

Fallmanagement in der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung

Dr. I. Toumi, Dr. v. Braunmühl

Kurzzusammenfassung

Das in diesem Beitrag beschriebene Konzept eines beschäftigungs-orientierten Fallmanagements mit gesundheitsbezogener Ausrichtung wurde 2005 bis 2008 im Modellprojekt AmigA in Brandenburg umgesetzt und extern evaluiert. Durch die Verzahnung der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen wird ein zielgruppenspezifischer Ansatz gewählt, der eine nachhaltige Eingliederung in Arbeit und eine Verbesserung der Gesundheit als gleichrangige Ziele anstrebt. Die Ergebnisse der externen Evaluation des Modellprojekts legen eine Multiplikation des Konzepts nahe.

Einführung

Nach Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit weisen insgesamt 33% der Arbeitslosen gesundheitliche Einschränkungen auf, und bei 21% der Arbeitslosen haben diese Einschränkungen Folgen für die berufliche Tätigkeit bzw. die Vermittlungsfähigkeit (Hollederer, A., 2002).

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.“ (Bundesärztekammer, 2005).

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 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.¹

Vor diesem Hintergrund sind in Deutschland einige Projekte der Gesundheitsförderung für Arbeitslose entstanden, von denen einige in diesem Sammelband beschrieben werden (1).

Auch wenn diese Projekte sich alle auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen richten, so bestehen gleichwohl erhebliche Unterschiede, z.B. hinsichtlich der Zielgruppen, der Methoden und Instrumente sowie der Rahmenbedingungen.

Die Zielgruppe, auf die sich alle hier angesprochenen Projekte beziehen, sind arbeitslose Menschen im Einflussbereich des SGB II bzw. SGB III. Kriterien zur Auswahl spezifischer Zielgruppen sind z.B. die Dauer der Arbeitslosigkeit sowie das Vorliegen relevanter Vermittlungshemmnisse wie höheres Alter, geringe Qualifikation und im Besonderen gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Zu unterscheiden sind angebots- bzw. nachfrageorientierte von bedarfsorientierten Ansätzen. Erstere stellen den Kunden Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Verfügung, die diese bei Interesse wahrnehmen können oder auch nicht. Letztere setzen eine Ermittlung des individuellen Bedarfs voraus. Schließlich unterscheiden sich Projekte auch insofern, als sie Maßnahmen der Arbeitsförderung mit solchen der Gesundheitsförderung und Prävention kombinieren oder nicht (Kirschner, W. 2006 und 2008).

Das in diesem Artikel beschriebene Konzept einer Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung verfolgt einen bedarfsorientierten Ansatz mit kombinierten und verzahnten arbeitsmarktintegrativen und Gesundheitsleistungen auf der Grundlage eines Fallmanagements. Eine Strategie, die Arbeitsförderung und Gesundheitsmanagement in dieser Weise 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 –erbringer) erfordert.

1. Das Modellprojekt AmigA

Nach Erfahrungen mit verschiedenen Projekten zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit startete das für Arbeit und Gesundheit zuständige Ministerium des Landes Brandenburg im Jahr 2003 die Vorbereitung eines Modellprojekts, das Arbeitsförderung und Gesundheitsmanagement nach einem klar strukturierten Konzept miteinander verknüpfen sollte.

Kooperationspartner des Modellprojekts „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung“ (AmigA), 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, IKK, die Regionaldirektion Berlin-Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie. Projektträger war die Mittelmärkische Arbeitsgemeinschaft zur Integration in Arbeit (MAIA) an den Standorten Werder und Brandenburg an der Havel (v. Braunmühl, C, Toumi I, 2006 und 2008).

1.1 Zielgruppen und Ziele

Zielgruppen des Modellprojekts waren Langzeitarbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen und/oder psychosozialen Einschränkungen. Ziel war es, durch den Einsatz eines ganzheitlichen Fallmanagements die Anzahl von nachhaltig in den Arbeitsmarkt eingegliederten Arbeitslosen mit den genannten Vermittlungshemmnissen zu erhöhen und ihre Gesundheit und Integrationsfähigkeit zu verbessern.

