



AMIGA

Arbeitsförderung mit
gesundheitsbezogener
Ausrichtung

Leitfaden für die praktische Umsetzung



EUROPÄISCHE
UNION
Europäischer
Sozialfonds

Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung



Leitfaden für die praktische Umsetzung

Vorwort



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Wechselbeziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsproblemen ist oft diskutiert, untersucht und belegt worden. Bundesweit haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Projekten dieser Thematik angenommen und versucht, durch zielgerichtete Verknüpfung von Arbeitsförderung und Gesundheitsleistungen die Gesundheit der Betroffenen zu verbessern und größere Eingliederungserfolge zu erzielen.

Zeitgleich haben in der Arbeitsförderung mit der Implementierung des SGB II tiefgreifende Veränderungen stattgefunden. Heute muss es darum gehen, die mit der Neugestaltung der Arbeitsförderung verbundenen Möglichkeiten, Menschen den Weg zurück in Arbeit zu ebnen, auszuschöpfen. Gerade auch dann, wenn auf diesem Weg schwerwiegende Vermittlungshemmnisse zu überwinden sind.

Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Einrichtung eines qualifizierten Fallmanagements, das neben berufsqualifikatorischen Vermittlungshemmnissen auch gesundheitliche Einschränkungen, Schulden und familiäre Belastungen berücksichtigt. Der vorliegende Leitfaden zeigt, wie im Rahmen eines solchen qualifizierten Fallmanagements Arbeitsförderung und Gesundheitsleistungen miteinander verknüpft werden können. Er basiert auf Erfahrungen aus einem Modellprojekt, das von 2005 bis 2008 im Land Brandenburg von der Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA) durchgeführt und aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds sowie des Landes Brandenburg finanziert wurde.

Ich denke, es ist an der Zeit, die in Modellprojekten gewonnenen Erfahrungen mit gesundheitsbezogener Arbeitsförderung in die vorhandenen Strukturen zu überführen. Dies ist nicht nur eine Aufgabe der Grundsicherungsträger nach dem SGB II, sondern, wie dieser Leitfaden zeigt, eine Aufgabe aller am Fallmanagement für Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungshemmnissen beteiligten Partner, insbesondere auch der Krankenkassen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstützt die diesem Leitfaden zugrunde liegende Einschätzung, dass es notwendig und lohnend ist, Gesundheitsfragen in die alltäglichen Abläufe der Eingliederung in Arbeit einzubeziehen. Übereinstimmend sind wir der Auffassung, dass es heute nicht mehr darum geht, den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erklären, sondern um praktisch umsetzbare Möglichkeiten, den vielfach beschriebenen Teufelskreis zu durchbrechen. Ich wünsche diesem Leitfaden, dass er hierzu einen Beitrag leistet, und allen Nutzerinnen und Nutzern viel Erfolg bei der praktischen Umsetzung.



Dagmar Ziegler
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Familie
des Landes Brandenburg

Einleitung

Dieser Leitfaden richtet sich insbesondere an Träger der Grundsicherung nach dem SGB II, die Arbeitsförderung um gesundheitsbezogene Aspekte erweitern und gesundheitsbezogene Maßnahmen in die Beratung und Unterstützung ihrer Klientinnen und Klienten integrieren wollen.

Der Ansatz basiert auf Erfahrungen aus dem Modellprojekt „AmigA - Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung“, der von 2005 bis 2008 im Land Brandenburg von der Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA) durchgeführt wurde.

In diesem Leitfaden wird aufgezeigt,

- wie gesundheitsbezogene Maßnahmen in die Arbeitsförderung integriert werden können,
- welche Rolle das beschäftigungsorientierte Fallmanagement hierbei spielt,
- welche Voraussetzungen für diese Integration erfüllt sein müssen
- und welche Ergebnisse auf diese Weise zu erreichen sind.

An der Erarbeitung dieser Broschüre waren beteiligt:

- Die Mittelmärkischen Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA)
- Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF)
- Das Institut Forschung Beratung + Evaluation GmbH (FB + E)
- Das Technologie- und Gründerzentrum „Fläming“ GmbH (TGZ)
- Frau Dr. Toumi, ehemalige Leitende Ärztin der Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit und Beraterin im Modellprojekt AmigA

Inhalt

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit	8
2. Modellprojekt und Konzept AmigA	10
3. Anleitung für die Umsetzung des Konzepts	13
3.1. Fallzugang	14
3.2. Beratung und Herstellung eines Arbeitsbündnisses	14
3.3. Beratungsaufgaben von Sozialmedizinerinnen und Psychologischen Psychotherapeuten	15
3.4. Eingangsdiagnostik	17
3.5. Integrationsplan	18
3.6. Leistungssteuerung	18
3.7. Instrumente zur Eingliederung in Arbeit, Stabilisierung und Aktivierung	20
3.7.1. Arbeitsmarktintegrative Instrumente	20
3.7.2. Sozialintegrative Leistungen nach § 16 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1-4 SGB II	22
3.7.3. Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V	23
3.7.4. Psychologische Kurzinterventionen und Gruppenprogramme	24
3.8. Evaluation	25
3.9. Systemmanagement	26
3.10. Mittelbedarf und Finanzierungsmöglichkeiten	26
4. Ausblick	30
5. Literatur	31
6. Anlagen	32
6.1. Schulungskonzept für ein beschäftigungsorientiertes Fallmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung	32
6.2. Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner	34

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose haben im Durchschnitt einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand sowie deutlich höhere gesundheitliche Belastungen und weniger gesundheitliche Ressourcen als Erwerbstätige. Ihr Risiko, ernsthaft zu erkranken und frühzeitig zu sterben, ist im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich erhöht. Zudem stellen gesundheitliche Einschränkungen erhebliche Vermittlungshemmnisse für die Integration in den Arbeitsmarkt dar.

Nach Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur

für Arbeit¹ wies 2002 rund ein Viertel der Arbeitslosen gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Bei Langzeitarbeitslosen sind sogar bei einem Drittel Behinderungen oder gesundheitliche Einschränkungen in der Vermittlungspraxis zu berücksichtigen, Das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit hat in den letzten Jahren in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion zunehmend an Bedeutung gewonnen. So heißt es in einer Veröffentlichung des Deutschen Ärztetages 2005 zum Schwerpunktthema „Krankheit, Armut und Arbeitslosigkeit“: „Arbeitslosigkeit ist gegenwärtig der größte Missstand in unserer Gesellschaft,



und Arbeitslosigkeit ist der wichtigste Grund für die wachsende Ausbreitung von Armut. Arbeitslosigkeit und Armut haben viele Auswirkungen, gerade auch auf die Gesundheit.²

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 die wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ausführlich dargestellt und eindringlich zur Entwicklung von Strategien aufgerufen, die eine enge und gut aufeinander abgestimmte Koordination von Maßnahmen der Arbeitsförderung mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention beinhalten.³

Auch wenn sich eine Vielzahl von Projekten auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen richtet, bestehen gleichwohl erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Zielgruppen, der Methoden und Instrumente sowie der Rahmenbedingungen.⁴

Eine Strategie, die Arbeitsförderung und Gesundheitsmanagement im Sinne des Sachverständigenrates miteinander verknüpft, wurde bisher wenig erprobt. Dies liegt sicher auch an dem hohen Komplexitätsgrad, der zu einer solchen kombinierten Strategie gehört und der eine Entwicklung und Bearbeitung der Schnittstellen der Versorgungssysteme (Leistungsträger und -bringer) erfordert.

