

## **Protokoll der (LETZTEN, zukünftig Treffen wir uns als Arbeitsgruppe) Mitgliederversammlung der AG arbEit**

**Am: 30.09.2008**

**Ort: Sozialzentrum der Rheinischen Kliniken Düsseldorf**

Verfasserin: Brigitte Föllner

### **Vorstellungsrunde**

Frau Widera, Caritas Verband Hagen, BvB, (seit 17 Jahren, ursprüngl. Modellprojekt)

Herr Dr. Eichert, TERTIA Bonn, Erwachsenen-Reha u.a.

Frau Camerlynck, Reselve Siegen, Erwachsenen-Reha und verschiedenste andere Maßnahmen

Herr Dr. Mecklenburg, ehem. Ltg. Klinik Gummersbach, Arbeitstraining Marienheide

Frau Föllner, DEKRA Akademie Brühl, Erwachsenen-Reha u.a.

Frau Brinker, TERTIA Aachen, Erwachsenen-Reha 46 Plätze, BeRePk 12 Plätze u.a.

Herr Stamm, VPD Langenfeld, Erwachsenen-Reha

### **Einführung Dr. Mecklenburg:**

Aufgrund der geringen Anwesenheit wird zur Diskussion gestellt, ob die AG arbEit als Verband weiter bestehen soll

### **Besprechung der Tagesordnungspunkte**

#### **1. Protokoll vom 11.03.2008**

verabschiedet

#### **2. Bestimmung des Kassenprüfers:**

Herr Stamm

#### **3. Bericht des Vorstandes (Mecklenburg)**

- insgesamt 11 Treffen, reger Austausch, inhaltliche Arbeit im Zentrum

- Aktivitätszentrum: Tendenzen der Entwicklung der Reha-Landschaft wurde besprochen, Infos weitergegeben an Mitglieder und Nicht-Mitglieder

- Lobbying: Gespräche mit der Regionaldirektion (zentrales Thema: Ausschreibungsverfahren)

- Information an alle Partner über unsere Existenz und Intention (Reha-Berater, Kostenträger auf verschiedenen Ebenen)

Fazit: Verband ist nicht zu wirkungsvoller Lobbyarbeit geworden, daher Frage, ob der Verband in dieser Art noch sinnvoll ist

#### **4. Kassenbericht**

Ausgaben hauptsächlich durch Kontoführungsgebühren.

#### **5. Kassenprüfung**

erfolgt durch Herrn Stamm, alles korrekt

#### **6. Aussprache zu den Berichten**

Anfrage von Fr. Widera: Mitgliederschwund durch Nicht Fortbestehen der Maßnahmen?

Dr. Mecklenburg vermutet aufgrund der weiterhin bestehenden Gültigkeit der Mailadressen, dass die Maßnahmen fortbestehen, es im Gegenteil insgesamt den Maßnahmen besser geht (anwachsende Tn-Zahlen)

#### **7. Entlastung des Vorstandes**

zwei dafür, 5 Enthaltungen

#### **8. Vorstandswahlen**

Dr. Mecklenburg berichtet von der Geschichte der AG arbEit:

- Gründung aufgrund der existentiellen Notlage der Maßnahmen, Tendenz: „Rettung“ durch die Kostenträgerübernahme durch die Rententräger sowie der inzwischen vorhandenen Aktivitäten der ARGE

- Aktivität der Mitglieder hat kontinuierlich abgenommen (urspr. 40, heute: zwei Vorstandmitglieder erscheinen nicht ohne Abmeldung, drei Mitglieder, die nicht im Vorstand erscheinen)

- Vorschlag des Vorstandes: da Informations-Austausch und –Weitergabe immer sehr nützlich war und sich als Schwerpunkt des Verbandes herausgestellt hat, sollte diese Plattform fortgesetzt werden. Dazu ist die Verbandsstruktur nicht notwendig. Lobbyarbeit ist wirkungsvoller in den großen Verbänden aufgehoben, zu diesen könnten wir Eingaben geben. Lobbyarbeit ist auch sehr zeitaufwändig.