AmigA- Kunden benötigten aufgrund ihrer komplexen Problemlage eine umfassende Betreuung, die zeitnah die benötigten Unterstützungsleistungen aus der Beschäftigungsförderung, den Beratungsstellen und dem Gesundheitswesen zur Verfügung stellt. Diese Betreuung setzte entsprechende Kenntnisse der Fallmanager in jedem der genannten Bereiche voraus.

1.2 Das AmigA-Fallmanagement-Team

Das AmigA-Fallmanagement-Team beriet und betreute die Kunden. Dieses war dem Projektträger MAIA zugeordnet. Es handelte sich um ein interdisziplinäres Team, in dem auch Fachkräfte der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung in Brandenburg sowie ein Sozialmediziner und eine Psychologische Psychotherapeutin als Experten zusammenarbeiteten.

Die Einbindung der Sozialmedizin und Psychologie war ein besonders wichtiges Merkmal von AmigA. Ihre Mitwirkung war innovativ und praktisch ausgerichtet. Praktische Sozialmedizin bedeutete z.B., dass es der Arzt als seine originäre ärztliche Aufgabe betrachtete, sich im Team am Fallmanagement und Eingliederungsprozess zu beteiligen und dabei keineswegs nur Gutachten zu erstellen. Der Sozialmediziner stellte die Verbindung zwischen dem Gesundheitsbereich und dem Arbeitsbereich her und übernahm dabei die sozialmedizinische Einzelfallbearbeitung und die Systemberatung. Er gab dem Fallmanager und dem Arbeitsvermittler also nicht nur Auskünfte und Entscheidungshilfen, vielmehr gestaltete er den simultanen Prozess von Beratung, Integration und medizinischer Sachaufklärung mit und übernahm Prozessverantwortung. Analoge Aufgaben übernahm die Psychologische Psychotherapeutin.

1.3 Das beruflich-soziale Fallmanagement

Das zentrale Element des Modellprojekts AmigA stellte das beruflich-soziale Fallmanagement dar. Dieses Fallmanagement begann mit einer qualifizierten Eingangsdiagnostik, die eine dem Fall angemessene sozialmedizinische/psychologische Sachverhaltsaufklärung einschloss. Auf der Grundlage der Eingangsdiagnostik entschieden der Fallmanager, der Sozialmediziner und die Psychologische Psychotherapeutin zum Einen über die Eignung der Kunden für die Teilnahme am Modellprojekt und zum Anderen auf der Basis einer Kundendifferenzierung - ab 2007 orientiert an den Betreuungsstufen im

SGB II - über die Art und den Umfang eines unterschiedlich zu gestaltenden Fallmanagements.

Abhängig vom individuellen Bedarf wurden die beruflichen und psychosozialen und/oder gesundheitsbezogenen Interventionen zeitlich und inhaltlich so miteinander verknüpft, dass eine Stabilisierung und Aktivierung erwartet werden konnte. Dabei kam es im Fallmanagement stets darauf an, kurze Wege zu finden, die Kunden verstehen und mit beratender Unterstützung auch überzeugt gehen konnten. Die einzelnen Leistungen mussten vom Kunden angenommen und als Bestandteil des Integrationsplans vereinbart, um wirksam sein zu können.

Ziel des beruflich-sozialen Fallmanagements war die Eingliederung in Arbeit. Nach ca. sechs Monaten sollte sich die Gesundheit und Integrationsfähigkeit der Kunden so weit stabilisiert haben, dass mit der Eingliederung in Arbeit begonnen werden konnte. Dabei handelte es sich allerdings um einen Durchschnittswert, der nach der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Morbidität der Kunden auch deutlich überschritten werden konnte. Ein anschließendes Coaching am Arbeitsplatz wurde angeboten.

1.4 Das Netzwerk

Jedes Fallmanagement erfordert ein funktionierendes Netzwerk. Hierzu gehörten bei AmigA unter anderem Reha-Kliniken, Beratungsstellen, behandelnde Ärzte und Psychotherapeuten. Zeitnah und wirtschaftlich zu erbringende, auf ihre Wirksamkeit überprüfte Leistungen von Netzwerkpartnern waren vom AmigA-Fallmanagement-Team nach vereinbarten Standards und individueller Passgenauigkeit auszuwählen. Dabei wurden vorhandene lokale Netzwerke genutzt und AmigA-spezifische Netzwerke aufgebaut.

