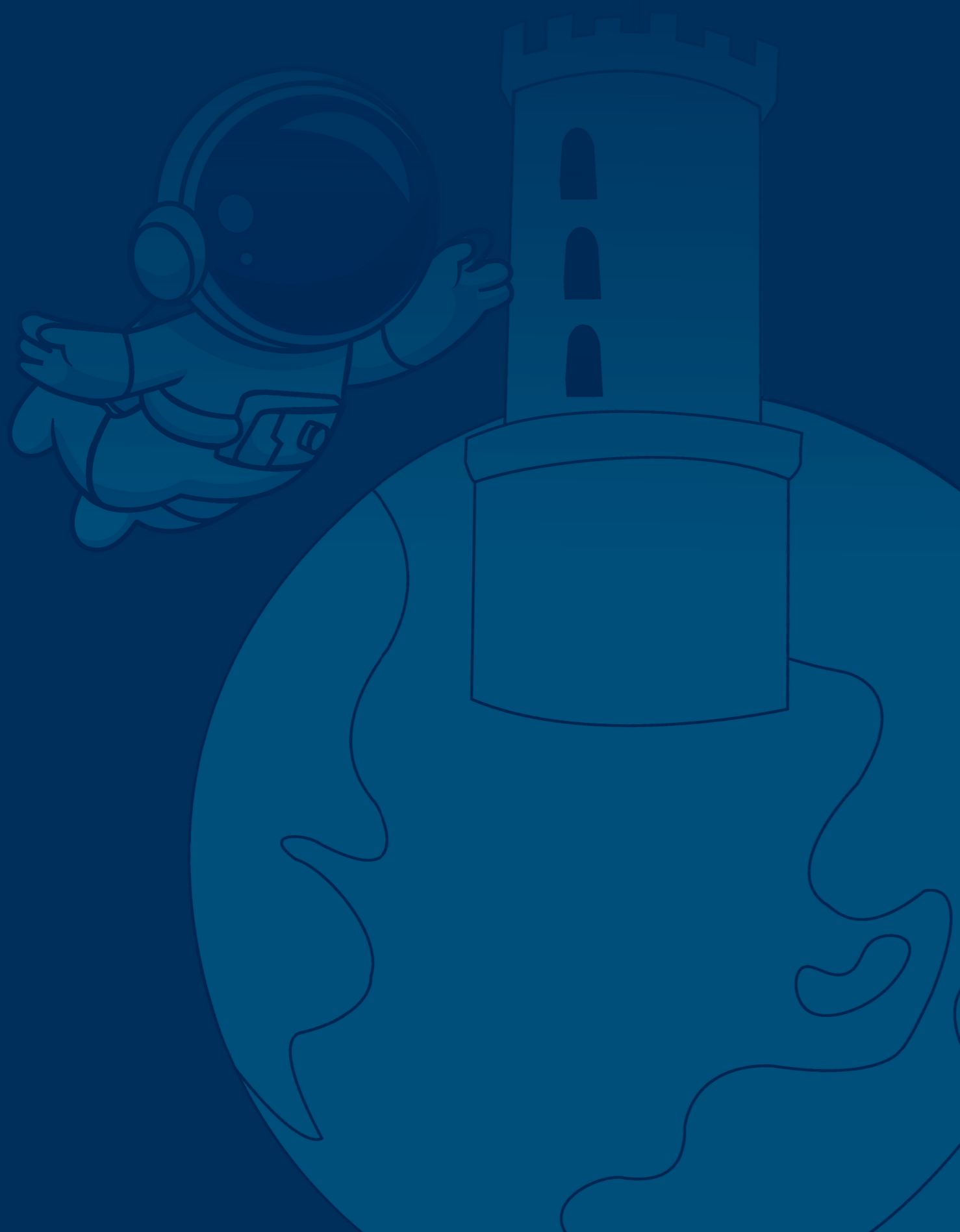




BiSi – BESCHÄFTIGUNG IM SOZIALRAUM INKLUSIV

VOM PROJEKT ZUM REGELANGEBOT
DER SOZIALEN TEILHABE

ABSCHLUSSBERICHT DES MODELLPROJEKTES BiSi 11/2021- 04/2025

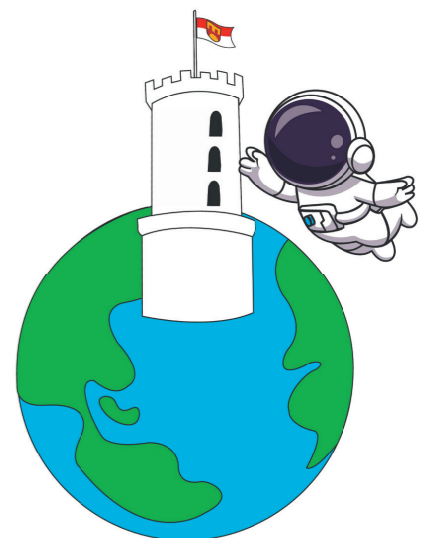


BiSi – BESCHÄFTIGUNG IM SOZIALRAUM INKLUSIV

**VOM PROJEKT ZUM REGELANGEBOT
DER SOZIALEN TEILHABE**

ABSCHLUSSBERICHT DES MODELLPROJEKTES BiSi 11/2021- 04/2025

**DR. LORENZ DEHN
RÜDIGER KLEIN
JENNIFER RÖDER
CHRISTINE SCHÄFER
JULIA SUER
ROXANNE TIEMANN**



INHALT

Inhalt	4
1. Zusammenfassung	6
2. Problemstellung und Grundlagen des Projektantrages	7
3. Zur Entwicklung von niedrigschwelligen Beschäftigungsangeboten in Deutschland	9
3.1 Zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland	9
3.2 Die Arbeitsrehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – der (sozial-) rechtliche Rahmen	11
3.3 Zum Entwicklungsstand der Zuverdienstangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland	13
3.4 Zum Stand der Evaluation von Zuverdienstangeboten in Deutschland	18
3.5 Arbeitsrehabilitation auf dem Weg zur „Unterstützten Inklusion“	21
3.6 Fazit: Die Versorgungslücke ist eklatant - Anforderungen an Beschäftigungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Projekt BiSi	23
4. Die Vorbereitung des Projektes BiSi durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund Bielefeld	25
4.1 Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bielefeld	25
4.2 Ausbau der ambulanten Versorgung in Bielefeld	25
4.3 Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ (TAB Projekt) und die Folgen	26
4.4 Fehlender Ausbau niedrigschwelliger Beschäftigungsangebote - Erhebungen zur Arbeits- und Beschäftigungssituation in Bielefeld	31
4.5 GPV-Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Projektes BiSi	31
5. Planung und Umsetzung des Projektes BiSi -Beschäftigung im Sozialraum inklusiv	34
5.1 Vorstellung Stiftung Bethel	34
Das BiSi Team stellt sich vor	34
5.1.1 Durchführungsphase	34
5.1.1.1 Kontaktaufnahme	35
5.1.1.2 Informationsveranstaltungen	35
5.1.1.3 Kennenlernphase und Assessment	35
5.1.1.4 Begleitung	37
5.1.1.5 Vermittlung	38
5.2 Beispielhafte Verläufe	40
6. Ergebnisse	44
Anschlussperspektiven der Teilnehmer:innen nach dem Modellprojekt	44
7. Faktoren des Gelingens	45
Gelingensfaktoren bei Teilnehmenden	45
Gelingensfaktoren bei Unternehmen	48
Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit – als weiterer Gelingensfaktor	49
8. Herausforderungen	50
Vermittlungshemmnisse von Teilnehmenden (beispielhaft):	50
9. Begleitforschung	52
9.1.1 Studiendesign	52
9.1.2 Rekrutierung	52
9.1.3 Messinstrumente	53
9.1.4 Statistische Analysen	54
9.2 Ergebnisse der Begleitforschung	55
9.2.1 Erhebung t0 (GPV-Routinedaten)	55
9.2.2 Befragung t1 (zu Studienbeginn)	55
9.2.2.1 Deskriptive Stichprobenmerkmale zu Projektbeginn	56
9.2.2.2 Teilnahmemotivation und Erwartungen der BiSi-Gruppe	58
9.2.3 Befragung t2 (nach 12 Monaten)	59
9.2.3.1 Beschäftigungssituation im ersten Jahr	59
9.2.3.2 Hauptfragestellung: Quantitative Evaluation des 1-Jahres-Verlaufs	59
9.2.3.3 Zufriedenheit mit der Unterstützung	69
9.2.4 Befragung der Beschäftigungsgebenden	70
9.2.5 Befragung t3 (zu Projektabschluss)	72
9.2.5.1 Psychosoziale Veränderungen	72
9.2.5.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit	74
9.3 Schlussfolgerungen	76
9.3.1 Zugang zur Zielgruppe	76
9.3.2 Komplexe Ausgangslagen	76
9.3.3 Hauptergebnismaß „soziale Teilhabe“	76
9.3.4 Relevanz der Vermittlung in Beschäftigung	77
9.3.5 Verläufe	77
10. Ausblick: Sozialrechtliche Verortung und Regelfinanzierung des Angebots BiSi	78
Literaturverzeichnis	80

1. ZUSAMMENFASSUNG

Das Modellprojekt BiSi Beschäftigung im Sozialraum inklusiv wurde vom 01.11.2021 bis 30.04.2025 durchgeführt. Es wurde aus Mitteln der Sozialstiftung NRW (ehemals Stiftung Wohlfahrtspflege NRW), der Stadt Bielefeld und den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel finanziert. Projektträger ist die Stiftung Bethel, Bethel.regional.

Das Modellprojekt stellt ein niedrighschwelliges Beschäftigungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen dar, die teils komplexe Beeinträchtigungen im Bereich der Sozialen Teilhabe aufweisen. Durch die Beschäftigung im Sinne einer Sozialen Teilhabe sollen erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen überwunden und die Lebensqualität verbessert werden. Das Projekt BiSi hat gezeigt, dass für einen überwiegenden Teil der Teilnehmer:innen trotz (teilweise) jahrelanger Beschäftigungslosigkeit die Vermittlung in ein Beschäftigungsangebot möglich ist.

Nach Abschluss des Projektes, können Projektergebnisse auf drei Ebenen dargestellt werden:

1. Es können auch nach jahrelanger Beschäftigungslosigkeit vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten vermittelt werden. Wesentlich dafür ist,
 - dass die zeitliche Schwelle nicht zu hoch angesetzt wird und zum Einstieg auch sehr wenige Stunden/ Wochen individuell vereinbart werden können.
 - dass die individuelle Vermittlung von Beschäftigungsverhältnissen passend zu den Wünschen, der Motivation und den Fähigkeiten der Klient:innen erfolgt.

2. Viele Teilnehmer:innen erleben nach oft jahrelanger Beschäftigungslosigkeit zunächst eine Konfrontation mit eigenen Belastungsgrenzen. Trotzdem kommt es in der Folge zu einer signifikanten Verbesserung der Lebenszufriedenheit, wie die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen.

3. Die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmer:innen zeigen, dass nicht nur die Vermittlung einer Beschäftigung im Projekt möglich ist, sondern darüber hinaus in Einzelfällen Anschlussperspektiven auch in intensiveren Beschäftigungsbereichen eröffnet werden können, die vorher nicht denkbar erschienen.

Das Projekt bietet den Menschen eine notwendige Unterstützung, die die aktuellen Angebote der Werkstatt für Menschen mit Behinderung, einer Tagesstruktur oder eines Tagestreffs nicht nutzen können oder wollen und eine inklusive, leicht zugängliche Beschäftigung im Sinne der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) wünschen. Darüber hinaus eröffnet es den Teilnehmer:innen Anschlussperspektiven in weitere Beschäftigungsmöglichkeiten.

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und der neuen Landesrahmenverträge in den Bundesländern ergeben sich neue Möglichkeiten und Notwendigkeiten für die weitere Entwicklung der Angebote der Sozialen Teilhabe und für das Schließen einer eklatanten Versorgungslücke im Bereich der niedrighschwelligen Beschäftigung. Das Projekt BiSi bietet hierfür ein erprobtes Handlungsmodell an.

2. PROBLEMSTELLUNG UND GRUNDLAGEN DES PROJEKTANTRAGES

Die Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen ist seit vielen Jahren prekär und in den letzten Jahren in den Fokus geraten.

Zum einen ist der Anteil der Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland stetig angestiegen. So betrug der Anstieg der Fehltagelänge aufgrund psychischer Erkrankungen in den zehn Jahren zwischen 2013 und 2023 52% (DAK Psychreport 2024) und der Anteil der psychisch erkrankten Menschen bei den Erwerbsminderungsrenten lag 2016 bei 43% (Ärztblatt 2019). Zum anderen gelingt es nur äußerst selten, Klient:innen aus den bestehenden Beschäftigungsangeboten der Eingliederungshilfe auf den sogenannten 1. Arbeitsmarkt zu vermitteln. Die Quote der Vermittlung von Werkstätten für Menschen mit Behinderung auf den ersten Arbeitsmarkt liegt seit Jahren konstant bei ca. 1%. Gerade dieser letzte Aspekt wurde bei der Neugestaltung des Abschnittes „Teilhabe an Arbeit“ im BTHG besonders fokussiert.

Dabei ist leider ein erhebliches Problem vernachlässigt worden: Die Soziale Teilhabe in Form von Beschäftigung für (vorübergehend) erwerbsunfähige Menschen mit einer psychischen Erkrankung, für die (selbst) die vorhandenen Maßnahmen zur Teilhabe an Arbeit zu hochschwierig sind.

Seit 2002 erhebt der Gemeindepsychiatrische Verbund Bielefeld (GPV Bielefeld) die Beschäftigungssituation der Klient:innen, die ambulante Eingliederungshilfe im Sinn des Betreuten Wohnens erhalten (siehe auch Kap. 4.5). Ein durchgängiges, frappierendes Ergebnis dieser Routineerhebungen von 2002, 2008 und 2012 war es, dass bei einer stetig wachsenden Anzahl von Klient:innen jeweils knapp die Hälfte keinerlei Arbeit, Beschäftigung oder tagesstrukturierender Tätigkeit nachgingen.

Eine »volle und wirksame Teilhabe«, laut dem »Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen« (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK), ist damit erheblich eingeschränkt.

Die aus Mitteln der Eingliederungshilfe in NRW bereitgestellten Maßnahmen auf der Grundlage des damaligen

Rahmenvertrages gemäß § 93 d Bundessozialhilfegesetz (BSHG) sind als sogenannte „Leistungstypen“ (LT) beschrieben (hier: LT 22, 23, 24, 25) und stammen aus dem Jahr 2000. Sie entsprechen der damaligen Bedarfslage, eines Versorgungssystems, das überwiegend noch auf eine stationäre Heimversorgung ausgerichtet war, mit einem erst beginnenden Ausbau der ambulanten Versorgung. Sie sind für einen großen Teil der Menschen mit seelischen Behinderungen zum einen zu hochschwierig, da sie eine Beschäftigung von i.d.R. mindestens 15 Stunden pro Woche einfordern. Zum anderen sind sie zum überwiegenden Teil nicht inklusiv, da sie die Beschäftigung in aller Regel in besonderen Räumlichkeiten sozialer Einrichtungen und damit in Sonderwelten anbieten.

Zwar gibt es in Deutschland bereits seit den 1990er Jahren Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, diese sind aber bisher nur in wenigen Bundesländern und Regionen vorhanden und keineswegs flächendeckend ausgebaut und evaluiert.

Während es in den letzten 20 Jahren gelungen ist, ambulante Unterstützung im Bereich Wohnen landesweit deutlich - und in vielen Kommunen auch bedarfsdeckend - auszubauen, sind im Zuge der „Ambulantisierung“ die niedrighschwelligen Beschäftigungsmöglichkeiten auf der Strecke geblieben (Quelle Lorenz Dehn 01/2025 Psycho-soziale Umschau).

Der GPV Bielefeld hat diese Problemlage zum Anlass genommen, eine Arbeitsgruppe einzuberufen, um das Problem genauer zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten in Form eines Angebotes zu entwickeln, das den geänderten Ansprüchen des verabschiedeten BTHGs und den Bedarfen der Zielgruppe entspricht.

In der Folge hat die Stiftung Bethel in Abstimmung mit dem GPV Bielefeld 2021 einen Förderantrag zur Finanzierung eines Modellprojektes an die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (heute: Sozialstiftung NRW) gestellt, der positiv beschieden wurde. Auch die Stadt Bielefeld hat dieses Modellprojekt finanziell unterstützt.

Für die o.g. Problemlagen hat das Projekt BiSi – Beschäftigung im Sozialraum inklusiv – entsprechend seiner Zielsetzung praktische Lösungen erprobt und evaluiert, indem

3. ZUR ENTWICKLUNG VON NIEDRIGSCHWELLEN BESCHÄFTIGUNGSANGEBOTEN IN DEUTSCHLAND

niedrigschwellige, stundenweise, inklusive Beschäftigungsmöglichkeiten bei verschiedenen Beschäftigungsanbietern im Sozialraum nutzbar gemacht, vermittelt und begleitet wurden.

Im Projektantrag, der im Jahr 2021 gegenüber der damaligen Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gestellt wurde, wurden die Ziele und die Zielgruppe wie folgt beschrieben:

Ziele

Das Projekt „Beschäftigung im Sozialraum inklusiv“ (BiSi) verfolgt zwei Oberziele:

1. Menschen mit einer seelischen Behinderung im Sinne von § 2, Absatz 2 SGB IX wird der Zugang zu einer regelmäßigen Beschäftigung mit Zuverdienst in ihrem Sozialraum ermöglicht.
2. Die Prozess- und Ergebnisqualität dieses Angebotes wird in einer prospektiven wissenschaftlichen Studie evaluiert.

Angaben zur Zielgruppe

Zielgruppe des Projekts Beschäftigung im Sozialraum inklusiv (BiSi) sind Menschen mit seelischen Behinderungen nach § 2, Abs. 2 SGB IX,

- die Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags in Form des ambulant betreuten Wohnens (ABW) in Anspruch nehmen und
- die nicht erwerbstätig sind und auch keiner anderen regelmäßigen Arbeit, Beschäftigung oder Bildungsmaßnahme nachgehen.

Diese Menschen sind in der Regel voll erwerbsgemindert im Sinne § 43, Abs. 2 SGB VI, also wegen Krankheit und Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Sie bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbsminderungsrente oder sozialer Grundsicherung und weisen außer der mangelnden Teilhabe am Arbeitsleben auch andere Teilhabeeinschränkungen auf, etwa in den Bereichen Partnerschaft, Sport, Kultur und Politik. Ihre sozialen Kontakte sind stark eingeschränkt und reduzieren sich oft auf professionell Tätige und Peers aus dem Umfeld der „Psychiatrie-Gemeinde“. Diese Teilhabeeinschränkungen haben negative Rückwirkungen auf die psychische Stabilität, das Selbstbild und die Fremdwahrnehmung (Stigmatisierung) der Betroffenen. Durch die Corona-Krise hat sich deren Situation noch zugespitzt, weil dadurch die Möglichkeiten zu spontanen sozialen Kontakten und Aktivitäten weiter eingeschränkt wurden.

Die Zielgruppe des Projekts BiSi entspricht damit der aktuellen wissenschaftlichen Definition von „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, wie sie in der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (AWMF/DGPPN 2019, in Überarbeitung) beschrieben ist.“

Im Projekt BiSi sollte es damit überwiegend um voll erwerbsgeminderte Personen gehen,

- bei denen die individuelle Zielsetzung eher den Leistungen zur Sozialen Teilhabe als den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entspricht,
- das Vertragsverhältnis eher ein Betreuungsvertrag als ein Arbeitsvertrag ist,
- die wirtschaftliche Verwertbarkeit der Produkte und Dienstleistungen eher gering ist,
- der Zuverdienst eher eine Motivationsprämie als ein leistungsbezogenes Entgelt ist
- und die Anzahl der wöchentlichen Beschäftigungsstunden eher niedrig ist.

Das Projekt BiSi orientiert sich dabei am Paradigma des „Erst platzieren, dann trainieren“, das in der Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) entsprechend der Untersuchungen zu den Beschäftigungsangeboten des Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) für „Menschen, mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ empfohlen wird (DGPPN, 2019). Das Projekt BiSi setzt dieses Paradigma auch für die Zielgruppe von Personen um, die nicht oder noch nicht auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abzielen.

Gleichwohl sollten im Projekt BiSi auch Verbesserungen von Leistungs- und Belastungsfähigkeit möglich sein. Daraus konnten sich für die Teilnehmenden unterschiedliche sozialrechtliche Anschlussperspektiven bis hin zum ersten Arbeitsmarkt ergeben, die im Projekt beschrieben und genutzt werden sollten.

3.1 Zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland

Im Verlauf von inzwischen 50 Jahren Psychiatrie-Reform in Deutschland wurde das Angebot von Leistungen zur Teilhabe an Bildung, Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich ausgeweitet und ausdifferenziert (vergl. Gühne & Riedel-Heller 2015, DGPPN 2019, Kap. 16.2, S. 373-381). Davon profitieren Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen jedoch nach wie vor nur in beschränktem Umfang.

Richter (2010) untersuchte die Lebenssituation von 1486 seelisch behinderten Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (mit primär psychischer oder Suchterkrankung). Davon befanden sich 415 im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW).

In dieser Gruppe zeigte sich:

- 17,6 % hatten keinen Schulabschluss und 48,1 % keine Berufsausbildung.
- 4,7 % waren auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig oder befanden sich in Schulbildung.
- 49,7 % waren geschützt beschäftigt, darunter 22,6 % in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)
- 45,7 % hatten keinerlei Tagesstruktur.

Ähnliche Ergebnisse gab es in zwei Querschnittstudien zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit seelischen Behinderungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen in Anspruch nehmen: die BAESCAP-Studie (Steinhart et al. 2016, 2017) und das Projekt WieWohnen NRW (Steinhart & Wienberg 2024).

Die Stichprobe von BAESCAP umfasst Angaben von 1897 Klient:innen der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe aus vier Bundesländern und damit ca. 1 % aller seelisch beeinträchtigten Empfänger:innen von Wohnunterstützung in Deutschland, ihre Repräsentativität kann jedoch nicht als gesichert gelten. Ein Teil der Fragen wurde aus dem Soziökonomischen Panel (SOEP), einer regelmäßigen Befragung der deutschen Allgemeinbevölkerung, übernommen, sodass entsprechende Vergleichsmöglichkeiten bestehen.

Einige markante Ergebnisse:

- 17 % der Befragten hatten eine (Fach-)Hochschulreife oder einen Hochschulabschluss (SOEP: 31 %), 12 % hatten keinen Schulabschluss (SOEP: 3 %).
- 41 % hatten keinen Berufsabschluss (SOEP 18 %). Von den Klient:innen ohne Schulabschluss hatten 87 % auch keinen Berufsabschluss. In dieser Gruppe finden sich vor allem Personen mit einem niedrigen Ersterkrankungsalter.
- 11 % waren in regulärer Beschäftigung (SOEP 69 %), weitere 32 % in geschützter Beschäftigung.
- 57 % gingen keiner regelmäßigen Beschäftigung nach.

Im Projekt WiEWohnen wurden 259 Klient:innen der Eingliederungshilfe aus dem Bereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe befragt. Davon befanden sich 155 im ABW:

- 17,4 % hatten eine (Fach-)Hochschulreife und 9,0 % keinen Abschluss.
- 48,4 % hatten keinen Berufsabschluss.
- 7,1 % waren sozialversicherungspflichtig auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig oder befanden sich in Studium oder Ausbildung.
- 28,4 % waren geschützt beschäftigt (WfbM, tagesstrukturierende Angebote, Integrationsfirma) oder in einer beruflichen Trainingsmaßnahme.
- 73,1 % hatten keinerlei regelmäßige Beschäftigung.

Längsschnittdaten zur Beschäftigungssituation liegen aus der Stadt Bielefeld vor. Dort hat der GPV 2002, 2006 und 2012 die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Klient:innen, die durch die Träger des GPV im ABW unterstützt wurden mit vergleichbaren Fragestellungen erhoben. Ergebnisse liegen im Jahr 2002 für 469, im Jahr 2006 für 682 und im Jahr 2012 für 1178 Personen vor. Bei steigender Zahl der Befragten zeigen die Ergebnisse der Untersuchungen ein über die Jahre weitgehend konstantes Bild.

Auf die Frage, ob irgendein Beschäftigungsangebot genutzt wurde, antworteten im Jahr 2012 49,4 % der Befragten mit „nein“ (2002 waren das 45 %). In Bielefeld war demnach fast fast jede zweite Klient:in der ambulanten Eingliederungshilfe ohne regelmäßige Beschäftigung (siehe hierzu die ausführlichere Darstellung in Kap.4.4).

Eine Untersuchung des GPV Bochum aus dem Jahr 2016 verwendete die gleichen Fragestellungen und Methoden wie in Bielefeld bei 260 Klient:innen des ABW. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine Vollerhebung, sondern um eine selektive Stichprobe. Die Ergebnisse der Bielefelder Erhebungen wurden im Wesentlichen bestätigt:

- 69,7 % der Befragten wurden als nicht erwerbsfähig eingestuft.
- 7,7 % hatten einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt (davon 30% Minijobs).
- 4,2 % befanden sich in einer Ausbildung.
- 28 % erhielten Leistungen zur Teilhabe an Arbeit bzw. nahmen an einer Maßnahme zur Förderung der Aufnahme einer Arbeitstätigkeit teil.
- 10,8 % waren in einer WfBM beschäftigt.
- 4,6 % besuchten eine Tagesstätte.
- 11,9 % nutzten regelmäßig ein niedrigschwelliges Kontaktstellenangebot.

Auch diese Zahlen enthalten Mehrfach-Inanspruchnahmen. In der Summe lag in der Bochumer Untersuchung bei 66,6% der Nutzer:innen:innen eine regelmäßige Tagesstruktur/ Beschäftigung vor. Somit war hier jede dritte Klient:in ohne regelmäßige Beschäftigung.

Festzuhalten ist, dass - je nach Erhebung und Stichprobe - ein Drittel bis drei Viertel der Nutzer:innen:innen von Leistungen der sozialen Teilhabe in der eigenen Häuslichkeit (ehemals Ambulant Betreutes Wohnen) ohne jegliche Arbeit, Beschäftigung oder Tagesstruktur sind.

Während die WfBM für Menschen mit geistiger Behinderung das Regelangebot im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist, nehmen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im ABW die WfBM deutlich weniger in Anspruch, je nach Stichprobe zwischen 10,3 % (WiEWohnen) und 22,6 % (LWL, Richter 2010). Allerdings ist der Anteil der seelisch behinderten Beschäftigten in WfBM bundesweit über die letzten Jahre stetig angestiegen, so von 17,2 % in 2010 auf 19,9 % in 2018 (BAGüS 2020). In der größten Bielefelder WfBM (Stiftungsbereich proWerk der vBS Bethel) lag der Anteil der seelisch behinderten Beschäftigten 2015 mit 30,3 % noch deutlich höher. Dies dürfte

dadurch bedingt sein, dass dieser Anbieter sich, ebenso wie die klinisch-psychiatrische Pflichtversorgung und ein großer Teil der Eingliederungshilfe Wohnen, in Trägerschaft der vBS Bethel befindet und sich deshalb auf psychisch kranke Menschen in besonderer Weise einstellt. In einer Stichprobe des GPV Bielefeld von 2012 waren immerhin 19 % in der WfBM beschäftigt. Dennoch waren in Bielefeld die Hälfte der ambulanten Klient:innen der Eingliederungshilfe ohne jegliche Beschäftigung.

Für die eher geringe Nutzung der WfBM sind vor allem drei Gründe ausschlaggebend:

- Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lehnen die (Selbst-)Definition als „behindert“ ab, die mit einer Tätigkeit in der Werkstatt auch nach außen hin verbunden ist (Gefahr der Selbst- bzw. Fremdstigmatisierung; vergl. Grochtmann 2015).
- Die Tätigkeit in einer WfBM darf 15 Stunden/Woche nicht unterschreiten. Dies können oder wollen viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht leisten. Damit ist der Zugang zur WfBM relativ hochschwierig.
- Die Tätigkeit findet (bis auf einige ausgelagerte WfBM-Plätze) in einer Sondereinrichtung statt, ist also nicht inklusiv.

Möglicherweise spielt auch eine Rolle, dass viele Betroffene das Arbeitsangebot von WfBM für sich persönlich als nicht passend und wenig attraktiv wahrnehmen, obwohl dieses in vielen WfBM inzwischen hochdifferenziert ist.

Ein weiteres Schlaglicht auf die prekäre Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen wirft der Umstand, dass die Zahl der Personen, die erstmals eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten, bundesweit seit Jahren steigt, so von 66.000 im Jahr 2013 auf gut 71.000 in 2018 (Gühne & Riedel-Heller 2015, Ärzteblatt 2019). Psychische Erkrankungen sind damit die „führende Bewilligungsdiagnose“ für eine Erwerbsminderungsrente. Eine schwere psychische Erkrankung, die mit einer prekären Arbeits- und Beschäftigungssituation einhergeht, ist somit für die große Mehrheit der Betroffenen mit materieller Armut verknüpft, denn in aller Regel sind sie auf Leistungen der Sozialen Grundsicherung oder Rente wegen Erwerbsminderung angewiesen.

3.2 Die Arbeitsrehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – der (sozial-)rechtliche Rahmen

Eine der gravierendsten Folgen psychischer Erkrankungen ist es, dass die Teilhabe am Arbeitsleben eingeschränkt ist oder ganz verloren geht.

„Bedenkt man die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit für psychisch kranke Menschen, so wird deutlich, dass über allgemeine medizinisch-rehabilitative Maßnahmen hinaus auch dem (Wieder-) Erlangen einer Beschäftigung hohe Priorität beizumessen ist: Arbeitslosigkeit führt zu einem Verlust der Tagesstruktur, zur Ausdünnung sozialer Kontakte, zu finanziellen Schwierigkeiten, gesellschaftlicher Stigmatisierung sowie einer Verminderung des Selbstwertgefühls [...]. Andererseits ist es mittlerweile unstrittig, dass Arbeit günstige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit schwer psychisch Erkrankter hat [...]. Neben dem Ziel des Erlangens einer bezahlten Arbeit basiert die berufliche Rehabilitation daher auch auf der Vorstellung, dass Arbeit nicht nur Aktivität und Sozialkontakte fördert, sondern auch positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, das Selbstwertgefühl und die Autonomie der Betroffenen hat. Die Befunde verweisen auf die große Bedeutung, die Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben im Gesamtprozess der Rehabilitation zukommen sollte“ (DGPPN, S3-Leitlinie 2019, S. 158).

Psychiatrische Rehabilitation befasst sich mit der Unterstützung von Menschen mit schweren und andauernden Erkrankungen und Behinderungen bei der Bewältigung der Folgen dieser Beeinträchtigungen (vergl. Richter et al. 2016). Dabei handelt es sich grundsätzlich um eine multiprofessionelle Aufgabe, an der im Quer- und Längsschnitt unterschiedliche Dienste und Einrichtungen beteiligt sein können, die ihre Leistungen auf der Grundlage verschiedener Sozialgesetzbücher erbringen. So kommen im Falle psychischer Erkrankungen Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern II, III, V, VI, VII und IX in Betracht.

Richtungsweisend für die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist seit gut einem Jahrzehnt auch in Deutschland die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Sie

bezieht sich explizit auch auf Menschen mit seelischen Behinderungen (Art. 1) und gilt „einschließlich derjenigen, die intensive Unterstützung benötigen“. Zu den zentralen Grundsätzen der Konvention zählen „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ und die „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft und Einbindung in die Gesellschaft“ (UN-BRK Art. 3).

Für die psychiatrische Rehabilitation bedeutete dies zualtererer, die persönlichen Bedürfnisse, die Wünsche und den Willen der Klient:innen zu achten und ihnen Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten zu eröffnen. Darüber hinaus gilt es, ihre Soziale Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen zu fördern und immer wieder neu zu klären, welches Maß an sozialer Einbindung und Teilhabe sie anstreben, welche sozialen Rollen sie einnehmen wollen und welche Ressourcen dazu erforderlich sind.

Im Hinblick auf den Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung schreibt die UN-BRK unter anderem fest, dass „... Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen“ haben müssen (Artikel 24). Es wird ihnen das Recht zugesprochen „...auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die (...) frei gewählt oder angenommen werden kann“. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Betroffenen „... wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung“ haben (Artikel 27). Die Konvention stellt also auf wirksame Zugänge, Wahlfreiheit, Gleichberechtigung und möglichst inklusive Bildung, Arbeit und Beschäftigung ab.

Dabei haben Menschen mit psychischen Erkrankungen wie alle anderen Anspruch auf soziale Leistungen, die eine Förderung von Arbeit und Beschäftigung ermöglichen, so auf der Basis des SGB II (Bürgergeld oder Grundsicherung bei Erwerbsminderung), des SGB III (Arbeitsförderung), des SGB V (Krankenversicherung) des SGB VI (Rentenversicherung) und des SGB VII (Unfallversicherung).

Für Menschen mit Behinderungen sind jedoch insbesondere Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX von zentraler Bedeutung.

Nach der UN-BRK war eine Reform der Eingliederungshilfe dringend geworden und wurde in einem mehrjährigen, stark beteiligungsorientierten Prozess mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) zum 1.1.2017 umgesetzt. Das BTHG ist ein Artikelgesetz, das Änderungen bzw. Ergänzungen in anderen Gesetzbüchern vornimmt. Unter anderem wurde die Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht des SGB XII herausgelöst und als Leistungsgesetz in das SGB IX integriert.

In § 1 des BTHG wird erkennbar auf Formulierungen der UN-BRK Bezug genommen:

„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Der Behinderungsbegriff des BTHG folgt dem der UN-BRK und dem durch die WHO mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gesetzten Standard. Dabei wird Behinderung nicht als Eigenschaft von Personen, sondern als Ergebnis einer Wechselwirkung von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen einerseits und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren andererseits definiert.

Im SGB IX, Teil 1, ist das Kapitel 10 der Teilhabe am Arbeitsleben gewidmet. Dort heißt es in § 49:

„1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“.

Im Weiteren werden die Leistungen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (§ 51), in einer WfBM (§§ 56-58) und von „anderen Leistungsanbietern“ (§ 60) kodifiziert. Außerdem die Unterstützte (sozialversicherungspflichtige) Beschäftigung (§ 55) und das Budget für Arbeit (§ 61), das sich auf den Aus-

gleich von Leistungsminderungen und die Aufwendungen für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung auf dem ersten Arbeitsmarkt bezieht.

Damit sind die Leistungen nach dem Kapitel 10 im Teil 1 des SGB IX erkennbar auf Erwerbstätigkeit und die Integration auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt ausgerichtet. Menschen, die die entsprechenden Voraussetzungen und Anforderungen (noch) nicht erfüllen oder die eine entsprechende Beschäftigung nicht wünschen, können davon nicht profitieren.

Deshalb ist zu prüfen, inwieweit Leistungen nach dem 13. Kapitel Soziale Teilhabe eine Förderung von Arbeit und Beschäftigung ermöglichen können. In § 76 heißt es:

„1) Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. 2) Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen“.

Die Förderung von Arbeit und Beschäftigung wird hier nicht thematisiert, sondern im Vordergrund steht der Lebensbereich Wohnen. Das gleiche gilt für die „Kernleistung“ der Sozialen Teilhabe, die Assistenz (§ 78):

„(1) 1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. 2) Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. 3) Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen“.

Auch hier fehlt ein Bezug auf Arbeit und Beschäftigung bzw. die Hinführung darauf.

Den gibt es allerdings bei den Leistungen nach § 76 Absatz 2 in Verbindung mit § 81 „Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten“:

¹Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse

und Fähigkeiten werden erbracht, um Leistungsberechtigten die für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

²Die Leistungen sind insbesondere darauf gerichtet, die Leistungsberechtigten in Fördergruppen und Schulungen oder ähnlichen Maßnahmen zur Vornahme lebenspraktischer Handlungen einschließlich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten zu befähigen, sie auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten, ihre Sprache und Kommunikation zu verbessern und sie zu befähigen, sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen“.

„Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten“, um „auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten“ – hiermit ist eine sozialrechtliche Grundlage für einen niedrigschwelligen Einstieg in Arbeit und Beschäftigung gegeben, die aber bisher in Deutschland dafür nicht systematisch und in ausreichender Weise genutzt wird.

Es gibt also sozialrechtliche Grundlagen, die zur Finanzierung niedrigschwelliger Beschäftigungsformen mit Zuverdienst für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen genutzt werden können, die bisher damit ausgestalteten Angebote erreichen aber einen großen Teil der Zielgruppe nicht.

So empfiehlt auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) in seiner „Bestandsaufnahme und Empfehlungen des zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen“ (DV 20/19): „Der Zuverdienst hat sich als bedarfsdeckendes Angebot für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen erwiesen, von denen bisher insbesondere Menschen mit psychischen Behinderungen profitiert haben. Der Deutsche Verein möchte die Träger der Eingliederungshilfe dazu anregen, die Zahl der Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst auch auf der Grundlage der neuen Regelungen des SGB IX zu fördern und weiter auszubauen. Die Grundlage für den zukünftigen Ausbau von Zuverdienstmöglichkeiten sieht der Deutsche Verein ggf. im Bereich der anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX, aber zumindest im offenen Leistungskatalog zur Sozialen Teilhabe nach § 113 i. V. m. § 81 SGB IX. Der Zuverdienst hat sich als geeignetes alternatives und niedrigschwelliges Angebot zu Werkstätten für behinderte Menschen, insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, bewährt. Dieses Leistungsangebot sollte aufgrund seiner positiven Wirkung auch künftig konsequent ausgebaut werden“ (DV 2020S. 24).

3.3 Zum Entwicklungsstand der Zuverdienstangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland

In den „Empfehlungen der Expertenkommission“ (BMJFFG 1988), die die Ergebnisse des in Folge der Psychiatrie Enquete aufgelegten Bundesmodellprogramms sowie die Erfahrungen aus dem „Modellverbund ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/ psychosomatische Versorgung“ ausgewertet hat, findet sich das Stichwort „Zuverdienst“ noch nicht unter den Bausteinen für eine bedarfsgerechte gemeindepsychiatrische Versorgung. Deshalb ist es bemerkenswert, dass das Land Berlin bereits 1996 einen Psychiatrie-Entwicklungsplan beschloss, der sich eng an den „Empfehlungen“ orientiert, den Zuverdienst jedoch als Teil der Pflichtversorgung in den Berliner Bezirken einschließlich entsprechender Anhaltzahlen und einer anteiligen Finanzierung durch das Land festschreibt.

Im Rest der Republik verlief die Entwicklung dagegen eher schleppend und uneinheitlich. Außer in Berlin gibt es heute (annähernd) flächendeckende Angebotsstrukturen in Bremen, im Rheinland, im Bezirk Oberbayern und in Sachsen. In der Datenbank REHADAT (Stand August 2020) sind bundesweit 237 Zuverdienst-Angebote gelistet. Davon befinden sich ca. 80 % in den zuvor genannten Regionen. Für keines der übrigen Bundesländer werden mehr als 9 Angebote aufgeführt.

In Nordrhein-Westfalen gibt es auch beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) seit Jahren ein Programm „Zuverdienst im allgemeinen Arbeitsmarkt“. Es richtet sich an voll erwerbsgeminderte Menschen, die täglich zwei bis drei und wöchentlich zwischen fünf und 12 Stunden in der Lage sind, „ausdauernd und zuverlässig“ zu arbeiten. Es handelt sich um Mini-Jobs, die im Rahmen des Budgets für Arbeit finanziert werden, und es wird nach Tarif oder nach ortsüblichem Lohn bezahlt. Arbeitgeber:innen erhalten einen Lohnkostenzuschuss sowie eine Pauschale für den „besonderen Aufwand“. Evaluationsergebnisse zu diesem Programm liegen nicht vor (vergl. LWL 2016).

In der Stadt Bielefeld wurde in der Zeit von 2012 – 2018 das Projekt Beschäftigungsräume durchgeführt und auf der Grundlage des SGB XII finanziert (siehe dazu die Beschreibung in Kap. 4.3).

Ein wichtiger Impuls für die Entwicklung von Zuverdienstangeboten in Deutschland war die „Arbeitshilfe zu Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich des SGB XII“ (DV 12/09) des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (DV 2009 a). Hierbei handelt es sich um eine Ergänzung der „Empfehlungen zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben“ (DV 24/08), (DV 2009 b), mit der der Gesetzgeber aufgerufen wurde, den Zuverdienst ausdrücklich als Teilhabeleistung im SGB XII zu verankern und „übergreifend zu fördern“. Beides ist bis heute nicht geschehen. Der mit der Arbeitshilfe empfohlene Standard hat die Entwicklung seither jedoch erkennbar geprägt. So gut wie alle regionalen Konzepte, Leit- und Richtlinien, Standards, Leistungsbeschreibungen oder -vereinbarungen orientieren sich mehr oder weniger deutlich daran.

Als „wesentliche Merkmale“ von Zuverdienstangeboten werden in der Arbeitshilfe benannt:

- Sie sind ein gemeindenahes und niedrigschwelliges Angebot, das es auch Menschen mit schweren Beeinträchtigungen ermöglicht, ihre Arbeitsfähigkeiten einzusetzen.
- Es handelt sich nicht um Erwerbsarbeit im klassischen Sinne, es sollen aber wirtschaftlich verwertbare Produkte oder Dienstleistungen hergestellt und damit „relevante Anteile der Kosten“ erwirtschaftet werden.
- Der Erwerbscharakter der Arbeit steht im Vordergrund und die Entlohnung der Mitarbeitenden ist an die Leistung gekoppelt.
- Der Beschäftigungsumfang soll in der Regel 15 Stunden pro Woche nicht überschreiten.
- Die Rahmenbedingungen werden den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Mitarbeitenden angepasst. Dies betrifft die Flexibilität der Tätigkeitszeiten, abgestufte Anforderungen an Arbeitsgeschwindigkeit und -produktivität, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle.
- Die Beschäftigungsdauer ist zeitlich nicht befristet und es gibt keinen Druck zur Erreichung vorgegebener Rehabilitationsziele (vergleiche DV 2009 a, S. 3 f).

Als Qualitätskriterien werden unter anderem genannt:

- Die Bezahlung sollte klar geregelt sein. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass nicht die Einkommenssteigerung im Vordergrund stehe, sondern „die Mög-

lichkeit der sinnvollen Beschäftigung zusammen mit anderen“.

- Dem Träger des Zuverdienstangebots obliegt die Verantwortung, den arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Status der Mitarbeitenden zu klären und vertraglich zu regeln.
- Und: „Das Angebot muss den Gedanken der Inklusion gemäß Art. 27 ... (UN-BRK) sowie die Grundsätze der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe nach dem SGB IX konsequent umsetzen und damit nicht gewollte Sonderwelten möglichst vermeiden“ (ebenda, S. 9 f).

Als mögliche Anbieter von Zuverdienst kommen in Betracht:

- Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes und öffentliche Einrichtungen, sofern fachliche Begleitung möglich ist,
- Beschäftigungsträger und Integrationsunternehmen,
- Nachbarschaftszentren,
- WfbM,
- Tagesstätten,
- Kontakt- und Begegnungstätten,
- Stationäre Einrichtungen,
- Sozialpsychiatrische Verbände.

Damit sind die nach wie vor aktuellen Eckpunkte der Struktur- und Prozessqualität bündig beschrieben, entlang derer sich eine Vielfalt von Zuverdienstangeboten in Deutschland entwickelt hat.

Im Hinblick auf die Inklusivität von Zuverdienstangeboten stellt die Aktion psychisch Kranke (APK) 2009 in einem Projektbericht fest: „Beschäftigung in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes wird dabei aber nur sehr selten eingeschlossen. Die Betroffenen bleiben in der Regel unter sich“ (APK 2009, S. 117). Das hat sich bis heute allenfalls graduell verändert.

Ein wesentlicher Unterschied in der Ausrichtung und sozialrechtlichen Zuordnung der Zuverdienstprojekte besteht darin, welche Zielgruppen das Angebot nutzen und welche sozialrechtlichen Voraussetzungen und Ansprüche sie mitbringen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen (BAG-IF) benennt auf ihrer Website des Projektes Zuverdienst insbesondere die folgenden drei Nutzengruppen:

1. „Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die voll erwerbsgemindert sind (behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX) und Erwerbsminderungsrente (eventuell mit zusätzlicher Grundsicherung) beziehen. Ihre Chancen, einen passenden Minijob auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden, sind oftmals sehr gering. Und das obwohl sie in vielen Fällen aufgrund ihrer beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen durchaus in der Lage sind, qualitativ hochwertige Arbeiten zu erledigen. Für diese Personengruppe stehen häufig nicht das Arbeitsentgelt, sondern der Kontakt, die Tagesstruktur oder andere positive Aspekte der Tätigkeit im Vordergrund.“

2. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die voll erwerbsgemindert sind und Grundsicherung beziehen. Für diese, häufig chronisch kranken Menschen sind Zuverdienstangebote oftmals die einzige Möglichkeit, einer sinnvollen, entlohnten Beschäftigung nachzugehen. Gerade dann, wenn aus persönlichen Gründen eine Tätigkeit in einer WfbM nicht in Frage kommt, bietet sich durch das Zuverdienstangebot zudem die Gelegenheit, unter ihnen angepassten Arbeitsbedingungen die eigene Arbeits- und Belastungsfähigkeit schrittweise zu erhöhen.

3. Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) stehen grundsätzlich dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung. Durch entsprechende Vereinbarungen kann geregelt werden, dass besonders wenig belastbare und psychisch erkrankte ALG-II-Bezieher die Angebote von projektgebundenen Zuverdienstmöglichkeiten nutzen können. Dabei muss das Ziel der Hinführung zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation beziehungsweise zur Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt werden. Grundlage sind in diesen Fällen die Regelungen zu den ‚Arbeitsgelegenheiten‘ in § 16 SGB II“ (BAG-IF2020).

Ein weiteres wichtiges Unterscheidungskriterium ist die Frage nach der Art des Beschäftigungsverhältnisses, zumal nicht jede Zuverdiensttätigkeit als ein normales Beschäftigungsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts zu werten ist. Die BAG-IF nennt hier drei unterschiedliche Vertragsgrundlagen, bei denen die individuellen Voraussetzungen des Beschäftigten und des jeweiligen Beschäftigungsangebotes Berücksichtigung finden:

1. „Geringfügige Beschäftigung: Eindeutig ist das Vertragsverhältnis, wenn es sich um eine sogenannte gering-

fügige Beschäftigung handelt, deren Anforderungen und rechtlichen Rahmenbedingungen sehr klar definiert und geregelt sind. Hier gelten die üblichen arbeitsrechtlichen Bestimmungen z. B. in Bezug auf Urlaubsanspruch, Lohnfortzahlung, etc.

2. Ein-Euro-Jobs: Eine weitere Möglichkeit ist die Beschäftigung im Rahmen eines sogenannten ‚Ein-Euro-Jobs‘, also einer Beschäftigung mit Mehraufwandsentschädigung. Hier handelt es sich nicht um ein Arbeitsverhältnis, da die Beschäftigung durch Vorschriften des öffentlichen Rechts geprägt ist. Die Beschäftigung dient dabei der Orientierung und der Heranführung an den allgemeinen Arbeitsmarkt.

3. Betreuungsvertrag: Schließlich gibt es noch die Möglichkeit, im Rahmen eines sogenannten ‚Betreuungsvertrages‘ Zuverdienstmöglichkeiten anzubieten. Hier liegt der Schwerpunkt des sogenannten Leistungsaustausches allerdings in der Betreuungsleistung des Leistungsträgers. Der Leistungsträger kommt dabei in der Regel aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgungsangebote und bietet in seinem Leistungsspektrum eine ‚therapeutisch‘ begleitete Beschäftigung an. In deren Zusammenhang wird auch ein Mehrwert erwirtschaftet und zum Teil als sogenannte ‚Aufwandsentschädigung‘ an die Beschäftigten ausgezahlt“ (ebenda).

Es wird deutlich, dass sich je nach Zielgruppe, sozialrechtlichen Voraussetzungen, Grad der Einschränkung und Zielsetzung des Beschäftigungsangebotes unterschiedliche Vertragsgrundlagen als sinnvoll, möglich oder notwendig erweisen können.

Darüber hinaus sind die rechtlichen Fördermöglichkeiten je nach Anspruchsvoraussetzung der Nutzer:innen sehr differenziert und haben sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Gestaltung des Angebotes. Die BAG-IF stellt die Fördermöglichkeiten in einer Übersicht von 2016 dar (s. Tabelle 1). Mit Einführung des BTHG haben sich allerdings die rechtlichen Rahmenbedingungen auch für die Zuverdienstangebote zum 01.01.2020 verändert. So enthält Tabelle 1 noch Ansprüche nach dem SGB XII, die inzwischen in das SGB IX überführt worden sind. Die Einführung des BTHG hat den Deutschen Verein denn auch veranlasst, am 26.02.2019 neue „Empfehlungen zur Förderung von Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich des SGB IX“ (DV 24/18) herauszugeben. Darin wird unter anderem festgestellt:

Rechtliche Regelungen zu Zuverdienstmöglichkeiten im Überblick					
Rechtlicher Bezug	Leistungsart	Zugangsvoraussetzung	Bezahlung	Dauer	Status
SGB XII § 11 Abs. 3 Satz 4	Maßnahmen zur Aktivierung	Weniger als drei Stunden erwerbsfähig täglich, Sozialhilfebezug	Im Rahmen von Mehraufwand (ca. 1 Euro - 1,50 Euro / Std.)	unbegrenzt	Öffentlich-rechtliches Beschäftigungsverhältnis
in Kombination mit § 82	Den individuellen Möglichkeiten angepasster (Teilzeit-)Arbeitsplatz	Weniger als drei Stunden Erwerbsfähigkeit täglich, Sozialhilfebezug	Arbeitsentgelt, unter Berücksichtigung der Einkommensanrechnung nach § 82 Abs. 3 SGB XII (Freibetrag von 30% des Einkommens, höchsten ½ des Regelsatzes)	unbegrenzt	Geringfügige Beschäftigung
SGB II § 16 d	Arbeitsgelegenheiten als Maßnahmen zur Stabilisierung (mit direktem Beschäftigungsbezug)	Bei mindestens drei Stunden Erwerbsfähigkeit täglich - SGB II Bezug	Im Rahmen von Mehraufwand (ca. 1 Euro - 1,50 Euro / Std.)	Lt. Gesetz nur durch Zielsetzung begrenzt, in der Praxis 9-12 Monate	Öffentlich-rechtliches Beschäftigungsverhältnis
SGB II § 16 e in Kombination mit § 11	Den individuellen Möglichkeiten angepasster (Teilzeit-) Arbeitsplatz	Bei mindestens drei Stunden Erwerbsfähigkeit täglich - SGB II Bezug	Arbeitsentgelt, unter Berücksichtigung der Anrechnung des Einkommens nach § 11 SGB II	Lt. Gesetz nur durch Zielsetzung begrenzt, in der Praxis 9-12 Monate	Zivil-rechtliches Arbeitsverhältnis, geringfügige Beschäftigung
SGB XII § 53ff (Eingliederungshilfe)	Ausübung einer angemessenen Tätigkeit im Rahmen der Eingliederungshilfe	Weniger als drei Stunden, keine Ansprüche SGB II, III oder VI	Arbeitsentgelt; unter Berücksichtigung der Anrechnung von Einkommen nach § 82 Abs. 3 SGB XII	Gesetzlich keine Begrenzung	Geringfügige Beschäftigung
SGB IX § 133	Auch zur Vorbereitung auf eine Beschäftigung in einem Integrationsunternehmen	Prognose: mehr als 15 Stunden wöchentlich erwerbsfähig	Arbeitsentgelt	Gesetzlich keine Begrenzung, nur auf Grund der Zielsetzung, Vorbereitung	Geringfügige Beschäftigung
SGB VI § 16 SGB III § 97ff SGB IX § 33 (Ermessen/Prognose)	Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben: berufsvorbereitende bzw. qualifizierende Maßnahmen	Nicht relevant, entscheidend ist die positive Rehaprognose	Mehrbedarf 35% des Regelsatzes bei ALG II (nur bei ALG II Bezug)	Max. 3 Jahre	Maßnahmeteilnehmer/in
SGB VI § 16 SGB III § 97 ff SGB XI § 33) (Ermessen/ Prognose)	Hilfen zur Erlangung und Erhalt eines Arbeitsplatzes	Nicht relevant, entscheidend ist die positive Rehaprognose	Arbeitsentgelt	Max. 3 Jahre	Geringfügige Beschäftigung

Tab. 1.: rechtliche Grundlagen zu Zuverdienstmöglichkeiten im Überblick

„Ab dem 1. Januar 2020 wird die Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Eingliederungshilfe abschließend in § 111 SGB IX (Leistungen zur Beschäftigung) geregelt. Diese Norm beinhaltet, dass die Leistungen zur Beschäftigung ausschließlich Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) nach den §§ 58 und 62 SGB IX, Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach den §§ 60 und 62 SGB IX sowie Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgeber:innen nach § 61 SGB IX (Budget für Arbeit) umfassen. Eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung des Zuverdienstes durch das

BTHG im Leistungskatalog der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben ist nicht erfolgt.

Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Beschäftigung in Zuverdienstmöglichkeiten nicht mehr zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehört. Vielmehr geht der Deutsche Verein davon aus, dass Zuverdienstmöglichkeiten zumindest vom offenen Leistungskatalog der Eingliederungshilfe zur Sozialen Teilhabe auch zukünftig umfasst sind. Die entsprechende Regelung des § 113 Abs. 2 SGB IX n. F. stellt eine nur beispielhafte, aber nicht abschließende Aufzählung von möglichen Leistungen zur Sozialen Teilhabe dar“ (DV 2019, S. 4).

Eine weitere wichtige Empfehlung des deutschen Vereins betrifft die Motivationsprämien im Rahmen niedrighschwelliger Zuverdienstangebote:

„Der Deutsche Verein empfiehlt in diesem Zusammenhang, Motivationsprämien, die lediglich als Anreiz zur Selbsthilfe durch Teilnahme an einer Maßnahme dienen, nicht als Erwerbseinkommen gemäß § 84 Abs. 1 SGB XII auf Leistungen der Sozialhilfe anzurechnen. Bei solchen Zuwendungen stehen rehabilitative, therapeutische und soziale Zwecke der Maßnahme im Vordergrund“ (ebenda, S.5).

Inzwischen hat die BAGüS in ihren Orientierungshilfen von 2023 und 2024 die Zuverdienstangebote deutlich im Bereich der Sozialen Teilhabe nach § 113 i. V. m. § 81 SGB IX verortet:

„7.3 Zuverdienst

Der Verwendung der Begrifflichkeit „Zuverdienst“ liegt keine gesetzliche Definition zugrunde. Im allgemeinen Verständnis handelt es sich dabei um Beschäftigungsangebote, die von Menschen mit Erwerbsminderung für wenige Stunden pro Woche wahrgenommen werden. Die Absicherung des Lebensunterhaltes steht dabei nicht im Vordergrund, da der Lebensunterhalt in der Regel durch Renten oder Grundsicherungsleistungen gesichert ist. Wesentliches Ziel der Hilfe „Zuverdienst“ ist, durch sinngebende Tätigkeit mit sozialen Kontakten den Leistungsberechtigten zu unterstützen und die Fähigkeit zu entwickeln, ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu führen. In den vorhandenen Zuverdienst-Modellen, die von den Trägern der Eingliederungshilfe anerkannt sind, nutzen häufig Menschen mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder mehrfachgeschädigte abhängigkeitskranke Menschen dieses Angebot. Eine Beschränkung auf diese Zielgruppe lässt sich aus dem Gesetz indes nicht herleiten. Eine Zuordnung zu den Leistungen zur Beschäftigung nach § 111 SGB IX ist schon wegen des dort aufgeführten abschließenden Leistungskatalogs nicht möglich. Die BAGüS lehnt eine gesetzliche Änderung des SGB IX und die Einführung eines Leistungstatbestandes der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben ab. Sie sieht aber die Möglichkeit, „Zuverdienst“ als Leistung der Sozialen Teilhabe nach §§ 113 ff. SGB IX zu realisieren. Die bestehenden Möglichkeiten werden mit dieser Orientierungshilfe näher beschrieben.

Was ist Zuverdienst?

Mit dem Begriff Zuverdienst werden Leistungsangebote beschrieben, deren Merkmal ein niederschwelliges tagesstrukturierendes Angebot für eine stundenweise arbeitsweltorientierte Tätigkeit ist. Die Tätigkeit dient nicht der Sicherung des Lebensunterhaltes. Sie unterliegt nicht dem Arbeitsrecht. Die Teilnahme ist flexibel und individuell. Behinderungsbedingte Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle werden akzeptiert. Die Tätigkeit im Zuverdienst im Rahmen der Eingliederungshilfe orientiert sich am Grundgedanken der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Dauer der Teilnahme liegt dabei bei maximal 15 Stunden pro Woche. Grundsätzlich ist die Teilnahme an der Maßnahme solange möglich, wie der Bedarf besteht. Leistungsrechtliche Einordnung im Rahmen der Eingliederungshilfe, Personenkreis, Abgrenzung zu anderen Leistungen Als Rechtsgrundlage für eine Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe kommt die Soziale Teilhabe nach § 113 SGB IX in Betracht. Damit ist Voraussetzung, dass es sich im Zuständigkeitsbereich der Träger der Eingliederungshilfe um wesentlich behinderte Menschen im Sinne des § 99 SGB IX handelt. Hierbei zeichnet sich der Personenkreis dadurch aus, dass er nicht nur voll erwerbsgemindert, sondern darüber hinaus wegen seiner Behinderung nicht in der Lage ist, einer Beschäftigung in einer WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter in dem dort geforderten Stundenumfang regelmäßig nachzugehen. Das kann insbesondere bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und daraus resultierenden Behinderungen aber auch bei Menschen mit einer geistigen Behinderung mit besonderen Verhaltensweisen der Fall sein. Insbesondere kommen Leistungen nach § 113 Abs. 2 Nummer 5 i. V. m. § 81 SGB IX in Betracht. Danach werden Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten erbracht, um Leistungsberechtigten die für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Dabei kann ein Ziel dieser Leistungen auch die Orientierung auf bzw. die Heranführung an die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein. Auch dann fallen diese Hilfen aber nicht in den abschließenden Leistungskatalog des § 111 SGB IX, sondern bleiben Leistungen der Sozialen Teilhabe.

Individueller Leistungsanspruch und Leistungsvereinbarungen oder Projektförderung

In der Vergangenheit sind Zuverdienstangebote an vielen Stellen entstanden. Auch heute noch werden sie fortge-

führt. Die einzelnen Konzepte sind zum Teil sehr unterschiedlich und können im Rahmen dieser Orientierungshilfe nicht bewertet werden. Möglich sind individuelle Leistungen nach entsprechender Bedarfsermittlung.

So ist etwa denkbar, dass sozial engagierte Unternehmen leistungsberechtigte Personen im Rahmen ihrer Tätigkeit einsetzen; die wirtschaftliche und organisatorische Abgrenzung ist dann erforderlich. Voraussetzung ist auch, dass keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen wird. Teilweise werden dazu Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach §§ 123 ff. SGB IX zur Erbringung von näher zu definierenden Leistungen des Zuverdienstes geschlossen.

Überwiegend finanziert werden bestehende Zuverdienstangebote durch eine pauschale Projektförderung. Die BAGüS teilt die Auffassung, dass eine solche Finanzierungsform rechtmäßig ist. Eine Problematik besteht allenfalls in der Zugangssteuerung. Einerseits wird insoweit vertreten, dass für den Personenkreis mit den beschriebenen Einschränkungen nur ein niederschwelliger, „behördenfreier“ Zugang in Betracht komme. Andererseits kann der Leistungsträger dann die ihm obliegende Pflichten nicht erfüllen. Er kann weder prüfen, ob eine Leistungsberechtigung tatsächlich vorliegt, noch kann er bei einer erfolgreichen Entwicklung für eine besser geeignete Leistung Sorge tragen. Es dürfte aber möglich sein, für diesen Widerspruch Lösungen zu finden. So ist etwa denkbar, nur die Zugehörigkeit zum Personenkreis zu prüfen und im Rahmen der Hilfeplanung einen Zeitraum oder ein Budget festzulegen, in dem die niederschwellige Hilfe ohne weitere Detailplanung gewährt wird.

Sozialhilferechtliche Behandlung von sogenannten Motivationsprämien

Bei dem hier betroffenen Personenkreis handelt es sich ganz überwiegend um Grundsicherungsberechtigte nach dem Vierten Kapitel SGB XII. Die sozialhilferechtliche Behandlung sog. Motivationsprämien, die von Zuverdienstangeboten an die Berechtigten zur Auszahlung gelangen, im Rahmen des Einkommenseinsatzes richtet sich nach den Weisungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), da Leistungen der Grundsicherung in Bundesauftragsverwaltung erbracht werden.“ (BAGüS-Orientierungshilfe zur Sozialen Teilhabe, 2024, Seite 21 ff)

Die sozialrechtliche Verortung der Zuverdienstangebote ist ein wichtiger Erprobungs-Gegenstand im Projekt BiSi. Aufgrund der Zielgruppe ist dabei davon auszugehen, dass BiSi auf dem Kontinuum zwischen erstem Arbeitsmarkt, geschütztem Arbeitsmarkt, tagestrukturierender Beschäftigung und Sozialer Teilhabe klar auf dem niedrigrschwelligeren Bereich des Spektrums angesiedelt ist.

Es wird im Projekt BiSi überwiegend um voll erwerbsgeminderte Personen gehen,

- bei denen die Zielsetzung eher den Leistungen zur Sozialen Teilhabe als den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen wird.
- Das Vertragsverhältnis wird eher ein Betreuungsvertrag als ein Arbeitsvertrag sein.
- Die wirtschaftliche Verwertbarkeit der Produkte und Dienstleistungen wird eher gering sein.
- Der Zuverdienst wird demnach eher eine Motivationsprämie als ein leistungsbezogenes Arbeitsentgelt sein.
- Die Anzahl der wöchentlichen Beschäftigungsstunden wird eher niedrig sein.

Gleichwohl werden auch in BiSi Verbesserungen von Leistungs- und Belastungsfähigkeit möglich sein. Daraus können sich für die Teilnehmenden unterschiedliche sozialrechtliche Anschlussperspektiven ergeben, die im Projekt beschrieben und genutzt werden sollen.

3.4 Zum Stand der Evaluation von Zuverdienstangeboten in Deutschland

Welche Erkenntnisse/Ergebnisse gibt es zu den Wirkungen, also zur Ergebnisqualität von Zuverdienstangeboten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen? Damit ist das Thema Evidenzbasierung angesprochen, dass in den letzten Jahren auch bezüglich der psychiatrischen Versorgung immer mehr Beachtung findet.

Die S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ ist 2019 in zweiter Auflage erschienen (AWMF/DGPPN 2019, zzt. in Überarbeitung). Diese Leitlinie wurde in einem mehrjährigen Prozess unter Beteiligung von mehr als 40 Fachverbänden und

-gesellschaften, Berufsverbänden, Arbeitsgruppen und -gemeinschaften in Verantwortung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und unter Federführung von Instituten der Universitäten Leipzig und Ulm erstellt. Unter den Verbänden waren auch Interessenvertretungen von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen sowie der Verbände der Anbieter im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Die Leitlinie stellt damit den aktuellen Stand der internationalen Forschung zur Wirksamkeit von psychosozialen Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen umfassend dar und leitet daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgung ab, wobei Personen- und System-bezogene Interventionen unterschieden werden.

„Zuverdienst“ wird zwar in der Beschreibung der „Matrix des Versorgungssystems“ in Teil IV, Abschnitt 16.2 „Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“, kurz beschrieben, in dem entsprechenden Evidenzkapitel III, 10.4 „Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Arbeit“ taucht er aber nicht auf. Dies bedeutet, dass zur Wirksamkeit von Zuverdienstangeboten keine belastbare empirische Evidenz auf der Basis von kontrollierten Studien vorliegt.

Die Evaluation von Zuverdienstangeboten steht in Deutschland in der Tat ganz am Anfang, entsprechende Ansätze sind spärlich und wenig aussagekräftig. Dabei überrascht es nicht, dass die wenigen Studien aus Bundesländern und Regionen mit einem heute breiten Angebot an Zuverdienst kommen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse entsprechender Untersuchungen zusammengefasst.

- Aus Berlin liegt eine Auswertung der Sachberichte aus 2016 von 25 Zuverdienstangebern vor, die ausschließlich Strukturdaten enthält (FOGS 2017). Aussagen zu den Wirkungen der Angebote waren nicht intendiert. Da in Berlin die längsten Erfahrungen mit Zuverdienstangeboten bundesweit vorliegen, sollen die wichtigsten Strukturmerkmale hier referiert werden.

Es gibt zwischen ein und vier Anbietern je Bezirk, die ihr Angebot alle in eigenen Räumlichkeiten machen. Dies lässt darauf schließen, dass allenfalls ein kleiner Teil der Plätze inklusiv angesiedelt ist. Von 23 Angeboten, die entsprechende Angaben machten, wurden 636 Plätze vorgehalten,

das entspricht 27 Plätzen je Anbieter. Die Zahl der Neuzugänge betrug 675, dies lässt auf eine durchschnittliche Verweildauer von weniger als ein Jahr schließen. In den 25 Diensten waren insgesamt 72 Vollzeitäquivalente mit Angehörigen sehr unterschiedlicher Berufsgruppen besetzt. Das entspricht 2,9 je Angebot. Außerdem waren im Schnitt je eine Honorar- oder Zusatzkraft je Angebot beschäftigt. Die häufigsten Berufsgruppen unter den Festangestellten waren Anleiter mit unterschiedlicher Fachausbildung, Sozialarbeiter:innen bzw. Sozialpädagog:innen sowie Therapeut:innen, überwiegend mit einer Ergotherapie-Ausbildung. In der Altersverteilung war die stärkste Gruppe mit 34 % die der 50- bis 65-Jährigen, nur 2,5 % waren älter als 65.

Stand 01/2019 gab es in den 12 Berliner Bezirken 84 verschiedene Angebote an ganz überwiegend unterschiedlichen Standorten, wobei viele Anbieter mehrere Angebote vorhalten. Die Anzahl der Angebote variiert zwischen 3 und 13 je Bezirk. Dies entspricht im Schnitt ca. einem Angebot je 40.000 Einwohner (Pinel, 2019).

- Aus Sachsen liegt eine Studie aus dem Jahr 2012 vor, die auch Wirkungsaspekte einbezieht (FOGS 2012). Untersucht wurden 13 vom Land geförderte Zuverdienstfirmen, also nicht inklusive Beschäftigungsplätze. Dort waren in 2011 291 Mitarbeitende tätig, zwischen sechs und 47 und im Schnitt 22 je Angebot. Die Mitarbeitenden erhielten in der Mehrzahl 2,50 Euro pro Stunde. Fast 80 % der Mitarbeitenden waren seit mehr als 10 Jahren erwerbslos oder hatte noch nie gearbeitet, 24 % hatten keine oder eine Helferrinnen-Ausbildung. Etwa ein Drittel waren suchtkrank und zwei Drittel psychisch krank.

Bezüglich der Wirkungen der Angebote gibt es folgende Hinweise: Von 252 in 2010 Beschäftigten wechselten 14 % im selben Jahr in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (überwiegend Teil- oder Vollzeit). Im Jahr 2011 waren es 18 % (überwiegend Minijobs). In 2012 wurde eine Fragebogen-Befragung von Mitarbeitenden der Zuverdienstfirmen durchgeführt, an der 142 Personen teilnahmen, 23 % davon nahmen betreute Wohnangebote in Anspruch. 81 % der Befragten gaben an, dass sich ihre persönliche Situation durch die Tätigkeit in der Zuverdienstfirma verbessert habe, für 19 % war sie etwa gleichgeblieben. Auch die Befragten einer Fokusgruppe beschrieben durchweg positive Effekte auf ihre persönliche Situation.

Dabei waren die berichteten positiven Wirkungen sehr vielfältig (ebenda, S. 42). 63 % der Mitarbeitenden waren insgesamt sehr und weitere 36 % eher zufrieden mit der Zuverdienstfirma. Besonders wichtig (mit Werten von 97 % bis 100 % für „sehr wichtig“ plus „eher wichtig“) waren für die Mitarbeitenden: regelmäßig arbeiten zu können, etwas dazu verdienen zu können, gebraucht zu werden. Die Autoren resümieren: „Die Ergebnisse der Studie liefern zahlreiche Hinweise, dass die Beschäftigung im Zuverdienst den Erfordernissen und auch den Wünschen der großen Mehrzahl der MitarbeiterInnen entspricht“ (ebenda, S. 55)

- Im Rheinland wurde vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) zwischen 2010 und 2013 (mit Verlängerung bis 2018) das Modellprojekt „Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst für Menschen mit Behinderungen“ mittels eines Methoden-Mix‘ evaluiert (FOGS 2016). Die Zuverdienstangebote dort erfolgen im Rahmen geringfügiger Beschäftigungen („Minijob“) und setzen neben einer wesentlichen Behinderung die volle Erwerbsminderung voraus. Die Evaluation bezieht sich auf 147 Personen, davon waren 91 % psychisch krank oder suchtkrank, 22 % waren aus einem anderen Leistungstyp in den Zuverdienst gewechselt (LT 22 bis 25) und 23 % verfügten über einen Schwerbehindertenausweis. Die Mitarbeitenden waren mehrheitlich zwischen 8 und 12 Stunden pro Woche im Zuverdienst tätig. Mit 49 Mitarbeitenden im Alter zwischen 24 und 61 Jahren wurden persönliche, leitfadengestützte Interviews geführt, davon nahmen 71 % auch Angebote der Wohnbetreuung in Anspruch.

Als besondere Stärke der Angebote werteten die Interviewten die Beratung und Unterstützung durch die Fachkräfte. Bezüglich der Wirkungen der Tätigkeit im Zuverdienst wurden von der Mehrzahl der Befragten folgende Aspekte genannt: einen regelmäßigen Tagesablauf bzw. eine Tagesstruktur erleben; „Regelmäßigkeit und Gleichmäßigkeit einüben“; Stärkung des Selbstwertgefühls; Bestätigung durch „Arbeitsergebnisse“, „Erfolge haben“; Verantwortung übernehmen; Absprachen treffen und einhalten („Teamarbeit“); Kontakte zu anderen Menschen aufbauen und „pflegen“ (ebenda, S. 21). Nach ihren Wünschen befragt betonten viele Befragte, gerne weiter im Zuverdienst arbeiten zu wollen. Für einige wurde durch die Tätigkeit aber auch die berufliche Perspektive neu thematisiert (ebenda, S. 22).

Im Modellprojekt wurden auch 32 Arbeitgeber:innen telefonisch und im Rahmen von Workshops befragt. Dabei handelte es sich vorwiegend um Träger von psychosozialen Diensten und Einrichtungen, nur vier davon hatten vor dem Modell noch keine Menschen mit Behinderungen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die Arbeitgeber:innen müssen eine Begleitung durch berufserfahrene Fachkräfte aus einschlägigen sozialen Berufsgruppen „insbesondere aber eine fachpraktische Anleitung“ sicherstellen. Die Ergebnisse der telefonischen Befragung der Arbeitgeber:innen werden so zusammengefasst: Die Probleme, die bei der Umsetzung von Beschäftigungsmöglichkeiten im Zuverdienst auftreten können, seien von einigen Arbeitgeber:innenn unterschätzt worden. „Die Suche nach geeigneten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern gestaltetet sich insbesondere für kleinere Einrichtungen und Dienste schwierig, da sie nicht über die Möglichkeit verfügen, geeignete Kandidatinnen/Kandidaten aus dem eigenen System‘ zu gewinnen. Zudem erfordert die Implementierung von Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst deutlich mehr Zeit als einige Arbeitgeber:innen ursprünglich eingeplant hatten“ (ebenda, S. 19). Als ein zentrales Ergebnis der Nachbefragung wurde festgehalten, dass die Angaben zu den behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfen, die die Mitarbeitenden benötigten, die Notwendigkeit sowohl arbeitsbegleitender und fachpraktischer Anleitung als auch psychosozialer Begleitung verdeutlichten (ebenda, S. 28 f). Fast alle Arbeitgeber:innen unterstrichen, dass die finanzielle Förderung während der Modellphase eine „sehr große Bedeutung“ hatte bzw. eine grundsätzliche Voraussetzung darstelle: „Ohne Modellmittel gäbe es bei uns keine Beschäftigungsmöglichkeiten im Zuverdienst“ (ebenda, S. 31).

Schließlich regten die Arbeitgeber:innen an: „Für die Idee, Menschen mit einer Behinderung im Zuverdienst zu beschäftigen, sollten verstärkt auch Arbeitgeber:innen bzw. Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes gewonnen werden“ (ebenda, S. 32). Dabei sollte die psychosoziale Unterstützung durch Fachkräfte von psychosozialen Diensten und Einrichtungen übernommen werden.

Das Zuverdienstangebot des LVR wurde nach Beendigung des Modellprojekts weitergeführt. Die aktuelle Broschüre des LVR „Zuverdienst / Budget für geringfügige Beschäftigung für Menschen mit Behinderung (Stand April 2025)“ weist über 160 Arbeitgeber:innen mit jeweils 0 bis 18 Beschäftigungsplätzen aus.

Dazu in die Literaturliste:

LVR, Landschaftsverband Rheinland, 2025, Broschüre: Zuverdienst / Budget für geringfügige Beschäftigung für Menschen mit Behinderung (Stand April 2025). Aktuell gibt es im Rheinland mehr als 400 Zuverdienst-Plätze.

- In Bremen wurde von 2011 bis 2013 ein Zuverdienst-Modellprojekt auf der Grundlage von § 53 SGB XII durchgeführt, an dem 32 Personen teilnahmen (Scheer 2013). Für die Evaluation wurde ein Ziel- und Kennzahlen-bezogener Ansatz gewählt. Dabei wurden entsprechende Kennzahlen für vier Ziele definiert und erhoben:

1. Eigenständige Lebensführung/Reduzierung oder Wegfall anderer Eingliederungshilfe-Leistungen. Hier zeigte sich, dass bei einer Person das ABW entfallen und bei 10 vermieden werden konnte. Entsprechende Einsparungseffekte wurden kalkuliert. Bei vier Personen konnte darüber hinaus im Projektzeitraum die gesetzliche Betreuung entfallen.

2. Gesundheitliche und soziale Stabilisierung: Dies wurde über (entschuldigte und unentschuldigte) Abwesenheitszeiten operationalisiert. Diese zeigten während der Projektlaufzeit einen deutlichen Abwärtstrend um durchschnittlich 9 Tage.

3. Verbesserung und Qualifizierung der Arbeitsleistung: Es zeigte sich eine sukzessive Zunahme der durchschnittlichen monatlichen Arbeitszeit von ca. 29 auf knapp 36 Stunden. Während die entschuldigte Abwesenheit um gut 8 Tage abnahm, stieg die unentschuldigte Abwesenheit um 10 Tage an.

4. Entwicklung und Umsetzung von beruflichen Perspektiven/berufliche Integration und Inklusion: Hierzu wurde auf den Kontakt mit Kund:innen sowie Besucher:innen von Veranstaltungen des betriebenen Cafés verwiesen.

Scheer (2017) hat den Kennzahlen-bezogenen Ansatz der Evaluation über den Modellzeitraum hinaus fortgeführt und verfeinert. Im Land Bremen gibt es inzwischen 10 Zuverdienst-Projekte.

Die beschriebenen Ansätze zur Evaluation von Strukturen und Wirkungen von Zuverdienst-Projekten verdeutlichen, dass verschiedene quantitative und qualitative Zugänge angewandt wurden. Es gibt bisher aber keinen Evaluationsstandard mit validierten Instrumenten und definierten

Ergebniskriterien. Insbesondere fehlen kontrollierte Studien mit Vergleichsgruppen. Insbesondere der Kennzahlen-basierte Ansatz aus der Bremer Evaluation erscheint vielversprechend, sollte aber um Instrumente und Methoden der psychiatrischen Versorgungsforschung erweitert werden.

3.5 Arbeitsrehabilitation auf dem Weg zur „Unterstützten Inklusion“

Mehr als 70 % aller Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die Assistenzleistungen nach dem SGB IX erhalten, wohnen heute in der eigenen (Miet-) Wohnung im Quartier und nicht in institutionellen Settings (BAGÜS 2020). Damit ist in den letzten drei Jahrzehnten ein großer Schritt zu mehr Inklusion getan worden. Im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist die Situation deutlich schlechter, denn die unter 3.1 genannten Untersuchungen legen nahe, dass insgesamt nur rund die Hälfte der Betroffenen überhaupt einer regelmäßigen Beschäftigung nachgeht, die meisten davon in besonderen Einrichtungen, und nur ein sehr kleiner Teil davon inklusiv beschäftigt ist.

International werden heute zwei Ansätze oder Prinzipien der Arbeitsrehabilitation unterschieden: **Das (vorbereitende) Arbeitstraining (Pre-vocational Training, PVT) und die unterstützte Beschäftigung (Supported Employment, SE).**

Das PVT erfolgt mit dem Ziel einer (Wieder-)Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nach dem Prinzip der Stufenleiter durch berufsvorbereitende Maßnahmen wie Ergo- und Arbeitstherapie, Bewerbungstraining, Übergangsweise Beschäftigung in geschützten Milieus (z. B. WfBM) etc. Erst im Anschluss erfolgt der Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Das Prinzip ist also: erst trainieren, dann platzieren.

Beim SE wird das Prinzip der Stufenleiter verlassen und das Vorgehen ist umgekehrt – erst platzieren, dann trainieren. Die Betroffenen werden – ein Mindestmaß an Motivation und psychische Stabilität vorausgesetzt – ohne (längere) Vorbereitungszeit auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Job Coaches professionell unterstützt. Die Unterstützung kann auch den Arbeitgeber:innen einschließen und ist nicht von vornherein befristet. Die am besten untersuchte und manualisierte Form des SE ist das Individual Placement and Support (IPS).

Es gibt auch Mischformen beider Ansätze. Von Modellprojekten abgesehen erfolgt die berufliche Rehabilitation in Deutschland bisher jedoch fast ausschließlich in Form des PVT.

Auch psychiatrische Rehabilitationsangebote sollten sich so weit möglich an der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz ausrichten. Im Falle von Leistungen der Wohnunterstützung ist die Evidenzlage auch international eher spärlich und es gibt kaum kontrollierte Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Ganz anders im Bereich der Arbeitsrehabilitation, hier gibt es international eine Fülle kontrollierter Studien und darauf aufbauende Reviews und Meta-Analysen. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019) hat auch die aktuelle Evidenz bezüglich arbeitsrehabitativer Methoden differenziert aufgearbeitet und in Empfehlungen für die Rehabilitationspraxis umgesetzt (vergl. Kapitel 16.2, S. 157-193). Die wichtigsten Ergebnisse:

- Kein anderer Ansatz von Arbeitsrehabilitation ist so intensiv evaluiert wie SE/IPS und erbrachte so konsistent positive Befunde im Hinblick auf die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Unter IPS sind die Beschäftigungsraten mindestens doppelt so hoch wie nach PTV. Dies gilt nicht nur für ausgewählte Patientengruppen und scheint sowohl von der Region als auch von der regionalen Arbeitslosenrate unabhängig. Es liegen außerdem Studien vor, die die überlegene Wirksamkeit von IPS über längere Zeit nachweisen, darunter eine Studie aus der Schweiz mit einem Follow-Up-Zeitraum von 5 Jahren (Hoffmann et al. 2014). In der Routineversorgung zeigen sich ähnlich gute Ergebnisse wie in Forschungsprojekten (Richter & Hoffmann 2018).
- Bei der überzeugenden Evidenz für SE ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein beträchtlicher Teil der SE-Teilnehmer trotz dieser Intervention nicht in eine Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt gelangt. Dieser Anteil ist zwischen 38 und 53 Prozent anzusiedeln (vergl. S3-LL, S. 185).
- Weiterentwicklungen von SE-Programmen beziehen deshalb zunehmend auch Elemente wie kognitives Training oder das Training arbeitsbezogener Grundfertigkeiten ein, z. T. mit besseren Ergebnissen als bei SE allein.
- Für die verschiedenen PVT-Programme liegen dagegen international keine soliden Wirksamkeitsnachweise aus kontrollierten Studien vor.

Auf dieser Basis lauten die zentralen Empfehlungen der S3-LL zur Arbeitsrehabilitation:

Empfehlung 18 (NEU) Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: I a Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017).

Empfehlung 19 (NEU) Für schwer psychisch kranke Menschen sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren – dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: II a–III Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017).

Nur Empfehlung 18 beruht auf Ergebnissen auf höchster Evidenzebene, d. h. es liegen Ergebnisse einer hinreichenden Zahl von methodisch hochwertigen Studien vor. Dementsprechend hat sie den höchsten Empfehlungsgrad. Bei Empfehlung 19 ist die Evidenzlage deutlich weniger klar und der Empfehlungsgrad somit schwächer.

SE sollte deshalb heute zum Standard der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland gehören (Steinhart & Wienberg 2017, Wienberg & Steinhart 2020).

Trotz der eindeutigen Evidenzlage und dem hohen Maß an Konsens in der Leitlinien-Kommission gibt es ein SE-kritisches Sondervotum vonseiten dreier deutscher Verbände (Berufliche Trainingszentren, WfBM, Berufsförderungswerke), die etablierte Anbieter von PVT-Leistungen vertreten. Auch in Fachzeitschriften wird die Diskussion anhaltend

kontrovers geführt (vergl. Hoffmann 2014 sowie Bangen & Gobes 2014, Becker & Stengler 2016 sowie Kilian 2016). Es ist also gegenwärtig nicht absehbar ob, in welchem Maße und in welchem Tempo sich in Deutschland ein Paradigma-Wechsel in der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen hin zur „Unterstützten Inklusion“ (Richter et al. 2016) vollziehen wird.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass der SE/IPS-Ansatz auf die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt abzielt und nur diesbezüglich evaluiert ist. In die entsprechenden Studien wurden Proband:innen einbezogen, die einen entsprechenden Arbeitsplatz anstrebten, entsprechend motiviert waren und die nicht bereits seit Jahren aus allen Arbeits- und Beschäftigungsbezügen herausgefallen waren oder nie solche hatten. Allerdings werden entsprechende Selektionskriterien in den Veröffentlichungen nicht immer transparent gemacht. In der Schweizer Langzeit-Studie von Hoffmann et al. (2014) werden jedoch als Ausschlusskriterien benannt: weniger als 15 Stunden/Woche Teilnahme und weniger als 50 % Arbeitsleistung während einer Assessment-Phase vor Aufnahme in die Studie. Es ist also davon auszugehen, dass sich die Zielgruppe von BiSi (siehe 2.) und die von gängigen SE-Programmen nur in geringem Maße überschneiden.

Dennoch sollten die Ergebnisse der SE-Forschung im Hinblick auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die keine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben, nicht ignoriert werden. „Erst platzieren, dann trainieren“ könnte auch ein geeignetes Paradigma für Projekte sein, die nicht auf sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abzielen. Darüber hinaus sollte es vor dem Hintergrund von UN-BRK und BTHG für diese Zielgruppe nicht um die Schaffung einer (weiteren) Sonderwelt, sondern um inklusive Beschäftigungsangebote im Sozialraum gehen.

3.6 Fazit: Die Versorgungslücke ist eklatant – Anforderungen an Beschäftigungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Projekt BiSi

Um es deutlich zu sagen: Die vorhandenen Leistungstypen der Eingliederungshilfe für niedrigschwellige Beschäftigung

- Tagesstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen (LT 22)
- Einrichtungsinterne Tagesstrukturierende Maßnahmen (LT 23)
- Einrichtungsinterne Tagesstrukturierende Maßnahme in eigenständigen Organisationseinheiten (LT 24)

erreichen die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeits-erkrankungen zahlenmäßig nur in sehr geringem Umfang.

Die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (LT 25) hingegen bieten Teilhabe an Arbeit in der Regel in einem Umfang von über 15 Stunden/Woche. Sie schließen damit per Definition einen großen Teil der Zielgruppe des Projektes BiSi aus.

Etwa jeder zweite Mensch mit einer schweren psychischen Erkrankung, der im „Ambulant Betreuten Wohnen“ unterstützt wird und damit Leistungen zur Sozialen Teilhabe gem. § 113 SGB IX außerhalb von besonderen Wohnformen erhält, ist ohne jegliche tagesstrukturierende Beschäftigung und lebt von der sozialen Grundsicherung oder von Erwerbsminderungsrente. Damit sind die Chancen dieser Menschen auf „volle und wirksame Teilhabe“ (UN-BRK) erheblich eingeschränkt.

In Bielefeld betrifft dies mindestens 1.000 Personen. Hochgerechnet auf NRW mit 53 Kommunen, wären mindestens 30.000 Menschen ohne Beschäftigung. Das eklatant unter dem Bedarfsniveau liegende Beschäftigungsangebot führt zu sozialem Rückzug, Einsamkeit und Stigmatisierung der betroffenen Menschen.

Mit dem Projekt BiSi soll die von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte Selbstbestimmung und bestmögliche Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen am gesellschaftlichen Leben insbesondere im Bereich der niedrigschwelligen Beschäftigung erprobt werden. Dies gelingt mit den bisherigen Unterstützungsangeboten nur äußerst unzureichend. Die bestehenden Angebote sind überwiegend nicht inklusiv im Sinne der UN-BRK und stellen zu hohe Anforderungen an einen großen Teil der Zielgruppe. Im Effekt erreichen die bestehenden Angebote und Maßnahmen ca. 50% der Zielgruppe nicht.

4. DIE VORBEREITUNG DES PROJEKTES BISI DURCH DEN GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERBUND BIELEFELD

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes und der neuen Landesrahmenverträge in NRW ergeben sich neue Perspektiven und Notwendigkeiten für die weitere Entwicklung der Angebote. Insbesondere sind die bisher in NRW bestehende „Leistungstypen“ zur Beschäftigung und Tagesgestaltung auf der Grundlage der neuen Gesetzgebung weiterzuentwickeln.

Die Entwicklung bedarfsgerechter, niedrigschwelliger und inklusiver Beschäftigungsangebote ist im Rahmen der Umstellung des BTHG zwingend erforderlich. Die Realisierung sollte im Bereich der Sozialen Teilhabe erfolgen. Die Zielsetzung ist u.a. im Landespsychiatrieplan NRW zu verankern. Das Projekt leistet wesentliche Beiträge hierzu, indem die praktische Umsetzung inklusiver Beschäftigungsmöglichkeiten erprobt, deren Auswirkungen evaluiert und Möglichkeiten der sozialrechtlichen Zuordnung aufgezeigt werden. Somit wird eine nachhaltige Verbesserung der sozialen Teilhabe im Bereich der Beschäftigung für die Zielgruppe ermöglicht.

Als Fazit der bisherigen Überlegungen können vorläufig folgende Anforderungen an Beschäftigungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unterhalb der Schwelle der WfbM formuliert werden:

- Der Zugang ist niedrigschwellig und „unbürokratisch“.
- Es gibt keine Mindestanforderungen an Arbeitszeit und -leistung.
- Die Teilnehmenden haben Wahlmöglichkeiten bezüglich Art und Umfang der Beschäftigung.
- Die entsprechenden Angebote sind inklusiv im Sozialraum verortet.
- Es erfolgt kein regelhaft vorausgehendes Arbeitstraining, etwaige Bedarfe werden individuell und auf die jeweilige Beschäftigung bezogen erhoben und begleitend angeboten.
- Beschäftigte und Anbieter von Beschäftigung werden bei Bedarf begleitend professionell unterstützt.
- Die Beschäftigung eröffnet die Möglichkeit zu einem anrechnungsfreien Zuverdienst.
- Die Hinführung zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der WfbM oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist kein vorrangiges Ziel, aber nicht ausgeschlossen.
- Die Tätigkeit ist für die Beschäftigten mit einem geringen Risiko der Selbst- und Fremd-Stigmatisierung verbunden.

Die Zuverdienst-Arbeitsplätze können angesiedelt sein in gewerblichen, gemeinnützigen und privaten Kontexten aber auch bei kommunalen und staatlichen Stellen. Sie müssen psychiatriefern lokalisiert sein, d. h. die Beschäftigung in Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie gilt als nicht inklusiv. Die Anbieter von Zuverdienstplätzen erhalten eine Vergütung für den Einarbeitungs- und fortlaufenden Anleitungsaufwand.

Die Schaffung entsprechender Angebote ist aktuell eine wichtige und dringende Aufgabe der psychiatrischen Rehabilitation. Da es bisher keine geeignete bzw. erprobte Rechtsgrundlage für Angebote dieser Art gibt, ist neben der exemplarischen Entwicklung und praktischen Erprobung auch deren sozialrechtliche Einordnung ein dringendes Desiderat.

