



Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt

Abschlussbericht der begleitenden Evaluation
der EQUAL Entwicklungspartnerschaft

**apk – Arbeit für psychisch
kranke und behinderte Menschen**



INHALT

1	Einleitung	1
2	Die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft apk.....	2
2.1	Struktur der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft	2
2.2	Ziele der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft	4
3	Qualitative Ergebnisse der Projektumsetzung.....	7
3.1	Netzwerkprozesse	7
3.2	Maßnahmen und ergänzende Angebote.....	10
3.2.1	Ausbau der Methoden zur individualisierten Hilfeplanung	10
3.2.2	Verbesserung der individuellen Integrationsprozesse	11
3.2.3	Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen	12
3.3	Öffentlichkeitsarbeit: Sensibilisieren von Arbeitgebern und Leistungsträgern	14
4	Barrieren und Lösungswege der Projektumsetzung.....	15
5	Ergebnisse zu erreichten Teilnehmer/innen.....	17
5.1	Soziodemographische und qualifikatorische Eckdaten	18
5.2	Teilnahmebezogene Daten	21
5.3	Ergebnisdaten.....	27
6	Das Querschnittsziel Gender Mainstreaming in der EP-Umsetzung	30
6.1	Geschlechtsspezifische Befunde der Teilnehmer/innengruppe	30
6.2	Ein (geschlechter)differenzierter Blickwinkel auf die Arbeit	32
6.3	Fallbeispiele.....	34
7	Die transnationalen Kooperationsprozesse	37
8	Fazit.....	40

ABBILDUNGEN

Abbildung 2.2-1	Zielsystem der Entwicklungspartnerschaft.....	5
Abbildung 3.1-1	Partner/innen der regionalen Netzwerke.....	8
Abbildung 3.1-2	Im Rahmen der Netzwerke verfolgte Ziele	9
Abbildung 5.1-1	Erreichte Teilnehmer/innen nach Geschlecht	18
Abbildung 5.1-2	Erreichte Teilnehmer/innen nach Altersgruppen.....	19
Abbildung 5.1-3	Erreichte Teilnehmer/innen nach Herkunft.....	19
Abbildung 5.1-4	Erreichte Teilnehmer/innen nach schulischer Qualifikation.....	20
Abbildung 5.1-5	Erreichte Teilnehmer/innen nach beruflicher Qualifikation.....	21
Abbildung 5.2-1	Förderanspruch nach SGB	22
Abbildung 5.2-2	Eingesetzte Diagnoseverfahren	23
Abbildung 5.2-3	Einsatz des IBRP	24
Abbildung 5.2-4	Eingesetztes Fallmanagement.....	24
Abbildung 5.2-5	Formen der Hilfeplankonferenzen.....	25
Abbildung 5.2-6	Umgesetzte teilnehmerbezogene Maßnahmen	26
Abbildung 5.2-7	Inhalte der Qualifizierungsmaßnahmen	27
Abbildung 5.3-1	Geplante Anschlussperspektive.....	28
Abbildung 5.3-2	Personenbezogene Maßnahmeerfolge der Teilnehmer/innen	29
Abbildung 5.3-3	Verbleib nach Teilnahme an der EQUAL apk Maßnahmen	30

JOHANN DANIEL LAWAEZT – STIFTUNG

Arbeitsbereich Forschung Evaluation Wissenstransfer
 Neumühlen 16-20 D-22763 Hamburg www.lawaetz.de
 Tel. 040 / 39 99 36-54 Fax 040 / 39 99 36-90

BEARBEITUNG

Peer Gillner gillner@lawaetz.de
 Katrin Triebel triebel@lawaetz.de

1 Einleitung

Die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft (EP) „apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen“ wurde von der Johann Daniel Lawaetz-Stiftung begleitet und evaluiert. Die Evaluation wurde als formative (begleitende) Evaluation durchgeführt, die an die Spezifika der Entwicklungspartnerschaft sowie die geforderten Leistungen der Programmevaluation angepasst wurde. Die methodische Herangehensweise war dabei vor allem durch zwei Ansätze gekennzeichnet:

Zum einen erfolgte die Begleitung/ Beratung der EP-Akteure durch eine Unterstützung bei der Qualitätssicherung und Prozessoptimierung. So wurden z.B. gemeinsam die Projektziele entwickelt, erörtert, operationalisiert und von außen gespiegelt, Innovationen und Good Practices wurden identifiziert und es erfolgte eine Unterstützung der Mainstreamingaktivitäten.

Auf der anderen Seite erfolgte eine Bewertung des Umsetzungsprozesses (auch durch mit der Programmevaluation abgestimmte Untersuchungen): In diesem Zusammenhang wurde u.a. ein Überblick über die Arbeit innerhalb der Teilprojekte erstellt. Um die entsprechenden Daten zu erheben, wurde aufbauend auf den Zielen und ersten Umsetzungserfahrungen der Entwicklungspartnerschaft und dem dort erarbeiteten EP-Zielsystem ein Dokumentationstool erstellt, das zum einen die zentralen Stationen der Teilnehmer/innen in den einzelnen Teilprojekten erfasste und zum anderen die Zielumsetzung und die Entwicklungen auf Teilprojektebene abbildete. Dieses Dokumentationstool wurde erstmals im Herbst 2006 eingesetzt. Eine weitere Abfrage fand im Herbst 2007 statt, um so einen Überblick über die Entwicklung und Zielerreichung bei der Projektarbeit zu erhalten. Gegenstände der begleitenden Evaluation waren darüber hinaus auch die Querschnittsziele und Programmgrundsätze laut PGI sowie die Analyse der transnationalen Aktivitäten.

Das Evaluationsteam legte größten Wert auf eine wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen EP-Partnern, um in einem kollegialen Arbeitsverhältnis einen Beitrag zur Optimierung der Umsetzungsprozesse der Entwicklungspartnerschaft zu leisten. Das Vertrauen und die Offenheit, die uns von Seiten der Mitarbeiter/innen und Leiter/innen der Teilprojekte, der strategischen Partner der Entwicklungspartnerschaft, den Partnern aus Polen und aus Lettland und natürlich der EP-Koordination als Auftraggeberin entgegen gebracht wurden, haben den Evaluationsprozess sehr lebhaft werden lassen. An dieser Stelle gebührt den Beteiligten Anerkennung und herzlicher Dank.

Die Evaluationsergebnisse sind im Folgenden zusammengefasst. Dabei werden zunächst Struktur und Ziele der EP dargestellt (Kap.2: Die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft), um dann auf die projektbezogenen Ergebnisse der Zielumsetzung sowie die dabei aufgetretenen Barrieren und die entwickelten Lösungsansätze einzugehen (Kap. 3 und 4). In Kap. 5 folgt ein Überblick über die konkrete Arbeit mit den Teilnehmer/innen sowie in Kap. 6 zu dem Querschnittsthema Gender Mainstreaming. Das Kap. 7 gibt einen Einblick in die Prozesse der transnationalen Partnerschaft und schließlich findet sich in Kap. 8 ein kurzes Fazit aus Sicht der Evaluation.

2 Die EQUAL-Entwicklungspartnerschaft apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen

Die aus dem Europäischen Sozialfonds kofinanzierte Gemeinschaftsinitiative EQUAL zielte auf die Erprobung neuer Wege zur Bekämpfung von Ungleichheiten von Arbeitssuchenden und Arbeitenden auf dem Arbeitsmarkt. Die Strategie der Gemeinschaftsinitiative zeichnete sich dadurch aus, dass innovative Ansätze der Arbeitsmarktpolitik mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten gefördert wurden, die nach einem Erprobungsprozess durch das Mainstreamingverfahren in regionale Regelsysteme zu überführen sind. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen von Projektverbänden – Entwicklungspartnerschaften (EP) – unter der besonderen Berücksichtigung von Querschnittszielen.¹

2.1 Struktur der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft

Bei der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen“ handelte es sich um eine bundesweite sektorale Partnerschaft, bestehend aus insgesamt 15 Teilprojekten aus 9 Regionen Deutschlands. Beteiligte operative Partner waren:

1. Arkade Pauline 13 gGmbH, Ravensburg: Vernetzung und Ausbau der Region Bodensee (Baden Württemberg)

¹ Die Umsetzung in Deutschland erfolgte auf Grundlage des *Programms für die Gemeinschaftsinitiative EQUAL in der Bundesrepublik 2000 – 2006* (PGI). Dieses Programmplanungsdokument legt die zentralen Verpflichtungen des Mitgliedsstaates im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL fest. Dazu gehören Strategie, Schwerpunkte, Maßnahmen und Finanzplan. Vgl. http://www.equal-de.de/download/equal_pgi_010329.pdf

2. Klinikum Ingolstadt GmbH, Ingolstadt: Teilhabe-Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankungen (Bayern)
3. Die Brücke gGmbH, Neumarkt: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung in Neumarkt (Bayern)
4. Klinikum Bremen-Ost GmbH, Bremen: Aufbau Kooperationszentrum für Rehabilitation (Bremen)
5. Arinet gGmbH: Vernetzung der Hamburger Bezirke (Hamburg)
6. Bergedorfer Impuls: Niedrigschwellige Beschäftigungsangebote (Hamburg)
7. Berufsförderungswerk Hamburg: Vernetzung im Großraum Hamburg (Hamburg)
8. Berufsförderungswerk Hamburg: Netzwerkkoordination
9. Berufsförderungswerk Hamburg: Netzwerkkoordination erster Meilenstein
10. Berufsförderungswerk Hamburg: Arbeit für psychisch behinderte Menschen im Europakontext (Hamburg)
11. proWerk/ Bethel, Bielefeld: Passgenaue berufliche Eingliederungshilfen (Nordrhein Westfalen)
12. TSE – Trägergesellschaft Sozialer Einrichtungen gGmbH, Halle: Beratung, personenzentrierte Betreuung und Planung (Sachsen-Anhalt)
13. Lukas-Stiftung Altenburg – Klinik für Psychiatrie; Horizonte e.V.: Vernetzung und Arbeit für psychisch Kranke (Thüringen)
14. OTEGAU Ostthüringer Entwicklungsgesellschaft mbH, Gera: Hilfen für psychisch kranke Migrant/innen (Thüringen)
15. OTEGAU Ostthüringer Entwicklungsgesellschaft mbH, Gera: Koordinationsstelle Hilfen zur Teilhabe (Thüringen)

Die fachliche und administrative Betreuung des apk-Projektes erfolgte durch eine beim Berufsförderungswerk (BFW) Hamburg eingerichtete Koordinationsstelle. Als operative Partner wurden Einrichtungen und Träger gefunden, die ausschließlich alle über langjährige Erfahrungen bei der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen verfügen, die Bereitschaft zu innovativen Vorgehensweisen zeigen und vernetztes Arbeiten sowie einrichtungsübergreifend einen kooperativen Arbeitsstil pflegen.

Das Projekt knüpfte an die Ergebnisse aus dem von der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) durchgeführten Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen – Entwicklung regionaler integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ (TAB) an und war in hohem Maße in die Systeme der medizini-

schen und beruflichen Rehabilitation eingebunden. Eine Vielzahl strategischer Partner aus den Modellregionen des TAB-Projektes unterstützte die Entwicklungspartnerschaft durch eine enge Kooperation in der regionalen Vernetzung von Institutionen. Auch die überwiegende Anzahl der Teilprojekte war zuvor bereits im TAB-Projekt aktiv eingebunden. Die APK agierte als strategischer Partner für die Begleitung des Projektes. Zudem verfügte die Entwicklungspartnerschaft über einen Beirat, in dem relevante Organisationen der Bundes- und Landesebene zusammengeführt waren. Hierzu zählten Fachverbände, Kliniken, Sozialpartner und Kostenträger (Agentur für Arbeit, Renten- und Krankenversicherungsträger etc.).

In dem Netzwerk der EP waren somit eine große Bandbreite an unterschiedlichen Akteuren und Kompetenzen vereint. Auf der Ebene der Teilprojekte fanden sich einerseits Kliniken und Berufsförderungswerke, aber auch kleine und regional bereits stark vernetzte Integrationsdienstleister und Beratungsstellen. Darüber hinaus waren auf der Ebene der strategischen Partner und des Beirats u.a. Bundesländer, Landkreise und Kommunen, Kostenträger, fachliche Experten/innen der beruflichen Rehabilitation, Betroffenenverbände etc. eingebunden.

Und letztlich arbeitete die Entwicklungspartnerschaft apk im Rahmen der transnationalen Kooperation AQuA – Assessment, Qualification and Attitude Change – mit Partnern aus Krakau (Polen) und Riga (Lettland) zusammen. Auch diese Partner verfügen über langjährige Erfahrung bei der Integration psychisch kranker Menschen in Arbeit – z.B. im Rahmen der Betreuung von Integrationsbetrieben, aber auch im Kontext von Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit. In der intensiven transnationalen Zusammenarbeit – ebenfalls koordiniert durch das BFW Hamburg – wurden vor allem die Themenfelder Assessment, Schlüsselqualifikationen und Öffentlichkeitsarbeit (transnationale Anti-Stigma-Kampagnen) fokussiert. In diesen Bereichen unterstützte das transnationale Netzwerk auch die Entwicklungspartnerschaft apk unmittelbar durch konstruktive Impulse und Erfahrungsaustausch (s. dazu Kap. 7).

2.2 Ziele der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft

Ziel der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft war die Verbesserung beruflicher Integrationsprozesse für psychisch kranke und behinderte Menschen sowie die Optimierung der Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit der Hilfe-/ Unterstützungssysteme. Im Kontext dieser globalen Zielperspektive setzte sich die Entwicklungspartnerschaft

differenzierte, aber aufeinander bezogene Strategieziele, die durch die eingebundenen Teilprojekte mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung verfolgt wurden.

Auf der Grundlage der Analyse von Projektkonzepten und Experteninterviews entwickelte die begleitende Evaluation eine Systematik, die die jeweiligen Strategieziele der Entwicklungspartnerschaft erläutert und entsprechende Ansätze zur Zielverfolgung darstellt. Dieses Zielsystem wurde mit den operativen Partnern diskutiert und abgestimmt und bildete über den gesamten EP-Umsetzungszeitraum die Grundlage zur wissenschaftlichen Begleitung der partnerschaftlichen Netzwerkarbeit. Daher werden die jeweiligen Strategieziele (siehe Abbildung 2.2-1) nachfolgend kurz erläutert.

