

**Ausschuss für Angelegenheiten der  
psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt**

**Eingliederung von psychisch Kranken und  
seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf:  
Die Situation in Sachsen-Anhalt**

Beiträge zur Ausschuss-Sitzung  
am 14.04.1999 in Bernburg



Ausschuss für Angelegenheiten der  
psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt

Eingliederung von psychisch Kranken und  
seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf:  
Die Situation in Sachsen-Anhalt

Beiträge zur Ausschuss-Sitzung  
am 14.04.1999 in Bernburg

Herausgegeben von  
Felix M. Böcker, Naumburg

Halle 1999

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen  
Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt  
Geschäftsstelle: c/o Landesamt für Versorgung und Soziales  
Neustädter Passage 15, 06122 Halle/Saale  
Tel. +49- 345- 6912 305 (Fax 308)

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
am Kreis Krankenhaus Saale-Unstrut  
Friedensstraße 7, 06618 Naumburg  
Tel. +49- 3445- 72 1800 (Fax 1802)

## Vorwort

Solange der "Standort Deutschland" nicht genug Arbeitsplätze für die "Gesunden", also leistungsfähigen und leistungswilligen Arbeitskräfte zur Verfügung stellen kann, muss der Versuch fast aussichtslos erscheinen, Personen beruflich einzugliedern, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung im Wettbewerb um Arbeitsplätze den Kürzeren ziehen. Andererseits sind die meisten chronisch psychisch kranken und suchtkranken Menschen in der Lage, eine (auch wirtschaftlich verwertbare) Arbeitsleistung zu erbringen. Die Möglichkeit, durch Erwerbsarbeit zum eigenen Lebensunterhalt beizutragen, hat Bedeutung für die Lebensgestaltung, das Selbstwertgefühl und die Bewältigung der Erkrankung mit ihren Folgen. Wie kann trotz der hohen allgemeinen Arbeitslosigkeit die Verpflichtung eingelöst werden, für Chancengleichheit von psychisch Kranken zu sorgen?

Neben den wesentlichen Bestimmungen aus dem Schwerbehinderten-Gesetz und den Sozialgesetzbüchern kennt der Ausschuss die Pläne der Landesregierung (Fortschreibung des Psychiatrie-Plans, Teilplan für Menschen mit seelischen Behinderungen und chronischen Suchterkrankungen). Seine Besuchskommissionen haben in den letzten Jahren zahlreiche Werkstätten für Behinderte wiederholt besucht und auch die Gründung der ersten Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker aufmerksam verfolgt. Seine Mitglieder wissen aber auch, dass viele Menschen, die an psychischen Störungen leiden, sich im Streben nach sozialer Absicherung vorrangig um eine Rente bemühen und dass der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ keineswegs immer konsequent verwirklicht wird. Zu befürchten steht, dass künftige Generationen an den Fehlentwicklungen von heute schwer zu tragen haben werden.

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt hat im Jahr 1999 seine Frühjahrs-Sitzung ganztägig dem Schwerpunkt-Thema der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und seelisch Behinderter in Sachsen-Anhalt gewidmet. Berichte aus der Praxis unseres Landes und von Gästen aus Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Bayern und Statements von Planungsbehörden und Kostenträgern sollten mit dem Verlauf der Diskussion beitragen zu einer Bestandsaufnahme als Grundlage für den Bericht des Ausschusses an den Landtag und die Landesregierung von Sachsen-Anhalt. Die Gliederung des Programms in drei Teile entsprach den Fragen, die zu beantworten waren:

- Erfahrungen in Sachsen-Anhalt: Welche konkreten Maßnahmen zur Verbesserung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, welche Möglichkeiten zur Förderung der Arbeitsmotivation und welche Ansätze zur Eingliederung in Arbeit und Beruf gibt es in Sachsen-Anhalt für psychisch Kranke? Welche Erfahrungen machen Einrichtungen, die sich um die praktische Durchführung von beruflicher Rehabilitation bemühen? Auf welche Versorgungslücken muss der Ausschuss die verantwortlichen Behörden und Träger aufmerksam machen?
- Ergebnisse angewandter Sozialpsychiatrie: Welchen Stellenwert haben Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation für den Verlauf und die Bewältigung psychischer Erkrankungen, den Behandlungsplan und das Versorgungssystem?
- Rahmenbedingungen, Versorgungsplanung, Bedarf, Kosten: Sind die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen gegeben, um psychisch Kranken und seelisch Behinderten, die eine Arbeitsleistung erbringen können, ein Arbeitsangebot zu machen? Welche Initiativen des Landtags und der Landesregierung muss der Ausschuss anregen, um die Voraussetzungen zu verbessern?

Das große Interesse von über 100 Teilnehmern, die der Einladung gefolgt waren, und die Resonanz auf die Veranstaltung haben den Ausschuss-Vorstand veranlasst, eine Publikation der Manuskripte anzustreben. Zusammengenommen spiegeln die 13 Beiträge dieses Heftes den Entwicklungs- und Diskussionsstand in unserem Bundesland treffend wider. Jeder Leser

wird sich selbst ein Bild davon machen können, über welche fachliche Kompetenz die Leistungsanbieter verfügen und wie konkret die Absichtserklärungen der Behörden und Kostenträger beim Wort zu nehmen sind.

Wie brisant und aktuell das Thema ist, zeigt eine Untersuchung zum Verlauf von *akuten vorübergehenden psychotischen Störungen* an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle \*. „Akut vorübergehend“ bedeutet im Sinne der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), dass psychopathologische Symptome nicht länger als drei Monate und schizophrenie-ähnliche Symptome nicht länger als einen Monat bestanden haben. Die Arbeitsgruppe von Andreas Marneros und Frank Pillmann hat bei 42 Patienten mit dieser Diagnose den Verlauf über mehrere Jahre verfolgt. Zum Vergleich wurden Verlaufsbefunde von 42 Patienten mit akuten Schizophrenien, 42 Patienten mit bipolaren schizoaffektiven Störungen und 42 „Gesunden“ (Patienten einer chirurgischen Klinik) herangezogen.

*Im Arbeitsprozess* standen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung: Von den Probanden mit einer Schizophrenie 16 %, von den Patienten mit schizoaffektiven Störungen 11 %, aus der Gruppe mit akuten vorübergehenden psychotischen Störungen 45 % und von den psychisch Gesunden 76 %. *Berentet*, und zwar in der Regel vorzeitig wegen der psychischen Erkrankung, waren 74 % der schizophrenen und 81 % der schizoaffektiv Erkrankten, aber auch 29 % der Probanden, die eine akute vorübergehende psychotische Störung durchgemacht hatten; weitere 29 % aus dieser Gruppe waren *arbeitslos*.

Diese Befunde belegen, dass von einer beruflichen Wiedereingliederung psychosekranker Menschen in Sachsen-Anhalt derzeit nicht gesprochen werden kann: Aus dem Erwerbsleben herausgefallen waren nicht nur fast alle Patienten mit schizophrenen Psychosen und schizoaffektiven Störungen, sondern auch die Hälfte der Probanden, die „nur“ eine *vorübergehende* psychotische Störung durchgemacht hatten. Der einzige Unterschied bestand darin, dass sie zum Teil nicht berentet, sondern lediglich arbeitslos waren. Vor diesem Hintergrund sollten die folgenden Erfahrungsberichte und Statements zur Kenntnis genommen werden.

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker  
Vorsitzender des Ausschusses

---

\* A. Marneros; F. Pillmann, A. Haring, S. Balzuweit, Fortschr Neurol Psychiat (im Druck)  
Herrn Dr. Frank Pillmann und Herrn Prof. Andreas Marneros sei für die Überlassung der Daten herzlich gedankt

## **Inhaltsverzeichnis:**

<b>Vorwort</b>	V
Felix M. Böcker, Naumburg	
<b><u>Teil I: Erfahrungen in Sachsen-Anhalt</u></b>	1
<b>Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke</b>	3
Michael Hühne, Halle	
<b>Integrationsbetrieb</b>	8
Berthold Gawlik, Halle	
<b>Selbsthilfebetrieb</b>	11
Gabriele Haberland, Haldensleben	
<b>Berufsförderungswerk, Berufstrainingszentrum</b>	18
Harald Bencinic, Staßfurt	
<b>Werkstatt für seelisch Behinderte</b>	19
Frieda Fischer, Eisleben	
<b><u>Teil II Ergebnisse angewandter Sozialpsychiatrie:</u></b>	23
<b>Arbeitstherapie: Stellenwert von Arbeit in der Behandlung</b>	25
Hermann Mecklenburg, Gummersbach	
<b>Rehabilitation: Erfahrungen mit dem RPK- Konzept</b>	31
Jochen Becker, Osnabrück	
<b>Integration: Selbsthilfebetrieb und Werkstatt für seelisch Behinderte</b>	37
Hans-Ludwig Siemen, Erlangen	
<b><u>Teil III Rahmenbedingungen, Versorgungsplanung, Bedarf, Kosten</u></b>	41
<b>Statement der Landesregierung</b>	43
Lieselotte Nitzschmann, Magdeburg	
<b>Statement der Arbeitsverwaltung</b>	45
Christian Landsmann, Halle	
<b>Statement der Rentenversicherung</b>	47
Detlef Minzlaff, Halle	
<b>Statement der Krankenkassen</b>	51
Peter Klas, Magdeburg	
<b>Hauptfürsorgestelle und berufsbegleitender Dienst</b>	53
Christa Fritzsche, Halle	
<b>Hinweise und Empfehlungen</b>	59
Auszug aus dem 6. Bericht des Ausschusses	
<b>Anschriften</b>	61





# Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf: Die Situation in Sachsen-Anhalt

Teil I: Erfahrungen in Sachsen-Anhalt



# Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke: RPK Halle

Michael Hühne, Halle<sup>1</sup>

Das Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf berufliche und soziale Integration von psychisch kranken Menschen und Menschen mit seelischer Behinderung einerseits und der bekannt schwierigen Situation auf dem Arbeitsmarkt andererseits wurde im Vorwort zu diesem Band bereits kurz beschrieben. Von dieser grundsätzlichen Problematik unberührt bleibt das Recht der von Krankheit und Behinderung Betroffenen auf angemessene Hilfen, damit eine weitestgehende Integration in die Gesellschaft und damit auch in das Arbeitsleben, sowie eine Bewältigung oder Linderung der Krankheit oder Behinderung und deren Auswirkungen erreicht werden kann.

Davon ausgehend, dass eine Einrichtung zur umfassenden Rehabilitation psychisch kranker Menschen einen unbestrittenen Platz in der Versorgungs- und Hilfestruktur des Landes einnehmen sollte, haben wir bereits 1994 ein erstes Konzept für eine RPK, d.h. Einrichtung zur medizinischen und beruflichen *Rehabilitation psychisch Kranker*, in Sachsen-Anhalt entworfen und den Leistungsträgern, dem Ministerium und der Stadt Halle als möglichem Standort vorgestellt.

Die konzipierte Rehabilitationseinrichtung RPK steht auf der Basis der rechtlichen Grundlagen der SGB V und VI, des Arbeitsförderungsgesetzes, des Reha- Angleichungs- Gesetzes, des Schwerbehinderten- Gesetzes und der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte. Um die damit vorgegebenen Ziele (Tab. 1) zu erreichen, werden die Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation durch ein multiprofessionelles Team sichergestellt (Tab. 2).

Unter der Koordination und Moderation des Ministeriums, Referat 26, wurde in Abstimmungsgesprächen mit den Leistungsträgern zu Konzeption und Standort ein von allen Beteiligten getragenes Ergebnis erzielt. Die RPK für Sachsen-Anhalt sollte mit einer Kapazität von 45 teilstationären und stationären Plätzen am Standort Halle entstehen; und so wurde sie in die Landesplanung im Rahmen des Teilplanes für Menschen mit seelischer Behinderung aufgenommen. Träger der Einrichtung sollte die RPK gGmbH sein, in der sich der Landesverband der Arbeiterwohlfahrt und die TSE gGmbH, die der Kollege Herr Gawlik gleich im Anschluss vorstellen wird, zusammengeschlossen haben.

Zu Beginn des Jahres 1997 erklärten die Krankenkassen überraschend, dass sie, einer Empfehlung ihrer Spitzenverbände auf Bundesebene folgend, keine neuen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V abschließen werden. Diese Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene mag, bezogen auf die alten Bundesländer, eine Aufforderung zur strukturellen Anpassung eines bestehenden gestaffelten Hilfesystems gewesen sein. Diesen Umstand können andere wohl besser als ich werten. Für Sachsen-Anhalt, und speziell in unserem Falle, hatte diese Empfehlung, bzw. der Umstand, dass die Krankenkassen dieser Empfehlung gefolgt sind, die Auswirkung, dass ein grundlegender Bestandteil eines Hilfesystems nicht aufgebaut werden konnte.

Eine Veränderung in der Haltung der Krankenkassen war erst wieder Ende 1998 erkennbar, als sie eine Prüfung der Möglichkeiten zur Finanzierung von medizinischen Reha-Leistungen im Rahmen einer RPK in Aussicht stellten. Das Ergebnis dieser Prüfung liegt uns bisher nicht vor. Wir hoffen jedoch auf eine positive Entscheidung. Ein Vertreter der Krankenkassen wird im Verlauf des Tages dazu noch Stellung nehmen.

---

<sup>1</sup> Michael Hühne, Diplom-Sozialarbeiter der RPK gemeinnützige Gesellschaft zur Rehabilitation psychisch Kranker mbH Halle

Da mit dem Rückzug der Krankenkassen Anfang 1997 aus der Finanzierung eine Realisierung der Gesamtkonzeption der RPK mit den integrierten medizinischen Reha-Leistungen nicht mehr möglich war, wurde in der Folgezeit mit den verbleibenden Leistungsträgern, dem Landesarbeitsamt, dem örtlichen Arbeitsamt und den Rentenversicherungsträgern LVA und BfA eine Konzeption für eine regionale ambulante Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation und Fortbildung psychisch Kranker abgestimmt. Diese Maßnahme nahm mit einer Kapazität von 16 Plätzen als erste und weiterhin einzige Einrichtung dieser Art in Sachsen-Anhalt ihre Tätigkeit am 01.09.1997 auf. Die Folgemaßnahme zum 01.09.1998 wurde aufgrund steigender Bedarfsgrößen auf eine Kapazität von 24 Plätzen erweitert.

An dieser Stelle möchte ich hervorheben, dass diese regional begrenzte ambulante Maßnahme wegen des Fehlens intensiver Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung und gegebenenfalls auch in einem stationären Bereich, besondere Anforderungen an die gesundheitliche, soziale und psychische Stabilität und auch an die Vorbehandlung der Rehabilitanden stellt. Unserer Kenntnis nach standen die meisten Maßnahmeabbrüche von Rehabilitanden in Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Destabilisierung und den begrenzten Auffangmöglichkeiten innerhalb der Maßnahme. Häufig war eine stationäre Akutbehandlung die Folge.

Die regionale Erreichbarkeit der beruflichen Reha-Maßnahme stellt ebenfalls ein Auswahlkriterium gegenüber möglichen Rehabilitanden dar.

Das Gesamtkonzept der RPK mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation und den Möglichkeiten einer stationären Versorgung sichert somit einer Klientel den Zugang, die einen erhöhten Bedarf an Betreuung und Behandlung hat oder aus Gründen eines entfernteren Wohnortes sonst nicht an einer Reha-Maßnahme teilnehmen könnte.

Nun möchte ich noch die laufende Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation und Fortbildung vorstellen, und Ihnen eine statistische Zwischenauswertung der jetzt eineinhalb-jährigen Tätigkeit der Einrichtung geben. Wie schon erwähnt, stehen in der Maßnahme derzeit 24 Plätze zur Verfügung. Die Qualifizierungsinhalte beziehen sich neben dem kaufmännisch-verwaltenden Bereich auch auf Inhalte aus dem gewerblich-technischen und dem Dienstleistungsbereich. Die individuelle Verweildauer beträgt zunächst sechs Monate und kann nach Bedarf durch den Kostenträger um zwei mal drei Monate auf insgesamt ein Jahr verlängert werden. Die Eignung zur Teilnahme an der Maßnahme wird über medizinische und psychologische Gutachten der Kostenträger festgestellt. Die Zuweisung zur beruflichen Rehabilitation geschieht damit über den zuständigen Kostenträger.

Neben den qualifizierenden berufsfördernden und berufsvorbereitenden Inhalten soll eine sozialpädagogische-psychotherapeutische Begleitung den Rehabilitationserfolg sichern helfen. Oberstes Ziel der Maßnahme ist es, die Teilnehmer im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten unter praxisnahen und realistischen Bedingungen mit den zukünftigen Anforderungen eines Arbeitsplatzes vertraut zu machen und sie in ihrer Belastbarkeit und sozialen Kompetenz so weit zu stärken, dass sie den Belastungen im Erwerbsleben oder einer weiterführenden Qualifizierung gewachsen sind.

Bisher haben insgesamt 46 Rehabilitanden an der Maßnahme teilgenommen. Tab. 3 gibt einen Überblick über die wesentlichen biographischen und beruflichen Daten. Bei 16 Teilnehmern (35 %) bestanden schizophrene und schizoaffektive Psychosen, bei acht Teilnehmern (17 %) affektive Störungen. Neurotische oder Persönlichkeitsstörungen waren bei 18 Teilnehmern (39 %) diagnostiziert worden und psychische Folgen körperlicher Erkrankungen bei 4 Probanden (9 %). Bei 21 Teilnehmern (46 %) lag eine Komorbidität mehrerer psychiatrischer Diagnosen vor. 25 Teilnehmer (54 %) waren wegen körperlicher Beschwerden in häufiger oder regelmäßiger ärztlicher Behandlung. 28 Teilnehmer (61 %) nahmen regelmäßig Medikamente ein.

Leistungsträgerstruktur: 26 von 46 Teilnehmern wurden von der Reha-Abteilung des Arbeitsamtes Halle finanziert, drei Teilnehmer aus dem Bereich Berufsberatung (Abteilung II), zwölf von der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt und fünf von der Bundesversicherungsanstalt Berlin.

Verbleib der Teilnehmer: Bis zum 31.03.1999 sind 23 Teilnehmer aus der Maßnahme ausgeschieden. Fünf Teilnehmer konnten im Anschluss in Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, zwei in eine Werkstatt für Behinderte und drei in eine Umschulung des Berufsförderungswerkes vermittelt werden. Drei weiteren Teilnehmern wurde durch den Kostenträger eine Bildungsmaßnahme zu einem späteren Zeitpunkt in Aussicht gestellt; eine entsprechende Vorbereitung fand innerhalb der Maßnahme statt. Neun Teilnehmer waren nach Abschluss oder in fünf Fällen nach Abbruch der Maßnahme nicht direkt vermittelbar und wurden erneut arbeitslos.

Dieses Ergebnis zeigt, dass der Teilnehmerkreis unserer Reha-Maßnahme eine hohe Leistungsbereitschaft und Motivation zur Veränderung seiner Lebenssituation hat und in der Lage ist, die angebotenen Hilfen zu nutzen. Viele Rehabilitanden konnten ihre Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit soweit steigern und stabilisieren, dass sie nach Maßnahmeabschluss einer Erwerbstätigkeit, ggf. auch unter leidensangepassten Bedingungen, nachgehen oder eine berufliche Bildungs- oder Qualifizierungsmaßnahme beginnen konnten. Unsere Erfahrungen in den letzten eineinhalb Jahren stärken unseren Wunsch, die Maßnahme durch eine Erweiterung im Betreuungs- und Behandlungsangebot sowie mit stationären bzw. Wohn-Möglichkeiten einem größeren Personenkreis zugänglich zu machen.

Tab. 1: Ziele der Maßnahme

Die Ziele der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen orientieren sich an den vorgenannten Rechtsgrundlagen.

- Durch medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation einer drohenden Behinderung vorzubeugen, Krankheitssymptome zu verbessern, eine Verschlimmerung zu verhüten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Die Fähigkeiten der psychisch kranken Menschen zur Wiedereingliederung durch Aktivierung und Training soweit zu fördern, dass eine weitgehend selbständige Lebensführung ermöglicht wird.
- Hilfe beim Umgang mit Konflikten und Anregung und Förderung bei der Integration in das Leben in der Gemeinschaft zu geben.
- Zu einer körperlichen und psychischen Stabilisierung beizutragen. Zum Erwerb vorbeugender Handlungs- und Interventionsstrategien zu befähigen im Sinne eines rechtzeitigen Erkennens von Rezidivgefahren.
- Die Arbeitsperspektive abzuklären und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, zu koordinieren und zu steuern.
- durch Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung sowie Hinführung zu beruflichen Maßnahmen die Voraussetzung für eine möglichst weitgehende und dauerhafte Eingliederung bzw. Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt auch in Selbsthilfefirmen oder geschützten Arbeitsplätzen zu schaffen.

Tab. 2: Leistungsangebot:

#### **Schwerpunkt medizinische Rehabilitation**

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie
- Soziotherapie (z. B. lebenspraktisches Training, Kommunikationstraining)
- Bewegungstherapie
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Belastungserprobung

#### **Schwerpunkt berufliche Rehabilitation**

- Arbeitstraining (ggf. WfbM)
- Berufsfindung, Arbeitserprobung
- Anpassungsmaßnahmen, Rehabilitations- Vorbereitungs- Lehrgang
- Vermittlungsbegleitende Hilfen (Nachbetreuung)
- Vernetzung mit anderen Reha- Einrichtungen (Berufsförderungswerk, Berufsbildungswerk)

**Berufsgruppen:** Die therapeutischen Leistungen der RPK werden integrativ durch ein multiprofessionelles Team erbracht. Dazu gehören:

- Ärztin/Arzt für Psychiatrie
- Psychologen
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Ergotherapeuten
- psychiatrische Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten
- Fachkräfte für die berufliche Rehabilitation

Der Arzt ist in die Leitung verantwortlich eingebunden.

Tab. 3: Teilnehmerstatistik (Übersicht) Stand 31.03.1999

<b>Probanden</b>	N= 46, davon 27 Männer (59 %) und 19 Frauen (41 %)		
<b>Alter</b>	zwischen 21 und 43 Jahren		
<b>Schulbildung</b>	Abschluss 6. Klasse	3 TN	7 %
	Abschluss 8. Klasse	9 TN	20 %
	Abschluss 10. Klasse	23 TN	51 %
	Abitur / Beruf mit Abitur	10 TN	22 %
<b>Wohnort</b>	Halle	37 TN	80 %
	Saalkreis	2 TN	4 %
	Bitterfeld	4 TN	9 %
	Merseburg	2 TN	4 %
	Sangerhausen	1 TN	2 %
<b>Berufsabschluss</b>	Keine oder abgebrochene Ausbildung:	13 TN	29 %
	Mit Teilabschlüssen	8 TN	18 %
	Mit Berufsabschluss	24 TN	53 %
<b>Soziales Umfeld</b>	In Partnerschaft oder mit Familie lebend	14 TN	30 %
	Bei den Eltern lebend	10 TN	22 %
	Allein lebend	22 TN	48 %
<b>Dauer der Arbeitslosigkeit</b>	Nicht arbeitslos gemeldet	1 TN	2 %
	≥ ½ Jahr:	4 TN	9 %
	≥ 1 Jahr:	13 TN	29 %
	≥ 2 Jahre:	9 TN	20 %
	≥ 3 Jahre:	5 TN	11 %
	≥ 4 Jahre:	11 TN	24 %
	≥ 7 Jahre:	1 TN	2 %
	EU- Rente:	1 TN	2 %
<b>Letzte berufliche Stellung</b>	Aushilftätigkeiten :	9 TN	20 %
	Arbeiter:	7 TN	16 %
	Umschüler:	8 TN	18 %
	Angestellter:	12 TN	27 %
	Schüler/Student:	7 TN	16 %
	ABM-Stelle:	2 TN	4 %

Von einem Teilnehmer sind Schulbildung, Berufsabschluss und Dauer der Arbeitslosigkeit nicht bekannt.

## Integrationsbetrieb: TSE Halle

Bertold Gawlik, Halle<sup>2</sup>

Ich freue mich sehr, Ihnen einen für das Land Sachsen-Anhalt modellhaften und innovativen Ansatz zur Integration und Beschäftigung psychisch Kranker und seelisch Behinderter vorstellen zu können.