Zur Angebotspalette zählten u.a. Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V sowie psychologische Interventionen bzw. Programme, die auf anerkannten, in der Rehabilitation erprobten Methoden basieren und auf die spezifischen Bedarfe der im Projekt betreuten Kunden angepasst wurden (vgl. zu diesen „angepassten“ psychologischen Interventionen den Beitrag von Frau Dr. Kulbartz-Klatt in diesem Band).

Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen wurden mit arbeitsmarkt-integrativen Leistungen Dritter kombiniert bzw. verzahnt.

Wichtige Netzwerkpartner waren auch behandelnde Ärzte und Psychotherapeuten. Gerade mit den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten war eine enge Kooperation und Kommunikation herzustellen, die zum Teil sehr gut gelang, zum Teil aber auch eine schwierige Herausforderung darstellte. Auf die Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes wurde besonders geachtet.

1.5 Ergebnisse

Das Modellprojekt wurde durch das Institut Forschung, Beratung und Evaluation (FB+E) Berlin extern evaluiert. Für die Evaluation erfolgte eine systematische Dokumentation, die auch die Befunde der Experten mit einem spezifischen sozialmedizinischen Datenblatt einbezog. Ein wesentliches Evaluationsinstrument

waren außerdem (T0 –/ T1 - Fragebögen, die ebenso wie das sozialmedizinische Datenblatt für das Modellprojekt entwickelt wurden. Diese Instrumente haben sich bewährt und stehen Interessenten auf Anfrage zur Verfügung. Ihre Anwendung ist gerade auch im Interesse der Vergleichbarkeit von Ergebnissen zu empfehlen.

Die Evaluation beschränkte sich nicht nur auf die Ergebnisse. Sie umfasste vielmehr alle Projektphasen und Projektelemente: Strukturen, Prozesse, Produkte und Dienstleistungen.

Die Ergebnisevaluation zeigt bedeutsame Interventionseffekte mit einer Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes. Der Anteil der Befragten mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand ging von 56% auf 41% signifikant zurück. Darüber hinaus waren z.T. wesentliche z.T. tendenzielle Verbesserungen in der sozialen Orientierung festzustellen. Diese Ergebnisse wurden durch die Beurteilung der Experten bestätigt

Ingesamt war nach Abschluss der Intervention bei über der Hälfte der Teilnehmer eine positive Entwicklung ihrer gesundheitlichen Situation nach durchschnittlich sechs Monaten festzustellen. Außerdem war bei 40% der Teilnehmer im Lauf der Intervention eine Verbesserung der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit von 48 auf 72 von 100 Punkten eingetreten.

Von den rund 200 Teilnehmern haben 15% Beschäftigung gefunden. Der Anteilswert entspricht genau der Eingliederungsquote für SGB II Empfänger von 15,4%.² Dabei ist allerdings die Länge der Arbeitslosigkeit sowie der schlechte Gesundheitszustand der AmigA-Teilnehmer zu berücksichtigen. Insoweit können die immerhin gleich hohen Eingliederungsquoten als Erfolg gewertet werden. Bei einer Weiterführung dieses Projektes oder der Etablierung ähnlicher Projekte bedarf die Frage nach der Eingliederungsquote verstärkter Aufmerksamkeit sowie der Bereitstellung der dafür erforderlichen Daten - z.B. Eingliederungsquoten nach Betreuungsstufen (vgl. Kirschner, W., 2008, in diesem Sammelband).

Die Expertenberatung war eine wirksame Intervention, die allerdings nicht quantifiziert werden kann

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

2. Das Konzept AmigA

Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung sollte in einer ARGE, optierenden Kommune oder Agentur für Arbeit stattfinden. Hier werden von den Vermittlungsfachkräften die vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Hemmnisse

festgestellt, die vom behandelnden Arzt oder von Dritten nicht oder nur eingeschränkt erkannt werden können. Der Kunde erhält seine individuelle Förderung ohne weite Wege aus einer Hand von der für ihn zuständigen Arbeitsvermittlung. Zusätzliche Schnittstellen werden vermieden. Vorhandene Strukturen einschließlich des Ärztlichen- und Psychologischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind zu nutzen.