¹ Holleederer A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nr.35, S.418f.

² Deutscher Ärztetag, Juni 2005.

³ SVR-Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung, insbesondere S. 656 bis 678.

⁴ Eine Bestandsaufnahme, Beschreibung und Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen; s. Elkeles, T., Kirschner, W. (2006).

2. Modellprojekt und Konzept Amiga

Vor dem Hintergrund einer hohen Arbeitslosigkeit auch im Land Brandenburg und nach Erfahrungen mit verschiedenen Projekten zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit startete das zuständige Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg im Jahr 2003 die Vorbereitung des Modellprojekts. Kooperationspartner des Modellprojekts, das von August 2005 bis Februar 2008 aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg gefördert wurde, waren die Deutsche Rentenversicherung Brandenburg, die Krankenkassen AOK, DAK und IKK, sowie die Regionaldirektion Berlin-Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit. Projektträger war die Mittelmärkische Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA) an den Standorten Werder und Brandenburg an der Havel.

Ziel des Modellprojektes war es, die Anzahl von nachhaltig in den Arbeitsmarkt eingegliederten Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen zu erhöhen sowie ihre Integrationsfähigkeit und Gesundheit zu verbessern.

Dieses Ziel sollte dadurch erreicht werden, dass Gesundheitsaspekte und gesundheitsbezogene Leistungen in das beschäftigungsorientierte Fallmanagement einbezogen wurden.

Beratung und Betreuung der Arbeitslosen wurden von einem interdisziplinär zusammengesetzten Team durchgeführt. Zu diesem Amiga-Team gehörten neben den Vermittlungsfachkräften⁵ der ARGE ein Sozialmediziner und eine psychologische Psychotherapeutin (beide aus Reha-Kliniken der Region per Honorarvertrag eingebunden).

Die durch das Institut Forschung, Beratung und Evaluation (FB+E) Berlin extern durchgeführte Ergebnisevaluation zeigt deutliche und signifikante Interventionseffekte vor allem im Bereich der sportlichen Aktivität, der Ernährung sowie in der Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes. Der Anteil der Befragten mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand ging von 56% auf 41% zurück. Darüber hinaus waren zum Teil signifikante, zum Teil tendenzielle Verbesserungen in der sozialen Orientierung festzustellen.

Insgesamt war nach Abschluss der Intervention bei über der Hälfte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine positive Entwicklung ihrer gesundheitlichen Situation festzustellen. Außerdem war bei 40% der Teilneh-

⁵ Von „Vermittlungskraft“ wird gesprochen, wenn es sich um eine/n Persönliche/n Ansprechpartner/in, Arbeitsvermittler/in oder Fallmanager/in mit Fallverantwortung handelt.



menden im Lauf der Intervention eine Verbesserung der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit von 48 auf 72 von 100 Punkten eingetreten.

Von den rund 200 Teilnehmenden haben 15% Beschäftigung gefunden. Der Anteilswert entspricht genau der Eingliederungsquote für SGB-II-Empfänger von 15,4%⁶. Dabei sind allerdings die Dauer der Arbeitslosigkeit sowie der schlechte Gesundheitszustand der Amiga-Teilnehmenden zu berücksichtigen. Insoweit können die immerhin durchschnittlichen Eingliederungsquoten als Erfolg gewertet werden.

Ein wichtiges positives Ergebnis des Modellprojekts ist nicht zuletzt, dass das Projekt nach dem Urteil der Vermittlungs-

fachkräfte der ARGE zu einer deutlichen Verbesserung der Teamarbeit geführt hat.

Die ARGE MAIA hat eine positive Bilanz des von ihr durchgeführten Modellprojekts Amiga gezogen und führt das in diesem Projekt entwickelte Konzept seitdem ohne die bisherige Modellförderung weiter. Damit ist ein wichtiger Schritt vom Modellprojekt zur gelebten Praxis getan.

Der im Modellprojekt Amiga entwickelte Ansatz geht von der Tatsache aus, dass gesundheitliche Einschränkungen ein wesentliches Hemmnis bei der Integration von erwerbslosen Menschen in das Arbeitsleben darstellen. Er bezieht deshalb die Behandlung von Gesundheitsfragen nach einem klar strukturierten Konzept in die

⁶ <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000200/html/methodenberichte/index.shtml>

alltäglichen Abläufe der vom SGB-II-Träger geleisteten Integrationsarbeit ein. Dieses Konzept ist durch folgende Eckpunkte im Sinne von obligaten Merkmalen charakterisiert:

Eckpunkte des Konzepts AmigA

- 1) Gleichrangige Ziele von Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung sind
 - die Erhöhung der Integrationsquote,
 - die Verbesserung der Integrationsfähigkeit und
 - die Verbesserung des Gesundheitszustands der Arbeitslosen.
- 2) Zentrales Instrument von Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung ist das beschäftigungsorientierte Fallmanagement, das von einem Team erbracht wird, zu dem neben den beteiligten Vermittlungsfachkräften des Grundsicherungsträgers ein Arzt mit sozialmedizinischer Fachkenntnis und ein/e psychologische/r Psychotherapeut/in⁷ gehören.
- 3) Das beschäftigungsorientierte Fallmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung beinhaltet eine umfassende Eingangsdiagnostik mit beruflich-sozialer und gesundheitsbezogener Sachverhaltsaufklärung sowie die gemeinsam

mit dem Arbeitslosen vorgenommene Erstellung eines Integrationsplans, der berufliche, soziale und gesundheitsbezogene Anteile miteinander verbindet. Die Teilnahme des Kunden am beschäftigungsorientierten Fallmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung ist freiwillig.

- 4) Im Ergebnis der Eingangsdiagnostik werden dem Arbeitslosen auf den Einzelfall bedarfsgerecht zugeschnittene
 - arbeitsmarktintegrative Leistungen,
 - gesundheitsbezogene Leistungen und/oder
 - Kombinationen von arbeitsmarktintegrativen und gesundheitsbezogenen Leistungen angeboten. Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung ist in diesem Sinn ein bedarfsorientierter (im Unterschied zu einem angebotsorientierten) Ansatz.
- 5) Zu den angebotenen gesundheitsbezogenen Leistungen gehören je nach Bedarf Maßnahmen der Diagnostik, der Primärprävention oder Gesundheitsförderung sowie therapeutische und rehabilitative Maßnahmen.

⁷ Die Bezeichnung „Arzt mit sozialmedizinischer Fachkenntnis und ein/e psychologische/r Psychotherapeut/in“ wird im Folgenden durch den Begriff „ExpertInnen“ abgekürzt.

Mit der Einführung des Fachkonzepts „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement“ im Jahr 2005 durch die Bundesagentur für Arbeit wurde den Akteuren vor Ort empfohlen, ihre Verhandlungs- und Entscheidungsfreiheit zu nutzen, regional unterschiedliche Lösungen und Angebote für das Fallmanagement zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Die einzelnen aufbau- und ablauforganisatorischen Fragestellungen sollten in der Institution selbst geklärt werden. Voraussetzung war lediglich, dass alle Instrumente gemäß § 14 SGB II der mittelbaren und unmittelbaren Arbeitsmarktintegration zu dienen haben. Aktive und spezifische Leistungen sollten unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Vorrang vor passiven und unspezifischen Leistungen haben.