4.1. Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bielefeld

Die Vorüberlegungen für das Projekt BiSi - Beschäftigung im Sozialraum inklusiv sind entstanden im Gemeindepsychiatrischen Verbund Bielefeld (GPV Bielefeld). Die Vorüberlegungen basieren damit auf der langjährigen Erfahrung der im GPV Bielefeld kooperierenden Anbieter in der Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Bielefeld. Dessen Entwicklung soll hier kurz skizziert werden:

Der GPV Bielefeld wurde im Jahr 1998 als Zusammenschluss gemeinnütziger Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung in Bielefeld gegründet. Gründungsmitglieder waren die Vereine Lebensräume e.V., Die Grille e.V., Trockendock e.V. und die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Die beteiligten Träger folgten damit der Empfehlung des Psychiatriebeirates der Stadt Bielefeld und der sich daran anschließenden Beschlussfassung des Sozial- und Gesundheitsausschusses der Stadt Bielefeld aus dem Jahr 1996. Ausgangspunkt waren zunächst der Aufbau des ambulant betreuten Wohnens, der Tagesstätten für psychisch Kranke und der Treffpunkte für psychisch Kranke und suchtkranke Menschen in Bielefeld. Langfristiges Ziel war aber gleichwohl, zu einer bedarfsgerechten und personenbezogenen Versorgung psychisch kranker und abhängigkeitskranker Bürger:innen in der Stadt Bielefeld beizutragen. Hiermit verbunden war und ist eine kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung des bestehenden Hilfesystems und die Bereitschaft zur Entwicklung neuer sowie die Fortentwicklung bestehender Angebote, Einrichtungen und Dienste.

Unter dieser Zielsetzung sind nach und nach weitere Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung dem GPV Bielefeld beigetreten. Beim Start des Projektes BiSi sind im GPV Bielefeld folgende Träger vernetzt:

- Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Bielefeld e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz, soziale Dienste OWL gGmbH
- Die Grille e.V.
- Evangelisches Klinikum Bethel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
- Flex Eingliederungshilfe gGmbH
- Gesellschaft für Sozialarbeit Bielefeld e.V., Abteilung Lebensräume
- Johanniter Unfall Hilfe e.V.
- Stiftung Bethel, Stiftungsbereich Bethel.regional

- Stiftung Bethel, Stiftungsbereich proWerk
- Trockendock - Hilfe für alleinstehende wohnungslose Mitbürger e.V.

Zum Angebotsspektrum der genannten Träger gehören:

- Betreute Wohnformen in der eigenen Häuslichkeit
- Betreute Wohnformen in besonderen Einrichtungen
- Tagesstätten für psychisch Kranke
- Kontaktstellen
- Stationäre und teilstationäre Klinikbehandlung
- Ambulante psychiatrische Pflege
- Ambulante Ergotherapie
- Arbeitsprojekte
- Arbeit und Qualifizierung
- Berufliche Bildung
- Arbeitsplätze in WfbM

4.2. Ausbau der ambulanten Versorgung in Bielefeld

Auf der Grundlage der oben genannten Zielsetzungen hat der gemeindepsychiatrische Verbund die Entwicklung der Gemeindepsychiatrischen Versorgung in Bielefeld und dabei insbesondere den Ausbau der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung maßgeblich vorangetrieben. Zu einzelnen Entwicklungsschritten gehörten seit der Gründung die folgenden zum Teil temporären Aufgaben und Projekte:

- Aufbau und bedarfsgerechter Ausbau des ambulant betreuten Wohnens in Bielefeld
- Entwicklung von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zum ambulant betreuten Wohnen mit der Stadt Bielefeld
- Ausbau und Vernetzung der Kontaktstellenangebote
- Abgestimmter Aufbau von Tagesstätten für psychisch Kranke
- Einführung einer gemeinsamen individuellen Behandlung und Rehabilitationsplanung auf der Grundlage des IBRP Bielefeld
- Abstimmung eines bedarfsgerechten, Sektorbezogenen Aufbaus von Betreuungsangeboten in den Sektoren Ost, West und Süd
- Bereitstellung von Sektorkoordinator:innen zur Klärung des Hilfebedarfs von Menschen mit besonderen Vermittlungshemmnissen
- Beteiligung am Projekt „Implementation personenzentrierter Hilfen zur Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen an Arbeit und

Beschäftigung“ (TAB-Projekt) der Aktion psychisch Kranke e.V.

- Mehrjährig: Mitgliedschaft und Mitarbeit in der Bundesarbeitsgemeinschaft der gemeindepsychiatrischen Verbände (BAG GPV)
- Planung und Durchführung des Qualitätszirkels Hilfeplanung auf der Grundlage des Kooperationsvertrages zwischen dem Landschaftsverbands Westfalen-Lippe und der Stadt Bielefeld im Sinne des Landesrahmenvertrages NRW
- Mitarbeit in der funktionalen Hilfeplankonferenz (HPK) in Bielefeld
- Erstellung des GPV-Konzeptes Zum Umgang mit Straffälligkeit und Forensik in der gemeindepsychiatrischen Arbeit
- Planung und Durchführung gemeinsamer GPV-Fortbildungsangebote
- Erstellung von GPV-Jahresberichten und GPV-Jahresstatistiken
- Durchführung umfassender GPV-Erhebungen zur Arbeit und Beschäftigungssituation der Klient:innen im ambulant betreuten Wohnen
- Mitarbeit in allen relevanten psychosozialen und sozialpsychiatrischen Gremien in Bielefeld (Psychiatriebeirat, Regionalplanungskonferenzen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Arbeitsgemeinschaft Suchthilfe etc.)

Damit trägt der GPV Bielefeld seit 1998 kontinuierlich zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der psychiatrischen Versorgung und im Hilfefeld der Teilhabeleistungen und der Eingliederungshilfe bei.

4.3. Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ (TAB Projekt) und die Folgen

Schon in der Gründungsphase des GPV Bielefeld war die mangelhafte Beschäftigungssituation der stetig wachsenden Zahl der Klient:innen des Ambulant Betreuten Wohnens bekannt und deshalb Gegenstand vertiefender Gespräche und Analysen. Als die Aktion Psychisch Kranke e.V. im Jahr 2003 einen bundesweiten Aufruf zur Teilnahme am Projekt „TAB – Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke“ startete, beteiligte sich der GPV Bielefeld daran. Das TAB-Projekt fällt in die Zeit der Umsetzung der „Agenda 2010“ der damaligen Bundesregierung mit seinen umfassenden Sozial- und Arbeitsrechtlichen Refor-

men in Deutschland. Ein Blick in diese Zeit ist auch vor dem Hintergrund der aktuellen, noch andauernden sozialrechtlichen Umsetzungsphase des Bundesteilhabegesetzes interessant. Bezüglich der Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen an Arbeit und Beschäftigung erscheinen die Gesetze zwar geändert, die Problemlagen jedoch erstaunlich ähnlich.

In der Laufzeit des TAB-Projektes vom 01.01.2004 bis 31.12.2007 wurden in Bielefeld einige wesentliche strukturelle Maßnahmen umgesetzt und Angebote entwickelt. Ein ausführlicher Projektbericht wurde von der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Bonn unter dem Titel TAB - Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (01.01.2004 bis 31.12.2007) im Jahr 2009 vorgelegt. Aus den Beschreibungen wird die Bedeutung der strukturellen Voraussetzungen und der Zusammenarbeit auf der kommunalen Ebene in Bielefeld deutlich, die letztlich auch eine Grundlage auch für die spätere Entwicklung des Projektes BiSi darstellen. Sie werden mit diesem Blickwinkel hier genauer dargestellt:

Überarbeitung der Hilfeplanungs-Strukturen: Mit der Bildung der „Funktionalen Hilfeplankonferenz“ und der „Plattform Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung“ wurden langjährige Formen der Kooperation gebildet.

„Mit dem TAB-Projekt und nach intensiver Vorbereitung durch die Projektgruppe war in Bielefeld eine komplette Überarbeitung der Hilfeplanungs-Strukturen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung verbunden. In Zusammenarbeit mit den Kostenträgern wurde eine „Funktionale Hilfeplankonferenz“ eingerichtet. In dieser HPK werden Entscheidungen über Eingliederungshilfe in der Regel unmittelbar getroffen. Der Bereich beruflicher Teilhabe ist integraler Bestandteil. Auch Hilfeleistungen beruflicher Teilhabe für vollständig erwerbsgeminderte Menschen im kommunalen SGB XII-Bezug sind ebenso einbezogen wie Leistungen über persönliche Budgets.

Neben der TAB-Projektgruppe wurde eine „Plattform Sozialpsychiatrie Bielefeld“ eingerichtet, in der die Ent-

scheidungsträger Mitglied waren, informiert wurden und anstehende Steuerungsentscheidungen getroffen werden konnten. Projektgruppe und Plattform wurden nach dem TAB-Projekt dauerhaft in das Gremium „Plattform Arbeit und Beschäftigung“ überführt.

Neben der Einrichtung einer Hilfeplanung mit dem integralen Bestandteil „Arbeit und Beschäftigung“ war das Schließen von Angebots-Lücken und der Aus- und Umbau bestehender Angebote ein wichtiges Thema im TAB-Projekt. Auf diesem Hintergrund wurden die neuen Angebote entwickelt.“ (AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Bonn, 2009, S. 101)

Von der Struktur zum Einzelfall:

Einführung eines Fallmanagements für als erwerbsunfähig eingestufte Sozialhilfe-Empfänger*innen in Bielefeld.

„In der TAB-Projektregion Bielefeld hat die Sozialverwaltung ein beispielhaftes Fallmanagement für als erwerbsunfähig eingestufte Sozialhilfe-Empfänger:innen eingerichtet. Während diese Gruppe in anderen Städten meist keine arbeitsbezogene Unterstützung vom Sozialamt erhält, hat Bielefeld für diese Menschen ein ganz individuelles Angebot entwickelt. Einzelne Menschen wurden sogar schon auf »normale« Arbeitsplätze vermittelt.

Im Rahmen des TAB-Projektes hat sich die Sozialverwaltung der Stadt ausgiebig an der Neustrukturierung der Hilfeplanung beteiligt und den Vorsitz der Hilfeplankonferenz übernommen.

Seit Sommer 2005 arbeitet die HPK. In den Diskussionen der Projektgruppe und der HPK wurde deutlich, dass zwar mit der Einrichtung des SGB II und der ARGE für viele als erwerbsfähig eingestufte Menschen neue Angebote entwickelt wurden. Ebenso fiel aber auf, dass die Verlierer der Reform diejenigen sind, die nicht als »erwerbsfähig« eingestuft werden. Sehr viele von diesen Menschen sind psychisch krank und beziehen ihren Lebensunterhalt vom kommunalen Sozialamt.

Aus dieser Wahrnehmung heraus entstand der Plan, für die Gruppe derjenigen als vollständig erwerbsgemindert angesehenen Menschen, für die das Thema „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ möglicherweise

noch relevant sein könnte, ein spezielles Hilfsangebot nach dem Vorbild des Fallmanagements in der ARGE einzurichten.

Konzept zur Beratung, Unterstützung und Aktivierung

Nach Erarbeitung einer entsprechenden Verwaltungs-Vorlage hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss der Stadt Bielefeld am 13.04.2005 ein Konzept zur Beratung, Unterstützung und Aktivierung von Leistungsberechtigten nach dem § 11 SGB XII beschlossen.

Beratung und Unterstützung mit dem Ziel der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung wird durch das Fallmanagement in der Sozialverwaltung im Rahmen der sozialarbeiterischen Hilfe durchgeführt. Die städtische Beschäftigungsgesellschaft REGE mbH organisiert und koordiniert die regional integrierten und personenzentrierten Maßnahmen mit den in Frage kommenden Trägern in Bielefeld.

Als Zielgruppe wurden solche Personen betrachtet, die im erwerbsfähigen Alter nicht in der Lage sind, täglich drei Stunden unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig zu werden. Zu diesem Personenkreis zählen insbesondere Menschen mit geistiger, seelischer und körperlicher Behinderung, psychischer und Sucht-Erkrankung, von denen viele Doppeldiagnosen aufweisen. Der weitaus größte Teil der Betroffenen leidet an einer psychischen Erkrankung (80 %), von einer Suchterkrankung oder einer körperlichen Behinderung sind deutlich weniger betroffen (20 %). Bei vielen kommen erhebliche psychosoziale Belastungen hinzu wie z.B. Wohnungsprobleme, Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten, familiären, kulturelle, finanzielle und sprachliche Probleme, ein fehlendes soziales Netz und geringes Selbsthilfepotenzial. Dazu gesellen sich häufig geringe Qualifizierung bzw. eine fehlende berufliche Ausbildung. Gesellschaftlich bedingte zusätzliche Schwierigkeiten wie geringe Arbeitsmarktchancen aufgrund des Alters, der allgemeinen Arbeitsmarktsituation, der Erfahrung einer langjährigen Arbeitslosigkeit bzw. eines diskontinuierlichen Leistungsvermögens im Berufsleben können die genannten Problematiken noch verschärfen. Zwar hat ein großer Teil der Betroffenen einen Schulabschluss, abhängig vom Krankheitsbeginn und der Art der Erkrankung gibt es jedoch kaum durchgängige Berufsbiografien.

Das vorhandene Selbsthilfepotenzial der Betroffenen soll durch das Fallmanagement soweit gestärkt werden, dass möglichst eine Vermittlung auf den Arbeitsmarkt stattfinden kann. Die Aufnahme einer Beschäftigung bzw. Förderung in einer passgenauen Maßnahme ist das erste Teilziel. Gleichzeitig soll die Koordination der beteiligten Kosten- und Leistungsträger optimiert werden. Nur in einer vernetzten Hilfestruktur ist es möglich, passgenaue Maßnahmen anzubieten und umzusetzen. Alle erstellten Hilfepläne werden in der HPK vorgestellt.

Ergebnisse und Erfolge für die Teilnehmer

Es hat sich gezeigt, dass die Entwicklung geeigneter und individuell ausgerichteter Maßnahmen in der Regel einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt. Besonders die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen kann sich nur vorsichtig und schrittweise einer Beschäftigung nähern. Die Hilfeprozesse sind geprägt durch diskontinuierliches Leistungsvermögen, unvorhersehbare Krisen und auch damit verbundene Ausfallzeiten. Der Einstieg mit einem geringen Stundenanteil, eine enge und individuelle Beratung und Begleitung sind wichtige Voraussetzungen für erfolgreiche Maßnahmeverläufe.

Abbrüche von Maßnahmen sind überwiegend auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der einzelnen Teilnehmer zurückzuführen. In fast allen Fällen waren Klinikaufenthalte damit verbunden. Nur ganz vereinzelt sind die Maßnahmeabbrüche auf einen Mangel an Motivation zurückzuführen.

Im Laufe der Arbeit wurde deutlich, dass die Maßnahme-konzeptionen längerfristig angelegt sein müssen. Die Beschäftigungsangebote sollten auf eine Mindestlaufzeit von einem Jahr angelegt sein. Um die in einer Maßnahme erlangte psychische und physische Stabilität, sowie die Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Arbeitsbereichen aufrechtzuerhalten, bedarf es bei vielen Teilnehmern noch längerfristiger (oder weiterer) Förderungsoptionen.

Der Erfolg des neuen Hilfeangebotes ist durchaus erkennbar, was sich deutlich in der Erhöhung des leistbaren Stundenanteils, aber auch in der individuellen Verringerung der Ausfalltage wegen Krankheit widerspiegelt. Bei anhaltender Stabilisierung könnten für diesen Personenkreis im Anschluss an eine Maßnahme andere Instrumente zur

Förderung einer Beschäftigungsaufnahme wie z. B. Kombi-lohn greifen.

Immerhin wurde schon im ersten Jahr ein Teilnehmer in eine geringfügige Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Zwei Teilnehmerinnen konnten ein Arbeitsverhältnis auf dem Arbeitsmarkt begründen und leben seitdem unabhängig von staatlichen Subventionen.

Zwei weitere Teilnehmer konnten ihre Leistungsfähigkeit so steigern, dass sie nunmehr zum Kreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB II gehören.

Die Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation ist bei der Gestaltung der Hilfen und der Begleitung der Leistungsberechtigten von großer Bedeutung. Es ist wichtig, eine Ausgewogenheit herzustellen zwischen Motivation, Krankheitsverlauf, Selbstüberschätzung und großen Ängsten vor Veränderungen.

Die grundsätzliche psychosoziale Beratung in Verbindung mit der Unterstützung bei alltagspraktischen Fertigkeiten ist dabei in fast allen Fällen vor der Aufnahme einer Beschäftigung notwendig. Erfolge hängen immer auch von intensiven und kontinuierlichen Kontakten zu den Betroffenen ab, das gilt insbesondere für die ersten Wochen.

Viele Teilnehmer:innen äußern deutlich den persönlichen Gewinn, durch die Beschäftigung wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, wieder dazuzugehören. Sie nehmen sich durch die Aufnahme einer Beschäftigung als vollwertiger wahr und erleben es als Chance, die eigenen Belastungsgrenzen austesten zu können.

Die beratenden und unterstützenden Hilfen in den Projekten werden in persönlichen und beruflichen Angelegenheiten genutzt. So sind auch gerade gesundheitliche Krisen nicht gleichbedeutend mit dem Abbruch der Maßnahme. Die Aufwandsentschädigung – wenn auch gering – trägt dazu bei, wieder zum eigenen Lebensunterhalt finanziell beitragen zu können.

Vorläufiges Fazit

Zu betonen ist, dass die Mitarbeiter:innen der Sozialverwaltung, d. h. die Abläufe zwischen der Sozialhilfe im SGB XII und dem Fallmanagement Arbeit und Beschäftigung im

SGB XII, in Zusammenarbeit mit der REGEmh, mit sehr viel Engagement sehr persönliche Lösungen möglich gemacht haben. Dazu gehörte nicht nur die direkte Anbahnung von Arbeitsverhältnissen, sondern auch schon mal, dass einem Menschen sein Studienplatz finanziert wurde, weil genau dies der persönlichen Entwicklung diene.

Die Bielefelder Sozialverwaltung hat auch durch dieses spezielle Fallmanagement die Vernetzung und Flexibilisierung der Hilfsangebote weiter vorangetrieben. So wurden z. B. viele Angebote genutzt, die sonst für SGB II-Empfänger gedacht waren. Alle Personen, für die Hilfen geplant wurden, sind in der Hilfeplankonferenz vorgestellt und beraten worden. Damit konnten Fachleute aus dem übrigen Hilfesystem prüfen, ob das Angebot ihnen sinnvoll erschien und auch ergänzende Vorschläge machen.

Das Bielefelder Beispiel zeigt, dass durch politische Willenserklärung und gewollte optimierte Abläufe innerhalb der Sozialverwaltung und in Zusammenarbeit mit den Trägern auch »erwerbsunfähigen« Menschen sehr wohl ein Wiedereinstieg in Arbeit und Beschäftigung gebahnt werden kann. Prinzipiell erscheint der im SGB II entwickelte Ansatz richtig, durch individuelles Fallmanagement personenbezogene Lösungen zu suchen. Dieser Ansatz wurde hier auf das SGB XII übertragen.

Dieser Ansatz des personenzentrierten Fallmanagements ist aus Sicht des TAB-Projektes solchen Lösungen weit überlegen, die sich lediglich auf die Einrichtung einer weiteren Angebots- Einrichtung – „z. B. eines Zuverdienst-Betriebes“ – beschränken.“ (AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Bonn, 2009, S. 110-112)

Im Zeitraum des TAB-Projektes und darüber hinaus wurden in Bielefeld auch konkrete Beschäftigungsprojekte entwickelt und umgesetzt. Die drei hier beschriebenen Angebotsbeispiele enthalten einige Merkmale, die auch für die Entwicklung des Projektes BiSi handlungsleitend sind. Dies betrifft insbesondere die Individualität, Vielfalt, Niedrigschwelligkeit und Inklusivität der Beschäftigungsangebote:

Spezielle Angebote, Beispiel 1:

Die „Virtuelle Tagesstätte“ mit Kiosk-Betrieb

„Seit dem 01.09.2006 betreibt Lebensräume e.V. die Virtuelle Tagesstätte. Sie wird im Rahmen der Eingliederungs-

hilfe gem. §§ 53, 54 SGB XII durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als überörtlichen Träger der Sozialhilfe pauschal finanziert, momentan mit 10 Plätzen à 30 Stunden pro Woche. Die Virtuelle Tagesstätte arbeitet innerhalb derselben Rahmenbedingungen wie die beiden in Bielefeld bisher bestehenden Tagesstätten. Die Konzeption und die Durchführung unterscheiden sich aber erheblich.

Der Schwerpunkt des Angebots der Virtuellen Tagesstätte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegt eindeutig auf dem Bereich Arbeit und Beschäftigung. Das bedeutet, dass jedem Teilnehmer eine Arbeits- bzw. Beschäftigungsgelegenheit angeboten wird, in der er seine Fähigkeiten in diesem Bereich ausprobieren und ausbauen kann. Darüber werden individuell Förderangebote zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit entwickelt. Zusätzlich gibt es hin und wieder Freizeit- und Kulturangebote, die für die Reproduktion der Arbeitsfähigkeit notwendig sind und als Lernfeld für Gestaltung der Tagesstruktur außerhalb des Privaten zu verstehen sind.

Das individuelle Tagesstättenprogramm jedes einzelnen Teilnehmers wird aus verschiedenen Angeboten, die bereits über die Kontaktstelle-West und dem Ambulanten Betreuten Wohnen des Vereins vorhanden sind, sowie aus den Beschäftigungsbereichen

- Kiosk
- Küche
- Kontaktstellenservice
- Hausmeisterdienst
- Bürodienstleistungen (punktuell)

zusammengestellt und in einem Wochenplan festgehalten. Die Anforderungen des Programms werden auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Teilnehmers abgestimmt, was dazu führt, dass jeder Teilnehmer ein inhaltlich und zeitlich einzigartiges Tagesstättenprogramm hat, was im Verlauf der Teilnahme auf die individuellen Veränderungen angepasst werden kann und wird.

Die Besonderheit der Virtuellen Tagesstätte liegt also in der Individualisierung des Programms, der Flexibilisierung der Plätze (10 Plätze à 30 Std. pro Woche werden auf bis zu 15 Personen mit unterschiedlichen Wochenstunden aufgeteilt) und der Nutzung von Angeboten, die bereits bestehen und nicht explizit von der Tagesstätte angeboten werden. Im Verlauf des Programms wird für jeden Teilnehmer auf

den Einsatz in Betrieben oder anderer Beschäftigungsträger hingearbeitet, wobei die Anleitung und Begleitung über die Virtuelle Tagesstätte gewährleistet wird.

Zur Durchführung des beschriebenen Tagesstättenangebots kommt insbesondere der Kooperation mit anderen Beschäftigungsträgern, Betrieben und Einrichtungen sowie ggf. den anderen von den Klient:innen genutzten Einrichtungen (Betreutes Wohnen, Kontaktstelle, Ärzte, gesetzl. Betreuer etc.) eine große Bedeutung zu, die von den Tagesstättenmitarbeitern geleistet wird.“ (AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Bonn, 2009, S. 117-119)

Spezielle Angebote, Beispiel 2: Bielefelder „Teilhabeplätze“ mit geringstem Anforderungsniveau über Persönliches Budget

„In Bielefeld wird seit 2007 das Persönliche Budget im Rahmen der Eingliederungshilfe genutzt, um sog. Teilhabeplätze zu organisieren und zu finanzieren. Unter den besonderen Bedingungen der Budget-Modellregion Bielefeld kann das Persönliche Budget formlos beim zuständigen Leistungsträger (dies ist in der Regel der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Münster) beantragt werden, wenn Hilfeempfänger von dort bereits Leistungen beziehen (z. B. ambulant betreutes Wohnen).

In dem – mit dem TAB-Projekt implementierten – darauf folgenden Hilfeplanverfahren wird der gesamte Unterstützungsbedarf eines Antragstellers geprüft. Hierbei werden neu beantragte Leistungen, wie auch bereits bestehende, miteinander abgeglichen und über die Bewilligung entschieden.

Die hier angesprochenen Teilhabe-Plätze sind institutionell an die Tagesstätte „Tagesaktivitäten Zentrum (TAZ)“ der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel angegliedert. Zusätzlich können begleitende Hilfen für den Teilhabeplatz durch das TAZ erfolgen. Wenn dies gewünscht ist, müssen die Kosten eines Teilhabeplatzes und die Kosten der Unterstützung durch das TAZ bei der Beantragung des Persönlichen Budgets angegeben werden.

Teilhabeplätze sind also eine Möglichkeit tagesstrukturierender und Teilhabe fördernder Unterstützung. Das Team der Mitarbeitenden im TAZ besteht aus den unterschied-

lichsten Professionen des sozialen Bereichs und wird von ehrenamtlich Mitarbeitenden unterstützt.

- Teilhabeplätze sind etwas Ähnliches wie ein betriebliches Dauer-Praktikum, aber
- sie können mit sehr geringen Stundenanteilen stattfinden (z. B. 2 Stunden die Woche)
- hier müssen keine verwertbaren Arbeitsleistungen erbracht werden
- sie finden an „ganz normalen“ Stellen des gesellschaftlichen Lebens statt.

Beispiele für Teilhabeplätze:

- Herr M. geht an einem Tag pro Woche für 2 Stunden ins Bielefelder Tierheim und hilft dort mit, so gut er kann.
- Frau B. besucht zweimal in der Woche für eine Stunde eine Bürgerberatung der Stadt und sortiert dort die Prospektständer.
- Herr Z. geht an vier Abenden in der Woche zu einem Künstleratelier, malt dort Bilder, unterhält sich mit den anderen Künstlern und hilft beim Aufräumen.

Für einen Teilhabeplatz zählt nicht die Arbeitsleistung. Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit sind aber tendenziell wichtig.“ (AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. Bonn, 2009, S. 120-121)

Spezielle Angebote, Beispiel 3: Das Projekt BeschäftigungsRäume

Aus der Einführung des Fallmanagements für als erwerbsunfähig eingestufte Sozialhilfeempfänger:innen entwickelte sich außerdem das Projekt „BeschäftigungsRäume“ das von der Stadt Bielefeld zwischen 2012 und 2018 auf der Grundlage des SGB XII finanziert und von der Personalentwicklungsgesellschaft REGE mbH durchgeführt wurde. Es richtete sich insbesondere an nicht erwerbsfähige psychisch kranke und suchtkranke Menschen und wurde in Gruppen- und Einzelmaßnahmen durchgeführt. Das Programm war sehr „arbeitsmarktnah“ konzipiert. Der Arbeitsumfang variierte zwischen einer und 100 Stunden im Monat und die Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung von 1,00 bis 1,50 Euro sowie einen Pauschalbetrag von 50 Euro. Auch die Beschäftigungsanbieter erhielten eine pauschale Zuwendung für ihren Begleitungsaufwand (vergl. FORUM OWL 2012). Im Rahmen dieses Projektes wurden

zuletzt ca. 100 Personen unterstützt. Im Zuge der Verabschiedung des BTHG ergaben sich allerdings Fragen bezüglich der Kostenzuständigkeit zwischen der Stadt Bielefeld als örtlichem und dem LWL als überörtlichem Leistungsträger der Sozialhilfe und den Leistungen durch das SGB II. Für einen Teil der Teilnehmer:innen wurde eine Finanzierung über das persönliche Budget im Rahmen des BTHG angestrebt. Dies gelang allerdings lediglich vorübergehend für ca. 15 Personen.

Das Projekt BiSi hat Erfahrungen und Ergebnisse der Bielefelder „BeschäftigungsRäume“ aufgegriffen und bei der Entwicklung des eigenen Angebots einbezogen.

4.4. Fehlender Ausbau niedrigschwelliger Beschäftigungsangebote - Erhebungen zur Arbeits- und Beschäftigungssituation in Bielefeld

Um die bekanntermaßen problematische und mangelhafte Beschäftigungssituation der stetig wachsenden Zahl der Klient:innen des Ambulant Betreuten Wohnens genauer in den Blick nehmen zu können, führte der GPV Bielefeld mehrfach umfangreiche Erhebungen durch. Erstmals im Jahr 2002 und dann erneut in den Jahren 2006 und 2012 haben die Träger des GPV Bielefeld die Arbeits- und Beschäftigungssituation aller Klient:innen, die in ihren Angeboten des Ambulant Betreuten Wohnens unterstützt wurden, mit vergleichbaren Fragestellungen erhoben.

Ergebnisse liegen im Jahr 2002 für 469, im Jahr 2006 für 682 und im Jahr 2012 für 1178 Personen vor. Bei steigender Zahl der Befragten zeigen die Ergebnisse der Untersuchungen ein über die Jahre weitgehend konstantes Bild. Einige zentrale Ergebnisse aus dem Jahr 2012:

- 65 % wurden als nicht erwerbsfähig eingestuft.
- 6,6 % hatten einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt, darunter überwiegend Minijobs oder Teilzeitbeschäftigungen.
- 12 % befanden sich in einer Ausbildung.
- 16 % nahmen an einer Maßnahme des geförderten Arbeitsmarktes teil.
- 25 % waren geschützt beschäftigt (tagesstrukturierende Angebote, WfBM).
- 17 % nutzten (meist zusätzlich) niedrigschwellige Kontaktstellenangebote.

Diese Zahlen enthalten Mehrfach-Inanspruchnahmen. Auf die Frage, ob irgendein Beschäftigungsangebot genutzt wurde, antworteten 49,4 % der Befragten mit „nein“ (2002 waren das 45 %). In Bielefeld war demnach fast jede zweite Klient:in der ambulanten Eingliederungshilfe ohne regelmäßige Beschäftigung.

Am 31.12.2012 wurden in Bielefeld insgesamt 1575 Menschen mit psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens unterstützt. Am 31.12.2018 waren es 2130. Legt man die Beschäftigungsdaten aus 2012 zugrunde, so wären in Bielefeld zu diesem Zeitpunkt mehr als 1000 Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gänzlich ohne Arbeit, Ausbildung oder tagesstrukturierende Beschäftigung. Diese und weitere Überlegungen (Stichwort: Ende des Projektes BeschäftigungsRäume) führten im Jahr 2019 dazu, eine erneute Erhebung des GPV Bielefeld mit einem Beschäftigungsprojekt zu verknüpfen.

4.5. GPV-Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Projektes BiSi

Auf Anregung des ehemaligen Landtagsabgeordneten Günter Garbrecht entstanden im GPV Bielefeld im April 2019 erste Überlegungen für ein Beschäftigungsprojekt, das die oben genannten Problemlagen adressieren und mit Mitteln der damaligen Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (heute Sozialstiftung NRW) umsetzen sollte. Zu diesem Zweck wurde im September 2019 eine GPV-Arbeitsgruppe gegründet, die die Vorarbeiten für den Projektantrag bis zum September 2020 begleitete. Die Arbeitsgruppe des GPV führte sich zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen, die aktuelle Beschäftigungssituation für Menschen mit Psychischen Erkrankungen in Bielefeld und insbesondere die Ergebnisse der bisherigen GPV-Erhebungen zur Arbeits- und Beschäftigungssituation vor Augen und leitete daraus einige Leitfragen zur Schaffung eines neuen Beschäftigungsangebotes ab:

Wie kann es gelingen, ein Beschäftigungsangebot zu schaffen, das

- deutlich besser als bisher diejenigen erreicht, die bisher ohne jegliche Beschäftigung sind,
- Beschäftigung inklusiv in vielfältigen vorhandenen Sozialräumen und nicht in Sonderwelten bietet,
- stundenweise nach individuellem Bedarf und den

- jeweiligen Möglichkeiten - also auch bei schwankendem Bedarf - vorgehalten werden kann,
- ohne zeitliche Befristung gewährt wird und
 - sich am individuellen Rehabilitationsbedarf der leistungsberechtigten Person und nicht an extern vorgegebenen Zielen orientiert?

Betrachtet man die Beschäftigungsangebote, die bisher im Rahmen der Eingliederungshilfe als definierte Leistungstypen (LT) im Laufe der letzten 20 Jahre etabliert werden konnten, so wird deutlich, dass diese allesamt im alten stationären Paradigma der Versorgung von Menschen mit Behinderungen verankert sind. Es handelt sich (z. B. in Nordrhein-Westfalen, gem. Anlage 1 zu § 11 Abs. 1 des Landesrahmenvertrages vom 09.06.2000) um

- LT 22: Tagesstätte für psychisch Behinderte,
- LT 23: einrichtunginterne tagesstrukturierende Maßnahmen für Erwachsene mit Behinderungen,
- LT 24: einrichtunginterne tagesstrukturierende Maßnahmen für Erwachsene mit Behinderungen in eigenständigen Organisationseinheiten
- LT 25: Arbeits- und Betreuungsangebote für Erwachsene im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Dabei kann der LT 25 (WfbM) von Menschen außerhalb und innerhalb stationärer Wohnrichtungen in Anspruch genommen werden, während der LT 24 (Beschäftigung in einer Werktherapie) erst im Laufe der Zeit (als sogenannter „LT 24 extern“) auch für die Nutzung von Menschen im ABW geöffnet wurde, dies allerdings zunächst unter Voraussetzung einer Mindestanwesenheit von 15 Stunden pro Woche. Der LT 23 ist direkt an eine Unterbringung in einer stationären Wohnrichtung gebunden, nur der LT 22 (Tagesstätte) ist speziell für Nutzer:innen außerhalb von stationären Wohnrichtungen gedacht.

Diese jeweils in besonderen Räumlichkeiten untergebrachten Beschäftigungsangebote bieten einerseits ein stabiles, verlässliches und – wenn es kreativ umgesetzt wird – auch vielfältiges Versorgungsangebot. Andererseits ist damit ein ähnliches Problem verbunden wie bei den stationären Wohnangeboten im langjährigen Umwandlungsprozess zur ambulanten Basisversorgung: Um die oben genannten Ziele zu erreichen, muss ein echter Paradigmenwechsel erfolgen, der die Konstruktion der Dienstleistung insgesamt betrifft.

So gibt es zwar vereinzelt Versuche, die bisherigen Finanzierungsgrundlagen kreativ zu nutzen und zum Beispiel „ausgelagerte WfbM-Plätze“ oder „virtuelle Tagesstättenplätze“ außerhalb von Einrichtungen zu schaffen, diese greifen aber zu kurz für das hier angesprochene Vorhaben.

Die Arbeitsgruppe des GPV beschäftigte die Frage: Wie kann ein solcher Paradigmenwechsel im Bereich der niedrigschwelligen Beschäftigung gelingen?

Hier kann man eine Parallele zu dem zwar langwierigen aber letztlich erfolgreichen Umwandlungsprozess im Betreuten Wohnen von der stationären hin zur ambulanten und flexiblen Hilfe ziehen. Eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Paradigmenwechsel war hier die Schaffung eines basalen und verlässlich im Leistungsrecht verankerten Leistungstyps. Dies ist in Nordrhein-Westfalen mit dem „Leistungstyp I - Ambulant Betreutes Wohnen“ in exemplarischer Weise gelungen. Kernstück des Paradigmenwechsels ist die Abkehr von der Finanzierung eines „Platzes“ hin zur Finanzierung einer Dienstleistung, die zeitlich, örtlich und inhaltlich flexibel auf der Basis von „Fachleistungsstunden“ nach individuellem Bedarf angeboten werden kann. Die wesentliche Definitionsgröße ist dabei die direkte Unterstützungsleistung, die nachprüfbar und transparent, „face to face“ bei der Klient:in ankommt. Alle weiteren notwendigen Leistungen wie indirekte oder mittelbar Klient:innen-bezogene Leistungen sowie Sachmittel werden als Pauschale anteilig pro Fachleistungsstunde mitfinanziert. Inhalte und Umfang der Unterstützungsleistung werden personenbezogen im Zuge der individuellen Hilfeplanung vereinbart und festgelegt.

Übertragen auf den Bereich der Beschäftigung kann man ein Leistungsangebot „Beschäftigung inklusiv“ kreieren. Kernstück des Paradigmenwechsels wäre auch hier die Abkehr von der Finanzierung eines „Platzes“ hin zu einer Finanzierung einer personenbezogenen Dienstleistung, die zeitlich, örtlich und inhaltlich flexibel die unterschiedlichsten Beschäftigungsangebote je nach individuellem Bedarf in unterschiedlichen Sozialräumen ermöglicht. Die wesentliche Definitionsgröße wäre dabei die Beschäftigungsstunde, die bei der unterstützten Person ankommt, bzw. die sie nachprüfbar und transparent, „Face-to-Face“ am Beschäftigungsplatz absolviert. Alle weiteren notwendigen Leistungen wie indirekte oder mittelbar personenbezogene Leistungen, not-

wendige Sachmittel sowie die Bereitstellung eines Beschäftigungsplatzes und einer Beschäftigungsprämie würden als Pauschale anteilig pro Fachleistungsstunde mitfinanziert.

Im Rahmen der Umsetzung des BTHG und der neuen Landesrahmenvereinbarung NRW werden zurzeit die bisherigen Leistungstypen in neue Rahmenleistungsbeschreibungen überführt, um auf dieser Grundlage Leistungsvereinbarungen abschließen zu können.

Wie kann man vor diesem Hintergrund das neue Leistungsangebot beschreiben und entwickeln?

Die Ziele entsprechen im Wesentlichen dem vorhandenen Leistungstyp 24 NRW und beinhalten die „Überwindung, Linderung und Verhütung von Verschlimmerung behinderungsbedingter Beeinträchtigungen und Förderung der Eingliederung in die Gesellschaft“, u.a. durch:

- Schaffung einer klaren Tagesstruktur mit Förderungs- und/oder Beschäftigungscharakter
- Förderung und Erhalt bzw. Wiedergewinnung eines Mindestmaßes an Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen
- Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten zur Förderung der Möglichkeiten zur Gemeinschaftsteilhabe
- Förderung und Erhalt der Kommunikationsfähigkeit
- Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben
- Förderung und Erhalt von Handlungskompetenz bei der Gestaltung der eigenen Freizeit
- Förderung und Erhalt der Wahrnehmung des Lebensumfeldes
- Förderung und Erhalt der Gesundheitsvorsorge
- Förderung und Erhalt der Beweglichkeit und Prophylaxe von Pflegebedürftigkeit“.

Die konkreten Unterstützungsleistungen werden im Rahmen der individuellen Hilfeplanung regelmäßig überprüft, dokumentiert und fortgeschrieben, sie beinhalten je nach Bedarf die Unterstützung in Form von Einzel- und/oder Gruppenangeboten u. a.:

- Anleitung und Förderung am Beschäftigungsplatz
- lebenspraktische Maßnahmen
- Maßnahmen zur Erlangung von Alltagskompetenz
- Bildungsmaßnahmen
- persönlichkeitsfördernde Maßnahmen

- Entwicklung und Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Förderung und Erhalt sozialer Beziehungen und Gestaltung von gemeinschaftsfördernden Aktivitäten
- psychosoziale Hilfen (z.B. Bewältigung von Problemen im Umgang mit sich selbst, Bewältigung psychiatrischer Symptomatik)
- fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen unterstützenden Diensten.

Die Unterstützungsleistungen werden allerdings nicht von einem Unterstützungsteam aus einer Hand und unter einem Dach erbracht, sondern im Rahmen einer Aufteilung der Zuständigkeiten von einer fachlich mit psychosozialer Kompetenz ausgestatteten Koordinations- und Vermittlungsstelle für Teilhabepplätze in Verbindung mit den dezentralen Beschäftigungs- oder Teilhabepplätzen im Sozialraum.

Die Bestandteile eines solchen Leistungsangebotes sollten im Projekt BiSi erprobt werden.

Entscheidend für die sozialrechtliche Umsetzung ist dabei der seit Juli 2019 in Nordrhein-Westfalen geltende neue Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX. Er enthält insbesondere die nach dem BTHG erforderlich gewordene neue Leistungs- und Finanzierungssystematik für Leistungen der Eingliederungshilfe.

5. PLANUNG UND UMSETZUNG DES PROJEKTES BISI - BESCHÄFTIGUNG IM SOZIALRAUM INKLUSIV

5.1 Vorstellung Stiftung Bethel

Die Stiftung Bethel ist eine der fünf Stiftungen, die gemeinsam den Verbund der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel bilden. Sie wurde im Jahre 1867 in Bielefeld als Anstalt Bethel gegründet. Der Anstalt sind die Rechte einer juristischen Person verliehen worden. Zum 01.01.2010 wurde die Anstalt Bethel zur Stiftung Bethel umfirmiert. Die Stiftung Bethel ist eine rechtsfähige kirchliche Stiftung des privaten Rechts und hat ihren Sitz in Bielefeld-Gadderbaum.

Die v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel stellen ein breites Spektrum von Hilfeangeboten, wie Epilepsieforschung, Behindertenhilfe, Psychiatrie, Jugend - und Wohnungslosenhilfe, Allgemein- und Fachkrankenhäuser, Altenhilfe, Betriebe und Werkstätten, allgemeinbildende Schulen, Ausbildungsstätten, Berufsbildungswerk und stationäre Hospize bereit. Die Angebote werden an verschiedenen Standorten im Bundesgebiet mit Schwerpunkten in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Berlin und Brandenburg bereitgestellt. Die Anzahl der Mitarbeitenden beträgt aktuell ca. 24.000.

Die Stiftung Bethel gehört als Dienstgeber zum Verbund der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Ein Teil der Stiftung Bethel ist der Stiftungsbereich Bethel regional. Er bietet in Kommunen und Kreisen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz Leistungen für Menschen mit Behinderung an. Dazu gehören zum Beispiel Menschen mit kognitiven und komplexen Beeinträchtigungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen. Zudem bietet Bethel regional Unterstützungsleistungen für Kinder, junge Menschen und ihre Familien mit einem Bedarf an Hilfen zur Erziehung, sowie für Menschen, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Insgesamt erbringen rund 5.200 Mitarbeitende für etwa 6.700 Klient:innen bzw. Familien Assistenz und Beratungsleistungen.

Das BiSi Team stellt sich vor

Vermittlungsteam

Christine Schäfer, BBA und MIM, ist Referentin der Geschäftsführung Bethel regional im Bereich Unternehmensentwicklung und BiSi-Projektleitung.

Jennifer Röder, Sozialarbeiterin und Case Managerin, arbeitet von Anfang an im Projekt BiSi in der Begleitung und Vermittlung wie auch bei administrativen Aufgaben. Roxanne Tiemann, Sozialarbeiterin und Case Managerin, arbeitet von Anfang an im Projekt BiSi in der Begleitung und Vermittlung.

Support Team

Sandra Waters, Sonderpädagogin, ist Geschäftsführung von Bethel regional, zuständig für den Bereich Unternehmensentwicklung und das Projekt BiSi.

Rüdiger Klein, Diplom-Psychologe, ist Referent der Geschäftsführung Bethel regional im Bereich Unternehmensentwicklung und hat das BiSi-Projekt mitentwickelt.

Forschungsteam

Lorenz Dehn, Dr. rer. nat., Psychologischer Psychotherapeut und Leiter der Arbeitsgruppe »Psychosoziale Teilhabe- und Versorgungsforschung« in der Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel ist verantwortlich für die Begleitforschung zum Modellprojekt BiSi.

Julia Suer ist Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Begleitforschung des BiSi-Projektes.

Carolin Wittbrock und Marie Jennert, beides Psychologinnen, waren zwischenzeitlich als Mitarbeiterinnen in der Begleitforschung tätig.

5.1.1. Durchführungphase

Zur Umsetzung des Angebots BiSi wurde ein BiSi-Vermittlungsbüro aufgebaut, das Beschäftigungsangebote akquiriert, Klient:innen sowie Beschäftigungsanbieter berät, Klient:innen vermittelt und sie sowie die Beschäftigungsanbieter begleitend unterstützt. Die Beschäftigten erhalten eine Prämie für ihren Einsatz sowie einen Zuschuss bei Fahrtkosten und die Beschäftigungsanbieter für die Bereitstellung der Teilhabepplätze und die fachliche Anleitung der Beschäftigten ein Entgelt. Wesentliche Bestandteile der Finanzierung dieser Leistung zur Sozialen Teilhabe sind demnach Kostenanteile für das Vermittlungsbüro, die Beschäftigungsplätze und die Beschäftigungsprämien.

Die Evaluation des Projekts erfolgte durch ein Forschungsteam der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel, Teil des Universitätsklinikums OWL der Universität Bielefeld. In einem Mixed-Method-Design mit qualitativen und quantitativen Verfahren wurden sowohl Prozess- als auch Ergebnisaspekte einbezogen. Die Wirkungen des BiSi-Angebots wurden anhand verschiedener Indikatoren in einer prospektiven Beobachtungsstudie-Studie mit Prä-Post-Vergleich untersucht.

