Projektbericht

TAB

Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme

(01.01.2004 bis 31.12.2007)

vorgelegt von

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.
Bonn

Inhalt

1. Einführung 5

2. Ausgangssituation 7

3. Projektziele 10

4. Vorgehen 13
4.1 Der Projektbeginn 13
4.2 Die Projektverlängerung 13
4.3 Arbeitsgruppe, Kommission und Projektmitarbeiter 14
4.4 Die Bekanntmachung des Projekts und Auswahl der Projektregionen 14
4.5 Die Abstimmung der Projektvereinbarungen 18
4.6 Das Vorgehen in den Regionen 19
4.7 Erfahrungstransfer 21
4.8 Bundesweite Fachtagung „Individuelle Wege ins Arbeitsleben“ 22
4.9 Initiativen zur Verzahnung des Projekts mit anderen Projekten 23
4.10 Die Rahmenaktivitäten 25

5. Implementation personenzentrierter Konzepte zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung 26
5.1 Netzwerkbildung 26
5.2 ‚Arbeit und Beschäftigung’ als obligatorischer Bestandteil individueller Gesamthilfeplanung 27
5.3 Von angebots- zu zielorientierter Hilfeplanung 29
5.4 Sicherstellung konsensueller Entscheidungen über individuelle Hilfebedarfe durch Hilfeplankonferenzen 30
5.5 Koordination der Hilfen durch koordinierende Bezugspersonen 33
5.6 Regionale Pflichtversorgung 35

6. Differenzierung der Zielgruppen und Handlungsbedarf 37

7. Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen 41
7.1 Zusammenfassung 41
7.2 Assessment für psychisch beeinträchtigte Menschen 41
7.3 Die modulare Organisation des zielgruppenspezifischen Assessments 47

8. Projektschwerpunkt: Zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Förderinstrumente 50
8.1 Leistungen für berufstätige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen 50
8.1.1 Wachsende Zahl psychischer Erkrankungen 50
8.1.2 Begrenzte Ressourcen im Hilfesystem 51
8.1.3 Für Berufstätige relevante Felder 52
8.1.3.1 Kassenfinanzierte Leistungen 52
8.1.3.2 Prävention und betriebliches Eingliederungsmanagement 53
8.1.3.3 Integrationsämter und Integrationsfachdienste 55
8.1.3.3.1 Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen 55
8.1.3.3.2 Arbeitsassistenz 56

8.1.3.3.3 Integrationsfachdienste (IFD) 57
8.1.4 Qualifizierung 58
8.1.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 59
8.1.6 Medizinische Rehabilitation 60
8.1.7 Integrationsbetriebe 61
8.1.8 Der „barrierefreie“ Arbeitsplatz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung 62

8.2 Leistungen nach dem § 33 SGB IX für arbeitslose bzw. arbeitssuchende Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen 63

8.3 Leistungen nach dem § 16 SGB II 65
8.3.1 Spezifische Arbeitsgelegenheiten nach § 16 Abs. 3 66
8.3.1.1 Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II – RoNA 67
8.3.1.2 Integrationsangebote in Hamburg nach § 16 Abs. 3 SGB II 75
8.3.2 Begleitung bei der Arbeitssuche- bzw. Aufnahme und Erhalt des Arbeitsplatzes – Jobcoaching 76
8.3.2.1 Job-Coaching durch die ARGE in Gera 76
8.3.3 Kombi-Lohn-Modelle 79
8.3.3.1 Kombi-Lohn-Modelle in Hamburg 79
8.3.3.2 Kombi-Lohn-Modelle in Bielefeld 80

8.4 Flexibilisierung der Leistungen nach § 40 und § 41 SGB IX 80
8.4.1 SAFARI in Saalfeld/Rudolstadt 82
8.4.1.1 Erfahrungen aus den ersten 1 ½ Jahren 86
8.4.1.2 SAFARI – Saalfelder Modell für flexible Arbeit und Integration – Auszüge aus der Konzeption 87
8.4.2 „i-werk“ und KOPERNIKUS in Ostvorpommern 89
8.4.2.1 Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen „i-werk“ 89
8.4.2.2 Das Projekt Kopernikus – betriebliche Teilhabe statt Werkstatt 91
8.4.3 TRANSIT im Bodenseekreis 93
8.4.4 Teilhabe–Lösungen in Bielefeld 102
8.4.4.1 Modellprojekt BEP 103

8.5. Zuverdienstmöglichkeiten 108
8.5.1 Ansätze im Rahmen des § 11 SGB XII 110
8.5.1.1 Fallmanagement für als erwerbsunfähig eingestufte Sozialhilfe-Empfänger in Bielefeld 111
8.5.1.2. Umsetzung des § 11 SGB XII in anderen Regionen 114
8.5.1.3 Zuverdienst-Modelle 114
8.5.1.4 Weitere niedrigschwellige Angebote 118
8.5.1.5 Die virtuelle Tagesstätte mit Kioskbetrieb in Bielefeld 118
8.5.1.6 Zuverdienst im Minijob im Landkreis Hztm. Lauenburg 120
8.5.1.7 Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ohne Verdienst 120

9. Sozialrechtliche Aspekte 129
9.1 Sozialrechtliche Entwicklung 129
9.2 Übersicht der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung 130
9.3 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Sozialgesetzbücher 130
9.3.1 Weiterentwicklung des SGB II 130
9.3.2 Weiterentwicklung des SGB IX 132

9.3.3 Weiterentwicklung des SGB XII 134

10. Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben 135

Anhang

1. Mitglieder der Kommission zum Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“
2. Interessenbekundung zur Teilnahme und Beschreibung der regionalen Versorgungsstruktur
3. Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan
4. Zusatzbogen „Zielerreichung“
5. Übersicht der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
6. Projektvereinbarungen aus den Regionen
7. Sammlung einiger Projekte und Beispiele aus den Regionen
8. Sammlung von Beispielen für HPK-Dokumentationen
9. Auszug aus dem Equal-Projektantrag
10. Dokumentation der klientenbezogenen Kooperation mit Equal ‚apk’

1. Einführung

Seit dem Jahr 2000 hat sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) vorrangig mit dem Thema „Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ befasst: Zunächst mit einer vom BMA, später BMGS geförderten Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker, verbunden mit einer Jahrestagung im Jahre 2002 unter Mitwirkung des zuständigen Ministers Walter Riester und anschließenden Publikationen „Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ und „Individuelle Wege ins Arbeitsleben“.

Psychische Erkrankungen führen besonders häufig zu anhaltender Erwerbslosigkeit; das zeigen alle aktuellen Statistiken. Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen sind überwiegend ohne Arbeit und Beschäftigung. Bei einem großen Teil der Langzeitarbeitslosen mit komplexen Hilfebedarf liegen psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen vor, auch dann, wenn diese Erkrankungen kaum bekannt sind oder behandelt werden.

Dabei gilt: Es gibt nichts Integrativeres als die Arbeit. Nur Arbeit schafft es, dass Zugehörigkeit zur Gesellschaft – also Teilhabe im engeren Sinne – realisiert wird (Douglas Bennet, London 1994 auf dem Sozialpsychiatrischen Weltkongress in Hamburg).

Diese Tatsache ist in der Psychiatriereform der Bundesrepublik lange vernachlässigt worden. Bei einer Untersuchung zu 6 blinden Flecken der Psychiatriereform ging es aus der Sicht der Betroffenen 4 mal um das Thema Arbeit. (Renate Schernus, Soz.Psych.Info 2001). Für den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker steht die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung mit 70 % an der Spitze aller Forderungen, noch vor der Forderung nach besserer Behandlung und Nachsorge.

Die Bedeutung von Arbeit schildert die ehemalige Psychiatriepatientin Sybille Prins in ihrem Buch „jetzt endlich lebe ich richtig“ (Paranus Verlag 2005) in folgender Geschichte:

„Es war einmal ein Mann, der starb und sich an einem wunderschönen Ort wieder fand, umgeben von allem nur denkbaren Komfort. Ein Mann in weißem Jackett kam zu ihm und sagte: „Sie können alles haben was Sie möchten; jede Speise, jede Freude und jede Art von Unterhaltung“.
Der Mann war hocherfreut und kostete tagelang von allen Köstlichkeiten und Erfahrungen, von denen er auf der Erde geträumt hatte.
Aber eines Tages langweilte ihn all das und er rief den Aufseher zu sich und sagte zu ihm: „mich langweilt all das, ich brauche etwas zu tun. Was für eine Arbeit können Sie mir geben?“
Der Aufseher schüttelte traurig den Kopf und erwiderte: „Es tut mir leid, Herr. Das ist das Einzige, was wir nicht für Sie tun können. Hier gibt es keine Arbeit für Sie“.
Da sagte der Mann: „na, Klasse. Da könnte ich ja genau so gut in der Hölle sein!“
Der Aufseher sagte sanft: „ja, was glauben Sie denn, wo Sie hier sind?“

So weit die kleine Geschichte. Sybille Prins an anderer Stelle: „Arbeit muss vielleicht nicht unbedingt sein: Aber erzwungenes Nichtstun ist eine enorme Qual. Es gibt da so eine pervertierte Form von Freiheit, wo man sich nirgendwo mehr betätigen kann, nirgendwo erwartet und gebraucht wird, es keine Anknüpfungspunkte für sinnvolle Tätigkeit gibt und alle Türen ins Nichts führen“.

Besser kann man kaum ausdrücken, was es für Menschen heißt – ob psychisch krank oder gesund – nicht am Arbeitsleben teilzuhaben.

Letzten Endes gilt:
Wer arbeitet,

- erhält einen Lohn (mit oder ohne Förderung),
- hat eine selbstverständliche Tagesstruktur,
- hat ein Leben neben dem privaten und damit auch Arbeitskontakte, die sich von privaten oft erheblich unterscheiden, erfreulich oder ärgerlich sind – aber eben normal.
- findet Bestätigung, wird gebraucht, erwartet und gehört dazu.

Wer nicht arbeitet, erhält auch Geld, möglicherweise nicht viel weniger. Aber sie – oder er

- hat keine selbstverständliche Tagesstruktur,
- wird nicht erwartet,
- hat keinen Grund, morgens aufzustehen,
- hat keine Anerkennung,
- hat keine selbstverständlichen Sozialkontakte.

Tagessstruktur und Kontakte müssen ggf. über Eingliederungshilfe organisiert und teuer bezahlt werden. Suchterkrankungen oder Schulden kommen hinzu. Am Ende wird volkswirtschaftlich in der Regel für den mehr ausgegeben, der nicht arbeitet, als für den, der arbeitet – selbst wenn es sich um geförderte Arbeit handelt.

In den Implementationsregionen dieses Projektes haben täglich konkrete Erfahrungen diese Einschätzungen bestätigt.

Für den Personenkreis der Menschen mit schweren psychischen Störungen, vor allem für Menschen mit psychischen Behinderungen, sind die konkreten Forderungen zur gesellschaftlichen Teilhabe von außerordentlich großem Gewicht. Die APK und die im Implementations-Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begrüßen deshalb mit Nachdruck, dass die Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 in diesem Bereich deutliche Akzente setzte: Kombilohn und Verbesserungen der Leistungen zur Teilhabe.

Weiterhin zu begrüßen ist das Vorhaben, Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen zu stärken: „ Wir wollen, dass die Leistungen zur Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben zeitnah und umfassend erbracht werden. Die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen werden wir intensivieren. Wir wollen, dass mehr von ihnen die Möglichkeit haben, außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen ihren Lebensunterhalt im allgemeinen Arbeitsmarkt erarbeiten zu können. Dabei werden wir auch prüfen, wie die Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber ausgestaltet werden, um die Planungssicherheit für die *dauerhafte Integration von behinderten Arbeitnehmern* in neue Beschäftigung zu verbessern“. (Koalitionsvereinbarung, 4118 ff.)

Aus den bisherigen Erfahrungen mit dem Implementationsprojekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ sind die Ansätze – Kombilohn/Verbesserungen der Leistungen zur Teilhabe und/oder dauerhafte Integration von behinderten Arbeitnehmern außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen – die entscheidenden Weichenstellungen zu einer erfolgreichen Teilhabe. Dabei wird die WfbM nicht überflüssig. Sie bleibt weiterhin für viele behinderte Menschen die angemessene Form der Teilhabe.
Über das Implementationsprojekt, die Auswahl der Regionen und den Verlauf der Umsetzung vor Ort berichten die nachfolgenden Kapitel.

2. Ausgangssituation

Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ist äußerst unbefriedigend. Dies belegen z. B. die Daten im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2001), der Tagungsbericht "Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen" der AKTION PSYCHISCH KRANKE (2002) und der Abschlussbericht des Projektes „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ (2003).

Gleichzeitig ist die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen unbestritten. Weit über den Einkommenserwerb hinaus stellt jedes Beschäftigungsverhältnis einen höchst wirksamen Integrationsfaktor dar, da darüber Kontakt, Zugehörigkeit, Tages- und Wochenstruktur und Aktivierung erreicht wird.

Die Aufnahme von Erwerbstätigkeit wird bei psychisch kranken Menschen u. a. durch folgende Faktoren erschwert:

1. Nach wie vor sind psychisch kranke Menschen wegen ihrer Erkrankung stigmatisiert. Auf Grund Unkenntnis und Vorurteilen werden sie als unheilbar, unberechenbar oder gar gefährlich eingestuft. Im Umgang mit psychisch Kranken tritt die Befürchtung auf, durch eigenes Verhalten zu Krankheitsverschlimmerung beizutragen. Beides führt nicht selten zu Kontaktvermeidung.

2. Hohe Arbeitslosenquoten führen zu einer resignativen Haltung. Die Vermutung ist verbreitet, dass bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit und den erwähnten Vorurteilen, die Bemühung um Beschäftigung nutzlos sei.

3. Während bei körperlichen Behinderungen und intellektueller Minderbegabung Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderung und vom sozialen Umfeld eher akzeptiert werden, besteht bei psychischen Beeinträchtigungen auf beiden Seiten oft die Erwartung voller Leistungsfähigkeit auch in Fällen bestehender Beeinträchtigung.

4. Psychische Erkrankungen sind oft durch wechselhafte Verläufe gekennzeichnet. Entsprechend kann die Leistungsfähigkeit stark schwanken. Bei gleich bleibenden Anforderungen kann es im Wechsel zu Über- und Unterforderung kommen.

5. Es ist mit erhöhten Fehlzeiten zu rechnen. Daraus resultieren besondere Anforderungen an die Arbeitsgestaltung, um eine Störung von Betriebsabläufen zu vermeiden.

6. Krankheitsbedingt sind berufsrelevante Fähigkeiten häufig eingeschränkt, z. B. Kontaktaufbau, Beziehungsgestaltung, Frustrationstoleranz, realistische Selbsteinschätzung.

Vor diesem Hintergrund werden erforderliche Hilfen zur Teilhabe für psychisch kranke Menschen

- vorwiegend in spezialisierten Einrichtungen für psychisch kranke Menschen oder Menschen mit Behinderungen und
- eher als Hilfen zur Selbstversorgung / Wohnen oder zur Tagesgestaltung

erbracht.

Beides entspricht oft nicht den Wünschen psychisch erkrankter Menschen und reduziert die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von Menschen mit Behinderungen.

Ungeachtet der genannten Schwierigkeiten zeigt sich, dass eine bedarfsgerechte Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

- psychische Erkrankung lindern und seelische Behinderung mindern,
- den Bedarf an psychiatrischer Behandlung und Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft reduzieren und
- die Lebenszufriedenheit von psychisch kranken Menschen deutlich erhöhen

kann. Der Ausbau und die Weiterentwicklung von Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ist daher fachlich entschieden zu befürworten und gesellschaftlich sinnvoll.

Aktuell zeigen sich vor allem folgende Probleme:

- Die Beschäftigungssituation von psychisch beeinträchtigten Menschen ist besorgniserregend. Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen sind überwiegend von einer Ihren Wünschen entsprechenden Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ausgeschlossen.
- Im psychiatrischen Hilfesystem findet das Thema ‚Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung' viel zu wenig Beachtung. Bei komplementären Diensten und Ein
- Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch Kranke erfolgt ganz überwiegend in darauf spezialisierten Einrichtungen. Diese arbeiten unter festen mit den Leistungsträgern vereinbarten konzeptionellen Vorgaben weitgehend angebotsorientiert. Nach Abschluss der jeweiligen ‚Maßnahme' verlieren sie die Zuständigkeit für den Klienten.
- Die Hilfeleistungen erfolgen fragmentiert in jeweiliger institutioneller Zuständigkeit. Einrichtungsübergreifende klientenbezogene Abstimmungen sind der persönlichen Initiative der Beteiligten überlassen.
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind derzeitig weithin einseitig auf (Wieder-) Herstellung der vollen Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Soweit dieses Ziel (noch) nicht realistisch ist, verbleibt als Hilfsangebot ausschließlich die Werkstatt für behinderte Menschen.
- Es fehlen barrierefreie Arbeitsplätze für psychisch behinderte Menschen. Deren Anforderungen sind weitgehend unbekannt.
- Es fehlen ausreichende dauerhafte Fördermöglichkeiten für die Teilhabe am Arbeitsleben von leistungsgeminderten seelisch behinderten Menschen.

Selbst wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für passgenaue Hilfen gegeben sind, werden diese oft nicht umgesetzt. Sozialrechtsreformen und konzeptionelle Fortentwicklungen (‚personenzentrierter Ansatz') schaffen nun Bedingungen für strukturelle Weichenstellungen zur Optimierung der Hilfen zur Teilhabe für psychisch kranke Menschen am Arbeitsleben. Aktuell besteht ein erhebliches Interesse, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen weiter zu entwickeln. Während es auf der Ebene einzelner Einrich-

tungen und Träger diverse positive Beispiele gibt, fehlen bisher regionale, am personenzentrierten Ansatz orientierte Verbundsysteme der Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat in den Jahren 2000-2003 das Projekt „*Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker*“ gefördert. Wesentliche Zwischenergebnisse wurden am 13. und 14. Mai 2002 bei der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. „Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ in Berlin vorgestellt. Auf dieser Tagung wie auch im Abschlussbericht[1] wurde erheblicher Handlungsbedarf festgestellt. Es wurde gefordert, dem Hilfebereich ‚Arbeit und Beschäftigung' wesentlich stärkere Beachtung schenken und auch in diesem Bereich Hilfen personenzentriert zu organisieren.

In dem darauf folgenden hier beschriebenen Implementationsprojekt sollte die regionale Realisierung dieser Empfehlungen in einigen Referenzregionen begleitet, durch wissenschaftliche Beratung gefördert und der Fachöffentlichkeit auf den Ebenen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, der Leistungsanbieter und der Leistungsträger bekannt gemacht werden.

Die Ergebnisse sollen auch für die Weiterentwicklung des Sozialrechts aufgearbeitet und nutzbar gemacht werden.

[1] Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.), Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Abschlussbericht zum „Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn 2004

3. Projektziele

Ziel ist die Teilhabe aller schwer psychisch Kranken am Arbeitsleben entweder im allgemeinen Arbeitsmarkt oder, sofern dies nicht erreichbar ist, im besonderen Arbeitsmarkt, wo neben den klassischen Strukturen der Werkstatt für behinderte Menschen neue Formen der Teilhabe in unterschiedlichster Form als Teil der Implementation entwickelt werden sollen.

Dabei soll durch Platzierung an normale Arbeitsstellen, öffentlich geförderte Arbeit, supported employment, Zuverdienst, Bündelung von Einkommensteilen (auch z. B. Grundsicherung oder HLU, Zuverdienst etc. zu einem Gehalt) und Schaffung von gering bezahlter Bürgerarbeit auch begünstigt werden, dass Finanzmittel aus der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingespart werden können. Denn wer arbeitet, der bekommt Gehalt und außerdem Tagesstruktur, Selbstbewusstsein, soziale Kontakte und andere Formen der Einbeziehung.

Der Schlüssel zur Effektivierung der Hilfen und Optimierung des Ressourceneinsatzes liegt in der Ermöglichung passgenauer und flexibler Hilfeleistung im Einzelfall, die abgestimmt bis zur Erreichung des individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsziels in therapeutischer und personeller Kontinuität erfolgen. Wenn man konsequent vom Hilfebedarf von Personen ausgeht, ergibt sich die Notwendigkeit des Umbaues des Versorgungssystems hin auf das Ziel personenzentrierter Hilfen[2]. Dies ist ein längerer, komplizierter Prozess, der auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben werden muss, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen:

a) Arbeitsebene: personen- statt einrichtungszentrierte Konzepte, Arbeitsformen, Gesamtplan (personenbezogen und Hilfe-Institutionen übergreifend),

b) Einrichtungsebene: Umorganisation der vorhandenen Einrichtungen, so dass sie im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes flexible und abgestimmte Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung leisten,

c) Steuerungsebene: zunehmend aufeinander bezogene Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit dem Ziel der Schwerpunktverlagerung von Hilfeleistungen in spezialisierten Einrichtungen zu Hilfen im allgemeinen Arbeitsleben,

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

Im Rahmen eines Implementationsprojekts sollte in vier bis sechs Regionen exemplarisch die Entwicklung von Verbünden zur Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen durch wissenschaftliche/fachliche Beratung, wechselseitigen Erfahrungsaustausch und Kompetenztransfer im Sinne eines Benchmarkingverfahrens gefördert werden. Diese regionalen Verbünde sollten als Referenzregionen auch anderen interessierten Verbünden den Auf- und Umbau von Hilfesysteme erleichtern, die zu langfristiger Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen am nicht geförderten und am geförderten Arbeitsmarkt beitragen.

---

[2] Autorengruppe Kruckenberg P u. a., Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 116/I der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999

Bei der Implementation von Konzepten und Handlungsstrategien zur Teilhabe psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen am Arbeitsleben stehen Fragen der Steuerung im Vordergrund auf der Ebene

a) des Einzelfalls
b) der Organisation von Hilfen im regionalen Hilfesystem (Verbund)
c) des Zusammenwirkens der Leistungsträger und der Leistungserbringer

mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung durch

- konsequente Orientierung am individuellen Bedarf
- personenzentrierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer
- Übernahme gemeinsamer Verantwortung und regionale Versorgungsverpflichtung.

Zentrales Anliegen des Projektes ist die Konkretisierung und Implementation von Strategien und Handlungskonzepten zur Sicherung der Teilhabe chronisch psychisch kranker/seelisch behinderter Menschen am Arbeitsleben;

Leitgedanke ist dabei die Orientierung am konkreten individuellen Bedarf der psychisch erkrankten/seelisch behinderten Person und die Realisierung personenzentrierter Hilfen (anstatt der bisher vorherrschenden institutionszentrierten und angebotsgesteuerten Organisation von Hilfen). Dabei kommt dem Grundsatz der wohnortnahen, vorrangig ambulant zu erbringenden, bedarfsgerechten Hilfe und der hierzu erforderlichen Übernahme von Versorgungsverpflichtung durch die Träger der Einrichtungen und Dienste besondere Bedeutung zu.

Im Hinblick auf das Ziel der Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch erkrankte/seelisch behinderte Menschen ergeben sich als Leitfragen für diejenigen,

- die zum Zeitpunkt der Erkrankung einen Arbeitsplatz haben: Wie können eine frühzeitige Abklärung der beruflichen Situation sowie die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Verhinderung der Ausgliederung aus dem Arbeitsleben (Kündigung) gewährleistet werden?
- die aus dem Erwerbsleben ausgegliedert wurden bzw. nach einer (abgebrochenen) Ausbildung noch nicht berufstätig waren: Wie ist die Organisation von Hilfen zu gestalten, damit für diesen Personenkreis die Teilhabe am Arbeitsleben – vorrangig betrieblich – entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten ermöglicht und gesichert werden kann?

Dabei ging es

- nicht um die Schaffung neuer Einrichtungen und Dienste, sondern um die Optimierung der bestehenden Angebote durch Verzahnung, verbindliche Kooperation und übereinstimmende Ausrichtung an den Prinzipien personenzentrierter Hilfeleistung,
- nicht um die Förderung neuer oder zusätzlicher Angebote, sondern um die wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung bestehender sozialrechtlicher Ansprüche und Vorgaben der Qualitätssicherung,
- nicht um ein Forschungsprojekt zur Entwicklung neuer Konzeptionen, sondern um die Umsetzung vorliegender Konzeptionen (‚personenzentrierte Hilfen') und Handlungsleitlinien,
- nicht um die befristete Erprobung neuer Formen der Hilfe unter Projektbedingungen, sondern um die Implementation von Qualitätsstandards und den Aufbau von Kooperationsstrukturen, die nach Projektabschluss nahtlos fortgeführt werden,
- nicht um den programmatischen Diskurs, sondern um verbindliche Vereinbarungen der Leistungserbringer untereinander und mit den Leistungsträgern zur Planung,

Durchführung und Evaluation von Hilfen zur Teilhabe von psychisch kranken Menschen.

Das Projekt diente zugleich der Umsetzung der Vorgabe von § 10, 3 SGB IX, nach dem den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppe Rechnung zu tragen ist. In dieser Zielsetzung geht es auch um die Umsetzung und Evaluation der Vorgaben des SGB IX durch

- Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der Psychiatrischen Versorgung, hier insbesondere in Bezug auf Teilhabe am Arbeitsleben: Einführung personenzentrierter Erhebung des Hilfebedarfs sowie einer integrierten Rehabilitations- und Eingliederungsplanung (einschließlich Ziel-, Zeit- und Handlungsdimension – siehe § 11/12 SGB IX).
- Implementation aktivierender und koordinierender Begleitungsangebote, da die Fähigkeit, Angebote von sich aus zu nutzen, bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen häufig beeinträchtigt ist (Koordinierende Bezugspersonen, Case-Management).
- Erprobung und Einführung personenzentrierter Arbeitsweisen bzw. -strategien im Bereich „Erhalt bestehender Arbeitsverhältnisse“ (Erhaltungsintervention einschließlich Prävention, § 33 Abs. 3 SGB IX)“, Erlangung eines Arbeitsplatzes (Förderung der Arbeitsaufnahme einschließlich Schaffen von behindertengerechten Arbeitplätzen- bzw. -möglichkeiten mit Orientierung am schwankenden Leistungsvermögen) und „Rehabilitation am Arbeitsplatz“ (erst platzieren, dann rehabilitieren) im Rahmen dieser wohnortnahen Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. und Teil 2 SGB IX).
- Aufbau von regionalen Verbund- und Steuerungssystemen, die in der Lage sind, die individuell und wohnortnahen erforderlichen Rehabilitations- und Eingliederungsangebote in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung zu stellen und eine personenzentrierte Leistungserbringung gewährleisten (Versorgungsverpflichtung, Umsetzung der Vorgabe von § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Hierzu gehört die Entwicklung entsprechender Konferenz- und Gremienstrukturen auf Seiten der Leistungsträger (§ 12 Abs. 2 SGB IX), der Leistungserbringer (insbesondere Gemeindepsychiatrischer Verbund) sowie die Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern (Versorgungsverträge, Hilfeplanungskonferenz).
- Erprobung persönlicher Budgets (§ 17 SGB IX) als Instrument zur Realisierung personenbezogener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (persönliches Budget hier nicht als an den psychisch behinderten Menschen ausgezahlte Geldleistung, sondern als Betrag, dessen Höhe auf der Grundlage der Hilfeplanung ermittelt wird und von einem „Case-Manager“ auf der Grundlage von Beschlüssen der Hilfeplankonferenz koordiniert wird.
- Entwicklung von Umsetzungswegen für (ambulante) Komplexleistungsprogramme auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, um dem komplexen Hilfebedarf gerecht zu werden. (*analog zu § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).*

4. Vorgehen

4.1 Der Projektbeginn

Das Projekt war seitens der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. für eine Laufzeit von drei Jahren konzipiert und sah überregionale und regionale wissenschaftliche Beratung vor. Aufgrund veränderter finanzieller Rahmenbedingungen zeichnete sich in der Folge ab, dass das ab 01.01.2004 vorgesehene Implementationsprojekt im beantragten Umfang nicht zu realisieren war. Trotz wiederholt bekundetem inhaltlichen Interesses an der Durchführung des Projekts sah das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung keine Möglichkeit zur Finanzierung im vorgesehenen Umfang.

Die eingehende Befassung des Ministeriums mit dem Projekt und das außerordentlich starke Bemühen, auch unter geänderten finanziellen Rahmenbedingungen die Projektziele erreichen zu können, ermutigte die Arbeitsgruppe des Projekts und sonstige Projektbeteiligte. Im Ergebnis wurde eine Lösung gefunden:

- Die Projektlaufzeit wird auf 2 Jahre (bis 31.12.2005) beschränkt.
- Die Personalausstattung und die Sachkosten werden eingeschränkt und auf die überregionale Koordination begrenzt.
- Die APK versucht, sonstige Finanzierungen zu akquirieren. Dabei soll durch inhaltlich und personell verknüpfte Parallel- und Anschlussprojekte der Projektumfang erhöht werden. Das BMGS unterstützt diese Bemühungen der APK.
- Die APK hält an der vorgesehenen Anzahl von Projektregionen und der Grundkonzeption der Vorgehensweise fest.

Die Bewilligung des BMGS auf dieser Grundlage erfolgte mit Schreiben vom 29.06.2004. Die Arbeiten wurden jedoch bereits zum 01.01.2004 aufgenommen.

4.2 Die Projektverlängerung

In dieser Zeit verlief das Projekt sehr erfolgreich. Es gelang, die angestrebten regionalen Netzwerke zu konstituieren und die Beteiligten auf gemeinsame Projektziele auszurichten. Zum Ende dieser Projektphase waren die neuen Instrumente zur Effektivierung der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben zwar im Wesentlichen geschaffen. Die Zeit war jedoch nicht ausreichend, sie nachhaltig zu stabilisieren und ihre Möglichkeiten auszuschöpfen. Dabei spielte eine wesentliche Rolle, dass in die Projektzeit die Einführung des SGB II mit der Neuschaffung der Argen bzw. der Aufgabenübernahme durch die Optionskommunen fiel. Ein erheblicher Teil der psychisch kranken Menschen gehört zur Zielgruppe des SGB II. Deshalb sind die SGB II-Träger höchst bedeutsam für die Teilhabeplanung und Zielerreichung. Sie konnten jedoch erst zeitversetzt in die Kooperation einbezogen werden.

Daher wurde eine Projektverlängerung beantragt und bewilligt.

Die Personalausstattung und die Sachkosten blieben in etwa gleich und auf die überregionale Koordination begrenzt. Die APK führt das Projekt in den bestehenden Projektregionen weiter und hielt an der Grundkonzeption und der Vorgehensweise fest.

Das Projekt setzte die 2004 begonnene Implementation in den bestehenden Projektregionen fort. Auch die Ziele des ersten Projektes wurden weiter verfolgt. Hinzu kamen spezielle Zielsetzungen, insbesondere der Transfer von Einzelfall-Erkenntnissen und Best-Practice-Beispielen in andere Regionen. In der zweiten Projektphase kam der Öffentlichkeitsarbeit besondere Bedeutung zu. Die Erfahrungen des Projekts sollten auch über die am Projekt beteiligten Regionen hinaus verbreitet werden. Im November 2007 wurde in diesem Zusammenhang eine zweitägige Tagung in Kassel durchgeführt, an der etwa 900 Fachleute aus ganz Deutschland teilnahmen.

4.3 Arbeitsgruppe, Kommission und Projektmitarbeiter

Die Arbeitsgruppe des Projekts wurde bereits im Rahmen des Vorprojekts gebildet. Ihr gehörten an:

- Dr. Niels Pörksen, Projektleitung
- Karl-Ernst Brill
- Prof. Dr. Petra Gromann
- Jörg Holke
- Prof. Dr. Peter Kruckenberg
- Prof. Dr. Heinrich Kunze
- Matthias Rosemann
- Arnd Schwendy

sowie die Mitarbeiter des Projekts

- Ulrich Krüger, Projektkoordinator (seit 01.01.04)
- Manfred Becker, wissenschaftlicher Mitarbeiter (seit 01.03.04)
- Jessica Odenwald, Projektorganisation (seit 01.03.04)

Das Arbeitsgruppenmitglied Karl-Ernst Brill ist am 06.11.2004 verstorben. In der Folge wurde Herr Prof. Dr. Ingmar Steinhart in die Arbeitsgruppe aufgenommen.

Als Beratungsinstanz für das Projekt wurde eine Kommission aus Experten für Hilfen zur Teilhabe gebildet, der Vertreter der Leistungsträger, der Leistungserbringer, der beteiligten Länder, der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker angehörten. Die Kommission hat viermal getagt.[3]

4.4 Die Bekanntmachung des Projekts und Auswahl der Projektregionen

Zunächst wurden geeignete Verbünde oder Verbünde im Aufbau zur Teilnahme am Projekt gesucht. In einem Rundschreiben mit einer Projektskizze wurde über die Projektabsicht ab 2004 informiert und um Mithilfe bei der Suche nach geeigneten Regionen gebeten.

Dabei wurden auch Bögen verschickt, mit deren Hilfe sich regionale Verbünde darstellen und ggf. bis Ende Februar 2004 ihr Interesse an einer Beteiligung am Projekt erklären konnten.

[3] Mitglieder der Kommission: siehe Anhang

Die Unterlagen zum Projekt wurden verschickt an:

- Psychiatriereferenten der Länder
- Psychiatriekoordinatoren der Kommunen
- Liga der freien Wohlfahrtspflege
- Fachgesellschaften für Psychiatrie
- BAG der Integrationsämter
- BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger
- Spitzenverbände der Krankenkassen
- BfA und Landesversicherungsanstalten, VDR
- Bundesagentur für Arbeit
- weitere Interessenten, die durch Vorankündigungen auf das Projektvorhaben aufmerksam wurden

Der breit angelegte Aufruf hat sich außerordentlich bewährt:

- Das Projektvorhaben wurde bundesweit bekannt: Die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen wurde deutlicher in die Aufmerksamkeit gerückt.
- Das Interesse an konkreten Schritten zur Realisierung personenzentrierter Hilfen im Bereich Arbeit und Beschäftigung wurde gestärkt: Jede Region war gefragt, ob sie sich jetzt diesbezügliche Ziele setzen oder abwarten und beobachten will.
- Die Entscheidungsfähigkeit informeller Verbünde wird geprüft und aktiviert: Eine gemeinsame Entscheidung über die Beteiligung ist erforderlich. Manche inhaltlich interessierte Akteure sahen sich mit den Schwierigkeiten einrichtungsübergreifender Abstimmungsprozesse konfrontiert.
- Eine kritische Selbstbewertung des eigenen Entwicklungsstandes im Vergleich zu anderen Regionen wird angeregt: Wer kann erwarten, als Region mit ‚fortgeschrittener Verbundstruktur' eingestuft zu werden?
- Es wurden weit über den Kreis der (späteren) Projektregionen hinaus Informationen über Verbundentwicklungen gewonnen.
- Das Projektdesign lebte in der Praxis auf: Die AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. half nur mit allgemeinen konzeptionellen Empfehlungen und Strukturierungshilfen von außen, alles andere musste eigenverantwortlich und aus eigener Initiative in den Regionen erreicht werden. Das galt auch für die Beschreibung der aktuellen Versorgungs- und Verbundsstruktur.
- Die Chance, die geeignetsten Regionen zu finden, wurde deutlich erhöht.

Dass in der Folge über die Projektregionen hinaus in psychiatrischen Hilfesystemen eine breite Bewegung zur Entwicklung der Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung entstanden ist, ist sicher nicht zuletzt Folge der breiten und intensiven Auseinandersetzung im Rahmen der Entscheidungsphase über die Teilnahme am Implementationsprojekt. Traditionell sind die Systeme der Hilfeleistung für psychisch Kranke und der Teilhabe am Arbeitsleben weitgehend unverbunden.

Diese Form des Projektbeginns war jedoch zeitintensiv. Durch die Konstruktion ‚Vorprojekt / Hauptprojekt' standen bereits vor dem regionalen Projektsstart die erforderlichen personellen Ressourcen zur Verfügung.

Im Anschreiben zur Bekanntmachung des Projektvorhabens hieß es:

> „Gesucht werden Regionen mit entwickelten Verbundstrukturen und differenzierten Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung auch für stark psychisch beeinträchtigte Menschen. ….
> Es können sich nur regionale Verbünde oder Verbünde im Aufbau um Teilnahme am Projekt bewerben.
>
> Über das Projekt fließen keine zusätzlichen Finanzmittel in die beteiligten Projektregionen. Es geht ausschließlich um Qualitätsverbesserung durch personenzentrierte Organisation der Hilfen, verstärkte Kooperation und gemeinsame Verantwortungsübernahme.“

Regionen und Verbünde konnten ihr Interesse zur Teilnahme am Projekt bis zum 28.2.04 mit Hilfe eines standardisierten Bogens „Beschreibung der regionalen Versorgungsstruktur“ bekunden. Dabei sollten auf einem Standardbogen[4] Angaben eingereicht werden:

- zur regionalen Versorgungssituation (Hilfeangebote),
- zum Stand der Verbundentwicklung (Kooperation, Koordination und Steuerung),
- zur Hilfeplanung im Einzelfall (integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung),
- zu aktuellen Planungen und Zielsetzungen von Veränderungen,
- zu weiteren Rahmenbedingungen und regionalen Besonderheiten (z. B. parallel laufende oder geplante Vorhaben, mit denen kooperiert werden kann),
- sowie zur Bereitschaft der örtlichen Akteure (Einrichtungen und Dienste, Leistungsträger, Kommune, Verbände und Vereinigungen, insbesondere auch von Arbeitgebern) zur Mitwirkung am Projekt.

Der Eintritt in das Projekt erschien aus Sicht der Regionen hochschwellig:

- Entwickelte Verbundsstrukturen werden vorausgesetzt. Es sind nur mit den wesentlichen Leistungsträgern abgestimmte Interessenbekundungen möglich.

- Die Interessenbekundung ist aufwendig. Der Aufwand für die Bewerbung erfolgt wegen der begrenzten Zahl von Projektregionen bei unsicheren Aussichten zur Aufnahme.

- Im Fall der Projektteilnahme ist für alle Beteiligten mit zusätzlichen Sitzungsterminen und zumindest in der Anfangsphase mit erhöhtem Aufwand in der Einzelfallbearbeitung zu rechnen.

- Zusätzliche Mittel werden dafür nicht zur Verfügung gestellt. Aus Projektmitteln wird ausschließlich externe Beratung angeboten.

Vor diesem Hintergrund war das außerordentlich starke Interesse am Projekt eine positive Überraschung. Innerhalb weniger Wochen gingen differenzierte und abgestimmte Interessenbekundungen aus den folgenden Regionen ein (siehe Tabelle):

- LK Altenburger Land	- Leer

[4] siehe Anhang: Bogen zur Beschreibung der Versorgungsstruktur

- LK Barnim	- Leipzig
- Berlin-Pankow	- Ludwigshafen
- Bernkastel-Wittlich	- Magdeburg
- Bielefeld	- Mainz
- Bochum	- München-Süd
- Bodenseekreis	- LK Nordfriesland
- Borken	- LK Osnabrück
- Bremen	- Ostalbkreis
- Chemnitzer Land	
	- LK Ostprignitz-Ruppin
- LK Cloppenburg	- LK Ostvorpommern
- LK Diepholz	- LK Pinneberg
- Dresden	- Pirmasens
- Düsseldorf	- LK Ravensburg
- Eftkreis	- Rems-Murr-Kreis
- Erfurt	- Rendsburg Eckernförde
- Gera	- Rostock
- Gelsenkirchen	- LK Rotenburg
- Göttingen	- LK Saalfeld-Rudolstadt
- LK Goslar	
	- Schwäbisch Hall
- Halle	- Schwarzwaldkreis
- Hamburg gesamt	- Schwerin
- Hamburg-Bergedorf	- Solingen
- Hamburg-Eppendorf-Eimsbüttel	- Stuttgart
- Herford	- LK Südwestpfalz
- Herzogtum Lauenburg	- LK Uckermark
- Hildesheim	- Werra-Meißner-Kreis
- Ingolstadt	- Wiesbaden
- Kaiserslautern Stadt	- Wolfsburg
- LK Kaiserslautern	
	- Zweibrücken
- LK Kleve	- Zwickauer Land

Die Arbeitsgruppe prüfte die Interessenbekundungen anhand zuvor formulierter Kriterien. Bei der Auswahl wurde insbesondere berücksichtigt:

- die Beteiligung der wesentlichen Akteure
- die Beteiligung der Leistungsträger
- die Beteiligung der Kommune und des Landes
- der Entwicklungsstand und die Entwicklungsziele des regionalen Hilfesystems
- die Übertragbarkeit (keine Sonderwege)
- Heterogenität: Großstadt / Kleinstadt / ländliche Region, geographische Lage, Arbeitslosenquote usw.

Auf dieser Grundlage wurde eine engere Wahl von Regionen gebildet, die in der Folge besucht wurden:

- LK Altenburger Land
- Bielefeld
- Bodenseekreis
- Bremen
- Gera
- Halle
- Hamburg gesamt
- Hamburg Bergedorf
- Ingolstadt
- Leipzig
- Neumarkt
- LK Ostvorpommern
- Pirmasens
- LK Ravensburg
- LK Südwestpfalz
- LK Zweibrücken

Den Regionen Stadt Pirmasens, Landkreis Südwestpfalz und Landkreis Zweibrücken wurde vorgeschlagen, eine gemeinsame Projektregion zu bilden. Dies wurde akzeptiert. Es fanden mehrere Treffen in der Region statt, um die Projektvereinbarung abzustimmen. Dabei waren die Sozialdezernenten, die Sozialamtsleiter, Vertreter der Agentur für Arbeit, der Einrichtungen, der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen einbezogen. Nachdem klar wurde, dass für die regionale Koordination keine Projektmittel zur Verfügung stehen, sahen sich die Sozialverwaltungen in Zweibrücken und Südwestpfalz personell überfordert, den Rhythmus der Treffen beizubehalten. Die Verhandlungen wurden daraufhin beendet.

In den anderen für die Projektteilnahme vorgesehenen Regionen verliefen die Verhandlungen erfolgreich: Die Beteiligten waren zu schriftlichen Projektvereinbarungen bereit.

Die Arbeitsgruppe entschied sich für folgende Regionen:

- Hamburg
- Bremen
- Bielefeld
- Ingolstadt / Neumarkt/Oberpfalz
- Altenburger Land, Gera, Saalfeld-Rudolstadt (3 Regionen wegen Thüringer Parallelprojekt)
- Bodenseekreis / Landkreis Ravensburg

In Hamburg wurde ein Gemeinschaftsprojekt der Beteiligten der Interessenbekundungen Hamburg-Bergedorf und Hamburg vereinbart. Es gibt eine gemeinsame Projektvereinbarung, die sich auf die Ebenen Hamburg-Bergedorf (Stadtbezirk) und Hamburg Land bezieht.

4.5 Die Abstimmung der Projektvereinbarungen

In allen Regionen wurden schriftliche Projektvereinbarungen ausgehandelt und unterzeichnet[5]. Im Mittelpunkt der regionalen Projektvereinbarungen stehen in allen Regionen Qualitätsverbesserungen durch

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf,
- personenzentrierte Zusammenarbeit,
- Übernahme regionaler Verantwortung / Beteiligung an regionaler Steuerung.

Die folgenden Eckpunkte stehen ebenfalls übereinstimmend in allen Projektvereinbarungen

- individueller Gesamtplan für Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, psychiatrische Behandlung und sonstige Hilfen zur Teilhabe (IBRP),
- transparente Beschlussfassung über den individuellen Hilfebedarf (Hilfeplankonferenz),
- Kontinuität und Abstimmung im Verlauf der Hilfen (koordinierende Bezugsperson),
- gemeinsame Verantwortung für regionale Bedarfsdeckung (Pflichtversorgung) – obligatorisches Hilfeangebot in der Region,
- lebensweltbezogene Hilfen weniger stationär – mehr ambulant,
- Selbsthilfeförderung und Normalität: weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch,

[5] siehe Anhang

- weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen,
- Flexibilisierung der Hilfeleistungen,
- gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung.

Unterschiede gab es z. B. bei der Zielgruppenbestimmung: Ein- oder (vorläufiger) Ausschluss von suchtkranken Menschen.

Diese Vereinbarungen wurden meist in öffentlichen Veranstaltungen unterzeichnet, in der Regel mit politischer Prominenz und Presse. Diese kleinen Feste hatten auch pragmatische Gründe: Das Projekt wurde bekannt gemacht und der offizielle Start in der Region markiert. Viel mehr waren sie aber Ausdruck der Freude und des Stolzes über das bereits Erreichte: Dass innerhalb weniger Monate unter Partnern mit stark divergierenden Interessen eine solch weit gehende Übereinkunft über ein gemeinsames Vorgehen erreicht wurde, war bemerkenswert.

In der Regel waren die Projektvereinbarungen so formuliert, dass ein längerer Projektverlauf als die zunächst bewilligten zwei Jahre problemlos umgesetzt werden konnte. Als sich die Verlängerung durch das BMAS realisierte, mussten deshalb keine neuen Vereinbarungen geschlossen werden. Die regional verantwortlichen Gremien mussten lediglich die Verlängerung auf der vorhandenen Grundlage beschließen.

4.6 Das Vorgehen in den Regionen

Als erstes wurden in den Projektregionen ‚projektbegleitende Arbeitsgruppen' gebildet, die sich in der Regel vierwöchentlich trafen. Darin trafen sich Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger und zumeist der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen.[6]

Der weitere Verlauf war in allen Regionen ähnlich:

1. Zunächst wurde die Hilfeplanung mit und nach dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan eingeführt. Dazu gab es Fortbildungen.

2. Dann wurden Hilfeplankonferenzen gebildet, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt und Beschlüsse über die Hilfeleistungen getroffen werden.

3. Über die Einzelfallbesprechungen setzte ein gemeinsamer Lernprozess ein, in Bedarfsfällen von institutionellen Standardlösungen abzuweichen und Hilfen personenbezogen zu flexibilisieren. In Einzelfällen konnten innovative Hilfeformen realisiert werden (siehe ‚Strukturimpulse'). Oft sind dazu neue Vereinbarungen mit den Leistungsträgern erforderlich. Die entsprechenden Prozesse sind noch im Fluss.

4. In den Hilfeplankonferenzen wurden routinemäßig koordinierende Bezugspersonen benannt.

5. Es wurde von einer regionalen Pflichtversorgung ausgegangen. Auch wenn es dazu noch keine vertragliche Vereinbarung im Sinne eines Sicherstellungsauftrags gab,

[6] Die Projektbeteiligten werden unter ‚Strukturimpulse in den Projektregionen' / ‚Netzwerkbildung' benannt.

wurde alles daran gesetzt, für psychisch kranke Menschen aus der Region bei Bedarf Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben anzubieten. Art und Umfang des Hilfebedarfs sollte kein Ausschlusskriterium sein.

6. Aus der individuellen Hilfeplanung ergab sich oft die Notwendigkeit einer Flexibilisierung der Hilfeleistungen. In den Regionen wurden bisher standardisierte Hilfen auf die individuellen Hilfebedarfe angepasst: Manchmal weniger, manchmal mehr Hilfe, oft an einem neuen Ort (außerhalb von spezialisierten Einrichtungen). Dazu mussten auch neue Finanzierungsformen eröffnet werden. Ab 2005 haben hierbei die Förderinstrumente des § 16 SGB II eine wesentliche Rolle gespielt, z. B. Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung.

7. Kooperative Abspracheformen sollen über die Projektlaufzeit hinaus erhalten werden. Einzelfallbezogene Absprachewege wurden auf Generalisierbarkeit geprüft. Im Projektverlauf hat sich die Anzahl der behandelten Hilfefälle in allen Regionen deutlich erhöht.

8. Benchmarking: Während des gesamten Prozesses war der Austausch mit den anderen Projektregionen von hohem Wert.

Die in den Projektregionen gebildeten ‚projektbegleitenden Arbeitsgruppen', die sich in der Regel vierwöchentlich trafen, wurden in der Verlängerungsphase beibehalten. Sie hatten sich im Verlauf der ersten zwei Jahre als das zentrale Steuerungs-Instrument bewährt, in dem die relevanten Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger und zumeist der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen zusammenwirkten.[7]

Der weitere Verlauf in der Verlängerungsphase war in den Regionen weitgehend ähnlich:

- Die im Verlauf des ersten Projektzeitraumes eingeführte Hilfeplanung mit und nach dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan wurde verstetigt, die Einzelfall-Dokumentation ausgebaut.

- Die eingeführten Hilfeplankonferenzen entwickelten standardisierte Verfahren, wie der Bereich „Arbeit und Beschäftigung" als integraler Bestandteil der routinemäßigen Prüfung umgesetzt werden konnte. Damit wurde das Abweichen von institutionellen Standardlösungen und die personenbezogene Flexibilisierung und Neugestaltung von Hilfen übertragbar dokumentiert.

- Wo immer möglich wurden neue Vereinbarungen mit Leistungsträgern getroffen, die die neuen Strukturen in den Hilfeplankonferenzen absicherten. Hierbei wurde insbesondere die neuen Leistungsträger des SGB II einbezogen.

- Die in den Hilfeplankonferenzen routinemäßig benannten koordinierenden Bezugspersonen bekamen den Bereich „Arbeit und Beschäftigung" als integrale Aufgabe ihres Tätigkeitsfeldes.