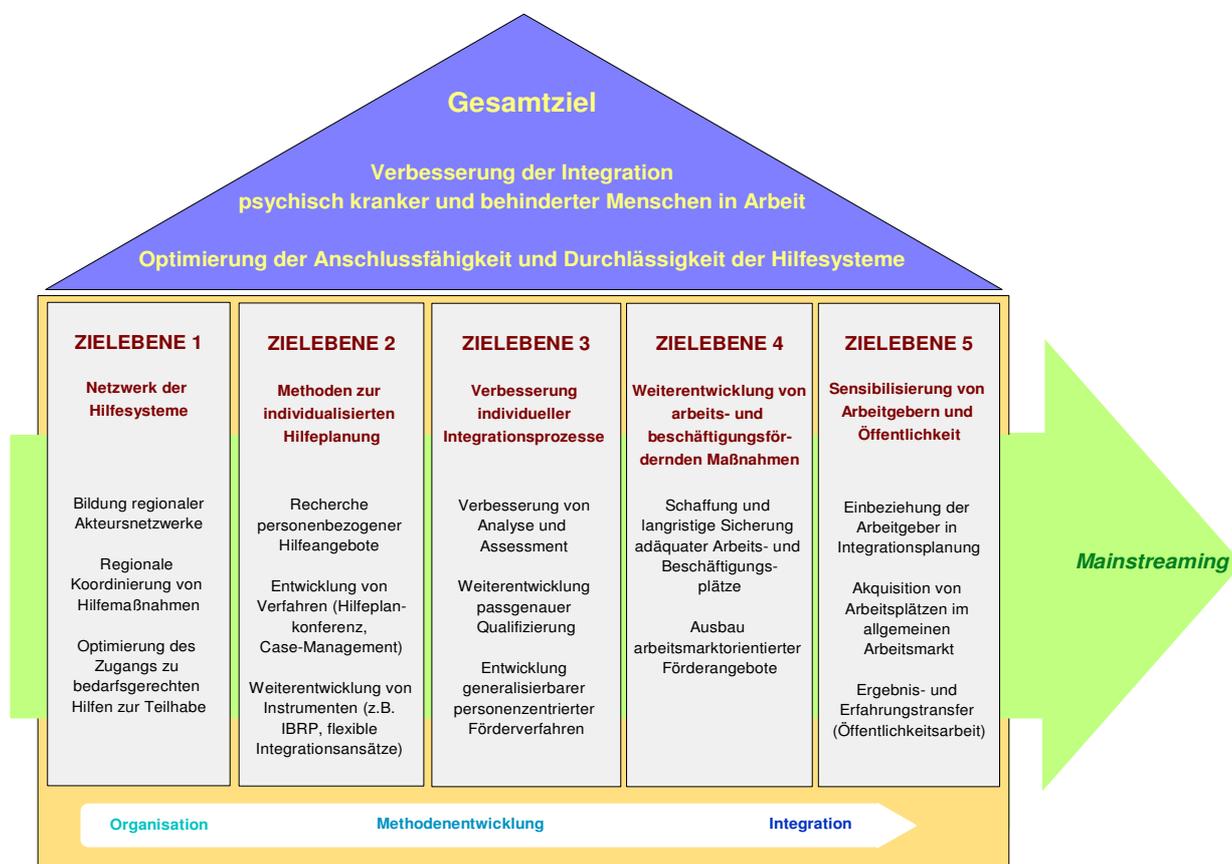


Abbildung 2.2-1 Zielsystem der Entwicklungspartnerschaft

Die Gesamtziele der Entwicklungspartnerschaft richteten sich auf die Verbesserung der Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit sowie auf die Optimierung der Systeme, Methoden und Instrumente im Hinblick auf deren Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit. Diese Globalziele wurden konzeptionell durch

fünf Strategieziele verfolgt, denen jeweils eigenständige Maßnahmen und Aktivitäten zu Grunde lagen, die sich aber im Sinne einer integrierten Hilfeleistung prozessual aufeinander bezogen.

Im Rahmen der *Zielebene 1* wurden Ansätze zur Bildung und Erweiterung von nachhaltigen Netzwerken verfolgt, in denen regionale und überregionale Akteure innerhalb des Fördersystems in Kooperationsprozesse eingebunden werden sollten. Diese Netzwerke sollten als Basis für die (Weiter-)Entwicklung integrierter und abgestimmter Interventionen genutzt werden.

Unter der *Zielebene 2* sollten exemplarisch neue Wege des Zusammenwirkens der Akteure der Hilfesysteme entwickelt und erprobt werden. Dieser Schwerpunkt enthielt Ansätze zur Vernetzung der Angebote verschiedener Einrichtungen zu einem integrierten Leistungsangebot, somit zu einer Optimierung von Angebots- und Maßnahmeketten für die Teilnehmer/innen. Wichtige Bestandteile der Zielverfolgung waren die Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen, des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) sowie des Fallmanagements bzw. der koordinierenden Bezugsperson.

Die *Zielebene 3* setzte an der Verbesserung individueller Integrationsprozesse an. Angestrebt wurde vor allem eine Anpassung bzw. Entwicklung von Verfahren für die Erreichung optimaler Prozesse der Wiedereingliederung. Der Fokus lag hier insbesondere auf der (Weiter-)Entwicklung angepasster Diagnose-, Profiling- und Assessmentverfahren.

Unter der *Zielebene 4* waren solche Ansätze zusammengefasst, die einen nachhaltigen Ausbau sowie die Sicherung arbeitsmarktnaher und zielgruppenadäquater Angebote verfolgten. Hier lag also eine besondere Bedeutung in der Schnittstelle zum allgemeinen Arbeitsmarkt, wobei zwei unterschiedliche Kontexte angesprochen waren: Zum einen die Entwicklung und Akquisition von Arbeits- und Beschäftigungsplätzen, zum anderen der Ausbau arbeitsmarktorientierter Förderangebote. Wichtige Stichworte dabei waren u.a. ‚flexible Arbeitsgestaltung‘, ‚Teilzeitbeschäftigung‘ und ‚niedrigschwellige Arbeits- und Zuverdienstangebote‘.

Die Entwicklungspartnerschaft verfolgte darüber hinaus als *Zielebene 5* die Sensibilisierung von Arbeitgebern und Personalverantwortlichen in Unternehmen, aber auch der Öffentlichkeit, im Hinblick auf eine Öffnung des Zugangs zum Arbeitsmarkt für die Zielgruppe. Dies sollte etwa durch die Einbeziehung der Akteure als strategische Partner der Regionalverbände, durch Good-Practice Ansätze und Öffentlichkeitsar-

beit sowie durch einen Meinungsbildungsprozess im Rahmen von Fachtagungen und Workshops realisiert werden. Hier wurde auch ein wesentlicher Beitrag zum transnationalen Informations- und Erfahrungsaustausch gesehen.

Das gesamte Zielsystem der EP war prozessual ausgelegt und orientierte sich an den Teilschritten der Integrationsprozesse für psychisch kranke und behinderte Menschen in reguläre Arbeit.

3 Qualitative Ergebnisse der Projektumsetzung

Mit Hilfe des im Rahmen der begleitenden Evaluation entwickelten Dokumentations-tools wurden u.a. die projektbezogenen Entwicklungen, insbesondere hinsichtlich der auf die strategischen Ziele der Entwicklungspartnerschaft ausgerichteten Fortschritte, erfasst.

Schwerpunkt dabei waren neben Erhebungen zu den Netzwerkprozessen in den Teilprojekten (vgl. Kap. 3.1) Fragen nach den für die Zielgruppe bereitgestellten Maßnahmen (vgl. Kap. 3.2) sowie Fragen in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit, und hier insbesondere die für eine Sensibilisierung von Arbeitgebern und Leistungsträgern entwickelten Formen (vgl. Kap. 3.3).

Die Angaben der Teilprojekte zu diesem Themenkomplex beruhten auf Selbsteinschätzungen der verantwortlichen Projektleiter/innen, ohne dass die Objektivität der Angaben im Rahmen dieser Auswertung überprüft werden konnte. In der nachfolgenden Zusammenfassung der Ergebnisse geht es zudem nicht um eine Darstellung, welches oder wie viele der Teilprojekte welche Vorgehensweise gewählt haben oder mit welchen Schwierigkeiten konfrontiert waren. Vielmehr besteht das Anliegen in einer qualitativen Darstellung des Spektrums der für die Zielerreichung angewandten Methoden, deren Umsetzung und mögliche hindernde oder fördernde Faktoren.

3.1 Netzwerkprozesse

Ein zentrales strategisches Ziel der Entwicklungspartnerschaft stellte die Entwicklung und Implementierung integrierter regionaler Netzwerke dar, um durch Einbindung aller relevanten Akteure in eine integrierte Hilfestruktur die Wiedereingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen in den Arbeitsmarkt erreichen zu können. Gemeint waren hier unterschiedliche Netzwerkformen, wie beispielsweise Netzwerke

der Hilfeplanung, Projektgruppen, Fach- und Arbeitsgruppen oder Beiräte, aber auch die Hilfeplankonferenzen (s. dazu Kap. 3.2.1). Im Kontext der begleitenden Evaluation wurde ermittelt, ob und welche Arten von Netzwerken gebildet und welche Partner eingebunden werden konnten. Insbesondere sollte auch ein Überblick über die Ziele, die jeweils im Rahmen dieser Netzwerke verfolgt werden, erstellt werden.

Insgesamt konnte das Ziel eines Aufbaus und Verstetigens von Netzwerken in allen Teilprojektregionen realisiert werden. Bereits nach dem ersten Jahr der Projektlaufzeit gaben 9 der 12 Teilprojekte an, ein Netzwerk wichtiger Akteure gebildet zu haben. Bei der 2. Abfrage im Oktober 2007 galt dieses Ergebnisse für sämtliche Teilprojekte: In allen Regionen konnten die wichtigen Akteure des beruflichen Integrationsprozesses in die regionalen Netzwerke eingebunden werden, die überwiegend kontinuierlich und mit fester Kooperationsstruktur zusammenarbeiten. Dabei erwies sich die Besetzung der jeweiligen Netzwerke als äußerst heterogen. Die nachfolgende Abbildung (vgl. Abbildung 3.1-1) zeigt die beteiligten Ressorts und Zuständigen, wobei die Größe der einzelnen Cluster die Häufigkeit der Kooperationen wiedergibt.

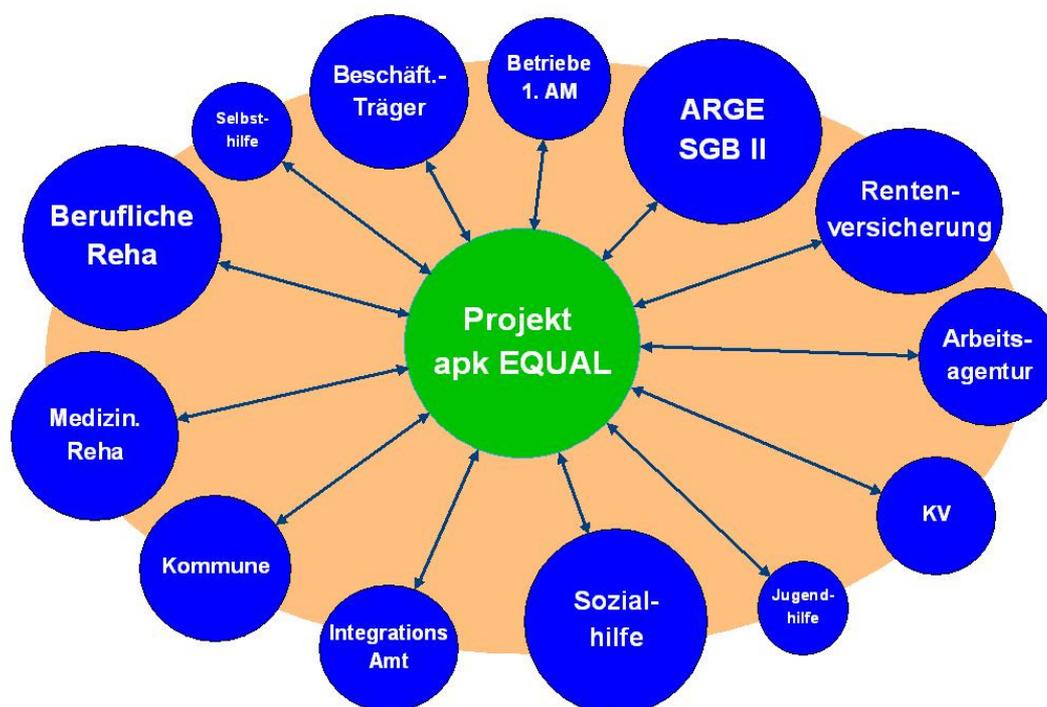


Abbildung 3.1-1

Partner/innen der regionalen Netzwerke

Besonders wichtige Netzwerkpartner – sowohl auf der operativen als auch auf der strategischen Ebene – waren die Kosten- und Leistungsträger (z.B. die Arbeitsgemeinschaften SGB II, Arbeitsagenturen, Renten-, Kranken- und Sozialhilfeträger). Gerade bei diesen gelang ein äußerst hoher Grad der Einbindung. Darüber hinaus konnten eine Reihe weiterer Partner in regionale Netzwerke eingebunden werden, wie etwa Integrationsämter, andere kommunale Partner, Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Selbsthilfegruppen, Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger sowie Unternehmen und in Einzelfällen auch sozialpsychologische Dienste, Parteien, Wohlfahrtsverbände, Handelskammer etc.

Insgesamt dienten diese Netzwerke vor allem der regionalen Koordinierung der Hilfemaßnahmen, einer Verbesserung der angewandten Verfahren der Hilfeplanung, der Verbesserung einer Passgenauigkeit der Angebote und Hilfen für die Zielgruppe sowie dem Ausbau arbeitsorientierter Förderangebote. Die Netzwerke wurden auch als Mittel für eine Sensibilisierung der strategischen Partner genutzt. (vgl. Abbildung 3.1-2).

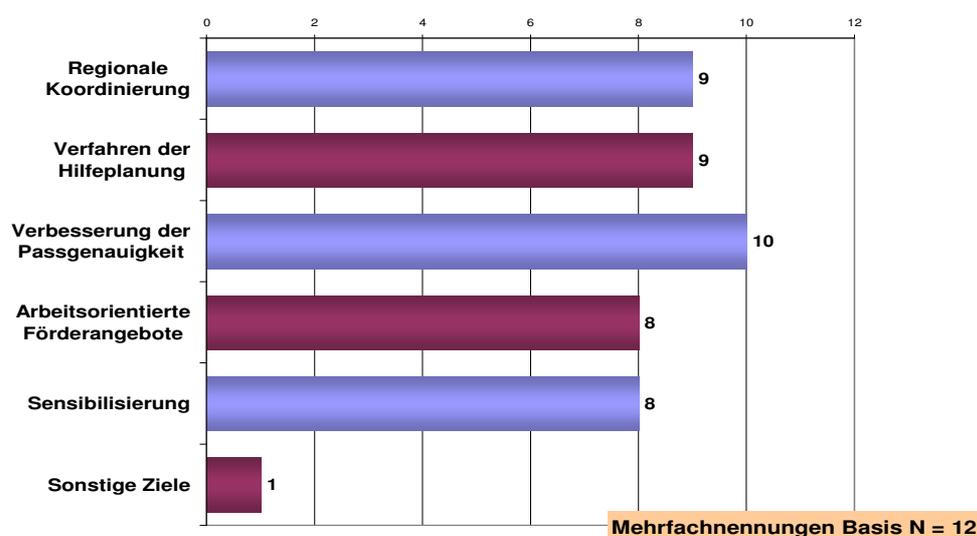


Abbildung 3.1-2 Im Rahmen der Netzwerke verfolgte Ziele

Die Bewertung der regionalen Vernetzung im Projektverlauf durch die Teilprojekte selbst kann wie folgt zusammengefasst werden:

Insgesamt wird der Aufbau der Netzwerke als sehr erfolgreich beschrieben. Es entstanden deutlich verbesserte Kooperationsstrukturen, die das Thema „Arbeit“ bei allen Beteiligten deutlicher in den Fokus rückte und nicht zuletzt eine Nutzung aller regional vorhandenen Ressourcen ermöglichte. Für die Projektteilnehmenden bedeu-

tete dies, dass die Hilfeplanung unter Berücksichtigung ihres gesamten Lebensbereiches individueller und personenbezogener gestaltet und dabei auf ein größeres Angebot an passgenauen Hilfen zurückgegriffen werden konnte.

