Schnittstellenmanagement von Arbeits- und Gesundheitsförderung im SGB II

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Am wechselseitigen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zweifelt kaum jemand mehr: Krankheit kann zu Arbeitslosigkeit führen und ist ein Hindernis bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Umgekehrt kann Arbeitslosigkeit Erkrankungen nach sich ziehen. Allzu eindeutig sind die Statistiken der Krankenkassen. Nur zwei, wenn auch extreme Beispiele: Erwerbslose Männer sind in Deutschland achtmal häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen als Beschäftigte. Und: Arbeitslose Personen haben ein höheres Mortalitätsrisiko als Beschäftigte. Zu den objektiven Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit kommen subjektive – wie zum Beispiel ein erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum, der Verlust sozialer Bindungen oder die Verschlechterung familiärer Beziehungen.

Foto: Ulrich Perrey/picture alliance dpa

Zur Illustration der Problemdimension hier einige absolute Zahlen aus dem Jahr 2010: Von damals bundesweit vier Millionen Leistungsberechtigten im SGB II hatten 600.000 Depressionen, 400.000 Suchterkrankungen und 800.000 Angst- und Zwangsstörungen bzw. somatische Erkrankungen. „Obwohl epidemiologische Untersuchungen das Ausmaß der Problematik hinreichend verdeutlichen“, ist in einer Publikation des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen zu lesen, „fehlt es weitgehend an praktikablen und zudem evaluierten Interventionsansätzen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten für die Zielgruppe der Arbeitslosen.“

Auch in der Arbeitsverwaltung setzt sich nach den Erfahrungen von Manfred Dickersbach, Leiter der Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung im Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, immer mehr die Erkenntnis durch, dass Gesundheit einen Beitrag zur Beschäfti-

gungsfähigkeit leisten kann: „Die Arbeitsverwaltung sieht Gesundheit zunehmend als Potenzial für ihren ureigenen Auftrag, Menschen in Arbeit zu bringen. Das ist das beste Motiv, um das Thema voranzutreiben, vielversprechender als rein idealistische Beweggründe.“ Symptomatisch dafür sind die im Rahmen der Empfehlungen der Rahmenvereinbarungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und des GKV Spitzenverbands auf den Weg gebrachten Modellprojekte. Ein konzeptionelles Kernelement ist, die bislang kaum vorhandene Kommunikation zwischen Gesundheitssystem und Arbeitsförderung, insbesondere dem SGB II, zu forcieren.

Noch vor nicht allzu langer Zeit vertrat die BA den Standpunkt, Gesundheitsförderung sei nicht ihr genuines Thema, sei nicht im SGB II und III, sondern im SGB V verankert. Deswegen vermeidet sie trotz intensivierter Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage ihrer Klientel den Begriff Gesundheitsförderung und spricht von „Gesundheitsorientierung.“ Von den Krankenkassen erwartet die BA entsprechend, dass sie die Summen, die sie im Schnitt pro gesetzlich Krankenversichertem für gesundheitsbezogene Prävention ausgeben, auch für versicherte Arbeitslose zur Verfügung stellen und ihre entsprechenden Angebote auch für Arbeitslose öffnen.

Häufig allerdings, so Manfred Dickersbach, sind die Präventions- und Gesundheitsförderungs-Maßnahmen der Krankenkassen de facto mittelschichtsorientiert gestaltet – und damit letztlich auf Menschen zugeschnitten, die oft von sich aus schon etwas für ihre Gesundheit tun. An Angeboten für Arbeitslose hingegen herrsche Mangel. Zwar bestehe die Möglichkeit, in bestimmten Angeboten oder Aktivierungsmaßnahmen für Arbeitslose im SGB II bis zu 20 Prozent Gesundheitsberatung einzubinden und zu fördern, doch stehen diese Angebote noch am Anfang und werden den Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung in dieser Zielgruppe absehbar nicht vollständig abdecken.