- Weiterhin wurde im Rahmen der Projektvereinbarungen alles daran gesetzt, für psychisch kranke Menschen aus der Region bei Bedarf passgenaue Hilfen zur Teilhabe

[7] Die Projektbeteiligten werden unter ‚Strukturimpulse in den Projektregionen' / ‚Netzwerkbildung' benannt.

am Arbeitsleben anzubieten. Art und Umfang des Hilfebedarfs sollte kein Ausschlusskriterium sein.

- In den Regionen wurden bisher standardisierte Hilfen weiter auf die individuellen Hilfebedarfe angepasst: Manchmal weniger, manchmal mehr Hilfe, oft an einem neuen Ort (außerhalb von spezialisierten Einrichtungen). Dazu mussten auch neue Finanzierungsformen eröffnet werden. Ab 2005 haben hierbei die Förderinstrumente des § 16 SGB II eine wesentliche Rolle gespielt, z.B. Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, individuelles Job-Coaching, personenbezogene Budgets.

- Im Laufe des Projektes wurde die Verstetigung der neuen kooperativen Absprachefomen frühzeitig geplant, denn dies sollten über die Projektlaufzeit hinaus erhalten bleiben. Die individuelle Hilfeplanung, die Hilfeplankonferenzen und die steuernden Projektgruppen wurden in dauerhafte, regional verankerte Formen überführt.

- Benchmarking: der Austausch zwischen den Regionen mittels der Projekt-Homepage, direkter Kontakte und in den Projekt-Workshops wurde weiter ausgebaut. Dieser Austausch und Transfer wurde auch durch parallel laufende ESF-Projekte zusätzlich intensiviert. (Vgl. folgende Abschnitte)

4.7 Erfahrungstransfer

Der Transparenz der Abläufe in allen Projektregionen kam große Bedeutung bei. Im Sinne des Benchmarking wurden Erfolge bei der Problemlösung sofort zur Anregung verbreitet. In vielen Fällen hat ein Vorgehen mit überregionaler Arbeitsteilung zu einer Dynamisierung des Prozesses beitragen.

Das Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ (TAB) hat von Anfang an eine bundesweite Dynamik in Gang gesetzt, die keineswegs auf die einbezogenen Projektregionen beschränkt war. Begonnen hat dies mit der großen Zahl der eingehenden Interessenbekundungen zu Anfang 2004. Im Laufe des Projekts versuchten noch weitere Regionen (z. B. Düsseldorf) in den Kreis der Teilnehmenden aufgenommen zu werden. Es gibt zunehmend Anfragen auch aus anderen Regionen, die spezielle Informationen zu TAB-Fragen möchten oder selbst ein ähnliches Projekt starten wollen (z. B. Bayern). Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat durch Zusatzfinanzierung die Aufnahme der Regionen Rostock und Ostvorpommern ermöglicht und nach Abschluss des TAB-Projekts ein konzeptionell weitestgehend identisches Landesprojekt gefördert. Auch Planungsverantwortliche und zentrale Akteure aus Ländern, die nicht mit Regionen im Projekt vertreten sind, hielten engen Kontakt zum TAB-Projekt, zum Beispiel Hessen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Schleswig-Holstein.

Regionale Verbünde, die sich um Teilnahme am Projekt beworben haben, jedoch nicht als Referenzregion ausgewählt wurden, konnten sich ohne spezielle Vor-Ort-Beratung als ‚selbstorganisierte Projektregionen’ am Projekt beteiligen. Sie erhielten regelmäßige Informationen über die Entwicklung in den Referenzregionen, wurden zu drei bundesweiten Workshops eingeladen und konnten sich in Referenzregionen informieren.

Die Projekt-Workshops erfreuten sich einer großen Beteiligung von jeweils etwa 100 Teilnehmern. Viele Regionen, die ihr Interesse bekundet haben aber nicht Projekt-Regionen wurden, waren mit mehreren Personen beim Workshop vertreten.

Auch darüber hinaus gab es ständig Anfragen an Mitglieder der TAB-Arbeitsgruppe wegen Informationen, Vorträgen und Beratungen.

Mit der Eröffnung der auf das Projekt bezogenen Internet-Plattform im Rahmen des Internet-Angebotes von www.apk-ev.de konnte den in das Projekt einbezogenen Regionen ein zusätzlicher Rahmen für Information und Austausch eröffnet werden. Wie beim bundesweiten Workshop wurde der Zugang auch für diejenigen Regionen ermöglicht, die lediglich eine Interessenbekundung eingereicht hatten aber nicht als Referenz-Region ausgewählt wurden.

Auf dieser Internet-Plattform finden sich ständig aktualisierte Informationen aus den Referenz-Regionen (Vereinbarungen, Protokolle, Berichte u. a.) sowie Informationen aus allen relevanten Bereichen des Sozialrechts und der Praxis von Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Unter anderem mit Hilfe dieser Informationen konnten schon einige „best-practice"-Beispiele in anderen Regionen kopiert werden.

In der 2. Phase des TAB-Projekts wurde diese Seite zu einer Datenbank mit verstärkt nutzerfreundlicher Gestaltung entwickelt. Die Zugriffe zeigen, dass das Interesse weit über die Projektregionen hinausgeht.

4.8 Bundesweite Fachtagung „Individuelle Wege ins Arbeitsleben"

In der Abschlussphase des Projektes wurde am 19. und 21. November 2007 die bundesweite Tagung „Individuelle Wege ins Arbeitsleben" in Kassel durchgeführt. Zielsetzung: war es, durch die Darstellung und Erläuterung der Projektergebnisse, diese einer breiteren Fachöffentlichkeit bekannt zu machen und die im Projekt entwickelten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung vorzustellen und zu diskutieren.
Für den Zuwendungsgeber, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, hielt Frau Erika Huxhold, Leiterin der Abteilung V, das Eingangsreferat.
Für weitere Fachvorträge im Plenum konnten folgende Referenten, denen die Ergebnisse des Projektes im Vorfeld in Gesprächen erläutert wurden, gewonnen werden:
- *Herr Michael Pflügner, Leiter des Bereiches Produkt- und Programmentwicklung/Aktive Arbeitsförderung bei der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg*: zur Thematik „Zukunft der Arbeit für Menschen mit langfristigen Vermittlungshemmnissen". Er stellte das neue arbeitsmarkt-politische Instrument § 16 a SGB II. vor. Mit Hilfe dieses Instrumentes werden längerfristige Förderungsmöglichkeiten eröffnet. (siehe Kapitel 9.3.3.)
- *Uwe Brückmann, erster Beigeordnete des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWL).* In seinem Referat zur Teilhabe und Beschäftigung kündigte er an, die personenzentrierte Leistungserbringung zukünftig stärker forcieren zu wollen. Besonderen Bedarf sah er in der Flexibilisierung der Werkstattangebote – nicht zuletzt auch mit der Blickrichtung „Rechtsanspruch" auf ein Persönliches Budget für Werkstattleistungen.
- *Herr Arnd Schwendy, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen*. Er betonte die Möglichkeiten des geänderten SGB II im Bereich der Arbeitsförderung, wies jedoch auf die bereits bestehenden Säulen der beruflichen Qualifizierung und des Rechtsanspruches auf einen Werkstattplatz hin.

Die Projektleiter, Dr. Niels Pörksen, und der Projektkoordinator, Ulrich Krüger, stellten gemeinsam im Plenum die Projektergebnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen im Plenum vor. (siehe Kapitel 10)

An die Plenarvorträge schlossen sich sechs Parallelsymposien an, in denen durch Impulsreferate Projekte und Aktivitäten verschiedener Projektregionen vorgestellt und diskutiert wurden. Neben den Referaten und Symposien gab es eine Vielzahl von Informations-Ständen, an denen Vertretern der Projektregionen für weiterführende Fragestellungen und Diskussion den Tagungsteilnehmern zur Verfügung standen.

Zur Fokusierung spezifischer Projekterfahrungen wurden in zwei Fachdiskursen mit Vertretern:
- der Psychiatrieerfahrenen, der Angehörigen, der Bundesagentur für Arbeit und des Landes Rheinland-Pfalz die Möglichkeiten des „Persönlichen Budgets“ zur Verbesserung der Teilhabe
- der Rentenversicherung, der kommunalen Verwaltung, und der Bundesagentur Verbesserungsmöglichkeiten im der Bewilligungspraxis und Leistungsgewährung diskutiert.

Abschließend fand eine Podiumsdiskussion mit fachkundigen Bundestagsabgeordneten über die Umsetzungsprobleme in Bezug auf bereits vorhandene Gesetzgebung und die Notwendigkeit weiterer Reformen statt.

Die Tagung erzielte mit ca. 900 Teilnehmern große Resonanz und wurde im Anschluss in der Fachwelt, auch in der Fachpresse, dokumentiert und gewürdigt.
Während der Tagung stellten sich auf einem sogenannten ‚Arbeits – Markt der Möglichkeiten’ die im Rahmen des Projekts entwickelten innovativen Umsetzungsprojekte an Informationsständen mit Informationsmaterialien und häufig mit Video-Präsentationen dar. Dieser ‚Markt’ fand sehr starken Zulauf und Beachtung.

Die Tagungsbeiträge wurden schriftlich dokumentiert und im Rahmen des Projekts bisher an ca. 5.000 Fachleute abgegeben (Erstversand an Kooperationspartner und Tagungsteilnehmer, danach ausschließlich auf Anfrage).

4.9. Initiativen zur Verzahnung des Projekts mit anderen Projekten

Vor dem Hintergrund der eingeschränkten Fördermöglichkeiten im Rahmen des BMGS-geförderten TAB-Projekts spielten Bemühungen zur Erschließung sonstiger Finanzierungsmöglichkeiten eine große Rolle.

Der Einbeziehung mehrerer Thüringer Regionen wurde ermöglicht durch die enge Verzahnung mit einem Projekt ‚Implementation personenzentrierter Hilfen’ des Thüringer Ministeriums für Familie, Soziales und Gesundheit, bei dem die Einführung persönlicher Budgets im Vordergrund steht. Auf diese Weise konnten Gera und die Landkreise Altenburger Land und Saalfeld-Rudolstadt aufgenommen werden.

Im Mittelpunkt sonstiger Bemühungen stand eine Bewerbung um Einbeziehung in die EU-Gemeinschaftsinitiative Equal. Das Berufsförderungswerk Hamburg übernahm die Federführung für eine Interessenbekundung, die in enger Kooperation mit der APK durchgeführt wurde. Auf die Verzahnung mit dem BMGS-geförderten TAB-Projekt wurde ausdrücklich Bezug genommen. Die Interessenbekundung zur Beteiligung am Equal-Projekt wurde von der Deutschen Equal-Koordinierungsstelle positiv beschieden und lief in enger Kooperation mit dem TAB-Projekt vom 01.07.2005 bis zum 31.12.2007. Im Rahmen des Equal-Projekts wurden

Teilprojekte in Hamburg, Bielefeld, Bremen, Gera, Altenburg, Bodenseekreis, Ingolstadt, Neumarkt und Halle durchgeführt. Damit waren alle Projektregionen des TAB-Projekts außer Saalfeld-Rudolstadt, Rostock und Ostvorpommern beteiligt. Des Weiteren wurde Halle einbezogen, ebenfalls Bewerbungsregion für TAB, jedoch nicht Referenzregion.

Durch Zusatzförderung des Landes Mecklenburg-Vorpommern konnte eine weitere Region des Landes einbezogen werden, so dass Rostock und der Landkreis Ostvorpommern ins TAB-Projekt aufgenommen werden konnten. Nach Abschluss des TAB-Projektes wurde durch Landesförderung eine Fortführung des Projektes bei gleichzeitiger Ausweitung auf weitere Regionen des Landes gefördert. Die Projektträgerschaft übernahm der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern.

Die Region Neumarkt entschloss sich, die praktische Arbeit des TAB-Projektes vor Ort bis Ende 2008 aus eigenen Mitteln fortzusetzen. Der Landkreis, die ARGE und die beteiligten Träger teilten sich die Kosten. Ein Ergebnis war die erfolgreiche Bewerbung um die Teilnahme am BMAS-Projekt „Verbreitung des persönlichen Budgets“, welches der Landkreis federführend für ein Konsortium aller relevanten regionalen Träger durchführt. Dabei wird dem Zugang zu Arbeit und Beschäftigung mit Hilfe persönlicher Budgets besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

4.10 Die Rahmenaktivitäten

Einen Überblick über die Rahmen-Aktivitäten gibt die folgende Tabelle

2003				
08.09.2003	TAB AG			
15.10.2003	TAB AG			
01.12.2003	TAB AG			
2004			**2005**	
28.01.2004	TAB AG		25.01.2005	TAB AG
10.03.2004	TAB AG		03.02.2005	TAB AG
22.04.2004	TAB AG		10.02.2005	Workshop
01.06.2004	TAB AG		08./09.04.2005	TAB AG
24.06.2004	TAB AG		23.05.2005	TAB AG
06.08.2004	TAB AG		02.06.2005	Kommission
12.10.2004	TAB AG		14./15.06.2005	TAB AG
16.11.2004	TAB AG		26./27.08.2005	TAB AG
01.12.2004	TAB AG		07.09.2005	TAB AG
02.12.2004	Kommission		18.10.2005	TAB AG
16.12.2004	TAB AG		26.10.2005	Kommission
			11./12.11.2005	TAB AG
			30.11.2005	TAB AG
			01.12.2005	Workshop
2006			**2007**	
08.02.2006	TAB AG		18.01.2007	TAB AG
17./18.03.2006	TAB AG		03.02.2007	TAB AG
03.03.2006	Kommission		16./17.03.2007	TAB AG
03.05.2006	TAB AG		16.04.2007	TAB AG
26.06.2006	TAB AG		21.05.2007	Workshop
16.08.2006	TAB AG		22.05.2007	TAB AG
19.09.2006	TAB AG		19.06.2007	TAB AG
31.10.2006	TAB AG		31.08.2007	TAB AG
11.12.2006	TAB AG		20.09.2007	TAB AG
11.12.2006	Kommission		16.10.2007	TAB AG
12.12.2006	Workshop		19./20.11.2007	TAB-Tagung
			11./12.12.2007	TAB AG

5. Implementation personenzentrierter Konzepte zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

5.1 Netzwerkbildung

Die Erfahrung zeigt, dass spezialisierte und einrichtungsbezogen organisierte Hilfen in vielen Fällen wirksam sind, für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf jedoch oft nicht ausreichen. Im Rahmen bereits erwähnter Projekte zur Implementation personenzentrierter Hilfen ist es gelungen, wesentliche Fortschritte auf dem Weg zu vernetzten Hilfesystemen zu erzielen, die integrierte Hilfen („Komplexleistungen“) für psychisch kranke Menschen leisten können. Dabei blieben Kooperation und einzelfallbezogene Abstimmung jedoch weitgehend auf folgende Bereiche beschränkt:

- sozialhilfefinanzierte Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- psychiatrische Behandlung durch die psychiatrische Klinik (einschließlich Tagesklinik und Institutsambulanz) und
- Beratung, Krisenintervention und Nachsorge durch kommunale sozialpsychiatrische Dienste.

Im Rahmen des Projekts ‚Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen’ („TAB“) galt es, den auch für psychisch kranke Menschen zentralen Funktionsbereich ‚Arbeit und Beschäftigung’ in personenbezogene Hilfeprogramme einzubeziehen und hinsichtlich der Fähigkeit zu flexiblen individuellen Hilfeleistungen für schwer und bzw. oder chronisch psychisch kranken oder behinderten Menschen weiter zu entwickeln.

In den TAB-Projekt-Regionen ist es zum ersten und wohl auch einzigen Mal gelungen, wie im SGB IX vorgesehen, die für die Teilhabe zuständigen wesentlichen Leistungsträger in regionalen Arbeitsgruppen zusammen zu bringen. In einigen Projekt-Regionen (z. B. Gera und Saalfeld/Rudolstadt) sind sämtliche relevanten Kostenträger vertreten, gleich mehrfach auch die Krankenkassen. Dies hat umso größere Bedeutung als in vielen Projekt-Regionen das Modellprojekt „trägerübergreifendes Persönliches Budget“ des BMGS parallel – meist in enger Verzahnung mit dem TAB-Projekt – durchgeführt wird.

Die am TAB-Projekt mitwirkenden Akteure haben sich außerdem nicht nur in den Projektvereinbarungen zur Mitarbeit verpflichtet sondern auch zur gemeinsamen Verfolgung regional klar definierter Ziele. In allen Projektvereinbarungen ist eine gemeinsame regionale Hilfeplanung mit standardisierten Instrumenten vorgesehen. Wer die großen Schwierigkeiten kennt, die beispielsweise bei der gemeinsamen Beauftragung der Integrationsfachdienste durch mehrere Kostenträger nach wie vor in der Praxis bestehen, weiß diesen Erfolg zu schätzen.

Insbesondere durch die Umstellungen in der Arbeitsverwaltung sind auch die Berufsförderungswerke sehr stark betroffen. In denjenigen Projekt-Regionen, in denen es BFW gibt, wirken diese aktiv am Implementationsprozess mit – es sind dies die BFW Hamburg, Bremen, Seeligenstadt/Thüringen und Nürnberg/Neumarkt.

Durch die – leider ungesteuerten – Änderungen in der Beauftragung von BFW durch die Arbeitsagenturen sind vielfach weniger Maßnahmen in BFW durchgeführt worden. Die BFW in den Projektregionen haben die Möglichkeiten durch regionale Hilfeplanung und Vernetzung erkannt und versuchen sich mit ihrem eigenen Umstellungsprozess einzubringen. So kann die hohe Kompetenz der BFW in Fragen beruflicher Teilhabe noch besser regional genutzt werden. Das BFW Bremen verwendet zukünftig den IBRP als Planungsinstrument für psychisch

kranke Menschen. Das BFW Hamburg hat die Trägerschaft für das eng mit dem TAB-Projekt verbundene ESF-Equal-Projekt „Arbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen“ übernommen.

5.2 ‚Arbeit und Beschäftigung’ als obligatorischer Bestandteil individueller Gesamthilfeplanung

Psychisch kranke Menschen räumen der Arbeitsaufnahme unter ihren persönlichen Zielen sehr häufig eine vorrangige Stellung ein. Nicht selten wird dies von Therapeuten bzw. Bezugspersonen im psychiatrischen Hilfesystem nicht aufgegriffen. Sie schätzen entsprechende Wünsche als „unrealistisch“ ein oder sehen sich diesbezügliche nicht in der Verantwortung. Oder es herrscht die Auffassung vor, dass zunächst einmal die psychischen Probleme gelöst werden müssten, bevor man das Thema ‚Arbeit’ aufgreifen kann.

Oft wird eine idealtypische Abfolge angestrebt:

1. psychische Stabilisierung,
2. Stabilisierung der Wohnverhältnisse,
3. Klärung bzw. Aufbau von Kontakten und Beziehungen,
4. Schaffung geregelter Tages- und Wochenabläufe,

und erst wenn dies gelungen ist

5. Arbeit oder Ausbildung.

Ein solches lineares Verlaufsverständnis lässt die Wechselwirkungen in den angesprochenen Bereichen außer acht und verschiebt Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf unbestimmte Zeit.

Als Konsequenz ist ein außerklinisches Hilfesystem für psychisch kranke Menschen entstanden, das weit gehend auf den Wohnbereich bezogen ist: Wohnheime, Übergangswohnheime und Betreutes Wohnen für psychisch Kranke.

Der Schlüssel zu einer alle Hilfebereiche umfassenden Hilfeleistung ist die integrierte individuelle Hilfeplanung. Es gibt dabei nur einen Hilfeplan pro Person. Darin sind alle erforderlichen Hilfen behandelt, auch die nicht-psychiatrischen. Der Hilfeplan wird gemeinsam mit dem Hilfesuchenden unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen und sämtlicher Helfer erarbeitet.

Dabei war zwei im psychiatrischen Hilfesystem verbreiteten Tendenzen entgegen zu wirken:

1. Der Unterschätzung des Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung und
2. mangelnder Differenzierung bei der Bestimmung des individuellen Bedarfs an Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben.

In allen Projektregionen wurde in örtlichen Gremien und Arbeitskreisen sowie in projektbezogenen Auftaktveranstaltungen dafür geworben, bei den Hilfen für psychisch kranke Menschen mehr Aufmerksamkeit auf die Teilhabe am Arbeitsleben zu richten. Nach Unterzeichnung der regionalen Projektvereinbarungen ging es darum, die Einbeziehung der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Planung, Durchführung und Abstimmung von Hilfen sicher zu stellen.
Dies ist, über alle Projektregionen gerechnet, für einige hundert psychisch kranke Menschen gelungen. Es ging jedoch nicht nur darum, exemplarisch einzelfallbezogen durch integrierte

Hilfeleistung Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen, sondern die regionalen Hilfesysteme so zu entwickeln, dass durch neue regelhafte Vorgehensweisen, nachhaltig eine bedarfsgerechte und vernetzte Hilfeleistung erreicht wird.

Die wesentlichen Instrumente dazu sind:

- Vereinbarungen zur obligatorische Einbeziehung von ‚Arbeit und Beschäftigung' in individuelle Gesamthilfeplanung
- Einführung und Nutzung gemeinsamer zielorientierter Hilfeplanverfahren
- Sicherstellung konsensueller Entscheidungen über individuelle Hilfebedarfe durch Hilfeplankonferenzen
- Koordination der Hilfen durch koordinierende Bezugspersonen
- Regionale Pflichtversorgung
- Flexibilisierung der Leistungsangebote

Zu Beginn des Projekts stand daher die Einführung eines Hilfeplanverfahrens unter verbindlicher Einbeziehung der Bereiche Arbeit und Beschäftigung. In den Projektregionen sind entweder eine bestehende Hilfeplanungsstruktur um den Bereich Teilhabe am Arbeitsleben erweitert worden – Beispiele: Bodensee/Ravensburg, Gera, Rostock und Ostvorpommern, oder es sind aus institutionellen Anfängen heraus komplette gemeinsame Hilfeplanungsstrukturen unter Einbezug des TAB-Bereiches aufgebaut worden – Beispiele: Bielefeld, Bremen, Neumarkt/Ingolstadt, Hamburg, Altenburg, Saalfeld-Rudolstadt. Selbst bei bestehender Hilfeplanungsstruktur wurde zuvor lediglich der Bereich „Wohnen" erfasst - in der Regel in alleiniger Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Der Einbezug mehrer weiterer Kostenträger mit jeweils eigenen Anforderungen stellte eine Aufgabe von erheblich höherem Komplexitätsgrad dar.

Als Instrument der Hilfeplanung dient der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)", der im Rahmen des Projekts wesentlich weiterentwickelt wurde.[8] So wird schon in der Eingangsleiste nicht nur nach der derzeitigen und angestrebten Wohnform gefragt, sondern auch nach der derzeitigen und angestrebten Arbeitssituation. Ein gesonderter Bogen „3b - Spezieller Hilfebedarf im Bereich Arbeit und Beschäftigung" wurde in den Hilfeplan integriert. Dieses Gesamtinstrument wurde in allen Projektregionen erprobt und als große Hilfe zur integrierten Hilfeplanung eingeschätzt.

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) ist ein einheitliches Instrument und geeignet zur

- Planung: zielorientiert, lebensweltbezogen, integriert;
- Koordination im Verlauf und
- Evaluation.

Damit ist ein wesentlicher Fortschritt gegenüber traditioneller einrichtungsbezogener Hilfeplanung („Aufnahmeverfahren" bzw. Antragsverfahren") erreicht.

Nunmehr war sicher gestellt:

1. Hilfebedarfe im Bereich Arbeit und Beschäftigung werden im Rahmen jeder integrierten Hilfeplanung im psychiatrischen Hilfesystem ermittelt und
2. dies geschieht nicht in einer gesonderten (arbeitsbezogenen' Hilfeplanung, sondern im Rahmen einer individuellen Gesamtplanung.

---

[8] Siehe Anhang: Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan

In der Folge ging es um die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der individuellen Hilfeplanungen im Bereich Arbeit und Beschäftigung.

5.3 Von angebots- zu zielorientierter Hilfeplanung

Das traditionelle Hilfesystem für psychisch kranke Menschen ist einrichtungs- bzw. maßnahmebezogen organisiert und finanziert. Der individuelle Bedarf wird dementsprechend häufig nach der Angebotspalette kategorisiert und die Bedarfsermittlung folgt der Ausgangsfrage: „Welches der verfügbaren Hilfeangebote ist das Geeignetste?“ Das Spektrum der ins Auge gefassten Hilfemöglichkeiten kann sich zusätzlich durch folgende Faktoren reduzieren:

- unvollständige Kenntnisse psychiatrischer Therapeuten bzw. Bezugspersonen über verfügbaren Angebote der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben
- krankheitsbedingte Ortsgebundenheit des Arbeitssuchenden
- leistungsträgerspezifische Bevorzugung spezieller (Vertrags-)Einrichtungen oder Maßnahmen
- Zeitaspekte: Möglichkeit kurzfristigen Zugangs
- Bearbeitungsaufwand vor Bewilligung der Maßnahme
- usw.

Undifferenzierte einrichtungs- oder maßnahmebezogene Hilfeplanungen münden in der Regel in ein sehr enges Spektrum von Hilfen ein:

- allgemeine Qualifizierungen ohne spezifische Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen
- regionale Sonderprogramme für psychisch beeinträchtigte Menschen (meist mit geringer Platzzahl und zeitlich eng begrenzt) oder
- (falls die vorgenannten Möglichkeiten nicht verfügbar oder überfordernd sind) Werkstatt für behinderte Menschen

Häufig wird die Planung nur auf die nächste ‚Maßnahme’ ausgerichtet: Ein Training, eine Qualifizierung, eine befristet geförderte Beschäftigung. Dass dies nur Schritte auf dem Weg zu einer Teilhabe am Arbeitsleben sind, gerät leicht aus dem Blick.

In der im Rahmen des Projekts entwickelten Hilfeplanung für psychisch kranke Menschen werden daher zahlreiche Hilfestellungen zu einer individuellen, zielorientierten Hilfeplanung geleistet. So werden auch Teilhabeziele unter der Schwelle vollzeitiger Beschäftigung und uneingeschränkter Erwerbsfähigkeit aufgenommen. Persönliche Ziele werden differenziert erhoben (Verdienst, Kompetenzentwicklung, soziale Teilhabe usw.). Darüber hinaus wird die Vorgehensweise, die zur Erreichung der Teilhabe führen soll, detailliert und strukturiert behandelt. Dadurch entsteht ein erheblicher Transparenzgewinn, der als Grundlage einrichtungsübergreifend abgestimmter Hilfeleistung dient.

Da die Projektvereinbarungen auf der Leitungsebene verhandelt und beschlossen wurden, waren hier die Mitarbeiter mit all ihren Fragen und auch Zweifeln am Projekt noch nicht beteiligt. Über Fortbildungen zum Hilfeplanungsverfahren mit dem IBRP und die Besprechung individueller Hilfeplanungen haben sich auch auf der Mitarbeiterebene die Projektziele erschlossen. In der Folge waren es immer wieder die individuellen Hilfeplanungen, die auf Grenzen des Hilfesystems aufmerksam machten. Immer wieder wurde festgestellt, dass die

Standardangebote nicht passen. Wenn dann gemeinsam innovative Lösungen gefunden wurden, wussten alle Beteiligten, weshalb sich die Mühe von individueller Hilfeplanung und gemeinsamer Besprechung lohnt.
Der IBRP mit dem Zusatzbogen ‚Arbeit und Beschäftigung' entspricht durch den Bezug auf Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem international vereinbarten ‚ICF' (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001), erweitert es jedoch um differenzierte Zielbestimmungen und detaillierte Darstellung der Vorgehensweise unter vorrangiger Berücksichtigung von Selbsthilfe.

In allen Projekt-Regionen sind umfangreiche Änderungen der Hilfeplanungs-Strukturen begonnen worden. Aufgrund des großen Umbruchs im gesamten Feld der Teilhabe, den Instrumenten der SGB II, XII und IX (u. a. Persönliches Budget, IFD) war ohnehin eine Neuorientierung erforderlich. Dies bot zusätzliche Chancen zu Innovationen. Allerdings hat der Aufbau neuer Strukturen mit ARGEs und Optionskommunen viele Kapazitäten gebunden. Vielerorts waren die SGB II-Leistungsträger über viele Monate damit ausgelastet, die Auszahlungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes zu bewältigen. Die Hilfe zur Teilhabe geriet zeitweise in den Hintergrund. So konnte die Einbeziehung der ARGEs teilweise erst zeitversetzt realisiert werden. Die Zusammenarbeit hat sich jedoch sofort nach Aufnahme sehr bewährt. In Einzelfällen konnte durch die neuen Strukturen Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden, die bei traditionellen Abläufen sehr unwahrscheinlich gewesen wäre.

In einigen Regionen konnte schon erreicht werden, dass sämtliche Fälle aus der Eingliederungshilfe in der Hilfeplanungskonferenz verhandelt werden und die Konferenz für Fälle aus dem Leistungsbereich anderer Leistungsträger offen ist – so in Gera, Saalfeld-Rudolstadt, Altenburg, Rostock, Ostvorpommern, Bodensee/Ravensburg und Bielefeld. Die systematische Einbeziehung weiterer Leistungsträger in die Hilfeplanung, über einzelne Fälle hinaus, steckt aber überall noch in den Anfängen.

Die im SGB IX eingeführten Instrumente des „Teilhabeplanes" sind zwar meist bekannt, werden aber in der Praxis nicht genutzt. Zwar haben sich die Leistungsträger in den Projektvereinbarungen zumeist verpflichtet die Hilfeplanung mit Hilfe eines einheitlichen Instruments (z. B. IBRP) zur Grundlage von Entscheidungen über Anträge zu machen. Die Umsetzung der neuen Verfahrenswege in der alltäglichen Praxis bedarf aber noch vieler in Einzelfällen zu erprobenden Verhandlungen.

5.4 Sicherstellung konsensueller Entscheidungen über individuelle Hilfebedarfe durch Hilfeplankonferenzen

Der Ort der gemeinsamen Besprechung ist die Hilfeplankonferenz (HPK). Dort werden die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung in ca. zehn Minuten vorgestellt und anschließend diskutiert. Auch das soll im Durchschnitt nicht mehr als zehn Minuten in Anspruch nehmen. Falls das nicht reicht, wird beschlossen, eine Personenkonferenz, also eine individuelle Hilfebedarfsbesprechung mit den Beteiligten abzuhalten. Wichtig ist, dass die Teilnehmer der HPK autorisiert sind, damit sichergestellt ist, dass die gefundenen Lösungen anschließend auch umgesetzt werden. Dafür bedarf es keiner formalen Beschlusskompetenz. Die liegt weiterhin beim zuständigen Leistungsträger.

Die Teilnehmer der Hilfekonferenz waren und sind:

- der Psychiatriekoordinator / die Psychiatriekoordinatorin

- (autorisierte) Vertreter der Leistungserbringer darunter:
  - Klinik
  - Sozialpsychiatrischer Dienst
  - Leistungserbringer aus den Bereichen Arbeit/Beschäftigung, Selbstversorgung/Wohnen, Tagesgestaltung/Kontaktfindung, , Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren
  - Wohnungslosenhilfe

- Leistungsträger
  - örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe,
  - Agentur für Arbeit,
  - ARGE/Optionskommune
  - Krankenkasse (nur teilweise realisiert)
  - Rentenversicherung
  - Integrationsamt

- Auf Wunsch:
  - Betroffene,
  - Angehörige,
  - gesetzliche Betreuer

In den Projektregionen hat sich für die Hilfeplankonferenzen ein vierwöchiger Rhythmus entwickelt. Die Dauer soll 2,5 Stunden nicht überschreiten. Dies gelingt noch nicht immer. Meist sind die Hilfeplankonferenzen mit den Projektgruppen gekoppelt.
Die Hilfeplankonferenz ist der Dreh- und Angelpunkt der regionalen einzelfallbezogenen Steuerung. Der Qualitätsgewinn durch die Überprüfung und Ergänzung der individuellen Hilfeplanungen durch ein solch fachkompetentes Gremium ist erheblich. Da alle für die Entscheidung erforderlichen Personen anwesend sind, ist eine sehr zügige und transparente Entscheidung möglich. Lücken im regionalen Hilfesystem werden für alle Beteiligten sofort deutlich.

Zur Evaluation der Effektivität der Hilfeplankonferenz wurde folgender Kriterienkatalog erstellt:

		stets	meist	öfter	selten

					o. nie
	Einhaltung der Prozessstandards				
	Klient war bei Hilfeplanung einbezogen				
	Angehörige / sonstige Bezugspersonen waren einbezogen				
	alle beteiligten Dienste waren einbezogen				
	unterschiedliche Sichtweisen wurden dargelegt				
	IBRP lag schriftlich vor				
	IBRP war vom Hilfesuchenden unterschrieben				
	Zustimmung des Hilfesuchenden zur Vorstellung in HPK				
	Ergebnisorientierung				
	individuelle Zielsetzungen wurden formuliert				
	Zielsetzungen waren konkret				
	Individuelle Empfehlungen zur Vorgehensweise				
	Integrierte Hilfeplanung				
	Alle Leistungsbereiche wurden beachtet				
	- Arbeit				
	- Tagesgestaltung				
	- Selbstversorgung / Wohnen				
	- Grundversorgung / Behandlung				
	- sonstige Therapieverfahren				
	Alle sozialrechtlichen Ansprüche wurden beachtet				
	a) Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben				
	- Rentenversicherung				
	- Bundesagentur für Arbeit				
	- Sozialhilfe				
	b) Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft / Eingliederungshilfe nach SGB XII				
	c) medizinische Rehabilitation				
	d) Krankenbehandlung mit allen Leistungen des SGB V				
	Effektivität				
	Die vorgetragenen Hilfepläne waren plausibel				
	In der HPK wurden Ergänzungen oder Änderungen der Hilfeplanung beschlossen				
	Die Empfehlungen der HPK wurden umgesetzt (Bitte ggf. Gründe für fehlende Umsetzung angeben)				
	Der Zugang zu erforderlichen Hilfen wurde beschleunigt				

So wie die Einführung der integrierten individuellen Hilfeplanung mit einem Lernprozess verbunden ist, so müssen auch bei der Einführung einer Hilfeplankonferenz einige Hürden übersprungen werden. Anfangs sind Hemmungen zu überwinden, die eigenen Überlegungen zur Hilfeplanung offen zu legen. Es könnte etwas vergessen sein oder man fürchtet, die Dramatik des Einzelfalls nicht deutlich genug zu machen. Erste Hilfeplankonferenzen sind oft zu detailliert und dauern daher zu lang. Anfangs werden oft Diskussionen geführt, die weit über den Einzelfall hinausgehen. Dadurch erfahren die Teilnehmer einzelfallbezogen sehr konkret viel über die Möglichkeiten und Grenzen des bestehenden Hilfesystems.

In allen Regionen sind hinsichtlich verbindlicher Abstimmungen über individuelle Hilfebedarfe Erfolg versprechende Anfänge gemacht worden. In der Region Bodenseekreis/Landkreis Ravensburg laufen seit 01.01.2005 sämtliche Aufnahmen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Werkstätten für behinderte Menschen über die Hilfeplankonferenzen, ähnlich in Bielefeld ab Mai 2005. Hierzu mussten die beteiligten Kostenträger Bundesagentur, LVA, BfA und Sozialhilfe zusammenwirken, was in der Kürze der Zeit einen beachtlichen Erfolg darstellt. In vielen Projektregionen, sehr eingehend z. B. in Thüringen, werden auf den Hilfeplankonferenzen für Einzelfälle neue Wege in der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung im Zusammenwirken der Kostenträger erarbeitet. Dies schließt das „Persönliche Budget“ mit ein.

5.5 Koordination der Hilfen durch koordinierende Bezugspersonen

Die koordinierende Bezugsperson ist eine psychiatrische Fachkraft, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klient und sonstige beteiligte Therapeuten dient. Es ist also kein außenstehender „case-manager“, der nur dirigiert, was andere erledigen.

Die koordinierende Bezugsperson ist:

- einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend (verschiedene Leistungsträger) zuständig,
- Ansprechpartner für Klient und sonstige beteiligte Therapeuten,
- zuständig für die nächste Hilfeplanung und Einbringen in die HPK,
- nach Beschluss der HPK im Amt, bis der Beschluss aufgehoben wird,
- ohne Entscheidungskompetenz, hat aber Informationsrecht und Recht zur Stellungnahme.

Bei allen Entscheidungen über Hilfen in den Hilfeplankonferenzen der Projektregionen wurden Koordinierende Bezugspersonen benannt. In den meisten Regionen wird ein Merkblatt für die Koordinierende Bezugsperson mit ihrer Aufgabenbeschreibung und eine schriftliche Information für den Klienten ausgehändigt. Insofern ist für verlässliche Ansprechpartner gesorgt.

Besondere Bedeutung erhält die Koordinierende Bezugsperson in folgenden Fällen:

- Maßnahmeabbruch durch den Klienten
- Änderungen des Hilfebedarfs
- Planmäßiges Ende einer Hilfe bei fortbestehendem Hilfebedarf
- Meinungsverschiedenheiten unter Hilfeleistern

- Einbeziehung und Förderung von nicht professionellen Hilfen

Aufgrund der beschränkten Laufzeit des Projekts liegen noch keine auswertbaren Erfahrungen vor, ob sich die Koordinierende Bezugsperson in diesen Fällen bewährt. Grundsätzlich wird die Funktion jedoch von allen Beteiligten begrüßt.

Herr K. ist 42 Jahre alt und lebt in Altenburg. Durch stationäre und teilstationäre Aufenthalte in der Klinik für Psychiatrie erfolgte am 30.05.2006 die Vermittlung in das EQUAL Teilprojekt „Vernetzung und Arbeit für psychisch Kranke und Suchtpatienten“.

Herr K. lies sich aus Eigeninitiative heraus in die Klinik für Psychiatrie einweisen. In seinem stationären Aufenthalt wurden ihm folgende Diagnosen gestellt: Einmal liegt beim Klienten eine Alkoholabhängigkeit (F10.2) sowie eine Anpassungsstörung (F43.2) durch den psychosozialen Konflikt Scheidung vor.
Zu den situativen Faktoren ist zu sagen, dass der Klient getrennt von seiner Familie lebt. Das Beziehungsverhältnis zu seiner Frau ist ausnahmslos konfliktbehaftet. Aus der Ehe sind 2 Kinder hervorgegangen, zu denen bislang, aufgrund der Diskrepanzen zwischen den Eltern, kein Kontakt besteht.

Als erste Tätigkeit innerhalb des EQUAL-Teilprojekts erstellte die koordinierende Bezugsperson (koord. BP) gemeinsam mit dem Klienten den Integrierten Behandlungs- und RehabilitationsPlan (IBRP), um wesentliche Problemfelder erkennen zu können. Eine individuelle Hilfeplanung wurde somit schriftlich erstellt, mit Zielformulierungen sowie Vorgehensweisen zur Zielerreichung untermauert. Anschließend erfolgte, unter Einverständnis des Klienten, die Besprechung des Hilfeplans mit dem behandelnden Arzt der Klinik für Psychiatrie. Es erfolgte eine Zielabgleichungen/-überprüfung. Weiterhin wurden wichtige Hinweispunkte zum Krankheitsbild der koord. BP mitgeteilt.

Der erste Schwerpunkt innerhalb EQUAL war die Organisation und Unterstützung beim Auszug Herr K. aus der gemeinsamen familiären Wohnung. Im Juli 2007 konnte der Klient einen kleineren eigenen Wohnraum beziehen. Parallel erfolgte die Vermittlung und die gemeinsame Kontaktaufnahme zum Psychologen der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle der Horizonte gGmbH. Der erste Termin wurde seitens des Klienten gemeinsam mit der koord. BP wahrgenommen, alle weiteren Termine erfolgten selbstständig. Die Termine beim dortigen Psychologen unterstützen, nach Angaben des Klienten, in Krisensituationen, um mögliche Einweisungen in die Klinik für Psychiatrie zu minimieren.
Herrn K. fiel es schwer, den Alltag allein zu strukturieren. Durch die fehlende Beschäftigung kreisten seine Gedanken um seine Familie. Es kam zum massiven Alkoholkonsum, dass stationäre Aufenthalte in kurzen zeitlichen Abständen immer wieder notwendig wurden.
Herr K. befindet sich im Leistungsbezug des SGB II. Aus diesem Grund erfolgte seitens der koord. BP die Kontaktaufnahme zur zuständigen Arbeitsvermittlerin der ARGE SGB II Altenburger Land. Für den Klienten ist es von elementarer Bedeutung, eine tägliche Beschäftigung zu bekommen, um den Alltag bewältigen zu können. Über Arbeit/Beschäftigung versprach sich der Klient Tagesstrukturierung, Ablenkung von familiären Problemen sowie eine finanzielle Unterstützung. Herr K. ist gelernter Maurer, jedoch seit Januar 2002 arbeitslos.

Während der regionalen Hilfeplankonferenz im Juli 2007 erfuhr die koord. BP von einem arbeitsrehabilitativen Projekt bei der „Neue Arbeit GmbH“ (Gesellschaft für Arbeits- und Berufsförderung). Das Projekt gliederte sich in eine theoretische sowie in eine praktische Phase. Die Praxis sollte möglichst auf dem ersten Arbeitsmarkt absolviert werden, um eine

arbeitsmarktnahe Situation für die TeilnehmerInnen herzustellen. Das OTV-Projekt „Orientieren, Trainieren, Vermitteln“ wurde seitens der koord. BP bei der Arbeitsvermittlerin gemeinsam mit dem Klienten besprochen und stellte für alle Beteiligten eine adäquate Erprobungsphase für den Klienten dar. Herr K. wurde seitens der Arbeitsvermittlerin in das Projekt (vom 21.08.06-17.10.06) vermittelt.
Während der Teilnahme erfolgte die psychosoziale Betreuung durch eine Mitarbeiterin der „Neue Arbeit GmbH“. Weiterhin erfolgte der ständige Kontakt der koord. BP mit dem Klienten sowie mit der Mitarbeiterin der „Neue Arbeit GmbH“. Herr K. erhielt in der praktischen Phase die Möglichkeit, eine Arbeitserprobung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu absolvieren (weitere Begleitung durch die Neue Arbeit GmbH). Im Laufe dieser Trainingsphase erfolgte das Angebot seitens des Arbeitgebers, dass Herr K., nach Ablaufen des Projekts, bei ihm eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen könne, mit möglicher Aussicht auf die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses. Es erfolgte ein gemeinsamer Termin der koord. BP von EQUAL, der Mitarbeiterin der „Neue Arbeit GmbH“, des Klienten sowie des Arbeitgebers. Innerhalb dieses Treffens erfolgte die Übergabe der Zuständigkeit bei Problemen an die koord. BP. Der Arbeitgeber wurde über die Erkrankung des Klienten informiert und erhielt einen Ansprechpartner bei auftretenden möglichen Problemen. Mit dem Auslaufen der Projektmaßnahme stand die Ansprechpartnerin der „Neue Arbeit GmbH“ weder für Herrn K. noch für den Arbeitgeber zur Verfügung. Die koord. BP wurde zum einzigen einrichtungsübergreifenden Ansprechpartner. Ein anhaltender Kontakt sowie die Begleitung durch die koord. BP wurde seitens des Klienten oft wahrgenommen. Weiterhin bestand der Kontakt und die Rückmeldung an die Arbeitsvermittlerin der ARGE SGB II über den beruflichen Verlauf Herr K. . Eine mögliche Arbeitsgelegenheit in der Entgeltvariante wurde gemeinsam abgelehnt, da die Einstellungsaussicht mit einer Festanstellung beim jetzigen Arbeitgeber weiterhin für den Klienten bestand.
Herr K. konnte sich in Zeiten der geringfügigen Beschäftigung gut stabilisieren, die Zeiträume zwischen den stationären Aufenthalten wurden immer größer. So, dass davon auszugehen ist, dass sich der Alkoholkonsum, aufgrund der täglichen Anforderung des Arbeitsalltags, minimiert hat. Seit dem 01.02.2007 befindet sich der Klient in einem unbefristeten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis als Kunststoffverarbeiter beim o.g. Arbeitgeber.

Die Hilfeplanung erfolgte durch die koord. BP und dem Klienten, in Absprache mit den an ihm beteiligten psychiatrischen sowie komplementären Einrichtungen, Kostenträgern, Leistungserbringer sowie mit dem Arbeitgeber. In der regionalen Hilfeplankonferenz (HPK) wurde speziell dieser Klient während des Hilfebedarfs im September 2006 vorgestellt. Die HPK war in diesem Fall wesentlich für den Aufbau der Netzwerkstruktur zur „Neue Arbeit GmbH“.

5.6 Regionale Pflichtversorgung

Die gemeinsame Verantwortung für die regionale Bedarfsdeckung und Pflichtversorgung beginnt zunächst mit einer Absichtserklärung, keinen psychisch kranken Menschen wegen Art oder Umfang seines Hilfebedarfs auszuschließen. Zumindest soll ab der ersten Besprechung in der Hilfeplankonferenz die Zuständigkeit für die weitere Beratung des Klienten im Sinne einer Koordinierenden Bezugsperson geklärt werden, auch in den Fällen, in denen noch nicht sofort die optimale Hilfe geleistet werden kann.

Die Hilfeleistung darf auch und gerade bei Menschen mit schwankender Motivation, störenden Verhaltensweisen oder komplexem Hilfebedarf nicht verweigert werden. In den Projektregionen wurden wiederholt und eingehend gerade die schwierigen Fälle diskutiert.

6. Differenzierung der Zielgruppen und Handlungsbedarf

Mit der Sozialgesetzgebung der letzten Jahre, insbesondere SGB IX und Hartz-IV, hat der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel vollzogen, der die einzelne Personen und deren Teilhabe in den Mittelpunkt rückt und Hilfen auch unabhängig von Beitragsleistungen ermöglicht. Durch das SGB II wurden auch Menschen Hilfen zur Teilhabe ermöglicht, die noch nie sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben, sofern sie erwerbsfähig und bedürftig sind. Als erwerbsfähig gilt, wer „nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ (§ 8 SGB II). Der anspruchsberechtigte Personenkreis hat sich dadurch deutlich erweitert. Gleichzeitig sind neue Differenzierungskriterien relevant geworden.

Das In-Kraft-Treten des SGB II lag in der Projektlaufzeit. Die Arbeitsgruppe erstellte eine Zielgruppendifferenzierung, die die neuen sozialrechtlichen Vorgaben berücksichtigte und leistete damit einen wirksamen Beitrag zur beschleunigten Umstellung der Teilhabeplanung für psychisch beeinträchtigte Menschen in den Projektregionen.

Bedarfsbereiche:

a) Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in sozialversicherungspflichtiger oder selbstständiger Arbeit

b) Arbeitssuchende Bezieher von ALG I

c) Arbeitssuchende, die mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind
   - mit Anspruch auf ALG II
   - ohne Anspruch auf ALG II
   - unter 25 Jahre alt

d) Arbeitssuchende, deren Fähigkeit, mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, unklar ist

e) Arbeitssuchende, deren Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden liegt – Teilhabeziel: über 3 Stunden erwerbsfähig

f) Arbeitssuchende, die unter 3 Stunden erwerbstätig sein können – Teilhabeziel: Arbeit im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten

g) Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, die aber in der Lage sind, regelmäßig (täglich) 4 bis 6 Stunden ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen

h) Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, und die nur unregelmäßig oder stundenweise in der Lage sind, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen

i) Menschen, die (noch) nicht in der Lage sind, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen, aber arbeitsähnliche Beschäftigung suchen

Auf Grundlage dieser Gliederung wurde in allen Projektregionen vorgenommen:

- eine Bestandsaufnahme, in welchem Umfang psychisch kranke Menschen dieser Gruppen bereits im Hilfesystem bekannt sind,
- eine Erhebung der vorhandenen Hilfemöglichkeiten,
- die Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit und der Qualität bezogen auf psychisch beeinträchtigte Menschen,
- die Feststellung fehlender Hilfemöglichkeiten,
- Absprachen über Initiativen zur Schließung von Versorgungslücken.

Hier werden nur einige Stichworte der sehr eingehenden Analysen aufgelistet:

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in sozialversicherungspflichtiger oder selbstständiger Arbeit	- Psychische Erkrankungen spielen eine wachsende Rolle bei krankheitsbedingten Ausfallzeiten und Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. - In mehreren Regionen fanden Veranstaltungen mit Arbeitgebern zum Eingliederungsmanagement bei psychischer Erkrankung statt. Präventive Maßnahmen wurden thematisiert. - Die Leistungen der Integrationsfachdienste (IFD) wurden bekannt gemacht. - Sofern die psychisch Kranken nicht anerkannte Schwerbehinderungen haben, ist eine Beauftragung der IFDs durch die Rehaträger möglich. Diese erfolgte zunächst selten.
Arbeitssuchende Bezieher von ALG I	- Reha-Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit waren im Projektzeitraum stark rückläufig. - Rehabedarfe werden oft erst kurz vor Ende des Anspruchs auf Krankengeldzahlung geprüft. - Die Entscheidungskompetenz der örtlichen Agenturen ist begrenzt. Entscheidungen über Angebots- bzw. Maßnahmegestaltungen fallen auf der Ebene der Regionaldirektion.