3.2 Maßnahmen und ergänzende Angebote

Weitere strategische Ziele umfassten die Entwicklung und Erprobung einer Vielzahl von Maßnahmen und Instrumenten, um die individuelle Eingliederung der von psychischen Beeinträchtigungen Betroffenen zu verbessern und nahtlose Übergänge in diesem Prozess zu gewährleisten. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse betreffen die von den Teilprojekten in diesem Zusammenhang konkret durchgeführten Maßnahmen. Insbesondere war hier von Interesse, inwieweit besondere Ansätze und Verfahren entwickelt und wie die vorhandenen Leistungsangebote an die spezielle Zielgruppe der psychisch kranken Menschen angepasst werden konnten.

3.2.1 Ausbau der Methoden zur individualisierten Hilfeplanung

Ganz wesentlich in diesem Zusammenhang war der Ausbau der Methoden zur individualisierten Hilfeplanung, und zwar insbesondere der Einsatz eines Fallmanagements bzw. der koordinierenden Bezugsperson für die Projektteilnehmenden, die Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) sowie die Durchführung von Hilfeplankonferenzen.

Der Einsatz einer koordinierenden Bezugsperson erfolgte in allen Teilprojekten für alle Teilnehmenden (vgl. Kap. 5.2) und war eines der wichtigsten Erfolge des apk-Projektes. Die Aufgabe konnte im Projektkontext fast immer durch die Projektmitarbeiter/innen wahrgenommen werden, häufig im Zusammenwirken mit den örtlichen Arbeitsgemeinschaften des SGB II. Die wichtigste Leistung der koordinierenden Bezugsperson bestand in der Steuerung und Abstimmung des individuellen Hilfeplans. Das bedeutet auf der einen Seite eine kontinuierliche Begleitung der Teilnehmenden während des Integrationsprozesses, auf der anderen Seite aber auch die Gewährleistung der Kommunikation mit sämtlichen Beteiligten, die Organisation der Hilfeplankonferenzen und das Sicherstellen der Umsetzung von vereinbarten Schritten etc. Abgestimmt auf die Zielgruppe des EQUAL-Projektes konnte durch die koordinierende Bezugsperson auch nach der Arbeitsaufnahme eine Begleitung der Teilnehmer/innen am Arbeitsplatz sichergestellt werden.

Der IBRP wurde in 9 Teilprojekten - wenn auch nicht für alle Teilnehmer/innen, aber zumindest grundsätzlich - eingeführt, 2 weitere Teilprojekte führten einen auf dem IBRP basierenden bzw. diesem angepassten Hilfeplan ein. Lediglich in einem Teilprojekt gelang die Einführung nicht, da innerhalb des beteiligten Netzwerkes noch keine Verständigung auf ein einheitliches Instrument erzielt werden konnte.

Zwar bedarf die kontinuierliche Fortschreibung des IBRP Zeit und auch ein gewisses Vertrauensverhältnis zu dem/der Teilnehmer/in, gleichwohl wurde das Instrument von den Teilprojekten als sehr sinnvoll erachtet, um einen Überblick über Verlauf und Ziele der gesamten Hilfeplanung zu erhalten. Besonders positiv wurde hervorgehoben, dass der Schwerpunkt auf den vorhandenen Fähigkeiten und Kenntnissen anstatt auf den durch Krankheit bestehenden Einschränkungen besteht.

Auch die Hilfeplankonferenz konnte in beinahe allen Projektregionen realisiert werden und fand überwiegend in einem 4-Wochen-Rhythmus (teils aber auch anlassbezogen) statt. Gerade durch die regelmäßige Beteiligung von Fachleuten unterschiedlicher Fachrichtungen konnten die verfügbaren Erfahrungen und Ressourcen optimal genutzt werden, was zu einer optimalen Prozessbegleitung für die Betroffenen führte.

Wie erfolgreich die Anwendung der genannten Instrumente gerade im Hinblick auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt war, zeigte sich bei der Auswertung der Verbleibsdaten der Teilnehmenden. Während der Anteil derjenigen, die nach Abschluss der Maßnahmen in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vermittelt wurden, bei 19,5% lag² (vgl. dazu auch Kap. 5.3), betrug der Anteil der vermittelten Personen, die zuvor die Hilfeplankonferenz durchlaufen haben, 33% und der Anteil derjenigen, bei denen der IBRP eingesetzt wurde, sogar bei 38,6%.

3.2.2 Verbesserung der individuellen Integrationsprozesse

Unter dem strategischen Ziel der Verbesserung der individuellen Integrationsprozesse wurde von den Teilprojekten die Anpassung bzw. Entwicklung von Verfahren für die Erreichung optimaler Prozesse der Wiedereingliederung angestrebt. Der Fokus lag hier auf der (Weiter-) Entwicklung angepasster Diagnose- Profiling- und Assessmentverfahren sowie der individuellen Beratung und des Coachings.

² Da das Projekt zum Zeitpunkt der Abfrage noch nicht beendet war, beziehen sich diese Angaben nur auf den im September 2007 bekannten Verbleib.

Die Teilprojekte arbeiteten in der Regel mit einer Mischung aus verschiedenen Profiling- und Assessmentverfahren. Im Rahmen der Arbeitsgelegenheiten – also innerhalb der Maßnahme – wurden diese mit dem Schwerpunkt auf arbeitsbezogene Schlüsselqualifikationen umgesetzt.

Hier hat sich vor allem gezeigt, dass formalisierte Verfahren gerade bei der Zielgruppe der psychisch kranken Menschen keine verlässlichen Aufschlüsse über die Arbeitsfähigkeit zulassen. Daher setzten die Projekte neben dem IBRP eine Mischung unterschiedlicher, teils angepasster und/oder kombinierter Methoden (etwa Melba, Ida, PEP, AFP etc.) ein. Insgesamt wurde darauf geachtet, die Angebote auf die Berücksichtigung arbeitsbezogener Schlüsselqualifikationen und passgenauer Hilfen auszurichten. Dazu wurden Eingangs- sowie begleitende Gespräche und Reflexionen mit den Teilnehmenden als sehr wichtig angesehen. Ebenso hatten vorgeschaltete Maßnahmen wie Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen einen hohen Stellenwert. Von allen Teilprojekten wurden genau auf die Zielgruppe abgestimmte Arbeitserprobungen und Praktika durchgeführt. Im Einzelfall gab es Modulangebote an psychosozialen Hilfen nach dem SGB II.

3.2.3 Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen

Ein weiteres strategisches Ziel bestand in der Weiterentwicklung von arbeits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen. Die durchgeführten Maßnahmen (fast 2/3 davon Arbeitsgelegenheiten des SGB II) wurden in den Teilprojekten entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst, um Über- und Unterforderungen zu vermeiden. Gelingt dies, konnten erhebliche Leistungssteigerungen erreicht werden und damit einhergehend auch eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Die Projekte verfolgten darüber hinaus den Ausbau niedrigschwelliger Arbeitsmöglichkeiten sowie von Zuverdienstplätzen. Beides konnte im Rahmen von Integrationsbetrieben sowie im Einzelfall auf dem ersten Arbeitsmarkt realisiert werden. Insgesamt legten 10 Teilprojekte den Fokus auf die Anpassung und Weiterentwicklung bestehender Angebote. Dies geschah überwiegend im Rahmen der Netzwerke gemeinsam mit anderen sozialen Akteuren, aber auch in einem engen Dialog mit ArGe und Kommune zur Weiterentwicklung und Konzipierung von Angeboten des SGB II

und des SGB XII. In einem Teilprojekt wurde der Versuch unternommen, einen Firmenverbund aufzubauen.

Fast alle Teilprojekte passten die Arbeitszeiten in ihren Maßnahmen dahingehend an, dass je nach individuellem Arbeitsvermögen der Teilnehmer/innen Teilzeitarbeit sowie flexible Arbeitszeiten ermöglicht wurden, zum Teil auch mit Veränderungen der Arbeitszeit während der laufenden Maßnahme. In der Regel konnte aufgrund der überwiegenden Förderung nach dem SGB II Teilzeitarbeit erst ab einer Arbeitszeit von 3 Stunden täglich angeboten werden. Umgesetzt wurde eine flexible Arbeitszeitgestaltung vor allem im Rahmen der Arbeitsgelegenheiten, bei Minijobs, Praktika und auch bei Zuverdienstbeschäftigung.

Auch hinsichtlich der Anpassung der Leistungsanforderungen schien es für die hier zu erreichende Zielgruppe psychisch kranker Menschen unbedingt erforderlich, Diskontinuitäten im persönlichen Arbeits- und Leistungsvermögen der Teilnehmer/innen zu berücksichtigen und die Leistungsanforderungen entsprechend anzupassen. Dabei waren jeweils der individuelle Krankheitsverlauf und insbesondere auch Wechsel im Leistungsvermögen während der Maßnahme zu berücksichtigen. Die Projekte versuchten dementsprechend mit den Arbeitgebern individuelle Lösungen zu entwickeln.

Bezogen auf die konkrete Arbeitsplatzgestaltung bedeutete dies, dass die personenbezogenen Bedürfnisse, soweit mit dem Arbeitsalltag vereinbar, berücksichtigt wurden. Hier kam im Einzelnen die Möglichkeit des Rückzuges oder kleiner Pausen für den/die Teilnehmer/in oder die Arbeitsorganisation im Rahmen eines kleinen Teams in Betracht. Räumlich wurde die Notwendigkeit von Einzel- oder ein Gruppenarbeitsplätzen soweit wie möglich berücksichtigt. Darüber hinaus boten die Projekte psychosoziale Begleitung in der Maßnahme, Vorbereitung und Begleitung bei Umschulungen und kontinuierliche Begleitung bzw. Coaching bei Übergängen (Arbeitsplatzwechsel, externe Praktika, Ergotherapie, etc.) an.

Dabei wurde immer auch das Ziel einer individuellen Beteiligung der Teilnehmer/innen an dem Hilfeprozess verfolgt. Dies erfolgte durch eine gemeinsame Ermittlung des Hilfebedarfs, Motivationsgespräche und das Angebot einer ausführlichen Beratung und Information, in der Regel durch das Fallmanagement. Bei Bedarf wurden dabei auch weitere Bezugsgruppen der Teilnehmer/innen einbezogen oder der Kontakt zu komplementären Hilfeangeboten hergestellt.

3.3 Öffentlichkeitsarbeit: Sensibilisieren von Arbeitgebern und Leistungsträgern

Der letzte Teil der im Rahmen der Evaluation mit dem eingesetzten Dokumentations-tool erhobenen projektbezogenen Daten bezog sich auf die Öffentlichkeitsarbeit. Als eines der strategischen Ziele des apk-Projektes wurde diese intensiv verfolgt. Viele der geplanten Maßnahmen und Aktivitäten richteten sich konkret auf die aktive Einbeziehung der Arbeitgeber, um so Arbeitsplätze für die Zielgruppe zu akquirieren und das bestehende Angebot zu erweitern. Auch die Leistungsträger sollten (insbesondere durch Einbezug in die Netzwerke) erreicht werden, so dass im Zusammenwirken bestehende Fördermöglichkeiten effektiv für eine nahtlose und zielgruppenspezifische Hilfeplanung genutzt werden können.

Doch gerade das Einbeziehen von Arbeitgebern des ersten Arbeitsmarktes erwies sich immer wieder als äußerst schwierig, auch wenn dies bei den meisten Teilprojekten im Projektfokus stand und entsprechend vielfältige Aktivitäten stattfanden: So wurden bspw. Flyer und Broschüren zu bestimmten Fragestellungen entwickelt, Fachveranstaltungen organisiert, Fachartikel veröffentlicht, eine Fragebogenaktion zum Thema „Arbeit und psychisch Kranke“ durchgeführt. Die Arbeitgeber wurden direkt angesprochen, wobei soweit möglich auf bestehende Kontakte und Netzwerke zurückgegriffen wurde. Gleichwohl gaben lediglich 3 der 12 Teilprojekte an, dass ihnen die Sensibilisierung und Einbeziehung von Akteuren des ersten Arbeitsmarktes in geplantem Umfang gelungen sei.

Besser erreicht werden konnten hingegen Leistungsträger, für die ebenfalls vielfältiges Informationsmaterial zusammengestellt und beispielsweise Beratungshotlines angeboten wurden. Durch die starke Einbeziehung konnten dann auch in Zusammenarbeit insbesondere mit den Leistungsträgern des SGB II und SGB III speziell auf die Zielgruppe zugeschnittene Maßnahmen und Angebote konzipiert und eingesetzt werden. Zudem haben die Projekte an vielen Kampagnen und Aktionen zur Information der Öffentlichkeit teilgenommen. Gleichzeitig war dies auch ein Schwerpunkt der transnationalen Kooperation mit ähnlich arbeitenden EQUAL-Projekten aus Riga und aus Krakau, mit denen gemeinsam unter anderem eine Wanderausstellung von Gemälden psychisch kranker Künstler realisiert werden konnte.

4 Barrieren und Lösungswege der Projektumsetzung

Bislang konzentrierte sich der Bericht auf die Darstellung der vereinbarten Ziele und den entsprechenden Erfolgen der Zielerreichung. Im Rahmen der Projektdokumentation wurde durch die Evaluation aber auch nach hindernden Faktoren der Zielverfolgung und adäquat entwickelten Lösungswegen gefragt. Nachfolgend seien die Informationen aus der Erhebung kurz dargestellt, geordnet im Hinblick auf die zentralen Netzwerkziele (Vernetzung, Maßnahmenumsetzung und Sensibilisierung).

Barrieren und Lösungswege im Hinblick auf regionale Vernetzung

Gefragt nach den Barrieren bei dem Aufbau von Netzwerken und den jeweils gefundenen Lösungsansätzen benannten die Teilprojekte im Wesentlichen drei Problemfelder. Danach wurden zunächst „netzwerkimmanente“ Barrieren betont, die sich teils in räumlichen Problemen (überörtliche Kostenträger oder einzelne Partner nicht vor Ort), teils in der grundsätzlichen Schwierigkeit, einzelne Partner für die Netzwerkarbeit gewinnen zu können, manifestierten. Zurückhaltung bestand hier insbesondere bei den Arbeitgebern des ersten Arbeitsmarktes, aber auch bei einzelnen Kostenträgern. Hier gingen die Teilprojekte alle den Weg, kontinuierlich einzuladen und zu informieren. Soweit möglich, veranstalteten sie speziell auf diese Partner abgestimmte Informationsveranstaltungen, Sprechstunden oder auch vorgeschaltete Fallkonferenzen. Die in diesem Kontext unterschiedlichen Herangehens- und Sichtweisen der jeweiligen Partner führten oftmals zu einem erhöhten Transaktionsaufwand. Auch hier wurden immer wieder Austausch und das persönliche Kennenlernen der einzelnen Netzwerkpartner durch die Teilprojekte initiiert und unterstützt.

Das zweite Problemfeld bezog sich mehr auf interne Prozesse von Behörden/ ArGe: Benannt wurden eine noch unklare SGB II-Umsetzung, schlechter Informationstransfer und unklare Kommunikationsprozesse, die allesamt auch zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit führen konnten. Die Lösungsstrategie der Teilprojekte bestand in der gezielten Ansprache von Akteuren und dem Versuch, einen breiten Informationstransfer herzustellen.