Die 2004 vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge herausgegebenen Empfehlungen für Qualitätsstandards im Fallmanagement stellen verbindliche Kriterien für die Entwicklung von Methoden des beschäftigungsorientierten Fallmanagements zu Verfügung.

Beim beschäftigungsorientierten Fallmanagement handelt es sich um einen kooperativen Vorgang, bei dem individuelle Problemlagen methodisch erfasst und gemäß dem Ergebnis dieser Erfassung gemeinsam mit den Kunden Versorgungsangebote



geplant, implementiert, koordiniert und überwacht werden (§ 4 Abs.1 Nr. 1 SGB II).

Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung bedeutet Durchführung eines zielgruppenspezifischen beschäftigungsorientierten Fallmanagements mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheit sowie der möglichst nachhaltigen Eingliederung der Arbeitssuchenden in den ersten Arbeitsmarkt. Diese Zielsetzung macht die Mitwirkung von Expertinnen und Experten (s. S. 12, Eckpunkt 3) sowie die aktive Mitarbeit der Kundinnen und Kunden am Fallmanagement erforderlich.

Im Folgenden werden die Prozessschritte eines beschäftigungsorientierten Fallmanagements mit gesundheitsbezogener Ausrichtung beschrieben.

3.1.

Fallzugang

Grundsätzlich sind für den Zugang der Kundinnen und Kunden zum Fallmanagement verschiedene Varianten möglich. Sie sind u. a. auch von organisatorischen bzw. geschäftspolitischen Vorgaben abhängig. Die Übernahme in das Fallmanagement ist angezeigt, wenn bei den Kundinnen und Kunden vermittlungsrelevante gesundheitliche und/oder psychosoziale Einschränkungen festgestellt oder wenn diese von den Kundinnen und Kunden selbst vorgetragen werden. Drohende Langzeitarbeitslosigkeit ist ein weiteres Kriterium.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind bei Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen zunächst nicht angezeigt. Ohne Unterstützung durch ein gesundheitsbezogenes Fallmanagement ist bei dieser Klientel eine Integration in Arbeit kaum möglich, und wenn, dann gelingt sie meist nur nach einem langwierigen Betreuungsprozess. Die beteiligte Vermittlungsfachkraft übernimmt das Profiling mit einer Kundendifferenzierung. Bedürftigkeit der Arbeitslosen und prognostische Wirksamkeit der in Frage kommenden Leistungen sind zu berücksichtigen. Zu prüfen ist außerdem, ob die Überführung in ein anderes soziales Sicherungssystem, welches den Lebensunterhalt sicherstellt,

angezeigt ist. Gegebenenfalls ist auch eine „Rücküberweisung“ an den/die Übersteller/ in notwendig.

Besonders zu beachten:

- Sensibilisierung der Integrations- und Beratungsteams für gesundheitliche Fragen und Zusammenhänge
- Fachliche und persönliche Kompetenz der beteiligten Vermittlungskraft

3.2.

Beratung und Herstellen eines Arbeitsbündnisses

Beratung und Betreuung der Arbeitslosen ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Bereits das Erstgespräch kann für das Herstellen eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und damit für den Erfolg des Fallmanagements von entscheidender Bedeutung sein. Ob ein erfolgversprechendes Arbeitsbündnis zustande kommt, hängt auf Seiten der Arbeitslosen z. B. von deren Entscheidungsfähigkeit und Handlungskompetenz, ihrer persönlichen Lebenssituation sowie von Art und Grad ihrer gesundheitlichen Einschränkungen ab. Auf Seiten der Mitglieder des Fallmanagement-Teams spielt deren methodische Kompetenz eine wesentliche Rolle. Die Qualität der Beziehung zwischen Fallmanagement-Team und Kundschaft

sowie die gegenseitigen Erwartungshaltungen haben auf den Erfolg des Arbeitsbündnisses entscheidenden Einfluss.

Regelmäßige sowie anlassbezogene Gesprächstermine auch unter Einbeziehung der Expertinnen und Experten finden statt. Diese beinhalten Einzelgespräche, Gruppengespräche oder Teambesprechungen mit hohen motivierenden Anteilen. Eine Kontaktdichte von 4 Wochen ist empfehlenswert. Es gilt, die Kundinnen und Kunden zu neuen Sichtweisen des Erlebens und Verhaltens zu befähigen. Dazu gehört auch die Kompetenzerweiterung im Umgang mit Herausforderungen.

Besonders zu beachten:

- Umfassende spezifische Schulungen mit ergänzenden sozialmedizinischen / psychologischen Inhalten für die beteiligten Vermittlungsfachkräfte
- Fachliche und persönliche Kompetenz der beteiligten Vermittlungsfachkraft
- Einbindung der Expertinnen und Experten in die vielschichtigen, komplexen Beratungsstrukturen (Fallkonferenz / Vierergespräch)
- Betreuungsschlüssel z.B. 1:75 (Zeitbudget, Anzahl der Kontakte zu Kundinnen und Kunden)
- Genderaspekte und interkulturelle Fragen

3.3.

Beratungsaufgaben der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten

Die beteiligten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten (Expertinnen und Experten) haben die Aufgabe, im Team am Fallmanagement und Eingliederungsprozess mitzuwirken und dabei keineswegs nur Gutachten zu erstellen. Sie sind für die Kundschaft Lotsen und „Gatekeeper“ im Gesundheitsbereich.

Für die Vermittlungsfachkräfte verbinden die Expertinnen und Experten die gesundheitsbezogenen mit den beruflich-arbeitsmarktlichen Aspekten und unterstützen so das Fallmanagement mit medizinischem Sachverstand und Fachkenntnissen. Dabei gilt es, die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz zu wahren.

Die beteiligten Fachleute verfolgen einen ressourcenorientierten Ansatz. Sie wirken darauf hin, dass die Arbeitslosen ihre Ressourcen erkennen und stärken (Empowerment). Ihr Ziel ist es, sie zu einer realistischen Einschätzung ihrer Situation und zu gesundheits- sowie integrationsförderlichen Veränderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen zu befähigen.

Die Verbesserung der Integrationsfähigkeit der Kundinnen und Kunden soll

durch einen Abbau ihrer gesundheitlichen Einschränkungen erreicht werden. Zu diesem Zweck kommen je nach Bedarf medizinische, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen zum Einsatz. Um den Einsatz der im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen einleiten und koordinieren zu können, ist eine gute Kooperation mit behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten und Beratungsstellen sowie mit den Ärzten der Leistungsträger, insbesondere zu denen des Ärztlichen und Psychologischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, unverzichtbar.

Durch die Veranlassung der nötigen Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Behandlung (Primärprävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation) wird eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und damit der Arbeitsfähigkeit der Kundinnen und Kunden angestrebt. Die Inanspruchnahme der für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erforderlichen gesundheitsbezogenen Leistungen soll erhöht, Fehlallokationen sollen vermieden werden.