5.1.1.1 Kontaktaufnahme

Der gemeindepsychiatrische Verbund Bielefeld hat Anfang 2022 zum wiederholten Male eine Erhebung zur Arbeits- und Beschäftigungssituation der Klient:innen des Ambulant Betreuten Wohnens durchgeführt. Die Erhebung basierte auf einem „Fragebogen zur Erhebung der Arbeits- und Beschäftigungssituation der Klient:innen im Ambulant Betreuten Wohnen / GPV Bielefeld“ (Dieser kann bei Interesse bei den Autoren über den GPV Bielefeld angefragt werden.), der für jeden: jede Klient:in, die/ der ambulante Eingliederungshilfe (§78 SGB IX Assistenzleistungen) von Mitarbeitenden der teilnehmenden Träger ausgefüllt wurde. In den Fällen in denen deutlich war, dass ein Mensch keinerlei Beschäftigung nachging und die Kriterien für eine Teilnahme am Modellprojekt BiSi (siehe 10.1 Rekrutierung) erfüllte, fragten die jeweiligen ambulanten Eingliederungsmitarbeitenden nach, ob der- oder diejenige Interesse hätte einer Beschäftigung nachzugehen. Bei Zustimmung erfolgte die Frage, ob er oder sie Interesse hätte Informationen zu einem Forschungsprojekt dazu zu bekommen. Wenn dies der Fall war, konnten die Klient:innen Kontaktdaten hinterlegen und ihr Einverständnis geben, dass sie vom BiSi-Team kontaktiert werden.

Rund 130 Personen haben ihr Interesse bekundet. In der Regel lag dem BiSi Team eine Handynummer, eine E-Mailadresse oder postalische Adresse der Interessenten vor. Um die Interessent:innen einladen zu können, galt es in vielen Fällen sie zunächst telefonisch zu kontaktieren. Das stellt sich als sehr zeitaufwendig heraus. Viele Menschen dieser Zielgruppe gehen nicht ans Telefon, wenn sie eine unbekannte Telefonnummer anruft. Andere waren gerade in keiner guten gesundheitlichen Verfassung und in dem Moment nicht gesprächsbereit. Es vergingen mehrere Wochen und Monate bis es dem BiSi-Team gelungen war mit der Mehrzahl der Interessent:innen zu sprechen.

5.1.1.2. Informationsveranstaltungen

Nun galt es den Interessent:innen das Angebot BiSi vorzustellen. Das BiSi Team hat eine Reihe von Informationsveranstaltungen zu dem geplanten Modellprojekt angeboten und durchgeführt. Diese fanden in Bielefeld u.a. im Grünen Würfel, in der Theaterwerkstatt Bethel, in der Evangelischen Lydia Gemeinde, im Begegnungszentrum Brackwede, in der Geschäftsstelle von Bethel regional statt. Auf Wunsch wurden auch individuelle Informationstermine vereinbart. Eingeladen waren die jeweiligen Interessent:innen und eine Begleitperson ihres Vertrauens. Die Einladung erfolgte per Post.

Bei der Auswahl der Orte wurde darauf geachtet, dass diese gut mit dem ÖPNV zu erreichen sind. Bewusst war es eine Kombination aus Orten kommunaler, konfessioneller und weiterer gemeinnütziger Träger, die über das Stadtzentrum verteilt lagen. Für alle Teilnehmer:innen gab es kostenlos heiße und kalte Getränke sowie belegte Brötchen und Gebäck.

Die Informationsveranstaltung hatte i.d.R. zwei Teile: Eine Information durch das BiSi Vermittlungsteam auf Basis einer Präsentation und einen durch die wissenschaftliche Begleitforschung. Während der Vorstellung sowie im Anschluss konnten Fragen aller Art gestellt werden. Auch ausführliche Einzelgespräche waren im Anschluss möglich. Alle Interessent:innen erhielten am Ende schriftliche Unterlagen auf denen alle relevanten Informationen festgehalten waren und die formale Einverständniserklärung sowohl für die Teilnahme an der Forschung als auch für die Begleitung durch das BiSi Team, die bei Interesse zu unterschreiben waren. Eine Bedenkzeit, ob die Person teilnehmen wollte, war für alle gegeben. In dem Moment als, die unterschriebenen Einverständniserklärungen vorlagen, wurde der erste individuelle Termin vereinbart: Das erste Forschungsinterview (t1).

5.1.1.3 Kennenlernphase und Assessment

Das Vermittlungsteam des Projektes BiSi handelte grundlegend nach dem Personenzentrierten Ansatz. Hierbei werden die individuellen Bedürfnisse und der Wille der einzelnen Teilnehmenden in den Mittelpunkt gestellt. Gutes, aktives Zuhören ist ein Schlüssel um wahrzunehmen, was dem Gegenüber wichtig ist.

In der Umsetzung fand in der Assessmentphase zunächst ein Kennenlerngespräch statt. Neben der Erhebung des Bildungsweges der Teilnehmenden und ihres bisherigen

beruflichen Werdegangs, wurden mithilfe folgender Fragen, die ersten Indikatoren für ein passendes Beschäftigungsangebot ermittelt:

- Was macht Ihnen Spaß und gute Laune? Was tut Ihnen gut?
- Was sagen andere über Sie, was Sie gut können?
- Was würden Sie gerne mal ausprobieren? Oder haben Sie bereits konkrete Ideen?
- Was machen Sie nicht gerne oder auf keinen Fall? Was tut Ihnen nicht gut?
- Gibt es Hilfsmittel, die Sie brauchen? Gibt es etwas, was wir für Ihren Beschäftigungsplatz vorbereiten sollten?
- Gibt es etwas, das Ihre zukünftigen Kolleg*innen oder Vorgesetzten über Sie wissen sollten? Gibt es Dinge bei denen Sie Einschränkungen haben?
- Wie ist Ihre Mobilität? (z.B. bevorzugte Verkehrsmittel)
- Gibt es Stadtgebiete, die für Sie nicht in Frage kommen?
- Was möchten Sie in Ihrem Leben ändern/verbessern? Kann eine Beschäftigung dabei helfen?
- Wie viele Stunden können und wollen Sie pro Woche einer Beschäftigung nachgehen?

Die weitgehend vereinheitlichte Fragensammlung bot einige wichtige Vorteile. Zum einen wurde die Selbstreflexion der Teilnehmenden gefördert, indem die Fragen die Teilnehmenden dazu anregten sich selbst besser kennenzulernen und ermutigten ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu äußern. Die Fragen halfen herauszufinden, welche Beschäftigungsbereiche, Tätigkeiten und Sozialräume den Teilnehmenden persönlich gefallen, ihnen attraktiv, förderlich und motivierend erscheinen und wo sie sich eine gute Beschäftigungsperspektive versprechen.

Zum anderen unterstützten die Fragen die Teilnehmenden ihre Stärken und Ressourcen in den Blick zu nehmen. Anstatt sich auf ihre Probleme oder Schwierigkeiten zu fokussieren, wurde der Blick auf positiven Erfahrungen und Ressourcen gerichtet. Dies stärkte das Selbstbewusstsein und die Motivation, weil die Teilnehmenden erkennen konnten, was ihnen guttut und was sie gut können. Hierbei ist anzumerken, dass es vielen Teilnehmenden schwer fiel eigene positive Eigenschaften zu nennen. Die Fragen halfen in diesen Fällen, das Gespräch lösungsorientiert auszurichten und schrittweise positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Des Weiteren wurde die Eigenverantwortung gefördert. Die Fragen ermutigten die Teilnehmenden Verantwortung für das eigene Wohlbefinden und die eigene Entwicklung zu übernehmen. Dieses Vorgehen stärkte die Selbstwirksamkeit der Klient:innen.

Zudem wurde eine ganzheitliche Sichtweise eingenommen. Die zusätzliche Nutzung systemischer Fragetechniken berücksichtigte den gesamten Menschen und nicht nur dessen berufliche Fähigkeiten. Indem persönliche als auch berufliche Aspekte in Einklang gebracht wurden, konnte im Anschluss an das Kennenlerngespräch eine zielgerichtete Stellensuche begonnen werden.

In dem Kennenlerngespräch wurden bewusst keine Fragen zu Krankheitsbildern oder Diagnosen der Teilnehmenden gestellt. Manche Teilnehmende haben von selbst in diesem Gespräch über ihre Diagnose(n) gesprochen, manche viele Monate später, einige haben dies im Verlauf des Projektes in aller Freiheit nicht getan. Wenn eine teilnehmende Person über ihr Krankheitsbild gesprochen hat, war immer klar, dass das BiSi-Team an eine Schweigepflicht gebunden ist und darüber niemals Auskunft an einen Beschäftigungsanbieter geben würde. Die Ausnahme war, wenn dies auf den ausdrücklichen Wunsch der teilnehmenden Person geschah. Dass die Teilnehmer:innen selber mit dem Beschäftigungsanbieter über ihre Erkrankung sprechen können, war immer selbstredend.

In manchen Fällen war auf Wunsch der teilnehmenden Person beim Kennenlerngespräch eine Person des Vertrauens des:der Teilnehmer:in mit dabei.

Methoden der Persönlichen Zukunftsplanung

Insgesamt sorgte die gründliche Assessmentphase dafür, dass die gesamte Begleitungszeit effizienter, zielgerichteter und mit einem klareren Fokus auf Wunsch und Willen der Teilnehmenden erfolgte. Nachdem die Bedeutung dieser ersten Phase klarer wurde, erweiterte das Vermittlungsteam den Methodenkoffer mit Hilfe von Techniken aus der Persönlichen Zukunftsplanung. Die Persönliche Zukunftsplanung (PZP) ist ein entwickeltes Verfahren, welches in den 1990er Jahren in den USA und Kanada unter dem Begriff „person-centred planning“ entwickelt wurde. Das Konzept der Persönlichen Zukunftsplanung (PZP) verfolgt das Ziel, Menschen bei der Gestaltung ihrer Zukunft zu unterstützen,

indem es ihre Ressourcen und Netzwerke bewusstmacht und gezielt einsetzt. Zwei zentrale Werkzeuge in diesem Prozess sind die Netzwerkkarte und die Ressourcenkarten. Beide dienen dazu, eine klarere Vorstellung von den eigenen Möglichkeiten und Unterstützungssystemen zu bekommen. Mithilfe von Netzwerk- und Ortekarten konnte mit den Teilnehmenden das (professionelle und private) soziale Umfeld der Teilnehmenden erforscht werden. Im Rahmen des BiSi Projekts wurden beide Methoden verwendet.

Die Netzwerkkarte half dabei, die bestehenden Netzwerke, auf privater und professioneller Ebene und beruflichen Netzwerke einer Person zu visualisieren und zu analysieren. Sie diente dazu, die verschiedenen Personen, Institutionen und Gruppen zu identifizieren, die eine unterstützende Rolle im Leben der teilnehmenden Person bildeten. Mithilfe einer Netzwerkkarte kann visualisiert werden, dass hinter Kontakten, wiederum Kontakte stehen können. Ganz nach diesem Prinzip, eines Netzwerkclusters, konnten Teilnehmende auf Privatkontakte zurückgreifen, welche wiederum Kontakte zu Unternehmen oder Organisationen hatten. Zudem konnten Teilnehmende mithilfe der Karten neue Ideen und Beschäftigungsbereiche entdecken.

Mithilfe der Karten konnten Verbindungen sichtbar gemacht und wichtige Kontakte und Beziehungen aufgelistet werden, die als Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen dienen konnten. Dies können Familie, Freunde, Kolleg:innen, Mentor:innen, Fachleute oder Organisationen sein. Besonders bei Teilnehmenden, die sich sozial isoliert fühlten, halfen die Netzwerkkarten dabei, das (zumeist doch) vorhandene soziale Umfeld sichtbar zu machen.

Ziel war es, die vorhandenen Netzwerke zu stärken und gegebenenfalls auszubauen. Die Karte half, zu erkennen, welche Ressourcen und Informationen innerhalb dieser Netzwerke bereits zur Verfügung stehen und wie man diese für die weitere Stellensuche nutzen könnte.

Ressourcenkarten halfen dabei, Stärken, Fähigkeiten, Erfahrungen und verfügbare Mittel zu identifizieren, die die Teilnehmenden nutzen konnten, zur Stellensuche aber auch während einer Beschäftigung. Ressourcen sind vielfältig und reichen von persönlichen Eigenschaften bis hin zu praktischen Unterstützungsangeboten. Einigen Teilnehmenden fiel

es schwer, positive Eigenschaften von sich zu nennen. Hierbei konnte gut auf Hobbies oder vergangene praktische Berufserfahrungen, wie zum Beispiel Praktika zurückgegriffen werden. Zudem half es den Lebenslauf durchzugehen und sich auf positive Erfahrungen zu fokussieren.

Indem den Teilnehmenden ihre eigenen Ressourcen bewusstgemacht wurden, konnte gezielt an der Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten gearbeitet werden. Dieser Prozess stärkte nicht nur ihr Selbstvertrauen, sondern auch ihre Motivation.

Alle drei Methoden – Netzwerkkarten, Ressourcenkarten und der Fragebogen des Kennenlerngesprächs – trugen dazu bei, die Unterstützungsnetzwerke und Ressourcen der Teilnehmenden besser zu verstehen und gezielter zu nutzen, Ideen für die Stellensuche zu ermitteln und das Selbstwertgefühl zu steigern.

5.1.1.4 Begleitung Begleitangebot des Vermittlungsteams

Die Teilnehmer:innen des Angebots hatten feste Ansprechpartnerinnen im Team.

Das BiSi-Team bot regelmäßige Reflexionsgespräche für allen Beteiligten an und suchte bei der Unterstützung beziehungsweise bei der Vermittlung immer nach individuellen, passgenauen Lösungen.

Demnach konnten die Reflexionsgespräche, je nach Bedarf der Teilnehmenden, in unterschiedlichsten Settings angeboten werden. Die Flexibilität bei der Wahl des Ortes bzw. des Settings spielte eine wichtige Rolle für die Schaffung einer förderlichen Gesprächsatmosphäre. Eine Reihe von Teilnehmenden bevorzugten die Reflexion am Telefon. Der telefonische Kontakt ermöglichte einen persönlichen Austausch, unabhängig von der Mobilität der Teilnehmenden. Manche Teilnehmende bevorzugten den Kontakt auf schriftlichem Wege, per E-Mail oder SMS. Durch den schriftlichen Austausch, konnte besonders den Personen eine Barriere genommen werden, die aufgrund von sozialen Ängsten einen persönlichen Kontakt vor Ort oder per Telefon nicht wahrnehmen konnten. Zudem wurden Hausbesuche vor allem den Teilnehmenden ermöglicht, die eine eingeschränkte Mobilität hatten. Des Weiteren eröffneten Hausbesuche

einen Zugang zu Teilnehmenden, die aufgrund sozialer Phobien das Haus kaum oder nur in einem sehr eingeschränkten Radius verlassen konnten. Mit einigen Teilnehmer:innen fanden die Gespräche beim Spaziergang oder Cafébesuch statt. Darüber hinaus gab es die Möglichkeit, persönliche Treffen im Büro des BiSi-Projekts zu vereinbaren. Diese Treffen boten eine weitere Gelegenheit für den direkten Austausch, wobei der Ort für die Teilnehmenden schnell eine vertraute und unterstützende Atmosphäre annahm. Besonders bei persönlichen oder sensiblen Themen kamen Teilnehmende vorzugsweise ins BiSi-Büro. Einige Teilnehmer:innen haben die regelmäßigen Austauschtermine mit der BiSi Begleiterin bei ihrer Beschäftigung zusammen mit dem Beschäftigungsanbieter wahrgenommen. Das Vermittlungsteam richtete sich grundsätzlich nach den Wünschen der Teilnehmenden bei der Wahl des Kontaktformats.

Der Kontakt mit den Unternehmen und Organisationen wurde ebenfalls individuell gestaltet. In der Regel fand der Austausch per E-Mail oder Telefon statt, aber auch persönlich. E-Mail und Telefonkontakte betrafen vor allem administrative Fragen oder Terminabsprachen. Für Reflexionsgespräche und Angelegenheiten zur Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden und dem BiSi-Vermittlungsteam wurde Wert daraufgelegt alle drei Parteien einzubinden, indem die Termine direkt und von Angesicht zu Angesicht in den Unternehmen stattfanden.

Mithilfe des direkten, regelmäßigen Kontakts mit den Teilnehmenden konnte das BiSi-Vermittlungsteam sich ein Eindruck von den Herausforderungen, Bedürfnissen und Ressourcen der Teilnehmenden verschaffen. Die Regelmäßigkeit der Termine stärkte den Beziehungsaufbau und reduzierte die nicht selten vorhandene soziale Isolation. Besonders die Hausbesuche schufen eine vertrauensvolle Atmosphäre und befähigten Teilnehmende in gewohnter Umgebung offener über ihre persönliche Lebenssituation zu sprechen. Hierbei konnten zudem potenzielle, noch ungenutzte Ressourcen erkannt werden, wie zum Beispiel ein eigener Computer oder eine Nähmaschine, die über längere Zeit nicht mehr im Gebrauch waren.

Gleichwohl war die Kontaktfrequenz und -intensität je nach Bedarf der teilnehmenden Personen flexibel. Ziel war verfügbar zu sein, wenn das BiSi-Team gefragt war, ohne aufdringlich zu sein.

Die ersten Termine, wie die Informationsveranstaltungen und Kennenlerngespräche sowie Hausbesuche, wurden zum Teil von Personen aus dem privaten Umfeld der Teilnehmenden begleitet. Zudem begleiteten in vielen Fällen Bezugsmitarbeitende aus der Eingliederungshilfe die Teilnehmenden. Das BiSi-Vermittlungsteam hatte anfangs dazu eingeladen in den Erstterminen auf Wunsch eine Begleitperson mitzubringen. Das Einbinden sozialer Ressourcen und/oder professioneller Hilfen von Anfang an, hat vielen Teilnehmenden Ängste vor dem neuen Angebot genommen.

Neben den verschiedenen Kontaktformen wurden, im Sinne des personenzentrierten Ansatzes, immer unter Einbindung des Wunschs und Willens der Teilnehmenden, individuelle Wege erkundet, den Zugang zur Beschäftigung zu fördern. So wurden Mobilitätstrainings mit dem öffentlichen Personennahverkehr jeweils in Abstimmung mit der ambulanten Eingliederungshilfe angeboten. Auch Spaziergänge mit den Teilnehmenden schufen beispielsweise eine entspannte Atmosphäre und halfen bei der Erkundung potenzieller lokaler Beschäftigungsangebote im Sozialraum. Einige Teilnehmende wurden bei Fahrtwegen und teilweise zu Beginn auch bei der Beschäftigung begleitet.

5.1.1.5 Vermittlung

Akquise

Über die Projektzeit hinweg wurden verschiedenste Unternehmen und Organisationen kontaktiert. Über Klein-, Mittel- und Großunternehmen, bis hin zu lokalen Gemeinden und Vereinen, auf regionaler und teils überregionaler Ebene. Beschäftigungsmöglichkeiten wurden von Gärtnereien, über den Bereich der Tierpflege, den Einzelhandel, Hotelbetriebe, den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, Pflegeheime, Gebrauchsgüterhandel, Ateliers, Vereine bis hin zu öffentlichen Einrichtungen vermittelt. Das Vermittlungsteam hat auf unterschiedlichsten Wegen zu Unternehmen und Organisationen Kontakt aufgenommen. Je nach dem Grad der Vorabbeziehung wurde „warm“ oder „kalt“ akquiriert.

Kaltakquise erfolgte, wenn mit den potenziellen Anbietern noch keinerlei vorherige Beziehung oder Kontakt bestand. Die Kaltakquise im Rahmen des Projekts BiSi erfolgte durch Telefonanrufe oder E-Mails, wie auch persönliche Ansprache. Es kam mehrfach vor, dass Teilnehmende Unternehmen vorgeschlagen haben bei denen sie gerne beschäftigt

wären, die z.B. in ihrem Wohnumfeld lagen. Grundsätzlich waren die Rückmeldung der potenziellen Beschäftigungsanbieter unterschiedlich: Von gar keiner Reaktion bis großem Interesse war alles dabei. Vor allem bei kleinen Betrieben haben sich Besuche vor Ort bewährt. Unserer Erfahrung nach waren es besonders die Mittel- und Großunternehmen, bei denen es komplizierter war einen Kontakt herzustellen, da sich erst herauskristallisieren musste, wer die richtige Ansprechperson ist. Telefonisch verbrachte das Team oftmals lange Zeiten in Warteschleifen, die nach einer Weile automatisch unterbrochen wurden oder nicht an die passende Abteilung oder Kontaktperson geleitet werden konnten. Die Herausforderung bei der Kaltakquise war naturgemäß, dass der Kontakt aus dem „Nichts“ kam. Zudem musste eine Balance gefunden werden nicht als aufdringlich wahrgenommen zu werden und gleichzeitig nicht zu früh aufzugeben. Gleichzeitig war für das Vermittlungsteam bei der Akquise immer der Wille des Teilnehmenden leitend, sodass auch vermeintlich ungewöhnliche potentielle Beschäftigungsstellen recherchiert und/oder aufgesucht wurden: u.a. Bestatter, Spielhallen und Tatortreiner.

Warmakquise kam dann zum Einsatz, wenn zu den potenziellen Anbietern bereits eine gewisse Beziehung oder ein vorheriger Kontakt bestand. Im Fall des Vermittlungsteams bestanden Kontakte dadurch, dass die Fachkräfte des BiSi-Teams die Unternehmen aus dem privaten Umfeld kannten oder z.B. dort Kunden sind. Auch auf Empfehlungen hin oder aus vergangenen beruflichen Kontexten wurden Unternehmen kontaktiert. Die Erfolgsquote in der Warmakquise war in der Regel etwas höher, da die potenziellen Anbieter bereits Vertrauen zur Organisation und/oder der Fachkraft aus dem Vermittlungsteam hatten.

Grundlage bei den „Sondierungsgesprächen“ mit Unternehmen war immer, dass die mögliche Kooperation einen Mehrwert für beide Seiten hat, also sowohl für den:die Teilnehmer:innen als auch für das Unternehmen. Ziel war nicht, dass die Unternehmen aus reiner Menschenfreundlichkeit zu einer Zusammenarbeit bereit sind, sondern dass sie in welcher Form auch immer einen konkreten Nutzen davon haben. Wenn ein solcher nicht erkennbar war, kam eine Zusammenarbeit nicht zustande.

Im Rahmen des Projektes wurden rund 300 Unternehmen und Organisationen in Bielefeld kontaktiert.

Vereinbarung

In dem Moment, wenn die Beteiligten sich auf eine konkrete Zusammenarbeit verständigt hatten, wurde eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem:der Teilnehmer:in, dem Unternehmen und Bethel.regional aufgesetzt und unterschrieben. Darin wurden alle wesentlichen Punkte geregelt:

- Ziel
- Zeitraum
- Umfang
- Ort
- Ansprechpartner:in
- Prämie/Entgelt/Zuschuss zum ÖPNV Ticket
- Abwesenheiten
- Datenschutz
- Versicherung
- Beendigung der Vereinbarung

Beschäftigungsbereiche

Das Vermittlungsteam handelte nach dem Wunsch und Willen der Teilnehmenden und suchte individuell nach passenden Beschäftigungsplätzen. Menschen mit Behinderungen haben genauso wie alle anderen Menschen unterschiedliche Interessen, Fähigkeiten und berufliche Vorstellungen. Sie streben genauso nach Chancen, Zielen und Beschäftigungsmöglichkeiten, die für ihre persönliche und berufliche Entwicklung förderlich sind. Die erreichte Vielzahl an abgedeckten Branchen ist hervorzuheben. Hier ist eine Übersicht über die Branchen, mit denen eine Kooperationsvereinbarung eingegangen wurde und somit eine Vermittlung erfolgte:

Branche	Beschäftigungsplatz
Dienstleistungssektor	- Café - Gaststätte - Hunde ausführen - Gebäudereinigung
Energie und Umwelt	- Schrotthandel - Friedhofsgärtnerei - Tierpflege sowie Pflanzenpflege
Einzelhandel	- Tier- und Pflanzenbedarf - Gebrauchtwarenhandel (Elektronikabteilung, Textilabteilung) - Buchhandlung - Fahrradladen - Gartencenter
Gesundheitswesen und Biotechnologie	- Betreuungsdienst in Seniorenheimen - Covid19 Testungen im Seniorenheim - Service Kraft im Krankenhaus
Gestaltung, Kunst und Medien	- Ateliers: Erstellung eigener Kunstwerke, Austausch und gegenseitiges Feedback zu künstlerischen Arbeiten, Mitwirkung bei Herstellung von Bühnenbildern, koordinierende Aufgaben in Atelieregemeinschaft - Museumsaufsicht - Grafikgestaltung - Etikettierung von Büchern - Katalogisierung von Büchern - Hotelbetrieb (Service, Küche) - Kräuterwanderungen, -workshops, und -vorträge
Verkehr und Logistik	- Lagerarbeiten in einer Spedition
Öffentlicher Sektor und Verwaltung	- Verwaltung im Seniorenheim - Verwaltung Fahrdienste - Stadtbibliothek - Inklusionsplanung Stadt Bielefeld
Sozialer Bereich	- Internationales Begegnungszentrum - Kindergarten - Schule - Peerberatung - Mitarbeit in Gartenbereich Tagesgestaltender Angebote

5.2. Beispielhafte Verläufe

a. Beispiel 1

Eine Teilnehmerin hatte schon lange den Traum, in der Zukunft beruflich mit Kindern zu arbeiten. Sie konnte auf eine wertvolle Erfahrung in diesem Bereich zurückblicken, da sie in der Vergangenheit Praktika in Kindertagesstätten absolviert hatte und zudem einen qualifizierten Betreuungsschein erworben hatte. Ihre Sprachkenntnisse, sie spricht drei Sprachen, und ihr interkultureller Hintergrund, bedingt durch ihre türkisch-deutsche Herkunft, gaben ihr zusätzliche Kompetenzen.

Im Rahmen des BiSi-Projekts konnte die Teilnehmerin, auf eigenen Wunsch, verschiedene berufliche Bereiche ausprobieren. Zunächst sammelte sie Erfahrung mit Büroarbeiten, indem sie über mehrere Wochen hinweg für einen Verband von Künstler:innen tätig war, in dem sie Bücher katalogisierte und Daten in ein Computerprogramm eintrug. Doch schnell merkte sie, dass ihr Herz nicht für den Bürobereich schlug – ihr Wunsch, in den sozialen Sektor zu wechseln, wurde immer klarer. Sie entschloss sich, in einem Seniorenheim zu arbeiten, das eine Aufsichtsperson und Tester:in für Covid-19 benötigte, um den Ein- und Ausgangsverkehr der Einrichtung zu regeln und zu testen. Nach einer Schulung nahm die Teilnehmerin ihre Aufgaben mit großer Sorgfalt wahr und war stolz auf das, was sie leistete.

Zu Beginn hatte sie Bedenken, dass ihr Kopftuch zu einer sozialen Barriere werden könnte – eine Sorge, die aus eigenen negativen Erfahrungen resultierte, bei denen sie in der Vergangenheit aufgrund ihres Kopftuchs von Arbeitgebern abgelehnt worden war. Diese Unsicherheiten schienen jedoch bald zu schwinden. Bei Besuchen in der Einrichtung wurde sichtbar, wie zufrieden die Teilnehmerin mit ihrer Arbeit war.

Mit der Zeit wuchs der Wunsch, noch intensiver mit Menschen zu arbeiten, und so entschloss sie sich, ihre Tätigkeit innerhalb des Seniorenheims zu wechseln, hin in den Bereich des Betreuungsdienstes. Sie übernahm zunehmend Verantwortung, von der Essensausgabe bis hin zur Einzelbetreuung von Bewohnern. Die anfängliche Sorge, aufgrund ihres Kopftuchs Vorurteilen ausgesetzt zu sein, schien längst überwunden. Sie fühlte sich zunehmend sicherer in ihrer Rolle und nahm die Herausforderung mit einer beeindruckenden Haltung an.

Dann jedoch ereignete sich ein Wendepunkt: Ein privater Autounfall führte dazu, dass die Teilnehmerin über längere Zeit ausfiel. Sie litt unter Panikattacken und starken Rückenbeschwerden, was das Fahren zur Beschäftigung für sie zu einer großen Herausforderung machte. Doch auch in dieser schwierigen Phase zeigte sie erstaunliche Resilienz. Sie stand in regelmäßigem Kontakt mit dem BiSi-Vermittlungsteam, und begann nach einiger Zeit das Fahren wieder zu üben. Langsam aber sicher konnte sie die Unfallstelle passieren, und trotz ihrer körperlichen Beschwerden nutzte sie den öffentlichen Personennahverkehr, um zu ihrer Beschäftigungsstelle zurückzukehren.

Im Laufe dieser Zeit fasste die Teilnehmerin wieder Mut und äußerte ihren großen Traum: Sie wollte mit Kindern arbeiten. Die Erfahrungen aus den verschiedenen Beschäftigungsstellen hatten ihr nicht nur neue Motivation gegeben, sondern auch ihr Selbstwertgefühl gestärkt. Der neue Elan führte dazu, dass sie sich entschloss, eine Ausbildung zur Kinderpflegerin zu beginnen. In enger Zusammenarbeit mit der Eingliederungshilfe und dem BiSi-Vermittlungsteam wurden verschiedene Einstiegsmöglichkeiten und Wege zur weiteren Unterstützung in diesem Bereich recherchiert und vorbereitet. Heute hat die Teilnehmerin bereits ihren Ausbildungsvertrag unterschrieben und steht am Anfang eines neuen Kapitels in ihrer beruflichen (und persönlichen) Laufbahn.

Dieses Fallbeispiel zeigt eindrucksvoll die bemerkenswerte Resilienz und Entschlossenheit der Teilnehmerin. Trotz negativer Erfahrungen, teilweise auch Diskriminierung aufgrund ihres Migrationshintergrundes, war sie stets bereit, neue Wege zu gehen und sich erneut auf den Arbeitsmarkt einzulassen. Ihre Geschichte ist ein inspirierendes Beispiel dafür, wie Menschen, selbst nach Rückschlägen, den Mut finden können, ihre Träume zu verfolgen und ihre Ziele zu erreichen.

b. Beispiel 2

Ein Teilnehmer kam zu BiSi, der eine EU Rente bezog, die gerade nicht weiter bewilligt worden war, wogegen er Widerspruch eingelegt hatte. Er war als Verkäufer ausgebildet, konnte aber schon rund zehn Jahre aufgrund seiner Erkrankung keiner Beschäftigung mehr nachgehen. Er war sehr zurückhaltend. Seine Interessen lagen beim Gaming und bei japanischen Comics und Filmen. Das hat das BiSi-Vermittlungsteam aufgegriffen. Es gab eine Möglichkeit der Beschäftigung im Japanischen Garten, auch im Service eines

Hotels nahe dem japanischen Garten in Bielefeld. Gleichwohl war der Teilnehmer nicht überzeugt. Es bot sich auch eine Möglichkeit in der Stadtbibliothek, die regelmäßig ein Gamingangebot bietet, dort als Aufsicht tätig zu sein. Letzteres erwies sich aber im individuellen Fall als zu laut. Ein Verlag, der auch Mangas verlegt, wurde angefragt, Kontakt mit der Deutsch-Japanischen Gesellschaft aufgenommen.

Der Teilnehmer wusste klar, was er nicht wollte: In einer Metall- oder Holzwerkstatt oder im Bereich Elektro zu arbeiten. Große Menschenmassen sollten auch nicht um ihn herum sein.

Auf der Suche nach einer Tätigkeit in einem ruhigen Umfeld, kam über ein Hinweis auf ein Museum in Bielefeld. Dort wurde angefragt, ob eine Tätigkeit als Aufsicht möglich wäre. Dies war grundsätzlich der Fall. Zu diesem Zeitpunkt befand sich der Teilnehmer seit etwa 15 Monaten in der Vermittlung des Projektes BiSi. Was auf den ersten Blick ein Nachteil war, nämlich, dass der Teilnehmer sich zunächst nur kurze Beschäftigungseinsätze von 1-2 Stunden zutraute, verwandelte sich in einen Vorteil: Er begleitete insbesondere Schulklassen als Aufsicht am Vormittag. Diese Dienste waren für andere Mitarbeitende des Museums nicht so attraktiv, da man nur eine kurze Einsatzzeit und damit eine geringere Bezahlung bei gleichem Anfahrtsweg hatte.

Zu Beginn wurde er zur Arbeit mit dem Auto gebracht, weil das Fahren mit dem ÖPNV für ihn nicht möglich war. Später war eine Nutzung des ÖPNV zusammen mit einer Begleitung möglich. Dies wurde immer wieder gemeinsam erprobt. Heute nutzt er den ÖPNV selbstverständlich und autonom.

Bei diesem Teilnehmer verlief die Zusammenarbeit mit der ambulanten Eingliederungshilfe besonders gut: Immer sehr abgestimmt Hand in Hand.

Anfangs hat der Teilnehmer im Museum die Besuchergruppen als zweite Aufsicht begleitet, d.h. eine erfahrene Kollegin oder ein erfahrener Kollege war als Aufsicht ebenfalls vor Ort. Mit der Zeit erwies sich, dass dies nicht mehr nötig war und er alleine die verantwortliche Aufsicht war. Noch vor Ende der Projektzeit bekam der Teilnehmer vom Museum das Angebot dort einen Minijob zu beginnen. Das hat er erfolgreich getan! Mittlerweile hat er eine Teilzeitstelle in einem anderen großen Museum aufgenommen.

Diese Zusammenarbeit zeigt, dass der gemeinsame Prozess Zeit und Vertrauen braucht. Es hilft nicht „am Gras zu ziehen“.

Dem Teilnehmer war es ein Anliegen, nachdem er erkannt hatte, dass ihm das Angebot BiSi einen Mehrwert bietet, dass auch andere Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung von BiSi profitieren können. Er nahm gemeinsam mit einem Vorstandsmitglied der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel, seiner Chefin im Museum und dem BiSi Vermittlungsteam an der großen ConSozial Messe in Nürnberg im Oktober 2024 teil. Er berichtet dort vor Fachbesuchern seine Erfahrungen mit BiSi. Zu diesem Zeitpunkt hatte er über zehn Jahre nicht mehr außerhalb seiner Wohnung übernachtet und tat dies nun gleich mehrfach im Hotel in einer ihm nicht bekannten Stadt.

Um diesen Zeitpunkt herum kam eine Anfrage des ZDF, das einen Beitrag über BiSi senden wollte. Gesucht war ein:e Teilnehmer:in, der oder die sich vorstellen konnte sich bei der BiSi-Beschäftigung filmen zu lassen und über die gemachten Erfahrungen zu berichten. Bestärkt durch die guten Erfahrungen auf der ConSozial und dem Anliegen, dass noch mehr Menschen Unterstützung durch BiSi bekommen sollen, hat der Teilnehmer beherzt zugesagt. Der Beitrag ist in der Mediathek des ZDFs zu sehen!

b. Beispiel 3

Eine dritte Teilnehmerin, die Erwerbsminderungsrente erhält und am Projekt BiSi teilnahm, zeigte sich von Beginn an als aufgeschlossen und motiviert. Sie äußerte den Wunsch, durch eine Beschäftigung häufiger das Haus verlassen zu können. Während der Kennenlernphase traten jedoch auch große Unsicherheiten und Misstrauensgefühle auf, sodass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung besonders im Fokus stand. Mit der Zeit fühlte sich die Teilnehmerin sicherer und besser verstanden. Da sie schon immer eine Faszination für alte Dinge und Secondhand hatte, entstand schnell die Idee einer Beschäftigung in einer Recyclingbörse. Nach mehreren Anfragen konnte eine Kooperation mit einer Gebrauchtwarenbörse etabliert werden. Dort begann sie mit 1,5 Stunden pro Woche, steigerte ihre Arbeitszeit nach einiger Zeit auf 3 Stunden wöchentlich. Anfangs schien dies ein idealer Arbeitsplatz für sie zu sein. Sie hatte Freude am Sortieren, Stöbern sowie am Bewerten und Aufbereiten von Kleidung. Im Verlauf zeigten sich jedoch erneut die Herausforderungen ihrer Erkrankungen. Unsicherheiten und Misstrauen nahmen wieder zu,

was zu Überforderung und Fehlzeiten führte. Anfangs fiel es ihr schwer, sich bei Abwesenheit abzumelden, weshalb sie immer wieder motivierende Gespräche benötigte. Aufgrund von Diskriminierungs- und Mobbing Erfahrungen aus der Vergangenheit war die Zusammenarbeit mit Kolleg:innen immer wieder eine Herausforderung. Die Teilnehmerin fühlte sich häufig gemobbt, sodass eine kontinuierliche Begleitung unerlässlich war. Mehrere Gespräche, auch innerhalb des Unternehmens, konnten die Situation vorübergehend verbessern. Nach etwa einem Jahr kam es jedoch zum Abbruch der Beschäftigung, da sie sich durch eine neu eingestellte Mitarbeiterin so diskriminiert fühlte, dass eine Klärung nicht mehr möglich war. Es kam erneut zu erhöhten Fehlzeiten und in gemeinsamer Absprache wurde die Vereinbarung beendet. Im Anschluss machte die Teilnehmerin zunächst eine Pause, die Kontakte zum BiSi-Team blieben jedoch weiterhin bestehen.

Nach einigen Wochen fand sie eigenständig eine neue Beschäftigungsmöglichkeit in ihrer Nähe. Auf einem Abenteuer Spielplatz für Kinder und Jugendliche mit Tieren wie Hühnern, Kaninchen und Schafen. Da sie früher eine Ausbildung zur Tierpflegerin absolvierte, war es ihr Wunsch, wieder in diesem Bereich tätig zu sein. Über die Kontaktaufnahme des BiSi-Teams konnte eine Kooperation entstehen und sie begann dort mit 3 Stunden pro Woche. Die Mitarbeiter:innen zeigten sich von Anfang an offen und freundlich. So durfte sie beispielsweise ihre Wäsche kostenlos waschen, als ihre Waschmaschine kaputtging. Die Versorgung der Tiere bereitete ihr Freude, und sie engagierte sich aktiv. Aber auch hier traten nach einiger Zeit bekannte Verhaltensmuster auf, ähnlich wie bei der ersten Beschäftigung. Sie empfand, dass bestimmte Praktikantinnen und Kolleginnen sich ihr gegenüber nicht fair verhielten und sie nicht als Teammitglied akzeptierten. Mehrere Gespräche wurden geführt, um Missverständnisse und unterschiedliche Wahrnehmungen zu klären und zu reflektieren. Aufgrund dessen und mehrfach auftretender somatischer Erkrankungen musste sie erneut eine längere Pause einlegen. Durch kontinuierliche, motivierende und wohlwollende Kontakte konnte ein Wiedereinstieg ermöglicht werden. Zudem wurden feste Gesprächstermine zwischen der Teilnehmerin, der Leitung und der Mitarbeiterin des BiSi-Teams vereinbart, um Unsicherheiten und negative Gefühle zu besprechen und gemeinsam zu reflektieren. So konnte der Beschäftigungsplatz erhalten werden und die Unsicherheiten der Teilnehmerin wieder verringert werden.

5.3 Rückmeldungen von Kolleg:innen der ambulanten Eingliederungshilfe

Aus Vertrauen wird Selbstvertrauen

Als ich im Frühjahr 2022 auf das Projekt BiSi aufmerksam gemacht wurde, dachte ich „Na-ja, wieder mal ein gut gemeintes Projekt.“ Ich war skeptisch.

Was mich aber begeisterte, war das Versprechen eines niedrigschwelligen und auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer*innen abgestimmte Ansatzes. Ich schlug einem langjährigen Klienten der Eingliederungshilfe vor, zu überlegen am Projekt teilzunehmen. Und ich kann sagen, das Versprechen wurde gehalten. Vom Erstgespräch, während der Vermittlung von und der Begleitung bei verschiedenen Beschäftigungsstellen, die dann nicht infrage kamen. Schließlich beim Finden und der Begleitung der regelmäßigen Arbeit bei der Beschäftigungsstelle in einer Institution von der der Teilnehmer am Ende seiner Projektteilnahme in ein geringfügiges Arbeitsverhältnis übernommen wurde. Der Teilnehmer, seine Wünsche und Bedürfnisse und keine Vermittlungsquote standen im Mittelpunkt. Es entstand eine von Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung geprägte Beziehung. Der Teilnehmer konnte sicher sein, dass alle Beteiligten daran interessiert sind, dass es für ihn gelingt.

Es ist für ihn gelungen, um genau zu sein, es ist ihm gelungen, Schritt für Schritt weiter zu gehen. Aus Vertrauen wuchs Selbstvertrauen und das führte ihn weiter als er zu Beginn des Projekts zu träumen gewagt hätte. Auf der Grundlage der aus der Beschäftigung während des BiSi Projekts hervorgegangenen Stelle im Rahmen von 20 Stunden im Monat konnte er bei einer anderen Institution eine feste Arbeitsstelle mit 22,5 Stunden pro Woche(!) finden.

Er ist sehr stolz darauf, nach sehr langer Zeit wieder sein eigenes Geld zu verdienen und nicht mehr auf die Unterstützung durch das Jobcenter angewiesen zu sein. Das BiSi Projekt hat sein Leben verändert. Genauer gesagt: Der Teilnehmer hat die Möglichkeiten des Projekts genutzt, um sein Leben zu verändern. Er kann sehr stolz auf sich und das Erreichte sein. Ich als sein Bezugsmitarbeiter der Eingliederungshilfe bin stolz auf ihn.

Aus meiner Sicht sollte das BiSi Projekt unbedingt eine Regelleistung werden. Insbesondere die Niedrigschwelligkeit und die Fokussierung auf die Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer*innen stellen für mich eine sehr sinnvolle Erweiterung der Hilfe-möglichkeiten für Menschen mit seelischen Erkrankungen/ Beeinträchtigungen dar.

Michael Juling | Diplom-Sozialpädagoge

Erfahrungsbericht zum Projekt BiSi – Beschäftigung im Sozialraum inklusiv

Als Sozialarbeiterin in der ambulanten Eingliederungshilfe erlebe ich das Projekt BiSi als große Bereicherung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die oft wenig Chancen auf wirksame Teilhabe insbesondere als Beschäftigungsmöglichkeit in einem beruflichen Kontext haben.

BiSi schafft inklusive Beschäftigungsmöglichkeiten im Sozialraum – von gemeinnützigen Bereichen bis zum ersten Arbeitsmarkt – und folgt dem Prinzip „erst platzieren, dann trainieren“. Teilnehmende können ohne lange Vorbereitungsphase starten und sich in einem geschützten Rahmen ausprobieren – ohne Leistungsdruck und mit viel Rückversicherung. Ziel ist es, soziale Kontakte, Tagesstruktur zu schaffen und Beschäftigung in einem Bereich des eigenen Interesses zu ermöglichen. Das Projekt schließt damit eine wichtige Lücke sowohl unterhalb der Schwelle des ersten Arbeitsmarktes als auch beschützter Angebote wie WfbM oder Werktherapien, die nicht für jede Klientin oder jeden Klienten passend sind.

Besonders beeindruckt hat mich die Entwicklung einer jungen Klientin Anfang 30, die bisher nie eine Arbeitsmöglichkeit in Betracht gezogen hatte. Ihr wurde in der Vergangenheit oft vermittelt, sie sei „zu dumm“ oder nicht belastbar genug, wodurch sie nie gefördert wurde und kaum Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten hatte. Durch das BiSi-Projekt konnte sie erstmals erleben, wie erfüllend und sinnstiftend eine Tätigkeit sein kann. Sie begann, sich selbst mehr zuzutrauen, entdeckte ihre eigenen Stärken und entwickelte den Wunsch, sich beruflich weiterzuentwickeln – inzwischen möchte sie sogar eine Ausbildung beginnen.

Für meine Arbeit ist Projekt BiSi daher ein bereicherndes Instrument: Es eröffnet Teilhabe, Sinnstiftung und das Erlebnis, selbst wirksam zu sein.

Staatlich geprüfte Sozialarbeiterin

6. ERGEBNISSE

Anschlussperspektiven der Teilnehmer:innen nach dem Modellprojekt

Das Modellprojekt BiSi hat für die Teilnehmer:innen am 30.11.2024 geendet. Ziel des Vermittlungsteams war es möglichst vielen Teilnehmer:innen, die einer Beschäftigung im Rahmen von BiSi nachgingen, eine fortdauernde Perspektive bei dieser Beschäftigung zu bieten:

- Ein Teilnehmer hat seit 12.02.2024 eine Tätigkeit bei einer Firma im Rahmen eines ausgelagerten Arbeitsplatzes einer WfMmB aufgenommen.
- Ein zweiter Teilnehmer hat ab März 2025 einen ausgelagerten WfMmB Platz im Einzelhandel aufgenommen, der ab August 2025 eine zweijährige Ausbildung beginnt.
- Eine Person hat am 01.10.2024 einen Minijob angenommen.
- Eine weitere Person hat einen Minijob nach dem Projekt aufgenommen.
- Ein Teilnehmer hat ab 01.12.2024 eine Teilzeitstelle (15 Stunden) auf dem ersten Arbeitsmarkt durch eine Förderung über den §16i SGB II aufgenommen.
- Eine weitere Teilnehmerin hat ebenfalls eine Teilzeitstelle (19,5 Stunden) seit dem 15.02.2025 durch eine Förderung über den §16i SGB II aufgenommen.