*Diskussion:*

Frau Widera: Arbeitskreis Förderung (Jugendlichen Maßnahmen): besteht seit langem, Treffen zweimal im Jahr, erweist sich als positiv -> auch für diese Gruppierung sinnvoll.

Zusammenwürfeln aber nicht sinnvoll. Fazit: Zustimmung

Frau Brinker: äußert Überraschung über diese Tendenz

Frau Widera: über Mailing und telefonisch finden wesentlich mehr Kontakte statt, der ein Stück gegenläufig ist zur Tendenz in der offiziellen Mitgliederversammlung

Dr. Mecklenburg: eine Absage (Frau Ketzler aus Iserlohn)

- Dr. Mecklenburg: Konsens, ob Verbandsstruktur beendet wird?

Antwort: Ja

Offizielle Abstimmung: 6 Ja-Stimmen, 1 Enthaltung

Die AG arbEit als Verband ist damit aufgelöst, die Vorstandswahlen entfallen

Die Kasse wird aufgelöst. Frau Haase erhält ein Geschenk für die Arbeit, die sie für die AG arbEit geleistet hat. Das Restvermögen wird an eine gemeinnützige Organisation, vorzugsweise Kindertafel, gespendet (Dr. Mecklenburg kümmert sich drum).

## **9. Struktur der AG arbEit**

Diskussion, in welcher Form die AG arbEit fortgesetzt wird:

Dr. Mecklenburg: keine Breitenwirkung mehr

Frau Cammerlynck: Austausch über die politische Entwicklung der Reha-Landschaft und der Konditionen auf NRW-Ebene fortsetzen

Dr. Mecklenburg: z.B. Austausch über Arbeitsergebnisse (Statistik), um diese als politische Aussage zu nutzen. Reha-politische Aktivitäten fortsetzen

Frau Föllner: Auflösung der Verbandstruktur erleichtert auch Wege

Frau Widera: Name noch nicht so bekannt, dass Veränderung der Form es auffallen würde

Dr. Mecklenburg: Frage, wer dann kommen würde. Antwort der Anwesenden: alle

Fazit: unkomplizierte Lösung, auch Auflösung wäre leicht, man wäre freier und entspannter

Frau Cammerlynck: in der Region die einzige Maßnahme, Austausch wichtig

Dr. Mecklenburg: Vorteil: großer gemeinsamer Nenner, durch örtliche Distanz aber kein Konkurrenzproblem

Frau Widera bestätigt dies aus ihrer Erfahrung: je regional näher, desto weniger Kontakt. Austausch über die Distanz verdeutlicht die Unterschiedlichkeit der Arbeitsweisen der Kostenträger

Frau Föllner: dadurch erfährt man, was auch möglich ist

Diskussion wird fortgesetzt, Vorschläge diskutiert

**Fazit:**

*Ort der Treffen*

Variiert, bei unterschiedlichen Trägern, evt. aber örtlich eingegrenzt

*Struktur der Treffen:*

1. Erfahrungsaustausch

2. Themen werden besprochen. Die Themen sind aktuell mehr oder weniger brennende Themen reha-politischer Art. Sie werden per Mailvorschlag an Dr. Mecklenburg gesandt.

3. Einladung eines Referenten bei Bedarf.
4. Im Anschluss an die Sitzung besteht die Möglichkeit, die Einrichtung des Trägers, bei dem die Sitzung stattfindet, zu besichtigen

#### *Wer wird eingeladen?*

Protokoll wird an alle Mitglieder verschickt. Auflösung des Verbandes wird verkündet. Der Mailverteiler bleibt zunächst erhalten wie gehabt.

Der Reha-Träger, bei dem das Treffen stattfindet, lädt ein und benötigt verbindliche Rückmeldung (Ausstattung, Catering)

#### *Anpassung des Namens und der Form (wird von Herrn Dr. Eichert umgesetzt) :*

Der Name wird geändert in „Arbeitsgruppe ambulanter regionaler beruflicher Eingliederungsträger psychisch erkrankter und behinderter Menschen“

Das Logo bleibt.

Die Fußzeile (Auflistung der Vorstandsmitglieder, Kontonummer) entfällt. Stattdessen wird in die Fußzeile die Adresse von Dr. Mecklenburg als Kontaktadresse angegeben, der Hinweis auf die Homepage bleibt.

