



Gemeindepsychiatrischer Verbund im Landkreis Reutlingen

Steuerungsgremium GPV
Landratsamt Reutlingen, Sozialdezernat
Postfach 2143 • 72711 Reutlingen

Reutlingen im Februar 2013

Bericht über die Tätigkeit des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Reutlingen 2012

Schwerpunkt: Arbeit

Vorwort

Die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung erfordert - zumal, wenn es sich um schwere und lang andauernde Formen der Erkrankung handelt - ein breites Spektrum verschiedener Hilfen und deren koordiniertes Zusammenwirken im Einzelfall. Übergreifende Aufgabe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist es, dieses Zusammenwirken sicherzustellen und eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgung zu gewährleisten. Dazu braucht es „Daten für Taten“.

Der GPV Reutlingen legt mit dem vorliegenden Bericht zum dritten Mal eine solche handlungsorientierte Bestandsaufnahme vor. Der Bericht enthält zum einen die Fortschreibung von regelmäßig erhobenen Daten zur außerklinischen Versorgung für die Jahre 2010 und 2011. Zum anderen befasst sich der Bericht ausführlich und schwerpunktmäßig mit einer Bestandsaufnahme speziell zum Bereich Arbeit, nachdem sich der im Frühjahr 2011 vorgelegte Bericht bereits breiter mit dem Spektrum der tagesstrukturierenden Hilfen befasst hat.

Für die Erstellung derartiger Berichte stehen dem GPV keinerlei zusätzliche Ressourcen zur Verfügung - es handelt sich um einen nicht unerheblichen Aufwand, der überall neben dem „laufenden Geschäft“ bewältigt werden muss. Das heißt auch, es handelt sich um eine Arbeit, die nur im Zusammenwirken vieler Beteiligten gelingen kann. Sehr zu danken ist daher allen Beteiligten für ihre konstruktive Mitwirkung.

Zur Rohfassung des Berichtes haben Textteile beigetragen:

- Frank Bahn Müller, Agentur für Arbeit
- Wolfgang Bleher, Samariterstiftung
- Rainer Dibbern, Integrationsfachdienst
- Andrea Bodtländer, ZfP Südwürttemberg
- Reinhold Eisenhut, VSP
- Uwe Köppen, Sozialplanung/Psychiatriekoordination, Landratsamt Reutlingen
- Wolfgang Trauner, BruderhausDiakonie
- Petra Walter, Deutsche Rentenversicherung, Reutlingen
- Karl Winkler, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt)

Die redaktionelle Bearbeitung erfolgte durch Wolfgang Trauner und Georg Schulte-Kemna, BruderhausDiakonie, in Abstimmung mit Uwe Köppen, Landratsamt. Der vorliegende Text wurde in der Trägergemeinschaft und im Steuerungsgremium des GPV Reutlingen verabschiedet.

Georg Schulte-Kemna
Leitung Geschäftsfeld Sozialpsychiatrie
BruderhausDiakonie
Vorsitzender der Trägergemeinschaft

Andreas Bauer
Sozialdezernent
Landkreis Reutlingen
Vorsitzender des Steuerungsgremiums

im Gemeindepsychiatrischen Verbund Reutlingen

Druck: Landratsamt Reutlingen

Inhalt

1	ARBEIT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG	5
1.1	Die ambivalente Bedeutung von Arbeit für Menschen mit psychischer Erkrankung	5
1.2	Rehabilitation oder Rente?	6
1.3	Zielentwicklung und Hilfeplanung im Bereich Arbeit	7
1.4	Unterschiedliche Arbeitsbiografien	8
2	AKTEURE	10
2.1	Die psychiatrischen Kliniken	10
2.1.1	Eigene Angebote der Kliniken: Ergotherapie/Arbeitstherapie	10
2.1.1.1	Ergotherapie im Rahmen stationärer Behandlung	11
2.1.1.2	Ergotherapie im ambulanten Bereich	12
2.1.2	Kooperationserfahrungen der Sozialdienste	12
2.1.2.1	Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung	13
2.1.2.2	Agentur für Arbeit/Job-Center	13
2.1.2.3	Rentenversicherung	14
2.1.2.4	Integrationsfachdienst (IFD)	15
2.1.2.5	Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfe)	15
2.1.2.6	Sozialpsychiatrischer Dienst	16
2.1.3	Erfahrungen und Problemfelder in der Versorgung spezieller Personengruppen	16
2.1.3.1	Patienten der Station „Sucht und Komorbidität“	16
2.1.3.2	„U25“-Patienten	16
2.1.3.3	25- bis 30-Jährige	17
2.1.3.4	Menschen Ü50 mit Depressionen	17
2.1.3.5	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	18
2.2	Gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger	18
2.2.1	Aufgaben	18
2.2.2	Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestelle	19
2.3	Krankenversicherung	20
2.4	Arbeitsagentur/Job-Center	20
2.5	Rentenversicherung	21
2.5.1	Aufgaben	21
2.5.2	Leistungen	22
2.5.2.1	Medizinische Rehabilitation	22
2.5.2.2	Berufliche Rehabilitation	23
2.5.3	Statistikdaten	24

2.5.4	Maßnahmeorte.....	25
2.6	Integrationsfachdienst.....	26
2.7	Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfe).....	27
2.8	Sozialpsychiatrischer Dienst	28
3	MAßNAHMEN	30
3.1	Allgemeiner Arbeitsmarkt.....	30
3.1.1	Maßnahmen von Arbeitsagentur und JobCenter	30
3.1.2	Unterstützte Beschäftigung	31
3.1.3	Lohnkostenzuschussprojekt des Landkreises Reutlingen.....	32
3.1.4	Verbundausbildung für psychisch kranke Menschen.....	33
3.2	Integrationsfirmen und -betriebe	33
3.2.1	INTEGO gGmbH.....	34
3.2.2	INTEG GmbH.....	35
3.3	Werkstatt für Menschen mit Behinderung	36
3.3.1	Gesetzliche Grundlagen.....	36
3.3.2	WfbM und psychisch kranke Menschen	37
3.3.2.1	Konzeptioneller Anspruch.....	37
3.3.2.2	Stigmatisierung durch Werkstattaufnahme?	38
3.3.2.3	Warum spezielle Werkstätten für psychisch kranke Menschen?.....	38
3.3.3	WfbM-Situation im Landkreis Reutlingen.....	39
3.3.4	Schnittstellen der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt.....	43
3.3.4.1	Betriebsintegrierte Arbeitsplätze Samariterstift Grafeneck.....	45
3.3.4.2	Betriebsintegrierte Arbeitsplätze BruderhausDiakonie	45
3.3.4.3	Zusammenfassende Bewertung zum aktuellen Stand	46
3.3.5	Der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt als Problem	47
3.3.5.1	Die WfbM im Dilemma zwischen Wirtschaftlichkeit und Vermittlungsquote	47
3.3.5.2	Ambivalente Entscheidungssituation für Klienten	47
3.3.5.3	Anforderungen an einen gesicherten Übergang für Klienten	48
3.3.5.4	Entwicklungsperspektive	49
3.4	Zuverdienst.....	49
3.4.1	Grundsätzliches, Personenkreis.....	49
3.4.2	Rechtliche und finanzielle Situation, Standort.....	51
3.4.3	Entwicklungsbedarfe	51
3.5	Sonstige Beschäftigungsmöglichkeiten.....	52
4	AUSBLICK	53
	ANHANG	56

Arbeit für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Landkreis Reutlingen

1 Arbeit und psychische Erkrankung

Immer mehr Arbeitnehmer können aufgrund psychischer Erkrankungen ihrem Job nicht nachgehen. Der Grund ist oft Überlastung durch die Anforderungen der modernen Arbeitswelt. Die Zunahme psychiatrischer Diagnosen wird auch von einer aktuellen Studie der DAK¹ bestätigt. Depressionen oder andere psychische Erkrankungen machten im vergangenen Jahr demnach gut zwölf Prozent des gesamten Krankenstandes aus. Damit spielten sie eine beinahe doppelt so große Rolle wie noch 1998, wie die DAK bei Vorlage ihres Gesundheitsreports 2011 erklärte. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Zahl der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen um 13,5 Prozent an.

Keinen Job zu haben, ist für das seelische Gleichgewicht allerdings noch gefährlicher. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung ist von den Sozialwissenschaften ebenfalls deutlich herausgearbeitet worden.

1.1 Die ambivalente Bedeutung von Arbeit für Menschen mit psychischer Erkrankung

Das Thema Arbeit ist für viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung ambivalent. Anders als Menschen mit einer geistigen Behinderung haben (erwachsene) Menschen mit einer psychischen Erkrankung fast immer schon Schritte getan auf das hin, was man ein „normales Arbeitsleben“ nennt. Sie haben eine Schulausbildung durchlaufen und eine anschließende Lehre oder ein Studium begonnen oder abgeschlossen, sie sind vielleicht auch schon auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig gewesen – und irgendwann unterwegs sind sie krank geworden, haben Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bekommen, haben diesen vielleicht auch verloren oder aufgegeben. Arbeit wurde als belastend erlebt, von manchen auch als krankmachend. Und gleichzeitig ist „Arbeit“ Inbegriff von „Normalität“, gibt es die Erfahrung von Arbeit als kostbar, als etwas Tragendes im Leben, als Genesungshilfe. Sibylle Prins (seit 1991 in der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener tätig) hat dies so formuliert:

„...Arbeit muss vielleicht nicht unbedingt sein. Aber erzwungenes Nichtstun ist eine enorme Qual. Es gibt da so eine pervertierte Form der Freiheit, wo man sich nirgendwo mehr betätigen kann, nirgendwo erwartet und gebraucht wird, es keine Anknüpfungspunkte für sinnvolle Tätigkeit gibt und alle Türen ins Nichts führen.“

¹ Siehe: „Die Welt“, 15.05.2011

Gelingende Teilhabe am Arbeitsleben bedeutet und beinhaltet für Menschen mit psychischen Erkrankungen

- ein Gefühl von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer
- eine Möglichkeit, sich in normalen sozialen Rollen (nicht in der Patientenrolle) zu engagieren und somit der chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken
- ein leicht identifizierbarer „Beweis“ für Genesung
- eine Definition von sozialem Status und Identität
- soziale Kontakte und Unterstützung
- einen strukturierten Ablauf des Tages und der Woche
- materielle Sicherung des Lebensunterhaltes, mindestens aber materieller Anreiz

Allerdings sind die mitgebrachten Arbeitserfahrungen oft auch geprägt vom Gegenteil:

- Erfahrungen von Niederlagen, von Misserfolgen
- Erfahrungen von sozialen Konflikten am Arbeitsplatz, von Stigmatisierung und Ausgrenzung
- Erfahrungen von Kontaktabbrüchen
- Erfahrungen des Scheiterns an (zu) hohen Ansprüchen des Umfeldes oder an der Unerfülltheit hochfliegender eigener Pläne

Wer immer in welchem Kontext auch immer sich mit der Eingliederung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Arbeit befasst, muss sich dieser schillernden Bedeutung von Arbeit bewusst sein. An den Anfang gehört deshalb immer

- die Erfassung der „Berufsbiografie“ nicht nur in ihren objektiven Eckpunkten, sondern auch in ihrem Erfahrungsgehalt und den zugehörigen subjektiven Bewertungen
- die Klärung der Wünsche und Zielvorstellungen, die Auslotung des persönlichen Anspruchsniveaus (der Person selbst und wichtiger Bezugspersonen, vor allem bei jungen Menschen!) und der Frage, in welchem Verhältnis die Ziele und Wünsche zu den persönlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten stehen.

1.2 Rehabilitation oder Rente?

„Jeder Mensch will nötig sein“ (Klaus Dörner) – das ist die allgemeinste anthropologische Begründung für Arbeit. Das heißt aber nicht automatisch Erwerbsarbeit und erst recht nicht Normalarbeitsverhältnis.

Jeder Mensch braucht das Tätigsein, in dem er sich erfährt in der Auseinandersetzung mit der sozialen, dinglichen und natürlichen Umwelt. Eine psychische Erkrankung bedeutet eine Irritation im „normalen“ Bezugnehmen auf die Umwelt – das lässt sich veranschaulichen für jede Art von psychischer Störung. Menschen mit einer psychischen Erkrankung benötigen deshalb reflektiert gestaltete „Tätigkeitsgelegenheiten“, die ihnen helfen, ihre Autonomie in der Beziehung zur Umwelt schrittweise zu erweitern. Im Idealfall führt das – womöglich am Ende eines längeren Weges – auf einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Nicht jede Person wünscht das, nicht jede Person, die das wünscht, erreicht das, aber jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung hat den Anspruch, so unterstützt zu werden, dass er seinen persönlichen Weg durch Erprobung herausfinden kann. Es gibt da kein übergeordnetes für alle richtiges Rehabilitationsziel – entscheidend für die perspektivische Stabilisierung ist, dass das individuell passende Niveau von Tätigsein gefunden wird (Prinzip der „optimalen Stimulation“, Vermeidung von Überforderung ebenso wie von Unterforderung).

Viele Menschen, die aus dem Arbeitsmarkt herausgefallen sind (Menschen mit psychischer Erkrankung ebenso wie Menschen, die nicht psychisch krank sind), bewahren über eine lange Zeit die Hoffnung auf eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt, auf ein Wiederanknüpfen. Diese Hoffnung ist auch Kraftquelle. Andere sind völlig resigniert und müssen allmählich erst wieder Vertrauen in eine realistische Perspektive für sich selbst entwickeln lernen. Für wieder andere ist es eine Erleichterung, die Hoffnung auf (Erwerbs-)Arbeit aufgeben zu können und sich auf andere Formen sinnvoller Gestaltung des Alltags zu konzentrieren. In dieser Spannung bewegt sich auch, wer Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei Fragen der Arbeit begleitet.

1.3 Zielentwicklung und Hilfeplanung im Bereich Arbeit

Hilfeplanung ist immer ein integrativer, alle Lebensbereiche berücksichtigender Prozess. Die Erarbeitung von Zielen und die daraus sich ergebende Hilfeplanung im Bereich Arbeit ist daher immer eingeordnet zu verstehen in diesen größeren Zusammenhang. Dies bedarf auch der engen Zusammenarbeit der jeweiligen Bezugspersonen.

Die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist grundsätzlich der Bezugspunkt von beruflicher Eingliederung. In jedem Einzelfall ist aber herauszufinden, inwieweit dieses Ziel von der einzelnen Person auch verfolgt wird und in welchen Schritten es erreicht werden soll.

Es gelten dafür die Grundsätze:

- Berücksichtigung der Berufsbiografie und der subjektiven Erfahrungen dazu
- Information und Beratung werden immer verbunden mit Erprobung und Trainingsmöglichkeiten.

Notwendig ist ein individuelles und stufenweises Vorgehen, das für Entwicklungen offen ist. In der sozialpsychiatrischen Betreuung bedeutet das: In einer gemeinsamen Hilfeplanung zwischen Klient und Bezugsperson werden festlegt:

- Erfassung der gegenwärtigen Situation
- Beschreibung des wünschenswerten Zieles
- Diagnoseprozess (d. h. das Herausfinden von Stärken und Schwächen) bezogen auf
 - Qualifikationen
 - berufliche Erfahrungen und deren Dauer
 - Motivation, Erscheinungsbild
 - räumliche und zeitliche Mobilität
 - physische und psychische Ausgangslage
- Beschreibung der wünschenswerten Schritte zum Ziel (Maßnahmen)
- Beschreibung der Übereinstimmung und Diskrepanzen zwischen Klient und Berater
- Überprüfung alternativer Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, orientiert am jeweiligen Entwicklungsstand des Klienten und der angebotenen inhaltlichen und methodischen Fördermöglichkeiten
- Verständigung darüber, wer die Hilfen koordiniert: Wie kann der Klient Steuermann dieses Prozesses werden?

1.4 Unterschiedliche Arbeitsbiografien

Bezogen auf die berufliche Eingliederung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung lassen sich Gruppen unterscheiden mit je typischen Problemlagen und Zielen.

Prägnante Gruppen sind etwa

- **Sehr junge Menschen (in der Adoleszenz)**, die noch ohne berufliche Basis sind: im Vordergrund werden sichtbar Defizite im Sozialverhalten, Mangel an Verantwortungs- und Problembewusstsein etc. Vielfach geht es hier zunächst um einen primär pädagogischen Auftrag im Sinne einer nachzuholenden positiven Sozialisation und um eine konstruktive Lebenszielplanung insbesondere in Bezug auf Ausbildung und Arbeit. Dazu gehört wesentlich die Entwicklung von Lern- und sozialen Kompetenzen und im Weiteren dann auch der Aufbau von Grundarbeitsfähigkeiten.
- Bei **Menschen, die zum Zeitpunkt der Erkrankung bereits eine erste berufliche Etablierung erreicht haben**, geht es vor allem darum, die Erhaltung des Erreichten zu stützen oder Rückkehrmöglichkeiten zu überprüfen und zu sichern. Es ist vor allem zu klären, welche vorbereitenden oder parallelen Hilfestellungen von wem zu leisten sind.

Eventuell kommen auch Trainings- oder Umschulungsmöglichkeiten in Betracht. Wichtig dabei ist, dass die berufliche Rehabilitation am ersten Tag der Behandlung beginnt und nicht erst nach der medizinischen Phase („Erstberatung so früh und so kompetent wie möglich!“, Chr. Haerlin).

- Es gibt **Menschen, die beruflich voll integriert waren, später krank geworden sind**, in Zusammenhang mit einer längeren psychiatrischen Krankheitsgeschichte bereits längere Zeit aus dem Arbeitsprozess herausgefallen sind, aber **gleichwohl nach einer Rückkehr in Arbeit suchen**. Dabei handelt es sich vielfach um Personen, deren Problem nicht primär in mangelnder formaler beruflicher Qualifikation begründet ist, sondern sich eher darin äußert,
 - dass einst vorhandene Fachkenntnisse nicht mehr realisiert werden können,
 - dass Konzentration und Belastbarkeit aktuellen Anforderungen nicht ohne Weiteres gewachsen sind und
 - dass das Sozialverhalten den Anforderungen der Arbeitswelt nicht immer adäquat ist.

Entsprechend stehen in den zu planenden Maßnahmen häufig Themen im Vordergrund wie

- Wiedererlangung von Arbeitsgrundfähigkeiten
- Dosierte Steigerung der Belastungsfähigkeit
- Planung und Umgang mit Arbeitsunterbrechungen
- Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung
- Entwicklung eines angemessenen Sozialverhaltens am Arbeitsplatz

jeweils bezogen auf die bisherige berufliche Erfahrung. Der Wunsch nach Anknüpfung an die bisherige berufliche Laufbahn bzw. an das individuelle berufliche Interesse ist hier oft ein wesentlicher Motivationsfaktor, kann aber auch ein Problem werden hinsichtlich einer realistischen Selbsteinschätzung.