In allen sechs Fällen konnten die Teilnehmer:innen ihre über BiSi begonnene Beschäftigung fortführen.

Für weitere Teilnehmer:innen ergaben sich andere Perspektiven:

- Eine Teilnehmerin strebt eine Ausbildung an, die im August 2025 begonnen hat,
- zwei Teilnehmer:innen verfolgen das Ziel eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen,
- vier Teilnehmer:innen konnten ihre Beschäftigung, die sie über BiSi gefunden haben, in einem ehrenamtlichen Rahmen weiterführen.
- elf Anträge zur Weiterführung der BiSi-Beschäftigung an den LWL und eine Kommune wurden seitens der Teilnehmer:innen abgeschickt, ein weiterer ist geplant.

Vier Teilnehmer:innen konnten aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung zu diesem Zeitpunkt keiner weiteren Beschäftigung nachgehen.

Zu Beginn des Projektes war nicht zu erwarten, dass etwa 4/10 der Teilnehmer:innen unabhängig von BiSi ihre Beschäftigung fortführen könnten. In der zwischen einer teilnehmenden Person, dem Unternehmen und BiSi getroffenen Vereinbarung heißt es „Die Parteien sind sich darüber einig, dass der Fokus dieser Teilnahme- und Beschäftigungsmöglichkeit nicht auf der Erbringung einer verwertbaren Leistung liegt. Der Teilhabe- und Beschäftigungsplatz dient vielmehr ausschließlich der Realisierung sozialer Teilhabe.“

Das weitere 4/10 der bisherigen Teilnehmer:innen das Angebot BiSi weiterführen wollen und entsprechende Anträge gestellt haben, zeigt welche Motivation bei den Teilnehmenden vorhanden ist. Sie wollen einer für sie passenden sinnvollen Beschäftigung nachgehen.

Dauer Beschäftigung	Anzahl Teilnehmer:innen	Details
> 2 Jahre in Beschäftigung	4	Davon 1 durchgängig im selben Unternehmen Davon 3 jeweils in zwei Unternehmen tätig
> 1,5 Jahre in Beschäftigung	10	Davon 4 jeweils durchgängig im selben Unternehmen Davon 3 jeweils in zwei Unternehmen tätig
> 1,0 Jahre in Beschäftigung	7	Davon 4 jeweils durchgängig im selben Unternehmen Davon 1 jeweils in zwei Unternehmen tätig
> 0,5 Jahre in Beschäftigung	3	Davon 2 jeweils durchgängig im selben Unternehmen Davon 1 in zwei Unternehmen tätig
< 0,5 Jahre in Beschäftigung	9	Davon 7 jeweils durchgängig im selben Unternehmen Davon 2 in zwei Unternehmen tätig

Ohne Beschäftigung waren 6 Teilnehmer:innen.

7. FAKTOREN DES GELINGENS

Gelingensfaktoren bei Teilnehmenden

Das Vermittlungsteam des Projekts BiSi handelte wie bereits geschrieben grundlegend nach dem **Personenzentrierten Ansatz**. Hierbei werden die individuellen Bedürfnisse, der Wille und die Ziele der einzelnen Teilnehmenden in den Mittelpunkt gestellt. Der Wille des:der Teilnehmer:in entscheidet was und wann passiert und gibt damit das Tempo vor. Das Vermittlungsteam geht davon aus, dass die Teilnehmer:innen Experten in eigener Sache sind und wissen was ihnen guttut.

Wahlmöglichkeiten sind für alle Menschen wichtig. Wer selber entscheidet kann, verfügt über Autonomie. Diese Herangehensweise birgt die Chance auf einen koproduktiven Prozess und eine gemeinsame Entwicklung.

Bedeutung der Assessmentphase: Im Verlauf der Projektzeit zeigte sich immer wieder, wie entscheidend eine gründliche Assessment- beziehungsweise Kennenlernphase vor den nächsten Schritten, der Stellensuche und Vermittlung ist. Sie bildete die Grundlage für eine zielgerichtete und erfolgreiche Beratung und Vermittlung im BiSi Projekt.

Eine fundierte Selbsteinschätzung half dabei, zu erkennen, welche Tätigkeiten oder Beschäftigungsbereiche einem wirklich entsprechen und welche eher weniger geeignet sein würden. Hierbei ist anzumerken, dass Teilnehmende das Projekt BiSi auch als Möglichkeit nutzen konnten, um verschiedene Beschäftigungsbereiche auszuprobieren. Das Assessment lief als begleitender Prozess fort.

Die Kennenlernphase half dabei, vorhandene Fähigkeiten und Potenziale zu identifizieren, die vielleicht bis dahin noch nicht entdeckt waren und im Verborgenen lagen. Das konnte Chancen eröffnen, die man vorher nicht in Betracht gezogen hatte. Zudem konnten vorhandene Stärken bewusst gemacht werden, die während der Stellensuche und Bewerbung hilfreich sein konnten.

Eine detaillierte Analyse der eigenen Interessen, Werte und Lebensziele sorgte dafür, dass die Stellensuche nicht auf ein rein fachliches Match fokussiert war, sondern idealerweise auch auf die persönliche Passung zur Beschäftigungsumgebung und der jeweiligen Unternehmenskultur.

Eine gute Assessmentphase half Ziele und Prioritäten zu definieren und diente als Maßstab bei der Entscheidungsfindung.

Zum Teil zeigte die Assessmentphase auch auf, welche Fähigkeiten oder Qualifikationen möglicherweise noch fehlen, um bestimmte Tätigkeiten ausüben zu dürfen. Im Sozial- und Gesundheitswesen wurden z.B. Hygieneschulungen vor einer Beschäftigungsaufnahme benötigt.

Die Grundhaltung des Vermittlungsteams im Projekt BiSi war von dem Bemühen geprägt, ein möglichst umfassendes Verständnis für die Bedürfnisse und Herausforderungen der Teilnehmenden zu erlangen. Das Team setzte sich dafür ein, die Teilnehmenden auf ihrem individuellen Weg zu unterstützen, dabei jedoch stets flexibel und anpassungsfähig zu bleiben. Ein zentraler Aspekt der Haltung war die Bereitschaft, auch „Umwege“ zu gehen. Das bedeutet, dass der Weg zum Ziel nicht immer geradlinig und einfach ist, sondern dass es manchmal notwendig ist, kreative Lösungen zu finden oder alternative Ansätze zu wählen. Die Teammitglieder waren sich bewusst, dass jeder:jede Klient:in unterschiedliche Voraussetzungen und Vorgeschichten mitbringt, die sich oftmals nicht in vorgegebene feste Strukturen fassen lassen.

Ein wichtiger Bestandteil dieser Grundhaltung war das stetige Beachten des **Wunsches und des Willens der Klient:innen**, im Sinne des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Das Team legte großen Wert darauf, die Wünsche und Vorstellungen der Teilnehmenden in den Mittelpunkt zu stellen und in den Vermittlungsprozess einzubeziehen. Dies bedeutete, dass der Klient nicht nur als „Empfänger“ von Unterstützung wahrgenommen wurde, sondern als aktiver Mitgestalter seines eigenen Prozesses. Der Respekt vor den persönlichen Zielen und Wünschen der Teilnehmenden war daher essenziell. Eine Vermittlung auf Augenhöhe, mit dem klaren Ziel, den Klient:innen in ihrer Selbstbestimmung zu stärken, als „Expert:in in eigener Sache“, mit Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu handeln, war das Anliegen des Teams.

Das Vermittlungsteam fokussierte sich dabei besonders auf die Stärken der Teilnehmenden. Der Blick wurde vor allem auf die positiven Eigenschaften und Ressourcen gerichtet,

die jeder:jede Klient:in mitbrachte. Dies förderte nicht nur das Selbstbewusstsein der Teilnehmenden, sondern ermöglichte es auch, in schwierigen Momenten Lösungen zu finden, die auf den vorhandenen Stärken aufbauten. Das gemeinsame Ziel war es, Lösungen zu entwickeln, die nicht nur realistisch, sondern auch nachhaltig waren, sodass die Klient:innen langfristig von den erarbeiteten Strategien profitieren konnten.

In der Arbeit des Teams war die Haltung „**Jetzt erst recht**“ von großer Bedeutung. Diese Einstellung war nicht nur ein Leitmotiv in schwierigen Phasen, sondern auch ein Ausdruck des Engagements und der Entschlossenheit des Teams. Auch wenn Hindernisse (beispielsweise bürokratische Barrieren) und Rückschläge auftraten. Das Team zeigte sich durchweg lösungsorientiert und glaubte an die Möglichkeit einer positiven Veränderung, auch in Konstellationen, bei denen der Weg dorthin lang und komplex schien.

Ein weiteres wichtiges Element war der **regelmäßige Austausch und die Reflexion** innerhalb des Teams. Besonders in Phasen von Frustration oder Unsicherheit war es entscheidend, im Team offen über Herausforderungen und Emotionen zu sprechen. Der kontinuierliche Dialog und die gemeinsame Reflexion ermöglichten es, die eigene Arbeit immer wieder zu hinterfragen und anzupassen. Das hieß auch, die eigenen Vorstellungen und Erwartungen zurückzunehmen, um den Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht zu werden. Diese Flexibilität und Bereitschaft zur Anpassung zeigten eine hohe Professionalität und die Fähigkeit, auf die jeweiligen Situationen und die Teilnehmenden individuell zu reagieren.

Insgesamt war die Grundhaltung des Vermittlungsteams im Projekt BiSi von Empathie, Flexibilität, und einer tiefen Wertschätzung für die Teilnehmenden geprägt. Der respektvolle Umgang mit den Teilnehmenden, die Orientierung an ihren Stärken und Zielen sowie die feste Überzeugung, dass

jeder Schritt, auch der Umweg, zu einem langfristigen Erfolg führen kann, machten das Team zu einem wichtigen Partner für die Teilnehmer:innen auf ihrem Weg.

Niedrigschwelligkeit: Mit dem BiSi Projekt wurde ein offenes und leicht zugängliches Angebot etabliert. Ziel war es den Teilnehmenden einen möglichst unbürokratischen Zugang anzubieten. Die Praxis hat gezeigt, dass diese spezifische Personengruppe in der Regel einen Bedarf für Beschäftigungen mit einer eher niedrigeren Stundenanzahl pro Woche hat (die Mehrzahl der Beschäftigungen bewegte sich zwischen 2-8 Stunden/Woche). Der Stundenumfang wurde flexibel gehandhabt. Die Teilnehmenden konnten, wenn möglich, die Anzahl der Stunden steigern. Es war aber auch möglich, wenn nötig, die Stundenanzahl zu reduzieren, je nach ihrem Vermögen.

Anders als in klassischen Arbeitskontexten gehörte es zur Grundhaltung des Projekts BiSi **keinen Leistungsdruck** in Richtung der Teilnehmenden auszuüben. Vielmehr wird eine ggf. notwendige Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses als ein Erkenntnisgewinn angesehen, da eine Beendigung sowohl für Teilnehmende als auch für das Vermittlungsteam wertvolle Einsichten darüber liefern kann, welche Rahmenbedingungen, Aufgaben und Anforderungen besser zu den individuellen Stärken und Bedürfnissen der teilnehmenden Person passen. Diese Reflexion kann dazu beitragen, zukünftige Entscheidungen besser zu treffen und gegebenenfalls neue Perspektiven zu finden oder Anpassungen in der bestehenden Beschäftigung vorzunehmen. Die Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses wird daher als eine Gelegenheit zur Weiterentwicklung und Verbesserung des eigenen persönlichen und/oder beruflichen Weges verstanden.

Folgerichtig gab es in der Zusammenarbeit mit Teilnehmer:innen **keine Form der Sanktionierung**. Die Teilnahme am Projekt BiSi war jederzeit freiwillig, jeder und jede konnte jederzeit die Teilnahme beenden wie auch eine Beschäftigung beenden. Es ist ein großer Unterschied, ob eine Mensch etwas tun muss oder sich dafür willentlich entscheiden kann.

Alle Parteien haben grundsätzlich die Möglichkeit jederzeit kurzfristig aus einer gemeinsam getroffenen Beschäftigungsvereinbarung auszusteigen.

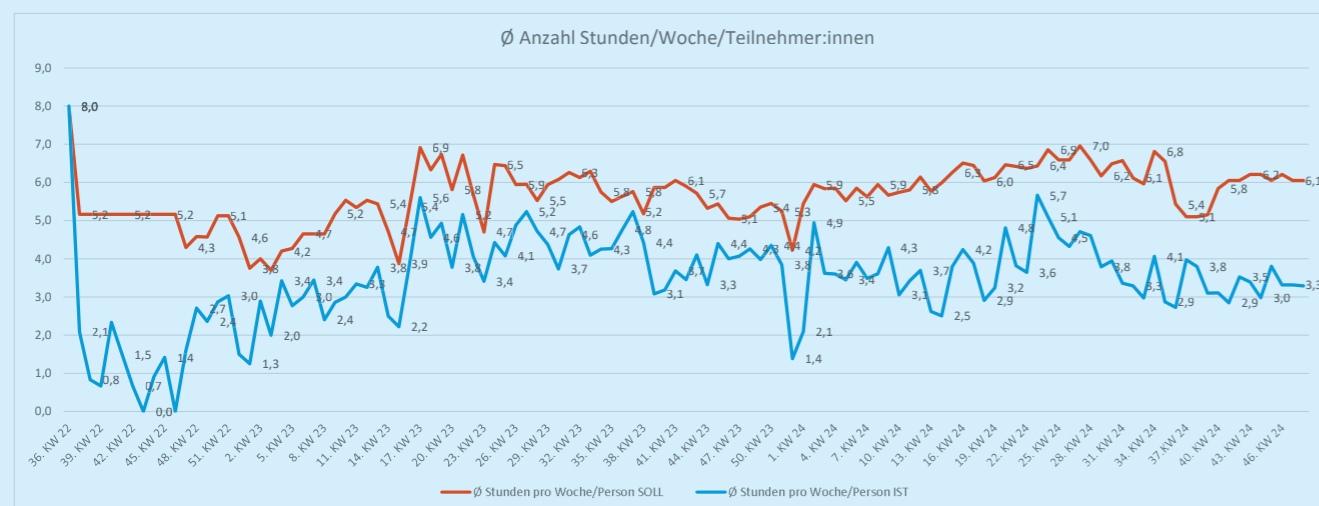
Fallen Teilnehmende krankheitsbedingt aus, informieren diese den Beschäftigungsanbieter. Ein ärztliches Attest wird vorgelegt, ist aber nicht zwingend erforderlich. Teilnehmende, die einer Beschäftigung nachgehen, erhalten einen finanziellen Beitrag in Form einer Motivationsprämie pro Beschäftigungsstunde und eines Zuschusses für ÖPNV Tickets des öffentlichen Personennahverkehrs, sodass sie ihre Beschäftigungsstelle gut erreichen können.

Für jede dokumentierte Stunde der Beschäftigung erhalten die Teilnehmenden eine Prämie in Höhe von 1,50 Euro. Die Grenze liegt bei maximal 100 Euro pro Monat entsprechend der Zuverdienstgrenzen bei Grundsicherung, Erwerbsminderungsrenten und Bürgergeld. Die Dokumentation erfolgt auf einem Stundenbogen, der von der teilnehmenden Person und dem Beschäftigungsanbieter unterzeichnet wird. Fahrtkosten wurden bis zu 29 Euro/Monat übernommen. Für Menschen, die in Bielefeld leben, einen Bielefeldpass besitzen und damit Anspruch auf ein Sozialticket haben, kostete ein reguläres Monatsticket 29 Euro (Stand 30.11.2024). Einige Teilnehmende nutzten diesen Zuschuss, um sich ein Deutschlandticket zu kaufen. Für einige war dieses Ticket damit auch ein Anreiz, Städte zu erkunden und entfernte Familienangehörige zu besuchen. Im Verlauf des Projekts wurde deutlich, wie sehr diese Mobilitätsförderung das soziale Leben der Teilnehmenden bereicherte. Dies half auch soziale Ängste abzubauen und trug letztlich zu einem gestärkten Selbstbewusstsein bei.

Die Motivationsprämien wurden naturgemäß sehr individuell eingesetzt. Eine Teilnehmerin hat sich mit dem Geld einen Badeanzug gekauft, ist schwimmen gegangen und hat dadurch ihr Gewicht reduzieren können, was sie sich vorgenommen hatte. Eine andere Person hat sich eine kleine mobile Musikbox gekauft und somit ihr Zuhause für sich aufgewertet und wohnlicher gemacht.

Im Projekt BiSi verhielt es sich so, dass eine **Kooperation mit der ambulanten Eingliederungshilfe** nur auf Wunsch und mit der schriftlichen Erlaubnis der Teilnehmenden entstand. Bei etwa zwei Drittel der Teilnehmenden wurde mit der ambulanten Eingliederungshilfe zusammengearbeitet. Ein Drittel der Teilnehmenden wünschte keine Zusammenarbeit. Ein mehrfach geäußertes Grund gegen eine Zusammenarbeit war aus Sicht der Teilnehmenden,

Ø Anzahl Stunden/Woche/Teilnehmer:innen



dass sie das Projekt BiSi als neutrale Instanz betrachteten, unabhängig von ihrem bisherigen Unterstützungssystem. Des Weiteren beschrieben einige Teilnehmende sich „aus-therapiert“ zu fühlen und das BiSi Projekt als eine Art Neuanfang und Chance nutzen wollten, bei dem das BiSi-Team weder über die Diagnose, noch über die Vorgeschichte vorab informiert war.

Eine Kooperation zwischen dem BiSi-Team und den Bezugs-mitarbeitenden der ambulanten Eingliederungshilfe war aus mehreren Gründen gleichzeitig hilfreich. Die Zusammenarbeit ermöglichte eine ganzheitliche und individuelle Förderung der Teilnehmenden, sodass sowohl soziale als auch gesundheitliche Aspekte berücksichtigt werden konnten. Somit konnte die Unterstützung individuell und auf die speziellen Bedürfnisse der Teilnehmenden abgestimmt erfolgen. Darüber hinaus kannten die Bezugsmitarbeitenden viele der Teilnehmenden bereits seit Jahren und konnten auf eine bestehende Vertrauensbasis zurückgreifen, was die Zusammenarbeit weiter stärkte und die Qualität der Unterstützung förderte. Diese langjährige Beziehung ermöglichte oftmals einen besonders sensiblen und effektiven Umgang mit den Bedürfnissen der Teilnehmenden.

Die Kolleginnen des BiSi Vermittlungsteams waren aus Sicht der Teilnehmer:innen zunächst externe Ansprechpersonen, die sich der Sozialen Teilhabe durch Beschäftigung widmen. Dadurch wurde in einer Reihe von Fällen die ambulante Eingliederungshilfe entlastet und konnte mehr Zeit für andere wichtige Themen fokussiert einsetzen. Diese Form der Arbeitsteilung war mehrfach sehr produktiv.

Die Zusammenarbeit vermied Überschneidungen und doppelte Anstrengungen. Informationen konnten effizient ausgetauscht werden und die verschiedenen Hilfsangebote konnten sinnvoll miteinander kombiniert werden, ohne dass Teilnehmende wiederholt dieselben Informationen bereitstellen mussten. Die Kooperation stellte sicher, dass die Teilnehmenden nicht nur eine Beschäftigung finden, sondern auch die notwendigen sozialen, praktischen und medizinischen Hilfen erhalten, um langfristig erfolgreich und integriert am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Eine enge Zusammenarbeit ermöglichte es, individuelle Pläne zu entwickeln, die sowohl den Anforderungen der Beschäftigungsanbieter als auch den spezifischen Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht wurden.

Durch die Kooperation konnten in Hinblick auf die Anschlussperspektive der Teilnehmenden nach dem Projekt BiSi passgenaue Maßnahmen entwickelt werden, die in einigen Fällen sogar eine Chance auf eine nachhaltige Arbeitsmarktintegration ermöglichten.

Gelingensfaktoren bei Unternehmen

Das BiSi Team hat Wert daraufgelegt, dass ein **Unternehmen oder eine Organisation**, die mit BiSi kooperiert, immer auch einen **Mehrwert** davon hat und dies nicht primär aus einer gefühlten sozialen Verpflichtung heraus tut.

Unternehmen haben betont, dass sie durch ihre Beteiligung an dem Projekt BiSi nicht nur ihre soziale Verantwortung wahrnehmen, sondern auch aktiv zur Weiterentwicklung des Miteinanders in Bielefeld beitragen möchten. Sie sehen in der Zusammenarbeit eine Möglichkeit, ihre **Verbundenheit mit der Region** zu stärken und ihr Engagement für die Gemeinschaft sichtbar zu machen. Darüber hinaus könnten sie von einer positiven Wahrnehmung in der Öffentlichkeit profitieren, was ihr Image stärken kann.

Die Beteiligung am Projekt BiSi bot den Unternehmen und Organisationen zudem eine Möglichkeit zur **Personalgewinnung**. In einer zunehmend wettbewerbsintensiven Arbeitswelt legen immer mehr Bewerber:innen Wert auf die gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen. Ein Engagement in sozialen Initiativen kann daher nicht nur als Imagefaktor dienen, sondern auch als attraktives Kriterium bei der Wahl des Arbeitgeber:innens. Unternehmen, die sich aktiv an der Weiterentwicklung ihrer Region beteiligen, senden ein starkes Signal an potenzielle Mitarbeitende, dass sie nicht nur wirtschaftliche Interessen verfolgen, sondern auch das Wohl der Gemeinschaft im Blick haben.

Ein weiterer Vorteil für Unternehmen und Organisationen war die Möglichkeit, hochmotivierte und resiliente Mitarbeitende zu gewinnen. Die Projektteilnehmenden brachten oftmals (wertvolle) Erfahrungen aus herausfordernden Lebenssituationen mit, wie zum Beispiel aus psychischen Erkrankungen oder anderen Vorbelastungen. Diese Erfahrungen haben sie gelehrt, mit Rückschlägen umzugehen, Lösungen zu finden und ihre Ziele trotz schwieriger Umstände zu verfolgen. Solche Eigenschaften wie Durchhaltevermögen sind für Unternehmen und Organisationen wertvoll.

Darüber hinaus zeichnen sich diese Mitarbeitenden oft durch eine hohe Lernbereitschaft aus, da sie bereits gezeigt haben, dass sie in der Lage sind, sich an neue Situationen anzupassen und Herausforderungen zu meistern. Unternehmen, die dies erkennen und fördern, profitieren nicht nur von ihrer Fachkompetenz, sondern auch von ihrer starken inneren Motivation und ihrer Fähigkeit, in schwierigen Situationen einen klaren Kopf zu bewahren. Die Integration dieser Mitarbeitenden in den Arbeitsmarkt trägt somit nicht nur zur Diversität und Inklusion in Unternehmen bei, sondern stärkt auch deren Resilienz.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Beteiligung von Unternehmen und Organisationen war die **Übernahme von Kosten im Zusammenhang mit der Beschäftigung**. Teilweise stellten bestimmte Tätigkeiten oder Branchen Anforderungen, die für die Teilnehmenden finanzielle Barrieren darstellten, wie etwa die Notwendigkeit Hygieneschulungen im Sozial- und Gesundheitswesen nachzuweisen, Impfungen z.B. im Bereich der Tierpflege zu absolvieren, spezielle Arbeitskleidung anzuschaffen oder polizeiliche Führungszeugnisse vorzulegen. Diese zusätzlichen Kosten stellten für viele Teilnehmende grundsätzlich eine Barriere dar, um in diesen Bereichen über das Projekt BiSi einen Beschäftigungsplatz zu erhalten.

Durch die Unterstützung des Projekts BiSi wurden diese finanziellen Belastungen von den beteiligten Unternehmen und Organisationen genommen, was den Zugang zu Beschäftigungsmöglichkeiten erleichterte. Neben der finanziellen Entlastung, wurde gleichzeitig die Chancengleichheit gefördert, da die Teilnehmenden nicht aufgrund von finanziellen Hürden von bestimmten Beschäftigungsbereichen oder -möglichkeiten ausgeschlossen wurden.

Die Möglichkeit, ein **Entgelt für ihren Aufwand** (10 Euro /Beschäftigungsstunde) zu erhalten, stellte für Beschäftigungsanbieter einen Anreiz dar, mit dem Projekt BiSi zusammenzuarbeiten. Besonders für selbstständige Personen und kleinere Unternehmen, die oft mit begrenzten Ressourcen arbeiten, bietet die Prämie eine attraktive Möglichkeit, ihre Teilnahme finanziell zu unterstützen. Dies erleichterte bei Unsicherheiten hin und wieder den Einstieg in eine gemeinsame Kooperation, und schaffte die Möglichkeit, das Engagement der Anbieter durch ein entsprechendes Entgelt zu vergüten.

Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit – als weiterer Gelingensfaktor

Das Modellprojekt BiSi wurde von einer Begleitgruppe und einem Beirat regelmäßig konstruktiv, kritisch und gleichsam wohlwollend begleitet.

Zu Beginn des Modellprojektes gab es eine Pressekonferenz, weitere Pressemitteilungen folgten. Dies führte u.a. zu einer Ausstrahlung eines kurzen Beitrags über BiSi im ZDF. Artikel über das Modellprojekt BiSi wurden in Zeitungen wie auch Fachzeitschriften (Bsp. Psychosoziale Umschau, Orientierung) veröffentlicht.

In regionalen Gremien wie z.B. in der Regionalplanungskonferenz, der Plattform Beschäftigung Inklusiv der Stadt Bielefeld und der PSAG Bielefeld hat das Team seine Arbeit vorgestellt, außerdem in der Begleitgruppe des Steuerungs- und Lenkungsausschusses Eingliederungshilfe in Paderborn und im Jobcenter Dortmund.

Auf Einladung von Verbänden wie z.B. dem GPV Bielefeld, aber auch auf Kongressen, u.a. der ConSozial und der RE-HACARE, wurde das Konzept und die Erfahrungen von BiSi dargestellt.

Auf Forschungskongressen wie z.B. dem Sozialpsychiatrie-Treffen in Berguen in der Schweiz (2024) und bei dem Fachgruppentreffen „Seelische Gesundheit“ des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung in Berlin (2023) wurde über den Ansatz von BiSi berichtet

Die Leitung des Projektes BiSi hat am Landespsychiatrieplan NRW, der überarbeitet wurde, in der Untergruppe 3 Soziale Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben mitgearbeitet.

In einer Phase, als die Anschlussfinanzierung des Angebots BiSi auf der Kippe stand, hat sich die Geschäftsführung Bethel.regionals in einem offenen Brief an die Fachöffentlichkeit auf Landes- und Bundesebene gewandt, um die Notwendigkeit einer Fortführung deutlich zu machen.

8. HERAUSFORDERUNGEN

Vermittlungshemmnisse von Teilnehmenden (beispielhaft):

Macht man sich klar, welche Menschen das Projekt BiSi angesprochen hat, ist offenkundig, dass die Teilnehmer:innen stark gesundheitlich belastet sind, sowohl ihre mentale aber auch ihre körperliche Gesundheit betreffend.

Ängste haben viele Teilnehmer:innen beeinträchtigt:

Teilnehmende mit sozialen Ängsten hatten in einigen Fällen größte Schwierigkeiten ihre Wohnung zu verlassen. Dort wurden zunächst in der unmittelbaren Umgebung nach Beschäftigungsmöglichkeiten gesucht. Einige Teilnehmer:innen hatten Angst mit Bus und Bahn zu fahren. Hier wurden individuelle Mobilitätstrainings angeboten. Eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Bezugsmitarbeitenden der Eingliederungshilfe erfolgte. Nur eine kleinere Zahl der Teilnehmer:innen konnte Auto fahren.

Teilnehmende mit sozialen Ängsten suchten, zum Beispiel, Beschäftigungen mit wenig sozialen Kontakten.

Versagensängste erforderten eine besonders sensible und zeitintensive Begleitung seitens des Vermittlungsteams, wie auch seitens der Beschäftigungsanbieter.

Die Angst vor Veränderung führte bei Teilnehmenden zu Entscheidungsunfähigkeit, Vermeidung, bis hin zum Rückzug/ der Beendigung der Teilnahme am Projekt.

Aufgrund früherer Mobbing- bzw. Diskriminierungserfahrungen in vorherigen sozialen oder Arbeitskontexten ist es oftmals für die BiSi Teilnehmer:innen herausfordernd gewesen sich zu öffnen. Hemmschwellen waren groß, Ängste schoben sich in den Vordergrund, die aufgrund der bisherigen Beschäftigungslosigkeit nicht getriggert wurden.

Auch Panikattacken führten dazu, dass Teilnehmende nach Hause gehen mussten oder nicht zur Beschäftigung gehen konnten.

Aufgrund von **Traumatisierungen** konnten einige Teilnehmende beispielsweise bestimmte Orte nicht betreten. Für die Beschäftigungsplatzsuche mussten in diesem Fall bestimmte Stadtteile ausgelassen werden.

Teilnehmenden mit **Depressionen** fiel es schwer eine geordnete Tagesstruktur zu entwickeln. Hier war es u.a. wichtig, Alltagsroutinen schrittweise wiederaufzubauen und damit das Selbstbewusstsein und die Verlässlichkeit der Teilnehmenden zu stärken.

Körperliche Einschränkungen, wie zum Beispiel ein eingeschränktes Sehvermögen, geschwächtes Immunsystem, Geräuschempfindlichkeit, Schmerzen und geringe Belastbarkeit bildeten weitere Hürden bei der Vermittlung. Wenn eine Kooperation mit einem Unternehmen erwogen wurde, wurde darauf geachtet, wie der zukünftige Arbeitsplatz aussehen würde und bei Bedarf überlegt, ob Anpassungen nötig und möglich sind.

Eine Folge der gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmer:innen sind häufige Arzttermine oder Klinikaufenthalte die wiederum zu Beschäftigungsausfällen oder Anpassung von Beschäftigungszeiten führen können.

Einige Teilnehmende hatten auch **Angst vor Stigmatisierung** und der Offenlegung ihrer Erkrankungen. Teilnehmende beschrieben Sorge davor zu haben bei einer Offenlegung, von Beschäftigungsanbietenden oder Mitarbeitenden in den Unternehmen, als „die/der Kranke“ angesehen oder gar bezeichnet zu werden.

Vermittlungshemmnisse von Beschäftigungsanbietern (beispielhaft):

Während der Akquise und in der Zusammenarbeit mit Beschäftigungsanbietenden traten verschiedene Gründe auf, die eine erfolgreiche Vermittlung erschwerten oder sogar verhinderten.

Häufig stellten fehlende Kapazitäten, sowohl in Bezug auf die Bearbeitung von Kooperationsanfragen als auch auf die Wahrnehmung von Terminen, eine erhebliche Hürde dar und erschwerten die Kontaktaufnahme. Doch auch nach einer erfolgreichen Vermittlung zeigte sich, dass in einigen Fällen die zeitlichen und/oder personellen Ressourcen nicht ausreichten, um die Teilnehmenden angemessen einzuarbeiten und während des gesamten Prozesses zu begleiten. Diese Engpässe führten dazu, dass eine nachhaltige Integration zum Teil nicht wie gewünscht umgesetzt werden

konnte. Wenn diverse Maßnahmen nicht halfen dies zu verändern, wurde das Beschäftigungsverhältnis beendet.

Es kam vereinzelt vor, dass Anbietende aufgrund der psychischen Erkrankungen der BiSi-Teilnehmenden **Unsicherheiten oder Vorbehalte** äußerten. Besonders während der Kaltakquise wurden Bedenken häufig durch Fragen wie „Welche Erkrankungen haben die Teilnehmenden genau?“ oder „Haben die Teilnehmenden eine kriminelle Vorgeschichte?“ formuliert. In solchen Fällen war es wichtig, den Anbietenden die Sorgen zu nehmen und sie aufzuklären und gleichzeitig stets den Datenschutz zu wahren. Personenbezogene Angaben zur Erkrankung wurden nur nach Rücksprache mit der jeweilig teilnehmenden Person gemacht. Es hat sich als hilfreich erwiesen, auf den Datenschutz hinzuweisen und den Beschäftigungsanbietenden ein persönliches Kennenlernen anzubieten, um Missverständnisse auszuräumen. Erfreulicherweise zeigten sich die meisten Anbietenden bei einem persönlichen Gespräch sehr aufgeschlossen und begrüßten das Angebot eines persönlichen Treffens mit dem/der jeweiligen Teilnehmer:in. Äußerten Beschäftigungsanbieter während einer festen Vermittlung Unsicherheiten oder hatten sie Fragen, wurden in der Regel Klärungsgespräche vor Ort, mit den Teilnehmenden zusammen, vereinbart.

In bestimmten Beschäftigungsbereichen wurden von den Beschäftigungsanbietern spezifische **Vorkenntnisse oder Qualifikationen als Voraussetzung** für die Ausübung bestimmter Tätigkeiten erwartet. So war beispielsweise im Bereich Mediendesign ein fundiertes Fachwissen erforderlich, das über grundlegende Kenntnisse hinausging. Ebenso wurde im Bereich der Lagerlogistik das Vorhandensein eines gültigen Gabelstaplerscheins als notwendiges Aufnahmekriterium genannt, um in diesem Bereich tätig werden zu können. Diese Anforderungen spiegelten die Notwendigkeit wider, bestimmte Fachkompetenzen zu besitzen oder zu erwerben, um den jeweiligen Tätigkeiten gerecht zu werden.

Zudem spielte in einigen Fällen auch der Kosten-Nutzen-Faktor eine nicht unerhebliche Rolle bei der Entscheidungsfindung der Beschäftigungsanbieter. Es war dabei auffällig, dass insbesondere Großunternehmen und Organisationen in ihren Anfragen häufig den hohen Aufwand

betonten, der mit der Zusammenarbeit verbunden war, vor allem in Bezug auf die Terminplanung und die administrativen Tätigkeiten. Sie brachten zum Ausdruck, dass dieser Aufwand in keinem Verhältnis zu einem möglicherweise unsicheren oder unklaren Output stand. In vielen Fällen schien es den Großunternehmen und großen Organisationen daher wirtschaftlich weniger attraktiv, sich auf eine solche Zusammenarbeit einzulassen. Im Gegensatz dazu wirkten kleinere Unternehmen insgesamt flexibler und anpassungsfähiger, sowohl bei der Erreichbarkeit als auch in der Handhabung administrativer Aufgaben. Sie schienen eher bereit zu sein, die zusätzlichen organisatorischen Anforderungen in Kauf zu nehmen und zeigten ein höheres Maß an Offenheit und Bereitschaft, mit BiSi-Teilnehmenden zu arbeiten. Aufgrund der Flexibilität und Bereitschaft zur unkomplizierten Zusammenarbeit entwickelten sich vor allem die kleineren Unternehmen und Organisationen zu festen Kooperationspartnern.

In zwei Fällen wurde die Entscheidung, keine Vereinbarung mit dem BiSi-Projekt zu treffen, von **höher gestellten Entscheidungsträgern** innerhalb der Betriebe getroffen, obwohl die Leitungsebene ursprünglich einer Zusammenarbeit grundsätzlich zugestimmt hatte.

Im Rahmen einiger weniger potenzieller Beschäftigungsplätze kam es leider zu Situationen, in denen eine Vereinbarung mit dem BiSi-Projekt nicht zustande kam aufgrund dessen, dass in den betreffenden Organisationen bereits **ehrenamtliche Tätigkeiten** ausgeübt wurden, was in Konflikt mit der Prämie von 1,50 Euro/Stunde für die BiSi-Teilnehmenden stand. Nach den Aussagen der Anbieter führte die Tatsache, dass in diesen Einrichtungen oft unentgeltliche ehrenamtliche Tätigkeiten verrichtet wurden, dazu, dass die angebotene Prämie als problematisch empfunden wurde. Diese Prämie passte nicht zu der bestehenden Kultur der ehrenamtlichen Arbeit und stellte somit eine Schwierigkeit dar. Die Prämie von 1,50€/Stunde, die ursprünglich als Anreiz und Unterstützung gedacht war, verwandelte sich in manchen Fällen in ein Hindernis, das den Zugang zu potenziellen Beschäftigungsmöglichkeiten verzögerte oder verhinderte.

9.1 BEGLEITFORSCHUNG

9.1.1 Studiendesign

Die wissenschaftliche Begleitforschung des BiSi-Projektes war als prospektive Beobachtungsstudie im Multi-Method-Design mit quantitativen und qualitativen Verfahren konzipiert. Der quantitative **Forschungsschwerpunkt** bestand aus einer kontrollierten, prospektiven Prä-Post-Evaluation zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von 12 Monaten. Dabei wurden alle Teilnehmenden sowohl bei ihrem jeweiligen Projektbeginn (T1) sowie erneut nach einem Jahr (T2) mit standardisierten Erhebungsinstrumenten befragt.

Als **Hauptthese** für die quantitative Prä-Post-Evaluation wurde erwartet, dass mit der Teilnahme am BiSi-Programm eine Verbesserung der sozialen Teilhabe (Hauptoutcome) sowie der funktionalen Beeinträchtigungen und der Lebenszufriedenheit im Vergleich zu einer Gruppe ohne BiSi-Programm verbunden ist.

Alle Teilnehmenden wurden zu Beginn ausführlich über die wissenschaftliche Datenverarbeitung aufgeklärt und stimmten dieser schriftlich zu. Die **Ethikkommission** der Universität Bielefeld (Antrags Nr. 2022-046) schätzte die Durchführung der Studie als unbedenklich ein. Auch spätere Anpassungen an einzelnen Einschlusskriterien, der Wegfall der (ursprünglich geplanten) randomisierten Gruppenzuordnung sowie die Straffung des Studienbeobachtungszeitraums auf 12 Monate wurden von der Ethikkommission nochmals geprüft (Nr. 2022-046-Am). Zudem wurde die Studie vorab beim DRKS-Deutsches Register für Klinische Studien (DRKS00028798) registriert.

Die Begleitstudie war primär auf einen **Beobachtungszeitraum von 12 Monaten** ausgelegt. Das heißt, dass alle darüberhinausgehenden Entwicklungen im Rahmen des fortlaufenden BiSi-Projektes in den nachfolgenden statistischen Auswertungen unberücksichtigt bleiben. Obwohl also die zuerst in die Studie aufgenommenen Teilnehmenden (siehe nachfolgender Abschnitt) das BiSi-Angebot eine längere Zeit nutzen konnten als die Teilnehmenden, die zuletzt aufgenommen worden sind, beziehen sich alle Ergebnisse immer nur auf den einheitlichen Zeitraum der (individuellen) Projektteilnahme von 12 Monaten. Um dennoch zumindest erste Informationen über mögliche längerfristige Entwicklungen berücksichtigen zu können, wurde zusätzlich noch eine weitere Befragung (T3) in einer verkürzten Form als telefonische Verlaufskontrolle durchgeführt (siehe Abschnitt 9.2.5).

9.1.2 Rekrutierung

Zielgruppe des BiSi-Projektes waren chronisch psychisch erkrankte Menschen mit seelischen Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen, die Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags in Form des ambulant betreuten Wohnens (ABW) in Anspruch nahmen, die nicht erwerbstätig waren und auch keiner anderen regelmäßigen Arbeit, Beschäftigung oder Bildungsmaßnahme nachgingen (siehe Suer, Klein, Schäfer, Dehn 2024). Eingeschlossen wurden:

- Personen zwischen 18 und 65 Jahren,
- die mindestens ein Jahr lang keine sozialversicherungs-pflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hatten und
- aktuell erwerbsunfähig oder nicht vermittelbar auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt waren und
- die einer Vermittlung in eine WfbM (LT 25), Tagesstruktur/Werktherapie (LT 24) oder Tagesstätte (LT 22) ablehnend gegenüber standen.

Die **Rekrutierung** der Stichprobe erfolgte überwiegend im Rahmen einer 2022 durchgeführten Routinedatenerhebung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) Bielefeld. Bei dieser Erhebung (T0) füllten die Bezugsmitarbeitenden einen kurzen Fragebogen zur Lebenssituation und der beruflichen Teilhabe ihrer Klient:innen aus und erfassten auch mögliche Änderungswünsche in Bezug auf die Beschäftigungssituation. Klient:innen, die hierbei die Ein- und Ausschlusskriterien (s.o.) erfüllten und angaben, Interesse an der Vermittlung in eine Beschäftigung zu haben, wurden zu einem Aufklärungs- und Informationsgespräch an das BiSi-Team vermittelt. Dort erhielten sie detaillierte Informationen über das BiSi-Projekt und die wissenschaftliche Begleitstudie. Personen, die zwar die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, aber keine Vermittlung in eine Beschäftigung wünschten und doch Interesse an einer Befragungsteilnahme äußerten, wurden an das Forschungsteam vermittelt und dort über die Mitwirkung in der Vergleichsgruppe aufgeklärt. Die **Zuordnung** zur BiSi- bzw. Vergleichsgruppe erfolgte demnach nicht randomisiert, sondern auf Basis einer präferenzabhängigen Selbstzuordnung. Alle Befragungen wurden durch die Forschungsmitarbeitenden durchgeführt und die Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung von 12 Euro sowohl bei der ersten Befragung (T1) als auch bei der Nachbefragung nach einem Jahr (T2).

9.1.3 Messinstrumente

Zur **Erstbefragung** vor Beginn des BiSi-Programms (T1) erhielten die Teilnehmenden u.a. einen Basisfragebogen zu soziodemografischen (u.a. Alter, Geschlecht, Wohnform, Berufsanamnese), psychosozialen (u.a. Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, Ersterkrankungsalter) und gesundheitlichen Merkmalen (u.a. Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung, Vorbehandlungen, Pflegegrad-einstufung).

Mit Blick auf die primären Fragestellungen der Begleitstudie wurden zur quantitativen Erhebung der sozialen Teilhabe der OxCAP-MH- (Oxford Capabilities Questionnaire-Mental Health) und der IMET-Fragebogen (Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe) eingesetzt. Des Weiteren wurde die psychosoziale Beeinträchtigung mittels des WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule) erfasst und die Erhebung der allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde mit der etablierten Kurzskala L-1 durchgeführt. Im Folgenden werden diese Erhebungsinstrumente genauer vorgestellt.

Der **OxCAP-MH** (Oxford Capabilities Questionnaire-Mental Health; Simon et al. 2018; Łaszewska et al., 2019) erfasst subjektiv wahrgenommene Verwirklichungschancen in Bezug auf soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Er basiert auf dem Capability-Ansatz und umfasst 16 Items, die verschiedene Bereiche der Teilhabe und des individuellen Wohlbefindens abdecken, darunter: Selbstbestimmung, Meinungsäußerung, soziale Beziehungen, persönliche Sicherheit oder auch allgemeine Gesundheit und Freizeitaktivitäten. Ein Beispielitem lautet: „Ich habe Zugang zu interessanten Aktivitäten“. Die Selbsteinschätzung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala, wobei 1 „stimme überhaupt nicht zu“ und 5 „stimme völlig zu“ bedeutet. Höhere Werte sprechen für eine höhere Wahrnehmung sozialer Teilhabe und individueller Verwirklichungschancen. Der Fragebogen wird sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Praxis eingesetzt, um Interventionen zu evaluieren (Simon et al., 2018; Balázs, et al. 2023). Dabei wird der OxCAP auch als geeignete Möglichkeit empfohlen, um im Bereich der Gemeindepsychiatrischen Hilfen die Teilhabechancen und -risiken für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen empirisch zu erheben (Steinhart & Speck, 2016).

Der **IMET** (Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe) ist ein Instrument, das Beeinträchtigungen der „Aktivitäten und Teilhabe“ im Alltag gemäß dem biopsychosozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) misst. Er umfasst 9 Items, die auf einer Skala von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 10 (keine Aktivität mehr möglich) bewertet werden. Höhere Werte deuten auf stärkere Einschränkungen in der Teilhabe hin, wobei der Summenscore als Gesamtschweregrad interpretiert wird. Der IMET wird vor allem in der Rehabilitation eingesetzt, um Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten und sozialen Interaktionen zu quantifizieren (Deck et al., 2011). Die Items erfragen z.B. „übliche Aktivitäten des täglichen Lebens“ oder „Erholung und Freizeit.“ Der Fragebogen zählt zu den wenigen etablierten Instrumenten zur Messung von Teilhabe in deutscher Sprache (Pott 2015).

Der **WHODAS 2.0** (WHO Disability Assessment Schedule, 12-Item-Version) ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung funktionaler Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen, basierend auf der ICF. Die 12 Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet, die von „keine Schwierigkeiten“ (1) bis „sehr starke Schwierigkeiten“ (5) reicht. Höhere Werte zeigen größere Beeinträchtigungen an. Der WHODAS 2.0 wird sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung eingesetzt, um Behinderungen und Funktionsbeeinträchtigungen zu messen und die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen zu bewerten (Üstün, 2010). Ein Beispielitem lautet: „Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, sich für 10 Minuten auf etwas zu konzentrieren.“ Der WHODAS 2.0 umfasst sechs Bereiche: Kognition (Verstehen und Kommunizieren), Mobilität, Selbstversorgung, zwischenmenschliche Beziehungen, Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Arbeit oder Schule) und gesellschaftliche Teilhabe.