Die Homepage bleibt bestehen. Die Satzung wird entfernt.

#### Erster Termin und Ort des Treffens

24. März 2009, 10:00-15:00 (maximal), im Anschluss Besichtigung der Einrichtung möglich  
Ort: Caritas Hagen

#### Adresse

Sozialzentrum des Caritasverbandes  
Finkenkampstr. 5  
58089 Hagen  
02331 / 9885-0 Zentrale, -24 Frau Widera

## **10. Erfahrungsaustausch**

### **10.1 Eingliederungszuschüsse**

Stamm: wird geschachtet zwischen Arbeitsgeber und Kostenträger, in der Regel atmosphärisch gut. Es wird teilweise vorbereitet.

Spanne: Von zwei bis drei Monaten bis maximal ein halbes Jahr 50%, bei Befristung muss noch einmal solange eingestellt werden, oder Lehrgänge wird finanziert oder Maßnahme verlängert

Wird genauer geprüft, was wird genau geprüft

Individuell werden Teilleistungen finanziert

Cammerlmyck: Befristung:

Unbefristet: sechs Monate

Aber auch in einem Einzelfall acht Monate und degressiv

Kommt drauf an, welche Arbeitsaufgaben und wie lange derjenige vorher im Praktikum war

Aktion 5: für Schwerbehinderte, Bonus von 4000 €, zusätzlich zur normalen Eingliederung übers Integrationsamt (nur Scherbehindertenausweis)

Weggefallen ist Zuständigkeitskombination: EGZ von Reha-Träger plus AA

Dr. Eichert

Für ältere Arbeitnehmer: erst zahlt Rentenversicherer, dann zahlt AA bis zur Rente, gilt ab 55 Förderung nicht schwer zu kriegen, aber die letzten Tn sind alle ohne Zuschüsse übernommen worden

Manchmal Kombination Probebeschäftigung und Teilförderung

DRV individuell, Praktikumsdauer vorher, braucht jemand Schulungen

Insgesamt weniger als vorher und individueller

Brinker

Wird differenzierter hinterfragt Zusammenpassen Arbeitnehmer und Stelle, je nachdem, was dem Einzelnen fehlt, was der Bedarf ist

Hängt auch vom Topf ab und vom Kostenträger

### Widera:

Jugendlichenbereich: Reha-Berater kann bis 60% Ausbildungszuschuss eigenverantwortlich bewilligen, was darüber hinaus geht, muss er sich absegnen lassen

### Föller

DRV Bund hat mehr Spielraum

DRV Rheinland maximal sechs Monate 50%

### **Exkurs zum Thema Umschulung:**

Cammerlneck: DRV Westfalen finanziert keine Umschulung nach Integrationsmaßnahme

Dr. Eichert: DRV Rheinland: zahlt auch Umschulung und Integrationsmaßnahme

Föller: DRV Rheinland je nach Standort

### **Anerkennung nach § 35 SGB IX AA**

#### *Info Dr. Eichert*

AA ist vom Bundesrechnungshof aufgefordert worden, Kriterien zu entwickeln, nach denen man §35 SGB IX Maßnahmen begründen kann (bislang nur WfbM, BfWs, RPKs). Es ist sinnvoll, da bald Anträge zu stellen. Ziel ist, Reha-Landschaft zu sichern. Ausschreibungslandschaft wird ausgehebelt.

### **Widera: BvB**

Klientel meist psychisch erkrankte Ersteingliederungsfälle. Seit zwei Jahren auch LB.

### **Brinker: Entwicklung BeRePeK (Berufliche Reintegration psychisch erkrankter Menschen)**

Ausgang: Tn von 12 in Reha, wurde der AA zu kritisch -> Begründung von BeRePeK, alle AA dorthin

Klientel: Erwachsene (keine Ersteingliederung) ist deutlich beeinträchtigt, weniger Ressourcen, kürzere Zeit arbeitstätig, weniger Kontinuität.