**Vorstellung der TSE:** Die *Trägergesellschaft sozialer Einrichtungen* ist eine gemeinnützige Gesellschaft, die sich als korporatives Mitglied des Landesverbandes der Arbeiterwohlfahrt Sachsen-Anhalt zur Aufgabe gestellt hat, soziale Einrichtungen und Projekte vor allem für psychisch Kranke und Behinderte zu realisieren. So konnte, wie mein Kollege Herr Hühne bereits dargestellt hat, 1996 die RPK-gGmbH gegründet werden. Aus der Tätigkeit der RPK und den daraus gewonnenen Erfahrungen, aus der Kenntnis des regionalen Arbeitsmarktes sowie hinsichtlich der Grundsätze einer vernetzten psychiatrischen Versorgung haben wir im Frühjahr 1998 die Integrationsfirma für psychisch Kranke in Halle gegründet und genau vor einem Jahr, am 14.4.98 offiziell eröffnet.

**Darstellung der Integrationsfirma:** Eine Integrationsfirma ist ein rein marktwirtschaftlich orientiertes Unternehmen. Der Anteil gesundheitlich, geistig oder psychosozial benachteiligter oder behinderter Angestellter übersteigt dabei wesentlich den Durchschnitt. Die öffentliche Förderung soll sich an diesem Anteil orientieren.

Wir verfolgen mit unserer Integrationsfirma dementsprechend folgende grundlegende Ziele:

- Schaffung und Erhalt sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze für psychisch Kranke und seelisch Behinderte
- Konsequente Personalentwicklung durch innerbetriebliche berufliche Qualifizierung
- Konsequente individuelle Betreuung durch psychosoziale Begleitangebote
- Durchlässigkeit zum ersten Arbeitsmarkt, zu Ausbildung, Fortbildung und Umschulung sowie zu allen anderen Versorgungseinrichtungen
- Marktwirtschaftliche Orientierung des Dienstleistungsangebotes und Akquisition von Aufträgen auf dem freien Markt

**Stand der Umsetzung** (nach dem ersten Jahr): Fast genau ein Jahr nach der Gründung haben wir mit Ablauf des Monats März 1999 folgenden Stand der Umsetzung unserer Ziele erreicht:

**Mitarbeiterstruktur:** Die Firma konnte bis Ende März 1999 insgesamt 27 psychisch Kranke und seelisch Behinderte einstellen. Der Altersdurchschnitt lag bei 33 Jahren. 75 % der Mitarbeiter sind vollbeschäftigt, 25 % in Teilzeit. Alle Mitarbeiter kommen aus Halle und dem Saalkreis. *Äußerst bemerkenswert dabei ist, dass sich bis Ende letzten Jahres etwa 100 psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen bei uns um einen Arbeitsplatz beworben haben!*

Die Zuordnung der bei uns beschäftigten Mitarbeiter nach der Diagnose lässt erkennen: An Psychosen leiden 44 %, an affektiven Störungen 22 % und an Persönlichkeitsstörungen, somatoformen Störungen oder Angststörungen 33 %. 52% der Mitarbeiter sind als schwerbehindert anerkannt und mehr als die Hälfte war mehr als drei Jahre arbeitslos.

Das Betreuungs- und Verwaltungspersonal besteht derzeit aus der Geschäftsleitung, zwei Psychologen, einer Sozialpädagogin, einem Fachdozenten sowie einer Verwaltungskraft.

**Arbeitsbereiche:** Die Organisationsstruktur der Firma ist durch Kleingruppen oder auch Firmenabteilungen gekennzeichnet. Arbeit, Qualifizierung und psychosoziale Begleitung finden in diesen Abteilungen statt. Welche Produkte bzw. Dienstleistungen bieten wir an?

---

<sup>2</sup>Berthold Gawlik, Diplom-Psychologe, Geschäftsführer der TSE gGmbH Halle



Sämtliche kaufmännisch-verwaltenden Tätigkeiten: Schreibarbeiten, Vervielfältigungen, Buchhaltung, Datenerfassung und Datenverarbeitung;

Sämtliche multimedialen Tätigkeiten: Erstellung von CD-ROMs, Internetseiten, z. B. virtuellen Kaufhäusern, Informations- und Prospektmaterialien, Installation und Wartung von Hard- und Software.

**Worin besteht nun eigentlich der Unterschied zu einer „normalen“ Firma?** Hier sind einige Merkmale zu betonen. Wesentlich ist die Ausgewogenheit zwischen sozial-integrativen Zielen einerseits und den rein wirtschaftlichen Zielen andererseits. Um qualitativ hochwertige Dienstleistungen anbieten zu können, arbeiten wir mit einer größeren Personaldecke als „normale“ Firmen. Wir bieten für unsere Mitarbeiter ein psychosoziales Grundangebot hinsichtlich ihrer beruflichen Stabilisierung, z.B. Maßnahmen zur Krisenintervention, Gesprächs- und Trainingsgruppen, Entspannungsverfahren.

**Finanzierung:** Um den anfangs erwähnten Zielen näher zu kommen, wurde eine Anschubfinanzierung über die Gemeinschaftsinitiative "HORIZON" der Europäischen Union und des Landes Sachsen-Anhalt beantragt und Anfang 1998 bewilligt. Die Anschubfinanzierung erfolgt zu 65 % über Mittel des Europäischen Sozialfonds und zu 35 % über Mittel des Landes Sachsen-Anhalt. Die ursprünglich bewilligte Fördersumme belief sich auf ca. 1,8 Mio. DM.

**Vernetzung:** Bezüglich der Grundsätze der vernetzten psychiatrischen Versorgung hat die Integrationsfirma von Anfang an großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation mit sämtlichen Versorgungseinrichtungen auf kommunaler Ebene gelegt. Die Integrationsfirma steht daher konstant mit folgenden Einrichtungen in Verbindung:

- Stationäre, teilstationäre und ambulante medizinische Behandlung
  - ✓ Kommunales Psychiatrisches Krankenhaus Halle
  - ✓ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
  - ✓ Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik im St. Elisabeth-Krankenhaus Halle
  - ✓ Psychosoziale Tagesklinik des Diakoniekrankenhauses
  - ✓ Ärztinnen und Ärzte für Neurologie und Psychiatrie
  - ✓ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am St. Barbara Krankenhaus Halle
  
- Ambulante soziale Dienste, soziale Hilfen, Beratungsstellen
  - ✓ Sozialpsychiatrischer Dienst Halle
  - ✓ Betreuungsbehörde am Sozialamt der Stadt Halle
  - ✓ Betreuungsverein Halle e. V.
  - ✓ Unabhängiger Betreuungsverein Halle und Saalkreis e. V.
  
- Begegnungsstätten, Selbsthilfe, Angehörigenverband
  - ✓ Diakonische Begegnungsstätte
  - ✓ "Labyrinth" e. V. - Begegnungszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen
  - ✓ "Stadtinsel e. V. - Psychosoziale Kontaktstelle
  - ✓ Psychosozialer Förderkreis e.V.
  - ✓ Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
  - ✓ Angehörige psychisch Kranker Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
  
- Wohnen
  - ✓ Verein für Rehabilitation Behinderter Halle/Saale e.V.
  - ✓ Wohnheim für Menschen mit seelischen Behinderungen
  - ✓ AWO Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung

➤ Arbeit / Beschäftigung

- ✓ Berufliche Rehabilitation und Fortbildung psychisch Kranker, RPK-gGmbH
- ✓ Anerkannte Werkstatt für Behinderte (WfbM)
- ✓ Hallesche Behindertenwerkstätten e.V.
- ✓ „Schmetterling“ - alternatives Beschäftigungsprojekt von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- ✓ Berufsbegleitender Dienst im Auftrag der Hauptfürsorgestelle
- ✓ Arbeitsamt Halle
- ✓ LVA Sachsen-Anhalt, BfA Berlin

Diese Einbindung der Integrationsfirma in das regionale Versorgungsnetz dient einerseits der sozialen Integration unserer Mitarbeiter (wir legen größten Wert darauf, dass alle unsere Mitarbeiter außerhalb der Arbeitszeiten weitere Angebote der eben genannten Einrichtungen nutzen), aber auch dem übergeordneten Ziel der Durchlässigkeit unserer Einrichtung. Nicht zuletzt rekrutieren sich unsere Mitarbeiter vor allem aus den genannten Einrichtungen.

**Perspektiven:** Aus den bisher gemachten Erfahrungen ist uns deutlich geworden, dass der Bedarf an geschützten Arbeitsplätzen für psychisch Kranke und Behinderte enorm groß ist. (siehe Bewerberzahl). Ebenso ist deutlich geworden, dass psychisch Kranke sehr wohl motiviert und sehr leistungsfähig sein können, sofern die individuellen Rahmenbedingungen eines Arbeitsplatzes dem Gesundheitszustand und dem Leistungsvermögen angepasst werden können. Aus dem Stand der Umsetzung, der bisher erreicht werden konnte, leiten wir folgende Perspektiven und Erweiterungen der Integrationsfirma ab:

Anfang dieses Jahres haben wir weitere Mittel aus der Gemeinschaftsinitiative HORIZON des Landes Sachsen-Anhalt und der Europäischen Union beantragt. Die ursprünglich bewilligte Anschubfinanzierung wurde auf insgesamt 2,1 Mio. DM aufgestockt. Dadurch können in diesem Jahr etwa 12 - 15 weitere Arbeitsplätze für psychisch Kranke und seelisch Behinderte geschaffen werden. Darüber hinaus haben wir Anfang dieses Jahres eine weitere Integrationsfirma, die STA.R.T.-GmbH Halle, gegründet. Dabei handelt es sich um ein rechtlich eigenständiges Unternehmen, das in enger Kooperation mit der bereits etablierten Integrationsfirma vor allem handwerklich-technische Arbeitsbereiche schaffen soll, um so psychisch Kranken und Behinderten eine Beschäftigungsalternative zu bieten.

Mit diesen beiden Integrationsfirmen werden wir versuchen, einen modellhaften und innovativen Weg im Land Sachsen-Anhalt zu gehen und für psychisch Kranke und seelisch Behinderte Arbeit und Beschäftigung anzubieten. Dabei wollen wir dem Bedarf an geschützten Arbeitsplätzen für diese Klientel gerecht werden; aber auch den betriebswirtschaftlichen Grundsätzen eines marktwirtschaftlich geführten Unternehmens. Zentraler Bestandteil wird dabei der kontinuierliche Ausbau unseres Dienstleistungsangebotes sowie die intensive Vernetzung und Verzahnung in das wirtschaftliche Gesamtgefüge der Region sein.

Mit der Gründung beider Integrationsgesellschaften liegen jetzt sowohl die konzeptionellen als auch die organisatorische Grundlagen für unsere weitere Arbeit vor. Um aber auch die finanziellen und die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, bedarf es selbstverständlich weiterer Planung und Abstimmung. Auf einer Informations- und Planungsveranstaltung zum Thema: „Integrationsfirmen Halle, Konzeption und Perspektiven“ werden wir weitere innovative Perspektiven zum Thema Integration psychisch Kranker und seelisch Behinderter vorstellen und wir werden gemeinsam darüber sprechen, wie diese Perspektiven zu realisieren sein werden.

# Selbsthilfebetrieb: Gartenprofi Haldensleben

Gabriele Haberland, Haldensleben<sup>3</sup>

„Nur wer vom Weg abkommt, kommt auf neuen Wegen zum Ziel!“ Auf dieses Zitat bin ich bei der Vorbereitung des heutigen Vortrages gestoßen. Es stammt von Norbert Tietz, Geschäftsführer der Ex & Job GmbH in Wunstorf, einem inzwischen guten Freund, der uns von Beginn an ernst genommen hat und sich die Mühe gemacht hat, auf alle unsere Fragen eine Antwort zu finden. Im Namen des Fördervereins Psychiatrie Haldensleben e.V. möchte ich mich sehr herzlich für die Initiative zu dieser Tagung bei den Mitgliedern des Psychiatrieausschusses Sachsen-Anhalt bedanken. Das Thema *Arbeit* für psychisch Kranke und Behinderte ist gerade bei einer Arbeitslosenrate von über 20 % brennender denn je und verlangt von uns die oben genannten *neuen Wege*. Gleichzeitig bin ich froh, dass *ich* zu Ihnen zu diesem Thema sprechen kann, da ich das Thema Integration seit 1992 intensiv verfolge und im Gartenprofi die Verwirklichung eines der Ziele unseres Vereines sehe, nämlich die Integration behinderter Menschen in der Gemeinde.

## 1. Persönliche Vorstellung:

Gestatten Sie, dass ich mich Ihnen *vorstelle*: Ich bin Geschäftsführerin des Fördervereins Psychiatrie Haldensleben e.V., dessen Tochter die gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaft „Gartenprofi“ mbH ist. Mein Beruf ist Pädagoge. Seit 1990 bin ich mit der Gemeindepsychiatrie befasst und beschäftige mich mit der Eingliederung psychisch Kranker und seelisch Behinderter in die Gesellschaft:

- Zunächst als Leiterin der Sozialtherapie im Landeskrankenhaus Haldensleben;
- von 1992-1996 als Koordinator des Bundes- bzw. Landesmodellprojektes „Gemeindepsychiatrische Versorgung“ im Förderverein Psychiatrie Haldensleben e.V.;
- seit 1995 bin ich Geschäftsführerin dieses Vereines und verantwortlich für eine Begegnungsstätte, einen Berufs begleitenden Dienst und das Wohn-/Übergangshaus FLORA für psychisch Kranke.

## 2. Vorstellung der gemeinnützigen Beschäftigungsgesellschaft:

Das *Arbeitsgebiet* des Gartenprofi liegt im breiten Spektrum der Dienstleistungen im Garten- und Landschaftsbau, angeboten wird:

- Garten- und Grünanlagenpflege;
- Holzungsarbeiten, Fällen und Roden von Bäumen und Buschgruppen;
- Reparaturen im Garten- und Landschaftsbau;
- Zaun- und Wegebau;
- Dienstleistungen als Subunternehmer im Baugewerbe;
- Hausmeisterarbeiten bei Privatkunden und Einrichtungen;

Die *Beschäftigungsstruktur* sieht folgendermaßen aus:

- Geschäftsführer – ehrenamtlich; Koordinator; sozial-pädagogischer Anleiter; fachlicher Anleiter
- 7 versicherungspflichtige Arbeitsplätze für seelisch Behinderte (30 Stunden pro Woche)
- 8 Zuverdienstplätze für berentete und arbeitslose psychisch Kranke
- Wiedereingliederung von „Randgruppen“ (Jugendliche, Frauen, Ältere)

---

<sup>3</sup> Gabriele Haberland, Pädagogin, ist Geschäftsführerin des Fördervereins Psychiatrie Haldensleben e.V.

*Aufgabenbereiche:* Die 7 schwerbehinderten nicht berenteten Mitarbeiter haben ausnahmslos versicherungspflichtige unbefristete Arbeitsplätze, in denen sie für ihre Tätigkeit von 30 Stunden pro Woche tarifgerecht entlohnt werden und damit auch ihren Lebensunterhalt bestreiten. Sie haben einen Grad der Behinderung zwischen 50 und 70 % bzw. können auch gleichgestellt sein.

8 Behinderte bzw. psychisch Kranke sind im Zuverdienst beschäftigt. Darunter sind vier Erwerbsunfähigkeits-Rentner und vier derzeit arbeitslose Bewerber, die auf eine dauerhafte Beschäftigung im Gartenprofi hoffen. Unsere Zuverdiener sehen den Sinn ihrer Tätigkeit nicht in erster Linie darin, ihre finanzielle Lage zu verbessern. Sie kommen vor allem wegen der Kontakte, um der drohenden Isolation zu entfliehen und neues Selbstvertrauen zu gewinnen. Zwar besteht in Haldensleben auch die Möglichkeit, sich in der Begegnungsstätte des Vereines zu treffen, aber das betrachten sie zu Recht als Freizeitbeschäftigung.

Die Wirkung der praktischen Tätigkeit liegt für alle Gruppen auf der Hand: Steigerung des Selbstwertgefühls; Möglichkeit der Teilnahme am sozialen Leben; Entlastung dadurch, dass neben die Lebenswelt eine Arbeitswelt tritt; positive Auswirkungen auf Wohnen und Freizeit. Das alles sind Voraussetzungen für eine langfristige Stabilisierung. Es geht den Menschen besser und das allein ist alle Mühe wert.

Die Gruppe der zur Wiedereingliederung zählenden Klienten hat sich erst im Laufe der Zeit ergeben. Sogenannte Randgruppen des ersten Arbeitsmarktes wie Jugendliche, Frauen oder ältere Arbeitnehmer wirken mit ihrer gesunden, eventuell sogar qualifizierteren Arbeitskraft ökonomisch stabilisierend. Andererseits ist das auch eine Möglichkeit zur Kompensation der Fehltagel der psychisch Kranken. Für die „normalen“ Mitarbeiter ergibt sich so auch eine Möglichkeit, ihre Arbeitsfähigkeit nach Langzeitarbeitslosigkeit oder Abbruch einer Ausbildung zu stabilisieren, um dann wieder in den ersten Arbeitsmarkt zurückzugehen. Zur Beschäftigung dieser Gruppe dienen Mittel nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder Sonderprogramme des Landes.

Das Aufgabengebiet des *ehrenamtlichen Geschäftsführers* besteht darin, dass er die Verantwortung trägt.

Der *Koordinator* zeichnet verantwortlich für:

- Akquise und Sicherung der Arbeitsaufträge
- Pflege und Stabilisierung der Kundenkontakte
- Marketing, Öffentlichkeitsarbeit
- Arbeitsorganisation
- Anleitung und Kontrolle der ihm unterstellten Mitarbeiter
- Verwaltungsaufgaben wie Gewinn- und Verlustrechnung
- Vorbereitung der Monatsabschlüsse

Dem *sozialpädagogischen Anleiter* obliegt

- die psychosoziale Begleitung
- die Beratung und Betreuung bei behinderungsbedingten bzw. aus der Behinderung abgeleiteten psychosozialen Problemen
- Hilfe bei der Aufarbeitung von Einzel- und Gruppenkonflikten
- Erprobung der Leistungsfähigkeit
- Hilfe und Kontrolle beim Erlernen von Arbeitstugenden
- zugleich ist der Anleiter auch Mitarbeiter am Auftragsort

*Fachlicher Anleiter - Techniker:*

- Arbeitsorganisation vor Ort
- fachliche Anleitung
- Kontrolle der Arbeitsqualität
- Einweisung in Schutzbestimmungen und Kontrolle der Einhaltung
- Anleitung in den Techniken der Arbeiten und Training der Leistungsfähigkeit vor Ort
- Wartung und Anleitung zur Pflege der Technik
- Mitarbeit am Auftragsort

*Auftragslage:* Durch den Koordinator wird eine intensive Auftragsakquise und die Kundenwerbung vorgenommen. Waren es 1994/95 12 Firmen und 5 Privatkunden, gehören heute 76 Firmen und 53 Privatkunden zum zu betreuenden Stamm. Der Koordinator der Firma ist besonders stolz, dass noch nicht ein Kunde aufgrund von Leistungsmängeln abgesprungen ist. Die Mitarbeiter sind hingegen stolz darauf, dass sie mit Transportern ihre Auftragsorte im gesamten Ohrekreis bis hin nach Magdeburg anfahren und Technik wie Rasenmäher, Kleintraktoren, Kettensägen verwenden und auch bedienen können. Und niemand sieht den Männern und Frauen im grünen Anzug an, dass sie aus einer „besonderen“ Firma stammen. Nur die öfter eingelegten Pausen und die kürzere Arbeitszeit fallen ein bisschen auf.

Ein Problem besteht in der Struktur der Aufträge im Garten- und Landschaftsbau: Es finden sich wenige Großaufträge, wo alle Mitarbeiter an einem Ort zur gleichen Zeit tätig sein können. Bei Kleinaufträgen müssen zwei bis drei Arbeitsstätten zur gleichen Zeit angefahren und versorgt werden. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, dass nicht alle Stellen mit einem Anleiter besetzt werden können, ein zuverlässiger Mitarbeiter die Leitung der Arbeit übernehmen muss und erhöhte Transportkosten die Betriebskosten in die Höhe treiben.

Das Arbeitsgebiet gibt den Behinderten das Gefühl, nicht eingesperrt in Räumen zu sein, ist aber saisonabhängig: In den witterungsungünstigen Monaten November bis Februar gibt es wenig zu tun, aber ab März kann der Tag nicht lang genug sein. Die Suche nach Winterarbeit war bisher nicht sehr erfolgreich. Reparaturaufträge, Baustellen-Beräumungen, Winterdienst und Urlaub waren bisher die Rettungsanker.

### **3. Entstehung der Selbsthilfefirma und Finanzierung:**

Der Gartenprofi ist Kind unseres Vereines und zugleich auch der Gedanken derer, die im Modellprojekt um die Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke und Behinderte in der Gemeinde gerungen haben. Hier möchte ich insbesondere Frau Evelin Nitsch, heute Referentin für Gefährdetenhilfe im DPWV, und Herrn Dietrich Kloß, Koordinator des Gartenprofi, nennen. Ich habe diesen Prozess als Koordinator des Modellprojektes mit vorbereitet, begleitet und auch Verhandlungen geführt.

Im Bundesmodellprojekt bestand für unseren Verein die Aufgabe, Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke und seelisch Behinderte zu suchen. Als ehemalige Mitarbeiter des Landeskrankenhauses und eine ABM-Kraft 1992 diese Aufgabe angingen, hatten wir zunächst die vielen Langzeitbewohner des Heimbereiches vor Augen, die durchaus arbeitsfähig waren und mit ihrer Tätigkeit in der Arbeitstherapie (Wäscherei, Gärtnerei, Druckerei) eher einen Beitrag für die Krankenhausökonomie leisteten als arbeitstherapeutisch auf das Leben in der Gemeinde vorbereitet zu werden. Wir mussten schnell erfahren, dass die WfbM-Planung von Sachsen-Anhalt bereits abgeschlossen und eine WfbM für seelisch Behinderte nicht vorgesehen war. Bei unseren Recherchen und Bedarfsermittlungen stießen wir auf zwei Gruppen von Menschen, denen bis heute unsere Aufmerksamkeit in der Firma gilt:

- zum einen die psychisch Kranken, die jung, berentet und z.T. total in der Häuslichkeit isoliert waren, aber die zeitlichen Anforderungen einer WfbM nicht schaffen würden;

- zum anderen sahen wir die Entwicklung, dass psychisch Kranke bzw. Schwerbehinderte ihre Arbeit verlieren würden, weil sie dem Leistungsdruck auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr standhielten und im Wettbewerb mit den Gesunden den Kürzeren ziehen.

Dabei handelten wir nach der These: Wenn die Wirtschaft nicht in der Lage ist, die psychisch Kranken unserer Region zu integrieren, tun wir es selber. Das Modellprojekt des Bundes und die Weiterförderung des Landes Sachsen-Anhalt bis 1996 gaben uns die Möglichkeit, den Aufbau des Arbeitsprojektes gründlich vorzudenken, vorzubereiten und die ersten Schritte in der Selbständigkeit zu erproben. Schließlich dauerte es eineinhalb Jahre, bis der erste Schwerbehinderte 1994 in der Selbsthilfefirma „Gartenprofi“ seinen Arbeitsvertrag erhielt.

Zum Aufbau des Projektes dienten uns sämtliche Förderinstrumente, die für Schwerbehinderte in Sachsen-Anhalt zur Verfügung stehen: Zuschüsse, die zur Einstellung von Schwerbehinderten jedem Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes zur Verfügung stehen; Minderleistungsausgleich; Zuschüsse für gemeinnützige Träger; Investitionszuschüsse. Wir müssen jedoch einschätzen, dass ohne die Sicherheit der Personalkostenförderung durch das Bundesmodellprojekt vor der eigentlichen Betriebsgründung die Firma nicht zustande gekommen wäre.

Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle für die Unterstützung und die Hilfe der Mitarbeiter des Psychiatriereferates im Ministerium, des Arbeitsamtes Haldensleben und der Hauptfürsorgestelle sowie des Landesverbandes des DPWV und der Lotto-Toto-Gesellschaft. Ohne ihre manchmal auch unbürokratische Hilfe wäre es nicht möglich gewesen, die lange Durststrecke des schweren Anfangs und Schwierigkeiten auf der Strecke zu überstehen.

Beim Aufbau ließen wir uns von folgender *Philosophie* leiten:

- Schaffung von versicherungspflichtigen Dauerarbeitsplätzen;
- Vorbereitung der Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt;
- Zuverdienstarbeitsplätze ermöglichen.

Unsere Firma sollte psychisch Kranken eine dauerhafte Stütze sein. Sie sollte den Beschäftigten jene positiven Werte vermitteln, die auch jede andere Arbeitssituation mit sich bringt. Wir wollten: Realen Lohn für geleistete Arbeit zahlen; Arbeit ohne Stigma; Arbeit als beschütztes Angebot ohne vordergründigen Rehabilitationsdruck. Die Arbeitsbedingungen wurden hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen psychisch Kranker entsprechen.

