

Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt

Werkstattbericht zur Equal Entwicklungspartnerschaft
***apk – Arbeit für psychisch kranke
und behinderte Menschen***



INHALT

1	Einleitung.....	1
2	Integration von psychisch kranken und behinderten Menschen in Arbeit – zum Stand der Diskussion	2
3	Entstehungszusammenhang der Equal Entwicklungspartnerschaft apk	7
4	Das Konzept der Equal-Entwicklungspartnerschaft apk.....	9
4.1	Vernetzte Kompetenz.....	9
4.2	Das Zielsystem der Entwicklungspartnerschaft	10
	<i>Zielebene 1: Netzwerk der Hilfesysteme</i>	<i>11</i>
	<i>Zielebene 2: Ausbau von Methoden zur individualisierten Hilfeplanung</i>	<i>13</i>
	<i>Zielebene 3: Verbesserung individueller Integrationsprozesse</i>	<i>14</i>
	<i>Zielebene 4: Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen</i>	<i>16</i>
	<i>Zielebene 5: Sensibilisierung von Arbeitsgebern und Öffentlichkeit.....</i>	<i>17</i>
5	Zum Stand der Umsetzung des Arbeitsprogramms	19
5.1	Bisherige Praxiserfahrungen der Teilprojekte	19
5.2	Perspektiven für den Mainstreamingprozess.....	23

Hamburg, Juni 2006

Bearbeitung Lawaetz-Stiftung:

Peer Gillner

Katrin Triebel

Fachliche Unterstützung und Autoren des Kapitel 2

PD. Dr. Peter Brieger

Dr. Andreas Weber

Johann Daniel Lawaetz – Stiftung

Arbeitsbereich Forschung Evaluation Wissenstransfer

Neumühlen 16-20 · D-22763 Hamburg

Tel. 040/ 39 99 36-54 · Fax 040/ 39 99 36-90 · www.lawaetz.de



1 Einleitung

Die aus dem Europäischen Sozialfonds kofinanzierte Gemeinschaftsinitiative Equal zielt auf die Erprobung neuer Wege zur Bekämpfung von Ungleichheiten von Arbeitssuchenden und Arbeitenden auf dem Arbeitsmarkt. Die Strategie der Gemeinschaftsinitiative zeichnet sich dadurch aus, dass innovative Ansätze der Arbeitsmarktpolitik in unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten gefördert werden, die nach einem Erprobungsprozess durch das Mainstreamingverfahren in regionale Systeme zu überführen sind. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen von Projektverbänden - Entwicklungspartnerschaften - unter der besonderen Berücksichtigung von Querschnittszielen.

Dieser Werkstattbericht ist im Rahmen der begleitenden Evaluation der bundesweiten Equal-Entwicklungspartnerschaft „apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen“ erstellt worden.

Vor dem Hintergrund der besonderen Ausrichtung der Entwicklungspartnerschaft liefert der Werkstattbericht in einem Beitrag der Kollegen Dr. Andreas Weber (MLU Halle Wittenberg) und PD. Dr. Peter Brieger (Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Kempten) zunächst eine Beschreibung der Ausgangslage für die Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt.

Die Entwicklungspartnerschaft apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen findet seinen Entstehungszusammenhang in einer Entwicklung, die bereits in den 1990er Jahren unter dem Stichwort der Teilhabe psychisch kranker Menschen an Arbeit und Beschäftigung einsetzte. Unter Koordination der AKTION PSYCHISCH KRANKER wurde ab 2004 ein vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Modellprojekt mit diesem Schwerpunkt durchgeführt. Dieses Modellprojekt wird in seiner Bedeutung als Vorläufer zur Equal-Entwicklungspartnerschaft dargestellt.

Ein Kapitel über das integrierte Konzept und die Implementierung der Entwicklungspartnerschaft bildet den Schwerpunkt dieses Werkstattberichtes. Hier werden die unterschiedlichen Zieldimensionen des Netzwerkes genau beschrieben und im Hinblick auf deren Umsetzungen (durch operationalisierte Teilziele und entsprechende Maßnahmen) dargestellt. Schließlich gibt der Bericht einen kurzen Einblick in die bisherige Umsetzung des Arbeitsprogramms seit Mitte 2005 und öffnet in einem abschließenden Kapitel die Diskussion zu den Perspektiven eines nachhaltigen Ergebnistransfers im Rahmen des Mainstreamings.

2 Integration von psychisch kranken und behinderten Menschen in Arbeit – zum Stand der Diskussion

Psychische Erkrankungen sind häufig: Mehr als 27% der erwachsenen Europäer leiden mindestens einmal im Leben unter relevanten psychischen Störungen. Die EU geht davon aus, dass zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden (Europäische Gemeinschaften, 2005). Psychische Störungen bedingen Leid und Beeinträchtigungen: Nach Zahlen von WHO und Weltbank machen psychisch behinderte einen Anteil von mehr als einem Fünftel der Zahl dauerhaft behinderter Menschen aus (Murray, Lopez & WHO, 1996).

Symptome psychischer Erkrankungen bedingen regelhaft deutliche Erschwernisse für eine erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Psychiatrische Symptome (z.B. Antriebsstörungen, die die Betroffenen daran hindern, aus dem Bett zu kommen, um zur Arbeit zu gehen; Wahnvorstellungen, die Arbeitsbeziehungen beeinträchtigen können; Konzentrationsstörungen, die Ausdauer und Durchhaltevermögen beeinträchtigen) schränken die Fähigkeit ein, einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können. Die Betroffenen selbst nehmen sich als stark beeinträchtigt wahr und erkennen, dass die Erkrankung ihre Leistungen im Beruf mindert (Baron & Salzer, 2002). Arbeitsunfähigkeit und bei Chronifizierung Erwerbsminderung sind Folgen. Die Deutsche Rentenversicherung weist in ihrer Statistik aus, dass im Jahr 2004 26,5% (Männer) bzw. 37,2% (Frauen) der neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen bewilligt wurden (Deutsche Rentenversicherung, 2006). In einer Langzeituntersuchung zum beruflichen und sozialen Outcome schwerer psychischer

Erkrankungen zeigte sich, dass 72% der untersuchten Patienten mit Schizophrenie im Laufe der Erkrankung einen beruflichen Abstieg im Vergleich zu ihrem prämorbidem Leistungsniveau erfahren mussten (Marneros, Deister & Rohde, 1991). Gerade für Personen mit chronischen psychischen Erkrankungen scheint aber eine vorzeitige Berentung oft als einzige Alternative in Betracht zu kommen (Brieger, Bloink, Rottig, *et al*, 2004; Clouth, 2004). Chronisch psychisch kranke Menschen, die frühzeitig berentet werden, haben jedoch meist nur geringe Rentenbeiträge geleistet und können folglich nur geringe Zahlungen erwarten. Zwar stellt für manche Betroffene eine Berentung eine finanzielle Absicherung dar, die damit einhergehenden Leistungen sind aber oftmals niedrig. Auch geht zumeist der Zugang zur Finanzierung weiterer rehabilitativer Maßnahmen verloren.

Diese Entwicklungen und Fakten müssen jedoch auch im Zusammenhang mit gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen gesehen werden: So beschrieb der Soziologie Richard Sennett schon in seinem Essay "Der flexible Mensch" (1998)¹ die Arbeitssituation und Lebensgestaltung verschiedener Menschen aus der Lower East Side in Manhattan. Seine Grundintention war es, anhand von Fallbeispielen aufzuzeigen, wie Menschen angesichts der Herausforderungen des modernen Arbeitslebens sich gezwungen sehen, „flexibel“ zu werden, d.h. sich den Erfordernissen einer diffusen und von Brüchen in Er-

¹ Im englischen Original interessanterweise "Corrosion of character".

werbsverläufen gekennzeichneten Arbeitswelt anzupassen. Die Geschwindigkeit von Veränderungen, die Anforderungen des lebenslangen (Er-) Lernens auf dem sich ständig wandelnden Arbeitsmarkt, haben Unsicherheit und Instabilität bezüglich qualifikatorischer Anforderungen zur Norm werden lassen. Die kurzfristig angelegten Gewinnmaximierungsstrategien im Sinne der Arbeitsplatzsicherung stehen nach Sennett im völligen Gegensatz zu den auf Langfristigkeit angelegten Prozessen der Sozialintegration, des Wurzelschlagens, der Charakterbildung. Anhand mehrerer Beispiele aus der US-amerikanischen (Industrie-) Gesellschaft versucht Sennett nachzuzeichnen, dass wir uns in einer nie zuvor da gewesenen Phase des Kapitalismus, nämlich eines neuen, flexiblen Kapitalismus befinden, in dem allein die Anforderungen des Arbeitsmarktes hinsichtlich Flexibilisierung alle anderen Sozialprozesse dominieren. Entscheidend ist seine Befürchtung, das US-amerikanische Arbeitsmarktgeschehen mit seinem Zwang zur Flexibilisierung könnte auch den europäischen Raum erfassen, - mit allen Vor - aber vor allem mit allen Nachteilen. In einer von solchen Elementen geprägten Arbeitswelt ist es einsichtig, dass die Entwicklung von Werten, insbesondere des Selbstwertgefühls, stärker denn je von den qualifikatorischen Ressourcen des Individuums am Arbeitsmarkt abhängig werden wird.

Überträgt man diese Gedanken nun explizit auf die Situation behinderter und psychisch kranker Menschen auf dem Arbeitsmarkt der Zukunft, so ist klar erkennbar, dass gerade der Zwang zu Mobilität und Flexibilisierung, auch in räumlicher Hinsicht, einem stärkeren Bedürfnis von chronisch kranken Menschen nach Sozialintegration entgegenstehen wür-

de. Vor allem der Wechsel und/ oder der Verzicht im Bereich der zum Teil dauerhaft benötigten, gewohnten medizinischen und therapeutischen Einrichtungen müssen als weiteres Hemmnis für das flexible Anbieten der eigenen Arbeitskraft gesehen werden.

Nach einer Umfrage aus den 90er Jahren (Angermeyer & Matschinger, 1996) waren lediglich 5.6% der chronisch psychisch kranken Menschen vollbeschäftigt, 6.5% waren teilzeitbeschäftigt, weitere ca. 20% verfügten über einen geschützten Arbeitsplatz. In beruflicher Rehabilitation befanden sich ca. 5%. Diese Daten korrespondieren mit internationalen Befunden, nach denen in Europa die Beschäftigungsraten psychisch Kranker lediglich zwischen 10% und 20% liegen. Bei ersterkrankten schizophrenen Patienten zeigten sich zunächst zwar Beschäftigungsraten von 52% bis 65%, die bei Fortbestehen der Erkrankung innerhalb kurzer Zeit aber auf 25% bis 49% fielen (Marwaha & Johnson, 2004).