- Es gibt **Menschen, die (in der zweiten Lebenshälfte) psychisch krank werden** (insbesondere Depressionen, Burn-out) **und die noch einen Arbeitsplatz haben**, bei denen erkennbar die Arbeitssituation eine Rolle spielt als Belastungsfaktor bzw. als Problemfeld bei einer anstehenden Rückkehr ins Arbeitsleben. Die Bewältigung der Rückkehr ins Arbeitsleben ist bei diesem Personenkreis auch sozialpolitisch von besonderem Interesse, denn hier sind Arbeitsverhältnisse noch vorhanden; wenn die Rückkehr allerdings nicht gelingt, kommen Frühberentung und/oder „Hineinwachsen“ in die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe in den Blick. Dieser Personenkreis wird in erster Linie in den Kliniken bzw. im Rahmen ambulanter psychiatrischer Behandlung sichtbar. Grundsätz-

lich hätte hier der IFD eine wichtige Aufgabe, allerdings ist gerade bei diesem Personenkreis die Voraussetzung „Schwerbehinderteneigenschaft“ ein geradezu kontraproduktives Hindernis.

2 Akteure

2.1 Die psychiatrischen Kliniken

Die psychiatrischen Kliniken sind für die berufliche Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Schlüsselrolle. Das klingt zunächst paradox, denn wer in der Klinik ist, der ist per definitionem arbeitsunfähig und jeder weiß, dass Krankenhausaufenthalte immer kürzer werden. Die Kliniken haben aber aus der unmittelbaren Einschätzung der vorliegenden Erkrankung heraus eine wichtige diagnostische, beratende und vermittelnde Funktion auch für den Prozess der weiteren Eingliederung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Die Kliniken halten dafür im Bereich Arbeit eigene Angebote vor, die vor allem eine diagnostische und eine trainierende Funktion haben (Ergotherapie und Arbeitstherapie), sie leiten im Einzelfall als Anschlussmaßnahme medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ein und sie begleiten und unterstützen bei der Inanspruchnahme anderer Fachdienste, insbesondere der Sozialleistungsträger. Diese Funktionen sind insbesondere auch in den Fällen von großer Bedeutung, in denen sich an die stationäre Behandlung auch eine teilstationäre Behandlung und/oder eine ambulante Behandlung durch die Institutsambulanz anschließt und dadurch Personen auch über längere Zeiträume begleitet werden können.

Für die beiden Sektoren des Landkreises Reutlingen bestehen jeweils separate klinische Angebote:

- Sektor Reutlingen/Umland: Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Reutlingen (PP.rt)
- Sektor Alb/Oberes Ermstal: ZfP Südwürttemberg, Klinik Zwiefalten

2.1.1 Eigene Angebote der Kliniken: Ergotherapie/Arbeitstherapie

Ein besonderes Merkmal des klinischen Angebotes ist, dass psychisch Kranke während der stationären Behandlung im Rahmen von ergotherapeutischen Maßnahmen auch Angebote mit dem Schwerpunkt Arbeit erhalten können. Die Kliniken in Zwiefalten und Reutlingen bieten in unterschiedlicher Ausprägung verschiedene Möglichkeiten, praktische arbeitsbezogene Erfahrungen zu machen. Zum einen besteht in Zwiefalten ein arbeitstherapeutisches Angebot in Zusammenarbeit mit der dortigen WfbM-Betriebsstätte. Zum anderen bestehen sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich an beiden Standorten ergotherapeutische Angebote.

2.1.1.1 Ergotherapie im Rahmen stationärer Behandlung

Die Werkstatt Zwiefalten beruht auf einer Kooperation der WfbM der BruderhausDiakonie Buttenhausen mit dem ZfP Südwürttemberg in Zwiefalten (Ausgelagerte Betriebsstätte). Die dortigen Werkstattplätze werden insbesondere durch das Wohnheim Phönix genutzt. Dabei handelt es sich um eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für Suchtkranke (24 stationäre und 10 ambulant betreute Wohnplätze). Die Werkstatt bietet gleichzeitig arbeitstherapeutische Möglichkeiten für die Klinik; im Einzelfall kann die Arbeitstherapie auch vorbereiten auf die förmliche Werkstatt-Aufnahme.

Um die Grundarbeitsfähigkeiten, wie Ausdauer, Konzentration und Aufmerksamkeit zu fördern, stehen verschiedene Techniken/Materialien (Holz, Papier & Pappe usw.) zur Verfügung, die zielgerichtet auf die persönliche Leistungsfähigkeit des Patienten eingesetzt werden können. Speziell zur Unterstützung der kognitiven Leistung (Konzentration, Merkfähigkeit, Ausdauer, logisches Denken, Reaktion, bei Leistungsstörungen, Motivationsstörungen) werden das sog. CogPack und das Trainingsmanual Langensteinbach angewendet. Bürotraining wird zur Auffrischung beruflicher Kenntnisse inklusive Bewerbungstraining und Vermitteln der PC-Grundkenntnisse angeboten. Das Bürotraining wird sowohl im stationären wie ambulanten Rahmen angeboten.

Alle Arbeitsbereiche der WfbM können dabei genutzt werden.

- Bürotraining
- Keramikwerkstatt
- Papierwerkstatt
- Holzwerkstatt
- Gärtnerei (Innen- und Außenbereich)
- Industriemontagegruppen
- Fahrradprojektwerkstatt
- Parkpflege

Es wurden im Jahr 2011 ca. 15 500 Stunden Arbeitstherapie (AT) in den genannten Bereichen geleistet. Davon waren ca. 95 % für vollstationäre Patienten der Klinik und ca. 5 % für teilstationäre Patienten im Rahmen der tagesklinischen Versorgung.

Die PP.rt in Reutlingen kooperiert diesbezüglich eng mit den Leistungserbringern des Gemeindep psychiatrischen Verbundes (GPV) vor Ort, um dem Hilfebedarf in diesem Bereich gerecht zu werden. Eine gute Zusammenarbeit findet dabei mit der BruderhausDiakonie und dem VSP statt. Im Einzelfall können auch Arbeits- bzw. Belastungserprobungen durchgeführt werden. Eingebunden in ein Gesamtbehandlungskonzept werden auf jeder Station auf die Bedürfnisse der Patienten individuell angepasste ergotherapeutische Konzepte durchgeführt.

2.1.1.2 Ergotherapie im ambulanten Bereich

In der stationären Behandlung der Kliniken ist ein wesentlicher Fokus der Behandlung bereits auf die Grundarbeitsfähigkeiten gerichtet, um in der ambulanten Ergotherapie dann fortgeführt zu werden. Eine gute Vernetzung zwischen stationärem und ambulanten Bereich existiert.

In der ambulanten Ergotherapie am ZfP Südwürttemberg Zwiefalten werden durchschnittlich ca. 25 Patienten pro Woche in den oben genannten Bereichen behandelt. Diese kommen zwischen ein- und fünfmal die Woche. Davon wiederum absolvieren in der Regel 2 bis 3 Patienten eine Belastungserprobung. Ambulante ergotherapeutische Angebote erfolgen auch über die PIA unter dem Dach des GPZ in Münsingen.

In der ambulanten Ergotherapie der PP.rt werden ca. 80 Patienten pro Woche behandelt, auf der Basis der Heilmittelverordnung (Muster 18). Darunter befinden sich auch Patienten, die zur Belastungserprobung kommen mit dem Ziel der Wiedereingliederung auf den 1. und 2. Arbeitsmarkt (z.B. WfbM-Status) oder auch zur Vorbereitung einer weitergehenden beruflichen Rehabilitation oder einer Ausbildung.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass Patienten durch Ergotherapeuten zum Arbeitsplatz begleitet und in der Kontaktaufnahme unterstützt werden. Die Patienten kommen 2- bis 5-mal wöchentlich 1 ½ bis 6 Stunden.

Vorausgehend werden verschiedene Befundungsinstrumente eingesetzt:

- COPM
- Lübecker Fähigkeitsprofil
- Ergotherapeutischer Merkmalkatalog

2.1.2 Kooperationserfahrungen der Sozialdienste

Die psychiatrischen Kliniken arbeiten eng mit den einschlägigen Fachdiensten und Leistungsträgern für Rehabilitation und Teilhabe zusammen. Nachstehend wird berichtet über Erfahrungen in der Zusammenarbeit aus der Perspektive der klinischen Sozialdienste. Die klinischen Sozialdienste begleiten Patientinnen und Patienten bei ihrem Weg durch die Institutionen, in diesem Sinne handelt es sich um eine durchaus „einseitige“ Perspektive bei der Bewältigung von prozessualen Hürden und bürokratischen Hindernissen.

Grundsätzlich zeigt sich, dass die Sozialdienstberatung in Ausbildungs- und Berufsfragen immer komplexeren Anforderungen genügen muss und dass es dabei stark auf den Einzelfall und die Beteiligten ankommt. Es ist weiter zu beobachten, dass zunehmend die Vorrangigkeit von Leistungen und die entsprechenden leistungsrechtlichen Zuständigkeiten in Zeiten des Kostendrucks hinterfragt werden. Wird beispielsweise berufliche Rehabilitation beantragt, wird häufig vom anvisierten Träger der beruflichen Rehabilitation mit der Empfehlung „Medizinische Rehabilitation“ (d. h. anderer Kostenträger) reagiert usw.

Im Vergleich zur Münsterklinik Zwiefalten kann man für die PP.rt insgesamt feststellen, dass die wohnortnahe Behandlung sowie die räumliche Nähe zu den infrage kommenden Ämtern, Behörden und Einrichtungen in der Regel eine zeitnahe Bearbeitung arbeits- bzw. beschäftigungsrelevanter Probleme eher ermöglicht.

2.1.2.1 Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung

Mit der Servicestelle besteht eine gute Zusammenarbeit. Die Servicestelle berät, klärt Zuständigkeiten und füllt bei Bedarf auch gemeinsam mit den Betroffenen Anträge aus. Von der PP.rt aus ist die Servicestelle bequem zu Fuß zu erreichen und wird von Patienten auch häufig selbstständig aufgesucht. Bei Bedarf werden sie vom Sozialdienst der Klinik begleitet. Erfreulich für das ZfP Südwürttemberg Zwiefalten ist, dass die Mitarbeiter der Servicestelle bereit sind zu Gesprächen vor Ort. Auf Station am ZfP in Zwiefalten wird mit Patienten und Mitarbeitern die Problemlage analysiert, es wird nach Lösungsmöglichkeiten gesucht sowie zwischen den Beteiligten vermittelt. Letztendlich ist die Wirkungskraft allerdings nicht hoch, die Servicestellen können mit den beteiligten Stellen (Krankenkasse, Agentur für Arbeit etc.) nur vermitteln, aber nicht deren Entscheidung im Einzelfall, ob Kostenzusage oder Ablehnung, beeinflussen.

2.1.2.2 Agentur für Arbeit/Job-Center

Hier fällt auf, dass in der Einzelfallberatung durch die Mitarbeitenden der Aspekt der psychischen Erkrankung im Umgang mit den Klienten zu wenig Berücksichtigung findet. Die „Hartz-IV-Prozedur“ wird auch von „gesunden“ Menschen als eine schwere Herausforderung erlebt, erst recht jedoch von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Eine Begleitung durch den Sozialdienst ist deshalb in der Regel erforderlich und hilfreich. Häufig ist eine Überleitung in die Reha-Abteilung der Agentur für Arbeit angezeigt, um den krankheitsbedingten Problemen gerecht zu werden. Die Mitarbeiter/-innen der Reha-Abteilung sind dann auch besser in der Lage, den Aspekt der psychischen Erkrankung zu erkennen und adäquate Hilfen in die Wege zu leiten. Man muss jedoch mit relativ langen Bearbeitungszeiten rechnen, bevor eine Maßnahme letztendlich bewilligt wird.

Auch hier gilt für die PP.rt, dass eine Begleitung durch den Sozialdienst durch die räumliche Nähe besser bewerkstelligt werden kann als für die Kollegen aus Zwiefalten. Positiv ist aber, dass der Sozialdienst in Zwiefalten mit dem/der Patient/-in den Antrag auf Hartz IV/ALG II anfordern kann, der in der Klinik ausgefüllt und wieder abgeschickt werden kann. Die Patienten in der PP.rt Reutlingen müssen persönlich im Job-Center erscheinen. Wenn in Einzelfällen auch Zwiefalter Patienten selbst im Job-Center Termine wahrnehmen müssen, stellt die 40 km lange Strecke für die Patienten eine Hürde dar, die sie in der Regel nur in Begleitung von Klinikmitar-

beitern und Fahrdienst bewerkstelligen können. Im ÖPNV gibt es nur einen Bus, der nach Reutlingen fährt, mit Hin- und Rückfahrt ist man den ganzen Tag unterwegs. Der Vorteil ist, beim persönlichen Beratungsgespräch kann vermittelt werden. Die telefonische Kontaktaufnahme bei der Hotline ist ebenfalls nicht barrierefrei.

Als Sozialdienst kann man in der Regel den Patienten nur am Anfang, während oder am Ende der Beantragung einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme und bei dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand unterstützen. Die Zusammenarbeit mit dem Berufsinformationszentrum klappt sehr gut. Zunächst erfolgt die Erstberatung, dann wird meistens ein Termin zur ärztlich-psychologischen Begutachtung vereinbart, dazwischen können allerdings 6 bis 8 Wochen liegen. Dann kann es sein, dass der/die Betroffene vom U25-Team-Berufsberatung in das U25-Team-Reha kommt, wenn eine eingeschränkte Ausbildungsfähigkeit vorliegt. Manchmal wird der Wechsel vom Berufsberatungs- ins Reha-Team auch nach Aktenlage entschieden. Wenn ein Termin beim Reha-Berater stattfindet, wird angestrebt, dass aus der Beratung heraus für den Klienten ein zeitnaher Vorstellungstermin bei einem durchführenden Träger eine berufsvorbereitende Maßnahme vereinbart wird. Die Patienten benötigen eine hohe Eigenmotivation und große Frustrationstoleranz, um den oftmals langwierigen und komplizierten Weg mitzugehen, in eine berufsvorbereitende Maßnahme zu kommen mit der Aussicht einen (über-)betrieblichen Ausbildungsplatz zu erhalten. In vielen Einzelfällen erhalten Patienten auch einen Ablehnungsbescheid zum Antrag auf berufliche Rehabilitation. Entweder sie legen dann Widerspruch ein oder beantragen bei ihrer Krankenversicherung „Medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke“. Mit einer Schweigepflichtentbindung und der persönlichen Begleitung durch den Sozialdienst bei Terminen lassen sich viele Prozesse vereinfachen und beschleunigen. Trotzdem wird es immer schwieriger, vom Krankenhausaufenthalt aus eine nahtlose Versorgung durch eine Maßnahme der Agentur für Arbeit umzusetzen.

Die notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Auszahlung des Arbeitslosengeldes II sind umsetzbar, vor allem auch, wenn Alleinlebende während des stationären Aufenthaltes in Zwiefalten, bereit sind, einen Post-Nachsendeantrag in die Klinik zu stellen.

2.1.2.3 Rentenversicherung

Bei der Deutschen Rentenversicherung ist zwischen der Rentenversicherung Baden-Württemberg (ehemals LVA) und der Rentenversicherung Bund (ehemals BfA) zu unterscheiden. Die Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung Baden-Württemberg ist von der PP.rt aus problemlos, da sie sich vor Ort in der Regionalstelle Reutlingen befindet. Die Zusammenarbeit mit der Regionalstelle in Reutlingen ist auch von Zwiefalten aus positiv. Der Sozialdienst ist in die Termingestaltung involviert, begleitet Patienten in den entsprechenden Gesprächen.

Termine können auch „online“ auf der Homepage der Rentenversicherung vereinbart werden. Mit der Rentenversicherung Bund mit Sitz in Berlin kann nur schriftlich oder telefonisch kommuniziert werden.

2.1.2.4 Integrationsfachdienst (IFD)

Der IFD Neckar-Alb (zuständig für Kreis Tübingen, Reutlingen, Zollernalb) hat seinen Hauptsitz in Tübingen und eine Außenstelle im Zentrum für Gemeindepsychiatrie in Reutlingen. Die Zusammenarbeit ist sehr gut, Beratungstermine werden auch in Zwiefalten angeboten.

Für die Zuständigkeit des IFD muss in der Regel ein Schwerbehindertenausweis mit mindestens 50 GdB (Grad der Behinderung) oder eine Gleichstellung vorliegen. Ist das nicht der Fall, wird es für die Betroffenen schwierig, entsprechende Hilfen zu erhalten; im Rahmen von Einzelfallbeauftragungen durch den Reha-Träger sind auch Abweichungen möglich. Viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben Vorbehalte, einen Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis zu stellen, weil sie der Meinung sind, „ich bin doch nicht behindert“, sondern habe nur eine Depression“. Manche kommen „nur“ auf 30 GdB und müssen einen Antrag auf Gleichstellung an die Agentur für Arbeit stellen, was eine weitere Hürde darstellt. Insbesondere bei Patienten mit einer Depressions-Diagnose stellt sich in der Sozialdienstberatung immer häufiger die Frage, in welche weiterführende Beratungsstruktur nach Entlassung betroffene Menschen vermittelt werden können.

2.1.2.5 Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfe)

In der Mehrheit der Fälle wird mit dem Sozialhilfeträger von Stadt und Landkreis zusammengearbeitet. Durch den GPV und das abgestimmte Hilfeplanverfahren kennen sich die Akteure, die Regeln der Zusammenarbeit sind bekannt, die Umsetzung kann allerdings sehr unterschiedlich aussehen. Grundsätzlich ist die Bereitschaft da, bevor eine Hilfeplanung in die Hilfeplankonferenz geht, ein Hilfeplangespräch in den Kliniken PP.rt und ZfP oder im Zuhause der Hilfesuchenden Person durchzuführen, hier machen wir gute Erfahrungen. Einmal im Monat ist Hilfeplankonferenz, eine Kostenzusage wird in der Regel erteilt, wenn das Protokoll erstellt und verschickt ist. Da dies in Einzelfällen auch länger dauern kann, muss ggf. eine vorläufige Kostenzusage verhandelt werden. In der Hilfeplanung und in der Erörterung in den Hilfeplankonferenzen hat der Arbeitsaspekt eine hohe Relevanz, ebenso auch die Thematik Suchtberatung und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtung (u. a. Jugendamt o. Ä.) Es geht nicht rein um die Wohnperspektive, sondern um die ganzheitliche Sicht auf den Hilfebedarf eines Klienten und die damit verbundene Vernetzung.