Folgende Prinzipien gelten bis heute:

- Klarheit und Eindeutigkeit
- Transparenz und Übersichtlichkeit
- Einfachheit und Unkompliziertheit der institutionellen, räumlichen und personellen Verhältnisse
- angemessene Motivation
- Vermeidung sowohl von Überforderung als auch von Unterforderung

Wie sieht es heute mit unseren hehren Zielen aus? Sind sie angesichts der gestiegenen Arbeitslosenquote noch real? Was hat sich geändert?

Geändert hat sich die *Rechtsform*: Aus dem Zweckbetrieb ist eine gemeinnützige GmbH geworden, deren alleiniger Gesellschafter der Förderverein Psychiatrie ist. Damit steht sie rechtlich und wirtschaftlich auf eigenen Füßen.

Geändert hat sich der *Name*: Die Selbsthilfefirma nennt sich heute Integrationsfirma, einer Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. folgend, weil der Name Selbsthilfefirma irreführend auch so interpretiert werden kann: *Ihr helft Euch selbst – also braucht ihr keine Hilfe!*

Geblieden ist das Ziel tarifgerechter Löhne. Möglich ist das nur unter Nutzung der Leistungen des Arbeitsamtes zur Förderung der Eingliederung und des Minderleistungsausgleiches durch die Hauptfürsorgestelle. Im Ohrekreis kennt man den Gartenprofi nicht als Enklave für Behinderte, sondern als Dienstleistungsunternehmen. Die Behinderten arbeiten mit Nichtbehinderten zusammen und erleben die gleiche Wertschätzung.

Geblieden ist das Arbeitsangebot ohne vordergründigen Rehabilitationsdruck. Das beschützte Arbeitsangebot ist zeitlich nicht begrenzt. Wir hielten auch dann daran fest, als aufgrund einer schwachen Auftragslage das Betriebsergebnis in die „Miesen“ ging. Die erwogene Möglichkeit, einen Schwerbehinderten zugunsten eines Neuen mit einer hohen Lohnkostenförderung zu entlassen, wurde fallengelassen, weil die Unsicherheit bei unseren Mitarbeitern sofort Ängste vor Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe auslöste. Unsere Maßnahme, den Geschäftsführer zu entlassen, war zwar ungewöhnlich, aber erfolgreich.

Durch die dauerhafte Besetzung der Arbeitsplätze wird anderen bedürftigen Schwerbehinderten eine zeitweilige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt verbaut. Ein ständiges Wachsen des Betriebes durch weitere Einstellungen ist aufgrund des Arbeitsfeldes und der Auftragslage nicht möglich. Allerdings geht das Leistungsvermögen der bei uns tätigen Behinderten auch nach mehrjähriger Beschäftigung in der Firma nicht über 50 - 70 Prozent hinaus, und auf dem ersten Arbeitsmarkt sind sie fast ohne Chance.

Hinzugekommen sind inzwischen Praktikums- und Arbeitsplätze als Wiedereingliederung für Randgruppen wie Frauen, Jugendliche und Ältere.

#### **4. Schwierigkeiten der Integrationsfirma:**

Mit zwei Vorurteilen hat der Betrieb in der Öffentlichkeit zu kämpfen. Einerseits sind da die Vorurteile des Arbeitsamtes und der befürwortenden Stellen: „Sie sind zwar gemeinnützig, aber sie arbeiten gewinnorientiert und auf dem offenen Markt! Also können wir keiner ABM zustimmen, weil das Wettbewerbsverzerrung wäre.“ Andererseits hat die Konkurrenz das Vorurteil: „Der Betrieb wird mit Fördermitteln aus allen Richtungen gestützt. Also können Dumpingpreise angeboten werden. Also ist es unlauterer Wettbewerb!“

Zum ersten ist zu sagen, dass die beiden Anleiter zwei Jahre lang über ABM finanziert wurden. Da hier keine rotierende Maßnahme zur Anwendung kam, war es zumindest in dieser Zeit eine planbare Größe. Inzwischen erhält nur noch der sozial-pädagogische Anleiter im dritten Jahr einen Lohnkosten-Zuschuss. Ein weiteres Jahr geht nur bei einer darauf folgenden Festanstellung. Da das Betriebsergebnis das bisher nicht erlaubt, ist das eine neue Unsicherheit. Der fachliche Anleiter wurde weder über eine erneute ABM noch über Lohnkosten-Zuschuss gefördert. Zu verhandeln ist jetzt mit der Hauptfürsorgestelle die Zahlung eines Betreuungsaufwandes. Eine Gewinnerorientierung ist bei dem hohen Krankenstand der Mitarbeiter nicht realitätsgerecht und durch den Status der Gemeinnützigkeit ausgeschlossen.

Das zweite Vorurteil ist recht schnell zu entkräften. Der Gartenprofi hatte von Beginn an marktübliche Preise. Fördermittel wie Lohnkostenzuschuss-Ost und Förderung der Eingliederung durch die Arbeitsverwaltung, Zahlungen aus der Ausgleichsabgabe zur Einrichtung behindertengerechter Arbeitsplätze und Investitionszuschüsse im Rahmen von Projektförderungen können von jedem „normalen Unternehmen“ beantragt werden. Sie sind in keiner Weise an Integrationsfirmen gebunden. Leider werden diese Instrumente auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur wenig genutzt. Sie sind nicht Motivation genug, Schwerbehinderte einzustellen, so dass in keiner Weise von Chancengleichheit gesprochen werden kann.

Große Sorgen hat uns von Beginn an die Personalkostenförderung des Leitungspersonals bereitet. Zwar griffen Modellförderung, ABM und LKZ-Ost ineinander, jedoch in keinem Falle nahtlos. So mussten die Behinderten drei Monate lang ohne sozial-pädagogische Betreuung auskommen, weil eine Maßnahme wider Erwarten nicht verlängert wurde und ein neuer Fördertopf erst gefunden und beantragt werden musste. Der Geschäftsführer der gGmbH ging nach einer glücklicherweise vierjährigen Modellförderung für ein Jahr in die Arbeitslosigkeit, da der kleine Betrieb 1997 vor der Alternative stand, entweder Mitarbeiter zu entlassen oder in Konkurs zu gehen. Heute ist er mit einer Förderung für ältere Arbeitnehmer wieder im Betrieb

als Koordinator tätig. Aber was wäre passiert, wenn wir die erfahrenen Mitarbeiter verloren hätten, wie viel Wissen, Vertrauen und Sicherheit für die Klienten wäre weggebrochen? Wir müssen uns berechtigt die Frage stellen, wann hört die Unsicherheit endlich auf und wie lange machen die Mitarbeiter das noch mit?

Ich möchte Sie auf ein weiteres Problem aufmerksam machen: Die Qualifikation und das Anforderungsprofil der Anleiter. Der *Projektleiter* sollte vom Fach sein, Managerqualitäten haben, die Betriebswirtschaft beherrschen und sozial-pädagogische Kenntnisse sowie Kenntnisse von Krankheits- und Erscheinungsbildern haben. Arbeitet so ein Mann oder Frau für 2160 DM in einer LKZ-Ost- Förderung? Der *sozial-pädagogische Anleiter* muss neben seinen psychologischen und pädagogischen Kenntnissen auch praktische Kenntnisse und Fähigkeiten haben, denn er ist vor Ort und arbeitet nicht unerheblich mit. Der *Fachanleiter* muss neben den Kenntnissen der Technik und des technologischen Arbeitsablaufes auch ein gehöriges Maß an Menschenkenntnis und Wissen um die Erscheinungsformen der psychischen Krankheiten haben. Nun finden Sie solche Experten mal über ABM oder andere Förderungen! Da muss einer schon ein großes soziales Herz haben.

Auch bei den angestellten schwerbehinderten Mitarbeitern stellt die Qualifikation ein Problem dar. Entweder liegen berufsfremde oder oftmals gar keine Qualifikationen vor. Hier ist ein ständiger Balanceakt zwischen qualitativ guter Arbeit und unqualifiziertem Personal auszuhalten.

Schwierigkeiten ergeben sich auch aus der Natur der psychischen Krankheit oder seelischen Behinderung. Im Jahr 1998 waren vier Mitarbeiter für insgesamt 600 Arbeitstage krankgeschrieben. Die behinderten Mitarbeiter neigen zu Selbstüberschätzung, dabei aber zu mangelnder Sorgfalt und Gründlichkeit. Schwierig für sie ist auch die Übersicht des technologischen Ablaufes. Konzentrationsmängel, mangelnde Ausdauer und Schwierigkeiten in der Einstellung auf neue Arbeitssituationen führen zu einer verminderten Leistungsfähigkeit. Die Mitarbeiter zeigen im Tagesverlauf einen starken Leistungsabfall und haben einen ständigen Motivationsbedarf. Auf der anderen Seite stehen aber Termin- und Auftragsdruck sowie eine einwandfrei zu liefernde Qualität. Im Gartenprofi versucht man diesen Erscheinungsformen folgendermaßen entgegen zu steuern:

1. Die Arbeitseinteilung berücksichtigt, dass bekannte Arbeiten wiederholt werden können.
2. Es werden mehr Pausen als in einem normalen Betrieb gemacht d.h. nach 50 Minuten Arbeit schließt sich eine 10 minütige Pause an. Die Arbeitszeit für Behinderte beträgt nur 30 Stunden, um niemanden zu überfordern.
3. Die Mitarbeiter werden ständig angeleitet, die Arbeitsausführung kontrolliert und eingeschätzt und viel Lob kommt zur Anwendung.
4. Es wird versucht, behinderte und nicht behinderte Arbeitnehmer bei einer Tätigkeit zusammen arbeiten zu lassen.
5. Die Beschäftigten werden über Ereignisse und Ergebnisse des Betriebes informiert, so dass Gerüchte und Verunsicherungen möglichst ausgeschlossen werden.
6. Um offenes Ansprechen von Problemen und Schwierigkeiten ist man bemüht.

## **5. Schlussfolgerungen aus unseren Erfahrungen:**

1. Wir stimmen im vollen Umfang dem Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. zur Weiterentwicklung von Integrationsfirmen und Integrationsfachdiensten zu. Hier werden dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Forderungen und Vorschläge unterbreitet, die der Förderung neuer und der Sicherung bestehender Projekte dienen.
2. Für Sachsen-Anhalt schlagen wir neue Wege vor, um an das Ziel zu kommen, und um die Entstehung neuer Projekte zu fördern. Wir halten die Absicherung des Stammpersonals (Sozialpädagogen und fachliche Anleiter) durch Anteilsfinanzierung für erforderlich.



3. Integrationsfirmen sollten bei der Vergabe öffentlicher Aufträge durch Städte und Gemeinden bevorzugt berücksichtigt werden. Das trägt zur Auftragssicherung und somit zur Stabilität bei.

4. Förderung von Ersatzinvestitionen: Die hohe Selbstverpflichtung der tariflichen Entlohnung - gerade auch der leistungsgeminderten Mitarbeiter - verhindert die Bildung von Rücklagen. Die Ausgleichsabgabe sollte nicht nur zur Schaffung von neuen Arbeitsplätzen, sondern auch zur Modernisierung eingesetzt werden.

5. Bessere Information von Arbeitgebern und Arbeitnehmervertretungen über Möglichkeiten zur Beschäftigung von Schwerbehinderten und Fördermöglichkeiten halten wir für erforderlich. Angst vor Unkündbarkeit, Arbeitsausfällen und Ärger mit der Hauptfürsorgestelle lässt Unternehmer lieber die Ausgleichsabgabe zahlen und motiviert nicht zur Schaffung neuer Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt.

6. Integrationsfachdienste zur Arbeitsuche und Begleitung auf dem ersten Arbeitsmarkt halten wir unbedingt für erforderlich. Wir sind uns dessen bewusst, dass die meisten der geforderten Maßnahmen Geld kosten. Ein psychisch Kranker oder Behinderter jedoch, der ohne Beschäftigung und Anerkennung von einer Krise in die andere rutscht, ist viel teurer!

Nach so vielen Schwierigkeiten möchte ich allen, die über die Gründung eines Integrationsbetriebes nachdenken, trotzdem Mut machen:

1. Sie müssen es selbst tun, sonst tut es keiner.

2. Nutzen Sie die vielen Erfahrungen, die bereits nicht nur in den alten Bundesländern vorhanden sind. Erfahrungen sind eine kostengünstige Investition. Wir haben sehr gute Erfahrungen gemacht mit der FAF Berlin und den Mitgliedern der BAG Integrationsfirmen e.V. Adressen, auch von gestandenen West-Firmen, reichen wir gern weiter! Wir helfen auch selbst gern!

3. „Learning by doing“ gilt nicht nur für behinderte Menschen. Auch für uns Profis ist die Integrationsfirma eine Erfahrung, bei der das Lernen und der Erkenntnisprozess nicht aufhören. Dass es lohnt, ist keine Frage.

Ob die Wege, die wir beschritten haben, wirklich so neu waren, sei dahingestellt. Ich möchte aber nicht versäumen, Ihnen, den freien Trägern, Ihnen, den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, den Mitarbeitern der Verwaltungen und nicht zuletzt unseren Politikern Mut zu machen, vom Wege abzukommen, denn „Nur wer vom Weg abkommt, kommt auf neuen Wegen zum Ziel!“

## Berufsförderungswerk – Berufstrainingszentrum

Harald Bencinic, Staßfurt<sup>4</sup>

*Herr Bencinic hat uns anstelle eines Manuskripts Kopien der Abbildungen überlassen, auf denen seine Präsentation aufgebaut war. Anhand dieses Materials wird der Inhalt seines Beitrags zusammengefasst wiedergegeben. Der Herausgeber*

Gestützt auf eine Übersicht über das Netz der Berufsförderungswerke in Deutschland und ein Modell der Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH in Staßfurt mit Wohnheimen, Schulen für kaufmännische und gewerblich-technische Ausbildung, Kommunikationszentrum, Mensa, Verwaltungsgebäude und Freizeiteinrichtungen, wurden die Aufgaben und Ziele des BfW Sachsen-Anhalt beschrieben. Berufsförderungswerke bieten Erwachsenen, die nach einer Krankheit oder einem Unfall ihren Beruf nicht mehr ausüben können, umfassende Möglichkeiten zur Umschulung in anerkannten Berufen. Sie gehen davon aus, dass Menschen mit partieller gesundheitlicher Einschränkung sich in ihren Grundauffassungen, Werten und Bedürfnissen nicht von anderen Arbeitnehmern unterscheiden und nicht weniger leistungsfähig sind. Aufgrund ihrer Erfahrungen sind sie oft sogar besser motiviert und vorgebildet als Berufsanfänger und damit produktiver.

Das BfW Sachsen-Anhalt vermittelt alle Kenntnisse und Fertigkeiten, die notwendig sind, um das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung zu erreichen, und trainiert dabei soziale Verhaltensweisen für das künftige Arbeitsleben. Die Maßnahmen und Leistungen richten sich nach den Bedürfnissen der Umschüler und tragen den Erfordernissen des Einzelfalles ebenso Rechnung wie denen des Arbeitsmarktes. Die Ziele der Umschulung im BfW lassen sich festmachen an der dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung und der damit verbundenen Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und Persönlichkeitsentfaltung derjenigen Arbeitskräfte, die ihre bisherige, ganz spezielle Tätigkeit aus unfallbedingten Gründen oder wegen einer Berufskrankheit nicht mehr ausüben können.

Als Spezialeinrichtung zur ambulanten beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen wurde ein Berufliches Trainingszentrum vorgeschlagen mit den Trainingsbereichen „Gastronomie und Hauswirtschaft“, „Bürowirtschaft“ und „Holz – Metall“. Bei Rehabilitanden mit der Chance zur Integration und persönlicher Motivation könne durch realitätsnahes Training anhand von Auftragsarbeiten eine Stabilisierung von Kontakt-, Kritik- und Kommunikationsfähigkeit, eine Leistungssteigerung und das Einüben der Arbeitnehmerrolle erreicht werden. Dem Aufnahmeverfahren folgt eine Orientierungsphase von drei Monaten mit kontinuierlicher Steigerung der Arbeitszeit bis auf 40 Wochenstunden. Sechs Monate für das betriebliche Training werden unterbrochen von einem dreiwöchigen Schnupperpraktikum in externen Betrieben. Die Maßnahme kann mit einem achtwöchigen externen Praktikum abgeschlossen werden. Wichtig sei die enge Zusammenarbeit mit Handel, Industrie und Handwerk, die teilnehmerbezogene Kooperation mit psychosozialen Diensten, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, die aktive Mitwirkung in Behinderten- Organisationen, die Pflege regelmäßiger Kontakte zu Trägern beruflicher Rehabilitation und politischen Entscheidungsträgern und der intensive Erfahrungsaustausch in der Arbeitsgemeinschaft der Berufstrainingszentren.

---

<sup>4</sup> Harald Bencinic ist Geschäftsführer des Berufsförderungswerkes Sachsen-Anhalt gGmbH Staßfurt

## Werkstatt für seelisch Behinderte

Frieda Fischer, Eisleben<sup>5</sup>

Die Lebenshilfe Mansfelder Land ist ein unabhängiger, humanitärer und selbständiger Verein, der sich für eine umfassende Integration von Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung in der Gesellschaft einsetzt. Wir verfügen über eine Anzahl von Einrichtungen, deren Aufgaben und Ziele es sind, durch optimale und individuelle Hilfemaßnahmen eine bestmögliche Persönlichkeitsentwicklung bei Menschen mit einer seelischen Behinderung zu erreichen. Wir haben ein Wohnheim an der WfbM speziell für Menschen mit einer seelischen Behinderung und verfügen über eine Kapazität von 24 Wohnplätzen. Um Kontinuität der Betreuung zu gewährleisten, bieten wir, wenn sich die Persönlichkeit gefestigt hat, eine betreute Wohnform an. Nach zwei Jahren dieser Betreuungsform können wir mit folgendem Ergebnis abrechnen:

Von den 24 Heimbewohnern haben sich zwei Probanden so verselbständigt, dass sie in das Betreute Wohnen wechseln konnten. Zurzeit werden durch ein individuelles Trainingsprogramm drei Heimbewohner darauf vorbereitet und wir denken, dass sie in den kommenden zwei bis drei Monaten ihr Ziel erreicht haben. Erwähnen möchte ich gleichzeitig noch, dass sich aus der betreuten Wohnform ein Bewohner so in die Gemeinschaft integrieren konnte, dass er nach zwei Jahren selbständig eine Wohnung auf dem freien Wohnungsmarkt bezog und somit eine Betreuung nicht mehr notwendig war. Zwei weitere Bewohner werden zurzeit auf die freie Wohnform vorbereitet. Zu bedenken war hier nur, dass eine Betreuung der Klienten durch einen Sozialarbeiter weiterhin anzuraten ist, um eventuellen Versagensängsten entgegenzuwirken. Einen Antrag auf Weiterbetreuung und die damit entstehenden Personalkosten hat das zuständige Sozialamt leider abgelehnt.

In unseren Werkstätten arbeiten zurzeit 288 Mitarbeiter mit einer Behinderung. Davon gelten 30 als „seelisch behindert“. Vor einigen Jahren mussten wir feststellen, dass für Menschen mit einer seelischen Behinderung berufliche wie auch soziale Hilfeangebote im Mansfelder Land nur sehr unzureichend vorhanden waren. In Beratungen mit dem Sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen und der psychiatrischen Klinik wurde uns deutlich, dass die Bereitstellung von entsprechenden Arbeitsplätzen dringend notwendig ist. Aus diesem Gedanken heraus erarbeiteten wir eine Konzeption für eine Betriebsabteilung für Menschen mit einer seelischen Behinderung. Dieser Arbeitsbereich befindet sich im Objekt Neckendorf, 6 km von Eisleben entfernt, und kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Fahrdienst der WfbM erreicht werden.

Aufgrund der breit gefächerten Krankheitssymptomatik bei seelischen Behinderungen ist es notwendig, ein weites Spektrum an Tätigkeiten anzubieten, so dass die individuellen Fähigkeiten angemessen gefördert werden können. Alle Leistungsangebote berücksichtigen im Einzelfall das Gleichgewicht zwischen Aktivitäten zur Selbsthilfe und dem Angebot zur Arbeit.

Im Falle einer andauernden Überforderung des seelisch behinderten Mitarbeiters ist mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung zu rechnen. Andererseits birgt eine Unterforderung die Gefahr von Passivität und verminderten Antrieb zu einer eigenständigen Lebensgestaltung in sich.

Die Rechtsgrundlage zur Aufnahme in einer Werkstatt für Behinderte ist der § 39 BSHG in Verbindung mit dem § 54 Schwerbehindertengesetz, der sagt:

Anspruch auf Eingliederungshilfe haben Personen, die nicht nur vorübergehend seelisch behindert sind. Ziel ist es, den Behinderten die Teilnahme an der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen.

---

<sup>5</sup> Frieda Fischer, Diplom-Sozialarbeiterin, ist Leiterin des Begleitenden Dienstes der Werkstatt für Behinderte der Lebenshilfe Mansfelder Land

Die Aufnahme des Behinderten und die Dauer der Maßnahme werden durch Beschluss des Fachausschusses festgelegt. Das Arbeitstraining wird mit einer Orientierungsphase eingeleitet. Durch medizinische, psychologische und berufsorientierte heilpädagogische Diagnostik wird das individuelle Rehabilitationspotential bestimmt und ein flexibler Rehabilitationsplan mit konkreten Förderbedürfnissen erstellt. Die Fortsetzung des Arbeitstrainings baut auf den Ergebnissen der Orientierungsphase und dem daraus entstandenen Reha-Plan auf. Die in den individuellen Trainingsplan festzulegenden Ziele orientieren sich an den objektiven Anforderungen der jeweiligen Arbeitsplatzbeschreibung für die Arbeitsplätze des Arbeitsbereiches. Der Übergang aus dem Arbeitstraining in den Arbeitsbereich ist fließend entsprechend dem Trainingsfortschritt möglich. Im Arbeitsbereich werden den Mitarbeiter in Abhängigkeit von Interessenlage und beruflicher Vorbildung folgende frei auswählbare Tätigkeiten angeboten:

- graphisches Gestalten
- Tonarbeiten
- Peddigrohrarbeiten
- Holzverarbeitung
- Landschaftsgestaltung
- Montagearbeiten.

Aufgabe des Arbeitsbereiches ist es, den Arbeitsplatz so zu gestalten, dass es Menschen mit einer seelischen Behinderung ermöglicht wird, sinnvoll am Arbeitsprozess teilzunehmen. Durch die Teilnahme am Arbeitsleben soll Isolation verhindert und damit die Möglichkeit zum sozialen Leben und zur Korrektur individuellen Verhaltens geschaffen werden:

- Feststellen der erworbenen fachlichen und sozialen Kompetenzen und deren Erweiterung
- Selbsterkennen der eigenen Persönlichkeit und deren Stabilisierung
- Ausbau von Grundfähigkeiten wie:
  - Regelmäßigkeit und Pünktlichkeit
  - Konzentration, Sorgfalt, Durchhaltevermögen
  - angemessenes Verhalten in Konflikt- und Belastungssituationen
  - Umgang mit Arbeitsstress und Frustration
  - realistische Selbsteinschätzung
  - Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit
- Normalisierung der Arbeit bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit

Da ein beträchtlicher Teil der Menschen mit einer seelischen Behinderung erst nach erfolgter beruflicher Ausbildung und Tätigkeit akut erkrankt ist und ihr Bildungsstand sowie das intellektuelle Leistungsvermögen dem Bevölkerungsdurchschnitt weitgehend entsprechen, ist der Übergang auf den freien Arbeitsmarkt anzustreben. Primäres Ziel ist demnach die Reintegration in das Berufsleben.

Seit Februar 1997 existiert die Arbeitsabteilung mit 42 Plätzen für Menschen mit einer seelischen Behinderung, und wir konnten im bisherigen Zeitraum gute Erfolge erzielen. Durch das gestärkte Selbstvertrauen wie auch die Festigung sozialer Kompetenzen ist ein erheblicher Rückgang stationärer Einweisungen festzustellen. Bei 18 von 25 Mitarbeitern war ein bisher regelmäßiger Aufenthalt in Kliniken nicht mehr erforderlich. Bei den anderen Mitarbeitern sanken regelmäßige Klinikaufenthalte in ihrer Zeitdauer und der Häufigkeit der Einweisungen.

