nicht ausdrücklich in den Maßnahmenkatalog der §§ 39 ff BSHG benannt ist, hierin aber eine dem BSHG zu Grunde liegende Grundform der Hilfe nach den §§ 1 II, 8 I BSHG gegeben ist. Eine nach §§ 39 ff. BSHG zu gewährende Maßnahme muss auf Grund einer eingetretenen oder drohenden Behinderung erforderlich sein.

Gleichfalls muss diese Maßnahme das Ziel verfolgen, den behinderten bzw. kranken Personen trotz ihrer Behinderung/Erkrankung die Teilnahme am Leben zu ermöglichen oder zu erleichtern, vor allem die Ausübung eines angemessenen Berufs. Die Erkrankung/Behinderung muss so gravierend sein, dass sie die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft wesentlich beeinträchtigt¹. Der berechnete Personenkreis soll weit gefasst werden. Anspruch auf eine Eingliederungsmaßnahmen besteht, wenn und solange die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Im Gegensatz zum alten Recht wird in § 39 Abs. 1 S. 1 BSHG die zuvor genannte Aufgabe der Eingliederungshilfe mit dem berechtigten Personenkreis verbunden.

Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 72 BSHG

Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten gegeben sind, ist Hilfe zu gewähren. Nach § 72 BSHG sind hier gerade diejenigen betroffen, die die objektiven und subjektiven Kriterien erfüllen. Besondere Lebensverhältnisse müssen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sein, deren Überwindung die Menschen allein nicht leisten können. In der VO zu § 72 BSHG werden keine Gruppen mehr benannt, die in besonderen Lebensverhältnissen leben, sondern die Begriffe des besonderen Lebensverhältnisses und der sozialen Schwierigkeiten werden konkretisiert.

BVerwGE, NDV RD 1999, 71; OVG Mannheim v. 4.11.97

Vom Bestehen besonderer Lebensverhältnisse ist auszugehen, wenn der Einzelne gesellschaftlich anerkannte Mindeststandards in der Lebensführung nicht (mehr) erreichen kann. Die Personen, die in einer besonderen Lebenssituation mit sozialen Schwierigkeiten leben, gehören zum Personenkreis des § 72 BSHG, wenn sie aus eigenen Kräften nicht fähig sind, die Schwierigkeiten zu überwinden. Soziale Schwierigkeiten sind dann gegeben, wenn ein Leben in der Gemeinschaft wesentlich eingeschränkt ist. In dem Wortlaut des § 1 Abs. 3 VO zu § 72 BSHG wird deutlich, dass die Einschränkung unabhängig vom Verhalten des Hilfebedürftigen oder eines Dritten ist. Es sind die Gesamtumstände dieser Person zu beachten.

Nach der neuen VO zu § 72 BSHG können auch Suchterkrankte zum Personenkreis gehören, wenn sie auf Grund der Situation soziale Schwierigkeiten haben, welche sie nicht selbständig überwinden können.

Das Ziel der Hilfe nach § 72 BSHG ist die Überwindung, Beseitigung oder Milderung der Schwierigkeiten u.a. zur Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes. Die Durchführungsverordnung zu § 72 BSHG benennt – und betont damit – ausdrücklich die Beratung und Betreuung als Maßnahme des § 72 BSHG. Die angestrebten Maßnahmen sind gemäß § 2 VO zu § 72 BSHG Dienstleistungen, Geld- und Sachleistungen, die nachhaltig geeignet sind, besondere Schwierigkeiten abzuwenden. Von besonderem Interesse ist die Haltung des Hilfebedürftigen, ob er diese Maßnahme annimmt.

Das Verhältnis § 39 zu § 72 BSHG

§ 39 BSHG ist vorrangig gegenüber § 72 BSHG. Zu der gerade genannten Maßnahme der Beratung und Betreuung kann festgestellt werden, dass Leistungen der ambulanten Rehabilitation vorrangig über die §§ 39 und 40 BSHG abgerechnet werden. Als Rechtsgrundlage für die Leistungen der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen kommt § 72 BSHG in Betracht, nach dem alle Maßnahmen, die notwendig sind um Schwierigkeiten abzuwenden bzw. zu mildern, finanziert werden.² Nicht personenbezogene Leistun-

² So auch R. Walter-Hamann, neue caritas 12, S.9 ff. 2002

Tab. 1: Finanzierungsmöglichkeiten nach BSHG

Rechtsgrundlage	19 II	20	39	72
Zielgruppe	Der Personenkreis des § 19 II BSHG umfasst sowohl Personen, die aus subjektiven persönlichen Gründen den Anforderungen des allg. Arbeitsmarktes nicht gewachsen sind als auch Personen, die aus objektiven Gründen wie Arbeitsplatzmangel keine Arbeit finden können. Hilfe kann hierbei auch denjenigen geboten werden, die nur ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt beanspruchen.	Personen, die nicht sofort als arbeitsfähig ausgewiesen sind. ⇒ Gewöhnung an eine berufliche Tätigkeit ⇒ Zweifel an der Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme	Personen mit einer wesentlichen Behinderung auf Dauer. Körperlich oder geistig behinderte Menschen sowie seelisch Erkrankte, die voraussichtlich ein 1/2 Jahr nicht am allg. Leben teilnehmen können (Def. § 2 SGB IX). Von einer wesentlichen Behinderung bedrohte Menschen Wesentliche Behinderung: wenn Menschen in ihrer Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft eingeschränkt oder aufgrund der drohenden Behinderung in ihrer Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft eingeschränkt sein können.	Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sind und deren Überwindung die Menschen allein nicht leisten können.
Aufgabe	Hiernach obliegt es dem Träger der SH, dem Hilfesuchenden Gelegenheit zum Einsatz seiner Arbeitskraft zu geben. Dies kann er durch Schaffung eigener, besonderer Arbeitsgelegenheit für HE tun oder durch Inanspruchnahme von Arbeitsvermitt-	Es soll ihnen durch die Arbeitsmöglichkeit Gelegenheit gegeben werden, sich an Arbeit zu gewöhnen bzw. ihre Arbeitsbereitschaft zu beweisen. Gegenüber den §§ 18 u. 19 werden hier im Gegensatz	Aufgabe der Eingliederungshilfe ist neben medizinischen Leistungen auch Leistungen von berufsformer und allg. sozialer Art anzubieten, um ihnen u.a. die Ausübung eines <i>angemessenen Berufs</i> zu ermöglichen.	Ziel der Hilfe ist es, diesen Personen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

gen wie Öffentlichkeitsarbeit und Bereiche der ambulanten Rehabilitation werden nicht nach den genannten Grundlagen abgerechnet. Im Einzelfall können Abgrenzungsschwierigkeiten oder sogar Überschneidungen, auch zu anderen Rechtsgrundlagen möglich sein.

In § 2 Abs. 3 VO zu § 72 BSHG wird bei der Gesamtplanung darauf abgestellt, dass ein verbundener Einsatz unterschiedlicher Hilfen nach anderen Hilfsvorschriften des BSHG und anderen Leistungsgesetzen anzustreben sei. Die Erschließung und Abstimmung notwendiger zusätzlicher Leistungen gehört zum Bereich des § 72 BSHG, nicht aber die konkrete Hilfe wegen Behinderung oder Erkrankung. Die Verbindung solcher Hilfen kann danach vereinbart werden.³

Die Zielrichtung der beiden Normen ist unterschiedlich und zu beachten: § 39 BSHG stellt auf die (Wieder-)Eingliederung behinderter Personen, Erkrankter in Beruf, Arbeit und Gesellschaft ab, § 72 BSHG zielt dagegen auf die Überwindung, Milderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung sozialer Schwierigkeiten.

3 Hammel, Behindertenrecht, S. 95, 2002; Walter-Hamann a.a.O., S. 12

Arbeitsplatzsubvention und innovative Entgeltgestaltung

Arnd Schwendy

Der Mangel an sinnvoller Beschäftigung (und damit der Mangel an Status, Tagesstrukturierung und sozialen Kontakten am Arbeitsplatz) belastet nicht nur psychisch Kranke schwer, sondern viele Personen, die wegen gesundheitlichen Einschränkungen aus dem Arbeitsleben dauerhaft ausgegrenzt sind. Vielerorts müssen die daraus erwachsenen Belastungen durch sozialarbeiterische bzw. psychosoziale Beratung und Begleitung kompensiert werden. Hier muss kritisch gefragt werden, ob es nicht humaner und auch ökonomischer ist, die Bürde des erzwungenen Nichtstuns durch die Bereitstellung sinnvoller Betätigungen zu beseitigen, als durch betreuerischen Aufwand.

Eine befriedigende gesetzliche Regelung für die sehr unterschiedlichen Zielgruppen gibt es bislang nicht. Immerhin bietet aber das Bundessozialhilfegesetz eine Reihe von Möglichkeiten.¹ Nach den dort aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen werden auch zunehmend in den Kommunen so genannte »Zuverdienst«-Angebote insbesondere für den Personenkreis der seelisch Behinderten organisiert. Das Instrument der so genannten gemeinnützigen Arbeit für arbeitslose Sozialhilfeempfänger, das von vielen eher als Abwehrinstrument für angebliche Drückeberger missverstanden wird, gewinnt so, wenn man es fachlich qualifiziert für diesen Personenkreis einsetzt, eine neue Qualität.

Eine sozialgesetzlich befriedigende Lösung steht aus. Es ist zu hoffen, dass sie in der nächsten Legislaturperiode erarbeitet wird. Die jetzt und noch stärker in der nächsten Legislaturperiode auf der Tagesordnung stehenden Bemühungen um eine bessere Integration der Langzeitarbeitslosen in den allgemeinen Arbeitsmarkt (Stichworte: Zusammenführung von Arbeitsämtern und Sozialämtern bzw. von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe) werden deutlich zeigen: Unter den rund zwei Millionen Langzeitarbeitslosen, die von Sozial- oder Arbeitslosenhilfe leben, befinden sich einige hunderttausend Personen, die wegen Ihrer Leistungseinschränkungen trotz intensiver Förderung nicht mehr beruflich eingegliedert werden können

1 vgl. dazu den Beitrag von Jutta Hittmeyer in diesem Band

in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse, aber dennoch aus individuellen Gründen dringend die Chance bekommen müssen, sich mit den verbliebenen Kräften produktiv einzubringen. Auch wenn sich ihre Beschäftigung für die betriebswirtschaftlich kalkulierenden (weil dem Wettbewerb ausgesetzt) Unternehmen nicht rechnet, so zahlt er sich doch gesundheits- und gesellschaftspolitisch aus, da dadurch viel Elend verhindert wird: Nichtstun macht krank.

Für die Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der künftigen Grundsicherung (diese erhalten Behinderte, wenn sie dauerhaft nicht mehr als 15 Stunden in der Woche arbeiten können) bietet es sich an, die stundenweise Beschäftigung als Eingliederungshilfe zu gestalten und für jede geleistete Arbeitsstunde einen Mehrbedarf von zwei bis drei Euro zu zahlen, wie das die meisten Kommunen im Bereich der gemeinnützigen Arbeit bereits tun. Ähnliches gilt für den Personenkreis des § 72 BSHG, also für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Dort, wo die Voraussetzungen der §§ 39 oder 72 BSHG nicht im Vordergrund stehen bzw. nicht erfüllt sind, hat der Sozialhilfeträger die Möglichkeit, ergänzend zur Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. zur Grundsicherung, die gemeinnützige Arbeit als besondere Form der Hilfen zur Arbeit anzubieten. Diese Form macht insbesondere dann noch einen Sinn, wenn sie die Funktion hat, durch einen niederschweligen Einstieg den Weg zurück ins Erwerbsleben zu ebnen.

Als Anbieter niederschwelliger Arbeiten sollten insbesondere Institutionen gewählt werden, bei denen nicht die Betreuung und Freizeitgestaltung im Vordergrund steht, sondern die Beschäftigung, z.B. Integrationsfirmen bzw. Integrationsprojekte, spezialisierte Tagesstätten oder auch spezialisierte Werkstätten für behinderte Menschen. Es gibt aber auch psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, denen es mit viel Kreativität gelungen ist, sich niederschwellige Arbeitsprojekte anzugliedern.

Der Leistungsrahmen ist – möglichst in der Systematik des § 93 BSHG – mit den örtlichen Trägern der Sozialhilfe auszuhandeln. In Köln verfolgen wir derzeit das Modell, dass der Sozialhilfeträger sich an den Kosten der Anleitung und der Räumlichkeiten beteiligt, drei Euro als Anwesenheitsprämie als Mehraufwand zahlt, dass aber aus den Erträgen der Arbeit der Träger möglichst viel selbst erwirtschaftet, um das gesamte Angebot möglichst kostengünstig zu machen.

Von einem innovativen Lohnkonzept, beispielsweise der Bündelung von Transferleistung und Beschäftigungserträgen, ist man damit natürlich noch weit entfernt. Vielmehr gibt aber der gesetzliche Rahmen heute nicht her.

Die Zuverdienstmöglichkeiten bei den verschiedenen Berentungsformen sind kompliziert und müssen in jedem Einzelfall sorgfältig abgestimmt werden. Ähnliches gilt für die Empfänger von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe. Auch dieses Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, Vorort ein Gremium aus Leistungsträgern und Leistungsanbietern zu haben, um derartige Projekte qualifiziert und rechtssicher zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren.

Eine Chance die Finanzierung von Arbeit für behinderte oder erwerbsunfähige Personen, befriedigender zu lösen, ist die möglicherweise in der nächsten Legislaturperiode anstehende Novellierung des Sozialgesetzbuches IX, ggf. in Verbindung mit der geplanten Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes. Wie auch immer: Hier gerät etwas in Bewegung, die AKTION PSYCHISCH KRANKE wäre gut beraten, wenn sie die Vielzahl der mit diesen Problemen verbundenen Fragestellungen im Rahmen eines Forschungsprojektes anginge. Dabei sollte sie – wie eingangs schon angedeutet – nicht nur die seelisch behinderten bzw. chronisch psychisch kranken Menschen berücksichtigen, sondern möglichst alle, die widerWillen an den Rand der Arbeitswelt gedrängt wurden und weiter werden.

Arbeitsplatzsubvention und innovative Entgeltgestaltung aus gewerkschaftlicher Sicht

Burkhard von Seggern

Das Sozialrecht und das Arbeitsrecht müssen zusammenwirken, damit auch psychisch behinderte Menschen den Platz im Arbeitsleben bekommen, der ihnen zusteht. Was waren bislang entscheidende Mängel in diesen beiden Regelungsbereichen?

Die Arbeitswelt wird zunehmend exklusiver. Schonbereiche, Nischen, Zuarbeiten, einfachere Tätigkeiten verschwinden, Zusammenarbeitsverhältnisse stehen unter Leistungsstress. Eine arbeitsrechtliche Korrektur, die Menschen mit Leistungsproblemen die Betriebstüren öffnete, gab es nicht. Eine Vielzahl von finanziellen Hilfen, mit denen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wenig lukrative Tätigkeiten schmackhaft gemacht werden sollten, entstand:

- Begleitende Hilfe durch die Integrationsämter an Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer. Sie kommen als unbefristete Leistungen in Betracht;
- Eingliederungszuschüsse der Arbeitsämter bei erschwelter Vermittelbarkeit in Höhe von bis zu 50 % des Arbeitsentgelts und für bis zu einem Jahr, höher und länger bei Schwerbehinderung, Langzeitarbeitslosigkeit und höherem Alter;
- Zuschüsse der Sozialhilfeträger;
- Formen der freien Förderung, etwa in Gestalt der verschiedenen Kombi-Lohn-Modelle;
- Unterschiedliche Fördermodelle der Bundesländer.

Alle Leistungen haben den Mangel, dass kein Rechtsanspruch auf sie besteht. Sie sind nur beschränkt kombinierbar. Die finanziell und zeitlich günstigste Förderform, Zuschüsse bis zu 70 % des Arbeitsentgelts und für bis zu acht Jahren, kommt nur für Schwerbehinderte ab 55 Jahren infrage.

Die Vielfalt der Quellen und der Ermessenscharakter der Leistungen verunsichert Arbeitgeber und unmittelbar Betroffene. Bei den Debatten um das neue SGB IX haben die Gewerkschaften einschneidende Reformen verlangt. Nur zwei unserer Vorschläge sind ins SGB IX übernommen worden. Trotz ihrer verwässerten gesetzlichen Form sehe ich Chancen, die in ihnen stecken:

1. Die gemeinsamen Servicestellen sollen für alle Rehabilitationsträger Leistungsansprüche klären und realisieren helfen. Die Leistungen der Sozialhilfeträger sind in dem Beratungs- und Koordinationsanspruch gegenüber diesen Stellen eingeschlossen. Im Prinzip muss also jetzt nur noch eine Anlaufstelle für alle Fragen der Bezuschussung von Arbeitsverhältnissen aufgesucht werden. Servicestellen haben auch mit Arbeitgebern zusammenzuarbeiten, wenn es um die Eingliederung in einem Betrieb geht.
2. Betriebsräte, Schwerbehindertenvertretungen und Personalräte haben nach dem neuen Recht einen Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf den Abschluss einer Integrationsvereinbarung. Das ist ein Bündel von Verpflichtungen, durch die die Einstellung behinderter Menschen gefördert werden soll. In mehreren hundert Unternehmen und Verwaltungen sind inzwischen solche Vereinbarungen abgeschlossen worden. Viele beschränken sich nicht auf die Integration schwerbehinderter Menschen, sondern fördern auch die Einstellung, die Beschäftigungssicherheit und die berufliche Förderung von Menschen mit niedrigeren Behinderungsgraden.

Wir hoffen, mit diesen Vereinbarungen und noch mehr mit ihrer Umsetzung einen Schub an Kreativität zugunsten der Beschäftigung am Arbeitsmarkt benachteiligter Menschen auszulösen. Es geht dabei vor allem um auf die individuelle Situation von Menschen gut angepasste Schritte:

- Entzerrung von Arbeitsaufgaben, damit ein zu bewältigendes Arbeitspensum entsteht;
- Tandem-Beziehungen, bei denen ein stabiler Kollege einen weniger stabilen unterstützt;
- Anpassung der Arbeitszeit
- oder einfach die Rücksichtnahme auf Schwankungen der Leistungsfähigkeit.

Unsere Arbeitswelt hat sich sehr weit von der Sorgfalt im Umgang mit einzelnen Menschen entfernt. Diese Sorgfalt soll mit den Integrationsvereinbarungen in den Betrieben wieder eingepflanzt werden.

Die erfolgreichste Arbeit bei der Vermittlung belasteter Menschen ist von Institutionen betrieben worden, die es darauf ange-

legt und es verstanden haben, das Potenzial an Humanität, das es fast in jedem Betrieb gibt, zu heben. Dazu müssen Kontakte zu engagierten Menschen im Betrieb aufgebaut werden. Das können Vorgesetzte sein, Personalleiter, Betriebsräte, Personalräte, Schwerbehindertenvertreter. Sie müssen für kontinuierliche Zusammenarbeit bei der Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten gewonnen werden. Auf diese Weise entstehen auch außerhalb der Betriebe Anforderungen, die helfen, das Prinzip der Integrationsvereinbarungen zu echtem Leben zu bringen.

Lohn statt Prämie, das lässt sich zuallererst durch ganz normale Beschäftigung zu tariflichen Arbeitsbedingungen erreichen. Jedes Konzept, das Arbeit in Armut fördert, werden die Gewerkschaften immer mit Misstrauen betrachten. Wir halten Lohnkostenzuschüsse und Aufstockungen des Arbeitsentgelts für ein sinnvolles Instrument der Beschäftigungsförderung für psychisch kranke Menschen. Es sollte ein Rechtsanspruch bestehen in allen Fällen, wo ein psychisch kranker Mensch auf solche Leistungen angewiesen ist, um Arbeit zu bekommen. Die Leistungen und ihre Höhe sollten in regelmäßigen Abständen (z.B. jährlich) auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Sie sollten aber ohne Höchstdauer geleistet werden können.