Für die beteiligten Vermittlungsfachkräfte werden die ermittelten medizinischen Ergebnisse von der medizinischen Fachsprache in eine für alle verständliche Umgangssprache übersetzt, damit die

Prozesse im Fallmanagement konsequent und angepasst ablaufen. Sie arbeiten im Team bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten eines Problems mit und übernehmen Prozessverantwortung. Die Grundlage dafür ist eine vertrauensvolle Teambeziehung.

Besonders zu beachten:

- Fachliche und persönliche Kompetenz der beteiligten Expertinnen und Experten
- Einbindung der beteiligten Expertinnen und Experten in das Team
- Regelmäßige Kontakte zu Kundinnen und Kunden (Betreuungsschlüssel: möglichst 1:75; Zeitbudget: pro Person ca. 100 Minuten in sechs Monaten)
- Fallbezogene Kommunikation mit den Partnerinnen und Partnern des Gesundheitswesens
- Zeitnahes Vorliegen von Fremdgutachten und ärztlichen / psychologischen Unterlagen
- Maßnahmen der Qualitätssicherung einschließlich Qualitätszirkel
- Gewinnung von Expertinnen und Experten
 - Honorarvertrag mit Expertinnen und Experten von Rehabilitationskliniken oder Medizinischen Versorgungszentren
 - Ergänzender Dienstleistungsvertrag mit der Bundesagentur für Arbeit unter Berücksichtigung der regionalen persönlichen Ressourcen des Ärztlichen und Psychologischen Dienstes
 - Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten

des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Befristete Teilzeitverträge mit derzeit
nicht berufstätigen Ärztinnen und Ärzten

3.4.

Eingangsdiagnostik / Ermittlung des individuellen Bedarfs

Die Eingangsdiagnostik entscheidet über die Eignung der Kunden für ein Fallmanagement.

Eine eingehende, zielorientierte Beschäftigung mit den Kunden und eine in Tiefe und Umfang angepasste Datenerfassung bildet die Grundlage für die Integrationsplanung und Eingliederungsvereinbarung.

Nach einer Differenzierung der Kundinnen und Kunden auf Basis des Profiling werden deren Stärken und Schwächen in einer Potenzialanalyse erfasst. Die Potenzialanalyse berücksichtigt die Stammdaten, Ressourcendaten, Persönlichkeitsdaten, Gesundheitsdaten, berufsbiografische Daten sowie die Selbsteinschätzung und die Entwicklung von Perspektivpfaden.

Der Gesundheitszustand der Kundinnen und Kunden wird durch die beteiligten Expertinnen und Experten erfasst und in einer getrennt zu führenden Dokumentation, dem sozialmedizinischen Datenblatt, festgehalten. Hierfür können nach erfolgreicher Entbin-

dung von der Schweigepflicht Unterlagen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten / Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angefordert bzw. von den Kundinnen und Kunden beigebracht werden.

Die agenturärztlichen / -psychologischen und andere sozial-medizinische Gutachten der Leistungsträger werden in die Befundsammlung einbezogen. Ergänzt wird die Analyse und Bewertung der Fremdunterlagen durch eigene Diagnostik nach der ICF einschließlich halbstrukturierter Interviews und spezifischer Fragebögen.

Die Bündelung der von den beteiligten Expertinnen und Experten gesammelten Informationen und eine genaue Beschreibung der aus diesen Informationen abgeleiteten Empfehlungen erfolgt - unter strikter Wahrung der Schweigepflicht - im Rahmen von Fallkonferenzen. Falls erforderlich, werden auch Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie Leistungserbringer beteiligt. Auf der Grundlage aller Daten wird eine Integrationsplanung vorgenommen.

Besonders zu beachten:

- Umfassende Kenntnis der beschriebenen Verfahren
- IT- Dokumentation
- Führen des Sozialmedizinischen Datenblatts

3.5.

Integrationsplanung und Eingliederungsvereinbarung

Die Ergebnisse der Eingangsdiagnostik liefern die Basis für die Integrationsplanung. Die Eingliederungsvereinbarung ist das schriftliche Vertragswerk und Pflichtenheft für beide Bündnispartner, Vermittlungsfachkraft und Kunden (§15 SGB II). Die Eingliederungsvereinbarung schafft die notwendige Verbindlichkeit. Integrationsplanung und Eingliederungsvereinbarung dienen der Planung, Steuerung, Überprüfung und Rückkoppelung von Zielen.

Aus der Diagnose werden gemeinsam mit den Kundinnen und Kunden realistische Ziele für den Integrationsplan erarbeitet, die mit den arbeitsmarktlichen Gegebenheiten und den Anforderungsprofilen der Arbeitsplätze abzugleichen sind. Die Ziele müssen für die Kundinnen und Kunden verständlich, handhabbar und sinnvoll sein. Sie passen sich jeweils deren „Schrittgröße“ an. Deshalb kann es notwendig sein, Teilziele zu vereinbaren. Hierzu gehört auch die Herstellung von Transparenz. Die Planung ist möglichst einfach und transparent, in klar definierten Schritten mit festem Zeitrahmen gegliedert.

3.6.

Leistungssteuerung

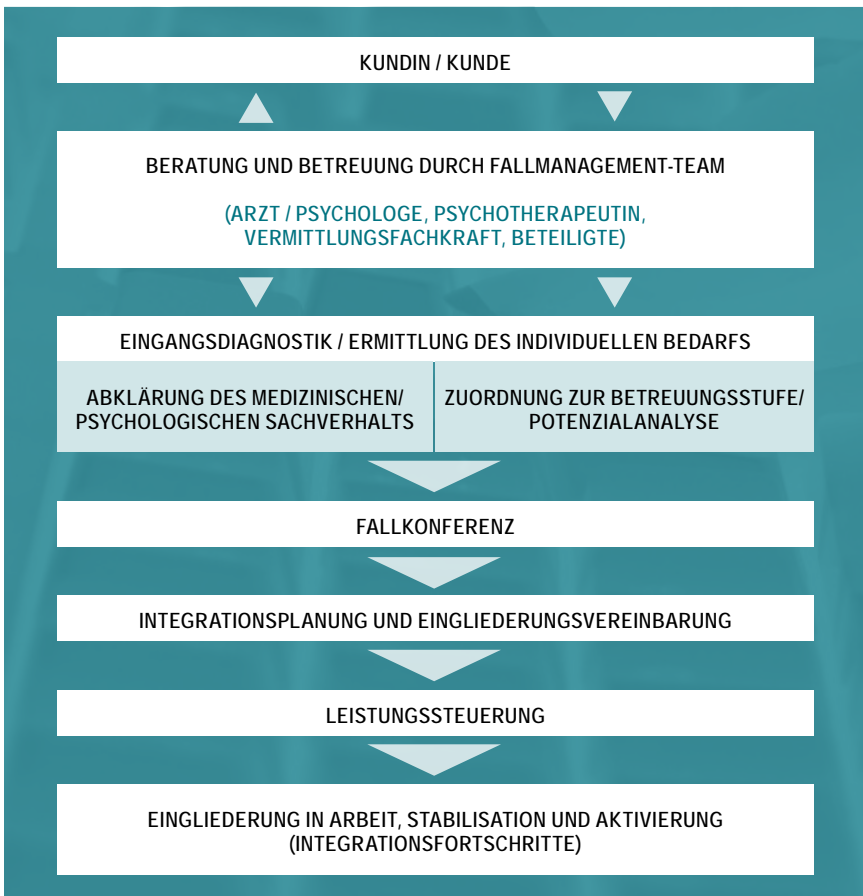
Die Steuerung von Leistungen, die die beteiligte Vermittlungsfachkraft sowie die beteiligten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten nicht selbst erbringen, ist ein wesentlicher Bestandteil der Integrationsplanung. Der Fokus des Fallmanagements richtet sich bei der Steuerung dieser Leistungen von der Einzelfallbearbeitung auf die kompetente Vermittlung und Steuerung der richtigen Angebote, die auf die Bedarfslage der Kundinnen und Kunden zugeschnitten sein müssen und sie weder über- noch unterfordern dürfen. Hierfür ist eine breite Angebotspalette von arbeitsmarktintegrativen Instrumenten und gesundheitsbezogenen Leistungen der regionalen Leistungserbringer erforderlich.