„JobFit“ – ein erster Schritt

Mit zu den ersten, vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen sowie dem BKK Landesverband NRW angestoßenen und gemeinsam mit dem Land NRW durchgeführten Projekten in diesem Kontext gehörten „JobFit Regional“ und „JobFit NRW“. Ihr Ziel war es, verantwortliche Akteure der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung zusammenzuführen, um mit gemeinsamer Finanzierung durch SGB II-Träger und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) gesundheitsfördernde Maßnahmen flächendeckend in die Regelförderung der Arbeitsmarktpolitik zu implementieren. Dies war ein erster Schritt auf dem Weg zur Einrichtung eines Schnittstellenmanagements zwischen Arbeits- und Gesundheitsförderung. Tatsächlich zeigten die Projektmaßnahmen Erfolge, sowohl hinsichtlich gesundheitsbezogener Variablen, wie Bewegung, Ernährung, Suchtprävention, Stressbewältigung und Entspannung, wie auch im Hinblick auf die Beschäftigungsfähigkeit Arbeitsloser und von Arbeitslosigkeit bedrohter Personen.

Pragmatische Lösungen entwickelte auch das Pilotprojekt „Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen – Konzeption, Implementation und Evaluation der FIT-Beratung“ des BKK Bundesverbands. Entstanden ist hier ein Leitfaden, der Beratende dabei unterstützt, „mit erwerbslosen Menschen über ihr gesundheitsbezogenes Verhalten zu sprechen.“

Die FIT-Beratung basiert auf der international weit verbreiteten Methode der motivierenden Gesundheitsgespräche. Bei diesem „Motivational Interviewing“ handle es sich, so die Erfinder, nicht nur um eine Gesprächstechnik, sondern um einen Kommunikationsstil, der auf die „Förderung der Veränderungsbereitschaft ‚unentschlossener Personen‘ zielt. Zugrunde liegt die Annahme, „dass Menschen in der Regel nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind hinsichtlich einer möglichen Veränderung.“ Motivierende Gesundheitsgespräche versuchen deshalb zuerst Änderungsbereitschaft, beispielsweise bezogen auf den Alkoholkonsum herzustellen, um dann persönlich verbindliche Ziele und Wege festzulegen und zu vereinbaren. Wichtig dabei: „Die Entscheidung zur Änderung des Verhaltens und damit die Verantwortung liegen grundsätzlich beim Klienten selbst.“

Optimierung des Schnittstellenmanagements

Trotz vielversprechender Ansätze wie Job Fit oder das Projekt „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung“ („AmigA“) in Brandenburg, das unter Einbeziehung des ärztlichen und berufspsychologischen Dienstes der Arbeitsförderung umgesetzt wurde, ist das Zusammenwirken von Arbeits- und Gesundheitsförderung noch rudimentär und keineswegs so systematisch und flächendeckend implementiert, wie man sich das wünschen würde, meint Manfred Dickersbach vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG), das als fachliche Leitstelle die Landesregierung und die Kommunen in gesundheitlichen Fragen

unterstützt. Die Gründe dafür liegen nach seiner Auffassung häufig in den grundsätzlichen Schwierigkeiten bereichsübergreifender Zusammenarbeit : „Oft geht es hier um getrennte Zuständigkeiten, um die Zuweisung von Ressourcen, um gesetzliche Vorgaben, die einzuhalten sind. Die Grundfrage lautet oft: Wer zahlt was und unter welchem Sozialgesetzbuch läuft das?“ Arbeits- und Gesundheitsförderung erweisen sich häufig immer noch als „closed jobs“.