Arbeitssuchende, die mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind - mit Anspruch auf ALG II - ohne Anspruch auf ALG II - unter 25 Jahre alt	- Die ARGEs bzw. Optionskommunen sind wichtigster Leistungsträger für psychisch beeinträchtigte Menschen geworden. - Arbeitsgelegenheiten nach § 16, 3 SGB II bieten günstige Möglichkeiten zum Einstieg nach psychischer Erkrankung. - Eingliederungsleistungen nach SGB II können ohne aufwendige Antragsverfahren bewilligt werden. - Persönliche Ansprechpartner bzw. Fallmanager nach § 12 (?) SGB II sind zentrale Ansprechpartner und entscheidungsbefugt in allen Hilfeangelegenheiten. Es gilt, sie bei der Hilfeplanung zu entlasten und mit ihnen zu kooperieren. - Rehamaßnahmen nach SGB III sind möglich, werden jedoch selten aus der ARGE veranlasst. Für Bedarfsprüfungen sind die Arbeitsagenturen zuständig. Fallmanager sind über Reha-Möglichkeiten nicht immer informiert. - In Partnerschaft lebende psychisch Kranke können aus Fördermaßnahmen herausfallen oder erst gar nicht hineinkommen, wenn der Partner Einkommen erzielt.
Arbeitssuchende, deren Fähigkeit, mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, unklar ist	- Psychisch beeinträchtigte Menschen haben teilweise krankheitsbedingt eine falsche Selbsteinschätzung. Es gibt Überschätzung und Unterschätzung der Leistungsfähigkeit. - Ein geeignetes Assessment, das den Besonderheiten psychisch Kranker Rechnung trägt, fehlt weitgehend. - Die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit ist oft nur durch motivierte Erprobung möglich. - Die Erwerbsfähigkeit besteht bisweilen nur bei geeigneter Hilfe oder in den Beeinträchtigungen Rechnungen tragenden Kontexten. - Spezifische Stressfaktoren werden nicht immer beachtet. Dies führt zu vermeidbarer Ausgliederung.
Arbeitssuchende, deren Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden liegt – Teilhabeziel: über 3 Stunden erwerbsfähig	- Hilfen zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit sind wirksam, aber selten vorhanden. Die meisten Maßnahmen setzen ein hohes Maß an Belastbarkeit voraus. Niedrigschwellige Hilfen zur Teilhabe sind erforderlich. - Einige bereits als ‚erwerbsunfähig' begutachtete psychisch beeinträchtigte Menschen konnten in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung gebracht werden. - Die Zuständigkeit der Sozialhilfe im Rahmen des § 11 SGB XII für Aktivierung in Richtung Beschäftigung wurde teilweise bezweifelt. Positive Initiativen gibt es bereits in einigen Projektregionen.
Arbeitssuchende, die unter 3 Stunden erwerbstätig	- Ein erheblicher Anteil der wegen psychischer Erkrankung Erwerbsunfähigen sucht stundenweise

sein können – Teilhabeziel: Arbeit im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten	Beschäftigung, um Teilhabe und Zuverdienst zu erreichen. - Auch eine unter 3-stündige Beschäftigung kann ein Ziel im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe sein. - Zuverdienst kann institutionelle Hilfen zur Tagesgestaltung oder WfbM verzichtbar machen. - Einige Tagesstätten für psychisch behinderte Menschen bieten Zuverdienstmöglichkeiten an.
Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, die aber in der Lage sind, regelmäßig (täglich) 4 bis 6 Stunden ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen	- Vor Aufnahme in eine Werkstatt sollten eingehend Alternativlösungen geprüft werden. Dies ist im Rahmen der Hilfeplanung in den Projektregionen geschehen. - Werkstattbetreuung sollte möglichst im ‚normalen' Arbeitskontext stattfinden: ausgelagerte Werkstattplätze bzw. virtuelle Werkstatt. - Entsprechende Initiativen sind in mehreren Projektregionen gestartet worden. - Im Rahmen von Chance-24 wird auch die Berufsbildungsphase von Werkstätten ausgelagert. - Teilzeitarbeit in Werkstätten ist erforderlich. Nicht alle psychisch behinderten Werkstattmitarbeiten benötigen oder ertragen eine Vollzeitbeschäftigung
Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, und die nur unregelmäßig oder stundenweise in der Lage sind, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen	- Auch bei geringer oder nur unregelmäßiger Fähigkeit zu wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung kann die Arbeitstätigkeit psychisch stabilisieren, Lebensqualität erhöhen und Hilfen im Bereich Wohnen oder Tagesgestaltung ersetzen oder reduzieren. - Psychisch behinderte Erwerbsminderungsrentner suchen häufig Zuverdienstmöglichkeiten. - Sozialhilfeträger sehen sich teilweise nicht mehr in der Zuständigkeit für Zuverdienstmöglichkeiten (nach § 11 oder § 54 SGB XII).
Menschen, die (noch) nicht in der Lage sind, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen, aber arbeitsähnliche Beschäftigung suchen	- Auch bei fehlender Fähigkeit zu wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung kann die Arbeitstätigkeit psychisch stabilisieren, Lebensqualität erhöhen und Hilfen im Bereich Wohnen oder Tagesgestaltung ersetzen oder reduzieren. - Im Bereich der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sollte Arbeit neben Selbstversorgung/Wohnen und Hilfen zur Tagesgestaltung ein gleichwertiger Hilfebereich werden.

7. Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen

7.1 Zusammenfassung

1. Psychische Erkrankungen haben häufig Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit und werden in ihrem Verlauf von der Arbeitssituation wesentlich mitbestimmt.

2. Die Abklärung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und ggf. ihrer Bedeutung für die Teilhabe am Arbeitsleben und der dafür erforderlichen Hilfen ist schwierig und erfordert in jedem Einzelfall ein individuelles, „personenzentriertes" Vorgehen. Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an die Organisation der Zusammenarbeit von den Fallmanagement und den Fachdiensten der Leistungsträgern mit den Diensten des Gemeindepsychiatrischen Verbunds der Leistungserbringer und nicht zuletzt an die fachliche Kompetenz aller Beteiligten.

3. Angesichts der großen Spannweite von Teilhabezielen und Leistungspotenzialen der Klienten ist eine für alle Beteiligten sinnvolle arbeitsökonomische „Abschichtung" des Abklärungsaufwands *vor* der Entscheidung über die Hilfeplanung geboten:

- Bei der großen Mehrzahl der Klienten beschränkt sich das Ziel der Abklärung darauf, ob eine relevante psychische Erkrankung vorliegt und wie die psychischen Störungen – unter Beachtung einer evtl. Behandlung – bei der Vermittlung einer Arbeit oder der Erhaltung eines Arbeitsplatzes zu berücksichtigen sind.
- Für Klienten mit komplexem Hilfebedarf ist ein integrierter Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplan zu erarbeiten und in der Hilfeplankonferenz (HPK) zu entscheiden.
- Bei einer kleineren Gruppe von Menschen ist zur Abklärung von Zielorientierung und Hilfebedarf ein zielgruppenbezogenes Assessment bzgl. der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung erforderlich, zu dem je nach Einzelfall im Umfang variierend eine spezifische Diagnostik, wenn notwendig eine begleitete Arbeitserprobung in einem geschützten Setting und ein Betriebspraktikum gehören.

4. Für die strukturierte Zusammenarbeit sind in jeder Region unter den Leistungserbringern im Gemeindepsychiatrischen Verbund und mit den Leistungsträgern im regionalen Steuerungsverbund verbindliche Verfahren zu vereinbaren. Dazu gehören die gemeinsame Festlegung von Arbeitsinstrumenten wie dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die Abstimmung und Entscheidung über die Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz.

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

7.2 Assessment für psychisch beeinträchtigte Menschen

Bei seelischen Erkrankungen besteht – entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitskonzept – regelmäßig ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen der psychischen Sym-

ptomatik und den Lebensverhältnissen. Dabei können die eng mit Problemen in einem Lebensbereich verbundenen Störungen sich bedeutsam in anderen auswirken. Die berufliche Situation kann also im Einzelfall vorrangig Auslöser einer psychischen Problematik oder vorrangig Ausdruck einer in anderen Bereichen vorrangig begründeten Belastung sein – oder beides.
Psychisches Kranksein kann sich in sehr unterschiedlichen Leistungsbeeinträchtigungen äußern. Die mit schweren seelischen Störungen oft einhergehende Verunsicherung des Selbstwertgefühls kann mit Antriebsminderung, Störungen der Willensbildung und sozialen Ängsten einhergehen und sich in mangelnden Motivation, geringer Belastbarkeit, verminderter Selbsteinschätzung, in Problemen im Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Kunden äußern, aber auch in Defiziten in den Grundarbeitsfähigleiten wie Konzentration, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Lern- und Entscheidungsfähigkeit.

Vorhandene Leistungseinschränkungen können von den Betroffenen subjektiv über- oder auch unterbewertet werden, mit der häufigen Folge einer zunehmenden psychischen Belastung und weiterer Leistungseinschränkung, wenn eine situationsgerechte Bearbeitung der Probleme am Arbeitsplatz nicht gelingt und/oder die notwendige Behandlung ausbleibt.
Die bestehenden Zusammenhänge sind oft schwer zu entschlüsseln und bedürfen bei ernsthaften Beeinträchtigungen spezifischer Diagnostik und ggf. Therapie verbunden mit gezielten personenbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen.
Durch qualifizierte Förderung und Unterstützung ist im Regelfall eine angemessene Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (TAB) zu erreichen - je nach individuellem Potenzial in dem gesamten Spektrum zwischen hochqualifizierter Vollzeittätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und einfacher stundenweiser Zuverdiensttätigkeit.

Auch bei in fachpsychiatrischer Behandlung befindlichen Patienten ist deren Arbeitssituation oft nicht hinreichend im Blickfeld der Behandler, deren Augenmerk eher auf die unmittelbare Beeinflussung der Krankheitssymptomatik gerichtet ist. Außerdem fehlen vielen Professionellen im psychiatrischen Hilfesystem hinreichende Erfahrungen und Kenntnisse über die spezifischen Auswirkungen unterschiedlicher Arbeitsbedingungen auf den einzelnen psychisch kranken Menschen und auch über die fachlichen, sozialrechtlichen und verfahrenspraktischen Möglichkeiten von Rehabilitation und Eingliederung.
Die Unübersichtlichkeit der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, die Zergliederung des weitgehend angebotsorientierten und institutionszentrierten Hilfesystems und nicht zuletzt der immer enger werdende Zeitrahmen für die ambulante wie die stationäre Behandlung machen es den im psychiatrischen Hilfesystem tätigen Fachleuten zunehmend schwer, sich in ausführlichen Gesprächen mit dem Klienten oder gar mit Personen aus seinem sozialen Umfeld oder mit anderen für den Klienten tätigen Personen und Diensten sorgfältig auszutauschen, auch wenn dies für die Beurteilung der Situation und die Behandlungs- und Rehabilitationsperspektiven unbedingt geboten wäre.
Dies gilt auch für die Fachdienste der Sozialleistungsträger. Diese haben oft Wartezeiten, in der Regel ein sehr begrenztes Zeitkontingent für den Einzelfall, müssen auf Vorinformationen von begrenztem Informationsgehalt zurückgreifen und sich letztlich auf diese und eine ergänzende Untersuchung des Klienten stützen. Deren Ergebnis hat – mit oder ohne begleitende Testuntersuchungen – nicht selten für die Beurteilung komplexer Zusammenhänge zwischen Krankheitsverlauf, Erwerbsfähigkeit und Arbeitssituation nur sehr begrenzten Aussagewert. Darüber hinaus stehen für die Maßnahmeplanung nur eingeschränkt Maßnahmen der Arbeitsförderung bzw. Eingliederung nach dem SGB II und III zur Verfügung, die dem besonderen Bedarf von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht werden.
Dies gilt auch für die Medizinischen Dienste der Agenturen für Arbeit, die die Begutachtungen zur Erwerbsfähigkeit im Auftrag der ARGEn durchführen (§ 44 a SGB II). Diese treffen

oftmals nur auf der Grundlage von vorliegenden Berichten und Gutachten und einer kurzen persönlichen Untersuchung Entscheidungen von wesentlichen Tragweiten. Das Vorgehen verkennt die Komplexität der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch eine psychische Erkrankung. Durch Gespräche und Untersuchungen lassen sich z. B Ursachen von. gestörten Kommunikationsprozessen in spezifischen Belastungssituationen oder die Fragen, welche Beeinträchtigungen spezifisch für bestimmte Arbeitsaufgaben, Arbeitsumfelder, Dichte von Kollegenkontakten etc. sind und welchen Beeinträchtigungen grundsätzlich die Erwerbsfähigkeit mindern, nicht klären. Diese Fragen zu beantworten bedarf bei Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig einer genaueren und längeren Beobachtungen in realen Arbeitsumgebungen.
Sofern eine Rehabilitations-Maßnahme nach § 33 SGB IX in Erwägung gezogen wird, kommt es seitens der Rehabilitationsanträgen nicht selten zu einer Ablehnung, die letztlich darin begründet ist, dass keine positive Prognose gestellt werden kann, weil die vorhandenen Rehabilitationsangebote die psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtigen. Daraus entsteht ein Teufelskreis: Demotivierte Klienten bzw. ihre Betreuer stellen gar keine Anträge mehr, „weil es keinen Sinn hat“. Dies wird als geringer Bedarf interpretiert – personenzentrierte Angebote werden nicht entwickelt.

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

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

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

Fallmanager und die Fachkräfte des psychiatrischen Hilfesystems sind aufeinander angewiesen – im gemeinsamen Interesse an der Erbringung von wirksamen und wirtschaftlichen Hilfeleistungen für die Klienten wie an einer Qualifizierung und Vereinfachung der jeweiligen Arbeitsabläufe.
Dafür müssen Aufgaben und Rollen klar getrennt und die Kooperation gut geregelt sein.

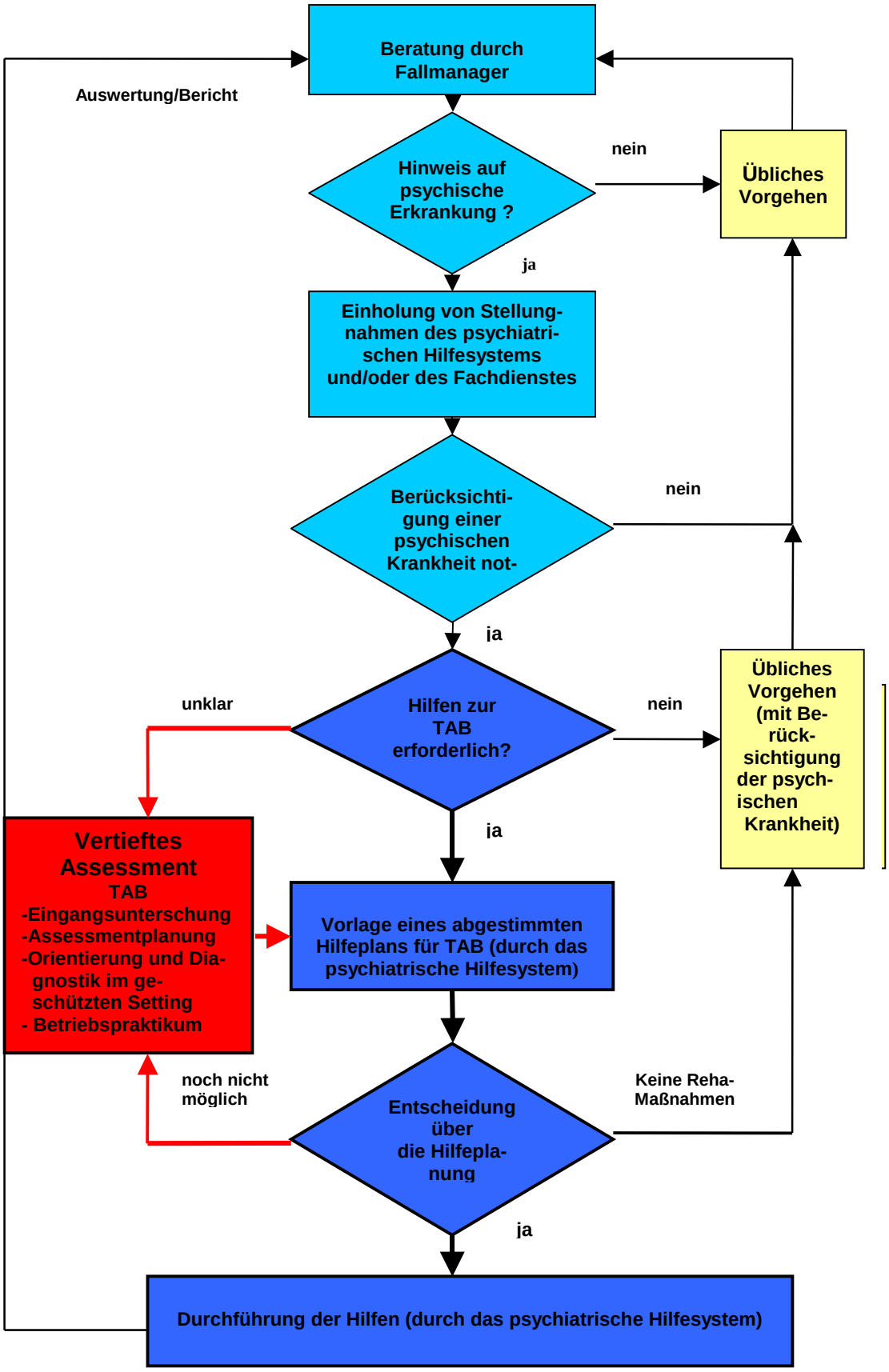
- Es bedarf einer gemeinsamen Sprache, d. h. eines Instruments für die Hilfeplanung, das in einer Region allen Beteiligten bekannt ist und von allen genutzt wird – ungeachtet möglicher vertiefender Dokumentationsverfahren der einzelnen Leistungserbringer oder Gutachter. Hier hat sich der *IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan)* – in regional etwas unterschiedlichen Abwandlungen – in vielen Regionen bewährt. Er enthält verbindliche Verfahrensvorschriften für die Erstellung – etwa

bzgl. der Einbeziehung des Klienten – bis hin zu einer Zielplanung und Hilfebedarfsermittlung, die eine überprüfbare fachliche Grundlage für die Aufstellung des Gesamtplans darstellt.

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

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

- Beratung durch den Fallmanager
- Wenn sich keine Hinweise auf eine relevante psychische Erkrankung ergeben, wird die Beratung / Vermittlung wie bei gesunden Personen weiter geführt.
- Bei vorliegenden Hinweisen auf eine psychische Beeinträchtigung erfolgen (bei Zustimmung des Arbeitssuchenden) Rückfragen an behandelnde oder betreuende Personen des psychiatrischen Hilfesystems (evtl. mit Einschaltung des Fachdienstes des Leistungsträgers).
- Ergibt sich daraus nicht, dass relevante psychische Störungen vorliegen, wird das übliche Vorgehen wie bei gesunden Personen weitergeführt.
- Beim Vorliegen relevanter psychischer Störungen wird geprüft, ob ein abgestimmter psychiatrischer Rehabilitations- und Eingliederungsplan erforderlich ist.
- Wenn nicht, wird das übliche Vorgehen der Beratung/Vermittlung unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Besonderheiten fortgeführt (z. B. Ausschluss besonderer Arbeiten oder Anforderungen, Reduzierung der Arbeitszeit u. Ä.)
- Wenn ja, werden die Dienste des psychiatrischen Hilfesystems um eine abgestimmte Hilfeplanung im Sinne eines IBRP gebeten.
- Wenn auch nach Erstellung des IBRP eine berufsbezogene Hilfebedarfsprüfung aufgrund der Komplexität der Problemlagen nicht ohne weiteres möglich ist oder wenn über deren Ergebnisse keine Einigung zu erreichen ist, wird ein Assessment unterhalb der Rehaschwelle in Auftrag gegeben, das mit einem integrierten Hilfeplanungsvorschlag (Hilfeplan) unter besonderer Berücksichtigung der Berufsperspektive abschließt.
- Das Ergebnis des Assessments wird in der Hilfeplankonferenz erörtert und entschieden. Falls keine Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind, erfolgt das übliche Vermittlungs- oder Beratungsverfahren unter Berücksichtigung der Besonderheiten, die sich aus der Beurteilung der Erkrankung ergeben. Bei noch unklaren Perspektiven wird gegebenenfalls ein intensiviertes zielgruppenspezifisches Assessment als Rehamaßnahme in Auftrag gegeben.
- Die Durchführung des Hilfeplans wird in einem Abschlussbericht ausgewertet. Das Ergebnis wird (bei Bedarf) vom FM mit dem Klienten beraten.



Abklärung des Hilfebedarfs und Entscheidung über Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die *Indikation* für die unverzügliche Einleitung eines zielgruppenspezifischen Assessments ist immer dann gegeben, wenn der Klient, die ihn behandelnden und betreuenden Fachleute des psychiatrischen Hilfesystems und der zuständige Fallmanager des Leistungsträger (ggf. unterstützt durch den Fachdienst) sich nicht auf einen Hilfeplan einigen konnten.
In diesem Artikel wird die Bezeichnung „Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ (AssTAB) für eine *Aufgabe im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme* verwandt.

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

Aufgaben und Zielsetzung des AssTAB sind

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

Vorrangige Zielgruppen für das AssTAB sind psychisch kranke

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

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

Der skizzierte Ansatz entspricht weitgehend dem Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit (ICF). Ziel der ICF ist es, eine nach international aufgestellten Kriterien gültige Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Menschen. Dabei werden Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen in ihren Wechselbeziehungen gesehen unter Beachtung der externen und internen Kontextbedingungen. Allerdings ergibt sich aus der Dokumentation nach der ICF allein kein zusammenhängendes Verständnis von den Fähigkeiten, Problemen, Zielen, Bedürfnissen, Entwicklungsmöglichkeiten und Hilfebedarfen eines Menschen mit psychischer Erkrankung. *Die ICF macht zu diesem Zweck erst in der Verbindung mit einem prozessorientierten Instrument wie dem IBRP Sinn* – dazu wurden in den Übersichtsbogen des IBRP ICF-Kategorien aufgenommen.

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

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

7.3 Die modulare Organisation des zielgruppenspezifischen Assessments

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

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

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

In vielen Regionen müssen für das Assessment keine neuen Dienste geschaffen werden. Die Leistungen können vielmehr in vertraglich festgelegter Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer erbracht werden, was zusätzlich dadurch erleichtert werden kann, dass Arbeitgeber auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt Praktikumsplätze bereitstellen mit der Möglichkeit der Arbeitserprobung und der Perspektive einer Einstellung etwa mit Minderleistungsausgleich, auf Teilzeitarbeitsplätze, Zuverdienstplätze usw. Wenn sich ein Anbieter auf spezielle Zielgruppen ausrichtet, ist im Verbund die Wahrnehmung der Pflichtversorgung sicherzustellen.
Dabei ist es sinnvoll, die Struktur des Assessments modular zu planen, um ein möglichst einheitliches Beantragungs- und Vergütungsverfahren für die verschiedenen Leistungserbringer und Leistungsträger zu erreichen.
Zur Einrichtung des zielgruppenspezifischen Assessments wird das nachfolgende einfache Modulsystem vorgeschlagen. Es kann je nach Fragestellung gestuft und auf die jeweiligen

Ziel- und Hilfebedarfsgruppen ausgerichtet werden, d. h. es muss nicht immer vollständig durchgeführt werden:

1. Eingangsstufe: Abklärungsgespräche zu den persönlichen Voraussetzungen, Zielen und Erwartungen; evtl. am aktuellen Lebensort des Klienten beginnend, an mehreren Tagen im Zeitraum einer Woche, mit Planung der weiteren Stufen und Besuch des Erprobungssettings.

2. In Einzelfällen begleitete *Arbeitserprobung* zur Abklärung der aktuellen Leistungsfähigkeit und der Zielorientierung in Richtung Arbeitsmarkt *unter geschützten Bedingungen* (maximal 4 Wochen)

3. *Begleitetes Betriebspraktikum* mit

- individueller Platzierung (an einem Ort oder an mehreren Orten, möglichst im späteren Berufsfeld)
- Trainings- und/oder Berufsfindungselementen
- begleitender Beratung (von Klient und Arbeitsort)
- integrierter Diagnostik
- individuell angepasster Dauer (gestuft, ca. vier Wochen mit Verlängerungsmöglichkeit bis zu insgesamt – unter Einbeziehung von Modul 2 – zwölf Wochen)
- gestufter Betreuungsdichte entsprechend dem Hilfebedarf

Die einzelnen Module gehen bei weiterem Abklärungsbedarf jeweils ineinander über.
Sobald entschieden wird, dass ein handlungsbezogenes zielgruppenspezifisches Assessment mit Arbeitserprobung erfolgt, so wird nach einem Wochenplan verfahren, der von einer mindestens halbtägigen Anwesenheit am Arbeitsort ausgeht.

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

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

Das zielgruppenspezifische Assessment wird regelmäßig nach Vorlage des Hilfeplans einschließlich eines Vorschlags der (vorbereiteten!) Platzierung in der Hilfeplankonferenz abgeschlossen.
Die Finanzierung des zielgruppenspezifischen Assessments erfolgt durch den beauftragenden Leistungsträger – nicht als Rehabilitationsmaßnahme sondern zur Abklärung der Erwerbsfähigkeit und der Notwendigkeit von Hilfen (im Rahmen eines Gesamtplans) bzw. der Berücksichtigung von Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Der Hilfebedarf für die Eingangsstufe beträgt insgesamt ca. 6 – 12 Fachleistungsstunden, die begleitete Arbeitserprobung bis zu 10 Fachleistungsstunden pro Woche, der des Betriebspraktikums je nach Unterstützungsbedarf bis zu 5 Fachleistungsstunden pro Woche.

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

- zur integrierten Hilfeplanung: (IBRP, koordinierende Bezugsperson, Helferkonferenz, Hilfeplankonferenz, Sicherung der Qualitätsstandards)
- zur Beratung der Fallmanager: Angebot zur Abklärung und psychosozialen Begleitung
- zum vertieften TAB-Assessment: Regionales Angebot zur Pflichtversorgung

Im Rahmen der regionalen Steuerungsstruktur sind festzulegen

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

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

8. Projektschwerpunkt: Zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Förderinstrumente

Anhand der bereits angeführten Bestandsaufnahmen, Regional- und Strukturanalysen wurden in den Projektregionen.

- die bestehenden bzw. in Planung befindlichen Angebote so weiterentwickelt bzw. flexibilisiert, dass diese auch den besonderen Bedarfen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht werden konnten.
- neue zielgruppenspezifische Leistungsformen konzipiert und soweit in der Projektlaufzeit möglich auch realisiert.

Grundlage für die Strukturen der Weiterentwicklung waren die erarbeiteten Bedarfsbereiche bzw. Zielgruppendifferenzierung. Ziel war es in jeder Region, dass die Leistungen für alle Bedarfsbereiche sichergestellt sind.

8.1. Leistungen für berufstätige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

8.1.1 Wachsende Zahl psychischer Erkrankungen

Auch bei Menschen, die berufstätig sind, werden in den letzten Jahren zunehmend mehr psychische Erkrankungen diagnostiziert, wie die Krankenkassen feststellen müssen. Die Techniker-Krankenkasse, bei der immerhin etwa 2,5 Mio. „Erwerbspersonen“ versichert sind, schreibt im aktuellen „Gesundheitsreport 2008“, welcher bezeichnenderweise den Schwerpunkt „psychische Erkrankungen“ hat:

„Bei 15,0 Prozent der männlichen und 32,1 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen wurde innerhalb des Jahres 2006 mindestens einmal die Diagnose einer psychischen Störung dokumentiert. Geschlechtsübergreifend lässt sich ein Anteil von 22,1 Prozent angeben. Mehr als ein Fünftel aller Erwerbspersonen sind demnach von (mindestens) einer entsprechenden Diagnose betroffen.“ (S. 10)

Für Betriebe ist von besonderer Bedeutung, dass allein in der Zeit von 2000 bis 2007 die Zahl von Fehlzeiten bei Berufstätigen aufgrund psychischer Diagnosen um etwa 12 % zugenommen hat (vgl. Abb. 29 von S. 74 des Reports).

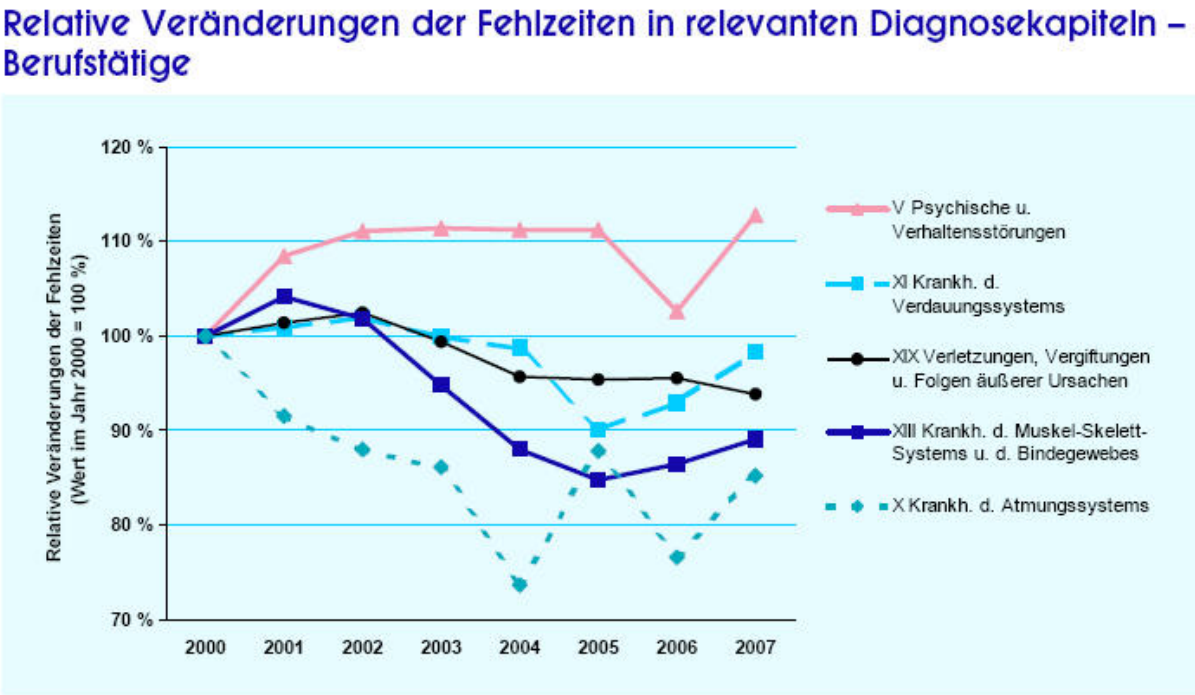


Abbildung 29 (stand.; **BERUFSTÄTIGE** TK 2000 – 2007; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 %)

Hinzu kommt folgende Feststellung: „Erwerbspersonen mit der ambulanten Diagnose einer psychischen Störung werden auch unter anderen Diagnosen merklich häufiger krankgeschrieben als Personen ohne psychische Diagnosen. Durchschnittlich fehlten Personen mit einer psychischen Diagnose 2006 im selben Jahr 22,7 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz. Für Personen ohne entsprechende Diagnose aus übereinstimmenden Geschlechts- und Altersgruppen wurden demgegenüber durchschnittlich lediglich 7,6 Fehltage ermittelt“. (S. 12)

Für Betroffene und Betriebe sind psychische Beeinträchtigungen ein wachsendes Problem. In den Regionen des TAB-Projektes wird über steigende Belastungen im Arbeitsleben berichtet, die zu der wachsenden Zahl von Erkrankungen führen. Als Ursache werden häufig die tiefgreifenden Veränderungen im Arbeitsleben genannt. Betriebs-Übernahmen, -Schließungen, -Verkleinerungen und -Verlegungen seien ein Teil des Alltags geworden. Angst vor nicht zu bewältigenden Veränderungen und Angst vor Arbeitslosigkeit seien bei vielen Menschen der Hintergrund auf dem sich psychische Erkrankungen entwickeln.

8.1.2 Begrenzte Ressourcen im Hilfesystem

Die wachsende Zahl der Erkrankungen führt zu erhöhter Nachfrage im Hilfesystem. In den Regionen des TAB-Projektes werden teilweise Verdopplungen der Nachfrage gemeldet – z. B. bei den Integrationsfachdiensten für Berufsbegleitung.

Die Ressourcen im kassenfinanzierten Bereich der niedergelassenen Ärzte und vor allem der Kliniken sind in den letzten Jahren eher zurückgegangen. Aus den TAB-Regionen wird berichtet, dass in den Kliniken kaum noch Zeit für eine gründliche berufliche Anamnese und entsprechende Unterstützung vorhanden ist. Arbeitsplätze gingen verloren, weil niemand dafür sorgt, dass mit Arbeitgebern eine Wiedereingliederung abgestimmt und fachlich begleitet wird.

Das relativ neue Feld der Prävention ist im Bereich psychischer Erkrankungen – abgesehen von den Suchterkrankungen – noch im Aufbau begriffen. Mit den in das SGB V aufgenommenen Verpflichtungen zur Prävention und mit dem „Betrieblichen Eingliederungsmanage-

ment“ gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX ergibt sich eine Chance, mit vergleichsweise geringem Aufwand eine erhebliche Verbesserung zu bewirken.

Die Integrationsämter – insbesondere zuständig für berufstätige Menschen mit Behinderung – beklagen seit Jahren die Begrenzung des Mittelaufkommens durch die Ausgleichsabgabe. Die Folge sind Einspar-Bemühungen bei Leistungen an Betriebe, Integrationsprojekte und für Integrationsfachdienste.

Die Integrationsfachdienste (IFD) sind für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von besonderer Bedeutung. Auch bei den IFD für die Berufsbegleitung Berufstätiger ist mit der Mittelverknappung eine Einschränkung der Aufgaben und Möglichkeiten sowie eine Verminderung der fachspezifischen Angebote für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu verzeichnen. Gleichzeitig wächst die Nachfrage ganz erheblich.

In Betrieben ergibt sich wachsend häufig das Problem, dass sich Menschen mit psychischer Erkrankung an veränderte Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht genügend bzw. nicht schnell genug anpassen können. Die leidensgerechte Qualifizierung dieser Betroffenen wird daher ein immer wichtigeres Thema. Mittel aus der Ausgleichsabgabe, der Arbeitsagentur oder der Teilhabe-Träger kommen hier in Frage. Es fehlt aber ganz beträchtlich an Information und Koordination.

Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation sind laut Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) zurückgegangen. Der Ausbau ambulanter Angebote im Bereich der RPK und der psychiatrischen und psychosomatischen medizinischen Rehabilitation kommt kaum voran. In einigen TAB-Regionen wurden Bemühungen unternommen, hier ambulante Angebote zu schaffen. Dies konnte jedoch an keinem Ort realisiert werden, da überall die Leistungsträger Probleme signalisierten.

Auch im Feld der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Leistungsträger verstärkt um Begrenzung der Ausgaben bemüht. Die individuelle Förderung Berufstätiger mit psychischer Beeinträchtigung im betrieblichen Rahmen ist im Vergleich mit der ausgebauten Struktur stationärer und außerbetrieblicher Angebote noch fast gar nicht entwickelt. Gerade hier böten sich aber auch Ansatzpunkte für die Unterstützung besonders auch psychisch erkrankter Menschen und den Erhalt von Arbeitsplätzen.
Hilfreich können Integrationsfirmen bei der Erhaltung und dem Ausbau von Arbeitsplätzen sein. Auch dabei stellt sich die Frage nach dem „barrierefreien Arbeitsplatz“ für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

Im Folgenden wird die Problematik in diesen angesprochenen Feldern auf dem Hintergrund der Erfahrungen im TAB-Projekt näher betrachtet.

8.1.3 Für Berufstätige relevante Felder

8.1.3.1 Krankenkassenfinanzierte Leistungen

Die für berufstätige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen von niedergelassenen Ärzte erbrachten Hilfen sind von besonderer Bedeutung, weil diese in der Regel die ersten sind, an die sich die Betroffenen wenden. Von großem Nachteil ist, dass niedergelassene Hausärzte und Fachärzte nur selten mit dem Betrieb kommunizieren und die betrieblichen Erfordernisse häufig nur am Rande wahrnehmen. Auch die Kommunikation mit dem übrigen Hilfesystem ist sehr unterschiedlich.

Die Integrationsfachdienste in den TAB-Regionen berichten, dass die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychiatern nicht immer einfach ist. Diese werden in der Regel nur auf Anfragen tätig. Ein Einbezug in die klientenbezogene Hilfeplanung kann nur mit einigem

Aufwand seitens anderer Akteure hergestellt werden. Hinzu kommt die Sorge der Ärzte, dass bestimmte Leistungen ihr Budget überschreiten könnten. So ist es z. B. für Betroffene und helfende Dienste nicht immer einfach, dringend benötigte Ergotherapie verordnet zu bekommen. In machen Gebieten sind die zeitweise geltenden Begrenzungen für die Verschreibung wieder aufgehoben, was den Niedergelassenen aber häufig nicht bekannt ist.

Notwendig wäre eine Regelung, nach der die niedergelassenen Ärzte bei der Hilfeplanung und beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement mitwirken. In der Region Saalfeld konnte dies ansatzweise realisiert werden.

Ähnlich schwierig gestaltet sich für ambulante Dienstleister wie die Integrationsfachdienste die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken, in denen ja auch ein nennenswerter Anteil an berufstätigen Menschen behandelt wird. In den TAB-Projektregionen haben sich viele Kliniken zur Zusammenarbeit mit den anderen Anbietern im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes verpflichtet. So z. B. in den Regionen Bremen, Hamburg-Nord, Bielefeld, Gera, Rostock, Saalfeld, Bodensee-Kreis und Ravensburg. Dies wäre auch bundesweit sehr wünschenswert.

Für Berufstätige ist die rechtzeitige Wahrnehmung betrieblicher Erfordernisse zur Sicherung des Arbeitsplatzes aber von immenser Bedeutung. Auch in den TAB-Regionen funktioniert das Zusammenspiel zwischen Akut-Behandlung in der Klinik und der betrieblichen Sphäre nicht immer reibungslos. Die Gemeindepsychiatrischen Verbünde sind häufig eher im Bezug auf die Kooperation im Felde Wohnen eingespielt. Hinzu kommen die schwindenden Ressourcen durch Einspar-Maßnahmen bei den Kliniken, die noch weniger Spielraum für „zusätzliche“ Aktivitäten bezogen auf die Sicherung eines Arbeitsplatzes lassen. So bleibt dieses wichtige Feld zumeist dem besonderen Engagement einzelner Mitarbeiter überlassen.

Ergotherapie wird in Kliniken immer seltener im Sinne von Arbeitstherapie angeboten. Dies hängt auch mit der drastisch zurückgegangenen Verweildauer in den Kliniken zusammen. Ein berufsbezogenes Training von Grundfertigkeiten und eine Belastungserprobung wären aber z. B. teilstationär nach der Klinikbehandlung häufig sehr sinnvoll. Viele niedergelassene Ergotherapeuten haben sich auf die Arbeit mit psychisch kranken Menschen – auch berufstätigen – eingestellt. Teilweise unterstützen sie Betroffene sogar am Arbeitsplatz – so eine Praxis in Neumarkt. Ein Problem der Praxen ist das zurückhaltende Verordnungs-Verhalten der niedergelassenen Ärzte.

Manche Integrationsämter (z. B. Westfalen, Rheinland) nutzen ergotherapeutische Fachkräfte – vielfach aus Praxen – um intensives „Arbeitstraining am Arbeitsplatz“ für Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung zu finanzieren. Als Rechtsgrundlage werden die §§ 24, 25 und 27 der SchwbAV genutzt. Diese Trainings dienen der Klärung der Belastungs- und Einsatzfähigkeit in der betrieblichen Praxis, der Einübung bestimmter Arbeitsabläufe sowie der Anpassung von Arbeitsplätzen. Dies Angebot sollte möglichst von allen Integrationsämtern gemacht werden.

8.1.3.2 Prävention und betriebliches Eingliederungsmanagement

Das Problem seelischer Erschöpfung, des sog. Burnouts, und das Problem psychischer Erkrankungen infolge zunehmender betrieblicher Belastungen nehmen stark zu. In vielen Betrieben gibt es eine eingespielte Struktur für den Umgang mit Suchterkrankungen – häufig Gegenstand von Betriebsvereinbarungen. Entsprechende Strukturen für den Umgang mit psychischen Belastungen fehlen in aller Regel. Es gibt bisher von Krankenkassen oder anderen Anbietern nur sehr sporadisch Angebote der Fortbildung und Beratung für den Umgang mit den wachsenden psychischen Belastungen im Arbeitsleben.

Aufgrund ihrer Verpflichtung zur Prävention durch das geänderte SGB V sollten die Krankenkassen möglichst zügig in diesem Bereich Rat und Hilfe für die Betriebe und möglichst auch für einzelne Betroffene entwickeln. Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen hat schon 2000 bzw. 2003 „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ für die Prävention erarbeitet. Hierin ist zur Vermeidung bzw. Verringerung von „Psychosozialem Stress“ in der Arbeit einerseits das „Präventionsprinzip Stressmanagement“ für die Beschäftigten entwickelt worden und andererseits das „Präventionsprinzip Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ für Vorgesetzte.

Im Rahmen des Stressmanagements sollen Fachkräfte aus dem Feld psychosozialer Gesundheitssorge für Mitarbeiter bieten:

- systematische Trainingsprogramme für Gruppen auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie
- ganzheitlicher Ansatz
- Orientierung an den individuellen Stressproblemen der Teilnehmer
- Einbeziehung des betrieblichen Umfeldes
- Anleitung zur Selbstbeobachtung in belastenden Situationen
- praktische Einübung von Stressreduktionsmethoden
- Anleitungen für Übungen zu Hause
- Bearbeitung von Einzelfällen in der Gruppe

Dies kommt in der Praxis allerdings nur selten zum Zuge. Ein Beispiel ist das Angebot von „Team Gesundheit“, einer Tochter mehrerer BKK. Nach Auskunft von Team Gesundheit hat die zögerliche Umsetzung auch damit zu tun, dass konsequente Prävention vielfach die bestehende Praxis der Personalführung in Frage stellt.

Das „Betriebliche Eingliederungsmanagement“ wird insbesondere von den Integrationsämtern und den Krankenkassen beworben. Eine Vielzahl von Betrieben hat sich entsprechende Verfahren angeeignet. Leider ist für viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen das formale Abwickeln eines Verfahrens nicht passend. Aus den TAB-Regionen wird berichtet, dass viele Betroffene die Schreiben ihres Betriebes, in denen dazu aufgefordert wird, sich für ein betriebliches Eingliederungsmanagement zu melden, als verunsichernd und bedrohlich erleben. Es ist auch beim Eingliederungsmanagement erforderlich, die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zu berücksichtigen. Dann wird dieses sinnvolle Instrument noch stärker wirken.

Wer selbst noch nicht weiß, wie eine Depression oder andere psychische Erkrankung sich weiter entwickeln wird und wie lange sie dauert, der empfindet häufig entsprechende Anfragen des Betriebes als bedrohlich. Eine professionelle Unterstützung beim Umgang mit Erkrankungen, bei denen der Betrieb vermuten kann, dass es sich um psychische Probleme handelt, wäre in vielen Fällen hilfreich.

Die Integrationsämter bemühen sich darum, hier die Integrationsfachdienste (IFD) ins Spiel zu bringen. Allerdings sind die verfügbaren Kapazitäten in den Diensten für diese Aufgabe in der Regel sehr begrenzt und tendenziell nur für Menschen mit Schwerbehinderung verfügbar. Hinzu kommt, dass immer weniger Fachkräfte in IFD über eine spezifische Qualifikation für den Umgang mit psychischer Beeinträchtigung verfügen.

In mehreren Projektregionen wurden vom IFD Fortbildungsveranstaltungen oder Tagungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement für psychisch kranke Menschen durchgeführt.

8.1.3.3 Integrationsämter und Integrationsfachdienste

Die Integrationsämter sind zuständig für die Arbeitsplatzsicherung von Menschen mit Schwerbehinderung. Zwar wurde mit der Änderung des Schwerbehindertenrechts im SGB IX mit Beginn des Jahres 2005 ein höherer Anteil des Mittelaufkommens durch die Ausgleichsabgabe (70 %) an die Integrationsämter zugewiesen. Gleichzeitig bekamen die Integrationsämter aber auch neue Aufgaben, insbesondere die sog. Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste (IFD). Die IFD für Vermittlung in Arbeit (IFD-V) waren zuvor hauptsächlich von der Arbeitsverwaltung finanziert worden.

Zusätzlich sahen sich die Integrationsämter aufgrund der schwindenden Einnahmen bei der Ausgleichsabgabe zu Einspar-Bemühungen bei Leistungen an Betriebe, Integrationsprojekte und für Integrationsfachdienste gezwungen. Seit 2007 steigen die Einnahmen wieder etwas an – 2007 auf ca. 479 Mio. und für 2008 werden ca. 487 Mio. erwartet, bei ca. 466 Mio. in 2006. Gleichzeitig wird aber eine Fülle neuer Aufgaben projektiert. So sollen möglichst viele Integrationsfirmen neu aufgebaut werden, es soll die Weiterbetreuung am Arbeitsplatz für Betroffene nach Absolvierung der geplanten Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ bereit gestellt werden, es sollen gezielte Maßnahmen des Überganges aus der WfbM in Arbeitsverhältnisse finanziert werden. Gleichzeitig gibt es eine große Zurückhaltung bei anderen Kostenträgern z. B. für die Finanzierung der IFD-V, so dass viele Integrationsämter sich hier veranlasst sehen, finanziell einzuspringen um die bestehende Struktur und die Angebote für die Betroffenen möglichst weitgehend zu erhalten.

8.1.3.3.1 Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen

Im Rahmen des § 27 der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabe-Verordnung (SchwbAV) können Arbeitgeber, die einen besonderen Aufwand für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen leisten, hierfür Leistungen des Integrationsamtes bekommen. Für diesen Nachteils-Ausgleich wurden in der Praxis Richtlinien entwickelt, auf Grund derer entweder ein Minderleistungs-Ausgleich und/oder ein besonderer Betreuungs-Aufwand finanziert wird.

Beide Leistungen zusammen sollen (evt. auch in Anrechnung anderer Eingliederungs-Leistungen) 60 % des Arbeitnehmer-Bruttos nicht übersteigen. Zuvor galten 60 % des Arbeitgeber-Bruttos als Höchstgrenze – im Ergebnis eine Kürzung um ca. 20 % für die Arbeitgeber.

Minderleistungs-Ausgleich wird in der Regel dann gezahlt, wenn die Leistung der Betroffenen um mindestens 30 % gemindert ist. Allerdings darf die Leistungsfähigkeit nicht unter das Mindestmaß gesunken sein, bei dem eine Berentung in Betracht kommt (in der Regel ca. 50 % der normalen Arbeitsleistung).

Aufgrund dieser Grenze kommt es zu Problemen wie im folgenden Fall:

Herr W. arbeitet seit etwa 20 Jahren als Arbeiter bei einer öffentlichen Verwaltung mit der Aufgabe, Straßen und Autobahnen zu verwalten und zu pflegen. Infolge psychischer Erkrankung sinken Konzentration und Leistungsfähigkeit so stark, dass er u. a. aus Sicherheitsgründen nicht mehr auf Straßen eingesetzt werden konnte. Man gibt ihm – unter erheblichem Gehaltsverlust – die Stelle einer Hausmeister-Hilfskraft in der Verwaltungszentrale. Weil seine Leistung mit der Zeit weiter sinkt – auf etwa 25 % – kündigt der Arbeitgeber schließlich mit Zustimmung des Integrationsamtes (Herr W. war anerkannt schwerbehindert). Obwohl der Arbeitgeber mit entsprechender Förderung zu einer Weiterbeschäftigung bereit gewesen wäre, musste Herr W. nun in eine WfbM mit erheblich höherem Kostenaufwand.

Minderleistungs-Ausgleich wird statistisch kaum erfasst. Das Integrationsamt Rheinland hat für das Jahr 2005 ermittelt: „365 Minderleistungsfälle (ohne Integrationsprojekte) nach § 27 SchwbAV. Hiervon sind 51 psych. Kranke betroffen gewesen. In 75 Fällen war eine Zuordnung zu den Behinderungsarten nicht erfolgt.“ (Mitteilung auf Anfrage). Bundesweit ist auf eine Größenordnung von etwa 300-500 Fällen bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu schließen.

Betreuungs-Aufwand wird in der Regel dann gezahlt, wenn eine beim Arbeitgeber beschäftigte Person mit Betreuung/Anleitung beträchtlich (mehr als 30 Min. täglich) über das übliche Maß hinaus tätig werden muss, damit Betroffene ihrer Arbeit sinnvoll nachkommen können.

Beide genannten Leistungen werden häufig unter Mitwirkung des Integrationsfachdienstes für Berufsbegleitung (IFD-B) ermittelt. Für Integrations-Betriebe sind sie in der Regel pauschaliert im „besonderen Aufwand“ zusammengefasst.

8.1.3.3.2 Arbeitsassistenz

Mit dem SGB IX wurde die neue Möglichkeit der Arbeitsassistenz geschaffen (SGB IX, §§ 33 und 102 i. V. m. § 17 SchwbAV). Im Unterschied zum Betreuungsaufwand werden hier Menschen mit Behinderung selbst zum Arbeitgeber einer Assistenz-Kraft. Diese Arbeitsassistenz soll die Betroffenen so unterstützen, dass sie ihrer vertraglich geschuldeten Tätigkeit korrekt nachkommen können.