Das Konzept AmigA wird in einem zielgruppenspezifischen beschäftigungsorientierten Fallmanagement, das dem beruflich-sozialen entspricht, umgesetzt (Bundesagentur für Arbeit, 2005). Dieses ist ein auf den Kunden ausgerichteter, zeitlich begrenzter Prozess einer möglichst nachhaltigen Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Die aktive Mitarbeit des Kunden ist erforderlich. Es gilt das Grundprinzip des „Förderns und Forderns“. Bei der Methode des Fallmanagements handelt es sich um einen kooperativen Vorgang, bei dem individuelle Problemlagen zunächst methodisch erfasst werden. Danach sind die Versorgungsangebote zu planen, zu implementieren, zu koordinieren und zu überwachen. Ein solches strukturiertes Verfahren benötigt eine hohe fachliche Kompetenz der beteiligten Vermittlungsfachkräfte (2) und der Experten ebenso wie eine Organisations- und Führungsunterstützung.

Das Verfahren besteht aus einer Kombination von Einzelfallarbeit der beteiligten Vermittlungsfachkraft (2) die verantwortlich steuert, und dem Systemmanagement, das den bestmöglichen Rahmen für die Einzelfallarbeit fortlaufend herstellt.

Eine wesentliche Aufgabe des Systemmanagements ist die Entwicklung einer bedarfsstrukturierten Angebotslandschaft (vgl. Abschn. 2.3) und die Gestaltung der Zusammenarbeit der Leistungsträger.

Damit Auswirkungen und Folgen von Schnittstellen begrenzt werden, sind in einem ersten Schritt Verwaltungs- bzw. Kooperationsvereinbarungen erforderlich. Sie sollen nicht nur die Finanzierung von Leistungen regeln, sondern auch die Nahtlosigkeit der Gewährung derselben sichern. Vorschriften allein genügen aber nicht, um die Umsetzung vor Ort zu gewährleisten. Im Modellprojekt hat sich gezeigt, dass die Kooperationspartner direkt anzusprechen sind, um sie am Aufbau und Funktionieren des regionalen Netzwerkes zu beteiligen. Reine Interessenbekundungen sind hier nicht ausreichend. Die Leistungsträger sollen nicht nur „payer“, sondern auch „player“ sein - bis hin zu einer Kombination von Leistungen.

2.1 Eingangsdiagnostik und Integrationsplanung

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik mit ihren spezifischen Instrumenten erkennt die Vermittlungsfachkraft bei ihren Kunden vermittlungsrelevante gesundheitliche Beeinträchtigungen. Oft werden diese auch vom Kunden selbst vorgetragen. Das Ergebnis der Eingangsdiagnostik entscheidet über die Eignung des Kunden für ein Fallmanagement.

Als nächster Schritt erfolgt eine Kundendifferenzierung auf Basis des Profiling. In Zusammenhang mit dem Profiling kommt es darauf an, die Stärken und Schwächen des Kunden in einer Potentialanalyse zu erfassen. Diese beinhaltet die Stammdaten, Ressourcendaten, Persönlichkeitsdaten, Gesundheitsdaten, berufsbiografische

Daten sowie die Selbsteinschätzung und die Entwicklung von Perspektivpfaden. Auf dieser Grundlage erfolgt die Zuordnung zu den Betreuungsstufen (SGB II) bzw. die Kundendifferenzierung (SGB III).

Die Gesundheitsdaten werden durch die Diagnostik der Experten – Arzt und Psychologischer Psychotherapeut - erfasst und in einer getrennt zu führenden Dokumentation, dem sozialmedizinischen Datenblatt, festgehalten. Diese Diagnostik stützt sich u. a. auf die von behandelnden Ärzten oder Psychotherapeuten angeforderte oder vom Kunden beigebrachte ärztliche Unterlagen (Schweigepflichtsentbindung). In die Befundsammlung sind die agentur-ärztlichen/psychologischen und andere sozialmedizinische Gutachten der Leistungsträger einzubeziehen. Ergänzt wird die Analyse und Bewertung der Fremdunterlagen durch eigene Diagnostik nach der ICF mit der Teilhabeperspektive (DIMDI, 2005) sowie halbstrukturierten Interviews und spezifischen Fragebögen.