Bei der Betreuung von Menschen mit einer seelischen Behinderung gibt es Probleme und Hemmnisse: Im Wohnheim an der WfbM, speziell für seelische Behinderte, gibt es für die Eingliederungshilfe keinen verbindlichen Betreuungsschlüssel. Es wird durch das Ministerium

für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales in Magdeburg angenommen, dass im Vergleich zu Menschen mit einer geistigen Behinderung ein geringerer Betreuungsaufwand vorliegt. Es wird dabei übersehen, dass gerade der Teil der psychisch Erkrankten sich im Heim und im Betreuten Wohnen befindet, bei dem eine seelische Behinderung eingetreten ist. Andauernde Folgezustände in der Ausübung sozialer Funktionen und Rollen stellen eine erhebliche Beeinträchtigung des selbständigen Lebens dar. Alternativen zur Gabe von sedierenden Medikamenten bestehen vor allem in tagesstrukturierenden Angeboten. Dazu ist qualifiziertes Personal in ausreichender Anzahl notwendig. Am realen Beispiel aus dem Wohnheim Helbra wurde durch uns mit Hilfe von Filmaufnahmen der Betreuungsaufwand nach Qualität und Quantität für einige Heimbewohner berechnet. Dieser empirisch belegten Rechnung gegenüber steht die ministerielle Annahme, dass seelisch Behinderte kaum Betreuung benötigen. Dieses Verhalten erweckt zumindest den Eindruck, dass Kostengründe die Entscheidung bestimmen, ohne dass die Problematik der seelisch behinderten Menschen erfasst wird.

Bei einem Probelauf zur Umsetzung der Rahmenvereinbarung nach § 93 BSHG stellten wir Defizite im Betreuungsansatz fest: Beim Betreuungspersonal wurden 32 Stunden pro Monat zu wenig vorgegeben, bei Einzelbetreuung, besonders bei Formen von Enthospitalisierung, Aggressionsabbau, Problembewältigung wurden insgesamt 59 Stunden pro Monat zu wenig veranschlagt. Psychologische Leistungen sind gar nicht berücksichtigt worden, ebenso wenig die erforderliche zusätzliche Betreuung durch den sozialen Dienst.

Im Werkstattbereich sieht die Problematik ähnlich aus. Hinzu kommen zusätzliche lange Wartezeiten vom Tag der Antragstellung auf eine berufliche Reha-Maßnahme bis zur Bestätigung der Kostenübernahme für den Trainingsbereich, was sich wiederum negativ für den Antragsteller auswirkt. Durch die zu langen Wartezeiten können die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten wie auch die Persönlichkeitsentwicklung rückläufige Tendenzen aufweisen.

Seelisch Behinderte leiden unter dieser Situation, fühlen sich überflüssig, von der Gesellschaft ausgegrenzt. Sie werden oftmals gleichgültig, ziehen sich von anderen Menschen zurück, was sich wiederum auf ihren Gesundheitszustand negativ auswirkt. Bei einem Klienten (fast ein Jahr Wartezeit) stellten wir beim Aufnahmegespräch eine Verwahrlosung im häuslichen Bereich wie auch bei der eigenen Körperhygiene fest. Zu diesem Zeitpunkt war er nicht mehr bereit, die angebotene Hilfe anzunehmen und verweigerte jegliche gesundheitliche Betreuung. Bei seelisch Behinderten ist anzuraten, dass nach Bekanntwerden des Hilfebedarfs eine rasche Aufnahme in die Werkstatt für Behinderte oder eine andere Fördermaßnahme (Umschulung) eingeleitet wird. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass eine Vermittlung auf dem freien Arbeitsmarkt laut amtlichen Gutachten ausscheidet.

Ein weiteres Problem sind die Voraussetzungen für die Aufnahme in die WfbM. Man gewinnt den Eindruck, dass die verschiedenen Kostenträger unterschiedliche Aufnahmekriterien zugrunde legen. Die LVA übernimmt nur dann die Kosten für den Trainingsbereich, wenn der Antragsteller eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht. Bundesknappschaft und Bundesversicherungsanstalt dagegen lehnen die Übernahme der Kosten für den Trainingsbereich ab, wenn der Antragsteller berentet ist. Hier sollten unbedingt gemeinsame Aufnahmekriterien angesetzt werden.

Bei unserem Probelauf zur Umsetzung der Rahmenvereinbarung nach § 93 BSHG stellten wir außerdem fest, dass die Personalbesetzung unzureichend ist. Zugrunde gelegt wurde ein Betreuerschlüssel im Arbeitsbereich von 1:12, im Arbeitstrainingsbereich von 1:6, im Sozialen Dienst von 1:120, Psychologe entsprechend der vorgegebenen Stundenzahl. Damit fehlen nach unserer Auffassung im Sozialen Dienst 80 Betreuungsstunden, im psychologischen Dienst 30 und bei Gruppenbetreuern 50. Hier müssen unbedingt Überlegungen getroffen werden, wie wir diesen Defiziten entgegenwirken können.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit meinen Ausführungen einen kleinen Einblick in die Problematik der in den Einrichtungen der Lebenshilfe Mansfelder Land zu betreuenden Menschen mit einer seelischen Behinderung vermitteln konnte und wünsche uns in der weiteren Arbeit auf dem Gebiet der Behindertenbetreuung viel Erfolg.

# Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf: Die Situation in Sachsen-Anhalt

Teil II: Ergebnisse angewandter Sozialpsychiatrie



# Arbeitstherapie: Stellenwert von Arbeit in der Behandlung

Hermann Mecklenburg<sup>6</sup>

Ich habe früh - als junger Assistenzarzt - folgendes Dilemma insbesondere psychotisch kranker Menschen registriert: Auch wenn sie einen guten Arbeitsplatz besaßen, hatten sie ihn nach der zweiten oder dritten Krankheitsphase verloren. Diese Erkrankung - wie auch viele andere seelische Leiden - erschüttert den Menschen so sehr in seinen Grundfesten, dass die Basis von Lebenssicherheit zerfließt, die er für kompetentes Mitwirken in dem komplexen sozialen Gefüge der Arbeitswelt benötigt.

In diesem Dilemma kann die alte - für manche altmodische - psychiatrische Methode der Arbeitstherapie zum Dreh- und Angelpunkt eines regenerativen Prozesses werden, und zwar sowohl für den Patienten als auch für die Institution und für die Region; und dieses auf struktureller und inhaltlicher Ebene. Des Weiteren steht mit der Arbeitstherapie der einzige finanziell unkomplizierte Zugang zu arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen zur Verfügung: Nämlich als ambulante Ergotherapie, die eine Regelleistung der Krankenkassen ist.

## 1. Inhalte der Arbeitstherapie

### **Arbeitstherapie im Rahmen der Akutbehandlung und Krisenintervention:**

Dieses therapeutische Angebot hat den großen Vorteil, dass bei den Interessierten Arbeit als Thema in den Blick rückt. Für die Patienten, die wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren wollen, ist Arbeitstherapie eine fast unabdingbare Behandlungsform zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Inhaltlich geht es dann nahezu ausschließlich um Wiedererlangung von Grundarbeitsfähigkeiten wie z.B. Konzentration, Durchhaltevermögen, Pünktlichkeit, kompetentes Sozialverhalten.

### **Arbeitstherapie im Rahmen der Nachbehandlung und begleitenden Behandlung:**

In dieser Form fungiert die Arbeitstherapie vorwiegend zur Stützung und Tagesstrukturierung während der ambulanten Behandlung durch den Nervenarzt oder als Nachbehandlung nach stationärer Therapie zur Rückfallprophylaxe und Stabilisierung. Diese Form der Behandlung hat REKER in seiner kürzlich erschienen Monographie „Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie“ untersucht. Er konnte zeigen, dass die Notwendigkeit für Krankenhausbehandlung signifikant zurückging (Tab. 4).

### **Arbeitstherapie als berufsbezogene Behandlung: Diagnostik, Belastungserprobung, berufsbezogenes Langzeittraining**

**Diagnostik:** Der größere Teil der Patienten, die psychisch erkranken, haben Berufserfahrung. Die arbeitstherapeutische Diagnostik sucht nun nicht nach Defiziten, die therapeutisch zu beseitigen wären, sondern sie identifiziert im Gegenteil die Stärken und Fertigkeiten der Patienten, um diese wieder zu aktivieren und zu festigen. Dieser Weg ist deshalb klug, weil er erstens die Anstrengungen der Therapeuten reduziert und zweitens dem Patienten gute Rückmeldungen gibt: Nämlich darüber, was er kann anstatt darüber, was er nicht kann. Beide - Patienten und Therapeuten - erhalten dadurch gute Chancen für Erfolgserlebnisse.

Die Diagnostik nimmt in den Blick die *instrumentellen Fertigkeiten* – hiermit ist das gemeint, was der Patient von Begabung und Gelerntem an beruflich relevanten Qualitäten besitzt, z.B. handwerkliches Geschick, Erfahrung im Büro, im Dienstleistungsbereich sowie die schon oben genannten Grundarbeitsfertigkeiten, und die *sozio- emotionalen Fertigkeiten* – unter diesem Stichwort wird untersucht, in welcher Art die Patienten Beziehungen aufnehmen und gestalten

---

<sup>6</sup> Hermann Mecklenburg ist Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Gummersbach und Sprecher der Arbeitsgruppe „Soziotherapie und Rehabilitation“ der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser und des Arbeitskreises leitender Ärzte psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.



und in welcher Form sie Gefühle wie Freude, Trauer, Ärger etc. erleben und leben. Dieses ist von Bedeutung für die Beziehungsgestaltung am Arbeitsplatz.

Die psychische Erkrankung beeinträchtigt den Menschen stärker in den sozioemotionalen Anteilen seiner Person. Behandlung muss dieses im Blick haben und darf sich nicht auf das Training berufsfachlicher Techniken beschränken.

**Belastungserprobung:** In dieser Phase werden die in der Diagnostikphase identifizierten Fähigkeiten trainiert. Vertrags- und Konfliktfähigkeit im Arbeits- und Sozialgefüge werden in Reflexionsgesprächen hinterfragt. Die berufliche Perspektive wird entwickelt.

Allerdings kann sich schon in dieser Phase - und selbstverständlich auch als Ergebnis der Diagnostikphase - herausstellen, dass eine Berufstätigkeit nicht angestrebt wird. Dieses kann als gutes Ergebnis der ergotherapeutisch begleiteten Entscheidungsfindung für oder gegen Arbeit gewertet werden. Umgekehrt absolvieren einzelne Patienten in dieser Zeit bereits ein Praktikum am allgemeinen Arbeitsmarkt und finden eine Anstellung.

**Berufsbezogenes Langzeittraining:** Dieses findet überwiegend als berufsspezifische externe Arbeitstherapie in Form von Praktika in Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes in der Region statt. Ein wesentlicher ergotherapeutischer Arbeitsschwerpunkt ist der Abgleich zwischen dem *Fähigkeitsprofil* des Patienten und dem *Anforderungsprofil* des Arbeitsplatzes - und umgekehrt. Die oben schon beschriebenen Reflexionsgespräche bleiben konstituierender Bestandteil dieses Behandlungsabschnitts. Zwischen den Praktika dienen etwa 4-wöchige „Rekreationsabschnitte“ im Reha-Zentrum der Aufarbeitung der Praktikumserfahrungen - und durchaus auch der Erholung.

## 2. Struktur arbeitstherapeutischer Anwendungen

**Vollstationär:** Inhaltlich findet ganz überwiegend das statt, was oben unter „Akutbehandlung“ beschrieben wurde. Nur eine kleine Gruppe von schwer psychotisch Kranken bleibt heute noch für mittelfristige Behandlungen im Krankenhaus. Für diese ist als therapeutisches Strukturelement die Arbeitstherapie allerdings eine besonders wichtige Methode, die darüber hinaus als persistierende Therapie besonders gut in den ambulanten Kontext überleiten kann.

Auch für Patienten in stationärer Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken - die ja vielfach zu der Gruppe der sog. Frühgestörten gehören - sollte die Arbeitstherapie als konstituierender Baustein bedacht werden. Besser als in jeder verbalen und kreativen Psychotherapie (deren Wertigkeit nicht in Frage gestellt werden soll) ist an diesem Ort Struktur und Realitätsbezug zu schaffen.

**Tagesklinik:** In der Tagesklinik kann Arbeitstherapie im Rahmen der Krisenintervention zur Anwendung kommen, vor allem aber als berufsbezogene Behandlung, in die externe Praktika als Teil der tagesklinischen Behandlung integriert sind. Solche Praktika finden für diese Patientengruppe häufig in der eigenen Firma statt, da viele Patienten noch einen Arbeitsplatz besitzen. Andere versuchen und schaffen auf diesem Wege die berufliche Integration. Voraussetzung ist allerdings, dass die Tagesklinik neben anderen einen arbeitstherapeutischen Schwerpunkt besitzt.

**Teilstationäre Arbeitstherapie:** Diese Form ist am ehesten komplementär zu dem Inhalt „Arbeitstherapie als berufsbezogene Behandlung“, und zwar deshalb, weil die Patienten während dieser ganztägig stattfindenden Behandlung krankgeschrieben und über das Krankengeld sozial abgesichert sind. Sie können sich so ganz auf den Entscheidungsprozess für oder gegen Arbeit, auf die Belastungserprobung und das auf die Rehabilitation vorbereitende Training konzentrieren. Die teilstationäre Struktur ähnelt dem Besuch eines Arbeitsplatzes und prägt in prognostisch günstiger Weise die berufsbezogene Identität des Patienten. Die „Arbeitszeit“ beträgt in der Regel sechs Stunden, allerdings mit niederschwelligem und zeitlich geringem Einstieg in der Startphase.

**Ambulante Arbeitstherapie:** Neben der ambulanten Beschäftigungstherapie kann die ambulante Arbeitstherapie eine sinnvolle Form der ergotherapeutischen Nachbehandlung oder begleitenden Behandlung sein. Für psychisch Kranke ist allerdings die praxistypische Struktur mit 30- bis 90-minütigen Anwendungen und einem einmaligen Rezept mit zehn Verordnungen nur selten sinnvoll. Arbeitstherapeutische Behandlung braucht mehr Zeit. Die Verordnung von zwei Gruppenbehandlungen pro Tag und über vier Wochen kann z.B. eine gute Behandlungseinheit sein. Die Rezeptierung über die Institutsambulanz erleichtert ein solches Vorgehen oder regionale Absprachen mit den Krankenkassen. Die Versuche grundsätzlicher Klärung mit den Landesverbänden der Krankenkassen sind in der Regel nicht erfolgreich.

**Arbeitstherapie in der Tagesstätte:** Das therapeutische Ziel ist die Tagesstrukturierung. Manche Tagesstätten bieten wirtschaftlich verwertbare Arbeitsangebote und sind dann in der Lage, Arbeitsbelohnungen zu zahlen. Für manche Besucher gelingt auf diesem Wege der Wiedereinstieg in Arbeit, indem Motivation geweckt und über weitere arbeitstherapeutische Instrumente an anderen Orten Training und Rehabilitation zur Verfügung gestellt wird.

**Arbeitstherapie in der Rehabilitation:** In der medizinischen und beruflichen Rehabilitation findet Arbeitstherapie in der Diagnostik und als berufsbezogene Behandlung ein optimales Arbeitsfeld. Inhaltlich spielt sich wiederum das ab, was oben unter „Arbeitstherapie als berufsbezogene Behandlung“ beschrieben wurde. Ergotherapeuten, die vor ihrer therapeutischen Ausbildung bereits einen anderen Beruf erlernt haben, sind in diesem Felde die optimalen Rehabilitationsbegleiter, da sie den Patienten und späteren Rehabilitanden von der Akutbehandlung bis zur Integration in Arbeit kompetent begleiten können.

Berufliche Rehabilitation kann vollstationär oder teilstationär oder ambulant vonstatten gehen. Die vollstationären Settings werden jedoch mehr und mehr verlassen. Sie sind für psychisch Kranke und Behinderte wesentlich weniger gut geeignet.

### 3. Finanzierung

Zur Darstellung soll die Tab. 5 genügen.

#### Resümee:

Die klassische psychiatrische Behandlungsmethode „Arbeitstherapie“ bekommt wieder zunehmende Bedeutung, nachdem sie in Verruf geraten war, weil Patienten häufig ausgebeutet wurden. Sie besitzt ihre spezifische Indikation in allen Krankheitsstadien und in vielen therapeutischen und rehabilitativen Kontexten. Sie entfaltet besondere Wirksamkeit bei den Patienten, die eine berufliche Wiedereingliederung anstreben oder eine arbeitsähnliche Beschäftigung suchen; sie führt zu einer signifikanten Reduzierung von Krankenhausbehandlungen; und in zahlreichen Zusammenhängen ist sie durch die Krankenkassen regelfinanziert. Die guten Ergebnisse sollen abschließend noch anhand einiger tabellarischer Übersichten verdeutlicht werden. Die erste zur beruflichen Entwicklung von Teilnehmern an ambulanter Arbeitstherapie stammt wiederum von REKER. Die übrigen geben langjährige katamnestische Ergebnisse der eigenen Arbeit in der Region des Oberbergischen Kreises wieder.

Tab. 4: Rehospitalisierung bei 57 schizophren Erkrankten drei Jahre vor und drei Jahre nach Beginn der Arbeitstherapie (nach Reker)

57 Patienten	3 Jahre vor Beginn	3 Jahre nach Beginn
stationär behandelt	51	30
Klinikaufenthalte	1,5	1,2
Dauer (Wochen)	35	16

Tab. 5: Finanzierung von Arbeitstherapie

Form	Ort	Finanzierung
Stationäre AT	Krankenhaus Tagesklinik	Krankenkassen (Regelfinanzierung)
	Reha-Institution (z.B. regionale Reha- Maßnahme, RPK, BTZ)	Krankenkassen, Rentenversicherer, Arbeitsverwaltung
Teilstationäre AT	Krankenhaus freie Träger	Krankenkassen (freiwillige Leistung), Rentenversicherer, Arbeitsverwaltung
Ambulante AT		Krankenkassen (Regelfinanzierung)
AT Tagesstätte	Tagesstätte	Sozialhilfe, Krankenkasse

Tab. 6: Beschäftigungsentwicklung von 83 schizophren Erkrankten aus ambulanter Arbeitstherapie (Reker 1998)

	1991	1992	1993	1994
Arbeitstherapie	83	41	25	19
allg. Arbeitsmarkt	0	18	20	18
Firma	0	3	9	7
WfbM	0	6	10	15
arbeitslos	0	15	19	24

Tab. 7: Beschäftigungssituation bei 83 Klienten vor Beginn der Maßnahme, bei Abschluss der Maßnahme und 4,4 Jahre später (Gummersbach)

	vorher		bei Abschluss der Maßnahme		4,4 Jahre nach Abschluss der Maßnahme	
allg. Arbeitsmarkt	7	8 %	43	52 %	43	52 %
Umschulung/Reha	0		3	4 %	1	1 %
WfbM	0		19	23 %	18	22 %
arbeitslos	76	92 %	10	11 %	8	10 %
Rente	0		0		5	6 %
Abbruch	—		8	10 %	—	

Tab. 8: Rehospitalisierung von 74 Klienten drei Jahre vor Beginn und sechs Jahre nach Beginn der Rehabilitations-Maßnahme (Gummersbach)

74 Patienten	3 Jahre vor Beginn	6 Jahre nach Beginn
Klinikaufenthalte pro Jahr	1,6	0,2
Dauer (Tage pro Jahr)	54	10



## Rehabilitation: Erfahrungen mit dem RPK-Konzept

Jochen Becker, Osnabrück<sup>7</sup>

Ich möchte das mir gestellte Thema modifizieren: „Rehabilitation - Erfahrungen mit dem RPK-Konzept am Beispiel des Reha-Zentrums am Hesselkamp in Osnabrück“. Daneben werde ich auch kurz auf die Entwicklung in Niedersachsen eingehen. Ich beabsichtige, zunächst einen Überblick zu geben über die Struktur der Einrichtung, über die konzeptionellen Grundlagen unserer Arbeit. Ich möchte dann anhand der Darstellung einzelner Verläufe die vorhandenen Instrumente und Möglichkeiten zur Rehabilitation und die Eingebundenheit in die Region verdeutlichen und zum Schluss einige Zahlen vorlegen. Ich hoffe, dass ein wenig von der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität deutlich wird, wie sie ja heute im Rahmen der Qualitätssicherungsdebatte angemahnt werden.

Rehabilitation im Zentrum am Hesselkamp beinhaltet, den Teilnehmer über einen befristeten Zeitraum zu begleiten und in Umsetzung eines individuellen, im Verlauf immer wieder zu überprüfenden Planes Weichenstellungen für das weitere Leben zu erarbeiten und vorzunehmen. In der Umsetzung ist mittlerweile auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung „RPK“ ein breites Spektrum an Möglichkeiten vorhanden. Zusammenfassend kann man es so beschreiben: Es gibt *einerseits* ein Team von Mitarbeitern unterschiedlicher Ausbildung mit verschiedenen Schwerpunkten in der täglichen Arbeit - heute würde man sagen: Es gibt ein multiprofessionelles Team. Dieses Team begleitet, behandelt, therapiert, berät, unterstützt, leitet an, plant, organisiert, steht zur Verfügung, nimmt sich aber auch zurück, wo es notwendig ist und sinnvoll erscheint. *Andererseits* verfügt die Region Osnabrück über Ressourcen im Bereich Arbeit und Beschäftigung, Arbeitstherapie und Arbeitstraining, Ausbildung, Umschulung und Fortbildung, welche in enger Kooperation mit deren Trägern – Einrichtungen und Betrieben – auf den Einzelfall bezogen zielorientiert und flexibel genutzt werden können. Es gilt somit, die Ressourcen des Reha- Zentrums mit den Ressourcen der Region nach den Bedürfnissen und Notwendigkeiten des einzelnen Teilnehmers zusammenzuführen und so persönliche Entwicklung Schritt für Schritt zu ermöglichen.

Das Haus am Hesselkamp hat seine Arbeit 1988 zunächst mit 20 *stationären* Plätzen aufgenommen. Diese 20 Plätze sind auch heute noch vorhanden. Das Haus war als Modell-einrichtung für Niedersachsen Teil des bundesweiten Modellversuches „RPK“. Schon bald zeigten sich mit Aufnahme von Teilnehmern aus entfernteren Regionen Niedersachsens die Probleme heimatferner Rehabilitation, so dass u.a. mit Entstehen weiterer Reha-Einrichtungen, so etwa in Wunstorf, das Einzugsgebiet überdacht und neu definiert wurde. Heute ist das Reha-Zentrum zunächst ein Angebot für Menschen aus der Stadt und dem Landkreis Osnabrück, aber darüber hinaus im Sinne einer flächendeckenden Versorgung im Lande Niedersachsen auch für Menschen aus dem Landkreis Emsland und der Grafschaft Bentheim, dem westlichen Landkreis Grafschaft Diepholz sowie den angrenzenden Teilen des südlichen Oldenburger Landes, ein Einzugsgebiet mit etwa 750.000 Einwohnern. Mehr als 90 % der Teilnehmer kommen mittlerweile aus diesem Einzugsgebiet; z.Z. stammen 21 von 32 Teilnehmern aus der Stadt und dem Landkreis Osnabrück.

Lassen Sie uns an dieser Stelle einen Blick auf die Niedersächsische Entwicklung werfen: Dort gibt es sieben RPK-Einrichtungen mit insgesamt ca. 200 Plätzen überwiegend in teilstationärer Form. Seitens der Leistungsträger verlautet, dass damit die Entwicklung weitgehend abgeschlossen sei. Man spricht von einer flächendeckenden Versorgung. Es gibt neben Osnabrück Einrichtungen in Wunstorf, Hannover, Oldenburg, Königslutter, Göttingen und Dannenberg (in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Entstehung). Allen ist mehr oder weniger gemeinsam, dass unter Nutzung und Ausbau vorhandener Ressourcen jeweils ein recht differenziertes regionales Reha-Angebot geschaffen worden ist.

---

<sup>7</sup> Jochen Becker ist Diplom-Pädagoge und Pädagogischer Leiter des Rehabilitationszentrums am Hesselkamp, Einrichtung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Osnabrück

In Osnabrück wurden mit Abschluss des Modellversuches Ende 1993 die Planungen zur Erweiterung um teilstationäre Möglichkeiten vorangetrieben. Seit dem 01.10.1994 verfügt die Einrichtung über – derzeit 12 – teilstationäre Plätze, was eine wesentliche Weiterentwicklung und Bereicherung bedeutet. Denn seither können auch Teilnehmer aus Osnabrück und der näheren Umgebung aufgenommen werden, die bis dahin wegen der ausschließlich stationären Unterbringung von einer Reha-Maßnahme abgesehen hatten. Außerdem lässt sich jetzt der Übergang aus stationärer Reha dem individuellen Reha-Verlauf entsprechend angemessen gestalten; der Übergang fällt somit zeitlich nicht mehr mit dem Ende der Maßnahme zusammen. Und drittens ist bei teilstationärer Reha in krisenhaften Situationen kurzfristig eine zeitlich befristete stationäre Aufnahme in das Reha-Zentrum zur Vermeidung stationärer klinischer Behandlung und damit verbundener einschneidender Unterbrechung möglich. Das gelingt natürlich nicht immer. Auf ambulante begleitende Hilfen, die nicht unter die RPK-Empfehlungsvereinbarung fallen, wird im Folgenden noch zurückzukommen sein.