Außerdem wurde die Kurzskala zur Erfassung der Allgemeinen **Lebenszufriedenheit** (L-1) von Beierlein et al. (2021) eingesetzt, die sich auch im Sozioökonomischen Panel etabliert hat (SOEP-IS Group, 2021). Die L-1 Skala beinhaltet die globale Einzelfrage: „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“ und die entsprechende Bewertung erfolgt auf einer Antwortskala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).

9.2 ERGEBNISSE DER BEGLEITFORSCHUNG

Neben den Erhebungsinstrumenten für die primäre Fragestellung wurden in der Begleitstudie auch **weitere Instrumente** eingesetzt, die v.a. der Kontrolle gleicher Ausgangsbedingungen zwischen den Studiengruppen dienen. Hierzu zählen die Fragebögen SCL-K9 (Symptom Checklist, Klaghofer & Brähler, 2001), PHQ-9 (Patient-Health Questionnaire, Kroenke et al. 2001), GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder Modul; Hint et al. 2017) sowie die Fremdbeurteilungsskala GAF (Global Assessment of Functioning Scale, Jones et al. 1995) und das Testverfahren SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry, Purdon, 2005).

Der **SCL-K9** erfasst die allgemeine psychische Belastung anhand von neun Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala. Der **PHQ-9** erhebt den erlebten Ausprägungsgrad an Depressivität auf neun Items mittels einer 4-stufigen Likert-Skala. Der **GAD-2** besteht aus zwei Items und dient dem raschen Screening einer Angstsymptomatik. Höhere Werte in den drei Fragebögen (Selbsteinschätzung) sprechen für eine höhere Symptombelastung. Die Fremdeinschätzung des globalen Funktionsniveaus anhand der **GAF** erfolgt durch die Bezugsmitarbeitenden auf einer kategorialen Skala von 0 (schwerste Einschränkungen) bis 100 (volle Funktionstüchtigkeit). Die kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit dem Screeningverfahren **SCIP** bewertet, welches speziell für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen entwickelt wurde. Der Gesamtwert des SCIP bestimmt sich aus der Summe der Ergebnisse seiner fünf Untertests, wobei höhere Punktzahlen eine bessere kognitive Leistung anzeigen.

Zum **zweiten Messzeitpunkt** (T2), also nach 12 Monaten Projektteilnahme, wurde in der Forschungsbefragung dann noch ein selbstkonstruierter Fragebogen zur direkten Messung der erlebten **psychosozialen Veränderungen (PSV)** in den letzten 12 Monaten eingesetzt. Im Gegensatz zu einer aktuellen Zustandsbeschreibung (z.B. „ich bin mit meinem Leben zufrieden“), wird hier auf eine retrospektive Einschätzung wahrgenommener Veränderungen abgezielt. So soll hier die Frage „Wie haben sich bei Ihnen die folgenden Lebensbereiche in den letzten 12 Monaten verändert?“ für 10 verschiedene Lebensbereiche (z.B. Selbstvertrauen, Tagesstruktur oder Sozialkontakte) beantwortet werden. Die Auswahl dieser 10 Lebensbereiche integrierte u.a. das Konzept der latenten (psychologischen) Funktionen der Arbeit von Marie Jahoda (1981, vgl. auch Bähr & Colli-

schon 2022). Die Beantwortung im PSV-Fragebogen findet – in Anlehnung an den aus der Psychotherapieforschung bekannten Bochumer Veränderungsfragebogen BVB-2000 (Willutzki et al. 2013) – auf einer 7-stufigen Skala von „sehr viel schlechter“ (1) über „nicht verändert/gleich geblieben“ (4) bis zu „sehr viel besser“ (7) statt. Das Cronbachs Alpha des PSV-12 betrug in unserer Stichprobe .89 und verweist damit auf eine gute Reliabilität dieses Fragebogens. Zudem wurde zur Zweitbefragung (T2) noch eine abgewandelte Form des etablierten **ZUF-8** Fragebogens zur Patientenzufriedenheit von Schmidt & Wittmann (2002) eingesetzt, der hier auf acht Items die Zufriedenheit mit der erlebten Unterstützung im BiSi-Projekt ermittelt.

9.1.4 Statistische Analysen

Im Sinne der Haupthypothese (s.o.) wurde erwartet, dass sich in der BiSi-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe eine signifikante Verbesserung der sozialen Teilhabe (gemessen durch OxCAP/ IMET), eine Reduktion funktionaler Beeinträchtigungen (gemessen durch WHODAS) sowie eine Erhöhung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (gemessen durch L-1) zeigt. Zur statistischen Überprüfung dieser Hypothesen wurden **Varianzanalysen mit Messwiederholung** durchgeführt. Die Analysen bezogen sich dabei auf übergreifende Veränderungen im Zeitverlauf (Haupteffekt „Zeit“: T1/T2), Unterschiede zwischen den Gruppen (Haupteffekt „Gruppe“: BiSi-Gruppe/Vergleichsgruppe) sowie gruppenabhängige Unterschiede im Verlauf („Interaktionseffekt“ Zeit*Gruppe). In zusätzlichen Analysen sind außerdem beschäftigungs-bezogene Parameter (erfolgreiche Vermittlung, Beschäftigungsdauer) miteingeflossen.

Für Variablen, bei denen die Voraussetzung der Normalverteilung (nach Shapiro-Wilk-Test) nicht erfüllt wurde, sind non-parametrische Testäquivalente herangezogen worden (z.B. Kruskal-Wallis-Tests, Mann-Whitney-U-Test). Fehlende Werte, die in den Hauptergebnismaßen zur T2-Befragung mit bis zu 16% pro Fragebogengesamtwert auftraten, wurden mittels des Expectation-Maximization-Algorithmus korrigiert. Hierbei konnte gemäß Little-Test ($p = .141$) die Nullhypothese, dass die fehlenden Daten völlig zufällig fehlen, beibehalten werden. Über alle Berechnungen hinweg wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $p = .05$ angewandt und alle Analysen mittels der Statistiksoftware SPSS Statistics 29 (IBM Corp., 2022) durchgeführt.

9.2.1 Erhebung t0 (GPV-Routinedaten)

Nach früheren Durchgängen in den Jahren 2002, 2006 und 2012 führte der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) Bielefeld auch 2022 eine systematische **Routinedatenerhebung** zur Frage der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Klient:innen im ambulant betreuten Wohnen durch. Hierfür wurde im ersten Quartal 2022 durch die Bezugsmitarbeitenden für jeden:jede Klient:in ein kurzer Fragebogen zu soziodemografischen und beruflichen Routinedaten ausgefüllt. Um diese Routinedaten einer wissenschaftlichen Auswertung zu unterziehen und für die Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen, ist zusätzlich eine Forschungsgruppe hinzugezogen worden (Dehn et al. 2024). Insgesamt konnten bei der Routinedatenerhebung Fragebögen zu $N=1434$ Klient:innen zusammengetragen werden, wobei fehlende Rückläufe z. B. auf längere Abwesenheiten von zuständigen Bezugsmitarbeitenden sowie organisationsinterne Verteilungsprobleme im Rahmen der Corona-Pandemie zurückzuführen waren. Aufgrund besonders vieler Fehlwerte ($> 66\%$) mussten $n=16$ Datensätze ausgeschlossen werden. Somit standen dann Daten zu insgesamt $N=1418$ Personen zur Verfügung, was zu dem Zeitpunkt 74% der durch die GPV-Träger unterstützten Personengruppe sowie rund 53% aller psychisch und abhängigkeitserkrankten Menschen mit Assistenzleistungen in der eigenen Wohnung in Bielefeld entsprach.

Das mittlere Alter dieser **GPV-Stichprobe (N=1418)** lag bei 47 Jahren (Spanne = 20-84 Jahre) und die Geschlechterverteilung zeigte 50% weibliche, $49,3\%$ männliche und $0,7\%$ diverse Personen. Unter der Hauptsymptomatik gemäß ICD-10-Diagnosegruppen waren mit 34% v. a. affektive Störungen (F3) vertreten und mit ca. 14% jeweils Substanz- (F1), schizophrene (F2) bzw. Angst- und Belastungsstörungen (F4), zudem Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) mit 11% . In 44% der Fälle wurden zwei Diagnosegruppen angegeben. Einen Hauptschulabschluss hatten 33% der Klient:innen, die mittlere Reife 23% , ein (Fach-)Abitur 20% und 16% waren ohne Schulabschluss (5% sonstiges, 2% fehlend). Etwa die Hälfte der Stichprobe (50%) hatte keine abgeschlossene Berufsausbildung. Für $n = 641$ Personen der Gesamtstichprobe (45%) wurde ein aktuell vorliegendes Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis angegeben, mehrheitlich im Rahmen der Eingliederungshilfe ($n = 361$). Einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gingen $n = 119$ (8%) Personen

nach, größtenteils im Minijob ($n = 48$). Rund 10% ($n=143$) der erhobenen Personengruppe besuchte (mindestens gelegentlich) Treffpunkte, Kontaktstellen oder Begegnungszentren. Knapp die Hälfte der gesamten GPV-Stichprobe (45% , $n = 634$) war zum Erhebungszeitpunkt jedoch **ohne jegliche Form von Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung** oder tagesstrukturierende Angebote (siehe Dehn et al. 2024). Dieser hohe Anteil an beschäftigungslosen Klient:innen im ambulant betreuten Wohnen bestätigte nicht nur erneut die Zahlen der früheren GPV-Erhebungen, sondern auch die Ergebnisse anderer sozialpsychiatrischer Wohnstudien aus Westfalen (Richter 2010), Mecklenburg-Vorpommern (Steinhart et al. 2019) und Baden-Württemberg (Steinert et al. 2020).

9.2.2 Befragung T1 (zu Studienbeginn)

Die Anfang 2022 durchgeführte Routinedatenerhebung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) Bielefeld (s.o.) wurde auch dazu genutzt, um Teilnehmende für das BiSi-Projekt zu gewinnen. Denn es konnte aufgrund der Vorbefunde davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte der erhobenen Stichprobe – also knapp 700 Personen – über keinerlei Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung oder tagesstrukturierender Maßnahme verfügte und damit grundsätzlich zumindest schon ein zentrales Einschlusskriterium für das BiSi-Projekt erfüllte. Im Zuge der Routinedatenerhebung wurde das Zutreffen aller BiSi-Einschlusskriterien (s.o.) von den Bezugsmitarbeitenden auf einem separaten Einlegebogen vermerkt. Insofern alle Einschlusskriterien vorlagen und die Klient:innen auch ihr Interesse an der Vermittlung einer niedrigschwelligen Beschäftigung (bzw. alternativ an der Teilnahme einer Vergleichsbefragung) sowie der entsprechenden Kontaktvermittlung schriftlich bekundet hatten, wurden die Kontaktdaten an das Forschungsteam weitergeleitet.

Nach einem Screening der Voraussetzung (Einlegebogen mit zutreffenden Kriterien und schriftliches Einverständnis vorhanden) für den Einschluss in die BiSi-Gruppe konnten schließlich 140 Personen initial kontaktiert werden. Aus den hieraus resultierenden Anmeldungen, unter Berücksichtigung von bereits nicht mehr zutreffenden Einschlusskriterien sowie vorzeitigen Teilnahmeabbrüchen ergab sich dann schließlich eine Gruppe von $n=35$ Personen, die als BiSi-Gruppe an der wissenschaftlichen Begleitstudie teil-

nahmen. Die Rekrutierung der Vergleichsgruppe gestaltete sich hingegen schwierig und gelang nur über diverse Rückkopplungsschleifen, wiederholte Projektvorstellungen und die gute Zusammenarbeit mit den Bezugsmitarbeitenden der verschiedenen GPV-Trägereinrichtungen. Hierdurch konnten schließlich n=21 Personen für eine Teilnahme an der Vergleichsgruppe gewonnen werden.

Grundlage der Evaluationsstudie ist somit eine Gesamtstichprobe von **insgesamt 56 Personen**, davon 35 Personen in der BiSi-Gruppe und 21 Personen in der Vergleichsgruppe. Die T1-Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung fanden sukzessive zwischen dem 19.04.2022 und dem 16.05.2023 statt. Neben den n=56 Personen aus der Begleitstudie wurden von der Forschungsgruppe auch noch weitere Personen befragt, die dann jedoch ihre Teilnahme zurückzogen, nicht mehr erreichbar waren bzw. erst verspätet/nachträglich in das Projekt aufgenommen wurden.

9.2.1.1 Deskriptive Stichprobenmerkmale zu Projektbeginn

In Tabelle 1 sind die deskriptiven Angaben zu den **soziodemografischen Merkmalen** der BiSi- und Vergleichsgruppe bei Studienbeginn dargestellt. Wie der Spalte „Statistik“ entnommen werden kann, wiesen beide Gruppen in 10 der 11 analysierten Merkmalen keine statistisch signifikanten Unterschiede auf (alles $p > .05$) und waren somit von ihren Ausgangsbedingungen her vergleichbar.

In der BiSi-Gruppe war die Mehrzahl der Personen weiblich (66 %) und im Mittel 45 Jahre alt. Jeweils etwa ein Drittel besaß das (Fach-)Abitur (37 %) oder einen Hauptschulabschluss (31 %), 20 % hatten die Mittlere Reife und 11 % waren ohne Schulabschluss. Eine abgeschlossene Berufsausbildung wurde für knapp die Hälfte (47 %) der BiSi-Teilnehmenden angegeben. Beide Studiengruppen erhielten im Rahmen der ambulanten Wohnbetreuung im Mittel 3 Fachleistungsstunden pro Woche. Mit durchschnittlich 9 Jahren hatte die Vergleichsgruppe allerdings mehr Vorerfahrungen im betreuten Wohnen als die BiSi-Gruppe mit 5,5 Jahren ($p = .046$).

Tabelle 1. Demografische Merkmale der Teilnehmenden zu Studienbeginn

	BiSi (n=35)	VG (n=21)	Statistik
Geschlecht (weiblich)	65.7 % (n=23)	61.9 % (n=13)	Chi ² (1)=.083, p=.773
Alter (in Jahren)	M=44.7 (SD 12.2), Md=43.0 (27-66)	M=49.6 (SD 9.6), Md=50.0 (36-64)	U=277.0, Z=-1.53, p=.127
Schulabschluss			Chi ² (4)= 3.19, p=.526
- ohne	11.4 % (4)	9.5 % (2)	
- Sonderschule	-	4.8 % (1)	
- Hauptschule	31.4 % (11)	23.8 % (5)	
- Mittlere Reife	20.0 % (7)	33.3 % (7)	
- (Fach-)Abitur	37.1 % (13)	28.6 % (6)	
Berufsausbildung (ja)	45.7 % (16)	66.7 % (14)	Chi ² (2)= 3.78, p=.151
abgeschl. Studium (ja)	11.4 % (4)	-	
Einkommen			Chi ² (3)= 1.26, p=.739
- EM-Rente	17.1 % (6)	19.0 % (4)	
- Sozialleistungen	57.1 % (20)	52.4 % (11)	
- beides	22.9 % (8)	19.0 % (4)	
- anderes (z.B. Zusatzversich.)	2.9 % (1)	9.5 % (2)	
Wohnform			Chi ² (3)= 1.53, p=.676
- betreute WG	2.9 % (1)	4.8 % (1)	
- allein, <4h/Woche	80.0 % (28)	71.4 % (15)	
- allein, >4h/Woche	17.1 % (6)	23.8 % (5)	
Fachleistungsstunden pro Woche (n=55)	M=3.0 (SD 1.7), Md=2.8 (1-11)	M=3.0 (SD 2.4), Md=2.5 (1-12)	U=303.0, Z=-.959, p=.338
Betreutes Wohnen bisher (in Jahren)	M=5.5 (SD 5.7), Md=4.0 (0-29)	M=8.9 (SD 6.9), Md=6.0 (1-21)	U=250.0, Z=-1.99, p=.046
Gesetzl. Betreuung (ja)	40.0 % (n=14)	33.3 % (n=7)	Chi ² (1)=.249, p=.618
Pflegegrad (ja), n=55	8.8 % (n=3)	28.6 % (n=6)	Chi ² (1)=3.70, p=.071
Bisher auf 1. Arbeitsmarkt			Chi ² (3)= 5.20, p=.158
- < 1 Jahr	5.7 % (2)	19.0 % (4)	
- 1-5 Jahre	34.3 % (12)	14.3 % (3)	
- 5-10 Jahre	8.6 % (3)	19.0 % (4)	
- > 10 Jahre	28.6 % (10)	38.1 % (8)	
- fehlend	22.9 % (8)	9.5 % (2)	

Auch mit Blick auf die psychiatrischen und **gesundheitsbezogenen Merkmale** der Teilnehmenden zu Studienbeginn fanden sich erneut keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen (siehe Tabelle 2), bis auf eine höhere Prävalenz an Behandlungen wegen der körperlichen Gesundheit in der Vergleichsgruppe ($p = .039$). In beiden Gruppen waren am häufigsten Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen vertreten. Sowohl die selbsteingeschätzte Schwere der psychiatrischen Symptomatik (SCL-K9; Petrowski et al. 2019: M=0.4, SD=0.53) als auch das berichtete Ausmaß an Depressivität (PHQ-9; Kocalevent et al. 2013: M=2.91, SD=3.52) sowie das Screening für Angstsymptome (GAD-2; Löwe et al. 2010: M=0.82, SD=1.10) waren unter allen Teilnehmenden im Mittel deutlich erhöht und lagen mindestens zwei Standardabweichungen über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Die kognitive Leistungsfähigkeit (SCIP) war im Vergleich zu Kontrollgruppen beeinträchtigt (Ott et al. 2021: M=78.6, SD=8.8).

In Bezug auf die **zentralen Ergebnisparameter** der Begleitstudie (siehe die Basiswerte in Tabelle 4, S. 60) waren die wahrgenommenen Teilhabechancen (OxCAP-MH) der beiden Teilnehmendengruppen sowohl gegenüber Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Balazs et al. 2025: M=67.2, SD=14.4) als auch gegenüber ambulant unterstützten Menschen mit psychischen Erkrankungen (Laszewska et al. 2019: M=64, SD=15) herabgesetzt. Auf der anderen Seite lagen die erlebten Einschränkungen der Teilhabe (IMET) im Mittel etwa eine bis eineinhalb Standardabweichungen über dem üblichen Bevölkerungsdurchschnitt. Noch stärker waren unter den Studienteilnehmenden die Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionsfähigkeit (WHO-DAS) ausgeprägt, die hier eineinhalb bis zwei Standardabweichungen über den Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung lagen (Cwirlej-Sozanska et al. 2020: M=18.55, SD=76.). Die allgemeine Lebenszufriedenheit (L-1) unterschied sich nicht statistisch signifikant zwischen den beiden Studiengruppen (siehe Tabelle 5), war aber vor allem in der BiSi-Gruppe besonders stark herabgesetzt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Beierlein et al. 2013: M=7.2, SD=2.1).

Tabelle 2. Gesundheitsbezogene Merkmale der Teilnehmenden zu Studienbeginn

	BiSi (n=35)	VG (n=21)	Statistik
in Behandlung wegen psychischer Gesundheit (letzte 12 Monate)	91.4 % (n=32): n=22 ambulant, n=1 (teil-) stationär, n=9 beides	95.2 % (n=20): n=14 ambulant, n=1 (teil-) stationär, n=5 beides	Chi ² (1)=.287, p=.592; Chi ² (2)=.160, p=.923
ICD-Diagnosegruppe			Chi ² (4)= 4.01, p=.405
- F1: Substanzstörung	8.6 % (3)	14.3 % (3)	
- F2: Schizophrenie	11.4 % (4)	19.0 % (4)	
- F3: Affektive Störungen	57.1 % (20)	38.1 % (8)	
- F4: Angst-, Belastungs-, Soma- toforme Störungen	5.7 % (2)	19.0 % (4)	
- weitere	11.4 % (4)	9.5 % (2)	
- fehlend	5.7 % (2)	-	
in Behandlung wegen körperlicher Gesundheit (letzte 12 Monate)	57.1 % (n=20), n=14 ambulant, n=2 (teil-) stationär, n=4 beides	85.7 % (n=18), n=14 ambulant, n=0 (teil-) stationär, n=4 beides	Chi ² (1)= 4.91, p=.039
Psychiatrische Symptomschwere (SCL-K9), Mittelwert	M=1.8 (SD 0.9)	M=1.6 (SD 0.8)	t(54)= .561, p=.577
Depressivität (PHQ-9), Summenwert	M=13.4 (SD 5.4)	M=11.8 (SD 6.0)	t(54)= 1.05, p=.299
Ängstlichkeits-Screening (GAD-2), Summenwert	M=3.0 (SD 1.8), Md=3.0	M=2.8 (SD 2.0), Md=2.0	U=336.5, Z=-.531, p=.595
Allgem. Lebenszufriedenheit (L-1-Skala), Gesamtwert	M=3.1 (SD 2.2), Md=3.0	M=4.6 (SD 2.9), Md=5.0	U=258.0, Z=-1.87, p=.061
Kognitive Leistungs- fähigkeit (SCIP) (n=55), Gesamtwert	M=67.1 (SD 14.5)	M=64.0 (SD 12.2)	t(53)=.807, p=.423
Globales Funktions- niveau (GAF), (Bezugs- mitarbeitende: n=43)	M=53.0 (SD 11.4),	M=52.9 (SD 8.8),	t(41)=.012, p=.990

9.2.1.2 Teilnahmemotivation und Erwartungen der BiSi-Gruppe

Vor Studienbeginn wurden die Teilnehmenden der BiSi-Gruppe unter anderem zu ihren Hauptgründen für die Projektteilnahme, bisherigen Hindernissen und Herausforderungen bei der Beschäftigungsaufnahme sowie Teilnahmeerwartungen befragt. Die freien Antworten der Teilnehmenden wurden von den Interviewenden auf dem Antwortbogen notiert und später durch die Forschungsgruppe in verschiedene Themenbereiche kategorisiert.

Als Motivation für die Teilnahme wurde größtenteils der Wunsch nach Beschäftigung und Tagesstruktur genannt: So sei es z.B. „schon lange nötig gewesen, wieder in Beschäftigung zu kommen“ (B005), wieder ein „geregeltes Rauskommen“ (B004) anzustoßen oder „wieder eine Tagesstruktur im Leben zu bekommen“ (B022). Andere suchten berufliche Orientierung und Perspektiven und sahen das Projekt als wichtigen „ersten Schritt in Richtung Beruf“ (B048) bzw. um sich „auf das Arbeitsleben vorzubereiten“ (B015). Einige Teilnehmende betonten die bedarfsgerechte Ausrichtung des Projekts: „Das Projekt passt gut zu meiner Problematik“ (B025). Für manche bot das Programm auch die Aussicht auf soziale Kontakte und Unterstützung sowie

psychische Stabilisierung, z.B. um „das Selbstvertrauen zu stärken“ (B003). Zu den bisherigen Hindernissen bei der Beschäftigungsaufnahme wurden vor allem psychische Beeinträchtigungen als Herausforderung berichtet. Dazu zählten beispielsweise eine geringe Belastbarkeit, fehlende Stabilität und Schwierigkeiten, die Beschäftigungsmöglichkeiten auch ausreichend durchzuhalten oder überhaupt den Antrieb dafür aufzubringen. Viele Teilnehmende schilderten einen Mangel an Selbstvertrauen und „Angst, die Anforderungen nicht zu erfüllen“ (B040) sowie soziale Ängste. Weiterhin wurden körperliche Einschränkungen als (bisheriges) Hindernis für eine regelmäßige Beschäftigung genannt, z. B. weil kein schweres Heben, langes Stehen oder Sitzen möglich seien. Auch „unpassende und unflexible Angebote“ (B031) wurden von den Teilnehmenden als problematisch benannt. So empfinden einige Teilnehmende die sonst vorhandenen Beschäftigungsmöglichkeiten, wie beispielsweise die Werkstätten für Menschen mit Behinderung, als „nicht passend und ... zu anspruchsvoll“ (B019) für ihre Bedürfnisse. Die Wünsche und Erwartungen der Teilnehmenden an das BiSi-Projekt umfassten verschiedene Aspekte. Ein zentrales Anliegen ist die Schaffung einer stabilen Tagesstruktur durch regelmäßige Beschäftigung und den Austausch mit anderen Menschen. Daneben wünschen sich viele auch Orientierung und Perspektiven für das Berufsleben, z.B. eine „Erprobung in verschiedenen Bereichen“ (B047) oder um „etwas zu finden, was später weitergemacht werden kann“ (B039). Ein weiteres Ziel war zudem die Förderung der psychischen Gesundheit. Hier erwarteten Teilnehmende, durch die Tätigkeiten eine Verbesserung ihrer Stimmung, eine Erweiterung ihres Aktivitätsradius sowie die Steigerung von Selbstvertrauen. Wichtig erscheint zudem die Passung zu den individuellen Bedürfnissen: „Mit geringer Stundenzahl beginnen und schauen wie sich das in meinen Alltag einfügt“ (B011).

Danach befragt, welchen zeitlichen Umfang das zukünftige Beschäftigungsangebot am besten haben sollte, gab über die Hälfte (57 %) der Teilnehmenden an, an 1-2 Tagen pro Woche tätig sein zu wollen (siehe Tabelle 3), 29 % wollten die Beschäftigung gern auf 3 Tage pro Woche verteilen und nur wenige (14 %) wünschten sich, jeden Tag in der Woche tätig sein zu können. Die gewünschte wöchentliche Stundenzahl variierte dabei individuell zwischen 2 und 20 Stunden und lag im Mittel bei 7.5 Stunden pro Woche (siehe Tabelle 3).

9.2.3 Befragung T2 (nach 12 Monaten)

Alle Teilnehmenden wurden 12 Monate nach ihrer Erstbefragung von den Forschungsmitarbeitenden für eine erneute Studienbefragung kontaktiert. Dabei waren in der BiSi-Gruppe insgesamt 6 Studien-Dropouts zu verzeichnen: Drei Personen hatten das Projekt aufgrund gesundheitlicher Probleme beendet, zwei Personen waren nicht mehr erreichbar und eine Person war verstorben. In der Vergleichsgruppe waren fünf Personen nicht mehr erreichbar. Somit bestand die Studienstichprobe zum zweiten Befragungszeitpunkt (t2) aus **insgesamt N=45 Personen**, davon n=29 in der BiSi-Gruppe und n=16 in der Vergleichsgruppe (VG). Dies entspricht noch rund 80 % der ursprünglichen Ausgangsstichprobe bei Studienbeginn (BiSi: 83 %, VG: 76 %). Die T2-Befragungen wurden je nach individuellem Studienbeginn sukzessive zwischen dem 25.05.2023 und 27.05.2024 durchgeführt. Im Mittel lagen zwischen der T1- und der T2-Befragung tatsächlich genau 12 Monate (M=11,96; SD=1,2; Md=12; Range: 10-17). Nach der T2 Befragung ging die Intervention in der BiSi-Gruppe für einige Teilnehmende noch weiter, dementsprechend stimmt die T2 Befragung nicht mit dem Ende des Projektes überein (siehe Abschnitt 9.2.5).

9.2.3.1 Beschäftigungssituation im ersten Jahr

Aus der Verlaufsdokumentation des BiSi-Teams wurde deutlich, dass von den 35 Teilnehmenden der BiSi-Gruppe, **29 Personen (83 %)** innerhalb eines Jahres nach dem individuellen Projektstart **mindestens einen Tag in Beschäftigung** gewesen sind. Die Dauer, bis die erste (mindestens mehrtägige) Beschäftigung aufgenommen wurde, lag im Mittel bei ca. **115 Tagen** (M=115,0; SD=57,0; Md=111), wobei hier eine Spannweite von 16 bis 234 Tagen zu verzeichnen war.

Insgesamt hatten die Teilnehmenden der BiSi-Gruppe innerhalb des ersten Jahres im Mittel etwa 74 Stunden gearbeitet (M=74,5; SD=82,8; Md=51,0), wobei die Spannweite hier von 2,5 bis 319 gearbeiteten Stunden im Jahr reichte. Allerdings wiesen vier Personen dabei außergewöhnlich hohe Beschäftigungsstunden auf (178 – 319), die unter statistischen Kriterien als so genannte „Ausreißerwerte“ (mit einem Wert > Interquartilsabstand x 1,5 bzw. 3,0) betrachtet werden können. Nimmt man diese vier Personen aus den Berechnungen heraus, so ergibt sich für die restlichen 25 Teilnehmenden mit Beschäftigung ein Durch-

schnittswert von etwa **45 Beschäftigungsstunden** im Jahr (M=44,8; SD=29,3; Md=43,3) mit einer Spannweite von 2,5 bis 98 Stunden.

Knapp zwei Drittel (65 %) der BiSi-Teilnehmenden, die im Laufe des ersten Jahres eine Beschäftigung aufgenommen hatten, waren **ausschließlich bei einer Beschäftigungsstelle** tätig, über ein Viertel (28%) bei zwei Beschäftigungsstellen und zwei Personen (7 %) sammelten Erfahrungen bei drei bzw. fünf Stellen.

In der **Vergleichsgruppe** sind 48 % (n=10) der Personen innerhalb des einjährigen Studienzeitraums keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgegangen. Zwei Personen gaben an, 2-6 Wochen gearbeitet zu haben, zwei Personen übten ein Ehrenamt mit ca. 2 Stunden die Woche aus und weitere zwei Personen waren mit einer Hobbytätigkeit beschäftigt (eine Person einmal monatlich, die andere Person unregelmäßig bis 4 Stunden täglich). Dementsprechend waren insgesamt **28 % der Personen** (n=6) in der Vergleichsgruppe irgendeiner Form von regelmäßiger Beschäftigung nachgegangen. Bei fünf Personen (24 %) konnte aufgrund fehlender Nachbefragungsdaten keine Aussage getroffen werden.

9.2.3.2 Hauptfragestellung: Quantitative Evaluation des 1-Jahres-Verlaufs Indirekte Veränderungs-messung

In der wissenschaftlichen Begleitevaluation lag der Schwerpunkt auf einer quantitativen Prä-Post-Messung im Abstand von 12 Monaten. Dabei wurden alle Teilnehmenden sowohl bei ihrem jeweiligen Projektbeginn (T1) sowie erneut nach einem Jahr (T2) mit standardisierten Erhebungsinstrumenten befragt: Der OxCAP-MH diente hier der Erfassung der sozialen Teilhabe und individuellen Verwirklichungschancen, mit dem IMET wurden Einschränkungen der Teilhabemöglichkeiten erfasst, der WHODAS wurde zur Erhebung funktionaler Beeinträchtigungen eingesetzt und die Kurzskaala L-1 ermöglichte eine Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Höhere Werte im OxCAP und in der L-1-Skala bzw. niedrigere Werte im IMET und im WHODAS stehen jeweils für eine positivere/bessere Selbstbeurteilung der eigenen Situation. In Tabelle 4 sind die durchschnittlichen Werte aller vier Fragebögen zu beiden Erhebungszeitpunkten getrennt für BiSi- und Vergleichsgruppe (VG) dargestellt.

Tabelle 3. Gewünschter Umfang und Frequenz der Beschäftigung zu Studienbeginn

Wie viele Stunden pro Woche ?	an 1-2 Tagen/ Woche	verteilt auf 3 Tage/Woche	jeden Tag in der Woche	n
2	3			3
3	4	1		5
4	2	1		3
5	2			2
6	4	2		6
7	1		1	2
8	2			2
9	1	2		3
10		1		1
11		1		1
12		1		1
15			2	2
20		1	2	3
?	1			1
M=7.5 Md=6.0	n=20 (57.1 %)	n=10 (28.6 %)	n=5 (14.3 %)	N=35

Tabelle 4. Deskriptive Ergebnisse der 1-Jahres-Evaluation für die Hauptfragebögen

	BiSi (n=35)		VG (n=21)	
	M (SD)	Md	M (SD)	Md
T1: Bei Projektbeginn				
Allgemeine Lebenszufriedenheit (L-1)	3,1 (2,2)	3,0	4,6 (2,9)	5,0
Teilhabebeeinträchtigungen (IMET)	46,7 (19,8)	49,0	41,6 (20,8)	47,3
Funktionsbeeinträchtigung (WHODAS)	31,7 (8,4)	34,0	31,8 (9,1)	34,0
Teilhabechancen (OxCAP)	55,5 (13,1)	54,7	60,1 (13,5)	59,4
T2: Nach 12 Monaten				
Allgemeine Lebenszufriedenheit (L-1)	4,6 (1,9)	4,0	5,4 (2,4)	5,0
Teilhabebeeinträchtigungen (IMET)	48,8 (19,6)	51,0	38,8 (20,0)	41,4
Funktionsbeeinträchtigung (WHODAS)	33,4 (9,9)	32,0	29,5 (9,4)	28,0
Teilhabechancen (OxCAP)	56,7 (12,3)	59,4	62,5 (13,4)	61,1

Die statistischen Analysen der OxCAP-Werte (**Teilhabechancen**) mittels messwiederholter Varianzanalysen zeigten, dass sich weder die mittlere Ausprägung der Werte zwischen den beiden Befragungszeitpunkten veränderte (Zeit: $p=.190$), noch Unterschiede zwischen den beiden Gruppen resultierten ($p=.125$). Auch gruppenbezogene Unterschiede im Zeitverlauf (Interaktion: $p=.655$) traten nicht auf (siehe Tabelle 5). Mit Blick auf die **Funktionsbeeinträchtigungen** (WHODAS) lagen ebenfalls keine signifikanten Haupteffekte von Zeit oder Gruppe vor (siehe Tabelle 5). Mit einem statistisch signifikanten Interaktions-

effekt von $p=.044$ ergab sich jedoch ein Anhalt auf einen Unterschied im Zeitverlauf abhängig von der Gruppe. Allerdings zeigten zusätzliche Bonferroni-korrigierte Post-Hoc-Tests, dass weder in der BiSi-Gruppe ($T(34)=-1.25$, $p=.221$, Cohen's $d=.211$) noch in der VG ($T(20)=1.95$, $p=.065$, Cohen's $d=.426$) eine statistisch-signifikante Veränderung der WHODAS-Ausprägung zu verzeichnen war. Auch zum Nachbefragungszeitpunkt (T2) bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($T(54)=1.43$, $p=.159$, Cohen's $d=.395$).

Tabelle 5. Varianzanalytische Ergebnisse zu den Hauptergebnismaßen

Variable	Effekte	F-Werte	df1	df2	p
OxCAP	Zeit	1.77	1	54	.190
	Gruppe	2.43	1	54	.125
	Interaktion	.202	1	54	.655
IMET	Zeit	.027	1	54	.870
	Gruppe	2.14	1	54	.149
	Interaktion	1.60	1	54	.211
WHODAS	Zeit	.136	1	54	.714
	Gruppe	.577	1	54	.451
	Interaktion	4.24	1	54	.044*
Allgem. Lebenszufriedenheit (L-1)	Zeit	28.89	1	54	<.001***
	Gruppe	4.02	1	54	.050
	Interaktion	2.78	1	54	.101

In Tabelle 5 sind auch die Ergebnisse der Varianzanalysen für die **Teilhabebeeinträchtigungen** (IMET) sowie die allgemeine **Lebenszufriedenheit** (L-1-Skala) (trotz Verletzung der Normalverteilung) der Vollständigkeit halber angegeben. Denn Studien legen nahe, dass die ANOVA prinzipiell robust gegenüber einer Verletzung der Normalverteilung sein kann (Schmider et al. 2010). Nichtsdestotrotz wurden Berechnungen mittels non-parametrischen Verfahren und entsprechender Bonferroni-Korrektur vorgenommen. Hier finden sich beim IMET sowohl zu T1 ($U=313.0$, $Z=-.923$, $p=.356$) als auch zu T2 ($U=265.0$, $Z=-1.73$, $p=.083$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Außerdem lassen sich auch innerhalb der beiden Gruppen keine signifikanten Veränderungen zwischen T1 und T2 nachweisen (BiSi: $Z=-.710$, $p=.478$; VG: $Z=-.521$, $p=.602$). Für die L-1-Skala zeigte sich zum T1-Zeitpunkt deskriptiv zwar ein Unterschied im mittleren Niveau der Lebenszufriedenheit zwischen den beiden Gruppen, dieser unterschritt jedoch (knapp) nicht das statistische Signifikanzniveau ($U=258.0$, $Z=-1.87$, $p=.061$). Zum T2-Zeitpunkt waren dann keine Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen nachweisbar ($U=288.0$, $Z=-1.35$, $p=.175$). Dabei zeigte sich – in Übereinstimmung mit dem ANOVA-Ergebnis (siehe Tabelle 5) – sowohl für die VG ($Z=-2.13$, $p=.033$) als auch für die BiSi-Gruppe ($Z=-3.99$, $p<.001$) eine statistisch signifikante Zunahme der L-1-Wer-

te. Diese hatte nach Bonferroni-Korrektur [$0.05/2=.025$] jedoch ausschließlich für die BiSi-Gruppe Bestand (BiSi: $p<.001$ vs. VG: $p=.033$).

Einfluss der Beschäftigungsaufnahme

Während in den bisherigen Analysen die BiSi- und Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung aller Teilnehmenden (unabhängig vom Beschäftigungsstatus) verglichen worden sind, sollte in einem weiteren Auswertungsschritt eingehender geprüft werden, wie sich Personen mit und ohne Beschäftigungsaufnahme in den Hauptergebnismaßen unterscheiden. Dazu wurden folgende drei Gruppen miteinander verglichen (siehe Abschnitt 9.2.3.1): (A) BiSi-Gruppe mit Beschäftigung ($n=21$), (B) BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung ($n=14$) sowie (C) Vergleichsgruppe ohne Beschäftigung ($n=14$). Als Kriterium, ob eine Beschäftigung vorliegt wurde hier eine Schwelle von mindestens drei Monaten Beschäftigung gewählt. Alle Personen, die in der BiSi-Gruppe länger als drei Monate beschäftigt waren, wurden dementsprechend der ersten Gruppe (BiSi mit Beschäftigung) zugeordnet. Zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden auf den Hauptergebnismaßen (OxCAP, IMET, WHODAS, L-1) wurden erneut messwiederholte Varianzanalysen mit den Faktoren „Zeit“ (T1 vs. T2) und „Gruppe“ (3 Beschäftigungsgruppen) durchgeführt, wobei ebenfalls Interaktionseffekte (Zeit X Gruppe) mitberücksichtigt worden sind.

Tabelle 6. Varianzanalytische Ergebnisse zu den Hauptergebnismaßen unter Berücksichtigung der Beschäftigungssituation

Variable	Effekte	F-Werte	df1	df2	Signifikanz
OxCAP	Zeit	1.49	1	46	.229
	Gruppe	1.34	1	46	.271
	Interaktion	.328	1	46	.722
IMET	Zeit	.034	1	46	.855
	Gruppe	1.10	1	46	.342
	Interaktion	2.47	1	46	.096
WHODAS	Zeit	.084	1	46	.835
	Gruppe	1.24	1	46	.298
	Interaktion	3.94	1	46	.026*
Allgem. Lebenszufriedenheit (L-1)	Zeit	23.8	1	46	<.001***
	Gruppe	2.93	1	46	.063
	Interaktion	2.39	1	46	.103

Tabelle 7. Deskriptive Ergebnisse der 1-Jahres-Evaluation für die Hauptergebnismaße je nach Beschäftigungsstatus

	BiSi mit Beschäftig. (n=21)		BiSi ohne Beschäftig. (n=14)		VG ohne Beschäftig. (n=14)	
	M (SD)	Md	M (SD)	Md	M (SD)	Md
T1: Bei Projektbeginn						
Allgem. Lebenszufriedenheit (L-1)	2,6 (2,1)	3,0	3,8 (2,2)	3,5	4,9 (2,6)	5,5
Teilhabe einschränkungen (IMET)	47,1 (17,9)	46,0	46,1 (23,1)	57,0	42,5 (17,3)	48,6
Funktionsbeeinträchtigung (WHODAS)	32,1 (8,0)	34,0	31,0 (9,2)	33,0	31,6 (9,0)	34,0
Teilhabe chancen (OxCAP)	53,3 (14,0)	54,7	58,8 (11,3)	57,8	58,7 (11,4)	58,6
T2: Nach 12 Monaten						
Allgem. Lebenszufriedenheit (L-1)	4,3 (1,5)	4,0	4,9 (2,4)	4,7	5,4 (2,4)	5,5
Teilhabe einschränkungen (IMET)	52,6 (16,2)	54,0	43,2 (23,4)	48,0	38,8 (20,4)	46,1
Funktionsbeeinträchtigung (WHODAS)	35,8 (9,2)	33,0	29,8 (10,1)	30,7	28,5 (8,9)	27,5
Teilhabe chancen (OxCAP)	55,1 (12,1)	59,4	59,1 (12,5)	59,0	62,1 (14,4)	61,7

Bezüglich der wahrgenommenen **Teilhabeverwirklichungschancen** (OxCAP) und der **Teilhabe einschränkungen** (IMET) resultierten keine statistisch signifikanten Ergebnisse in Bezug auf Zeit-, Gruppen- oder Interaktionseffekte (siehe Tabelle 6). Auch die aufgrund der nicht-normalverteilten IMET-Werte nochmals non-parametrisch durchgeführten Analysen ergaben keine signifikanten Resultate (alle $p > .05$).

Für die mittels WHODAS erfassten **Funktionsbeeinträchtigungen** zeigte sich erneut – wie in den davor durchgeführten Analysen – ein signifikanter Interaktionseffekt ($p = .026$, siehe Tabelle 6). Dies bedeutet, dass sich die funktionale Beeinträchtigung zwischen den Zeitpunkten in Abhängigkeit von der Gruppe veränderte. Die deskriptiven Daten in Tabelle 7 lassen erkennen, dass der WHO-DAS-Wert in der BiSi-Gruppe mit Beschäftigung zwischen den beiden Zeitpunkten zunimmt, während er sowohl in der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung als auch in der VG ohne Beschäftigung abnimmt. Allerdings resultieren in den entsprechenden Bonferroni-korrigierten Post-Hoc-Tests keinerlei Hinweise auf statistisch signifikante Veränderungen

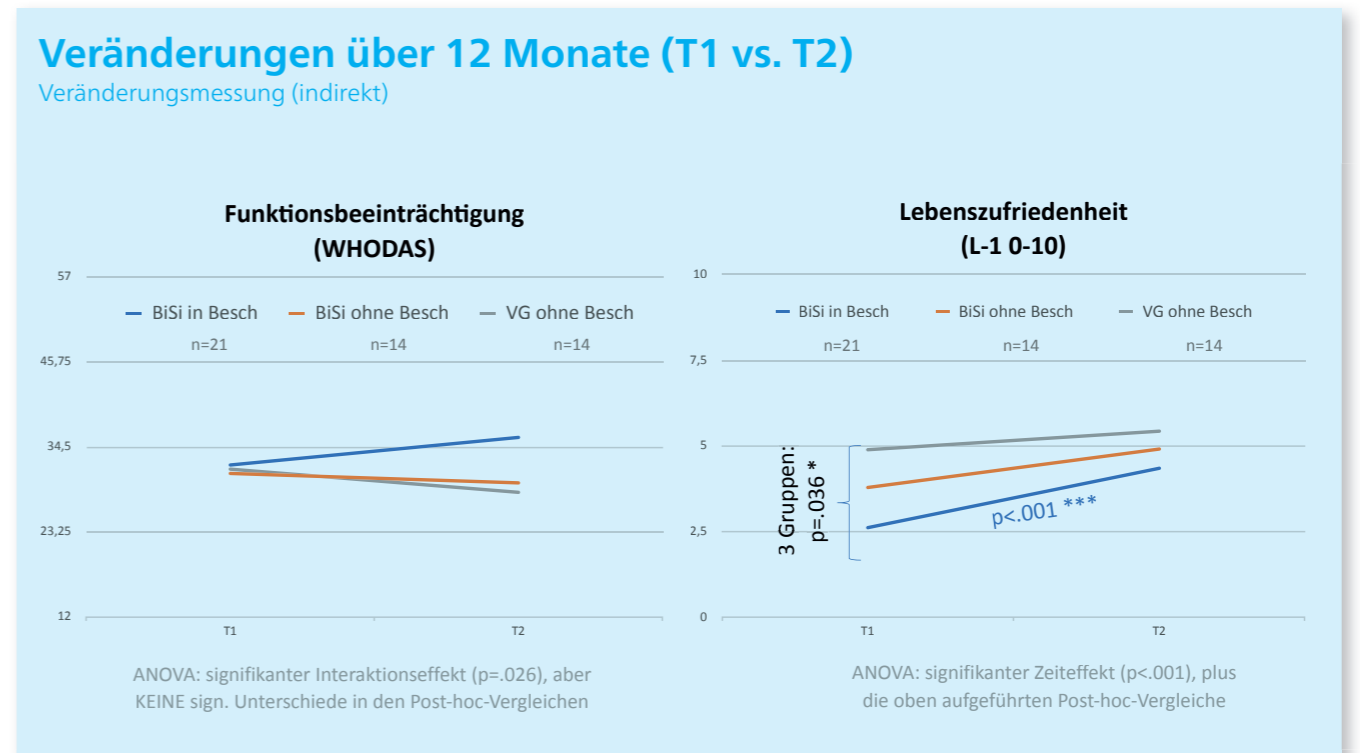
der WHODAS-Werte, weder innerhalb der BiSi-Gruppe mit Beschäftigung ($T(20) = -1.94$, $p = .067$, Cohen's $d = .423$) noch in der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung ($T(13) = .759$, $p = .461$, Cohen's $d = .203$) oder in der VG ohne Beschäftigung ($T(13) = 1.81$, $p = .093$, Cohen's $d = .485$). Zum Nachbefragungszeitpunkt T2 wies die BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung im WHODAS keinen signifikanten Unterschied zur VG ohne Beschäftigung auf ($T(26) = .348$, $p = .731$, Cohen's $d = .131$) und auch zwischen den beiden BiSi-Gruppen ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied ($T(33) = -1.8$, $p = .078$, Cohen's $d = .628$). Der im Post-Hoc-Test zunächst nachweisbare WHODAS-Unterschied zwischen der BiSi-Gruppe mit Beschäftigung und der VG ohne Beschäftigung ($T(33) = 2.32$, $p = .027$, Cohen's $d = .801$), verfehlte das Bonferroni-korrigierte Signifikanzniveau von $p < .017$ (.05/3).