Ein besonderes Problem ist die Arbeitsvergütung für Menschen in Werkstätten für Behinderte. 65 • Grundbetrag, 26 • Arbeitsförderungsgeld und eine vom Arbeitsergebnis der Werkstatt und von der Leistung abhängige Komponente, das führt zu Ergebnissen, die weder zur Arbeit motivieren, noch unabhängig machen von Sozialhilfe. Wir brauchen hier Neuregelungen, die gewährleisten, dass das Arbeitsentgelt reicht, um den Lebensunterhalt zu bestreiten.

Ein trauriges Kapitel sind die Mitwirkungsrechte in den Werkstätten. Die Gewerkschaften hatten verlangt, dass die Werkstattsräte einige echte Mitbestimmungsrechte bekommen: Arbeitszeit, Urlaub, Kantinen und Gestaltungsfragen am Arbeitsplatz, diese erschienen uns geeignete Themen zu sein. Das Bundesarbeitsministerium ist vor dem heftigen Druck etlicher Trägerinstitutionen zurückgewichen. Mitbestimmungsrechte am Arbeitsplatz gehören für die Gewerkschaften zu den Grundelementen menschenwürdiger Arbeit. Ich habe an einigen Werkstatttratssitzungen teilnehmen können und erlebt: Psychisch behinderte Menschen spielen hier eine aktive und positive Rolle. Mitbestimmungsrechte könnten das Bewusstsein

gleichberechtigter Teilhabe und der Partnerschaft in der Werkstatt fördern.

**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*

Pörksen: Zur Abschlussdiskussion begrüße ich auf dem Podium Frau Kühn-Mengel, behindertenpolitische Sprecherin der SPD-Fraktion und Vertreterin des Behindertenbeauftragten Herrn Haack, Frau Claudia Nolte, behindertenpolitische Sprecherin der CDU-Fraktion, Frau Irmgard Schwaetzer, Mitglied des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung und sozialpolitische Sprecherin der FDP-Fraktion und Herrn Growitsch, Sekretär für Sozialpolitik der Gewerkschaft Ver.di.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE führt seit zwei Jahren im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums ein Projekt zur Analyse der Situation der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt durch und stellt dabei fest: Bis zu den höchsten Repräsentanten unseres Landes wird die Auffassung geteilt, dass die Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen zum Selbstverständnis unserer Gesellschaft gehört. Dessen ungeachtet findet die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben aber nicht statt. So deutlich muss man das sagen. Dafür gibt es viele Gründe.

Auf dem ersten Arbeitsmarkt sind es weniger als 10 % inkl. der Integrationsfirmen. Im besonderen Arbeitsmarkt, vor allen Dingen in der Werkstatt für behinderte Menschen, sind es nur einige die daran teilnehmen. Das hat unterschiedliche Gründe. Es hat eine Fülle von Diskussionen und Anregungen gegeben, von Herrn Rieser die Bitte, zu klären, wie es weitergehen soll mit der Weiterentwicklung, der Umsetzung des SGB IX, der Weiterentwicklung der Reha-Strukturen, auch auf der kommunalen Ebene. Herr Gerster hat darauf hingewiesen, dass es nicht darum gehen kann die Menschen, um die es geht, von Institution zu Institution zu reichen, sondern die Hilfen so zu organisieren, dass sie zu den Einzelnen kommen. Damit liegt Herr Gerster mit seinem Anliegen dem der AKTION PSYCHISCH KRANKE schon sehr nahe.

Die APK hat sich in den letzten Jahren sehr stark mit der per-

sonenbezogenen Hilfeplanung in Ablösung der institutionsbezogenen Hilfeplanung beschäftigt. Sie hat festgestellt, dass das psychiatrische Hilfesystem aus Resignation über die Verhältnisse die Hilfeplanung im Arbeitsleben vernachlässigt hat. Es ist diskutiert worden, wie man die Barrieren auf den Arbeitsmärkten überwinden kann, wie man realisieren kann, dass Subventionen vor Sozialhilfe als langfristige Perspektive denkbar ist; wie wir den gesamten Arbeitsmarkt auch für diejenigen, die nicht voll leistungsfähig sind und bleiben, so organisieren können, dass sie trotzdem teilhaben können, weil nichts die Integration in das gesellschaftliche Leben so befördert wie die Teilhabe am Arbeitsleben.

Dazu gehört auch die Frage der Entlohnung. Wir haben heute Morgen von Herrn Andersson aus Schweden gehört, dass in den Werkstätten dort Tariflohn gezahlt wird. Herr Schwendy, der Leiter des Kölner Sozialamtes ist der Auffassung, dass Zuverdienst und stundenweise Beschäftigung Pflichtleistungen kommunaler Sozialhilfe seien.

Über diese Fragen möchten wir gerne mit Ihnen diskutieren. Wir haben Ihnen die Leitlinien als Diskussionsgrundlage zugesandt. Es handelt sich dabei um erste aus dem Projekt heraus entwickelte Ideen für die zukünftige Weiterentwicklung der Rehabilitation. Ich schlage vor, dass jede/jeder von ihnen auf dem Podium eine kurze Stellungnahme abgibt und das wir daran anschließend die Diskussion eröffnen.

Kühn-Mengel: Sie wissen und da darf ich sicher auch für die Kolleginnen sprechen, dass wir der AKTION PSYCHISCH KRANKE sehr verbunden sind. Wir haben eine enge Zusammenarbeit. Bei den Anhörungen zum SGB IX war die APK gut vertreten. Die APK hat ja mit dafür gesorgt, dass die besonderen Bedürfnisse der seelisch Behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Menschen zum Beispiel auch in das SGB IX Eingang gefunden haben. Es handelt sich ja um einen Bereich, der noch immer sehr tabuisiert ist, wenn auch die Psychiatrie-Enquête und viele öffentliche Diskussionen dazu beigetragen haben, dass dieses Feld offener behandelt wird.

Teilhabe und Integration sind nicht nur Schlagworte, sondern werden jetzt auch wirklich mit Leben gefüllt. Wir werden die Umsetzung der Gesetze sehr genau verfolgen und uns vor Ort einmischen. Wir haben zum Beispiel die Servicestelle im SGB IX festge-

schrieben. Die Reha-Träger an einem Tisch mit den Selbsthilfeinitiativen, auch unter Beteiligung der Frauen, sollen möglichst schnell entscheiden über zeitnahe und individuell passende Maßnahmen.

Wir haben in den vergangenen Jahren eine Reihe von Gesetzen mit dem Ziel verabschiedet, die Lebenssituation und die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Dazu gehören das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, das SGB IX und das Bundesgleichstellungsgesetz, das am 01. Mai 2002 in Kraft getreten ist. Durch diese Gesetze zieht sich als roter Faden die Stärkung der ambulanten Versorgung – Reha vor Pflege –, Prävention wird betont und eben die Hilfe, wo immer möglich auch aus einer Hand und wohnortnah.

Wir haben eine Fülle von sinnvollen Maßnahmen der wohnortnahen und individuellen Versorgung in die Gesetze geschrieben, die Teilhabe wirksam befördern sollen, aber die Umsetzung hakt hier und dort sehr. Wir werden uns da einmischen. Wir haben regelmäßige Kontakte auch zum Arbeitsamt und fragen nach den echten Vermittlungen. Es sind zum Beispiel ca. 27.000 schwerbehinderte Menschen mehr vermittelt, aber das ist noch nicht genug. Das Ziel ist ja, bis zum Jahresende 50.000 Vermittlungen auf den Arbeitsmarkt zu erreichen; wir kümmern uns auch um die Servicestellen, die bisher nach meiner Information erst in 120 Städten und Wahlkreisen umgesetzt sind.

Ich weiß selbst noch nicht, ob der Geist dieser Gesetze schon seinen Niederschlag gefunden hat in den örtlichen Umsetzungen, dass sage ich ein bisschen flapsig. Natürlich stellen wir nach wie vor die größten Barrieren in den Köpfen fest. Ich finde die Gesetze gut als Grundlage und Plattform, aber wir müssen jetzt darauf achten, wie dieses Haus, das wir angefangen haben zu bauen, auch wirklich lebendig wird und sich darstellt. Diesen Prozess begleiten wir. Es ist ja ein Novum dieser Gesetzgebung, dass wir die Evaluation, also die Überprüfung, wie die Maßnahmen umgesetzt werden, festgeschrieben haben und da gibt es ja einen Bericht 2004. Wir haben eine Fülle von Daten aus denen ganz deutlich wird, was jetzt gemacht werden muss. Wir brauchen Netzwerke, Verbindungen, wir brauchen die integrierten Hilfen.

Sie kennen die Daten aus der Arbeitswelt. Aus dem ersten Armuts- und Reichtumsbericht, der vor kurzem im Bundestag behan-

delt wurde, geht hervor, dass 16,5 % der chronisch psychisch Kranken langzeitarbeitslos, 12 % Sozialhilfeempfänger, 13,9 % Frührentner und über 42 % aus dem Erwerbsleben ausgeschieden waren.

Aus dem Gutachten der Sachverständigen in der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, die auch zum ersten Mal diesem Bereich Aufmerksamkeit gewidmet haben und im Medikamentenbereich von teilweiser Überversorgung sprechen, aber auch von Fehlversorgung von einer nicht adäquaten Verteilung von Wissen im System. Wir können sagen, das Wissen ist da und es muss umgesetzt werden.

Nicht zuletzt arbeiten wir im Gesundheitsbereich an einem Präventionsgesetz, das spätestens in der nächsten Legislatur auf dem Gesundheitsmarkt sein wird und die Wichtigkeit des vorbeugenden Gesundheitsschutzes und der vorbeugenden Krankheitsbekämpfung deutlich macht und wo ihre Anliegen sicher ebenfalls ihren Niederschlag finden werden.

Schließlich werden wir spätestens in der nächsten Legislatur eine Art Leistungsgesetz, also eine Weiterentwicklung auch der Eingliederungshilfe besprechen müssen. Das sage ich aber nur als Ausblick. Ich denke wir haben mit den Gesetzgebungen deutlich gemacht, dass Menschen, die chronisch psychisch krank sind wohnortnah, präventiv Hilfe benötigen – der Präventionsbegriff umfasst ja auch die sekundäre und tertiäre Prävention – und das wir diesen Prozess jetzt gemeinsam gestalten und vor Ort auch immer überprüfen.

Nolte: Als ich ihre Unterlagen gelesen habe, war ich dankbar für die äußerst hilfreiche Analyse der bestehenden Situation im Rehabilitationsgeschehen, für die Beschreibung des Problemfeldes, das im Moment bei der Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch Kranke vor uns liegt und für die konstruktiven und gangbaren Vorschläge, um der betroffenen Gruppe gerecht zu werden. Für jemanden, die sich allgemein mit behindertenpolitischen Fragen seit relativ kurzer Zeit, seit drei, vier Jahren beschäftigt, ist es sehr wichtig ein so fundiertes Wissen auf den Tisch zu bekommen.

Wir haben sicherlich ein hervorragendes System der Rehabilitation und Eingliederung, das aber für den Personenkreis, für den sie sich besonders engagieren, nicht das erreicht, was wir wollen, nämlich die Eingliederung in erster Linie in den Arbeitsmarkt, gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Das Entscheidende ist, zu hinterfragen, woran das liegt und wo die Ansatzpunkte zur Veränderung zu finden sind. Teil der Lösung ist sicher die Überlegung, dass immer bei dem einzelnen Betroffenen anzusetzen und zu schauen ist, wie sein persönlicher Hilfebedarf aussieht und wie die Leute zusammen zu bekommen sind, um für diesen Hilfebedarf dann auch die adäquaten Hilfen zu realisieren. Ich halte es für ein großes Manko, dass die rehabilitierenden Institutionen sich natürlich ihre Klientel aussuchen und selbstverständlich auch aus ihrer eigenen Warte heraus arbeiten und dass die Beteiligten gegenwärtig wenig koordiniert zusammenarbeiten. Psychisch Kranke sind aber nicht für die Institution gemacht; zwangsläufig ist das, was ihnen angeboten wird nicht passgerecht.

Meine Einschätzung bei den Beratungen zum SGB IX war, dass die Belange psychisch Kranker nicht unbedingt befriedigend ihren Niederschlag darin gefunden haben. Wenn ich mich an die letzte Anhörung erinnere, dann ist das von ihrem Verband, aber auch von anderen Gruppierungen vorgetragen worden. Die Anerkennung psychisch Kranker als Schwerbehinderte bringt erhebliche Schwierigkeiten mit sich. Daraus erwächst eine Stigmatisierung, die eher Barrieren schafft, als das dadurch Zugänge erleichtert werden und Hilfen leichter möglich sind. Ich finde, das ist ein ganz wichtiger Hinweis. Ich denke, dass ganz generell nachgefragt werden muss, ob der Schwerbehindertenbegriff hilfreich ist oder eher Barrieren schafft. Im Besonderen für die Gruppe der psychisch Kranken muss man überlegen, wie Zugänge zum Arbeitsleben geschaffen werden können, ohne dass sie diesen Begriff aufgestempelt bekommen. Ich möchte ihren Hinweis für unsere Fraktion aufnehmen und schauen, wie man dem gerecht werden kann.

Das Sozialgesetzbuch IX hat nicht unbedingt die von uns gewünschte Transparenz erreicht. Eines der großen Anliegen bestand darin, das Rehabilitationsrecht neu zu kodifizieren, damit es für die Betroffenen durchschaubar ist und sie auch alleine Zugang zu den Leistungen finden und wissen, an wen sie sich wenden müssen. Meines Erachtens sind wir darin nicht sehr erfolgreich gewesen. Auch die Servicestellen haben hier ihre Leistungen gar nicht entfalten können, schon allein aus dem Grund, dass sie kaum in Anspruch genommen werden. Die Antwort auf die Frage nach dem Warum ist noch zu geben. Ich denke, wir müssen unsere Hausaufgaben machen bei der Überprüfung des SGB IX. Für unsere Frak-

tion, aber auch überfraktionell, war es sehr wichtig zu sagen, dass wir nach einigen Jahren eine Evaluation durchführen müssen, um zu klären, was wir eigentlich erreicht haben. Dann sollten wir nüchtern nachschauen, wo wir nicht erfolgreich waren und wo verbessert werden muss.

Ein grundsätzliches Problem sehe ich im Mangel an Arbeitsplätzen, da bin ich vielleicht besonders geprägt durch die Erfahrungen der Region in den neuen Bundesländern, aus der ich herkomme. Das ist natürlich für Menschen, die obendrein auch noch einen erhöhten Unterstützungsbedarf mitbringen außerordentlich schwierig, auch wenn dafür Hilfen zur Verfügung stehen. So ist für einen Arbeitgeber, der sich die Bewerber aussuchen kann, die Vorstellung, sich mit irgendwelchen Institutionen zusammensetzen und beraten zu müssen, wie dem Betroffenen geholfen werden kann, wenig lukrativ. Das ist in meinen Augen ein grundsätzliches und nur schwer zu bewältigendes Problem, Arbeitgeber zu finden, die bereit sind zu sagen, »ich stelle mich dem und ich will hier auch ganz bewusst ein Zeichen setzen.« Trotzdem darf man nicht nachlassen.

Ein zweites in meinen Augen strukturelles Problem was wir derzeit haben ist, dass die Kosten letztendlich bei den Kommunen abgeladen werden. Die müssen bezahlen, sei es Sozialhilfe, sei es Eingliederungshilfe. Die Kommunen stehen mit dem Rücken zur Wand. Ich denke, es sehr wichtig, sie haben das in den Leitlinien ja vorgeschlagen, zu schauen, inwieweit man nicht durch andere Leistungsverträge die Kassen in die Pflicht nehmen kann. Die Kommunen werden sicher vor jeder Finanzausweitung zurückschrecken.

Weiter halte ich Ihren Vorschlag für zielführend, die Hilfeplanung zu verbessern: Von Anfang an den Betroffenen einbeziehen und gemeinsam mit allen, die in dieser Hilfeplanung Ansprechpartner sein müssen, diese Hilfeplanung, bei der der Betroffene im Mittelpunkt steht, vornehmen und organisieren. Ich denke, dass manche Dinge dadurch leichter und besser laufen. Ich habe einen ganz konkreten Fall vor Augen: Eine Frau sagt. »Ich brauche eigentlich nur einen Teilzeitjob, aber ich finde nichts und niemand fühlt sich verantwortlich, mir ein Stück weit zu helfen. Ich lebe nun seit einem Jahr von staatlichen Mitteln; dadurch bin ich ja nicht billig für den Staat.« Da sehr viel konzentrierter und koordinierter heranzugehen, um am Ende durch eine bessere Hilfe, eine bessere Integration zu erreichen, würde vielleicht auch nicht teurer werden. Das ist eine erste Ein-

schätzung. Ich erwarte eigentlich und bin neugierig auf Ihre Stellungnahmen, um das in der Politik umzusetzen. Ich bedanke mich für diese Unterstützung unserer Sacharbeit.

Schwaetzer: Ich möchte einleitend noch eines zu meiner Person dazu sagen. Mein Wahlkreis ist seit 1975 Düren. Ich glaube daraus wird verständlich, dass ich in dieser Zeit, in den 80er-Jahren Mitglied der AKTION PSYCHISCH KRANKE geworden bin. Auch im Vorstand habe ich einige Zeit mitgearbeitet. Als sich mein Aufgabengebiet in die Außenpolitik verlagert hat, habe ich zwar meine Mitarbeit in dieser Form eingestellt, aber natürlich nicht mein Interesse und auch nicht meine aktive Begleitung.

Deswegen finde ich in der Thematik ihrer Tagung heute genau das wieder, was wir nun schon seit über 30 Jahren von der AKTION PSYCHISCH KRANKE kennen und auch immer wieder erwarten, nämlich, dass sie vordenkt, dass sie Erfahrungen sammelt und damit der Politik den Weg aufzeigt, der als nächster zu gehen ist, was in dieser konkreten Situation notwendig ist. Das war bei der Psychiatrie-Enquête so, das war bei der Begleitung der Modellregionen so und das hat sich in den letzten Jahren eben auch in den Themen und in den Untersuchungen, die in ihrer Verantwortung gemacht worden sind, immer wieder gezeigt.

Bei Durchsicht des Zwischenberichtes, den sie hier diskutiert haben, sind mir ein paar Dinge aufgefallen, die ich als Ansatzpunkte zu weiterem Handeln sehe: Wir haben in der Vorbereitung des SGB IX, worauf die beiden Kolleginnen schon hingewiesen haben, alle möglichen Aspekte diskutiert und versucht, möglichst praktikable und akzeptable Regelungen zu schaffen. Aber, ob die Regelungen in allen Fällen tatsächlich auf den Bedarf von psychisch Beeinträchtigten ausgerichtet sind, das muss die Praxis erst erweisen und an einigen Stellen gibt es zumindest sehr berechtigte Zweifel. Ich will zunächst einen Punkt nennen, der sich daraus ableitet, dass psychische Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation ganz besondere Merkmale aufweisen.