Besonders zu beachten:

- Umfassende Kenntnisse kommunaler Angebote und anderer Dienstleistungen regionaler Leistungserbringer
- Gewährung von Entscheidungskompetenz über den Einsatz von Hilfsangeboten für die beteiligte Vermittlungsfachkraft
- Zielorientierte inhaltliche und fallbezogene Kommunikation mit den Akteuren des regionalen Netzwerkes auf Basis von Rahmenvereinbarungen (Berichtspflicht, Festlegung von Standards, Rückmeldesystem)

- Einbindung der Vertreterinnen und Vertreter der kooperierenden Leistungsträger in das Fallmanagement / die Fallkonferenz
- Festlegung von Schnittstellen und Klärung von Verantwortlichkeiten
- Aufbau eines medizinischen Netzwerkes durch die beteiligten Expertinnen und Experten

Die folgende Abbildung zeigt in schematischer Form den Ablauf des beschäftigungsorientierten Fallmanagements mit gesundheitsbezogener Ausrichtung:



3.7.

Instrumente zur Eingliederung in Arbeit, Stabilisierung und Aktivierung

3.7.1

Arbeitsmarktintegrative Instrumente

Grundsätzlich sind alle Instrumente im Rahmen des SGB II und SGB III einsetzbar, soweit sie den Eingliederungsbedarfen entsprechen. Für die Zielgruppe der Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen sind das in der Regel:

- Trainingsmaßnahmen zur Aktivierung und Orientierung
- Betriebliche Trainingsmaßnahmen
- Eingliederungszuschuss
- Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW)
- Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung
- Arbeitsgelegenheiten Entgeltvariante
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM)

Im Rahmen des Modellprojekts hat sich herausgestellt, dass eine Anpassung der Maßnahmegestaltung an die spezifischen Bedarfe von Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Vermittlungshemmnissen zu besseren Ergebnissen führt. Hier bietet sich eine Kombination von Maßnahmen der Arbeitsförderung mit Maßnahmen der Gesundheitsprävention nach § 20 SGB V an.

Folgende Kombinationen wurden erprobt:

1) Trainingsmaßnahme Aktivierung und Orientierung nach § 16 Absatz 1 SGB II i.V. mit § 48 SGB III

kombiniert mit

Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/ Entspannung, Suchtmittelkonsum)

2) Arbeitsgelegenheit (Variante Mehraufwandsentschädigung) mit Qualifizierung nach § 16 Absatz 3 SGB II

kombiniert mit

Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/ Entspannung, Suchtmittelkonsum)

Akteure für die genannten kombinierten Maßnahmen waren:

- Anbieter von Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V und
- Anbieter von Arbeitsgelegenheiten bzw. Trainingsmaßnahmen (z.B. Wohlfahrtsverbände).

Bei Angeboten der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V für Alg-II-Empfänger stellt sich allerdings folgendes Problem: Maßnahmen nach § 20 SGB V setzen üblicherweise eine Vorfinanzierung der Gesamtkosten des Kurses durch die

Versicherten voraus und sehen nur eine Erstattung von 70-80% der Kosten nach regelmäßiger Teilnahme vor. Sie können deshalb von vielen Alg-II-Empfängern aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen werden.

Deshalb muss mit den Krankenkassen eine Regelung vereinbart werden, die den Alg-II-Empfängern eine Teilnahme an den Kursen zur Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V ermöglicht. In NRW und in Brandenburg konnten solche Vereinbarungen getroffen werden. Mit den Brandenburger Krankenkassen wurde ein für das ganze Land und alle Krankenkassen gültiges einfaches Abrechnungsverfahren vereinbart, das den Teilnehmenden an Kursen nach § 20 SGB V die üblicherweise erforderliche Vorfinanzierung der Kurskosten erspart. Die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kursen nach § 20 SGB V wird von den Kassen unterschiedlich geregelt.



Besonders zu beachten:

Klärung der Finanzierung mit den Krankenkassen

- In Gesprächen mit den Krankenkassen sollten auf die ökonomische Lage der Kundinnen und Kunden abgestimmte Selbstbeteiligungs- und Erstattungsregelungen gefunden werden.
- Abstimmung des Kursangebots nach § 20 SGB V auf den Bedarf der Kundinnen und Kunden.

Ausschreibungen der Maßnahmen nach SGB II an Anbieter mit entsprechender Leistungsbeschreibung: Zertifizierte Anbieter mit qualifiziertem Personal, geeigneten Räumen und guter Erreichbarkeit.

- Bei Beispielmaßnahme 1:
Anteilig 2/3 Qualifizierung im Bereich Aktivierung und Orientierung, anteilig 1/3 Qualifizierung inklusive der gesundheitsbezogenen Kurse.
- Bei Beispielmaßnahme 2:
Anteilig 2/3 Beschäftigung in den Einsatzstellen, anteilig 1/3 Qualifizierung inklusive der gesundheitsbezogenen Kurse.

3.7.2.

Sozialintegrative Leistungen nach § 16 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1-4 SGB II

Von den im SGB II benannten sozialintegrativen Leistungen, die der Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes dienen, kommen im Rahmen einer gesundheitsbezogenen Ausrichtung des beschäftigungsorientierten Fallmanagements in erster Linie die Suchtberatung und die psychosoziale Betreuung zum Einsatz. Grundsätzlich ist in beiden Fällen abzuklären, bis zu welchem quantitativen und qualitativen Umfang diese Angebote im Rahmen der kommunalen Zuständigkeit liegen, und ab wann sie als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu nutzen sind.

Insbesondere hinsichtlich der psychosozialen Betreuung kann das gesundheitlich ausgerichtete beschäftigungsorientierte Fallmanagement nicht immer auf Angebote zurückgreifen, die den aufgedeckten Bedarfen entsprechen. Hier wäre auch eine klare Definition des Begriffs hilfreich, der so bislang nicht in der Beschreibung von kommunalen Aufgaben verwendet wurde.

Selbstverständlich sind auch die Schuldnerberatung sowie andere Angebote der örtlichen Gesundheits-, Sozial- und Jugendämter einzubinden, wenn multiple Vermittlungshemmnisse der Kundinnen und

Kunden dies erfordern. Ansprechpartner sind u.a.:

- Jugendamt
- Gesundheitsamt
- Sozialamt

Darüber hinaus je nach den örtlichen Gegebenheiten:

- Soziale Netzwerke (Beispiel: familienentlastende Dienste, Tafel etc.)
- Kleine LIGA der Wohlfahrtsverbände
- weitere Träger von Beratungseinrichtungen.