DISABILITY MANAGEMENT SCHON BEIM ERSTKONTAKT IM JOBCENTER

Wie können Arbeitsagenturen und Jobcenter medizinisch-psychologische Kompetenzen aufbauen und gesundheitliche Problemlagen von Arbeitslosen feststellen, um sie dann in Kurse der Krankenkassen oder andere Versorgungsformen zu vermitteln? Das Kölner Jobcenter hat ein Fallmanagement für Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen entwickelt: das Disability Management (DiMa). Mit ihm bietet das Jobcenter besonders benachteiligten Menschen eine passgenau auf ihr Handicap bezogene Unterstützung an – egal, ob es sich dabei um körperliche Einschränkungen wie zum Beispiel orthopädische, internistische, rheumatische oder neurologische Erkrankungen oder um seelische Erkrankungen handelt, wie etwa psychische Störungen, traumatische Erfahrungen und Erschöpfungszustände, um Suchterkrankungen, Seh- und Hörbehinderungen oder um geistige und Lernbehinderungen. DiMa-Beraterinnen und -Berater sind heute in allen Jobcenter-Standorten der Stadt zu finden. Mit ihnen bietet das Jobcenter seinen Kundinnen und Kunden nicht mehr nur Leistungen zum Lebensunterhalt, sondern zugleich ein breites Spektrum an gesundheitsbezogenen Dienstleistungen: DiMa erschließt ihnen medizinische und berufliche Reha-Leistungen in enger Kooperation mit der Agentur für Arbeit und anderen Reha-Trägern, prüft die Erwerbsfähigkeit und berät gegebenenfalls bei der Überleitung in Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII. Darüber hinaus leistet DiMa Hilfestellung bei der Anbahnung einer Erwerbsminderungsrente oder einer Suchtberatung, erschließt geeignete Integrationsjobs, nutzt das Leistungsspektrum des SGB wie zum Beispiel Integrationsfirmen oder setzt Job-Lotsen zur Vermittlung ein.

Die grundsätzliche Bedeutung des Themas Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen hat die Landesgesundheitskonferenz NRW unter dem Vorsitz des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter mit ihrer Entschließung „Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW – Gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen verbessern“ unterstrichen.

Auf kommunaler Ebene findet die Landesgesundheitskonferenz ihr Äquivalent in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) – „ein korrespondierendes System“, sagt Manfred Dickersbach, wobei für die KGK die kommunale Selbstverwaltung gilt, sprich: „Die LGK schreibt ihnen nichts vor, sie sind autonom in ihren Entscheidungen, legen eigenständig Prioritäten fest.“

Vertreten sind in der KGK – wie auf Landesebene in der LGK – zunächst die wesentlich Verantwortung tragenden Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. Ärzte, Krankenkassen, Selbsthilfe oder freie Wohlfahrtspflege. Beim Thema Schnittstellenmanagement „Arbeits- und Gesundheitsförderung“ können KGK nach Ansicht des LZG-Fachgruppenleiters dennoch eine wichtige Funktion übernehmen, können weitere Organisationen, aber auch Bürgerinnen und Bürger beteiligen, und sie können andere Politikfelder wie etwa Jugend, Soziales oder eben Arbeit einbinden und kommunale Bedarfe hinsichtlich der Gesundheitsversorgung und -förderung auch in gemeinsamer Perspektive mit diesen Politikfeldern thematisieren. Insofern gehören KGK in NRW zu den Erfolgsfaktoren bei der Optimierung des Schnittstellenmanagements. „Allerdings“, schränkt Manfred Dickersbach ein, „setzen die einzelnen KGK als kommunale Institutionen hier natürlich ihre jeweils eigenen inhaltlichen Schwerpunkte.“ Zunehmend aber, wie zum Beispiel in Essen, öffnen sich KGK für das Thema Arbeitslosigkeit und schaffen mit Arbeitsgruppen aus Akteuren der Arbeits- und Gesundheitsförderung bereichsübergreifende Arbeitsstrukturen.

Eine besondere Rolle für das Ziel „Optimierung des Schnittstellenmanagements Arbeits- und Gesundheitsförderung“ kommt vor Ort dem ÖGD zu, auch weil die Geschäftsstellenleitung der KGK bei den Gesundheitsämtern liegt. Damit hat der ÖGD hier eine besondere koordinierende Funktion inne, gibt Impulse in die KGK, so wie beispielsweise Lisa Schwermer vom Gesundheitsamt in Essen, die das Thema „Arbeits- und Gesundheitsförderung“ als Schwerpunktthema einer KGK angeregt hat.