*Zum Team des Reha Zentrums:* Es setzt sich zusammen aus Ärzten, Krankenschwestern/-pflegern, Psychologen, Sozialpädagogen und einer Ergotherapeutin, die den besonderen Kontakt zum Arbeitsdiagnostischen Zentrum, einer Einrichtung des benachbarten Niedersächsischen Landeskrankenhauses, gewährleistet. Das Team besteht aus 13 Mitarbeitern in Teilzeit- bzw. Vollzeit- Beschäftigung oder aber in Nebentätigkeit.

Das Team steht für alles das, was unter dem Oberbegriff „*Behandlung und psychosoziale Begleitung*“ zu nennen ist. „Behandlung und psychosoziale Begleitung“ sind neben den „*Hilfen zur Arbeit*“ die zentralen Inhalte sowohl der medizinischen als auch einer anschließenden beruflichen Rehabilitation. Eine detaillierte Besprechung würde den Rahmen sprengen, daher lediglich einige grundsätzliche Überlegungen zur „Rehabilitationsplanung und -begleitung“, die aber die Arbeitsweise des Zentrums verdeutlichen mögen.

Da das Haus *nicht* über eine eigene *Arbeitstherapie* bzw. Werkstatt verfügt, müssen die Hilfen zur Arbeit für jeden Einzelfall zumindest nach dem anfänglichen Besuch des Arbeitsdiagnostischen Zentrums individuell überlegt und geplant werden. Das ist mit einem nicht unerheblichen Aufwand an Akquisition, Information und Begleitung verbunden - eine Aufgabe, die im wesentlichen von den Sozialpädagogen, aber auch von den Krankenschwestern/-pflegern in ihrer Rolle als persönlichem Ansprechpartner wahrgenommen werden. Übungs- und Praktikumsplätze müssen in kooperationsbereiten Einrichtungen und Betrieben erschlossen werden. Bei manchen *Kooperationspartnern* sind in den 11 Jahren unserer Arbeit bereits mehrere Teilnehmer/Praktikanten gewesen, so dass Erfahrungen vor Ort vorliegen.

Zur Begleitung finden regelmäßige Reflexionsgespräche statt, an denen der Reha-Teilnehmer, der Praxisanleiter/Therapeut vor Ort sowie der persönliche Ansprechpartner aus dem Reha-Team teilnehmen. Die Reflexionsgespräche werden mit dem Reha-Teilnehmer vor- und nachbereitet. In den wöchentlichen Teambesprechungen fließen die Informationen im Rahmen von regelmäßigen Fallbesprechungen zusammen und werden Vorschläge zur Fortschreibung des individuellen Reha-Planes erarbeitet.

Nun zum Bereich der Hilfen zur Arbeit selber - mit arbeitsdiagnostischen und arbeits-therapeutischen Methoden sowie späteren Praktika in Einrichtungen und Betrieben zur *Belastungserprobung* wird während der *Phase der medizinischen Rehabilitation* versucht, das Arbeitsverhalten und Arbeitsvermögen des Teilnehmers zu steigern und zu stabilisieren, einzuschätzen, auch im Sinne von Selbsteinschätzen, Grenzen zu erkennen und Aussagen über das Leistungsvermögen zu machen. Dabei sind von besonderer Bedeutung Aussagen und Erfahrungen zur Arbeitszeit, zur Arbeitssituation, zur Arbeitsleistung und zur Arbeitsqualität. Die Phase der medizinischen Rehabilitation kann dabei bis zu 12 Monate dauern. Als Kostenträger kommen grundsätzlich die Krankenkassen sowie die Rentenversicherungsträger in Frage.

In der *Phase der beruflichen Rehabilitation*, die sich in der Regel nahtlos an die medizinische Reha anschließt, stehen allgemeines Arbeitstraining in industriellen Fertigungssituationen sowie im Dienstleistungsbereich oder aber Qualifizierung in einem bestimmten Berufsfeld im Vordergrund:

*Arbeitstraining* findet in den Werkstätten für psychisch Behinderte (OSNA-Technik) statt mit der Zielsetzung einer Übernahme in den Arbeitsbereich der Werkstatt, aber auch nicht selten zur zwischenzeitlichen weiteren Förderung und späteren Fortsetzung der beruflichen Rehabilitation mit der Zielsetzung Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Selbsthilfefirma. Denn Rehabilitation ist immer auch eine Frage der zur Verfügung stehenden Zeit und des richtigen Zeitpunktes.

Eine berufliche *Anpassungsmaßnahme* richtet sich an Reha-Teilnehmer mit abgeschlossener Berufsausbildung oder längerer beruflicher Erfahrung in einem Berufsfeld zur Rückkehr in den erlernten/angelernten Beruf oder zur späteren Arbeitsaufnahme in einem sozialen Betrieb, einer Selbsthilfefirma.

Die *Berufsvorbereitung* findet nach angestrebtem beruflichem Ziel unter angenäherten Umschulungs- und Ausbildungsbedingungen statt. Sie dient der Förderung, aber auch der nochmaligen Überprüfung des Reha-Zieles und des richtigen Zeitpunktes für den Beginn einer sich anschließenden Umschulung oder Ausbildung.

Die damit kurz beschriebenen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation finden nicht selten in den gleichen Einrichtungen bzw. Betrieben statt, in denen bereits die Belastungserprobung durchgeführt wurde. Die Dauer beruflicher Rehabilitation beträgt nach Art der Maßnahme unterschiedlich zwischen 6 bis 12 Monate. Kostenträger können sowohl die Bundesanstalt für Arbeit als auch die Rentenversicherer sein.

Das Modell „Reha-Zentrum am Hesselkamp“ ist immer an pragmatischen Notwendigkeiten und neuen Fragestellungen weiterentwickelt worden - so auch an der Frage, wenn schon eine Berufsvorbereitung in der Region durchgeführt worden ist, ein ausbildungswilliger Betrieb zur Verfügung steht, warum soll dann diese Ausbildung nicht auch in der Region unter Begleitung und mit Unterstützung durch das Reha-Team durchgeführt werden?

Seit dem 01.01.1997 verfügt das Reha-Zentrum nun über die ergänzende Möglichkeit, betrieblich oder überbetrieblich in der Region durchgeführte Umschulungs- bzw. Ausbildungsmaßnahmen sozial- und berufspädagogisch begleiten zu können. Es handelt sich dabei um ambulante, reha-begleitende Hilfen, die nicht unter die Empfehlungsvereinbarung RPK fallen. Den Umschülern oder Auszubildenden steht die Tür des Reha-Zentrums weiterhin offen, sie haben teil an den Angeboten der Einrichtung. Ärztliche Behandlung und wo notwendig weitere Psychotherapie werden von niedergelassenen Ärzten bzw. Psychologen oder der Institutsambulanz am Landeskrankenhaus übernommen.

Ich möchte nun zwei Reha-Maßnahmen im Verlauf vorstellen. Die Angaben zur Person sind jeweils weitgehend verändert:

Beim *ersten Beispiel* geht es um einen jungen Mann, der im Alter von 26 Jahren zu einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme aufgenommen wird. Sein Wohnort liegt ca. 60 km von Osnabrück entfernt. Er hat nach dem Abitur ein Studium sowie eine Ausbildung krankheitsbedingt abbrechen müssen und war drei Mal in stationärer Behandlung. Aus der letzten stationären Behandlung wird er direkt zu uns verlegt mit der Diagnose: Paranoid-halluzinatorische Psychose mit ausgeprägter Angstsymptomatik insbesondere in Form von Versagensängsten.

Die medizinische Rehabilitation in Kostenträgerschaft der Krankenversicherung erstreckt sich über 12 Monate. Er profitiert von den psychotherapeutischen Einzelgesprächen und der Bewältigungsgruppe, besucht ca. sechs Monate das Arbeitsdiagnostische Zentrum. Unter betriebsnahen Bedingungen arbeitet er dann drei Monate in der Schlosserei des Niedersächsischen Landeskrankenhauses. Hier reift sein Wunsch nach einem Berufsabschluss im KFZ-Handwerk. Die weiteren drei Monate der medizinischen Rehabilitation verbringt er in einem Kfz-Betrieb zur Belastungserprobung. Er beginnt dort zunächst mit vier Stunden täglicher Arbeitszeit, die später gesteigert werden. Es kommt in besonderen Belastungssituationen immer wieder zu Versagensängsten in Verbindung mit Panikattacken. Zeitweise muss er den Arbeitsplatz vorzeitig verlassen.



An die medizinische Reha schließt sich eine dreimonatige Berufsvorbereitung in Kostenträgerschaft des Arbeitsamtes. Die Vorbereitungsmaßnahme wird in dem späteren Umschulungsbetrieb unter Ausbildungsgesichtspunkten in Verbindung mit theoretischem Unterricht in Grundlagenfächern durchgeführt. Danach beginnt zum 01. August des Jahres die Umschulung zum KFZ-Mechaniker, die sich über 30 Monate erstreckt und vom Arbeitsamt gefördert wird. Er lebt zu dieser Zeit immer noch im Wohnbereich des Reha-Zentrums. Nach weiteren drei Monaten zieht er in eine Wohngemeinschaft des Osnabrücker Vereins zur Hilfe für seelisch Behinderte. Die Umschulungsmaßnahme wird teilstationär weiter begleitet. Er nimmt am Berufsschulunterricht teil und besucht Fachlehrgänge im Beruflichen Bildungszentrum der Handwerkskammer Osnabrück-Emsland. Die Versagensängste begleiten ihn weiter, so dass es zu Fehlzeiten kommt und die Umschulungsmaßnahme gefährdet scheint.

Eine medikamentöse Umstellung während sechswöchiger klinischer Behandlung bringt Besserung. Nachdem die Umschulung zuletzt ambulant durch das Reha-Team begleitet wird, er sich mit einem während der Reha-Zeit kennengelernten Freund eine gemeinsame Wohnung gesucht hat, die Behandlung durch die Institutsambulanz und Psychotherapie im Delegationsverfahren weitergeführt worden sind, besteht er schließlich die Abschlussprüfung mit den Noten 3 und 4. Der Umschulungsbetrieb entschließt sich, den jungen Mann zunächst befristet einzustellen. Das Arbeitsverhältnis wird von ihm nach vier Monaten gekündigt. Er hat eine andere Beschäftigung gefunden.

Beim *zweiten Beispiel* ist die Ausgangssituation eine andere:

Hier geht es um eine Frau, 29 Jahre alt, die allein in einer Wohnung in Osnabrück lebt. Sie ist seit zwei Jahren als Erzieherin mit zeitlich befristetem Arbeitsvertrag teilzeitbeschäftigt und befindet sich seit geraumer Zeit in ambulanter Psychotherapie. Der Kontakt zum Reha-Zentrum wird über den Psychologen geknüpft. In der Vergangenheit ist sie mehrmals stationär wegen endogener Depression, selbstunsicherer Persönlichkeit, Rückzugstendenzen und Kontaktschwierigkeiten behandelt worden. Die Aufnahme ins Reha-Zentrum erfolgt nach vorhergehender stationärer Behandlung zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im teilstationären Rahmen in Kostenträgerschaft des Rentenversicherers.

Die medizinische Reha erstreckt sich über 12 Monate. In dieser Zeit nimmt sie regelmäßig die Arztgespräche in Anspruch, psychotherapeutische Einzelgespräche werden nach gemeinsamer Besprechung mit dem niedergelassenen Psychologen fortgeführt. Sie besucht das Arbeitsdiagnostische Zentrum zunächst halbtags mit allmählicher Steigerung der täglichen Arbeitszeit. Es wird eine berufliche Umorientierung diskutiert. Sie nimmt die Angebote des Reha-Zentrums wahr (wöchentliche Frühstücksgruppe, regelmäßige Gruppen- Treffs der teilstationären Teilnehmer, Wandern, Schwimmen) und betont deren stabilisierende und Sicherheit gebende Bedeutung.

Nach sechs Monaten beginnt ein Arbeitsversuch unter dem Gesichtspunkt der Belastungserprobung zunächst in einem anderen erzieherischen Arbeitsfeld, dann auf ihren ausdrücklichen Wunsch an ihrem Arbeitsplatz. In enger Begleitung durch das Reha-Team und großer Offenheit seitens des Arbeitgebers kommt sie dort besser als erwartet zurecht. Auftretende Probleme können bearbeitet werden, eine zwischenzeitliche Krise, die in einer ähnlichen Situation früher zur stationären Behandlung geführt hatte, kann aufgefangen und neue Erfahrungen gesammelt werden. Der zeitlich befristete Arbeitsvertrag wird schließlich verlängert, die ambulante Psychotherapie nach Abschluss der medizinischen Reha- Maßnahme fortgeführt. Über das Reha-Zentrum hat sie neue private Kontakte geknüpft. Ein Erhalt des Arbeitsplatzes, wenn auch nicht anfängliches Ziel, ist gelungen.

An den beiden Beispielen wird das gesamte Spektrum der heute vorhandenen Möglichkeiten, die Abstufung und Steigerung von Belastungsmomenten im Rahmen eines prozesshaften Geschehens - eben schrittweiser persönlicher Entwicklung - sowie das Zusammenwirken mit regionalen Angeboten recht gut deutlich. Aus unserer täglichen Arbeit wissen wir, dass *Reha-Prozesse* für den Einzelnen Belastung bedeuten, dass sie seltener linear im Sinne von „immer besser und immer gesünder Werden“, sondern eher phasisch begleitet von krisenhaften

Situationen verlaufen und sich Belastungs- und Leistungsgrenzen auf tun. Umso wichtiger ist es, ein Spektrum an Lebens- und Beschäftigungsmöglichkeiten in einer Region vorzufinden.

Einmal formulierte *Reha Ziele* müssen häufig genug überdacht werden. Rehabilitation ist auch eine Zeit des Erprobens und des Ausprobierens. Aus der angestrebten Beschäftigung in der Selbsthilfefirma wird dann möglicherweise im Verlauf eine Tätigkeit im Arbeitsbereich der Werkstatt für psychisch Behinderte. Wichtig ist bei allem das Erleben des Einzelnen, das Akzeptieren-Können, das Zurecht-Kommen, für sich kompetent werden und kompetent sein. Der *Bewältigungsbegriff* nach dem Vulnerabilitäts-stress-Coping-Kompetenz-Modell ist mittlerweile leitend für das therapeutische und rehabilitative Handeln im Reha-Zentrum am Hesselkamp geworden\*.

Zur Beschreibung der Teilnehmer und der bisherigen Verläufe folgen die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung aus dem Jahre 1997 - zunächst einige *soziodemographische Daten*: Bis zum Sommer 1997 haben 147 Teilnehmer eine Maßnahme im Reha-Zentrum am Hesselkamp beendet. Davon waren 30% Frauen und 70% Männer. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 28 Jahren mit einer Streubreite von 20 bis 43 Jahre. Auffallend war die hohe Zahl der Teilnehmer, die bei Aufnahme allein ohne Partner lebten: Rund 80 %.

Beim *Krankheitsbild* handelte es sich zu 77 % um Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und zu nochmals 10 % um schizoaffektive Störungen. Das Alter der Erstmanifestation der Erkrankung lag bei 22 Jahren (Ersthospitalisierung: 23,5 Jahre), mit durchschnittlich vier stationären Aufenthalten vor der Aufnahme im RPK. Die meisten Teilnehmer verfügten über langjährige Erfahrung mit der Erkrankung und hatten den größten Teil ihres Erwachsenenlebens bereits mit der Erkrankung zu tun.

*Zur Schul- und Berufsausbildung*: 34 % der Teilnehmer verfügten über einen Hauptschulabschluss, 25 % über die mittlere Reife und insgesamt 37 % über eine Befähigung zum Fachhochschul- oder Hochschulstudium. Diese Verteilung liegt durchaus im Normbereich der Gesamtbevölkerung. Im Bereich der beruflichen Bildung war auffallend, dass 46 % der Teilnehmer keinen Berufsabschluss hatten. In diesem Zusammenhang sei erinnert an die Ergänzung des Reha-Angebotes um Möglichkeiten zur Ausbildung und Umschulung.

*Leistungsträger* für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation waren zu 39 % die Krankenkassen und 56 % die Rentenversicherer. Die durchschnittliche Dauer medizinischer Reha betrug ohne Abbrecher 9,9 Monate. Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation wurden zu 66 % von der Bundesanstalt für Arbeit und zu 32 % von LVA und BfA gefördert.

In Anlehnung an Ciompi wurde in der Erhebung versucht, *Veränderungen* der Wohn- und Arbeitssituation *im Verlauf*, vor und nach Reha, zu erfassen. Die Kategorien sind dabei den regionalen Begebenheiten angepasst worden. Prozentangaben beziehen sich auf Teilnehmer ohne Abbrecher.

Bei der Wohn- bzw. Aufenthaltssituation war sehr deutlich der Trend zur Verselbständigung zu erkennen. 56 % der Teilnehmer lebten nach der Reha in eigener Wohnung oder in einer Wohnung, die vom Osnabrücker Verein zur Hilfe für seelisch Behinderte angemietet worden ist. Dieser Trend geht angesichts der Entspannung auf dem Wohnungsmarkt sowie einem veränderten Klientel durch teilstationäre Reha-Möglichkeiten eindeutig hin zur Selbstanmietung bzw. zum selbständigen Wohnen.

Die Veränderungen auf der Arbeitsachse zeigten, dass die Kategorien „keine Arbeit“ bzw. Formen unselbständigen Arbeitens (Ergotherapie, Tagesstätte; vor Reha: 95 %) abnahmen zugunsten beruflicher Ausbildung, Tätigkeit in einer WfbM, im Selbsthilfebereich sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit insgesamt 56 % (vor Reha: 5 %). In der Kategorie „keine Arbeit“ mit 22 % waren immerhin noch 27 % Bezieher von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe enthalten, also potentielle Anwärter auf einen Arbeitsplatz. Diese Daten spiegeln durchaus die gegenwärtige Situation auf dem Arbeitsmarkt wieder.

---

\* Wiedl KH: Bewältigung – ein Paradigma für die Rehabilitation psychisch Kranker. In: Rehabilitation psychisch Kranker in der Region und mit der Region. Vortragssammlung zur Fachtagung in Osnabrück März 1998. Schriftenreihe Reha-Praxis, BTZ Köln

Als Fazit können wir festhalten, dass die Möglichkeiten, die Instrumente psychiatrischer Rehabilitation immer besser geworden sind, müssen aber auch feststellen, dass dagegen die Realisierung von Chancen für Menschen mit Handicaps angesichts von Massenarbeitslosigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt immer schwieriger wird. Umso wichtiger ist eine gute persönliche Qualifikation, umso wichtiger sind Beschäftigungsinitiativen und ein differenzierter Werkstattbereich. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt ist durch Rehabilitation nicht zu beeinflussen. Nur manchmal gelingt es eben, durch Rehabilitation, wenn sie regional verankert ist, Beschäftigungsverhältnisse auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzustoßen. Das allerdings ist eine Chance.

Zusammenfassend und abschließend der Versuch zur Beantwortung der Frage: „Was kennzeichnet eine RPK wie das Reha-Zentrum am Hesselkamp?“ Dazu 5 Thesen:

1. Medizinische und berufliche Rehabilitation finden unter dem Dach einer Einrichtung statt, liegen in den Händen eines multiprofessionellen Teams und sind prozessorientiert funktional und zeitnah miteinander verzahnt.
2. Bei den Hilfen handelt es sich um ein Komplexleistungsangebot auf der Grundlage eines pauschalierten Tagessatzes, wobei in der Umsetzung der persönliche Hilfebedarf leitend ist und ein differenziertes Spektrum an Reha-Elementen zur Verfügung steht.
3. Das Kooperationsmodell und der regionale Bezug bieten größtmögliche Realitäts- und Wohnortnähe sowie Flexibilität in der Ausgestaltung des individuellen Reha- Planes.
4. Die Größe oder besser Kleinheit der Einrichtung - in Niedersachsen hat keine Einrichtung wesentlich mehr als 30 Plätze - gewährleistet Überschaubarkeit und gibt äußere Struktur.
5. Beim RPK-Modell sitzen alle relevanten Leistungsträger auf der Grundlage einer Empfehlungsvereinbarung an einem Tisch und sind zur praktischen Zusammenarbeit aufgefordert und - wie die Vergangenheit in Niedersachsen gezeigt hat - auch bereit. Unabdingbare Voraussetzung für funktionierende Flexibilität und individuelle Umsetzung ist ein von allen Leistungsträgern gleichermaßen anerkannter Tagessatz, in dem sich das rehabilitative Handeln bewegen kann.

# Integration: Selbsthilfebetrieb und Werkstatt für psychisch Behinderte

Hans-Ludwig Siemen, Erlangen<sup>8</sup>

1987 wurde von Mitarbeitern des Bezirkskrankenhauses Erlangen der „Verein zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen“ gegründet. Ziel des Vereins ist es, für psychisch kranke Menschen Arbeits- und Wohnmöglichkeiten zu schaffen, die ein möglichst selbständiges und eigenverantwortliches Leben in der Gemeinde erlauben. Mittlerweile betreut „Die Wabe“ 150 psychisch kranke Menschen in ihrem Wohnheim mit 18 Plätzen, ihren betreuten Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen mit 42 Plätzen, in ihrem Integrationsbetrieb mit 50 Arbeitsplätzen und ihrer Werkstatt für psychisch Behinderte mit 60 Plätzen. Im Folgenden werde ich die beiden Arbeitsprojekte genauer darstellen.

## **Integrationsbetrieb:**

Auch wenn in Bayern die Arbeitslosigkeit deutlich geringer ist als in Sachsen-Anhalt, so haben auch dort arbeitslose psychisch kranke Menschen überwiegend keine Chance, auf dem freien Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden. Zum einen sind die Anforderungen in der „freien Wirtschaft“ in den letzten 20 Jahren in einem Maße gewachsen, dass völlig gesunde Arbeitnehmer häufig große Schwierigkeiten haben, diese zu erfüllen. Zum zweiten müssen die psychisch kranken und arbeitslosen Menschen mit ihren gesunden Leidensgenossen um die verfügbaren Stellen konkurrieren und verlieren diesen Konkurrenzkampf in der Regel. Man mag diese Tatsachen aus vielen guten Gründen bedauern und kritisieren. Man muss sie aber als kurz- und mittelfristig unabänderliche Tatsachen zur Kenntnis nehmen.

Aus dieser Erkenntnis, dass der psychisch kranke Mensch als Einzelner kaum Chancen hat, einen Arbeitsplatz zu erobern, haben wir uns entschieden, selbst Unternehmer zu werden und so Arbeit für eine Gruppe von psychisch kranken Menschen zu beschaffen und auszuführen. In der Gründungsphase unseres Integrationsbetriebes haben wir folgende grundsätzliche Entscheidungen getroffen:

1. Wir wollen sozialversicherungspflichtige Dauerarbeitsplätze schaffen. Der Lohn muss so hoch sein, dass die Mitarbeiter damit ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten können. Die Arbeiten sollen überwiegend von den psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgeführt werden können. Nicht behinderte Mitarbeiter sollen sich auf die Arbeitsorganisation, die Arbeitsanleitung und die Betreuung und Begleitung konzentrieren.
2. Der Betrieb muss in absehbarer Zeit (drei bis fünf Jahre) in der Lage sein, aus eigener Kraft so viel zu erwirtschaften, dass der Zuschussbedarf auf ca. ein Drittel der Personal- und Sachkosten gesenkt werden kann. Nach unserer damaligen und heutigen Einschätzung wird nicht mehr an dauerhaften Zuschüssen zu erhalten sein, wenn man Dauerarbeitsplätze schaffen will. (Bei befristeten Maßnahmen liegt die Zuschussquote höher, aber unser Ziel - siehe oben - war und ist ein anderes.)
3. Wir wollen im Bereich der Industriedienstleistungen tätig werden. Der Wirtschaftsraum Erlangen/Fürth/Nürnberg bot und bietet in diesem Bereich Möglichkeiten. Zudem hatte unser Klientel - Patienten des Bezirkskrankenhauses - vorwiegend im Bereich industrieller Tätigkeiten Berufs- und Arbeitserfahrungen.
4. Wir werden nur so langsam (oder schnell) wachsen, wie wir in der Lage sind, die nötige Arbeit zu beschaffen und so zu organisieren, dass unser Klientel diese auch ausführen kann und in der Lage ist, aus den Erträgen der Arbeit zwei Drittel der Kosten absehbar zu erwirtschaften.