In der Regel liegen der Arbeit der Beratungseinrichtungen entsprechende eigene Fachkonzepte sowie Vereinbarungen mit den Landkreisen / kreisfreien Städten bzw. bei Übertragung der Aufgaben – mit ARGEn – zugrunde.

Die Methoden der Zusammenarbeit mit den Trägern und Anbietern sozialintegrativer Leistungen sind grundsätzlich zu klären. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, auch qualitativ auf die Bedarfe der Zielgruppe abgestimmte Angebote zu entwickeln. Beispiele aus der Praxis sind:

- Niederschwellige Suchtberatungsangebote, beim örtlichen Grundsicherungsträger angesiedelt, wodurch ein direkter und zügiger Zugang für Kundinnen und Kunden möglich wird.

- Über Krisenintervention hinausgehende Einzel- und Gruppenmaßnahmen psychologischer Beratung (Aufbau sozialer Kompetenz, Abbau sozialer Ängste) im Rahmen eines Integrierten Beratungs- und Informationszentrums des Landkreises.

Besonders zu beachten:

- Umfassende Kenntnis kommunaler Angebote und Netzwerke.
- Quantitative und qualitative Abstimmung der Angebote auf die Kundenspezifika und die individuelle Eingliederungsstrategie. Dabei ist nicht auszuschließen, dass insbesondere die Angebote der Suchtberatung als auch die der psychosozialen Betreuung im jeweiligen Landkreis / der kreisfreien Stadt konzeptionell verändert werden sollten.
- Grundsätzlich sind für die Abstimmung der Angebote und Verfahrensweisen verbindliche Vereinbarungen empfehlenswert.

3.7.3.

Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V

Neben der prozessbegleitenden sozialmedizinischen und psychologischen Beratung (vgl. 3.3.) können weitere Interventionen notwendig sein, um den Gesundheitszustand der Kundinnen und Kunden zu verbessern.

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend dem geltenden „Leitfaden Prävention“ der Krankenkassen⁹ sind bereits bei den arbeitsmarktintegrativen Instrumenten beschrieben worden (s. 3.7.1.). Im Modellprojekt AmigA hat sich eine Kombination von arbeitsmarktintegrativen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen als sehr sinnvoll erwiesen. Es kann jedoch auch durchaus sinnvoll sein, gesundheitsförderliche und arbeitsmarktintegrative Maßnahmen einander folgen zu lassen. Voraussetzung ist allerdings, dass die gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf die spezifische Situation bzw. die spezifischen Bedarfe von Arbeitslosen angepasst sind.

Besonders zu beachten:

- Anerkennung des Angebots durch die Krankenkassen
- Gute Erreichbarkeit (Barrierefreiheit)
- Angemessene Erstattungs- und Selbstbeteiligungsregelungen mit den Krankenkassen vereinbaren

⁹ Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008

3.7.4

Psychologische Kurzinterventionen und Gruppenprogramme

Im Modellprojekt wurde erkannt, dass die Maßnahmen nach § 20 SGB V für einen erheblichen Teil der Kundinnen und Kunden nicht ausreichend waren. Dieses galt auch für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Diese Erkenntnis führte dazu, dass die am AmigA-Team beteiligte psychologische Psychotherapeutin Interventionen bzw. Module entwickelte, die auf die Bedarfe der im Projekt betreuten Menschen angepasst waren und die vorhandene Angebotslücke schlossen.

Die folgenden Gruppenangebote wurden in der Rehabilitation erprobt und hier auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe passgenau zugeschnitten:

- Einzelfallbezogene Kurzinterventionen (bis zu 10 Sitzungen à 50 Minuten),
- Gruppenprogramme (bis zu 12 Personen, 10 Sitzungen à 90 Minuten, 1x wöchentlich)
 - zum Abbau von depressiver Befindlichkeit,
 - zum Aufbau sozialer Kompetenz,
 - zur Punktabstinenz bei Alkoholmissbrauch.

Die **Kurzintervention** dient in der Regel dazu, Kundinnen und Kunden zur Teilnahme an arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen oder z.B. zu einer weiterführenden Psychotherapie zu befähigen.

Ziel des Gruppenprogramms zum Abbau von depressiver Befindlichkeit

ist es, die Inaktivität zu überwinden, Ängste abzubauen, Sozial- und Interaktionsverhalten aufzubauen und ein Bewältigungsrepertoire für Krisen einzuüben.

Ziel des Gruppenprogramms zum Aufbau sozialer Kompetenz

ist es, Personen mit Leistungs- und Verhaltens Einschränkungen zu sozial selbstsicherem Verhalten zu befähigen und ihnen Bewältigungsstrategien für belastende Situationen – z.B. am Arbeitsplatz und im Umgang mit Behörden – zu vermitteln.

Ziel des Gruppenprogramms Punktabstinenz bei Alkoholmissbrauch

ist es zu erreichen, dass Personen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum zwischen problemlosen und kritischen Trinksituationen – u.a. am Arbeitsplatz und im Verkehr – unterscheiden lernen und Festlegungen bzgl. ihrer eigenen Punktabstinenz zuverlässig einhalten.

Eine enge Verzahnung mit passenden Maßnahmen der Arbeitsförderung ist anzustreben.

Besonders zu beachten:

- Hohe persönliche und fachliche Kompetenz der/des Psychologischen Psychotherapeutin/en
- Medizinische und psychologische Diagnostik im Vorfeld ist erforderlich.
- Transparente und plausible Vermittlung der Diagnostikergebnisse an den Kunden, um ihm die Notwendigkeit einer Veränderung zu vermitteln und die Ziele der Veränderung gemeinsam zu erarbeiten.
- abhängig von Tiefe und Umfang der Interventionen ist die Finanzierung zu klären (siehe 3.7.2., Abgrenzung zu entwickelten sozialintegrativen Leistungen)

3.8.**Evaluation**

Die Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung hat klar definierte Ziele. Für die Träger der Grundsicherung nach dem SGB II ist es von erheblicher Bedeutung, welche Kosten durch die entsprechenden Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsförderung entstehen.

Eine qualifizierte Evaluation geht auf die Ziele und Kosten ein. Dabei müssen Existenz und Qualität entsprechender Daten sowie die Akzeptanz des Einsatzes von Evaluationsinstrumenten und schließlich die

für die Evaluation zur Verfügung stehenden Finanzmittel sichergestellt sein.

Die Evaluation kann auch in Kooperation mit einem Institut durchgeführt werden. Mit einer solchen externen Bewertung erfolgt dann die summative Evaluation. Die Struktur-, Produkt-, Prozessevaluationen werden von den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende selbst übernommen.

Erprobte Evaluationsinstrumente liegen vor, so dass ein Benchmarking möglich ist (T0-T1- Fragebögen und das sozialmedizinische Datenblatt).