2.1.2.6 Sozialpsychiatrischer Dienst

Zwischen den Stationen der Allgemeinpsychiatrie Zwiefalten (Soteria, Akut, 3011 Sozialpsychiatrische Station) und dem SpDi Münsingen der BruderhausDiakonie (zusammen mit der PIA im Kroneneck in Münsingen ansässig) gibt es eine sehr gute Kooperation. Besteht Besprechungsbedarf, können Treffen im Anschluss an die monatlich stattfindende HPK in Zwiefalten vereinbart werden. Dies sind meistens auch die Zeitfenster, in denen Vorstellungsgespräche für die poststationäre Grundversorgung vereinbart werden können. In Einzelfällen werden auch Patienten der Bühlhof-Station (Depressions-Erkrankungen Ü50) oder der Sinova (Psychosomatik) an den SpDi Münsingen vermittelt.

Auch mit den Reutlinger Kollegen des SpDi der BruderhausDiakonie besteht von Zwiefalten aus eine telefonische Zusammenarbeit bei Menschen aus der Region Reutlingen und Umland. Zwischen der PP.rt und dem SpDi Reutlingen besteht ebenso eine sehr gute Zusammenarbeit. Eine Mitarbeiterin des SpDi kommt regelmäßig in einem 14-tägigen Turnus zu den Teambesprechungen des Kliniksozialdienstes. Dort findet mit Zustimmung der Betroffenen ein Austausch über gemeinsame Klienten statt. Bei Bedarf werden auch Patienten für die poststationäre ambulante Weiterbetreuung angemeldet und vorgestellt.

2.1.3 Erfahrungen und Problemfelder in der Versorgung spezieller Personengruppen

2.1.3.1 Patienten der Station „Sucht und Komorbidität“

Merkmale dieser Patientengruppe sind in der Regel: Soziale Isolation, Abbruch sozialer Beziehungen einhergehend mit Verlust des Arbeitsplatzes. Selten kommt es zur Einigung bzw. Vermittlung durch den Sozialdienst zwischen Arbeitgeber und Patienten. Häufigste Form des Einkommens ist die Rente wegen Erwerbsminderung. Ziele der Beratung sind die Erarbeitung einer niederschweligen Tagesstruktur bzw. Aufgabe im Alltag. Vorrangig muss die Wohnsituation geklärt werden bzw. eine stabilisierende Anbindung gefunden werden. Jüngere Patienten haben keine abgeschlossene Ausbildung, die meisten sind langjährig erwerbslos, überwiegend erwerbsunfähig. Bei wenigen gibt es noch die Anbindung ans SGB II mit der Beantragung des Arbeitslosengeldes II, die praktisch noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar sind. Leben sie im Wohnheim, haben die meisten WfbM-Status.

2.1.3.2 „U25“-Patienten

„Unter 25“: Viele Menschen dieser Patientengruppe haben den Einstieg in eine Ausbildung nach einem Schulabschluss nicht geschafft. Während des stationären Aufenthalts formulieren viele es als Ziel für sich, eine Ausbildung zu beginnen. Hier klafft eine große Lücke zwischen Theorie und Praxis. Der Wunsch ist nachvollziehbar, es gibt auch Angebote der Agentur für Arbeit, aber es hat sich in der Praxis gezeigt, dass es äußerst schwierig bzw. nahezu unmöglich

ist, U25-Patienten nach dem stationären Klinikaufenthalt in eine berufsbildende Maßnahme zu vermitteln. Positiv aber ist gerade die Kooperation mit der Agentur für Arbeit. Die Berufsberater im BIZ und im Reha-Team vergeben Termine während der stationären Behandlung, ein WfbM-Platz kann beantragt werden, auch eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB-Reha), hier kommt es allerdings auf eine hohe Eigenmotivation an, dass ein Informationsgespräch bei einem Träger wahrgenommen und die Aufnahme-prozedur in die Maßnahme von Zwiefalten aus weiter in Angriff genommen wird. Es fällt auf, dass dieser Patientengruppe das Modell „BvB-Reha + überbetriebliche Ausbildung“ näherliegt, als etwa der Berufsbildungsbereich (BBB) einer WfbM – mit beiden Modellen kann man eine Arbeitsstelle auf dem 1. Arbeitsmarkt anstreben. Attraktiver ist aber natürlich der Status einer abgeschlossenen Ausbildung.

2.1.3.3 25- bis 30-Jährige

In dieser Patientengruppe gibt es viele Menschen, die bereits 10 bis 15 Jahre Psychiatrieerfahrung haben und dadurch keine Berufsbiografie aufbauen konnten, verständlicherweise aber den gleichen Wunsch wie die U25-Patientengruppe hegen, sich zu jung oder zu gesund für WfbM und/oder Rente zu fühlen. Manche haben schon eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder RPK (Medizinisch-berufliche Rehabilitation psychisch Kranker) hinter sich und trotzdem den Einstieg in den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt nicht geschafft. Hier stellt sich häufig die Frage nach der Rehabilitationsfähigkeit. In der Regel wird bei der Eingliederungshilfe eine betreute Wohnform beantragt, die Hilfe suchende Person in der Hilfeplankonferenz oder in einem Hilfeplangespräch mit ihrem IBRP (Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan) vorgestellt. Für die berufliche Rehabilitation bleibt den Klienten häufig nur der Weg über den Berufsbildungsbereich der WfbM.

2.1.3.4 Menschen Ü50 mit Depressionen

Die Erfahrungen zeigen, dass allgemein die Bedingungen der heutigen Arbeitswelt immer komplexer, schwieriger und anspruchsvoller werden. Die Patienten berichten über (teilweise immense) Arbeitsverdichtung, zunehmenden Zeitdruck und hohe Erwartungen der Arbeitgeber und Vorgesetzten an die Flexibilität des einzelnen Mitarbeiters. Mit zunehmendem Alter (hier sind Menschen im Alter von 50 bis 65 gemeint) können die o. g. Bedingungen nicht mehr so gut bzw. perfekt erfüllt werden oder nur noch unter massiven persönlichen Anstrengungen. Es zeigt sich, dass o. g. Bedingungen mit dazu beitragen, dass Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, Anpassungsstörungen u. a. entstehen, die eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig werden lassen. Oder dass jemand, der immer wieder an depressiven Episoden leidet, diese höher werdenden Anforderungen mit zunehmendem Alter immer weniger erfüllen kann.

So sind die Bedingungen in der persönlichen Arbeits- und Berufswelt und daraus folgend die weitere Gestaltung dieses persönlichen Arbeitsplatzes ein häufiges und bedeutendes Thema in der Behandlung depressiver Menschen ab 50 Jahre. In der sozialdienstlichen Beratung geht es in erster Linie um die Erhaltung des vorhandenen Arbeitsplatzes, um die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, evtl. Reduzierung der Arbeitszeit, Umgestaltung des persönlichen Arbeitsplatzes bzw. der Aufgabengebiete, Fragen zur medizinischen und in Einzelfällen zur beruflichen Rehabilitation und zum Themenbereich der vollen oder teilweisen Erwerbsminderung und des entsprechenden Rentenantrages. Hier spielen dann Fragen zur Beantragung der Feststellung einer Schwerbehinderung und somit Einschaltung des IFD eine Rolle (siehe 2.1.2.4). Arbeitslosigkeit, Beantragung von ALG II oder Sozialhilfe kommen in dieser Patientengruppe seltener vor.

2.1.3.5 Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Vor allem Patienten, die auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt und im Krankengeldbezug sind, bevorzugen eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Diese wird in der Regel von der Klinik aus in die Wege geleitet. Im Vorfeld wird die Eingliederung mit dem Arbeitgeber abgesprochen. Häufig finden dazu Gespräche in der Klinik mit den jeweiligen betrieblichen Sozialdiensten statt. Bei Bedarf wird auch der IFD mit einbezogen.

2.2 Gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger

2.2.1 Aufgaben

Zentrales Anliegen des Sozialgesetzbuches IX ist die Selbstbestimmung, Rehabilitation und gleichberechtigte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen.

Das SGB IX schreibt den Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger dabei eine wichtige Rolle zu. Mit der Einrichtung und mit dem Betrieb Gemeinsamer Servicestellen wurden bestehende Strukturen der Rehabilitationsträger in ein Kooperations- und Kompetenznetzwerk einbezogen. Somit wurde für behinderte Menschen eine Verzahnung bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote in regionalen Anlaufstellen für eine leistungsträgerübergreifende, umfassende, unverzügliche, neutrale aber verbindliche Beratung und Unterstützung geschaffen.

Gemeinsame Servicestellen sollen umfassende, qualifizierte und individuelle Beratung zu allen Fragen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe gewährleisten. So hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass Gemeinsame Servicestellen grundsätzlich in allen Landkreisen und kreisfreien Städten einzurichten sind. Die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation für die Landkreise

Reutlingen, Tübingen und Zollernalbkreis wurde bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Regionalzentrum Reutlingen (mit der Einführung des SGB IX) zum 01.07.2001 eingerichtet.

Zu einer erfolgreichen Vernetzung gehören nicht nur die zuständigen Rehabilitationsträger (Unfallversicherung, soziale Entschädigung, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfe und Jugendhilfe), sondern auch der aktive Kontaktaufbau und die Kontaktpflege zu Behindertenverbänden, Selbsthilfeverbänden, Pflegestützpunkten, Arbeitgebern, Betriebsräten, Schwerbehindertenvertretungen und Betriebsärzten, sowie zu Ärzten, Gutachtern, Fachkräften in der Rehabilitation und weiteren Partnern (z. B. Wohlfahrts- und Sozialverbänden).

Als Anlaufstelle erfüllt die Gemeinsame Servicestelle nach §§ 22, 84 SGB IX umfassende Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, insbesondere

- Information über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehaträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung und Zuständigkeit,
- Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragstellung und Antragsweiterleitung,
- Beratung über besondere Hilfen im Arbeitsleben, bei Verwaltungsabläufen bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Mitwirken bei Entscheidungen,
- Unterstützte Begleitung und Koordination
- Beratung und Unterstützung beim Persönlichen Budget
- Beratung und Unterstützung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX.

2.2.2 Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestelle

Betrachtet man das Jahr 2010, so wurden insgesamt für die Region Neckar-Alb 150 Beratungen, für das Jahr 2011 306 Beratungen durchgeführt, für den Landkreis Reutlingen bedeutet dies für 2010 74 Beratungen und für 2011 159 Beratungen.

Sortiert man nach den Alterskategorien, so stellt man fest, dass sich überwiegend Ratsuchende im Alter zwischen 27 bis 50 Jahren an die Servicestelle in Reutlingen wenden. In der Regel wird die Servicestelle selbst vom Ratsuchenden bzw. Versicherten eingeschaltet. In wenigen Fällen wendet sich der zuständige Rehabilitationsträger an die Gemeinsame Servicestelle. Sonstige Institutionen, wie z. B. Sozialdienste, nehmen das Beratungsangebot der Servicestellen im Einzelfall in Anspruch. Schwerpunkte der Beratung sind Information, Bedarfsklärung, unterstützende Begleitung und Koordination sowie Anfragen zum Persönlichen Budget und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement. Betrachtet man die Verteilung der Beratungen auf die zuständigen Rehaträger, so ist festzustellen, dass die Schwerpunkte der Beratung im Bereich der

Rehabilitation bei den Rehaträgern der Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit sowie auch der Sozialhilfe liegen.

Häufig wird auch heute noch die Qualität der Gemeinsamen Servicestellen beanstandet. Dies ist jedoch nicht auf die Defizite der formalen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zurückzuführen, sondern darauf, dass die aktuellen Entwicklungsprozesse bei den Rehabilitationsträgern Auswirkungen auch auf die Netzwerkstrukturen der Gemeinsamen Servicestellen haben. Zu den gewünschten Entwicklungen hinsichtlich der Gemeinsamen Servicestellen bleibt abschließend zu sagen, dass alle Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit verpflichtet sind. Nur wenn sich alle beteiligten Akteure aktiv am erforderlichen Entwicklungsprozess beteiligen, kann die Arbeit der Gemeinsamen Servicestelle erfolgreich sein. In der Region Neckar-Alb sowie auch im Landkreis Reutlingen finden regelmäßige Teamtreffen statt, die dies unterstützen sollen.

2.3 Krankenversicherung

Im Rahmen der Krankenbehandlung werden auch Leistungen erbracht, die von Bedeutung sind in der Vorbereitung auf die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit; das wurde oben im Kontext der Krankenhausbehandlung bereits erläutert. An die Krankenbehandlung kann sich anschließen eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation hat im Rahmen der Krankenversicherung die Aufgabe, „eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern“ (§ 11 Abs.2 SGB V).

2.4 Arbeitsagentur/Job-Center

Das Thema Arbeit ist für Menschen mit einer psychischen Behinderung im Zustand einer Remission besonders wichtig. Arbeit strukturiert den Tag, unterstützt das Selbstvertrauen und trägt zur gesundheitlichen Stabilisierung bei. Arbeit kann aber auch schnell zur Überforderung führen, da gesundheitlich stabile Phasen häufig zur Überschätzung der Leistungsfähigkeit führen. Insofern wird die Begleitung und Unterstützung am Arbeitsplatz für Personen mit einer psychischen Erkrankung immer mehr an Bedeutung gewinnen. Insgesamt wurde festgestellt, dass in den letzten 10 Jahren die Beratungen bei der Agentur für Arbeit für Menschen mit einer psychischen Behinderung, im Vergleich zu anderen Behinderungsarten, zugenommen haben.

Die Agentur für Arbeit ist Ansprechpartner für junge Menschen ohne berufliche Basis und Erfahrungen; sie werden von Beratern der Ersteingliederung betreut, solange sie noch keine drei Jahre beruflich tätig waren. Für Menschen, die bereits über berufliche Erfahrungen von mindestens drei Jahren bzw. über entsprechende berufliche Qualifizierungen verfügen, stehen die Berater für die berufliche Wiedereingliederung als Ansprechpartner zur Verfügung.

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Arbeitsverwaltung und den Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung wurde im Jahr 2011 auf Initiative der Trägergemeinschaft des Gemeindepsychiatrischen Verbundes eine gemeinsame Informationsveranstaltung von der Agentur für Arbeit und dem Job-Center Reutlingen für Mitarbeitende der Einrichtungen des GPV im Landkreis Reutlingen durchgeführt. Im Anschluss an die Veranstaltung wurde ein Merkblatt abgestimmt zu Verfahrensfragen im Interesse einer guten Zusammenarbeit.

Der Zugang der psychisch kranken Menschen zum Reha-Team der Agentur für Arbeit erfolgt über die unterschiedlichsten Institutionen und Personen. Dies sind u. a. die örtlichen Kliniken, Reha-Einrichtungen (auch Baden-Württemberg weit), wenn der psychisch Erkrankte im Einzugsgebiet Reutlingen seinen Wohnsitz hat, ferner Betreuungspersonen der verschiedensten professionellen Einrichtungen (z. B. SpDi), gesetzlich bestellte Betreuer etc.

Bei Personen, die in der Agentur für Arbeit oder im Job-Center Reutlingen bereits gemeldet sind, erfolgt der Zugang zur Reha-Beratung entweder über einen direkten Kontakt zwischen Betreuer und Reha-Berater oder aber über die Vorlage von psychologischen oder ärztlichen Gutachten.

Im Erwachsenenbereich ist es notwendig, über die schriftliche Antragstellung zunächst zu klären, welcher Reha-Träger gem. § 14 SGB IX für die Rehabilitation zuständig ist. Bei Feststellung der Zuständigkeit der Agentur für Arbeit erfolgt eine Einladung zur Reha-Beratung. Jugendliche werden in der Regel direkt in der Schule erstmalig beraten.

Die Prüfung der Ausbildungsreife ist das wesentliche Kriterium für die weiteren Schritte.

Im Gespräch wird das Anliegen geklärt und es werden ggf. die erforderlichen Gutachten beantragt, sofern diese noch nicht vorliegen. Liegen die Gutachten bereits vor, kann über die Reha-Notwendigkeit entschieden werden und es ist zu prüfen, welche Maßnahmen geeignet sind, die Teilhabe am Arbeitsleben zu realisieren. Bei der Frage, ob eine Ausbildung, Umschulung oder Qualifizierung sinnvoll ist, können eine Arbeitserprobung und Berufsfindung oder ein Reha-Vorbereitungslehrgang zur Klärung beitragen.

2.5 Rentenversicherung

2.5.1 Aufgaben

Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe sind durch einen speziellen gesetzlichen Auftrag beschrieben: Die Rentenversicherung erbringt nach § 9 SGB VI

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen,

- um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen. Dieser Vorrang wird durch § 8 Abs. 2 SGB IX gestützt und auf Leistungen zur Teilhabe während des Rentenbezugs erweitert. Um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation oder der beruflichen Rehabilitation durch die Rentenversicherung zu erhalten, müssen die Versicherten die persönlichen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

2.5.2 Leistungen

2.5.2.1 Medizinische Rehabilitation

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten für die medizinische Rehabilitation. Wird eine Rehamassnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse der Kostenträger. Eine Rehamassnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit wird in der Regel vom Rentenversicherungsträger finanziert, wenn gleichzeitig die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers ist gegeben, sobald der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder er in den letzten 2 Jahren 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge erbracht hat oder bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht.

Medizinische Rehabilitationsleistungen werden sowohl stationär als auch ambulant erbracht. Nicht jede medizinische Rehabilitation kann in ambulanter Form durchgeführt werden. Gegen die ambulante Form sprechen die Notwendigkeit von ständiger ärztlicher und pflegerischer Betreuung sowie eine ausgeprägte Multimorbidität, was von einer nicht stationären Rehaeinrichtung nicht abgedeckt werden kann. Darüber hinaus kann das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung sowie von schweren psychosomatischen und psychischen Erkrankungen eine ambulante Rehabilitation auch ausschließen.

Die stationäre Rehabilitation bietet durch die Möglichkeit zur wohnortfernen Unterbringung außerhalb der gewohnten Umgebung bessere Erfolgschancen bei einem Teil der Patienten mit gravierenden psychosozialen Belastungen. Darüber hinaus sind manche der überregionalen

stationären Einrichtungen besonders spezialisiert. Für den einzelnen Versicherten hängt die geeignete Form der Rehabilitation unter anderem von der medizinischen Ausgangssituation, den persönlichen Lebensbedingungen und vom konkreten vorhandenen Angebot ab. Dabei werden die berechtigten Wünsche der Leistungsberechtigten beachtet. Insbesondere das rasche Ineinandergreifen aller notwendigen medizinischen und beruflichen Maßnahmen setzt voraus, dass der Versicherte erfolgreich in das Erwerbsleben eingegliedert werden kann. Die medizinische Rehabilitation ist somit ein wichtiger und geeigneter Behandlungszeitraum, in dem berufliche Problemlagen erkannt und diagnostiziert, berufsorientierte Therapien durchgeführt sowie gegebenenfalls erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden können.

Im Landkreis Reutlingen bietet die BruderhausDiakonie 10 stationäre Plätze zur medizinischen Rehabilitation an.