Keine Arbeit oder Beschäftigung zu haben oder solche zu verlieren, verschlechtert das psychische Befinden und bedingt wieder psychische Störungen bzw. eine Verschlechterung des psychischen Befindens (Kates, Greiff & Hagen, 1990). Soziale Isolation ist eine offensichtliche Konsequenz (Boardman, Grove, Perkins, *et al*, 2003). Entsprechend hat die EU Kommission im Entwurf zum Grünbuch zur psychischen Gesundheit (Europäische Gemeinschaften, 2005) Arbeitslosigkeit als Risikofaktor psychischer Erkrankungen benannt, während soziale Partizipation (die regelhaft Konsequenz von Erwerbstätigkeit ist) als Schutzfaktor aufgeführt wird. Richard Warners Metaanalyse (2004) zum Langzeitverlauf der Schizophrenie zeigte eindrucksvoll, dass während des letzten

Jahrhunderts die allgemeine Arbeitssituation ein wesentlicher prognostischer Faktor war: In Zeiten der Vollbeschäftigung war der soziale Ausgang der Schizophrenie deutlich besser als in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit.

Eine kontrollierte Studie aus Deutschland hat kürzlich gezeigt, dass berufliche Rehabilitation und Integration belegbare positive Effekte auch 9 Monate nach der Maßnahme hat – für verschiedene Erfolgsparameter wie Wiedereingliederung, Beschäftigung und Lebensqualität (Brieger, Watzke, Galvao, *et al*, 2006). Trotz dieser Erkenntnisse werden psychisch Behinderte sozialrechtlich bis heute in der beruflichen Rehabilitation und Integration benachteiligt (Aktion Psychisch Kranke, 2004; Lehmann, 1999). Zwar stellt die berufliche Rehabilitation oder Arbeitsrehabilitation insgesamt einen wichtigen Leistungsaspekt der Kostenträger in der Bundesrepublik dar, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker sind jedoch vergleichsweise rar. Insgesamt wurden im Jahre 2001 7,3 Mrd. Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewendet – jedoch erfolgten nur etwa ein Prozent aller beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2003).

Die „Aktion Psychisch Kranke“ (2004) geht davon aus, dass die Teilhabe am Arbeitsleben für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen große Bedeutung hat. Arbeit verschafft:

- die Möglichkeit persönlicher Erfolge und Sicherheit durch Bewältigung äußerer Anforderungen

- die Möglichkeit, normale soziale Rollen zu erfüllen und einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken
- ein Kriterium für Genesung
- sozialen Status und Identität
- soziale Kontakte und Unterstützung
- Tagesstrukturierung.

Berufliche Rehabilitation strebt dementsprechend neben einer Reduktion psychischer Symptomatik im Wesentlichen die Förderung und Entwicklung sozialer Fertigkeiten und die günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen an. Das dabei vorrangige Ziel stellt die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben dar bzw. eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben innerhalb einer befristeten Zeit. Dieses Ziel ist nicht nur für die Erreichung eines Einkommens von zentraler Bedeutung, sondern vor allem auch für die soziale Anerkennung, das Selbstwertgefühl, die Identität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dabei kann es jedoch in Zeiten, in denen nicht allen gesunden Mitgliedern der Gesellschaft ein Arbeitsplatz angeboten werden kann, nicht das alleinige Ziel der Arbeitsrehabilitation sein, eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Bereits Morgan und Cheadle (1975) konnten zeigen, dass eine Wiedereingliederung psychisch Kranker auf dem ersten Arbeitsmarkt ab 2% Grundarbeitslosigkeit problematisch, ab 6% nahezu unmöglich erscheint. Ausgehend von dieser Ergebnislage wird deutlich, dass die Fokussierung auf die Wiedereingliederung der Erkrankten in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu kurz greift. Rehabilitative Einrichtungen folgen zunehmend einem biologisch-psychosozialen Krankheitsmodell und sehen ihre Zielsetzung verstärkt auch in einer Stabilisierung der Symptomatik, Vermittlung psy-

choedukativer Inhalte sowie sozialer Kompetenzen.

Im Zuge einer fortschreitenden institutionellen Differenzierung hat sich in Deutschland eine große konzeptionelle und inhaltliche Vielfalt an Rehabilitationseinrichtungen entwickelt, so dass es immer schwieriger wird, einen vollständigen Überblick zu erhalten (Aktion Psychisch Kranke, 2004; Albrecht & Bramesfeld, 2004). Mit den *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)* wurde für die Zielgruppe der Personen mit seelischen Beeinträchtigungen ein spezifisches Angebot zur integrierten medizinisch-beruflichen Leistungserbringung unter Einbeziehung verschiedener Leistungsträger entwickelt (Weig & Schell, 2005). Das Hilfeangebot umfasst in der Regel ärztliche Behandlungen sowie Psycho-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Belastungserprobungen, Bewegungstherapien, soziotherapeutische Trainings und berufsvorbereitende Maßnahmen bilden weitere integrale Bestandteile, die von interdisziplinären Teams angeboten und durchgeführt werden. Waren in den 80er Jahren zunächst zentrale, stationäre und relativ große RPKs empfohlen worden, die ursprüngliche Empfehlungsvereinbarung der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) ging von mindestens 50 Plätzen aus, so hat sich in den 90er Jahren, auch im Zuge des neuen Paradigmas der personenzentrierten Hilfen, eine Abkehr von solchen stationären Großeinrichtungen durchgesetzt. Neben den RPKs tragen andere Einrichtungstypen wesentlich zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter bei. Hier sind vor allem Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren, Einrichtungen der ambulanten Arbeitstherapie, begleitende Hilfen (einschließlich Integ-

rationsfachdienste), Integrationsfirmen, Zuverdienstprojekte und auch Werkstätten für behinderte Menschen zu nennen. Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke standen zunächst ausschließlich Menschen mit körperlichen bzw. Sinnesbehinderungen zur Verfügung, heute nehmen nahezu alle *Berufsförderungswerke (BFW)* auch Menschen mit psychischen Behinderungen auf. *Berufsbildungswerke (BBW)* stehen bundesweit in nur zwei Fällen ausschließlich psychisch behinderten Personen zur Verfügung, fünf weitere Einrichtungen dieses Typus nehmen psychisch Kranke in nennenswertem, neun weitere in geringerem Umfang auf, alle anderen nur im Einzelfall (Bernhardt, 2002). *Berufliche Trainingszentren (BTZ)* sind als Konzepte der wohnortnahen Rehabilitation speziell für psychisch behinderte Menschen eingerichtet worden. Das hier angebotene Leistungsspektrum umfasst im Wesentlichen Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen, Arbeitserprobungen und Berufsfindung, in Einzelfällen auch die Ausbildung. Den BFW, BBW und BTZ ist gemeinsam, dass sie von den Rehabilitanden ein hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit fordern, so dass eine zunächst halbschichtige, später vollschichtige Einsetzbarkeit gewährleistet ist. *Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)* weisen demgegenüber die niedrigsten Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitanden auf. Nach Art und Schwere der Behinderung werden Beschäftigungsmöglichkeiten für grundsätzlich alle behinderten Menschen angeboten. Diese Einrichtungen verfügen über ein dichtes Netz wohnortnaher Angebote, stellen jedoch nur ein kleines Segment aus dem Spektrum der beruflichen Rehabilitationsleistungen zur Verfügung, so z.B. eine angemessene berufliche Bildung und Be-

schäftigung zu einem leistungsgemäßen Entgelt sowie Förderangebote zur Erhaltung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit. Bezüglich *gewerblicher und gemeinnütziger Bildungsträger* liegt bislang keine systematische Übersicht vor. Die hier erbrachten Leistungen sind inhaltlich vielfältig und folgen unterschiedlichen Zielstellungen. In vielen Fällen sind sie aus sozialrechtlicher Perspektive nicht unter den Begriff „Rehabilitation“ zu subsumieren, sondern stellen Maßnahmen der „beruflichen Integration“ dar.

Ein neues, in Deutschland jedoch bisher wenig praktiziertes Prinzip der beruflichen Wiedereingliederung stellt das Paradigma des „*Supported Employment*“ bzw. dessen manualisierte Interventionsform „*Individual Placement and Support*“ (Becker & Drake, 1994) dar. Dieser in den USA entwickelte Ansatz unterstützender Beschäftigung stellt die Platzierung am alten oder neuen Arbeitsplatz in den Mittelpunkt („*first place, then train*“). Zielgruppe sind Personen, die noch nicht ins Arbeitsleben integriert waren oder nicht mehr an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können sowie Rehabilitanden, die Probleme bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz haben. Das Vorgehen ist hier durch Vorbereitungstrainings und Leistungserprobungen, das Platzieren am alten oder an einem neuen Arbeitsplatz, dortiges Training und Unterstützung sowie Nachbetreuung mit kontinuierlichem Abbau der Hilfen gekennzeichnet. Dieser Ansatz wurde in seiner Wirksamkeit in einer Vielzahl von anglo-amerikanischen Untersuchungen bezüglich der Wiedereingliederungsquote belegt (Crowther, Marshall, Bond, et al, 2003), ob er auch unter den sozial- und

arbeitsrechtlichen Bedingungen Deutschlands erfolgreich ist, ist aber bislang offen.

Dies zu erforschen und - im Sinne von „*trial and error*“ - aktiv zu implementieren, ist für die Lebens- und Arbeitssituation psychisch kranker Menschen angesichts der sich immer weiter wandelnden Arbeitsmärkte und der damit verbundenen qualifikatorischen Anforderungen auch im Sinne der Identitätsbildung unerlässlich.

Erving Goffman hat den Begriff der Identität in drei Kategorien einteilt:

- Die Soziale Identität: Auf Grund eines Merkmals wird das Individuum einer sozialen Gruppe zugeordnet.
- Die Persönliche Identität (Goffman 1967: 72ff.), die auf der „Identifizierbarkeit eines bestimmten Individuums im sozialen Umfeld“ (Cloerkes 1997:153) fußt und die
- Ich-Identität, die aus dem subjektiven „Selbst-Bewusstsein“, das ein Individuum auf Grund seiner sozialen Erfahrungen und seiner Selbstreflexion ausbildet (Goffman 1967: 132f.), erwächst.

Der Aufbau eines Identitätskonzepts aus den genannten Elementen betrifft die Würde eines jeden Menschen.

Zum freien und individuellen Erwerb von persönlicher Identität beeinträchtigter und leistungsreduzierter Menschen mit psychischen Erkrankungen beizutragen, ist maßgeblich auch und gerade Verpflichtung des Sozialstaates. Arbeit ist hierbei ein wesentlicher Faktor.