Der dritte Komplex benannter Schwierigkeiten oder Barrieren bezog sich schließlich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt: Zum einen waren Arbeitgeber des ersten Arbeitsmarktes nicht immer einfach für die Mitarbeit in den Netzwerken zu gewinnen, zum anderen wurden fehlende Arbeitsangebote bzw. eine mangelnde Einstellungs-

bereitschaft als Problemfelder benannt. Als Strategie zur Überwindung dieses Problems wurde beispielsweise eine intensive Begleitung von Klienten bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit eingeführt (Job-Coaching). Darüber hinaus bemühten sich die Teilprojekte um eine intensive Werbung bei den Arbeitgebern sowie deren gezielte Information.

Barrieren und Lösungswege im Hinblick auf die Umsetzung der Angebote

Die größten Probleme, die sich in Bezug auf die Umsetzung der Förderangebote ergaben, wurden von den Teilprojekten in der bestehenden Förderstruktur gesehen. Speziell die Finanzierung durch die ArGe erschien dort als Problem - gerade im Hinblick auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Teilweise wurde die Finanzierung von Angeboten durch die ArGe ganz abgelehnt, bestehende Umsetzungsprobleme des SGB II führten zu Diskontinuitäten bei der öffentlichen Förderung und die Förderzeiten von maximal 12 Monaten waren vor allem bei krankheitsbedingten Ausfällen nicht immer ausreichend. Gerade für psychisch kranke Menschen wurde die enge Fokussierung auf § 16 II, III SGB II als nicht ausreichend angesehen. Weiter wurde betont, dass keine Fördermöglichkeiten für Arbeitsplätze mit einer Wochenarbeitszeit von unter 15 Stunden existierten. Reha-Antragsverfahren wurden als äußerst langwierig dargestellt.

Zur Lösung dieser Probleme versuchten die Projekte, die Netzwerkstrukturen zu nutzen, Kontakte zu aktivieren und so oftmals individuelle Lösungen mit den Leistungsträgern zu erzielen (beispielsweise im Rahmen des persönlichen Budgets). Über Öffentlichkeitsarbeit wurde versucht, auf die Probleme aufmerksam zu machen, die Diskussion anzuregen und konsequent auf die Umsetzung bestehender Rechtsansprüche bzw. auf die Schaffung der notwendigen rechtlichen Voraussetzungen hinzuwirken. Auch der dritte Arbeitsmarkt war ein wichtiges Thema, das in die öffentliche Diskussion eingebracht wurde.

Zudem wurden Arbeitsmöglichkeiten der Teilprojekte sowohl durch eine nicht ausreichende Anzahl von Praktikumsplätzen als auch die geringe Bereitschaft der Arbeitgeber zur Beschäftigung von Projektteilnehmer/innen eingeschränkt. Der Personenkreis der psychisch Beeinträchtigten benötigt dauerhafte, angepasste Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb der Werkstätten für behinderte Menschen, aber häufig fehlten Perspektiven im Anschluss an die Maßnahme, weil der allgemeine Arbeitsmarkt keine angemessenen Lösungen bot. Insoweit wurde eine Lösungs-

möglichkeit in der Schaffung bzw. dem Ausbau von (auch niedrigschwelligen) Arbeitsmöglichkeiten gesehen, bei denen zum einen die spezifische Erfahrung mit dem Personenkreis, zum anderen aber auch eine betriebliche Realität vorhanden sind.

Barrieren und Lösungswege im Hinblick auf die Sensibilisierung:

Auch im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden von den Teilprojekten Barrieren und entwickelte Lösungsansätze beschrieben. Im Vergleich zu den Problemen bei der Entwicklung der Netzwerke sowie der Entwicklung von Maßnahmen und Instrumenten waren die hier auftretenden jedoch nicht so vielschichtig: Im Wesentlichen bestanden sie eben gerade darin, dass in der Öffentlichkeit das Thema und die Probleme psychischer Erkrankungen zu wenig zur Kenntnis genommen werden und eine verzerrte Wahrnehmung von psychisch kranken Menschen besteht. Gerade bei Arbeitgebern führte dies zu Vorbehalten, diese Menschen einzustellen. Maßnahmen gegen diese Barrieren sahen die Teilprojekte in der Öffentlichkeitsarbeit selbst. Neben der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen und Gesprächen wurde insbesondere auch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die beispielsweise die Kompetenzen der betroffenen Menschen sowie die Fragen nach „Normalität“ in den Fokus stellt, für notwendig erachtet und umgesetzt.

5 Ergebnisse zu erreichten Teilnehmer/innen

Die Ergebnisse der Analyse der Teilnehmer/innen beruht auf zwei Datenquellen. Zum einen wurden – vor allem zur Beschreibung der soziodemographischen und qualifikatorischen Merkmale – die Daten des Equal II online tools genutzt. Hier liegen Angaben von insgesamt 598 Teilnehmer/innen vor³. Zum zweiten wurde im Rahmen der begleitenden Evaluierung ein eigenes Dokumentationsinstrument zur Erhebung der prozessgenerierten Daten entwickelt und eingesetzt, das auf spezifische – der Zielgruppe und den Zielsetzungen des Netzwerkes angepasste – Merkmale fokussiert wurde. Durch dieses Dokumentationstool liegen der Evaluation nunmehr auswertbare Datensätze von genau 555 Teilnehmer/innen vor⁴.

³ Daten bezogen auf die gesamte Projektlaufzeit.

⁴ Die letzte Abfrage erfolgte im Oktober 2007.

Schwerpunkt des teilnehmerbezogenen Teils des eingesetzten Dokumentationstools waren neben Fragen zu den Teilnehmer/innen (Bestandsdaten: Eckdaten zur Ausgangssituation der Teilnehmenden) insbesondere Fragen hinsichtlich der Anwendung des personenzentrierten Hilfesystems in der Praxis (Prozessdaten: IBRP, Fallmanagement, Hilfeplankonferenz) sowie abschließend Fragen zum Erfolg der angewandten Methoden (Ergebnisdaten: geplante Anschlussperspektive, Maßnahmenerfolg und Verbleib). Die bei zwei erfolgten Abfragen (jeweils Oktober 2006 und 2007) erzielten Ergebnisse sind im Folgenden zusammengefasst.

5.1 Soziodemographische und qualifikatorische Eckdaten

In den 12 einzelnen Teilprojekten der EQUAL Entwicklungspartnerschaft wurden im Umsetzungszeitraum insgesamt 576 Teilnehmer/innen erreicht, auf die sich die nachfolgenden Daten beziehen. Von allen dokumentierten Teilnehmer/innen waren 54,5% männlich und 45,5% weiblich (vgl. Abbildung 5.1-1). Damit lag die Anzahl der männlichen Teilnehmer über der der Teilnehmerinnen, was angesichts der Ausgangsstruktur der Zielgruppe tendenziell eine leichte Verzerrung bedeutet. Siehe dazu vor allem Kapitel 6.1.

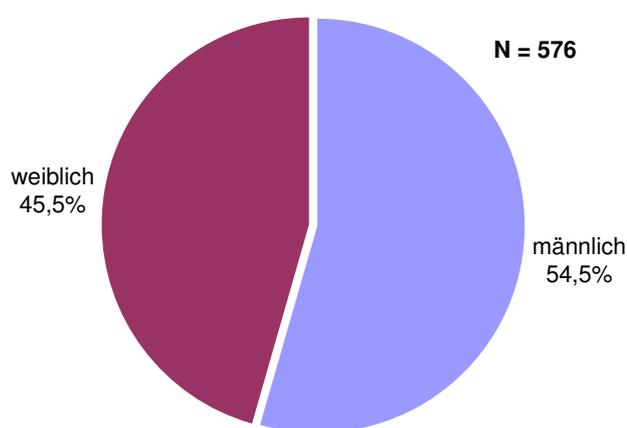


Abbildung 5.1-1

Erreichte Teilnehmer/innen nach Geschlecht

Der Altersdurchschnitt aller dokumentierten Teilnehmer/innen an den apk-EQUAL Maßnahmen lag bei 39,3 Jahren (vgl. Abbildung 5.1-2), wobei die größte Gruppe die der 36- bis 45-jährigen mit einem Anteil von 31,7% darstellt, gefolgt von den anliegenden Altersgruppen (26- bis 35-jährige mit einem Anteil von 27,1% sowie 46- bis 55-jährige mit 23,6%).

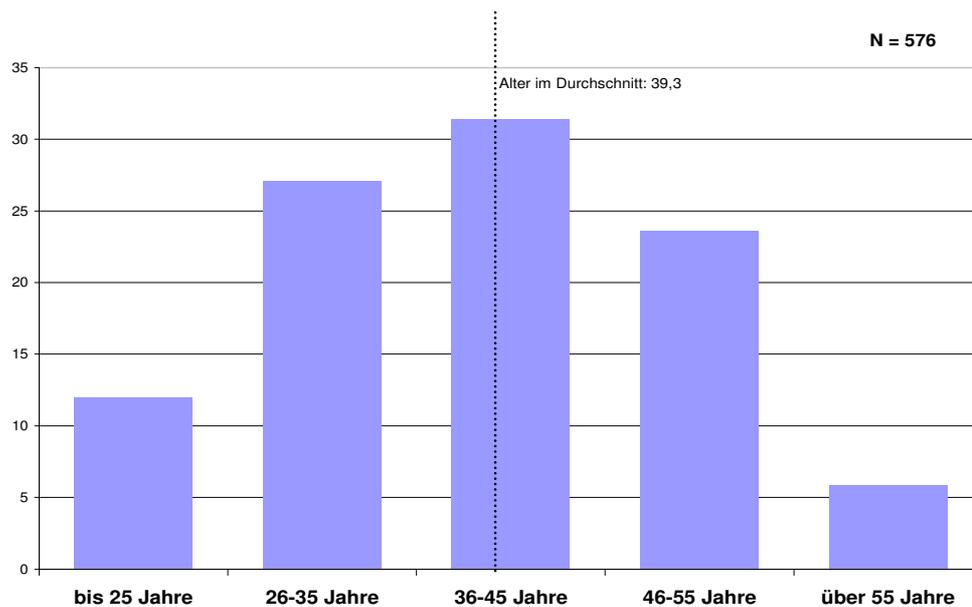


Abbildung 5.1-2

Erreichte Teilnehmer/innen nach Altersgruppen

Hinsichtlich der Herkunft der Teilnehmer/innen (nach Nationalität, vgl. Abbildung 5.1-3) zeigt sich, dass die Teilprojekte im überwiegenden Maße Personen mit deutscher Nationalität erreicht haben. Der Anteil der durch alle Teilprojekte erreichten EU- und Nicht-EU-Ausländer/innen – so die formale Bezeichnung im Stammblatt – liegt bei 8%⁵.

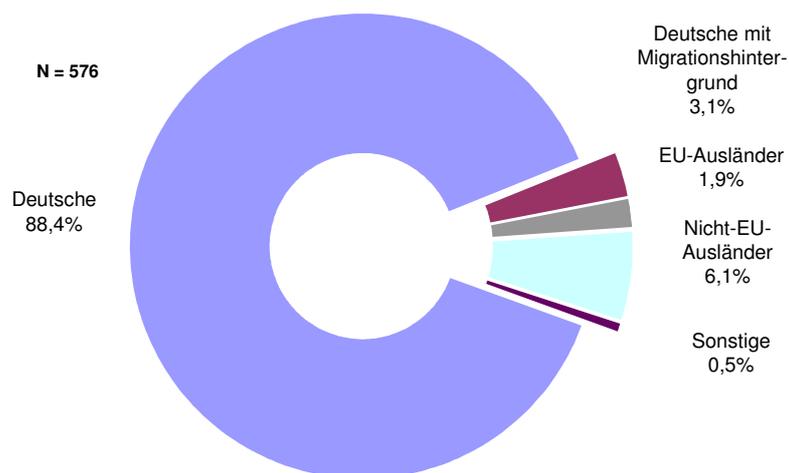


Abbildung 5.1-3

Erreichte Teilnehmer/innen nach Herkunft

⁵ Hier ist anzumerken, dass sich ein Teilprojekt explizit auf die Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten Personen mit Migrationshintergrund konzentrierte.

Angaben über schulische und berufliche Qualifikationen liegen im Equal II online tool nicht von allen erfassten Teilnehmer/innen vor. Demnach lassen sich hier nur tendenzielle Beschreibungen der erreichten Zielgruppe zu diesen Fragen darstellen. Insgesamt zeigt sich, dass hinsichtlich der Schulabschlüsse der Teilnehmer/innen eine relativ unausgewogene Verteilung bestand (vgl. Abbildung 5.1-4). Auffallend ist vor allem der relativ hohe Anteil von Personen, die ausschließlich über einen Hauptschulabschluss verfügten.

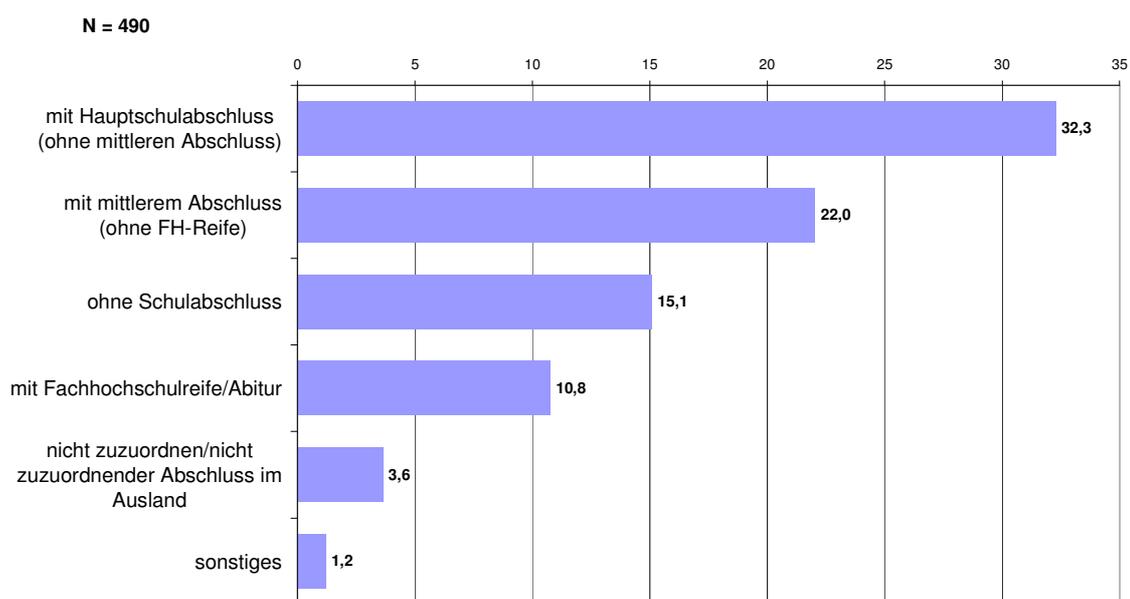


Abbildung 5.1-4 Erreichte Teilnehmer/innen nach schulischer Qualifikation

Betrachtet man die Übersicht nach Höhe des letzten Schulabschlusses, so lag der Anteil geringerer schulischer Qualifikationen unterhalb des mittleren Abschlusses bei fast 50% der Teilnehmer/innen.