Dieser Sachverhalt trifft derzeit nur auf Menschen mit körperlicher Behinderung zu. Für Menschen mit psychischer Behinderung wird meist der Betreuungsaufwand eingesetzt, zumal die mit der Arbeitsassistenz verbundene Rolle des Arbeitgebers wiederum spezielle Belastungen mit sich bringen kann.

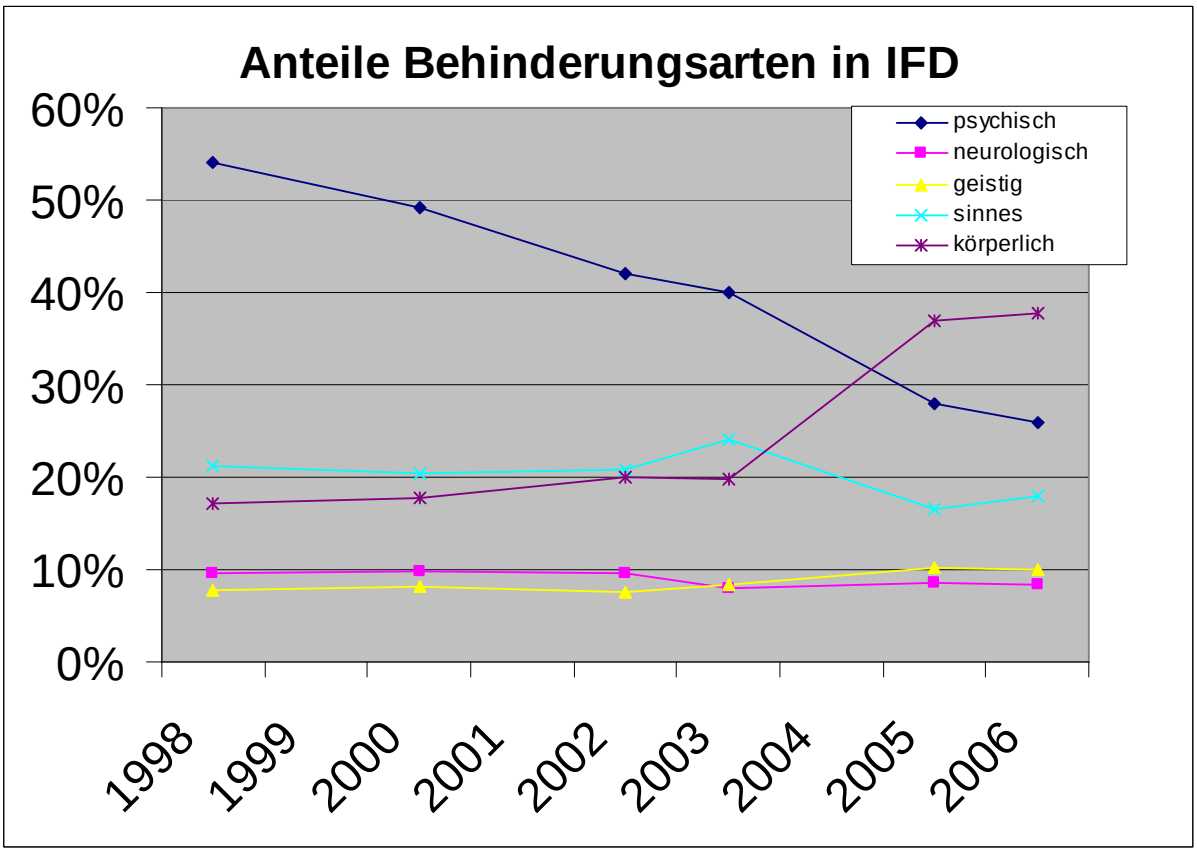
Insbesondere diese Leistungen nach dem § 33 SGB IX werden bisher kaum genutzt. Hier sollten verstärkt Anträge an die zuständigen Rehabilitationsträger gestellt werden und so wichtige

Betreuung und Begleitung der Betroffenen eine Finanzierungsgrundlage außerhalb des Schwerbehindertenrechts finden.

8.1.3.3.3 Integrationsfachdienste (IFD)

Die IFD sind für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von besonderer Bedeutung. Auch bei den IFD für die Berufsbegleitung Berufstätiger (IFD-B) ist mit der Mittelverknappung eine Einschränkung der Aufgaben und Möglichkeiten sowie eine Verminderung der fachspezifischen Angebote für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu verzeichnen. Gleichzeitig wächst die Nachfrage ganz erheblich.

Das ursprünglich zur Unterstützung von Menschen mit psychischer Behinderung geschaffene Angebot der „Psychosozialen Dienste“ wurde in den Jahren seit 1986 flächendeckend eingeführt, auf immer mehr Zielgruppen erweitert und mit Einführung des SGB IX auch für die Vermittlung in Arbeit geöffnet. In diesem Prozess nahm der Anteil an Menschen mit psychischer Beeinträchtigung immer mehr ab, wie die folgende Grafik zeigt. (Die Daten sind den Jahresberichten der BIH entnommen)



Binnen acht Jahren ist der Anteil von Menschen mit psychischer Behinderung in allen IFD von ca. 55% auf ca. 25% gesunken. Aufgrund der besonders prekären Finanzierungs-Situation ist der Anteil bei den IFD-V noch geringer als in den IFD für Berufstätige. Aber auch in diesen Diensten sind Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zunehmend in der Minderheit. Verschärfend wirkt sich auch aus, dass fast in allen Regionen die Beantragung eines Schwerbehinderten-Ausweises Voraussetzung der IFD-Leistung ist, was besonders Menschen mit psychischer Behinderung trifft. Nur noch in Rheinland-Pfalz gelten wie früher sog. Ersatztatbestände für diesen Personenkreis, die den Zugang erleichtern.

Diese Entwicklung geht einher mit einer Erhöhung der Fallzahlen für die IFD-B. In Baden-Württemberg (Projektregionen Ravensburg und Bodenseekreis) müssen die IFD Mitarbeiter 30-35 Fälle betreuen. Gleichzeitig gilt eine Vorgabe von etwa einem Jahr als Betreuungsdauer. Es gibt keine für die Begleitung von Menschen mit psychischer Behinderung fachlich speziell zuständigen und qualifizierten Mitarbeiter (nur für Hörbehinderte). Außerdem steigt – wie überall im Bundesgebiet – die Zahl der Anfragen drastisch an. Alle diese Faktoren sind kontraproduktiv bei der fachgerechten beruflichen Begleitung dieser Personengruppe.

Dabei muss gesagt werden, dass das Integrationsamt Baden-Württemberg einen noch vergleichsweise hohen Aufwand für die IFD treibt. In anderen Projektregionen – insbesondere in den neuen Bundesländern – ist das Angebot noch deutlich geringer.

Nur das Integrationsamt Rheinland verfolgt weiterhin einen behinderungs-spezifischen Ansatz. Dort werden spezielle Fachkräfte für die Begleitung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung – und auch für andere Behinderungsarten – bei IFD-V und IFD-B eingesetzt. Auch die Vernetzung mit den entsprechenden Betroffenen- und Fach-Verbänden wird unterstützt.

Die BAG UB, mit der das TAB-Projekt einen regen Austausch gepflegt hat, hat die zurückgehende Aufmerksamkeit der Integrationsämter für diesen Personenkreis zum Anlass genommen sich mit einem Appell an die Leistungsträger und die Öffentlichkeit zu wenden (siehe BAG UB Stellungnahme 2005).

Die IFD-B können von Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung auch mit Hilfe eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erlangt werden. Dieses Verfahren wird allerdings verhältnismäßig wenig genutzt. Im Jahre 2006 gab es gut 200 Fälle – bei einer Gesamtzahl von fast 26.000, die Tendenz ist leicht steigend.

8.1.4 Qualifizierung

In den Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes ergibt sich häufig das Problem, dass sich Menschen mit psychischer Erkrankung an veränderte Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht genügend bzw. nicht schnell genug anpassen können. Die leidensgerechte individuelle Qualifizierung dieser Betroffenen wird daher ein immer wichtigeres Thema.

Neben der Finanzierung durch die Betriebe kommen verschiedene Wege der Förderung von Qualifizierungs-Maßnahmen in Betracht. Dabei ist ein großes Problem, dass die Betriebe häufig wenig über die Förderungs-Möglichkeiten informiert sind und es in den Regionen keine allgemein bekannten Ansprechpartner für dieses Thema gibt. Jeder Leistungsträger informiert in der Regel nur über sein Angebot und dies mit höchst unterschiedlicher Qualität. Gut informierte regionale Ansprechpartner für das Thema Qualifizierung – z. B. bei der IHK/HK angesiedelt – wären für die Betroffenen und die Betriebe sicher eine große Erleichterung.

In Fällen, in denen der IFD-B eine Begleitung übernommen hat, kümmert sich dieser in der Regel um notwendige Qualifizierungen. Für Menschen mit Schwerbehinderung wird diese häufig relativ unbürokratisch von den Integrationsämtern gefördert. Eine Qualifizierung kann hier in einem (oben erwähnten) Arbeitstraining bestehen oder in der besonderen Schulung betrieblich erforderlicher Kenntnisse durch Betriebs-Personal aber auch in außerbetrieblichen Qualifizierungskursen.

Die Übergänge zu Leistungen der Arbeitsverwaltung und der Teilhabe im Arbeitsleben sind teilweise fließend. Auch für Berufstätige kann z. B. nach langer Erkrankung eine Maßnahme in einem Beruflichen Trainings-Zentrum (BTZ) inklusive begleitetem Praktikum am bestehenden Arbeitsplatz zielführend sein.

Das Problem in diesem Feld besteht weniger in der Palette der Angebote als in der mangelnden Information und Koordination der Leistungen, der Unflexibilität der Leistungsträger (Fixierung auf Gruppen-Maßnahmen statt betrieblicher Einzel-Qualifizierungen) inklusive langer Wartezeiten. Ein zentrales Informations-, Beratungs- und Unterstützungs-Angebot fehlt hier ganz besonders.

8.1.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auch im Feld der Leistungen zur Teilhabe im Arbeitsleben sind die prinzipiell zur Verfügung stehenden Möglichkeiten relativ gut. Es fehlt allerdings an qualifizierter Beratung, regionaler Steuerung und Koordination, es fehlt an Abstimmung der Leistungsträger untereinander und vielfach besonders auch an schneller Bearbeitung von Anträgen und Vermeidung großer Wartezeiten.

Die Leistungsträger sind verstärkt um Begrenzung der Ausgaben bemüht. Stationäre Angebote werden erheblich weniger genutzt als in früheren Jahren. Demgegenüber wurden aber individuelle Förderungen Berufstätiger im betrieblichen Rahmen kaum aufgebaut. Es gibt prinzipiell auch im betrieblichen Kontext die Möglichkeit für Maßnahmen im Rahmen von

- Hilfen zum Erhalt eines Arbeitsplatzes,
- beruflicher Anpassung, Aus- und Weiterbildung,
- sonstigen notwendigen Hilfen für eine angemessene und geeignete Beschäftigung.

In manchen Fällen ist auch für Berufstätige die Nutzung ortsnaher institutioneller Hilfen wie z. B. der BTZ durchaus sinnvoll, wenn Menschen nach langer Erkrankung wieder behutsam an ihren noch bestehenden Arbeitsplatz herangeführt werden sollen. Auch hat die DRV mit der Maßnahmeform „Betriebliche Anpassungsmaßnahme“ ein Instrument entwickelt, welches – vergleichbar der „stufenweisen Wiedereingliederung“ im SGB V – nach Auslaufen der Krankengeldzahlung genutzt werden und die Dienstleistung des IFD einschließen kann. Die Anwendung ist aber häufig dem Zufall überlassen, weil weitgehend unbekannt.

Gerade bei berufstätigen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung aber ohne anerkannte Schwerbehinderung wären individuell abgestimmte Unterstützungsleistungen im betrieblichen Rahmen, z. B. ein personenzentriertes Jobcoaching, häufig sehr hilfreich und darüber hinaus kostengünstig. Es fehlt den Betroffenen aber an gezielter Information und Beratung und den Trägern der Rehabilitation an Strukturen, die auf solche Bedarfe individuell, flexibel und zeitnah Leistungen erbringen könnten.

In ländlichen Regionen, wie den TAB-Regionen Ravensburg, Bodenseekreis, Saalfeld, Gera gibt es praktisch keine verfügbaren ortsnahen Reha-Angebote. In der Region Bodensee-Ravensburg konnte im Rahmen des TAB-Projektes zumindest die Maßnahme „BeRe PK“ durch Träger des Gemeindepsychiatrischen Verbundes aufgebaut werden. In Saalfeld wurde das Projekt SAFARI entwickelt für Menschen mit fraglicher Erwerbsfähigkeit. Die Vorgaben der Bundesagentur sind aber in diesen Angeboten so starr, dass sie für berufstätige Menschen praktisch nicht nutzbar sind, obwohl dies im Einzelfall durchaus sinnvoll sein kann.

Die üblichen Reha-Angebote werden, weil nur in Gruppengrößen von ca. 20 Teilnehmern vorgehalten, an zentralen Orten in größeren Städten eingerichtet. Von dort aus ist eine begleitete Wiedereingliederung an einem bestehenden Arbeitsplatz nicht möglich. Es fehlt hier besonders an flexiblen ortsnahen Angeboten, die möglichst im Kreise eines regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbundes koordiniert sein sollten.

8.1.6 Medizinische Rehabilitation

Eine ortsnahe ambulante oder teilstationäre medizinische Reha-Einrichtung stellt ein sehr wichtiges Angebot für berufstätige Menschen mit langfristiger psychischer Erkrankung dar. Viele Betroffene haben schon Erfahrungen mit ortsfernen Kurkliniken und diese als für die berufliche Wiedereingliederung wenig hilfreich erlebt. Für andere Betroffene kommt es nicht in Frage, solche standardmäßig angebotenen Leistungen zu nutzen, weil sie auf den unterstützenden Rahmen von Partnern und Familie angewiesen sind oder selbst Kinder oder Angehörige zu versorgen haben.

Gerade für Berufstätige ist eine Reha-Ambulanz, die über ein Angebot ergotherapeutischen Arbeitstrainings verfügt und Betroffene über längere Wochen auf eine Wiedereingliederung – oder auf eine berufliche Rehabilitation - vorbereiten kann, von großem Wert. Die Durchführung einer praktischen Belastungserprobung im Rahmen der ambulanten Behandlung kann vielfach den Wiedereinstieg erst möglich machen. Von ortsfernen stationären Einrichtungen ist dies nicht zu leisten.

Folgerichtig hat die BAR mit der geänderten „RPK Empfehlungsvereinbarung“ von 2005 einer Flexibilisierung und Ambulantisierung den Weg geebnet. Die Vereinbarung trat 2006 in Kraft. Auf dieser Basis können ambulante RPK und auch ambulante medizinische Reha-Einrichtungen geschaffen werden.

In manchen TAB-Regionen haben sich Anbieter um die Einrichtung einer Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) bemüht oder um eine psychiatrische medizinische Reha-Ambulanz. Aufgrund der Ablehnung der Kostenträger, die häufig schon bei ersten Anfragen deutlich signalisiert wurde, kam dies in keiner Region zustande.

Bundesweit sind lediglich im Rheinland – in Köln und in Bonn – in den letzten Jahren solche Ambulanzen neu entstanden. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die DRV-Rheinland sich zu Vertragsabschlüssen bereit erklärt hat. Es führt allerdings zu der paradoxen Situation, dass Versicherte der DRV-Rheinland relativ problemlos diese Leistung bewilligt bekommen, während Versicherte der DRV-Bund in der Regel sehr große Probleme haben. Die DRV-Bund verweigert die Bewilligung mit Hinweis darauf, dass mit ihr kein Vertrag besteht. Auf Anträge, die Leistung über ein persönliches Budget zu finanzieren, reagiert die DRV-Bund bisher nicht. Die – mittlerweile zufällige – Mitgliedschaft in einem bestimmten Zweig der DRV entscheidet also darüber, ob Betroffene eine notwendige und kostengünstige Leistung erhalten oder nicht.

Notwendig wäre ein flächendeckender Ausbau ambulanter Angebote der RPK und ambulanter psychiatrischer sowie psychosomatisch/psychotherapeutischer medizinischer Rehabilitation, so dass in jeder Region ein solches Angebot zur Verfügung steht. Die Leistungsträger müssten zum Abschluss entsprechender Verträge bei Vorliegen qualifizierter Angebote verpflichtet werden.

8.1.7 Integrationsbetriebe

Integrationsfirmen sind Bestandteil des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die Betriebe müssen so gestaltet sein, dass sie sich an den individuellen Bedürfnissen schwerbehinderter Menschen orientieren, sowie wettbewerbs- und produktivitätsorientiert arbeiten.

Integrationsbetriebe sind gekennzeichnet durch

- die Zusammenarbeit von Menschen mit und ohne Behinderung.
- besondere Rücksichtnahme durch behindertengerechte Ausgestaltung der Arbeitsinhalte, -bedingungen und des Ablaufes.
- sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse und tarifliche bzw. ortsübliche Lohnzahlungen an alle Beschäftigten.
- Normalität (Vermeidung beschützender Strukturen).
- die Ausrichtung auf wettbewerbsfähige Strukturen, Wirtschaftlichkeit.
- betriebsinterne Qualifikationsmöglichkeiten.

Behinderte und Nichtbehinderte Arbeitnehmer/-innen werden nicht getrennt, sondern die Menschen mit Handicaps werden in die Arbeit integriert und neue, marktorientierte Arbeitsplätze geschaffen.

Für Menschen, die zur Arbeit in einer anderen, „normalen“ Firma des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht, nicht mehr oder noch nicht wieder in der Lage sind, stellt eine Integrationsfirma eine Möglichkeit dar, in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes weiterhin am Arbeitsleben teilzuhaben.

Im Rahmen des TAB-Projektes wurde sich in vielen Regionen um die Schaffung oder den Ausbau von Integrationsfirmen bemüht. Zugleich versuchten die Mitarbeiter des TAB-Projektes, hierbei besonders innovative Ideen umzusetzen.

In Bielefeld wurde die bestehende Integrationsfirma „ProJob“ mehrfach entsprechend geänderten Förderbedingungen und Bedürfnissen umgestaltet. In diesem Rahmen entstand auch ein CAP-Markt.

In Gera gründete die am Projekt beteiligte ‚Lebenshilfe’, auch Träger der Werkstatt für behinderte Menschen, eine Integrationsfirma für die Landschaftspflege bei der Bundesgartenschau. Diese Aufgabe soll auch nach Ende der Bundesgartenschau fortgeführt werden. Einige psychisch behinderte Menschen konnte so einen Arbeitsplatz erhalten.

An rund 20 Orten der Bundesrepublik sind in den letzten Jahren sogenannte CAP-Märkte meist von Einrichtungen der Behindertenhilfe eröffnet worden.
Die Bezeichnung „CAP“ stammt aus dem englischen Begriff handicap; in CAP-Märkten finden Behinderte Menschen einen Arbeitsplatz. Zugleich dienen sie der innerörtlichen Versorgung der Gemeinwesen mit Lebensmitteln und anderen Artikeln des täglichen Bedarfs.

CAP-Märkte unterscheiden sich ihrer Selbstdarstellung nach von anderen Unternehmen der Lebensmittelbranche nur durch ihre bessere Personalausstattung und besonders motivierte Mitarbeiter. Ihre wirtschaftliche Grundlage haben die CAP-Märkte in den Verkaufserlösen. Die Beschäftigung der behinderten Mitarbeiter wird mit den allgemeinen Instrumenten des Schwerbehindertenrechtes gefördert.

Die CAP-Märkte bilden einen bundesweiten Verbund mit einheitlichem Auftreten, einer gemeinsamen Geschäftsführung des Verbundes und zum Teil gemeinsamem Einkauf sowie Sonder-Verträgen mit großen Anbietern im Lebensmittel-Markt.

In diversen Projektregionen kamen Vertreter von CAP-Märkten in die projekt-begleitenden Gruppen und leisteten Hilfestellung bei der Bedarfsanalyse.

In der Region Neumarkt gelang in der Zeit des TAB-Projektes der erhebliche Ausbau der Integrationsfirma „Die Brücke gGmbH“. Wesentlich hierbei war die Schaffung eines neuen Teilbetriebes, eines „Indoor-Spielplatzes“ in einem ehemaligen Fabrikgebäude, welches mit Hilfe der Stadt Neumarkt angemietet werden konnte. So konnte das saisonanfällige Angebot der bestehenden Gastronomie- und Service-Betriebe ausgeweitet und sinnvoll ergänzt werden. Kontakte in die Wirtschaft und zur Kommune waren dabei hilfreich.

Zusätzlich konnte eine „integrative Arbeitnehmer-Überlassung“ erstmals bundesweit für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung aufgebaut werden. Dies entstand auf dem Hintergrund der Zusammenarbeit mit der örtlichen Diakonie und einer Brauerei. Die Diakonie suchte für einen „Tafel“-Betrieb flexible Mitarbeiter und der Brauerei-Betrieb war im Begriff, eine Pilzzucht auszugründen, wollte zwar gerne auch Menschen mit Behinderung beschäftigen, aber nicht das Risiko unbefristeter Verträge damit verknüpfen.

Durch Kontakte und Vermittlung der TAB-Mitarbeiter zu dem BMAS-geförderten Projekt „FüngelingRouter gGmbH“ Köln konnte entsprechendes Know How beim Aufbau der Arbeitnehmer-Überlassung genutzt werden, was insbesondere bei den Verhandlungen mit der Finanz-Verwaltung und dem Integrationsamt von großem Nutzen war. FüngelingRouter hat in Köln auf der Basis einer Integrationsfirma eine Palette von Modulen für lernbehinderte Menschen aufgebaut, die alle in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes agieren.

In Überlingen wurde die Integrationsfirma ARKUS im Rahmen einer umfassenden integrierten Konzeption als besonderes Modul in einer Palette von Angeboten geschaffen (vgl. Kapitel zu WfbM). Betroffene konnten in verschiedenen Modulen mit unterschiedlichen Leistungsanforderungen ihren Platz für den möglichen Übergang in einen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes finden.

In diesem Rahmen wurde auch die Einrichtung einer Integrativen Arbeitnehmer-Überlassung – ebenfalls unterstützt vom TAB-Mitarbeiter und der Kölner „FüngelingRouter gGmbH“ einsatzreif vorbereitet. Dies scheiterte zunächst an der mangelnden Zustimmung des zuständigen Integrationsamtes. Mittlerweile liegt – mit gewissen Einschränkungen – eine solche Zustimmung vor.

8.1.8 Der „barrierefreie“ Arbeitsplatz für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung

Nach den Erfahrungen in den Projektregionen kann man von “dem“ barrierefreien Arbeitsplatz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Behinderungen nicht sprechen. Vielmehr muss mit der Arbeit oder Beschäftigung dem jeweils individuellen Unterstützungsbedarf Rechnung getragen werden.

Die Vielfalt psychischer Beeinträchtigungen und biografischer Entwicklungen lässt allgemeine Aussagen nicht in dem Sinne zu, dass man Aussagen über geeignete und barrierefreie Arbeitsplätze treffen könnte. Die Eignung muss vielmehr jeweils individuell geprüft weden.

Auf jeden Fall ist in allen Situationen eine möglichst umfassende Hilfeplanung durchzuführen, die gemeinsam mit den Betroffenen das weitere Vorgehen erarbeitet. Gerade wenn Arbeit und Beschäftigung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes angesprochen ist, kann mangelnde Sorgfalt bei der Planung schnell zum Verlust der Beschäftigung führen – auch wenn es sich beispielsweise „nur“ um einen ausgelagerten WfbM-Platz handelt.

Im allgemeinen Arbeitsmarkt ist mit Eingriffen in den Arbeitsalltag vorsichtig umzugehen. Viele IFD-B versuchen – zumeist in Abstimmung mit dem Betrieb – durch intensive Beratungen außerhalb des Betriebes mit den Betroffenen die beste Umgehensweise mit den Problemen zu erarbeiten. Erst wenn dieses Setting nicht (mehr) trägt, wird der direkte Schritt in das Arbeitsfeld getan und dieses oftmals auch „im Hintergrund“, das heißt: im Gespräch mit Führungs- und Unterstützungs-Personal. Bisweilen genügt die Änderung von Arbeitsabläufen, z. B. Entlastung von bestimmten Aufgaben, um eine Stabilisierung der Situation zu bewirken.

Drohen allerdings arbeitsrechtliche Schritte, dann sind auch massivere Unterstützungsmaßnahmen ggf. angebracht: Umsetzung/Versetzung, Minderung der Arbeitszeit oder des Arbeitsanspruchs usw. Aber auch eine besondere Förderung des Personalaufwandes (s. o.) oder Ausgleichszahlungen des Integrationsamtes (Minderleistungsausgleich) kommen in Betracht. Dies kann bis zur teilweisen oder vollständigen Berentung gehen, was nicht unbedingt das Verlassen des Arbeitsfeldes bedeuten muss.

Fallbeispiel Neumarkt: eine Beschäftigte der Integrationsfirma erbringt die Leistung nicht mehr. Sie kann aber denselben Arbeitsplatz weiter einnehmen, wenn dieser in einen ausgelagerten WfbM-Platz umgewandelt wird.

8.2 Leistungen nach dem § 33 SGB IX für arbeitssuchende Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Die **Situation** in der beruflichen Rehabilitation für arbeitssuchende Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hat eine sehr komplexe Angebotsstruktur. Seit dem Aktionsprogramm Berufliche Rehabilitation aus dem Jahre 1970 ist ein engmaschiges Netz an Rehabilitationseinrichtungen geknüpft worden:

a. 52 Berufsbildungswerke mit rund 15.000 Plätzen
b. 28 Berufsförderungswerke mit rund 12.000 Plätzen
c. 15 Berufliche Trainingszentren mit schätzungsweise rund 1.200 Plätzen
d. 23 Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation und
e. ca. 800 Werkstätten für behinderte Menschen mit rund 250.000 Plätze, den Berufsbildungsbereich eingerechnet.
f. Zudem können berufliche Rehabilitationsmaßnahmen auch in den Betrieben oder in Fort- und Weiterbildungsangeboten regionaler Bildungsträger

Die Trägerlandschaft besteht vornehmlich aus

- der Bundesagentur für Arbeit, die mit rund 3 Mrd. € an der Finanzierung beteiligt ist,
- der Deutschen Rentenversicherung, die ca. eine Mrd. € jährlich aufbringt

- den Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungen, deren Anteil deutlich geringer ist, deren Beratungsqualität aber einen hohen Stellenwert besitzt.

Das SGB IX verpflichtet die Reha-Träger zur nahtlosen Zusammenarbeit und zügigen Bearbeitung von Anträgen, die Einrichtungen zur Qualitätssicherung über ein ausgefeiltes Qualitätsmanagement und sichert den Leistungsberechtigten hohe Beteiligungsrechte zu. Allerdings ist die Umsetzung der hohen Ansprüche des SGB IX noch nicht hinreichend gelungen.

Die institutionelle Versorgungsdichte ist zwar ausreichend differenziert, allerdings noch stark außerbetrieblich und zum Teil wohnortfern orientiert (siehe Kap. 8.1.5.) . In der Sicherstellung am individuellen Bedarf orientierter Angebote zeigen sich vielfältige **Probleme**:

- Sinkende Eingliederungszahlen in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Situation in den jeweiligen Standortregionen.
- massiver Belegungsrückgang bei den Berufsförderungswerken bei gleichzeitigem Anwachsen der Teilnehmerzahlen in den Werkstätten für behinderte Menschen.
- Orientierung des Haupt-Rehabilitationsträgers Bundesagentur für Arbeit auf Effizienzkriterien, die einseitig auf die Ergebnisqualität abheben und ungefiltert betriebs- und volkswirtschaftliche Kategorien auf den sozialen Auftrag „berufliche Rehabilitation“ bzw. „Teilhabe am Arbeitsleben“ übertragen.
- Nicht zuletzt kann man medizinische und berufliche Rehabilitation bislang – trotz aller Bemühungen in vielen Einzelprojekten und -beispielen – nicht als wirklich miteinander vernetzt bezeichnen.

Der Modellversuch „Arbeit für psychisch Kranke“ der in enger Kooperation mit dem TAB-Projekt in Hamburg durchgeführt wurde, hat hier Lösungswege aufgezeigt.

Dabei muss eine Vernetzung auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Die Ebenen:

- der Organisation der Angebote
- Kooperation und Koordination zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern
- Integrierte Hilfeleistung

Bei der Organisation der Hilfen bedarf es einer strukturierten Vorgehensweise bei der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung unter größtmöglicher Beteiligung des Betroffenen. Dazu dient der individuelle Förder- und Integrationsplan, erarbeitet und nachgehalten in einem interdisziplinär zusammengesetzten Reha-Team, sowie eines Case Managers bzw. koordinierenden Bezugsperson, der/die die Leistungen der jeweiligen Einrichtung mit den Erfordernissen aus der Situation und von der Persönlichkeit des Teilnehmers her in Einklang bringt:

Um integrierte Hilfeleistungen zu erbringen bedarf es eines Gremiums, in dem Leistungserbringer und Reha-Träger zusammenwirken. Auch hier muss eine koordinierende Bezugsperson gemeinsam mit seinem Klienten die Fäden in der Hand halten. Hier wird der Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan entwickelt und verfolgt.

Behandlung und berufliche Rehabilitation dürfen nicht nacheinander geschaltet werden, sondern müssen als Schnittmenge zusammenwirken. An dem dokumentierten Beispiel zeigt sich diese Schnittmenge deutlich.

46-jährige Lehrerin in Ostthüringen, Frau M., viele Jahre an weiterführender Schule tätig, 2003 nach Trennung von Ehemann und Auszug der beiden gemeinsamen Kinder zunehmend Depressionserscheinungen. Starkes Ruhebedürfnis, Schlafstörungen. Gefühl starker berufli-

cher Überforderung. Soziale Kontakte werden anstrengend, weil sich Erwartungen ausgesetzt fühlend, von deren Nichterfüllenkönnen sie überzeugt ist.

Stationäre Behandlung drei Wochen, Entlassung auf eigenen Wunsch. Ambulante Hilfen sollten aus ihrer Sicht ausreichen, wurden jedoch nicht aufgesucht. Schulunterricht nur sporadisch aufgenommen, jeweils unterbrochen durch längere Krankheitszeiten. Zunehmende Tendenz. Anfang 2004 noch einmal stationäre Behandlung, diesmal 6 Wochen. Bedrückender Zustand deutlich verstärkt. Während stationärer Behandlung Kontaktaufnahme zu ambulanter Behandlung. Stationärer Aufenthalt auf eigenen Wunsch abgebrochen. Ende 2004 wieder in Klinik, diesmal mit Selbsttötungsabsichten. Sieht keine Perspektive mehr, weder beruflich noch privat. Kündigt Arbeitsverhältnis, will Schlussstrich unter verkorkstes, freud- und perspektivloses Leben ziehen.

In Gärtnerei absolviert sie ein Praktikum. Dort ist sie selbst und man mit ihr sehr zufrieden. Dieser Faden wird vom Reha-Träger Arbeitsagentur nicht aufgenommen, stattdessen wurde nach längerem Hin und Her eine Trainingsmaßnahme in einem 80 km vom Wohnort entfernten Beruflichen Trainingszentrum bewilligt. Zuständigkeit wechselt von der Arbeitsagentur zur ARGE. Der überforderte Berater schaltet Medizinischen Dienst ein. Der empfiehlt Aufnahme der ehemaligen Lehrerin in eine Werkstatt für behinderte Menschen. Frau K. kommt in das apk-Projekt. Koordinierende Bezugsperson schaltet sich ein und erwirkt erneut Praktikum in einem Gärtnereibetrieb. Endlich hat Frau K. wieder die Chance, beruflich Fuß zu fassen. Ziel des Praktikums ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit, um eine langfristige Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten.

8.3 Leistungen nach dem § 16 SGB II

Die oben angeführten Bedarfsgruppe der ALG II – Empfänger mit psychischen Beeinträchtigungen war in allen Projektregionen die mit Abstand größte Zielgruppe.
Mit der Einführung des SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende waren ein Vielzahl von Veränderungen bezüglich der Fördermöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen verbunden.
So war ein Schwerpunkt der neuen Gesetzgebung, der individuellen Betreuung der Arbeitsuchenden mehr Gewicht zu geben. So wurden mit der Verankerung eines persönlichen Ansprechpartner (PAP) im SGB II § 10 erstmalig eine individuelle Betreuung festgelegt:

§ 14 Grundsatz des Förderns
Die Träger der Leistungen nach diesem Buch unterstützen erwerbsfähige Hilfebedürftige umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit. Die Agentur für Arbeit soll einen persönlichen Ansprechpartner für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft Lebenden benennen. Die Träger der Leistungen nach diesem Buch erbringen unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall für die Eingliederung in Arbeit erforderlichen Leistungen.

Der im diesem Paragraphen genannte Grundsatz des Förderns sollte sich somit am individuellen Bedarf ausrichten. Der ursprünglich im Gesetzgebungsverfahren noch anvisierte Stellenschlüssel für die PAP mit 1:75 war in der Praxis nicht umsetzbar und die SGB-II Träger setzten diesen gesetzlichen Anspruch durch eine in der Regel doppelgleisige Form um. Menschen mit geringerem Förderbedarf bzw. "arbeitsmarktnahe" Arbeitssuchende wurde ein Personalschlüssel von 1:200 und den Arbeitssuchenden mit hohem Förderbedarf bzw. den integrationsferneren wurden Fallmanager in unterschiedliche Ausgestaltung zugeordnet.

Da Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Regel der letztgenannten Zielgruppe angehören, waren in der Regel in allen Projektregionen die Fallmanager die für die Projektumsetzung entscheidenden Ansprechpartner. Da das Wissen um die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft nicht ausreichend war, wurden entsprechend Fortbildungen von den Projektmitarbeitern angeboten, die rege in Anspruch genommen wurden.

Aber auch im Förderinstrumentarium waren Veränderungen durch die neue Gesetzgebung insbesondere gegenüber den früheren Fördermöglichkeiten nach dem BSHG gegeben, die neue Möglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eröffneten.
So sind nach §16 SGB II

- nach Absatz 1 Förderleistungen aus dem SGB III auch als Kann-Leistung für ALG II –Empfänger,
- nach Absatz 2 psychosoziale Hilfen und weitere notwendige individuelle Hilfen
- und nach Absatz 3 die Schaffung und Vermittlung von Arbeitsgelegenheiten

gesetzlich verankert.

Insbesondere mit den Abschnitt 2 und 3 waren damit neue Möglichkeiten gegeben, dem individuellen Bedarf der Arbeitsuchenden mit psychischen Beeinträchtigungen gerecht zu werden. In den folgenden Unterkapiteln werden die Projektschwerpunkte bezüglich dieser neuen Förderinstrumente näher beschrieben.

Über den zum 01.10.2007 eingefügten § 16 a mit den unbefristeten Fördermöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen konnten die Regionen auf Grund der Beendigung des Projektzeitraums nur noch informiert werden aber nicht mehr in der zielgruppenspezifischen Umsetzung begleitet bzw. unterstützt werden.

8.3.1 Spezifische Arbeitsgelegenheiten nach § 16 Abs. 3

Die Arbeitsgelegenheiten nach Abs. 3 wurden von den ARGEn und Optionskommunen als eine der wesentlichen Säulen der Förderung von Arbeitssuchenden zügig nach Gesetzeseinführung umgesetzt. Hier sahen die SGB II –Träger eine schnelle und "kostengünstige" Möglichkeit – zumindest in der Variante mit Mehraufwandsentschädigung – in eine erste Arbeitsmöglichkeit zu vermitteln und die Arbeitsfähigkeit- bzw. Motivation zur überprüfen.
Der durchschnittliche Förderstandard betrug 6-9 Monate mit einem durchschnittlichen Begleitungszuschuss in Höhe von ca. 300 €. In einigen Regionen wurde auch ganz auf den Begleitungszuschuss verzichtet.
Für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen war diese Maßnahmen von der Förderdauer und der Begleitungsintensität nicht geeignet. Es zeigte sich auch, dass die Beschäftigungsträger nicht über das geeignete Personal verfügten.
Somit wurden in den Projektregionen spezifische Förderkonzepte für Arbeitsuchende mit psychischen Beeinträchtigungen entwickelt. Exemplarisch werden im Folgenden die Umsetzungsprojekte in Rostock und Hamburg beschrieben. In vergleichbarer Form wurden diese Angebotsstrukturen auch in den anderen Projektregionen in der Umsetzung des § 16, 3 implementiert.

8.3.1.1 Chancen langfristiger Unterstützung nach SGB II - RoNA

Ausgangslage
Seit 1998 erfolgen in der Hansestadt Rostock intensive Bemühungen zum Voranbringen der Psychiatriereform.

Die Veränderungen des Hilfeplansystems erfolgten 2002-2004 durch das MODELLPROJEKT KOMMUNALE PSYCHIATRIE:

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

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

Den Ablauf des Hilfeplanverfahrens für psychisch kranke Menschen in der Hansestadt Rostock zeigt die Übersicht am Ende dieses Beitrages, zunächst die linke Seite.

Bundesmodelprojekt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung in Rostock
Die nicht zufrieden stellende Situation der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen in der Stadt war der Anlass einer Interessenbekundung der Hansestadt Rostock für das Bundesmodellprojekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung psychisch kranker Menschen“ (TAB-Projekt) im Januar 2004.
Mit Hilfe von Projektmitteln über das Modellprojekt Kommunale Psychiatrie sowie einer Förderung über das Sozialministerium Mecklenburg –Vorpommern konnte die Teilnahme der Hansestadt Rostock ermöglicht werden.
Im Dezember 2004 erfolgte die Unterzeichnung der Projektvereinbarung zwischen dem Modellprojekt Kommunale Psychiatrie, der Aktion Psychisch Kranke, der Hansestadt Rostock und dem Landkreis Ostvorpommern und dessen Sozialagentur.

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

Folgende Arbeitsinhalte standen im Mittelpunkt der 25 Projektsitzungen:

- Bestandsaufnahme:
    - Erfassen psychisch kranker Menschen mit ALG II Bezug und Eingliederungshilfe
    - Analyse der Situation von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen, insbesondere auf Basis geringen Zuverdienstes.
- Zielgruppenbestimmung:
  Menschen mit psychischen Erkrankungen mit **Ziel** personenzentrierter Versorgung im Bereich Arbeit und Beschäftigung für Arbeitssuchende,
    - die mind. 3 Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind, mit ALG II Anspruch/ohne Anspruch auf ALG II
      unter 25 Jahre (Kategorie c)
    - deren Fähigkeit unklar ist, mind. 3 Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig zu sein (Kategorie d)
    - deren Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden/Tag liegt, das Teilhabeziel jedoch 3 Stunden/Tag sind (Kategorie d).
- Einzelfalldarstellungen:
- Seit Mai 2005 erfolgte in den Einrichtungen der Leistungserbringer die Erprobung des IBRP mit Ergänzung des Bogens Arbeit (3b).

- Seit August 2005 beteiligten sich Mitarbeiter des Hansejobcenter (ARGE) und der Arbeitsagentur regelmäßig an den Sitzungen.
- Es erfolgte die Bildung einer Unterarbeitsgruppe zur Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts von Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung (Rostocker Netzwerk Arbeit), welche neben den TAB Sitzungen regelmäßig tagte. Aus dieser Arbeitsgruppe ging das Projekt RoNA hervor. Zur Steuerung des Prozesses tagt seit März 2006 ergänzend eine RoNA-Konferenz.
- Seit Februar 2007 existiert eine Arbeitsgruppe zur Bildung einer ambulanten RPK-Einrichtung.

Auf Grund einer fehlenden aktuellen Datenerfassung psychisch kranker Menschen in Arbeit und Beschäftigung, wurde im Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Soziales eine Studie zur Erfassung psychisch kranker Menschen aus dem Hilfeplanverfahren heraus veranlasst. Diese Studie bildete unter anderem eine Grundlagen zur Umsetzung der Projektvereinbarung des Bundesmodellprojekts.

Analyse der Eingliederungshilfe mit ALG II Bezug
Die Analyse verdeutlichte, dass zur Projektzeit 111 Hilfeempfänger ALG II bezogen sowie Eingliederungshilfe erhielten.
Von diesen 111 Hilfeempfängern erhielten (mit Mehrfachnennung; s. Abb. 1):
- 62 % Hilfe zur Tagesstrukturierung
- 57 % Hilfe zum Wohnen
- 18 % befanden sich neben der Hilfe zur Tagesstrukturierung im Zuverdienst
- 5 % Flexible Erziehungshilfe.

Die Analyse ermöglichte eine gute Argumentationsgrundlage gegenüber anderen Kostenträger: Neben der ARGE nahmen die Rentenversicherung sowie eine Krankenkasse (DAK) regelmäßig an den TAB Sitzungen teil. Seit Januar 2006 erfolgt die Beteiligung der Fallmanager des Hansejobcenters mit einzelfallbezogenen Falldarstellungen in der HPK.

Rostocker Netzwerk Arbeit
Aus dieser Zusammenarbeit entstand im Rahmen des TAB-Projektes das Kooperationsprojekt Rostocker Netzwerk Arbeit (RoNA), Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung, im Verbund mit folgenden Leistungsanbieter:
- Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie (GGP)
- AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH
- Ohne Barrieren e.V.
- Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW)
- Hansejobcenter mit verschiedenen Arbeitsmöglichkeiten.

Das Kooperationsprojekt wurde in folgenden Zeiträumen organisiert und durchgeführt:
- RoNA I vom 01.04.2006 bis 31.03.2007
- RoNA II vom 18.12.2006 bis 17.12.2007.

Folgende Zielgruppe wurden angesprochen:
Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem **Ziel** personenzentrierter Versorgung im Bereich Arbeit und Beschäftigung für Arbeitssuchende,
- die mind. 3 Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind, mit ALG II Anspruch,
- deren Fähigkeit unklar ist, mind. 3 Stunden/Tag unter üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbsfähig zu sein,

- deren Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden/Tag liegt, das Teilhabeziel jedoch 3 Stunden/Tag sind.

Die Umsetzung des RoNA Projektes erfolgt in zwei Phasen mit einer Laufzeit bis zu ca. neun Monaten. In der ersten Phase „Zusatzjob“ der Maßnahme erfolgt zunächst über einen Zeitraum von sechs bis neun Monaten eine schrittweise Vorbereitung auf die zweite Phase „Integration in Arbeit“.

Über den gesamten Zeitraum erfolgte eine psychosoziale Begleitung der Teilnehmer durch Mitarbeiter des Kooperationsverbundes. Der Schwerpunkt dieser Begleitung zielte auf die genaue Beobachtung und Analyse des Teilnehmers, um anschließend personenbezogen auf eine berufliche (Wieder-)Eingliederung hinwirken zu können.
Dazu zählen unter anderem:

- detaillierte Anamnese der beruflichen Biographie (Bogen D1, D2)
- Eignungsfeststellung (Ermittlung von Ressourcen, Neigungen und Interessen)
- Festlegen des Integrationszieles sowie der Vorgehensweise zur Zielerreichung, Planung (IBRP mit Bogen A und 3b)
- Abklärung der Erwerbsfähigkeit
- Auswahl des passenden Zusatzjobs
- Wiederherstellung/ Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit
- sozialpädagogische Begleitung im Zusatzjob
- Einzelgespräche unter Berücksichtigung der psychischen Problematik der Teilnehmer
- Eruieren von passgenauen weiterführenden Förderungsbausteinen (bei Bedarf Überleitung in weiterführende Förderung/Qualifizierung und Klärung der Kostenträgerzuständigkeit)

Parallel fand für jeden Teilnehmer ein Profiling statt, durchgeführt durch die FAW gGmbH. Die Ergebnisse wurden mit den Erfahrungen aus dem Tätigkeitsfeld in den Einsatzstellen teilnehmerbezogen verglichen, anschließend erfolgte eine Auswertung mit dem Teilnehmer, dem Vertreter des HJC sowie dem sozialpädagogischen Begleiter. Auf dieser Grundlage ergaben sich für jeden Einzelnen ein „kleines Fähigkeitsprofil“ sowie ergänzend einige Hinweise auf den derzeitigen Berufswunsch bzw. auf Neigungen des Teilnehmers.
Basierend auf diesen Kenntnissen wurden für alle Teilnehmer Praktikumsstellen in unterschiedlichen Unternehmen der Region durch die FAW akquiriert.

Als problematisch stellte sich die sehr knapp bemessene zur Verfügung gestellte Wochenzeit von zwei Stunden sozialpädagogischer Begleitzeit dar sowie deren starre, unflexible Handhabungsmöglichkeit im Unterschied zu den sehr labil verlaufenden Ansprüchen der Teilnehmer auf Grund des sprunghaften Verlaufs psychischer Erkrankungen.
Deshalb erfolgte für das Projekt RoNA II eine Erhöhung auf drei Stunden wöchentliche sozialpädagogische Begleitzeit, für die eine Vereinbarung einer flexiblen Stundenkontoregelung getroffen wurde.

Die nachfolgende Projektgegenüberstellung zeigt, das Einfließen der Erfahrungen des ersten RoNA Projektes in das zweite Projekt:

Rostocker Netzwerk Arbeit (RoNA)

	RoNA I	RoNA II
Teilnehmer	10	20
Einstieg	zum Termin	flexibel
Zugang	RoNA-HPK	
Phase I 6-9 Monate	Arbeitserprobung bei Trägern des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems	bedarfsgerechte Akquise; Erweiterung der Arbeitsprojekte auf „nichtpsychiatrische" Anbieter/Unternehmen
Phase II 3-6 Monate	Praktikum in Unternehmen am Markt mit Arbeitgeberbegleitung und sozialpädagogischer Betreuung	
Intensität d. Begleitung	2 Stunden/Woche starr	3 Stunden/Woche Stundenkonto
Finanzierung	SGB II, § 16 Abs. 3 Satz 2 „Zusatzjob" MAE für TN	SGB II, § 16 Abs. 2 „sonstige wirksame Leistungen" Pauschale TN- Zuwendung Fahrkostenerstattung für TN

Im Verlauf des Projektes RoNA I entwickelte sich ein stabiles Netzwerk mit einer sehr gut entwickelten Kommunikationskultur unter den beteiligten Kooperationspartnern.

In den RoNA Konferenzen fanden die ersten Besprechungen der Fälle vor Projektzuweisung statt. In dieser Konferenz wurden basierend auf den Anamnesebögen insbesondere die bisherigen beruflichen Erfahrungen, Wünsche und Neigungen des einzelnen besprochen. Es erfolgte die Abstimmung erster Ansätze für die Begleitung in einer potentiellen Einsatzstelle, weiter wurde die Zuweisung zu einer sozialpädagogischen Begleitung in Abhängigkeit von der Einsatzstelle und der Kapazitäten festgelegt.

Ergebnisse des RoNA Projektes

Die Entwicklung der einzelnen Teilnehmer im Projekt wurde in monatlichen RoNA- Runden multiprofessionell, durch alle am Prozess Beteiligten besprochen.
Dabei wurden weitere Maßnahmen festgelegt. Es erfolgte eine regelmäßige Dokumentation der Ergebnisse der monatlichen RoNA- Runden sowie eine Protokollierung der Teilnehmerverläufe.

RoNA I

Am ersten RoNA Projekt beteiligten sich 10 Teilnehmer mit folgenden psychischen Erkrankungen (Diagnosen nach ICD-10):

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
  Störungen durch Alkohol (F1: 3 Personen)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen spezifische PS (F6: 1 Person)
  emotional instabile PS, Borderline Typus (F60.31: 3 Personen)
- Affektive Störungen anhaltende affektive Störungen (F3: 2 Personen)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2: 1 Person)

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 33 Jahren. Die Teilnehmer kamen einerseits direkt aus der Eingliederungshilfe (Mehrfachnennungen):

- Tagesstrukturierende Maßnahmen (8 Personen)
- Einzelbetreutes Wohnen (4 Personen),

andererseits über das Hansejobcenter (2 Personen) zum RoNA Projekt.
Bei 10 Plätzen nahmen 12 Teilnehmer am Projekt teil, von denen zwei Teilnehmer die Phase 1 und ein Teilnehmer die Phase 2 wegen psychischer Erkrankung das Projekt vorzeitig abbrechen mussten. Vier Teilnehmer schlossen das RoNA I Projekt erfolgreich ab, indem:

- sie einer ehrenamtlichen Tätigkeit (zwei Personen) nachgingen,
- ein Teilnehmer wieder in die Eingliederungshilfe mit Zuverdienst ging und

- ein weiterer Teilnehmer eine Langzeittherapie begann, um nach erfolgreichem Abschluss in die Phase 2 von RoNA II einzusteigen.