In ähnlicher Weise könnten auch Kooperationsvereinbarungen zwischen Gesundheitsämtern und Jobcentern angeregt werden. Doch wer ergreift die Initiative? Manfred Dickersbach: „Das könnte durchaus der öffentliche Gesundheitsdienst sein, nicht zuletzt wegen seines besonderen sozialkompensatorischen Auftrags, der gerade solche Zielgruppen ins Auge fasst,

Richard Matzke, Stadt Hagen, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz

„die oft durch das klassische Raster der Gesundheitsversorgung fallen“, darunter eben häufig auch arbeitslose Menschen.“

Die Initiative ergreifen könnte aber auch die Arbeitsverwaltung, denn die dortige Integrationsfachkraft hat den ersten Kontakt zu den Arbeitslosen – sie kann mögliche gesundheitliche Probleme als Erste erkennen und den Hinweis auf eine mögliche Erkrankung geben. „Dazu muss sie keine Gesundheitsexpertin sein, aber sie sollte über gewisse Basisqualifikationen verfügen: Woran erkenne ich mögliche gesundheitliche Defizite? Welche Ausprägungen könnten die haben? – Fragen als obligatorischer Bestandteil im regulären Integrationsprozess, um dann an den medizinischen und berufspsychologischen Dienst oder andere geeignete Ansprechpartner zu verweisen.“

Im Sinne eines optimierten Schnittstellenmanagements zwischen Gesundheitssystem und Arbeitsförderung hat das Landeszentrum für Gesundheit, das unter anderem übrigens mit der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen sowie der Förderung der nordrhein-westfälischen Gesundheitswirtschaft beauftragt ist, zwei Projekte in Hagen und Duisburg gefördert, die unabhängig von spezifischen gesundheitlichen Problemlagen versucht haben, eine solche Schnittstelle vor Ort als feste Struktur zu etablieren.

Gesundheitsorientierung als Instrument der Arbeitsförderung in Hagen

Zu den Projektmaßnahmen in Hagen zählen unter anderem die Ausgabe von Beratungsgutscheinen für Arbeitslose, die „Forcierung der Gesundheitsorientierung als Instrument der Arbeitsförderung“ mittels Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheinen, der Aufbau einer Selbsthilfeinitiative, der Austausch mit dem medizinischen Dienst der Agentur für Arbeit, die Einrichtung einer Arbeitsgruppe im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz und die Finanzakquise für weitere Angebote im Bereich des organisierten Sports.

Das Projekt sieht Richard Matzke, Geschäftsstellenleiter der KGK in Hagen, als gute Grundlage für ein optimiertes Schnittstellenmanagement zwischen Arbeits- und Gesundheitsförderung, denn: „Alle relevanten Akteurinnen und Akteure sitzen an einem Tisch: die Agentur für Arbeit, das Jobcenter, die Krankenkassen, der Stadtsportbund, die Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger, der Integrationsrat, das kommunale Integrationszentrum sowie die Volkshochschule. Das ermöglicht ein besseres Verstehen von Problemlagen, eine Bündelung vorhandener Ressourcen wie auch Lösungen, die von den Zielgruppen akzeptiert werden.“

Tragfähige und nachhaltige Strukturen, räumt er ein, sind im Projektverlauf jedoch noch nicht entstanden: „Die beteiligten Akteurinnen und Akteure sind noch zu sehr in die eigenen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten eingebunden, um sich in puncto Gesundheit für ‚das große Ganze‘ einzusetzen. Allerdings ist es gelungen, das Thema Gesundheit und Arbeitslosigkeit als wichtig für die eigene Institution anzuerkennen und in dieser zu platzieren.“

Für das Schnittstellenmanagement im sektorenübergreifenden Handlungsfeld einer Arbeits- und Gesundheitsförderung bedarf es nach seiner Auffassung einer Leitung. Die könnten, so Matzke, die Geschäftsstellenleiterinnen und -leiter der Kommunalen Gesundheitskonferenzen übernehmen, denen Koordinationsaufgaben nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst obliegen.