Ähnlich ist die Verteilung der beruflichen Abschlüsse der erfassten Personen (vgl. Abbildung 5.1-5). Hier zeigt sich ein vollkommenes Gleichgewicht von Teilnehmer/innen ohne Berufsabschluss und Teilnehmer/innen mit abgeschlossener betrieblichen/ überbetrieblichen Ausbildung. Beide Gruppen ergeben mit zusammen über 86% die deutliche Mehrheit hinsichtlich der beruflichen Vorqualifikationen.

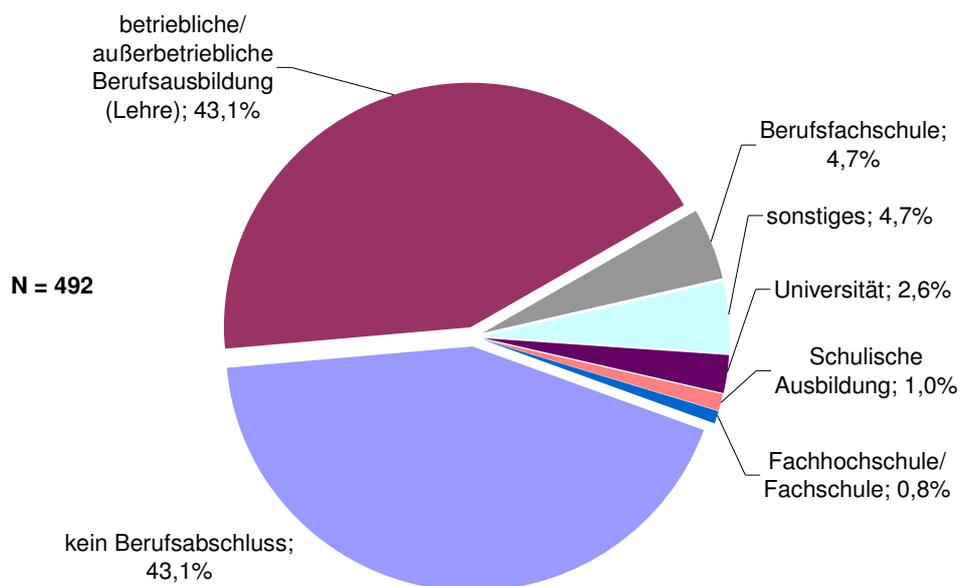


Abbildung 5.1-5

Erreichte Teilnehmer/innen nach beruflicher Qualifikation

Insgesamt handelte es sich bei den Teilnehmer/innen im Projekt meist um Personen mit mehrfachen Vermittlungshemmnissen: Neben der vorliegenden psychischen Erkrankung war der überwiegende Teil der Teilnehmenden langzeitarbeitslos (vgl. den nachfolgend unter 5.2 dargestellten hohen Anteil an Förderungen nach dem SGB II) und verfügte über eine eher unterdurchschnittliche schulische bzw. berufliche Bildung.

5.2 Teilnahmebezogene Daten

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse betreffen insbesondere die Anwendung der Instrumente des personenzentrierten Hilfesystems in der Praxis. Ein wesentliches Ziel des EQUAL-Projektes war die Implementierung der bedarfsgerechten Versorgung von psychisch kranken Menschen auf der Grundlage der Orientierung an dem individuellen Hilfebedarf. Zentrale Bestandteile waren dabei die Entwicklung und Anwendung arbeitsweltbezogener Anamneseverfahren sowie die Anwendung des IBRP, der als integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan ein differenziertes und zielgerichtetes Verfahren der individuellen Hilfeplanung darstellt. Weitere Bestandteile sind die Sicherstellung einer koordinierenden Bezugsperson, die der

psychisch kranken Person zur Seite steht und die integrierte Hilfeplanung maßgeblich koordiniert sowie die Implementierung einer Hilfeplankonferenz, in der leistungs- und kostenträgerübergreifend die Maßnahmen der Hilfeplanung entwickelt und erzielte Ergebnisse besprochen werden. Darüber hinaus wurde auch erhoben, welche arbeitsmarktpolitischen Instrumente innerhalb der Maßnahmen zur Anwendung kamen und welche inhaltlichen Qualifizierungsschwerpunkte mit diesen vermittelt wurden.

Bei mehr als 80% aller Teilnehmer/innen erfolgte eine Förderung nach dem SGB II (vgl. Abbildung 5.2-1). Weitere 9 % erhielten eine Förderung nach dem SGB XII und gut 4% nach dem SGB III. Eine Förderung durch Kranken- und Rentenversicherungsträger (SGB V, VI) erfolgt hingegen nur in einzelnen Ausnahmefällen.

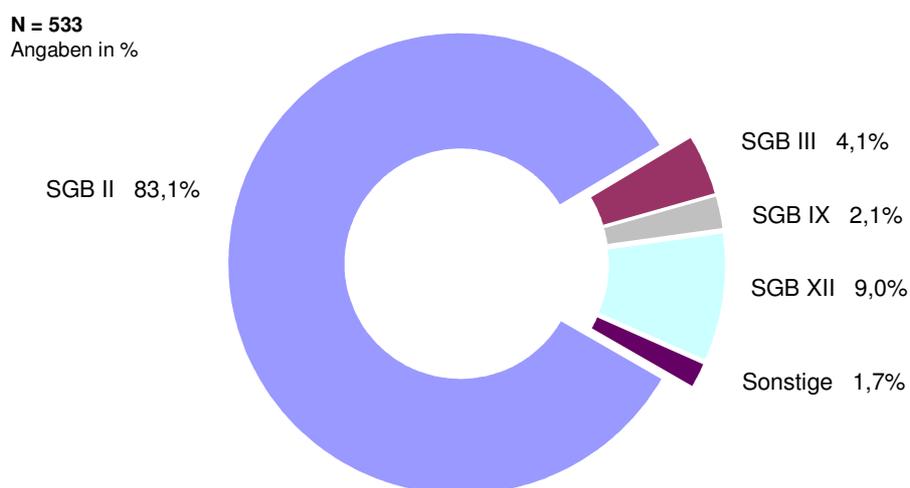


Abbildung 5.2-1

Förderanspruch nach SGB

Bei der Frage nach den von den Projektträgern eingesetzten Diagnoseverfahren waren Mehrfachnennungen möglich. Zudem wurde getrennt zum einen nach der Anwendung des IBRP sowie zum anderen nach der Anwendung sonstiger Diagnoseverfahren und Eingangstests gefragt. Hier zeigte sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 5.2-2): Bei 57,4% der Teilnehmenden wurde der IBRP bzw. ein diesem angepasster Hilfeplan erstellt. Darüber hinaus wurden eigene Eingangstests bzw. ein individuelles Eingangsgespräch mit 48% der Teilnehmer/innen durchgeführt.

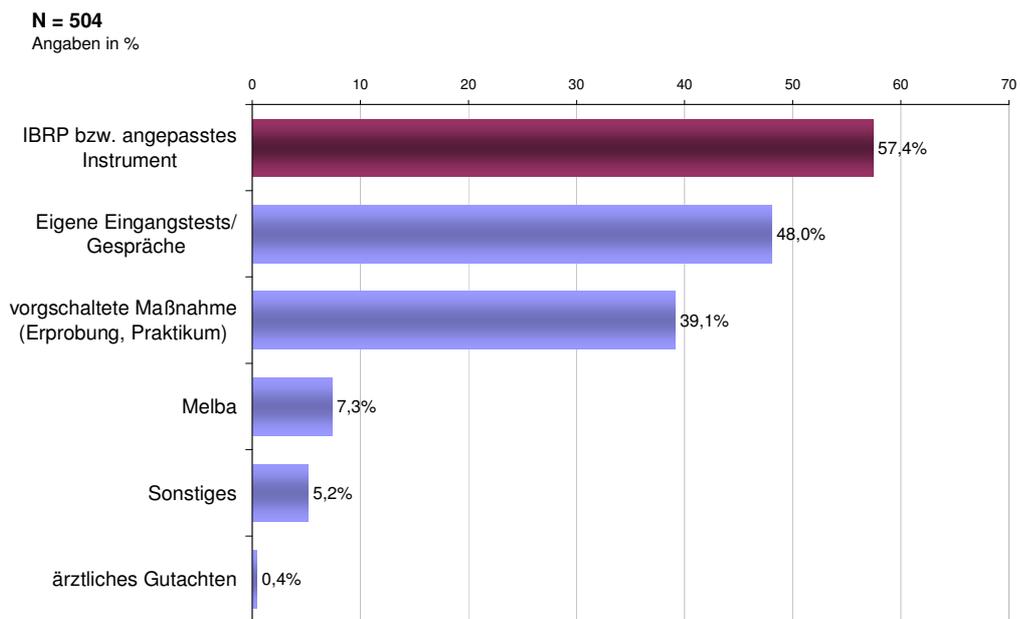


Abbildung 5.2-2

Eingesetzte Diagnoseverfahren

Die Eingangstests basierten in der Regel auf bestehenden Instrumenten, die jeweils einrichtungsspezifisch angepasst bzw. weiterentwickelt wurden. Der überwiegende Teil der Einrichtungen mit eigenem Eingangstest führten diesen im Rahmen der vorgeschalteten Maßnahmen durch. Sehr häufig angewandt wurden 2- bzw. mehrstufige Diagnoseverfahren. Nach einem einrichtungsspezifischen Eingangstest nahmen die Teilnehmer/innen an einer Arbeitserprobung (z.B. Praktikum) teil. In diesem Kontext wurde bei über der Hälfte der Teilnehmer/innen der IBRP bzw. ein adäquates Instrument eingesetzt (vgl. Abbildung 5.2-3).

N = 448
Angaben in %

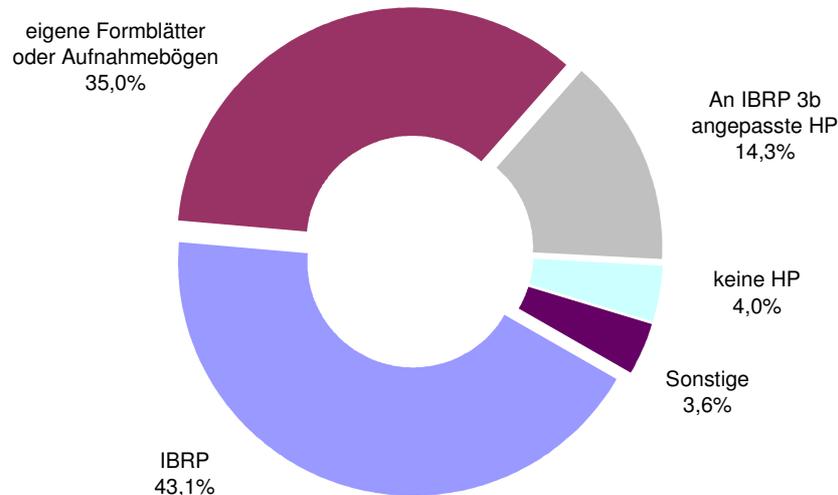


Abbildung 5.2-3

Einsatz des IBRP

Eine weitere Frage bezog sich auf die Durchführung des Fallmanagements (vgl. Abbildung 5.2-4). Hier zeigt sich, dass das Instrument der koordinierenden Bezugsperson für alle Teilnehmer/innen der EQUAL-Maßnahmen eingesetzt wurde, und zwar überwiegend durch das Teilprojekt selbst bzw. in Zusammenarbeit mit den örtlichen Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II.

N = 555
Angaben in %

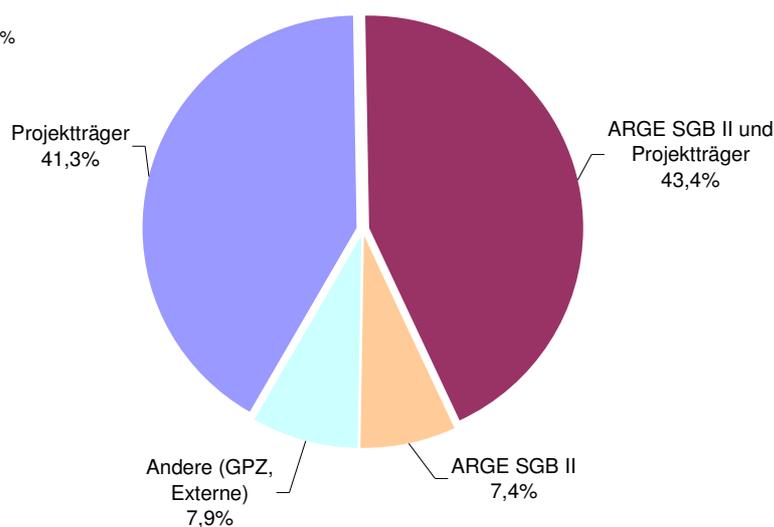


Abbildung 5.2-4

Eingesetztes Fallmanagement

Hierbei wurde vor allem deutlich: Einerseits konnten durch die zusätzlichen Ressourcen des Equal-Programms zusätzliche Leistungen finanziert und neue Ansätze eingeführt werden. Es zeigt aber auch, dass mit dem Wegfall der zusätzlichen Personalressourcen nach Projektende der Anspruch an eine übergreifende Koordinationsleistung nach dem Konzept der betreuenden Bezugsperson grundsätzlich mit dem Kostenträger zu verhandeln und in der Praxis nur schwer einlösbar ist.

Eine Hilfeplankonferenz bzw. andere Formen der HPK sowie Fallkonferenzen mit der ArGe wurde bei insgesamt 57,3% der Teilnehmer/innen durchgeführt, wobei die Hilfeplankonferenz gem. APK in dieser Gruppe weit überwiegt (vgl. Abbildung 5.2-5). Diese im Verhältnis niedrige Anzahl der Hilfeplankonferenzen lässt sich möglicherweise auf strukturelle Aspekte zurück führen. So könnte eine Erklärung beispielsweise in der Zuweisungspraxis der ArGe'n in einigen Projektregionen liegen, die u.U. mit der Durchführung von anbieter- und leistungsträgerübergreifenden Hilfeplankonferenzen kollidiert. Darüber hinaus wurde in einigen Projektregionen die Hilfeplankonferenz erst implementiert, so dass bei Projektbeginn noch nicht alle Teilnehmenden diese durchlaufen konnten.