Acht Teilnehmer beendeten das Projekt ohne Abschluss, davon wurde bei vier Teilnehmern eine Verlängerung des Projektes beantragt werden.
Ein weiterer Klient unterzog sich ebenfalls einer Langzeitbehandlung und drei Klienten brachen das Projekt mit der Option einer medizinischen Begutachtung über das Hansejobcenter ab.
Zusammengefasst wurden die im Projekt RoNA verfolgten Ziele erreicht:
- die Wiederherstellung/Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit der beteiligten Menschen
- Überleitung in weiterführende Förderung und/oder Qualifizierung
- bei Bedarf Integration in passgenauen Arbeitsplatz auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

RoNA II
Am zweiten RoNA Projekt mit 20 Plätzen beteiligten sich 31 Teilnehmer mit folgenden psychischen Erkrankungen (Diagnosen nach ICD-10):
- Persönlichkeits-/Verhaltensstörung (F6: 6 Personen)
- Neurotische-, Belastungs-, somatoforme Störungen (F4: 8 Personen)
- Alkoholabhängigkeit (F1: 6 Personen)
- Schizophrenie (F2: 3 Personen)
- Affektive Störung (F3: 3 Personen)

Bei fünf aus dem HJC zugewiesenen Personen konnten keine Diagnoseangaben gemacht werden. Nach Auffassung der HJC-Mitarbeiter wiesen diese Personen ein Vermittlungshemmnis auf Grund psychischer Beeinträchtigung auf.
Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 35 Jahren.
Die Teilnehmer kamen einerseits direkt aus der Eingliederungshilfe (Mehrfachnennungen):
- Tagesstrukturierende Maßnahmen (5 Personen)
  Einzelbetreutes Wohnen (1 Personen),

andererseits aus der Tagesklinik (2 Personen) oder über das Hansejobcenter (12 Personen) zum RoNA Projekt.
An Phase 1 beteiligten sich 20 Teilnehmer, davon brachen drei Teilnehmer aus folgenden Gründen ab:
- ein Teilnehmer bestand aus gesundheitlichen Gründen nicht die Arbeitserprobung
- zwei Teilnehmer beendeten diese Phase auf Grund ihrer individuellen Persönlichkeitsstruktur, insbesondere wegen fehlender Mitwirkung.

In die Praktikumsphase (Phase 2) befanden sich 20 Teilnehmer, von denen drei vorzeitig abbrachen:
- ein TN erhielt eine Eingliederungshilfe,
- die beiden anderen Teilnehmer nannten persönliche Gründe.

Derzeit liegen folgende Ergebnisse mit RoNA II vor (Stand November 2007):
- Festeinstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt: voraussichtlich sieben Teilnehmer, davon:
  - seit September 2007: eine Teilnehmerin
  - ab November 2007: ein Teilnehmer
  - ab Januar 2008: zwei Teilnehmer
  - nicht abgeschlossene Verhandlungen: drei Teilnehmer
- zwei Teilnehmer konnten in Ausbildung vermittelt werden
- es gab fünf Übernahmen aus RoNA I, davon
  - ein Abbruch wegen Abhängigkeitserkrankung
  - eine Teilnehmerin begann eine Ausbildung zur Heilerzieherin
  - ein Teilnehmer begann eine AGH-Einzelmaßnahme mit Optionsübernahme

- eine Teilnehmerin hat eine Anstellung mit geringfügiger Beschäftigung und einer Übernahmeoption
- eine Teilnehmerin ist ehrenamtlich tätig.

Im Rahmen der Verlängerung des RoNA II Projektes bis Ende März 2008 kann die Praktikumsphase für 15 Klienten auf Grund des flexiblen Einstiegs weiterhin erprobt werden.

Herr Y nahm seit dem 02.01.2007 – 17.12.2007 am RoNA II Projekt teil.
Davor war er im Rahmen der Eingliederungshilfe in der Holzwerkstatt der Tagesstätte „Tagewerk“ tätig, die ursächlich durch eine bekannte substanzbedingte Abhängigkeitserkrankung notwendig war.

Von Beruf ist er Koch und Bootsbauer.
Die Ziele des Projektes bestanden:
- im Anstreben einer Teilzeitstelle mit einer Steigerung auf 40 Std./Woche
  und
- im Erhalt der eigen motivierten Abstinenz.

Als Einsatzort für die Phase I wurde für Herrn Y ein Angebot des „Likedeeler“ e.V. gefunden, wo er am 09.01.2007 nach einem Vorstellungsgespräch eingestiegen war.
Folgende Hilfstätigkeiten waren zu erledigen:
- Schleifarbeiten an Booten
- Reinigungs- und Malerarbeiten an Schiffen
- Ausbesserungsarbeiten an Booten
- Interne Hausmeistertätigkeiten und Reparaturen
- Hilfe bei Transport der Boote
- Ein- und Ausräumen der Räumlichkeiten vor Ort

Herr Y war von Anfang an sehr fleißig und erledigte seine Aufgaben sehr zufriedenstellend. Seine Kenntnisse als Bootsbauer erwiesen sich als sehr nützlich. Er verstand sich sehr gut mit seinen Kollegen und Anleitern. Während des Einsatzes auf der Likedeeler waren täglich 4 Stunden Arbeitszeit gefordert, die Herrn Y nicht schwer fielen.

Das Profiling durch die Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW gGmbH) ergab, dass die Berufswünsche von Herrn Y im Bereich des Ernährungshandwerkes, im sozial-pflegerischen Bereich und im Bereich der Literatur- und Geisteswissenschaften lagen. Dabei spiegelten sich der erlernte Beruf und auch seine Interessen wieder.
Aufgrund seiner Berufserfahrungen als Bootsbauer und auch der guten Erfahrungen bei der Likedeeler suchte die FAW nach einem Praktikumsbetrieb in diesem Bereich.
Die FAW konnte als Praktikumsbetrieb den Yachtservice Pohl gewinnen, wo Herr Y am 02.07.2007 begann. Die Anforderungen hatten sich erhöht, es waren jetzt täglich 8 Stunden zu absolvieren. Dies war Herrn Y sehr recht, weil er sich gern unter arbeitsmarktüblichen Bedingungen erproben wollte. Allerdings fiel Herr Y nach 4 Tagen aufgrund einer verschleppten Erkrankung über mehrere Wochen aus. Dies war ihm sehr unangenehm, er hielt sich aber an die Weisungen des Arztes, ließ sich genau durchchecken und kurierte die Krankheit aus. Aufgrund der langen Erkrankung war es Herrn Y sehr wichtig das Praktikum zu verlängern. Es wurde eine Verlängerung bis Ende Oktober und dann bis Mitte Dezember des Jahres 2007 mit dem Yachtservice Pohl vereinbart. Ende August begann er dann sozusagen erneut mit dem Praktikum. Es stellte sich heraus, dass er den erhöhten Anforderungen sehr wohl gewachsen war. Auch hier konnte er seine guten Berufserfahrungen einbringen, obwohl es auch sehr viele Aufgaben gab, die ihm fremd waren. Er zeigte immer sehr viel Interesse, sich neue Kenntnisse anzueignen. Herr Y war immer pünktlich und verhielt sich stets korrekt im Umgang mit

dem Arbeitgeber. Zu den Kollegen konnte er ein gutes Verhältnis aufbauen. Er wurde von allen Kollegen geachtet und seine Arbeit wurde geschätzt.

Da der Yachtservice wiederholt seine Zufriedenheit äußerte und bekundete, dass er sich vorstellen könnte, Herr Y einzustellen, wurde über den Fallmanager des HJC Kontakt zum Arbeitgeberservice hergestellt. Die Konditionen wurden dem Yachtservice mitgeteilt.
Da seitens des Yachtservices keine Initiative erfolgte, ist der Arbeitgeberservice nach Kontaktaufnahme mit dem RoNA-Maßnahmeträger erneut an den Yachtservice herangetreten.
Am 20. Januar 2008 hat Herr Y einen Arbeitsvertrag beim Yachtservice Pohl unterschrieben und im Februar 2008 konnte er seine Tätigkeit dort beginnen. Während der gesamten Zeit erhielt Herr Y Unterstützung durch das Team der sozial-psychiatrischen Suchtkrankenhilfe der GGP, so dass er ab März 2008 zu einer ambulanten Suchttherapie der Caritas motiviert werden konnte. Einmal in der Woche ging er zur Gruppentherapie und in regelmäßigen Abständen hatte er Einzelgespräche. Außerdem nahm er an zusätzlichen Angeboten wie Akupunktur und Progressiver Muskelentspannung teil. Die Summe aller Angebote trug wesentlich zur Stabilisierung seines Gesundheitszustandes bei, so dass es zu keinem Rückfall kam. Im Gegenteil, er ging viel offener mit seiner Alkoholerkrankung um. Herr Y sprach über seine Erfahrungen und beabsichtigte auch
nach Beendigung der ambulanten Suchttherapie sich einer aus seiner Gruppe heraus entstandenen Selbsthilfegruppe anzuschließen. Insgesamt hatte sich Herr Y über den gesamten Projektlaufzeitraum in seiner persönlichen Entwicklung sehr stabilisieren können. Seine Ziele wie Erhalt der Abstinenz und Steigerung der Belastbarkeit konnten realisiert werden. Über einen Zeitraum von einem knappen halben Jahr bewies Herr Y täglich, dass er unter marktrelevanten Bedingungen erwerbstätig ist. Dazu trugen seine Grundarbeitsfähigkeiten und gute Kompetenzen wie Ausdauer, Konzentration, Sorgfalt und Pünktlichkeit sowie Flexibilität und Teamfähigkeit bei.

Zusammenfassung und Ausblick

Ein wichtiges Ergebnis des TAB Projektes war die Bildung eines Netzwerkes verschiedener Leistungs- und Kostenträger zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung psychisch kranker Menschen in der Hansestadt Rostock. Der Zusammenschluss dieses Netzwerkes zu einem Kooperationsprojekt ermöglichte das Rostocker Netzwerk Arbeit, ein Projekt von Arbeitsgelegenheiten mit Bildungsanteil und sozialpädagogischer Begleitung.

Ergebnisse der RoNA Projekte sind

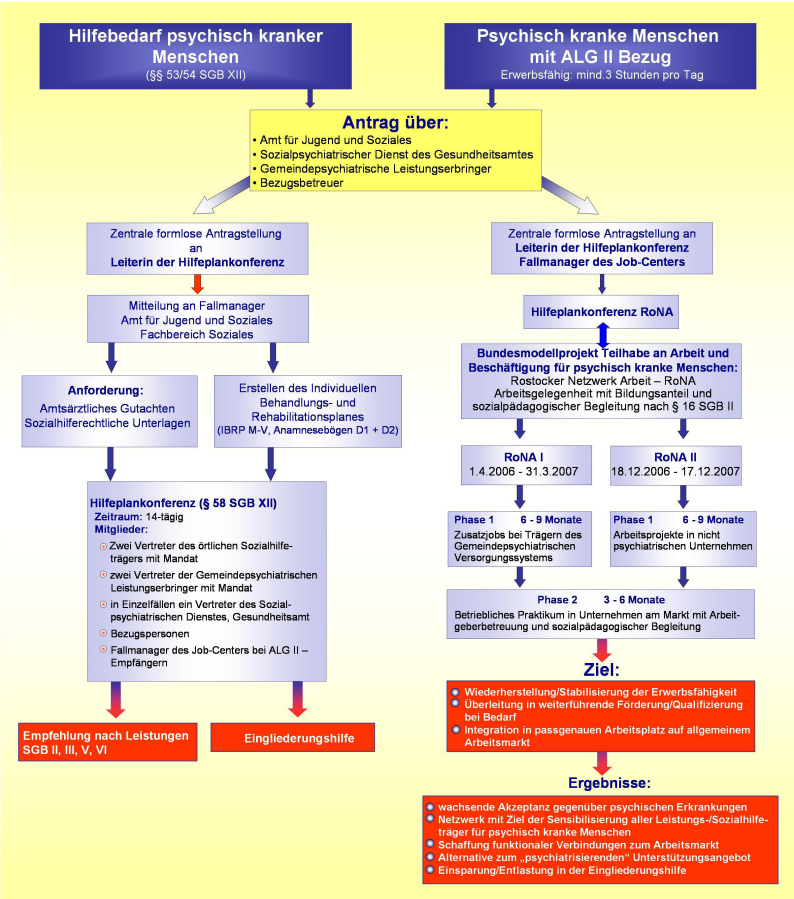
- langfristig „schonenderer“ Zugang zum Thema Arbeit für Teilnehmer
- wachsende Akzeptanz gegenüber psychischen Erkrankungen
- Bildung eines Netzwerkes mit Ziel der Sensibilisierung aller Leistungs- und Sozialhilfeträger für psychisch kranke Menschen
- Schaffung einer funktionalen Verbindung zum Arbeitsmarkt
- Schaffung von Alternative zum „psychiatrisierenden“ Unterstützungsangebot
- Einsparung bzw. Entlastung in der Eingliederungshilfe, insbesondere auch durch Empfehlung von Leistungen nach SGB II, wie z. B. RoNA, SGB III Leistungen, wie passgenaue Arbeitsförderung, SGB V Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, wie ambulante Ergotherapie, Soziotherapie, Psychiatrische Tagesklinik oder psychiatrische Hauskrankenpflege und SGB VI Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, wie z. B. ambulante RPK.

Der Verlauf des Projektes wird derzeit durch die Psychiatrie- und Suchtkoordinatorin der HRO als auch durch das Institut Sozialpsychiatrie Mecklenburg- Vorpommern e.V. evaluiert.

Die guten Ergebnisse und die Erfahrungen führten bereits im Dezember 2006 dazu, RoNA II als verbessertes Projekt mit einer Laufzeit von 12 Monaten zu beginnen und bis zum 31. März 2008 für Klienten, die später in das Projekt eingestiegen sind, zu verlängert.

Das TAB Projekt wird in einer kommunalen Arbeitsgruppe TAB fortgesetzt, die sich in regelmäßigen Abständen trifft. Dabei ist derzeit die Errichtung einer ambulanten Einrichtung zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) in Planung. Diese Einrichtung wird eine große Versorgungslücke zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation schließen. Weiterhin wird durch die Kooperationspartner die Planung RoNA III vorbereitet.

Abschließend gibt die folgende Abbildung einen Gesamtüberblick über den Prozess der Hilfeplanung zur Wiedereingliederung und Teilhabe psychisch kranker Menschen am gesellschaftlichen Leben in der Hansestadt Rostock:



8.3.1.2 Integrationsangebote in Hamburg nach § 16 Abs. 3 SGB II

Die Arbeitsintegrationsnetzwerk GmbH Hamburg hat im Rahmen der Projektarbeit Integrationsperspektiven für diejenigen Menschen, denen der Zugang zu einer beruflichen Tätigkeit bislang durch die hohen Arbeitsmarktanforderungen verwehrt war, entwickelt.

Ziel ist es, die bestehenden Eintrittsbarrieren deutlich herabzusetzen. Im Rahmen verschiedener Projekte wurde Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen über "Arbeit im Netzwerk" einen niedrigschwelligen, ihren persönlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten angepassten Einstieg in Arbeit eröffnet. Der individuelle Integrationsprozess wurde durch kontinuierliche sozialpädagogische Betreuung und Qualifizierungsmaßnahmen unterstützt.
Ziel war es, dass die Teilnehmer sich in einem strukturierten Arbeitsumfeld stabilisieren, um Anschlussperspektiven für den allgemeinen Arbeitsmarkt entwickeln zu können.
Das Integrationsangebot wurde vor dem Hintergrund entwickelt, dass es sich für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Behinderungen außerordentlich schwierig gestaltet, einen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt zu finden. Standardisierte Förderinstrumente greifen bei ihnen oft nicht.

Dieser Erkenntnis trug die Konzeption des Projektes Rechnung. Ausgehend von seinem persönlichen Leistungsvermögen, seiner Erwerbsbiographie und seinen Fähigkeiten wurde für ihn der berufliche Wiedereinstieg individuell geplant, vorbereitet und begleitet.
"Arbeit im Netzwerk" hielt dafür ein Kontingent flexibel auf den individuellen Bedarf ausgerichteter Arbeitsgelegenheiten vor.
In der Praxis zeigte sich, inwieweit die Teilnehmer den Anforderungen der Tätigkeit gewachsen waren. Leistungsvermögen, Belastungsgrenzen und Anforderungen an das Arbeitsumfeld werden im Verlauf der Maßnahme deutlich. Die Arbeitsgelegenheit dienten somit nicht nur als Förder-, sondern auch als Diagnoseinstrument.
Nach Ablauf des 10-monatigen Förderzeitraums war es in der Regel möglich fundierte Aussagen hinsichtlich der Arbeits-/Beschäftigungsfähigkeit der einzelnen Teilnehmer zu treffen und geeignete Anschlussperspektiven zu empfehlen.

Auszug aus dem Flyer:

NIEDRIGSCHWELLIGER EINSTIEG
IN ARBEIT
Arbeit im Netzwerk hilft Ihnen beim Wiedereinstieg in Arbeit. Wir suchen für Sie einen geeigneten 1-Euro-Job im gewerblichen, sozialen, hauswirtschaftlichen oder kaufmännischen Bereich. Fachliche Anleitung und sozialpädagogische Betreuung er-
leichtern Ihnen die ersten Schritte. Nach erfolgreichem Einstieg können Sie bis zu
30 Std. pro Woche arbeiten. Ziel ist es, dass Sie sich im Job stabilisieren und Anschlussperspektiven für den allgemeinen Arbeitsmarkt entwickeln.
IM MITTELPUNKT STEHEN SIE
Nach Ihren Interessen und Fähigkeiten planen wir mit Ihnen den richtigen Einstieg.
Arbeit im Netzwerk hält unterschiedliche Arbeitsgelegenheiten bereit, die sich inhaltlich und zeitlich so gestalten lassen, wie es für Sie hilfreich ist.
Die Abstimmung, wie Ihre Tätigkeit genau aussehen wird, erfolgt mit Ihrer persönlichen Integrationsbegleiterin. Ihr Einsatzort ist in jedem Fall mit dem HVV gut zu erreichen. Begleitende Unterstützung und Qualifizierung werden bei ARINET in der Hamburger Innenstadt angeboten.

AUFWAND UND ARBEITSZEIT
Zusätzlich zum Arbeitslosengeld II erhalten Sie monatlich eine Mehraufwandsentschädigung von bis zu 150,- Euro. Sie arbeiten über einen Zeitraum von 10 Monaten. Die Arbeitszeit wird individuell vereinbart und umfasst 15-30 Std./Woche.
IHRE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

Sie beziehen Arbeitslosengeld II in Hamburg. Sie haben eine Behinderung und/oder eine psychische Beeinträchtigung.
Sie können und wollen mindestens 15 Std./Woche arbeiten.

8.3.2 Begleitung bei der Arbeitsuche- bzw. Aufnahme und Erhalt des Arbeitsplatzes – Jobcoaching

Der Prozess der Arbeitssuche, Arbeitsaufnahme und des Arbeitsplatzerhaltes ist für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit einer Vielzahl von zu bewältigenden Problemen verknüpft. So sind große Hürden in Bezug auf krankheitsbedingte Motivationsprobleme, Antriebsschwächen, soziale Kontaktprobleme und weitere psychosoziale Problemfelder gewissermaßen jeden Tag neu zu überwinden. Hier kann nicht allein der PAP oder eine Trainingsmaßnahme ausreichend Hilfestellung bieten. Zudem fordern, wie bereits beschrieben, potentielle Arbeitgeber die Sicherheit, dass bei psychosozialen Krisen (auch Konflikten am Arbeitsplatz) unverzüglich und verlässlich fachliche (psychosoziale) Hilfen für Betroffene und Unternehmen geleistet werden. Notwendig ist eine individuelle und persönliche Begleitung der Betroffenen in diesem langwierigen Prozess der Arbeitsaufnahme und der dauerhaften Sicherung des Arbeitsplatzes.
Die Leistungen nach dem SGB IX Teil 2 stehen in der Regel nur den psychisch Kranken zur Verfügung, wenn eine Anerkennung des Schwerbehindertengrades vorliegt. Menschen mit psychischen Erkrankungen scheuen oft diesen Schritt auf Grund der damit verbundenen Stigmatisierung. Um dem Bedarf gerecht zu werden, wurden in den Projektregionen Modelle entwickelt, diese psychosoziale Begleitung über den § 16 Abs.2 SGB II zu gewährleisten. Beispielhaft wird im Folgenden das Job-Coaching-Modell in Gera beschrieben

8.3.2.1 Job-Coaching durch die ARGE in Gera

Bei den Aktivitäten in Gera, im Rahmen der Projektarbeit, Betroffene in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren, war es eins der zentralen Probleme, dass in den Betrieben "Berührungsängste" in Bezug auf die Folgebeeinträchtigungen psychischer Erkrankungen, wie z. B. Motivationsschwäche, Schwankung der Leistungsfähigkeit, Selbstwertprobleme, Konfliktschwäche, Kommunikationsprobleme, Konzentrationsschwäche und Mängel in der Auffassungsfähigkeit, etc. vorherrschten.

Davon ausgehend wurde in der projektbegleitenden Gruppe über ein einzelfallbezogenes, dem individuellen Hilfebedarf des Betroffenen entsprechendes Instrument der personellen Begleitung – "Job Coaching" – auf dem Weg in die langfristige Integration in den Betrieb diskutiert. Dieses sollte befristet oder auch degressiv dauerhaft installiert werden, unter der Berücksichtigung der Möglichkeiten des SGB II. Darüber hinaus sollte dieses Instrument keinesfalls in einer spezialisierten Einrichtung geschaffen werden, sondern flexibel, personenzentriert und Institutionen übergreifend als Hilfe im allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar sein.

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

Daraufhin wurde das Konzept zum zielgruppenspezifischen Job-Coaching weiter ausgearbeitet. Des Weiteren fokussierte sich die Konzeption der Hilfe auf den Kundenkreis des SGB II und war mit der Zielsetzung verknüpft, dass das Hilfeinstrument im allgemeinen Arbeitsmarkt

greifen muss. Das zielgruppenspezifische Job-Coaching wurde nach weiteren Abstimmungsgesprächen letztlich zum 01.12.2006 durch die ARGE Stadt Gera als Hilfeinstrument nach § 16 Abs. 2 SGB II – sonstige weitere Leistung – eingeführt.

Zielgruppenspezifisches Job-Coaching

Job-Coaching soll geeignete bedarfsorientierte Unterstützungsstrukturen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bieten, welche als nur schwer vermittlungsfähig gelten und langfristige Unterstützung benötigen, um erfolgreich ihrer bezahlten Arbeit nachgehen und sich in ihrer Arbeitsumgebung zurechtfinden zu können. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, dass der betroffene Mensch Kontrolle über die Unterstützungshilfen hat und an den zu treffenden Entscheidungen, so weit möglich, partizipieren kann.

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

Zielgruppenspezifisches Job-Coaching bietet

- motivierende Beratung des psychisch beeinträchtigten Menschen,
- individuell angepasste und verbindliche Kontaktaufnahme zur Erhaltung, Prävention von und Intervention bei Krisen am Arbeitsplatz,
- kurzfristige Beratung bei Störungen der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit,
- Unterstützung bei dem Aufspüren und Bewältigen von Konflikten,
- kooperiert mit sonstigen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen,
- und berät und/oder unterstützt den Arbeitgeber und seine Beauftragten.

Daraus resultierend kann diese Hilfeform in Form von Synergieeffekten auch Möglichkeiten zur individuellen Weiterentwicklung der sozialen Fähigkeiten bieten und die Lebensqualität des unterstützten Menschen auch subjektiv verbessern. Sie tragen dazu bei, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von anderen respektiert werden und ihre persönliche Würde bewahren können.

Den Betrieben wird mit dem zielgruppenspezifischen Job-Coaching als Anreiz ein umfangreiches Dienstleistungsprogramm angeboten, welches

- eine vorgängige Information über Stärken und Schwächen des psychisch beeinträchtigten Menschen,
- Schulungen der Vorgesetzten und näheren Mitarbeiter,
- regelmäßige Kontakte durch den Job-Coach usw. umfasst
- und somit Minderleistungen und Ressourcen transparent und akzeptabel macht.

Die Betreuung der psychisch beeinträchtigten Menschen bezieht sich auf den Zeitraum unmittelbar vor und nach der Aufnahme einer Beschäftigung und begrenzt sich ausschließlich auf den Erhalt des Arbeitsverhältnisses. Für die Leistung je nach Bedarf zwischen zwei und fünf Stunden pro Woche und für bis zu zwei Jahre bewilligt, um somit eine erhöhte Nachhaltigkeit zu sichern.

Zugangsvoraussetzungen und -verfahren

Die Zielgruppe des Job-Coachings sind psychisch kranke Menschen, die an einer diagnostizierten psychischen Erkrankung leiden und keine anerkannte Schwerbehinderung besitzen. Anderenfalls ist der Integrationsfachdienst (IFD) gemäß § 110 SGB IX zuständig. Weitere Kriterien sind ein laufender Bezug von Arbeitslosengeld II und ein in Aussicht stehender oder demnächst abzuschließender sozialversicherungspflichtiger Arbeitsvertrag.

Ebenso Zielgruppe sind Betroffene, die bereits einen bestehenden sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag haben, welcher jedoch die Hilfebedürftigkeit im Sinn des SGB II nicht beendet, da noch ergänzende Leistungen durch das SGB II notwendig sind. Festgestellt werden muss auch ein besonderer Hilfebedarf hinsichtlich des Erhalts des Arbeitsplatzes.

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

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

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

Abgrenzung zu § 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB II
In jedem Einzelfall ist auf eine sorgfältige Abgrenzung des Job-Coachings von der psychosozialen Betreuung nach § 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB II zu achten. Sofern sowohl Jobcoaching als auch psychosoziale Betreuung erforderlich sind, soll beides aus einer Hand geleistet werden. ARGE SGB II Stadt Gera und die Stadt Gera sind in diesen Fällen anteilig an der Finanzierung zu beteiligen.

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

8.3.3 Kombi-Lohn-Modelle

Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann bei Arbeitsaufnahme krankheitsbedingt ein erhöhter Einarbeitungsbedarf und/oder phasenweise oder dauerhaft Leistungsminderungsausgleich notwendig sein. Die Erfahrung mit einstellungswilligen Betrieben in den Projektregionen hat gezeigt, dass Arbeitgeber (nur) zu leistungsgerechter Vergütung bereit sind. Sofern krankheits- oder behinderungsbedingt eine Leistungsminderung besteht, muss dies durch Förderung ausgeglichen werden.

Auch hier sind Leistungen aus der Ausgleichsabgabe nur mit Schwerbehindertenausweis möglich. Da die Kann-Leistungen im Bereich der SGB-III Leistungen sehr starren Regelungen unterworfen sind, wurden in den Projektregionen individueller ausgerichtete Lohnkostenzuschüsse und mit vor allem zeitlich längeren Förderzeiträumen gewährt. Exemplarisch seien hier die Kombi-Lohn-Modelle in Bielefeld und Hamburg angeführt.

8.3.3.1 Kombi-Lohn-Modelle in Hamburg

Das Förderprogramm KombiPlus der ARINET GmbH war darauf ausgerichtet, zusätzliche Arbeitsplätze im Bereich niedrig qualifizierter Tätigkeiten dauerhaft einzurichten. Dazu wurde Betrieben für neu eingestellte Mitarbeiter über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten ein umsatzsteuerfreier Lohnkostenzuschuss von € 3,- pro entlohnte Beschäftigungsstunde gewährt. Die Mitarbeiter konnten vorab im Rahmen eines dreimonatigen Zeitarbeitsverhältnisses unverbindlich getestet werden.

Die Vermittlung förderfähiger ArbeitnehmerInnen sowie die Auszahlung des Lohnkostenzuschusses erfolgten zentral über ARINET als beauftragte Dienstleistungsagentur für KombiPlus.

Auszug Flyer
KOMBIPLUS IN DER PRAXIS
ARINET als Ihre Dienstleistungsagentur unterstützt Sie dabei, von KombiPlus zu profitieren, durch:
Information und Beratung zu Fördermöglichkeiten und -voraussetzungen
| Vermittlung geeigneter, förderfähiger Bewerber
| Entleih potenzieller Kandidaten zur dreimonatigen Erprobung im Rahmen von Zeitarbeit
| Administrative Abwicklung des Kombilohns
IHRE VORTEILE DURCH KOMBIPLUS
| Lohnzuschuss von EUR 3,- pro Arbeitsstunde für bis zu 24 Monate (nicht umsatzsteuerpflichtig)
| Unverbindliches Kennenlernen des Arbeitnehmers über Zeitarbeit für EUR 6,- je Arbeitsstunde (zzgl. MwSt.); auch hierfür gibt es einen Zuschuss von EUR 3,- pro Stunde
| Es besteht die Option auf einen Qualifizierungszuschuss im Wert von bis zu EUR 2.000,-
Förderfähige Personen haben vor max. 6 Monaten eine Arbeitsgelegenheit nach § 16/3 SGB II (1-€-Job) beendet oder werden diese innerhalb von 2 Monaten abschließen.

8.3.3.2 Kombi-Lohn-Modelle in Bielefeld

Die ARGE Bielefeld hat mit dem „Bonus“-Modellprogramm für Menschen mit beträchtlichen Einschränkungen eine Förderung entwickelt, aus der Arbeitgeber hohe Eingliederungszuschüsse plus Verbleibs-Prämien bekommen können.
In dem Bonusförderprogramm (Bielefelder Modell) konnten Arbeitgeber innerhalb von 9 Monaten bis zu 5.600 € Förderung erhalten. Im Projektzeitraum wurde diese Möglichkeit auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen genutzt.

8.4. Flexibilisierung der Leistungen nach § 40 und § 41 SGB IX

Als Träger des umfangreichsten und flächendeckenden Angebotes der beruflichen Teilhabe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen waren die örtlichen WfbM und die Möglichkeiten verbesserter Teilhabe in diesen WfbM naturgemäß in allen Regionen des TAB-Projektes ein zentrales Thema.

Bei der hier angesprochenen Personengruppe handelt es sich im Rahmen des TAB-Projekt-Schemas um

- Arbeitssuchende, die auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sind, aber regelmäßig 35 bis 40 Stunden pro Woche ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können.

In der zweiten Phase des TAB-Projektes gingen die Bemühungen in mehreren Regionen dahin, für den Bereich „Übergang zur WfbM“ konkrete Umsetzungen einer flexibleren Handhabung zu realisieren. Dies meint das Feld derjenigen Menschen, die gerne die Werkstatt verlassen würden, um in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten. Es meint insbesondere aber auch Menschen, die derzeit aufgrund mangelnder Alternativen nur die Aufnahme in eine WfbM als einzige Teilhabe-Möglichkeit vorfinden obwohl sie - mit entsprechender Unterstützung - zu einer Beschäftigung in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes in der Lage wären.

Typischer Problemfall
Typisch für die bestehende Situation ist der Fall eines Betroffenen in der Region Neumarkt.

Vorbemerkung zur Erläuterung: In Neumarkt wurde im Rahmen des TAB-Projektes in Abstimmung mit dem Bezirk als Sozialhilfeträger eine „Konferenz für Fallbesprechungen“ als Vorstufe regulärer Hilfeplankonferenzen eingerichtet. Die beteiligten Anbieter stellten hier ausgewählte Fälle vor, für die gemeinsam über passende Hilfen beraten wurde.

In der Konferenz für Fallbesprechungen vom 20. Oktober 2005 wurde in Neumarkt der Fall des Herrn R. besprochen. Herr R. war 35 Jahre alt, ledig und lebte in einem gemeinsamen Haushalt mit seiner Mutter. Er leidet seit der Jugend unter einer schweren psychischen Erkrankung. Herr R. stand unter gesetzlicher Betreuung und wurde vom ambulanten Betreuten Einzelwohnen betreut.
Herr R. war vom Arzt der Arbeitsverwaltung und ebenso von einem Gutachter der Rentenversicherung als WfbM-Fall (nicht erwerbsfähig bzw. nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar) begutachtet worden. Bei einem Praktikum in der WfbM erschien er den Fachkräften dort allerdings recht leistungsstark.

Trotzdem lief der Antrag auf WfbM-Aufnahme.

Während der Wartezeit auf die WfbM-Aufnahme hatte sich der Betroffene nun eine Praktikums-Beschäftigung von 20 Stunden bei der Integrationsfirma Brücke gGmbH gesucht. Dort arbeitete er im Bereich Garten, Lager, Hilfsdienste. Gleichzeitig und zusätzlich begann er noch eine Tätigkeit im Rahmen von 4 Stunden Zuverdienst wöchentlich beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) im Hausmeister-Service. Diese Institutionen bescheinigten gute, das heißt arbeitsmarktnahe, Arbeitsleistung. Der Betroffene selbst wollte mittlerweile lieber bei der Brücke gGmbH beschäftigt sein als in der WfbM zu arbeiten.
Davon erfuhren die Gutachter allerdings nichts. Die ARGE hatte die Gutachten vorliegen, wusste aber nichts von den Beschäftigungs-Verhältnissen bei den beiden Beschäftigungsträgern. Die WfbM wusste von der guten Leistungsfähigkeit, meldete dies aber auch nicht an die Kostenträger zurück. Die Brücke als Integrationsfirma beschäftigt öfter Praktikanten, sieht aber ihre Aufgabe nicht darin, ohne Nachfrage irgendwelche Rückmeldungen zu geben. Ähnlich der Sozialpsychiatrische Dienst.
Soweit der typische Verlauf.

Durch die mit dem TAB-Projekt eingeführte neue Konferenz-Struktur wird das Problem nun aber sichtbarer: Erst in der Sitzung der Konferenz für Fallbesprechungen verständigten sich verschiedene am Fall beteiligte Institutionen über ihre Erfahrungen mit dem Betroffenen und stellten Differenzen in der Beurteilung fest. Die Konferenz für Fallbesprechungen musste nun feststellen, dass die Realität zumindest dem Anschein nach die Gutachten widerlegte. Andererseits war die Antragstellung schon so weit fortgeschritten, dass die ARGE sich außerstande sah, ohne ein neues Gutachten den Fall wieder in ihre Zuständigkeit zu übernehmen. Zudem musste mit der gesetzlichen Betreuerin geklärt werden, ob die Gesamt-Anamnese nicht vielleicht doch Argumente für langfristig geringere Leistungsfähigkeit des Betroffenen erbringen würde.

Die Koordinatorin des Gemeindepsychiatrischen Verbundes wurde mit der Klärung beauftragt. Ziel war, eine WfbM-Aufnahme möglichst zu vermeiden. Sie organisierte
eine Fallkonferenz mit allen wesentlich Beteiligten.

Letztlich konnte nach vielen Bemühungen und einigen Rückschlägen Herr R. im Sommer 2008 einen regulären unbefristeten Arbeitsvertrag abschließen.

Typische Probleme sind:

- Die mangelnde Abstimmung bei der Begutachtung durch verschiedene Stellen
- Die mangelnde praktische Überprüfung der Erwerbsfähigkeit
- Das Fehlen von alternativen Angeboten
- Das Fehlen von Unterstützung und Begleitung bei der Suche nach individuellen Alternativen

Aufbau alternativer Angebote – zweigleisiger Ansatz
In allen Regionen des TAB-Projektes wurde lebhaft über den Aufbau von Alternativen zur WfbM-Aufnahme einerseits und über Hilfen zum Wechsel aus der WfbM in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes andererseits diskutiert. Letztlich ist es wichtig, für Menschen auf der Grenze der Erwerbsfähigkeit die Angebote aus zwei verschiedenen Richtungen zu flexibilisieren: für Menschen im Vorfeld der Werkstatt, die mit Unterstützung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten können, müssen passgenaue rehabilitative Hilfen entwickelt werden um eine Werkstatt-Aufnahme zu vermeiden. Für Menschen, die die Werkstatt

verlassen möchten, sind Hilfen zu entwickeln, die passend für deren Situation sind und eine Eingliederung in ein betriebliches Umfeld realisieren.

In vielen Regionen wurde durch die TAB-Projektgruppen und die Hilfeplankonferenzen die Abstimmung der Beteiligten untereinander wesentlich verbessert und die Bemühungen verstärkt, ungewünschte und unpassende WfbM-Aufnahmen zu verhindern und Alternativen zu finden. In Regionen wie Neumarkt konnten so – wie im eben geschilderten Fall – im Einzelfall Alternativen gefunden werden.

Tatsächlich neue Angebotsformen konnten aber nur in denjenigen Regionen geschaffen werden, in denen besonders günstige Konstellationen für eine Realisierung gegeben waren. Günstige Konstellationen ergaben sich dann, wenn einer oder mehrere Leistungsträger engagiert eine Flexibilisierung mittrugen. Zusätzlich mussten ebenso engagierte Anbieter – in der Regel mit einigem Risiko – neue Angebote entwickeln und tragen.

Regionen, in denen solche günstigen Umstände gegeben waren, sind insbesondere die Region Saalfeld/Rudolstadt mit dem Projekt SAFARI und der Kreis Ostvorpommern mit den Projekten KOPERNIKUS und „i-werk“. Auch in Überlingen/Bodenseekreis sind mit Hilfe des Projektes TRANSIT strukturelle Änderungen gelungen. Ähnliches versuchte man in Bielefeld mit dem Projekt „Betriebliche Eingliederungsplätze (BEP)“.

8.4.1 SAFARI in Saalfeld/Rudolstadt

In Saalfeld ist es tatsächlich gelungen, für beide genannten Gruppen – die Erwerbsfähigen an der Grenze zur Erwerbsunfähigkeit und die Erwerbsunfähigen an der Grenze zur Erwerbsfähigkeit – im Rahmen eines einzigen Hilfsangebotes berufliche Teilhabe in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu realisieren.

Dies ist keinesfalls selbstverständlich, denn die Leistungsträger achten sonst sehr darauf, dass berufliche Rehabilitation – bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – streng getrennt nach vermutlich Erwerbsunfähigen (Berufsbildungsbereich der Werkstatt) und vermutlich Erwerbsfähigen (andere Anbieter beruflicher Teilhabe, z. B. BTZ) durchgeführt wird. Ein Motiv dabei ist die mit über zwei Jahren Laufzeit längere Dauer der Rehabilitation in der WfbM.

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

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

Nach der Etablierung der monatlich einmal tagenden HPK´s und der projektbegleitenden Gruppe als feste und anerkannte Arbeitsgremien im ersten Projektabschnitt gaben die HPK´s

einerseits die entscheidenden Impulse, alternative Wege zur Teilhabe an Arbeit überhaupt zu entwickeln und andererseits waren sie sehr wichtig, um im Einzelfall richtige Weichenstellungen zu ermöglichen.

Nun wurde die Gruppe der „psychisch Kranken mit Werkstattanspruch“ ins Auge gefasst, z. B. Menschen, die eine befristete oder unbefristete volle Erwerbsminderungsrente bekommen. Die Situation in der Region war bis zum Jahr 2006 so, dass berentete psychisch Kranke die Wahl zwischen folgenden Optionen hatten. Entweder sie begnügten sich mit ihrer Rente und verzichteten auf eine Teilhabe an Arbeit, mit all den negativen Folgen die das haben kann, oder sie konnten zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:

1. Aufnahme in eine der beiden WfbM´s im Landkreis.
Beide WfbM´s haben seit einigen Jahren getrennte Betriebsabteilungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2. Bewerbung um einen Platz im Zuverdienstprojekt des Diakonie-Vereins Rudolstadt.
Bei einer Kapazität von ca. 20 Plätzen gibt es seit Jahren eine Warteliste mindestens in der gleichen Größenordnung. Erschwerend kommt hinzu, dass das Zuverdienstprojekt beim Requirieren von Aufträgen aus der regionalen Wirtschaft gegen die beiden WfbM´s konkurrieren muss, die wegen der Finanzierung der Werkstattplätze über Eingliederungshilfe verständlicherweise in der Lage sind, den Auftrag gebenden Firmen in der Regel bessere Konditionen bieten zu können.

3. Psychisch Kranke gehen selbst auf die Suche nach einer Zuverdienst-Möglichkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt.
Einigen wenigen ist es gelungen, zeitweilig einen Aushilfs-Job zu finden, z. B. Zeitungen oder Werbematerial austragen oder Regale in Supermärkten zu bestücken. Diese Beispiele sind Ausnahmefälle.

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

Natürlich gibt es auch eine große Teilgruppe psychisch kranker Menschen, die ausgehend von ihrem Hilfebedarf durch die Angebote der klassischen WfbM´s gut betreut werden. Für sie ist die WfbM die geeignete Form zur Teilhabe an Arbeit. Aber nach den Erfahrungen aus den HPK`s der letzten Jahre gibt es ebenso auch psychisch kranke Menschen mit Werkstattanspruch, für die die klassische WfbM keine geeignete Form zur Teilhabe an Arbeit darstellt. Für sie bietet die WfbM ein umfangreiches Komplexangebot in einem zeitlichen und inhaltlichen Rahmen, der vom Betroffenen gar nicht benötigt und häufig auch nicht gewollt wird.

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

Die Projektgruppe bemühte sich nun möglichst sachlich darum, ausgehend vom Hilfebedarf der Betroffenen mit Werkstattanspruch, diese verschiedenen Teilgruppen psychisch kranker Menschen zu identifizieren und ihnen nach Möglichkeit geeignete Formen zur Teilhabe an

Arbeit zu vermitteln. Es ging nicht um eine Auseinandersetzung pro oder kontra WfbM, sondern um das Akzeptieren der Tatsache, dass nicht alle psychisch kranken Menschen mit Werkstattanspruch in einer klassischen WfbM gut aufgehoben sind.

Weil die bestehenden WfbMs diese „ambulant betreute Formen zur Teilhabe an Arbeit“ nicht entwickeln wollten, mussten in dieser Region andere Wege gesucht werden.

Eine erste wichtige Anregung kam mit dem Workshop der TAB-Regionen in Kassel, als die „virtuelle Werkstatt“ Saarbrücken ihr Konzept vorstellte. Während in Saarbrücken die dezentralen Arbeitsplätze ausschließlich durch Eingliederungshilfe finanziert sind, wollte man aber bald in Saalfeld darüber hinaus gehend, analog zur Situation in den klassischen WfbM, auch Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich als Formen einer beruflichen Rehabilitation in zuständiger Kostenträgerschaft der Agentur für Arbeit bzw. der Rentenversicherungsträger entwickeln.

Ein sehr wichtiger Faktor des Gelingens war, dass der örtliche Sozialhilfeträger dieses Projekt von Beginn an sehr unterstützt hat, u. a. weil er sich durch diesen Weg auch eine Kostenersparnis versprach. Da die dezentralen Arbeitsplätze niedrigere Kosten als ein normaler Werkstattplatz verursachen, liegt der besondere Charme dieses Weges darin, dass einerseits für die Betroffenen mit Anspruch auf einen Werkstattplatz bessere Arbeitsmöglichkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden können, die andererseits für den Steuerzahler auch noch preiswerter sind.
Da es bisher den Trägern der beiden WfbM´s im Landkreis nicht gelang, eine nennenswerte Zahl von ausgelagerten Arbeitsplätzen zu schaffen, wurde das Modellprojekt im Bildungs-Zentrum (BZ) Saalfeld initiiert. Erklärtes Ziel des Modellprojektes ist die Rehabilitation nicht in einer besonderen Einrichtung oder in einem Rehabilitationszentrum, womöglich noch fern vom Wohnort der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen, sondern nach einer Eingangs- und Erprobungsphase die Rehabilitation am zukünftigen Arbeitsplatz mit entsprechenden begleitenden Hilfen.

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

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

Als Ziel der Leistung wurde definiert: „Das Angebot verfolgt das Ziel, ein flexibles, den Neigungen, Fähigkeiten und der Ausbildung des Einzelnen entsprechendes Beschäftigungsverhältnis zu schaffen, mit der Orientierung, eine dauerhafte Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen und zu erreichen. Es wird dem psychisch beeinträchtigten Men-

schen ermöglicht, in den normalen Arbeitsalltag von Betrieben und Dienststellen hineinzuwachsen. Es wird keine Produktionsstätte vorgehalten...“ und weiter: „Grundlage für die Leistung ist ein individueller Hilfe- und Betreuungsplan (hier der IBRP), welcher unter Einbeziehung der zu betreuenden Person erarbeitet und vereinbart wird.“... sowie die „Teilnahme an den Hilfeplankonferenzen“.

Mit dieser Vereinbarung war gewissermaßen der zweite Schritt vor dem ersten getan, d. h., der Sozialhilfeträger als Kostenträger der Eingliederungshilfe, der für die Finanzierung des Arbeitsbereichs der WfbM´s zuständig ist, akzeptierte eine neue Form zur Teilhabe an Arbeit auf dezentralen Arbeitsplätzen für psychisch Kranke mit Werkstattanspruch. Und das Besondere daran ist, der Leistungserbringer, das BZ Saalfeld, verfügt selbst über keine Anerkennung als WfbM. Der zweite Schritt, der Arbeitsbereich der damals sog. Virtuellen Werkstatt, war damit geregelt.

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

In der Folgezeit gelang es mit Unterstützung des zuständigen Landesministeriums, dass dieser neue Saalfelder Ansatz von der Bundesagentur für Arbeit und den beiden für die Region zuständigen Rentenversicherungsträgern als Modellversuch akzeptiert wurde. Von der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde dieses Konzept aktiv mitgestaltet und Thüringen als Modellregion zur Erprobung dieses Weges ausgewählt, wobei Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich vom Rentenversicherungsträger analog den klassischen WfbM´s finanziert werden.

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

Das BZ Saalfeld, das keine anerkannte WfbM ist, führt für psychisch kranke Menschen in Kostenträgerschaft der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherungsträger auf dieser Basis seit Anfang des Jahres 2007 das Eingangsverfahren und ein berufsvorbereitendes Arbeitstraining im Sinne des Berufsbildungsbereichs durch. Für psychisch kranke Menschen mit Werkstattanspruch ist damit die Rehabilitation auf einem dezentralen Arbeitsplatz im allgemeinen Arbeitsmarkt möglich geworden. Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist das ein bedeutender Schritt in eine richtige Richtung.

8.4.1.1 Erfahrungen aus den ersten 1 ½ Jahren

a. Der Zugangsweg
Die WfbM hat natürlich noch einen wesentlich höheren Bekanntheitsgrad als alternative Formen zur Teilhabe an Arbeit. Und sie kommt mit ihrer klaren Struktur dem Bedürfnis nach

einem sicheren Zugang zu Arbeit manchen Betroffenen und vielen Angehörigen, Ärzten oder gesetzlichen Betreuern entgegen. Dadurch kommt es immer noch zu Antragstellungen auf Mitarbeit in einer WfbM, obwohl Alternativen durchaus möglich wären und ohne Kenntnis der HPK wird dieses Antragsverfahren durch den Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit auf ihren Entscheidungswegen bearbeitet und entschieden.

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

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

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

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

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

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

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

Auch bei Beachtung des Subsidiaritätsprinzips haben der Landkreis oder die Stadt die „Letztverantwortung“ für die Versorgungssituation. Aus dieser "Letztverantwortung" des öffentlichen Trägers und der "relativen" Neutralität der Kommune im Interessenkonzert unterschiedlichster Leistungserbringer und Leistungsträger ergibt sich auch seine Verantwortung für die regionale Koordination von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen. Für viele psychisch kranke Menschen kann dieser neue Weg zu mehr Integration und Teilhabe in möglichst vielfältigen und ganz normalen Alltagszusammenhängen führen.

Am Anfang wurde das Vorhaben „Virtuelle Werkstatt“ genannt, eine Bezeichnung, die von Saarbrücken übernommen worden war. Angesichts der deutlichen Fortentwicklung gegenüber dem ursprünglichen Vorbild gab man dem Modellprojekt aber einen neuen Namen: „Safari“, der Begriff steht für „Saalfelder Modell für flexible Arbeit und Integration“.

8.4.1.2 SAFARI - Saalfelder Modell für flexible Arbeit und Integration – Auszüge aus der Konzeption

Zielsetzung
Die Arbeitswelt verfügt über vielfältige Integrationspotenziale, die für die berufliche Rehabilitation nutzbar sind. Das Arbeiten in normalen Betrieben vermittelt einen Zugang zur beruflichen Realität, vor allem aber die Zugehörigkeit zur Gesellschaft und die Teilnahme an der gesellschaftlichen Normalität. Dies gilt in besonderer Weise für die Beschäftigung psychisch beeinträchtigter Menschen.
Mit diesem Projekt soll die regionale Angebotsstruktur zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt erweitert werden.

Personenkreis
Folgende Personengruppen können in das Projekt aufgenommen werden:

1. erwerbsfähige psychisch beeinträchtigte Menschen, die aufgrund ihrer Einschränkungen schwer vermittelbar sind
2. psychisch beeinträchtigte Personen mit weniger als 3 Stunden/Tag Erwerbsfähigkeit.

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

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

Das Modellprojekt ist wie folgt aufgebaut:

1. Feststellungsverfahren (Dauer 2 Monate) in den Räumen des Trägers:
   - Leistungserprobung und Erstellung Fähigkeitsprofil
   - Arbeitsplatz- und Praktikumsakquise

2. Berufsvorbereitendes Arbeitstraining (Dauer 12 Monate) überwiegend bei regionalen Wirtschaftsunternehmen und z. T. in den Räumen des Trägers:
   - Training von Schlüsselqualifikationen und berufliche Basisqualifikation
   - Abbau von Vermittlungshemmnissen
   - Qualifikation am Arbeits- und Praktikumsplatz
3. betrieblicher Arbeitsbereich ausschließlich in regionalen Firmen und Behörden des allgemeinen Arbeitsmarktes:
   - betriebliche Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
   - laufende Betreuung und Krisenintervention

Dieser Aufbau ist nicht als ein fester linearer Ablauf zu verstehen ist, sondern als ein flexibles Modell. Eine Eingliederung in eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hat Vorrang vor allen anderen Maßnahmen ist das oberste Ziel des Modellprojektes. Den am Projekt beteiligten Teilnehmern stehen der medizinische, der psychologische, der sozialpädagogische und der ergotherapeutische Dienst zur Verfügung.