---

<sup>8</sup> Dr. Hans-Ludwig Siemen ist Diplom-Psychologe im Klinikum am Europakanal, Erlangen, und Vorsitzender des Vereins zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen „Die Wabe“ e.V.

Man kann diese hier kurz skizzierten Entscheidungen aus guten Gründen auch anders fällen. Es gibt viele Integrationsbetriebe, die in der unmittelbaren Produktion oder Dienstleistung mehr nicht behinderte Mitarbeiter einsetzen als wir. Es gibt viele Integrationsbetriebe, die sich eher darauf konzentrieren, befristete Arbeitsplätze mit dem Schwerpunkt der Qualifikation anzubieten. Es gibt viele Integrationsbetriebe, die in völlig anderen Sektoren (Garten- und Landschaftsbau, Gastronomie u.a.) tätig sind. Und alle sind sie erfolgreich. Nur an einem Punkt sind bei den vielen erfolgreichen Firmen ähnliche Entscheidungen gefällt worden: Man hat relativ klein angefangen, um flexibel auf all die Unbilden der Gründungsphase reagieren zu können, und dieser Unbilden gibt es genügend.

Mittlerweile beschäftigen wir 50 psychisch kranke Menschen in unserer Selbsthilfefirma, überwiegend auf Vollzeitarbeitsplätzen. Mindestens acht Mitarbeiter sind im Rahmen eines Zuverdienstes regelmäßig bei uns beschäftigt. Die Schwerbehindertenquote aller Mitarbeiter beträgt ca. 80 %. Der Stundenlohn schwankt zwischen 15,10 DM und 16,60 DM. Wir zahlen einen leistungsunabhängigen Lohn, der nach Dauer der Betriebszugehörigkeit gesteigert wird. Wir haben in 1998 1,5 Mio. DM aus eigener Kraft erwirtschaftet und 700.000 DM an Zuschüssen seitens der Arbeitsverwaltung (Lohnkostenzuschüsse), des Bezirkes Mittelfranken (Zuschuss zu den Geschäftsführerkosten), der Hauptfürsorgestelle (Betreuungspersonal, Minderleistungsausgleich) und aus europäischen Mitteln (Qualifikation, Zuverdienst) erhalten. Wir sind überwiegend im Elektronikbereich und im Bürodienstleistungsbereich tätig und arbeiten mit mehr als zwanzig Firmen aus dem Großraum zusammen.

Aus den vielfältigen Erfahrungen der vergangenen Jahre möchte ich ein paar herausheben, die möglicherweise auch für Sachsen-Anhalt von Bedeutung sein können:

1. Wir haben mit relativ einfachen Verpackungs- und Montagearbeiten begonnen und dann mit großem Arbeitseinsatz und viel Geduld komplexere und kompliziertere Arbeiten akquiriert und ausgeführt. Dadurch hatten wir ausreichend Zeit, auch schwerer beeinträchtigte Mitarbeiter durch die alltägliche Arbeit so zu qualifizieren, dass sie jetzt in der Lage sind, auch sehr komplexe und komplizierte Arbeiten auszuführen. So konnte es gelingen, dass die behinderten Mitarbeiter mit „ihrer“ Firma gewachsen sind. Da die Zuschüsse in der Gründungsphase aus unterschiedlichen Gründen immer *relativ* üppig fließen, konnten wir auch unter wirtschaftlichen Aspekten so vorgehen.

2. Am besten gelingt die Zusammenarbeit mit kleineren Firmen bzw. mit überschaubaren und klar abgegrenzten Abteilungen von größeren Unternehmen. Große Unternehmen besitzen für unser Arbeitsangebot zu komplexe und zu langwierige Abstimmungs- und Entscheidungsstrukturen. Kleinere Firmen und abgegrenzte Abteilungen haben überwiegend schlanke Entscheidungsstrukturen, die auf kurzem Weg Arbeiten an uns vergeben können. Unser Konkurrenzvorteil besteht darin, dass wir den Firmen und Abteilungen sehr flexibel dabei helfen, Spitzen in der Arbeitsauslastung kurzfristig zu übernehmen bzw. gewisse Arbeiten, die viel Handarbeit und hohen Personaleinsatz erfordern, dauerhaft auszuführen.

3. Schwierig ist es, die geeignete Leiterin bzw. den geeigneten Leiter einer solchen Firma zu finden. Von großer Bedeutung ist, dass der Leiter bzw. die Leiterin unternehmerisch tätig werden will, Lust und Spaß daran hat, eine Firma zu gründen und aufzubauen und über ausreichend Erfahrung, Qualifikation und Geduld verfügt, um mit viel Wissen, Verstand und großem Weitblick „seinen“ Laden aufzubauen. Und: Er bzw. sie muss aus voller Überzeugung diesen Job mit unserem Klientel machen wollen. Uns ist es erst im zweiten Anlauf gelungen, den für diese zentrale Position geeigneten Mann zu finden.

4. Wir haben immer eine professionelle Begleitung durch externe Fachleute gebraucht, die über besondere Qualifikationen und Erfahrungen in dem Bereich Integrationsbetriebe verfügen und uns in allen Phasen der Gründung, des Aufbaus und des laufenden Betriebes beraten können. Wir konnten auf die FAF in Berlin zurückgreifen und uns Erfahrungen von anderen Projekten aus anderen Bundesländern - damals vor allem Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin - zu Nutze machen\*.

---

\* FAF und Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen, Hedemannstraße 14, 10696 Berlin

## II. Werkstatt für psychisch Behinderte

Bald nach Gründung der Selbsthilfefirma wurde deutlich, dass wir dauerhafte Arbeitsplätze auch für schwerer beeinträchtigte Menschen anbieten müssen, die die Leistungsanforderungen in der Firma nicht erfüllen können oder wollen. Wir haben uns deshalb entschieden, eine Werkstatt für psychisch Behinderte mit 60 Plätze zu schaffen. Auch bezüglich der Werkstatt haben wir vorab einige grundsätzliche Entscheidungen getroffen, deren wichtigste ich kurz skizzieren möchte:

1. Die Werkstatt muss sehr eng mit dem Integrationsbetrieb verwoben werden. Beide Einrichtungen müssen sich in einem Gebäude befinden. Die Werkstatt soll - wie es auch in der Werkstättenverordnung vorgesehen ist - als Rehabilitationseinrichtung genutzt werden, die den behinderten Mitarbeitern in einem zeitlich unbegrenzten Prozess die Chance gibt, einen ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz zu finden. Dieser Arbeitsplatz kann in der Werkstatt sein oder aber in einer Selbsthilfefirma oder auf dem freien Arbeitsmarkt.
2. Grundsätzlich sollten die Arbeiten in der Werkstatt keine anderen sein als in der Selbsthilfefirma. Oder um es salopp auszudrücken: Keine „Depperlesarbeiten“ neben der hochwertigen Industriearbeit. Wir wollen uns darum bemühen, auch in der Werkstatt Arbeiten auszuführen, die anspruchsvoll sind und von den behinderten Mitarbeitern nach entsprechender Qualifikation und Einarbeitungszeit gut ausgeführt werden können.
3. Wir wollen nach neuen Wegen suchen, wie das Arbeitstraining und die pädagogische und psychologische Betreuung so in den Arbeitsalltag integriert werden kann, dass es den behinderten Mitarbeitern hilft, eine individuelle Perspektive zu entwickeln, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden, das eigene Leistungsvermögen zu entwickeln und Krisen zu bewältigen.

Vor drei Jahren sind die Werkstatt und die Firma zusammen in ein eigenes, neu errichtetes Gebäude gezogen. Alle 60 Plätze der Werkstatt sind besetzt. In den vergangenen drei Jahren haben acht Mitarbeiter der Werkstatt einen Arbeitsplatz in einer Selbsthilfefirma - nicht nur in unserer - gefunden. Die Arbeiten in der Werkstatt sind noch sehr gemischt, setzen sich aus einfachen Montage- und Verpackungsarbeiten und komplizierteren und komplexeren Montagearbeiten zusammen. Wie in der Gründungs- und Aufbauphase der Firma gelingt es, stetig mehr hochwertigere Arbeiten zu akquirieren und die Mitarbeiter so zu qualifizieren, dass diese Arbeiten ausgeführt werden können. Der Werkstattlohn schwankt je nach Leistungsvermögen bei einer Vollzeitstelle zwischen 400,- DM und 620,- DM. Eine größere Zahl der Mitarbeiter arbeitet in Teilzeit (vier bis sechs Stunden). In den Arbeitsbereichen der Werkstatt sind neben dem technischen Anleitungspersonal auch pädagogisch und psychologisch qualifizierte Mitarbeiter eingesetzt.

Insgesamt gesehen befinden wir uns mit unserer Werkstatt noch in der Aufbauphase. Wir sind ständig dabei, die gemachten Erfahrungen auszuwerten und zu überprüfen, ob wir etwas anders machen können. Eines können wir aber sicher feststellen: Es ist sinnvoll, die Werkstatt sehr eng mit dem Integrationsbetrieb zu vernetzen. Die Werkstatt verliert dadurch den Charakter einer Sackgasse, aus der behinderte Mitarbeiter keinen Weg mehr finden. Das Stigma, in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten zu müssen, wird in seiner Wirkung geringer.

Zum Abschluss möchte ich auf zwei grundsätzlichere Probleme hinweisen, die sich uns immer wieder stellen.

Bei uns in der Region gibt es eine recht große Zahl von Einrichtungen und Diensten, die psychisch kranke Menschen therapieren und trainieren: Angefangen von den Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser, über die Arbeitstherapie, die bei uns auch ambulant angeboten wird bis hin zu Übergangseinrichtungen, zur RPK und ambulant angebotenen Fortbildungsmaßnahmen. Diese große Zahl von Therapie- und Rehabilitationsangeboten sind zweifellos wichtig, um psychisch kranke Menschen durch individuelle Maßnahmen in den Stand zu versetzen, wieder ins Arbeitsleben zurückzukehren. Bei allen Erfolgen dieser Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen darf nicht vergessen werden, dass viele Patienten und Klienten in diesen Einrichtungen scheitern - zumeist sind es mehr als fünfzig Prozent. Es werden also

ständig Misserfolge „produziert“, die von den Patienten und Klienten als subjektives Versagen erlebt werden, obwohl diese Misserfolge eher auf strukturelle Mängel des Therapieangebotes und die schlechte Arbeitsmarktlage zurückzuführen sind. Aus dieser Erfahrung heraus scheint es wichtig, parallel zu diesen Therapieangeboten reale Arbeitsplätze in Integrationsbetrieben, Werkstätten und Tagesstätten anzubieten, die den Patienten und Klienten ausreichend Sicherheit geben, Erfolgserlebnisse vermitteln und die Basis für weitergehende Therapie- und Rehabilitationsangebote darstellen sollten. Vielleicht ergibt sich in Sachsen-Anhalt bezüglich dieses Problemkreises die Möglichkeit, Fehler, die wir in Bayern gemacht haben, so auszuwerten, dass neue, den Klienten und Patienten nützlichere Wege gefunden werden können.

Ein weiteres grundsätzliches Problem besteht in der oft unzulänglichen Abstimmung der unterschiedlichen Therapie- und Rehabilitationsangebote untereinander. Nicht immer belebt Konkurrenz das Geschäft und nicht immer führt diese Konkurrenz zu guten Lösungen. Wir haben in Bayern bzw. in Mittelfranken die Erfahrung gemacht, dass es unsinnig ist, wenn die RPK mit psychotherapeutisch orientierten Stationen der Bezirkskrankenhäuser oder mit dem Berufsförderungswerk konkurriert. Ebenso unsinnig ist eine Konkurrenz zwischen Werkstatt für Behinderte und Integrationsfirmen. Aus diesen Erfahrungen heraus werden gegenwärtig in Bayern (andere Bundesländer sind schon weiter als wir) gemeindenahe Steuerungsinstrumente, wie der Gemeindepsychiatrische Verbund, erprobt, um auf diesem Weg bedarfsorientierte Angebote zu entwickeln. Wesentlich ist dabei der personenzentrierte Ansatz, der versucht, für jeden psychisch kranken Menschen den individuellen Hilfebedarf festzustellen und diese Hilfen gemeindenah zu gewähren.

Bei Ihrer Arbeit in Sachsen-Anhalt wünsche ich Ihnen viel Glück und Erfolg. Sie sind jederzeit herzlich eingeladen, unsere Einrichtungen in Erlangen zu besuchen.

# Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf: Die Situation in Sachsen-Anhalt

Teil III: Rahmenbedingungen, Versorgungsplanung, Bedarf, Kosten





## Statement der Landesregierung

Lieselotte Nitzschmann, Peter Franke, Magdeburg<sup>9</sup>

Zu den *Kosten* soll hier nicht Stellung genommen werden.

Um den *Bedarf* zu beschreiben, muss festgestellt werden, dass eine *Definition* fehlt, welcher Personenkreis für die berufliche Rehabilitation in Frage kommt. Es fehlt eine Definition des Behindertenbildes des seelisch Behinderten. Wir behelfen uns mit der Beschreibung seines Zustandes. Danach gelten als wesentlich seelisch behindert solche Menschen, die lange Zeit psychisch krank waren und deren Krankheitsfolgen und derzeitiger Gesundheitszustand ihr soziales und berufliches Leben weiterhin stark beeinträchtigen. Sie haben in der Regel lange Zeit in psychiatrischen Einrichtungen verbracht und dadurch häufig zusätzlich soziale Bindungen und Kompetenz verloren. Hinzu kommen oft Nebenwirkungen von Medikamenten, fehlende Krankheitseinsicht und Selbstüberschätzung. Außerdem haben psychiatrische Erkrankungen häufig einen phasenhaften chronischen Verlauf, so dass immer wieder mit Krisen gerechnet werden muss, die den Rehabilitationsprozess beeinträchtigen.

Das macht deutlich, warum bei aller Forderung nach Gleichbehandlung von somatisch und psychisch Kranken bzw. Behinderten für die psychisch Kranken mehr getan werden muss, um sie sozial und beruflich zu integrieren. Da sie aber eine stille Minderheit darstellen, werden ihre berechtigten Forderungen übertönt durch die Forderungen nach behindertengerechten Wohnungen, Verkehrsmitteln u. a. Kaum einer erhebt die Forderung nach Training sozialer Kompetenz.

Die berufliche Rehabilitation ist nicht möglich ohne die vorherigen Schritte: Die medizinische und die soziale Rehabilitation. Die Zusicherung eines Versorgungsvertrages durch die Krankenkassen wird hoffentlich demnächst auch in Sachsen-Anhalt die Schaffung einer RPK ermöglichen - wenn auch zunächst geschrumpft auf 25 statt der ursprünglich geplanten 45 Plätze. Wichtig ist die Einrichtung von Begegnungsstätten durch die Kommunen zur Tagesstrukturierung und zur Erlangung sozialer Kompetenz. Eine Ergänzung in größeren Gemeinden kann die Tagesstätte sein. Erst wenn ein seelisch Behinderter sich über diese Möglichkeiten weiterentwickelt hat, ist überhaupt an eine Integration bzw. Reintegration auf dem Arbeitsmarkt zu denken.

Die Lage auf dem ersten Arbeitsmarkt ist zunehmend von Leistungsverdichtung und Konkurrenzdruck gekennzeichnet. Die Eingliederung von Menschen mit seelischer Behinderung auf einem Dauerarbeitsplatz sowie dessen Sicherung erweist sich als besonders problematisch. Das Land unterstützt eine Vielzahl von Aktivitäten zur Förderung der Eingliederungshilfe der Behinderten in das Arbeits- und Berufsleben, die grundsätzlich auch seelisch Behinderte einbeziehen:

- Leistungen der Hauptfürsorgestelle aus Mitteln der Ausgleichsabgabe zur Förderung des Arbeits- und Ausbildungsplatzangebotes Schwerbehinderter sowie zur begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben;
- Förderung der Schaffung und Ausstattung von Behindertenarbeitsplätzen in verschiedenen „technischen Sozialbetrieben“;
- Förderung von Modellprojekten, z. B. Selbsthilfe- und Integrationsfirmen für seelisch Behinderte;
- Sonderprogramme für Behinderte mit besonderen Vermittlungshemmnissen, z. B. neues Sonderprogramm (ab 01.04.1999) „Arbeitsplätze für ältere Schwerbehinderte ab dem 50. Lebensjahr und allein erziehende schwer behinderte Frauen und Männer“;

---

<sup>9</sup> Prof. Dr. Lieselotte Nitzschmann leitet das Referat „Psychiatrie, Maßregelvollzug, Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe“ im Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. Herr Franke ist dort Leiter des Referats „Berufliche Rehabilitation“

- Förderung von „sozialorientierten Erwerbsbetrieben“ mit Mitteln des Landes und aus dem Europäischen Sozialfonds;
- Begleitung und Unterstützung von Bundesmodellvorhaben, z.B. Integrationsfachdienst Wittenberg, Integrationsfirma in Langenstein;
- Berufliche Rehabilitation in Werkstätten für Behinderte (WfbM).

Seelisch Behinderte sollen nur dann - und möglichst lediglich vorübergehend - eine Werkstatt für Behinderte besuchen, wenn dies für sie die notwendige und geeignete Hilfeform darstellt. In 26 Werkstätten Sachsen-Anhalts sind derzeit insgesamt 466 Menschen mit seelischer Behinderung beschäftigt. Dem sich hieraus ergebenden Handlungsbedarf hinsichtlich der konzeptionellen Festlegung der Voraussetzungen, Aufgaben und Ziele sowie der Rahmenbedingungen für eine Beschäftigung seelisch Behinderter soll alsbald durch eine Landeskonzeption Rechnung getragen werden.

Für eine wirkungsvolle Umsetzung des Integrationsgedankens werden die derzeitigen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen als unzureichend eingeschätzt. Die vom Bund angekündigte Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das Sozialgesetzbuch wird vom Land kritisch mit dem Ziel begleitet, in Bezug auf Gleichstellung und Integration Behinderter sowie Neuordnung und Erweiterung förderrechtlicher Bestimmungen zu einem Perspektivenwechsel in der beruflichen Rehabilitation beizutragen. Zusätzliche Landesinitiativen zur Förderung des Übergangs auf den ersten Arbeitsmarkt und Schaffung alternativer Beschäftigungsformen sollen den Prozess der vollen beruflichen Integration weiter vorantreiben, und zwar durch

- verbesserte Rahmenbedingungen für die Schaffung von Selbsthilfefirmen;
- neue Modelle und Anreize zur Förderung des Übergangs von Werkstattbeschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder Beschäftigung in neuen Betriebsformen mit „Brückenfunktion“;
- Förderung der Aufnahme Schwerstbehinderter in „sozialorientierte Erwerbsbetriebe“, Verwaltungen des öffentlichen Dienstes sowie bei Trägern sozialer Einrichtungen;
- einzelfallbezogene Förderung kreativer Geschäftsideen mit Beschäftigungseffekt für besonders Betroffene;
- Stärkung des ehrenamtlichen Elementes.

Die konkreten Maßnahmen im Einzelnen bedürfen noch der abschließenden internen Erörterung und anschließenden externen Diskussion. Über Einzelheiten und den Umfang der geplanten Initiativen können insoweit derzeit noch keine näheren Ausführungen gemacht werden.

## Statement der Arbeitsverwaltung

Christian Landmann, Halle<sup>10</sup>

Die Bundesanstalt für Arbeit erbringt Leistungen zur beruflichen Rehabilitation im Rahmen des SGB III (Arbeitsförderung). Im § 97 sind die Anspruchsvoraussetzungen für derartige Leistungen fixiert.

Leistungen zur beruflichen Rehabilitation können Behinderten im Sinne dieses Gesetzes gewährt werden. Behinderte im Sinne des Arbeitsförderungsrechtes „sind körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigte Personen, deren Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend gemindert sind und die deshalb Hilfen zur beruflichen Eingliederung benötigen.“ Ob solche Voraussetzungen, die sich ausschließlich auf diesen Aspekt, die Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigung auf die *berufliche* Integration, beziehen, vorliegen, prüft unter Heranziehung fachlicher Gutachten im Einzelfall die Schlüsselfigur des hochkomplexen Reha-Verfahren - der Berufs- oder Arbeitsberater.

Die Zahl derjenigen, für die im Jahr 1998 die Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzungen bereits getroffen war und die bereits Leistungen bezogen oder noch auf solche warteten, belief sich bundesweit auf 518.003. Bei 8,1 % dieser Personen war die Behinderteneigenschaft auf Grund einer Neurose, einer Psychose oder einer Persönlichkeitsstörung gegeben – das waren 42.177 Personen. In den Neuen Bundesländern (NBL) betrug der Anteil psychisch Behinderter an der Gesamtzahl der Behinderten mit 8.131 Personen 4,4 %, im Bezirk des Landesarbeitsamtes Sachsen-Anhalt - Thüringen (LAA SAT) 4,3 % und in Sachsen-Anhalt 4,2 %. Menschen mit psychischen Einschränkungen sind also bezogen auf das gesamte Bundesgebiet in den NBL anteilig leicht unterrepräsentiert. Ebenso verhält es sich mit Eintritten in Bildungsmaßnahmen. Auch hierbei sind die NBL in den Anteilen unterrepräsentiert.

Dem steht in gewisser Weise die Zugangsentwicklung entgegen: Während allgemein in den Jahren 1996 bis 1998 21,7 % (60.487) weniger Menschen Reha-Leistungen bundesweit nachgefragt haben, ist die Nachfrage bei psychisch Behinderten um nur 4,4 % (1.010) - mit Tendenz zur Steigerung - zurückgegangen. In Sachsen-Anhalt waren dies davon abweichend allerdings 12,2 % (99) Rückgang. Das heißt: Der Zugang psychisch Behinderter zu den Arbeitsämtern war in den betrachteten 3 Jahren stabiler und anteilig stärker als der der Gesamtpopulation. Langfristig könnten damit die Anteilswerte der Alten Bundesländer (ABL) erreicht werden.

Sieht man sich unter diesen Voraussetzungen an, welche Angebote von psychisch Behinderten in Anspruch genommen werden, so findet man die gesamte Palette der beruflichen Aus- und Weiterbildung wieder. Die Streuung ist sehr breit und umfasst betriebliche und überbetriebliche Aus- und Weiterbildung, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und Werkstätten für Behinderte im Eingangsverfahren und Arbeitstrainingsbereich. Bei letzteren ist der Bestand in den Arbeitsbereichen der Werkstatt hinzuzuzählen, der in die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger fällt und sich somit meiner Kenntnis entzieht. Diese breite Streuung der Leistungen entspricht sicherlich auch der heterogenen Struktur der Klientel.

Überhaupt nicht oder nur in sehr geringem Maße werden Einrichtungen der Kategorie II (RPK) in Anspruch genommen. Die heute im Verlauf des Vormittages vorgestellten Projekte finden wir noch nicht unter der Bezeichnung „RPK“, sondern zunächst in den überbetrieblichen oder betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen wieder.

---

<sup>10</sup> Dr. Christian Landmann ist Leiter des Referates „Berufliche Rehabilitation, Schwerhinderten-Hilfe“ beim Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt/Thüringen

Diese knappe Darstellung des Datenmaterials möchte ich mit zwei durchaus provokant gemeinten, gegensätzlichen Thesen abschließen:

1. Angesichts der breiten Streuung psychisch Behinderter in berufsfördernden Bildungsmaßnahmen jeglicher Art bei den unterschiedlichsten Trägern gibt es in den NBL offensichtlich keinen Bedarf für spezielle Reha-Einrichtungen für diesen Personenkreis. Der in den ABL ausgewiesene Bedarf ist ein scheinbarer, ein künstlich erzeugter - die entsprechende Bildungsmaßnahme ruft den Bedarf hervor. Erfahrungen einiger Kollegen aus den ABL stützen diese These indirekt: Die ambulante, wohnortnahe Leistungserbringung wird zunehmend bevorzugt.
2. Es gibt in den NBL (ich kann an sich nur für Sachsen-Anhalt und Thüringen sprechen) noch nicht die *entwickelte* Angebotsvielfalt der ABL, in die berufsfördernde Leistungen für unsere Klientel eingebunden sein müssen, wenn sie zum Erfolg führen sollen. Unsere Vermittlungsfachkräfte treffen nach wie vor auf viele weiße Flecken. Es fehlen Netzwerke und hoch spezialisierte Angebote bei überregional tätigen Trägern, die Impulse für derartige Netzwerke geben können.