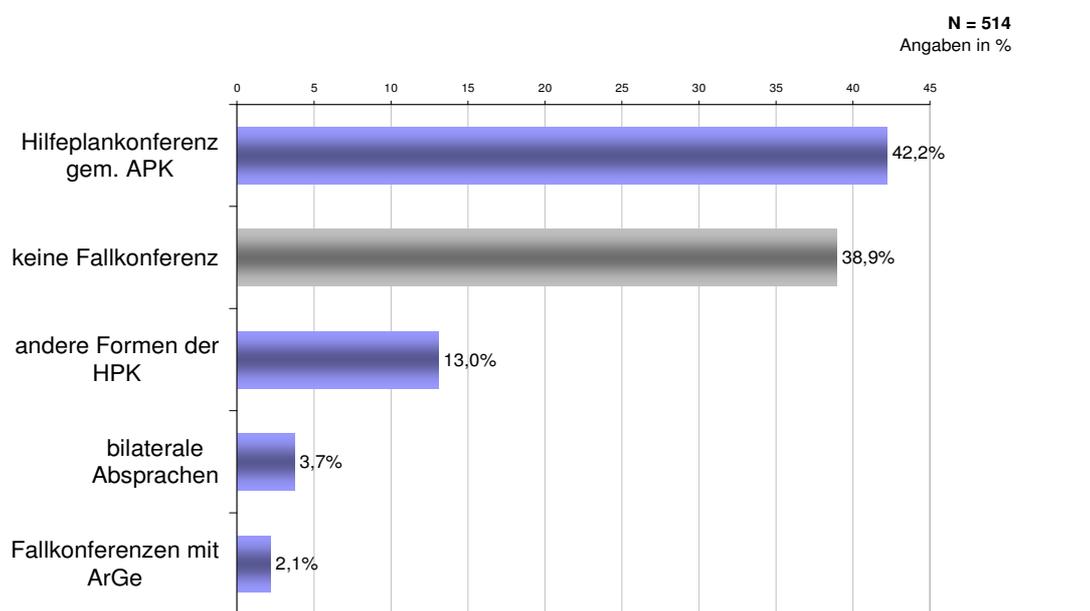


Abbildung 5.2-5

Formen der Hilfeplankonferenzen

Die in den Projekten mit den Teilnehmer/innen durchgeführten Maßnahmen fanden zum weit überwiegenden Teil (nämlich zu fast 65%) als Arbeitsgelegenheit, also im

Rahmen eines arbeitsmarktpolitischen Instrumentes des §16 SGB II statt⁶. Dies entspricht der Tatsache, dass der Großteil der Teilnehmer/innen eine Förderung nach dem SGB II (siehe oben) erhält. Da sich EQUAL als arbeitsmarktpolitisches Innovationsprogramm versteht und gerade im Hinblick auf benachteiligte Personen das Instrumentarium des SGB II als Grundlage der teilnehmerbezogenen Kofinanzierung fokussiert, ist dieser Wert nicht verwunderlich. Weiter wurden von den Teilprojekten Arbeitstherapie, Belastungstrainings, Trainingsmaßnahmen, medizinische wie berufliche Rehabilitation sowie sonstige Hilfen mit einem Anteil von je etwa 7 -9% angeboten und umgesetzt. 3,1% entfielen auf Zuverdienst und geringfügige Beschäftigungsmöglichkeiten (vgl. Abbildung 5.2-6).

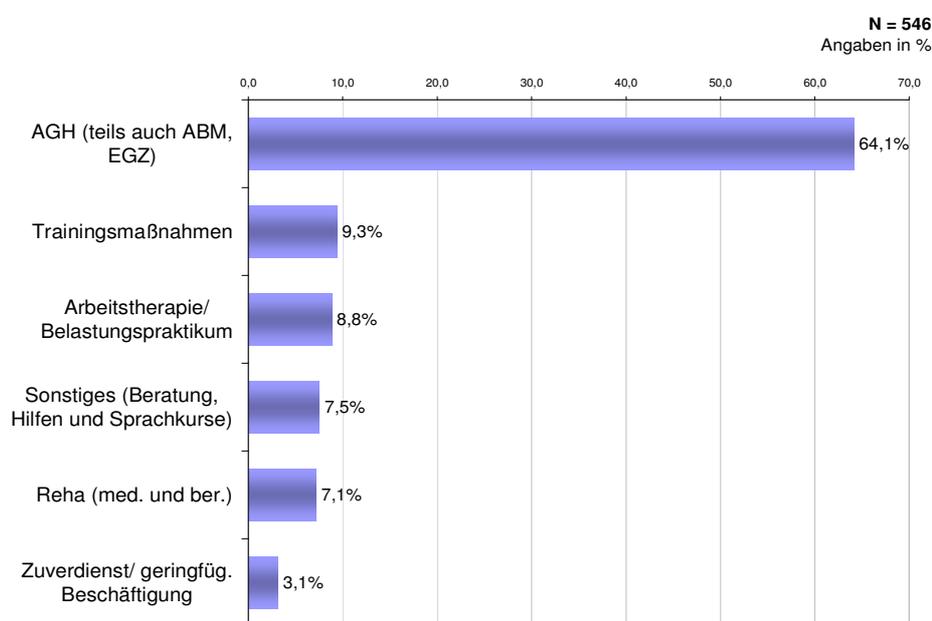


Abbildung 5.2-6

Umgesetzte teilnehmerbezogene Maßnahmen

Der Inhalt der umgesetzten Maßnahmen wies insgesamt ein hohes Maß an Arbeitsmarktorientierung auf. Bei über 42% aller Maßnahmen und Interventionen zielte der Inhalt auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit, weitere 29% der Nennungen entfielen auf die Kategorie „fachliche Qualifizierung“ (vgl. Abbildung 5.2-7). Bei der Auswertung ist zu beachten, dass auch bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich waren. Der ebenfalls hohe Anteil an der Vermittlung sozialer Kompetenzen korrelierte in der Re-

⁶ In Regionen, die ABM einsetzen, sind diese unter den Arbeitsgelegenheiten subsumiert.

gel mit der gleichzeitigen Vermittlung fachlicher Qualifizierungsinhalte. Darüber hinaus nahm die Stabilisierung der Teilnehmer/innen eine wichtige Funktion ein.

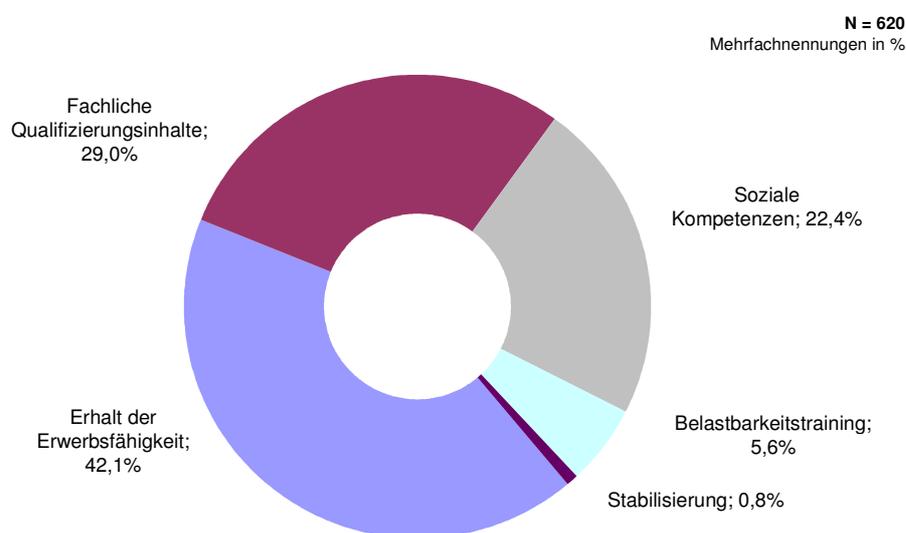


Abbildung 5.2-7

Inhalte der Qualifizierungsmaßnahmen

5.3 Ergebnisdaten

Gefragt nach der geplanten Anschlussperspektive bestätigt sich das Bild der hohen Arbeitsmarktorientierung der durchgeführten Maßnahmen (vgl. Abbildung 5.3-1). Insgesamt waren bei 41,1% der Teilnehmer/innen die Perspektiven zunächst noch nicht eingegrenzt, was vor allem auf die psychische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung der Teilnehmer/innen zurückzuführen ist. Eine Orientierung auf den ersten Arbeitsmarkt (Beschäftigung erster Arbeitsmarkt, berufliche Rehabilitation sowie Berufsausbildung/Umschulung) bestand aber bei insgesamt 43,5% der Teilnehmer/innen, wobei gerade die Perspektive auf ungeforderte Beschäftigung mit fast 25% ein deutlicher Indikator für die – bis dato eher gering ausgeprägte – unmittelbare Orientierung auf den ersten Arbeitsmarkt ist.

N = 532

Angaben in %

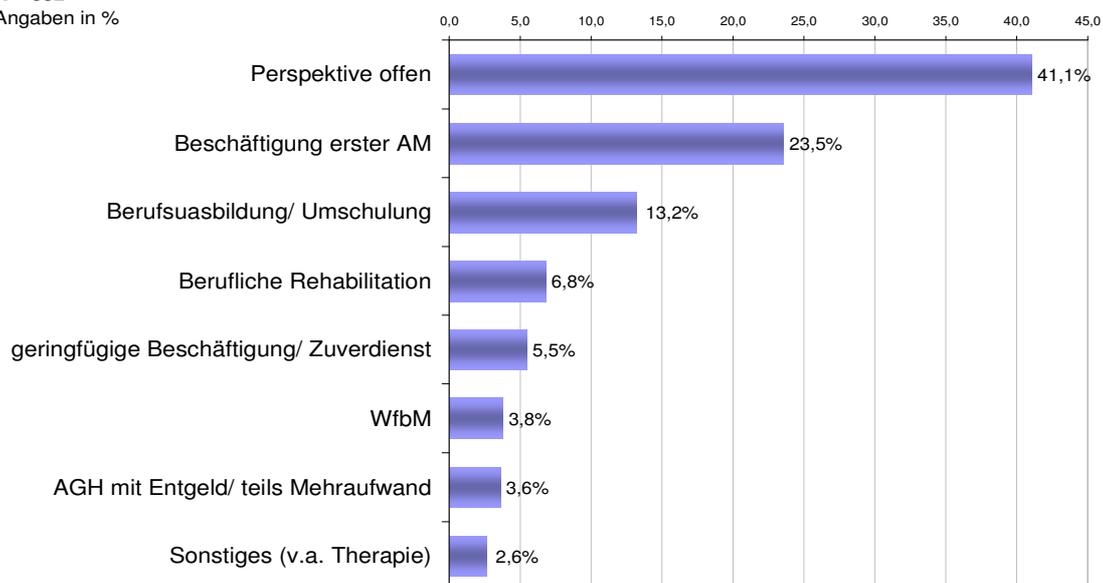


Abbildung 5.3-1

Geplante Anschlussperspektive

Diesem angestrebten Ziel entsprechen das sich abzeichnende Bild der personenbezogenen Maßnahmeerfolge der apk-Teilnehmer/innen sowie deren Verbleib nach Abschluss der jeweiligen Netzwerkprojekte. Bei der offen formulierten Frage nach den Zwischenerfolgen (vgl. Abbildung 5.3-2) zeigt sich, dass 70,7% der Teilnehmer/innen Selbstvertrauen und eine persönliche Festigung erhielten, bei 12,7% konnte der Aufbau sozialer Kompetenzen konstatiert werden. Nur relativ wenige Teilnehmer/innen brachen die Maßnahme ab oder hatten einen Rückfall in die Erkrankung bzw. Sucht (6,7%).

N = 519
Angaben in %

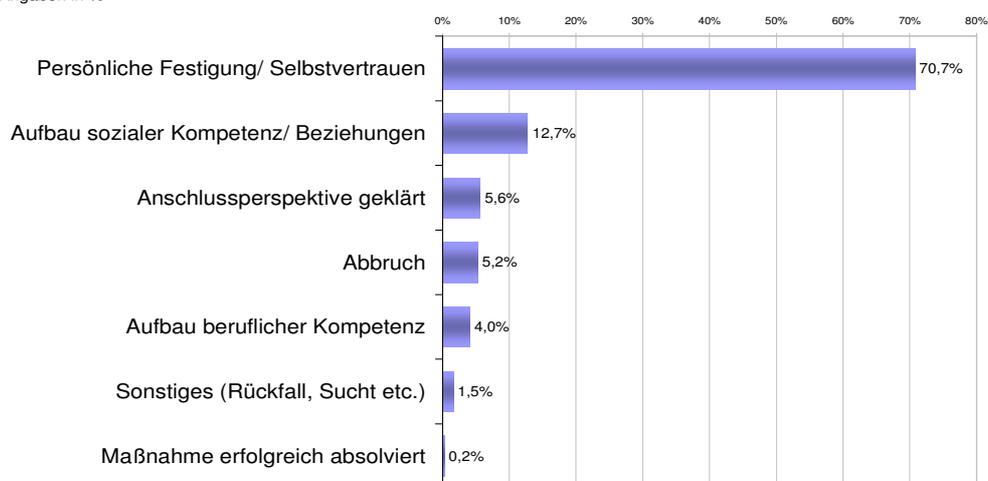


Abbildung 5.3-2 Personenbezogene Maßnahmeerfolge der Teilnehmer/innen

Insgesamt liegen von 313 Teilnehmerinnen und Teilnehmern Informationen zum Verbleib nach Beendigung der EQUAL-Maßnahme vor (vgl. Abbildung 5.3-3). 29,1% der Absolvent/innen nahmen nach Abschluss der Maßnahme eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (19,5%) bzw. eine Ausbildung oder Umschulung (9,6%) auf⁷. Weitere 21,4% der Absolvent/innen gingen in eine weiterführende Maßnahme – auch das ein erfolgreiches Projektergebnis, lässt es auf eine nahtlose Förderkette schließen. Lediglich ein Viertel der Projektteilnehmer/innen waren in direktem Anschluss an die Maßnahme wieder arbeitslos bzw. bezogen Sozialhilfe. Als eine weitere Zielmarke wurde bei 15% der Teilnehmer/innen sonstiger Verbleib (überwiegend Rente) erreicht. Knapp 10% nahmen einen Minijob bzw. eine geringfügige Beschäftigung auf.

⁷ Vgl. zum deutlich höheren Anteil der Übergänge in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei denjenigen Teilnehmenden, bei denen Hilfeplankonferenz bzw. IBRP eingesetzt wurden, oben Kap. 3.2.1

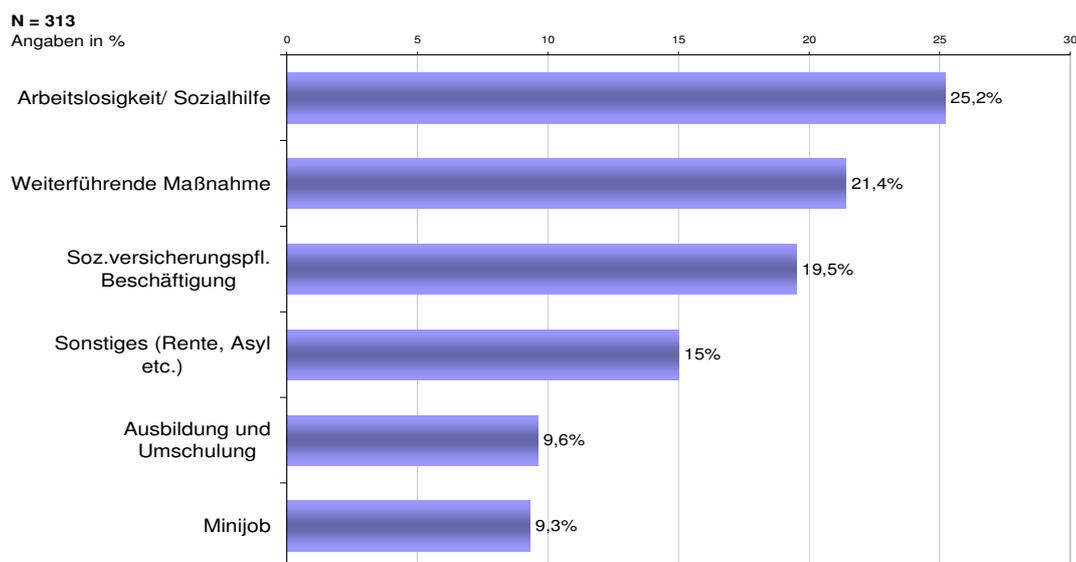


Abbildung 5.3-3 Verbleib nach Teilnahme an der EQUAL apk Maßnahmen

6 Das Querschnittsziel Gender Mainstreaming in der EP-Umsetzung

Die Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern ist seit 1993 für alle Europäischen Strukturfonds eine verbindliche Vorgabe. Erreicht werden soll die Chancengleichheit durch die Doppelstrategie, die sowohl die Implementierung von Gender Mainstreaming auf allen Ebenen des Handelns als auch spezifischen Fördermaßnahmen für Frauen bzw. für Männer beinhaltet. Die Strategie Gender Mainstreaming ist im Europäischen Sozialfonds (ESF) sowie in der Gemeinschaftsinitiative Equal eines der programmatischen Querschnittsziele.