Normalerweise haben wir eine Akutbehandlung, dann vielleicht eine medizinische Rehabilitation und dann kommt eine Rehabilitation ins Arbeitsleben. Das sind Phasen, die sich ganz gut gegeneinander abgrenzen lassen. Bei den psychisch Beeinträchtigten ist aber der Fall gegeben, dass immer wieder, auch während der Reha-

bilitation, akute Phasen auftreten können. Eine klare Abgrenzung ist hier nicht möglich. Ich möchte gerne von ihnen erfahren, ob das im SGB IX ausreichend berücksichtigt ist. Ich glaube nicht. Ich möchte aber auch von ihnen aus der Praxis hören, wie es anders geregelt sein müsste, damit es diesen spezifischen Bedürfnissen angepasst ist.

Es gibt einen zweiten Punkt, von dem ich weiß, dass er auch bei ihnen diskutiert wird und den ich heute Morgen mit den Kollegen aus der FDP-Fraktion erörtert habe. Wir sind zu der Auffassung gelangt, dass das SGB IX in dem Punkt geändert werden muss: Wenn komplexe Hilfen notwendig sind und möglichst rasch, nämlich zu Beginn der Möglichkeit einer Rehabilitation erbracht werden sollen, dann muss klargestellt sein, dass für diesen Menschen, der nach seiner psychischen Erkrankung wieder in das Arbeitsleben zurückkehrt, eine Person dafür zuständig ist, das alles mit ihm gemeinsam zu regeln; das entspricht der hier diskutierten Vorstellung die persönliche Arbeitsassistenz, die das SGB IX für Schwerbehinderte vorsieht, auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zugänglich zu machen.

Der Zwischenbericht macht deutlich, dass es immer wieder daran hängt und hapert, dass nur wenige Arbeitsplätze ohne Probleme und Vorbehalte zur Verfügung gestellt werden. Da ist gegenüber einem Betrieb schon eine Menge Überzeugungsarbeit zu leisten, vor allen Dingen gegenüber dem Betriebsleiter und dem Geschäftsführer. Ich denke aber, dass es vernünftig sein kann, wenn das wirklich in einer Hand gebündelt wird und sichergestellt ist, dass die Hilfe sofort einsetzt, sobald die Möglichkeit der Rückkehr ins Arbeitsleben möglich erscheint.

Diese persönliche Arbeitsassistenz, die wird nach dem SGB IX ja nur möglich, wenn jemand anerkannter Schwerbehinderter ist. Nun sagen aber alle, die mit psychisch Beeinträchtigten zu tun haben, dass die anerkannte Schwerbehinderung in deren Fall nicht sinnvoll ist. Das ist nun der spezielle Punkt, wo man sagen muss: »Gut, dann lasst uns definieren, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit jemand mit einer psychischen Beeinträchtigung tatsächlich nach § 33 VIII 3 SGB IX auch Zugriff hat.« Dann müssen wir das Gesetz entsprechend ändern.

Ein weiterer Punkt: Die Frage des Lohnes, der leistungsgerechten Entlohnung, die Sie hier diskutiert haben, halte ich für ganz

wichtig. Wir sollten wirklich sehr ernsthaft diskutieren, was eine leistungsgerechte Entlohnung ist und uns für diese Fälle spezielle Kombilohn-Konzepte erarbeiten und dann möglichst auch umsetzen. Herr Schwendy hat aus der in all diesen Fragen offensichtlich besonders innovativen Stadt Köln vorgetragen, was sie sich vorstellen könnten. Wir sollten diesen Punkt in den nächsten Monaten vertiefen.

Letzter Punkt: Ich habe nicht den Eindruck, dass wir auf der organisatorischen Ebene regional wirklich schon die Voraussetzung geschaffen haben, um ein optimales Zusammenwirken der Möglichkeiten für die Unterstützung psychisch beeinträchtigter Menschen und ihrer Angehörigen zu realisieren. Das ist ein Punkt, der meines Erachtens noch weiter erörtert werden sollte. Ich hoffe, dass das in den weiteren Untersuchungen gemacht wird, die jetzt im Zuge des Auftrages des BMA durchgeführt werden können und das wir noch konkrete Vorschläge von Ihnen bekommen, wie das dann noch umzusetzen ist, damit tatsächlich in einer Region die Angebote so ineinander greifen, dass sie auch optimal zugänglich sind.

Das sind meine bisherigen Überlegungen zu diesem Bereich und ich würde mich freuen, wenn sie uns die Anregungen geben könnten, die notwendig sind, damit wir die richtigen Entscheidungen treffen, um zu einer Weiterentwicklung zu gelangen.

Growitsch: Es mangelt überhaupt an Arbeitsplätzen und, was ich ergänzen möchte, es mangelt auch an Erfahrung in der Zusammenarbeit mit schwerbehinderten, insbesondere psychisch behinderten Menschen. Appelle nützen da nichts. Aufklärung natürlich. Frau Kühn-Mengel sagte, »die Barriere ist im Kopf« und ich entsinne mich eines Ausspruches von Prof. Fritz Bader, dass war der erste Leiter des Weltwirtschaftsinstitutes in Kiel, der sagte mal zu einem anderen Thema, Entwicklungshilfe heißt nicht Land bewässern, Entwicklungshilfe heißt Köpfe bewässern. Und in diesem Sinne müssen wir viel tun und da haben wir und ich auch als Gewerkschafter einen Auftrag.

Jeder Arbeitgeber, jeder künftige Kollege oder jede künftige Kollegin kann sich in begrenztem Maße in körperlich Behinderte hineinversetzen. Man hat sich z.B. irgendwann einmal den Arm gebrochen und weiß, wie das ist mit der eingeschränkten Greiffähigkeit oder man hat sich das Bein gebrochen, verstaucht und weiß,

wie es ist mit einer eingeschränkten Gehfähigkeit. Psychische Behinderungen sind den Kolleginnen und Kollegen, die mit einem Menschen mit psychischen Behinderung zusammen arbeiten, im Regelfall sehr fremd. Das heißt: Wenn wir Überzeugungsarbeit leisten wollen, dann muss das nicht nur beim Arbeitgeber erfolgen, sondern auch bei unseren Mitgliedern, den Kolleginnen und Kollegen schwer- und psychisch behinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Instrumente dazu sind uns an die Hand gegeben. Die Wahlen für die Vertretung der schwerbehinderten Arbeitnehmer stehen jetzt unmittelbar bevor. Hier sollten und werden wir in unsere Programmatik, in unsere Wahlunterlagen Aufklärendes hineinbringen. Wir haben die Integrationsvereinbarung, die im Betrieb, in der Dienststelle diskutiert werden kann, auch in dem Sinne, »was kann ich konkret vor Ort machen.«

An mich werden immer wieder Wünsche nach einer Mustervereinbarung herangetragen. Wir haben in einem Arbeitskreis auf gewerkschaftlicher Ebene, auf Bundesebene gesagt: Damit halten wir uns zurück. Ihr sollt in der Integrationsvereinbarung nicht allgemeine Erklärungen abgeben, die dann auch prompt jeder unterschreibt. Sondern es geht in der Integrationsvereinbarung um das, was vor Ort passiert. In eurem Betrieb, in eurer Dienststelle. Wie könnt ihr zum Ziel, ich erinnere an die 50.000 neuen Jobs, mit einer Integrationsvereinbarung bei euch vor Ort unter euren spezifischen Bedingungen dazu beitragen.

Insofern hat uns das SGB IX, wie ich glaube, gerade für die Eingliederung von Menschen mit psychischen Behinderungen durch die Integrationsfachdienste Hilfestellung gegeben; denn auch die Kolleginnen und Kollegen die mit psychisch behinderten Menschen, insbesondere den schwer psychisch behinderten Menschen, zusammen arbeiten sollen, sind auf diese Zusammenarbeit einzustimmen. Ich kann das aus eigener Erfahrung in meinem Betrieb – auch die Gewerkschaft ist in diesem Sinne ein Betrieb – berichten. Es ist nicht immer einfach Kolleginnen und Kollegen auf eine psychisch behinderte Mitarbeiterin einzustellen. Dort gilt es viel Aufklärung und persönliche Beratung zu leisten. Ich bin froh, dass wir die Integrationsfachdienste haben.

Den von Ihnen aufgestellten Leitlinien stimme ich zu. Ich möchte, insbesondere da wir Vertreterinnen dreier Fraktionen anwesend haben, auf ein Problem hinweisen, was hier nicht im Vordergrund

steht, aber natürlich auch wichtig ist.: Die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung zu angemessenen Beiträgen. Wir kennen alle die allgemeine Kritik an unserem Gesundheitswesen. Ich will das nur in den Worten von Professor Friedrich-Wilhelm Schwarz wiederholen. Wir bezahlen einen Mercedes und fahren einen Golf. Wir wollen aber auch was sehen für unser Geld. Ich sehe bestimmte Gefahren in Überlegungen zu Grund- und Wahlleistungen. Wenn ich mir vergegenwärtige, dass jetzt im SGB IX steht, »Die Leistungen der Krankenversicherung sind ausreichend und zweckmäßig, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.«, dann bedeutet dies doch im Grunde, dass wir rechtlich gesehen eine Formulierung von Grundleistungen haben. Wenn ich dann hier irgendwas abschneide, schneide ich vom Notwendigen ab und daraus erwächst das Problem, das Notwendige selbst kaufen zu müssen.

Pörksen: Herzlichen Dank. Ich möchte jetzt das Publikum in die Diskussion einbeziehen. Herr Lehmann.

Lehmann: Ich möchte gerne einmal das Stichwort Transparenz aufgreifen. Das ist ja vorhin gekommen und ist ja eines der großen Probleme. Es ist im 4. Behindertenbericht dargestellt worden und in der Begründung zum SGB IX spielte das ja auch eine wichtige Rolle. Ich bitte und schlage vor, dass über vier Punkte noch einmal nachgedacht wird, um die Transparenz zu erhöhen.

Da ist zum Ersten die Dominanz der Einzelleistungsgesetze bzw. des Leistungsbestimmungsrechts der einzelnen Sozialleistungsträger, da gibt es Unverträglichkeiten.

Zum Zweiten gibt es die ungeklärte Frage, wer denn politisch den Hut dafür aufbekommt, dass es eine angemessene, auch berufliche rehabilitative Versorgung in der Region gibt?

Zur Transparenz würde meines Erachtens drittens auch die klare Definition beitragen, auf welcher fachlichen Ebene und mit welcher fachlichen Kompetenz, wo und von wem der Bedarf an Rehabilitation festgestellt wird? Das ist in der Praxis unklar. Auch denke ich, dass die Vorleistungsverpflichtungen so erfolgen soll, dass die betreffenden Menschen rechtzeitig jene Hilfen in Anspruch nehmen können, die sie benötigen. Das ist ebenfalls nicht gewährleistet.

Schließlich stellt sich viertens die Frage, wie jemand Begleitung am Arbeitsplatz erhält. und wie die rechtzeitige Inanspruchnahme dif-

ferenzierter Hilfen gewährleistet wird; auch dies ist nicht geregelt. Ich glaube, dass es einer klaren Zuschreibung, einer klaren Struktur, einer klaren Verantwortlichkeit ermangelt, das, was wir haben in einer vernünftigeren Weise zu organisieren. Das muss inhaltlich weiter diskutiert werden. Diese vier Punkte wollte ich, da die Fortschreibung angesprochen ist, einbringen.

Pörksen: Ich gehe davon aus, dass Sie einverstanden sind, wenn wir zunächst einige Wortmeldungen sammeln. Zunächst Herr Kunze, dann Herr Mecklenburg, Herr Senner.

Kunze: Ich setze fort beim SGB IX, in dem einige sehr weitreichende Ziele formuliert und Versprechungen gemacht werden. Von verschiedenen Seiten wird aber auch Kritik geübt, die auch in den Fragen von Herrn Lehmann zum Ausdruck kam. Ein Novum dieses Gesetzes ist die »eingebaute« Überprüfung. Damit wird eine neue Gesetzkultur etabliert.

Dazu lautet meine konkrete Frage: Wie soll das umgesetzt werden? Werden die Gärtner selber befragt? Formuliert jeder der Leistungsträger und der -erbringer eine Selbstdarstellung oder wird die Zielerreichung des Gesetzes von neutraler Seite überprüft? Wer formuliert die relevanten Fragen und wie kann überprüft werden, ob den besonderen Belangen psychisch behinderter Menschen gemäß § 10 SGB IX in den verschiedenen Sparten auch wirklich Rechnung getragen wird. Welche Vorstellungen gibt es dazu?

Mecklenburg: Es scheint etwas nicht zu funktionieren, auch nicht – ich bin in diesen Gesetzen ja nicht so bewandert – mit dem SGB IX, dass nur erträglich kurze Zeit vergeht zwischen dem Zeitpunkt, wo die Hilfe notwendig ist und jenem, an dem sie dann tatsächlich geleistet wird. Dies ist nach wie vor unerträglich, gerade vor dem Hintergrund, dass finanzielle Erwägungen dabei keine Rolle spielen. Ich sage Ihnen, wenn wir einen Klienten haben und der ist bei der BfA versichert, dann gibt es Riesengeschrei und wir richten uns alle, zum Schaden der Klienten, auf ein halbes bis dreiviertel Jahr Wartezeit ein. Da ist einer bereit, hoch motiviert und möchte jetzt eigentlich einsteigen, aber weil das wegen der Bearbeitungszeiten beim Leistungsträger nicht geht, wird er unter Umständen nach Ablauf eines dreiviertel Jahres wieder krank.

Senner: Ich möchte auf eine nach meiner Einschätzung kritische Regelung im SGB IX hinweisen. Dort ist eine Beschäftigungsuntergrenze von 15 Stunden in der Woche eingeführt worden, ab der Menschen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten können. Das heißt: Menschen, deren Leistungsvermögen nicht für eine Beschäftigung von mindestens Stunden in der Woche ausreicht, gehören damit nicht zu den Anspruchsberechtigten für Leistungen des Sozialgesetzbuches IX. Das ist hochproblematisch und ich denke, dass damit ein großer Teil der Arbeit anstrebbenden Menschen mit einer psychischen Behinderung – in der Fachwelt wird von 30–40 Prozent ausgegangen – gar nicht in dieses System hinein kommt.

Wir hatten schon bessere Regelungen im so genannten »Zuverdienst«, wonach auch Menschen auf anderen Ebenen Zugang zu Arbeit finden konnten; die sind jetzt nicht mehr förderbar, womit ein sehr großer Personenkreis ausgeschlossen wird. Da muss meines Erachtens unbedingt eine neue Regelung her oder diese 15-Stunden-Regelung muss irgendwie aufgeweicht werden.

Frau Nolte, Sie sprachen ja das Problem an, dass es gerade in den neuen Bundesländern so schwierig ist, Arbeitsplätze zu finden, um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu integrieren. Ich möchte auf ein Beispiel aus Sachsen hinweisen. Dort sind durch das hohe Engagement des Integrationsamtes in den letzten zwei oder drei Jahren ca. 25 neue Betriebe gegründet worden; Integrationsfirmen, die einen hohen Beschäftigungsgrad behinderter Menschen realisieren. Das zeigt, dass schon viel möglich ist, wenn eine gewisse positive Grundhaltung da ist.

Das Problem ist allerdings, dass auch durch das SGB IX eine Fülle von neuen Leistungen durch die Ausgleichsabgabe abzudecken wären, die aus den begrenzten Mitteln nicht finanzierbar sind. Die Aufteilung der Ausgleichsabgabe wird zu überdenken sein, in der Richtung, dass der Ausgleichfond, der vom Bund verwaltet wird, etwas abgespeckt wird zu Gunsten der Mittel, die dann den Ländern zur Verfügung gestellt werden können, so dass zum Beispiel auch Integrationsfirmen gerade in den Gebieten gegründet werden können, die sehr strukturschwach sind und sonst keine Arbeitsmöglichkeiten anbieten können, wo auch die Integrationsfachdienste nichts helfen können.

Schwaetzer: Die Wortmeldungen haben ja alle gezeigt, wo es in der Praxis nicht funktioniert. Dabei ist mir bei dem, was Herr Mecklenburg gesagt hat, ein Problem wieder begegnet, über das wir schon vor zwanzig Jahren diskutiert haben. Wir haben gedacht, mit der Formulierung im SGB IX, dass der zuerst angesprochene Leistungsträger vorfinanzieren muss, eine bessere Regelung gefunden zu haben. Nun entnehme ich Ihren Worten, dass das nach wie vor nicht wirklich funktioniert. Dies muss ein Ansatzpunkt für Bundesregierung und Oppositionsfaktionen sein, mit den betroffenen Trägern, die eigentlich in Vorleistung gehen müssen, zu reden, um ihnen ihre Verantwortung klarzumachen. Ihr Bericht macht ja eines ganz klar: Wenn Motivierte abgeschreckt werden, einfach weil Monate lang nichts passiert, weil keine Einigung erreicht wird, dann können und wollen wir uns das nicht leisten. Das ist finanziell, vor allem aber menschlich nicht akzeptabel.

Ich sehe im Moment nicht, was wir gesetzlich anderes regeln könnten, aber ich habe die herzliche Bitte – ich werde das im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung auch ansprechen – dass das auch über die Regierungsfaktionen an den Bundesarbeitsminister herangetragen wird. Damit das, gerade in Bezug auf die psychisch beeinträchtigten Menschen, noch einmal klargestellt wird.

Die Überprüfung der Umsetzung des SGB IX, Herr Kunze, ist natürlich eine Frage mit der sich die Ausschüsse des Deutschen Bundestages in der nächsten Legislaturperiode beschäftigen müssen. Selbstverständlich wird es Vorgaben geben, auch an den Bundesarbeitsminister, wie und von wem die Überprüfung begleitet wird und mit welchen Fragestellungen. Das Parlament wird sich wie in der Vergangenheit der sachkundigen Unterstützung versichern. Und diese sachkundige Unterstützung sitzt natürlich hier und deswegen habe ich überhaupt keinen Zweifel daran, dass Sie mit ihrem Sachverstand selbstverständlich in die Vorbereitung dieser Überprüfung einbezogen werden, wenn Sie nicht gar den Auftrag erhalten, diese Überprüfung vorzunehmen.

Die berufliche Eingliederung ab 15 Wochenstunden, Herr Senner, das ist in der Tat ein Punkt, an dem zu überlegen ist, ob das Gesetz noch einmal geändert werden muss. Zu ihren Fragen zur regionalen Organisation, Herr Lehmann: Wenn ich Ihren Zwischenbericht richtig gelesen habe, hapert es zum einen an der Klarheit in der regionalen Zuständigkeit. Es hapert zum anderen am quantita-

tiven Angebot wohnortnaher beruflicher Rehabilitationen für psychisch beeinträchtigte Menschen. Hier habe ich die Bitte an Sie, dass Sie uns Vorschläge machen, wie man das wirklich besser machen kann.

Nolte: Den Ausführungen von Frau Schwaetzer ist wenig hinzuzufügen. Transparenz zu schaffen, wenn man an die Einzelgesetze nicht rangeht, das war für mich in der Beratung des SGB IX eines der Hauptprobleme. Wir haben zwar versucht, das zu steuern durch die Verpflichtung der Reha-Träger, Empfehlungsvereinbarungen zu verabschieden, aber in weiten Teilen ist es bis heute noch nicht erfolgt. Man hat sich früher nicht einigen können und man einigt sich immer noch nicht, trotz der gesetzlichen Vorgaben. Das ist in meinen Augen schon ein Problem. Auf der anderen Seite habe ich auch gemerkt, was für ein furchtbar schwieriges Unterfangen das ist, an diese einzelnen Träger heranzugehen und sie anzutasten.

Alleine die Debatte um die Servicestellen war schon sehr beeindruckend und aufschlussreich und hat mir deutlich gemacht, vor welchem Berg wir stehen, um ganz generell Strukturen zu verändern. Ich teile die Einschätzung, dass wir ohne Harmonisierung in den einzelnen Leistungsgesetzen nicht erfolgreich sein werden. Wir müssen zu einer besseren Abstimmung kommen.