3 Entstehungszusammenhang der Equal Entwicklungspartnerschaft apk

Die Erprobung und Implementierung solcher neuer Ansätze ist Aufgabe der Entwicklungspartnerschaft apk. Dabei kann die EP auf eine breite Entstehungsgeschichte zurückgreifen. Wie bereits oben erwähnt, fand in den 90er Jahren ein Paradigma-Wechsel – von der Institutionenzentrierung hin zu personenzentrierten Hilfen – statt. Maßgeblich beteiligt an dieser Entwicklung war und ist die 1971 von Abgeordneten des Bundestages sowie Fachleuten aus dem Bereich der Psychiatrie gegründete AKTION PSYCHISCH KRANKER (APK). Die APK fungiert seit dem hinsichtlich der Erreichung gemeindepsychiatrischer Reformziele als Nahtstelle zwischen den im Bundestag vertretenen Parteien und der psychiatrischen Fachwelt. In dieser Eigenschaft hat die APK zahlreiche Projekte und Untersuchungen initiiert und durchgeführt.

Allgemein formuliert wurde der Paradigmen-Wechsel zunächst durch die von der APK initiierten Beraterkommission zur Begleitung des Modellprogramms Psychiatrie (1980 – 1986)². Inzwischen wird diese Umorientierung

- von der Institutionenzentrierung zur Personenzentrierung
- von der Angebots- zur Bedarfsorientierung
- von einer auf Berufsgruppeninteressen bezogenen Sichtweise hin zum mehrdi-

mensionalen Krankheitskonzept und multiprofessioneller Behandlung

für den stationären ebenso wie für den ambulanten und komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung zunehmend konkretisiert.

Gerade hinsichtlich der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen jedoch nach wie vor erhebliche Probleme. So konstatierte die APK 2004 einen erheblichen Handlungsbedarf: Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ist besorgniserregend.³ Zum einen sind diese Menschen fast völlig von der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ausgeschlossen, zum anderen findet das Thema der Teilhabe auch in den psychiatrischen Hilfesystemen kaum Beachtung. Hier fehlt es sowohl an ausreichenden dauerhaften Fördermöglichkeiten für die Teilhabe dieser Personengruppe als auch an barrierefreien Arbeitsplätzen, wobei bereits die Anforderungen an einen barrierefreien Arbeitsplatz hier weitgehend unbekannt sind.

Zwar gibt es auf der Ebene einzelner Einrichtungen und Träger zahlreiche positive Beispiele und gelungene Ansätze für eine berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen, nach wie vor mangelt es aber vor allem an regionalen, am personenzentrierten Ansatz orientierten Verbundsystemen der Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.

² Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ 1988, Kapitel C.3 „Die Gemeindepsychiatrie in funktionaler Betrachtungsweise“

³ Projekt: „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2000 – 2003); Bericht: „Individuelle Wege ins Arbeitsleben“, 2004

An diesem Problem setzte das von der AKTION PSYCHISCH KRANKER in den Jahren 2004 bis 2005 durchgeführte Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ (TAB) an. Ziel des Projektes waren zum einen die gezielte Förderung der Entwicklung und des Aufbaus regionaler Verbundsysteme in Referenzregionen durch wissenschaftliche Beratung sowie zum anderen die Aufarbeitung der Ergebnisse für eine Weiterentwicklung des Sozialrechts.

Für das Projekt TAB wurden sieben Regionen ausgewählt, in denen die Systementwicklung durch konkrete Aktionen gefördert wurde. Dabei handelt es sich um folgende Projektregionen:

1. Bremen
2. Hamburg
3. LK Altenburg / Gera / LK Saalfeld-Rudolstadt (Thüringen)
4. Bielefeld (NRW)
5. Ingolstadt/Neumarkt i.d. Oberpfalz (Bayern)
6. LK Ravensburg/Bodenseekreis (Baden-Württemberg) sowie
7. Rostock/LK Ostvorpommern (Mecklenburg-Vorpommern)

Durch verbindliche Kooperationen und übereinstimmende Ausrichtung an den Prinzipien personenzentrierter Hilfeleistung sollten in diesen Regionen die bestehenden Angebote optimiert werden, eine wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung bestehender sozi-

alrechtlicher Ansprüche erfolgen und die vorliegenden Konzeptionen („personenzentrierten Hilfen“) und Handlungsleitlinien umgesetzt werden. Weiter sollten Qualitätsstandards und Kooperationsstrukturen implementiert sowie letztlich verbindliche Vereinbarungen der Leistungserbringer untereinander und mit den Leistungsträgern abgeschlossen werden, um so eine optimale Planung, Durchführung und Evaluation von Hilfen zur Teilhabe von psychisch kranken Menschen am Arbeitsleben zu erzielen.

Die in den Referenzregionen entstandenen regionalen Verbände sollten schließlich durch einen gezielten Erfahrungs- und Wissenstransfer auch anderen interessierten Verbänden den Auf- und Umbau von Hilfesystemen erleichtern, die zu einer langfristigen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen am (geförderten sowie nicht geförderten) Arbeitsmarkt beitragen.

Die Equal-Entwicklungspartnerschaft „apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen“ baut auf den Ergebnissen des Projektes „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke“ auf. Die positiven Erfahrungen, die im Rahmen des TAB-Projektes beim Aufbau von gemeindepsychiatrischen Verbänden in den Projektregionen gemacht wurden, sollen durch die Entwicklungspartnerschaft unterstützt, beschleunigt und auf nationaler Ebene verbreitet werden, wobei die APK als strategischer Partner für die Begleitung des Projektes gewonnen werden konnte.

4 Das Konzept der Equal-Entwicklungspartnerschaft apk

4.1 Vernetzte Kompetenz

Die Entwicklungspartnerschaft apk ist eine bundesweite sektorale Partnerschaft, bestehend aus 11 Teilprojekten. Eine Vielzahl strategischer Partner aus den Modellregionen des TAB-Projektes unterstützt die Entwicklungspartnerschaft zudem durch eine enge Kooperation in der regionalen Vernetzung von Institutionen. Auch die Teilprojekte selbst waren fast alle bereits im TAB-Projekt aktiv eingebunden.

Darüber hinaus verfügt die EP über einen Beirat, in dem relevante Organisationen der Bundes- und Landesebene zusammengeführt sind. Hierzu zählen Fachverbände, Kliniken, Sozialpartner und Kostenträger (Agentur für Arbeit, Renten- und Krankenversicherungsträger etc.). Der Beirat fällt in der Regel strategische Entscheidungen und tagt zweimal jährlich.

Das Netzwerk der Entwicklungspartnerschaft vereint somit eine große Bandbreite an unterschiedlichen Akteuren und Kompetenzen. Auf der Ebene der Teilprojekte finden sich einerseits Kliniken und Berufsförderungswerke, aber auch kleine und regional bereits stark vernetzte Integrationsdienstleister und Beratungsstellen. Darüber hinaus sind auf der Ebene der strategischen Partner und des Beirats u.a. Bundesländer, Landkreise und Kommunen, Kostenträger, fachliche Experten der beruflichen Rehabilitation, Betroffenenverbände etc. eingebunden. Dieses breite Spektrum lässt wiederum ein überaus großes

Maß an Synergieeffekten erwarten. In einem Prozess der Neuausrichtung von Verfahren und Instrumenten können die vielfältigen Kompetenzen zusammengeführt werden und intensive Austausch- und Kooperationsprozesse erreicht werden.

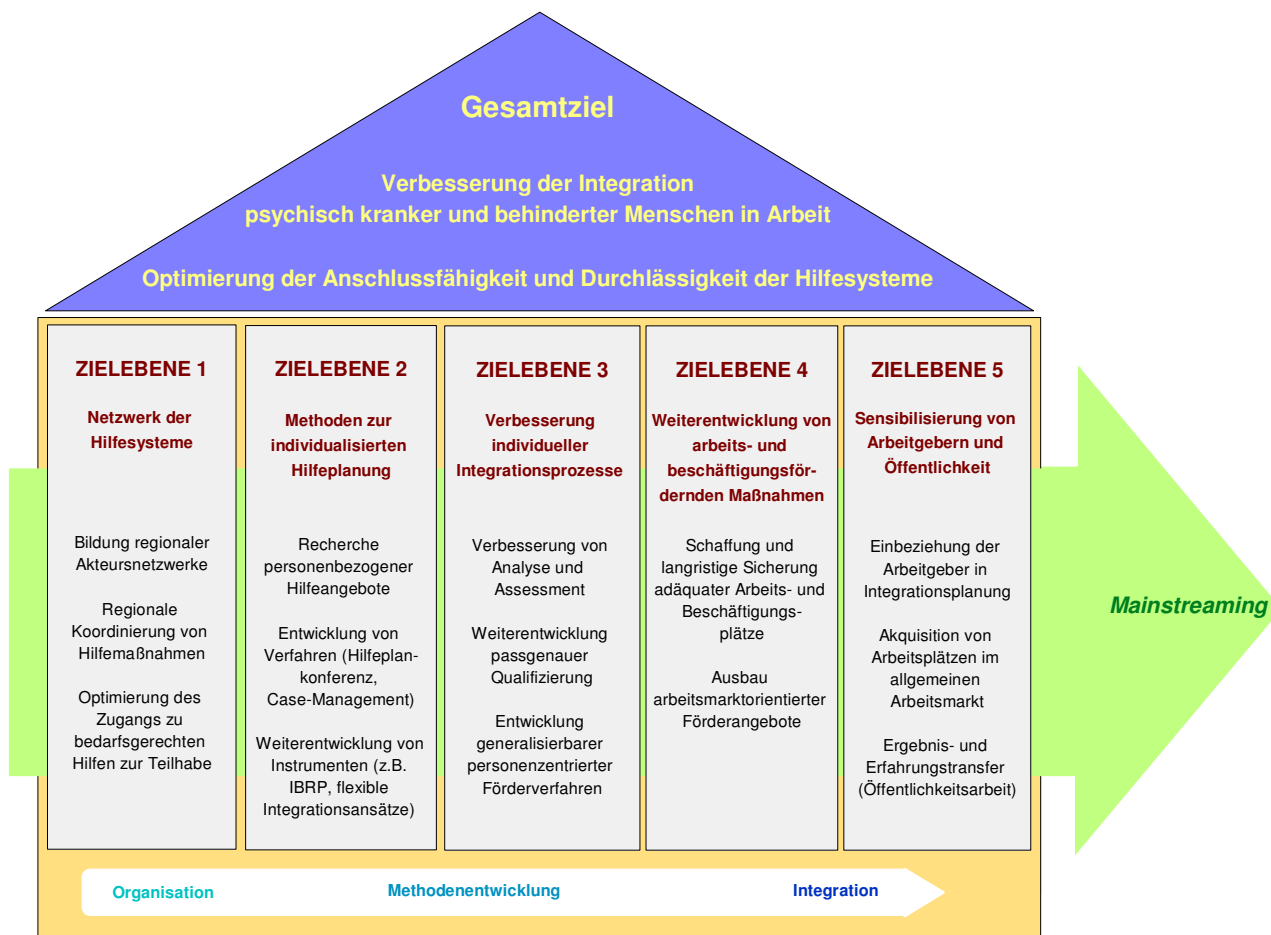
Equal ist ein transnational angelegtes Programm, das für alle Entwicklungspartnerschaften Kooperationen mit Partnern aus anderen EU-Ländern verbindlich vorsieht. Die Entwicklungspartnerschaft apk arbeitet im Rahmen der transnationalen Kooperation in einem Netzwerk von Partnern aus Krakau (Polen) und Riga (Lettland) zusammen. Beide Partner agieren als Einrichtungen für gemeindenaher Psychiatrie und verfügen über teils langjährige Erfahrungen zur Integration psychisch kranker Menschen in Arbeit – z.B. im Rahmen der Betreuung von Integrationsbetrieben, aber auch im Kontext von Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit. In der intensiven transnationalen Zusammenarbeit werden vor allem die Themenfelder Assessment, Integrationsbetriebe und Öffentlichkeitsarbeit (transnationale Anti-Stigma-Kampagne) fokussiert. In diesen Bereichen unterstützt das transnationale Netzwerk die Entwicklungspartnerschaft apk unmittelbar durch konstruktive Impulse und Erfahrungsaustausch. Die operativen Partner sind auch in die TCA-Treffen eingebunden.