6.1 Geschlechtsspezifische Befunde der Teilnehmer/innengruppe

Im Rahmen der Umsetzung der Entwicklungspartnerschaft „apk – Arbeit für psychisch kranke und behinderte Menschen“ stellte sich die Anforderung der Berücksichtigung der Chancengleichheitsziele unter dem Blickwinkel der geschlechtsspezifischen Ursachen und Formen psychischer Erkrankungen. Dies allein würde einige Buchbände füllen, die jedoch zu größten Teilen psychologischer bzw. psychiatrischer Disziplinen zuzuordnen sind. Die begleitende Evaluation orientierte sich demnach an originären Befunden der Umsetzung der Teilprojekte und der Struktur der Teilnehmergruppen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass etwas über 45% der im Monitoring erfassten Teilnehmer/innen weiblich sind. Damit lag die Anzahl der weiblichen Teilneh-

mer/innen nur geringfügig unter der der männlichen. Dies überrascht angesichts der Tatsache, dass in Fachveröffentlichungen oftmals auf die bei Frauen deutlich höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen hingewiesen wird⁸.

Mit Blick auf die Projektpraxis – erhoben durch die teilnehmerbezogene Projektdokumentation – zeigten sich spezifische Fakten, die auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung der Zielgruppe deuten, denn Frauen...

- waren geringer im SGB II, stärker im SGB III und SGB XII Bezug,
- wurden häufiger mit eigenen Dokumentationsbögen erfasst,
- wurden geringer als Fälle in Hilfeplankonferenzen eingebracht,
- wurden häufiger im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten begleitet (geringer in Rehabilitation oder ‚sonstigem‘),
- erhielten öfter Hilfen zur Stärkung der sozialen Kompetenz, weniger zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder zur grundsätzlichen Stabilisierung,
- hatten zu einem höheren Anteil eine offene Perspektive als geplante Anschlüsse der Maßnahmen, geringer eine berufliche Rehabilitation,
- wurde als Zwischenerfolg der Maßnahme öfter die persönliche Festigung bescheinigt, geringer der Aufbau sozialer Kompetenz,
- hatten öfter als Verbleibsperspektive eine weiterführende Maßnahme bzw. Ausbildung/Umschulung; geringer in Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit.

Hier zeigt sich, dass über alle Phasen der Maßnahmeverläufe in den Teilprojekten durchaus geschlechtsspezifische Begegnungs- und Entscheidungswege zum tragen kommen. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen wurde eine Gender-Mainstreaming-Expertin engagiert, die die operativen Partner für das Thema und die entsprechenden Praxisanforderungen im Umgang mit psychisch erkrankten Frauen und Männern sensibilisieren sollte. Die Arbeit an dem Thema fand im Rahmen von zwei bundesweiten Plenumstreffen der Entwicklungspartnerschaft im Sommer und im Herbst 2007 statt. Nachfolgend sind hier die wesentlichen Inhalte der Diskussion

⁸ Vgl. etwa: BApK (Familien-Selbsthilfe Psychiatrie): „Daten und Fakten zum Stellenwert psychischer Erkrankungen“
Quelle: www.psychiatrie.de/data/pdf/f1/03/00/BApKPK_2006_Hintergrundinformationen.pdf; Bericht: „Psychische Störungen in Deutschland und der EU“, Größenordnung und Belastung, www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf

– orientiert an zwei Fallbeispielen – dargestellt. Der nachfolgende Text ist die Zusammenfassung eines von der Gender-Trainerin verfassten Arbeitspapiers⁹.

6.2 Ein (geschlechter)differenzierter Blickwinkel auf die Arbeit

Gender Mainstreaming ist in EU-geförderten Projekten gerichtet auf die strukturelle Umsetzung von Gendergerechtigkeit. Diese impliziert Sensibilisierungsmaßnahmen in „Sachen Gender“. Genauer ist die Vergabe von EU-gebundenen Mitteln verbunden mit der Verpflichtung, den jeweiligen Beitrag auch unter dem Aspekt von Geschlechtergerechtigkeit zu reflektieren und Genderreflexivität in Bezug auf die Fachlichkeit zu entfalten. Für die Qualifikation ist insofern relevant, auf zwei Ebenen vorzugehen. Zum einen gilt es zu prüfen, ob mit dem Projekt ein Beitrag zu vermehrter Gendergerechtigkeit umgesetzt wird. Zum anderen ist das Projekt aufgefordert, das für das entsprechende Fach relevante Genderwissen in die Arbeit zu integrieren und so fachliche Arbeit entsprechend zu qualifizieren. Dies bedeutet genauer:

I. Ebene: Es ist zu prüfen ob Männer und Frauen gleichermaßen von dem Projekt erreicht wurden, ob ggf. unterschiedlichen Anliegen berücksichtigt wurden und welche Auswirkungen die jeweiligen Maßnahmen des Projektes für das Leben von Männern und Frauen haben¹⁰.

II. Ebene: Es ist weiter die fachliche Zielgenauigkeit der intendierten Intervention zu hinterfragen. Dies meint eine Klärung, wie sich Maßnahmen, Projekte und Hilfeleistungen für die Betroffenen jeweils auf Männer und Frauen auswirken, ob diese angemessen unterstützt bzw. ob den Betroffenen in Bezug auf deren subjektive Wünsche und Zielsetzungen unter geschlechterdifferenzierenden Aspekten angemessen Raum gewährt wird. Diesen fachqualifizierenden doppelten Blick kann man bildlich fassen mit der Vorstellung, dass das Projekt eine Art Genderbrille aufsetzt. Dies meint, die fachliche Intervention mit einem spezifischen Fachwissen aus der Genderforschung bzw. den genderreflektierenden Wissensbeständen des Faches und die für das Projekt relevanten Daten entsprechend zu prüfen.

⁹ Das Equal-Netzwerk wurde in zwei zentralen Treffen im zweiten Halbjahr 2007 von Frau Dr. Corinna Vogt-Kehlenbeck vom Gender-Institut begleitet.

¹⁰ Stiegler, Barbara (2000): Wie Gender in den Mainstream kommt, Konzepte, Argumente, Praxisbeispiele zur EU – Strategie des Gender Mainstreaming, Friedrich-Ebert-Stiftung (HG.), Bonn-Bad Godesberg, August 2000 (download: <http://library.fes.de/fulltext/asfo/00802toc.htm>)

Was heißt das nun - die Genderbrille aufsetzen? Erst einmal heißt dies ganz einfach, Besonderheiten in den jeweiligen Lebensphasen von Männern und Frauen zu berücksichtigen. Die Genderforschung hat belegt, dass Geschlecht nicht einfach „jeder hat“, sondern dass Geschlecht „gemacht“ ist. Dieser Prozess heißt in der Fachdiskussion *doing gender* und meint die Auseinandersetzung der Subjekte mit der „Konstruktion Geschlecht“. In der Sozialpädagogischen Diskussion werden von diesem Prozess sog. Bewältigungsanforderungen (Böhnisch, 2003¹¹) abgeleitet, die sich auf die Gestaltung des Alltages, auf den Umgang mit Konflikten - und entsprechend auch psychische Erkrankungen und deren Genese beziehen können (vgl. Rohde/Marneros¹², 2007, S. 55ff).

- *Die Geschlechter sind gleichwertig, aber nicht gleich. (...) Sowohl körperliche als auch behaviorale, interaktionale und andere psychische Unterschiede sind evident. Die Unterschiede in der somatologischen Nosologie und Therapie sind nicht nur durch unterschiedliche Anatomie, sondern auch durch unterschiedliche Psychologie und Funktionalität des Körpers gegeben. (...)*
- *Auch die Psyche des Menschen ist durch das Geschlecht unterschiedlich geprägt. Unterschiede in Verhalten und Erleben, interaktionalen Systemen, Interaktionsstrategien, Expressions- und Rezeptionsmodi sind jedoch nicht nur im Alltag evident. Geschlechtsspezifische Prägungen und Ausdrucksformen des Psychischen haben auch unterschiedliche Erscheinungsformen von Entgleisungen, Störungen oder Defiziten zur Konsequenz (ebd.)....*

Die Genderbrille in der Psychiatrie und Psychotherapie aufsetzen kann bedeuten, Fachwissen über psychische Erkrankungen von Männern und Frauen unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu differenzieren (vgl. Rode/Marneros, 2007¹³).

Die Genderbrille aufsetzen kann weiter bedeuten, Fragen zur Alltags- und Lebensbewältigung unter dem Eindruck der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung zu stellen und darin zu klären, welche subjektiven Wünsche und Bedürfnisse von den jeweiligen Männern und Frauen geäußert werden in Bezug auf ihre Alltagsgestaltung und ob diese berücksichtigt wurden.

¹¹ Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung (Lothar Böhnisch, 2003) Inhaltsverzeichnis s.: <http://www.gbv.de/du/services/agi/C5DC4ECE055C2110C1256FF10050220C/420000133683>

¹² „Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie“. Ein Handbuch (Anke Rohde, Andreas Marneros, Hg.), Kohlhammer Verlag 2007

¹³ „Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie“. Ein Handbuch (Anke Rohde, Andreas Marneros, Hg.), Kohlhammer Verlag 2007, Rezension s.u.: http://www.querelles-net.de/2007-22/text22heuser_schommer_rohde.shtml?print

Die Genderbrille aufsetzen kann auch bedeuten, die Auswirkungen der Konstruktion Geschlecht auf die Fremd- bzw. Selbststigmatisierung zu analysieren. Dies bedeutet in die Analyse einzubeziehen, in welcher Weise Entscheidungen durch Kostenträger, Integrationseinrichtungen, Werkstätten etc. und deren Konsequenzen, durch die entsprechend beschlossenen Interventionen, Flankierungsprozesse und Bewilligungsverfahren für Hilfeleistungen und Kostenerstattungen etc. alltagstheoretischen Begründungen unterliegen, die sich auf vermeintlich normales Verhalten von Männern und Frauen beziehen. Insbesondere Annahmen in Bezug auf die Genese und den Krankheitsverlauf sind unter diesem Aspekt der Deutung von vermeintlich natürlichen Geschlechterdifferenzen zu hinterfragen.

6.3 Fallbeispiele

Um diese verschiedenen Ebenen zu diskutieren und zu belegen, dass Gendersensibilität in verschiedener Art und Weise zur Anwendung kommen kann, wurden im Diskussionskontext des Projektes exemplarisch 2 anonymisierte Fälle genutzt.

An diesen Fällen sollte insbesondere der dritte weiter oben aufgeführte Punkt erläutert werden – die alltagstheoretische Relevanz von Haltungen in der Entwicklung von Vorschlägen und in der Eröffnung von Maßnahmeförderungen und Interventionsvorschlägen. Mit dieser Diskussion wurde angestrebt, über ungestellte Fragen (z.B. bei Entscheidungen von Kosten- und Leistungsträgern) zu sprechen und zu sensibilisieren für die Auswirkungen von alltagstheoretischen Haltungen gegenüber Männern und Frauen, die in psychologischen, psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Zusammenhängen Beratung benötigen.

Vor dem Hintergrund der Fallbeispiele – an dieser Stelle wird auf die Fallbeispiele bewusst verzichtet - konnten einige geschlechterdifferenzierende Daten zu den jeweiligen „Krankheitsbildern“ ermittelt werden. Diese sind u.a. Auszüge aus einem neuen Handbuch (Rohde u.a. 2007¹⁴) – Diese Auszüge sollen illustrieren, wie in der Fachdiskussion über geschlechterdifferenzierende Aspekte diskutiert wird. Dabei zeigt sich, dass Geschlecht nicht so einfach zu differenzieren ist und dass viele Faktoren relevant sein können, durchaus bezogen auf Geschlecht, doch sind verschie-

¹⁴Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch (Anke Rohde, Andreas Marneros, Hg.), Kohlhammer Verlag 2007, Rezension s.u.: http://www.querelles-net.de/2007-22/text22heuser_schommer_rohde.shtml?print

dene Dispositionen relevant, die sich auch hier für die erwähnten Krankheitsbilder abbilden:

Zum Fall 1: Klientin mittleren Lebensalters mit (vorübergehender) Depression

Die Situation der Klientin wurde klassifiziert als depressive Disposition. Erörtert wurde u.a., dass diese möglicherweise schon vor der Entlassung aus ihrem Beschäftigungsverhältnis relevant war.

In der Literatur heißt es zu dieser Diagnose: „Allgemein wird festgestellt, dass Frauen, häufiger an Depression erkranken als Männer“. Weiter wird vorgetragen, dass zur depressiven Disposition bekannt ist, dass Frauen mit Depressionen (insbesondere bei Angststörungen) nicht selten in der Vorgeschichte eine größere Vulnerabilität für umweltbedingten Stress haben. Weiter wird festgestellt, dass die Depression oft eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse oder körperliche Erkrankungen sei. Frauen und Männer, die geringe Bewältigungsstrategien und geringere soziale Unterstützung hätten, wären weiter für Depressionen anfälliger als Menschen, die über stabile soziale Netzwerke bzw. über vielfältige Bewältigungsstrategien verfügen würden. Differenzierte Studien zeigen auch, dass bei Frauen eine höhere Sensibilität zu Depression fördernden Affekten von schwachen sozialen supportiven Strukturen festgestellt würden. Doch sind diese Ergebnis durchaus umstritten (Kendler u.a. 2005; vgl. Rohde u.a. 2007, S. 84-85). Da weiter für den Fall eine posttraumatische Belastungsstörung in Erwägung gezogen wurde, ist zu dieser Diagnose wie folgt auszuführen:

Zu posttraumatischen Belastungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen wird in diesem Handbuch ausgeführt, dass „akute Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörungen hohe Übergangswahrscheinlichkeiten aufweisen, so dass sich der differentialdiagnostische Prozess problematisch gestalten kann (...). Epidemiologisch fundierte Störungsmodelle (vgl. u.a. Freyberger et. Al 2005) würden heute von einem Zusammenspiel zwischen Risikofaktoren, Ereignisfaktoren und Schutzfaktoren ausgehen. Zu den Risikofaktoren zählen verschiedene Faktoren, u.a. auch die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, wie z.B. das prämorbid Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen, bereits früher erlebte Traumata, weibliches Geschlecht (!), ein niedriger Bildungsstand etc.

Bezogen auf sog. Schutzfaktoren, also Faktoren, die eine Erkrankung verhindern können bzw. die Gesamtprognose positiv beeinflussen wird angeführt, dass zum ei-

nen die Frage der Bewältigungsmechanismen entscheidend sei, zum anderen die Gesamtprognose von der Quantität und Qualität der Beziehungspersonen im sozialen Netzwerk abhängen.