2.5.2.2 Berufliche Rehabilitation

Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten als wichtige Instrumente zur Integration der Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben etabliert. Dies gilt insbesondere für solche Beeinträchtigungen, die langfristig schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Teilhabe im Beruf und Alltag haben. Die berufliche Rehabilitation geht für die gesetzliche Rentenversicherung über die bloße Vermeidung von Frühberentung weit hinaus. Ziel der beruflichen Rehabilitation in der Rentenversicherung ist es, die Selbstbestimmung der von Erwerbsminderung bedrohten Versicherten durch Aufrechterhalten der Teilhabe am Arbeitsleben, das heißt durch Leistungen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. zur beruflichen (Re-)Integration zu fördern. Die Rehabilitation der Rentenversicherung ist besonders auf ihre Versicherten zugeschnitten, die z. B. im Durchschnitt älter sind als die Rehabilitanden in der Unfallversicherung und häufiger noch einen Arbeitsplatz haben als diejenigen der Bundesagentur für Arbeit. Das Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation ist in der Rentenversicherung breit angelegt und geht weit z. B. über Umschulungen hinaus.

Die Leistungen der beruflichen Rehabilitation beinhalten unter anderem

- Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Berufsvorbereitungsmaßnahmen,
- individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung,
- berufliche Bildung (Qualifizierungsmaßnahmen),
- Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss),
- Leistungen an Arbeitgeber,

- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich),
- sowie Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines persönlichen Budgets.

2.5.3 Statistikdaten

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Rentenversicherung lässt sich mit einigen Daten aus der Leistungsstatistik der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Deutschen Rentenversicherung Bund für das Jahr 2010 veranschaulichen. Die Daten beziehen sich auf den Landkreis Reutlingen:

Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Berichtsjahr 2010													
Verteilung nach Diagnosegruppen													
Kreis Reutlingen	Abgeschlossene stat. Leistungen zur med. Rehabilitation nach § 15 SGB VI				Abgeschlossene ambulante Leistung zur med. Reha				Abgeschlossene LTA				
	Kreis		Baden-Württemberg gesamt		Kreis		Baden-Württemberg gesamt		Kreis		Baden-Württemberg gesamt		
	Anzahl	Quote	Anzahl	Quote	Anzahl	Quote	Anzahl	Quote	Anzahl	Quote	Anzahl	Quote	
Bundesland Baden Württemberg													
Psychische und Verhaltensstörungen	535	17,7%	22609	20,4%	8	2,2%	826	6,2%	64	14,3%	3020	16,3%	
davon Sucht	94	3,1%	5.232	4,7%	7	2,0%	395	3,0%	5	1,1%	170	0,9%	
Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg (Wohnsitz in Baden Württemberg)													
Psychische und Verhaltensstörungen	279	18,5%	11.678	21,3%	5	2,3%	389	5,0%	33	12,3%	1.573	15,9%	
davon Sucht	66	4,4%	3.743	6,8%	4	1,8%	180	2,3%	1	0,4%	50	0,5%	

Aus dieser Tabelle ergibt sich: (die Zahlen beinhalten auch die psychosomatische Versorgung)

- Abgeschlossene stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen:
 - 17 377 Fälle (ohne Sucht) in Baden-Württemberg
 - 441 Fälle (ohne Sucht) aus dem LK Reutlingen, davon 213 in Kostenträgerschaft der DRV Land
- Abgeschlossene ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:
 - 431 Fälle (ohne Sucht) in Baden-Württemberg
 - 1 Fall (ohne Sucht) aus dem LK Reutlingen (DRV Land)

- Abgeschlossene berufliche Rehabilitation
 - 2850 Fälle (ohne Sucht) in Baden-Württemberg
 - 59 Fälle (ohne Sucht) aus dem LK Reutlingen, davon 32 Fälle in Kostenträgerschaft der DRV Land

2.5.4 Maßnahmeorte

Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen werden in **überbetrieblichen Bildungseinrichtungen** (z. B. private Bildungsträger, Fachschulen) oder in **Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation** (Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerke oder vergleichbare Einrichtungen) durchgeführt, soweit Art und Schwere der Behinderung die besonderen begleiteten Hilfen dieser Einrichtung erforderlich machen. Bezogen auf die Hilfen für chronisch psychisch Erkrankte im Landkreis Reutlingen sind hier die entsprechenden Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nicht vorhanden. Diese Leistungen können nur außerhalb des Landkreises Reutlingen erbracht werden. Dies verlangt eine hohe Flexibilität und Mobilität des Einzelnen.

Sofern Leistungen in anerkannten **Werkstätten für Behinderte** im Rahmen des Eingangsverfahrens oder des Berufsbildungsbereiches notwendig sind, sind diese im ausreichenden Maße im Landkreis Reutlingen vorhanden. Das gilt auch für das Angebot der individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung.

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und behinderte Menschen (RPK) bieten ein umfassendes Reha-Angebot an. Es werden dort nicht nur Leistungen der medizinischen Reha, sondern auch Leistungen der beruflichen Rehabilitation ineinandergreifend angeboten. Die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger und die strukturellen Anforderungen der Einrichtungen sind in der RPK-Empfehlungsvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation festgelegt. Nur sofern es hier um eine nach den RPK-Richtlinien anerkannte Einrichtung handelt, kann eine Belegung durch die Rentenversicherung erfolgen. Anerkannte RPK-Einrichtungen sind nur außerhalb des Landkreises Reutlingen vorhanden, die nächstgelegene befindet sich in Stuttgart (Rudolph-Sophien-Stift).

Betriebe und Unternehmen spielen für die berufliche Rehabilitation in vieler Hinsicht eine entscheidende Rolle. Eine enge Verzahnung zwischen der Rehabilitation und einem konkreten Arbeitsplatz erscheint als notwendiges Prinzip.

2.6 Integrationsfachdienst

Der Integrationsfachdienst (IFD) arbeitet auf der Grundlage der §§ 109 ff. SGB IX. Träger des IFD in der Region Neckar-Alb ist der Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. Er arbeitet im Auftrag des Integrationsamtes des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS), der Träger der Arbeitsvermittlung und der Rehabilitationsträger und berät und unterstützt (schwer)behinderte Menschen (in der Regel mit Ausweis und mindestens 50 % GdB oder Gleichstellung; über Einzelfallbeauftragung durch Reha-Träger sind auch Ausnahmen möglich), die im Arbeitsleben stehen oder auf der Suche nach einem passenden Ausbildungs- oder Arbeitsplatz sind sowie Arbeitgeber, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen oder beschäftigen wollen mit dem Ziel, Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen und zu erhalten.

Bei behinderungsbedingten Problemen mit der Arbeitsleistung oder -motivation, krankheitsbedingten Fehlzeiten oder Kommunikationsproblemen sucht der IFD gemeinsam mit dem schwerbehinderten Arbeitnehmer und allen Beteiligten nach Ursachen und Lösungsmöglichkeiten. Ein besonderer Fokus der Arbeit des IFD liegt dabei auf der Unterstützung von Beschäftigten von Werkstätten für behinderte Menschen und von Schülerinnen und Schülern der Schulen für geistig behinderte Menschen auf ihrem Weg zu einem Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Der IFD sucht auf dieser Basis geeignete Praktikumsplätze zur Erprobung und zur Übernahme in ein Arbeitsverhältnis.

Der Integrationsfachdienst berät Arbeitgeber zu allen Fragen der Beschäftigung und Neueinstellung von (schwer)behinderten Menschen. Er informiert über die individuellen Auswirkungen unterschiedlicher Behinderungen, beispielsweise im Verhalten, Kommunikation, Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Für den Arbeitgeber klärt der IFD die möglichen Förderleistungen und unterstützt bei der Beantragung dieser Leistungen.

In Bietergemeinschaft mit der BruderhausDiakonie und dem Freundeskreis Mensch führt der IFD die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen des § 38 a SGB IX (unterstützte Beschäftigung) im Auftrag der Agentur für Arbeit durch (siehe 3.1.2.)

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 208 Personen vom IFD betreut. Davon waren 56 Personen (27%) wesentlich seelisch behindert. In 2011 wurden 140 Personen vom IFD betreut. Davon waren 42 Personen (30%) wesentlich seelisch behindert.

Aufgeschlüsselt nach Kostenträger ergibt sich folgendes Bild:

Auftraggeber	2010	davon seelisch beh.	2011	davon seelisch beh.
Integrationsamt (Sicherheit)	89	39	84	34
Integrationsamt (WfbM & Schüler)	28	10	25	4
Agentur für Arbeit (§ 46)	26	1	7	0
Agentur für Arbeit (§ 38 a)	5	0	10	2
Job Center (§ 46)	52	6	13	2
Agentur für Arbeit (Reha)	6	0	0	0
Berufsgenossenschaft	2	0	1	0
Gesamt	208	56	140	42

2.7 Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfe)

Seit Januar 2005 ist der Landkreis Reutlingen als Sozialhilfeträger auch für Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach §§ 53 ff. SGB XII zuständig. Die bis 2004 beim damaligen Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern liegende Zuständigkeit wurde zum 01.01.2005 auf die Stadt- und Landkreise übertragen.

Im Landkreis Reutlingen wird diese Tätigkeit von zwei Sozialämtern übernommen. Als Besonderheit in Baden-Württemberg ist die Zuständigkeit für Menschen, die im Stadtgebiet Reutlingen leben per Delegation von der Landkreisverwaltung auf die kreisangehörige Großstadt Reutlingen übertragen.

Die Stadt Reutlingen ist zwar personell und organisatorisch unabhängig vom Landkreis für die Bearbeitung im Einzelfall zuständig, aber bei allen übergeordneten Themen, sozialplanerischen Maßnahmen und Verfahrensfragen gibt es eine einheitliche Abstimmung mit dem Landkreis.

Für die Beratung für Menschen mit einer seelischen Behinderung gilt im Bereich Arbeit und Beschäftigung, aber auch in den sonstigen leistungsrechtlichen Fragen, dass der Sozialleistungsträger gemäß § 14 SGB I verpflichtet ist, umfassend über die Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit den von ihm zu erbringenden Leistungen zu beraten. Dabei hat jeder einen Rechtsanspruch auf Beratung, unabhängig davon, ob er leistungsberechtigt ist oder nicht oder ob eine Antragstellung erfolgt oder nicht. Erfolgt eine Antragstellung, hat der Mitarbeiter des Sozialamtes gemäß § 11 SGB XII die Beratung und, soweit erforderlich, Unterstützung so

durchzuführen, dass die Ziele der beantragten Sozialleistung (Überwindung der Notlage, Aktivierung und Stärkung der Selbsthilfekräfte, Akquise vorrangiger Leistungen etc.) erreichbar sind. Dabei ist auf die Beratung und Unterstützung Dritter, wie z. B. von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, von Angehörigen der rechtsberatenden Berufe und von sonstigen, auch vorrangig zuständigen Stellen zunächst hinzuweisen. Seit 2011 hält das Kreissozialamt eine eigene trägerunabhängige Beratung vor. Wird im Rahmen der Beratung oder Antragstellung ein Anspruch auf eine Sozialhilfeleistung festgestellt, erstellt der Sozialhilfeträger gemäß § 58 SGB XII so frühzeitig wie möglich unter Einbeziehung des Antragstellers und den sonst im Einzelfall Beteiligten einen Gesamtplan zur Durchführung der Sozialleistungen.

Diese Beratungsfunktion erfüllen die Sozialämter von Stadt und Landkreis für den Personenkreis seelisch behinderter Menschen in enger Zusammenarbeit mit den anderen Partnern im Gemeindepsychiatrischen Verbund, dem Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) als überörtlichem Sozialhilfeträger, oder anderen Leistungsanbietern. Dabei wird stets die Nachrangigkeit der Sozialhilfe berücksichtigt.

Beim Thema Arbeit geht es für den Sozialhilfeträger immer auch darum, Menschen mit einer seelischen Behinderung den Beibehalt ihrer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu sichern, bzw. diese zu erlangen oder wiederzuerlangen. Auf diesem Hintergrund ist auch das unter 3.1.3 beschriebene Lohnkostenzuschussprojekt mit dem KVJS und der Agentur für Arbeit entstanden, das dem Landkreis Reutlingen, trotz der etwas stockenden Nutzung, weiterhin ein wichtiges Instrument zur Reintegration in den 1. Arbeitsmarkt ist.

Darüber hinaus sind die Sachbearbeiter der Sozialämter auch als Mitglieder der Werkstatt-Fachausschüsse aktiv am Entscheidungs- und Planungsprozess für die Beschäftigung in den WfbM beteiligt.

2.8 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst kümmert sich als ambulanter Dienste im Rahmen von Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention vor allem um diejenigen Menschen mit psychischen Erkrankungen, die von sich aus den Kontakt zur notwendigen psychiatrischen Behandlung und Betreuung nicht oder nicht regelmäßig halten können. Dazu bietet er Betroffenen und Angehörigen oder anderen Bezugspersonen die entsprechende Beratung an.

Im Rahmen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung werden vorwiegend Menschen betreut, die aufgrund der Dauer und/oder Schwere ihrer Erkrankung durch vorhandene Hilfeangebote

nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Das niedrigschwellige Hilfeangebot leistet im Wesentlichen aufsuchende bzw. nachgehende Hilfen mit dem Ziel, Krisen bzw. Eskalationen vorzubeugen und insbesondere auch das Notwendigwerden von Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Eine Vermittlung in weitergehende passgenaue Hilfen wird im Rahmen der individuellen Hilfeplanung angestrebt. Bei einzelnen Klienten sind auch längerfristige Betreuungskontakte erforderlich, weil die erreichten Schritte durch einen Maßnahme- bzw. Betreuerwechsel gefährdet würden. Seit Halbierung der Landesfördermittel im Jahr 2002 hat der Anteil aufsuchend nachgehender Hilfen allerdings drastisch abgenommen. Bei immer noch sehr hohen Fallzahlen, können die Klienten nicht in ausreichendem Maße begleitet werden. Etliche fallen - darauf ist in den vergangenen Jahren mehrfach hingewiesen worden - durch die Maschen des Versorgungsnetzes und bleiben unversorgt mit allen damit einhergehenden Gefahren und Risiken (z. B. Wohnungslosigkeit).

Der Sozialpsychiatrische Dienst im Landkreis Reutlingen ist entsprechend den Vorgaben der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für seine Förderfähigkeit mit 5,5 Stellen (entsprechend 5,5 Leistungskontingenten) ausgestattet: 1,8 Stellen sind dem Sektor Oberes Ermstal/Alb und 3,7 Stellen dem Sektor Reutlingen/Umland zugeordnet. Insgesamt wurden durch die Mitarbeitenden 525 Personen im Jahr 2010 bzw. 523 Personen im Jahr 2011 betreut, davon 407 (2010) bzw. 399 (2011) im Rahmen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung. Zur genaueren Information sei auf die entsprechenden Jahresberichte des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie die entsprechende Berichterstattung im Steuerungsgremium des GPV verwiesen.

Das Thema Arbeit/Beschäftigung zieht sich durch alle Tätigkeitsfelder des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

- Im Rahmen seiner Beratungstätigkeit ist der Dienst häufig mit Fragen zur Grundsicherung konfrontiert, aber auch mit der Fragestellung, wie ein Arbeitsplatz für Betroffene erhalten oder (wieder-)gewonnen werden kann. Hierfür ist Know-how über die unterschiedlichen rehabilitativen Möglichkeiten sowie die Kenntnis zum Umgang mit eigenen Krankheitserfahrungen mit dem Ziel einer gesundheitlichen Stabilisierung erforderlich.
- In diesen Fällen wird neben der engen Abstimmung mit dem behandelnden Facharzt auch mit dem Integrationsfachdienst, dem Reha-Berater im Job-Center, der Arbeitsagentur, dem Rentenversicherungsträger und/oder der Krankenkasse eng kooperiert. Insbesondere hat sich die Zusammenarbeit mit Job-Center, Arbeitsagentur und Rentenversicherungsträger nach gemeinsamer Vereinbarung zur besseren gegenseitigen Erreichbarkeit und effektiven Zusammenarbeit im Sinne aller Beteiligten deutlich verbessert. Nach verschiedenen problematischen Einzelerfahrungen in der Vergangen-

heit wurde im Jahr 2012 dazu eine schriftliche Vereinbarung auf Initiative der Trägergemeinschaft des GPV geschlossen.

- Mitunter geht es auch darum, nach einer längeren Krankheitszeit mit beruflichen Abbrüchen oder Pausen neu über eine sinnvolle Beschäftigungsform nachzudenken. In der Beratung der Betroffenen geht es hier vor allem darum, sich über vorhandene Rehabilitationsangebote zu informieren und die Klienten ggf. dorthin zu begleiten.
- Für manche Klienten wird im Zuge ihrer Erkrankung deutlich, dass eine Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz ihre gesundheitliche Stabilisierung gefährden würde. Bei diesen geht es evtl. auch um die Frage einer Umschulung und deren Finanzierung.
- Insbesondere bei jungen psychisch erkrankten Menschen steht häufig die Frage nach einer Berufsausbildung bzw. nach einem Schulabschluss im Raum. Hier ist eine enge Kooperation mit den entsprechenden Schulen (z. B. Abendrealschule) erforderlich, um die nötigen Unterstützungsleistungen im Alltag installieren zu können. Bei möglichen Ausbildungen werden - da Regelausbildungen in klassischen Betrieben die Betroffenen oft überfordern - die bestehenden Angebote des Ausbildungsverbundes der BruderschaftDiakonie bzw. der Berufsbildungswerke geprüft.

Leider ist es aufgrund der genannten personellen Engpässe häufig nicht möglich, die Klienten im erforderlichen Umfang zu Beratungsterminen außerhalb des Dienstes zu begleiten. Auch sind die Mitarbeitenden nicht immer zeitnah über neue Entwicklungen und Unterstützungsangebote auf dem Arbeitsmarkt in ausreichendem Maße informiert (Beispiel UB oder DIA-AM). Hier wäre eine „Börse“ mit entsprechender Beschreibung von jeweils aktuellen Maßnahmen für die Beratung von Klienten hilfreich.

3 Maßnahmen

3.1 Allgemeiner Arbeitsmarkt

3.1.1 Maßnahmen von Arbeitsagentur und Job-Center

Wie schon beschrieben werden Arbeitserprobungen und Berufsfindungen sowie Reha-Vorbereitungslehrgänge i. d. R. in besonderen Reha-Einrichtungen durchgeführt. Umschulungen und Qualifizierungen können, wenn es zur Erreichung des Reha-Zieles erforderlich ist, ebenfalls in einer solchen Einrichtung durchgeführt werden. Umschulungen und Qualifizierungen können aber auch, bei entsprechender gesundheitlicher Stabilität, vor Ort als allgemeine Bildungsmaßnahmen bei einem Weiterbildungsträger oder in einem Betrieb durchgeführt werden. Die betreute betriebliche Umschulung (bbU) ist eine Möglichkeit, die auch Menschen mit einer psychischen Behinderung offensteht. Bei jungen Erwachsenen wäre hier analog die Verbundausbildung (vgl. Punkt 3.1.4.) zu nennen.