Was die Zuständigkeit anbelangt, wer den Hut auf hat, das nehme ich zur Kenntnis, das muss man sich genau anschauen. Wir sehen ja in verschiedenen Politikbereichen, die Notwendigkeit zu koordinieren, vor Ort etwas zusammen zu fassen. Der einzige Bereich, in dem das einigermaßen gut strukturiert ist, ist der Jugendhilfebereich. Durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz hat man eine ganz klare Struktur für Jugendhilfeplanung und fertig. Aber im Bereich der Altenarbeit, der Seniorenarbeit kriegen wir das schon nicht hin. Da haben wir eigentlich einen ähnlichen Bedarf und in solchen speziellen Fällen ist das gleichsam schwieriger.

Zur Evaluation sage ich ganz klar, Herr Kunze: Eine Überprüfung derart, dass wir uns selbst befragen, wie gut wir waren, können wir uns schenken. In der Einsicht in die Notwendigkeit haben wir uns bemüht das Sozialgesetzbuch IX in großer Übereinstimmung zu verabschieden. Ich denke, die AKTION PSYCHISCH KRANKE steht gerade auch dafür, dass es fern von Parteienstreit und sonstigen Dingen hier wirklich um die Sache selbst geht und deswegen wer-

den wir alle, egal wer wie in Verantwortung steht, selbstverständlich Experten beauftragen, die aus der Sicht der Betroffenen das System prüfen und sich genau ansehen, was sich wirklich für die Betroffenen verändert hat. Denn für die haben wir das SGB IX gemacht. Nicht für Kassen oder Institutionen. Da werden wir dranbleiben müssen.

Mich würde schon interessieren, was die eigentlichen Beweggründe der BfA dafür sind, ihre Versicherten solange warten zu lassen. Für die wird es ja dadurch nicht billiger. Das wäre aufzuarbeiten. Wenn man Beispiele hat für die Schnelligkeit, die Bürgernähe, die Nähe zu den Versicherten, dann beschleunigt das vielleicht die Debatte um die Struktur der BfA und der Landesversicherungsanstalten. Das halte ich schon für einen wichtigen Punkt. Das ist nicht die Intention des Gesetzgebers. Und wenn jemand sagt, er erfüllt alle Qualitätskriterien, die an eine Behörde gestellt werden, dann muss man ihn darauf festnageln.

Letzter Punkt, den ich noch ansprechen wollte: Integrationsfirmen. Wir haben auch in Thüringen, wo ich zu Hause bin, in den letzten Jahren in dem Bereich Beschäftigungsstellen für psychisch Kranke neu geschaffen, auch aus der Kenntnis heraus, dass es eine sehr unbefriedigende Situation für psychisch Kranke ist, in Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt zu sein. Viele Träger sind inzwischen soweit und schaffen andere Beschäftigungsmöglichkeiten und externe Arbeitsstellen für psychisch Kranke. Ich glaube, da hat sich schon eine Menge entwickelt, auch aus der Kenntnis heraus, dass psychisch Kranke auf dem freien Arbeitsmarkt so schnell nichts finden werden.

Die Verteilung der Ausgleichsabgabe können wir uns noch einmal daraufhin ansehen, inwieweit sie den Bedürfnissen gerecht wird, wo die Gelder hingehen. Ich denke, dass die Regionalbezogenheit erfolversprechender, zielführender ist, weil man die Bedarfe vor Ort viel besser kennt. Trotzdem ist es auf Dauer eben auch schwierig, Integration nur über staatlich geförderte Beschäftigungsstellen herstellen zu wollen, weil man dann auch nur unter sich ist. Wenn wir Integration erreichen wollen, ist es natürlich immer das Optimum, wenn sie in einem normalen Unternehmen stattfindet.

Kühn-Mengel: Ich habe 25 Jahre lang die Erfahrung gemacht wie wichtig Vernetzung ist. Da kannten wir das Wort noch gar nicht und wir haben immer wieder versucht uns gegenseitig besser zu informieren, fallorientiert und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten. Daher weiß ich, wie schwerfällig manchmal auch die Systeme sind.

Wir haben es beim SGB IX mit einem Gesetzgebungswerk zu tun, das sieben grundverschiedene Sozialleistungsbereiche zusammenfügt; die zum Teil beitragsfinanziert, zum Teil steuerfinanziert sind. Es ist also wirklich nicht so einfach. Mit Sicherheit steht aber auch hier eine Harmonisierung an, das wird sicherlich eine Aufgabe bleiben. Wir haben deshalb ja auch diese Servicestellen gegründet und die sind von Ort zu Ort ganz unterschiedlich umgesetzt und mit Leben gefüllt. Ich muss das wirklich sagen. Da gibt es beeindruckende Beispiele. Es gibt solche, da wird mit der Selbstverwaltung schon sehr gut kooperiert und woanders kennt man den Begriff noch gar nicht.

Ich habe eingangs gesagt, wir müssen wirklich als Politik auch zum Arbeitsamt, zu den verschiedenen Einrichtungen gehen. Wir müssen bei den Kreisen Anfragen stellen, wir müssen zu den mittelständischen Unternehmen gehen und für Verständnis werben. Der Integrationsfachdienst hat die Aufgabe vorbereitende Gespräche nicht nur mit den Arbeitgebern, sondern auch mit zukünftigen Kolleginnen und Kollegen zu führen. Wir müssen das alles ein wenig anschieben und durch Anfragen aus- und bewerten. Es ist noch nicht soweit, dass wir das alles neu schreiben müssen, vielmehr sehe ich uns in einem Umsetzungsprozess für den ich ebenso werbe wie für seine Begleitung und Gestaltung. Die Einzelfälle werden ja auch an uns herangetragen, deshalb weiß ich, dass es wirklich kooperative Unternehmen gibt und solche, die sofort die Tür zu machen. Es gibt wirklich in diesem Bereich alles.

Ich habe vorhin nur mit einem Wort das Job-AQTIV-Gesetz erwähnt. Ich glaube, Herr Growitsch hat das auch angesprochen. Das bietet auch noch viele Möglichkeiten für maßgeschneiderte Angebote, es ist nämlich entgegen vieler Vorurteile kein Gesetzeswerk, das Arbeitsbeschaffungen am besten noch kurz vor der Wahl regeln soll, sondern wirklich ein sehr vielfältig zu nutzendes Instrument Menschen mit spezifischen Bedürfnissen zu helfen. Das ist eine meiner Antworten auch auf diese Frage zur 18-Wochenstunden Problema-

tik oder zum Zuverdienst. Wir müssen einfach auch überall nachfragen, habt ihr das genutzt und es gibt jenes noch, da sind wir alle Multiplikatoren und Multiplikatorinnen.

Das System ist nicht besonders transparent. Wir haben gehofft, dass die Servicestellen auch dabei helfen, das zu erleichtern und ich bin immer noch zuversichtlich, dass es auch geschehen wird. Das betrifft z.B. auch die persönlichen Budgets. Ich weiß nicht, ob bei Ihnen hiervon die Rede war, sie werden noch viel zu wenig genutzt. Das liegt vielleicht auch an den Trägern und ihren Interessen. Auch da muss kritisch hingesehen werden.

Zur Evaluation, zur Bewertung dieser Gesetzgebung bis 2004: Die soll natürlich wissenschaftlich begleitet werden und es kann überhaupt nicht so sein, dass die Leute, die selber befangen sind, hier ihre Arbeit bewerten. Im Übrigen verfolgt das Bundesministerium für Arbeit mit uns gemeinsam schon den Umsetzungsprozess. Wir hatten zum Beispiel jetzt auch eine Klärung bei dem Begriff der »Komplexleistung«.

In der Frühförderung fühlten sich ja plötzlich die kommunalen Träger nicht mehr zuständig, da hatten wir schon eine unterschiedliche Auswirkung. Ja, aber das hat sich ja jetzt geklärt und ist auf dem Weg. Das hat zum Beispiel auch die Politik gemeinsam mit dem Ministerium befördert. Das Ministerium hat auch gesagt: »Im Zweifelsfall machen wir eine Rechtsverordnung.« Es gibt also eine Reihe von Instrumenten, die wir bei der Umsetzung der Gesetze noch nutzen können und insofern ist es auch wichtig, dass Sie uns immer wieder vortragen, wo es hakt. Wir nehmen das mit und bringen das ein.

Growitsch: Die Gewerkschaften treiben über ihre Mitarbeit in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die Träger an, gerade die fachliche Kompetenz zügig voranzubringen. Es gab dort schon sehr schnell nach Verabschiedung des SGB IX die ersten Entwürfe für die Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter in den Servicestellen. Die Frage von Kompetenz und Casemanagement wurden dort aufgegriffen und in Modellversuchen sind sie schon vor vier Jahren gelaufen. Die Gewerkschaften treiben das voran und die in der BAR auch vertretenen Arbeitgeber, fallen uns nicht in den Rücken.

Zweite Anmerkung zu den Ausführungen von Herrn Senner, der sich dafür einsetzte, dass die Mittel der Ausgleichsabgabe mehr an

die Integrationsämter vor Ort vergeben werden, damit auch Integrationsfirmen mehr gefördert werden können. Wir standen bei der Formulierung des SGB IX vor dem Problem der Verteilung der Ausgleichsabgabe. Ich muss darauf hinweisen, dass das Geld, das dann an die Integrationsämter ginge, natürlich der Bundesanstalt für Arbeit und damit auch den Regionen für die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt fehlen würde. Das ist ein Nullsummenspiel, mehr Geld ist nicht da.

N.N. 1: Mir fehlt hier was und zwar ist ja diese ganze Veranstaltung getragen worden von den Institutionen, die sich im Laufe der Zeit gebildet haben. Ich möchte das Beispiel Kirche einbringen. Die Diakonie hat etwa 450.000 Mitarbeiter und warum kann man denn nicht psychisch Kranke im sozialen Bereich einsetzen, anstatt in Werkstätten für behinderte Menschen und sie auch als Sozialarbeiter bezahlen. Ich spreche über psychisch Kranke, die relativ stabil sind, die sich im Griff haben und gut ausgebildet sind und aufgrund ihrer Erfahrung in der Psychiatrie wertvolle Arbeit leisten könnten. Ich denke, das wäre eine christliche Aufgabe.

N.N. 2: Herr Growitsch, ich möchte auf Ihr Eingangsstatement eingehen und etwas ergänzen, verbunden mit einigen Vorschlägen: Sie haben gesagt, dass Arbeitsplätze fehlen. Die tariflichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, die das Interesse der Unternehmen wecken. Zum Beispiel durch eine Erhöhung der Entgeltgrenze bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen oder durch Lockerung des Kündigungsschutzes. Darüber hinaus wäre ein gut durchdachtes, tarifliches Entgeltsystem für Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Weiter sollten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ohne Schwerbehindertenausweis gleichgestellt werden. Dies alles sollte aber noch unterstützt werden durch einen stärkeren Dialog mit Arbeitgebern.

Pörksen: Danke schön. Jetzt Herr Holler. Dann Herr Hallwachs, Herr Schwendy.

Holler: Ich möchte gerne einen weiteren Aspekt einbringen, der hier noch nicht beleuchtet worden ist. In Niedersachsen haben wir gute Erfahrungen mit den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch

Kranken, den RPK, gemacht. Da findet eine Vernetzung der Leistungen der Krankenkasse als medizinische Rehabilitation mit den beruflich-rehabilitativen Leistungen des Arbeitsamtes bzw. des Rentenversicherungsträgers statt. Bislang ist das Schicksal der Menschen davon abhängig, wie weit die medizinische Rehabilitation gelungen ist, damit Prognosen mit Blick auf die Zukunftsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt vorgenommen werden können. Daher denke ich, verdient die medizinische Rehabilitation in diesem Zusammenhang auch hohe Aufmerksamkeit.

Hallwachs: Mir geht ein Satz nach, der mehrmals in der Eingangsrunde zitiert worden ist: »Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben findet nicht oder kaum statt«. Das ist ein Satz, der sich zweifelsohne auf schwer und chronisch psychisch kranke Menschen bezieht. Darauf liegt ja auch der Fokus dieser Veranstaltung. Was für diese Personengruppe gefordert wird – und auch so im Zwischenbericht steht –, das wird ja schon seit langen Jahren gefordert und ist zweifelsohne ein Dauerthema. Ich möchte darauf hinweisen, dass natürlich von den schwer und chronisch psychisch kranken Menschen bis zu denjenigen, die nie psychisch erkrankt sind, die Übergänge fließend sind.

Ich möchte nicht wissen, wie viele Leute jeden Tag mit einer schweren oder mittelschweren oder erheblichen Angstsymptomatik, um nicht zu sagen Neurose, an die Arbeit gehen und die leisten, mit eigener Kraft, mit eigener Energie, ohne Unterstützung, ohne Hilfe, ohne wer weiß was alles. Ich denke, das sind sehr viele Menschen. Was mich veranlasst, hier ums Wort zu bitten, ist der »mittlere Bereich«, in dem Rehabilitationseinrichtungen durchaus Vermittlungserfolge erzielen und auch über längere Zeiten »nachhaltige« Vermittlung stattfindet. Die liegen zwischen 40 und 80 teilweise 90 Prozent, das muss man einfach sagen. Wenn es allgemein heißt »psychisch Beeinträchtigte«, dann muss man auch diese Personen sehen und nicht nur die schwer und chronisch psychisch kranken Menschen. Natürlich muss man auch sagen, dass die Forderungen, die für diese Personengruppe erhoben werden, auch für andere schwer und chronisch kranke Menschen gelten.

Pörksen: Sie haben sicher recht Herr Hallwachs. Wir haben auf dieser Veranstaltung keine Sonderwege für die Psychiatrie gefordert. Wir

haben. Im Gegenteil darauf hingewiesen, dass die spezifischen Bedürfnisse derjenigen berücksichtigt werden müssen, die einen komplexen Hilfebedarf haben. Die Lösung kann natürlich nicht in einem Sonderweg für psychisch Kranke bestehen. Nun Herr Schwendy.

Schwendy: Für mein Empfinden kriegt die Abschlussveranstaltung einen etwas zu depressiven und auf Bewilligungsfristen eingeschränkten Charakter. Wenn wir beklagen, dass wir in Deutschland uns in einem Gesetzesgestrüpp gegenseitig erwürgen, kommen wir nicht einen Schritt weiter. Wir müssen, statt politisch zu klagen, juristisch einklagen. Wir haben alle unsere Erfolge in Köln nur erstritten, weil zwei große Trägern, die mit allen juristischen Wassern gewachsen sind, bereit waren, den juristischen Weg zu gehen. Wir haben eine gut ausgebaute Verwaltungsgerichtsbarkeit, soweit es die öffentliche Hand betrifft und eine Sozialgerichtsbarkeit, soweit es das Sozialversicherungssystem betrifft. Beide stehen in unserer Republik wirklich nicht unter Verdacht, dass sie nicht kunden- oder bürgerfreundlich genug sind. Ganz im Gegenteil. Es dauert nur; genau dies ist der Weg, dass habe ich ja auch im Symposium gesagt: Wenn ich dem Kämmerer sage, »Guck mal hier, 23 Klageschriften, das kostet dich 20 Millionen Mark, wenn du meine Regulierung für 2 Millionen Mark machst, sparst du 18«, dann habe ich eine andere Verhandlungsgrundlage, als wenn diese Klagen nicht kommen oder stattdessen irgendwelche Appelle. Es geht hier um einklagbare Rechte!

Nun sind im SGB IX, Knut Lehmann hat das ja genannt, ein Haufen von hübschen Geschichten: Man soll sich vor Ort treffen und nett zueinander sein. Aber wer soll denn das einklagen? Wer soll mich denn verklagen, dass ich das tue? Das Verfahrensrecht hingegen, dass seine Krönung in den Servicestellen findet, dass ist natürlich einklagbar. Da muss innerhalb ganz kurzer Fristen festgelegt werden, wer den schwarzen Peter kriegt. Und da wäre ich jetzt mal nicht so pessimistisch. Wer von der Servicestelle auf Platz 2 gesetzt wird, der hat den schwarzen Peter und muss für einen anderen Leistungsträger vorleiten.

In Köln sehen wir uns das jetzt noch drei Wochen an. Hier gibt es drei Servicestellen, die sich inzwischen installiert haben, eine von der LVA, da machen wir auch mit, vier Wochen später auch von der Bundesversicherungsanstalt, als hätten die keinen Personalmangel und jetzt noch irgendeine Krankenkasse. Die sind ja schlau, weil sie

natürlich wissen, wer so eine Regiestelle hat, der bestimmt über Platz 2. Sie kennen das Spiel: Auf Platz 1 sage ich: »Na ja, war ein Auto-unfall im Betrieb, da ist die Berufsgenossenschaft zuständig.« Sagt die: »Nö, der war besoffen und für so was ist das Sozialamt zuständig«, schon haben wir das Ding am Bein. Also werden wir jetzt selbst eine Servicestelle aufmachen, anders geht es auch nicht mehr. Denn die armen Leute, die zuständig sind, also Kostenträger, Behörden-mensch oder Versicherungsträger stehen ja unter einer völligen double-bind, das macht ja verrückt.

Die Politik, die hier sitzt und wohltätige Gesetze verkündet, sagt woanders, im Bündnis für Arbeit z.B., runter mit den Lohnnebenkosten und den Steuerlasten. Jede Versicherung hat heute ein Budget, auch Sozialämter schon, als wären wir private Betriebe. Ich kenne Krankenkassen-Direktoren, denen konnte man früher beim Bier sagen, »Ach, lass uns mal was für die armen Kinder tun und dann zahlen wir die Hälfte und ihr die Hälfte und jeder erzählt in seinen Aufsichtsgremien, dass wir die Hälfte sparen.« Das geht jetzt nicht mehr. Die selben Leute kriegen jetzt. 1/5 ihrer Gehälter erfolgsabhängig. Da hat sich unglaublich viel verschoben und in diesem unglaublich verhärteten Kampf müssen wir natürlich auch mit ähnlichen Bandagen kämpfen und da ist der Rechtsweg nicht der Schlechteste. Also wir müssen an der Ecke mehr drauf tun. Es geht nicht nur über »Seid nett zueinander!« und fachliche Appelle, es geht um knallharte Interessenwahrnehmung.

Pörksen: Ich will daran erinnern: Wir sind hier keine Veranstaltung zum Jammern auf hohem Niveau. Dazu haben wir uns nicht getroffen, das wäre Zeitverschwendung. Wir haben gesagt, die Teilhabe am Arbeitsleben ist für psychisch Behinderte nicht realisiert und wir brauchen einen nächsten Schritt in der Psychiatriereform, damit nicht alles Geld in andere Bereiche fließt, sondern dass wir ein bisschen umschichten. Wir sind uns, glaube ich, einig darin, dass das so im SGB IX nicht gemeint ist, dass jeder sich eine Servicestelle einrichtet, damit er den anderen in die Verantwortung zwingen kann.

Kühn-Mengel: Herr Schwendy, das sagen die Juristen natürlich auch immer: »Nicht Jammern, klagen.« Wir haben beispielsweise im Bundesgleichstellungsgesetz auch das Verbandsklagerecht. Das muss man noch mal als ganz wichtiges Instrument herausstellen, dass ein

Verband eben auch die Interessen einzelner vertreten und einfordern kann und das ist ja auch neu und Sie haben in dem Punkt völlig recht, dass es manchmal einfach um eine Forderung geht, die auf diesem Weg umgesetzt werden kann. Aber so weit sind wir noch nicht. Ich bin der Meinung, dass wir bei der Umsetzung vor Ort, jeder und jede, die hier sitzt, eine Verpflichtung haben, den Prozess sehr aufmerksam zu verfolgen, nicht nur passiv verfolgen, sondern auch aktiv mitgestalten.