Zum Fall 2: Junger Mann mit akuter Psychose durch Cannabis-Konsum

In der hier zu Rate gezogenen Fachliteratur wurde das Thema dissoziative Störungen aufgrund von Cannabiskonsum kaum unter geschlechterdifferenzierenden Aspekten diskutiert. Insgesamt wird das Thema eher verharmlost. Dort heißt es lediglich, der Informationsbedarf über Cannabinoide könne nur bedingt befriedigt werden. So finden sich zwar Hinweise auf die Verbreitung („Cannabis ist in Deutschland die am weitesten verbreitete illegale Droge“, vgl. Rohde, 2007, 41ff). Für den Verlauf bzw. die Gefährdung durch den Konsum aber wird vermerkt, dass die überwiegende Mehrzahl aller Konsumenten (weniger als 98%) vorübergehend Cannabis konsumieren würden, da dieser ein „an Jugend und jüngeres Erwachsenenalter gebundenes Phänomen“ (ebd.) darstelle.

Erscheinungen wie eine Cannabis initiierte Psychose werden in dieser Abhandlung nicht erfasst. Erwähnt wird jedoch, dass für Störungen durch Cannabinoide relevant sei, dass die Lebenszeitprävalenz von Cannabis in Deutschland zwischen 1993 und 2001 unter den 12- bis 25-jährigen beachtlich gestiegen sei (von 16 auf 26%). Es wird zwar einschränkend erwähnt, dass dies im Vergleich zu Alkohol (92%) bzw. Tabak (69%) relativ sei, ist für die Entstehung von Abhängigkeit meist multifaktorial Abhängigkeiten zu betrachten seien. insofern wird vermerkt, dass männliche Probanden häufiger als weibliche Patienten zusätzlich andere Substanzen, z.B. Alkohol konsumieren würden (vgl. Mann/Ackermann, 2000, zit. nach Rohde u.a. 2007, 45). Geschlechtsspezifische Studien zum Verlauf von psychisch dissoziativen Reaktionen aufgrund von länger anhaltendem Cannabiskonsum liegen (noch) nicht vor. Deshalb sollen die Ausführungen zum Verhalten von Männern und Frauen bei Alkoholabhängigkeit als noch erwähnenswert gewertet werden: Die Forschung hat festgestellt, dass z.B. Männer unter Einfluss von Alkohol stärker enthemmende Wirkungen empfinden würden (und folglich zu aggressivem Verhalten neigen), während Alkohol sich auf Frauen eher sedierend auswirke (so dass sie passivere bzw. resignationsfördernde Verhaltensweisen zeigen würden). (vgl. Fillmore und Waefner, 2004, zit. n. Rohde u.a. 2007, S. 37). Auch wird in der Forschung vermerkt, dass Rückfall gefährdende Faktoren nach Hurrelmann, 2002 bei Frauen signifikant höher seien bei

nicht bewältigten Konflikten, die sie als „zwischenmenschliche“ Probleme“ kennzeichnen würden (Annis und Graham 1999), während Männer eher „positive Gefühlszustände“ als Rückfall gefährdend und „als positiv deklarierte zwischenmenschliche Situationen“ auslösende Faktoren kennzeichneten (Rohde u.a. 2007, S 36ff). Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass Männern die Integration von enttäuschten wie von euphorisierten Gefühlen schwer fällt, während Frauen die enttäuschenden Gefühle stärker zusetzen als die gefühlsbetont erfreulichen. Dieser Verallgemeinerung aber mag mit Vorbehalt begegnet werden.

7 Die transnationalen Kooperationsprozesse

Ein weiteres Grundprinzip von EQUAL ist die transnationale Zusammenarbeit: Diese soll es den Entwicklungspartnerschaften ermöglichen, von einander zu lernen und produktiv über Grenzen hinweg zusammenzuarbeiten. Daher sah das Programm vor, Partnerschaften für die transnationale Kooperation (TCP – transnational co-operation Partnership) zu bilden und gemeinsam Arbeitsprogramme zu entwickeln und durchzuführen. Dabei sollten die Aktivitäten der TCP mit thematischen Vernetzungs- Verbreitungs- und „Mainstreaming“-Aktivitäten verbunden sein.

Die Entwicklungspartnerschaft apk war im Projektverlauf an der TCP AQuA (Assessment, Qualification and Attitude Change) beteiligt. Ebenfalls an AQuA beteiligt waren die EQUAL-EP Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej – COGITO (Krakauer Initiative für Sozialwirtschaft - COGITO) aus Polen sowie die EQUAL-EP Invalidu nodarbinatibas veicinasana (Beschäftigungsförderung für Menschen mit Behinderung) aus Lettland.

Bei allen drei EP's handelte es sich um sektorale Partnerschaften, die in ihrem jeweiligen Land die berufliche Integration von psychisch erkrankten Menschen in den Arbeitsmarkt fördern wollten. Alle beteiligten Partner verfügten bereits über langjährige Erfahrung in der Rehabilitation der Zielgruppe, bei den einzelnen involvierten Teilprojekten handelte es sich um gut entwickelte Träger und Verbände, die ihre umfangreichen Kenntnisse sowie funktionierende Netzwerkstrukturen in den transnationalen Verbund einbringen konnten.

Trotz unterschiedlicher länderspezifischer Bedingungen lagen gleichwohl ähnliche Erfahrungen vor: Eine erhebliche Rolle für die starke Benachteiligung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben spielen einerseits die individuellen, mit der Krankheit zusammenhängenden Einschränkungen

und andererseits die unzureichende Anzahl an Arbeitsplätzen, die an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sind.

Entsprechend legte die TCP AQuA ihren Fokus einerseits auf die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit (z.B. durch Qualifizierung) und andererseits auf die Verbesserung der Beschäftigungssituation für die Zielgruppe (z.B. durch eine Erweiterung des Arbeitsplatzangebotes). Auf dieser Grundlage und entsprechend den nationalen Ressourcen und Erfahrungen wurden drei Teilziele definiert, nämlich:

- Assessment: Austausch der jeweiligen Erfahrungen mit national angewandten Assessmentverfahren und -instrumenten sowie deren Weiterentwicklung
- Qualifizierung: Entwicklung und Erprobung von Qualifizierungsprozessen für die Zielgruppe sowie für Ausbildungspersonal
- Positiv-Kampagnen: Entwicklung von Kampagnen, um der Stigmatisierung der Zielgruppe entgegen zu wirken

Diese drei Teilziele entsprachen den strategischen Zielsetzungen und Aktivitäten der jeweiligen nationalen Partnerschaften. Hier wurde darauf geachtet, dass das in den Partnerschaften spezifisch vorhandene Know-how eingesetzt und für die transnationale Zusammenarbeit und die anderen Partner nutzbar gemacht werden konnte.

Zur Erreichung der Ziele wurden die Arbeitsgruppen „Assessment & Qualifikation“ sowie „Positive Kampagne und Antistigma“ gebildet. Die Arbeitsgruppe „Assessment & Qualifikation“ beschäftigte sich zum einen mit dem Austausch und der Weiterentwicklung von Assessmentinstrumenten und –verfahren, die der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der möglichen Beschäftigungsfelder für die Zielgruppe psychisch kranker Menschen dienen. Zum anderen sollten in dieser Arbeitsgruppe Qualifizierungs- bzw. Trainingsmodule zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Zielgruppe entwickelt sowie eine Auseinandersetzung mit der Qualifizierung des Ausbildungspersonals erfolgen. Schwerpunkt sowohl der Qualifizierung als auch des Assessments lagen im Bereich der Schlüsselqualifikationen.

Die zweite Arbeitsgruppe „Positive Kampagne und Antistigma“ verfolgte das strategische Ziel der Schaffung weiterer Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen. Entsprechend ging es hier vor allem um erfolgreiche Strategien, um der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen entgegenzuwirken. Die Ergebnisse der gemeinsamen transnationalen Arbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Eine Betrachtung der Ziele der transnationalen Kooperation macht deutlich, dass diese recht hoch angesetzt waren. Während in vielen transnationalen Kooperationen die dominierenden Aktivitäten im Erfahrungs- und Informationsaustausch (insbesondere durch gemeinsame Veranstaltung und Konferenzen) liegen, ging es hier darüber hinaus um die (Weiter-) Entwicklung von Instrumenten.

Zwar konnten die zunächst gesetzten Ziele nicht alle erreicht werden, gleichzeitig fand jedoch während der Zusammenarbeit eine ständige Anpassung der Ziele statt, es wurden neue Ideen entwickelt und umgesetzt.

Insgesamt trafen sich die Entwicklungspartnerschaften mit hoher Beteiligung der jeweiligen Teilprojekte in regelmäßigen kurzen Abständen für den Wissenstransfer und die Entwicklung und Durchführung gemeinsamer Konzepte und Aktivitäten. Dabei zeigte sich eine hohe Ergebnisorientiertheit der Partnerschaft, die sich letztlich auch in einer ganzen Reihe von Produkten der Zusammenarbeit widerspiegelte. So wurde beispielsweise gemeinsam ein Assessmentverfahren entwickelt und in Polen erprobt, transnationale Fachtagung wurden ebenso wie der Austausch von Trainern und Auszubildenden organisiert und die Partner nahmen gemeinsam an nationalen Kampagnen teil. Es konnten Medienkampagnen und nationale Filme realisiert werden und letztlich konnte eine gemeinsame transnationale Wanderausstellung entwickelt werden, in der Bilder psychisch kranker Künstler aus Polen, Lettland und Deutschland ausgestellt wurden. Die Ausstellung wurde jeweils in Zusammenhang mit einer Fachveranstaltung gezeigt, die sich in erster Linie an Arbeitgeber sowie Akteure der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik richtete.

Bereits sehr früh zeichnete sich eine äußerst gewinnbringende Kooperation ab. Begünstigend in diesem Zusammenhang waren unterschiedliche Faktoren. Zwar sind die Bedingungen wie etwa Förderstrukturen etc. in den beteiligten Ländern Lettland, Polen und Deutschland zunächst nicht miteinander zu vergleichen, gleichzeitig existiert in allen beteiligten Ländern eine ähnliche strukturelle Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen. Vor diesem Hintergrund hatten sich die drei nationalen Entwicklungspartnerschaften bereits ähnliche Ziele (nämlich die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit einerseits sowie die Verbesserung der Beschäftigungssituation andererseits) gesetzt, die sich in der Zusammenarbeit auf transnationaler Ebene gut ergänzten.

Von Vorteil war auch die Tatsache, dass bereits vor Vereinbarung der transnationalen Kooperation teilweise langjährige Kooperationen zwischen einzelnen operativen

Partnern bestanden. Diese konnten während der Zusammenarbeit verstetigt werden, aber auch darüber hinaus entstanden intensive trägerbezogene Kooperationsprozesse, in denen bspw. zielgruppenspezifische Assessmentverfahren weiter entwickelt wurden.

Letztlich zeigt eine Betrachtung der erfolgreich umgesetzten Ideen, dass hier in hohem Maße auch sehr innovative und kreative Produkte umgesetzt werden konnten.

8 Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass wichtige Projektziele für die Integration psychisch kranker Menschen, insbesondere im Hinblick auf eine integrierte personenzentrierte Hilfeplanung, erreicht wurden.

Bezogen auf die Teilnehmer/innen wurden, wie beschrieben, der IBRP bzw. entsprechend angepasste Hilfepläne flächendeckend in allen Regionen und Projekten eingesetzt. Auch die Hilfeplankonferenz wurde überall eingesetzt, wenn auch z.T. zunächst für eine verhältnismäßig niedrige Zahl an Teilnehmer/innen. Fast allen Teilnehmer/innen wurde mit großem Erfolg eine koordinierende Bezugsperson zur Seite gestellt, hauptsächlich in Gestalt der Projektmitarbeiter/innen. Besonders erstaunlich war die hohe Orientierung am Arbeitsmarkt und hier vor allem der Anteil der Übergänge in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Zum Vergleich: Mit BA-Presseinfo Nr. 2, 2007 zu der Wirkung arbeitsmarktpolitischer Instrumente im SGB II (die im EQUAL Projekt die überwiegende Anzahl der Förderfälle darstellen) wird seitens der Bundesagentur für Arbeit darauf hingewiesen, dass Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Zusatzjobs in erster Linie dazu dienen, Beschäftigungsfähigkeit herzustellen oder zu erhöhen. Insofern seien Eingliederungsquoten von fast 20 bzw. fast 15 Prozent für diese Maßnahmen als Erfolg zu werten. Wenn auch nicht genügend Daten für eine Vergleichbarkeit der im Projekt erzielten Eingliederungsquoten mit anderen Untersuchungen erhoben wurden, spricht doch vieles dafür, dass durch die einzelnen Teilprojekte ein äußerst hoher Eingliederungserfolg erzielt wurde.

Ebenso wie die Ergebnisse der teilnehmerbezogenen Befragung verdeutlichte auch die Auswertung der teilprojektbezogenen Daten eine erfolgreiche Projektarbeit. Auf der Ebene der Teilprojekte spielte die Bildung von Netzwerken eine wichtige Rolle. Überall wurden Hilfeplankonferenzen - teils in modifizierter bzw. dem Regionalkontext angepasster Form - durchgeführt, darüber hinaus konnten weitere regionale wie überregionale Verbände aufgebaut werden. Dabei gelang es, ein sehr breites Spek-

rum an wichtigen Akteuren in die regionalen und lokalen Netzwerke einzubinden. Bemerkenswert ist insoweit, dass fast überall die Einbindung der Arbeitsgemeinschaften SGB II als neuer strategischen Partner im Hilfeprozess gelungen ist. Dies war zu Projektbeginn nicht in der nun vorhandenen Form zu erwarten.

Die Teilprojekte passten ihre Maßnahmen und Angebote gezielt an die spezifische Situation der Gruppe der psychisch erkrankten und behinderten Menschen an. Im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten haben sie ein breites Spektrum an Hilfen entwickelt, um den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe hinsichtlich einer individuellen Arbeitsplatzgestaltung und Begleitung gerecht zu werden. Großer Handlungsbedarf besteht hier aber in der dazu erforderlichen Flexibilisierung bzw. Anpassung von Fördermöglichkeiten. Eine weitere Schwierigkeit liegt in dem geringen Angebot an spezifisch auf die Zielgruppe ausgerichteten Arbeits- und Praktikumsplätzen.

Entsprechend wurde die Öffentlichkeitsarbeit als ein wichtiges zu verfolgendes Thema gesehen. Dabei fand eine hohe Beteiligung an öffentlichen Kampagnen statt.

Auch die Netzwerke wurden intensiv für den Ausbau und die Information von Partnern, und hier insbesondere anderen Leistungsträgern und Arbeitgebern, genutzt. Während die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern bzw. deren Einbezug in die Netzwerke von den Teilprojekten selbst als schwierig beschrieben wurde, ergibt die vorliegende Auswertung gerade einen bemerkenswert hohen Grad an Einbindung. Dies korrespondiert auch mit der Auswertung der teilnehmerbezogenen Daten und der dort festgestellten hohen Orientierung des apk-Netzwerkes auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Alles in allem: Der Versuch einer innovativen Entwicklung von personenbezogenen arbeitsintegrativen Hilfeprozessen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist durch die Umsetzung des apk-Netzwerkes gelungen. Dies zeigen sowohl die intensivierten Kooperations- und Entwicklungsprozesse in den Projektstandorten wie auch eine signifikant steigende Aufmerksamkeit für die Integrationshemmnisse dieser Zielgruppe in den Institutionen der regionalen Arbeitsförderung. Das Thema der psychischen Erkrankung oder Behinderung – durch Arbeit oder gerade durch anhaltende Arbeitslosigkeit – wird uns auch zukünftig intensiv beschäftigen müssen!