Arbeitsverhältnisse

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

Beispiele von Berufsabschlüssen und rekrutierten Einsatzorten im betrieblichen Arbeitsbereich:

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

Abgrenzung zu anderen Beschäftigungsprojekten

1. ausschließlich dezentrale Einzelarbeitsplätze direkt im Betrieb (Einbindung in das Arbeitsteam)
2. kein Vorhalten von Produktionsstätten (keine Investitionskosten nötig)
3. sehr gutes Betreuungsverhältnis (1 Sozialpädagoge für max. 10 Teilnehmer)
4. sehr enge und regelmäßige Betreuung am Arbeitsplatz (Jobcoach, Pate)

Wissenschaftliche Begleitforschung

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

8.4.2 „i-werk“ und KOPERNIKUS in Ostvorpommern

Auch in der Optionskommune Landkreis Ostvorpommern war die Basis der Innovation die TAB-Projektgruppe und die daraus entwickelte regionale Hilfeplanung und deren Steuerung in der Hilfeplankonferenz. Bei der gemeinsamen Hilfeplanung ist der IBRP (das ist der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan) inzwischen selbstverständlich genutztes Instrument geworden. Ihn zu erarbeiten, bringt alle Beteiligten in der Hilfeplankonferenz an einen Tisch: Fallmanager der Sozialagentur (SGB II-Träger der Optionskommune), Mitarbeiter der an der Rehabilitation beteiligten Behörden und Einrichtungen, der Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes beraten gemeinsam in einem vorbereiteten Treffen über gangbare Wege der Integration. Dabei können dann auch die Projekte KOPERNIKUS und „i-werk“ herangezogen werden, denn dort werden die individuelle Erprobung, das Training und die arbeitsbezogene Integration stattfinden, falls in der Hilfeplankonferenz nicht andere Wege ermittelt werden.
Im Landkreis Ostvorpommern zeigte sich, dass das Angebot bei Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung wenig entwickelt war und es kaum individuelle, den Lebenssituationen psychisch kranker Menschen angepasste, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten gab. Aus dieser Problemlage heraus wurden die Projekte „i-werk“ und KOPERNIKUS bei zwei unterschiedlichen Trägern entwickelt.

8.4.2.1 Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen „i-werk“

Mit dem Integrationsprojekt für psychisch kranke Menschen, dem „i-werk“, wurde im Juli 2006 durch die Volkssolidarität Kreisverband Ostvorpommern e.V. ein psychosoziales Angebot im Bereich Arbeit und Beschäftigung geschaffen. Das „i-werk“ ermöglicht einen niedrigschwelligen Einstieg sowohl im Hinblick auf die Arbeitszeit, als auch in Bezug auf die mit der Tätigkeit verbundenen Anforderungen.

Die Sozialagentur Ostvorpommern finanzierte das Projekt, denn die Zielgruppe des Projektes waren erwerbsfähige Menschen aus dem Landkreis Ostvorpommern mit einer psychischen Beeinträchtigung oder Behinderung, die im Leistungsbezug des SGB II stehen, deren Befähigung unklar ist, mindestens drei Stunden pro Tag erwerbsfähig zu sein bzw. deren Erwerbsfähigkeit vorübergehend unter drei Stunden pro Tag liegt. Das Teilhabeziel ist Erwerbsfähigkeit von drei Stunden pro Tag.

Zwei Module

Die personenzentrierte Umsetzung für die 15 Teilnehmer des „i-werks“ erfolgte in zwei Modulen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Im ersten Modul, dem Trainingsmodul, stand für 6 Monate die praktische Arbeitserprobung der einzelnen Teilnehmenden im Vordergrund. Die Teilnehmenden wurden ausgehend vom persönlichen Leistungsvermögen, der Erwerbsbiografie und dem Fähigkeitsprofil in einer Vielfalt von vereinsinternen und ortsnahen Arbeitsgelegenheiten im Sinne des

§ 16 Abs. 3 SGB II eingesetzt. Dieser Weg wurde durch die Mitarbeiter gemeinsam mit den Teilnehmenden geplant, vorbereitet und begleitet.

Während des Trainingsmoduls wurde an einem Werktag in der Woche ein Bildungstag durchgeführt, an dem u. a. arbeitsrelevantes und alltagsorientiertes Wissen sowie sozialpolitische Themen vermittelt wurden. An diesen Tagen gab es für die Teilnehmenden regelmäßig die Möglichkeit zu individuellen Beratungsgesprächen mit den Sozialpädagogen oder dem vereinsinternen Psychologen.

Der vereinsinterne Psychologe führte mit den Teilnehmenden eine psychologische Leistungsdiagnostik zur Feststellung des persönlichen und beruflichen Leistungsvermögens durch. Die Ergebnisse dieser wurden der Sozialagentur in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt. Beim Übergang der Teilnehmenden vom Trainingsmodul ins Eingliederungsmodul wurde ein Entwicklungsbericht, ein IBRP und Eingliederungsplan für jeden Teilnehmenden erstellt.

Im zweiten Modul, dem Eingliederungsmodul, wurden die Teilnehmenden nach erfolgreichem Abschluss des Trainingsmoduls weiter auf die Rückführung in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet.

Nach erneuter gemeinsamer Auswertung ihrer persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten, wurden die Teilnehmenden in eine zwei- bis vierwöchige Trainingsmaßnahme nach §§ 48 ff. SGB III auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt. Diese diente der Orientierung und Erprobung der Teilnehmenden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei der Auswahl wurden ihre berufliche Qualifikation, ihre Fähigkeiten und Interessen berücksichtigt. Mit den Teilnehmenden wurden verschiedene Einsatzmöglichkeiten für die Trainingsmaßnahmen besprochen und sie wurden entsprechend auf das Vorstellungsgespräch beim Arbeitgeber durch die „i-werk“-Mitarbeiter vorbereitet und begleitet. Darüber hinaus wurden sie ermutigt, sich eigenverantwortlich um eine Trainingsmaßnahme zu bemühen und einige Teilnehmenden nahmen diese Möglichkeit wahr.

Während der Trainingsmaßnahme erhielten die Teilnehmenden durchgängig sozialpädagogische Betreuung. Ebenso wurden die Mitarbeiter des jeweiligen Arbeitgebers im Umgang mit den Teilnehmenden beraten und unterstützt. So konnten auftretende Schwierigkeiten begleitend geklärt und gemeinsam Lösungen gefunden werden. Weitere Information in enger Zusammenarbeit mit der Sozialagentur wurden den Arbeitgebern zu Möglichkeiten der Beantragung finanzieller Hilfen bei der Einstellung von psychisch kranken Menschen gegeben.

Die kurze, gesetzlich verankerte, Dauer der Trainingsmaßnahme stellte für die Teilnehmenden ein ernsthaftes Problem dar. Sie mussten innerhalb kurzer Zeit die jeweiligen betrieblichen Anforderungen kennen lernen und diese erfüllen. Für einige Teilnehmenden war die Belastung zu groß und trotz intensiver Betreuung waren sie nicht in der Lage, in der Kürze der Zeit den Anforderungen gerecht zu werden.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt im Eingliederungsmodul war die Stellenakquise von geeigneten Arbeitsplätzen für die Teilnehmenden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es wurden 164 Arbeitgeber kontaktiert und in Folge wurde ein Arbeitgeberpool von ca. 70 Stellen eingerichtet, der bei der individuellen Auswahl der möglichen Beschäftigung innerhalb des Eingliederungsmoduls eingesetzt wurde. In diesem Zusammenhang konnte eine wachsende Akzeptanz der Arbeitgeber gegenüber psychischen Erkrankungen durch positive Erfahrungen der Arbeitswelt mit dem Personenkreis und informierenden Gesprächen erreicht werden.

Erfolge des Projektes

Angesichts einer Arbeitslosenquote von etwa 25% im Landkreis ist es ein großer Erfolg, dass zwei Teilnehmer in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vermittelt werden konnten. Eine Teilnehmerin wurde in eine geringfügige Beschäftigung (165,- €) und ein Teilnehmer in einen Minijob (400,- €) vermittelt. Zwei Teilnehmerinnen wurden bei der Vermittlung in eine Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung innerhalb der Volkssolidarität Ostvorpommern e.V. unterstützt, was eine nachhaltige Integration und Stabilisierung ihrer Persönlichkeit bedeuten kann und ihnen die Möglichkeit eine weitere berufliche Perspektive vorzubereiten bietet.

Für die Teilnehmenden des Projektes stellten die Anforderungen zum Teil eine große Herauforderung dar, der sie sich überwiegend mit Erfolg stellten. Die Teilnehmer waren dazu in unterschiedlichem Umfang in der Lage und brachten sich entsprechend ihren Vorkenntnissen ein. Durch die psychosoziale Begleitung war es möglich, den Teilnehmenden Halt und Vertrauen zu geben.

Das Ergebnis des "i-werks" als Ganzes ergibt sich aus den jeweiligen Einzelerfolgen der Teilnehmer. Diese Einzelerfolge sind im Hinblick auf die unterschiedlichen individuellen Ausgangsvoraussetzungen zu betrachten. So wurden durch die individuelle Förderung der Selbstständigkeit, den Abbau von Vermittlungshemmnissen und die Stärkung der beruflichen Kompetenzen bei jedem einzelne Voraussetzungen für die Rückkehr in den Arbeitsmarkt verbessert. Durch die Integration in den beruflichen Alltag wurden die Teilnehmenden in Bezug auf Tagesstrukturierung, Selbstvertrauen, Erweiterung sozialer Kontakte, Ausdauer und Antrieb stabilisiert und ihnen damit eine Eintrittsbarriere zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung genommen.

8.4.2.2 Das Projekt Kopernikus – betriebliche Teilhabe statt Werkstatt

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

1. Im Projekt „Kopernikus" geht es speziell darum, das vorhandene fachlich anerkannte Know-how
- der Eignungsdiagnostik auf Basis des MELBA-Systems[9] und
- des Berufsbildungsbereiches

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

2. Im Zusammenhang mit der Eignungsdiagnostik und der beruflichen Bildung steht eine umfassende Kooperation mit regionalen Wirtschaftsfirmen in Form eines ausgebauten Netzwerks[10].

Ziel ist es, auf der Basis des eigenen Know-hows und des umfassenden Netzwerkes die Teilnehmer des Projektes – ausgehend vom Grundgedanken der Inklusion – möglichst gleichbe-

---

[9] Melba = Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
[10] Zu diesem Netzwerk gehören zurzeit ca. 40 regionale Wirtschaftsbetriebe unterschiedlichster Branchen.

rechtigt, individuell angemessen und nachhaltig in das allgemeine Arbeitsleben einzugliedern bzw. auf dem Weg dahin zu fördern und zu begleiten.

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

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

Der Name „Kopernikus“ wurde gewählt mit Bezug auf den Perspektivwechsel des Weltbildes durch die „Kopernikanische Wende“. Ein Perspektivwechsel wird nicht dazu führen, das vorhandene Angebot (wie z. B. eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung) radikal in Frage zu stellen, sondern dieses Angebot in einem anderen Zusammenhang zu sehen und zu verstehen. Perespektivwechsel weg von der Werkstatt soll dabei bedeuten, dass sich nicht alles (erst recht nicht der Mensch, der ein Angebot braucht) um die Werkstatt dreht, sondern die Werkstatt ein Teil der Angebotsplaneten ist, die um das im Zentrum stehende bzw. lebende Individuum kreisen. Die Werkstatt soll ein Angebot in der „Umlaufbahn“ sein und bleiben. Sie ist nicht der Mittelpunkt, aber sie kann und soll auch nicht aus der Umlaufbahn entfernt werden.

8.4.3 TRANSIT im Bodenseekreis

Die Region Ravensburg/Bodensee hat bereits eine längere Geschichte intensiver Bemühungen einer regionalen Zusammenarbeit über Anbieter- und Leistungsträger-Grenzen hinweg. Die Kommunen haben sich an diesem Prozess beteiligt. Ergebnis war u. a. die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV).

Nach langer Vorbereitung wurden im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Bodenseekreis die beiden Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) Friedrichshafen und Überlingen 2004 gegründet. Unter aktiver Beteiligung der Kommune schlossen sich hier verschiedene Einrichtungs-Träger zur Arbeit unter einem Dach zusammen. Damit sollen möglichst alle Bedürfnisse der Betroffenen abgedeckt werden und zusätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, bei sich änderndem Hilfebedarf am selben Ort Hilfe zu bekommen.

Im hier betrachteten Zusammenhang sehr bedeutsam ist, dass ein starkes Motiv bei der Gründung der GPZ Probleme im Bereich der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung waren. Mit

dem Wegfall der bisherigen Tagesstätten-Finanzierung auf Kreisebene war eine Finanzierungs-Lücke im Bereich des Zuverdienstes entstanden. Dies hoffte man nun, im neuen GPZ durch Synergie-Effekte zumindest teilweise auffangen zu können.

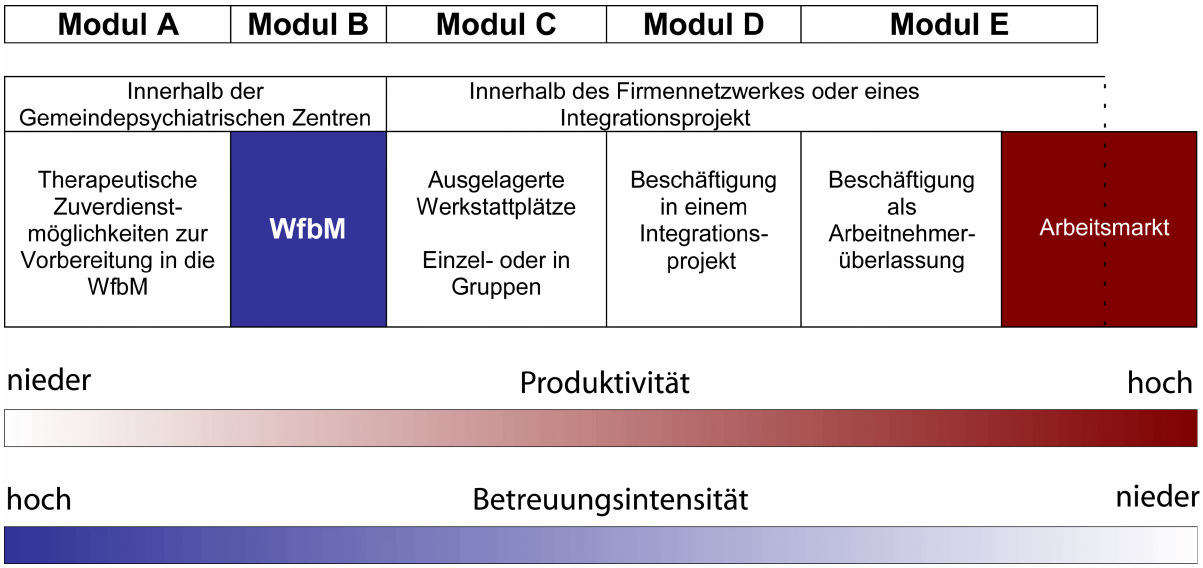
Zentral hierbei war die Einbeziehung eines Angebotes von Werkstatt-Plätzen in die beiden GPZ mit aktuell 80 Plätzen in Friedrichshafen und 53 Plätzen in Überlingen. Dadurch bekam der Bereich Arbeit und Beschäftigung einen zentralen Platz und bedeutenden Umfang im GPZ. Das GPZ Überlingen verfügt über folgende Angebote:
WfbM mit fünf verschiedenen Arbeitsbereichen, Tagesstätte, Psychiatrische Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Integrationsfachdienst, Ambulant betreutes Wohnen, Psychiatrische Pflege, Ambulante Ergotherapie.

Im Bodenseekreis – und ebenso im Kreis Ravensburg – konnte das TAB-Projekt auf ebenfalls vom GPV bereits sehr intensiv ausgebaute Hilfeplanungs-Strukturen aufbauen. Das System der Hilfeplankonferenzen war etabliert. Die Projektbegleitende Gruppe brauchte diese Struktur lediglich um das Element der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung erweitern. So konnten frühzeitig Änderungen im Hilfesystem diskutiert und geplant werden.

Ein Ansatz dabei war, dass mit Hilfe von Landes-ESF-Mitteln strukturelle Änderungen erprobt und installiert werden sollten. So wurden in Beiden Landkreisen unter dem Titel „TrAnsit (Teilhabe und Integration im Bereich Arbeit)“ Anträge auf Förderung gestellt. Nach intensiven Verhandlungen mit den zuständigen Landesstellen – die Projekte wichen deutlich vom üblichen Rahmen ab – wurden sie schließlich genehmigt und fanden in der Zeit 01.05.2006 bis 31.12.2007 statt.

Als Ziel wurde eine bedeutende Flexibilisierung genannt: „TrAnsit dient zum Aufbau und zur Vernetzung eines durchgängigen und durchlässigen Systems zur Teilhabe und Integration im Bereich Arbeit. Das System soll Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung unterschiedliche Eingangsmöglichkeiten in eine Rehabilitation ermöglichen. So wird Überversorgung vermieden und Selbstständigkeit gefördert. Gleichzeitig soll ein Wechsel zwischen verschiedenen Angeboten und ein Wechsel des rechtlichen Status ohne Angebots-Wechsel möglich gemacht werden. Das vermeidet Unter- oder Überforderung und fördert eine größtmögliche Eigenständigkeit und Teilhabe.“ (Abschlussbericht TrAnsit, 2008)

Im Projektantrag wurde das Modell einer Palette von ineinander greifenden Angebots-Modulen entworfen. Auf der Basis des bestehenden GpZ sollten diese zu einem Gesamt-System mit einer neuen Struktur ausgebaut werden.



Ziel von „TrAnsit“ war der strukturelle Aufbau eines durchgängigen Systems zur Teilhabe im Bereich Arbeit von psychisch kranken Menschen durch

- Vernetzung der bestehenden Angebote beruflicher Teilhabe, so dass Wechsel von einem Angebot in ein anderes problemlos möglich werden
- Öffnung des WfbM-Bereiches in Richtung Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes durch intensive Förderung von Übergängen
- Aufbau und Betrieb eines Integrationsunternehmens für psychisch erkrankte und behinderte Menschen
- Entwicklung eines Firmennetzwerkes mit Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes
- Strukturerarbeitung für eine auf die Zielgruppen spezialisierte gemeinnützige und integrative ArbeitnehmerInnenüberlassung
- Aufbau eines Zuverdienstbereiches für psychisch erkrankte und behinderte Menschen, die nicht, noch nicht oder nicht mehr die Anforderungen einer WfbM erfüllen

Dieses System sollte behinderten und psychisch kranken Frauen und Männern unterschiedliche Eingangsmöglichkeiten in verschiedene Module von Teilhabe-Angeboten ermöglichen. Teilnehmer des Projektes erhielten flankierend Unterstützungsangebote. Unternehmen erhielten bedarfsgerechte Beratungs- und Unterstützungsangebote.

Erfolge

Erfolge zeigten sich beim strukturellen Aufbau zur Vernetzung eines durchgängigen Systems zur Teilhabe und Integration im Bereich Arbeit, sowie im Bereich der Unternehmensakquise für Praktika und Außenarbeitsplätze. Die Teilnehmer konnten bei Notwendigkeit auch zwischen den Modulen wechseln und somit größtmögliche Eigenständigkeit möglich gemacht werden. Dies wurde erreicht durch:

Vernetzung bestehender Angebote

Zu Beginn des Projektes wurden die bestehenden Angebote ermittelt. Während der Projektphase fand ein intensiver Informationsaustausch statt: mit dem Partnerprojekt in Ravensburg, mit dem Integrationsfachdienst, der Agentur für Arbeit Konstanz und dem Landratsamt Bodenseekreis – sowohl in Sitzungen der Projektgruppe des TAB-Projektes, als auch durch direkte Zusammenarbeit bei einzelnen Projektinhalten. Zusammen mit dem GPZ Friedrichshafen und der WfbM „Sprungbrett“ in Bermatingen konnten Erfahrungen mit niederschwelligen Beschäftigungs- und Betreuungsangeboten gesammelt werden.

Die enge Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern wirkte sich für die Rehabilitanden der WfbM durch vermehrten Einsatz in Praktika, Außenarbeitsplätzen und einer gesteigerten Vermittlungsrate in Arbeit sehr positiv aus.

Öffnung des WfbM-Bereiches

a) Vorbereitungskurs:
Für Beschäftigte aus der WfbM wurde durch den Begleitenden Dienst der GPZ-WfbM ein Vorbereitungskurs eingerichtet, in dem Rehabilitanden auf die Anforderungen in Praktika und Außenarbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet wurden sowie die Erwartungen der Teilnehmer und der Unternehmen eruiert wurden. Insgesamt 18 Rehabilitanden aus den beiden WfbMs in Überlingen und Friedrichshafen nahmen an diesen Vorbereitungskursen für Praktika und/oder Außenarbeitsplätze teil.

Die Motivation bestand bei den meisten Teilnehmer aus dem konkreten Wunsch, in absehbarer Zeit an einer Arbeitserprobung in einem Praktikum oder Außenarbeitsplatz teilzunehmen. Teilnehmer, die bereits Erfahrungen in Praktika oder anderen Arbeitserprobungen hatten, konnten diese in den Kurs mit einbringen. Vorhandene Ängste, Vorurteile und Fehleinschätzungen konnten dadurch abgebaut werden.

Schon während des Vorbereitungskurses konnten 3 der Teilnehmer in ein Praktikum vermittelt werden, etwa die Hälfte aller Teilnehmer nahmen innerhalb eines halben Jahres nach Beendigung des Kurses an einer Arbeitserprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt teil.

Die Vorbereitungskurse waren insgesamt sehr erfolgreich, sie haben nachweislich zu der hohen Vermittlungsrate in Arbeitserprobungen beigetragen. Die Kurse werden auch nach Abschluss von TrAnsit in regelmäßigem Turnus von 6–12 Monaten an den GPZ angeboten werden.

b) Praktika und Außenarbeitsplätze:
Durch Intensivierung der Firmenkontakte und die Vorbereitungskurse für die Teilnehmer aus der WfbM konnte im GPZ Überlingen eine deutliche Steigerung der Vermittlungsrate in Praktika und Außenarbeitsplätze für Menschen aus der WfbM, sowohl aus dem Arbeitsbereich (AB) als auch aus dem Berufsbildungsbereich (BBB) erreicht werden.
Für 4 von 63 (ca. 6 %) der Beschäftigten aus der Werkstatt für behinderte Menschen des GPZ Überlingen konnte bei der Integrationsfirma ARKuS gGmbH (s. u.) im Ostbadbetrieb eine Praktikumsstelle eingerichtet werden. Eine Person davon konnte während der Projektphase in Arbeit vermittelt werden.
Eine enge Zusammenarbeit mit dem Integrationsfachdienst (IFD) durch konkrete gegenseitige Information und Abstimmung des Betreuungsaufwandes im Einzelfall konnte die Betreuung der Teilnehmer und der Unternehmen optimiert werden.

Kooperationsbereitschaft fand sich dabei vorwiegend bei Unternehmen, die bisher schon durch ihr soziales Engagement oder den Projektmitarbeiter persönlich bekannt waren und / oder durch andere Maßnahmen schon mit dem GPZ verbunden waren, z. B. als Auftraggeber für die Arbeitsbereiche.

Die Zahl der Arbeitserprobungen und der Vermittlungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt liegt im GPZ Überlingen bereits weit über dem Bundesdurchschnitt, wie die Abbildung zeigt. Die Vermittlungsrate auf den allgemeinen Arbeitsmarkt konnte in einem ganz bedeutenden Ausmaß gesteigert werden. 4 von 63 Klienten (ca. 6,4 %) der WfbM konnten 2007 auf den

ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden – ein Erfolg, der um ein Vielfaches über dem Bundesdurchschnitt (ca. 0,3 %) liegt.

Durch das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiierte Projekt „Job 4000“ ergab sich eine verbesserte Möglichkeit für die finanzielle Unterstützung der Betriebe – dies führte zu spürbar besseren Vermittlungschancen.
Jedoch nicht eine einzelne Maßnahme führte zu diesem Erfolg, sondern vielmehr die Summe aller intensiven und konsequenten Maßnahmen sowie die Zusammenarbeit aller Akteure im GPZ unter den durch die Politik geschaffenen Voraussetzungen.

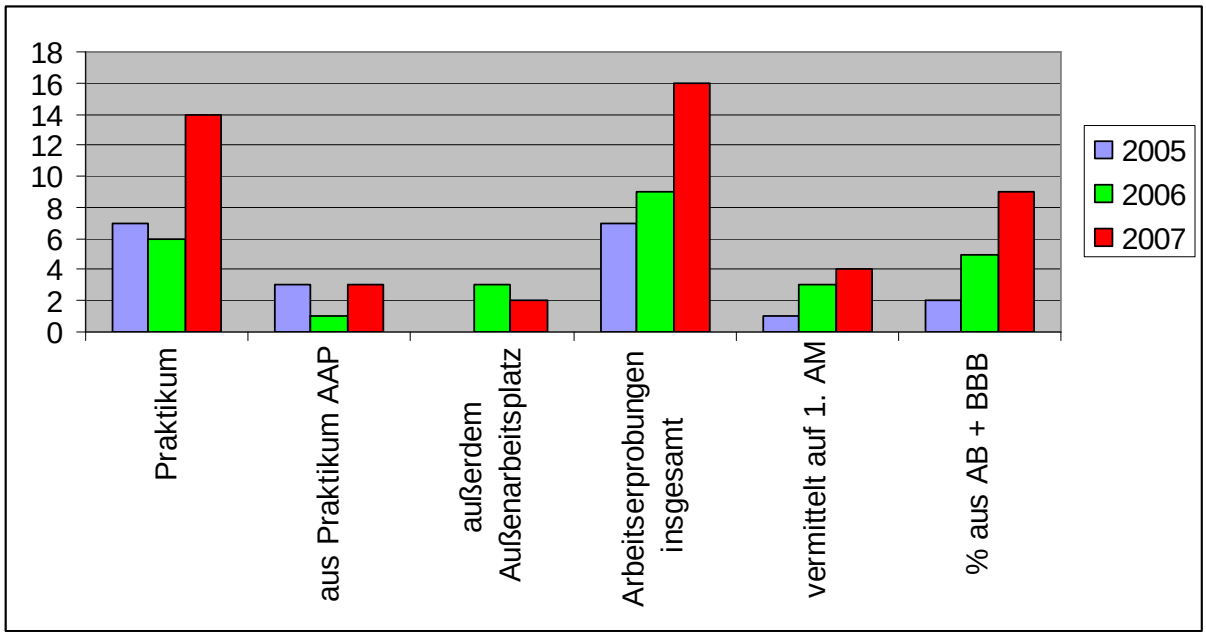


Abb.: Beschäftigungserprobung und Vermittlungen aus der WfbM des GPZ Überlingen

Ein wichtiger Faktor für einen Erfolg versprechenden Verlauf der Arbeitserprobung war die enge Zusammenarbeit mit den qualifizierenden Betrieben und den Kooperationspartnern.

- Mit den Unternehmen wurden vorab durch einen Vertreter der Dienste im GPZ alle Modalitäten der Arbeitserprobung abgeklärt. Je nach Vermittlung war dies der Begleitende Dienst der Werkstätten oder der IFD und während der Projektphase vermehrt auch die Projektmitarbeiter.
- Die Teilnehmer sollten sich auf die Praktikums- oder Außenarbeitsstelle selbst bewerben, soweit dies ihren Fähigkeiten entsprach. Dabei erhielten Sie soviel Hilfe und Unterstützung durch das GPZ als nötig.
- Teilnehmer wurden regelmäßig an ihren Qualifizierungs- und Praktikumsstellen von Projektmitarbeitern und / oder dem Begleitenden Dienst der Werkstätten aufgesucht und während der gesamten Zeit begleitet.
- Enge Zusammenarbeit mit dem IFD durch konkrete gegenseitige Information und Abstimmung des Betreuungsaufwandes im Einzelfall optimierte die Betreuung der Teilnehmer und der Unternehmen.

c) Berufsausbildungs-Modul:
Die Vermittlungschancen für Menschen mit psychischer Behinderung oder Erkrankung ohne Ausbildung sind verschwindend gering. Durch Technisierung oder Outsourcing werden die Kosten für viele mögliche Tätigkeitsfelder in den Unternehmen eingespart. Was übrig bleibt sind meist einfachste und monotone Arbeiten, nicht selten unter Zeitdruck, wie z. B. Montagearbeiten am Band, die für psychisch erkrankte Menschen nicht geeignet sind.

Zur Verbesserung der Vermittlungschancen von behinderten und psychisch kranken Menschen wurden die strukturellen Voraussetzungen für eine regelgerechte Berufs-Ausbildung in den Werkstätten für behinderte Menschen eruiert. Dazu fanden Informationsgespräche mit IHL, Agentur und anderen wichtigen Akteuren statt.

Im Ergebnis ist das GPZ dabei, über die Arbeitsbereiche der WfbM z. B. folgende Ausbildungen einzurichten:

→ Bürogehilfe/-gehilfin
→ Gastronomiegehilfe/-gehilfin
→ GärtnerIn
→ Hauswirtschaftsgehilfe/-gehilfin

Das WfbM-Personal wurde durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Ausbildung qualifiziert, z. B. Ausbildereignung, Meisterprüfung etc.

Aufbau eines Integrationsunternehmens

Durch die Gründung der **ARKuS** (**A**rbeit **R**ehabilitation **Ku**ltur und **S**oziales) zusammen mit dem sozial ambulanten Dienst SKID als gemeinnützige GmbH konnten mit dem saisonalen Betrieb des Ostbades, einem Strandbad in Überlingen, Arbeitsplätze für behinderte Menschen geschaffen werden. Durch die Einstellung eines fachlich qualifizierten Arbeitserziehers als Betriebsleiter wurde eine entsprechende Betreuung während der Arbeitszeit gesichert.
Ein geplanter Hotelneubau mit ganzjährigem Betrieb durch die ARKuS ließ sich aus gemeindepolitischen Gründen nicht realisieren. Im Projektzeitraum wurden weitere Betriebsstätten für ARKuS eruiert, Konzeptionen erstellt und Standorte untersucht.

Die Praktikumsplätze wurden von WfbM-Beschäftigten und von dem sozial ambulanten Dienst SKID zur Arbeitserprobung genutzt. Die Dauer des Praktikums entsprach einer Saison. Eine kontinuierliche Betreuung während dieser Zeit wurde durch den begleitenden Dienst der Werkstatt gewährleistet.
Für die Beschäftigten und Praktikanten bei ARKuS stellte der Saisonbetrieb eines Freibades eine erhöhte Herausforderung dar, dem durch intensive Betreuung, bedarfsgerechte Arbeitszeiteinteilung und der Stellenbesetzung des Betriebsführers durch einen erfahrenen Arbeitserzieher Rechnung getragen wurde.
Auch hier konnte ein hervorragendes Ergebnis durch die Vermittlung einer Betroffenen aus dem Arbeitsbereich der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt während des Praktikums bei ARKuS erzielt werden. Angesichts einer bundesweiten Durchschnittsquote von 0,3% für den Übergang aus WfbM auf den Arbeitsmarkt ist selbst eine einzige Vermittlung bedeutend (1 von 63 entspricht 1,6%).

Trotz schwieriger Ausgangssituation gelang es dem Integrationsunternehmen durch kontinuierliche Bemühungen und intensive Öffentlichkeitsarbeit die Weiterführung des Ostbadbetriebes für 2008 und 2009 durch die ARKuS gemeinnützige GmbH zu sichern. Dadurch besteht jetzt auch die Chance das Ostbad mit einer neuen, auch für die Belange eines Integrationsunternehmens passenden, Infrastruktur zeitlich unbegrenzt fortzuführen.

Ziel ist es, weitere Betriebsteile in unterschiedlichsten Bereichen zu gründen bzw. einzubinden. Insbesondere der Ausgleich der Nachteile eines Saisonbetriebes wird angestrebt – z. B. durch einen Hotel- oder Gastronomiebetrieb an anderer Stelle.

Aufbau von Zuverdienstmöglichkeiten

Das Ziel des qualitativen und quantitativen Ausbaus niederschwelliger Beschäftigungsangebote im Zuverdienst, insbesondere im Rahmen der Tagesstätte und der WfbMs der GPZ konnte nach Planung in der TAB-Projektgruppe und Detail-Verhandlungen der Beteiligten realisiert werden.

Im Oktober 2006 wurde durch den Bodenseekreis in den beiden Projektstandorten GPZ Überlingen 6 Plätze, GPZ Friedrichshafen 9 Plätze im Zuverdienstbereich eingerichtet. Des Weiteren wurden in der Sprungbrettwerkstatt in Bermatingen 3 Plätze angeboten. Ein Platz entspricht dabei einem Beschäftigungsumfang bis maximal 15 Std. wöchentlich und wird mit einer Betreuungspauschale von 300.- € pro Monat vom Landratsamt Bodenseekreis finanziert. Konzipiert ist das Ganze über Einzelfallabrechnung als freiwillige Leistung aus der (kommunalisierten) Eingliederungshilfe.

Die Regelung mit einer täglichen Mindestarbeitszeit von 3 Stunden im Zuverdienst war zu Beginn vom Bodenseekreis in erster Linie als Hinführung in die WfbM gedacht. Dabei werden im Rahmen der personenzentrierten Einzelfallhilfe die Interessenten für den Zuverdienst in der monatlichen Hilfeplankonferenz vorgestellt.

Durch eine erwartete Leistungssteigerung innerhalb einer bestimmten Zeitspanne bietet dieses Modul die Möglichkeit einer behutsamen Heranführung an die Rahmenbedingungen für eine Beschäftigung in der WfbM, ohne dabei den Arbeitsplatz und das Beziehungssystem wechseln zu müssen. Lediglich der Status und die Finanzierung ändern sich beim Wechsel vom Zuverdienstbereich in die WfbM. Sollte die Leistungsfähigkeit während der erwarteten Zeitspanne nicht ausreichend gesteigert werden können, ist auch ein Verbleib im Zuverdienst möglich.
Dieses ist für die Zielgruppe ein ganz wesentlicher Nutzen aus diesem Modul.

Die 15 Plätze in Überlingen und Friedrichshafen wurden während dem Projektzeitraum auf Grund der geringfügigen Beschäftigung von insgesamt 45 Personen genutzt. Die Überleitung in die WfbM konnte während dieser Zeit von einem Viertel der Klienten im Zuverdienstbereich genutzt werden.
Zwei Personen konnten sogar auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden, davon fand eine Person auf einem Saisonarbeitsplatz eine Beschäftigung. Auch wenn persönliche Umstände diese Vermittlungen begünstigten, so bot der Zuverdienstbereich hier dennoch den Einstieg in eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit Steigerung des Selbstwertgefühls und Erwirtschaftung des Lebensunterhaltes.

Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, war zum Projektende fast die Hälfte der Klienten noch im Zuverdienstbereich. Dies zeigt jedoch nur den derzeitigen Belegungsstand im Zuverdienstbereich. Da es sich um ein über das Projektende von TrAnsit hinaus weiter bestehendes Modul handelt, werden noch mehrere Personen aus diesem Bereich nach dem Projektende die Aufnahme in die WfbM erreichen. Dennoch war schon während der Projektphase abzusehen, dass für einige Personen die Anforderungen einer WfbM auf Grund ihrer Krankheit oder Behinderung nicht, oder zum derzeitigen Zeitpunkt nicht, erreicht werden können. Mittlerweile werden aufgrund dieser Erfahrungen die Richtlinien überarbeitet.

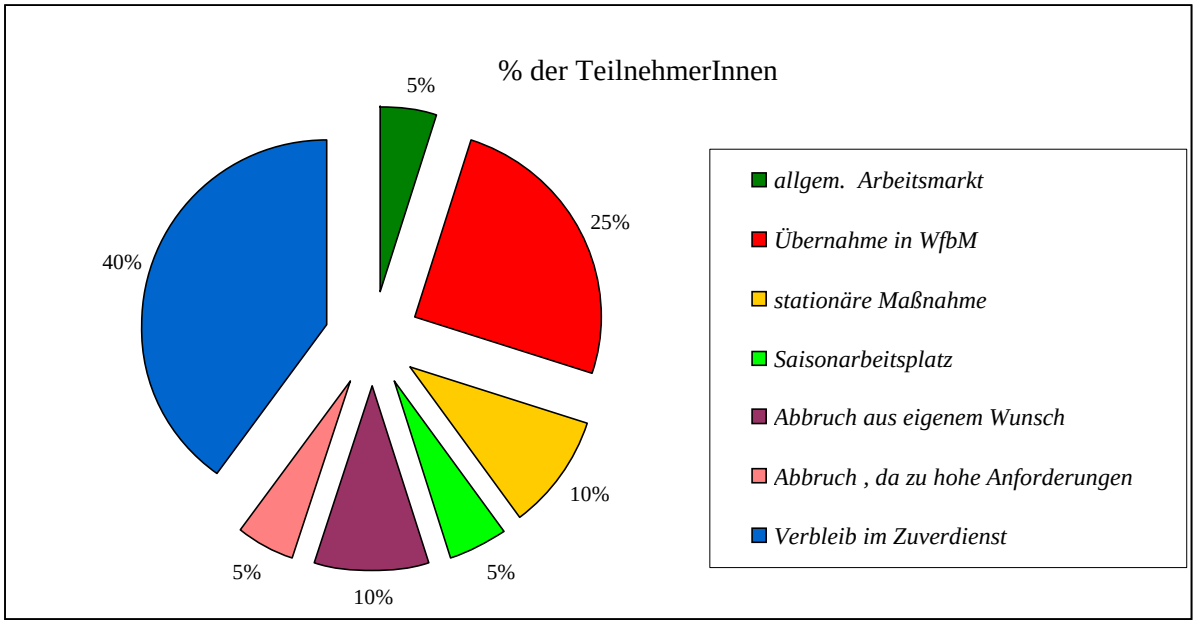


Abb.: Vermittlungsquote / Verbleib im Zuverdienst in den GPZ

Probleme
Probleme zeigten sich vor allem beim Aufbau von Strukturen, deren Nachhaltigkeit nur durch intensive Kontaktpflege garantiert werden kann oder die keine politische Unterstützung fanden.

Aufbau eines Firmennetzwerkes
Im Austausch mit dem Partnerprojekt in Ravensburg, dessen Schwerpunkt der Aufbau eines Firmennetzwerkes war, wurde mit Hilfe von Anschreiben und persönlichen Informationsgesprächen versucht, Unternehmen für ein Firmennetzwerk zu gewinnen.
Des Weiteren wurde die lokale Presse als Medienpartner gewonnen, konkrete Maßnahmen in Gemeinderatssitzungen und überörtlichen Treffen von Unternehmen vorgestellt sowie eine eigene Infoschrift aus der WfbM des GpZ Überlingen als Modul zur Entstigmatisierung initiiert.
Es zeigte sich, dass eine nachhaltige Kontaktpflege mit hohem Personalaufwand sowie umfangreiche begleitende Pressearbeit zur Entstigmatisierung auf lange Sicht für dieses Ziel erforderlich sind.
Die hierzu benötigten Ressourcen waren im Projekt aber nicht verfügbar.

Im Ergebnis zeigten sich einzelne Unternehmer bereit, ihr Beschäftigungsangebot für Betroffene zu erweitern und den Kontakt zu Integrationsdienstleistern zu intensivieren. Dadurch konnten vor allem das Angebot zur Arbeitserprobung, wie Praktikum oder Außenarbeitsplatz, erweitert werden. Hierzu folgendes Fallbeispiel:

Frau A ist 26 Jahre alt (2008), lebt alleine. Ihre sozialen Kontakte sind durch einen festen Freundeskreis und eine symbiotische Mutter-Tochter-Beziehung gekennzeichnet. Frau A ist gelernte Friseurin. Durch Entwicklung einer Depression mit regelmäßig auftretende Angst- und Panikattacken kündigte sie ihre letzte Arbeitsstelle. Seit dem konnte sie ihren Beruf nicht mehr ausüben.

Nach einem kurzen stationären Aufenthalt, dem Besuch einer Tagesklinik und durchgehender therapeutischer Behandlung kam sie November 2005 in das Gemeindepsychiatrische Zentrum

nach Überlingen. Nach dem Eingangsverfahren und beruflichen Orientierung kam Frau A im Februar 2006 in den Berufsbildungsbereich des GpZ Überlingens. Hier arbeitete sie in der Wäscherei. Als vorläufiges Ziel wurde mit ihr verabredet:

- Aufbau und Rückgewinnung beruflicher Handlungskompetenz
- Aufbau beruflicher Perspektiven
- Ableistung betrieblicher Praktika
- Vermittlung allgemeiner Arbeitsmarkt

Hierbei wurde sie neben dem Sozialdienst auch vom Integrationsfachdienst (IFD) unterstützt.

Frau A konnte im 1. Jahr BBB deutlich an Sicherheit und Handlungskompetenz dazu gewinnen. Die Angst- und Panikattacken schwächten sich ab. Motivation und Selbständigkeit nahmen zu und wurden gefestigt. Frau A formulierte im April 2006 den Wunsch, im neu eröffneten Integrationsbetrieb der ARKuS gGmbH ein Praktikum im Verkauf ab zu leisten, um ihre Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsfähigkeit für 3 Monate zu erproben. Neben Verkaufstätigkeiten konnte sie insbesondere Sicherheit im Umgang mit Kunden gewinnen. Die neu gewonnenen Fähigkeiten und persönlichen Erfahrungen bewogen sie, dass Praktikum um 2 Monate zu verlängern.

Die positive berufliche und persönliche Entwicklung zeigte Frau A auch, das in einem positiv besetzten beruflichen Umfeld ihre Angst- und Panikattacken nur noch abgeschwächt oder gar nicht mehr auftraten. Dies ermöglichte ihr neue Ziele und berufliche Perspektiven auf zu bauen. Ziel war es nun, die Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Im November 2006 konnte ein Praktikum in einem Friseursalon gefunden werden. Hier konnte sie berufsspezifische, soziale und personelle Kompetenz betriebsnah weiterentwickeln und festigen. Leider konnte eine Festeinstellung trotz sehr positiver Bewertungen von seitens der Geschäftsinhaberin aus wirtschaftlichen Gründen nicht vorgenommen werden.

Im Februar 2007 wurde das 2. Jahr BBB genehmigt. Um die weitere Konsolidierung und Stabilisierung voran zu treiben, konnte Frau A schon im April 2007 ein weiteres berufsspezifisches Praktikum (Friseur) absolvieren. Nach einer erfolgreich verlaufenden vierwöchigen Erprobung wurde ein Beschäftigungsvertrag (Außenarbeitsplatz) für 6 Wochen geschlossen. Aufgrund ihrer gewonnenen (Selbst-)Sicherheit in ihrem privaten Umfeld, der Stabilität in ihren beruflichen Leistungen und einem positiv besetztem beruflichen Umfeld konnte eine Einstellung unter arbeitsrechtlichen Bedingungen mit dem Arbeitgeber getroffen und gewagt werden.

Frau A lebt nun in selbst bestimmten und eigenverantwortlichen Bahnen. Sie hat gelernt, ihre Leistungsgrenzen zu akzeptieren und dies auch zu kommunizieren.

Aufbau einer gemeinnützigen integrativen Arbeitnehmerüberlassung

Verglichen mit der kommerziellen Arbeitnehmerüberlassung dient die integrative Arbeitnehmerüberlassung der beruflichen Integration schwer behinderter Menschen, dabei wird eine mittel- bis langfristige Überlassung angestrebt. Nach dem Vorbild der vom BMAS geförderten FüngelingRouter gGmbH in Köln und Erftstadt haben im TAB-Projekt zwei Regionen die Einrichtung eines solchen Angebotes in Angriff genommen – die Regionen Neumarkt mit Erfolg und Bodenseekreis mit einem Vorläufigen Misserfolg.

Die Projektgruppe informierte sich zu Beginn des Projektzeitraumes bei einer Exkursion nach Köln / Erftstadt über die dortige erfolgreiche Arbeit der IAÜ (gemeinnützige integrative Arbeitnehmerüberlassung) der „FüngelingRouter“ gGmbH und nahm Kontakt zur Leiterin des Projektes „Fit für Arbeit“ Frau Labruier auf.

„FüngelingRouter“ hat die Projektgruppe im Bodenseekreis fachlich beraten und unterstützt. Geplant war, eine gemeinnützige integrative Arbeitnehmerüberlassung (IAÜ) als weiteren Betriebszweig des Integrationsunternehmens ARKuS gGmbH zu installieren.
Bei der ARKuS gGmbH konnten die dafür notwendigen rechtlichen Voraussetzungen durch eine Ergänzung des Gesellschaftervertrages erreicht werden.
Eine Finanzierung wäre durch die Telnahme am BMAS-Programm „Fit für Arbeit II“ möglich gewesen, die Voraussetzungen für Vorbereitungs- und Qualifizierungskurse für Teilnehmer wurden abgeklärt und potentielle Partner dafür gesucht. Im Zuge der Unternehmensaqkuise für Praktikumsstellen wurde auch schon eine mögliche Auftragserteilung für die IAÜ abgefragt.

Nach dieser Vorbereitung waren die strukturellen Voraussetzungen für eine gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung entwickelt und hätten sofort umgesetzt werden können. Als Betriebsteil eines Integrationsunternehmens fand dieses Modul durch das Integrationsamt in Baden-Württemberg jedoch keine Zustimmung.

Dieses innovative, kostengünstige und teilhabe-orientierte Instrument, welches vom BMAS, diversen Stiftungen in NRW und dass vom Integrationsamt Rheinland gefördert wird, konnte daher aufgrund der Weigerung des zuständigen Integrationsamtes in dieser Form nicht umgesetzt werden.

8.4.4 Teilhabe-Lösungen in Bielefeld

Mit dem TAB-Projekt und nach intensiver Vorbereitung durch die Projektgruppe war in Bielefeld eine komplette Überarbeitung der Hilfeplanungs-Strukturen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung verbunden. In Zusammenarbeit mit den Kostenträgern wurde eine „Funktionale Hilfeplankonferenz“ eingerichtet. In dieser HPK werden Entscheidungen über Eingliederungshilfe in der Regel unmittelbar getroffen. Der Bereich beruflicher Teilhabe ist integraler Bestandteil. Auch Hilfeleistungen beruflicher Teilhabe für vollständig erwerbsgeminderte Menschen im kommunalen SGB XII-Bezug sind ebenso einbezogen wie Leistungen über persönliche Budgets.

Neben der TAB-Projektgruppe wurde eine „Plattform Sozialpsychiatrie Bielefeld“ eingerichtet, in der die Entscheidungsträger Mitglied waren, informiert wurden und anstehende Steuerungs-Entscheidungen getroffen werden konnten. Projektgruppe und Plattform wurden nach dem TAB-Projekt dauerhaft in das Gremium „Plattform Arbeit und Beschäftigung“ überführt.

Neben der Einrichtung einer Hilfeplanung mit dem integralen Bestandteil „Arbeit und Beschäftigung“ war das Schließen von Angebots-Lücken und der Aus- und Umbau bestehender Angebote ein wichtiges Thema im TAB-Projekt. Auf diesem Hintergrund wurden die neuen Angebote entwickelt. Weitere Beispiele finden sich im Teil zu Menschen mit vollständiger Erwerbsminderung und geringerer Leistungsfähigkeit.

8.4.4.1 Modellprojekt BEP

Im Januar 2007 startete in der WfbM proWerk das Modellprojekt zum Aufbau und zur Weiterentwicklung von Betrieblichen Eingliederungsplätzen BEP (Laufzeit bis Ende 2009). Ziel ist die „Integration von Beschäftigten der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) auf Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes durch Job-AssistentInnen“.