4.2 Das Zielsystem der Entwicklungspartnerschaft

Die Equal-Entwicklungspartnerschaft ‚apk - Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen‘ zielt auf die Verbesserung beruflicher Integrationsprozesse für psychisch kranke und behinderte Menschen sowie auf die Optimierung der Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit der Hilfe-/ Unterstützungssysteme. Im Kontext dieser globalen Zielperspektive setzt sich die Entwicklungspartnerschaft differenzierte, aber aufeinander bezogene Strategieziele, die durch die eingebundenen Teilprojekte mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung verfolgt werden.

Als eine wesentliche Aufgabe der begleitenden Evaluation wurde auf der Grundlage der

Analyse von Projektkonzepten und ersten Experteninterviews eine Systematik entwickelt, die die jeweiligen Strategieziele der Entwicklungspartnerschaft erläutert und entsprechende Ansätze zur Zielverfolgung darstellt. Da dieses Zielsystem die Grundlage zur wissenschaftlichen Begleitung der partnerschaftlichen Netzwerkarbeit über den gesamten EP-Umsetzungszeitraum bildet, ist eine zwischen den EP-Partnern geführte Diskussion und Zustimmung von besonderer Bedeutung. Nachfolgend seien die jeweiligen Strategieziele (siehe Graphik) kurz erläutert.



Das Gesamtzielsystem der Entwicklungspartnerschaft richtet sich an die Verbesserung der Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit sowie an die Optimierung der Systeme, Methoden und Instrumente im Hinblick auf deren Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit. Diese Globalziele werden konzeptionell durch fünf Strategieziele verfolgt, die jeweils eigenständige Maßnahmen und Aktivitäten zu Grunde le-

gen, sich aber im Sinne einer integrierten Hilfeleistung prozessual aufeinander beziehen. Idealerweise bildet die Umsetzung der Strategieziele eine Prozesskette von der Organisation des Hilfeprozesses über die Entwicklung und den Einsatz von Methoden und Instrumenten bis hin zur nachhaltigen Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit.

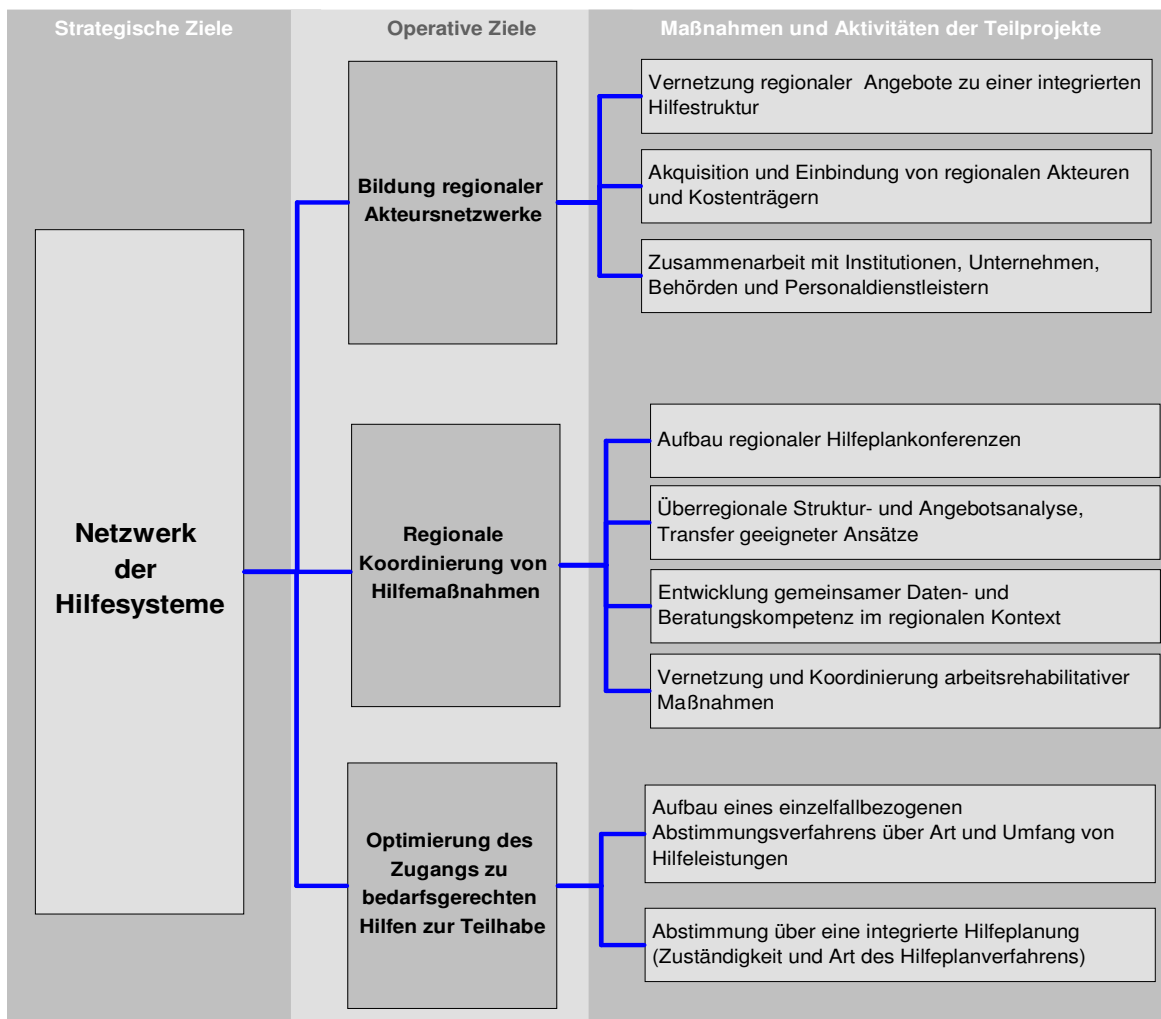
Zielebene 1:

Netzwerk der Hilfesysteme

Das strategische Ziel dieser ersten Zielebene wird die Implementierung eines umfassenden Netzwerkes der Hilfesysteme sein. Unter Einbindung aller relevanten Akteure geht es hier um den Aufbau einer gemeinsamen Beratungs- und Interventionskompetenz im regionalen Kontext, aber auch in überregionalen Zusammenhängen und über administrative und regionale Grenzen hinaus. Zielgruppe dieses strategischen Zieles sind also sämtliche Partner des Integrationsprozesses.

Zur Verbesserung und regionalen Abstimmung von Hilfesystemen und –angeboten steht die Bildung regionaler Akteursnetzwer-

ke im Vordergrund, die der Vernetzung regionaler Angebote zu einer integrierten Hilfestruktur dienen. Erreicht werden soll dies durch eine intensivere Zusammenarbeit der Akteure. Ein wichtiger Aspekt dabei ist daher vor allem die Einbindung der Kosten- und Leistungsträger, aber auch von Betrieben, Behörden und Unternehmen. Eine besondere Bedeutung dabei hat zur Zeit der Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen der ArGe'n, die als neue Akteure im Kontext des SGB II hinzugekommen sind.



Im Rahmen dieser Netzwerke sollen die personenzentrierte Hilfemaßnahmen strukturiert und koordiniert werden. Eine wesentliche Aufgabe geknüpfter Netzwerke wird der Aufbau bzw. die Durchführung regionaler Hilfeplankonferenzen sein, um arbeitsrehabilitative Maßnahmen personensorientiert planen und anwenden zu können. Auch überregional sollen bestehende Angebote zusammengeführt werden und ein Transfer geeigneter Ansätze erfolgen.

Letztendlich soll eine optimierte Zusammenarbeit durch Vernetzung dazu dienen, einen

möglichst individuell passgenauen Zugang zu bedarfsgerechten Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Die nachfolgende Übersicht stellt die drei operativen Zielebenen „Bildung regionaler Akteursnetzwerke“, „regionale Koordinierung von Hilfemaßnahmen“ und „Optimierung des Zugangs zu bedarfsgerechten Hilfen zur Teilhabe“ sowie die jeweiligen in der Entwicklungspartnerschaft geplanten Maßnahmen und Aktivitäten dar.