In der anschließenden Fallkonferenz erfolgt für die beteiligte Vermittlungsfachkraft die Bündelung der relevanten Experteninformationen und die fachlich präzise Beschreibung der Umsetzungsschritte unter Wahrung der Schweigepflicht. Gegebenenfalls werden auch Vertreter der Krankenkassen, der Rentenversicherung oder anderer Leistungserbringer einbezogen. Auf der Grundlage aller Daten wird eine Integrationsplanung vorgenommen. Dabei spielt die individuelle Bedarfsdimension und Bedürftigkeit sowie die prognostizierte Wirksamkeit eine große Rolle. Die Auswirkungen dieser ersten Feststellungen auf das Fallmanagement dürfen nicht unterschätzt werden.

Es ist zu beachten, dass AmigA- Kunden ein unterschiedliches Ausgangsniveau hinsichtlich ihres Problembewusstseins, ihrer Bereitschaft zu einer Veränderung und ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung derselben haben. Motivationsverlust verbunden mit Perspektivlosigkeit kann Ausdruck einer tieferliegenden psychosozialen Belastung sein. Nicht selten treten Störungen der Affektivität mit Angst und depressiven Reaktionen hinzu.

Hieraus ergeben sich für die Beratung und Integrationsplanung neben arbeitsmarkt-integrativen auch gesundheitsbezogene Gesichtspunkte bzw. Ziele. Die vereinbarten Ziele müssen verständlich, handhabbar und transparent sein. Deshalb kann es notwendig sein, Teilziele in einem festen Zeitrahmen festzulegen.

Im Ergebnis dieses Verfahrens wird zwischen beteiligter Vermittlungsfachkraft und Kunde eine Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen. Diese Eingliederungsvereinbarung ist das Pflichtenheft für beide Bündnispartner – beteiligte Vermittlungsfachkraft und Kunde. Die Eingliederungsvereinbarung und der Integrationsplan dienen der Zielplanung, Steuerung, Überprüfung und Rückkoppelung. Im Verlauf einer solchen individuellen Bedarfsermittlung entsteht ein tragfähiges Arbeitsbündnis, das Voraussetzung für eine wirksame und erfolgreiche Fallbegleitung ist.

2.2 Fallbegleitung

Bei der Fallbegleitung handelt es sich um eine kontinuierliche, fallbezogene Kommunikation zwischen beteiligter Vermittlungsfachkraft, Experten (dem Arzt -

möglichst mit sozialmedizinischen Fachkenntnissen – und dem Psychologischen Psychotherapeuten) und Kunden. Während des gesamten Fallmanagements beraten die Experten sowohl die Kunden als auch die beteiligten Vermittlungsfachkräfte.

Für die beteiligten Vermittlungsfachkräfte übersetzen der Arzt und der Psychologische Psychotherapeut die ermittelten medizinischen / psychologischen Ergebnisse aus der Fachsprache gleichsam in eine für alle verständliche Umgangssprache, damit die Prozesse im Fallmanagement konsequent und angepasst ablaufen. Diese prozessorientierte Beratung trägt zur Professionalisierung der Teamgespräche und -arbeit bei. Die Fachkräfte werden dadurch in ihrer Arbeit unterstützt, weshalb in der Regel von einer großen Akzeptanz ausgegangen werden kann.

Für die Kunden spielen die Experten gleichsam die Rolle des Lotsen und Gatekeepers im Gesundheitsbereich. Viele Kunden erhalten medizinische Leistungen nicht im wünschenswerten Umfang. Das liegt wohl auch daran, dass sie sich in dem komplexen Gesundheitssystem nicht ausreichend auskennen. Bei einer ohnehin hohen Gesundheitsbelastung kommt es zu Fehlallokation oder eben zu keiner Nachfrage. Mit der Lotsenfunktion übernehmen die Experten eine wichtige und für AmigA elementare Aufgabe. Die Kunden werden dergestalt beraten, dass sie gesundheitsfördernde, medizinische, psychotherapeutische oder rehabilitative Behandlungen, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit verbessern sollen, auch in Anspruch nehmen.

Hierfür sind Strukturen der Kooperation und Kommunikation zu behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten und Beratungsstellen sowie auch zu den Ärzten der Leistungsträger und Reha- Kliniken zu entwickeln und auszugestalten. Der Aufbau eines medizinischen Netzwerkes ist von großer Bedeutung und eine besondere Herausforderung. Die Einrichtung von Qualitätszirkeln ist empfehlenswert. Im Modellprojekt hat sich herausgestellt, dass neben der ambulanten ärztlichen Diagnostik und Behandlung, insbesondere auch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und psychotherapeutische Behandlungen erforderlich sind.