Zu beachten sind Mindestanforderungen an die Dokumentation mit Angaben

- zu jeder Kundin und jedem Kunden: Teilnahme, Abbrüche, Fehlzeiten, Zuordnung zu den Betreuungsstufen,
- zum Nachweis des Integrationsfortschritts: sozialmedizinische Befund- und Verlaufsdaten, Anzahl der Integrationen, Reduzierung passiver Leistungen.
- Zusätzlich sind standardisierte Befragungen von Kundinnen und Kunden (differenziert nach Alter, Geschlecht, Qualifikation, Dauer der Arbeitslosigkeit u.a.) für die Analyse der Wirkungen empfehlenswert.

3.9. Systemmanagement

Das Fallmanagement muss zur Deckung des festgestellten Bedarfs auf Netzwerke zurückgreifen können, die bereits vorhanden sind oder noch entwickelt werden müssen. Das zum Fallmanagement gehörende Systemmanagement sorgt für das Funktionieren bzw. den Aufbau dieser Netzwerke.

Ohne Organisations- und Führungsunterstützung ist ein erfolgreiches Systemmanagement nicht denkbar. Die beteiligten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten beraten die Führung der Institution in allen Fragen, die den Gesundheitsbereich betreffen. Fallmanagement ist somit stets an den Prozess des Systemmanagements rückgekoppelt.

Im Systemmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung spielt die Kooperation mit der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, wie z.B. die oben erwähnten Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu Erstattungs- und Selbstbeteiligungsregelungen zeigen, eine wichtige Rolle.

Gerade wenn mehrere Leistungen verschiedener Anbieter kombiniert werden, können sich komplexe Ketten mit mehreren für die Kostenzuständigkeit relevanten Schnitt-

stellen ergeben. Eine zentrale Aufgabe des Systemmanagements ist es, die nahtlose Gewährung dieser Leistungen auf Basis von Kooperations- und Rahmenvereinbarungen sicherzustellen und so für eine effektive und effiziente Steuerung der Prozesse zu sorgen. Aufgabe des Systemmanagements ist außerdem eine regelmäßige Leistungsbewertung der Netzwerkpartner und ihrer Angebote.

3.10. Mittelbedarf und Finanzierungsmöglichkeiten

Grundsätzlich gibt es für die meisten Elemente des hier dargestellten Prozesses der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung eine gesetzliche Finanzierungsmöglichkeit im Rahmen des SGB II und des SGB V.

Eine Ausnahme bilden einige der oben beschriebenen psychologischen Interventionen. Während das Gruppenprogramm zur Punktabstinenz zu einer qualifizierten Suchtberatung gehört und nach § 16 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 SGB II zu finanzieren ist, ist eine jeweils eindeutige Zuordnung zur Kostenzuständigkeit sowohl für die einzelfallbezogene Kurzintervention als auch für die Gruppenprogramme zum Abbau depressiver Befindlichkeit und zum Aufbau sozialer Kompetenz nicht möglich.

Bei den übrigen Elementen von Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung können sich im einzelnen Schwierigkeiten im Zuge der Abstimmung aufeinander und in der Zugangseröffnung für den Hilfebedürftigen zu bestimmten Leistungen ergeben. Dafür könnten alternativ und übergangsweise Mittel zur Projektförderung genutzt werden. Denkbar sind hier beispielsweise ESF-Mittel.

In Brandenburg kämen die Programme Regionalbudgetförderung und für bestimmte Module auch „Aktiv für Arbeit“ in Frage. Ein solcher Übergangszeitraum kann auch genutzt werden, um die Vernetzung mit den Kooperationspartnern herzustellen und verbindliche Vereinbarungen zu treffen, aber auch, um Instrumente zu erproben. Potenzielle Partner sind mit bereits vorzeigbaren Erfolgen besser zu gewinnen.

Hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten aus dem SGB II kann das Verwaltungskostenbudget des Grundsicherungsträgers für die im Zusammenhang mit dem Profiling und der Potenzialanalyse sowie der Prozessbegleitung im Rahmen des Fallmanagements entstehenden Kosten genutzt werden.

Maßnahmen, die auf Stabilisierung und Aktivierung, die Qualifizierung der Kunden und letztlich die Unterstützung der

Eingliederung in Arbeit ausgerichtet sind, können mit Ausnahme der sozialintegrativen Leistungen, die in kommunaler Zuständigkeit liegen, aus dem Eingliederungstitel finanziert werden.

Gesundheitlich präventive Maßnahmen sind entsprechend dem Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V von den Gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Fragen der Finanzierung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die in die Kostenzuständigkeit der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung fallen (SGB V, SGB VI und SGB IX), sind hier nicht Gegenstand.

Die folgende Übersicht stellt den zusätzlichen Mittelbedarf im Rahmen des SGB II, geschätzt anhand der Erfahrungen aus dem Modellprojekt AmigA, und die Finanzierungsgrundlagen dar.



3.

3.10.

Mittelbedarf und Finanzierungsgrundlagen für Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung nach dem SGB II

Maßnahme	Finanzierung von	Geschätzter Bedarf (Modellprojekt, 200 Teilnehmende)
Qualifizierung der Vermittlungsfachkräfte	Bildungsanbieter	350 EUR pro zu schulender Person bei 3tägigem Seminar
Eingangsdagnostik/ Bedarfsermittlung	Expertinnen / Experten	Je Expertin bzw. Experte 26.000 EUR jährlich Befundbericht, Zusatzgutachten: ca. 500 EUR jährlich
Integrationsplanung	Expertinnen / Experten	
Fallbegleitung/ Prozessbegleitung	Expertinnen / Experten (Hier: Lotsenfunktion, Nutzung medizinisches Netzwerk)	
Zusätzliche Präventionskurse oder -module oder integriert in Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung	Präventionskurs (einschließlich Kursleitung)	
Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung durch Träger	Höhere Trägerpauschale möglich bei spezifischen Betreuungs- und Qualifizierungsbedarfen (bspw. im Rahmen von Trainingsmaßnahmen oder AGH-MAE)	
Psychologische Kurzintervention und Gruppenprogramme	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut	
Suchtberatung Psychosoziale Betreuung	Ggfs. Mittelbedarfe in Folge der Anpassung der bestehenden Konzepte	
Evaluation	Ggfs. extern	

	Finanzierungsgrundlage	Alternative
	VWK	
	VWK (Honorarkräfte oder Kapazitäten der BA nach § 32 SGB III) VWK (wie oben) VWK	Projektmittel
	§ 20 SGB V	Solange Abstimmungen mit örtlichen Krankenkassen über die Zulassung bestimmter Kurse und Kursträger für integrierte Maßnahmen nicht abgeschlossen sind, kann es notwendig sein, entsprechende Angebote aus Projektmitteln zu finanzieren. Hier sind, in Abhängigkeit von den Landesprogrammen, auch ESF-Mittel denkbar.
	EGT	
	Je nach Abgrenzung Kommune (sozial-integrative Leistungen nach § 16 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 oder 4 SGB II) oder SGB V	Auch hier ist übergangsweise eine Projektförderung, beispielsweise aus ESF-Mitteln, denkbar.
	Kommune (sozialintegrative Leistungen nach § 16 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 oder 4 SGB II)	
	wenn Finanzierung im Einzelfall möglich: VWK	

4. **Ausblick**

Das hier vorgestellte Konzept einer **Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung** wird vom **Bundesministerium für Arbeit und Soziales begrüßt** und ist hinsichtlich der **Finanzierungsgrundlagen abgestimmt**. Seine **Multiplikation wird empfohlen**.