Mit Blick auf die mittels L-1-Skala erfasste allgemeine **Lebenszufriedenheit** zeigte sich in der Varianzanalyse kein signifikanter Gruppen- oder Interaktionseffekt (siehe Tabelle 6), allerdings trat ein signifikanter Zeiteffekt auf ($p < .001$). Neben der Verletzung der Normalverteilung

muss hier jedoch einschränkend auch darauf hingewiesen werden, dass nach dem Levene-Test keine Gleichheit der Fehlervarianzen vorlag und somit die Varianzanalyse nur eingeschränkt interpretiert werden kann. Die daher durchgeführten non-parametrischen Analysen wiesen für den T1-Zeitpunkt auf einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der L-1-Ergebnisse zwischen den drei Gruppen hin (Kruskal-Wallis $H(2) = 6.67$, $p = .036$) (siehe Abbildung 1). Nachfolgende Post-Hoc-Berechnungen zeigten einen (auch mit $p < .017$ Bonferroni-korrigierten) statistisch signifikanten Unterschied zwischen der BiSi-Gruppe mit Beschäftigung und der VG ohne Beschäftigung ($U = 76.0$, $Z = -2.42$, $p = .016$). Die VG ohne Beschäftigung unterschied sich nicht von der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung ($U = 73.0$, $Z =$

1.17 , $p = .242$) und auch die beiden BiSi-Gruppen wiesen keinen statistisch signifikanten Unterschied auf ($U = 102.0$, $Z = -1.54$, $p = .125$). Im Hinblick auf die Veränderungen zwischen den Zeitpunkten ergab sich im Wilcoxon-Test für beide BiSi-Gruppen ein signifikantes Ergebnis (mit Beschäftigung: $Z = -3.33$, $p < .001$, ohne Beschäftigung: $Z = -2.31$, $p = .021$). Allerdings bleibt nach Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus ($p < .017$) nur die statistisch signifikante Veränderung der Lebenszufriedenheit in der BiSi-Gruppe mit Beschäftigung bestehen. In der VG zeigten sich keine signifikanten Veränderungen über die Zeit ($Z = -1.33$, $p = .185$). Zum T2-Zeitpunkt war im Kruskal-Wallis-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen nachweisbar ($H(2) = 1.54$, $p = .463$).

Abbildung 1. Unterschiedliche Verläufe für die Ergebnisse zur Funktionsbeeinträchtigung und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit der Beschäftigungssituation



In einem weiteren explorativen Analyseschritt wurden für die gesamte BiSi-Gruppe noch mögliche Zusammenhänge zwischen den Hauptoutcomes und den geleisteten Beschäftigungsstunden innerhalb der ersten 12 Monate untersucht. Dies ist insbesondere relevant, da die Teilnehmenden in dieser Untersuchung teilweise nur wenige Stunden pro Woche beschäftigt waren, was die bisherigen Analysen möglicherweise nicht vollständig abbilden konnte. Die Ergebnisse der Spearman-Korrelationen zwischen den **Beschäftigungsstunden** und den Skalen OxCAP, IMET, WHODAS sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1) zeigten jedoch keinerlei signifikante Zusammenhänge, weder für die T2-Ergebnisse ($p=.136 - .526$) noch mit den (change score) T1-T2-Differenzwerten ($p=.424 - .833$).

Zusammenfassung

Die deskriptiven Ergebnisse legen für die Funktionsbeeinträchtigungen (WHODAS) und die Teilhabebeeinträchtigungen (IMET) zunächst eine offenbar gegensätzlich verlaufende Veränderung zwischen den beiden Studiengruppen nahe: Während in der BiSi-Gruppe eine Zunahme von Funktionsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen erkennbar ist, scheint es in der VG hingegen offenbar eher zu einer Verbesserung zu kommen. In den statistischen Analysen fand sich hierfür allerdings keine Bestätigung in Form signifikanter Testresultate. Vielmehr ließen sich weder für die BiSi-Gruppe noch für die Vergleichsgruppe statistisch signifikante Veränderungen oder Unterschiede bei WHODAS, IMET oder OxCAP feststellen. Bei der Lebenszufriedenheit (L-1) kam es jedoch innerhalb der BiSi-Gruppe zu einer statistisch signifikanten Verbesserung, die zu T2 das durchschnittliche Niveau der Vergleichsgruppe erreichte.

Unter Berücksichtigung der Beschäftigungssituation lassen sich in den statistischen Analysen zur psychosozialen Funktionsbeeinträchtigung (WHODAS) – trotz einer deskriptiv auffälligen Beeinträchtigungszunahme in der BiSi-Gruppe mit mind. dreimonatiger Beschäftigung – keinerlei statistische Unterschiede zwischen den Gruppen nachweisen (weder im Verlauf noch zu den beiden Befragungszeitpunkten). Mit Blick auf die Lebenszufriedenheit (L-1) weist die BiSi-Gruppe mit mindestens dreimonatiger Beschäftigung zu Studienbeginn zwar die niedrigsten Werte auf, kann sich dann im Verlauf aber – im Gegensatz zur BiSi-Gruppe ohne dreimonatige Beschäftigungserfahrung sowie zur Vergleichsgruppe ohne Beschäftigung – signifikant verbessern und unterscheidet sich hier zur Zweibefragung nicht mehr von den anderen beiden Gruppen.

Direkte Veränderungsmessung

Zusätzlich zu den im vorherigen Abschnitt dargestellten Hauptanalysen auf Basis der Prä-Post-Messungen (als indirekte Veränderungsmessung) wurde zum T2-Zeitpunkt zusätzlich noch eine direkte Veränderungsmessung durchgeführt. Dafür gaben die Teilnehmenden in dem selbstkonstruierten PSV-12-Fragebogen für 10 Lebensbereiche das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen in den letzten 12 Monaten (also seit ihrem Studienbeginn) an. Die Beantwortung erfolgte auf einer 7stufigen Skala von 1 (sehr viel schlechter) über 4 (nicht verändert/gleich geblieben) bis 7 (sehr viel besser).

Die Auswertungen ergaben für den **Gesamtwert** des PSV-12-Fragebogens keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der BiSi-Gruppe und der Vergleichsgruppe ($p=.434$, siehe Tabelle 8). In beiden Gruppen wurde im

Mittel ein Gesamtwert von ca. 4 erzielt, sodass von allen Studienteilnehmenden insgesamt eher **keine Veränderungen** über die verschiedenen erfassten Lebensbereiche hinweg wahrgenommen worden sind.

Für eine genauere (explorative) Analyse auf Ebene der Einzelitems wurden (aufgrund der Verletzung der Normalverteilung) außerdem Mann-Whitney-U-Tests zur Erfassung von Gruppenunterschieden durchgeführt. Hierbei zeigte sich ausschließlich für das Item 7 „Allgemeines Aktivitätsniveau“ ein signifikanter Unterschied ($p=.018$) zwischen der BiSi-Gruppe (Md=4.5) und der VG (Md=4.0). Für das Item 6 „Körperliche Belastungs- und Leistungsfähigkeit“ resultierte zwar der deutlichste numerische Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Md=4.0 vs. Md=3.1), der mit $p=.073$ jedoch nicht das statistische Signifikanzniveau ($p<.05$) erreichte.

Tabelle 8. Deskriptive Ergebnisse der indirekten Veränderungsmessung nach 12 Monaten (PSV-12-Fragebogen)

„Wie haben sich bei Ihnen die folgenden Lebensbereiche in den letzten 12 Monaten verändert?“	BiSi-Gruppe (n=35)	Vergleichsgruppe (n=21)	Statistik ^A
	Md	Md	
1 Lebenszufriedenheit	4,1	4,0	$p=.848$
2 Selbstvertrauen	5,0	5,0	$p=.857$
3 Tagesstruktur	4,2	4,0	$p=.333$
4 Selbstständigkeit	4,3	4,0	$p=.496$
5 Soziale/gesellschaftliche Teilhabe	4,4	4,5	$p=.786$
6 Körperl. Belastungs-/Leistungsfähigkeit	4,0	3,1	$U=263.0, Z=-1.79, p=.073$
7 Allgemeines Aktivitätsniveau	4,5	4,0	$U=231.0, Z=-2.37, p=.018^*$
8 Kommunikation/Interaktion	5,0	5,0	$p=.972$
9 Soziale Kontakte	4,0	4,0	$p=.745$
10 Wertschätzung/Gebrauchtwerden	4,4	4,0	$p=.563$
Psychosoziale Veränderungen (Gesamt-Mittelwert)	M=4.4 (SD 0.7)	M=4.2 (SD 0.8)	$T(54)=-.788, p=.434^B$, Cohen's $d=.218$

Skala:
1=sehr viel schlechter
über 4=nicht verändert/gleich geblieben
bis 7=sehr viel besser
A Mann-Whitney-U-Test,
B ungepaarter t-Test

Einfluss der Beschäftigungsaufnahme

Wie bereits für die Hauptergebnismaße wurden auch für die direkte Veränderungsmessung noch weitere Berechnungen unter Berücksichtigung der Beschäftigungssituation durchgeführt. Dementsprechend wurden auch hier (A) die BiSi-Gruppe in (mind. dreimonatiger) Beschäftigung (n=21) mit (B) der BiSi-Gruppe ohne (mind. dreimonatige) Beschäftigung (n=14) und (C) der Vergleichsgruppe ohne Beschäftigung (n=14) verglichen. Hinsichtlich des Gesamtwertes der wahrgenommenen Psychosozialen Veränderungen in den letzten 12 Monaten (PSV-12) zeigen die deskriptiven Ergebnisse, dass die beiden Gruppen ohne Beschäftigung im Durchschnitt einen Wert um ca. 4 berichteten (siehe Tabelle 9), was der Einschätzung „nicht verändert/gleich geblieben“ entspricht. Die BiSi-Gruppe mit

Beschäftigung weist hingegen von der Tendenz her einen Mittelwert von ca. 5 auf, was der Einschätzung „etwas verbessert“ entspricht. In der einfaktoriellen Varianzanalyse resultierte für den PSV-12-Gesamtwert ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen (p=.037). Die entsprechenden gruppenweisen Vergleiche ergaben dann einen signifikanten Mittelwertunterschied zwischen den Gruppen „BiSi mit Beschäftigung“ und „BiSi ohne Beschäftigung“ (T(33)=-2.69, p=.011, Cohen's d=.929), während der Unterschied zwischen „BiSi mit Beschäftigung“ und „Vergleichsgruppe ohne Beschäftigung“ knapp nicht signifikant ausfiel (T(33)=2.02, p=.051, Cohen's d=.698). Die Mittelwerte der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung und der VG ohne Beschäftigung unterschieden sich nicht (T(26)=-.401, p=.692, Cohen's d=.151).

Tabelle 9. Deskriptive Ergebnisse der indirekten Veränderungsmessung nach 12 Monaten (PSV-12-Fragebogen) je nach Beschäftigungssituation

Wie haben sich bei Ihnen die folgenden Lebensbereiche in den letzten 12 Monaten verändert?	(A) BiSi mit Besch. (n=21)	(B) BiSi ohne Besch. (n=14)	(C) VG ohne Besch. (n=14)	Subgruppenvergleiche ^A :
	Md	Md	Md	
1 Lebenszufriedenheit +	5,0	4,0	4,0	A vs. B: p=.008*
2 Selbstvertrauen	5,0	4,3	5,0	
3 Tagesstruktur #	5,0	4,0	4,0	A vs. C: p=.027
4 Selbstständigkeit	4,7	4,2	4,0	
5 Soziale/gesellschaftliche Teilhabe	5,0	4,0	4,0	A vs. B: p=.051
6 Körperl. Belastungs-/Leistungsfähigkeit+	4,0	4,0	3,0	A vs. C: p=.016*
7 Allgemeines Aktivitätsniveau+	5,0	4,0	4,0	A vs. C: p=.002*
8 Kommunikation/Interaktion #	5,0	4,0	4,5	A vs. B: p=.015
9 Soziale Kontakte	4,6	4,0	4,0	A vs. B: p=.043
10 Wertschätzung/Gebrauchtwerden	5,0	4,0	4,0	A vs. B: p=.036
Psychosoziale Veränderungen (Gesamt-Mittelwert)	M=4.6 (SD 0.5)	M=4.0 (SD 0.8)	M=4.1 (SD 0.9)	A vs. B: p=.011* ^B A vs. C: p=.051 ^B

Skala:
1=sehr viel schlechter
über 4=nicht verändert/gleich geblieben bis 7=sehr viel besser
Kruskal-Wallis-Test:
+ p<.05, # p<.10;
A Mann-Whitney-U-Test,
B ungepaarter t-Test,
* <.017 (Bonferroni-Korrektur: 0.5/3)

Zu rein explorativen Zwecken wurden für eine genauere Analyse auf Ebene der **Einzelitems** außerdem Dreigruppenvergleiche (Kruskal-Wallis-Test) durchgeführt, mit signifikanten Ergebnissen für die Items „Lebenszufriedenheit“ (p=.041), „Körperliche Belastungsfähigkeit“ (p=.036) und „Allgemeines Aktivitätsniveau“ (p=.005), sowie zumindest tendenziell bei „Tagesstruktur“ (p=.052) und „Kommunikation/Interaktion“ (p=.064). Für diese fünf Items werden im Folgenden die statistisch signifikanten Ergebnisse der durchgeführten Einzelvergleiche (mittels Mann-Whitney-U-Test) dargestellt:

- Sowohl beim Item „Lebenszufriedenheit“ (U=73, Z=-2.60, p=.008) als auch beim Item „Kommunikation/Interaktion“ (U=77.5, Z=-2.41 p=.015) resultierte ein signifikanter Unterschied zwischen der BiSi-Gruppe in Beschäftigung und der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung. Die BiSi-Gruppe in Beschäftigung zeigte hierbei in beiden Fällen einen Median von Md=5 („etwas verbessert“) und die BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung einen Median von Md=4 („nicht verbessert/gleich geblieben“).

- Für die Veränderung der „Körperlichen Belastungs-/Leistungsfähigkeit“ ergab sich der folgende statistisch signifikante Unterschied (U=78, Z=-2.38, p=.016): Die BiSi-Gruppe mit Beschäftigung gab hier im Mittel eher keine Veränderung an (Md=4), während die Vergleichsgruppe eher eine leichte Verschlechterung (Md=3) feststellte.

- Auf dem Item „allgemeines Aktivitätsniveau“ zeigte die BiSi-Gruppe mit Beschäftigung einen Median von Md=5 und die Vergleichsgruppe ohne Beschäftigung einen Median von Md=4. Dieser Unterschied erwies sich als statistisch signifikant (U=60, Z=-3.06, p=.002). Das gleiche Ergebnismuster resultierte außerdem für das Item „Tagesstruktur“, bei dem sich diese beiden Gruppen ebenfalls signifikant unterschieden (U=84, Z=-2.20, p=.027).

Abgesehen von den fünf Items, für die im Dreigruppenvergleich bereits bedeutsame Gruppenunterschiede festgestellt werden konnten, sind anschließend auch noch die übrigen fünf Items des PSV-12-Fragebogens weiteren rein explorativen Gruppenvergleichen unterzogen worden. Hierbei zeigte sich für das Item „Wertschätzung/Gebrauchtwerden“, dass der Unterschied zwischen der BiSi-Gruppe in Beschäftigung (Md=5) und der BiSi-Gruppe ohne Be-

schäftigung (Md=4) signifikant ausfiel (U=87.0, Z=-2.12, p=.036). Auch bei den „Sozialen Kontakten“ fiel der Median der BiSi-Gruppe in Beschäftigung (Md=4.6) signifikant höher aus als in der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung (Md=4) (U=90.5, Z=-2.00 p=.043). Der deskriptive Unterschied hinsichtlich der „sozialen Teilhabe“ zwischen der BiSi-Gruppe mit Beschäftigung (Md=5) und der BiSi-Gruppe ohne Beschäftigung (Md=4) fiel nur knapp nicht signifikant aus (U=91.5, Z=-1.97 p=.051). Beim Vergleich der beiden Gruppen ohne Beschäftigung ergaben sich in all den Items keinerlei signifikante Unterschiede (p=.087 bis p=.982).

Es sei hier darauf hingewiesen, dass es sich bei den dargestellten Einzelanalysen zum PSV-12-Fragebogen aus methodischer Sicht um ausschließlich **explorative Auswertungen** gehandelt hat. Denn die Vielzahl an hierbei durchgeführten Einzeltests übertrifft das übliche Maß einer hypothesegeleiteten Herangehensweise und kann vielmehr als „multiples Testen“ charakterisiert werden (Victor et al. 2010). Dabei steigt mit der Anzahl der durchgeführten Tests jedoch auch die Wahrscheinlichkeit, eine Falschaussage zu treffen, da jeder Test mit einer gewissen Irrtumswahrscheinlichkeit einhergeht. Folglich könnte es sich bei den gefunden signifikanten Teilergebnissen auch um rein zufällige Ergebnisse handeln. Es stehen allerdings verschiedene Maßnahmen zur Kontrolle der Irrtumswahrscheinlichkeit bezogen auf alle untersuchten Hypothesen zu Verfügung, wobei die Methode nach Bonferroni am bekanntesten ist (Victor et al. 2010). Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur würden von den zuvor dargestellten Ergebnissen ausschließlich die signifikanten beschäftigungsabhängigen Gruppenunterschiede bei den Einzelitems „Lebenszufriedenheit“, „Körperliche Belastungsfähigkeit“ und „Allgemeines Aktivitätsniveau“ ihre Gültigkeit behalten (siehe Anmerkungen in Tabelle 9).

Ein weiterer explorativer Auswertungsschritt ausschließlich für die BiSi-Gruppe bezog sich auf den Zusammenhang zwischen den retrospektiv wahrgenommenen psychosozialen Veränderungen in den letzten 12 Monaten (PSV-12) und den im selben Zeitraum angefallenen **Beschäftigungsstunden**. Hierbei konnte eine signifikante Spearman-Korrelation zwischen dem PSV-12-Gesamtwert und der Anzahl der Beschäftigungsstunden (0-319) festgestellt werden (rs=.450, p=.007), auch wenn die vier höchsten Beschäftigungsstunden (178 – 319) herausgenommen wurden

($r_s = .470$, $p = .008$). Werden diese Analysen jedoch unter Ausschluss der sechs Teilnehmenden ohne Beschäftigungsstunden im ersten Jahr (vgl. Abschnitt 2.2.1) durchgeführt, finden sich keinerlei signifikante Korrelationen mehr, weder mit ($n=29$: $r_s = .245$, $p = .199$) noch ohne die höchsten Beschäftigungsstunden ($n=25$: $r_s = .229$, $p = .271$). Das heißt, für die erlebten psychosozialen Veränderungen scheint nicht allein der Umfang der **Beschäftigungsstunden** im ersten BiSi-Jahr relevant zu sein, sondern, ob hier überhaupt eine Beschäftigungszeit stattfand. Tatsächlich erzielten die $n=6$ Teilnehmenden ohne Beschäftigungsstunden im ersten BiSi-Jahr ein signifikant niedrigeres Ergebnis im PSV-12-Gesamtwert ($M=3.5$, $SD=0.73$, $Md=3.7$) im Vergleich zu den $n=29$ Personen mit Beschäftigungsstunden ($M=4.5$, $SD=0.59$, $Md=4.5$; $p = .004$, $U=25.0$, $z = -2.72$). Überhaupt in Beschäftigung gewesen zu sein geht also eher mit positiv erlebten psychosozialen Veränderungen bzw. leichten Verbesserungen einher, während die Personen ohne Beschäftigungszeiten ihre psychosoziale Situation eher als unverändert/gleich geblieben bzw. mit leichten Verschlechterungen wahrnehmen.

Zusammenfassung

Bei der direkten Veränderungsmessung mit dem PSV-12-Fragebogen finden sich im Gesamtwert keine signifikanten Unterschiede zwischen der BiSi- und der Vergleichsgruppe. Beide Gruppen sehen hier weder Verschlechterungen noch Verbesserungen, sondern erleben ihre psychosoziale Situation im Mittel als unverändert. Berücksichtigt man jedoch den Beschäftigungsstatus, dann zeigt sich, dass nur die BiSi-Teilnehmenden mit einer mind. dreimonatigen Beschäftigungszeit leichte psychosoziale Verbesserungen wahrnehmen. In dieser Gruppe haben sich insbesondere die Lebenszufriedenheit sowie das allgemeine Aktivitätsniveau leicht verbessert und es finden sich Hinweise auf positive Veränderungen in weiteren Lebensbereichen. Zusätzliche Analysen legen nahe, dass für die erlebten (zumindest leichten) positiven Veränderungen im ersten BiSi-Jahr nicht die reine Menge der Beschäftigungsstunden relevant zu sein scheint, sondern, dass überhaupt Beschäftigungszeit erzielt wurde.

9.2.3.3 Zufriedenheit mit der Unterstützung

Die Zufriedenheit mit dem Projekt wurde in der BiSi-Gruppe ($n=30$) zum zweiten Messzeitpunkt durch eine an das Projekt adaptierte Version des ZUF-8 erfasst (siehe Tabelle 10). Der durchschnittliche Gesamtwert liegt bei $M=27$ ($Md=28$) von 32 möglichen Punkten und weist damit auf eine insgesamt **hohe Zufriedenheit** der Teilnehmenden mit dem BiSi-Projekt hin. Zwar ist der ZUF-8 in seiner Originalform nicht normiert, wurde aber in verschiedenen Studien ausführlich evaluiert. Schmidt et al. (2018) legen dabei für die Einteilung als „unzufrieden“ einen Wert von ≤ 23 an und einen Wert ≥ 29 als „sehr zufrieden“. Auch Hannover et al. (2000) nutzen einen Cut-Off-Wert < 24 zur Klassifizierung einer Unzufriedenheit. Dementsprechend können in der

BiSi-Gruppe ($n=30$) 6 Personen als unzufrieden (Summenwert ≤ 23), 10 Personen als zufrieden (Summenwert $\geq 24 \leq 28$) und 14 Personen als sehr zufrieden (Summenwert ≥ 29) eingestuft werden.

Zwischen der BiSi-Gruppe mit ($Md=28$, $M=26,6$, $SD=5.24$, $n=20$) und ohne mind. dreimonatige Beschäftigung ($Md=28$, $M=27.6$, $SD=3.90$, $n=10$) ist hinsichtlich der Zufriedenheit kein statistisch signifikanter Unterschied nachweisbar ($U=95.5$, $Z=-.199$, $p=.842$). Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen den innerhalb von 12 Monaten erreichten Beschäftigungsstunden und der Einschätzung im ZUF ($r_s = -.173$, $p = .443$).

Tabelle 10. Ergebnisse zur Zufriedenheitseinschätzung mittels adaptierter ZUF-8-Skala ($n=30$)

n=30	Schlecht, eindeutig nicht	Weniger gut, eigentlich nicht	Gut, im Allgemeinen ja	Ausgezeichnet, eindeutig ja
1) Qualität der erhaltenen Unterstützung		6.7 % (2)	53.3 % (16)	40 % (12)
2) Unterstützung erhalten, die sie wollten	3.3 % (1)	3.3 % (1)	46.7 % (14)	46.7 % (14)
3) Unterstützung hat den Bedürfnissen entsprochen		13.3 % (4)	46.7 % (14)	40 % (12)
4) BiSi einer/einem Freund*in empfehlen		6.7 % (2)	16.7% (5)	76.7% (23)
5) Zufriedenheit mit Unterstützungsausmaß		13.3 % (4)	33.3 % (10)	53.3 % (16)
6) Unterstützung hat bei Problemlösung geholfen		13.3 % (4)	56.7 % (17)	30% (9)
7) Allgem. Zufriedenheit mit der Unterstützung	3.3 % (1)	10 % (3)	36.7 % (11)	50% (15)
8) Projekt selbst wieder nutzen, wenn notwendig		6.7 % (2)	16.7 % (5)	76.7 % (23)

9.2.4 Befragung der Beschäftigungsgebenden

Um in die Begleitevaluation auch die Perspektive der Beschäftigungsstellen mit einfließen lassen zu können, wurden im letzten Projektjahr entsprechende quantitative und qualitative Befragungen durchgeführt. Dabei wurde hier auf diejenigen Beschäftigungsstellen abgezielt, mit denen im BiSi-Projekt bereits eine aktive Kooperation stattgefunden hatte, bei denen also zuvor oder zu dem Zeitpunkt BiSi-Teilnehmende beschäftigt waren. So erhielten Ende Januar 2024 insgesamt 27 Beschäftigungsstellen ein kurzes Informationsschreiben per Post zugeschickt sowie separat einen kurzen, einseitigen Fragebogen: Dieser **Kurzfragebogen** enthielt vier geschlossene sowie eine offene Frage zum selbst ausfüllen (siehe unten) und konnte mittels frankiertem Rückschlag an das Forschungsteam zurückge-

sandt werden. Von insgesamt n=23 Beschäftigungsstellen lag eine Rückantwort mit ausgefülltem Kurzfragebogen vor. Die in Tabelle 11 zusammengefasste Auswertung zeigte, dass a) die bisherigen Erfahrungen mit dem BiSi-Projekt insgesamt als sehr positiv beurteilt wurden, dass b) eine hohe Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit und Unterstützung durch das BiSi-Team bestand und dass c) ein Großteil der Beschäftigungsstellen auch anderen Unternehmen oder Einrichtungen eine Kooperation mit dem BiSi-Projekt weiterempfehlen würde. Unter den Beschäftigungsstellen waren die Vorerfahrungen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sehr unterschiedlich: Während gut ein Drittel vor dem BiSi-Projekt noch „gar keine“ oder nur „sehr wenige“ Vorerfahrungen damit hatte, gab knapp die Hälfte bereits „einige“ oder „sehr viele“ Vorerfahrungen an (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11. Rückmeldungen von n=23 kooperierenden Beschäftigungsstellen

	--	-	- / +	+	++
Wie würden Sie alles in allem Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem BiSi-Projekt beurteilen?	sehr negativ: 0 %	eher negativ: 4,3 %	weder noch: 0 %	eher positiv: 26,1 %	sehr positiv: 69,6 %
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Unterstützung durch das BiSi-Team bzw. mit der Zusammenarbeit?	sehr unzufrieden: 4,3 %	eher unzufrieden	weder noch: 4,3 %	eher zufrieden: 21,7 %	sehr zufrieden: 69,6 %
Würden Sie eine Kooperation mit dem BiSi-Projekt auch anderen Unternehmen etc. weiterempfehlen ?	eindeutig nein 0 %	eher nicht 0 %	unentschieden: 4,3 %	eher ja: 43,5 %	eindeutig ja: 52,2 %
Wie viel Vorerfahrungen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gab es vor BiSi innerhalb Ihres Unternehmens/ Einrichtung? (z.B. in Form von beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen, Integrationsarbeitsplätzen etc.)	gar keine: 17,4 %	sehr wenig: 17,4 %	etwas: 17,4 %	einige: 21,7 %	sehr viele: 26,1 %

Zur weiteren Vertiefung der gemachten Projekterfahrungen wurden mit einigen Beschäftigungsgebenden (n=8) zwischen Februar und Juli 2024 zusätzlich **semistrukturierte Interviews** durchgeführt. Die Beschäftigungsstellen wurden dabei mit dem Ziel ausgewählt, eine möglichst vielfältige Bandbreite an Beschäftigungsplätzen abzudecken. Die Beschäftigungsstellen umfassen städtische Einrichtungen, Unternehmen des Einzelhandels, selbstständig Tätige sowie Einrichtungen aus dem sozialen Bereich. Die Interviews erfolgten auf der Grundlage eines semistrukturierten Leitfadens, der in einem Konsensusprozess der Forschungsmitarbeitenden sowie unter Berücksichtigung vorbestehender Studienarbeiten (Reich & Dalferth, 2023) entwickelt worden war. Alle Interviewteilnehmenden wurden vorab schriftlich und mündlich über den Zweck der Befragung aufgeklärt und gaben ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen Verarbeitung der erhobenen Daten. In Absprache mit den Interviewteilnehmenden fanden vier der Interviews in den Räumlichkeiten der Beschäftigungsstellen und (aus organisatorischen Gründen) drei Mal telefonisch und einmalig per Videokonferenz statt. Die zwischen 12 und 22 Minuten umfassenden Interviews wurden mit einem digitalen Audiorekorder aufgezeichnet und anschließend für die weitere inhaltsanalytische Auswertung transkribiert.

Die interviewten Personen der Beschäftigungsstellen gaben als **Grund für die Teilnahme** am BiSi-Projekt einerseits die zusätzliche personelle Unterstützung an, die häufig außerhalb des regulären Stellenplans lief: „Das war für uns eine Möglichkeit, dass wir jemanden haben, den wir nicht anstellen müssen, sozusagen, weil wir keine Stelle haben....“ (BS3). Andererseits wurde auch soziale Verantwortung als weitere Motivation für die Beteiligung am Projekt beschrieben, z.B. um Menschen eine Chance zu geben („Ich fand es interessant, dass man auf diesem Weg vielleicht mal etwas zurückgeben kann...“, BS4) oder im Sinne eines sozialen Auftrags („Wir haben auch einen Auftrag in der Gesellschaft...“, BS3).

In mehreren Interviews wurde berichtet, dass mit dem **Projekt grundsätzlich „...positive Erfahrungen“** (BS2) gemacht worden seien. Gleichzeitig wurden Aussagen zu anfänglichen Bedenken und eigenen Unsicherheiten getroffen, zum Beispiel: „...Ich hatte ein bisschen Sorge am Anfang, weil ich nicht wusste, ich konnte nicht einschätzen die psychische Befindlichkeit, wie ist die über-

haupt, was macht das mit den Leuten...“ (BS7). Während insgesamt zwar keine besonders herausragenden Herausforderungen im Projektverlauf benannt wurden, weil das in der Regel „...alles sehr unkompliziert und zuverlässig“ (BS5) verlaufen sei, schien doch vor allem die Auswahl passender Aufgaben für die Teilnehmenden eine gewisse Schwierigkeit darzustellen (z.B. „... Ich möchte so jemanden ja trotzdem fördern und fordern aber nicht überfordern. Und da den Mittelweg zwischen zu finden...“, BS2). In diesem Kontext sind generell auch Rücksicht, Geduld und Flexibilität als wichtige Faktoren in der Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden beschrieben worden, z.B. wenn „man da auch mal ein, zwei Augen mehr zudrücken muss.“ (BS8). Eine entsprechende Anpassung bzw. Reflektion der eigenen Vorgehensweisen wurde in verschiedenen Interviewteilen deutlich: „...Es war spannend, dass ich mich in Geduld üben musste“ (BS7) oder „... dass man feinfühlig sein musste, wie man was übermittelt“ (BS8). In einzelnen Fällen kam es hierbei ebenfalls zu einer Veränderung von Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen („...habe ich da jetzt eher noch mehr Verständnis gewonnen“, BS2).

Viele der interviewten Personen berichteten über Erfahrungen mit zuverlässigen und engagierten **Teilnehmenden** (z.B. BS6: „... fachlich hohe Auffassungsgabe, hohe Motivation, setzt Dinge schnell und wie gewünscht um“ oder BS2: „...die sich hier super gut mit einbringt“) sowie den guten zwischenmenschlichen Kontakt mit diesen. Beispielsagen wie „...mittlerweile bewegt er sich mit einer Selbstsicherheit hier, die ich super finde“ (BS7) oder „... dass die Teilnehmerin da richtig Spaß dran hat und richtig aufgeht“ (BS2) zeigen außerdem die vielfältigen positiven Entwicklungen der Teilnehmenden aus Sicht der Beschäftigungsgebenden.

Die interviewten Personen aus den Beschäftigungsstellen beschrieben die **Unterstützung** durch das BiSi-Vermittlungsteam mehrheitlich als hilfreich, zuverlässig und transparent (BS5: „...das war immer sehr klar und sehr konkret und sehr zuverlässig“) und hoben auch den wichtigen regelmäßigen gemeinsamen Austausch hervor (BS6: „Es wurde erinnert, wenn etwas zu erledigen war“). In einigen Interviews wurde als besonderer Vorteil für die Beschäftigungsstellen der nur geringfügige administrative Zusatzaufwand durch das Projekt angeführt (BS2: „...der administrative

Aufwand ist sehr gering, die Abstimmung sehr niederschwellig“), während allerdings vereinzelt auch der „bürokratische Aufwand als herausfordernd“ (BS9) erlebt wurde. Als Nachteil im regulären Betriebsablauf wurden zusätzlich erforderliche Zeitressourcen benannt, besonders zu Projektbeginn: „...da muss auch eine Nachkontrolle erfolgen. Das ist am Anfang mit einem Mehraufwand verbunden.“ (BS6). Dennoch wurde an verschiedenen Stellen hervorgehoben, dass sich durch das BiSi-Projekt ein wirtschaftlicher bzw. personeller Nutzen für die Beschäftigungsstellen ergab, wie zum Beispiel „Der Vorteil ist natürlich immer eine Person mehr, die unterschiedliche Aufgaben übernimmt“ (BS1) oder „... in der Situation gesteckt haben, wo wir personell [] ziemlich auf dem Zahnfleisch gelaufen sind...“ (BS8).

Mit Blick auf eine potentielle Weiterführung der Beschäftigungen gab ein Großteil der interviewten Personen an, die Teilnehmenden prinzipiell gerne über die Projektlaufzeit hinaus weiter beschäftigen zu wollen. Jedoch wurden Hindernisse wie zusätzliche Kosten und Stellenplanung angeführt („Mein Unternehmen erwirtschaftet nicht genug, dass ich mir [das] wirklich leisten kann.“, BS4; „...aber es wäre so, dass wir die Stelle schaffen müssen und dafür war kein Geld mehr da.“, BS8) sowie Unsicherheiten durch Krankheitstage („...gerade in einem so kleinen Betrieb, wo man sich darauf verlassen [muss], dass derjenige dann da ist...“, BS2). Mitunter sei die **Weiterführung der Beschäftigung** auch abhängig von der Passung mit dem Teilnehmenden sowie von der Möglichkeit, dass weiterhin die externe Unterstützung bestehen bliebe (BS1: „Gute Begleitung von außen ganz klar. Die ist notwendig.“).

9.2.5 Befragung T3 (zu Projektabschluss)

Die eigentliche wissenschaftliche Begleitforschung war ausschließlich über einen individuellen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten geplant. Um jedoch noch erste Informationen über die darüberhinausgehenden Entwicklungen erhalten zu können, ist zusätzlich noch eine **kurze Telefonbefragung zu Projektende** (T3) durchgeführt worden. Dafür wurden die Teilnehmenden bereits bei der T2-Befragung (nach 12 Monaten) mündlich und schriftlich über die geplante Nachbefragung vorinformiert und von allen Teilnehmenden liegt eine unterschriebene Einverständniserklärung für die Telefonbefragung zu T3 vor. Selbstverständlich wurde von allen Personen dann am Telefon auch

noch mal mündlich das Einverständnis eingeholt. Die zuständige Ethik-Kommission wurde über die Anpassung des Studienplans unterrichtet und hatte keine Einwände (Nr. 2022-046-Am2).

Neben Veränderungen der beruflichen Tätigkeit wurde in der T3-Telefonbefragung vor allem auf die erneute Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1) sowie der Psychosozialen Veränderungen (PSV) abgezielt. Bezüglich des PSV-Fragebogens wurde dafür nochmal das Datum der T2-Befragung genannt und nach den Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus seit dieser T2-Befragung gefragt. Die Telefonbefragungen fanden zwischen Oktober 2024 und Januar 2025 statt und verteilten sich somit rund um den Stichtag des offiziellen Projektendes von BiSi (30.11.2024). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund der unterschiedlichen Projekteinstiege auch der Abstand zwischen der T2- und der T3-Befragung zwischen 6 und 18 Monaten variierte, aber im Mittel bei 13 Monaten lag (M=13,3; SD=4,2; Md=15).

Für die telefonische T3-Befragung konnten von der BiSi-Gruppe noch n=22 Personen (63 % der Anfangsstichprobe) und von der Vergleichsgruppe noch n=13 Personen (59 % der Anfangsgruppe) erfolgreich kontaktiert und befragt werden.

9.2.5.1 Psychosoziale Veränderungen

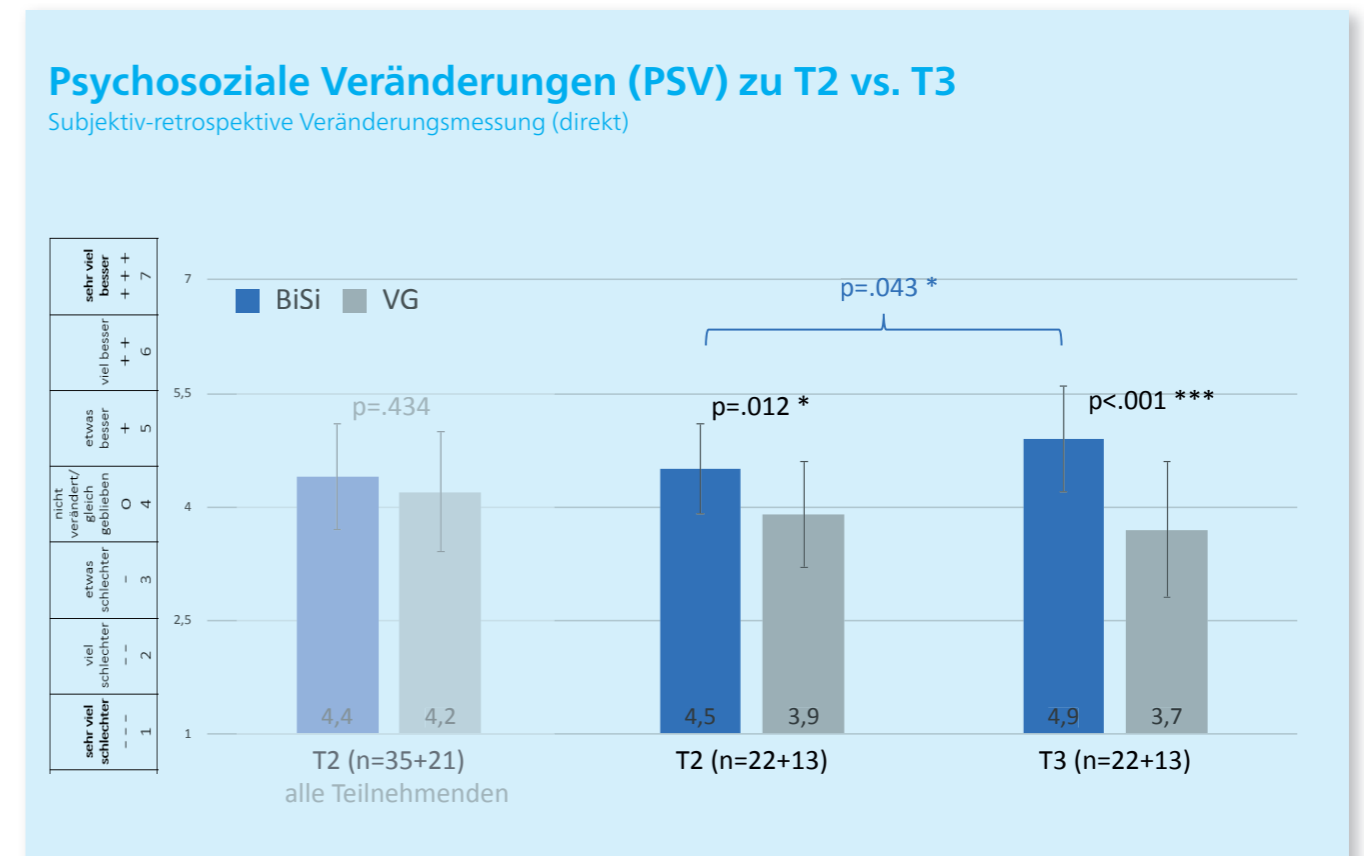
In Tabelle 12 ist der Gesamtwert für die psychosozialen Veränderungen (PSV-Fragebogen) zum zweiten Messpunkt (nach 12 Monaten Projektteilnahme, T2) sowie aus der Telefonbefragung zum dritten Messzeitpunkt (bei Projektende, T3) dargestellt. Für die n=35 Personen, die noch an der telefonischen Nachbefragung (T3) teilgenommen haben, ergab sich mit p=0.12 (im Gegensatz zur Ausgangsstichprobe [n=35+21]: p=.434) ein signifikanter Unterschied zum T2-Zeitpunkt zwischen BiSi- (M=4,5) und Vergleichsgruppe (M=3,9). Mit Blick auf die BiSi-Gruppe zeigte sich zwischen T2 und T3 dann eine Erhöhung des PSV-Gesamtwertes von 4,5 auf 4,9, die statistisch signifikant ausfällt (p=.043). In der Vergleichsgruppe veränderte sich der PSV-Gesamtwert statistisch nicht-signifikant (p=.345) von 3,9 auf 3,7. Die T3-Telefonbefragung ergab dann einen statistisch signifikanten Unterschied im mittleren PSV-Gesamtwert (p<.001), wobei die BiSi-Gruppe hier im Mittel leichte Verbesserungen berichtete (M=4.9, Md=5.1), während die

Tabelle 12. Deskriptive Ergebnisse und statistische Unterschiede zwischen BiSi- und Vergleichsgruppe im PSV-Fragebogen zu T2

	BiSi-Gruppe (n=22)	T2àT3 A	Vergleichsgruppe (n=13)	T2àT3 A	BiSi vs. VG B
T2	M=4,5 SD=0,61; Md=4,5	Z=-2.02, p=.043 *	M=3,9 SD=0,65; Md=3,9	Z=-.94, p=.369	T2: U=74, Z=-2.36, p=.012 *
T3	M=4,9 SD=0,69; Md=5,1		M=3,7 SD=0,86; Md=3,6		T3: U=41, Z=-3.49, p<.001 ***

A: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, B: Mann-Whitney-U-Test, * = p<.05, *** = p<.001

Abbildung 2. Einschätzung der psychosozialen Veränderungen zu T2 und T3



Vergleichsgruppe eher in Richtung Verschlechterung tendierte (M=3.7, Md=3.6).

Da aufgrund der unterschiedlichen Projekteinstiege der Abstand zwischen der T2- und der T3-Befragung stark variierte (s.o.), wurde zusätzlich der Zusammenhang zwischen dem zeitlichen **Befragungsabstand** und dem PSV-Ergebnissen überprüft. Dabei zeigte sich in der Gesamtgruppe (n=35) eine signifikante Spearman-Korrelation zwischen dem PSV-Gesamtwert zu T3 und sowohl der Zeit zwischen T2- und T3-Befragung ($r_s=.438$, $p=.010$) als auch zwischen T1- und T3-Befragung ($r_s=.389$, $p=.021$). Das heißt, längere Befragungsabstände gingen in der Gesamtgruppe auch mit höheren PSV-Werten (im Sinne von eher wahrgenommenen Verbesserungen) einher. Bis auf eine Tendenz in der BiSi-Gruppe (n=22) für die Zeit zwischen T1- und T3-Befragung ($r_s=.378$, $p=.082$), konnten sich diese Zusammenhänge allerdings nicht mehr signifikant auf Ebene der beiden Studiengruppen bestätigen lassen ($p=.136-923$). Im Übrigen ergaben sich weder für die Gesamtgruppe noch für die beiden Subgruppen signifikante Zusammenhänge zwischen dem T1-T2-Abstand und den PSV-Werten zu T2 ($r_s=.077-.102$, $p=.584-.755$).