Abgestimmte Produkte: LGZ-Modell in Duisburg

In Duisburg lag die Projektleitung beim Gesundheitsamt der Stadt. In der Ruhrgebietsstadt steht der Ausbau nachhaltiger Austauschstrukturen zur Entwicklung „abgestimmter Produkte zur Gesundheitsförderung von Menschen in Arbeitslosigkeit“ schon seit Jahren als Schwerpunktthema der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Fokus.

Alle relevanten Akteurinnen und Akteure der Arbeits- und Gesundheitsförderung haben sich zu einem Aktionsbündnis, dem „Bündnisstammtisch“, vernetzt und sich mit dem Abbau von Barrieren bei Präventionskursen nach § 20 SGB V befasst. „Resultat war“, so der kommunale Gesundheitsberichterstatter Ralf Menrad, „ein sogenannter Werkstattversuch, in dem die Präventionskurse mit ihren Inhalten Rauchverhalten, ‚Bewegung tut gut‘, ‚Stress lass nach‘ und Muskelentspannung nicht über die Krankenkasse, sondern direkt über die Maßnahmenträger angeboten wurden.“

Zentrale Maßnahme des Projekts war die Vereinbarung des Aktionsbündnisses mit den Krankenkassen über eine verpflichtende Zusammenarbeit. Um das Thema Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsförderung verstärkt in die tägliche Arbeit der Fallmanagerinnen und -manager des

Bettina Schumacher, Stadt Duisburg, Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK)

Jobcenters und der Agentur für Arbeit zu integrieren, werden vom Aktionsbündnis zweimal jährlich Fachvorträge bei Teamveranstaltungen der jeweiligen Institution durchgeführt.

Unverzichtbar ist nach Meinung von Ralf Menrad, dass die beteiligten Institutionen „auf oberster Ebene" für das Thema stehen, eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter als Gesundheitsbeauftragte oder Gesundheitsbeauftragten für die Arbeit im Aktionsbündnis freistellen und so das Thema in der Institution auch inhaltlich besetzen. Unterstützt werden die institutionelle Vernetzung und der sektorenübergreifende Dialog durch den Arbeitsmarktmonitor, einer von der BA auf Bundesebene eingerichteten Austauschplattform.

„Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen", zieht der Gesundheitsexperte Bilanz, „kann nur im Zusammenspiel von Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung gelingen. Eine Institution allein kann den Themenkomplex nicht bearbeiten, zumal die Zielgruppe der Arbeitslosen sehr heterogen ist und dementsprechend unterschiedliche Bedürfnisse vorliegen." Als positiv anzusehen ist deshalb die gelungene Etablierung eines „nachhaltigen und sich selbst tragenden Netzes. Das Aktionsbündnis trifft sich viermal im Jahr. Zudem hat sich eine Arbeitsgruppe zum Thema ‚Krankenkassen-Vereinbarung' gebildet."

Integrierte Gesundheits- und Arbeitsförderung in der Stadt Essen

In Nordrhein-Westfalen gibt es mittlerweile einige beispielhafte Vorhaben zur besseren Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung, zum Beispiel das Projekt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit" der Stadt Essen. Seit Essen Optionskommune ist, liegt die Verantwortung für Langzeitarbeitslose nicht mehr bei der Arbeitsagentur, sondern bei der Kommune. Für die Fachbereiche Gesundheit und Arbeit besteht seitdem eine integrierte kommunale Steuerung. Erkennbar auch daran, dass Thomas Mikoteit, Abteilungsleiter im JobCenter Essen, und Lisa Schwermer vom Gesundheitsamt Essen das Projekt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit" gemeinsam leiten und „Arbeitslosigkeit und Gesundheit" in der Kommunalen Gesundheitskonferenz zum Schwerpunktthema machten.