Zielebene 2:

Ausbau von Methoden zur individualisierten Hilfeplanung

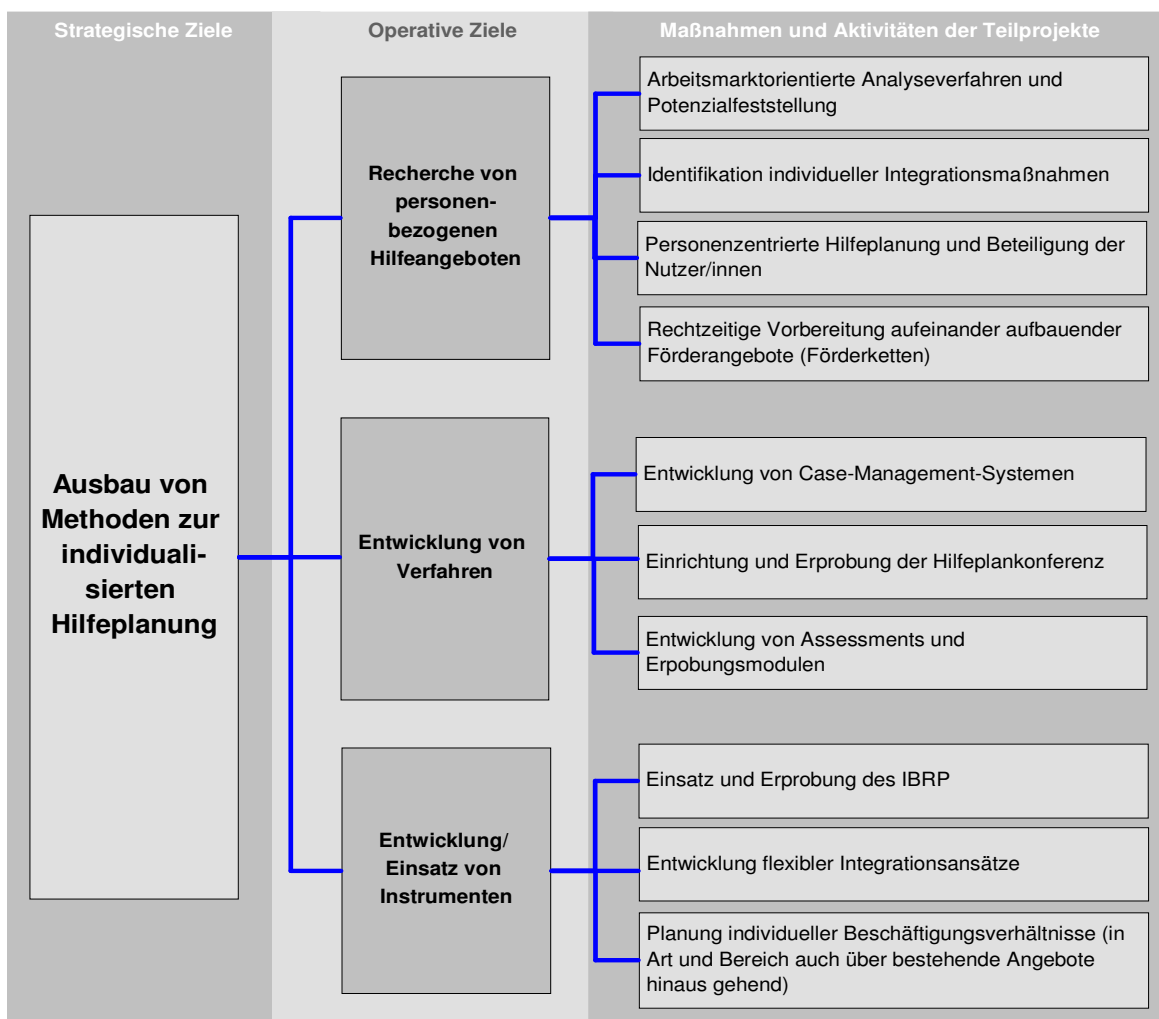
Im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft sollen integrierte und personenzentrierte Hilfesysteme und Leistungen entwickelt werden, die sich auf eine Integration von Personen in reguläre Arbeitsprozesse beziehen. Hierzu gehören arbeitsmarktorientierte Analyse-, Beratungs-, Assessment- und Qualifizierungsmaßnahmen. Bei diesem Ziel geht es also um den Ausbau des Hilfeplanungsprozesses, erreicht werden sollen die Dienstleister, deren Angebote für die Zielgruppe der psychisch erkrankten Menschen optimiert werden sollen.

Im Kontext dieses strategischen Zieles sollen zunächst personenbezogene Hilfeleistungen recherchiert werden, um ein breites Spektrum möglicher Instrumente und Verfahren ermitteln, abbilden und schließlich in den Hilfeplanungsprozess einbringen zu können. Hierzu gehören vor allem arbeitsmarktrelevante Analyseverfahren und Potenzialfeststellungen, aber auch personenbezogene Integrationshilfen, die unter Beteiligung der Klienten/innen selbst geplant werden sollen. Im Sinne eines integrierten und integrierenden Hilfeprozesses sollen im Rahmen der Planungen insbesondere personenbezogene Förderketten implementiert werden, die jeweilige Schnittstellen und Maßnahmeübergänge strukturieren.

In einem weiteren Schritt sollen im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft passende Verfahren zur Umsetzung eines integrierten Hilfeprozesses entwickelt und angewandt werden. Hierzu gehören vor allem die Entwicklung eines Fallmanagements (etwa durch eine Hilfeleistungen koordinierende Bezugsperson), die Durchführung von Hilfeplankonferenzen und die Entwicklung von Assessments- und Erprobungsmodulen.

Die dritte operative Zielebene sind schließlich die Entwicklung bzw. spezifische Anpassung von Instrumenten und deren Einsatz. Eines der zentralen einzusetzenden Instrumente ist hierbei der IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan), der im Hinblick auf einen passgenauen Prozess der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erproben und ggf. anzupassen sein wird. Zudem sollen flexible und personenbezogene Integrationsansätze als Bausteine eines Hilfeprozesses – inklusive der Einrichtung individuell adäquater Beschäftigungsverhältnisse – entwickelt, geplant und erprobt werden.

Die nachfolgende Übersicht stellt die drei operativen Ziele anhand entsprechender Maßnahmen und Aktivitäten der Entwicklungspartnerschaft dar.



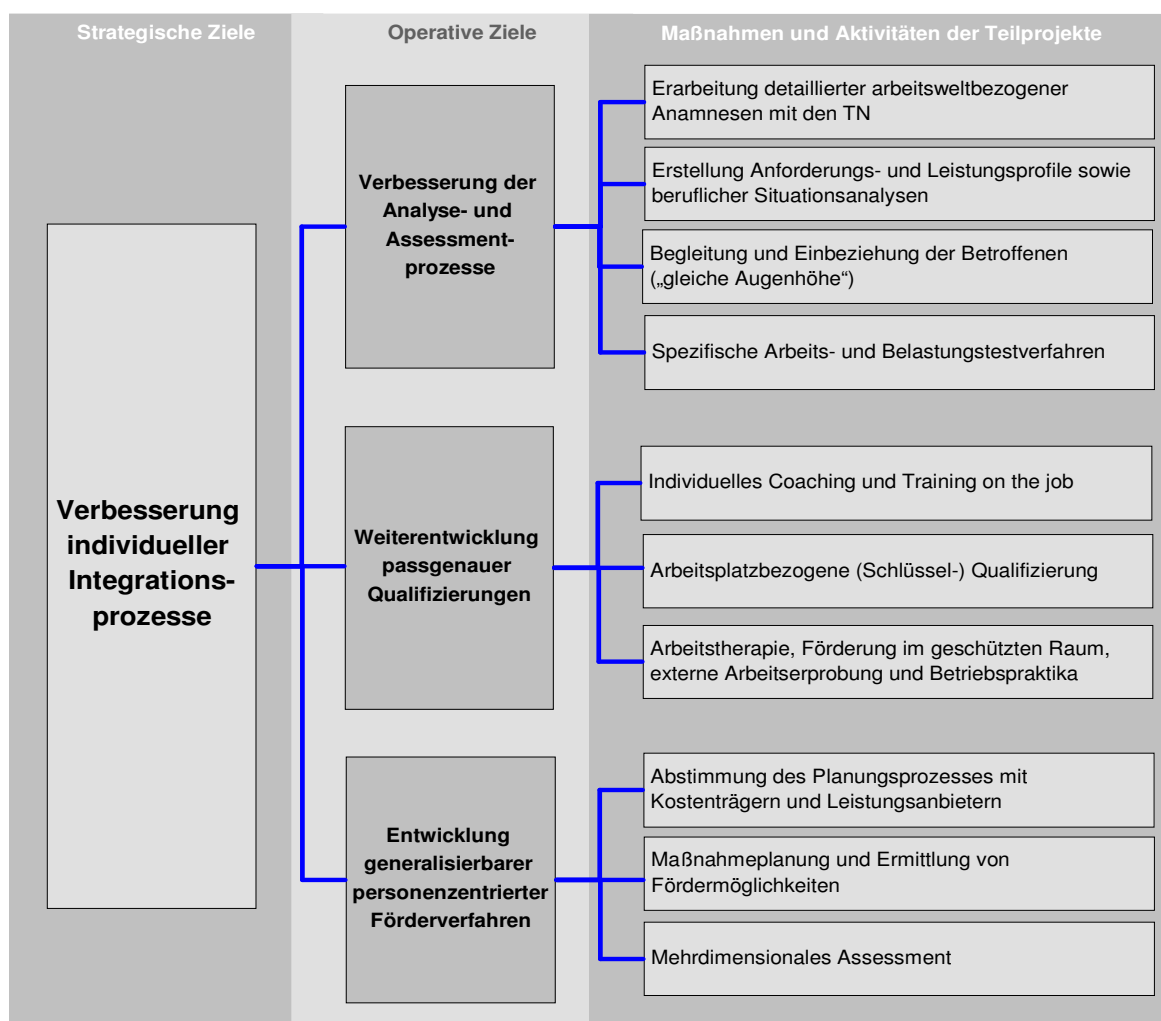
Zielebene 3: Verbesserung individueller Integrationsprozesse

In Unterscheidung zum vorherigen Strategieziel geht es hier primär nicht um die Entwicklung von Verfahren und Methoden, sondern um die Verbesserung der unmittelbaren individuellen Integrationsprozesse für Personen mit Unterstützungsbedarf unter Einbeziehung der Betroffenen. Zielgruppe sind hier also die Teilnehmenden selbst, für die – unter Einsatz der in Zielebene 2 entwickelten Methoden und Instrumenten – ein optimaler und individueller Weg in Arbeit geschaffen werden soll.