Diese beiden Thesen, so kontrovers sie auch sein mögen, bitte ich Sie als Gesprächsangebot zu akzeptieren. Meines Erachtens wird damit der aktuelle Handlungsrahmen in Ansätzen umrissen.

# Statement der Rentenversicherung

Detlef Minzlaff, Halle<sup>11</sup>

Ziel einer humanen Gesellschaft ist eine umfassende Eingliederung von Behinderten in allen Ebenen des öffentlichen und privaten Lebens. Die Eingliederung in die Berufs- und Arbeitswelt, die man auch unter dem Begriff der beruflichen Rehabilitation zusammenfassen kann, ist eine Aufgabe, die an alle Beteiligte hohe Anforderungen stellt. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist es notwendig, wichtige Informationen über die angesprochenen Personengruppen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie ihre Probleme zu kennen.

Neben der Zahlung von Renten wegen Alters besteht die wichtigste soziale Aufgabe der Rentenversicherung in der beruflichen Integration der Versicherten. Alle Leistungen zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, medizinische wie berufsfördernde, dienen einzig und allein dazu, dieses Ziel zu erreichen. Dieses Prinzip, das in dem Grundsatz „Reha vor Rente“ bzw. „Reha statt Rente“ seinen Niederschlag gefunden hat, müssen alle an der Rehabilitation Beteiligten genau kennen, damit sie wissen, unter welchen Voraussetzungen sie eine Leistung ihrer Rentenversicherung erwarten können.

Die gesetzlichen Grundlagen für dieses Ziel finden wir im Sozialgesetzbuch VI sowie dem Rehabilitations-Angleichungs-Gesetz. Es muss deutlich hervorgehoben werden: So wichtig die medizinische Behandlung eines Patienten sein mag, ist aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung die Einleitung einer Rehabilitation nicht nur von der Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse, sondern ausschließlich vom Erreichen des vom Gesetz vorgegebenen Rehabilitationszieles, also dem Erreichen der Erwerbsfähigkeit, abhängig.

Im Jahr 1981 war zu konstatieren: „Die bisherige Rehabilitationspraxis für psychisch Kranke ist völlig unbefriedigend. Trotz eines großen Bedarfs stehen spezielle Rehabilitationseinrichtungen oder Maßnahmen nur sehr ungenügend zur Verfügung. Nach wie vor ist der körperliche Behinderte gegenüber dem seelisch Behinderten im Vorteil. Vor dem wenigen Rehabilitationseinrichtungen für unsere Kranken werden Hürden aufgebaut, die gerade bei diesen Kranken wirksame Maßnahmen verhindern (z.B. Wartefristen, ungeklärte Kostenfragen)“\*. Wie stellt sich die Situation aus heutiger Sicht im Bereich der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter dar?

Im Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode vom 15. Dezember 1998 wird zur Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter folgende Einschätzung gegeben:

„Unter dem Etikett der „Enthospitalisierung“ hat sich in den letzten Jahren verstärkt ein Einstellungswandel von einer verwahrenden zu einer behandelnden / rehabilitativen Psychiatrie vollzogen, der einen Perspektivenwechsel von einer institutionsbezogenen hin zu einer personenzentrierten Sichtweise bedeutet. Dieser Wandel ist insbesondere gekennzeichnet durch den Abbau von Betten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und den Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Bislang ist der Aufbau einer substitutiven gemeindenahen psychiatrischen Versorgung allerdings noch unzureichend entwickelt. Neben der zu geringen Anzahl an wohnortnahen Einrichtungen und Diensten stehen strukturelle Defizite (z.B. mangelnde Koordination und Kooperation der Leistungserbringer, unklare Zuweisungskriterien) sowie Finanzierungsprobleme als entscheidende Hemmnisse der Verwirklichung einer bedarfsgerechten und gemeindenahen psychiatrischen Versorgung entgegen. Insbesondere für chronisch psychisch kranke Menschen sollte die Möglichkeit einer integrierten ambulanten Komplexleistung geschaffen werden, da dieser Personenkreis in der Regel über die medizinische Behandlung hinausgehende rehabilitative, psychosoziale und pflegerische Leistungen benötigt.“

<sup>11</sup> Detlef Minzlaff ist Leiter des Referates „Berufliche Rehabilitation“ bei der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt

\* F. Reimer in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin

Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt bewilligt bei psychisch Kranken Leistungen zur beruflichen Rehabilitation entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im SGB VI. Hier kommen insbesondere Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Leistungen zur beruflichen Aus- und Weiterbildung in Betracht. Ebenso können Leistungen an Arbeitgeber sowie Leistungen in einer Werkstatt für Behinderte übernommen werden.

Bereits im Jahr 1994 unterstützte die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt die Schaffung einer RPK für das Land Sachsen-Anhalt entsprechend der Empfehlungsvereinbarung RPK vom 17.11.1986. Es bestand zu diesem Zeitpunkt Konsens mit dem Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales sowie den Krankenkassen und dem Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt/Thüringen, dass für das Land Sachsen-Anhalt eine RPK in Halle geschaffen werden sollte. In dieser RPK sollte im stationären sowie im teilstationären Bereich für Sachsen-Anhalt die medizinische und berufliche Rehabilitation vorgehalten werden.

Dieses Ziel konnte nur teilweise in die Realität umgesetzt werden, da die Krankenkassen, als ein wichtiger Partner der genannten Empfehlungsvereinbarung im Februar 1997 erklärten, bis auf weiteres eine derartige RPK nicht zu belegen. Als Folge entstand die von Herrn Hühne dargestellte Einrichtung in Halle. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt sowie das Arbeitsamt Halle belegen diese Einrichtung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation. So konnten im Anschluss an die RPK Halle z.B. mehrere Teilnehmer der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt weiterführende berufliche Leistungen zur Rehabilitation in Berufsförderungswerken in der Berufsrichtung Mediengestalter, Systemelektroniker und als Floristin in Anspruch nehmen. In anderen Fällen, in welchen für psychisch Kranke medizinische und berufliche Leistungen zur Rehabilitation erforderlich waren, war eine Einweisung in Einrichtungen der alten Bundesländer notwendig.

Im Interesse der Betroffenen, aber auch der gesellschaftlichen Ressourcen insgesamt ist es geboten, die im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten zur Rehabilitation und Eingliederung psychisch Behinderter tatsächlich zu nutzen, und zwar unabhängig von der Ursache der - drohenden oder bereits eingetretenen - Behinderung und von der Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt wird alle ihr gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten nutzen, um für den betroffenen Personenkreis medizinische und berufliche Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen, um so den Grundsatz „Reha vor Rente“ umzusetzen. In den letzten Jahren hat sich in Sachsen-Anhalt im Bereich der psychiatrischen Versorgung einiges zum Positiven gewandelt. Meiner Auffassung nach haben die ehrenamtlichen Mitglieder des Psychiatrieausschusses einen wesentlichen Anteil an dieser Umgestaltung. Für diese nicht einfache und zusätzliche Tätigkeit wünsche ich allen Mitgliedern des Psychiatrieausschusses für die Zukunft viel Erfolg.

*Anmerkung des Herausgebers: Bei seiner mündlichen Präsentation hat Herr Minzlaff statistische Daten über Leistungen der Rentenversicherungsträger bei psychischen Störungen anhand von 16 Tabellen dargestellt, die aus Raumgründen hier nicht wiedergegeben werden können. Die folgende Zusammenfassung einschließlich der Tabellen 9 und 10 wurde vom Herausgeber (F.M.B.) anhand des überlassenen statistischen Materials erarbeitet:*

Tab. 9: Stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei psychischen Störungen 1997: Deutschland, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen

	Stationäre medizinische Rehabilitation 1997			
	Deutschland	Sachsen-Anhalt	Sachsen	Thüringen
Psychosen	1.477	46	69	33
Neurosen & Persönlichkeitsstörungen	18.965	238	629	319
Missbrauch & Abhängigkeit	28.808	598	1.301	764
<b>... bei Männern</b>	<b>49.250</b>	<b>882</b>	<b>1.999</b>	<b>1.116</b>
Psychosen	1.542	60	86	45
Neurosen & Persönlichkeitsstörungen	37.344	747	1.621	926
Missbrauch & Abhängigkeit	5.987	97	198	154
<b>... bei Frauen</b>	<b>44.873</b>	<b>904</b>	<b>1.905</b>	<b>1.125</b>

Diagnosen nach ICD-9, Psychosen: 290, 293 – 299; Neurosen etc.: 300 – 302, 306 – 316; Sucht: 291, 292, 303 - 305

Tab. 10: Stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen in Deutschland 1997

BRD 1997	Stationäre medizinische Rehabilitation		Rente wegen vermind. Erwerbsfähigkeit	
Psychosen	1.477	<b>3,0 %</b>	7.694	<b>29,7 %</b>
Neurosen & Persönlichkeitsstörungen	18.965	<b>38,5 %</b>	11.717	<b>45,3 %</b>
Missbrauch & Abhängigkeit	28.808	<b>58,5 %</b>	6.452	<b>24,9 %</b>
<b>... bei Männern</b>	<b>49.250</b>	<b>100,0 %</b>	<b>25.863</b>	<b>99,9 %</b>
Psychosen	1.542	<b>3,4 %</b>	8.300	<b>32,4 %</b>
Neurosen & Persönlichkeitsstörungen	37.344	<b>83,2 %</b>	16.033	<b>62,5 %</b>
Missbrauch & Abhängigkeit	5.987	<b>13,3 %</b>	1.322	<b>5,2 %</b>
<b>... bei Frauen</b>	<b>44.873</b>	<b>99,9 %</b>	<b>25.655</b>	<b>100,1 %</b>

Diagnosen nach ICD-9, Psychosen: 290, 293 – 299; Neurosen etc.: 300 – 302, 306 – 316; Sucht: 291, 292, 303 - 305

Im Jahr 1997 haben die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt 8,235 Mrd. DM für Leistungen zur Rehabilitation aufgewendet. Davon entfielen mit 533 Mio. DM 6,5 % auf psychische Erkrankungen und mit 679 Mio. DM 8,2 % auf Abhängigkeitserkrankungen. Von 325.014 stationären medizinischen Maßnahmen bei Männern entfielen 6 % auf psychische Erkrankungen und 9 % auf Suchterkrankungen; bei Frauen betrafen 14 % von 275.433 Maßnahmen psychiatrische Diagnosen und 2 % Suchtkrankheiten. Im Vergleich zu Erkrankungen des Bewegungsapparates oder des Kreislaufsystems und Neubildungen weisen Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen eine deutlich breitere Altersverteilung auf mit einem Gipfel um das 35. Lebensjahr bei Männern und um das 45. Lebensjahr bei Frauen.

Wegen psychischer Störungen wurden in Sachsen-Anhalt im Jahr 1997 deutlich weniger medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt, als nach der Einwohnerzahl des Landes zu erwarten war (Tab. 9): Auf das Land entfallen etwa 3,5 % der deutschen Bevölkerung, aber nur 1,9 % der wegen psychischer Störungen bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Unter den psychischen Störungen überwogen bei Männern die Suchterkrankungen und bei Frauen die Neurosen, Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen. Bundesweit gaben Psychosen Anlass zu 3 % der Rehabilitationsverfahren, aber zu rund 30 % der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Tab. 10). Daran wird deutlich, dass dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ bei psychosekranken Menschen offenbar noch keine Gültigkeit zukommt.

In ganz Deutschland wurden von Rentenversicherungsträgern bei psychischen Erkrankungen 4.371 Maßnahmen zur beruflichen Bildung und 150 RPK-Leistungen erbracht. Die LVA Sachsen-Anhalt hat 1997 wegen psychischer Störungen neben 358 anderen stationären



*medizinischen Leistungen 575 stationäre Entwöhnungsbehandlungen und 5 ambulante Entwöhnungsbehandlungen finanziert. Im gleichen Zeitraum wurden in den Krankenhäusern des Landes rund 11.000 Behandlungsfälle mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit – Alkoholentzugssyndrom“ registriert.*

# Statement der Krankenkassen

Peter Klas, Magdeburg<sup>12</sup>

Ich nehme gern die Gelegenheit wahr, ein Statement der AOK Sachsen-Anhalt zur Thematik der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker und seelisch Behinderter abzugeben. Die gesetzliche Krankenversicherung steht nicht unmittelbar in der Leistungspflicht der beruflichen Rehabilitation. Insofern bitte ich um Ihr Verständnis, dass unsererseits kein entscheidender fachlicher Beitrag zur beruflichen Rehabilitation vorgetragen werden kann. Ich möchte jedoch ausdrücklich betonen, dass wir die in den vorhergehenden Beiträgen bereits dargestellten Aktivitäten zur beruflichen Eingliederung begrüßen. Nicht zuletzt erwarten wir hiervon auch positive Effekte in Bezug auf die Krankheitsbewältigung der betroffenen Patienten.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist die gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger, jedoch gegenüber anderen Sozialleistungsträgern nachrangig zuständig. Im Kontext der beruflichen Eingliederung einer bestimmten Personengruppe psychisch Kranker und Behinderter ist das RPK-Modell relevant, in dem sowohl medizinische als auch berufsfördernde Maßnahmen der Rehabilitation bei begleitender psychosozialer Betreuung erbracht werden. Ich gehe davon aus, dass heute eine Stellungnahme über unsere Beteiligung an diesem Vorhaben erwartet wird.

Mit dem RPK-Konzept soll den besonderen Belangen psychisch Kranker und Behinderter Rechnung getragen werden, wobei die Rehabilitation als ganzheitlicher Prozess verstanden wird. Hier ergänzen sich medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen gegenseitig zum Erfolg. Für einen Teil der RPK-Einrichtung wäre von Seiten der Krankenkasse demzufolge eine Zulassung als medizinische Rehabilitationseinrichtung im Rahmen eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V erforderlich.

Im Zusammenhang mit den seinerzeit im Rehabilitationsbereich eingetretenen Gesetzesänderungen einerseits und den enormen Kostensteigerungen insbesondere bei Anschlussrehabilitationen andererseits empfahlen die Spitzenverbände der Krankenkassen Anfang 1997 einen Vertragsstopp in Bezug auf den Abschluss weiterer Versorgungsverträge nach § 111 SGB V. Diese Empfehlung wurde von den Krankenkassenverbänden Sachsen-Anhalts seither konsequent umgesetzt, indem nur noch Versorgungsverträge für stationäre Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossen wurden, wenn gleichzeitig entsprechende andere Kapazitäten aufgegeben oder Krankenhausbetten in Reha-Betten umgewidmet wurden.

Wir sind davon überzeugt, dass die medizinische Rehabilitation neben spürbaren therapeutischen Ergebnissen auch kostenentlastende Effekte erzielen kann. Kosteneinsparungen durch die Rehabilitation können bei den Krankenkassen aber nur dann zu Buche schlagen, wenn auch die Kapazitäten der im Zusammenhang stehenden Versorgungsstrukturen (z.B. im Krankenhausbereich) mit beeinflusst werden. Andererseits ist der weitere Auf- und Ausbau der medizinischen Rehabilitation für die Krankenkassen eher mit additiven Kosten verbunden, die angesichts der für die GKV geltenden finanziellen Rahmenbedingungen nicht akzeptiert werden können.

Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen Anfang 1997 auch die Umsetzung des mit der RPK-gmbH, der LVA Sachsen-Anhalt und der Arbeitsverwaltung abgestimmten Konzeptes einer vorrangig stationären RPK-Einrichtung am Standort Halle bis auf weiteres ausgesetzt. Ich möchte jedoch an dieser Stelle hervorheben, dass wir hiermit das RPK-Modell nicht verworfen haben, sondern auch weiterhin an diesem festhalten.

Unter den o. g. Rahmenbedingungen erklären wir uns als AOK Sachsen-Anhalt bereit, die Verhandlungen über eine zunächst ambulant/teilstationäre RPK-Einrichtung wieder aufzunehmen. Hiermit folgen wir dem Grundsatz der wohnort- und lebensnahen rehabilitativen Angebote, welche zurzeit in Bezug auf das RPK-Modell auch auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation diskutiert wird. Hierzu regen wir an,

---

<sup>12</sup> Peter Klas ist Dezernent für Ausgaben-Management der AOK Sachsen-Anhalt

schnellstmöglich Abstimmungen mit der RPK-gGmbH und allen beteiligten Rehabilitationsträgern anzuberaumen. Auf der Grundlage der Ergebnisse der ambulanten/teilstationären RPK-Einrichtung erwarten wir weitere Impulse hinsichtlich der Weiterentwicklung dieses Bereiches.

Abschließend möchten wir zum Ausdruck bringen, dass Rehabilitationsmaßnahmen nach dem RPK-Modell nur eine bestimmte Personengruppe erfassen können und wir auch weiteren Angeboten, wie z.B. der Eingliederungshilfe in der Zuständigkeit der Sozialhilfeträger, im Sinne bedarfsgerechter abgestufter Versorgungsstrukturen eine bedeutende Rolle für psychisch Kranke und Behinderte beimessen.

# Hauptfürsorgestelle und berufsbegleitender Dienst

Christa Fritzsche, Halle<sup>13</sup>

Das Recht der Behinderten auf die von ihnen benötigte Hilfe ist als Leitlinie der Rehabilitations- und Behindertenpolitik allgemein anerkannt. Im Einzelfall ist die Hilfe unabhängig von der Ursache der Behinderung zu leisten, auch wenn hierfür unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zuständig sind. Zu den Grundsätzen der Rehabilitations- und Behindertenpolitik gehört die Integration der Behinderten in die Gesellschaft. Und Integration in die Gesellschaft bedeutet in erster Linie Eingliederung in das Arbeits- und Berufsleben. Die Bedeutung einer verwertbaren Arbeit ist für alle Menschen in ihren Auswirkungen unbestritten. Arbeit vermittelt positive Werte wie kein anderer Bereich des gesellschaftlichen Lebens. Sie bedeutet das Erreichen eines bestimmten sozialen Status und darüber hinaus die Etablierung stabiler sozialer Beziehungen. Erfolge in einer beruflichen Tätigkeit haben immer auch einen besonderen Stellenwert im Verkräften behinderungsbedingter Leistungseinschränkungen. Die berufliche Eingliederung Behinderter gelingt dort am ehesten, wo die Verantwortungsbereiche verschiedener Institutionen nicht starr abgegrenzt, sondern miteinander verknüpft werden.

Die Hauptfürsorgestelle des Landesamtes für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt sieht das Ziel der Integrationsbemühungen nicht allein in der „Versorgung“ des Behinderten mit einer Tätigkeit, sondern in der Schaffung notwendiger Voraussetzungen für eine *dauerhafte* Eingliederung. Dazu gehören Betriebsbesuche, Krisenintervention bei auftretenden Problemen am Arbeitsplatz, die Motivation des Betroffenen, nicht aufzugeben und ebenso die Motivation des Arbeitgebers, ihn in der Weiterbeschäftigung des Behinderten zu bestärken. Mitunter sind aber auch finanzielle Hilfen zur Eingliederung Behinderter in den Arbeitsmarkt unerlässlich, sei es zur Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes für den Behinderten oder zum Erreichen der am Arbeitsplatz notwendigen Leistungen.

Die Hauptfürsorgestelle ist auf der Grundlage des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft für den Schutz und für Hilfen für den Schwerbehinderten im Arbeits- und Berufsleben zuständig. Insbesondere der Sonderkündigungsschutz für Schwerbehinderte und die begleitenden Hilfen dienen dieser Zielstellung. Die begleitende Hilfe umfasst - unabhängig von vorausgegangenen Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation - alle Maßnahmen und Leistungen, die erforderlich sind, um Schwerbehinderten einen angemessenen, zumutbaren Arbeitsplatz im Berufsleben und damit in der Gesellschaft zu sichern. Dazu gehören sowohl Leistungen an Schwerbehinderte als auch an Arbeitgeber, die aus Mitteln der Ausgleichsabgabe erbracht werden. Eine Ausgleichsabgabe hat jeder Arbeitgeber monatlich zu entrichten, der nach dem Schwerbehindertengesetz eine Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter hat, diese aber nicht oder ungenügend erfüllt. In erster Linie soll der Arbeitgeber einen Beitrag zur Rehabilitation Schwerbehinderter leisten und primär Arbeitsplätze für Schwerbehinderte zur Verfügung stellen. Erst an zweiter Stelle steht der finanzielle Ausgleich bei Nichterfüllung seiner Beschäftigungspflicht, was ohnehin keinen Ersatz für Beschäftigungsmöglichkeiten darstellt.

Die Hauptfürsorgestelle kann weder durch finanzielle Förderung noch durch den besonderen Kündigungsschutz die Folgen wirtschaftlicher Umstrukturierungen für den Schwerbehinderten abwenden. Sie kann und muss jedoch das gesamte zur Verfügung stehende Instrumentarium zur Sicherung der Beschäftigungsverhältnisse und zur Einrichtung von Arbeitsplätzen für möglichst viele Behinderte nutzen.

---

<sup>13</sup> Christa Fritzsche ist Mitarbeiterin der Hauptfürsorgestelle beim Landesamt für Versorgung und Soziales, Halle

Das Ziel der begleitenden Hilfe besteht darin,

- die Schwerbehinderten in ihrer sozialen Stellung zu halten,
- dafür mit Sorge zu tragen, dass sie auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse verwerten und weiterentwickeln können
- und sie zu befähigen, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit Nichtbehinderten zu behaupten.

Die begleitende Hilfe der Hauptfürsorgestelle beginnt bereits im Vorfeld der Einstellung eines Schwerbehinderten und soll ihn im gesamten Arbeitsleben begleiten.

Noch immer verbinden Arbeitgeber Behinderung automatisch mit einer Leistungseinschränkung und damit mit einer zu hohen Belastung für das Unternehmen, obwohl eine Behinderung an einem konkreten Arbeitsplatz nicht zwangsläufig mit Leistungsdefiziten einhergehen muss. Darüber hinaus lassen sich durch entsprechende technische Arbeitshilfen Leistungseinschränkungen mitunter auch kompensieren. Ursache dieser Einstellung von Arbeitgebern ist oft Unkenntnis über die Behinderung und mangelnde Erfahrung im Umgang mit Betroffenen. Aus diesem Grund erfolgt durch die Hauptfürsorgestelle neben finanziellen Leistungen auch eine umfangreiche Beratung und Öffentlichkeitsarbeit, was vorrangig durch die Fachdienste der Hauptfürsorgestelle wahrgenommen wird.

Der **Berufsbegleitende Dienst der Hauptfürsorgestelle**, vormals Psychosozialer Fachdienst, stellt ein Angebot der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben Schwerbehinderter und ihnen Gleichgestellter dar. Seine Aufgaben bestehen in der Beratung und Betreuung Schwerbehinderter und er ist Ansprechpartner für deren Arbeitgeber, sofern psychosoziale Probleme am Arbeitsplatz auftreten bzw. sich diese anbahnen. Vorrangig handelt es sich dabei um arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen mit den Zielen,

- eine dauerhafte Beschäftigung der Behinderten auf dem Arbeitsmarkt zu erreichen,
- Ausbildungsverhältnisse von Schwerbehinderten in ihrem Bestand zu sichern und
- neue Beschäftigungsmöglichkeiten zu erschließen.

Die psychosoziale Betreuung umfasst darüber hinaus auch Hilfen zur Bewältigung außerbetrieblicher Probleme, sofern diese zur Beeinträchtigung des Beschäftigungsverhältnisses führen. Der Berufsbegleitende Dienst versteht sich als Mittler zwischen den Interessen des Schwerbehinderten und denen des Arbeitgebers. Nur durch diesen Ansatz lassen sich in der Regel die bestehenden Probleme lösen.

Die psychosozialen Dienste, ursprünglich vor allem zur Betreuung psychisch Behinderter eingerichtet, sind lt. Schwerbehindertengesetz für alle Schwerbehinderten tätig, die - unabhängig von der Art ihrer festgestellten Behinderung - psychosoziale Probleme am Arbeitsplatz haben. Der Berufsbegleitende Dienst bietet Hilfestellungen zur Bewältigung der instrumentellen, kognitiven und sozioemotionalen Anforderung der Arbeitswelt. Problemfelder der Klienten liegen vor allem im Leistungsbereich, im sozialen Bereich, d. h. im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten und in der Einhaltung von Gruppennormen, und in der Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung. Die Betreuung durch den Berufsbegleitenden Dienst beinhaltet:

- die Ermittlung der beschäftigungsrelevanten Fähigkeiten der Schwerbehinderten,
- die Analyse der Arbeitsplatzanforderungen,
- das Training instrumenteller Fähigkeiten und Fertigkeiten im Arbeitsleben (arbeitsplatzbezogen, d. h. beim Arbeitgeber),
- das Training bestimmter arbeitsplatzbezogener kognitiver und psychischer Fähigkeiten wie z. B. Konzentration, Selbstkontrolle und Umstellfähigkeit,

- das Erlernen einer realistischen Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit, der sozialen Kompetenzen und des adäquaten Umgangs mit der Behinderung,
- die Förderung der Bereitschaft des betrieblichen Umfeldes, sich aktiv an der Lösung von Problemen zu beteiligen, die zur Einschaltung des Berufsbegleitenden Dienstes geführt haben (unter Beachtung der betrieblichen Interessen und Bedingungen),
- Hilfen bei der Wiedereingliederung des Schwerbehinderten nach langer Krankheit und bei geplanten Veränderungen der Arbeitsbedingungen.