Lehmann: Ich verstehe die Schilderung des sozialrechtlichen Wahnsinns. Aber warum sollen wir fünf Jahre warten, bis das vor dem Bundessozialgericht durchgeklagt ist. Möglicherweise haben wir inzwischen verschiedene, jeweils unterschiedlich ausgefallene Oberlandesgerichtsurteile. Wenn wir jetzt schon absehen können, dass bestimmte Dinge besser und anders geregelt werden sollten, damit gerade diese Abgrenzungsprobleme und damit die Regulierungswut sich etwas reduziert, sollten wir uns nicht auf den Klageweg zurückziehen.

Zum Ersten: Wieso machen wir, die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger, nicht eine Arbeitsgemeinschaft nach SGB IX, da können die Kommunen mit rein und können sich intern verabreden wer die Federführung übernimmt. Dann übernehmen wir die Vorleistungsverpflichtung und den bestimmten fachlichen Standard und dann sind eine Reihe der Probleme, die im Moment hier diskutiert werden, erst mal gelöst. Zum Zweiten bin ich der Meinung, dass Transparenz dazu gehört. Wir brauchen Benchmarking, wir brauchen eine Sozialberichterstattung, die auch öffentlich ist, wir brauchen Ergebnisqualität, dann haben wir eine Grundlage über die Sinnhaftigkeit, über Verschwendung, Volkswagen oder Mercedes, miteinander zu diskutieren. Im Moment reden wir über die Wirklichkeit mit gleichen Begriffen, aber unterschiedlichen Inhalten. Das kann man ein Stückchen verbessern. Fachlichkeit, klare Struktur und Dokumentation. Das wären drei Elemente, um das deutlich zu verbessern.

N.N. 3: Ich möchte in dieser Diskussion gern dafür werben, die Schnittstelle Akutversorgung und Rehabilitation nicht zu vergessen. Ich habe im Moment den Eindruck, dass das ein bisschen durcheinander gerät. Wir müssen einfach sehen, dass die Liegezeiten der

Patienten in den Akutkliniken immer kürzer werden und die Kollegen dort unter sehr großem Druck stehen. Diese Schnittstelle führt gegenwärtig dazu, dass viele Dinge, die man in der Akutversorgung bereits anbahnen könnte, gar nicht mehr bedacht werden. Das möchte ich gerne mitgeben.

N.N. 4: Ich finde, dass jeder auch eine ganze Menge tun könnte ohne Gesetze und ohne Finanzen hin und her zu schieben, wenn es darum geht, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Wenn man nur an seinem eigenen Arbeitsumfeld genau hinsieht, dass man Kollegen, die offensichtlich eine psychische Beeinträchtigungen haben unterstützt und das ein Arbeitskollektiv diese Kollegen wirklich über eine bestimmte Zeit mitträgt.

Pörksen: Ich kann aufgrund der vorgeschrittenen Zeit leider keine Wortbeiträge mehr berücksichtigen und bitte das Podium um die Schlussworte.

Kühn-Mengel: Es gibt sicher noch eine Reihe von Punkten. Ich habe manches sicher nicht kommentiert, aber dass, was Sie uns heute mitgegeben haben, wird an vielen Stellen noch einmal eingebracht, darauf können Sie sich verlassen und da werden wir auch noch einmal nachfragen zu gegebener Zeit.

Nolte: Es ist Ihnen zu bescheinigen, dass Sie inhaltlich eine große Koalition erreicht haben. Ich denke, dass uns die Anregungen in der nächsten Zeit in unserer Arbeit begleiten, bestimmen werden und, ich kann für mich sagen, für meine Fraktion, dass wir diese Anregung aufnehmen werden. Ich wünsche mir, dass wir in Kontakt bleiben, damit auch notfalls anstehende Novellierungen, bzw. das In-Gang-bringen der Umsetzung, wo wir vielleicht das eine oder andere auch noch fördern können, mithilfe Ihrer Unterstützung erfolgreich vorgenommen wird.

Schwaetzer: Ich finde es bemerkenswert, dass hier auch die Bedeutung der arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Beschäftigung von psychisch Beeinträchtigten angesprochen worden ist. Ich denke, dass man ohne Vorurteile, ganz praktisch überlegen sollte,

wie das am besten zu gestalten ist. Ich finde die Anregung wichtig, dass Institutionen, die öffentlich sind oder quasi öffentlich, Vorbildfunktionen haben sollten. Angesprochen worden ist es direkt mit den Kirchen. Ich habe einleitend gesagt, dass ich aus Düren komme, einer Stadt, die nun wirklich viele Jahrzehnte nicht immer in einem positiven Spannungsverhältnis mit den psychiatrischen Einrichtungen dort stand. Da hat es positive und negative Dinge gegeben.

Es ist festzustellen, dass die Erfahrung auch in den Betrieben weitergegeben wird, wie wichtig es ist, ganz bestimmte Leistungen psychisch beeinträchtigter Menschen zu integrieren und zu würdigen. Die Arbeitsplatzsituation ist sicherlich in Städten, die eine lange Erfahrung haben, ein bisschen positiver einzuschätzen, als in manchen anderen, wenn auch längst nicht ausreichend, das ist überhaupt keine Frage. Ich finde aber ganz wichtig, dass auch wir selbst werben für die Wahrnehmung einer solchen Vorbildfunktion in den Betrieben, in den Verwaltungen und in den Kirchen.

Growitsch: Gewerkschaften sind nicht nur in der Streittaktik flexibel. Ich nehme Einiges mit von dem was hier gesagt worden ist. Teilhabe am Arbeitsleben sollte am besten auf sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen stattfinden. Das war die eine Anmerkung, die ich zu den Anregungen machen will. Ein tarifliches Entgeltsystem für Behinderte ist derzeit wohl nicht denkbar. Was uns aber klar ist, dass Gedanken in Bezug auf Kombilohn, auf Minderleistungsausgleich und –entgelt kombiniert werden müssen und dass das unschädlich für Tarifverträge durchgeführt werden muss. Das nehme ich gerne mit.

Ein letztes Wort, sozusagen als Körperbehinderter: Der Schwerbehindertenausweis war für mich auch ein Stück Annahme meiner Behinderung. Dieser Ausweis drückte aus, »Das bist du. Du kannst nicht mehr jede Straßenbahn kriegen und du kannst bestimmte Dinge nicht mehr machen.« Ich glaube, dass die Annahme des Ausweises auch ein Stück weit Bewältigung der Behinderung bedeutete. Ich wollte Ihnen das bei ihren Überlegungen zu bedenken geben, wenn Sie sagen, dass vieles auch ohne Ausweis gehen muss.

Pörksen: Herzlichen Dank, Frau Kühn-Mengel, Frau Nolte, Frau Schwaetzer, Herr Growitsch. Ich möchte zum Ende der Veranstaltung die Gelegenheit wahrnehmen allen denen zu danken, die dafür

gesorgt haben, dass der Ablauf hier so gut gelungen ist. Ich möchte dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung dafür danken, dass er dieses Projekt begonnen hat, dass er uns in der Tagung unterstützt hat und dass er die Bereitschaft gezeigt hat, all die Anregungen und Diskussionen, die wir hier geführt haben, konstruktiv mitzunehmen. Eins ist deutlich geworden bei dieser Tagung: Nicht depressive Stimmung herrscht vor, sondern Einsicht in die Notwendigkeit, in diesem Bereich einen Teil der Psychiatriereform nachzuholen, den wir bisher vernachlässigt haben und das betrifft alle. Keiner kann sagen, »ich bin nicht zuständig«. Man kann immer auf die anderen zeigen, aber man muss auf jeden Fall auf sich selbst zeigen in der Weiterentwicklung. Sei es in der Hilfeplanung oder in der Hilfgewährung, in der Koordination, in der Steuerung und in vielen anderen Dingen. Wir haben gute Gründe nach Hause zu fahren und die Arbeit anzupacken. Ich bedanke mich ganz herzlich bei dem Podium für die fundierte sozialpolitische Diskussion, mit der unsere Veranstaltung einen guten Abschluss gefunden hat.

»Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« – Eine Zusammenfassung¹

Niels Pörksen, Karl-Ernst Brill, Bernd Jäger, Christian Gredig

Auftrag und Zielsetzung des Projekts

Im Mittelpunkt des Vorhabens stehen die berufliche Rehabilitation und die Eingliederung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, wofür Leitlinien und Empfehlungen erarbeitet werden sollen, die zugleich als Grundlage für die Bewertung des gegenwärtigen Systems dienen können.

Anstoß für die Durchführung des Projekts war, dass das gegenwärtige Rehabilitationssystem insgesamt unübersichtlich und intransparent, regional sehr unterschiedlich entwickelt ist und Lücken aufweist. Es fehlt eine umfassende Bestandsaufnahme, die ein Gesamtbild der vorhandenen Angebote einschließlich deren Struktur und Arbeitsweise gibt, die Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation und zur Eingliederung im Kontext mit weiteren im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Krankenbehandlung und sozialen Eingliederung betrachtet und als Grundlage für Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung dienen kann.

Als Leitfrage wurde für das Projekt formuliert: Wie muss berufliche Rehabilitation und Eingliederung organisiert sein, damit sie den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung trägt?

Vorgehen und Arbeitsweise

Zur Durchführung des Projektes wurde eine Expertenkommission gebildet, die sich aus einem Beirat und einer aus diesem Kreis hervorgegangenen Arbeitsgruppe zusammensetzt und durch wissen-

¹ Der vorliegende Text basiert auf der Kurzfassung des Zwischenberichtes, der für den Tagungsband 29 geringfügig bearbeitet wurde. Die Langfassung kann unter www.psychiatrie.de/apk im PDF-Format heruntergeladen werden.

schaftliche Mitarbeiter unterstützt wird. Dem Beirat gehören Fachleute aus allen relevanten Bereichen der beruflichen Rehabilitation (Praxis, Forschung, Leistungsträger) sowie Vertretern der Selbsthilfevereine, der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker an.²

Das Tätigkeitsspektrum der beratenden Expertinnen und Experten trägt der Komplexität des Themas Rechnung. Durch die Einbeziehung der unterschiedlichen beteiligten Handlungsebenen soll ein abgestimmtes Vorgehen im Forschungsvorhaben gewährleistet sowie die Möglichkeit zu einer zügigen praktischen Umsetzung der Ergebnisse eröffnet werden.

² Mitglieder der Arbeitsgruppe: Dr. N. Pörksen, Projektleiter, Bielefeld; K.-E. Brill, Projektkoordinator, Bonn; C. Gredig, Projektmitarbeiter, Bonn; B. Jäger, Wissenschaftlicher Projektmitarbeiter, Bonn; C. Haerlin, BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH, Köln; Prof. Dr. H. Kunze, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal; P. Larbig, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn; K. Lehmann, Landesamt für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Halle; Dr. H. Mecklenburg, Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH; PD Dr. C. Petrich, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn; J. Pohl, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal; G. Seibold, ERPEKA Nürnberg gGmbH; A. Senner, Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen, Berlin
Mitglieder des Beirates: Dr. P. Beule, Landschaftsverband Westfalen-Lippe – Integrationsamt, Münster; Dr. A. Brockmann, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn; A. Döring, Bochum; E. Eusterholz, Verband der Angestellten Krankenkassen e.V., Siegburg; Dr. U. Gerke, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/M.; J. Hallinger, Berufsbildungswerk Abensberg; H. Kirchner, Arkade e.V. Ravensburg; Prof. Dr. P. Kruckenberg, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Bremen; R. Kucharski, Wiesbaden; H. Langenheilm, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M.; PD Dr. G. Längle, Universitätsklinikum Tübingen; U. Laschet, Sozialverband VdK Deutschland, Bonn; K. Laupichler, Herbrechtingen; J. Lempert, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld; A. Placzko, Berufsförderungswerk Friedehorst, Bremen; Dr. T. Reker, Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster; H.D. Schilson, Landesarbeitsamt NRW, Düsseldorf; R.-M. Seelhorst, Barsinghausen; Dr. B. Vieten, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie u. Psychotherapie, Paderborn; P. Weber, Wennigsen; Prof. Dr. W. Weig, Nds. Landeskrankenhaus Osnabrück; Dr. B. Wittmund, Universitätsklinikum Leipzig;

In Anbetracht der Vielzahl von Einrichtungen und Diensten und der bestehenden Unterschiede auch bei gleich bezeichneten Angeboten ist eine detaillierte Bestandsaufnahme des gesamten Rehabilitationsgeschehens in der Bundesrepublik im Rahmen dieses Projektes weder leistbar noch sinnvoll. Es würde eine umfangreiche Sammlung mit quantitativen Daten entstehen, die aber kaum Rückschlüsse auf die Qualität des Angebotes ermöglicht. Bei der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist von entscheidender Bedeutung, dass die im Einzelfall erforderlichen Hilfen wohnortnah verfügbar sind und entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls abgestimmt erbracht werden. Vor diesem Hintergrund beschränkte sich die Arbeitsgruppe bei der Konkretisierung der Vorgehensweise auf folgende Schwerpunkte:

- Die Entwicklung und Diskussion von Strukturanforderungen und Qualitätskriterien in Form von Leitlinien.
- Die Durchführung von Regionalerhebungen, um exemplarisch die verfügbaren Hilfeangebote und das rehabilitative Geschehen sowie die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ausgewählten Regionen zu erfassen.
- Die Bestandsaufnahme der Situation in der Bundesrepublik, bei der eine Beschränkung auf die Ermittlung, Zusammenstellung und Auswertung bereits routinemäßig erhobener Daten sowie die Auswertung von aktuellen Studien vorgenommen wurde.

In dieser Zielsetzung erfolgte im Rahmen des Projekts auch eine Kooperation mit anderen Vorhaben, unter anderem mit dem im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit in Köln durchgeführten Projekt »Wege in die berufliche Integration psychisch Kranker und Behindeter«.

Der Zwischenbericht

Der vorliegende Zwischenbericht enthält auf der Grundlage der Bestandsaufnahme einschließlich der Regionalerhebungen

- eine zusammenfassende Übersicht zu zentralen Strukturproblemen;
- grundsätzliche Überlegungen zur Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben einschließlich

der Darstellung von Anstößen und Anforderungen an die Weiterentwicklung zu einer personenzentrierten, den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung tragenden Organisation und Ausgestaltung von Hilfen sowie vor diesem Hintergrund formulierte

- Leitlinien zur Weiterentwicklung.³

Im Zuge der weiteren Bearbeitung werden die Daten zum Rehabilitationsgeschehen teilweise noch zu ergänzen und wird vor allem eine systematische Analyse und Bewertung zu leisten sein. Ein wichtiger Beurteilungsmaßstab werden dabei die in den Leitlinien zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen genannten Kriterien und Anforderungen bilden.

Die hier im Entwurf vorliegenden Leitlinien bilden zugleich den »roten Faden« für die Tagung, die im Rahmen des Projekts vorbereitet wurde und bei der am 13. und 14. Mai 2002 die ersten Ergebnisse des Projekts einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Ziel war, nicht nur den Bedarf an struktureller Weiterentwicklung des Systems deutlich zu machen, sondern vor allem auch über die hierzu erforderlichen Schritte und Umorientierungen zu informieren und Lösungsansätze zur Diskussion zu stellen.

Die Ausgangslage

Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet im Lauf seines Lebens an einer psychischen Störung unterschiedlichen Schweregrades und unterschiedlicher Dauer. Das Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« beschränkt sich auf Personen mit eher schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen. Es handelt sich dabei um denjenigen Personenkreis, der oft im An-

- 3 Die Ergebnisse und Materialien sind im Anhang der Langfassung des Zwischenberichtes enthalten. Anhang A enthält zusammenfassende Übersichten zu psychischen Störungen, Verlaufsformen und fachlichen Standards, die bei Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben zu berücksichtigen sind, zu rechtlichen Rahmenbedingungen und ihrer Ausgestaltung, zu bestehenden Einrichtungen und Diensten und zur Lebenslage chronisch psychisch kranker Menschen. Anhang B enthält die Regionalberichte zu den Angeboten und der Situation in den Regionen Halle, Kassel (Land und Stadt) sowie Oberbergischer Kreis

schluss an eine Akutbehandlung Rehabilitationsleistungen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben) benötigt. Unter diagnostischen Aspekten handelt es sich hierbei insbesondere um Personen mit Schizophrenien, Depressionen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Solche vergleichsweise schweren Verläufe und ein hieraus resultierender längerfristiger Bedarf an Leistungen zur Krankenbehandlung sowie ggf. zur Rehabilitation und Teilhabe tritt bei etwa 3–5 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens auf.

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

Entscheidend für das richtige Verständnis der Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen⁴ bei der Behandlung und Rehabilitation sind die Unterschiede im Krankheitsverlauf gegenüber somatisch kranken bzw. behinderten Personengruppen. Bei Personen z.B. nach Schlaganfall oder Herzinfarkt erfolgt eine zeitlich begrenzte Akutbehandlung, an die sich eine medizinische und ggf. berufliche Rehabilitation anschließt. Akutbehandlung und Rehabilitation lassen sich hier in ihrer zeitlichen Abfolge grundsätzlich voneinander trennen. Vergleichsweise unproblematisch ist deshalb die Finanzierung der Akutbehandlung durch die Krankenversicherung und die Finanzierung der Rehabilitation durch die zuständigen Rehabilitationsträger.

Kennzeichnend für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist, dass es auch während der Rehabilitationsmaßnahme nahezu regelhaft zum Auftreten akuter

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

Krankheitssymptome unterschiedlicher Dauer kommt. Rückschritte bei bereits erzielten Rehabilitationserfolgen sind jederzeit möglich und treten bei der Mehrzahl der Rehabilitanden auf. Eine strenge zeitliche Trennung von Akutbehandlung und Rehabilitation ist deshalb nicht möglich; vielmehr sind medizinische Behandlung und Rehabilitation in unterschiedlichem Ausmaß miteinander verflochten. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung hängt letztlich davon ab, dass das reibungslose Zusammenwirken von Akutbehandlung und Rehabilitation für einen vergleichsweise langen Zeitraum gewährleistet wird.

Dieser Anforderung wird das gegenwärtig bestehende und vor dem Hintergrund der Leistungszuständigkeiten im gegliederten System der sozialen Sicherheit entwickelte Hilfesystem nur völlig unzureichend gerecht: Die Bestandsaufnahme wie auch die Regionalerhebungen ergaben, dass es insgesamt eine Vielzahl von Angeboten gibt, die auf den ersten Blick den Eindruck eines entwickelten und differenzierten Hilfesystems vermitteln. Bei näherer Betrachtung werden jedoch schnell Mängel und Defizite deutlich, wie sie das nachstehende Fallbeispiel exemplarisch illustriert

Fallbeispiel

Herr M. 24, Jahre, Laborangestellter, erkrankt im Januar 2000 erstmals an einer akuten schizophrenen Störung, wird in einer Psychiatrischen Klinik behandelt und kehrt im April 2000 wieder auf seinen Arbeitsplatz zurück. Zum Jahresende wird das Arbeitsverhältnis aus betriebsbedingten Gründen gekündigt. Kurze Zeit später, im März 2001 erkrankt Herr M erneut und wird wieder in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Während der Krankenhausbehandlung nutzt er das arbeitstherapeutische Angebot, das aber primär der Stabilisierung dient und berufsspezifische Kenntnisse und Erfahrungen unberücksichtigt lässt. Auch für den Sozialdienst des Krankenhauses sind die berufsspezifischen Erfahrungen und Perspektiven von Herrn M. wiederum nur von anamnestischer Bedeutung, da seitens der Klinik weder berufsbezogene Trainingsmaßnahmen noch klinikübergreifende, unterstützende Maßnahmen vorgesehen sind.