Die Expertenberatung ist im Fallmanagement eine Intervention für sich. Im Verlauf verändert sich der Zustand des Kunden - positiv oder negativ. Daher ist der Integrationsplan mit den ausgewählten Modulen nach einem festgelegten Zeitraum zu überprüfen, um ihn, falls nötig, den persönlichen und gesundheitlichen Voraussetzungen des Kunden anzupassen. Die Überprüfung der (Teil-) Erfolge ist Aufgabe der beteiligten Vermittlungsfachkraft und der Experten. So wird bei der Organisation und Steuerung der einzelnen Maßnahme dafür gesorgt, dass der Kunde nicht über- oder unterfordert wird (v. Braunmühl, C., Toumi, I., 2006).

Die von der beteiligten Vermittlungsfachkraft und den Experten durchgeführte Beratung und Betreuung setzt auf Empowerment, d.h. auf das Erkennen und die Stärkung der Ressourcen des Kunden. Von Beginn an müssen die Kompetenzen und Fähigkeiten gefördert und gefordert werden. Die Handlungsfähigkeit und Kontrollmöglichkeit des Kunden sollen erhöht, eine realistische Einschätzung der eigenen Situation herbeigeführt werden. Ziel ist es, durch den Aufbau von Motivation Veränderungen des Verhaltens und der Einstellung zu den persönlichen Verhältnissen zu erreichen. Eine wirksame Beratung richtet sich auf die Entwicklung

von Bewältigungsstrategien und Perspektiven. Sie leistet so aktivierende Unterstützung (Keller, S, 1999).

2.3 Leistungssteuerung

Das Gelingen der Leistungssteuerung ist von der Qualität der Netzwerkstruktur mit geeigneten Angeboten abhängig. Die Auswahl der Netzwerkpartner richtet sich zum Einen nach der Bedarfslage des Kunden, zum Anderen nach der vorhandenen kommunalen Infrastruktur und den verfügbaren regionalen Dienstleistungen. Bei diesen kann nicht immer davon ausgegangen werden, dass sie den Erfordernissen entsprechen.

Die Passgenauigkeit von Angeboten wird nicht allein durch ihr Zusammenführen, sondern vor allem durch eine differenzierte Bedarfsanalyse und ggf. eine hieraus abzuleitende Entwicklung von innovativen Modulen erreicht. Rahmenvereinbarungen mit Berichtspflicht, Rückmeldesystem und insbesondere einer inhaltlichen und fallbezogenen kontinuierlichen Kommunikation sind unverzichtbar. Erfahrungsgemäß beeinträchtigen gerade Mängel beim Aufbau des Netzwerks und dem Vorhalten von Gesundheitsmodulen ein Fallmanagement erheblich.

Ein ganzheitliches Fallmanagement benötigt eine breite Angebotspalette, die auf die individuellen Belange arbeitsloser Menschen mit gesundheitlichen und/oder psychosozialen Einschränkungen ausgerichtet sein muss. Zu dieser Angebotskette zählen allgemeine und sogenannte spezifische arbeitsmarktintegrative Instrumente sowie gesundheitsbezogene und flankierende Leistungen (Sucht- und Schuldnerberatung u.a.), die auch mit einander kombiniert werden können. Zum Beispiel können spezifische arbeitsmarktintegrative Instrumente wie die herkömmlichen Trainingsmaßnahmen oder Arbeitsgelegenheiten (AGH) mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V, also Präventivkursen der Krankenkassen (Bewegung, Rückenschule, Ernährung, Stress, Sucht) kombiniert werden.

Die gesundheitsbezogenen Leistungen umfassen die sozialmedizinische und psychologische Beratung, sowie psychotherapeutische Module. Dies sind z.B. die einzelfallbezogene Kurzintervention und Gruppenprogramme zum Aufbau sozialer Kompetenz, Abbau depressiver Befindlichkeit und zur Punktnüchternheit. Die Steuerung der einzelnen Module kann parallel, kombiniert oder verzahnt erfolgen (MASGF, 2008).