Eine wichtige Rolle spielt hierbei zunächst die Erarbeitung arbeitsweltbezogener Analyseverfahren und individueller Anforderungs-/Leistungsprofile. In der Rehabilitationspraxis bestehen unterschiedlichste Analyseverfahren, die auch von einigen Teilprojekten der Entwicklungspartnerschaft angewandt werden. Diese Verfahren werden im Rahmen von individuellen Anamnesen im Hinblick auf ihre Aussagefähigkeit zum Themenbereich Arbeit und Arbeitsfähigkeit bewertet und ggf. durch spezifische Arbeits- und Belastungstestverfahren erweitert. Ein wesentlicher

Grundsatz bei der Anamnese und beim Assessment ist die kontinuierliche Einbeziehung der Betroffenen in die Entscheidungsfindung. Aufbauend auf einem optimierten Analyseverfahren sollen passgenaue (Schlüssel-) Qualifizierungen, Coaching und Praktika umgesetzt werden, um Übergänge in reguläre Arbeit soweit wie möglich zu unterstützen. Dabei ist eine Orientierung an Arbeit im all-

gemeinen Arbeitsmarkt natürlich anzustrebende Ziel, aber nicht der alleinige Maßstab für die Erfolgsbewertung. Wichtiger ist die Orientierung an den Potenzialen und Bedürfnissen der Klienten/innen selbst und die Sichtung eines Integrationsprozesses, der Brücken über die wichtigsten Übergänge schafft.



Im Sinne des Mainstreaming wird es darum gehen, den Teilnehmer/innen und Klienten/innen der Teilprojekte möglichst optimale Integrationshilfen zur Verfügung zu stellen; die Projektpartner werden aber auch ihre

eingesetzten Verfahren und Instrumente im Hinblick auf deren Transfer in die Regelpraxis bewerten und somit Bausteine für ein generalisierbares personenzentriertes Förderverfahren entwickeln.

Zielebene 4:

Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen

Unter der Zielebene der Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen sind solche Ansätze zusammengefasst, die eine nachhaltige Sicherung arbeitsmarktnaher und zielgruppenadäquater Angebote verfolgen. Mit diesem strategischen Ziel wird somit besonders die Schnittstelle zum allgemeinen Arbeitsmarkt hervorgehoben, insofern stellen insbesondere die Integrationsfirmen und –dienstleister, aber auch Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkt die Zielgruppe dar.

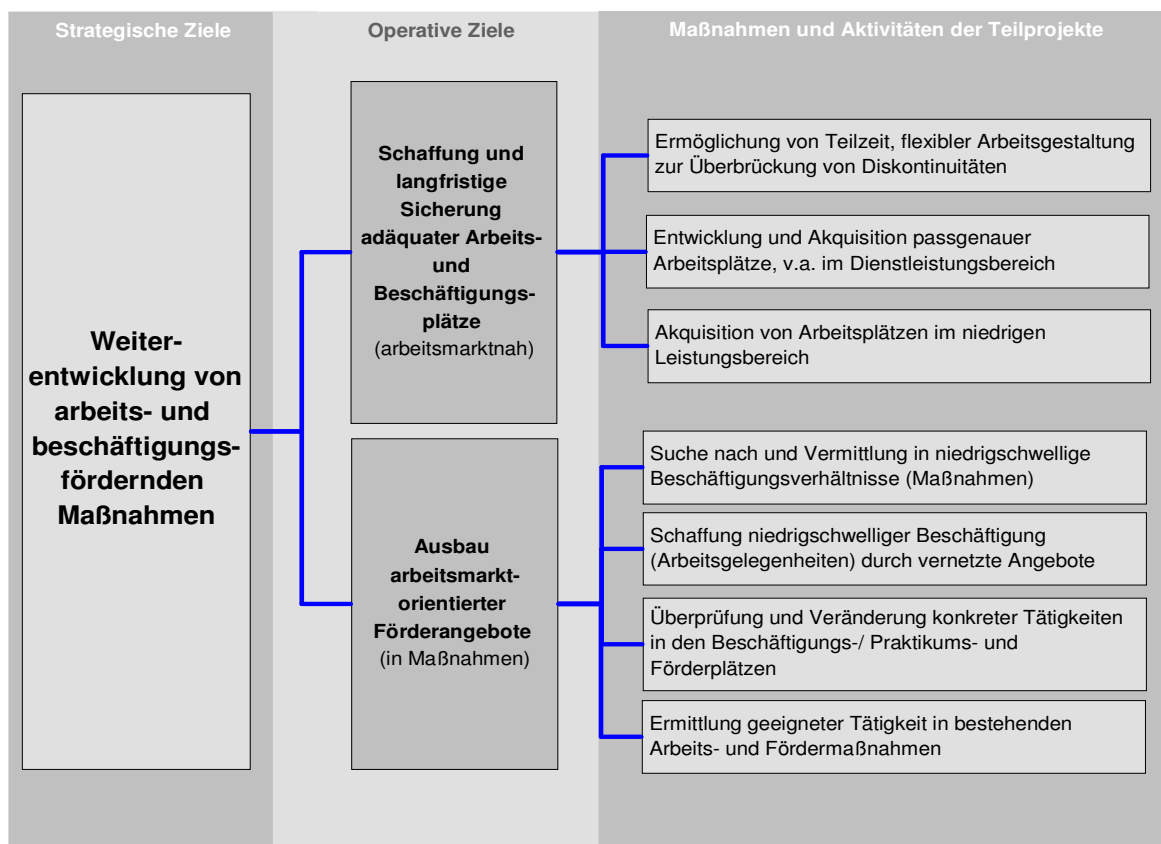
Die Teilprojekte der Entwicklungspartnerschaft agieren im Rahmen dieser Zielebene in zwei unterschiedlichen Kontexten: der Entwicklung/ Akquisition von Arbeits- und Beschäftigungsplätzen, die vorwiegend im allgemeinen Arbeitsmarkt verankert sind und dem Ausbau arbeitsmarktorientierter Förderangebote.

Die erstgenannten Maßnahmen, die auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hin orientiert sind, beziehen sich im Wesentlichen auf Personen, die Arbeitsgelegenheiten nach §16 SGB II einnehmen sollen. Hier geht es vor allem um die Akquisition passgenauer Plätze für die Teilnehmer/innen, aber auch um gemeinsam mit Arbeitsgebern zu entwickelnde Arbeitsplätze, die für die Zielgruppe barrierefrei

sind. Wichtige Merkmale sind hier die Ermöglichung von Teilzeitarbeit, flexibilisierte Arbeitsgestaltung zur Überbrückung diskontinuierlicher Belastungen und die Akquisition von Arbeitsplätzen im ‚niedrigen Leistungsbe- reich‘.

Gleichermaßen werden neben den arbeitsmarktnahen Angeboten auch solche Ansätze weiterentwickelt, die einen Arbeitszugang innerhalb von Maßnahmen der Rehabilitation vorsehen. Hierunter sind im Wesentlichen niedrigschwellige Beschäftigung, Arbeitsgelegenheiten sowie angepasste Tätigkeiten in bestehen Arbeits- und Fördermaßnahmen zu sehen. Eine besondere Bedeutung hat in diesem Kontext die Optimierung von Tätigkeiten innerhalb der Maßnahmen, die gleichermaßen die Kriterien der personenbezogenen Passgenauigkeit sowie der Anschlussfähigkeit in Richtung Arbeitsmarkt erfüllen. Gerade im Hinblick auf die spezifische Situation psychisch kranker und behinderter Menschen ist die Erfüllung dieser Anforderungen komplex.

Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht die zwei operativen Zielebenen und deren entsprechende Maßnahmen/ Aktivitäten der Entwicklungspartnerschaft.



Zielebene 5:

Sensibilisierung von Arbeitsgebern und Öffentlichkeit

Letztlich verfolgt die Entwicklungspartnerschaft das strategische Ziel der Sensibilisierung von Arbeitgebern und Öffentlichkeit. Diese fünfte Zielebene hat somit einen ‚Querschnittscharakter‘ und stellt thematisch den Übergang zum Mainstreaming dar. Die Maßnahmen und Aktivitäten richten sich hier u.a. explizit an Akteure des ersten Arbeitsmarktes, an Betriebe und Unternehmen.

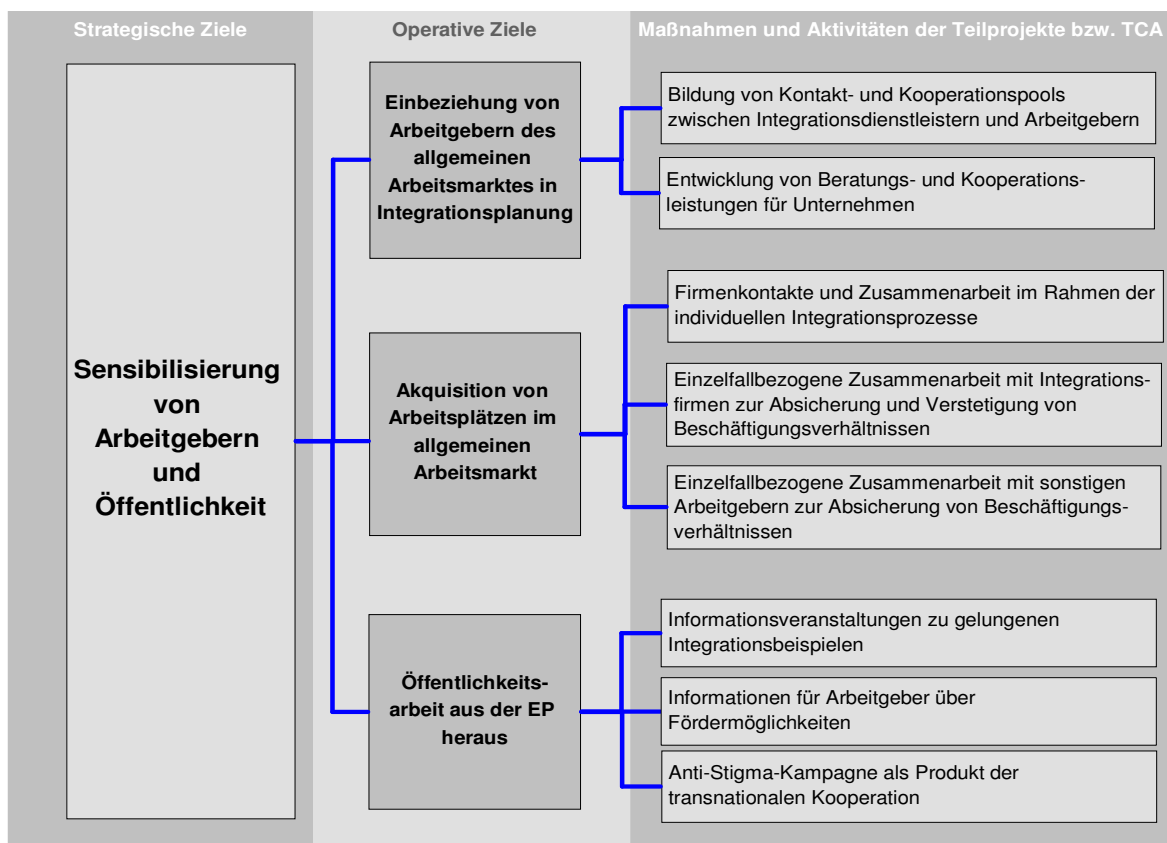
Einige Teilprojekte planen eine aktive Einbeziehung von Arbeitgebern im Rahmen der regionalen Netzbildung. Hierbei stehen vor allem Kontakt- und Kooperationspools zwischen Integrationsdienstleistern und Arbeitgebern, aber auch die Entwicklung von

Beratungsangeboten für Betriebe, die Praktikums- oder Arbeitsplätze zur Verfügung stellen, im Fokus der Sensibilisierung.