Da bereits während der Krankenhausbehandlung deutlich wird, dass im Anschluss eine weitergehende medizinische und berufliche Rehabilitation notwendig wird, stellt der zuständige Sozialarbeiter einen Antrag auf medizinische Rehabilitation bei dem Rentenversicherungsträger. Bei der

konkreten Suche nach einem Platz in einer Rehabilitationseinrichtung (RPK oder Übergangseinrichtung) ergibt sich das Problem, dass es ein Angebot in Wohnortnähe nicht gibt. Für die Aufnahme in die nächstgelegene, etwa 80 km entfernte Übergangseinrichtung mit entsprechendem Angebot wäre es notwendig, dass der Patient seine Wohnung aufgibt und für die Zeit der Behandlung in der Einrichtung wohnt. Zudem ergibt die Nachfrage bei der Einrichtung, dass mit einem freien Platz frühestens in einem Jahr zu rechnen ist. Der Patient lehnt die mögliche Perspektive einer Rehabilitationsmaßnahme in dieser Einrichtung ab, da er weder seine Wohnung, noch den Kontakt zu seinen Bekannten verlieren will. Die Beratung bei der örtlichen Servicestelle des Rentenversicherungsträger endet mit einem ähnlichen Ergebnis. Dort wird ihm ein Aufenthalt in einer süd-deutschen Rehabilitationsklinik empfohlen.

Auf der weiteren Suche nach Möglichkeiten, einen Weg zurück in Arbeit und Beschäftigung zu finden, wendet sich der Patient noch während seines Klinikaufenthaltes an das örtliche Arbeitsamt. Der Reha-Berater kann ihm zwar über die rechtlichen Bestimmungen und allgemeinen Angebote der beruflichen Rehabilitation Auskunft geben, aber auf Fragen nach einer speziellen Hilfe für ihn als psychisch kranken Menschen (mit dem Wunsch in seinen alten Beruf zurückzukehren) lediglich auf ein Berufstrainingszentrum in etwa 100 km Entfernung verweisen.

Nach zehn Wochen wird Herr M., der zuletzt tagesklinisch behandelt wurde (auch auf Grund des von der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ausgehenden Drucks), aus der Klinik entlassen, da Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Da es in Wohnortnähe keine Angebote zur medizinischen Rehabilitation gibt, Herr M. aber neben der ambulanten fachärztlichen Behandlung begleitende Unterstützung benötigt, wird ihm die Inanspruchnahme des Betreuten Wohnens nahe gelegt. Herr M. willigt ein, da er in seiner Wohnung verbleiben kann. Die Mitarbeiter des Betreuten Wohnens sehen sich aber nicht in der Lage, den Wunsch von Herrn M. nach Rückkehr in seinen alten Beruf nachhaltig zu unterstützen. Sie verweisen ihn auf das Arbeitsamt und kennen ansonsten nur als einziges wohnortnahes Angebot die Werkstatt für behinderte Menschen.

Auf Anregung eines früheren Mitpatienten schaut er sich die örtliche WfbM an. Er kann sich aber nicht vorstellen, dort zu arbeiten, da er hier nicht in seinem früheren Arbeitsgebiet tätig werden kann und nur unter behinderten Menschen arbeiten würde. Die Perspektive eines geringen Arbeitsentgelts, wie es in der WfbM gezahlt wird, verbunden mit der Aus-

sicht zur Sicherung seines Lebensunterhaltes zum Sozialamt gehen zu müssen, ist für ihn indiskutabel.

Mittlerweile ist Herr M. seit neun Monaten aus der Klinik entlassen. Er hat nach wie vor den Wunsch in seinem alten Beruf weiterzuarbeiten, ggf. auch nur in Teilzeit. Niemand hat ihm bisher weiterhelfen können, und mit jedem weiteren Monat »nutzlosen Herumsitzens«, sinken seine Hoffnung und sein Selbstbewusstsein. Bei einem seiner letzten Besuche im Arbeitsamt hat ihm der Reha-Berater vorgeschlagen, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Herr M., der zwar einsieht, dass er derzeit nicht voll leistungsfähig ist, lehnt diesen Vorschlag ab, da er sich hierdurch nur noch mehr stigmatisiert sieht. Schon die Tatsache, dass ihm dieser Vorschlag gemacht worden ist, beschäftigt ihn sehr und nagt weiter an seinem Selbstbewusstsein.

Zentrale Strukturprobleme im Überblick

- Das System der rehabilitierenden Einrichtungen und Dienste ist gleichermaßen für psychisch beeinträchtigte Menschen, ihre Angehörigen und für Fachleute insgesamt in hohem Maße unübersichtlich. Hinter gleich bezeichneten Einrichtungen und Diensten verbirgt sich ein breites Spektrum unterschiedlicher konkreter Ausgestaltungen, Organisationsstrukturen und konzeptioneller Orientierungen.
- Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Hilfeangeboten gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Als Beispiel sind die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) zu nennen, die nur an wenigen Orten bestehen. In den neuen Bundesländern gibt es nur eine Einrichtung dieser Art, die einen Vertrag mit den Krankenkassen hat. Damit sind die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation in erheblichem Umfang vom Wohnort des Rehabilitanden abhängig. Notwendig sind grundsätzlich gleiche Rahmenbedingungen für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, unabhängig vom Wohnort.
- Die vor Ort tätigen Rehabilitationseinrichtungen haben jeweils bestimmte Aufnahmevoraussetzungen für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Diese orientieren sich nicht primär an den Bedürfnissen der Rehabilitanden, sondern am Leistungsprofil der Einrichtung. Dieser »als einrichtungsbezogene Organisation« bezeichnete Ansatz führt zu einer Frag-

mentierung des Rehabilitationsprozesses: Bei einem veränderten Bedarf an Hilfen müssen jeweils andere Einrichtungen und Dienste in Anspruch genommen werden; der damit einhergehende Wechsel von therapeutischen Bezugspersonen und ggf. auch des gewohnten sozialen Umfeldes bedeutet für die Betroffenen jeweils eine zusätzliche Belastung und die Gefahr der Destabilisierung. Notwendig ist es, die Bedürfnisse der Rehabilitanden in den Mittelpunkt zu stellen (personenzentrierter Ansatz) und den Wechsel von therapeutischem Personal soweit wie möglich zu reduzieren.

- Die heute noch vorherrschende einrichtungsbezogene Organisation von Hilfen resultiert auch daraus, dass in den Finanzierungsvereinbarungen mit dem jeweiligen Leistungsträger ein institutionelles Auftrags- und Leistungsangebot geregelt wird. Notwendig ist es, in entsprechenden Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern zu flexiblen Lösungen zu kommen, die den individuellen Hilfebedarf der Rehabilitanden in den Mittelpunkt stellen. Grundsätzlich mögliche Ansätze zu einer integrierten Leistungserbringung, auf der Grundlage der »Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte« wurden unzureichend umgesetzt und fehlen in den östlichen Bundesländern nahezu durchgängig.
- Bei der psychiatrischen Krankenhausbehandlung ist eine drastische Verkürzung der Dauer von knapp vier Monaten (110 Tagen) Monaten im Jahr 1984 auf gegenwärtig im Mittel drei Wochen zu verzeichnen. Die frühe Entlassung aus dem Krankenhaus ist nicht zuletzt dadurch möglich, dass auf der Basis der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ein umfangreiches Angebot stationärer und ambulanter Hilfen finanziert wird. Angebote zur medizinischen Rehabilitation sind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für diesen Personenkreis jedoch so gut wie nicht verfügbar. Die wenigen vorhandenen Einrichtungen können diese Aufgabe nicht ausreichend wahrnehmen. Notwendig ist deshalb ein bedarfgerechter Aufbau medizinischer Rehabilitationsangebote in Ergänzung zu den über die Eingliederungshilfe finanzierten Angeboten.

- Der Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben scheitert nicht zuletzt an den hohen Zugangsschwellen bei Rehabilitationsleistungen, hier insbesondere an der erforderlichen günstigen Prognose bezüglich der (Wieder-)Erlangung der Erwerbsfähigkeit sowie den hohen Anforderungen an die Belastbarkeit bereits zu Maßnahmebeginn.
- Die Schwerbehinderteneigenschaft beinhaltet für viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine hohe Zugangsschwelle zu Leistungen zur Sicherung eines Arbeitsverhältnisses (von Bedeutung sind insbesondere die begleitende Hilfe und der Minderleistungsausgleich). Die förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft wird häufig als Festschreibung bestehender Beeinträchtigungen empfunden und deshalb von vielen Betroffenen abgelehnt. Sie fördert eine resignative Einstellung und ist in vielen Fällen fachlich kontraindiziert.

Die Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind alarmierend: So sind nach dem im Jahr 2001 vorgelegten Armutsbericht der Bundesregierung von den Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt nur wenig mehr als die Hälfte erwerbstätig (wobei auch die Tätigkeit als Hausfrau zur Erwerbstätigkeit gezählt wurde) oder in Ausbildung und rund 43 % aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Noch dramatischer fällt die »Beschäftigungsbilanz« bei chronisch psychisch erkrankten Menschen aus: Nach den Ergebnissen neuerer Untersuchungen ist davon auszugehen, dass maximal 10 % dieser Personengruppe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vollzeit- oder teilzeit-) beschäftigt sind, rund 20 % einen geschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, etwa 5 % Angebote zum beruflichen Training bzw. zur beruflichen Rehabilitation nutzen; Hilfeangebote, die auch Tagesgestaltung und damit Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, werden von rund 15 % genutzt. Aber: Die Hälfte aller chronisch psychisch Kranken Menschen ist ohne jegliches Arbeits- oder Beschäftigungsangebot »zur Untätigkeit verurteilt«.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, den Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Arbeit und Beschäftigung neu zu regeln und zu gestalten. Hier geht es insbesondere

darum, auch solchen psychisch behinderten Menschen Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, die nur einige Male in der Woche für kurze Zeit arbeiten können oder deren Arbeitsfähigkeit durch einen Krankheitsrückfall wochenweise beeinträchtigt wird (niedrigsschwellige Rehabilitationsangebote).

Grundsätzliche Überlegungen zur Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben

Zur Bedeutung von Arbeit

Die vielschichtige Bedeutung von Arbeit wie auch die sozialen, gesundheitlichen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit sind in den letzten Jahrzehnten wiederholt untersucht und beschrieben worden [1]. Ein zentraler Aspekt ist, dass die Teilhabe an der Erwerbsarbeitsgesellschaft und das dadurch erzielbare Einkommen die Lebenssituation der Menschen wesentlich bestimmt. Daneben hat die Teilhabe am Arbeitsleben gerade für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen große Bedeutung, denn »Arbeit verschafft ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer; eine Möglichkeit, sich in normalen sozialen Rollen (Nicht-Patientenrolle) zu engagieren und somit einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken; ein leicht identifizierbares Kriterium für Genesung; ein Gefühl für sozialen Status und Identität; soziale Kontakte und Unterstützung; ein Mittel zur Tagesstrukturierung.«⁵

Damit diese Effekte zum Tragen kommen können, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Integration in ein Arbeitsverhältnis gelingt, das den Neigungen und Fähigkeiten des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entspricht und Überforderung ebenso vermeidet wie Unterforderung.⁶ Diese Anforderung steht in Über-

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

6 Die vor allem aus Über- aber auch aus Unterforderung resultierenden Be-

einstimmung mit der normativen Zielsetzung des Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, nach der die Leistungen zur Teilhabe darauf ausgerichtet sind, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung

Das Spektrum der möglichen Teilhabe am Arbeitsleben ist sehr breit – nicht nur hinsichtlich der Art der Tätigkeit, sondern auch bezüglich der Formen von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen. Bei der Auswahl zwischen verschiedenen, realisierbaren Optionen ist die Selbstbestimmung von behinderten Menschen⁷ zu respektieren.

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

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

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

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

- Insgesamt berücksichtigt die Übersicht
- die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit, was bei diesem Personenkreis eher selten in Betracht kommt,
- das gesamte Spektrum von Beschäftigungsverhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von der Vollzeit- bis zur geringfügigen (Teilzeit) Beschäftigung mit und ohne Befristung,
- die Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt,
- die »rehabilitative« Beschäftigung, bei der es sich zwar nicht um ein Arbeitsverhältnis im engeren Sinne handelt, die aber gleichwohl von den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als »ihre Arbeit« angesehen werden und
- Tätigkeiten im so genannten dritten Sektor und
- enthält Hinweise auf mögliche Subventionen, den Zugang zur Sozialversicherung sowie zum Entgelt.

Insgesamt ergibt sich, dass gegenwärtig nur bei einer Vollzeittätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt regelmäßig ein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden kann. Finanzielle Leistungen an Arbeitgeber (z.B. Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich) sowie Unterstützungsleistungen für Arbeitnehmer und geber (z.B. im Rahmen der begleitenden Hilfe) sind nur im Rahmen sozialversicherungsspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse möglich.

Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

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

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

Tab. 1: Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung – Entwurf einer »Zielhierarchie« in Bezug auf »gesellschaftliche« Erwartungen

1	2	3	4	5	6	7
		Zeitl. Umfang der Tätigkeit	Subvention	Entgelt	Zugang zur Sozialversicherung	Existenzsicherndes Einkommen
Allgemeiner Arbeitsmarkt	Selbstständig (einschl. selbstständige Beschäftigung, z.B. bildnerisches Gestalten)	Nicht geregelt	Nein – Ausnahme: »Stärkhilfe« bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit aus Arbeitslosigkeit und Anspruch auf AIG/AlHi	Leistungsentgelt/ Honorar	Privat zu versichern	
	»normales« unbefristetes Arbeitsverhältnis	Vollzeit	Ohne	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	Ja
			Mit: (Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	Ja
	Teilzeit	Teilzeit	Ohne	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Mit: (Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
	Befristetes Arbeitsverhältnis	Vollzeit/ Teilzeit	Ohne	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
			Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen Strukturanpassungsmaßnahmen Hilfe zur Arbeit (BSHG)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
	Arbeitsverhältnis in Integrationsbetrieb, -abteilung, -projekt (ohne besondere Befristung/mit Befristung) Geringfügige Beschäftigung (325 Euro-Regelung)	Vollzeit/ Teilzeit	Eingliederungszuschüsse Minderleistungsausgleich	i.d.R. Lohn/Gehalt	i.d.R. Ja – umfassend	i.d.R. Ja
				Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
		Teilzeit/ stundenweise	Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen Hilfe zur Arbeit (BSHG)	Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend	i.d.R. Ja
				Lohn/Gehalt (tarifl.)	Ja – umfassend Bei Eigenanteil: RV	i.d.R. Ja Nein *

1	2	3	4	5	6	7
Besonderer Arbeitsmarkt	WfB - »allgemein« ohne bes. Differenzierung - für psychisch Behinderte - ausgelagerter Arbeitsplatz	i.d.R. Vollzeit	Ja (Kosten der Infrastruktur) Daneben aber auch Einsatz von Einkommen/Vermögen des behinderten Menschen gem. BSHG	Entgelt	Ja – umfassend	Nein*
Rehabilitative Beschäftigung	Arbeitsgelegenheiten	Teilzeit/ stundenweise	?	Prämie/Entgelt	Nein	Nein*
	Zuverdienst	Teilzeit/ stundenweise	?	Prämie/Entgelt	Nein	Nein*
	Tagesstrukturierende Tätigkeit	Teilzeit/ stundenweise	?	Prämie/unentgeltlich	Nein	Nein*
	Hauswirtschaftliche Versor- gung von Familienan- gehörigen	Von stunden- weise bis »rund-um- die-Uhr«	Nein	Nein	Nein	Nein*
Dritter Sektor	... mit Betreuung von Kindern bis 3 Jahren	Wie vor	Nein	Erziehungsgeld	Nein – aber Be- rücksichtigung bei der RV	Nein*
	... mit Betreuung pflege- bedürftiger Angehöriger (SGB XI)	Wie vor	Nein	Pflegegeld	Nein – aber ggf. Beiträge zur RV	Nein*
	Ehrenamtliche Tätigkeit	i.d.R. stunden- weise	Nein	Nein	Nein	Nein*
	Tauschbörsen gegenseitige Hilfe	i.d.R. stunden- weise	Nein	i.d.R. Sachwerte	Nein	Nein*

dieses Personenkreises mit einer eingeschränkten oder fluktuierenden Belastbarkeit genutzt werden können.

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

Zur Integration in das Arbeitsleben werden auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die Fördermöglichkeiten im Rahmen von Arbeitsbeschaffungs- oder Strukturanpassungsmaßnahmen (nach SGB III) oder im Rahmen der Hilfe zur Arbeit (§§ 18 ff BSHG) genutzt, wobei aus den hierdurch begründeten Arbeitsverhältnissen keine Arbeitsplätze im Sinne des Schwerbehindertenrechts entstehen (§ 73 SGB IX).

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

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

Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt

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

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

Rehabilitative Beschäftigung

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

Tätigkeiten im Dritten Sektor

Hier sind zunächst die Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung von Familienangehörigen einschließlich der Betreuung von Kindern sowie von pflegebedürftigen Angehörigen aufgeführt, die je nach Situation einen Umfang von einigen Stunden täglich bis hin zu einer Tätigkeit »rund-um-die-Uhr« haben können.

Ferner sind ehrenamtliche Tätigkeiten und Tauschbörsen berücksichtigt, die auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die zumeist vielfältige Kompetenzen und Fähigkeiten haben, die Möglichkeit zu einer sinnvollen und befriedigenden Tätigkeit eröffnen können, für die derzeit allenfalls Auslagenersatz oder eine Aufwandsentschädigung gewährt wird und aus der regelmäßig keine Vergütung und damit kein Erwerbseinkommen zu erzielen ist.⁸

Ziele und Prioritäten der Weiterentwicklung

In Anbetracht der elementaren Bedeutung einer angemessenen, den Neigungen und Fähigkeiten eines Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entsprechenden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit, auch im Hinblick auf die persönliche und psychische Stabilisierung, ist zu prüfen, wie für diesen Personenkreis ein systematischer Zugang zur Teilhabe am Arbeitsleben geschaffen werden kann [12, 14, 15, 18].

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vorrangig auf den Erhalt von bzw. die Integration in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gerichtet. Diese Zielsetzung ist grundsätzlich auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gültig. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die hiermit verbundenen Anforderungen von diesem Personenkreis auf Grund der (stark) eingeschränkten bzw. diskontinuierlichen Arbeits- und damit Erwerbsfähigkeit vielfach – zumindest für einen längeren Zeitraum – nicht erfüllt werden. Eine große Herausforderung besteht daher darin, auch für diese Personengruppe die Möglichkeit des Zugangs zu Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten auch außerhalb der Werkstätten für behinderte Menschen zu schaffen, die ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechen. Denn es ist geradezu absurd, wenn ein »Recht auf Beschäftigung« nur mit enormem Finanzierungsaufwand in einer Werkstatt für behinderte Menschen realisiert werden kann.