Klärung der Reha-Fähigkeit nimmt mehr Raum ein. Abbruchsquote ist höher (Feststellung, braucht noch Reha). Klientel hat weniger Vorbehandlung. Sind an einem ganz anderen Punkt, viel mehr Klärungsbedarf. Auch berufliche Qualifikation geringer.

Andere Arbeit, aufwändigere Begleitung, primäre Arbeit, bevor man an den Punkt kommt: wie sieht es mit der beruflichen Reha aus. Kontakt zum 1.Arbeitsmarkt beginnt viel später.

Zuträglich: sehr guter Kontakt mit Reha-Beratern vor Ort, die das ganze Vorgehen stützen und gutheißen.

Fragezeichen größer: kürzere Zeit: acht Monaten, alles verdichtet, Zielgruppe bräuchte aber eigentlich viel länger. Option auf Verlängerung besteht, wie lange maximal möglich. Muss sich herausstellen, wie sich das in Zusammenarbeit mit Reha-Beratern erweist. Erste Erfahrung: Reha-Berater gehen d'accord in der Einschätzung.

Klientelvergleich: AA-Tn vorher und in BeRePeK: bis 2007 war diese Klientel auch vorher schlechter

Zuweisung/wer prüft Rehafähigkeit: Reha-Berater prüft. Formal müssten alle genommen werden, aber Interessenten können auch abgelehnt werden. Es gibt auch die Möglichkeit der Hospitation (z.B. 2 Tagen) Kennenlernen von zwei Tagen, allerdings in diesem Lehrgang noch nicht. Noch unklar, ob die ersten zwei Monate als Überprüfung der Arbeitsfähigkeit dienen kann- ist abgeklärt, geht.

Abrechnung: es gibt festgelegtes Kontingent, was auch ausgelastet werden soll. Es gibt Liste, mit der geprüft wird, wie viel ausgeschöpft ist. Wird monatsgenau abgerechnet (bei zwei Jahren Bewilligung dreimal 12 Monate)

Finanzielle Ausstattung: Ausschreibung wurde aufgehoben, weil kein Anbieter kein wirtschaftliches Angebot nach REZ eingegangen war. Daher war TERTIA überrascht, dass sie es bekam. Im eingeschränkten Kreis wurde Aufforderung gemacht, noch mal neues Angebot vorzulegen, auch da hat sich TERTIA nicht besonders bemüht.

Rententräger-Tn haben höhere Qualifizierungsmöglichkeiten, Paket BeRePeK beinhaltet das nicht (da nicht in Ausschreibung), Betreuungsaufwand ist höher und anforderungen an die fachliche Ausbildung auch. Insgesamt drei Stellen, drei Berufsgruppen: Job Coach (1), Psychologen (0,6 auf 12 Tn), Sozialarbeiter/pädagoge (1,4)

Widera vergleicht mit BvB Psychologe 1 zu 36, Job Coach eins zu 18, Sozialarb. Nicht eindeutig, insgesamt aber niedriger, dabei viel mehr Zeit.

Dr. Eichert: Betreuungsschlüssel 1 zu 18 plus Lehrkräfte

Mecklenburg: Gummersbach damals: eins zu sechs

Brinker: Personalschlüssel ist gut, aber ist die geforderte Veränderung in der geplanten Zeit realisierbar

Brinker: wichtig Unterscheidung Kann, Muss, Soll. Zunächst scheint es sehr restriktiv, aber individuelle Regelungen sind möglich.

Option auf Verlängerung um zwei Jahre

*Stand BeRePeK allgemein*

Bonner BeRePeK gibt es nicht mehr

Maßnahmen noch (Stand Dezember 2007): Aachen, Aalen, Recklinghausen

### ***Dia-Am (Diagnose Arbeitsmarktfähigkeit) Widera***

Dritter Durchlauf ist angelaufen, 6-8 Plätze pro Durchlauf. Es werden Monate eingekauft, die unterschiedlich belegt sein können. Noch drei Monaten Empfehlung ob WfbM

Erste Erfahrungen: höhere Motivation

Gute Möglichkeit auf Einzelfall einzugehen.