Zugrunde liegt dem Essener Projekt die Frage, ob die JobCenter-Fachkräfte bei ihrer Aufgabe, SGB II-Bezieherinnen und -Bezieher bei der Rückkehr ins Berufsleben zu unterstützen, überhaupt für den Umgang mit psychisch und/oder somatisch erkrankten Kundinnen und Kunden gerüstet sind. Die Antwort von Thomas Mikoteit: „Unsere Fachkräfte verfügen zwar über sozialrechtliche und beraterische Kenntnisse, aber sie sind keine Mediziner oder Psychologen. Sie wissen nicht, welchen Einschränkungen ein Kunde bei der Vermittlung unterworfen ist, wenn er etwa an Diabetes leidet. Daher ist externe Expertise von unseren Partnern aus dem Gesundheitswesen erforderlich." Dort wiederum, konzediert Lisa Schwermer, wird noch zu wenig darauf geachtet, welche gesundheitlichen Risiken Arbeitslosigkeit für Patienten hat: „Das gilt selbst für die hoch qualifizierte Arbeit der sozialen Dienste in Krankenhäusern."

Deshalb setzt das komplexe Essener Projekt auf die Verzahnung von Gesundheits- und Beschäftigungsförderung, und zwar „mit gezielter Organisation und Steuerung der Prozesse in gemeinsamer Verantwortung im Sinne eines Schnittstellenmanagements", wobei das Schnittstellenmanagement Aufgabe einer alle drei Monate tagenden Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz ist. Vertreten sind in der Arbeitsgruppe Jobcenter und Gesundheitsamt, drei Krankenkassen, der Paritätische Wohlfahrtsverband mit seinen diversen Beratungsstellen und Beschäftigungsträgern sowie die AG Sozialdienste im Krankenhaus und die Gleichstellungsstelle der Stadt.

Um gesundheitsbedingte Vermittlungshemmnisse von Arbeitslosen zu beseitigen, wurden zunächst in jedem der zwölf lokalen Standorte des JobCenters zwei Fachkräfte als Spezialisten für gesundheitliche Fragestellungen qualifiziert. Sie sollen in motivierenden Gesundheitsgesprächen entsprechende Arbeitslose identifizieren und Vorbehalte gegen die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen abbauen.

Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Gefährdungen werden an ein Fachteam mit jeweils einem Vertreter oder einer Vertreterin aus der Sozialmedizin, dem Fallmanagement und einem Psychologen bzw. einer Psychologin verwiesen. Lisa Schwermer: „Das ist die Schlüsselstelle. Sie beurteilt den einzelnen Menschen mit vorliegenden vermittlungshemmenden gesundheitlichen Einschränkungen aus drei Perspektiven und erstellt einen Integrationsplan, in dem auch die Reihenfolge der Maßnahmen festgelegt und damit – anders als zuvor – zugleich geklärt ist, was Vorrang hat: eine gesundheitliche oder eine arbeitsfördernde Maß-

nahme." Am Ende einer intensiven Diskussion in der Arbeitsgruppe steht eine Verabredung mit der Krankenkasse: keine Vorfinanzierung der Kurse durch Arbeitslose und Verzicht auf den sonst obligatorischen Eigenanteil.

Andere aktuelle Aktivitäten in NRW

Auf Initiative einzelner Führungskräfte aus Jobcentern und eines Gesprächsangebots der G.I.B. hat sich vor einem Jahr der Arbeitskreis Gesundheit SGB II (Langform: Arbeitskreis für Jobcenter zum Thema Gesundheit und Rehabilitation im Kontext des SGB II) entwickelt. Aufgabe des Arbeitskreises ist der Informationsaustausch zu innovativen Ansätzen im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Kooperationen in der (rechtskreisübergreifenden) Zusammenarbeit mit Trägern. Mittelfristig sollen die Ergebnisse weiteren interessierten Jobcentern vorgestellt werden. Die Treffen finden regelmäßig dreimonatlich statt und werden von den über zwanzig beteiligten Jobcentern abwechselnd organisiert.