8 Die potenziellen Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeiten im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist eingehend aufgezeigt worden von Lehmann, K: Grundsätzliche Bemerkungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. In: Bundesministerium für Gesundheit: Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, Baden-Baden 1999, S. 25-47

- Für einen großen Teil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besteht ein Bedarf an Teilzeitbeschäftigung – auch unterhalb der Schwelle zur sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit. Hier bedarf es der Absicherung des im Einzelfall bestehenden Anleitungs- und Unterstützungsbedarfs.
- Daneben besteht auch ein Bedarf bezüglich des Zugangs zu Arbeits- und Beschäftigungsangeboten als »Überbrückungshilfe«, z.B. im Vorfeld oder im Anschluss an Qualifizierungsmaßnahmen, um Brüche und damit einhergehende Destabilisierungen im Rehabilitationsprozess zu vermeiden.
- Für die Inanspruchnahme der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben sind Zugangswege zu eröffnen, die »den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen« Rechnung tragen (§ 10 Abs. 3 SGB IX). Für einen größeren Teil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die gegenwärtig geforderte formelle Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft kontraindiziert. Es ist daher erforderlich, für diesen Personenkreis beim Zugang zu dieser für sie zentralen Leistung Kriterien zu Grunde zu legen, die sich am konkreten Unterstützungsbedarf orientieren. Daneben sollte die Inanspruchnahme der begleitenden Hilfe auch im Rahmen von nicht sozialversicherungspflichtigen geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ermöglicht werden.

Wirtschaftliche Sicherung – Existenzsicherndes Einkommen

Integraler Bestandteil vorrangig anzustrebender sozialversicherungspflichtiger Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist ein dem individuellen Leistungsbeitrag angemessenes Entgelt, ggf. gestützt durch einen Subventionsanteil zum Ausgleich von Minderleistung oder bei der Aufnahme einer Beschäftigung im so genannten Niedriglohnsektor. Dabei sollte der Grundsatz gelten: Subvention des Arbeitsverhältnisses vor einer ggf. ergänzenden Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz).

Zur Schaffung von Anreizen zur Aufnahme einer Beschäftigung im Niedriglohnsektor werden derzeit für Langzeitarbeitslose verschiedene Modelle des *Kombilohns* diskutiert, erprobt und umgesetzt (z.B. das »Mainzer Modell«).

Die Möglichkeit zur Zahlung eines *Minderleistungsausgleichs* als Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber ist nur im Schwerbehindertenrecht vorgesehen. Zur Förderung und Sicherung von Arbeitsverhältnissen für Menschen, deren Leistungsvermögen infolge einer psychischen Beeinträchtigung diskontinuierlich oder längerfristig vermindert ist, sollte die Zahlung eines Minderleistungsausgleichs auch dann möglich sein, wenn die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft kontraindiziert ist.

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

Der Grundsatz »Subvention vor Sozialhilfe« sollte auch für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung gelten, die auf Grund einer erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit nur einer Teilzeitbeschäftigung – ggf. auch nur stundenweise – nachgehen oder nur auf dem besonderen Arbeitsmarkt tätig werden können. Hier sollte die Möglichkeit der Bündelung der Auszahlung von Leistungsentgelt und weiteren Leistungen (je nach Situation des Einzelfalles, insbesondere Hilfe zum Lebensunterhalt, ab 1.1.2003 Leistungen der bedarfsorientierten sozialen Grundsicherung, (Teil)Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) geprüft werden.

Anstöße zur Weiterentwicklung im Hilfesystem

Frühzeitiger Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Daten zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind alarmierend, wie jüngere Untersuchungen und auch die Ergebnisse der im Rahmen des Projekts durchgeführten Erhebungen gezeigt haben⁹.

Die Regionalerhebungen haben deutlich gemacht, dass – regional unterschiedlich ausgeprägt – bei den Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen und Dienste die Auseinandersetzung mit der Arbeits- und Beschäftigungssituation der Patienten bzw. Klienten vernachlässigt wird, obwohl diese Aufgabe teilweise ausdrücklich mit zu ihrem Auftrag gehört.

9 Vgl. Kap. B.4.1 des Zwischenberichts

Um einen frühzeitigen Zugang zu im Einzelfall notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten, ist von den Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen und Dienste als »Pflichtaufgabe« systematisch zumindest eine elementare Abklärung vorzunehmen. Die in der Abbildung 2 enthaltene exemplarische Darstellung lässt erkennen, dass eine erste Abklärung ob ggf. ein Bedarf an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht, einen geringen Arbeitsaufwand erfordert. Wesentlich ist, dass in einem ersten Schritt diese Abklärung erfolgt.

Der hierauf folgende zweite Schritt der konkreten Abklärung des Bedarfs an Hilfe und Unterstützung, ggf. einschließlich der Motivierung und Begleitung zur Inanspruchnahme von Hilfen sowie Festlegung von (Teil-)Zielen und des geplanten Vorgehens, erfordert regelmäßig die Beteiligung von Fachkräften, die nicht nur über psychiatrische Erfahrung verfügen müssen, sondern vor allem auch über Erfahrungen in der Arbeitsrehabilitation sowie über Kenntnisse in der Arbeitswelt und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierbei ist als fachliche Anforderung zu berücksichtigen: Häufig ist bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die Fähigkeit zur selbstständigen Inanspruchnahme, Koordination und Abstimmung von Hilfen beeinträchtigt und eine motivierende und stützende Begleitung erforderlich. Ohne diese Hilfefunktion besteht die Gefahr, dass die Betroffenen z.B. bei bloßer Über- oder Weiterverweisung auf andere Angebote »verloren gehen«, insbesondere auch bei einem Übergang von psychiatrischen zu arbeitsbezogenen Hilfen. Dabei kann es je nach Situation des Einzelfalles sinnvoll und notwendig sein, dass der Klient auf dem Weg zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von einer Fachkraft aus dem psychiatrischen Hilfesystem begleitet wird. Es kann aber auch sinnvoll sein, dass aus dem psychiatrischen Hilfesystem heraus nur eine Kontaktaufnahme angeregt wird und der Klient von einer Fachkraft aus dem Bereich arbeitsbezogener Hilfen »abgeholt« wird.

Für Patienten bzw. Klienten mit einem komplexen Bedarf an Hilfen ist jeweils gemeinsam mit ihnen eine personenzentrierte und integrierte (einrichtungs- und leistungsträgerübergreifende) Hilfeplanung unter Beteiligung aller im Einzelfall beteiligten Leistungserbringer vorzusehen. Die Umsetzung der Hilfeplanung ist durch eine koordinierende Bezugsperson zu begleiten, die einrichtungs- bzw. angebots- und leistungsträgerübergreifend tätig wird und für

»Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« – Eine Zusammenfassung

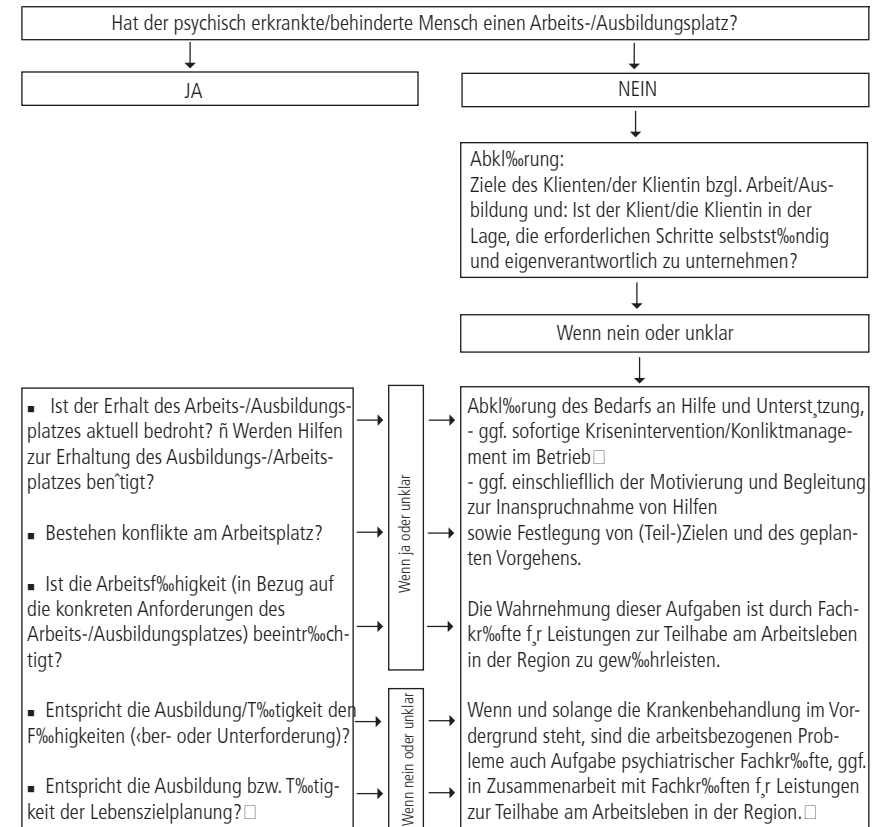


Abb. 2: Personenbezogene Perspektive von Abklärungs- und Entscheidungsfragen für Mitarbeiter psychiatrischer Dienste und Einrichtungen

eine angemessene, dem individuellen Bedarf entsprechende und abgestimmte Leistungserbringung Sorge trägt.

Barrierefreier Zugang zu Rehabilitationsleistungen

Die Möglichkeiten des Zugangs zu Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen dringend der Verbesserung. Zur Überwindung von Barrieren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von

Sozialleistungen wurden im SGB IX und im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen ein Anspruch auf einen Gebärdendolmetscher verwirklicht. Analog hierzu benötigen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine persönliche Assistenz durch eine Bezugsperson, die die Umsetzung der Hilfeplanung als »Lotse« koordinierend begleitet.

Das System der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit jeweils spezifischen Zugangskriterien ist hochgradig selektiv und trägt nicht den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Rechnung. Die gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Einzelfall notwendige Verknüpfung von psychiatrischen und arbeitsbezogenen Hilfen ist strukturell unterentwickelt und weithin eher von einem unverbundenen Nebeneinander geprägt. Das gegenwärtige System ist angebots- und maßnahmebezogen organisiert. Für den Zugang zu Leistungen müssen von den Rehabilitanden jeweils spezifische Voraussetzungen erfüllt sein. Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört u.a. eine günstige Prognose bezüglich der (Wieder-)Erlangung der Erwerbsfähigkeit.

Soweit bekannt, sind die sich hieraus ergebenden Selektionsmechanismen in Deutschland noch nicht empirisch untersucht worden. Zur exemplarischen Verdeutlichung der enormen Selektion kann daher nur auf Daten aus dem in Bern entwickelten »PASS-Programm zur Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft« zurückgegriffen werden, das zeitlich in fünf Phasen gliedert ist, wie sie analog auch für Integrations- und Platzierungsprozesse in Deutschland beschrieben werden (vgl. Abb. 3) [5, 11]. Aus diesen Daten ergibt sich, dass der größte Selektionseffekt mit deutlich über 50 % bereits im Vorfeld der Entscheidung über die Aufnahme in das Rehabilitationsprogramm eintritt und nach Ablauf der zweiwöchigen »Schnupper- und Abklärungsphase« nur knapp 30 % überhaupt in das Rehabilitationsprogramm aufgenommen werden. Für Deutschland dürfte die Situation strukturell vergleichbar sein, wonach nur eine vergleichsweise kleine Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen überhaupt Zugang zu Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben erhält.

Daneben ist der Frage nachzugehen, was aus den »Abbrechern« wird, die auf Grund von Krisen, die nicht abgefangen werden können oder weil sie nicht die erwarteten Rehabilitationsfortschritte machen, aus Rehabilitationsmaßnahmen vorzeitig ausscheiden.

»Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« – Eine Zusammenfassung

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

Abb. 3: Verlauf des PASS-Programms

Normalisierungsprinzip: Rehabilitation im betrieblichen Umfeld

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

Einen besonders anschaulichen und nachdrücklichen Anstoß, die Rehabilitation im betrieblichen Umfeld nachhaltig zu stärken, geben die Ergebnisse einer in den USA von Drake et al. [10] durchgeführten Studie, bei der die Effektivität von zwei unterschiedlichen Ansätzen in der beruflichen Rehabilitation von Personen mit schweren psychischen Störungen untersucht wurden: Einerseits der Weg der individuellen Platzierung und Unterstützung durch eine Fachkraft (employment specialist) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und andererseits die schrittweise Rehabilitation durch Rehabilitationseinrichtungen.

Als wichtigstes Ergebnis der Studie wird festgehalten, dass die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt (competitive employment) mit dem Ansatz der individuellen Platzierung und Unterstüt-

Rehabilitationsansatz	Erreichte Integration in	
	AllgemeinenArbeitsmarkt	BeschützteBeschäftigung
Betrieblich mit Unterstützung	60,8 %	9,2 %
Durch Rehabilitationseinrichtungen	10,8 %	71,1 %

Abb. 4: Rehabilitationsansätze und Integrationsbilanz

zung wesentlich besser gelang als auf dem herkömmlich »gestuften« Weg in und durch Rehabilitationseinrichtungen (siehe Abb. 4). Der Ansatz der individuellen Platzierung und Unterstützung entspricht dem Normalisierungsprinzip und den Prinzipien unserer sozialrechtlichen Regelungen, nach denen »allgemeine« – hier insbesondere betriebliche – Maßnahmen Vorrang vor denen in speziellen Einrichtungen haben¹⁰. Allerdings stellt sich häufig das Problem, dass die im Einzelfall erforderliche spezielle Handlungskompetenz von Fachkräften vorwiegend in speziellen Einrichtungen zu finden und dort »institutionell« abgesichert ist. Es sind Struktur-/Organisationskonzepte zu entwickeln, wie die derzeit unter dem Dach einer Einrichtung gebündelte Kompetenz personen- und bedarfsorientiert »laufen lernen« kann (unterstützte Erprobung, Qualifizierung, Beschäftigung).

Funktionale und personenzentrierte Organisation von Hilfen

Die im Rahmen eines wohnortnahen Systems von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Rehabilitationsleistungen) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erforderlichen Angebote sind in den letzten 15 Jahren wiederholt beschrieben [3, 7, 9], bislang aber vollkommen unzureichend umgesetzt worden. Im Zuge der Weiterentwicklung fachlicher Konzepte und Erkenntnisse ist auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe ein Paradigmenwechsel von einer einrichtungs- und maßnahmebezogenen Organisation von Hilfen zur einer personenzentrierten Organisation zu vollziehen. Eine solche Umorientierung wird inzwischen auch bei den Eingliederungsstrategien zur Beschäftigungsförderung zu Grunde gelegt [1].

Gegenwärtig sind Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am

¹⁰ Vgl. Kap. B.2. des Zwischenberichts

Arbeitsleben weithin angebotsorientiert organisiert, mit der Folge, dass für die Maßnahmen jeweils die passenden Klienten gesucht werden¹¹. Dabei lautet die zentrale Frage:

Welcher Mensch mit psychischer Beeinträchtigung ist ausreichend motiviert und belastbar, um das Angebot erfolgreich nutzen zu können?

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

Welche Unterstützung und Förderung braucht der Mensch mit psychischer Beeinträchtigung aktuell, um seine Arbeitsfähigkeit zu erproben, zu erhalten oder wieder zu erlangen, seine beruflichen Neigungen zu entdecken und seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln, einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Zugang zu Arbeit und Beschäftigung zu erhalten und zu sichern.

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

Außerdem sind Anreize und Rahmenbedingungen zu schaffen für eine verstärkte Hinwendung zur betrieblichen Rehabilitation (platziert rehabilitieren) und Beschäftigung und damit einhergehend zur Entwicklung von Kooperationsstrukturen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Bildungsträgern sowie Betrieben. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, wie die Finanzierung von funktionalen Leistungen zur Teilhabe gestaltet werden könnte, z.B. über eine Differenzierung nach Kostenarten für »Betreuungsaufwand« (Personalkosten Fach- und Anleitungspersonal), Ausstattung der Trainings-/Qualifizierungsplätze (technische und sachliche Ausstattung), Investitionsbetrag/Mieten für Übungs-/Schulungsräume, sonstige Infrastruktur (z.B. Kantine, Hausmeister). Zielperspektive sollte eine Finanzierung von funktionalen, an qualitative Standards gebundene Hilfen sein, die aber nicht zwangsläufig an bestimmte institutionelle Formen der Leistungserbringung gebunden ist.

¹¹ Vgl. hierzu die vorausgegangene Darstellung zu den Selektionsmechanismen des PASS-Programms

Elementare Hilfsfunktionen

Die in einem wohnortnahen System von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorzuhaltenden Hilfsfunktionen umfassen die folgenden Bereiche (vgl. hierzu auch Abb. 5).

Beratung – Diagnostik – Planung

Bei Menschen mit einer (drohenden) psychischen Behinderung wird in der Regel eine »allgemeine« Beratung z.B. durch die Leistungsträger (z.B. in einer Servicestelle) über Möglichkeiten und Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht ausreichen. Eine eingehende Abklärung von Zielen und des Bedarfs an Hilfen als Grundlage für die Erstellung eines Rehabilitationsplans wird notwendig sein.

Dabei geht es um die Klärung von Wünschen und Zielen des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, unter Berücksichtigung seiner biografischen Entwicklung, seiner Erfahrungen und seiner Lebenszielplanung, insbesondere der vorausgegangenen Ausbildung und beruflicher Erfahrungen sowie der vorhandenen und verfügbaren sowie beeinträchtigten oder noch nicht entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Diese Aufgabe kann nicht allein im Rahmen von Gesprächen wahrgenommen werden, sondern erfordert regelmäßig auch Möglichkeiten der praktischen Erprobung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Klärung und Entwicklung von Neigungen und Interessen. Auf dieser Grundlage ist gemeinsam mit dem Menschen mit psychischer Beeinträchtigung eine Rehabilitationsplanung zu erarbeiten, die sich auf überschaubare Zeitabschnitte und Rehabilitationsziele bezieht und im Rehabilitationsprozess fortgeschrieben wird.¹²

12 Zu den Anforderungen an Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsplanung vgl. u.a.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Frankfurt/Main 1992, S. 31 ff.; Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1987) a.a.O., S. 13

Unterstützung, Koordination und Abstimmung im Verlauf (Rehabilitationsmanagement)

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

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

Erforderlich ist daher eine kontinuierliche begleitende Unterstützung, insbesondere mit der Aufgabe der Koordination und Abstimmung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen und der Fortschreibung des Rehabilitationsplans, wie sie für den Bereich der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation eingehend in dem Konzept der »integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung« dargestellt worden ist.¹³ Danach ist zur Umsetzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans eine »therapeutische Bezugsperson« verbindlich festzulegen.

Die Unterstützung und Koordination der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfordert neben Kenntnissen der (Förder-) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der regionalen Umsetzungsmöglichkeiten vor allem Kenntnisse der regionalen betrieblichen Landschaft und Erfahrungen mit dem betrieblichen Alltag. Der mit der Aufnahme einer Arbeit bzw. dem Eintreten in den Prozess der beruflichen Rehabilitation verbundene Übergang von der Rolle als Patienten bzw. Klienten zum (künftigen) Arbeitnehmer ist

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

zu beachten¹⁴ und bei der Organisation von Hilfen Rechnung zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, mit dem Eintritt eines Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in das System der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch einen gesonderten Ansprechpartner als »Unterstützungsperson« zur Seite zu stellen. Dieser hat für alle arbeitsbezogenen Fragen beratend zur Verfügung zu stehen, den Verlauf als »Lotse« koordinierend zu begleiten, den Zugang zu rehabilitativen Hilfen zu ermöglichen, die Integration in und den Erhalt von Arbeitsverhältnissen zu sichern.

Es handelt sich um ein spezifisches, den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Rechnung tragendes Aufgabenprofil, wie es für die Integrationsfachdienste (§ 110 SGB IX) beschrieben ist. Dabei hat die Unterstützungsperson keine im engeren Sinne therapeutische Funktion zu übernehmen, aber gleichwohl die Verknüpfung und Abstimmung mit den im Einzelfall erforderlichen psychiatrischen Hilfen zu leisten.