Schließlich sollen im Rahmen einer gegenseitigen Öffnung zusätzliche Arbeitsplätze für psychisch kranke und behinderte Menschen akquiriert werden. Hierzu wird es einzelfallbezogene Kooperationen zwischen Betrieben und den Integrationsdienstleistern geben, um über Beratung und Begleitung neue Beschäftigungsverhältnisse zu akquirieren bzw. bestehende abzusichern. Über die einzelfallbezogenen Kooperationsprozesse hinaus werden aus der EP heraus öffentlichkeitswirksame Maßnahmen initiiert, die sich einerseits

in regionalen Informationsveranstaltungen, andererseits – u.a. im Kontext der transnationalen Kooperation – in der gemeinsamen Planung einer Anti-Stigma-Kampagne manifestieren.

Der nachfolgende Übersicht sind die drei operativen Zielebenen und deren entsprechende Maßnahmen/ Aktivitäten der Entwicklungspartnerschaft zu entnehmen.



Das hier dargestellte Zielsystem wurde mit allen operativen Akteuren der Entwicklungspartnerschaft (Teilprojekte, Koordination und strategischer Steuerungskreis) diskutiert und als Grundlage des Arbeitsprogramms für die Equal-Förderperiode vereinbart. Im Rahmen der EP-Evaluation werden die strategischen und operativen Zieldimensionen im Umset-

zungsprozess durch regelmäßige Feedbackschleifen begleitet und bewertet.

Ein Transfer von Erfahrungen und Ergebnissen der EP-Praxis, z.B. über die Dokumentation von Good-Practice-Beispielen, ist fester Bestandteil der Programmumsetzung der Entwicklungspartnerschaft und wird durch die Koordination und die Evaluation zeitnah eingespielt.

5 Zum Stand der Umsetzung des Arbeitsprogramms

5.1 Bisherige Praxiserfahrungen der Teilprojekte

Die Umsetzung des Arbeitsprogramms der Entwicklungspartnerschaft hat im Juli 2005 begonnen, insofern sind die bislang gewonnenen Praxiserfahrungen zum jetzigen Zeitpunkt noch relativ jung. Obschon der Prozess der Implementation der Teilprojekte als durchaus komplex bezeichnet werden kann, sind alle Projektstandorte bereits unmittelbar nach EP-Beginn in die inhaltliche Arbeit eingestiegen. Hier kommt der gesamten Entwicklungspartnerschaft zugute, dass zum einen in den Regionen etablierte Projektträger mit langjährigen Erfahrungen der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen agieren. Zum anderen konnte in den meisten Projektregionen auf

die Struktur, die Inhalte und die Erfahrungen des TAB-Projektes aufgebaut werden.

Das oben dargestellte Zielsystem der mit seinen fünf strategischen Säulen hat für die Umsetzung der Entwicklungspartnerschaft eine strukturgebende Funktion, insofern folgt die Darstellung der bisherigen Praxiserfahrungen der Logik der Strategieziele. Es ist inhaltlich nachvollziehbar, dass nicht alle Teilprojekte die Strategieziele der Entwicklungspartnerschaft gleichermaßen intensiv verfolgen, hier haben sich regionale und bezogen auf die Handlungsfelder der operativen Partner unterscheidbare Themenschwerpunkte gebildet.

Netzwerke der Hilfesysteme

Als eine wichtige Grundlage integrierter Hilfeplanung ist eine regionale Vernetzung der Dienstleister medizinischer und beruflicher Rehabilitation, aber auch der Kostenträger von hoher Bedeutung. Die Arbeit der Teilprojekte entwickelt sich hierbei auf unterschiedliche regionale Kontextbedingungen. So gibt es in wenigen Standorten bereits etablierte Netzwerke, an denen Kliniken, städtische Stellen, Arbeitsagentur, Arbeitsgemeinschaft SGB II und die Wohlfahrtsverbände beteiligt sind. Die Regel ist aber, dass sich solche Netzwerke vor allem vor dem Hintergrund der neuen Zuständigkeiten der ArGe'n SGB II zunächst etablieren müssen.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass vor allem die ArGe'n, aber auch die anderen Kostenträger für eine strukturelle Vernetzung

nur mit extrem hohen Akquisitionsaufwand und punktuell erreichbar sind. Da bedeutet, dass Kooperationen in konkreten personenbezogenen Fallsituationen funktionieren, eine strategische Netzwerkbildung mit den genannten Partnern aber noch recht gering ausgeprägt ist. Analog ist auch die Einbeziehung von Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes zu sehen, die sich auf die Bereitstellung von Praktikumsplätzen einlassen, bezogen auf eine Öffnung der strategischen Personalpolitik für die spezifische Zielgruppe der EP jedoch eher verhalten reagieren. Hier ist die Sicherstellung einer effektiven professionellen Begleitung und die passgenaue Vermittlung von Praktikanten/innen seitens der Träger der zentrale Ausschlag zur Motivierung der Betriebe.

Wichtig scheint die Position und Rolle des Projektträgers als zentraler Netzwerkakteur. Ohne konkrete Vergleichsmaßstäbe für die jeweiligen regionalen Vernetzungsprozesse ansetzen zu können, zeichnet sich ab, dass große Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation eher die Position und den Handlungsspielraum zur Weiterentwicklung regionaler Netzwerke haben als es dies bei eher kleinen und dezentral agieren-

den Dienstleistern der Fall ist. Der Entwicklungsprozess ist mit Interesse zu verfolgen.

Im Hinblick auf eine konstruktive Gestaltung eines Netzwerkes der Hilfesystem zeigt sich aber auch, dass einerseits die behandelnden Ärzte als zentrale Initiatoren des Hilfeplanprozesses unabdingbar im Netzwerk sind, andererseits regionale Vernetzung mit Kostenträgern nur dort sinnvoll scheint, wo auch regional (kleinräumig) über Ressourcen entscheiden werden kann.

Ausbau von Methoden zur individualisierten Hilfeplanung

Prozesse individualisierter Hilfeplanung benötigen zum einen ein klienten- und prozessorientiertes Instrument zur Analyse der Ausgangssituation und zur Dokumentation des Hilfeprozesses. Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) kann ein solches Instrument sein, das bereits in einigen Projektregionen eingesetzt wird und in anderen Regionen sich in Planung befindet. Das zweite Element ist die Hilfeplankonferenz, in der eine von allen relevanten Partnern des individuellen Integrationsprozesses vereinbarte fallbezogene Hilfeplanung entwickelt wird. Schließlich – als drittes Kernelement der Hilfeplanung – soll ein Fall-Management eingerichtet werden, das Rehabilitationsprozesse möglichst ohne große Brüche und zielgerichtet Rehabilitations- und Integrationsprozesse begleitet. Die Entwicklung und Implementierung dieser drei Kernelemente ist in den verschiedenen Modellregionen der Entwicklungspartnerschaft in unterschiedlicher Fokussierung verfolgt worden. Zusammenfassend können bislang folgende Eindrücke geschildert werden:

Implementierung einer Hilfeplankonferenz

Der Stand der Einrichtungen regionaler Hilfeplankonferenzen ist in den beteiligten Projektstandorten unterschiedlich und in der Regel abhängig von lokalen Faktoren. Dabei kommt vielen Standorten zugute, dass im Rahmen der bereits in den Vorjahren entwickelten Kooperationen durch das TAB-Modellprojekt konkrete Formen der Zusammenarbeit geschaffen und bereits in der Praxis erprobt werden konnten. Dort, wo die Hilfeplankonferenz eine neue Form der abgestimmten Integrationsplanung darstellt, zeichnet sich vor allem zur Einbindung der Kostenträger ein hoher Organisationsaufwand ab. Wie bereits oben kurz beschrieben, ist eine fallbezogene Zusammenarbeit im Rahmen von Abstimmungssitzungen durchaus akzeptiert, eine strukturelle Bildung regelmäßiger Konferenzen jedoch eher mit Zurückhaltung gesehen. In der Praxis zeichnet sich ab, dass in Regionen mit nicht etablierten Konferenzstrukturen eine Unterscheidung von fachlicher Fallplanung und Planung der Finanzierung der Hilfen in zwei nacheinander folgenden Konferenzen mit jeweiligen Beteili-

gungen der Entscheidungsträger eine sinnvolle Alternative sein kann.

Für eine im Rahmen einer HPK entwickelte Hilfeplanung ist die Beteiligung und Entscheidung der Kostenträger in einem angemessenen Zeitfenster für den fallbezogenen Integrationsprozess von besonderer Bedeutung, wobei damit die Hoffnung verbunden ist, Entscheidungen über Rehabilitationsmaßnahmen auch zeitnah treffen zu können. Hier wird eine deutliche Verbesserung – auch durch die aktive Einbeziehung der regionalen Arbeitsgemeinschaften SGB II – erwartet.

Einsatz des IBRP

Fast alle Projektträger haben mit der Implementierung des IBRP als wichtiges Analyse- und Dokumentationsinstrument begonnen. Teilweise wurden mit beteiligten Fachkräften Schulungen bzw. Fortbildungen zum IBRP angeboten.

Die bisherigen Erfahrungen schließen einerseits auf eine positive Bewertung seitens der Praktiker/innen, die den IBRP als äußerst umfassendes und detailliertes Planungsinstrument erachten. Andererseits wird auch deutlich, dass bereits etablierte Dokumentationssysteme bestanden und die Einführung eines neuen Instrumentes immer mit einer arbeitsintensiven Umstellung verbunden ist. Einige Projekte betonen zudem, dass der IBRP im Rahmen der medizinischen Rehabilitation inklusive der Arbeitstherapie gute Anschlussmöglichkeiten hat, für einen Einsatz an der Schnittstelle zum allgemeinen Arbeitsmarkt jedoch teilweise als zu sperrig erachtet wird. Hier sehen sich die beteiligten Projektträger aufgefordert, das Instrument weiter zu entwickeln.