Sinn und Erfolg des ganzen noch nicht zu beurteilen. Kinderkrankheiten zeigen sich jetzt: Bsp.:

Einzugsgebiet zu groß, über wen läuft Zuweisung

Zusammenarbeit mit AA angenehm (eins zu eins, mit Bericht und telefonisch)

(anders als elektronische Maßnahmeabwicklung der AA)

Es ist vom Störungsbild sehr unterschiedlich, wird sich rausstellen, ob Maßnahme nach Klientel differenziert werden muss

### **11. Kontingentierung der Reha-Maßnahmen seitens der Arbeitsverwaltung**

Dr. Eichert: in Bonn soll es das nicht geben, man merkt es auch nicht

Widera: auch nicht bemerkbar, Begründung im Einzelfall (aber in Ersteingliederung anders).

Leichter Psychisch Behinderte kommen jetzt in andere Maßnahmen

Föllner: Es gibt Richtwerte, Tn-Zahl von AA schon vorher rückläufig

Mecklenburg: Reklame fürs Merkblatt Reha-Antrag

Brinker: kann Kontingentierung nicht offiziell bestätigen, es gibt Gerüchte

Stamm: Gerüchte

### **12. GA 13/2008 der AA (§ 16 SGB II „sonstige weitere Leistungen“)**

Geschäftsweisung: Maßnahmen dürfen unter diesem Ticket nicht mehr laufen. Bsp. Angebot von Trainingsmaßnahmen (Gruppenmaßnahmen nicht mehr möglich, sondern nur individuelle Förderungen) durch die Arge.

Köln: machen formal Arbeitsgelegenheiten draus

Unseren engen Arbeitskreis betrifft das wenig (Ausnahme Kette, aber: hier heute nicht vertreten).

### **13. Place und train (Bericht Mecklenburg)**

psychiatrische Szene: erst plazieren, dann trainieren als Königsweg der beruflichen Reha, ohne das differenziert wird, wer was gebrauchen kann

Bsp. Schweiz: es gibt doch Vorlauf, dann im Betrieb intensives Job-Coaching

Problem: ideologische Überfrachtung. Wird so getan, als wenn es in den anderen Einrichtungen so läuft, als wenn die Tn durchgängig in Maßnahmen sind

Bsp. Stuttgart: ausführlich beschriebenes Projekt, geht aber letztlich um Schaffung von Außenarbeitsplätze für WfbMs, das ist aber schon üblich (nicht unbedingt mit dem Ziel, in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren)

Bericht Widera (BvB): früher wurden betriebl. Praktika für gut befunden, seit Herausgabe des neuen Fachkonzeptes vor vier Jahren hieß es: der Träger bietet dann nicht genug an, kümmert sich nicht drum. Es wurde gefordert, mehr Übungswerkstätten anzubieten.

Misstrauenshaltung der AA: Bsp. Kontrolle durch Formulare, Formulierungen negativ

**Exkurs Elektronische Maßnahmeabwicklung:** BvB, AbH, BAB (übertriebl. Ausbildung) müssen alle unter der elektronischen Maßnahmeabwicklung abgewickelt werden, Tn-Verwaltung muss online ablaufen (u.a. Anmeldung, Lern- und Verhaltensbeobachtung, -austritt, automatische Fehlzeitenübermittlung – nebenbei bemerkt: alles ist negativ ausgedrückt, offizielle Haltung Negativ, drückt sich auch im offiziellen Sprachgebrauch aus:  
Nachteil: teure Sache für Träger: neues Computerprogramm musste angeschafft werden, Verschlüsselung. Führt dazu, dass man, um Zeiten einzuhalten, die Anwesenheitslisten vorher per Post geschickt werden, damit sie rechtzeitig bearbeitet werden und die Tn Fahrgeld rechtzeitig erhalten,  
Problem auch: Eintragungen nicht änderbar, sondern neue wird zusätzlich, Austragung mit großem Aufwand möglich  
Prinzip: Sache ist nicht schlecht, aber auch nicht ausgereift

#### **14. Verschiedenes**

Vorschlag Mecklenburg als TOP fürs nächste Treffen: Bewertungsmaßstäbe, evt. Entwicklung eines Rasters für Erfolg  
-> wird angenommen