Liegt der Fokus auf beruflicher Integration unter Verwertung des Vorwissens, entscheidet ebenfalls der erforderliche Hilfebedarf über die auszuwählende Maßnahme. Vor Ort war dies 2011 für 7 Teilnehmer/-innen aus dem Landkreis Reutlingen über die Berufliche Reintegrationsmaßnahme BeRePK möglich. Bei höherem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf kann im Beruflichen Trainingszentrum Wiesloch (BTZ) im internatsmäßigen Rahmen mit Praktika am Wohnort geschult werden. Für bestimmte Bildungsangebote kann die Außenstelle des BTZ in Stuttgart gebucht werden.

Wenn der 1. Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht möglich ist, stehen Plätze in den Werkstätten für behinderte Menschen zur Verfügung. Die Leistungsfähigkeit für eine Aufnahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM sollte bei mindestens vier Stunden täglich liegen. Ziel ist eine Vollzeitbeschäftigung.

Wenn kein entsprechendes Förderinstrument zur Verfügung steht, kann die Möglichkeit eines Persönlichen Budgets geprüft werden. 2011 wurde einem psychisch Behinderten im Rahmen des Persönlichen Budgets ein Berufsabschluss ermöglicht.

3.1.2 Unterstützte Beschäftigung

Die Unterstützte Beschäftigung nach § 38 a SGB IX können behinderte Menschen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf erhalten, um dadurch eine angemessene und geeignete sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu erreichen oder zu erhalten. Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung (§ 38 a Abs. 2 SGB IX) werden vom zuständigen Rehabilitationsträger erbracht. Diese beinhalten die gezielte Vorbereitung, Einarbeitung und Qualifizierung an einem betrieblichen Arbeitsplatz sowie die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen.

Eine Bietergemeinschaft, bestehend aus BruderhausDiakonie, Freundeskreis Mensch und Integrationsfachdienst Neckar-Alb, führt seit 02.06.2009 die Maßnahmen der individuellen betrieblichen Qualifizierung im Auftrag der Agentur für Arbeit durch. Die Maßnahmen haben ein Volumen von insgesamt 480 Teilnehmermonaten. Sie gliedert sich in eine achtwöchige Einstiegsphase zur gezielten Vorbereitung auf die Qualifizierungsphase. Diese wird im Anschluss an die Einstiegsphase an einem betrieblichen Arbeitsplatz durchgeführt. Zum Ende der Maßnahme werden in der Stabilisierungsphase die gelernten Fähigkeiten umgesetzt und die Übernahme in ein Arbeitsverhältnis vorbereitet.

Aus dem Landkreis Reutlingen haben seit Bestehen der Maßnahme insgesamt 14 Personen daran teilgenommen. Davon sind zwei Personen wesentlich seelisch behindert. Drei Personen aus dem Landkreis Reutlingen wurden erfolgreich in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt. Vier Personen aus dem Landkreis Reutlingen mussten nach dem Ende der Orientierungsphase aus der Maßnahme ausscheiden, da kein Qualifizierungsarbeitsplatz gefunden werden konnte.

Leistungen zur Berufsbegleitung (§ 38 a Abs. 3 SGB IX) werden vom IFD im Auftrag des Integrationsamtes bei Vorliegen der Voraussetzungen (Schwerbehinderteneigenschaft oder Gleichstellung) oder vom Rehabilitationsträger erbracht. Diese beinhalten alle geeigneten Unterstützungsleistungen zur Stabilisierung und Krisenintervention nach der Erlangung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses.

3.1.3 Lohnkostenzuschussprojekt des Landkreises Reutlingen

Der Landkreis Reutlingen hat mit dem Integrationsamt des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) am 01.07.2009 eine Verwaltungsvereinbarung geschlossen. Ziel der Vereinbarung ist es, das Förderprogramm Aktion Arbeit für schwerbehinderte Menschen des KVJS zu ergänzen. Dadurch soll Abgängern aus Förderschulen und Schulen für geistig behinderte Menschen und Übergängern aus Werkstätten für behinderte Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch gezielter ermöglicht und bestehende Arbeitsverhältnisse erhalten werden, um Aufnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen zu vermeiden bzw. eine attraktive Alternative am 1. Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Hierzu können im Einzelfall vorrangige Leistungen der Arbeitsagentur (Eingliederungszuschüsse für besonders betroffene Schwerbehinderte) und des KVJS- Integrationsamtes (Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe zur Abgeltung der besonderen Aufwendungen, Belastungen und Risiken die dem Arbeitgeber im Zusammenhang mit der Beschäftigung wesentlich behinderter Menschen entstehen) aufgestockt werden. Im Rahmen der Aktion Arbeit für schwerbehinderte Menschen konnten im Zeitraum von 2005 bis 2011 insgesamt 26 Personen aus dem Landkreis in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vermittelt werden. Davon waren drei Personen wesentlich seelisch behindert. Für diese drei Personen sind jedoch keine ergänzenden Lohnkostenzuschüsse notwendig.

Anhand der bisherigen Ergebnisse wird deutlich, dass sich die Teilhabe am Arbeitsleben für chronisch seelisch behinderte Menschen sehr viel schwieriger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen lässt. Dies hängt damit zusammen, dass zentrale Anforderungen von Arbeitgebern, wie konstante, kalkulierbare Leistungsfähigkeit, Kommunikations- und Teamfähigkeit von wesentlich seelisch behinderten Menschen nicht immer geleistet werden können. Immer wieder

kommt hinzu, dass Arbeitgeber mit der Beschäftigung von (zum Teil auch langjährig bereits im Betrieb beschäftigten) wesentlich seelisch behinderten Menschen schlechte Erfahrungen gemacht haben und deshalb nicht bereit sind, sich erneut mit diesem Personenkreis zu beschäftigen. Damit ist die Hürde bei der Akquise von Arbeitsplätzen deutlich höher als dies bei anderen Behinderungsarten der Fall ist.

Die Trägergemeinschaft des GPV hat 2011 in einer schriftlichen Stellungnahme Anregungen formuliert, die das Projekt aus ihrer Sicht effektiver gestalten könnten. Wesentliche Punkte darin waren u. a.:

- Arbeitgeberwerbung: Beratung von Arbeitgebern bei der Ausgestaltung von entsprechenden Arbeitsplätzen unter dem Stichwort „Nutzen für den Arbeitgeber“
- eine intensivere Begleitung von Klient und Arbeitgeber während der betrieblichen Arbeit ist oft entscheidend für die Bereitschaft der Arbeitgeber und den Erfolg von Maßnahmen.
- Längerfristige „Arbeitnehmerüberlassung“ aus Integrationsfirma: der Arbeitgeber muss den Klienten nicht sofort übernehmen
- Nachbetreuung auch nach Übernahme durch den Arbeitgeber

3.1.4 Verbundausbildung für psychisch kranke Menschen

Dabei werden Klienten auf reguläre betriebliche Ausbildungsstellen vermittelt. Dieser Betrieb und natürlich die betroffenen Personen werden dabei fachlich intensiv begleitet und beraten. Vorgeschaltet werden kann eine bis zu 6-monatige Erprobungs- und Feststellungsphase mit betrieblichen Praktika. In den Jahren 2010 und 2011 befanden sich 17 bzw. 22 Klienten in dieser Ausbildungsform (jeweils verteilt auf die gesamte Lehrzeit von 3,5 Jahren). Die Vermittlungsrate der Absolventen in ein anschließendes Arbeitsverhältnis ist relativ hoch (ca. 95 %), die Abbrecherrate während der Maßnahme liegt bei ca. 15 %. Ausbildungsträger ist gegenwärtig der Ausbildungsverbund der BruderhausDiakonie.

3.2 Integrationsfirmen und -betriebe

Integrationsfirmen sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen (§ 132 SGB IX) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung schwerbehinderter Menschen (mit Schwerbehindertenausweis), deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt auf besondere Schwierigkeiten stößt. Die Integrationsfirmen beschäftigen mindestens 25 % schwerbehinderte Menschen der Zielgruppe. Ihr Anteil an allen beschäftigten Mitarbeitern soll aber 50 % nicht übersteigen.

Die Integrationsfirmen haben folgende Aufgaben:

- Sie bieten den schwerbehinderten Menschen Beschäftigung und arbeitsbegleitende Betreuung an, soweit erforderlich auch Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung oder Gelegenheit zur Teilnahme an entsprechenden außerbetrieblichen Maßnahmen.
- Sie fördern die berufliche Zusammenarbeit von Menschen mit und ohne Behinderung
- Sie unterstützen die schwerbehinderten Mitarbeiter bei der Vermittlung in eine Beschäftigung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Integrationsunternehmen werden von ihren Betreibern in eigener unternehmerischer Verantwortung geführt und erhalten Nachteilsausgleiche aus der Ausgleichsabgabe für den besonderen Aufwand, der mit der Beschäftigung eines hohen Anteils an Menschen mit Behinderung verbunden ist.

3.2.1 INTEGO gGmbH

Die BruderhausDiakonie betreibt in Reutlingen als Tochterunternehmen die INTEGO gGmbH seit 2002. Schwerpunkt war zunächst der Betrieb des Lebensmittelmarktes „Frischemarkt“ im Reutlinger Stadtteil Orschel-Hagen. Die INTEGO beschäftigte 2010 35 und 2011 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in verschiedenen Branchen. Jeweils 40 % davon waren schwerbehinderte Menschen: 2010 waren dies 14 und 2011 12 Personen. Das Angebot gilt natürlich für alle Behinderungsarten, der Anteil psychisch kranker Menschen lag bei jeweils 4 Personen.

Ein großer Teil der Beschäftigten arbeitet nach wie vor im Lebensmittelhandel. Darüber hinaus betreibt INTEGO unter anderem einen Hausmeisterservice, übernimmt als Dienstleister die Reklamations-Hotline des Stuttgarter Kosmos-Verlags und arbeitet als Montage- und Versanddienstleister für die Werkstätten der BruderhausDiakonie.

Die Beschäftigten erhalten einen branchenüblichen Lohn, der über die Tätigkeiten der INTEGO erwirtschaftet werden muss. Wie bei jedem anderen Betrieb auch können Nachteilsausgleiche für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen aus der Ausgleichsabgabe beantragt werden. Sonderförderungen speziell für Integrationsbetriebe gibt es nicht mehr. Dies weist auch schon auf eine wesentliche Problematik der Integrationsfirmen hin: An lukrative Aufträge zu kommen, die die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen refinanzieren, stellt sich als wirtschaftlich schwierig dar, benötigte „Nischen“ werden seltener bzw. sind einer immer größer werdenden Konkurrenz ausgesetzt.

INTEGO bietet neben festen Arbeitsplätzen auch Praktikumsplätze an für Werkstattbeschäftigte, die erproben wollen, ob sie den Anforderungen auf dem 1. Arbeitsmarkt gewachsen sind.

3.2.2 INTEG GmbH

Die Samariterstiftung betreibt gemeinsam mit der Neuen Arbeit Zollern-Achalm e. V. die Integrationsfirma INTEG. Die INTEG GmbH ist ein Integrationsunternehmen in Form eines juristisch selbstständigen Betriebes des allgemeinen Arbeitsmarktes. Ihre Wurzeln innerhalb der integrativen Beschäftigung liegen in den Bereichen Handwerk und Dienstleistungen. Im KVJS Baden-Württemberg wurde die INTEG bereits mehrmals in verbandseigenen Publikationen als ein „gefördertes Projekt der ersten Stunde“ dargestellt und positiv erwähnt.

Im Sinne des § 132 SGB IX verfolgt die INTEG das Ziel, einen großen Anteil ihrer Arbeitsplätze (25 – 50 %) Menschen mit Behinderungen, mit dem Ziel einer dauerhaft Beschäftigung, anzubieten. In diesem Feld hat sich die INTEG auch als zuverlässiger Partner der Agenturen für Arbeit bewährt. Obwohl es vergleichbare Integrationsbetriebe zwischenzeitlich schwer haben, auch ohne zusätzliche Fördermittel auf einer soliden Basis zu stehen, ist die INTEG seit Jahren wirtschaftlich gefestigt. Sie erhält aus Mitteln der Ausgleichsabgabe Nachteilsausgleiche für den besonderen Aufwand der Beschäftigung von Menschen mit behinderungsbedingten Beeinträchtigungen. Mittlerweile hat die INTEG ihr Angebot diversifiziert und dezentralisiert.

Neben den ursprünglichen Eigenbetrieben im Bereich Handwerk und Dienstleistung hat sich die INTEG über das klassische Profil eines Integrationsbetriebes hinaus der Zielstellung einer Verbesserung der Übergänge aus den Beschäftigungsfeldern von Werkstätten für behinderte Menschen auf den 1. Arbeitsmarkt zugewandt.

Bei der INTEG GmbH sind mittlerweile an 6 Standorten in Württemberg Menschen mit und ohne behinderungsbedingte Beeinträchtigungen tätig.

Am Standort Münsingen ist die INTEG seit Jahren in einer engen Kooperation mit der Werkstatt an der Schanz tätig. Ausgangspunkt der Zusammenarbeit war das Ziel, für die Beschäftigten der stark von Montagearbeiten und der Landwirtschaft geprägten Werkstatt an der Schanz industriennahe Arbeitsmöglichkeiten in einer eigenen Arbeitsgruppe anzubieten. Zum einen, um die Teilhabemöglichkeiten innerhalb der Werkstatt zu verbreitern, zum andern um Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern. Diese „Metall und Montage“ genannte Arbeitsgruppe wurde in einem Produktionsgebäude untergebracht, das zwei weitere Industriebetriebe beherbergt. Mitarbeitende der INTEG sind dabei nach wie vor unterstützend notwendig, um die Industrieaufträge sowohl in Bezug auf die Qualität als auch auf die Quantität und Liefertreue bearbeiten zu können.

Dies zeigte sich etwa auch bei der Einrichtung einer Außenarbeitsgruppe in einem Metall verarbeitenden Betrieb in St. Johann im Jahr 2010. Diese Arbeitsgruppe besteht aus drei WfbM-Beschäftigten und einer INTEG-Mitarbeiterin. Gerade diese Verzahnung war dem Betrieb wichtig, um eigene Auftragsspitzen besser abfangen zu können.

3.3 Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Menschen mit psychischer Erkrankung sind immer zunächst auf den allgemeinen Arbeitsmarkt orientiert. Wenn sie dort keinen Einstieg bzw. keine Rückkehrmöglichkeit finden, ist die Werkstatt für Menschen mit Behinderung die wichtigste Beschäftigungsmöglichkeit.

3.3.1 Gesetzliche Grundlagen

Menschen mit Behinderungen können allgemeine sowie besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Dem Grundsatz nach sind besondere Leistungen - und dazu zählt die Förderung in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) - wenn zum einen allgemeine Leistungen nicht ausreichen und zum anderen gem. § 102 SGB III "Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder einer auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich machen".

Vor Aufnahme in eine WfbM sind vorrangige Leistungen der Reha-Träger zu prüfen. Dies sind insbesondere die Leistungen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 - 4 und Nr. 6 SGB IX:

- Hilfen zur Erhaltung oder (Wieder-)Erlangung eines Arbeitsplatzes auf dem 1. Arbeitsmarkt
- Berufsvorbereitende Maßnahmen
- Betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützer Beschäftigung
- Berufliche Anpassung, Weiter- oder Ausbildung

Nach § 136 SGB IX stellt die WfbM eine Möglichkeit zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben dar. Sie hat denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung und dem Arbeitsergebnis angemessenen Arbeitsentgelt anzubieten und zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Sie fördert den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen. Die Werkstatt steht allen Menschen mit Behinderungen offen,

sofern erwartet werden kann, dass sie spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen werden.

Näheres zur Umsetzung regelt die sog. Werkstättenverordnung zum SGB IX. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden sowohl im Berufsbildungsbereich als auch im Arbeitsbereich erbracht und haben als Bezugsmaßstab den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Werkstatt hat deshalb die erforderlichen konzeptionellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung von Maßnahmen der Übergangsförderung zu gewährleisten und diese entsprechend der Eignung, Neigung und Fähigkeiten des Einzelnen umzusetzen.

Der Zugang zur Werkstatt erfolgt durch eine Empfehlung des Fachausschusses (Gremium aus Leistungsträgern und Werkstattträgern) und Zustimmung durch den zuständigen Leistungsträger. Die Beschäftigung in einer Werkstatt gliedert sich nach § 40 SGB IX in

- ein Eingangsverfahren (bis 3 Monate, Leistungsträger Arbeitsagentur),
- einen Berufsbildungsbereich (bis max. 2 Jahre, Leistungsträger Arbeitsagentur) und
- einen Arbeitsbereich (unbefristet, Leistungsträger Sozialhilfe)

3.3.2 WfbM und psychisch kranke Menschen

3.3.2.1 Konzeptioneller Anspruch

Die Werkstatt für psychisch kranke Menschen versteht sich grundsätzlich als Zwischenschritt auf dem Weg der beruflichen Rehabilitation. Für Menschen mit geistiger Behinderung bietet der Arbeitsplatz in der WfbM in der Regel eine Dauerbeschäftigung, die entsprechenden Arbeits- und Förderstrukturen sind darauf ausgerichtet. Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist es von besonderer Bedeutung, dass die Werkstatt (zumal im Eingangs- und Berufsbildungsbereich) nicht nur objektiv zeitlich begrenzt ist, sondern auch tatsächlich als Übergangsmaßnahme erlebt werden kann, rehabilitativen Charakter hat und der Klärung von perspektivischen Fragen dient und vorbereitet auf weitere praktische Schritte.

Die Werkstatt muss der Entwicklung einer realistisch-positiven Arbeitsperspektive dienen – das ist oberster Grundsatz. Die einzelnen Bereiche der WfbM sollen nach Möglichkeit „Normalitätscharakter“ (Betriebscharakter) besitzen, und zwar bezogen auf

- o die Bezeichnung der Einrichtung,
- o die Arbeitsangebote und
- o die sichtbare Gestaltung und Außenwirkung als „Betrieb“

Es hat jahrelang bundesweit Auseinandersetzungen gegeben zunächst darüber,

- ob Menschen mit psychischer Erkrankung überhaupt in Werkstätten aufgenommen werden sollten und dann darüber,
- ob man verlangen kann, dass es dafür eigene Bereiche oder gar eigene Werkstätten gibt.

Zwischenzeitlich ist es allgemein anerkannt, dass für eine angemessene Förderung eigene Werkstattbereiche notwendig sind. Dafür gibt es im Wesentlichen zwei Gründe:

- Akzeptanz ist der eine Grund: Werkstätten werden von vielen Menschen mit psychischer Erkrankung nur akzeptiert, wenn es eigene Werkstattbereiche gibt, in denen sie sich mit ihren Bedürfnissen wiederfinden.
- Störungsbildspezifische Förderung ist der noch wichtigere Grund: Bestimmte Merkmale psychischer Behinderungen unterscheiden sich von denen aller anderen Behinderungsarten gravierend. Eine angemessene Förderung stellt andere Anforderungen an Organisation, Arbeitsangebot, Personal etc.