Einrichtung eines personenbezogenen Fallmanagements

Die integrierte Hilfeplanung sollte idealerweise durch ein personenbezogenes Fallmanagement bzw. durch eine koordinierende Bezugsperson flankiert und prozessual gesteuert werden. Konzeptionell bezieht das Fallmanagement damit eine Schlüsselrolle als zentraler Akteur im gesamten Hilfeprozess; in der Praxis gestaltet sich die Diskussion sowohl über die organisatorische Anbindung (inklusive Finanzierung) als auch über die erforderlichen Kompetenzen und Handlungsebenen des Fallmanagements sehr heterogen.

Einige Projektträger sehen die Rolle des Fallmanagements funktional in der Zuständigkeit des Rehabilitationsbereiches der jeweiligen regionalen Arbeitsgemeinschaften SGB II, andere decken die Funktion durch eigene Projektmitarbeiter/innen ab. Dabei Fallmanagement zum Beispiel durch individuelles Coaching umgesetzt.

Zu einer dauerhaften Etablierung des Fallmanagements scheint es erforderlich, folgende offene Fragen im Umsetzungsprozess der gesamten Entwicklungspartnerschaft zu klären:

- Wie ist das Fallmanagement organisiert/institutionalisiert?
- Wer finanziert das Fallmanagement?
- Welche fachlichen Anforderungen sind an das Fallmanagement zu stellen?
- Welche konkrete Rolle hat das Fallmanagement im Hilfeprozess?

Wichtig ist allen Akteuren der Entwicklungspartnerschaft, dass vor allem vor dem Hintergrund der großen Bedeutung des SGB II für die Zielgruppe das personenbezogene

Fallmanagement eine wichtige Schnittstelle zum (Förder-) Fallmanagement der Arbeits-

gemeinschaften SGB II darstellen muss.

Verbesserung individueller Integrationsprozesse

Neben der Weiterentwicklung von Methoden und der Verbesserung von Strukturen zur integrierten Hilfeplanung arbeiten alle Teilprojekte der Entwicklungspartnerschaft in der Praxis mit Teilnehmer/innen. Im Rahmen der klientenbezogenen Arbeit sollen individuelle Wege der Integration in Arbeit durch Orientierung, Beratung, Qualifizierung und nicht zuletzt durch eine zielgerichtete Vermittlung unterstützt werden.

Dabei zeigt sich, dass der personenbezogene und nicht zuletzt intensive persönliche Einsatz der Projektmitarbeiter/innen im Rahmen der Integrationsplanung bzw. der Akquisition von Arbeitsmöglichkeiten einen zentralen Stellenwert hat. Immer wieder wird hierbei auf bestehende Netzwerke und Kooperationen zurückgegriffen, wobei im Rahmen der entwicklungspartnerschaftlichen Arbeit auch neue Methoden und Ansätze erprobt werden.

So werden beispielsweise spezifische Assessment- und Eingangsverfahren eingesetzt, die den Arbeitsgelegenheiten nach §

16 SGB II als zielgesteuertes Element der Integration in Arbeit vorgeschaltet sind. Diese Assessmentverfahren dienen sowohl der Überprüfung der Beschäftigungsfähigkeit der Klienten/innen als auch der Analyse deren Motivationslagen. Insgesamt zeigt sich, dass eine intensive Begleitung der Teilnehmer/innen im Rahmen der Arbeitsmöglichkeiten enorm wichtig ist, um typische Vermittlungshemmnisse wie etwa Diskontinuitäten oder Leistungsgrenzen auffangen zu können. Diese Notwendigkeit wird auch in der angestrebten engen Zusammenarbeit mit den Fallmanager/innen der Arbeitsgemeinschaften sowie den involvierten Betrieben verdeutlicht.

An dieser Stelle sei aber auch bemerkt, dass die Anschlussperspektiven der Teilnehmer/innen in nachhaltige Beschäftigung im allgemeinen Arbeitsmarkt realistisch gesehen werden müssen und in hohem Maße von individuellen Entwicklungen abhängen.

Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen

Die Weiterentwicklung angemessener arbeits- und beschäftigungsfördernder Maßnahmen für die Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen findet in den Teilprojekten der Entwicklungspartnerschaft durch die Umsetzung unterschiedlicher Instrumente statt. So werden u.a. Projekte verfolgt, die die Einrichtung bzw. den Ausbau von Integrationsbetrieben in den Bereichen Handel und Touristik (Läden, Freizeiteinrichtungen) verfolgen. Teilweise werden hier un-

terschiedliche Finanzierungs- und Fördermodelle kombiniert, um geschützte Arbeitsplätze für die Zielgruppe zu sichern. Die Weiterentwicklung von arbeitsfördernden Maßnahmen ist in hohem Maße abhängig von den Potenzialen und der Strukturstärke der jeweiligen Projektträger. So verfügen etwa große Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation über weitaus differenziertere Entwicklungs- und Ausbaumöglichkeiten als kleine dezentral organisierte Dienstleister.

Zudem stellen Arbeitsgelegenheiten nach §16 SGB II für viele Teilprojekte der Entwicklungspartnerschaft ein mögliches Instrument der Heranführung an Arbeit für psychisch beeinträchtigte Menschen dar, das in der Praxis aktiv genutzt wird. Perspektivisch geht es den Teilprojekten auch darum, regional bestehende Angebote auch für die Zielgruppe anschlussfähig und zugänglich machen und durch bedarfsgerechte Qualifizierungs- und Coachingangebote zu ergänzen.

In der Ermittlung geeigneter Arbeitsgelegenheiten machen die Teilprojekte teils unterschiedliche Erfahrungen. So zeichnet sich einerseits ab, dass vor allem große Unternehmen kaum angemessen flexible Arbeits-

plätze bieten können und oftmals mit psychischen Beeinträchtigungen im eigenen Beschäftigtenpool konfrontiert sind. Andererseits können aber auch regionale Erfolge in der Akquisition von Arbeitsgelegenheiten erzielt werden, wenn eine intensive begleitende Betreuung seitens des Trägers den Betrieben zugesichert wird.

Die regionale Vernetzung unterschiedlicher Träger zeichnet sich als besonders förderlich für die Entwicklung differenzierter Beschäftigungsangebote ab, die durch ein breites Spektrum - auch niedrighschwelliger – Angebote eine individuelle Passgenauigkeit herstellen können.

Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit

Alle Teilprojekte der Entwicklungspartnerschaft arbeiten in regionalen Netzwerken. Über die bestehenden Kooperationen hinaus werden weitere neue Formen der Ansprache und Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern, Multiplikatoren und Fachstellen an der Schnittstelle von medizinischer/ beruflicher Rehabilitation und allgemeinem Arbeitsmarkt gezielt verfolgt, etwa durch Fachkonferenzen oder Informationsveranstaltungen für Arbeitgeber. Darüber hinaus findet eine öffentliche Sensibilisierung in einigen Projektregionen auch über so genannte Leuchtturmprojekte

(etwa die Entwicklung neuer Integrationsbetriebe oder die Beteiligung an landesweiten bzw. nationalen Kampagnen) statt.

Im Rahmen der transnationalen Kooperation verfolgt die Entwicklungspartnerschaft in Zusammenarbeit mit Partnern aus Polen und Lettland eine Anti-Stigma-Kampagne, in dessen Rahmen u.a. die professionelle Produktion eines Filmbeitrages über die Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit geplant ist. Hier sind erste Arbeitsabsprachen erfolgt.

5.2 Perspektiven für den Mainstreamingprozess

- Intensive Schnittstelle zu APK
- Bundesweite Netzwerkstruktur und Koordination
- Einbindung von Multiplikatoren in die EP-Umsetzung (v.a. auch durch Beirat)
- Die Bedeutung der strategischen Partner im Mainstreamingprozess

Literaturliste

- Aktion Psychisch Kranke (2004)** *Individuelle Wege ins Arbeitsleben*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Albrecht, D. & Bramesfeld, A. (2004)** Das Angebot an gemeindenahen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. *Gesundheitswesen*, **66**, 492-498.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1996)** Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen psychisch Kranker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychosoziale Umschau*, **11**, 1-3.
- Baron, R. C. & Salzer, M. S. (2002)** Accounting for unemployment among people with mental illness. *Behavioral Science and the Law*, **20**, 585-599.
- Becker, D. R. & Drake, R. E. (1994)** Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J*, **30**, 193-206; discussion 207-112.
- Bernhardt, J. (2002)** Der Beitrag der Berufsbildungswerke zur Entwicklung der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe junger Menschen mit psychischen Behinderungen - Möglichkeiten, Grenzen und Entwicklungsbedarf. In *Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & N. Pörksen), pp. 166-171. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., et al (2003)** Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, **182**, 467-468.
- Brieger, P., Bloink, R., Rottig, S., et al (2004)** Die vorzeitige Berentung von unipolar depressiv und bipolar affektiv Erkrankten. *Psychiatr Praxis*, **31**, 203-206.
- Brieger, P., Watzke, S., Galvao, A., et al (2006)** *Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Ergebnisse einer kontrollierten Studie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003)** Reha-Info 1/2003. Frankfurt/M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Cloerkes, G. (1997)**: *Soziologie der Behinderten: eine Einführung*. Heidelberg: Winter, Ed. Schindele.
- Clouth, J. (2004)** Kosten der Frühverrentung am Beispiel der Schizophrenie. *Psychiatrische Praxis*, **31**, S238-S245.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., et al (2003)** Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **3**, 3.
- Deutsche Rentenversicherung (2006)** Rentenzugang - Zeitreihen - Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen. VDR.
- Europäische Gemeinschaften (2005)** Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union (Entwurf). Brüssel: EU, Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz.
- Goffman, E. (1967)**: *Stigma*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kates, N., Greiff, B. S. & Hagen, D. Q. (1990)** *The psychological Impact of Job Loss*. Washington: American Psychiatric Press.
- Lehmann, K. (1999)** Grundsätzliche Bemerkungen zur Beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. In *Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Eine Bilanz des Erreichten und des Möglichen. Band 119 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit* (Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit), pp. 25-48. Baden-Baden: Nomos.
- Marneros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1991)** *Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie*. Berlin Heidelberg New York: Springer.

- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004)** Schizophrenia and employment - A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **39**, 337-349.
- Morgan, R. & Cheadle, A. (1975)** Unemployment impedes resettlement. *Soc Psychiatry*, **10**, 63-67.
- Murray, C. J. L., Lopez, A. D. & WHO (1996)** *Global Health Statistics : A Compendium of Incidence, Prevalence and Mortality Estimates for over 200 Conditions (Global Burden of Disease and Injury)*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Sennett, R. (1998)**: *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin Verlag.
- Warner, R. (2004)** *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy* (3rd edn). Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Weig, W. & Schell, G. (2005)** Rehabilitation für psychisch kranke Menschen in Deutschland. Zur räumlichen Verteilung des RPK-Angebotes. *Krankenhauspsychiatrie*, **16**, 107-112.