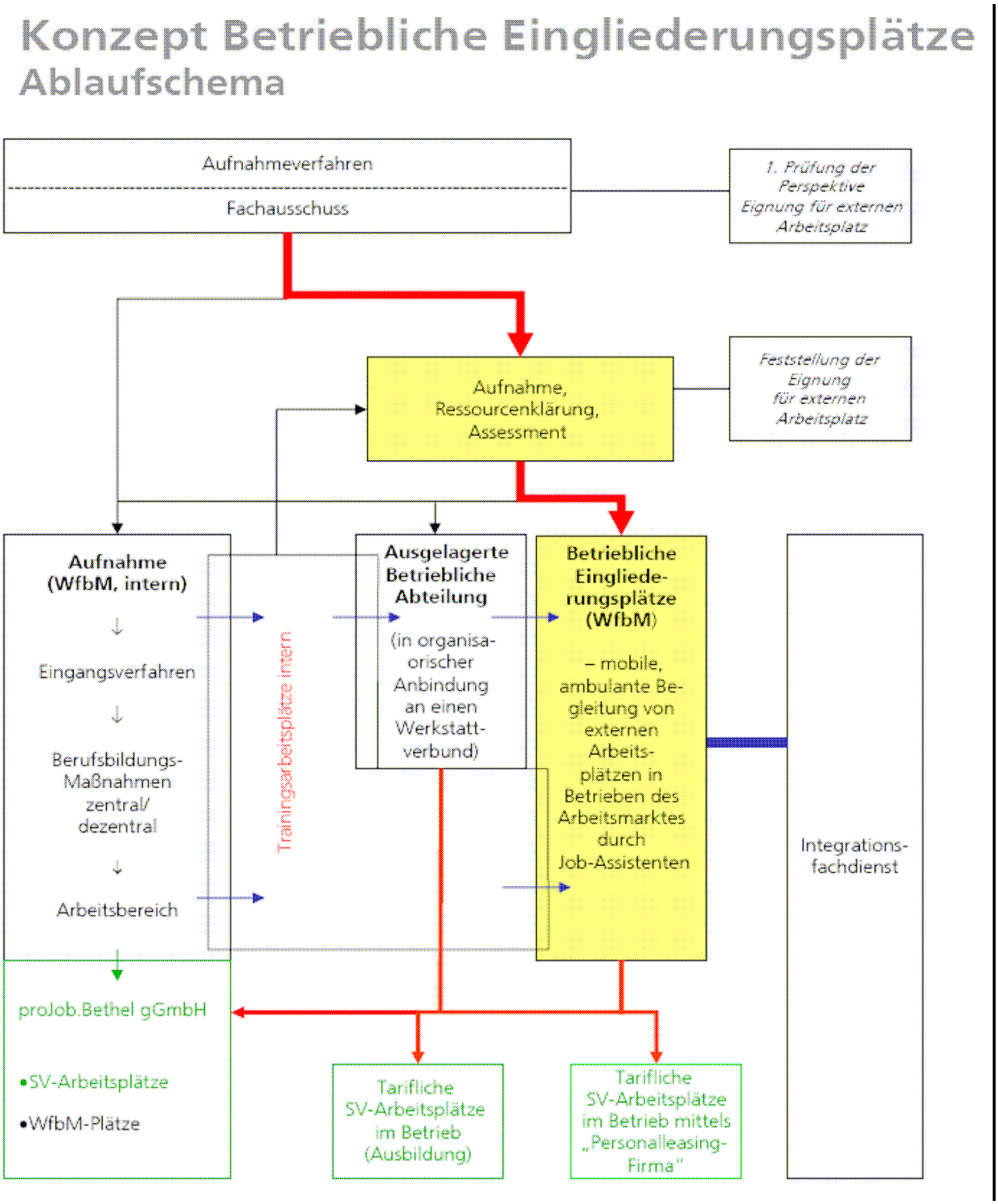
Das Konzept sieht die Ergänzung der bestehenden WfbM-Struktur von proWerk durch neue Module vor. Ähnlich wie im Bodenseekreis wird das bestehende Angebot ergänzt durch einen internen Trainingsbereich, eine ausgelagerte betriebliche Abteilung und letztlich ausgelagerte betriebliche Trainingsplätze mit ambulanter Betreuung (s. Ablaufschema). Auch das Modell der integrativen Arbeitnehmer-Überlassung ist unter dem Titel „Personalleasing-Firma“ mit eingeplant.

Mit den Leistungsträgern wird eine Absprache getroffen, dass innerhalb des Modells die Arbeitszeit entsprechend den individuellen Fähigkeiten und dem Leistungsvermögen der Beschäftigten gestaltet werden und 1 bis 8 Stunden täglich betragen kann, denn nach Einschätzung der Projektleitung ist „eine niedrigschwellige, flexible Arbeitszeitgestaltung gerade für die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erforderlich“.

Die zentrale Aufgabe der Job-Assistenten/-Assistentinnen ist die Steuerung des Eingliederungsprozesses mit den Schwerpunkten:

- Akquisition geeigneter Arbeitsplätze,
- Erarbeitung und Durchführung eines Eingliederungsplanes in Zusammenarbeit mit dem Betrieb, dem Menschen mit Behinderung bzw. psychischen Beeinträchtigung und seinem unmittelbaren Umfeld,
- Beratung und Information des Arbeitgebers zum besseren Verständnis der Behinderung/psychischen Beeinträchtigung und der Akzeptanz im Betrieb und
- Heranziehung und Aufbau sonstiger Betreuungssysteme, sofern diese noch nicht involviert sind, mit dem Ziel, dem Menschen mit Behinderung bzw. psychischen Beeinträchtigung den Arbeitsplatz auf Dauer zu sichern.

Die Job-Assistenten/-Assistentinnen übernehmen eine vergleichbare Funktion wie die eines Case-Managers. Sie sind mobil und begleiten die Menschen mit Behinderungen/psychischen Beeinträchtigungen an den verschiedenen externen Arbeitsplätzen.



Die Abteilung wird von einer/einem Koordinator/Abteilungsleiter geleitet. Ihre/Seine Aufgabe ist es, Betriebe in der Region zu gewinnen, individuell maßgeschneiderte Arbeitsplätze für die Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Beeinträchtigungen zur Verfügung zu stellen und die entsprechenden Vereinbarungen abzuschließen. Sie/Er ist Dienstvorgesetzte/r der Job-Assistenten/-

Assistentinnen und Kontakt- und Informationsstelle gegenüber Betrieben, VertreterInnen der Leistungsträger, Ambulanten Betreuungsdiensten, Kliniken sowie weiteren internen und externen KooperationspartnerInnen.

Bereits während des Aufnahmeverfahrens und im Fachausschuss wird die Möglichkeit der Integration auf einen Betrieblichen Eingliederungsplatz erörtert und der Vorrang Betrieblicher Eingliederungsplätze bei der Vermittlung von WfbM-Beschäftigung gewährleistet. Ziel ist es, jede Person, die auf einen Betrieblichen Eingliederungsplatz vermittelt werden kann, auch dorthin zu vermitteln.

Ein zweiter Aufnahme- und Vermittlungsausschuss wird eingerichtet, der dem bestehenden Ausschuss AVA vorgeschaltet ist. Teilnehmende sind VertreterInnen aus der Arbeitsberatung/Aufnahme Werkstätten (ABW) und der Abteilung Berufliche Eingliederungsplätze. Hier wird für alle prinzipiell in Frage kommenden Menschen geklärt, ob sie in das Assessment aufgenommen werden, direkt auf einen bestehenden Eingliederungsplatz vermittelt oder wegen fehlender Eignung über die ABW und die allg. AVA-Sitzung (bestehendes Verfahren) in den Werkstattbereich vermittelt werden.

Mit dem Assessment (ca. 6 Wochen) findet eine weitere Klärung der Eignung und der Beschäftigungswünsche statt. Gleichzeitig kann in diesem Zeitraum ein ggf. noch nicht vorhandener Arbeitsplatz gefunden werden. Belegt das Assessment die Eignung der betroffenen Person, wird sie auf einen entsprechenden Beschäftigungsplatz vermittelt. Andernfalls führt die ABW die Vermittlung in den Werkstattbereich weiter.

Auch Beschäftigten, die bereits im traditionellen Werkstattbereich integriert sind oder eine Maßnahme in Berufsbildungsabteilungen absolvieren, stehen das Assessment und die Betrieblichen Eingliederungsplätze zur Verfügung.

Ein wesentlicher Bestandteil des Assessments bildet die Arbeitserprobungen in Abteilungen von proWerk, da das beobachtete Arbeitsverhalten und die erfahrbare soziale Kompetenz unbestritten zu den besten Prädiktoren zählen.

Zu Beginn der Arbeitserprobung werden die Fragestellungen mit den Beteiligten besprochen und Ziele formuliert. Zwischen- und Abschlussauswertungen erfolgen mittels MELBA. Die Arbeitserprobung wird eng durch die Job-AssistentInnen begleitet.

Im Bedarfsfall werden die Informationen, die über die Arbeitserprobung gewonnen werden, durch psychologische Interviews und Testungen ergänzt und weitere Faktoren untersucht. Ziel ist, von den Beschäftigten ein differenziertes, aussagefähiges Bild zu erhalten (Fähigkeitsprofil, Interessenanalyse, Fremd- und Selbsteinschätzung), damit ein möglichst passgenauer Arbeitsplatz akquiriert und zur Verfügung gestellt werden kann.

Wird im Assessment ein gutes Arbeitsverhalten, Sozialkompetenz und eine positive zukunftsorientierte Selbstsicht (mit angemessener Krankheits- und Behandlungseinsicht) festgestellt, ist eine Einmündung in die betriebliche Eingliederung zu empfehlen.
Es werden die individuellen Förderziele und Qualifizierungsmaßnahmen abgestimmt und in der Förderplandokumentation mit entsprechender Terminierung festgehalten und in vereinbarten Zeiträumen überprüft.

Die Akquise von Plätzen durch die Job-Assistenten/-Assistentinnen basiert auf einer gründlichen Analyse des lokalen Arbeitsmarktes und seiner Möglichkeiten sowie die Unterstützung

durch Arbeitgeberverbände, Kammern etc. Oft öffnet die persönliche Ansprache betrieblicher Entscheidungsträger die Betriebe. Eine direkte Werbung für Arbeitsplätze zielt darauf ab, Vorurteile der Arbeitgeber abzubauen und die vorhandenen Hilfs- und Unterstützungsangebote transparenter und handhabbarer zu machen.

Die Job-Assistenten/-Assistentinnen treten aktiv an Betriebe des ersten Arbeitsmarktes heran, um für die angestrebte, abgestimmte Tätigkeit der/des Beschäftigten einen Arbeitsplatz zu akquirieren. Alle Kontakte von proWerk mit der regionalen Wirtschaft werden hierfür genutzt.

Sind Arbeitsplätze gefunden, werden sie im Vorfeld einer Eingliederung sorgfältig unter die Lupe genommen. In der Regel eignen sich Arbeitsstellen mit einem klar umrissenen Rahmen und eindeutig zu definierenden, einfachen Tätigkeiten. Unter Nutzung der vorhandenen fachlichen Instrumentarien werden Arbeitsplatzanalysen erstellt und mit den Neigungs- und Eignungsvoraussetzungen von Bewerbern verglichen. Die Bestimmung konkreter Tätigkeitsinhalte mit den zuzuweisenden Qualifikationselementen führt zur Auswahl und Bestimmung geeigneter Arbeitsplätze und ist die Grundlage für Platzierungsentscheidungen. Zu den Vorbereitungen der Bewerber für eine Betreuung am Arbeitsplatz gehört die Klärung lebenspraktischer und sozialer Kompetenzen unter Einbezug des häuslichen Umfeldes.

Eine Arbeitserprobung ist zunächst ein zeitlich befristetes Angebot. Die/der Beschäftigte erhält dadurch die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten und Grenzen im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarktes auszuprobieren und einschätzen zu können. Auch der Betrieb lernt die Beschäftigte/den Beschäftigten kennen. Gemäß den Erfordernissen begleiten die Job-Assistenten die Überleitung aus der Werkstatt.
Ist die Arbeitserprobung erfolgreich verlaufen, wird die Möglichkeit der Weiterbeschäftigung mit dem Betrieb geklärt.

Begleitung und Training am Arbeitsplatz: Die Betreuung im Betrieb ist das Kernstück der Tätigkeit, die auch als Arbeitsassistenz bezeichnet wird. Sie umfasst Training vor Ort, die Beratung des betrieblichen Umfeldes, die Planung der Einarbeitung und die Einleitung Arbeitsplatz gestaltender Aktivitäten.

Einrichtung und Ausrüstung des Arbeitsplatzes, Bedienelemente, Werkzeuge etc. lassen sich häufig fallangemessen gestalten und optimieren. Mögliche Förderungen zur Ausstattung von Arbeitsplätzen sowie Leistungen zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen kommen den betriebswirtschaftlichen Belangen der Arbeitgeber entgegen und erhöhen die Bereitschaft, Job-Assistenten im Betrieb zu akzeptieren. Das ambulante Arbeitstraining vor Ort stellt ab auf den konkreten Zusammenhang der Arbeitsbedingungen, Arbeitsanforderungen und Arbeitshandlungen im ausgewählten Tätigkeitsbereich.

Wichtiger Teil der Arbeitsplatzbetreuung ist es, Vorgesetzte und Arbeitskollegen mit einzubeziehen. Wenn es gelingt, „Paten“ zu gewinnen und um den Beschäftigten eine innerbetriebliche Helfergruppe zu installieren, ist eine große Hürde genommen. Die Erfahrungen lehren, dass für die erfolgreiche Eingliederung klare Zuständigkeiten und feste Ansprechpartner benötigt werden.

Berufliche Bildung – erst platzieren, dann qualifizieren: Die Voraussetzungen für die betrieblich durchgeführte Berufsbildungsmaßnahme sind identisch mit dem Berufsbildungsbereich innerhalb einer WfbM. Die Grundidee, die der betrieblichen Berufsbildung zugrunde liegt ist, die Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Beeinträchtigungen nicht wie bislang in

einem geschützten Rahmen zu trainieren, sondern an einem Arbeitsplatz des Arbeitsmarktes zu qualifizieren und zu rehabilitieren.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen benötigen eine ausreichende Balance von Belastungen und Fähigkeiten und Möglichkeiten, diese Belastungen zu kompensieren Diese jedoch werden in starkem Maße vom spezifischen Umfeld und von den beteiligten Personen geprägt. Auch Menschen mit Behinderungen lernen über den Weg von Versuch und Irrtum, Erfolg und Misserfolg sowie über Konflikte und Lösungen. Die Einbettung der Lernprozesse in betriebliche Realbezüge hat erhebliche Vorteile.

Die Erfahrungen belegen, letztlich entscheidend für eine erfolgreiche Integration in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes sind die konkreten Qualifizierungs- und Unterstützungsleistungen direkt im betrieblichen Alltag.
Denn der Ernstfall der betrieblichen Erprobung und Qualifizierung und die dort verlangten Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse kann für die genannte Personengruppen nicht simuliert werden.

Individuelle Bildungs- und Förderplanung: Da eine betriebliche Qualifizierung nicht in Gruppen sondern nur als Einzelmaßnahme durchgeführt werden kann, wird für jeden Teilnehmenden ein individueller Bildungs- und Förderplan innerhalb des Assessments/Eingangsverfahrens (vgl. § 3 WVO) erstellt und während des betrieblichen Berufsbildungsbereiches fortlaufend aktualisiert. Grundlage hierfür ist das individuelle Fähigkeitsprofil.

Die in den Betrieben durchgeführten Qualifizierungsanteile orientieren sich nach Möglichkeit an den Ausbildungsprofilen bestimmter Berufsbilder, in der Regel an den so genannten Werkerausbildungen nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung. Die Inhalte werden jedoch auf die individuell zu entwickelnden Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse des einzelnen Teilnehmenden und auf die konkreten betrieblichen Anforderungen ausgerichtet.

Begleitende Angebote und berufsorientierter Unterricht: Die berufliche Qualifizierung wird durch begleitende, schulische Angebote wesentlich ergänzt, die in der Regel an 1 bis 2 Tagen in der Woche stattfinden. Zwischen den betrieblichen und schulischen Lernsituationen sollen inhaltliche Verknüpfungen hergestellt werden. Auf Grund des Umstandes, dass die Teilnehmenden in ganz unterschiedlichen Berufsfeldern tätig sind und darüber hinaus der Einsatzort im Verlauf der Maßnahme u. U. mehrfach gewechselt wird, ist ein fachspezifischer, berufsorientierter Unterricht wenig sinnvoll.

Erforderlich ist ein Lehrplan, der an konkreten Erfordernissen, Fragestellungen und Lernmotivationen aus den betrieblichen Anforderungen anknüpft.

Die Themen können fachlich-tätigkeitsbezogene, arbeitsweltbezogene und theoretische Inhalte sein als auch Inhalte wie sozial-kommunikative Kompetenzen (Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, Arbeitnehmerrolle, betriebliche Hierarchien, betriebliches Sozialverhalten, Konfliktbewältigung) und solche Kompetenzen, die mit einem Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in unmittelbarem Zusammenhang stehen (z. B. arbeitsvertragliche Rechte und Pflichten, Heranführung an die tarifrechtlich übliche „echte“ Arbeitszeit, geänderte Pausenregelungen, Verlegung bestimmter arbeitsbegleitender Maßnahmen in die Freizeit), sowie differenzierte Angebote für spezifische Anforderungen wie „Hygieneregel“ oder „Un-

fallverhütung“. Darüber hinaus werden Kompetenzen im Rechnen, Lesen und Schreiben trainiert.

8.5 Zuverdienstmöglichkeiten

Menschen mit unter drei Stunden täglicher Erwerbsfähigkeit/ vollständiger Erwerbsminderung – Alternativen zur WfbM

Problemstellung
In diesem Abschnitt wird die Gruppe derjenigen Menschen betrachtet, die nach der im TAB-Projekt entwickelten Systematik zu folgenden Bereichen gehören:

- Arbeitssuchende, die auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sind und nur unregelmäßig oder stundenweise ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können

- Menschen, die (noch) nicht wirtschaftlich verwertbare Arbeit leisten können, aber Beschäftigung suchen

Unter den Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, die als vollständig erwerbsgemindert eingeschätzt worden sind, findet sich eine Vielzahl, die nicht in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) arbeiten kann oder möchte.

Viele aus dieser Gruppe sind nicht in der Lage, die im Eingangs- bzw. Berufsbildungs-Bereich der WfbM erwartete Beschäftigungszeit von ca. 35 Std./Woche durchzuhalten. Nach wie vor wird aber von der Trägern der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel eine vollzeitige Teilnahme an diesen Maßnahmeformen erwartet.

Zwar weist z. B. die Bundesagentur in der Kommission des TAB-Projektes mündlich darauf hin, dass gemäß Werkstatt-Verordnung den Möglichkeiten der Betroffenen Rechnung getragen werden müsse. Entsprechende Geschäftsanweisungen der BA (oder anderer Leistungsträger), in denen speziell für Menschen mit dieser Problematik eine Teilzeit-Lösung gebahnt würde, gibt es aber nicht.

In den Fachausschüssen wird folglich in aller Regel eine vollzeitige Durchführung verlangt und ansonsten die Maßnahme nicht genehmigt, auch wenn entsprechende ärztliche Gutachten vorliegen. Zumeist kommt es aber gar nicht soweit, dass solche Fälle im Fachausschuss vorgestellt werden, weil keine der beteiligten Institutionen ein Interesse an der WfbM-Aufnahme von Menschen mit solchen Einschränkungen hat.

Eine Klarstellung des Gesetzgebers wäre an dieser Stelle hilfreich.

Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen diese zeitliche Belastung nicht bzw. nicht sogleich durchhalten, sind also häufig vom WfbM-Besuch ausgeschlossen. Dies gilt aber auch für andere Menschen, die z. B. aus familiären Gründen (Sorge für / Pflege von Kindern oder Angehörigen) nicht vollzeitig tätig werden können oder wollen.

Unter den Menschen mit psychischer Beeinträchtigung finden sich auch etliche, die eine Aufnahme in der WfbM deshalb ablehnen, weil sie sich dadurch stigmatisiert fühlen. Dies spiegelt das herkömmliche Bild der WfbM als Ort des Sondermilieus für Menschen mit geistiger

Behinderung wider. Die Einrichtung von speziellen Bereichen oder speziellen Werkstätten für Menschen mit psychischer Problematik hat hier einige Verbesserungen gebracht. Es bleibt aber eine nennenswerte Gruppe, die nicht in die WfbM möchte. Für sie fehlt es an Alternativen.

Manche Menschen aus diesem Personenkreis möchten aber auch einfach nicht soviel arbeiten. Sie sehen für sich ein Recht auf Teilzeit-Tätigkeit, wie es „normale“ Menschen mittlerweile auch haben. Auch für sie gibt es in der WfbM in der Regel kein Angebot beruflicher Teilhabe.

Welche Probleme sich für viele Menschen aus der mangelnden Regelung dieses Bereichs ergeben, zeigt das folgende Fallbeispiel. Nur mit Hilfe des Persönlichen Budgets im Modell-Gebiet Bielefeld konnte hier eine dauerhafte Lösung gefunden werden.

Fallbeispiel aus Bielefeld – Zuverdienst mit Hilfe des Persönlichen Budgets

Herr R., geb. 1958 in Uruguay, deutscher Staatsbürger, wohnhaft in Bielefeld

Biografie:
- Hauptschulabschluss
- 1975 -1979 dreieinhalbjährige Ausbildung mit Abschluss zum Installateur
- 1981 erstmals erkrankt, Diagnose: Psychose, Depression, chronischer Verlauf
- seit 1981 diverse Wiedereingliederungsversuche über Praktika in Betheler Betrieben (Tischlerei, Kaufhaus, Gästehaus).
- 1984 - 1986 Beschäftigung in Integrationsfirma „Milser Werkstätten“, arbeitslos aufgrund Betriebsschließung
- ab 1986 diverse Integrationsversuche über Praktika
- ab 1991 Werkstatt für behinderte Menschen und ambulante Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen)
- ab 1995 unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente mit aufstockender Sozialhilfe
- 1996 Aufgabe des Werkstattarbeitsplatzes aufgrund von Überforderung mit den zeitlichen Anforderungen

1996 beginnt Herr R. aus der psychiatrischen Klinik heraus eine Medizinische Belastungserprobung (MBE) bei MCH Elektronik (heute proJob.Bethel gGmbH).
Von 1996 - 2002 als geringfügig Beschäftigter mit wenigen Wochenstunden im „Zuverdienst“ bei MCH Elektronik. Zunächst gefördert über Projekt im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative Horizon, danach über das Integrationsamt mit 250 DM Betreungsaufwand.

Mit Einführung des SGB IX, keine Förderung von Arbeitsverhältnissen unter 18 Wochenstunden mehr möglich.
Überleitung in Projekte der kommunalen Arbeitsförderung (BSHG) zur niedrigschwelligen Beschäftigung.
Mit Einführung des SGB II (2005) kein Anspruch mehr auf Arbeitsförderung (EU-Rente + Sozialhilfe).

Ab 2005 Tagesstruktur, Aktivierung und Stabilisierung durch Aufnahme im Projekt „Qualifizierung für psychisch Beeinträchtigte“ im Rahmen der Equal EP „Atypico“.
Mit Abschluss des Equal-Modellprojektes ab Mitte 2007 keine weiteren Anschlussperspektiven.

Antrag auf Persönliches Budget ab Mitte 2007.

Im Hilfeplan, der dem Antrag auf persönliches Budget zugrunde liegt beschreibt Herr R. folgende Problemlagen:
Die Beschäftigung bei proConnect/proJob im Rahmen des Atypico-Projektes endet zum 30.06.2007. Obwohl Herr R. „nur“ an zwei Vormittagen pro Woche einer Beschäftigung nachgeht, hat dieses für Herrn R. einen hohen Stellenwert. Die Tätigkeit trägt wesentlich zur Wochenstrukturierung und damit zur Stabilisierung von Herrn R. bei. Der zeitliche Umfang von zwei Vormittagen (jeweils 1,5 Stunden) ist für Herrn R. zurzeit genau passend. Mit einer umfangreicheren Tätigkeit wäre Herr R. überfordert, eine Beschäftigung in einer WfbM käme also nicht in Frage. Die Arbeit an sich (einfache Montagetätigkeiten) ist sehr wichtig für sein Selbstwertgefühl. Besonders wichtig sind Herrn R. die Kontakte zu Kollegen und Bezugspersonen am Arbeitsplatz. Im Laufe der Jahre ist eine Vertrautheit entstanden, die Herrn R. Sicherheit geben und soziale Kontakte ermöglichen. Dieses ist umso wichtiger, da Herr R. in seinem sonstigen Umfeld kaum über enge soziale Kontakte verfügt.
Aus den dargestellten Gründen wäre bei einem Wegfall der Beschäftigung eine Destabilisierung zu befürchten, die durch eine Erhöhung der Fachleistungsstunden im ambulant betreuten Wohnen aufgefangen werden müsste.

Herr R. beantragt deshalb für die Beschäftigung an zwei Tagen in der Woche und den damit verbundenen Betreuungsaufwand/Fachanleitungsaufwand 120 € monatlich + die Fahrtkosten in Höhe von 50 € monatlich im Rahmen des Persönlichen Budgets. Dieses wurde bewilligt und erspart Herrn R. hoffentlich zukünftig die verunsichernd und destabilisierend wirkenden (befristeten) Maßnahmeodysseen.

Lösungsansätze
Im Rahmen des TAB-Projektes wurden die Probleme dieser Gruppe mit „Leistungsniveau unterhalb der WfbM“ in allen Regionen intensiv diskutiert. Fast überall ist diese Gruppe diejenige, für die es die wenigsten und die am wenigsten differenzierten Teilhabe-Angebote gibt.

8.5.1 Ansätze im Rahmen des § 11 SGB XII

Die Zuständigkeit von Leistungsträgern ist fraglich und umstritten. So wurde von einigen Kommunen der Hinweis zurückgewiesen, sie seinen für Angebote nach § 11 SGB XII verantwortlich. Deshalb hat die APK während des TAB-Projektes eine Anfrage an das damalige BMGS gerichtet, die eine entsprechende inhaltliche Klärung brachte (vgl. Dokument im Anhang). Allerdings reicht dies nicht aus, um die Kommunen zu entsprechender Aktivität zu veranlassen.

Auch hier wäre eine Verdeutlichung der kommunalen Pflichten durch den Gesetzgeber sicher hilfreich.

Einige wenige Kommunen stellen sich in dieser Verpflichtung, auch Menschen mit vollständiger Erwerbsminderung Teilhabemöglichkeiten im Bereich Arbeit und Beschäftigung anzubieten, wenn sie Sozialhilfe bzw. Grundsicherung empfangen.

8.5.1.1 Fallmanagement für als erwerbsunfähig eingestufte Sozialhilfe-Empfänger in Bielefeld

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

Im Rahmen des TAB-Projektes hat sich die Sozialverwaltung der Stadt ausgiebig an der Neustrukturierung der Hilfeplanung beteiligt und den Vorsitz der Hilfeplankonferenz übernommen. Seit Sommer 2005 arbeitet die HPK.

In den Diskussionen der Projektgruppe und der HPK wurde deutlich, dass zwar mit der Einrichtung des SGB II und der ARGE für viele als erwerbsfähig eingestufte Menschen neue Angebote entwickelt wurden. Ebenso fiel aber auf, dass die Verlierer der Reform diejenigen sind, die nicht als »erwerbsfähig« eingestuft werden. Sehr viele von diesen Menschen sind psychisch krank und beziehen ihren Lebensunterhalt vom kommunalen Sozialamt.

Aus dieser Wahrnehmung heraus entstand der Plan, für die Gruppe derjenigen als vollständig erwerbsgemindert angesehenen Menschen, für die das Thema „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ möglicherweise noch relevant sein könnte, ein spezielles Hilfsangebot nach dem Vorbild des Fallmanagements in der ARGE einzurichten.

Konzept zur Beratung, Unterstützung und Aktivierung
Nach Erarbeitung einer entsprechenden Verwaltungs-Vorlage hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss der Stadt Bielefeld am 13.04.2005 ein Konzept zur Beratung, Unterstützung und Aktivierung von Leistungsberechtigten nach dem § 11 SGB XII beschlossen.

Beratung und Unterstützung mit dem Ziel der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung wird durch das Fallmanagement in der Sozialverwaltung im Rahmen der sozialarbeiterischen Hilfe durchgeführt. Die städtische Beschäftigungsgesellschaft REGE mbH organisiert und koordiniert die regional integrierten und personenzentrierten Maßnahmen mit den in Frage kommenden Trägern in Bielefeld.

Als Zielgruppe wurden solche Personen betrachtet, die im erwerbsfähigen Alter nicht in der Lage sind, täglich drei Stunden unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu werden.

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

Gesellschaftlich bedingte zusätzliche Schwierigkeiten wie geringe Arbeitsmarktchancen aufgrund des Alters, der allgemeinen Arbeitsmarktsituation, der Erfahrung einer langjährigen

Arbeitslosigkeit bzw. eines diskontinuierlichen Leistungsvermögens im Berufsleben können die genannten Problematiken noch verschärfen. Zwar hat ein großer Teil der Betroffenen einen Schulabschluss, abhängig vom Krankheitsbeginn und der Art der Erkrankung gibt es jedoch kaum durchgängige Berufsbiografien.

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

Gleichzeitig soll die Koordination der beteiligten Kosten- und Leistungsträger optimiert werden. nur in einer vernetzen Hilfestruktur ist es möglich, passgenaue Maßnahmen anzubieten und umzusetzen. Alle erstellten Hilfepläne werden in der HPK vorgestellt.

Ergebnisse und Erfolge für die Teilnehmer

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

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

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

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

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

Die Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation ist bei der Gestaltung der Hilfen und der Begleitung der Leistungsberechtigten von großer Bedeutung. Es ist wichtig, eine Ausgewo-

genheit herzustellen zwischen Motivation, Krankheitsverlauf, Selbstüberschätzung und großen Ängsten vor Veränderungen.

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

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

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

Vorläufiges Fazit

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

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

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

Dieser Ansatz des personenzentrierten Fallmanagements ist aus Sicht des TAB-Projektes solchen Lösungen weit überlegen, die sich lediglich auf die Einrichtung einer weiteren Angebots-Einrichtung – „z. B. eines Zuverdienst-Betriebes“ – beschränken.

8.5.1.2 Umsetzung des § 11 SGB XII in anderen Regionen

In der TAB-Projektregion Bremen wurde eine eigene Konzeption erstellt um die bereits im Rahmen des früheren BSHG entwickelten Beschäftigungs-Angebote in das SGB XII zu überführen (vgl. Richtlinie im Anhang).
Für u.a. drogenabhängige Menschen und für Empfänger/innen von Leistungen nach Kapitel 4 SGB XII (Grundsicherung) werden in Bremen seit längerem Beschäftigungsangebote zur sozialen Stabilisierung und Tagesstrukturierung gemacht, die im Einzelfall auch von Personen genutzt werden können, die in stationären Einrichtungen leben.

Die Beschäftigung wird mit einem Stundensatz von 1,- Euro vergütet. Hinzu kommt bei Bedarf die Erstattung notwendiger Fahrtkosten.

In anderen Regionen des TAB-Projektes wurde z. T. in Einzelfällen auf den § 11 SGB XII zurückgegriffen. So wurden z. B. in Neumarkt auf diesem Wege die Fahrtkosten eines Betroffenen zu einer Praktikums-Stelle übernommen.

Von außerhalb des TAB-Projektes wurde bekannt, dass die Stadt Leverkusen eine sehr differenzierte eigene Regelung erlassen hat. Dort wurde mit den regionalen Anbietern ein Konzept für „Arbeitsgelegenheiten nach SGB XII“ entwickelt. Zur Zielgruppe gehören u. a. *„insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychischer Behinderung aber auch Menschen mit geistiger Behinderung, Lernbehinderungen, Abhängigkeitskranke oder Menschen mit Doppeldiagnosen sollen durch diese Integrationsmaßnahmen angesprochen werden.“ (Verwaltungsvorlage Juni 2005)*

8.5.1.3 Zuverdienst-Modelle

Einige Eingliederungshilfe-Träger haben angesichts der geschilderten Probleme der Teilhabe von Menschen mit geringem Leistungsvermögen Konzepte zu freiwilligen Leistungen im Bereich „Zuverdienst“ entwickelt.

Am stärksten ausgebaut ist diese Form der Teilhabe an Beschäftigung in Bayern. Alle bayerischen Bezirke haben ähnliche Regelungen zur Förderung von Zuverdienst-Projekten. Auch die Länder Berlin und Sachsen haben vergleichbare Richtlinien.

Die Richtlinien bieten den Anbietern Sicherheit und eröffnen für Betroffene die Möglichkeit, sich in diesen Institutionen stundenweise – max. 15 Std./Woche etwas hinzu zu verdienen. Damit verbunden sind Anerkennung, Kontakte und Tagesstruktur. Vorteil ist auch, dass Erwerbsminderungs-Rentner dieses Angebot problemlos in Anspruch nehmen können.

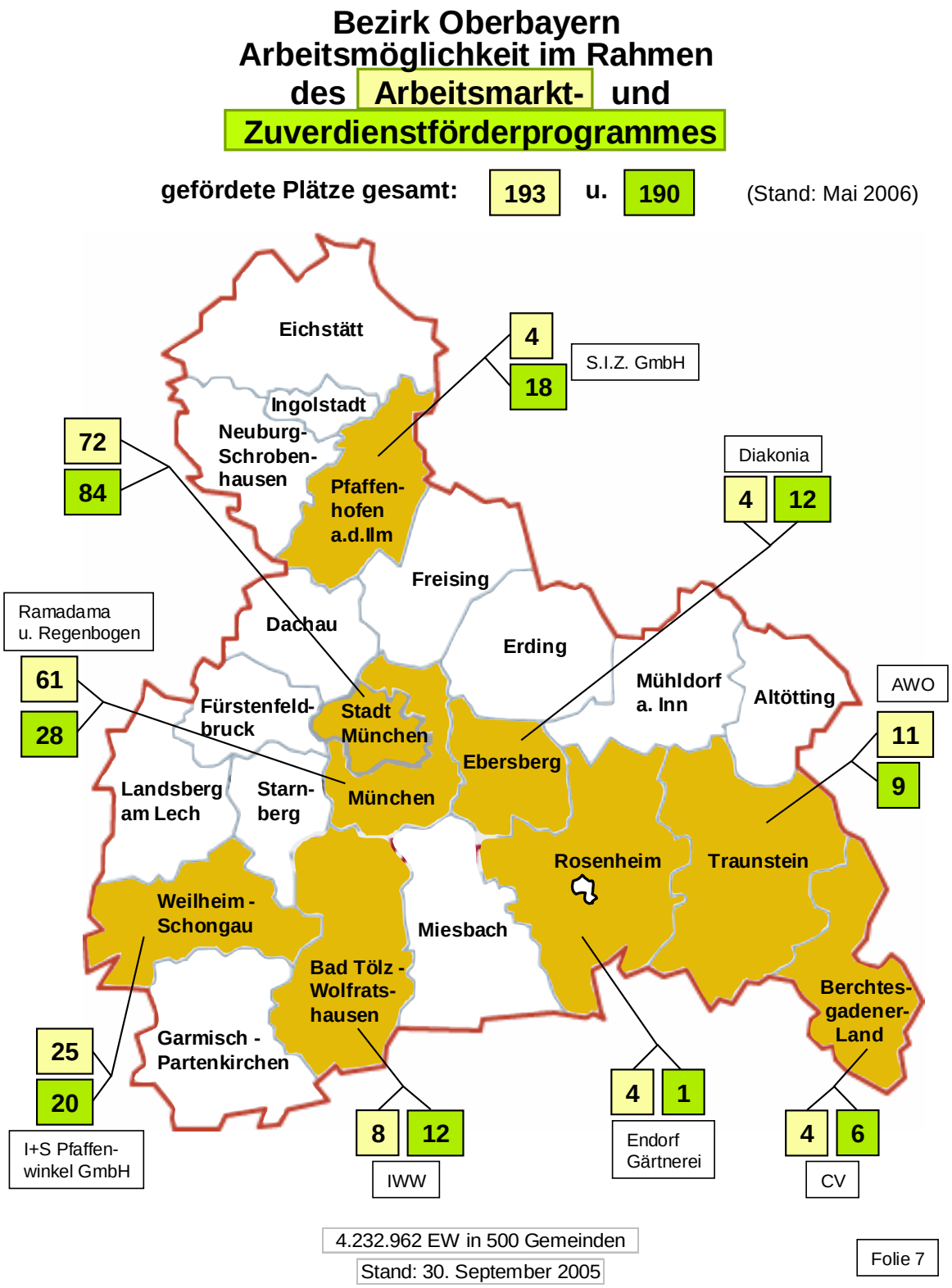
Im Vergleich zum Fallmanagement in Bielefeld ist der Nachteil, dass – außer durch individuelle Arbeitszeiten – auf individuelle Biographien und Wünsche nur begrenzt eingegangen werden kann. Eine Wahrnehmung der Tätigkeit in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes ist nur dort möglich, wo das Zuverdienst-Angebot eng mit einer Integrationsfirma verzahnt ist.

Auch die Oberpfalz mit der TAB-Region Neumarkt hat eine Zuverdienst-Regelung, die etwas weniger umfangreich gestaltet ist als die des Bezirks Oberbayern. Der Sozialpsychiatrische Dienst Neumarkt hat denn auch einen selbstfinanzierten Zuverdienst-Bereich aufgebaut ohne auf die Zuschüsse des Bezirks zurückzugreifen. Im Rahmen des TAB-Projektes wurde aber

die Einrichtung eines gemeinsamen Zuverdienst-Angebotes der Brücke gGmbH und des Sozialpsychiatrischen Dienstes geplant.

In Oberbayern hingegen wurde bereits seit Jahren eine ausgedehnte Angebots-Struktur von Zuverdienst aufgebaut. Zum Teil sind die Angebote mit Integrationsbetrieben verbunden, zum Teil mit Tagesstätten. Es gibt aber auch reine Zuverdienst-Firmen. Im Jahre 2005 wurden vom Bezirk Oberbayern 34 Zuverdienstprojekte mit 351 Plätzen gefördert. Damals betrugen die Jahreskosten: 2.760.000 €. Seitdem ist der Ausbau weiter vorangetrieben worden.

Die Grafik des Bezirks zeigt, dass eine flächendeckende Versorgung trotz des Förderangebotes noch keineswegs gegeben war und sich die Plätze zum großen Teil im Großraum München und in weiteren drei Landkreisen konzentrieren.



Kommunnale Regelungen in den Kreisen Ravensburg und Bodenseekreis

Die TAB-Region Bodensee/ Ravensburg hat bereits in der Projektvereinbarung den Aufbau eines Zuverdienst-Angebotes als Ziel benannt. Im Rahmen der Projektgruppe wurde dann eine Regelung ausgehandelt, die dann von der Verwaltung der beiden Landkreise in eine Richtlinie gefasst wurde. Hierbei ist zentral, dass in Baden-Württemberg die Kommunen mittlerweile Träger der Eingliederungshilfe sind und eigene Regelungen erlassen können.

Damit wurden feste Platz-Kontingente geschaffen, die mit WfbM-Angeboten verbunden sind. Insbesondere in den Gemeindepsychiatrischen Zentren konnte dadurch den bestehenden Angeboten ein weiteres Modul zugefügt werden. Für die Betroffenen ist damit ein Wechsel von einer Form der Beschäftigung in eine andere (z. B. die WfbM) relativ einfach gewährleistet. (Vgl. Vereinbarung Zuverdienst Bodensee).

Bei der Finanzierung im Bodenseekreis werden insgesamt 18 Plätze berücksichtigt bei folgender Aufteilung: 9 Plätze im GPZ Friedrichshafen, 6 Plätze im GPZ Überlingen, 3 Plätze in der Sprungbrett-Werkstatt in Bermatingen. Auch hier können Erwerbsminderungs-Rentner problemlos beschäftigt werden, denn Einsatz von Einkommen und Vermögen wird analog der Werkstatt-Bestimmungen nicht verlangt.

Jeder berücksichtigte Platz (max. 18 – auch bei Mehrfachbelegung) wird monatlich mit 300 € Regiekosten bezuschusst. Die Kosten des Arbeitsplatzes sowie den Verdienst des Teilnehmers trägt der Beschäftigungsträger. Diese Kosten sind aus der Arbeitskraft des Teilnehmers zu erzielen.

Im Rahmen des TrAnsit-Projektes hat sich gezeigt, dass infolge der neuen Unterstützungs-Struktur manche Betroffenen schon direkt aus dem Zuverdienst auf reguläre Arbeitsplätze wechseln konnten. Dies ist aber natürlich nicht das Ziel sondern ein gewollter Nebeneffekt eines Angebotes, welches die Sicherheit dauerhafter Teilhabe in diesem Zuverdienst-Rahmen bieten soll.

Die folgenden zwei Fallbeispiele zeigen, welches Potential ein Zuverdienst-Angebot entfalten kann. Beide Fälle schildern die Tätigkeit von Betroffenen, die im Gemeindepsychiatrischen Zentrum Überlingen beschäftigt wurden. Beide Personen hatten gemeinsam, dass sie zuvor bereits berufstätig waren und somit einen wichtigen wieder aktivierbaren Erfahrungsschatz hatten. Beide waren aber auch so schwer psychisch erkrankt, dass eine Beschäftigung in der WfbM zunächst nicht in Frage kam, weil sie den Anforderungen nicht gewachsen waren. Trotzdem gelang es beiden in relativ kurzer Zeit, wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen.

Fallbeispiel 1: Herr F., 28 Jahre alt und schwerwiegend an Schizophrenie erkrankt, wird in der Zeit vom 12.10.2006 bis 31.01.2007 im gerade neu aufgebauten Zuverdienst des GPZ beschäftigt. Aufgrund seiner Erfahrungen im Gastronomie-Service entscheidet er sich für eine Beschäftigung in der Küche der GPZ-Kantine mit etwa 2 Std. täglicher Arbeit. Zunächst fällt es ihm sehr schwer, den Anforderungen nachzukommen. Er kommt öfter viel zu spät oder bleibt unentschuldigt ganz weg.

In der Zeit der Weihnachtsvorbereitungen blüht er dann aber auf. Er beteiligt sich zunehmend an den besonderen Küchen-Aktivitäten, backt gerne und gewinnt offenbar wieder großen Spaß an der Arbeit. Er kommt nun zuverlässig und erledigt alle Aufgaben mit Sorgfalt.

Die neu gewonnene Energie veranlasst ihn, sein großes Interesse an einer regulären Beschäftigung zu bekunden. Das Fachpersonal ist zwar zunächst skeptisch, schaltet aber den Integrationsfachdienst ein – der Mitarbeiter sitzt ebenfalls im GPZ. Gemeinsam mit dem IFD wird eine Praktikumsstelle in der Gastronomie gefunden, die Herr F. bald darauf antreten kann. Er wird nun nicht mehr im Service eingesetzt sondern arbeitet lieber weiter in der Küche. Zum 01.04.2007 wird ein Teilzeit-Arbeitsvertrag mit dem Gastronomie-Betrieb abgeschlossen. Bis zum Ende des Projektes (31.12.2007) blieb Herr F. stabil in dieser Beschäftigung und lebt von seinem Verdienst unabhängig von Sozialleistungen.

Fallbeispiel 2: Frau G. war 37 Jahre alt und schon länger psychisch erkrankt und deshalb mehrfach in Klinik-Behandlung gewesen. Hinzu kommt, dass sie unter Epilepsie leidet und gelegentlich Kampfanfälle bekommt. Frau G. wurde in der Zeit vom 08.11.2006 bis zum 23.04.2007 im Zuverdienst beschäftigt. Sie entschied sich für eine Tätigkeit in der Küche des GPZ.

Nach einigen Anlaufschwierigkeiten entwickelte sich die Leistungsfähigkeit so gut, dass sie in eine versicherungspflichtige Beschäftigung der GPZ-eigenen Integrationsfirma ARKUS wechseln konnte. Sie wurde im Gastronomie-Service des Überlinger Ostbades eingesetzt. Das Ostbad ist ein öffentliches Strandbad am Bodensee. Obwohl sie sofort in Vollzeit tätig wurde, blieb Frau G. gesundheitlich stabil und arbeitete die ganze Saison zur Zufriedenheit des Betriebes.

8.5.1.4 Weitere niedrigschwellige Angebote

Ähnlich wie die Tagesstätte des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Neumarkt oder auch der Diakonie in Rudolstadt bieten manche tagesstrukturierenden Einrichtungen die Möglichkeit eines Zuverdienstes oder andere Formen der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.

Beschäftigung in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes wird dabei aber nur sehr selten eingeschlossen. Die Betroffenen bleiben in der Regel unter sich.

Aus der TAB-Region Bielefeld sollen hier zwei besonders interessante Beispiele vorgestellt werden, die erheblich mehr Kontakt mit der normalen Arbeitswelt umfassen obwohl die hier betreuten Menschen als vollständig erwerbsgemindert gelten: die „virtuelle Tagesstätte mit Kioskbetrieb“ und das Projekt „betriebliche Teilhabeplätze“.

Beide Projekte werden im Rahmen der Tagesstätten-Förderung vom Träger der Eingliederungshilfe finanziert.

8.5.1.5 Die virtuelle Tagesstätte mit Kioskbetrieb in Bielefeld

Seit dem 01.09.2006 betreibt Lebensräume e.V. die Virtuelle Tagesstätte. Sie wird im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53, 54 SGB XII durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als überörtlichen Träger der Sozialhilfe pauschal finanziert, momentan mit 10 Plätzen à 30 Stunden pro Woche. Die Virtuelle Tagesstätte arbeitet innerhalb derselben Rahmenbedingungen wie die beiden in Bielefeld bisher bestehenden Tagesstätten. Die Konzeption und die Durchführung unterscheiden sich aber erheblich.

Der Schwerpunkt des Angebots der Virtuellen Tagsstätte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegt eindeutig auf dem Bereich Arbeit und Beschäftigung. Das bedeutet, dass jedem Teilnehmer eine Arbeits- bzw. Beschäftigungsgelegenheit angeboten wird, in der er seine Fähigkeiten in diesem Bereich ausprobieren und ausbauen kann. Darüber werden individuell Förderangebote zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit entwickelt. Zusätzlich gibt es hin und wieder Freizeit- und Kulturangebote, die für die Reproduktion der Arbeitsfähigkeit notwendig sind und als Lernfeld für Gestaltung der Tagesstruktur außerhalb des Privaten zu verstehen sind.

Das individuelle Tagesstättenprogramm jedes einzelnen Teilnehmers wird aus verschieden Angeboten, die bereits über die Kontaktstelle-West und dem Ambulanten Betreuten Wohnen des Vereins vorhanden sind, sowie aus den Beschäftigungsbereichen

- Kiosk
- Küche
- Kontaktstellenservice
- Hausmeisterdienst
- Bürodienstleistungen (punktuell)

zusammengestellt und in einem Wochenplan festgehalten. Die Anforderungen des Programms werden auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Teilnehmers abgestimmt, was dazu führt, das jeder Teilnehmer ein inhaltlich und zeitlich einzigartiges Tagesstättenprogramm hat, was im Verlauf der Teilnahme auf die individuellen Veränderungen angepasst werden kann und wird.

Die Besonderheit der Virtuellen Tagesstätte liegt also in der Individualisierung des Programms, der Flexibilisierung der Plätze (10 Plätze à 30 Std. pro Woche werden auf bis zu 15 Personen mit unterschiedlichen Wochenstunden aufgeteilt) und der Nutzung von Angeboten, die bereits bestehen und nicht explizit von der Tagesstätte angeboten werden. Im Verlauf des Programms wird für jeden Teilnehmer auf den Einsatz in Betrieben oder anderer Beschäftigungsträger hingearbeitet, wobei die Anleitung und Begleitung über die Virtuelle Tagesstätte gewährleistet wird.

Zur Durchführung des beschriebenen Tagesstättenangebots kommt insbesondere der Kooperation mit anderen Beschäftigungsträgern, Betrieben und Einrichtungen sowie ggf. den anderen von den Klienten genutzten Einrichtungen (Betreutes Wohnen, Kontaktstelle, Ärzte, gesetzl. Betreuer etc.) eine große Bedeutung zu, die von den Tagesstättenmitarbeitern geleistet wird.

Der Zugang zur Virtuellen Tagesstätte findet über die Mitarbeiter der Tagesstätte statt, die von Interessenten direkt, aber auch von deren Bezugsmitarbeitern oder Betreuern angesprochen werden können. Über die angemessene Belegung mit Teilnehmern, die auf dieses Angebot angewiesen sind, berät das Beratergremium, das auch die Belegung der beiden anderen Tagesstätten regelt. Die Aufnahme in die Virtuelle Tagesstätte ist sehr niedrigschwellig, weil durch die Pauschalfinanzierung ein Antragsverfahren beim Leistungsträger entfällt.

Kioskbetrieb:
Seit dem 01.06.2006 bewirtschaftet Lebensräume e.V. den Kiosk am Siegfriedplatz in Bielefeld. Der Verein schafft dadurch Beschäftigungsplätze im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe und der Tagesstätte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Die großzügigen Öffnungszeiten (7 Tage pro Woche in den Zeiten von mitunter 5:00 bis 19:00 Uhr, im Sommer auch länger), direkter Kontakt zu Kunden in einem sehr öffentlichen Raum, sowie der Umgang mit alltäglichen Waren und Geld bieten den Mitarbeiter die Möglichkeit, zeitlich sehr individuell verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen und sich im Arbeitsleben auszuprobieren.

Die Aufgaben umfassen den Verkauf von Zigaretten, Zeitschriften, Fahrkarten, Getränke u. ä., die Pflege der Verkaufsräume, das Bestell- und Lagerwesen, die Bewirtung von Gästen, sowie die Beteiligung an allen administrativen Aufgaben rund um den Kiosk. Die Arbeitszeiten

und -anforderungen sind sehr gut individuell gestaltbar und an die Fähigkeiten und Bedürfnisse anzupassen.

Die Arbeit findet in sehr kleinen Gruppen statt. In der Regel arbeiten 2 Klienten im Kiosk, dabei werden sie von einem Hintergrunddienst begleitet und angeleitet. Z. Z. arbeiten 13 Klienten des Betreuten Wohnens im Kiosk und 6 Teilnehmer der Virtuellen Tagesstätte.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe fördert die Teilnehmer im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe als tagesstrukturierendes Angebot in Form von Arbeit und Beschäftigung für das Ambulante betreute Wohnen. Der IBRP wird für die Planung und Beantragung der Hilfe genutzt (Teil 3 Arbeit und Beschäftigung).

Bei Interesse besteht vor Antragstellung auch immer die Möglichkeit des Probearbeitens.