9.2.5.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit

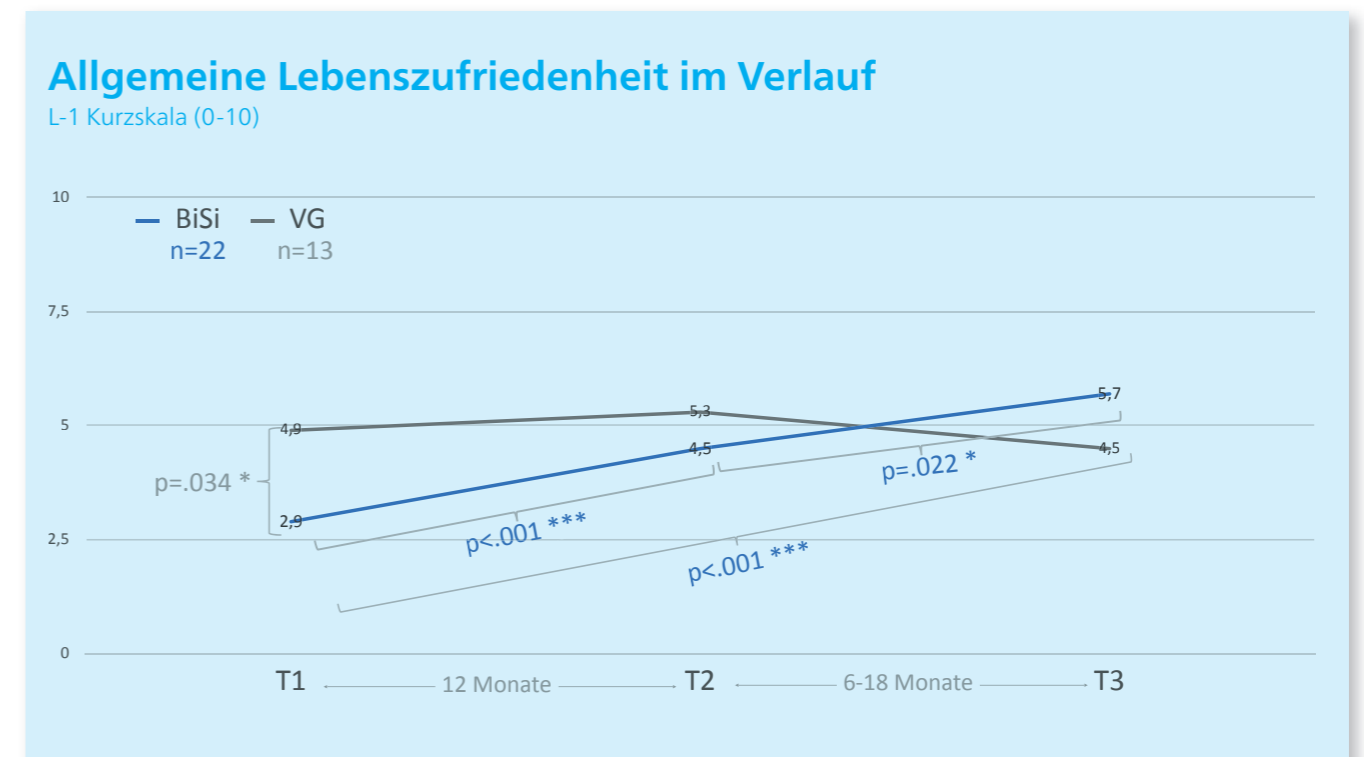
Um die Entwicklung der allgemeinen Lebenszufriedenheit über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg zu analysieren, konnten Daten von n=35 Personen genutzt werden. Hier zeigen die in Tabelle 13 dargestellten deskriptiven Ergebnisse einen signifikanten Unterschied im mittleren Ausgangswert der Lebenszufriedenheit (L-1-Skala) zwischen der BiSi- und der Vergleichsgruppe (Md=3 vs. Md=6; $p=.034$). Es sei darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Analyse der Ausgangswert (M=4,9/Md=6) für die n=13 Personen der Vergleichsgruppe etwas höher bzw. besser ausfällt im Vergleich zu den Basiskennwerten aller n=21 Teilnehmenden der Vergleichsgruppe (M=4,6/Md=5; siehe Abschnitt 2.1.1). Zwischen den drei Befragungszeitpunkten lässt sich dann in der BiSi-Gruppe (n=22) ein kontinuierlicher Anstieg der Lebenszufriedenheitswerte erkennen, der zwischen T1 und T2 ($p<.001$), zwischen T2 und T3 ($p=.022$) sowie auch zwischen T1 und T3 ($p<.001$) statistisch signifikant ausfällt (siehe Abbildung 3). In der Vergleichsgruppe hingegen steigen die Werte zunächst leicht (aber nicht statistisch signifikant) an, fallen dann aber zu T3 wieder ab und liegen deskriptiv gesehen am Ende sogar unter dem Ausgangsniveau. Allerdings finden sich hier keinerlei signifikante Verlaufsunterschiede.

Auch für die Lebenszufriedenheit wurde innerhalb der BiSi-Gruppe zusätzlich der Zusammenhang mit den zeitlichen **Befragungsabständen** überprüft, da aufgrund der unterschiedlichen Projekteinstiege der Abstand zwischen der T2- und der T3-Befragung stark variierte (s.o.). Hierbei waren jedoch weder für die jeweiligen Befragungs-Mittelwerte noch für die Veränderungswerte (change scores) signifikante Spearman-Korrelationen mit den zeitlichen Abständen ($p=.204$ bis $p=.951$) nachweisbar.

Tabelle 13. Deskriptive Ergebnisse und statistische Unterschiede zwischen BiSi- und Vergleichsgruppe für die allgemeine Lebenszufriedenheit (L-1-Skala) zu T2 und T3

	BiSi-Gruppe (n=22)		Vergleichsgruppe (n=13)		BiSi vs. VG
T1	M=2,9 (SD=2,1) Md=3	T1-T2: Z=-3.29 ($p<.001$) ***	M=4,9 (SD=2,7) Md=6	T1-T2: Z=-1.07 ($p=.281$)	T1: U=82.0, Z=-2.11, $p=.034$ *
T2	M=4,5 (SD=1,9) Md=4	T2-T3: Z=-2.26 ($p=.022$) *	M=5,3 (SD=2,5) Md=5	T2-T3: Z=-1.26 ($p=.266$)	T2: U=116.5, Z=-.914, $p=.371$
T3	M=5,7 (SD=2,2) Md=5	T1-T3: Z=-3.74 ($p<.001$) ***	M=4,5 (SD=2,0) Md=5	T1-T3: Z=-.513, ($p=.645$)	T3: U=104.0, Z=-1.35, $p=.181$

Abbildung 3. Einschätzung der Lebenszufriedenheit über alle drei Zeitpunkte



9.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

9.3.1 Zugang zur Zielgruppe

Die Routinedatenerhebung des GPV Bielefeld zur Arbeits- und Beschäftigungssituation von Klient:innen im ambulant unterstützten Wohnen hatte gezeigt, dass in der untersuchten Stichprobe von N=1418 Personen knapp die Hälfte (45 %) ohne jegliche Form von Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung oder auch Tagesstrukturangebot war (Dehn et al. 2024). Dieser Anteil an beschäftigungslosen Menschen in der ambulanten Wohnunterstützung stimmt auch mit anderen und älteren Studienthebungen in Deutschland überein (siehe Dehn 2025). In der Bielefelder GPV-Stichprobe hätte sich damit rein rechnerisch ein Potential von (mindestens) etwa 600 Personen ergeben, die zumindest schon ein wesentliches Einschlusskriterium für das BiSi-Programm erfüllen und eben keine aktuelle Erwerbstätigkeit, Beschäftigung oder Bildungsmaßnahme aufweisen. Unter Berücksichtigung der weiteren Einschlusskriterien (z.B. mind. 12 Monate ohne Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) sowie des Interesses an einer Studienteilnahme konnten dann abschließend insgesamt n=56 Personen (BiSi: n=35, Vergleichsgruppe: n=21) in die Begleitstudie zum BiSi-Programm aufgenommen werden. Allen voran die Gewinnung der Vergleichsgruppe gestaltete sich aufwändig und gelang nur über diverse Rückkopplungsschleifen und eine enge Kooperation mit den beteiligten GPV-Trägern. Ähnliche Erfahrungen und Schwierigkeiten mit dem Rücklauf bei Forschungsprojekten im Kontext der wohnbezogenen Eingliederungshilfe sind auch aus anderen Studien bekannt (Steinhart et al. 2021, Killaspy et al. 2019, Daum et al. 2017). Obwohl Klient:innen mit (schweren) psychischen Erkrankungen in der Wohnunterstützung grundsätzlich sehr interessiert an Forschung sind und in der Regel auch gerne an Studienprojekten teilnehmen (v.a. um damit auch anderen Menschen zu helfen) (Dehn et al. 2022, 2024), bringt der forschungsbezogene Zugang zu dieser Zielgruppe verschiedene Herausforderungen mit sich, die organisatorisch, zeitlich und personell in besonderer Weise zu berücksichtigen sind (vgl. auch Daum et al. 2017).

9.3.2 Komplexe Ausgangslagen

Gemäß den Einschlusskriterien des BiSi-Projektes waren die Teilnehmenden zu Studienbeginn erwerbsfähig oder nicht vermitteltbar auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sie gingen keiner regelmäßigen Arbeit, Beschäftigung oder Bildungsmaßnahme nach und waren bereits seit mindestens einem Jahr ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Darüber hinaus zeigten die erlangten erhobenen soziodemografischen und klinischen

Merkmale der Teilnehmenden, dass die Zielgruppe in der Regel besondere Lebenslagen und komplexe Unterstützungsbedarfe aufweist. So verfügten z.B. rund die Hälfte der BiSi-Gruppe und zwei Drittel der Vergleichsgruppe nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Bezugsmitarbeitenden schätzten auf der GAF-Skala die Schwierigkeiten in der psychosozialen Leistungsfähigkeit bzw. die psychopathologische Symptomatik der Studienteilnehmenden im Durchschnitt als mäßig ausgeprägt ein (M=53). In der Selbsteurteilung der Teilnehmenden zeigten sich erhöhte Screeningergebnisse für Ängstlichkeit (GAD-2) und Depressivität (PHQ-2) sowie eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit (SCIP) und ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigungen (IMET). Im Vergleich zu repräsentativen Bevölkerungsstichproben war auch die Lebensqualität (L-1) (vor allem in der BiSi-Gruppe) sehr stark herabgesetzt. Einige BiSi-Teilnehmenden berichteten zudem über körperliche Einschränkungen, die einer regelmäßigen Beschäftigung bisher im Wege standen. Insgesamt traute sich über die Hälfte der BiSi-Gruppe anfangs nur eine Beschäftigung an 1-2 Tagen pro Woche zu.

9.3.3 Hauptergebnismaß „soziale Teilhabe“

In der Vergleichsgruppe war von 28 % der Teilnehmenden bekannt, dass sie innerhalb des 12-Monatszeitraums einer regelmäßigen Beschäftigung nachgingen, während in der BiSi-Gruppe mit 83 % deutlich mehr Personen in eine Beschäftigung vermittelt werden konnten. Jedoch zeigten sich mit Blick auf die anvisierte Verbesserung der sozialen Teilhabe im Rahmen der BiSi-Teilnahme sowohl für die wahrgenommenen Teilhabechancen (OxCAP) als auch für die subjektiven Teilhabebeeinträchtigungen (IMET) keine signifikanten Ergebnisse in den statistischen Prä-Post-Analysen. Hieran änderte sich auch nichts durch die Berücksichtigung der (mind. dreimonatigen) Beschäftigungszeit. Diese Resultate könnten also – entgegen der Vorannahme – nahelegen, dass sich die BiSi-Teilnahme innerhalb des betrachteten 12monatigen Zeitraums nicht bedeutsam auf die wahrgenommene soziale Teilhabe ausgewirkt hat. Dabei ist allerdings einschränkend auf die (für quantitativ-empirische Forschung) vergleichsweise kleine Stichprobe sowie den (für psychosoziale Veränderungsprozesse in der Eingliederungshilfe) relativ begrenzten Studienzeitraum von 12-Monaten hinzuweisen. Außerdem ist zu hinterfragen, inwieweit die beiden eingesetzten Fragebögen (OxCAP-MH, IMET) das für das BiSi-Programm anvisierte Zielkonzept der „sozialen Teilhabe“ tatsächlich

inhaltsvalide bzw. passgenau genug abgebildet haben. Zur Messung von Teilhabechancen werden im OxCAP u.a. Items wie „Ich kann Entscheidungen beeinflussen, die sich auf mein Wohngebiet auswirken.“, „Ich kann Pflanzen, Tiere und die Natur würdigen und wertschätzen.“ oder Fragen wie „Können Sie Freunde oder Verwandte in geselligem Rahmen treffen?“ eingesetzt. Im IMET werden neun Lebensbereiche (bzw. Items) aufgeführt, zu denen beispielsweise „Übliche Aktivitäten des täglichen Lebens (Waschen, Ankleiden, Essen etc.)“, „familiäre und häusliche Verpflichtungen (Hausarbeit, Gartenarbeit, Wohnung etc.)“ oder auch „Erholung und Freizeit (Hobbys, Aktivitäten, Sport, Urlaub etc.)“ gehören. Möglicherweise sind solche Items aber nicht ausreichend geeignet, um das Konzept der „sozialen Teilhabe“ im Sinne des von BiSi verfolgten Projektziels ausreichend widerzuspiegeln. Explorative Analysen zum PSV-12-Fragebogen haben jedoch gezeigt, dass sich in der retrospektiven Einschätzung der Teilnehmenden auf dem Einzelitem zur „sozialen/gesellschaftlichen Teilhabe“ zumindest eine gewisse Differenzierbarkeit in der wahrgenommenen Veränderung (in Abhängigkeit der Beschäftigungssituation) nachweisen lässt. Obwohl sich verschiedenste Fachrichtungen mit den Begriffen „Inklusion“ und „Soziale Teilhabe“ auseinandergesetzt haben ist eine klare bzw. allgemein akzeptierte Definition nichtsdestotrotz weiterhin fraglich und unvollständig (Levasseur et al. 2022). Weitere Forschungsvorhaben sollten daher auch andere mittlerweile verfügbare Instrumente zur Messung von Teilhabe genauer prüfen und abwägen, z.B. die „Kurz-Skala zur Erfassung wahrgenommener sozialer Teilhabe (KST-5)“ (Berger et al. 2020) oder den „Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK 2.0)“ (Schützwohl et al. 2017).

9.3.4 Relevanz der Vermittlung in Beschäftigung

Bei BiSi-Teilnehmenden, die innerhalb der 12 Studienmonate mind. drei Monate beschäftigt waren, kam es (im Gegensatz zu BiSi-Teilnehmenden ohne mind. dreimonatige Beschäftigungszeit sowie zur Vergleichsgruppe ohne Beschäftigung) zu einem Anstieg der WHODAS-Fragebogenwerte, also einer Zunahme der erlebten Funktionsbeeinträchtigungen. Diese Veränderung fiel zwar nicht signifikant aus, könnte allerdings als deskriptive Beobachtung darauf hindeuten, dass die Teilnehmenden unter den (neuen) Anforderungen der Beschäftigung bzw. den damit veränderten Rahmenbedingungen auch mehr Beeinträchtigungen ihrer Funktions-

fähigkeit wahrnehmen. Umso bemerkenswerter ist, dass es im selben Zeitraum gerade bei dieser BiSi-Gruppe mit mind. dreimonatiger Beschäftigung ebenfalls zu einer signifikanten Zunahme der Lebenszufriedenheit kam. Diese Gruppe erlebte im Durchschnitt außerdem signifikant mehr positive Veränderungen der psychosozialen Gesamtsituation, während die BiSi-Gruppe ohne mind. drei Monate Beschäftigung und die Vergleichsgruppe ohne Beschäftigungszeit im Mittel keinerlei Veränderungen angaben. In der BiSi-Gruppe mit Beschäftigungserfahrungen kam es in der retrospektiven Einschätzung vor allem zu leichten Verbesserungen in den Lebensbereichen „Lebenszufriedenheit“ und „Allgemeines Aktivitätsniveau“. Weitere Analysen mit den Beschäftigungsstunden deuten allerdings darauf hin, dass für die erlebten psychosozialen Veränderungen nicht allein der tatsächliche Beschäftigungsumfang ausschlaggebend zu sein scheint, sondern ob in den 12 BiSi-Monaten überhaupt eine Beschäftigung aufgenommen wird oder nicht. Die Zufriedenheit mit der Unterstützung im BiSi-Projekt ist aber – unabhängig vom Beschäftigungsstatus – bei allen Teilnehmenden hoch gewesen.

9.3.5 Verläufe

Bei einer Subgruppe von 35 Teilnehmenden konnte zwischen 6 und 18 Monate nach der 1-Jahres-Befragung nochmals eine telefonische Nachbefragung bei Projektende durchgeführt werden. Hierbei resultierten nur für die BiSi-Gruppe im Mittel noch weiter gestiegene Werte der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie eine nochmals positiver wahrgenommene Veränderung der psychosozialen Gesamtsituation im Vergleich zur 1-Jahres-Befragung. Explorative Analysen unter allen nochmals nachbefragten Studienteilnehmenden ergaben Hinweise dafür, dass eine längere Projektteilnahmezeit möglicherweise auch mit höheren Einschätzungen (im Sinne von eher wahrgenommenen Verbesserungen) für die psychosozialen Veränderungen einhergehen könnte. Innerhalb der Vergleichsgruppe waren hingegen keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten nachweisbar.

Eine weitere Auswertung zur Identifikation von Merkmalen, mit denen sich besonders positive Gesamtverläufe bzw. auch erhöhte Unterstützungsbedarfe in der BiSi-Gruppe anzeigen lassen könnten, wäre mit Blick auf eine noch passgenauere Begleitung im Praxisalltag wünschenswert gewesen. Jedoch war die Ausgangsstichprobe mit n=35 Personen nicht umfangreich genug, um damit statistisch valide Berechnungen durchführen und tragfähige Aussagen treffen zu können.

10. AUSBLICK: SOZIALRECHTLICHE VERORTUNG UND REGELFINANZIERUNG DES ANGEBOTS BISi

Das Projekt BiSi war von vornherein darauf angelegt, eine sozialrechtliche Verortung und Regelfinanzierung des Angebotes zu ermöglichen. Hierfür ergaben sich aus der Sicht von Bethel.regional zwei Vorgehensweisen:

1. Eine direkte Überführung in ein Regelangebot der Sozialen Teilhabe oder
2. Eine Überführung in ein Regelangebot der Sozialen Teilhabe mit einer Zwischenphase der Anschubfinanzierung bei 50% Beteiligung durch die Sozialstiftung NRW.

Zu 1:

Für die direkte Überführung in ein Regelangebot der Sozialen Teilhabe ist es notwendig, dass Bethel.regional als Angebotsträger den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Leistungsträger zum Abschluss einer entsprechenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarung auffordert und die Klient:innen einen entsprechenden Antrag auf Soziale Teilhabe stellen. Diese beiden Voraussetzungen wurden vor dem Projektlauf erfüllt, um eine nahtlose Folgefinanzierung sicherzustellen. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe lehnte zunächst den Abschluss einer Leistungs- und Vergütungsvereinbarung ab. Daraufhin entschied sich die Stiftung Bethel, in dieser Frage die Schiedsstelle gem. SGB IX zur Klärung anzurufen.

Zu 2.:

Vor Abschluss des Projektes BiSi wies die Sozialstiftung NRW auf die Möglichkeit hin, eine Weiterentwicklung des Projektes im Rahmen einer Anschubfinanzierung für weitere drei Jahre mit 50% Kostenbeteiligung zu unterstützen. Voraussetzung hierfür war neben einem entsprechenden Antrag auf Anschubfinanzierung die Vorlage eines Konzeptes mit Begleitforschung und die Verpflichtung, die Finanzierung der verbleibenden 50 % und die Fortführung des Angebotes für mindestens zwei weitere Jahre sicherzustellen. Die Stiftung Bethel hat zur Ermöglichung dieses zweiten Weges einen entsprechenden Antrag an die Sozialstiftung NRW gestellt mit der Bereitschaft zur Übernahme einer Eigenbeteiligung von 10 %, unter der Voraussetzung, dass der LWL eine Kostenbeteiligung von 40 % übernimmt. Die Anschubfinanzierung wurde am 12.09.2024 von der Stiftung Bethel beantragt und am 19.12.2024 von der Sozialstiftung NRW bewilligt.

Der LWL hat seine Beteiligung an der Anschubfinanzierung am 24.03.2025 in Aussicht gestellt und am 21.08.2025 verbindlich bestätigt. Allen Beteiligten ist klar, dass sich die Stiftung Bethel mit der Annahme der Anschubfinanzierung gegenüber der Sozialstiftung NRW zur Fortsetzung der Leistungen für mindestens zwei weitere Jahre verpflichtet. Bestandteil der Vereinbarungen zwischen Bethel.regional und dem LWL zur Fortsetzung des Angebotes BiSi ist deshalb die Verpflichtung des LWL, das Angebot im Anschluss an die Anschubfinanzierung in ein Regelangebot der Sozialen Teilhabe mit einer Leistungs- und Vergütungsvereinbarung zu überführen.

Nach der Zustimmung des LWL zu diesem Lösungsweg hat Bethel.regional entschieden, die Anrufung der Schiedsstelle nicht weiter zu verfolgen.

Mit der Nutzung der Phase der Anschubfinanzierung ist die Möglichkeit gegeben, für weitere drei Jahre Praxiserfahrungen mit dem Angebot zu sammeln und mit Hilfe der Begleitforschung zu evaluieren. Dies ist ein wichtiger gemeinsamer Schritt auf dem Weg zu einer Regelfinanzierung.

Ein Nachteil der verzögerten Umsetzung in ein Regelangebot besteht allerdings darin, dass eine mögliche Ausweitung der Zielgruppe auf Menschen mit anderen Einschränkungen gemäß BTHG und auf weitere Gebietskörperschaften in NRW auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird.

Eine solche Ausweitung gehört jedoch zur konsequenten Umsetzung des Angebotes BiSi in eine Regelfinanzierung. Der oben genannte Antrag der Stiftung Bethel auf Abschluss einer Leistungs- und Vergütungsvereinbarung kann mit seinem ausführlichen Konzept als inhaltliche Grundlage für die spätere Weiterentwicklung dienen.

Der Antrag fußt auf den folgenden sozialrechtlichen Grundlagen:

Das Beschäftigungsangebot BiSi - Beschäftigung im Sozialraum inklusiv - bietet Leistungen zur Sozialen Teilhabe gemäß Teil 1, Kapitel 13, § 76ff in Verbindung mit Teil 2, Kapitel 6, § 113 SGB IX-neu an.

Dabei sind aus der Sicht von Bethel.regional insbesondere die folgenden gesetzlichen Bestimmungen relevant:

Teil 1 (Regelungen)

- Aus §76 Leistungen zur Sozialen Teilhabe: Selbstbestimmte und Eigenverantwortliche Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten; Leistungen zur Förderung der Verständigung

- Aus §78 Assistenzleistungen:

Absatz 1: Selbstbestimmte und eigenständige Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung; Leistungen für die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Leistungen beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.

Absatz 2: Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach §19 die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Leistungen umfassen gemäß Absatz 2 Nr. 2 die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung. Die Leistungen nach Nr. 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht.

Absatz 4: Notwendige Fahrtkosten oder weitere Aufwendungen des Assistenzgebers werden als ergänzende Leistungen erbracht.

- Aus §81 Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten:

Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten werden erbracht, um Leistungsberechtigten die für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Leistungen sind insbesondere darauf gerichtet, die Leistungsberechtigten (...) auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten, ihre Sprache und Kommunikation zu verbessern und sie zu befähigen sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen. (...)

- Aus §84 Hilfsmittel:

ggf. notwendige Hilfsmittel zur Ausübung der Beschäftigung

Teil 2 (Besondere Leistungen)

- §113 Leistungen zur Sozialen Teilhabe:

(...) Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Insbesondere gehören dazu: Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten; Leistungen zur Förderung der Verständigung.

Laut der BAGüS-Orientierungshilfen 07/2023 „Zuverdienst im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX“ und 06/2024 „Leistungen zur Sozialen Teilhabe in der Eingliederungshilfe“ kommen insbesondere Leistungen nach § 113 Abs. 2 Nummer 5 i. V. m. § 81 SGB IX in Betracht. Danach werden Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten erbracht, um Leistungsberechtigten die für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Dabei kann ein Ziel dieser Leistungen auch die Orientierung auf bzw. die Heranführung an die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein. Auch dann fallen diese Hilfen aber nicht in den abschließenden Leistungskatalog des § 111 SGB IX, sondern bleiben Leistungen der Sozialen Teilhabe.

Das Ziel bleibt die dauerhafte Etablierung des Angebotes BiSi als regelfinanziertes Angebot der Sozialen Teilhabe, als wesentliche und notwendige Ergänzung der individuellen, niedrigschwelligen und inklusiven Beschäftigungsmöglichkeiten und die Umsetzung eines solchen Angebotes in allen Gebietskörperschaften und für alle Menschen mit Behinderungen gemäß §2 SGB IXa.

LITERATUR

APK/AKTION Psychisch Kranke. Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Bonn 2009
https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/aberi_tab_ent_17-01-2009.pdf

Ärztblatt 2019. Zehntausende wegen psychischer Probleme in Frührente.
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105820/Zehntausende-gehen-wegen-psychischer-Probleme-in-Fruherente>

BAG-IF/Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen, Gredig C (Hg): Was tun – Zuverdienst – Chancen und Perspektiven. Köln, Psychiatrie Verlag 2017

BAG-IF/Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen: Rechtliche Regelungen zum Zuverdienst im Überblick, Schaubild 2016 <https://mehrzuverdienst.de/Der-Zuverdienst.aspx> (zuletzt aufgerufen am 24.08.2020)

BAGüS/Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe/con_sens. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2018.
https://www.lwl.org/spur-download/bag/Endbericht%202018_final.pdf (letzter Aufruf 15.07.2020)

BAGüS, Orientierungshilfe zur Sozialen Teilhabe - Stand Juni 2024
<https://www.bay-landkreistag.de/media/103752/wwi-12092024-eingliederungshilfe-fuer-menschen-mit-behinderungen-a2-bagues-orientierungshilfen.pdf>

Bangen R, Gobes K. Berufliche Rehabilitation: First place, then train – Kontra. Psychiat Prax 2014; 41: 295-296

Balázs, P. G., Łaszewska, A., Simon, J., & Brodzky, V. (2025). Population normative data for OxCAP-MH capability scores. The European Journal of Health Economics, 26(2), 223-231.

Bähr, Sebastian; Collischnon, Matthias (2022): Erwerbsarbeit erfüllt wichtige psychologische Funktionen, In: IAB-Forum 7. September 2022, <https://iab-forum.de/erwerbsarbeit-erfuellt-wichtige-psychologische-funktionen/>, Abrufdatum: 14. Januar 2025

Beierlein, C., Kovaleva, A., Lászlo, Z., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2014). Eine Single-Item-Skala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit: Die Kurzskaala Lebenszufriedenheit-1 (L-1). (GESIS-Working Papers, 2014/33). Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.

Berger, U., Kirschner, H., Muehleck, J., Gläser, A., Werner, B., Kurz, M., ... & Strauß, B. (2020). Kurz-Skala zur Erfassung wahrgenommener sozialer Teilhabe (KsT-5): faktorielle Struktur, interne Konsistenz, inhaltliche und konvergente Validität sowie Normwerte in einer repräsentativen Stichprobe. PpMP-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie, 70(09/10), 396-404.

BMJFFG/Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988

Cwirlej-Sozanska, A., Sozanski, B., Kotarski, H., Wilmonska-Pietruszyńska, A., & Wiśniowska-Szurlej, A. (2020). Psychometric properties and validation of the polish version of the 12-item WHODAS 2.0. BMC Public Health, 20(1), 1203.

Daum M. Fokus Arbeit und Beschäftigung: „Bildung und Arbeit für alle“. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommer e. V., Speck A, Steinhart I (Hg). Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, Psychiatrie Verlag 2018, 83-93

Daum, M., Höptner, A., Speck, A., & Steinhart, I. (2017). Teilhabe für chronisch psychisch kranke Menschen in Deutschland oder Die Sozialpsychiatrie und die Soziale Gerechtigkeit. Psychiatrische Praxis, 44(02), 108-110.

DAK Psychreport 2024
https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2024_57364

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C. & Raspe, H. (2011). IMET. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [Verfahrensdokumentation und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID

Dehn, L. B. (2025). Stillstand bei der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Psychosoziale Umschau, 1, 26–29.

Dehn, L. B., Driessen, M., Beblo, T., & Steinhart, I. Die Studienteilnahme aus Sicht der Befragten. In: I. Steinhart & G. Wienberg: Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz – Die WiE-Wohnen-Studien. Psychiatrie-Verlag.

Dehn, L. B., Driessen, M., Steinhart, I., & Beblo, T. (2022). Participating in longitudinal observational research on psychiatric rehabilitation: quantitative results from a patient perspective study. Frontiers in Psychiatry, 13, 834389.

Dehn, L. B., Suer, J., Klein, R., & Driessen, M. (2024). Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit ambulanter Wohnunterstützung: Eine Auswertung gemeindepsychiatrischer Routinedaten. Psychiatrische Praxis, 51(04), 216-220.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/DGPPN. S3-Leitlinie „Psychoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2019. https://dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092c-bfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychozTherapien_Langversion.pdf (zuletzt aufgerufen am 15.07.2020)

DV/Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Arbeitshilfe des Deutschen Vereins zu Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich SGB XII (DV 12/09). 2009 a
<https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/dv-12-09.pdf> (zuletzt aufgerufen am 15.08.2020)

DV/Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Empfehlungen zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen und Unterstützungsbedarf an der Grenze zwischen Werkstatt und allgemeinem Arbeitsmarkt (DV 24/08). 2009 b
<https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/dv-34-08.pdf> (zuletzt aufgerufen am 15.08.2020)

DV/Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Förderung von „Zuverdienstmöglichkeiten“ im Bereich des SGB IX (DV 24/18). 2019
https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2019/dv-24-18_zuverdienst-eingliederungshilfe.pdf (zuletzt aufgerufen am 23.09.2020)

DV/Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Bestandsaufnahme und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen (DV 20/19). 2020
https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2020/dv-20-19_selbstbestimmte-teilhabe.pdf (zuletzt aufgerufen am 29.07.2020)

FOGS/Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich. Abschlussbericht zur Studie „Arbeits- und Qualifizierungsprojekte für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in Zuverdienstfirmen“. Köln, 2010
https://www.fogsgmbh.de/fileadmin/pdf_downloads/AbschlussBericht_Zuverdienst_Sachsen_15_09_2012.pdf (zuletzt aufgerufen am 15.08.2020)

FOGS/Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich. Abschlussbericht „Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst für Menschen mit Behinderung“. Köln, 2016

FOGS/Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich. Zwischenbericht Auswertung der Sachberichte differenziert nach Angebotsformen unter Einbeziehung der vorliegenden Standards. Köln, 2017

Forum OWL. Beschäftigungsräume im SGB XII – ein Angebot der Stadt Bielefeld und der REGE mbh. 2012, 17, 13-14
http://ifb-owl.de/wp-content/uploads/2015/04/Forum-OWL_1217.pdf (zuletzt aufgerufen am 31.08.2020)

Grochtmann J. Psychisch erkrankte Menschen als Beschäftigte in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Masterarbeit Universität Bielefeld, unveröffentlicht, 2015

Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. DGPPN 2015. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (zuletzt aufgerufen am 03.10.2019)

Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiat* 2014; 171: 1183-1190

Hannöver, W., Dogs, C. P., & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg?. *Psychotherapeut*, 45(5), 292-300.

Hinz, A., Klein, A. M., Brähler, E., Glaesmer, H., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., ... & Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal of affective disorders*, 210, 338-344.

Hoffmann H. Berufliche Rehabilitation: First place, then train – Pro. *Psychiat Prax* 2014;41: 293-295
Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American psychologist*, 36(2), 184.

Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale: Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659.

Kilian H. Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland? – Pro. *Psychiat Prax* 2016; 43: 242-243

Killaspy, H., Priebe, S., McPherson, P., Zenasni, Z., McCrone, P., Dowling, S., ... & King, M. (2019). Feasibility randomised trial comparing two forms of mental health supported accommodation (supported housing and floating outreach); a component of the QuEST (Quality and Effectiveness of Supported Tenancies) study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 258.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ 9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

Kocalevent, R. D., Hinz, A., & Brähler, E. (2013). Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General hospital psychiatry*, 35(5), 551-555.

Łaszewska, A., Schwab, M., Leutner, E., Oberrauter, M., Spiel, G., & Simon, J. (2019). Measuring broader wellbeing in mental health services: validity of the German language OxCAP-MH capability instrument. *Quality of Life Research*, 28(8), 2311-2323.

Leth, Frank. Hartz-IV-Freibeträge gelten auch für „Motivationszuwendung“ – sozial-digital.epd.de, 2020, *Wochenausgabe* 39
http://sozial-digital.epd.de/sw/2020/09/25/4-1.htm?pk_campaign=Wochenausgabe_39... 28.09.2020

Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., ... & Tremblay, L. (2022). Scoping study of definitions of social participation: update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and ageing*, 51(2), afab215.

LVR, Landschaftsverband Rheinland, 2025, Broschüre: Zuverdienst / Budget für geringfügige Beschäftigung für Menschen mit Behinderung (Stand April 2025)

LWL/Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Flyer „Zuverdienst im Allgemeinen Arbeitsmarkt“. 2016
<https://www.lwl.org/lwl-download/Inklusionsportal/Arbeit/BfA/zuverdienst-flyer2016.pdf>
(zuletzt aufgerufen am 01.09.2020)

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., ... & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 86-95.

Ott, C. V., Knorr, U., Jespersen, A., Obenhausen, K., Røen, I., Purdon, S. E., ... & Miskowiak, K. W. (2021). Norms for the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry and cognitive trajectories in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 281, 33-40.

Petrowski, K., Schmalbach, B., Kliem, S., Hinz, A., & Brähler, E. (2019). Symptom-Checklist-K-9: Norm values and factorial structure in a representative German sample. *PLoS one*, 14(4), e0213490.

Pinel gGmbH: Berliner Zuverdienstwegweiser, Stand 01/2019, https://www.google.com/search?q=pinel+2019+zuverdienst&sc_esv=ad493edfaf16cbece&ei=ea2-aj3FCMXs7_UPxrqcoA4&ved=0ahUKewjd5faT-MiPaxVF9rsIHUYd8-QQ4dUDCBA&uact=5&oq=pinel+2019+zuverdienst&gs_l=egxnd3Mtd2l6LXNlcnAifnBpbmVslDlwMTkgenV2ZXJkaWVuc3QyBRAhGKABMgUQIRigATIFECEYoAEy-BRAhGJ8FMgUQIRifBTIFECEYnwV11VRQ7xZYpUtwBHgAkAEAmAG0AaABpQqAQQxNC4yuAEDyAEA-AEBmAIToAKeCsICChAAGLAD-GNYEGeFCagYQABgWGB7CagUQABjvBclCCBAAGIAEGKIEwglEECEYfclCBxAhGKABGAqYAwCIBgGQBgiSBwQxNy4yoAflS7IHBDE-LjK4B5YKwgcGMC4xOC4xyAci&client=gws-wiz-serp

Pott, C. (2015). Assessments zur Erfassung der Teilhabe in der Neurologischen Rehabilitation. *Neurorehabilitation*, 21(3): 117–132

Purdon, S. E. (2005). The screen for cognitive impairment in psychiatry. Administration and psychometric properties. Edmonton, Alberta, Canada: PNL.

Reich, K., & Dalferth, M. (2023). Vom Vermittlungsparadigma hin zur nachhaltigen Unterstützung von Unternehmen bei der Eingliederung von Menschen mit hochfunktionalen Autismus – Ergebnisse einer Arbeitgeber:innenbefragung. *Die Rehabilitation*, 62(05), 289-298.

Richter, D. (2010). Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. *Psychiatrische Praxis*, 37(03), 127-133.

Richter D, Hertig R, Hoffmann H. Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur Unterstützten Inklusion. *Psychiat Prax* 2016; 43: 444-449

Richter D, Hoffmann H. Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementations: systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiat Psychiatr Epidemiol* 2019; 54: 521-531

Richter D, Hunziger M, Hoffmann H. Supported Employment im Routinebetrieb: Evaluation des Berner Job Coach Placement-Programms 2005-2016. *Psychiat Prax* 2019; 46: 338-341

Scheer M. Bremer Zuverdienst-Modellprojekt nach § 53 SGB XII: Projektbericht 2011-2013. http://gib-bremen.info/downloads/GiB_Zuverdienst%C2%A753_Bericht_3Jahre.pdf (zuletzt aufgerufen am 15.08.2020)

Scheer M. Wirkungsmessung von Zuverdienstangeboten. In: BAG-IF/ Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen, Gredig C (Hg): Was tun. Zuverdienst – Chancen und Perspektiven. Köln, Psychiatrie Verlag 2017, S. 74-90

Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Bühner, M. (2010). Is it really robust?. *Methodology*. vol. 6, no. 4, pp. 147–151,

Schmidt, J., Kriz, D., Kaiser, U., & Nübling, R. (2018). Rehabilitandenzufriedenheit im Spiegel globaler und mehrdimensionaler Messungen. Abstract für: 27. Reha-Kolloquium 2017/Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, 26.-28.02.2018 in München

Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (2002). Fragebogen zur messung der patientenzufriedenheit. In Diagnostische verfahren in der psychotherapie. Göttingen: Hogrefe (Vol. 2002, pp. 392-396).

DANKE

Schöpfer F. Abschlussbericht der Studie zu Tagesstruktur und Beschäftigung. Bochum 31.08.2016 (unveröffentlicht)

Schützwohl, M., Souza, P. M., & Rackel, Y. (2017). Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). *Psychiatrische Praxis*, 44(02), 65-74.

Schwendy A, Gredig C. Bessere Chancen für Zuverdienst. *Blätter d Wohlfahrtspf* 2010; 4: 151-153

Simon, J., Łaszewska, A., Leutner, E., Spiel, G., Churchman, D., & Mayer, S. (2018). Cultural and linguistic transferability of the multi-dimensional OxCAP-MH capability instrument for outcome measurement in mental health: the German language version. *BMC psychiatry*, 18(1), 173.

SOEP/Kara, S., Lautenbacher, L., Neyse, L., Rahmann, U., & Richter, D. (2021). SOEP-IS modules 2011-2018: Descriptions (No. 959). SOEP Survey Papers.

Steinhart I, Daum M, Höptner A et al. Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: *Aktion psychisch Kranken*, Weiß P, Heinze A (Hg). Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Bonn 2017, 243-267

Steinhart, I., & Speck, A. (2016). Der Capabilities Approach und die Sozialpsychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46(4), 4-8.

Steinhart, I., Speck, A., Jenderny, S., Schreiter, J., Toebe, I. (2021). *WiEWohnen MV - Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Mecklenburg-Vorpommern - Abschlussbericht*. Rostock: Institut für Sozialpsychiatrie MV e.V.

Steinhart, I. & Wienberg, G. (Hg.) (2024). *Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz: Die WiEWohnen-Studien*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Steinert, T., Jaeger, S., & Herpertz, S. C. (2020). Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WieWohnen-BW): Abschlussbericht. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.

Stengler K, Becker B. Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland? – Kontra. *Psychiat Prax* 2016; 43: 243-244

Suer, J., Klein, R., Schäfer, C., & Dehn, L. (2024). Soziale Teilhabe durch niederschwellige Beschäftigungsangebote. *Psychosoziale Umschau*, 1, 34–35

Üstün, T. B. (Ed.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

Victor, A., Elsäber, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Judging a plethora of p-values: how to contend with the problem of multiple testing-part 10 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(4), 50.

Wienberg G, Steinhart I. Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. *Psychiat Prax* 2020; 47: 9-15

Willutzki, U., Ülsmann, D., Schulte, D., & Veith, A. (2013). Direkte veränderungsmessung in der psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, vol. 42, no. 4, pp. 256–268, Oct. 2013, doi: 10.1026/1616-3443/a000224

Danke! An der Entstehung und der Begleitung des Modellprojektes BiSi sind eine Vielzahl von Personen beteiligt gewesen. Unser ganz besonderer Dank gilt allen Teilnehmer:innen und Unternehmen, die mit ihren Anregungen, Wünschen, ihrer Kritik und Verbesserungsvorschlägen und dem Mut sich auf die Beschäftigungsangebote einzulassen und sie teilweise auch in der Öffentlichkeit zu präsentieren, ganz wesentlich die Realisierung von BiSi möglich gemacht haben.

Die weiteren Beteiligten finden Sie hier in alphabetischer Reihenfolge:

Marc-Sebastian Alex, Jobcenter Arbeitplus Bielefeld | Silke Aron, Stadt Bielefeld | Özgür Aydin, Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) Bielefeld | Sonja Bergenthal, Stadt Bielefeld | Mesut Can, EUTB Bielefeld | Dr. Lorenz Dehn, Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel | Julia Diedenhofen, LWL | Prof. Dr. Martin Driessen, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel | Claudia Frodermann, GPV Bielefeld | Günter Garbrecht, Stiftung Solidarität bei Arbeitslosigkeit und Armut | Rainer Göke, LWL | Carmen Hammer, Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) Bielefeld | Ulrike Häcker, Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben (KSL) OWL | Irmgard Hartkamp, Jobcenter Arbeitplus Bielefeld | Jochen Hoffmann, (GfS), Bielefeld | Marie Jennert, Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel | Klaus Kiene, Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) Bielefeld | Norbert Killewald, Solzialstiftung NRW | Michael Kinder, Gesellschaft für Sozialarbeit (GfS) Bielefeld e.V. | Rüdiger Klein, Stiftung Bethel, Bethel.regional | Karla Meyer, Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) Bielefeld | Daniel Müller, Psychiatriebeirat Stadt Bielefeld | Petra Pigerl-Radtke, IHK Bielefeld | Jennifer Röder, Stiftung Bethel, Bethel.regional | Mareike Rüweler, Stadt Bielefeld | Christine Schäfer, Stiftung Bethel, Bethel.regional | Karsten Schnieber, LWL | Sylvia Schulze, DRK Soziale Dienste Bielefeld gGmbH | Kim Severin, Stiftung Bethel, Bethel.regional | Klaus Siegeroth, REGE mbH | Martina Steinbauer, Stiftung Bethel, proWerk | Julia Suer, Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel | Roxanne Tiemann, Stiftung Bethel, Bethel.regional | Marina Tyutyunik, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel | Wolfgang Voelzke, Stadt Bielefeld und Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE) Bielefeld | Sandra Waters, Stiftung Bethel, Bethel.regional | Prof. Dr. Günther Wienberg | Stephan Wieners, Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben (KSL) OWL | Carolin Wittbrock, Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel | Oliver Wittler, REGE mbH



Impressum

Bethel.regional
Maraweg 9 | 33617 Bielefeld
bisi@bethel.de

Gestaltung Logo:
Idee: Hinrich Schmieta
Ausarbeitung: Jennifer Janz

Gestaltung Bericht:
Pia Gätjen,
stilwechseldesign.de

<https://osf.io/c7beu/>
DOI 10.17605/OSF.IO/C7BEU

Stand 30.04.2025

Was hat es mit dem:der BiSi Astronaut:in auf sich?

Als das Modellprojekt BiSi begann, kam die Frage auf, ob das Projekt ein Logo haben würde? Und wofür das Logo stehen würde, falls es eines geben sollte. Für Innovation! Das war schnell klar. Wo findet Innovation gerade so richtig statt? Auf der Internationalen Raumstation ISS im All natürlich! Aber BiSi findet in Bielefeld statt. Die Sparrenburg ist das Wahrzeichen der Stadt. Der verwegene Gedanke entstand die Sparrenburg visuell ins All zu verlegen. Teilnehmer:innen würden nun Weltraumspaziergänge im All respektive in ihrem Sozialraum machen und neue Erfahrungen sammeln. In den ersten Skizzen des Logos gab es noch eine physische „Lifeline“, die den:die Astronaut:in immer mit der Burg verband, for the unlikely event of an emergency.

Die Mitarbeiter:innen des BiSi-Teams sahen und sehen sich als Wegbegleiter:innen. Wollen Sie auch neue Horizonte kennenlernen? Wir freuen uns auf Sie!