Der dem Konzept zugrunde liegende Ansatz geht von der Erkenntnis aus, dass gesundheitliche Einschränkungen ein wesentliches Hemmnis bei der Vermittlung in Arbeit sind. Die Minderung oder Beseitigung gesundheitlicher Einschränkungen von Arbeitslosen wird als Ziel an sich und zugleich als notwendiger und sinnvoller Teil der Arbeitsförderung betrachtet, der bisher nicht genügend Berücksichtigung findet und zukünftig einen festen Platz im beschäftigungsorientierten Fallmanagement einnehmen sollte.

Die Ergebnisse des Modellprojekts AmigA belegen die Wirksamkeit des in diesem Projekt erprobten Konzepts. Allerdings stützen sich die bisher vorliegenden Ergebnisse erst auf eine kleine Fallzahl und einen relativ kurzen Zeitraum. Eine Weiterführung der Evaluation dieses Ansatzes ist deshalb unbedingt erforderlich und wird Grundsicherungsträgern, die dieses Konzept anwenden wollen, dringend empfohlen.

Dabei sollte das Rad nicht immer wieder neu erfunden werden. Die im Rahmen des Modellprojekts AmigA entwickelten Evaluationsinstrumente (T0 – / T1 - Fragebögen und das sozialmedizinische Datenblatt) haben sich bewährt und stehen Interessierten auf Anfrage zu Verfügung (s. unter 6.2.). Ihre Anwendung ist gerade auch im Interesse der Vergleichbarkeit von Ergebnissen zu empfehlen.

v. Braunmühl, C., Toumi, I. (2006):

Arbeitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement (AmigA) S. 215- 222

In: Holleder, A., Brand, H., Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern, Hans Huber Verlag

v. Braunmühl, C., Toumi, I. (2008):

Arbeitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement (AmigA) S. 259- 263

In: Fachverband Sucht e.V., Qualitätsstandards der Suchtbehandlung, Geesthacht, Neuland

Bundesagentur für Arbeit (2005)

Fachkonzept: „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement“, Nürnberg

Elkeles, T., Kirschner, W. (2004):

Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. BKK Bericht, GuS Nr. 3, Bremerhaven, NW-Verlag

DIMDI (2005, Hrsg.):

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endaassung/>

Keller, S. (1999, Hrsg.):

Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg, Lambertus

Kirschner, W., Elkeles, T. (2006):

Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe.

In: Holleder, A., Brand, H.(HG.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Bern, Hans Huber Verlag

Kanatschig, D., Schulz, P. (2006):

Leitfaden zur Selbstevaluation – 20 Arbeitsschritte zur Optimierung der Projektarbeit, Wien

www.nachhaltigkeit.at/bibliothek/pdf/leitfaden_selbstevaluation.pdf

6. Anlagen

6.1.

Schulungskonzept für ein beschäftigungsorientiertes Fallmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung¹

Modul 1	Konzept <ul style="list-style-type: none">• Begriffsklärung und Selbstverständnis• Die Bedeutung der ICF• Die Rolle der Fallmanagerin, des Fallmanagers und der Expertin, des Experten• Das Prinzip Fördern und Fordern• Aufgaben des Systemmanagements
Modul 2	Prozesse <ul style="list-style-type: none">• Fallzugang• Beratung und Herstellen eines Arbeitsbündnisses• Eingangsdiagnostik / Ermittlung des individuellen Bedarfs• Integrationsplanung und Eingliederungsvereinbarung• Leistungssteuerung• Netzwerkarbeit• Dokumentation
Modul 3	Kompetenzerweiterung in der Beratung <ul style="list-style-type: none">• Beratungsrelevante Grundlagen der Sozialpsychologie• Beratungstheorien• Gesprächstechnik• Konfliktmanagement• Methodisches Vorgehen

¹ Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement“, Bundesagentur für Arbeit vom 22.4.2005

Modul 4	Sozialmedizinisches Basiswissen <ul style="list-style-type: none">• Sozialmedizinische Begriffe und Definitionen• Sozialmedizinische Leistungsbilder• Interpretation von ärztlichen Bescheinigungen und Attesten• Ansatz der „praktischen“ Sozialmedizin• Psychosoziale Gesundheit• Chronische Erkrankungen und Behinderungen• Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation
Modul 5	Kooperation mit den Leistungsträgern der sozialen Sicherung <ul style="list-style-type: none">• Rechtliche Grundlagen unter besonderer Berücksichtigung des SGB II, III, V, VI, IX, X• Ziele und Aufgaben der Leistungsträger
Modul 6	Netzwerkpartner <ul style="list-style-type: none">• Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger• Erbringer von gesundheitsbezogenen Leistungen und andere Akteure im Gesundheitswesen• Beratungsstellen• Selbsthilfegruppen• Private und öffentliche Arbeitgeber
Modul 7	Erfolgsmessung und Evaluation <ul style="list-style-type: none">• Definition• Methoden und Instrumente• Ziele

6.2.

**Ansprechpartnerinnen
und Ansprechpartner
(bezogen auf das Modellprojekt)**

Für Grundsatzfragen des Konzepts

Frau Dr. Ingrid Toumi, ehemalige Leitende
Ärztin der Regionaldirektion Baden-Württ-
emberg der Bundesagentur für Arbeit und
Beraterin im Modellprojekt AmigA
Augustenstr. 112
70197 Stuttgart
07 11-62 42 70

**Für praktische Fragen zur Umsetzung:
MAIA**

Frau Katrin Urban (stv. Geschäftsführerin)
03 38 41-44 36 23
Frau Antje Kellner (Teamleiterin)
03 3 27-56 92 78 10

**Für Fragen an Expertinnen
und Experten:**

Salus Klink, Lindow

Frau Dr. Yvonne Jessica Kulbartz-Klatt
03 39 33-881 10

Reha-Klinik, Hoher Fläming

Dr. Michael Meier-Giro 03 38 41-541 50

Für Fragen zur Evaluation:

**Forschung, Beratung + Evaluation
(FB+E GmbH), Berlin**
Dr. Wolf Kirschner 030-450 57 8022

**Für Fragen zu Zusatzfinanzierungen
(z.B. ESF):**

**Technologie- und Gründerzentrum
Fläming GmbH**
Dr. Veit-Stephan Zweynert 03 38 41-654 00

**Für Fragen zur Zusammenarbeit
mit Krankenkassen:**

AOK Brandenburg
Detlef Frohnhofer 033 28-45 24 16

DAK Brandenburg
Ralf Schröter 033 81-51 02 11

IKK Brandenburg
Iris Spitzner 03 31-646 32 26

Impressum

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg**

Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam
www.masgf.brandenburg.de

Gestaltung: Ute Langbein Grafik-Design
Bildnachweis: fotolia, pixelio
Lektorat: Dr. Sonja Hilzinger
Druck: Druckerei Grabow

Auflage: 1.000 Stück
November 2008

Diese Publikation wird durch das Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit und Familie aus Mitteln des Europäischen
Sozialfonds und des Landes Brandenburg gefördert.

Europäischer Sozialfonds – Investition in Ihre Zukunft