8.5.1.6 Zuverdienst im Minijob im Landkreis Hztm. Lauenburg

Wie bereits im Kapitel über Ergotherapie geschildert, hat dieser Landkreis eine sehr ausgebaute Hilfestruktur im Bereich Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung aufgebaut. Ergotherapie-Angebote helfen vielen Menschen, den Weg in eine sinnvolle Beschäftigung (wieder) zu finden. Deshalb hat das TAB-Projekt und insbesondere die unmittelbar benachbarte Projektregion Hamburg Bergedorf mit der Region Lauenburg sehr eng kooperiert.

Welche individuellen und personenzentrierten Lösungen dort gefunden wurden, zeigt das folgende Beispiel einer Zuverdienst-Beschäftigung als regulärer Minijob in einem Rahmen, der dennoch Rücksicht auf Betroffenen nimmt.

Seit über 10 Jahren ist Frau B. an einer schizophrenen Psychose erkrankt. Sie lebt in einer Einrichtung (teilstationäres Wohnen) und konnte trotz aller Bemühungen bisher nicht in eine eigene Wohnung entlassen werden. Versuche, sie über konventionellen Zuverdienst zu stabilisieren, sind bisher gescheitert.

Mit der Eröffnung einer neuen Wohnpflegegruppe in Geesthacht wurde Frau B. als Zuverdienerin in das Team bestehend aus Pflegekräften und Ergotherapeuten aufgenommen. Trotz einiger Krisen (zeitweilig zu intensiv gearbeitet, dadurch Ausfälle) hat sie sich in der Zwischenzeit durch diese Tätigkeit stabilisiert und ist Ende 2007 in eine eigene Wohnung gezogen.

8.5.1.7 Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ohne Verdienst

Die hier angesprochene Gruppe derjenigen Menschen, die (noch) nicht in der Lage sind, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen, aber arbeitsähnliche Beschäftigung suchen, fasst sehr unterschiedliche Personen zusammen.

Hauptsächlich geht es um Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung nur ein sehr geringes oder sehr schwankendes Leistungsvermögen aufweise, so dass auch ein Zuverdienst nicht in Frage kommt. Wenn der Wunsch nach Tätigkeit und/oder betrieblicher Teilhabe gegeben ist, sollte man nach personenbezogenen Lösungen suchen.

In vielen Regionen des TAB-Projektes gab es einzelne Beispiele, wie für Betroffene eine Nische gefunden wurde, in der sie individuelle Teilhabe realisieren konnten. Wie dies aber auch institutionell organisiert werden kann, zeigt das Beispiel der Teilhabe-Plätze aus Bielefeld.
Es gibt in dieser Gruppe aber auch Menschen, die ehrenamtlich tätig werden möchten. Teils, weil sie ihrem Leistungsvermögen nicht trauen, teils, weil sie finanziell unabhängig sind und im Rahmen ihrer Möglichkeiten anderen Menschen Hilfestellung geben möchten. Hierzu s. u. das Beispiel aus dem Kreis Hztm. Lauenburg.

Ein weiterer Kreis von Betroffenen verzichtet bewusst auf evt. erzielbaren Zuverdienst und engagiert sich in der Selbsthilfe-Bewegung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen bzw. in lokalen Initiativ-Gruppen. Auch anderes ehrenamtliche Engagement in Bürgerinitiativen und Vereinen wird aus den Regionen berichtet.

Bielefelder Teilhabeplätze mit geringstem Anforderungsniveau über Persönliches Budget

In Bielefeld wird seit 2007 das Persönliche Budget im Rahmen der Eingliederungshilfe genutzt, um sog. Teilhabeplätze zu organisieren und zu finanzieren. Unter den besonderen Bedingungen der Budget-Modellregion Bielefeld kann das Persönliche Budget formlos beim zuständigen Leistungsträger (dies ist in der Regel der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Münster) beantragt werden, wenn Hilfeempfänger von dort bereits Leistungen beziehen (z. B. ambulant betreutes Wohnen).

In dem – mit dem TAB-Projekt implementierten – darauf folgenden Hilfeplanverfahren wird der gesamte Unterstützungsbedarf eines Antragstellers geprüft. Hierbei werden neu beantragte Leistungen, wie auch bereits bestehende, miteinander abgeglichen und über die Bewilligung entschieden.

Die hier angesprochenen Teilhabe-Plätze sind institutionell an die Tagesstätte „Tagesaktivitäten Zentrum (TAZ)“ der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel angegliedert. Zusätzlich können begleitende Hilfen für den Teilhabeplatz durch das TAZ erfolgen. Wenn dies gewünscht ist, müssen die Kosten eines Teilhabeplatzes und die Kosten der Unterstützung durch das TAZ bei der Beantragung des Persönlichen Budgets angegeben werden.

Teilhabeplätze sind also eine Möglichkeit tagesstrukturierender und Teilhabe fördernder Unterstützung. Das Team der Mitarbeitenden im TAZ besteht aus den unterschiedlichsten Professionen des sozialen Bereichs und wird von ehrenamtlich Mitarbeitenden unterstützt.

- Teilhabeplätze sind etwas Ähnliches wie ein betriebliches Dauer-Praktikum, aber
- Sie können mit sehr geringen Stundenanteilen stattfinden (z. B. 2 Stunden die Woche)
- hier müssen keine verwertbaren Arbeitsleistungen erbracht werden
- sie finden an „ganz normalen“ Stellen des gesellschaftlichen Lebens statt.

Beispiele für Teilhabeplätze:

- Herr M. geht an einem Tag pro Woche für 2 Stunden ins Bielefelder Tierheim und hilft dort mit, so gut er kann.

- Frau B. besucht zweimal in der Woche für eine Stunde eine Bürgerberatung der Stadt und sortiert dort die Prospektständer.

- Herr Z. geht an vier Abenden in der Woche zu einem Künstleratelier, malt dort Bilder, unterhält sich mit den anderen Künstlern und hilft beim Aufräumen.

Für einen Teilhabeplatz zählt nicht die Arbeitsleistung. Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit sind aber tendenziell wichtig.

Hierzu folgende Fallgeschichte:
Frau H., geboren 1971, ist gelernte Bibliothekarin. Schon vor ihrer Ausbildung ist sie psychisch erkrankt. Sie hat nach ihrer schon mit Schwierigkeiten beendeten Ausbildung kurze Zeit als Bibliothekarin gearbeitet, was dann aber eine deutliche Überforderung darstellte. Klinikaufenthalte und die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung bestimmten die nächste Zeit. Ein Arbeitsversuch in der WfbM überforderte Frau H., weil sie nicht in der Lage war, die verlangte Mindestarbeitszeit zu bewältigen. Über den Integrationsfachdienst wurde danach eine halbe Stelle in einer Buchhandlung akquiriert, was ebenfalls immer wieder im Rahmen von Überforderung zu Krisen führte.

Nach einer längeren Zeit ohne Tagesstruktur begann Frau H. dann im Rahmen des sog. Leistungstyp 24 Tagesstrukturierende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Zwei mal in der Woche in der Einrichtung TAZ und einmal in der Woche im Rahmen der Teilhabeplätze in der Bibliothek der Stadt Bielefeld. Nach kurzer Zeit wurde dies auf zwei mal in der Woche erhöht. In der Bibliothek nimmt Frau H. Teil am Einbinden der Bücher.

Frau H. hat ein passendes Maß an Beschäftigung/Teilhabe für sich gefunden. Arbeit/Leistung und auch das Verdienen von Geld steht hier nicht zur Diskussion. Es geht um Wiedereingliederung, um Teilhabe an Lebensbezügen. Auch ohne Bezahlung genießt es Frau H. außerhalb von den tradierten institutionellen Angeboten in betrieblichem Rahmen tätig zu sein.

Fallbeispiel für Ehrenamt – Kreis Hztm. Lauenburg

Herr Dr. Heißler, Leiter der Klinik Geesthacht, berichtet folgenden Einzelfall:

Frau F. ist in einer sehr konservativen, religiös geprägten Familie groß worden, fast vergleichbar mit den Amish in den USA. Beruflich war sie als Bankkauffrau tätig, ist aber im Zuge der Umstrukturierungen des Bankenwesens psychisch krank geworden (schizoaffektive Psychose). Viele Monate brachte sie auf der Station zu und nur allmählich konnte sie sich „erholen“. Erschwert wurde dieser Prozess durch den Selbstmord der Mutter, die sich für die Krankheit der Tochter verantwortlich machte.

Nach 2-3 Jahren wurde das Thema „Tätigkeit“ allmählich wieder ins Spiel gebracht. Sie entschied sich, für die Ergotherapeuten während ihrer wöchentlichen Sitzungen zu kochen. Nach ca. einem Jahr zog sie von Geesthacht aus in ein Dorf im Schwarzwald und stellte sich quasi als „Gemeindeschwester“ dem Dorf zur Verfügung.

Sie holt bis heute ältere Menschen ab und bringt sie zum Arzt, kauft ein, steht für Sitting-Dienste verschiedenster Art den Familien zur Verfügung etc… alles kostenlos, als Gegenleistung für die ihr gewährte Rente. Einmal im Quartal fliegt sie – früher wegen ihrer erzkonser-

vativen Herkunft undenkbar – von Stuttgart aus nach Hamburg, um sich über die hiesige Institutsambulanz weiter betreuen zu lassen (Flug kostet 29 €).

Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

EINGEGANGEN
12. Okt. 2005
Erl.....

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 11017 Berlin

Aktion Psychisch Kranke e.V.
Herrn Jörg Holke
Brungsgasse 4-6
53117 Bonn

Dieter Lutz
Ministerialrat
Referatsleiter

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11017 Berlin
TEL. +49 (0)1888 441-3714
FAX +49 (0)1888 441-2086
E-MAIL dieter.lutz@bmgs.bund.de
INTERNET www.bmgs.bund.de

Berlin, 6. Oktober 2005
AZ 521-96-AktionPsychisch/05

Beratung und Unterstützung sowie Aktivierung nach § 11 SGB XII

Sehr geehrter Herr Holke,

vielen Dank für Ihre Email vom 23. September 2005 an Herrn Dr. Haines, in welcher Sie fragen, inwieweit die Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Beratung, Unterstützung und Aktivierung nach § 11 SGB XII verpflichtet sind, Angebote zur Beschäftigung vorzuhalten. Herr Dr. Haines hat Ihre Mail im Rahmen der Zuständigkeit an mich weitergeleitet.

Hierzu ist in den Absätzen 1 und 2 sowie in Absatz 3 Satz 1 bis 3 des § 11 Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) geregelt, dass seitens der Träger der Sozialhilfe gegenüber den Leistungsberechtigten grundsätzlich die Verpflichtung besteht, sie umfassend zu beraten und zu unterstützen.

Die Beratung setzt eine Analyse der persönlichen Situation des Leistungsberechtigten und eine Abschätzung der Selbsthilfemöglichkeiten voraus. Dazu gehört auch die aktive Unterstützung des Trägers der Sozialhilfe, den Leistungsberechtigten zu befähigen, weitere Leistungen des SGB XII, aber auch andere Sozialleistungen außerhalb des SGB XII in Anspruch zu nehmen.

Bei der Unterstützung hat der Träger der Sozialhilfe auf Basis der vorhergehenden Bestandsaufnahme und Beratung die Verpflichtung, Leistungsberechtigten Hinweise zu geben und soweit erforderlich, Kontakte zu sozialen Diensten zu unterstützen und – falls erforderlich – sie auch dorthin zu begleiten.

Weiter hat der Träger dafür zu sorgen, dass dem Leistungsberechtigten, gemäß § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB XII Angebote einer Tätigkeit als Möglichkeiten zur aktiven Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft unter Einschluss des gesellschaftlichen Engagements eröffnet werden. Auch wenn der Wortlaut der Vorschrift deutlich offener formuliert ist als es die konkreten Vorgaben der Vorläufervorschriften in den §§ 18 bis 19 BSHG waren (sogenannte Hilfe zur Arbeit), so ändert dies nichts daran, dass für die Träger der Sozialhilfe weiterhin ein großer Gestaltungsspielraum besteht. So können sie auf die Instrumente der Arbeitsförderung nach dem SGB III ebenso zurückgreifen wie auf die im Rahmen der Hilfe zur Arbeit nach dem ehemaligen (BSHG) entwickelten und nun in dem gemeinsam mit dem SGB XII zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende) enthaltenen Instrumente. Sofern die Träger der Sozialhilfe keine eigenen Angebote bereitstellen können, besteht die Möglichkeit sich Angebote Dritter zu bedienen. Auch dies war bereits nach dem BSHG so gewesen.

Der Grund dafür, die konkreten Vorgaben der §§ 18 bis 19 BSHG nicht in das neue Sozialhilferecht im SGB XII zu übernehmen, lag darin, dass durch die Zusammenlegung von bisheriger Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) für erwerbsfähige Hilfebedürftige in der Sozialhilfe nach dem SGB XII Personen verblieben sind, die befristet oder dauerhaft voll erwerbsgemindert sind. Dies schließt neben Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt auch den durch die Sozialhilfereform in das SGB XII einbezogenen Personenkreis der Grundsicherungsberechtigten (Viertes Kapitel SGB XII) mit ein.

Die Aufgaben von Beratung und Unterstützung nach dem SGB XII haben sich deshalb gegenüber dem BSHG verändert: Die frühere Hilfe zur Arbeit war vorrangig darauf ausgerichtet, erwerbsfähige Leistungsberechtigte wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Diese Aufgabe hat nach der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe die Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II übernommen. Aufgabe der Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII ist es folglich nicht mehr, Erwerbsfähige in den Arbeitsmarkt zu integrieren, sondern Leistungsberechtigte, die befristet oder dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, eine ihrem gesundheitlichen Leistungsvermögen von täglich weniger als drei Stunden angepasste Tätigkeit zu ermöglichen. Erwerbstätigkeiten sind dabei ebenso möglich wie ehrenamtliche Tätigkeiten, die nicht nur das Selbstwertgefühl der Leistungsberechtigten stärken und dabei Teil einer Therapie sein können, sondern auch die Integration in das gesellschaftliche Leben verbessern.

Kurz zusammengefasst bedeutet dies, dass sich für die Träger der Sozialhilfe aus dem Inkrafttreten von SGB XII und SGB II am 1. Januar 2005 eine neue Aufgabenabgrenzung ergeben hat. So müssen sich die Sozialämter auf die die veränderte Zusammensetzung des von ihnen zu betreuenden Personenkreises einstellen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für ihre Arbeit ziehen. Anpassungen an solche Veränderungen benötigen erfahrungsgemäß Zeit und können in ihren Auswirkungen erst beurteilt werden, wenn genügend Erfahrungen vorliegen. Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bestehen allerdings keine Möglichkeiten, auf diesen Anpassungsprozess einzuwirken.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Dieter Lutz

Hansestadt Bremen

Fachliche Weisung

Umgang mit Tätigkeiten zur sozialen Stabilisierung / Tagesstrukturierung im Übergang vom BSHG in das SGB II und das SGB XII

Angebote zur sozialen Stabilisierung / Tagesstrukturierung wurden ebenso wie Angebote zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt im BSHG bisher auf Grundlage des §19 Abs.2 BSHG umgesetzt. Die Angebote wurden von der bremer arbeit gmbh auf Gemeinnützigkeit und Zusätzlichkeit überprüft, die Personen wurden vom Amt für Soziale Dienste in die Angebote zugewiesen. Sie erhielten eine Mehraufwandsentschädigung von 1,02 € pro Stunde, die von den beschäftigenden Trägern ausgezahlt und mit der bremer arbeit gmbh abgerechnet wurde.

Vor dem Hintergrund des Übergangs in das SGB II und das SGB XII stellt sich die Frage, wie die Angebote zur sozialen Stabilisierung für den Personenkreis der Leistungsempfänger/innen nach dem SGB XII umzusetzen sind. Die nachstehende fachliche Weisung regelt dementsprechend den Umgang mit dieser Art Unterstützungsangebot in der Übergangsphase. Sie wird zunächst bis 31.12. 2005 befristet. Vorgesehen ist, innerhalb des Jahres 2005 eine Profilierung der Angebote sowie der Umsetzung vorzunehmen.

1. Allgemeine Regelungen

Grundlage für die Angebote zur sozialen Stabilisierung ist §11 Abs. 3 SGB XII, nach dem Leistungsempfänger/innen mit dem Ziel der Unterstützung das Angebot einer Tätigkeit gemacht werden kann.

Die Aktivierung kann mit dem Ziel der persönlichen Unterstützung in Form von tagesstrukturierenden Angeboten für den Leistungsempfänger, mit dem Ziel der Verbesserung und Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit des Leistungsempfängers oder auch mit dem Ziel der Stärkung der Selbsthilfe und der damit verbundenen Möglichkeit des Wechsels in ein anderes Hilfesystem erfolgen.

Die Aktivierung ist dem Umfang nach (täglicher Stundenumfang) nicht begrenzt: sie ist dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Leistungsberechtigten anzupassen. Sie richtet sich an den gesamten Personenkreis der Leistungsempfänger/innen nach dem SGB XII. Sie kann sich auch an Leistungsberechtigte nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) richten.

Es ist vorgesehen, den Leistungsempfänger/innen eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen zu gewähren . Anders als im SGB II ist die Zahlung einer Motivationsprämie nicht vorgesehen. Fahrtkosten werden ebenfalls nicht gesondert gewährt. Die Aufwandsentschädigung ist nicht auf die Leistungen nach dem SGB XII anzurechnen.

2. Zuweisungsverfahren

Die Zuweisung in die einzelnen Angebote erfolgt durch die zuständigen Fallmanager/innen in den Sozialzentren unter Nutzung des anliegenden Vordrucks. Die Art und der Umfang der Tätigkeit ist mit dem Träger abzustimmen, der die Tätigkeit anbietet. Die Zuweisung ist auf längstens 12 Monate zu befristen. Sofern eine Verlängerung der Tätigkeit nach Ablauf des Zuweisungszeitraums sinnvoll erscheint, ist diese für weitere 12 Monate möglich.

Eine Liste der Träger, die Tätigkeiten gem. §11 Abs. 3 SGB XII anbieten, wird den zuständigen Fallmanager/innen zur Verfügung gestellt. Zuweisungen sind nur zu den Trägern möglich, die auf dieser Liste genannt sind.

3. Auszahlung der Aufwandsentschädigung

Die Auszahlung der Aufwandsentschädigung erfolgt durch den Träger, bei dem die Person der Tätigkeit nachgeht. Sie erfolgt aufgrund der Anzahl der geleisteten Stunden, die vom Träger dokumentiert werden: Die geleisteten Aufwendungen werden mindestens halbjährlich vom Träger einzelfallbezogen dem Amt für Soziale Dienste in Rechnung gestellt und über die Einzelfallakten unter Nutzung der Maske Mehraufwendungen an den Träger erstattet. Zu nutzen sind die Haushaltsstellen

3473 / 681 29-2	für drogenabhängige Menschen
3473 / 681 30-6	für alle anderen Zielgruppen außer den Empfänger/innen von Leistungen nach Kapitel 4 SGB XII (Grundsicherung)
3413 / 681 21-8	für Empfänger/innen von Leistungen nach Kapitel 4 SGB XII (Grundsicherung)

Für Personen, die in stationären Einrichtungen leben und einer Tätigkeit gem. § 11 Abs. 3 nachgehen, erfolgt die Abrechnung ebenfalls einzelfallbezogen. Die Buchung erfolgt analog dem bisherigen Verfahren.

4. Übergang von Beschäftigungen gemäß §19.2 BSHG, die bereits in 2004 ausgeübt wurden, in das SGB XII bzw. SGB II

Der Übergang der Personen, die in 2004 eine Beschäftigung zur sozialen Stabilisierung / Tagesstrukturierung aufgenommen haben, gestaltet sich ab dem 1.1.2005 wie folgt:

4.1. Personen, die ab dem 1.1.2005 Leistungen nach dem SGB XII erhalten, sowie Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG können ihre Tätigkeit über den 31.12.2004 hinaus zu den o.g. Bedingungen fortsetzen. Die Erneuerung der Zuweisung zum 1.1.2005 für die bis zum 31.12.2004 befristet ausgestellten Zuweisungen ist innerhalb des ersten Quartals 2005 nachträglich vorzunehmen.

4.2. Für Personen, die ab dem 01.01.2005 Leistungen nach dem SGB II erhalten, liegt die Verantwortung für den weiteren Verbleib in der Beschäftigung sowie für die Fortsetzung der Integrationsplanung bei der BAGIS. Es ist vorgesehen, die Beschäftigung nach § 19 Abs. 2 BSHG für diesen Personenkreis auf der Grundlage von § 16 Abs. 3 SGB II fortzusetzen. Die Auszahlung der Mehraufwendungen soll weiterhin über die beschäftigenden Träger erfolgen. Das gesamte Verfahren des Übergangs wird von der bremer arbeit GmbH in Zusammenarbeit mit der BAGIS organisiert.

Ergänzung der fachlichen Weisung zum Umgang mit Tätigkeiten zur sozialen Stabilisierung / Tagesstrukturierung vom 17.12.2004

1. Die Höhe der Aufwandsentschädigung beträgt ab 1.1.2005 1 € (bisher 1,02 €).

2. Die Umstellung des Abrechnungsverfahrens ist ab 1.1.2005 wie folgt vorzunehmen:

2.1 Für alle Personen, die ab dem 1.1.2005 neu in eine Angebot gem. § 11 Abs. 3 SGB XII zugewiesen werden **(Neufälle)**, ist der neue Zuweisungsvordruck zu nutzen und damit das Abrechnungsverfahren zwischen Träger und AfSD einzuleiten. Eine Information der bremer arbeit gmbh ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Der / die Beschäftigte und der Träger des Angebots erhalten je eine Kopie der Zuweisung.

2.2. Für alle Personen, die bereits in 2004 an einem Angebot zur sozialen Stabilisierung teilgenommen haben**(Altfälle)**, ist schnellstmöglich, spätestens aber bis zum 31.3.2005 eine neue Zuweisung unter Nutzung des neuen Zuweisungsvordruck vorzunehmen. Der / die Beschäftigte und der Träger des Angebots erhalten je eine Kopie der Zuweisung. Das Informationsblatt für die beschäftigten Personen (vergl. Anlage) ist diesen mit der Zuweisung zuzustellen. Die bremer arbeit gmbh erhält eine Kopie der neuen Zuweisung sowie damit verbunden die Bitte, die bewilligten Leistungen zu widerrufen.
Für die Altfälle gelten bis zum Zeitpunkt der neuen Zuweisung die bisherigen Bedingungen. Die Träger werden deshalb gebeten, die bis zum Zeitpunkt der erneuten Zuweisung entstandenen Kosten analog dem bisherigen Verfahren mit der bremer arbeit gmbh vorzunehmen (vergl. Informationsschreiben für die Träger in der Anlage).

Ab dem Zeitpunkt der Ausstellung der neuen Zuweisung gem. § 11 Abs 3 SGB XII erfolgt auch die Abrechnung der beim Träger entstehenden Kosten mit dem Amt für Soziale Dienste.

Sofern die Beschäftigten das Angebot zu den neuen Konditionen nicht mehr wahrnehmen möchten, wird die Beschäftigung zum Ende des laufenden Monats beendet. Die bremer arbeit gmbh ist über die Beendigung zu informieren.

Anlage:
Zuweisungsvordruck;
Informationsschreiben für bereits in 2004 beschäftigte Personen

9. Sozialrechtliche Aspekte

9.1 Sozialrechtliche Entwicklung

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber alle Bereiche der Rehabilitation reformiert und auf eine völlig neue Stufe gestellt. Dabei werden die individuellen Teilhabewünsche und Ziele des behinderten Menschen in den Vordergrund gestellt, der Zugang zu Leistungen der Teilhabe vereinfacht und beschleunigt und die Rehabilitationsträger nachdrücklich zur Kooperation angehalten. Über die Gesetze Hartz I bis IV sind weit reichende Maßnamen zur Effektivierung der Arbeitsförderung eingeleitet worden.

Zentrales Anliegen des Projektes ist die Konkretisierung und Implementation von Strategien und Handlungskonzepten zur Sicherung der Teilhabe chronisch psychisch kranker/seelisch behinderter Menschen am Arbeitsleben; das Vorhaben dient damit zugleich der Umsetzung der Vorgabe von § 10, 3 SGB IX, nach dem den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppe Rechnung zu tragen ist.

In dieser Zielsetzung ging es auch um die Umsetzung und Evaluation der Vorgaben des SGB IX durch

- Projekte "Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der Psychiatrischen Versorgung“, hier insbesondere in Bezug auf Teilhabe am Arbeitsleben: Einführung personenzentrierter Erhebung des Hilfebedarfs sowie einer integrierten Rehabilitations- und Eingliederungsplanung (mit den entsprechenden Instrumenten – IBRP – einschließlich Ziel-, Zeit- und Handlungsdimension – *siehe § 11/12 SGB IX*).
- Implementation aktivierender und koordinierender Begleitungsangebote, da die Fähigkeit, Angebote von sich aus zu nutzen, bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen häufig beeinträchtigt ist (Koordinierende Bezugspersonen, Case-Management).
- Erprobung und Einführung personenzentrierter Arbeitsweisen bzw. -strategien im Bereich „**Erhalt bestehender Arbeitsverhältnisse**“ (Erhaltungsintervention einschließlich Prävention, *§ 33 Abs. 3 SGB IX*)“, **Erlangung eines Arbeitsplatzes** (Förderung der Arbeitsaufnahme einschließlich Schaffen von behindertengerechten Arbeitsplätzen- bzw. -möglichkeiten mit Orientierung am schwankenden Leistungsvermögen) und „**Rehabilitation am Arbeitsplatz**“ (erst platzieren, dann rehabilitieren) im Rahmen dieser wohnortnahen Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben *(§§ 33 ff. und Teil 2 SGB IX)***.**
- Aufbau von regionalen Verbund- und Steuerungssystemen, die in der Lage sind, die individuell und wohnortnahen erforderlichen Rehabilitations- und Eingliederungsangebote in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung zu stellen und eine personenzentrierte Leistungserbringung gewährleisten (Versorgungsverpflichtung, Umsetzung der Vorgabe von *§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX*). Hierzu gehört die Entwicklung entsprechender Konferenz- und Gremienstrukturen auf Seiten der Leistungsträger *(§ 12 Abs. 2 SGB IX)*, der Leistungserbringer (insbesondere Gemeindepsychiatrischer Verbund) sowie die Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern (Versorgungsverträge, Hilfeplanungskonferenz).
- Erprobung persönlicher Budgets *(§ 17 SGB IX)* als Instrument zur Realisierung personenbezogener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – persönliches Budget hier nicht als an den psychisch behinderten Menschen ausgezahlte Geldleistung, sondern

als Betrag, dessen Höhe auf der Grundlage der Hilfeplanung ermittelt wird und von einem „Case-Manager“ auf der Grundlage von Beschlüssen der Hilfeplankonferenz assistierend koordiniert wird.

- Entwicklung von Umsetzungswegen für (ambulante) Komplexleistungsprogramme auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, um dem komplexen Hilfebedarf gerecht zu werden. (*analog zu § 30 SGB IX).*

Die Umstellungen, die mit der „Hartz 4“-Gesetzgebung verbunden sind, erhöhten die Komplexität der Aufgaben im Projekt. Die Sozial- und Arbeits-Verwaltungen waren vielerorts mehr als ausgelastet mit den Umstellungen. Dennoch gab es in den Projekt-Regionen ein starkes Engagement, die Chancen in der neuen Gesetzgebung zu nutzen. Für die Projekt-Beteiligten bedeutete die neue Gesetzgebung zusätzlich zur laufenden Umstellung die Auseinandersetzung mit weiteren neuen Regelungen, die in den Projektgruppen intensiv bearbeitet und in den Gesamtprozess integriert werden müssen. Mit den ARGEn wurden spezielle Verfahren der Zusammenarbeit entwickelt. Inzwischen sind alle ARGEn in die Projekt-Gruppe einbezogen.

In den beiden „Optionskommunen“ Bodenseekreis und Ostvorpommern werden die Aufgaben der Arbeitsverwaltung im Bereich des SGB II nun von der Kreiserwaltung wahrgenommen. Hinzu kommt, dass in beiden Bundesländern die Trägerschaft für die überörtliche Sozialhilfe auf die Kreise verlagert wurde. Dies gibt den Kommunen beträchtliche Spielräume für die Flexibilisierung im Bereich TAB. In beiden Regionen wird u. a. über die Gestaltung niederschwelliger Beschäftigungs-Angebote sowie die Flexibilisierung von WfbM-Plätzen verhandelt.

9.2 Übersicht der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Im Rahmen des Projekts wurde eine Rechtsübersicht erstellt und unter starker Beteiligung der Rehaträger optimiert.[11] Diese Übersicht wurde in allen Projektregionen erläutert und diskutiert. Sie wurde als Hilfsinstrument sehr begrüßt. Von verschiedener Seite, z. B. von Fallmanagern der ARGE wurden Fortbildungswünsche geäußert. Die Fortbildungen wurden in den Projektgruppen vorbereitet und anschließend durchgeführt. Sie haben nicht nur zu einem Kompetenzgewinn bei den Fallmanagern geführt, sondern auch die Zusammenarbeit zwischen den Fallmanagern und den Mitarbeitern der sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Dienste gefördert.

Die Übersicht bot Gelegenheit, die aktuelle Versorgungssituation in den Regionen anhand rechtlicher Ansprüche von Menschen mit Hilfebedarf im Bereich Arbeit und Beschäftigung zu überprüfen.

9.3 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Sozialgesetzbücher

9.3.1 Weiterentwicklung des SGB II

Die Zusammenführung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe durch das SGB II hat für viele psychisch kranke Menschen Vorteile gebracht, indem sie von Sozialhilfeempfängern zu Arbeitssuchenden mit vollem Anspruch auf Vermittlung und Hilfe zur Teilhabe am Ar-

[11] siehe Anhang: Übersicht der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

beitsleben wurden. Entsprechend hat die Zusammenarbeit mit den ARGEn und Optionskommunen in den Projektregionen eine große Bedeutung erlangt. Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben haben sich für psychisch beeinträchtigte Menschen dadurch erheblich verbessert.

In einigen Punkten haben sich jedoch neue Schnittstellenprobleme ergeben. Die Arbeitsgruppe des Projekts empfiehlt daher folgende Änderungen:

- **Optionskommunen sollten Rehabilitationsträger werden.**

Die Optionskommunen sollten in § 6 bzw. 6 a SGB IX als Rehaträger aufgenommen werden.

Damit gelten die sinnvollen Kooperationsverpflichtungen und weitere Verfahrensregelungen des SGB IX auch für die Optionskommunen

- **ARGEs (zukünftig ZAG) und Optionskommunen sollten die Zuständigkeit für die Ausführung der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Arbeitssuchende nach SGB II erhalten.**

Nach bisheriger Regelung obliegt die Klärung des Rehabedarfs sowie die Entscheidung über Art und Umfang der Rehamaßnahme der Rehaberatung der Bundesagentur. Dies ist ein Bruch in der sonst vorteilhaften gebündelten Zuständigkeit des Fallmanagers/ persönlichen Ansprechpartners der ARGE.

- **Die Budgets für unterhaltssichernde Leistungen und für Eingliederungsleistungen nach SGB II sollten dahingehend zusammengefasst werden können, dass eingesparte unterhaltssichernde Leistungen auch für Eingliederungsleistungen eingesetzt werden können: bedingte Einbeziehung der sog. passiven Leistungen in das Gesamtbudget gem. § 46 Abs. 1 Satz 5 SGB II.**

Wenn durch Eingliederungsleistungen Hilfen zum Lebensunterhalt verzichtbar werden, ist dies sinnvoll auch im Sinne des Arbeitssuchenden. Auch wenn Eingliederungsleistungen Unterhaltsleistungen im Einzelfall unnötig werden lassen, werden sie doch vollständig aus dem Eingliederungsbudget finanziert.

- **Die Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung sollten erhalten bleiben, aber auch im Zusammenhang der Förderung der Eingliederung i. S. der Ziele von § 1 und der Grundsätze von § 3 SGB II ermöglicht werden. (Die bisherigen Pflichtkriterien ‚zusätzlich, gemeinnützig und in gesellschaftlichen Interesse' sollten um die Alternative ‚zur individuellen Förderung geeignet' ergänzt werden).**

Arbeitsgelegenheiten haben sich als niederschwelliger (Wieder-)Einstieg ins Arbeitsleben für viele psychisch beeinträchtigte Menschen bewährt. Diese Möglichkeiten werden auch als Alternative zu Erwerbsminderungsberentung und /oder Aufnahme in Werkstätten für behinderte Menschen genutzt.
Die Kriterien ‚zusätzlich, gemeinnützig und in gesellschaftlichen Interesse' lassen jedoch einen Übergang in ein Regelarbeitsverhältnis am selben Arbeitsplatz nicht zu. Da bei psychisch beeinträchtigten Menschen die Kontextstabilität eine hohe Relevanz bezüglich der Leistungsfähigkeit hat, sind fließende Übergänge zwischen Arbeitsgelegenheit im gemein-

nützigen Bereich, Betriebspraktikum im angestrebten Tätigkeitsfeld und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zu schaffen.

Positive Beispiele sind in einigen Regionen im Rahmen des Projektes entstanden.

- **Für Menschen mit krankheits- oder behinderungsbedingt langfristig eingeschränkter Leistungsfähigkeit sollte ein Förderinstrument im Sinne eines personenbezogenen Minderleistungsausgleichs geschaffen werden.**

Diese bereits im ersten Projektabschnitt formulierten Empfehlungen sind mit der Einführung des § 16 a SGB II zum 01.10.2007 und somit zum Ende der Projektlaufzeit gesetzlich verankert worden. Im Rahmen des Projektes wurden eine Vielzahl von Aktivitäten zur Mitinitiierung und Begleitung des Gesetzgebungsverfahrens unternommen (Gespräche mit Politik und Bundesagentur, Stellungnahmen etc.). Mit diesem adäquaten Minderleistungsausgleich lassen sich zahlreiche Aufnahmen in die Werkstatt für behinderte Menschen vermeiden. Allerdings muss die personelle Begleitung auch über Job-Coaching (siehe Kapitel 8.3.2) und nicht nur über den Qualifizierungszuschuss gewährleistet sein.

Bisher sind ein Minderleistungsausgleich als Arbeitgeberzuschuss für anerkannt schwerbehinderte Menschen über das Integrationsamt und verlängerte Eingliederungszuschüsse für Arbeitgeber bei Einstellung eines behinderten Menschen möglich.

Sinnvoll wäre für beide Fördermöglichkeiten eine Knüpfung der Leistung an die Person, nicht an den Arbeitsplatz: Antragstellung durch den Hilfesuchenden, Bewilligung an den Hilfesuchenden, Auszahlung über den (jeweiligen) Arbeitgeber, der den Regellohn entsprechend kürzt. Damit wäre die Sicherheit gegeben weiterhin einen Minderleistungsausgleich bei einem begründeten Arbeitsgeberwechsel zu erhalten.

- **Förderleistungen für nicht bedürftige Arbeitssuchende sollten ermöglicht werden.**

Bei partnerschaftlichen Haushaltsgemeinschaften werden verständlicherweise keine unterhaltssichernden Leistungen gewährt, wenn das Haushaltseinkommen die Einkommensgrenzen überschreitet. Dass aber auch Eingliederungsleistungen nach dem SGB II damit ausgeschlossen sind, bedeutet oft eine besondere Härte.

9.3.2 Weiterentwicklung des SGB IX

- **Die Leistungen im Eingang-, Berufsbildungsbereich- und Arbeitsbereich nach § 40 SGB IX sollten losgelöst werden von dem Einrichtungstyp "Werkstatt" und unabhängig von einem bestimmten Institutionstyp beschrieben werden. In Rahmenvereinbarungen wären die Leistungen in Umfang und Qualität zu beschreiben.**

Die bisherige Beschreibung eines Rechtsanspruchs auf einen Arbeitsplatz für Menschen mit Behinderungen,

- bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt,
- die aber in der Lage sind, regelmäßig (täglich) 4 bis 6 Stunden ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen

bezieht sich nur auf die Erbringung der Leistung in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte Menschen. Die Anerkennung und Leistungsbewilligung ist mit der Einhaltung der Werkstattverordnung verknüpft.
Damit sind folgende Nachteile verbunden:

- die Leistung wird nur an wenigen Orten in einer Region in großen Einrichtungen erbracht.
- Entsprechend sind kleinere Einheiten nicht möglich, z. B. auch als Teil eines Sozial- bzw. Integrationsbetriebes oder auch eines „normalen Betriebes des allgemeinen Arbeitsmarktes".
- Eine vollständige Auslagerung im Sinne einer Virtuellen Werkstatt ist nicht möglich, da dann nicht mehr dem Einrichtungstyp entsprochen wird.
- Die Leistungserbringung als Budget wird erschwert.
- Der Einrichtungsbezug und die damit verbundene Platzzahlsteuerung verhindert eine flexible am individuellen Bedarf orientierte Leistungserbringung.

Als Lösung wäre eine Streichung des Einrichtungstyps in § 40 und § 41 und eine Neuformulierung wie folgt sinnvoll:

§ 40 Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich
(1) Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich …. erhalten behinderte Menschen,
1. im Eingangsverfahren zur Feststellung, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen, und um einen Eingliederungsplan zu erstellen,
2. im Berufsbildungsbereich, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

- **der Teilhabeplan nach § 10 SGB IX ist gemeinsam durch die Rehaträger zu erstellen. Der Teilhabeplan ist fachlich untrennbar verbunden mit der Bedarfsfeststellung bzw. vom Bewilligungsbescheid. Entsprechend sollte eine zeitgleiche bzw. zeitnahe Verknüpfung im § 10 verankert werden.**

Integrierte Hilfeplanung ist bei dem in der Regel komplexen Hilfebedarf psychisch Kranker unabdingbar. Erst die gemeinsame Planung ermöglicht den Umfang und die Art und Weise der Durchführung der Leistung zu überblicken und personenbezogen umzusetzen. Der Teilhabeplan nach § 10 SGB IX bildet hier die gesetzliche Grundlage. In der Praxis wird oft zunächst ein Bedarf vom jeweiligen Leistungsträger festgestellt und ein Bescheid erteilt. Der gemeinsame Teilhabeplan wird (sofern er erstellt wird) erst später zum Teil wenn die Leistungsdurchführung bereits begonnen hat festgeschrieben.
Eine Klarstellung, dass der die schriftliche Zusammenstellung mit der Verpflichtung zum nahtlosen Ineinandergreifen **gleichzeitig** zur Bedarfsfeststellung zu erfolgen hat:

§ 10 Koordinierung der Leistungen
(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem indivi-

duellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und ***gleichzeitig*** *schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.*

- **Zusammenwirken in der Leistungserbringung sollte nach § 10 bzw. § 13 SGB IX nicht nur auf die Bedarfsfeststellung und Teilhabeplan bezogen sondern auch auf den gesamten Ablauf der Leistungserbringung als Komplexleistung**.

Bisher sind Verpflichtungen zur Einhaltung von konkreten Verfahrensregelungen bzw. -abläufen zur Leistungserbringung bei komplexen Hilfebedarf nur im § 56 SGB IX und in der Budgetverordnung zum § 17 SGB IX gesetzlich festgelegt. Entsprechend sollte der § 10 SGB IX ergänzt werden:

§ 10 Koordinierung der Leistungen
(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ***sind die Leistungen als Komplexleistung zur erbringen****. Der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich,…*

- **Die Begutachtungsverfahren sollten bei komplexen Hilfebedarf für alle Leistungsbereiche nicht nur nach einheitlichen Grundsätzen sondern auch in <u>einem</u> Begutachtungsverfahren durchgeführt werden. Jegliche Mehrfachbegutachtung sollte ausgeschlossen werden.**

Die bisherige Praxis, dass bei komplexen Hilfebedarf für die Betroffenen mehrere Begutachtungsverfahren parallel durchgeführt werden, führt dazu, dass die Betroffenen mehrmals ihre „Krankheits- und Leidensgeschichte offenbaren müssen und zudem lange Zeiträume verstreichen bis alle Verfahren abgeschlossen sind. Die Bündelung in einem Verfahren würde hier Abhilfe schaffen.

9.3.3 Weiterentwicklung des SGB XII

- Die Leistungen in einer sonstigen Beschäftigungsstätte (SGB XII § 56) sollten geöffnet werden in Richtung "Hilfen zu einer sonstigen Beschäftigung". Alternativ bzw. ergänzen könnte in der Aufzählung nach § 54 SGB XII zu Leistungen der Eingliederungshilfe auch die Schaffung von Zuverdienstmöglichkeiten aufgeführt werden, um hier Rechtssicherheit zu schaffen.

Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigung, die weniger als drei Stunden arbeiten können sind zurzeit auf die Institutionstypen Werkstatt und „Sonstige Beschäftigungsstätten“ beschränkt. Für Menschen, die die Anforderungen der Leistungen im Arbeitsbereich nicht erfüllen können sind die Zuverdienstmöglichkeiten nicht ausreichend gesetzlich verankert.

10. Empfehlungen zur strukturellen Neuorientierung der Hilfen zu Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Das Projekt hat gezeigt, dass die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen und anhaltenden Störungen eine überragende Bedeutung in der Teilhabe für jeden einzelnen Menschen hat. In Zukunft müssen alle Lücken zwischen der Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Förderung und der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen geschlossen werden, insbesondere muss die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt mit personeller und bzw. oder finanzieller Unterstützung bis hin zur Platzierung von Langzeitarbeitslosen mit erheblichen Vermittlungshemmnissen (SGB II). gestärkt werden. Dabei sind unbefristeter Minderleistungsausgleich, Unterstütze Beschäftigung und Zuverdienst wichtige Instrumente.

Einsparungen in anderen Feldern – wie der Eingliederungshilfe nach SGB XII – sind möglich, wenn die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung realisiert ist.

Folgende Grundsätze sollten in der zukünftigen Leistungserbringung Beachtung finden:

- Individuelle Beratung und Information so frühzeitig wie möglich, ggf. mit Neigungs- und Eignungstest und fließendem Übergang von Begutachtung, Assessment und Erprobung/Training sind als verbindlicher Standard einzuführen:
  - für psychisch kranke Menschen in Arbeit - bereits im Betrieb (siehe Prävention)
  - für Krankenhauspatienten – bereits bei Aufnahme in der Klinik und in regelmäßiger Wiederholung
  - in der Kontakt- und Beratungsstelle bzw. Sozialpsychiatrischem Dienst
  - für Arbeitssuchende – bei längerer Krankheit (mehr als sechs Wochen)

- Bei der Festlegung der Teilhabe-<u>Ziele</u> muss ein viel breiteres Spektrum von Möglichkeiten ins Auge gefasst werden (Teilzeitarbeit bis hin zu stundenweiser Beschäftigung, geförderte Arbeit im ersten Arbeitsmarkt, Arbeitsassistenz).

- Bei der <u>Hilfebedarfsfeststellung</u> sollte viel stärker nach den individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen und den für den Einzelfall bedeutsamen Kontextbedingungen differenziert werden.

- Bei der <u>Hilfeleistung</u> soll entsprechend viel stärker differenziert werden (Loslösung von Einrichtungs- oder Maßnahmebezug).

- Auf Grund der erheblichen Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für den Gesundungsverlauf, sollte bei psychisch Kranken vor einer Berentung oder der Zuweisung zu einer WfbM immer eine individuelle Hilfeplanung (mittels IBRP) unter Einbeziehung psychiatrischer Fachleute vorgenommen werden – im Zweifelsfall unter Einbeziehung einer gezielten Belastungserprobung im Rahmen eines Assessments.

- Einführung flexibler begleiteter Belastungserprobung als ergänzendes Instrument der Bedarfsfeststellung / Einstufung SGB II/XII.

- Schaffung von regionalen Organisationsstrukturen zur Planung und Durchführung von übergreifender Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Hilfe-Angebote:
  - Kooperation und Abstimmung bei der Hilfeplanung sind verbindlich vorzugeben: sozialpsychiatrische Gesamtplanung (mit IBRP) als unabdingbare Voraussetzung jeglicher Teilhabeplanung durch Persönlichen Ansprechpartner oder Fallmanager bei der ARGE oder bei den (sonstigen) Reha-Trägern
  - Entwicklung einer regionalen Kooperation zwischen dem Fallmanagement (incl. den Servicestellen) der Leistungsträger und dem sozialpsychiatrischen Hilfesystem zur arbeitsökonomischen Vorbereitung der Hilfeplanung
  - Bedarfsfeststellung und Planung bei komplexem Hilfebedarf mit anerkannten Verfahren der integrierten Hilfeplanung (IRP), – als Voraussetzung für die Abstimmung in Hilfeplankonferenzen (anstelle bisheriger Einstufungsverfahren SGB II/XII)
  - Implementation regionaler Hilfeplankonferenzen für Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (in Verzahnung mit sozialer Eingliederung)
  - Verankerung einer Koordinierenden Bezugsperson in regionalen Vereinbarungen, die auch eine Brückenfunktion zu den relevanten Leistungsträgern wahrnimmt

- Qualifizierung der Arbeitsplanung und -begleitung sowie der Hilfeplanung und der Reha-Begleitung in der Arbeitswelt
  - Qualifizierung des sozialpsychiatrischen Hilfesystems hinsichtlich arbeitsbezogener Hilfen
  - Qualifizierung der Arbeitsverwaltung und Arbeitsförderung hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Menschen
  - Qualifizierung von koordinierenden Bezugspersonen mit arbeitsbezogener und sozialpsychiatrischer Kompetenz zur Netzwerkarbeit (Case-Management)
  - Verpflichtung der Integrationsämter, spezialisierte Fachkräfte für die Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung in IFD in erforderlichem Umfang und erforderlichen Kapazität (max. 20-25 Betroffene pro Fachkraft) anzubieten

- Rehabilitation und Arbeitsplätze sind möglichst nicht in Sondereinrichtungen für behinderte Menschen anzusiedeln; vorrangig ist "training on the job". Soweit Arbeitsplätze in geschützten Settings schon bestehen, sind diese möglichst auszugliedern:
  - Entwicklung von Rehabilitation mit Schwerpunkt "Aufnahme eines Arbeitsplatzes“, dabei auch Hilfen nach dem Prinzip "Erst platzieren, dann rehabilitieren"
  - Schaffung geeigneter Arbeitsplätze für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt, auch als Alternative zur Werkstatt, Praktikumsplätze, Zuverdienstplätze u. Ä.
  - Flexibilisierung des Werkstattangebots durch Auslagerung des Berufsbildungs- bzw. des Arbeitsbereiches und Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen
  - Verbesserung der Finanzausstattung der Integrationsämter zur bedarfsgerechten Umsetzung des SGB IX zur Gewährleistung des weiteren zügigen Auf- und Ausbaus von Integrationsfirmen, von Integrationsfachdiensten und begleitenden Hilfen im Arbeitsleben
  - Passgenaue berufliche Qualifizierung im Betrieb oder in allgemeinen Bildungsmaßnahmen mit begleitenden Hilfen

- Rehabilitation und Vermittlung in Arbeit dürfen nicht auf hochschwellige Arbeit mit Ausbildungsanforderung und voller Leistungsfähigkeit beschränkt werden sondern müssen auf alle Stufen von Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit ausgerichtet sein:
  - Dabei sind die individuellen Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankung festzustellen und bei der Vermittlung zu beachten.

- o Teilzeitbeschäftigung ab durchschnittlich 3 Std./Tag, flexible Arbeitszeit und spezielle Anforderungen an die Arbeitsplatzgestaltung sind zu ermöglichen.
- o Verpflichtung der Träger der Arbeitsvermittlung zur bedarfsgerechten Beauftragung und Finanzierung der IFD entsprechend den „Gemeinsamen Empfehlungen“ der BAR

- Arbeitstätigkeit soll möglichst leistungsgerecht vergütet werden – Lohn geht vor Sozialleistung. Bei tariflich vergüteter arbeitsvertraglich geregelte Beschäftigung ist soweit gutachterlich überprüft und anerkannt Minderleistungsausgleich für die Dauer der Beeinträchtigung zu gewähren.

- Um flexible und bedarfsgerechte Hilfen wie aus einer Hand zu gewährleisten, sollen entsprechende Angebotsformen im Sinne von koordinierten Komplexleistungen und darauf zugeschnittene Finanzierungsformen gefunden werden (z. B: persönliches Budget).

- Aufbau uns Ausbau betrieblicher Prävention / Erhalt des Arbeitsplatzes bei psychischer Erkrankung:
  - o Ausbau von betrieblicher Gesundheitsförderung durch Umsetzung des § 20 a SGB V
  - o Ausbau der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 b SGB V)
  - o Eingliederungsmanagement zum erhalt des Arbeitsplatzes nach § 84 SGB IX
  - o Information und Aufklärung im Betrieb
  - o Ausbau der begleitenden Hilfen am Arbeitsplatz als Rehabilitationsleistung nach dem § 33 SGB IX und auch als Eingliederungsleistungen nach dem § 16, 2 SGB II (psychosoziale Betreuung)

Anhang

1. Mitglieder der Kommission zum Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“

2. Interessenbekundung zur Teilnahme und Beschreibung der regionalen Versorgungsstruktur

3. Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan

4. Zusatzbogen „Zielerreichung“

5. Übersicht der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

6. Projektvereinbarungen aus den Regionen

7. Sammlung einiger Projekte und Beispiele aus den Regionen

8. Sammlung von Beispielen für HPK-Dokumentationen

9. Auszug aus dem Equal-Projektantrag

10. Dokumentation der klientenbezogenen Kooperation mit Equal ‚apk’