2.4. Eingliederungsmanagement

Das Fallmanagement endet in einem strukturierten Eingliederungsmanagement mit einem spezifischen Arbeitgeberservice. Arbeitgeber sollen nicht zuletzt durch Eingliederungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch motiviert werden, Amiga-Kunden einzustellen. Neben einer qualifizierten Personalberatung durch die beteiligte Vermittlungsfachkraft ist auch eine Expertenberatung des Arbeitgebers – insbesondere für kleinere und mittlere Unternehmen ohne ständige betriebsärztliche Betreuung – vorzusehen. Mit der Expertenberatung des Arbeitgebers sind an den Ressourcen des Kunden orientierte Empfehlungen sowie der Abgleich des

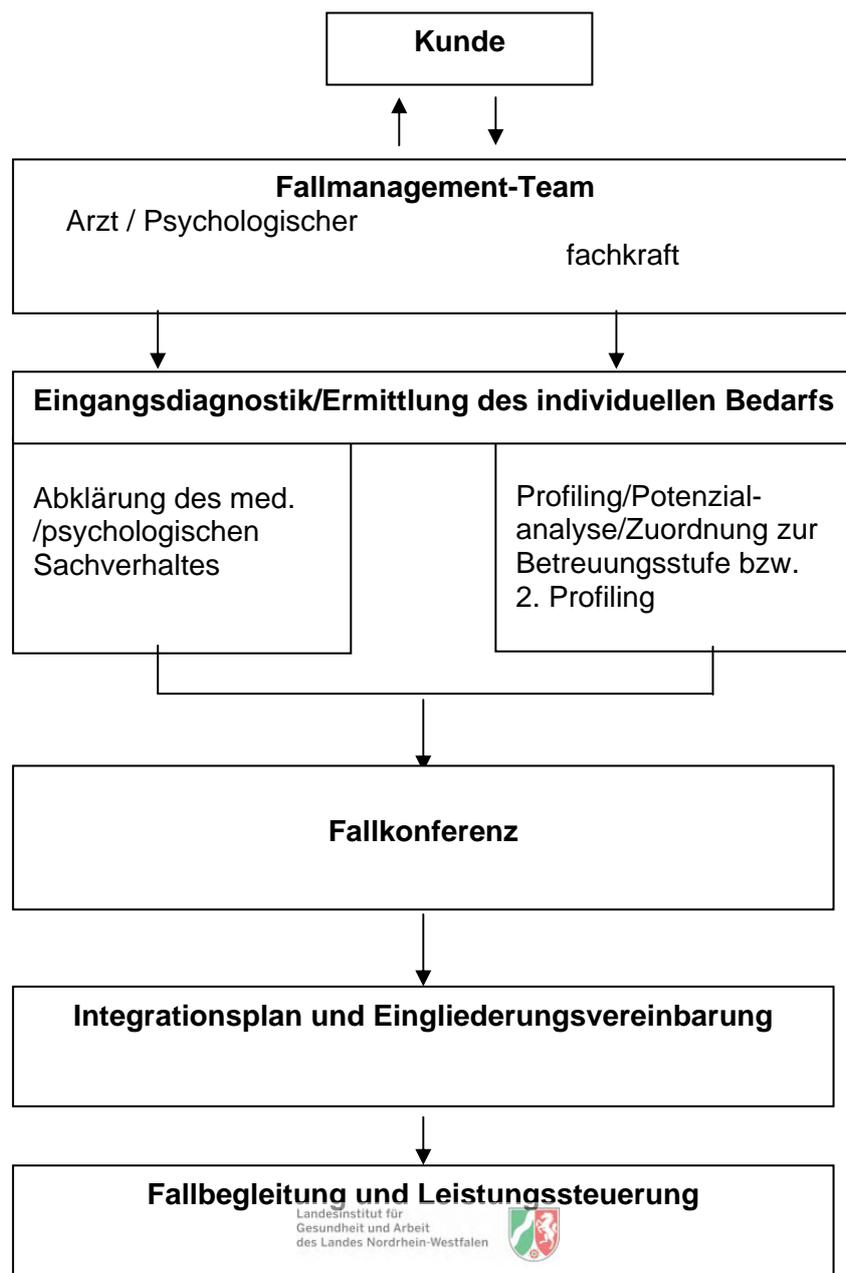
Fähigkeitsprofils des Kunden mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes verbunden. Ggf. ist auch ein Coaching am Arbeitsplatz anzubieten (v. Braunmühl, C., Toumi, I., 2006).