Vorbereitende Hilfen

Die vorbereitenden Hilfen umfassen ein Spektrum von Leistungen, das von der (Wieder-)Erlangung von Grundfähigkeiten bis hin zu arbeitsspezifischen Kompetenzen reicht. Diese gegenwärtig maßnahmebezogen definierten Hilfen (vgl. Abb. 5) sind nach Inhalt, Intensität und Dauer entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles zu gestalten und können in den unterschiedlichsten Beschäftigungsfeldern (vgl. Abb. 1) realisiert werden.

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

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

Qualifizierung

Bei den Leistungen zur Qualifizierung handelt es sich neben Ausbildung/Umschulung um ein breites Spektrum von unterschiedlich ausgestalteten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Erwerb spezifischer beruflicher Kompetenzen. Die gegenwärtig in diesem Bereich angebotenen Maßnahmen für behinderte Menschen sind noch nahezu ausnahmslos als Vollzeitmaßnahmen konzipiert. Eine Flexibilisierung der Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen in Teilzeit und/oder in Teil-/Vollzeit entsprechend der aktuellen individuellen Belastbarkeit ist dringend erforderlich.

Arbeit und Beschäftigung

Im Bereich Arbeit und Beschäftigung sind vor allem Hilfen zur Erlangung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes sowie begleitende Hilfen von grundlegender Bedeutung, die sowohl die Beratung und Unterstützung des Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beinhalten, wie auch die Beratung und ggf. Anleitung von Vorgesetzten und Kollegen.

In einem regionalen System zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist neben rehabilitativen und qualifizierenden Hilfen auch die Schaffung und Vorhaltung von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten erforderlich, die insbesondere »Unterstützte Beschäftigung« (auch außerhalb der WfbM), Teilzeitarbeits-/Beschäftigungsmöglichkeiten – auch unter 15 Std./Woche (Zuverdienst) und »Überbrückungshilfen« (bis zum Beginn oder im Anschluss an eine Qualifizierungsmaßnahme) umfassen.

Anforderungen an die Ausgestaltung

Die Organisation von Hilfen unter besonderer Berücksichtigung der Abklärung des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsplanung und des Rehabilitationsmanagements, einschließlich der Vernetzung zu/Abstimmung mit im Einzelfall erforderlichen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Krankenbehandlung und der sozialen Eingliederung, soll insbesondere folgenden Anforderungen entsprechen:

- Zielorientierte Planung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen

Fortlaufend entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Bedarf

Beratung – Diagnostik – Planung	Unterstützung, Koordination und Abstimmung im Verlauf	Vorbereitende Hilfen
Abklärung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung/Aufnahme einer Beschäftigung erforderlich sind, einschließlich der ggf. erforderlichen Motivation bzw. Unterstützung zur Inanspruchnahme von Hilfen. Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitations-/Eingliederungsplans unter Berücksichtigung der angestrebten Ziele ■ aktuellen Problemlage ■ vorhandenen und der noch nicht vorhandenen bzw. krankheits-/behinderungsbedingt beeinträchtigten Fähigkeiten.	Kontinuierliche Beratung (angefangen von der Beratung bei der Lebenszielplanung in Bezug auf eine mögliche spätere Berufstätigkeit) und Begleitung. Koordination und Abstimmung unter Berücksichtigung der Schnittstellen von ■ medizinischer Rehabilitation ■ Leistungen der Krankenbehandlung ■ Maßnahmen/Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ■ Maßnahmen/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Überprüfung der Zielerreichung.	zur (Wieder-)Erlangung und Erprobung elementarer arbeitsbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten, z.B. durch ■ Arbeitstherapie ■ Berufsförderung ■ Arbeitserprobung ■ Arbeitstraining ■ Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten ■ Förderungslehrgang ■ Rehabilitationsvorbereitungslehrgang Qualifizierung ■ Ausbildung ■ Berufliche Anpassung ■ Fortbildung ■ Umschulung ■ Weiterbildung

Arbeit und Beschäftigung auf dem allgemeinen und besonderen Arbeitsmarkt einschließlich

- arbeitsweltbezogener Beratung und Unterstützung am Arbeitsplatz (Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes – begleitende Hilfe – unterstützte Beschäftigung)
- Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (Stellensuche, Arbeitsvermittlung)

Arbeits- und Beschäftigungsangebote, insbesondere auch

- unterstützte Beschäftigung (auch außerhalb der WfbM)
- Teizeit-Arbeits-/Beschäftigungsmöglichkeiten – auch unter 15 Std./Woche (Zuverdienst)
- »Überbrückungshilfen« (bis zum Beginn oder im Anschluss an eine Qualifizierungsmaßnahme)

Abb. 5: Personenbezogenes wohnortnahes Angebot von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

entsprechend dem aktuellen Bedarf für überschaubare Zeiträume;

- Bestimmung der notwendigen Leistungen unter Berücksichtigung der Prinzipien der Selbsthilfeorientierung und Normalisierung;
- Koordination und Abstimmung im Verlauf.¹⁵

Flexibel und barrierefrei

Rehabilitationsmaßnahmen sollen entsprechend den im Einzelfall bestehenden Erfordernissen flexibel gestaltet sein und durchgeführt werden, beeinträchtigungsbedingte Unterbrechungen integrieren, um Abbrüche zu vermeiden und die Chancen für den Rehabilitationserfolg zu erhöhen. Der Rehabilitationsverlauf muss langfristig offen sein für Änderungen zum Besseren, aber auch Rückschläge einbeziehen, die jedoch nie von vornherein endgültig sind. Es muss die Möglichkeit der Anpassung an eine diskontinuierliche Leistungsfähigkeit und einen möglicherweise fluktuierenden Krankheitsverlauf bestehen, um strukturbedingte Abbrüche zu vermeiden und die Chance des Eingliederungserfolges zu maximieren. Die Rehabilitationsplanung und das Rehabilitationsmanagement sollen die Kontinuität der notwendigen therapeutischen Begleitung des Rehabilitanden über Maßnahme- und Leistungsträgergrenzen hinweg und im Sinne des Integrationserfolges bis zur Erlangung eines Arbeitsplatzes und der Stabilisierung am Arbeitsort gewährleisten.

Weiter ist das Gebot der »barrierefreien Leistungserbringung« zu beachten. Soweit einerseits für den Zugang zu speziellen Leistungen spezifische Voraussetzungen erfüllt sein müssen, ist dafür Sorge zu tragen, dass diese nicht zu einer Zugangsbarriere zum System werden; erforderlich ist auch die Vorhaltung von »niedrigschwelligen« Angeboten, die darauf zielen, überhaupt eine Motivation zur Aufnahme einer Tätigkeit zu entwickeln und Neigungen, Fähigkeiten und Belastbarkeit zu erproben.

15 Ausführlich in 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, S. 166 ff.

Netzwerkorientierung (Wohnortnähe)

Die Bedeutung wohnortnaher Hilfen gerade auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist wiederholt und eingehend beschrieben worden. Hervorgehoben wurde dabei insbesondere, Belastungen des Rehabilitanden, die durch Beziehungsabbrüche und soziale Entwurzelung bei einem erzwungenen Ortswechsel entstehen können, so gering wie möglich zu halten und die Kontinuität in der Zusammenarbeit mit den regionalen psychiatrischen Diensten zu ermöglichen.

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

Regionale Umsetzung

In Anbetracht der gegenwärtig bestehenden erheblichen regionalen Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung und Verfügbarkeit von Hilfen und dem weit verbreiteten Nebeneinander von Angeboten¹⁶ ist einerseits, analog zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbünde, auch für die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Entwicklung von Verbundsystem zu fördern und zu fordern und andererseits, strukturell wie auch im Einzelfall, die ggf. erforderliche Verknüpfung von psychiatrischen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten.¹⁷

Zur wohnortnahen Vorhaltung und bedarfsgerechten Ausgestaltung der vorstehend beschriebenen elementaren Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten sind verbindliche Strukturen zur Koordination und Steuerung auf regionaler Ebene zu entwickeln

16 Vgl. Hierzu insbes. Kap. B 3 dieses Zwischenberichts sowie die Ergebnisse der Regionalerhebungen unter C.

17 Vgl. u.a. Bertelsmann Stiftung et al (Hg.), a.a.O., 2002

und umzusetzen, in denen sich die jeweiligen Leistungsanbieter und Leistungsträger (Reha-Träger) zu einer gemeinsam getragenen Leistungsverpflichtung insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zusammenfinden. Darüber hinaus sind Qualitätsstandards für die Hilfeangebote (Einrichtungen und Dienste) und für die Leistungserbringung zu erarbeiten und zu implementieren. Die Wahrnehmung der regionalen Koordinations- und Steuerungsfunktion erfordert die Entwicklung und Implementation von Instrumenten und Verfahren zur Bedarfsermittlung und -planung, verknüpft mit einer regelmäßigen Berichterstattung.

Dieser Prozess der Weiterentwicklung und Umgestaltung, hin zu einer personenzentrierten Organisation der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sollte in ausgewählten Regionen systematisch unterstützt, begleitet und evaluiert werden, um aus den in diesen Referenzregionen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen Anregungen und Orientierungen für eine Umsetzung zu erhalten.

Leitlinien zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben als vorrangiges Ziel

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

Dies gilt in besonderer Weise auch für Menschen psychischen Beeinträchtigungen. Daher ist für diesen Personenkreis das Ziel, »die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern« (§ 4 SGB IX, § 10 SGB I) konsequent und nachhaltig zu verfolgen. Dabei geht es um das gesamte Spektrum von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten von stundenweiser Tätigkeit bis zur Vollzeitbeschäftigung, vorrangig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, aber auch im besonderen Arbeitsmarkt und im Dritten Sektor.

Wirtschaftliche Sicherung

Jeder Mensch mit einer psychischen Beeinträchtigung, der im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit seine Arbeitskraft einsetzt, sollte ein dem individuellen Leistungsbeitrag angemessenes Einkommen erzielen. Um ein existenzsicherndes Einkommen zu gewährleisten, sind leistungsmotivierende Entgeltmodelle unter Berücksichtigung des Grundsatzes »Subvention vor Sozialhilfe« (einschließlich der Bündelung von Sozialhilfe – Hilfe zum Lebensunterhalt – und Leistungsentgelt bei der Beschäftigung in einer WfbM) zu entwickeln und umzusetzen; hierzu gehört auch, für diesen Personenkreis einen Anspruch auf Minderleistungsausgleich ohne förmliche Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft und auch bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zu schaffen.

»Den besonderen Bedürfnissen wird Rechnung getragen«¹⁸

Zu den Besonderheiten schwerer und chronischer psychischer Erkrankungen gehören ein fluktuierender Verlauf mit wechselnder Stabilität und Belastbarkeit. Diese besonderen Beeinträchtigungen lassen sich durch Behandlung und Rehabilitation positiv beeinflussen, aber nicht vermeiden. Hieraus ergibt sich ein komplexer Bedarf an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Behandlung, zur Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diesem ist durch integrierte personenzentrierte Rehabilitationsprogramme Rechnung zu tragen.

Qualitätskriterien

Zur Sicherung des Zugangs zu Arbeit und Beschäftigung sind folgende Qualitätskriterien zu erfüllen:

- Für jeden Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist gemeinsam mit ihm frühzeitig eine *integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung* zu erarbeiten, ausgehend von seinen Neigungen, Interessen, Fähigkeiten und Zielen und unter Berück-

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

sichtigung des regionalen Arbeitsmarktes, die in jeweils überschaubaren Zeiträumen überprüft und fortgeschrieben wird.

- Zur Umsetzung ist eine *fortlaufende kontinuierliche Begleitung* und Koordination durch *eine* Bezugs-/Unterstützungsperson verbindlich festzulegen und zu gewährleisten.
- Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist das *Normalisierungsprinzip* zu berücksichtigen. Danach hat die Erbringung von Leistungen im betrieblichen Kontext Vorrang vor Leistungen in speziellen Rehabilitationseinrichtungen (Prinzip: Erst platzieren und dort rehabilitieren). Ebenso hat die Nutzung von Ressourcen im betrieblichen Umfeld (Unterstützung und Anleitung durch Kollegen und Vorgesetzte) Vorrang vor Leistungen durch Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation und Integration sowie vor psychiatrischen Hilfen.
- Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen *wohnortnah* verfügbar sein, um dem Menschen mit psychischer Beeinträchtigung die Integration im vertrauten sozialen Umfeld zu gewährleisten und die Kontinuität tragender therapeutischer Beziehungen zu ermöglichen.
- Der Zugang zu Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Bedarf an Unterstützung und Förderung *barrierefrei* möglich sein und auch »niedrigschwellige«, motivierende Angebote zur Entwicklung und Entdeckung von Neigungen und Fähigkeiten umfassen.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind *frühzeitig* in Betracht zu ziehen und mit ihnen ist entsprechend dem individuellen Bedarf rechtzeitig – bereits in der Akutbehandlung – und *ohne Wartezeit* zu beginnen.
- Es muss die Möglichkeit zu einer *flexiblen Anpassung* der Hilfen bei einem wechselnden Hilfebedarf, wie auch der Anforderungen an den Menschen mit psychischer Beeinträchtigung an eine diskontinuierliche Leistungsfähigkeit bestehen (flexible personenbezogene Arbeitsgestaltung). Schwankungen in der Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit oder der Übergang von Maßnahmen sollten nicht zwangsläufig einen Wechsel des Arbeitsortes nach sich ziehen.
- Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind *berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend* zu erbringen.

Finanzierung der Hilfen

Die Realisierung personenzentrierter »maßgeschneiderter« Hilfen auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfordert eine Weiterentwicklung von Finanzierungsvereinbarungen, um eine bedarfsorientierte und leistungsträgerübergreifende Leistungserbringung sicher zu stellen. Die Leistungsvereinbarungen müssen die vorstehend genannten Qualitätskriterien durchsetzen, insbesondere die frühzeitige, verbindliche und komplexe Gewährung und Durchführung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen.

Regionale Koordination und Steuerung

Analog zum Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbünde und hiermit vernetzt sind verbindliche und vertraglich fixierten Verbundsysteme für den Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu schaffen. Diese haben dafür Sorge zu tragen, dass entsprechend dem (nicht immer gleichmäßigen) Bedarf für jeden Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in der Region die geeigneten Hilfen zur Verfügung stehen.

Dazu gehören arbeitsbezogene Beratung und Unterstützung, (Wieder-)Erlangung und Erprobung von arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Qualifizierung einschließlich Ausbildung sowie ein ausreichendes Angebot an Möglichkeiten der unterstützten Beschäftigung (auch außerhalb der WfbM und im Rahmen von Teilzeitarbeit unterhalb der Schwelle für sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten – »Zuverdienst«). Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass strukturell wie auch im Einzelfall die ggf. erforderliche Verknüpfung von psychiatrischen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet ist.

Zur Entwicklung einer wirksamen regionalen Koordination und Steuerung ist eine verbindliche Kooperation der Leistungsträger durchzusetzen, die Entscheidungen »vor Ort« ermöglicht.

Literatur

1. 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
2. BUNDESGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Frankfurt/Main 1992,
3. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.): Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter. Vorschlag für ein behinderungsgerechtes System der beruflichen Eingliederung, Bonn 1987
4. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001
5. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.): Strategien der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter. Wege und Methoden der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, Bonn 1994
6. 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
7. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988
8. CRANACH, M., FINZEN, A. (Hg.): Sozialpsychiatrische Texte, New York, Heidelberg, Toronto, 1972
9. DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR DIE REHABILITATION BEHINDERTER: »Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in funktionaler Betrachtungsweise« – Handreichung des Arbeitsausschusses »Psychische Behinderungen«, Psychiatrische Praxis 38, 1999, S. 44–46
10. DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., BEBOUT, R.R. et al: A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city-Patients With Severe Mental Disorders. Arch Gen Psychiatry 56, 1999, S. 627–633
11. HOFFMANN, H.: Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt – Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? Psychiatrische Praxis 26, 1999, S. 211–217
12. HOFFMANN, K., PRIEBE, S. ISELMANN, M., KAISER, W.: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten.

- ten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis 24, 1997, S. 221–226
13. LEHMANN, K.: Grundsätzliche Bemerkungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. In: Bundesministerium für Gesundheit: Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, Baden-Baden 1999, S. 25–47
14. PRIEBE, S.: Welche Ziele hat die psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie? Psychiatrische Praxis 26, 1999, Sonderheft 1, S. 36–40
15. REKER, T.: Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. Psychiatrische Praxis 26, 1999, Sonderheft 1, S. 12–15
16. SHEPHERD, G.: Institutional Care and Rehabilitation, London 1984
17. STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998
18. VETTER, P., KIEL, M., SOLOTHURN, C.: Die Rehabilitation psychisch Behinderter in Wohngemeinschaften: Der Einfluss der Arbeitsleistung und anderer Variablen auf die Hospitalisierungsdauer. Psychiatrische Praxis 17, 1990, S. 78–84

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Lennarth ANDERSSON, Lund, Schweden
Jürgen BERNHARDT, Leiter des Berufsbildungszentrums Münster
Dr. Peter BEULE, Koordinator der Integrationsfachdienste und Integrationsprojekte, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster
Hans-Gerd BUDE, Schwerbehinderten-Vertrauensmann, Geschäftsbereich Kältetechnik, Linde AG, Köln
Berthold DEUSCH, Koordinator der Integrationsfachdienste und Integrationsprojekte, Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe
Florian GERSTER, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg
Christian GREDIG, Projektmitarbeiter der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn
Jürgen GÜTSCHOW, Angehöriger, Berlin
Dr. Henning HALLWACHS, Vorsitzender der BAG BTZ, Berufliches Trainingszentrum Hamburg
Wilfried HAUTOP, Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte, Bremen
Dr. Holger HOFFMANN, Leiter der Abteilung Sektorisierte Gemeindepsychiatrie, Sozialpsychiatrische Universitätsklinik Bern
Hubert KIRCHNER, Geschäftsführer Arkade e.V., Ravensburg
Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal, stellvertretender Vorsitzender AKTION PSYCHISCH KRANKE
Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Ärztlicher Leiter der Klinik für Psychiatrie, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Bremen, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE
Priv. Doz. Dr. Gerhard LÄNGLE, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Rehabilitationswesen an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Leiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie, Tübingen
Klaus LAUPICHLER, Vorstand im Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, Bonn
Dr. Rainer MARIEN, Leiter der ärztlichen Fachgruppe, Berufsförderungswerk Hamburg
Prof. Dr. Peter MROZYSKI, Jurist, Fachhochschule München
Dr. Niels PÖRKSEN, Projektleiter, Schmargendorfer Straße, Bielefeld, Schatzmeister der AKTION PSYCHISCH KRANKE
Julia POHL, Leiterin der Ergotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal

Rainer RADLOFF, Geschäftsführer der Rege Gemeinnützige Regionale Personalentwicklungsgesellschaft mbH, Bielefeld
Dr. Thomas REKER, Leitender Arzt der Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30, 48147 Münster
Walter RIESTER, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Berlin
Reinhard SAAL, Werkstatt für behinderte Menschen Dieburg
Arnd SCHWENDY, Leiter des Sozialamtes Köln
Regina SCHMIDT-ZADEL, Mitglied des Deutschen Bundestages, Berlin, Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE
Burkhard VON SEGGERN, DGB, Abteilung Arbeitsmarktpolitik und internationale Sozialpolitik, Berlin
Anton SENNER, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen, Berlin
Dr. Hans-Ludwig SIEMEN, Vorsitzender »Die Wabe e.V.«, Erlangen
Henning VOßBERG, Leiter der Ergotherapie, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Züricher Straße Bremen
Prof. Dr. Wolfgang WEIG, Ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück, Vorsitzender der BAG RPK