Die Unterstützung von Arbeitsuchenden in gesundheitlichen Problemlagen ist auch Thema im Arbeitsministerium NRW. Gemeinsam mit der G.I.B. und vier Jobcentern hat das MAIS eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit der Verbesserung von Beratungsprozessen für Arbeitsuchende mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beschäftigt. Ziel ist, die Mitarbeiter/-innen der Jobcenter in ihrer Beratungsarbeit zu unterstützen.

Dazu arbeiten die Beteiligten an drei Themen. Erstens: Strategien zur Qualifizierung von Mitarbeitenden, die eine Aufgabenbeschreibung und eine Definition der Grundqualifikationen voraussetzen und die Vor- und Nachteile einer Spezialisierung analysieren. Zweitens: Analyse und Beschreibung von Kooperationen und Netzwerken zur besseren Unterstützung der Arbeitsuchenden mit Fragestellungen zur Einbindung von Partnern und den Grenzen und Chancen eines Jobcenters im Kontext der rechtskreisübergreifenden Sozialfürsorge. Drittens: Definition von Erfolgskriterien in Förderangeboten und Beratungsprozessen und Benennung der Rahmenbedingungen hinsichtlich Personal und Organisation für eine erfolgreiche Betreuung der jeweiligen Zielgruppe.

Im Rahmen des vom MAIS geförderten Projekts „Dienstleistungsketten" arbeitet darüber hinaus das Jobcenter der Städteregion Aachen an Kooperationsnetzwerken mit Gesundheitsakteuren der Region. Ziel ist, verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen verschiedenen Akteuren auf lokaler Ebene zu schaffen, um so eine optimale Dienstleistungskette aller Beteiligten für psychisch kranke Menschen im Rechtskreis SGB II bereitzustellen.

Als psychisch krank werden in diesem Zusammenhang Personen betrachtet, bei denen ein Arzt im Laufe eines Kalenderjahrs mindestens einmal eine psychiatrische Diagnose gestellt hat. Wichtigste Projektziele für 2015 sind unter anderem die Identifizierung der Netzwerkpartner, die Reduzierung der vorhandenen Arbeitskreise mittels Schaffung eines tragfähigen und verbindlichen Netzwerkes sowie die Entwicklung gemeinsamer Handlungsstrategien.

Ebenfalls aufgegriffen wird das Thema Inklusion und Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Projekt MIAR (Miteinander arbeiten). Hintergrund ist die Aufgabe der Jobcenter, die Integrationschancen von SGB II-Leistungsbeziehenden mit Behinderungen zu erhöhen. Im Rahmen eines fachlichen Austauschs unter Einbezug des MAIS begleitete die G.I.B. 2014 drei Jobcenter in Aachen, Wuppertal und Unna bei der Umsetzung des Modellprojekts MIAR zur Entwicklung von modellhaften Ansätzen. Im Mittelpunkt stand unter anderem die Entwicklung eines inklusiven regionalen Arbeitsmarkts etwa durch rechtskreisübergreifende Netzwerkarbeit, arbeitgeberbezogene Ansprachekonzepte, regionale Fördersysteme sowie Konzepte zur Verbesserung der Beratungskompetenz und Beratungsprozesse.

ANSPRECHPARTNER IN DER G.I.B.
Dr. Frank Nitzsche, Tel.: 02041 767-157, f.nitzsche@gib.nrw.de

KONTAKT
Manfred Dickersbach, Tel.: 0521 8007-3233, manfred.dickersbach@lzg.nrw.de
Landeszentrum Gesundheit NRW, Bielefeld

Lisa Schwermer, Tel.: 0201 8853118, lisa.schwermer@gesundheitsamt.essen.de
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz, Gesundheitsamt der Stadt Essen

Richard Matzke, Tel.: 02331 207-3689, richard.matzke@stadt-hagen.de
Stadt Hagen, Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz

Bettina Schumacher, Tel.: 0203 2833938, gesundheitskonferenz@stadt-duisburg.de
Stadt Duisburg, Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK)

AUTOR
Paul Pantel, Tel.: 02324 239466, paul.pantel@arcor.de