Auch wenn die Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht sofort gelingt, ist es für die Erfolgsbeurteilung von Bedeutung, ob Integrations-fortschritte erreicht wurden und sich damit die Chancen auf die Erreichung eines Arbeitsplatzes zu einem späteren Zeitpunkt erhöht haben. Andernfalls ist zu prüfen, ob der Übergang in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers angezeigt ist.

Das Konzept des Eingliederungsmanagements konnte im Modellprojekt AmigA wegen der geschäftspolitischen Vorgaben der Bundesagentur für Arbeit für die ARGE nicht erprobt werden.

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

Abb. Ablaufschema des beschäftigungsorientierten Fallmanagements



Integration in Arbeit, Stabilisierung und Aktivierung (Integrationsfortschritte)

2.5 Qualitätssicherung

Gesichtspunkte der Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Dienstleistung sind für die Leistungsträger nach dem SGB II und SGB III von zentraler Bedeutung. Deshalb sind für das beschäftigungsorientierte Fallmanagement die Qualitätsstandards des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (2004) zu Grunde zu legen. Die diesbezüglichen Handlungskriterien müssen einheitlich, transparent und inhaltlich begründet, methodisch abgesichert und empirisch überprüfbar sein.

Zur Multiplikation und Qualitätssicherung des Konzepts AmigA wird zur Zeit ein Handlungsleitfaden erstellt, der mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung abgestimmt wird und bis Ende 2008 fertiggestellt sein soll (MASGF, 2008). Außerdem liegt für Zwecke der Qualitätssicherung ein Eckpunktepapier „Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser“ vor (Toumi, I., Schupp, C., Faryn-Wewel, M., 2008).

Um die erforderliche Qualität im beschäftigungsorientierten Fallmanagement und insbesondere dem gesundheitsbezogenen Fallmanagement zu gewährleisten, müssen Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt werden, durch die Vermittlungsfachkräfte die notwendige Sensibilisierung sowie fundiertes Wissen zur Implementation, Durchführung und Ergebnissicherung von Maßnahmen erhalten. Auch hier ist ergänzend die Einrichtung von Qualitätszirkeln empfehlenswert. Programmevaluation und Qualitätssicherung gehören zusammen (Kanatschig, O, Schulz, P, 2006).

Kennzeichnend für das skizzierte Qualitätskonzept sind die Kunden- und Outcome-Orientierung sowie Prinzipien der kontinuierlichen Optimierung von Prozessen verbunden mit einer Wirkungsanalyse. Basiskriterien wie Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind um die Aspekte der Wissenschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität zu erweitern. Die Wahrung des Datenschutzes ist eine Selbstverständlichkeit. Eine effiziente Qualitätssicherung ist eine Voraussetzung für den Erfolg einer Dienstleistung.

3. Ausblick

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

5. Literatur

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

Bundesärztekammer
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Ärztetag/108-DAET03Beschluss/Beschluesse/108.pdf>

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/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/>

Holleder, A (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg) Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Mitt. AB 3/2002, 411-428

Kanatschig, D., Schulz, P. (2006): Leitfaden zur Selbstevaluation – 20 Arbeitsschritte zur Optimierung der Projektarbeit, Wien
www.nachhaltigkeit.at/bibliothek/pdf/leitfaden_selbstevaluation.pdf

Kirschner, W., Elkeles, T (2006).: Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen - Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe.

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

Keller, S. (1999-Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in
Forschung und Praxis, Freiburg, Lambertus,

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF, 2008), Arbeitsförderung mit gesundheits-bezogener Ausrichtung – Leitfaden für die praktische Umsetzung, Potsdam

Toumi, I., Schupp, C., Faryn-Wewel, M., (2008)
Qualitätsstandards in der Gesundheitsberatung Arbeitsloser, BKK Bundesverband, Essen – im Erscheinen

Endnotes

1. Sachverständigengutachten (2007), Primärprävention für Arbeitslose
<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>
2. Die „beteiligte Vermittlungsfachkraft“ ist jeweils der Arbeitsvermittler, persönliche Ansprechpartner oder Fallmanager mit der Fallverantwortung