3.3.2.2 Stigmatisierung durch Werkstattaufnahme?

Entsprechend der erfahrenen oder auch nur gewünschten beruflichen Biografie haben viele Personen mit einer psychischen Erkrankung große Mühe mit der Vorstellung, in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung zu arbeiten. Der wichtigste Grund ist, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung sich selbst nicht als behindert sehen und erleben. Die Einstufung als „behindert“ wird sehr oft zunächst einmal als Abstufung, als Abstieg, als Diskriminierung, als Kränkung erlebt. Die Feststellung der Werkstattfähigkeit setzt ja auch die Feststellung der Arbeitsverwaltung voraus, dass jemand dem allgemeinen Arbeitsmarkt derzeit nicht zur Verfügung steht. Die psychische Erkrankung, die subjektiv als vorübergehend erlebt und gewünscht wird, bekommt dadurch den Stempel der Dauerhaftigkeit. Das zeigt sich oft auch in massiven Widerständen gegen einen Schwerbehindertenausweis, teilweise auch überhaupt gegen die Inanspruchnahme von „Eingliederungshilfe für Behinderte“ und eben auch in Vorbehalten gegen die Institution WfbM. Es ist von großer Bedeutung, dies zunächst einmal als gesunde und positive Reaktion in dem Sinn zu würdigen, dass darin die Orientierung an der gesellschaftlichen Normalität und der Wunsch nach Zugehörigkeit zu derselben zum Ausdruck kommen.

Vorbehalte ergeben sich im Übrigen vielfach aus dem Erscheinungsbild von Werkstätten: Die Vielzahl von sichtlich und teilweise auch schwerbehinderten Menschen auf der einen Seite und das Arbeitsangebot auf der anderen Seite tragen vielfach dazu bei, dass die Werkstatt erst mal als abschreckend erlebt wird.

3.3.2.3 Warum spezielle Werkstätten für psychisch kranke Menschen?

So wichtig die speziellen Werkstätten oder Werkstattbereiche sind - es geht nicht darum, die Menschen schematisch-zwanghaft nach Diagnosen zu sortieren. Es gibt unter den Menschen

mit psychischer Erkrankung auch Personen, für die es subjektiv kein Problem ist, in einer Werkstatt mit Menschen mit geistiger Behinderung zu arbeiten. Vielleicht ziehen sie die nahe Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung der weiter entfernten Psychiatrie-Werkstatt vor. Vielleicht ist ihnen ein bestimmter Arbeitsplatz oder eine bestimmte Branche, in der sie dadurch tätig sein können, so wichtig, dass sie die sonstigen Bedingungen akzeptieren oder jedenfalls ertragen können.

Von Bedeutung ist aber, dass sensibel beobachtet wird, welchen Charakter diese Anpassung hat: Ist es eine „erwachsene Abwägung“ von Vor- und Nachteilen oder ist es bloße Resignation? Das bedeutet: Es ist von großer Wichtigkeit, dass Wahlentscheidungen möglich werden, dass es Alternativen gibt. Es gilt der Merksatz: Unauffällige Anpassung kann eine reife Leistung sein – sie kann aber auch Ausdruck eines Hospitalismus-Phänomens sein. Hospitalismus ist dadurch definiert, dass es keine Wünsche mehr gibt, dass man akzeptiert, was immer einem geboten wird. Mit anderen Worten: Es kann im Einzelfall gute Gründe geben, dass jemand mit einer psychischen Erkrankung in einer Werkstatt für Menschen mit einer geistigen Behinderung aufgenommen wird. In diesen Fällen besteht ein besonderer Bedarf an einer sensiblen persönlichen Begleitung, um reflektieren zu können, wie sich eine solche Aufnahme auswirkt. Dies setzt natürlich voraus, dass die örtlichen Mitarbeitenden der Werkstätten zu den einzelnen Krankheitsbildern und deren Folgen informiert sind und die räumlichen und fachlichen Gegebenheiten einer notwendigen Bedarfsentwicklung Raum geben können.

3.3.3 WfbM-Situation im Landkreis Reutlingen

Es gibt im Landkreis Reutlingen ein umfangreiches und differenziertes Angebot an Arbeitsplätzen in Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung. Darunter gibt es auch Werkstattabteilungen und Standorte, die ausdrücklich speziell für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bestimmt und darauf spezialisiert sind. Die tatsächliche Nutzung weicht davon teilweise ab. Das ergibt sich vor allem daraus, dass unter dem Gesichtspunkt einer personenzentrierten Hilfe verschiedene Gesichtspunkte von Bedeutung sind. Neben dem behinderungsspezifischen Förderbedarf spielen Aspekte der Erreichbarkeit und des Branchenangebotes eine Rolle; auf dieser Grundlage ist dann eine je individuelle Förderperspektive zu entwickeln. Daraus ergibt sich dann auch, dass in Werkstätten, die schwerpunktmäßig für Menschen mit einer geistigen Behinderung bestimmt sind, auch einige Menschen mit einer psychischen Erkrankung beschäftigt sind und umgekehrt in Werkstätten für Menschen mit einer psychischen Erkrankung auch Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Abgesehen vom südwestlichen Teil der Alb (z. B. Sonnenbühl, Trochtelfingen, Engstingen, Hohenstein) liegt auch ein regional verzweigtes Angebot vor. Grundsätzlich gilt das Wunsch- und

Wahlrecht der Betroffenen (§ 9 SGB IX). Es muss die Möglichkeit geben, einen Arbeitsplatz nach

- inhaltlichen (branchenbezogenen),
- regionalen (Erreichbarkeit) und
- personenkreisbezogenen Gesichtspunkten

auszuwählen.

Dabei sind natürlich die Entscheidungsgründe abzuwägen. Welche Bedingungen braucht ein Klient aufgrund seiner Erkrankung und seiner bisherigen „Arbeitsgeschichte“, um überhaupt „einsteigen“ zu können? Rechtfertigen diese auch eine Platzwahl, die über wohnortnahe Angebote hinausgeht und damit beispielsweise höhere Fahrtkosten verursacht? Fachlich ausgeschlossen ist jedenfalls eine Zuweisung von Klienten nach ausschließlich regionalen Gesichtspunkten (die nächstliegende WfbM verursacht die geringsten Fahrtkosten), entscheidender Faktor kann nur die Akzeptanz der Menschen als Motivationsgrundlage sein.

Sektor/Träger/Standorte (WfbM Arbeitsbereich)	Inhaltliche Angebote	Belegung 31.12.2011	Personenkreise in % (ca.)	
* Diese Werkstattstandorte sind in erster Linie für Menschen mit psych. Erkrankung gedacht. **Diese Zahlen sind aus den %-Werten abgeleitet			geistig behindert	psychisch krank
Im Sektor Reutlingen:		549 Personen	310** Personen	239** Personen
BruderhausDiakonie Dienststelle Werkstätten				
Werkstatt Alteburgstraße*	Montage, Kommissionieren, Metallbearbeitung, Hauswirtschaft	52	10	90
Kreativ-Werkstatt*	Kreative Projektarbeiten	15	30	70
Büro-Service*	Scan-Dienstleistungen, Faktura, Datenpflege, Mailings, Bürodienstleistungen	14	10	90
Grafische Werkstatt*	Printmedien, Mailings	29	30	70
Kfz-Service*	Kfz-Aufbereitung, Reifenservice	18	30	70
Werkstatt Siemensstraße*	Kommissionieren, Verpackung, Versand, Bürodienstleistungen, Scan-Dienstleistungen, Montage	62	10	90
Hofgut Gaisbühl	Landschaftspflege, Obst- und Gemüseanbau, Hofladen	63	50	50
Bäckerei-Laden Ringelbachstraße	Verkauf, Hauswirtschaft	3	35	65
Café Nikolai	Bedienservice	8	50	50

WfbM Oberlinstraße	(Elektro-)Montage, Verpackung, Kommissionierung, Lager, Textilfertigung, Kartonage, Gemüservorbereitung, Hauswirtschaft, Metallbearbeitung	285	85	15
Im Sektor Alb-Oberes Ermstal:		396 Personen	268** Personen	128** Personen
BruderhausDiakonie Buttenhausen				
WfbM Münsingen-Auingen*	Metallbearbeitung, Montage, Verpackung	21	20	80
Ausgelagerte Betriebsstätte im ZfP Zwiefalten*	Industriemontage, Holz, Papier, Keramik, Gärtnerei, Bürotraining, Fahrradwerkstatt	21	10	90
WfbM Buttenhausen	Wäscherei, Gärtnerei u. Landschaftspflege, Floristik/Laden, Handweberei, Café-Betrieb, Montage, Kunststoff-Schweißen, Kommissionieren	71	50	50
BruderhausDiakonie Dienststelle Werkstätten				
WfbM Bad Urach	Holzbearbeitung, Holzbausteinkonfektionierung, -verpackung, -versand, Kartonage, PC-orientierte Arbeitsplätze	52	75	25
WfbM Dettingen	Verpackung und Montage verschiedenster industrieller Produkte, Metallbearbeitung	100	98	2

Ausgelagerte WfbM-Gruppe in Metzingen	Komplexe Montagearbeiten von Jagdständen, komplexe Montagearbeiten aus dem Werkzeugbereich	8	60	40
BruderhausDiakonie Behindertenhilfe Neckar-Alb				
WfbM Schwalbenstadt/ Bleiche	Hauswirtschaft, Waschküche, Stationshilfe, Mensabetrieb	15	90	10
• Schwalbenstadt Dettingen				
• Biolandhof Bad Urach	Gemüseanbau, Tierhaltung	22	90	10
• Hauswirtschaft Uracher Bleiche	Hauswirtschaft, Stationshilfe, Mensabetrieb	5	100	
Samariterstift Gra- feneck				
Münsingen				
• WfbM*	Kleinteilemontage, Verpackungsarbeiten, Elektromontage, Mailings, Metallbearbeitung	59	50	50
		12	100	
• Tagesstätte Kroneneck*	Café, Laden	2		100
Grafeneck	Tierpflege; Kräutergarten	6	70	30
	Büroarbeiten	1		100
	Hauswirtschaft	1		100
Summe im LK Reutlingen		945 Personen	578** Personen	367** Personen

3.3.4 Schnittstellen der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt

Um die notwendigen Berührungspunkte zum 1. Arbeitsmarkt möglichst differenziert zu gestalten, liegen der WfbM verschiedene Möglichkeiten vor:

- Betriebsbesichtigungen für Klienten zur Erweiterung des Sichtfeldes
- Praktika

- Ausgelagerte Arbeitsgruppen
- Betriebsintegrierte Arbeitsplätze

jeweils in Betrieben des Leistungserbringers selbst außerhalb der WfbM und in sonstigen Betrieben des 1. Arbeitsmarktes

Ausgelagerte sog. betriebsintegrierte (Einzel-)Arbeitsplätze der Werkstattträger stellen dabei die effektivste Schnittstelle zum allgemeinen Arbeitsmarkt dar. Sie verschaffen beiden Parteien (Arbeitgebern und Klienten) längerfristige und damit nachhaltige Eindrücke über die jeweiligen Anforderungen, Erwartungen und Leistungsmöglichkeiten. Ein Ziel der betriebsintegrierten Arbeitsplätze ist es, eine Übernahme in ein reguläres Arbeitsverhältnis im jeweiligen Betrieb zu prüfen und vorzubereiten. Daneben wird es auch betriebsintegrierte Arbeitsplätze für Personen geben, die langfristig im WfbM-Status bleiben, die aber arbeiten unter Bedingungen größtmöglicher „Normalisierung“.

Übersicht betriebsintegrierte Arbeitsplätze: Anzahl und Tätigkeiten:

BruderhausDiakonie Reutlingen, Werkstätten:

Ort	Tätigkeit	Anzahl 2011 (Personen)
Ausgelagerte Werkstattplätze in Einrichtungen der BD außerhalb der WfbM	Hauswirtschaft, Verkauf, Bedienservice, Fahrdienste, Hausmeistertätigkeiten, Reinigung	34
Ausgelagerte Werkstattplätze bei sonstigen Arbeitgebern des 1. Arbeitsmarktes	Bäckerei, Gaststätten, Malerei, Spedition, Krankenhaus, Montage, Metallbearbeitung, Tierpflege, Hauswirtschaft-Reinigung, Lagerservice, Jugendherberge	23

Samariterstift Grafeneck:

Ort	Tätigkeit	Anzahl 2011 (Personen)
Ausgelagerte Werkstattplätze in Einrichtungen der Samariterstiftung außerhalb der WfbM	Verwaltungstätigkeiten, Telefondienst, Ablage, Hauswirtschaft, Laden, Bedienservice	4
Ausgelagerte Werkstattplätze bei sonstigen Arbeitgebern des 1. Arbeitsmarktes	Montagearbeiten, Metallbearbeitung	3

Entscheidend für den Erfolg betriebsintegrierter Arbeitsplätze ist die begleitende Betreuung am Arbeitsplatz, das sog. Job Coaching. Sowohl die Werkstätten der BruderhausDiakonie wie die des Samariterstifts Grafeneck machen hier bereits seit etlichen Jahren ein Angebot:

3.3.4.1 Betriebsintegrierte Arbeitsplätze Samariterstift Grafeneck

Eingeführt wurde die „Integrationsassistentin“ 2006 als zunächst zeitlich befristetes Projekt, das von der Stiftung „Zeit für Menschen“ finanziert wurde. Seit April 2007 erfolgt die Finanzierung aus dem allgemeinen Personaletat der Werkstatt, also aus Entgeltsätzen. Entsprechend steht weniger Geld für sonstiges Personal (z. B. Gruppenleiter) zur Verfügung. Die Stelle umfasst 70 %, wobei hier auch noch ein Anteil für die Bildungsmaßnahmen der Werkstatt beinhaltet ist (ca. 30 %); das sind etwa Fortbildungen für Beschäftigte oder arbeitsdiagnostische Tätigkeiten. Integrationsassistentin und Sozialdienst bilden gemeinsam die Organisationseinheit „Begleitender Dienst“. So ist eine stetige Vertretungsbereitschaft gewährleistet.

Die Integrationsassistentin besucht mindestens einmal pro Woche, bei Bedarf auch öfter die Beschäftigten auf den Außenarbeitsplätzen. Dabei sucht sie auch aktiv Kontakt zur Firmenleitung und zu den Führungskräften. Probleme werden möglichst direkt vor Ort besprochen und gelöst. Ist das nicht möglich, wird die Werkstattleitung in den Prozess mit eingebunden.

Die ausgelagerten Arbeitsplätze im Rahmen der Samariterstiftung selbst (Verwaltung, Kroneneck, Hauswirtschaft) benötigen eine deutlich geringere Frequenz des Besuchs, da dort ausgebildete Fachkräfte vor Ort sind. Hier kann von Besuchen einmal pro Monat ausgegangen werden.

Die Suche nach Arbeitsgelegenheiten auf dem 1. Arbeitsmarkt ist eine sehr zeitaufwendige Aufgabe, die häufig auch ohne erkennbares Ergebnis bleibt, wenn Firmen und Institutionen trotz intensiven Kontakts sich nicht dazu durchringen können, einen Praktikums- oder Arbeitsplatz anzubieten. Ist dies gelungen, so wird der/die Beschäftigte dort anfänglich täglich besucht und die Häufigkeit dann individuell verringert. Die Integrationsassistentin ist natürlich die wichtigste Kontaktperson zum IFD.

3.3.4.2 Betriebsintegrierte Arbeitsplätze BruderhausDiakonie

Das Job-Coaching als eigenständige Berufsrolle begann bei der BD ebenfalls im Jahre 2006. Gegenwärtig beschäftigt die BD einen Mitarbeiter, der mit ca. 60 % als Job-Coach für die Werkstätten in RT; Dettingen und Bad Urach zuständig ist. Wesentliche Aufgabenstellungen sind

- Mitwirkung/Beteiligung bei der Akquise geeigneter Praktikumsbetriebe
- Erstellung eines Anforderungsprofils
- Vorbereitung und Begleitung bei Vorstellungsgesprächen vor Ort

- Qualifizierung der/des Beschäftigten im Betrieb und bei Bedarf Anpassung des Anforderungsprofils („Job-Carving“)
- falls gewünscht Beratung und Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen im Betrieb
- Auswertung der Arbeitserprobung gemeinsam mit Leistungsberechtigten und Verantwortlichen aus den Betrieben
- Abstimmung mit Kooperationspartnern intern und extern (z. B. Leistungsträger, Betreuer/-in, Integrationsfachdienst)
- Gewinnung und Qualifizierung von Mentorinnen und Mentoren im Betrieb

Mit dem IFD finden regelmäßige Kooperationstreffen statt. Das Job-Coaching verläuft in i. d. R. in drei Phasen. Die Häufigkeit der Besuche vor Ort ist an den individuellen Bedarf des/der Beschäftigten sowie des Betriebs angepasst. In der Regel nimmt der Bedarf der Job-Coaching-Besuche mit der Zeit („mit den Phasen“) ab.

- Phase 1: Vorbereitung und Einarbeitung, Anforderungsprofil erstellen, Klären des Anleitungsbedarfs, eventuell Zerlegung der Aufgaben in Teilaufgaben, Visualisierung oder Vorrichtungen erstellen, Anbahnung kollegialer Kontakte etc.
- Phase 2: Stabilisierung und Weiterqualifizierung, Training bestimmter Abläufe, Handgriffe, Techniken, Einführung in die Betriebskultur, Entwicklung von Selbsthilfestrategien
- Phase 3: Krisenintervention: Bei auftretenden Problemen sind eine zeitnahe Klärung der Situation und lösungsorientierte Maßnahmen einzuleiten (Mediation, Nachqualifizierung oder Beendigung).

Nach der Einführung des dualen Systems im BBB 2008 (räumliche Trennung von Bildungsmaßnahmen und Produktionsanteilen im BBB) gibt es zwischen den „Bildungsbegleitern“ des BBB und dem Job-Coach viele Schnittstellen, ebenso wird dieser von den örtlich zuständigen Sozialdiensten der einzelnen Werkstätten unterstützt (abgestimmte Übernahme von Regelkontakten). Für die Koordination der Aufgaben aus den betriebsintegrierten Arbeitsplätzen gibt es einen weiteren Stellenanteil von 60 %, der allerdings auch Sozialdienstanteile (ca.20 %) umfasst. Auch diese kooperiert natürlich eng mit dem Job-Coach. Job-Coach und BiA-Koordination werden aus den Erlösen der WfbM finanziert und schlagen sich im Stellenplan nieder.