Um diese Leistungen ortsnahe und flächendeckend anbieten zu können, wurden die Berufsbegleitenden Dienste in Sachsen-Anhalt 1995 in freie Trägerschaft übergeben. Es bestehen Verträge mit freien gemeinnützigen Einrichtungen. Dabei liegt die Verantwortung, d. h. die Fachaufsicht und Koordination der Dienste bei der Hauptfürsorgestelle (keine Übergabe nach dem Subsidiaritätsprinzip). Gegenwärtig existieren zwei Dienste für Hörbehinderte, fünf Dienste, die behinderungsübergreifend tätig sind, und der Dienst an der Hauptfürsorgestelle (insgesamt 11 Mitarbeiter). Im Jahr 1998 wurden durch den Berufsbegleitenden Dienst in Sachsen-Anhalt

- 364 Klienten betreut (längerfristig, durchschnittlich 1 Jahr)
- 544 Klienten beraten (bis zu einem halben Jahr) und
- 438 betriebliche Beratungen durchgeführt, die nicht ausschließlich auf einen konkreten Einzelfall bezogen waren.

Der Anteil an psychisch Erkrankten unter den Betreuten ist ansteigend. Während im Jahr 1997 der Anteil psychisch Behinderter an der Gesamtzahl der Betreuten 23 % betrug, lag dieser im Folgejahr bereits bei 32 %. Bei den zu betreuenden psychisch Behinderten sind alle Krankheitsbilder vertreten: Neurosen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangserkrankungen und psychosomatische Störungen. Häufig ist auch eine Koppelung von körperlicher und neurologischer Behinderung und nicht immer anerkannter oder offensichtlicher psychischer Behinderung feststellbar. Die Schwere der Erkrankung korreliert nicht unbedingt mit der Schwere der Problemlage am Arbeitsplatz. Ein immer wieder erkrankender psychotischer Klient, auf den sich die Firma gut eingestellt hat, der seit vielen Jahren zur Belegschaft gehört und dessen Fehlen gut kompensiert werden kann, hat unter Umständen weniger Probleme am Arbeitsplatz als jemand, der durch seine neurotischen Symptome in der sozialen Anpassung an die Betriebsnormen beeinträchtigt ist.

Wichtig ist die möglichst frühzeitige Einschaltung des Berufsbegleitenden Dienstes, um Probleme, Konflikte und Spannungen noch entschärfen können, bevor sie eskalieren. Der Arbeitgeber und insbesondere die Arbeitskollegen müssen noch bereit sein, das Tätigwerden des Dienstes zuzulassen und zu unterstützen. Der Klient darf noch nicht entmutigt und gesundheitlich zu beeinträchtigt sein, um bestimmte Maßnahmen durchführen zu können.

Der Berufsbegleitende Dienst ist fast immer auch auf die enge Zusammenarbeit mit den behandelnden niedergelassenen oder stationär tätigen Ärzten, den Sozialarbeitern und den anderen Mitarbeiter verschiedener Institutionen und Einrichtungen angewiesen. Von besonderer Bedeutung ist die Koordinierung medizinischer, therapeutischer und arbeitsbegleitender Maßnahmen, um den Schwerbehinderten in konfliktreichen, oft existentiell wichtigen Situationen zur Seite stehen zu können.

Ich möchte an einem konkreten Beispiel aufzeigen, unter welchen Voraussetzungen die Integration eines psychisch Behinderten bisher erfolgreich gelungen ist. Herr S. war zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme mit dem berufsbegleitenden Dienst 22 Jahre alt. Ihm wurde ein Grad der Behinderung von 50 v.H. zuerkannt. Neben einer körperlichen Erkrankung leidet er an einer Psychose. Medikamentös ist er auf Haldol und Risperdal eingestellt.

Er verfügt über den Schulabschluss der 10. Klasse und den Abschluss als Wirtschaftskaufmann, den er unter beschützten Bedingungen erlangte. Seine Arbeitstätigkeiten nach erfolgter Ausbildung waren jeweils nur kurzfristig und in der Regel Hilfsarbeiten. Die Firma, in der Herr S. tätig war, wandte sich an die Behindertenberatung der kommunalen Verwaltung und den Berufsbegleitenden Dienst. Es bestanden

Bedenken, Herrn S. fest einzustellen, nachdem das Vorliegen einer Behinderung von ihm bekanntgegeben wurde. Als Aushilfskraft hatte er zur Zufriedenheit der Firmenleitung gearbeitet. Im Zusammenwirken der Behindertenberatung, die Stellung zum Gesundheitszustand nahm, des Arbeitsamtes, das Lohnkostenzuschüsse gewährte, und des Berufsbegleitenden Dienstes, der eine Arbeitsplatzanalyse durchführte und die Betreuung übernahm, gelang die Eingliederung in ein festes Arbeitsverhältnis.

Herr S. führte klar umrissene handwerkliche Hilfstätigkeiten aus. Sein Unterstellungsverhältnis war eindeutig geregelt. Er hatte keine Weisungsbefugnisse. Spannungen gab es immer mal wieder. Diese resultierte aus häuslichen Problemen (hier wurden durch den Berufsbegleitenden Dienst verschiedene Angebote der Sozialberatung vermittelt), aber auch aus Spannungen mit den Kollegen. Herr S. stand in der Hierarchie ganz unten, obwohl er vielen Kollegen intellektuell überlegen war. Mit bewussten Provokationen der Kollegen konnte Herr S. schwer umgehen. Sein Selbstwertgefühl war sehr stark beeinträchtigt. Vor allem die Tatsache, als einziger im Unternehmen kein Fahrzeug führen zu dürfen, war sehr kränkend. Diese Probleme wurden mit Hilfe des Berufsbegleitenden Dienstes reflektiert und bearbeitet. Außerdem wurde der Kontakt zur Firmenleitung aufrechterhalten, die bemüht war, Konflikte zu schlichten. Sie bekannte sich eindeutig zu ihrem behinderten Mitarbeiter. Herrn S. kam zugute, dass er im Wesentlichen seine Arbeitsaufgaben erfüllte und dass er gut lenkbar, offen und zugänglich ist. Dies änderte sich nur, wenn sich ein Krankheitsschub anbahnte. Ursachen hierfür waren in der Regel lang andauernde ungelöste Probleme. Zunehmende Hektik, Unkonzentriertheit, Flattrigkeit, aber auch Reizbarkeit und Aggressivität kündigten Krankheitsschübe an.

Herrn S. konnten in Gesprächen mit dem Berufsbegleitenden Dienst Rückmeldungen über seine Verhaltensänderungen gegeben werden. Er war dann relativ schnell bereit, sich außer der Reihe beim Facharzt vorzustellen. Krankheitsbedingte Ausfallzeiten wurden von der Firma toleriert. Etwa einmal im Jahr kam es zu einer solchen Episode.

Nach 3-jähriger Tätigkeit trat eine weitere körperliche Erkrankung bei Herrn S. auf. Um einer Chronifizierung vorzubeugen, entschloss sich Herr S. in Absprache mit der Hauptfürsorgestelle, dem Arbeitsamt und der Behindertenberatung, sein Arbeitsverhältnis zu beenden. Das Arbeitsamt ermöglichte ihm eine einjährige berufliche Anpassungsfortbildung im vormals erlernten Beruf. Diese absolviert er zurzeit. Für Herrn S. hat die 3-jährige Arbeitstätigkeit trotz der zwischenzeitlichen Probleme einen erheblichen Zuwachs an Selbstvertrauen gebracht. Er kam zur Erkenntnis, im Arbeitsleben bestehen und sich aus eigener Kraft erhalten zu können. Er sammelte Erfahrungen bei der Einordnung in soziale Gefüge und erhielt einen Motivationsschub in Richtung einer Verbesserung seiner beruflichen Kenntnisse.

Ich erwähnte bereits, dass gerade in schwierigen wirtschaftlichen Zeiten alle Hilfen, die das Schwerbehindertengesetz vorhält, angeboten und zur Verfügung gestellt werden müssen, damit bestehende Beschäftigungsverhältnisse erhalten und darüber hinaus Arbeitgeber für Neueinstellungen von Behinderten motiviert werden können. Nur allein Überzeugungsarbeit genügt mitunter nicht, um die Einstellung Schwerbehinderter zu unterstützen. Manche Arbeitgeber wären aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation tatsächlich nicht in der Lage, außergewöhnliche Belastungen zu tragen, die mit der Beschäftigung Behinderter einhergehen können. Die Hauptfürsorgestelle kann nach dem Schwerbehindertengesetz z. B. Mittel aus der Ausgleichsabgabe zur Durchführung befristeter regionaler **Sonderprogramme** und **Modellvorhaben** zur Verfügung stellen. Ein solches Sonderprogramm wurde in den vergangenen 3 Jahren zur Integration Schwerbehinderter in den ersten Arbeitsmarkt in Sachsen-Anhalt durchgeführt. Die Arbeitsämter Sachsen-Anhalts erbrachten dabei besondere Förderleistungen, die Arbeitgeber unter entsprechenden Voraussetzungen in Anspruch nehmen konnten, die bereit waren, schwerbehinderte Arbeitnehmer unbefristet einzustellen. Arbeitgeber erhielten Zuschüsse zum Arbeitsentgelt in Höhe von bis zu 100 %.

Die Resonanz der Arbeitgeber auf das Sonderprogramm war entsprechend groß, so dass mehr als 1.500 Schwerbehinderte mit dieser Maßnahme in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden konnten. Allerdings beschränkte sich die Einstellungsbereitschaft der Arbeitgeber auf Arbeitnehmer, die z. B. nicht psychisch behindert waren.

Die Erfahrungen zeigen, dass besonders betroffene Schwerbehinderte mit dem normalen Instrumentarium der Arbeitsverwaltung kaum in Arbeit vermittelt werden können. Aus diesem Grund gibt es bundesweit seit Ende der 80er Jahre zahlreiche Bemühungen von Integrationsfachdiensten, auch diesen Personenkreis am Arbeits- und Berufsleben teilhaben zu

lassen. Eine dauerhafte Eingliederung kann nur dann gelingen, wenn über das Instrumentarium der Arbeitsverwaltung und finanzielle Leistungen verschiedener anderer Träger hinaus *zusätzlich individuelle Unterstützung* der Betroffenen gegeben werden kann.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung fördert derzeit in allen Bundesländern Modellvorhaben zur Erprobung von Integrationsfachdiensten und Integrationsfirmen über einen Zeitraum von 3 Jahren. Das Ziel der Tätigkeit der Integrationsfachdienste ist die Eingliederung besonders betroffener Schwerbehinderter, die neben ihrer Behinderung zusätzliche vermittlungshemmende Faktoren wie fortgeschrittenes Alter, Langzeitarbeitslosigkeit oder unzureichende Qualifikation aufweisen bzw. allein durch die besondere Art oder Schwere ihrer Behinderung schwer vermittelbar sind. In Sachsen-Anhalt ist der Integrationsfachdienst seit Sommer vergangenen Jahres tätig, der mit vier Mitarbeitern Schwerbehinderte in den Arbeitsamtsbezirken Bitterfeld, Dessau, Anhalt-Zerbst und im Saalkreis betreut. Sein Sitz ist in Wittenberg, mit einer Außenstelle in Dessau.

Der Integrationsfachdienst arbeitet im Auftrag und mit fachlicher Unterstützung der Arbeitsverwaltung und der Hauptfürsorgestelle. Dem Integrationsfachdienst wird die Beratung und Betreuung besonders betroffener Schwerbehinderter durch ein entsprechendes Steuerungsteam übertragen, wobei beachtet wird, dass alle Zielgruppen bedacht werden:

- geistig Behinderte
- psychisch Behinderte
- schwer Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderte
- Schwerbehinderte aus Werkstätten für Behinderte
- und schwerbehinderte Schulabgänger.

Die Zuweisung der Klienten erfolgt in der Regel durch die Arbeitsämter und die Hauptfürsorgestelle, oder die Klienten wenden sich selbst an den Integrationsfachdienst. Seitdem der Dienst seine Tätigkeit aufgenommen hat, wurden neben anderen besonders Schwerbehinderten bisher neun psychisch Behinderte beraten und vier werden gegenwärtig betreut. Die psychischen Behinderungen sind z. T. gekoppelt mit anderen Behinderungen wie Epilepsie, Sprachminderungen, Diabetes, Sehinderung, Krebsleiden, Hautleiden und Wirbelsäulenerkrankungen. Zu den Maßnahmen des Integrationsfachdienstes in Vorbereitung einer Tätigkeit der Betroffenen auf eine Arbeitsaufnahme gehörten dabei die Zusammenarbeit und Rücksprache mit den behandelnden Ärzten, mit Angehörigen der Betroffenen und Suchtberatungsstellen ebenso wie die Berufsanamnese, die gemeinsame Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Arbeitserprobungen und Trainingsmaßnahmen in Betrieben sowie die Begleitung am Arbeitsplatz.

Die Zusammenarbeit mit den genannten Integrationspartnern ist es bereits gelungen, eine psychisch Behinderte in ein befristetes Arbeitsverhältnis bei einem Dienstleistungsservice sowie einen psychisch Behinderten in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis als Schlosser in einer Schlosserei zu vermitteln.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass auf der Grundlage des Schwerbehindertengesetzes verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung der Integration Behinderter in das Arbeits- und Berufsleben bestehen. Ich erwähnte die Leistungen zur Unterstützung der Integration Schwerbehinderter im Rahmen der begleitenden Hilfe am Arbeitsplatz und im Rahmen von Sonderprogrammen und Modellvorhaben. Darüber hinaus können nach dem Schwerbehindertengesetz z. B. auch Leistungen zur behinderungsgerechten Einrichtung und Unterhaltung von Arbeitsstätten für Schwerbehinderte erbracht werden. Mit derartigen Leistungen unterstützt die Hauptfürsorgestelle beispielsweise das Modellvorhaben des Fördervereins Psychiatrie Haldensleben, indem Arbeitsplätze für fünf psychisch Behinderte im Zweckbetrieb „Gartenprofi“ ausgestattet wurden und außergewöhnliche Belastungen des Arbeitgebers abgegolten werden.



Ein wirksamer Beitrag zu einer erfolgreichen, d. h. möglichst dauerhaften Integration Behinderter in den Arbeitsmarkt kann dann geleistet werden, wenn man das zur Verfügung stehende Instrumentarium voll ausschöpft, d. h. wenn man immer wieder die Lösung eines individuellen Problems anstrebt und in diesem Bemühen alle für die Integration verantwortlichen Partner einbezieht.

## Eingliederung psychisch Kranker und seelisch Behinderter in Arbeit und Beruf: Hinweise und Empfehlungen

Auszug aus dem 6. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt

- Solange die Nachfrage nach menschlicher Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt weit hinter dem Angebot zurückbleibt, besteht die Gefahr, durch eine vorübergehende psychische Erkrankung oder eine anhaltende Leistungsminderung für immer aus dem Erwerbsleben ausgegliedert zu werden. Arbeit dient aber nicht nur dem Erwerb des Lebensunterhaltes, sondern kann und soll beitragen zur Tagesstruktur, zur Selbstwert-Stabilisierung und zur sozialen Integration. Deshalb benötigen seelisch behinderte Menschen Chancen, eine ihrem Leistungsvermögen entsprechende Beschäftigung auszuüben.
- Bei der Erhaltung und behinderungsgerechten Gestaltung vorhandener Arbeitsplätze kann, wenn der Beschäftigte als schwerbehindert anerkannt ist, die Kompetenz der von der Hauptfürsorgestelle getragenen *berufsbegleitenden Dienste* genutzt werden; die Personalausstattung dieser Dienste (eine Fachkraft betreut mehrere Landkreise!) im Verhältnis zur Dimension des Problems zeigt allerdings, dass von dieser Möglichkeit bei psychisch Kranken derzeit zu selten Gebrauch gemacht wird.
- Der Ausschuss kann der von der Arbeitsverwaltung vertretenen Auffassung beipflichten, dass viele arbeitslos gewordene psychisch Kranke von *den Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes* (Lehrgänge, Umschulungen, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen) erreicht werden können. Damit solche Maßnahmen Aussicht auf Erfolg haben, ist eine sehr gute zeitliche und inhaltliche Abstimmung zwischen der medizinischen Behandlung und der beruflichen Förderung nötig. Maßnahmen, die früher nach dem Gießkannenprinzip mehr oder weniger pauschal bewilligt wurden, müssen angepasst an den Verlauf der psychischen Erkrankung zum richtigen Zeitpunkt begonnen werden. An dieser Stelle muss vor allem die große Bedeutung einer fachkundigen Beratung des arbeitssuchenden Rehabilitanden durch den *arbeitsamtsärztlichen Dienst* hervorgehoben werden. Ansätze zu einer sinnvollen Koordination sind etwa dort erkennbar, wo der arbeitsamtsärztliche Dienst zu einer stationären Alkoholentzugsbehandlung *vor dem Beginn* einer berufsfördernden Maßnahme rät, damit diese nicht im Ansatz scheitert.
- Für die Menschen, denen die Rückkehr in das Erwerbsleben auf diesem Weg nicht gelingt, wird in jeder Versorgungsregion ein differenziertes Instrumentarium von abgestuften einander ergänzenden Hilfen benötigt. *Intensive berufliche Rehabilitation* benötigen *chronisch psychisch Kranke* (seelisch Behinderte in der Sprache des Sozialrechts), beispielsweise junge Menschen, die sich nach einem oder mehreren Schüben einer schizophrenen Psychose wegen einer bleibenden Leistungsminderung auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr behaupten können und derzeit viel zu häufig und zu früh berentet werden. Der Rehabilitationsprozess für einen psychisch Kranken endet nicht mit dem Abschluss einer Maßnahme, sondern mit der Vermittlung in ein nicht befristetes sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

Zu den unverzichtbaren Bausteinen beruflicher Hilfen in einem personenzentrierten Konzept zählt für den Ausschuss die Arbeitstherapie während der klinischen (stationären oder teilstationären) Behandlung, die dezentrale regionsbezogene Ansiedlung von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die überwiegend teilstationär bzw. ambulant arbeiten, die wohnortnahe Bereitstellung geschützter Arbeitsplätze in Integrationsbetrieben und Selbsthilfefirmen und die Einrichtung von Arbeitsbereichen für seelisch Behinderte in den Werkstätten für Behinderte. Bei der Finanzierung von „beschützter Arbeit“ muss bedacht werden, dass etwa 70 % der Aufwendungen in die Kassen der öffentlichen Hand zurückfließen, wenn durch die Förderung sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse begründet werden.

Besonders betonen möchte der Ausschuss den regionalen Aspekt. Die wohnortferne Unterbringung von psychisch Kranken in großen Internaten, um ihnen die Teilnahme an Ausbildungs- und Umschulungsmaßnahmen zu ermöglichen, hat sich allgemein nicht bewährt. Die berufliche Rehabilitation darf das bestehende soziale Netz und die Integration am Wohnort nicht gefährden. Deshalb haben wohnortnahe teilstationäre und ambulante Hilfen eindeutig Vorrang.

- In den *Werkstätten für Behinderte* sind überwiegend geistig behinderte Menschen beschäftigt (und wegen ihres meist konstanten Leistungsvermögens und ihrer hohen Monotonie-Toleranz als Arbeitskräfte geschätzt). Vielen psychisch Kranken fällt es ausgesprochen schwer, sich als behindert zu sehen und mit dem Arbeitsplatz „WfbM“ zu identifizieren. Hilfreich kann die Einrichtung von Arbeitsbereichen für „seelisch Behinderte“ mit differenzierten und attraktiven Arbeitsaufgaben sein.

Auch behinderte Menschen haben einen Anspruch darauf, ihren Lebensunterhalt (und ihre Rente) durch eigene Erwerbstätigkeit selbst zu verdienen. Deshalb darf der Bescheid über Erwerbsunfähigkeitsrente nicht als Eintrittskarte in die Behindertenwerkstatt verlangt werden. Hier sieht der Ausschuss auch Ansatzpunkte zur Abkürzung der Verfahren, über deren lange Dauer immer noch viele Werkstätten Klage führen. Behinderte müssen unabhängig vom Ausgang eines Rentenverfahrens in den Werkstätten aufgenommen werden können, und wenn sie nicht als erwerbsunfähig gelten, müssen sie dort einen Arbeitslohn erzielen können, der ihren Lebensunterhalt sichert.

Psychische Erkrankungen sind keine abgeschlossenen Schadensereignisse. Ihrem Verlauf, zu dem Rezidive mit langdauernder Arbeitsunfähigkeit und erneuter stationärer Behandlung gehören können, muss Rechnung getragen werden. Der Ausschuss kann nicht verstehen, warum ein Beschäftigter einer Werkstatt für Behinderte, der an einer Schizophrenie leidet und deshalb länger als sechs Wochen stationär behandelt werden muss, seinen Werkstattplatz verliert und neu beantragen muss. Wenn seelisch behinderte Menschen in Werkstätten für Behinderte eingegliedert werden sollen, ist eine sachgerechte Fehlzeiten-Regelung nötig.

## Anschriften:

Becker, Jochen, Diplom-Pädagoge, Pädagogischer Leiter des Rehabilitationszentrums am Hesselkamp – Einrichtung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Knollstr. 167, 49088 Osnabrück, Tel. 0541- 1800 150.

Bencinic, Harald, Geschäftsführer, Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH, Straße der Völkerfreundschaft 60, 39418 Staßfurt, Tel. 03925- 220.

Böcker, Felix M., Priv. Doz. Dr. med., Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut, Friedensstraße 7, 06618 Naumburg, Tel. 03445- 72 1800; Vorsitzender des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt, Geschäftsstelle c/o Landesamt für Versorgung und Soziales, Neustädter Passage 15, 06122 Halle/Saale, Tel. 0345- 6912 305.

Fischer, Frieda, Diplom-Sozialarbeiterin, Lebenshilfe Mansfelder Land e.V., Karl-Fischer-Str. 10, 06295 Lutherstadt Eisleben, Tel. 03475- 74630.

Franke, Peter, Referat 33/3, Ministerium für Arbeit, Frauen, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt, Am Seepark 5-7, 39120 Magdeburg, Tel. 0391- 567 6902.

Fritzsche, Christa, Hauptfürsorgestelle, Landesamt für Versorgung und Soziales, Neustädter Passage 15, 06122 Halle/Saale, Tel. 0345- 6912 532

Gawlik, Berthold, Diplom-Psychologe, Geschäftsführer, TSE gGmbH, Merseburger Str. 52, 06112 Halle, Tel. 0345- 1329 135, e-mail TSE-Halle@t-online.de

Haberland, Gabriele, Geschäftsführerin, Förderverein Psychiatrie Haldensleben e.V., Papenberg 3, 39340 Haldensleben, Tel. 03904 - 667 060.

Hühne, Michael, Diplom-Sozialarbeiter, RPK gGmbH, Lafontainestr. 28, 06114 Halle.

Klas, Peter, AOK Sachsen-Anhalt, Lüneburger Str. 4, 39106 Magdeburg, Tel. 0391- 580 4414.

Landmann, Christian, Dr., Referatsleiter Berufliche Rehabilitation, Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt/Thüringen, Postfach 110461, 06018 Halle/Saale.

Mecklenburg, Hermann, Dr. med., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie I – Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Rehabilitation – am Kreiskrankenhaus, Wilhelm-Breckow-Allee 20, 51643 Gummersbach, Tel 02261- 17 1904.

Minzlaff, Detlef, Referatsleiter Berufliche Rehabilitation, Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt, Paracelsusstr. 21, 06092 Halle/Saale, Tel. 0345- 213 1505.

Nitzschmann, Lieselotte, Prof. Dr., Referat 26, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Am Seepark 5-7, 39120 Magdeburg, Tel. 0391- 567 6933.

Siemen, Hans-Ludwig, Dr. phil., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum am Europakanal, Postfach 1260, 91002 Erlangen, Tel. 09131- 753 2233, und Die Wabe e.V., Verein zur Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen, Am Pestalozziring 6, 91058 Erlangen, Tel. 09131- 6171 0.