3.3.4.3 Zusammenfassende Bewertung zum aktuellen Stand

Die Werkstattträger versuchen mit dem Job-Coaching, die Vermittlung von Klienten auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Die örtlichen Sozialdienste der Werkstätten sind mit dieser Aufgabe zeitlich überfordert (Schlüssel nach WVO: 1 : 120!) Die entsprechenden personellen Handlungsspielräume der Werkstätten sind allerdings begrenzt, da die Finanzierung dieser Stellenanteile an den jeweiligen finanzierten Stellenplan der WfbM gebunden ist, damit auf Kosten der innerbetrieblichen Betreuung geht und dabei gilt es natürlich für die Werkstätten

„Maß zu halten“. Für Job-Coaching gibt es im Rahmen der finanzierten Stellenschlüssel keine eigenen Planstellen, es handelt sich vielmehr um interne Umverteilungen.

Die Stellenanteile für „reines“ Job-Coaching der Werkstattträger betragen gegenwärtig zusammen ca. 140 % VK, angesichts der Werkstattplätze im Landkreis und der jetzt schon betriebenen betriebsintegrierten Arbeitsplätze ist das natürlich „ein Tropfen auf den heißen Stein“.

3.3.5 Der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt als Problem

3.3.5.1 Die WfbM im Dilemma zwischen Wirtschaftlichkeit und Vermittlungsquote

Es gibt in der Werkstatt einen gewissen Sachzwang, „gute“ Arbeitskräfte zu halten.

Das SGB IX (§ 138/2) formuliert: „Die Werkstätten zahlen aus ihrem Arbeitsergebnis an die im Arbeitsbereich beschäftigten behinderten Menschen ein Arbeitsentgelt, das sich aus einem Grundbetrag in Höhe des Ausbildungsgeldes, das die Bundesagentur für Arbeit nach den für sie geltenden Vorschriften behinderten Menschen im Berufsbildungsbereich zuletzt leistet, und einem leistungsangemessenen Steigerungsbetrag zusammensetzt. Der Steigerungsbetrag bemisst sich nach der individuellen Arbeitsleistung der behinderten Menschen, insbesondere unter Berücksichtigung von Arbeitsmenge und Arbeitsgüte.“ Hierfür sind Rückstellungen nach § 12/5 der WVO zu bilden. 70 % des Arbeitsergebnisses sollen als Arbeitsentgelt für die behinderten Mitarbeitenden ausbezahlt werden, wobei ein Mindestlohn (Ausbildungsgeld des BBB) zu beachten und eine Zahlungsfähigkeit für 6 Monate zu gewährleisten ist. Weiterhin müssen Rücklagen für Ersatz- und Modernisierungsinvestitionen gebildet werden, ebenso für Investitionskosten (bei Neubauten bis zu 20 %).

Diese Situation setzt Werkstätten natürlich unter einen gewissen wirtschaftlichen Erfolgsdruck, dem mit qualitativ hochwertiger Produktion und den entsprechenden Erlösen begegnet wird. Diese Produktion ist an die entsprechenden Arbeitskräfte gebunden. Im Sinne des Erhalts (oder ggf. notwendigen Ausbaus) des wirtschaftlichen Erfolges geraten die Werkstätten in ein Dilemma, wenn sie diese Arbeitskräfte zum Wechsel auf den 1. Arbeitsmarkt motivieren. Auf der anderen Seite steht natürlich der verpflichtende Anspruch von Klienten auf optimale Förderung und der gesetzliche Auftrag der WfbM, eine mögliche Vermittlung auf den 1. Arbeitsmarkt bestmöglich zu unterstützen.

3.3.5.2 Ambivalente Entscheidungssituation für Klienten

Die bestehenden Angebote des 1. Arbeitsmarktes fördern nicht gerade die Motivationslage von wechselwilligen Klienten. Kaum ein Betrieb zeigt Interesse an „leistungsgeminderten“ Arbeitnehmern, betriebsinterne Hilfen gibt es kaum, Lohnkostenzuschussprojekte versprechen zwar dem Arbeitgeber Kostenerleichterungen, lassen ihn aber mit den Anleitungs- und Verhaltensproblemen des Klienten vor Ort alleine.

Die örtliche Arbeitsagentur ist primär daran interessiert, Arbeitslose, die voll erwerbsfähig sind zu vermitteln. Personen, die aufgrund wesentlicher seelischer Behinderung Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII haben, stehen nicht im Mittelpunkt der täglichen Arbeit. Sie scheinen ja auch zunächst einmal aufgehoben, angesichts der fehlenden - für Klienten und Arbeitgeber attraktiven - Möglichkeiten eine nachvollziehbare Denkweise.

Das Risiko, mit einem Arbeitsversuch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (nochmals) zu scheitern, verunsichert verständlicherweise viele Klienten aus dem Werkstattbereich. Im Rahmen der WfbM sind sie zunächst in Sicherheit und haben in der Regel nichts zu befürchten. Oftmals werden sogar Praktika bereitwillig genutzt, allein die Entscheidung in ein Arbeitsverhältnis überzugehen wird aber immer wieder verschoben, auch wenn für eine gewisse Zeit die Möglichkeit besteht, wieder nahtlos in die WfbM zurückzukehren (d. h. ohne erneuten Fachausschussbeschluss).

3.3.5.3 Anforderungen an einen gesicherten Übergang für Klienten

Vor allen Dingen wichtig ist für Klienten die regelmäßige Begleitung/Anleitung durch eine Bezugsperson am Arbeitsplatz im Betrieb. Zwar ist der IFD grundsätzlich mit derartiger Begleitung beauftragt, kann jedoch im Rahmen seines Stellenplans nicht für eine regelmäßige Betreuung am Arbeitsplatz in der eventuell nötigen Intensität (z. B. in der Anfangszeit täglich) sorgen (Job-Coaching). Der Betrieb selbst muss sich um Anleitung am Arbeitsplatz und soziale Begleitung kümmern. Dafür benötigt er fachliche und zeitliche Personalressourcen, die er nicht hat bzw. die ihn Geld kosten. Bei der Entscheidung über die Beschäftigung von leistungs-geminderten Personen scheinen nach vorliegenden Erfahrungen, schlecht einschätzbarer zusätzlicher Betreuungsaufwand und befürchtete Komplikationen im Arbeitsablauf, für Betriebe ein Haupthemmfaktor zu sein. Die Job-Coaches der Werkstattträger wollen zwar in diese Bresche springen, doch sind deren Kapazitäten auch begrenzt, da es dafür bisher keine eigene Finanzierung gibt.

Die Rückkehrmöglichkeit für Klienten nach gescheiterten Arbeitsversuchen in die WfbM ist zwar formal geregelt. Es erfolgt zunächst eine Abmeldung beim Kostenträger (Austritt aus WfbM) und es kann jederzeit ein Wiedereintritt beantragt werden, doch werden die Voraussetzungen dann neu geprüft und das kann sich hinziehen. Vor Jahren gab es dazu formulierte Fristen des damaligen Sozialhilfeträgers (LWV). Wer innerhalb von 6 Monaten (später dann gar 12 Monaten) seinen Arbeitsplatz verlor, konnte nahtlos wieder in die WfbM eintreten. So manche Klienten bewegt - nach Aussage der Sozialdienste der Werkstätten - diese Frage nach Sicherheit sehr.

3.3.5.4 Entwicklungsperspektive

Für Arbeitgeber, Klienten und WfbM muss es letztlich eine Win-win-Situation geben, wenn die Eingliederung von der WfbM in den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingen soll.

Arbeitgeber können profitieren über:

- Kompetente Beratung bei der Auswahl und Gestaltung von Arbeitsplätzen und -gelegenheiten
- Einsparung von qualifiziertem Personal bei einfachen Tätigkeiten
- Anleitung/Betreuung von Klienten durch Job-Coaches und nur sehr gemindert durch das Firmenpersonal, vor allem auch nach Übernahme in ein festes Arbeitsverhältnis
- Parallel dazu gibt es Lohnkostenzuschüsse

Klienten benötigen

- die Sicherheit einer nahtlosen Rückkehrmöglichkeit in die WfbM bei Scheitern des Arbeitsversuchs,
- die Möglichkeit, sich von einer gewünschten Bezugsperson am betrieblichen Arbeitsplatz begleiten lassen zu können,
- die Möglichkeit, die Anforderungen dieses Arbeitsplatzes an ihre Fähigkeiten anzupassen.

Für die Werkstätten heißt dies:

- Produktive Sachzwänge müssen für die WfbM überschaubar sein, produktionsbedingt Klienten halten zu müssen, darf nicht übergeordneter Sachzwang der Produktionsgestaltung sein.
- Die Beratung für und Hinführung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sollte nicht nur Auftrag der WfbM sein. Zu überlegen wäre, ob sich nicht dafür in Ergänzung zum bestehenden IFD eine personell adäquat ausgestattete Dienstleistung für Job-Coaching entwickeln ließe.

3.4 Zuverdienst

3.4.1 Grundsätzliches, Personenkreis

Das zentrale Anliegen des Zuverdienstes, wie er aktuell vom VSP in Reutlingen angeboten wird, ist es, chronisch psychisch kranken Menschen niederschwellige Arbeitsmöglichkeiten zu bieten. Das Angebot richtet sich an psychisch kranke oder psychisch behinderte Menschen, denen der 1. und 2. Arbeitsmarkt sowie Werkstätten für behinderte Menschen aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung (noch) versperrt ist. Ausgangspunkt ist eine Arbeitsfähigkeit von unter 15 Stunden pro Woche. So soll im Zuverdienst die Leistungs- und Belastungsfähigkeit der Teilnehmer trainiert werden, um langfristig zumindest die Werkstattfähigkeit zu erreichen. Für psychisch kranke oder behinderte Menschen, die dieses Ziel auf Dauer nicht erreichen, „sollte“

der Zuverdienst dauerhaft zugänglich sein. Eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX muss vorliegen.

Allgemeine Ziele:

- Soziale Stabilisierung und gesellschaftliche Anerkennung durch Arbeit
- Tagesstrukturierung
- Schaffung von Kontakt
- Steigerung der Leistungsfähigkeit
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Die Niederschwelligkeit des Angebots zeigt sich z. B. in:

- der Flexibilität in den Arbeitszeiten (Vereinbarungen von Tages- oder auch Wochenarbeitszeiten in Form verbindlicher oder auch weniger bestimmter Absprachen)
- abgestuften Anforderungen an Arbeitsgeschwindigkeit und Arbeitsproduktivität (Druckentlastung durch Tages- oder auch Wochenarbeitszeit)
- der Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfällen (Arbeitsplatzgarantie bei wiederholten und auch sehr langen Krankheitszeiten)

Grundsätzlich gilt, dass innerhalb des Zuverdienstes wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistungen erzielt werden müssen, um zumindest die notwendigen Entgelte finanzieren zu können. In erster Linie kommen hier einfache Montagetätigkeiten, Bürodienstleistungen, unkomplizierte Eigenproduktion, aber auch Dienstleistungen, wie Arbeit im Service des Kontaktcafé, Mithilfe in der Küche und bei Reinigungstätigkeiten in der Tagesstätte, infrage.

Die Besonderheit des Zuverdienstes ist, dass hier eine Gliederung des Tages zwar durch Tätigkeiten erfolgt, aber der Druck zur Produktivität und die Verpflichtung, mindestens vier Stunden täglich pro Woche, wie in der WfbM, anwesend zu sein, fehlt. Im Zuverdienst kann in höherem Maße auf die aktuelle Befindlichkeit eingegangen werden, gerade indem Druck gemindert wird und die Teilnehmer in höherem Maße ihre Tätigkeit selbst steuern können. Der positive Effekt besteht darin, dass zuerst sehr niederschwellig geübt werden kann, was Arbeit und sinnvolle Betätigung bedeutet. Das Geheimnis des Erfolges des Zuverdienstes besteht in der langsamen, kontinuierlichen Heranführung an das Erleben von Sinnhaftigkeit durch eigenes Tun. Die Nutzer bestimmen das Tempo und erfahren positive Verstärkung durch die (bescheidene) Finanzierung ihres Tuns. Dies ist insbesondere für diejenigen Betroffenen von Vorteil, die nicht den Sprung in die WfbM schaffen, welche den größten Teil der Nutzer ausmachen. Dass die Funktion der Tagesstrukturierung von den Betroffenen selbst als wichtig eingeschätzt wird, zeigt eine Untersuchung der „Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte GmbH in Berlin“ (FAF), die

1999 niederschwellige Zuverdienstangebote in Bayern und Nordrhein-Westfalen evaluierte und insgesamt 644 Personen befragte. Dabei ergab sich, dass für 25 % der Interviewten das Einkommen, für 20 % die Sozialkontakte, für 16 % der Weg in das Arbeitsleben und für 15 % die Tagesstruktur an erster Stelle stehen. Bemerkenswert ist, dass sowohl Betroffene als auch die Fachleute des psychosozialen Bereichs eine hohe Übereinstimmung der Funktion bzw. der Bedeutung des Zuverdienstes haben. Unterstrichen wird dies dadurch, dass die Angebote des Zuverdienstes in Reutlingen stark nachgefragt werden.

3.4.2 Rechtliche und finanzielle Situation, Standort

Aktuell werden 12 Plätze, die auch mehrfach belegt werden können, vom Landkreis mit Regiekosten bezuschusst. Hierbei handelt es sich um eine Teilfinanzierung. Der Einsatz von Einkommen und Vermögen der Teilnehmer wird analog zu den Werkstatt-Bestimmungen nicht verlangt.

Die restlichen Kosten des Arbeitsplatzes sowie den Verdienst des Teilnehmers trägt der Beschäftigungsträger. Die Möglichkeit, etwas zu verdienen, wenn auch in sehr bescheidenem Umfang, ist für viele Klienten ein wichtige Motivationsgrundlage zur aktiven Mitarbeit.

Der Zuverdienst wird derzeit vom VSP in den Räumlichkeiten der Tagesstätte, Kontaktcafé, in der Gustav-Werner-Str. 25 in Reutlingen angeboten. Im Sektor „Oberes Ermstal/Alb“ gibt es aktuell kein Angebot.

3.4.3 Entwicklungsbedarfe

- Der Zuverdienst wird im Landkreis Reutlingen nur bis zum 31.12.2013 finanziert. Eine Weiterführung des Angebotes und Ausdehnung auf den gesamten Landkreis ist äußerst wünschenswert. Die positiven Wirkungen dieses Angebotes sind unbestritten. Grundsätzlich ist eine kostendeckende Finanzierung erforderlich. Das Angebot lässt sich nur durch Querfinanzierung und die Nutzung des Mitarbeiterpools innerhalb der Tagesstätte aufrechterhalten.
- Aktuell sind die Produktionsbedingungen in der Tagesstätte suboptimal, da sie sich in einem Bürogebäude befinden. Es ist zu hoffen, dass ab 2014 am neuen Standort eine Raumausstattung erfolgen kann, die es in einem professionellen Umfeld ermöglicht, auch umfangreichere Aufträge abarbeiten zu können.
- Die Auftragsakquise gestaltet sich äußerst schwierig. In Krisenzeiten brechen sofort wirtschaftlich lukrative Aufträge weg. Eigenproduktion ist zwar möglich, geeignete Produkte, die sowohl die Mitarbeitenden nicht überfordern, andererseits aber auch effektiv vertrieben werden können, sind nur schwer zu entwickeln. Auch stellen die WfbM hier eine starke Konkurrenz im Ringen um Aufträge dar. Dies hat den Vorteil, dass Auftrag-

geber dort bis zu 50 % des Auftragsvolumens auf die zu zahlende Schwerbehindertenausgleichsabgabe anrechnen können.

3.5 Sonstige Beschäftigungsmöglichkeiten

Im letzten GPV-Bericht (2008/2009) stand das Thema Tagestruktur im Mittelpunkt. Dort wurde bereits ausführlich über tagesstrukturierende Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe, d. h. über die Inhalte, Möglichkeiten und Problematik der beiden Leistungstypen 4.5 b und 4.6 berichtet.

So benennt der LT 4.5 b („Tagesstrukturierung und Förderung für psychisch behinderte Menschen“) beispielsweise - neben einer ganzen Anzahl weiterer Ziele – auch die „Förderung von Kompetenzen mit dem Ziel der Beschäftigung in einer WfbM bzw. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“. Der LT 4.6 („Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderungen“) nennt zwar explizit keine Ziele zum Thema Arbeit und Beschäftigung und ist auch „in der Regel für Senioren“ (d. h. nach der WfbM) gedacht. Seine konkrete Anwendung im Bereich der Sozialpsychiatrie eröffnet jedoch auch das Themenfeld Arbeit. Aus Mangel an Alternativen erhalten manchmal auch jüngere Klienten den LT 4.6, aber insgesamt herrscht im LK RT unter den betroffenen Akteuren (Leistungsträger und -erbringer) ein hohes Problembewusstsein. Die begrenzte Eignung des LT 4.6 für Jüngere ist offensichtlich, das Fehlen von flexiblen, individuell anpassbaren Alternativen allerdings auch. Das Problem wird auch im Rahmen der Vertragskommission auf Landesebene wahrgenommen und diskutiert.

Eine Überleitung in die WfbM (LT 4.4) aus diesen Leistungstypen ist nicht so einfach. Die Werkstättenverordnung (WVO) des Schwerbehindertengesetzes trifft zwar keine Aussagen zur Mindestanwesenheitszeit in der WfbM. Die BAGüS (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger) vertritt die Auffassung, dass die Beschäftigungszeit mindestens dauerhaft 15 Stunden wöchentlich (ohne arbeitsbegleitende Maßnahmen) betragen muss, die örtlichen Kostenträger interpretieren diese Vorgabe im Sinne einer mindestens „halbtägigen“ oder auch 4-stündigen Beschäftigung. Diese Hürde schließt eine ganze Reihe von psychisch kranken Menschen aus den WfbM aus und damit natürlich auch von der Gelegenheit, Sozialversicherungsleistungen in Anspruch nehmen zu können.

Je ausgeprägter die seelische Behinderung ist, desto schwieriger ist oft die Motivationslage. Wenn also Betroffene nach dem Berufsbildungsbereich (in dem sie das sog. Ausbildungsgeld erhalten) nicht in die WfbM übernommen werden und damit auch keinen Anspruch auf das dort geltende Mindestentgelt haben, ist deren Interesse, sich im Rahmen der tagesstrukturierenden Maßnahmen nach den LT 4.5 b oder 4.6 ohne Entgelt zu betätigen, natürlich begrenzt.

Für die Leistungstypen 4.5 b und 4.6 haben sich nun Organisationsformen entwickelt (bei der BD z. B. als „Tagwerk“ bezeichnet), die stundenweise Arbeitsinhalte anbieten und z. T. auch Entgeltzahlungen aus den jeweiligen Produktionserlösen leisten. Diese müssen allerdings erst einmal erzielt werden und haben eher symbolischen Charakter. Im Rahmen der SGB-XII-Bestimmungen werden diese „Einkünfte“ angerechnet. Diese Art der Beschäftigung ist allerdings noch keine Lösung der Frage eines niederschweligen Zugangs zum Thema Arbeit und Beschäftigung.

4 Ausblick

In den verschiedenen Kapiteln wurden bereits verschiedene Weiterentwicklungsbereiche konkretisiert. Diese Vorschläge sollen hier nicht mehr im Einzelnen wiederholt, aber doch zusammengefasst werden.

- **Beratung:**

Dass Menschen sich beraten lassen, ist nicht selbstverständlich. Das gilt gerade auch dann, wenn man es mit Personen zu tun hat, deren jüngste oder auch längere Vergangenheit im Wesentlichen von Misserfolgen geprägt war und denen auch bisherige „Ratschläge“ nicht wirklich weiterhalfen. Diese Menschen müssen mit Hoffnung in die Beratung gehen und mit dieser auch wieder herauskommen können.

- Entsprechend muss der Zugang niederschwellig sein. Es müssen die Fragen der Erreichbarkeit, der Terminvereinbarung und der möglichen oder auch notwendigen Begleitung durch eine Bezugsperson geklärt sein. Dies hat sich im LK RT deutlich verbessert. Auf Initiative der Trägergemeinschaft des GPV entstand im November 2011 eine Kooperationsvereinbarung zwischen Arbeitsagentur, Job-Center und Regionaler Servicestelle genau zu diesen Fragen. Die Auswirkungen trugen bisher wesentlich zur prozessualen Verbesserung bei.
- In der Beratungssituation müssen bei den behördlichen Mitarbeitern Kenntnisse zu den unterschiedlichen Krankheitsbildern und deren Auswirkungen vorliegen. „Normale“ Erwartungshaltungen können oftmals nicht greifen und führen nicht selten zu bedeutsamen Missverständnissen. Finden Beratungen an verschiedenen Orten und durch verschiedene Beratungsinstanzen statt, so ist es zwingend erforderlich, Erkenntnisse und Ergebnisse für die Klienten zusammenzuführen, zum einen durch die koordinierende Bezugsperson, zum anderen ist dies aber auch Aufgabe des Sozialhilfeträgers in Rahmen der Gesamtplanung nach § 58 SGB XII und ohnehin Verpflichtung für alle Sozialleistungsträger im Sinne der Zusammenarbeitsvorschriften nach SGB IX.

- **Verfahrensdauer für Kostenzusagen:**

Kostenzusagen sollen nach der Bedarfsfeststellung möglichst schnell erfolgen, da sonst die Motivation des Klienten auf eine außerordentliche Bewährungsprobe gestellt wird. Dies betrifft immer wieder auch die WfbM-Aufnahmen. Wenn sich das Aufnahmeverfahren sehr lange hinzieht, stellt dies hohe Anforderungen an die begleitenden Mitarbeiter, die - vielleicht mühselig erreichte - Klientenmotivation hoch zu halten. Der Sozialhilfeträger versucht, dies in der Regel entsprechend zu berücksichtigen, problematisch sind eher die Abstimmungen mit dem Rentenversicherungsträger. Es ist daran zu erinnern, dass die Hilfe behinderungsgerecht zu gestalten ist. Wenn die Behinderung wesentlich auch Aspekte der Motivation berührt, dann muss auch die Verfahrensgestaltung dies berücksichtigen.

- **Arbeitsangebote und Begleitung:**

Der 1. Arbeitsmarkt drängt sich bei der Sicherung oder Schaffung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für seelisch behinderte Menschen nicht auf. Nicht er sucht diese Klienten, er kommt auch (besser?) ohne sie aus. Wie können also psychisch kranke Menschen für Arbeitgeber in der Region interessant werden?

- Ein Baustein ist sicher das Lohnkostenzuschussprojekt. Doch wie schon mehrfach erwähnt, benötigen wir ergänzende Leistungen:
 - Systematische Unternehmensakquise
 - Arbeitsplatzplanung: Unterstützung und Entlastung des Arbeitgebers
 - Intensivere Begleitung am Arbeitsplatz: Anleitung nach Bedarf von Klient und Werkmitarbeiter durch intensives Job-Coaching
 - Nachbetreuung auch nach Übernahme durch den Arbeitgeber
 - Vertragssicherheit für Klient und Arbeitgeber: Wann übernimmt der Arbeitgeber?
- Viele Fördermöglichkeiten der Arbeitsagentur liefen zum April dieses Jahres aus, damit natürlich auch ein wichtiger Finanzierungsbaustein des 2. Arbeitsmarktes. Auch Integrationsfirmen sind jetzt verstärkt auf produktive Klienten angewiesen. Deren Chancen mit dem 1. Arbeitsmarkt in Kontakt zu treten, sind auch durch die Abschaffung der integrierten Arbeitnehmerüberlassung zum 01.12.2011 geschmolzen. Insgesamt bieten wir im LK RT nur eine recht überschaubare Zahl an Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen in Integrationsfirmen an.

- **Werkstatt für Menschen mit Behinderung**

Die WfbM stellt nach wie vor die umfangreichste Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen dar.

- Der Ausbau der betriebsintegrierten Arbeitsplätze ist natürlich richtig und voranzutreiben, über Anforderungen an ausgelagerte Plätze des BBB muss verstärkt nachgedacht werden. Die Frage stellt sich freilich auch hier: Warum soll ein Arbeitgeber hierbei mitmachen (außer aus moralischen Gründen)? Wie können betriebsintegrierte Arbeitsplätze zu beständigen Arbeitsplätzen auf dem 1. Arbeitsmarkt werden, welche Hilfestellung/Entwicklung ist hierbei erforderlich?
- Mit der steigenden Anzahl dieser Arbeitsplätze wären wir dann schon bei der Frage nach einer sog. virtuellen Werkstatt, also einer praktisch „betriebsintegrierten“ Werkstatt, als eine Möglichkeit der „inkluisiven“ Arbeit für behinderte Menschen.
- Auch über den Zugang zur WfbM sollte man sich Gedanken machen. Ist die 4-Stunden-Hürde wirklich sinnvoll?
- Sollten nicht an allen Werkstattbereichen auch Zuverdienstplätze hängen, um die Nähe zur Arbeitswelt zu gewährleisten und gleichzeitig für ausreichende und qualifizierende Arbeiten in Rahmen des Zuverdienstes zu sorgen?
- Unter welchen Bedingungen ist Teilzeitarbeit in der WfbM möglich, und zwar auch für Klienten, die stationär betreut wohnen?
- Personenkreise: Insbesondere junge psychisch kranke Menschen sehen in der WfbM wenig Perspektive. Allerdings ist der Zugang zu berufsvorbereitenden oder ausbildenden Maßnahmen nicht einfach. Berufsbildungswerke (Waiblingen) und Berufstrainingszentren (Heidelberg, Stuttgart) sind weit entfernt, die örtlichen Angebote über ausgeschriebene Maßnahmen zur beruflichen Bildung psychisch kranker Menschen begrenzt. Der LT 4.5 b ist keine Alternative, der Zuverdienst als alleinige Maßnahme ist pädagogisch zu wenig. Die Fachwerkerausbildungen (§ 42 m HwO, § 66 BBiG) orientieren sich vor allem an lernbehinderten Jugendlichen.

Für den Werkstattbereich stehen einschneidende strukturelle Veränderungen bevor, wenn die politischen Ankündigungen auf Bundesebene umgesetzt werden, nach denen Werkstattleistungen (insbesondere solche im Bereich der Berufsbildung) künftig ausgeschrieben werden sollen. Die Erfahrungen, die im Bereich von SGB II-Maßnahmen mit Ausschreibungsverfahren gemacht worden sind, geben Anlass zu erheblichen Besorgnissen. Die Gefahr besteht, dass leistungsfähige regional verankerte Strukturen nicht aufrechterhalten werden können.

- **Partner:**

Zu klären ist auch die Frage, welche möglichen Partner zu aktivieren sind, um die Arbeits- und Beschäftigungschancen für psychisch kranke und behinderte Menschen zu verbessern (z. B. Kreispolitik, Kammern, Arbeitgeberverbände).

ANHANG – Tabellenvergleich zu einzelnen Leistungsbereichen bezogen auf die Berichtsjahre 2010 und 2011

Übersicht:

1. Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) – Tab 1
2. Zuverdienst im Bereich der Tagesstätte Reutlingen – Tab 2
3. Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen (Leistungstyp 4.5b) – Tab 3
(inklusive Tagesstrukturangebot des VSP im ZGP RT)
4. Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderungen, in der Regel Senioren (Leistungstyp 4.6) – Tab 4
5. Betreutes Wohnen stationär (Leistungstyp 2.3) – Tab 5
6. Betreutes Wohnen ambulant (ABW) – Tab 6
7. Betreutes Wohnen in Familien (BWF) – Tab 7
8. Persönliches Budget – Tab 8
9. Sozialpsychiatrische Pflege – Tab 9
 - a) binnendifferenzierte Finanzierung – Tab 9a
 - b) Finanzierung nach SGB XI – Tab 9b
10. Hilfeplankonferenzen – Tab 10

Tab 1 – Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM): Stand 31.12.2011 (Buttenhausen, Bad Urach, Dettingen, Münsingen, Reutlingen)

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20	2						2									
21-30	21	15	5	5			26	20			6	2			6	2
31-40	21	14	18	5			39	19	6	2	6	4			12	6
41-50	47	17	15	6			62	23	10	3	14	11			24	14
51-60	21	28	6				27	28	11	4	5	4			16	8
61-65	5	4	1	1			6	5	1	1	9	3			10	4
> 65																
	117	78	45	17			162	95	28	10	40	24			68	34
gesamt: 359																

Tab 1 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM): Stand 31.12.10 (Buttenhausen, Bad Urach, Dettingen, Münsingen, Reutlingen)

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30	21	12	8	4			29	16			4	2			4	2
31-40	16	11	17	6			33	17	8	2	7	4			15	6
41-50	50	15	15	7			65	22	8	3	12	11			20	14
51-60	23	29	7				30	29	12	5	4	4			16	9
61-65	4	3		2			4	5	3		9	4			12	4
> 65																
	114	70	47	19			161	89	31	10	36	25			67	35
gesamt: 352																

Tab 2: Zuverdienst im Bereich Tagesstätte Reutlingen: Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30	2	1					2	1								
31-40	3	2		1			3	3								
41-50	2	3	1				3	3								
51-60	1	3					1	3								
61-65	1	1					1	1								
> 65		2						2								
	9	11					10	13								
gesamt: 23																

Tab 2: Zuverdienst im Bereich Tagesstätte Reutlingen: Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30																
31-40	1	2					1	2								
41-50	3	4					3	4								
51-60	1	1					1	1								
61-65	1	1					1	1								
> 65		2						2								
	6	10					6	7								
gesamt: 16																

Tab 3: Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen – Leistungstyp 4.5b: Stand 31.12.2011
inklusive 3 Personen im Tagesstrukturangebot des VSP im ZGP RT

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	M	w	Männl.	Weibl.
< 20	1			1			1	1								
21-30			1	2			1	2								
31-40	5	1	1				6	1		1	1	2			1	3
41-50	1		1	4			2	4	1	2		2			1	4
51-60	1	1	1				2	1	2	1	2				4	1
61-65	1			1			1	1				1				1
> 65																
	9	2	4	8			13	10	3	4	3	5			6	9
gesamt: 38																

Tab 3: Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen – Leistungstyp 4.5b: Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30	3		3				6				2				2	
31-40	1	1					1	1			1	2			1	2
41-50		2	2	5			2	7	1	4	1	2			2	6
51-60		1		1				2	2		2				4	
61-65	1						1					1				1
> 65																
	5	4	5	6			10	10	3	4	6	5			9	9
gesamt: 38																

Tab 4: Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene behinderte Menschen – Leistungstyp 4.6 (Senioren): Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30	2	1	1				3	1	2		2	3			4	3
31-40	2	2		2			2	4	1		3				4	
41-50	6	9	4	4			10	13	2	1					2	1
51-60	10	7	4	1			14	8	4		5	4	2		11	4
61-65	3	1					3	1	4	2	2	3	1	2	7	7
> 65	4	12	6	10	1		11	22	8	11	19	48	2	6	29	65
	27	32	15	17	1		43	49	21	14	31	58	5	8	57	78
gesamt: 227																

Tab 4: Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene behinderte Menschen – Leistungstyp 4.6 (Senioren): Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20	1	1					1	1								
21-30	4		2	1			6	1	4		10	6		1		1
31-40	1	2		2			1	4	1		5					
41-50	7	6	5	4	1		13	10	2	1					1	1
51-60	11	8	2	1			13	9	1		6	3			8	3
61-65	3	1	1				4	1	3	1	2	1		1	3	3
> 65	3	12	5	11	1		9	23	10	12	19	54	2	5	21	71
	30	30	15	19	2		47	49	21	14	42	64	2	7	65	85
gesamt: 246																

Tab 5: Betreutes Wohnen stationär (Leistungstyp 2.3): Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20	1	1					1	1								
21-30	4	2	4	1			8	3	1		9	1		1	10	2
31-40	4	3	2	3			6	6	6		12	7			18	7
41-50	8	7	9	3			17	10	2	5	14	7			16	12
51-60	13	5	6	1			19	6	7	2	9	7	2	1	18	10
61-65	2	1		1			2	2	4	2	10	6	1	2	15	10
> 65		2	3	2			3	4	8	8	14	26	2	2	24	36
	32	21	24	11			56	32	28	17	68	54	5	6	101	77
gesamt: 266																

Tab 5: Betreutes Wohnen stationär (Leistungstyp 2.3): Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20	1	1					1	1								
21-30	5	1	6	1			11	2	2		9	1		1	11	2
31-40	4	4		3			4	7	4		12	7			16	7
41-50	9	9	11	4	1		21	13	1	5	13	8		2	14	15
51-60	10	6	4	2			14	8	8	5	9	7	1		18	12
61-65	3			1			3	1	4		9	5	1	1	14	6
> 65		3	4	2			4	5	8	9	14	29	2	1	24	39
	32	24	25	13	1		58	37	27	19	66	57	4	5	97	81
gesamt: 273																

Tab 6: Betreutes Wohnen ambulant (ABW): Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30	18	14	5	4			23	18	2	2	1	2			3	4
31-40	13	13	2	3			15	16	2	1	4	1			6	2
41-50	20	24	3	2			23	26	9	4	1	4			10	8
51-60	13	14	3	2	1	1	17	17	10	6	5	1	1		15	8
61-65	3	3	1	1			4	4	2	1					2	1
> 65		3				1		4	3	3		2			3	5
	67	71	14	12	1	2	82	85	28	17	11	10		1	39	28
gesamt: 234																

Tab 6: Betreutes Wohnen ambulant (ABW): Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20	2						2					1				1
21-30	19	14	4	2			23	16	3	2	1				4	2
31-40	10	16	4	2			14	18	2	1	4	1			6	2
41-50	26	28	4	2			30	30	8	5	1				9	5
51-60	19	14	1	3		1	20	18	6	6	4				10	6
61-65	3	2					3	2	3	1					3	1
> 65		3				1		4	3	3		2			3	5
	79	77	13	9		2	92	88	25	18	10	4			35	22
gesamt: 237																

Tab 7: Betreutes Wohnen in Familien (BWF): Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30	2	1		1			2	2								
31-40		1						1	1							1
41-50	1	2		2			1	4		1		1				2
51-60	1	1		1			1	2				2		2		4
61-65				1				1	3	1					3	1
> 65										1		1	1		1	2
	4	5		5			4	10	3	4		4	1	2	4	10
gesamt: 32																

Tab 7: Betreutes Wohnen in Familien (BWF): Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20				1				1								
21-30	2	1		1			2	2								
31-40		1						1	1							1
41-50	1	3		3			1	6		1		1				2
51-60	1						1					2		2		4
61-65									3	1					3	1
> 65				1				1		1		1	1		1	2
	4	5		6			4	11	3	4		4	1	2	4	10
gesamt: 29																

Tab 8: Leistungen in Form Persönlicher Budgets: Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30																
31-40		1						1								
41-50	1	2					1	2								
51-60	1	1					1	1								
61-65		1						1	1						1	
> 65	1						1		1						1	
	3	5					3	5	2						2	
gesamt: 10																

Tab 8: Leistungen in Form Persönlicher Budgets: Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		Gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30																
31-40		2						2								
41-50	1	4			1		2	4								
51-60		1						1								
61-65	1	1					1	1	1						1	
> 65									1						1	
	2	8			1		3	8	2						2	
gesamt: 13																

Tab 9a: Bereich Fachpflege / Binnendifferenzierung: Stand 31.12.2011

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30																
31-40										1						1
41-50		1	1	4			1	5		1						1
51-60	1	4	1	1			2	5				2	1		1	2
61-65	1						1		1	1				1	1	2
> 65	4	8	3	8	1		8	16	1	2	2	21		4	3	27
	6	13	5	13	1		12	26	2	5	2	23	1	5	5	33
gesamt: 76																

Tab 9a: Bereich Fachpflege / Binnendifferenzierung: Stand 31.12.2010

Alter	Sektor Reutlingen/und Umgebung								Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20																
21-30																
31-40																
41-50	1		1	3			2	3		1						1
51-60	2	2	1	1			3	3	1			1			1	1
61-65	1	1	1				2	1		1				1		2
> 65	3	8	1	10	1		5	18	2	2	4	25		4	6	31
	7	11	4	14	1		12	25	3	4	4	26		5	7	35
gesamt: 79																

Tab 9b: Bereich Fachpflege (SGB XI): Stand 31.12.2011								
Haus Aachtal Zwiefalten								
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
Alter	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20								
21-30	1		1				2	
31-40	2	1	1	2			3	3
41-50	2	1	3	1			5	2
51-60	5	3	5				10	3
61-65	3	1	2	1			5	2
> 65	5	3	4	3			9	6
	18	9	16	7			34	16
gesamt: 50								

Tab 9b: Bereich Fachpflege (SGB XI): Stand 31.12.2010								
Haus Aachtal Zwiefalten								
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	
Alter	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.
< 20								
21-30	2		1				3	
31-40	2	1	2	1			4	2
41-50	1	3	3	1			4	4
51-60	5	2	5				10	2
61-65	1		3				4	
> 65	4	4	4	4		1	8	9
	15	10	18	6		1	33	17
gesamt: 50								

Tab: 10 Hilfeplankonferenzen										
Anzahl der Fälle, die in den Hilfeplankonferenzen im Sektor Reutlingen/Umland und im Sektor Alb/Oberes Ermstal vorgestellt wurden:										
Jahr	2003		2004		2005		2006		2007	
Sektor	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb
	65	25	95	42	112	63	143	75	148	71
Summe	90		137		175		218		219	

Anzahl der vorgestellten Fälle:								
Jahr	2008		2009		2010		2011	
Sektor	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb
	133	74	149	69	156	89	116(+16)	85 (+2)
Summe	207		218		245		201 (+18) *	

* Die in Klammer angegebene Zahl entspricht den sog. Kurzvorstellungen, die zur Verkürzung der Arbeitsdauer der HPK definiert wurden. Es handelt sich hierbei um Hilfesettings ohne Veränderung, in der durch die gemeinsame Helfer-konferenz festgestellt wurde, dass die ausführliche Vorstellung des Hilfeplanes zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt!