



Arbeitslosenverband
Mecklenburg-Vorpommern e.V.

SALUTA

KOOPERATIONSPROJEKT

ZUR REINTEGRATION

GESUNDHEITLICH

BESONDERS

VULNERABLER

BESCHÄFTIGUNGSLOSER

MENSCHEN

IN WESTMECKLENBURG

Entwurf
Abstimmungsstand 23.11.2015

1	PROBLEMBESCHREIBUNG	3
1.1	volks- und regionalwirtschaftliche Ausgangslage.....	3
1.1.1	Arbeitsmarkt, Demografie& Armut.....	3
1.1.2	Langzeitarbeitslosigkeit in MV & die „Profillagen-Situation“ in den Jobcentern.....	5
1.2	Psychische Erkrankungen Langzeitarbeitsloser.....	7
1.2.1	Zusammenhänge &Prävalenzen.....	7
1.2.2	Verbreitete psychische Störungsbilder Langzeitarbeitsloser Menschen und regionale Prävalenzen.....	8
1.2.3	Menschen mit psychischen Störungen im System des SGB II und IX.....	12
2	FORSCHUNGSSTAND LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT & GESUNDHEIT, KONZEPTE FÜR ARBEITSMARKTINTEGRATIVEGESUNDHEITSFÖRDERUNG	14
2.1	Das Forschungsdesiderat an der Schnittstelle von Arbeitsmarktforschung und HealthSciences.....	15
2.2	Das Projekt im Kontext der wesentlichen, einschlägigen Arbeitslosenforschung.....	15
2.3	rehabilitationswissenschaftliche und psychotherapeutische Kontextstandards.....	16
3	ZIELSETZUNG	18
4	PROJEKTZIELGRUPPEN	20
5	UMSETZUNG	21
5.1	Ablauforganisation.....	21
5.1.1	Das Projektprinzip.....	21
5.1.2	Projektsteuerung.....	24
5.1.3	Teilnehmer; Abholen wo sie Hilfe suchen.....	24
5.1.4	Teilnehmersteuerung und ablauf.....	26
5.1.5	Instrumente.....	27
5.1.6	Erfolgskontrolle.....	31
5.1.7	Projektplanungstabelle.....	33
5.2	Aufbauorganisation.....	33
5.2.1	Projektstandorte.....	33
5.2.2	Das Netzwerk.....	34
5.2.3	Projektaufbau.....	35
5.2.4	Funktionsverteilung.....	36
5.2.5	Prjektpersonal.....	37

1 PROBLEMBESCHREIBUNG

1.1 VOLKS- UND REGIONALWIRTSCHAFTLICHE AUSGANGSLAGE

1.1.1 ARBEITSMARKT, DEMOGRAFIE & ARMUT

Mecklenburg-Vorpommern (M-V) steht vor sozialsystemisch brisanten Herausforderungen, die wesentlich durch zwei Treiber gekennzeichnet sind; die demografische Entwicklung und zunehmende soziale Polarisation (Armut):

- I. Der demographische Wandel hat den Arbeitsmarkt M-Vs in der prognostizierten Weise erreicht. Der weiterhin absehbare **Schwund des Erwerbspotentials** beträgt für den Zeitraum 2010 bis 2025 22,3%. Damit liegt der Rückgang des Erwerbspotentials nahezu doppelt so hoch wie der für den Bund prognostizierte Rückgang (14,3%).

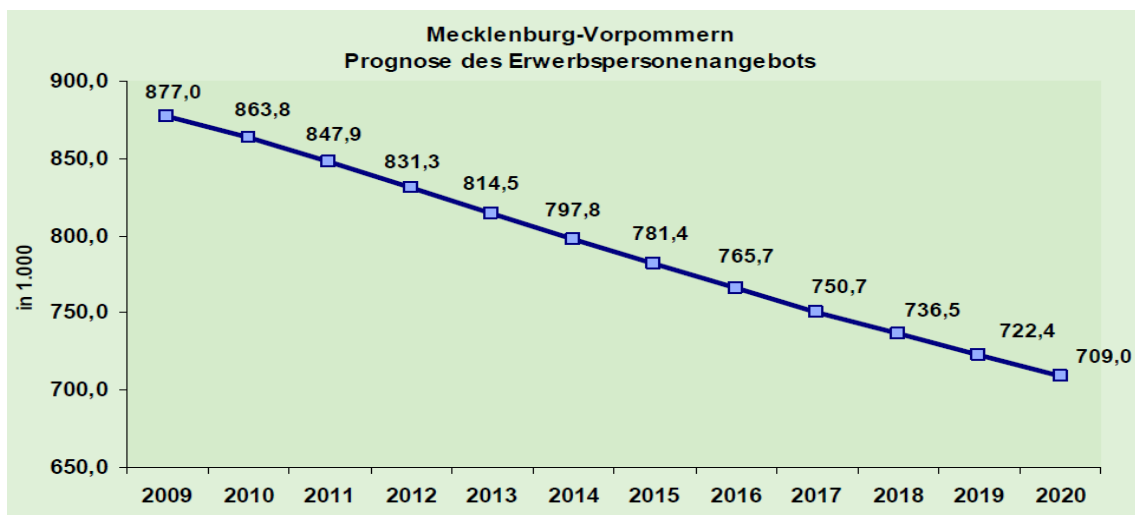


Abbildung 1 Prognose des Erwerbspersonenangebotes für Mecklenburg-Vorpommern
(Quelle: Statistisches Bundesamt; BBR-Raumordnungsprognose 2025/2050, Berichte Band 29)

Rund **30%** aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Arbeitsort in M-V, das sind 72.500 Männer und 81.600 Frauen, sind **älter als 50 Jahre**. Wenngleich sich die Erwerbsquotenprognose bis 2020 über alle Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommernvergleichsweise differenziert darstellt, und sich die Potentialeinbrüche insbesondere in dem, der Metropolregion Hamburg relativ nahen Landkreis Nordwestmecklenburg relativ moderat ausnehmen, sind die relativen Zuwächse in der Erwerbsquote Älter dennoch nicht geeignet, diesem Trend merklich entgegenzuwirken.¹

¹ So stieg auch in Mecklenburg-Vorpommern die Erwerbsquote der 60- bis 64-Jährigen von 24,3% in 2005 auf 38,2% in 2009 an. Die Ursachen dafür können jedoch wesentlich den gesetzgeberischen Initiativen im Hinblick auf den Bezug von Arbeitslosengeld (bzw. Arbeitslosengeld I) und die Bezugsvoraussetzungen für Altersrenten ausgemacht werden. So die Einführung des SGB II im Jahr 2005 und die einhergehende, drastische Reduzierung der maximalen

In den klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU) Mecklenburg-Vorpommerns wachsen aktuell *die* Alterskohorten dem gesetzlichen Renteneintrittsalter entgegen, die dennoch personale Rückgrat der Unternehmen ausmachen. Unbenommen von der ansteigenden Erwerbsquote Älterer, der sukzessiven Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters und der zunehmend angespannten betrieblichen Personalsituation lag das tatsächliche Renteneintrittsalter in M-V im bundesweit Vergleich am niedrigsten (DRV, 2011).

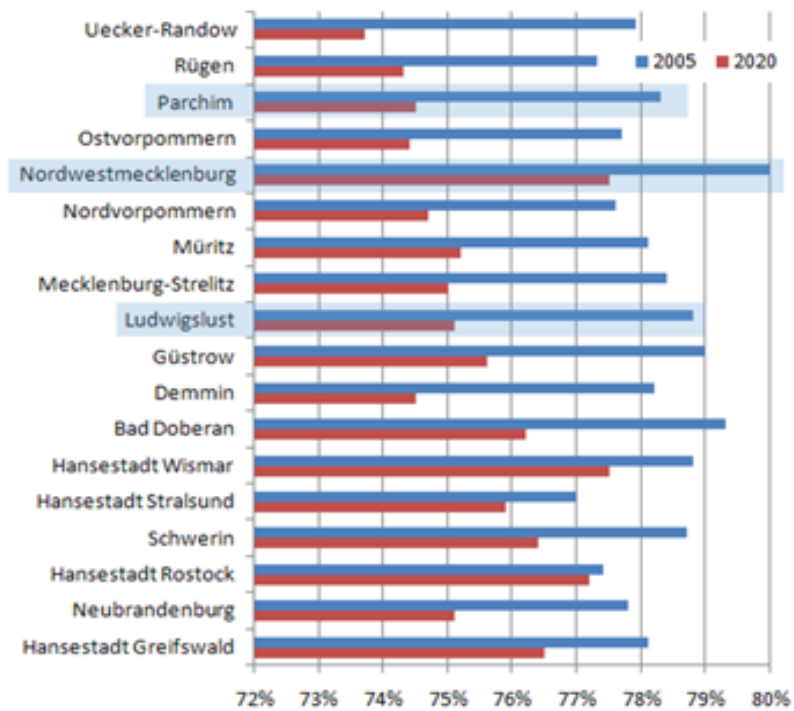


Abbildung 2 Prognose des Erwerbspersonenangebotes für Mecklenburg-Vorpommern
(Quelle: Statistisches Bundesamt; BBR-Raumordnungsprognose 2025/2050, Berichte Band 29)

Strategien zur Kompensierung dieses Phänomens, die allein auf die Substituierung ausscheidender Fachkräfte durch die verstärkte arbeitsmarktliche Integration jüngerer Menschen setzen, greifen angesichts dieser Dimensionen zu kurz und vernachlässigen die identifikationsstiftende und gesundheitlich relevanten Wirkungen von Erwerbsarbeit.

- II. In dem im Auftrag der AWO Mecklenburg-Vorpommern jüngst (9/2015) vorgestellten Forschungsbericht *Aspekte der Armut in Mecklenburg-Vorpommern* (Klärner et al, Groth & Michels, Weiß & Corthier 2015) konstatieren die Autoren unter dem Blickwinkel eines qualitativ erweiterten Armutsbegriffs verschiedene kausale Zusammenhänge

Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I für Ältere, die Abschaffung der sogenannten „58er-Regelung“ (Frühverrentung) und der sukzessiven Erhöhung der Altersgrenzen für den Rentenbezug im Zuge der Rentenreformgesetzgebung.

erwerbsbiografischer Spezifika weiter Bevölkerungskreise und einem inzwischen unübersehbaren Armutsrisiko der sog. **Residualbevölkerung**.

Demnach sei absehbar, dass künftig insbesondere **alleinstehende Männer** zu einer prioritären Armutsgruppe im Land werden.² Die **Dunkelziffer der Armut**, die Menschen einbezieht, die die ihnen zustehenden Sozialleistungen nicht in Anspruch nehmen, weisen die Forscher (ebenda) je nach Berechnungsweise für MV mit 32.000 bis 52.000 Haushalten aus und vermuten darunter zugleich einen hohen Anteil älterer Menschen.

Zur Revitalisierung insbesondere ländlicher Gemeinwesen empfehlen die Autoren der AWO-Studie im Kontext zu den untersuchten Armutslagen u.a.

- ⊗ den Erhalt und den Ausbau von sozialem Kapital durch Inklusion und verbesserte Hilfsangebote
- ⊗ den Erhalt und den bedarfsgerechten Ausbau sozialer Unterstützungsinfrastruktur
- ⊗ die Regulierung von sozialen (Teil-)Arbeitsmärkten einschließlich der Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen für deren Förderung.

Von der unreflektierten Fortsetzung der Förderung arbeitsmarktfremder Formalqualifikationen sowie gleichgelagerter Motivations- und Bewerbungseminare wird hingegen abgeraten.

1.1.2 LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT IN MV & DIE „PROFILLAGEN-SITUATION“ IN DEN JOBCENTERN

Die Verfestigung von Langzeitarbeitslosigkeit ist zugleich Erscheinungsform und Ursache grassierender sozialer Polarisierung sowie der damit korrespondierenden Erosion von Chancengleichheit (Bildung/Gesundheit/Teilhabe).

Folgende quantitative Befunde kennzeichnen die Situation:

Der Anteil der Hartz-IV-Empfänger an der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns liegt nicht nur im Bundesdurchschnitt, sondern auch im Vergleich der neuen Bundesländer nach wie vor eklatant hoch.

²Bereits seit 2008 beziehen mehr Männer als Frauen Grundsicherungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern. Zwar ist die Grundsicherung im Alter immer noch auf sehr niedrigem Niveau, aber sie steigt bei den unter 65-jährigen erwerbsgeminderten Menschen deutlich an. Und viele heutige Erwerbsminderungsrentner, die ergänzende Grundsicherungsleistungen erhalten, werden mit Erreichen der Regelaltersgrenze zu Altersarmen, da sich ihre Einkünfte vielfach nicht mehr ändern. So ist es nicht verwunderlich, dass der Anteil von Wohngeldempfängern in MV mehr als doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt ausfällt. Wohngeld kann auch als Frühindikator für zukünftige Armutslagen gesehen werden.



Abbildung 3 Anteil der Hartz-IV-Empfänger an der Bevölkerung nach Bundesländern im April 2015

Von den ansonsten positiven Entwicklungen am Arbeitsmarkt Mecklenburg-Vorpommerns erweist sich die Gruppe der Langzeitarbeitslosen als tendenziell entkoppelt.

Das Kooperationsprojekt *O-Ton Arbeitsmarkt* des Instituts für Bildungs- und Sozialpolitik der Hochschule Koblenz (IBUS) und des Evangelischen Fachverbands für Arbeit und Soziale Integration e.V. (EFAS) untersuchte im Rahmen des Projektes *„Menschen am Rande der Gesellschaft kommen zu Wort“* die Position Langzeitarbeitsloser innerhalb der Strukturen der Jobcenter auf Bundesebene. Demnach wurden über 50% der erwerbsfähigen Empfänger von Hartz IV-Leistungen von ihrem Arbeitsvermittler in 2012 als *arbeitsmarktfern* eingestuft. Bei *arbeitsmarktfernen* Personen wird davon ausgegangen, dass die Arbeitsplatzsuche länger als 12 Monate dauert oder (zunächst) nur öffentlich geförderte Arbeitsplätze wie Ein-Euro-Jobs realistisch sind.

In einem vergleichsweise groben Raster kategorisieren die Jobcenter ihre Kunden in *sechs Profile*. Eingestuft wird nach Kompetenzen und Ressourcen der Kunden in den vier „Schlüsselgruppen“ Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation und Rahmenbedingungen.

	I Marktprofil	II Aktivierungsprofil	III Förderprofil	IV Entwicklungsprofil	V Stabilisierungsprofil	VI Unterstützungsprofil
		Integrationsnah		arbeitsmarktfern / komplex		
	bis zu 6 Monate	bis zu 6 Monate	bis zu 12 Monate	Mehr als 12 Monate	Heranführen an den Arbeitsmarkt in bis zu 12 Monaten	Heranführen an den Arbeitsmarkt in mehr als 12 Monaten
Vermittlungsbedarf	Ohne Unterstützung	ggf. beruflicher Alternative erarbeiten oder Bereitschaft zur Mobilität/Flexibilität erhöhen	benötigen Förderung in einem der Bereiche: Qualifikation Leistungsfähigkeit Rahmenbedingungen	benötigen Förderung in zwei der Bereiche: Qualifikation Leistungsfähigkeit Rahmenbedingungen	benötigen Förderung im Bereich Leistungsfähigkeit sowie in zwei der Bereiche: Qualifikation Motivation Rahmenbedingungen	benötigen Förderung im Bereich Rahmenbedingungen sowie in mindestens zwei der Bereiche: Qualifikation Motivation Leistungsfähigkeit
Anteil	1,2%	1,4%	12,5%	24,0%	14,2%	14,2%

Abbildung 4 Profillagen der BA (Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2012))

Die arbeitsfernen oder komplexen Profillagen weisen nach diesem Statussystem Defizite in mindestens zwei der Schlüsselgruppen auf. Bei den beiden arbeitsmarktfernsten Stabilisierungs- und Unterstützungsprofilen liegen zudem so starke Defizite vor, dass (vorerst) nur öffentlich

geförderte Arbeitsplätze wie Ein-Euro-Jobs realistisch sind. Mit 24 Prozent hat das Gros der arbeitsmarktfernen Personen im SGB II-System ein *Entwicklungsprofil*. Es folgen mit jeweils 14,2 Prozent die arbeitsmarktfernsten Personen mit *Unterstützungs- oder Stabilisierungsprofil*.

Zum Vergleich sind die beiden arbeitsmarktnächsten Markt- und Aktivierungsprofile nur mit jeweils 1,2 und 1,4 Prozent vertreten. 12,5 Prozent gehören zum Förderprofil, dem schwächsten in der integrationsnahen Gruppe.

1.2 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN LANGZEITARBEITSLOSER

1.2.1 ZUSAMMENHÄNGE & PRÄVALENZEN

Das Wissen über differenzielle Effekte von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit ist sowohl für den volkswirtschaftlichen Problemkontext als auch für die Projektgestaltung von hoher Relevanz. Untersuchungen, die verschiedene Indikatoren von psychischer Gesundheit vergleichen und in diesem Zusammenhang auch den mediiierenden Effekt der psychischen Gesundheit untersuchen sind jedoch rar.

Mewes u.a. 2013 gingen diesen Zusammenhängen in einer quantitativen Analyse nach (Mewes et al 2013) und kamen zu dem Ergebnis, dass sowohl aktuelle als auch bereits zurückliegende Perioden von Arbeitslosigkeit mit einem signifikant größeren Ausmaß an Depressivität, Ängstlichkeit und psychosomatischen Beschwerden sowie mit einer geringeren Lebenszufriedenheit einhergehen.

	a sicher beschäftigt (n= 957)	b unsicher beschäftigt (n= 218)	c arbeitslos (n= 161)	F	p	Post-hoc- Vergleiche
Stärke somatoformer Symptome (PHQ-15) mögliche Bandbreite (0–30)	2,4 (3,1)	3,7 (4,0)	3,9 (4,3)	$F_{(2,1336)} = 21,72$	$\leq 0,001$	a < b = c ¹
Stärke depressiver Symptome (PHQ-9) mögliche Bandbreite (0–27)	1,7 (2,7)	2,9 (3,8)	3,6 (4,4)	$F_{(2,1332)} = 34,16$	$\leq 0,001$	a < b = c ²
Stärke der Angstsymptome (PHQ) mögliche Bandbreite (0–14)	1,6 (2,2)	2,6 (2,8)	2,6 (2,9)	$F_{(2,1329)} = 21,59$	$\leq 0,001$	a < b = c ³
Arztbesuche (letzte 12 Monate)	5,3 (7,0)	6,9 (6,8)	7,4 (7,8)	$F_{(2,1336)} = 8,78$	$\leq 0,001$	a < b = c ⁴

¹ a < b: $t_{(280)} = -4,3$, $p \leq 0,001$; a < c: $t_{(189)} = -4,3$, $p \leq 0,001$; b = c: $t_{(377)} = -0,7$, $p = 0,48$

² a < b: $t_{(270)} = -4,6$, $p \leq 0,001$; a < c: $t_{(178)} = -5,3$, $p \leq 0,001$; b = c: $t_{(375)} = -1,6$, $p = 0,12$

³ a < b: $t_{(278)} = -4,6$, $p \leq 0,001$; a < c: $t_{(190)} = -4,1$, $p \leq 0,001$; b = c: $t_{(375)} = -0,1$, $p = 0,89$

⁴ a < b: $t_{(1176)} = -3,0$, $p \leq 0,003$; a < c: $t_{(1119)} = -3,1$, $p \leq 0,002$; b = c: $t_{(377)} = -0,6$, $p = 0,53$

Abbildung 5 Gruppenvergleiche

(Quelle: Mewes et al., <http://www.researchgate.net/publication/236077947>)

Im Verlaufe der Untersuchung wurden bei 161 Arbeitslosen, 218 unsicher und 957 sicher Beschäftigten somatoforme Symptome, Angst, Depression, körperliche Gesundheit und Inanspruchnahmeverhalten erhoben. Arbeitslose und unsicher Beschäftigte zeigten eine stark beeinträchtigte psychische Gesundheit und ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten. Die psychische Gesundheit medierte dabei vollständig den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit/unsicherer Beschäftigung und der erhöhten Inanspruchnahme.

Sowohl Arbeitslose als auch prekär Beschäftigte wiesen in den Untersuchungen eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit als die sicher beschäftigten Personen in allen drei betrachteten Bereichen (somatoforme Symptome, Depression und Angst). Dabei zeigte sich innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen auch *ein Einfluss der Dauer der Arbeitslosigkeit* auf die betrachteten Bereiche:

Personen die 0–12 Monate arbeitslos waren (n=50) zeigten im Gegensatz zu Personen die länger arbeitslos waren (n=97; von den restlichen arbeitslosen Studienteilnehmern/innen fehlten Angaben zur Dauer der Arbeitslosigkeit) signifikant niedrigere Werte bei

- somatoformen Symptomen (PHQ-15: $2,8 \pm 3,3$ vs. $4,5 \pm 4,6$; $t(145) = -2,2$; $p = 0,029$),
- Depression (PHQ-9: $2,5 \pm 3,7$ vs. $4,0 \pm 4,5$; $t(143) = -2,0$; $p = 0,045$) und
- Angst (PHQ-Angst: $1,7 \pm 2,3$ vs. $2,9 \pm 2,9$; $t(118) = -2,7$; $p = 0,007$) sowie
- bei der Inanspruchnahme ($5,0 \pm 4,3$ vs. $7,9 \pm 7,7$; $t(144) = -2,9$; $p = 0,005$).

In Bezug auf die Einschätzung als klinisch relevant, war die Stärke der somatoformen und depressiven Symptome bei 18% der arbeitslosen Personen und 13% der unsicher Beschäftigten mindestens moderat (PHQ-9 oder PHQ-15 ≥ 10 ; nach [22]), d. h. die Wahrscheinlichkeit, dass diese Personen die betreffende psychische Störung haben, war hoch. Dieselben Kriterien wurden nur von 6% der sicher beschäftigten Personen erfüllt.

1.2.2 VERBREITETE PSYCHISCHE STÖRUNGSBILDER LANGZEITARBEITSLOSER MENSCHEN UND REGIONALE PRÄVALENZEN

1.2.2.1 DIE VERBREITETEN PSYCHISCHEN STÖRUNGSBILDER LANGZEITARBEITSLOSE FRAUEN UND MÄNNER

Die am meisten verbreiteten psychischen Störungsbilder lassen sich analog der ICD-10 Klassifizierung wie folgt verdeutlichen. Die Zielgruppenrelevanz derart klassifizierten Störungen liegt weniger in der Merkmalsintensität (Krankheitswertigkeit), ist als vielmehr in der qualitativen Beschreibung der Störungsbilder und dem damit verbundenen Verständnis für die Art der jeweiligen psychischen Beeinträchtigung.

Affektive Störungen

(ICD-10: F30-F39)

Affektive Störungen sind Störungen, deren Erscheinungsformen in einer Veränderung der Stimmung oder der Emotionen bestehen. Dies geschieht entweder in Richtung Depression (mit oder ohne begleitende Angst) oder in Richtung gehobener Stimmung (Manie). Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen.

Kennzeichnend für eine Depression bzw. eine depressive Episode sind häufig eine Hemmung des Antriebs, Niedergeschlagenheit, Verlust der Fähigkeit zur Freude, Gefühle der Hoffnungslosigkeit sowie Schlafstörungen. Bei der Depression ist die Kommunikation schwer beeinträchtigt, der Antrieb und die Belastbarkeit sind herabgesetzt. Für Manie ist ein gehobenes Stimmungsniveau, Tatkraft und Kreativität charakteristisch, worauf rastlose Überaktivität, Rededrang und Selbstüberschätzung folgen. Bei der bipolaren affektiven Störung wechseln sich depressive und manische Phasen ab.

Nicht selten verlaufen diese Störungen episodisch, wobei bei einigen Störungen Rückfälle typisch sind. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen. Leistungsminderungen bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit im unterschiedlichen Ausmaß sind die Folge. Im Einzelfall können diese länger andauern.

Die meisten affektiven Störungen sind gut behandelbar. Chronische bzw. lang andauernde Verläufe sind jedoch nicht ausgeschlossen. Die Psychotherapie ist zentraler Bestandteil der Behandlung - im Einzelfall auch die medikamentöse Behandlung (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

**Persönlichkeits-
und
Verhaltens-
störungen**

**(ICD-10: F60-
F69)**

Zu den wesentlichen Störungsbildern gehören die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die paranoide Persönlichkeitsstörung, die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Störung.

Hier handelt es sich um relative stabile und starre Muster des Erlebens- und Verhaltens, die die Persönlichkeit betreffen. Dabei sind deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln sowie in Beziehungen zu anderen zu finden. Eine klare Abgrenzung von Krankheitsphasen, wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen, ist hier nicht möglich.

Es liegen chronische Verläufe vor, die in aller Regel in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter beginnen. Allerdings können selbst bei schweren Persönlichkeitsstörungen, wie der Borderline-Störung, die Auffälligkeiten zum Teil ohne spezifische Behandlung zurückgehen, zu einem anderen Teil aufgrund einer adäquaten Behandlung zum Abklingen gebracht werden. Es ist also keineswegs von einem unbeeinflussbaren Verlauf auszugehen (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

**Neurotische,
Belastungs-
und
somatoforme
Störungen**

Zu den häufigsten Störungsbildern dieser Erkrankungsgruppe gehören die Panikstörung, die Zwangsstörung und die somatoforme Störung.

Die wesentlichen Symptome der Panikstörung sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei

**(ICD-10: F40-
F48)**

anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle.

Wesentliche Symptome der Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die die Patienten/-innen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient/die Patientin versucht häufig erfolglos, die Gedanken zu unterdrücken. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Werden diese unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen ohne somatischen Befund bei Versicherung der Ärzte, d. h. dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.

Multiple Phobie und ausgeprägte generalisierte Angststörungen können erhebliche Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung und der Bewältigung von beruflichen Anforderungen zur Folge haben. Die psychotherapeutische Behandlung, insbesondere die Verhaltenstherapie, und Vermittlung von Kompensationsmöglichkeiten stehen im Vordergrund der Krankheitsbewältigung (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

**Schizophrenie,
schizotype und
wahnhaft
Störungen**

**(ICD-10: F20-
F29)**

Die schizophrenen Störungen sind durch grundlegende und charakteristische Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich mit zunehmender Erkrankungsdauer kognitive Defizite entwickeln können.

Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Stimmen, die in der dritten Person die Patienten/-innen kommentieren oder über sie sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome (Konzentrationsstörungen, eine vermehrte Ablenkbarkeit, leichtere Störungen beim logischen Denken, Freudlosigkeit, Interessensverlust, mangelnder Antrieb oder eine verminderte Spannbreite im Gefühlsleben, verminderte sozialer Funktionsfähigkeit).

Nach akuter schizophrener Episode (Tage, Wochen) können Erschöpfungszustände und/oder Konzentrationsstörungen noch längere Zeit andauern (Monate). Rückzugstendenzen, Reizsensibilität, unsicheres Kontaktverhalten, Konfliktvermeidung können in dieser Phase anhalten. Die therapeutische Prognose ist positiver als oft angenommen, insbesondere bei früh einsetzender Behandlung. Eine gute Alltagsstrukturierung, ein angemessenes Anforderungsniveau und ein unterstützendes

Umfeld sind von besonderer Bedeutung (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

1.2.2.2 DIE HERAUSRAGENDE PRÄVALENZ IN MV - ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Grundsätzlich ist für Mecklenburg-Vorpommern ein im Bundesvergleich überdurchschnittlich hoher Alkoholkonsum kennzeichnend. Während im Bundesdurchschnitt jährlich 11,9 Liter reinen Alkohols pro Kopf konsumiert würden, liegt dieser Wert in Mecklenburg-Vorpommern bei 13,1 Litern.

Bereits ausweislich des *Krankenhaus Reportes 2010* der Barmer GEK sind psychische Störungen bei Frauen und Männern für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich. Sie haben mit einem Anteil von 17,2% aller Behandlungsfälle die des Kreislaufsystems als Hauptanlass für Krankenhausbehandlungen abgelöst. Mindestens ¼ dieser Behandlungsfälle wiederum ist ausweislich des Reportes **alkohol-assoziiert**.

Eine von der Landestelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern publizierte Auswertung soziodemografischer Daten alkoholabhängiger Patienten aus den stationären Einrichtungen der Rehabilitation Mecklenburg-Vorpommerns des Entlassungsjahrganges 2010 bestätigt die landläufig verbreiteten Zuschreibungen des typischen alkoholkranken Menschen: < *SGBII-Bezug*, < *männlich*, < *alleinstehend*, < *keine minderjährigen Kinder im Haushalt*

Bezieher von SGB II – Leistungen, also überwiegend Langzeitarbeitslose, sind in Bezug auf ihre allgemeine Präsenz in MV markant demnach überrepräsentiert.

Tab. 1 soziodemografische Patientendaten MV 2010 (Alkoholabhängigkeit)

Erwerbssituation vor der Aufnahme/Katamnesezeitpunkt ³				
	Anzahl (1)	Prozent	Anzahl (2)	Prozent
Keine Angabe	0	0%	19	2,9%
Auszubildender	3	5%	3	5%
Arbeiter / Angestellter / Beamter	167	25,6%	201	30,8%
Selbständiger / Freiberufler	11	1,7%	11	1,7%
Sonstige Erwerbspersonen	0	0%	3	5%
In beruflicher Rehabilitation	3	5%	13	2,0%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	76	11,6%	45	6,9%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	297	45,5%	238	36,4%
Schüler / Student	0	0%	1	2%
Hausfrau / Hausmann	8	1,2%	12	1,8%
Rentner / Pensionär	64	9,8%	88	13,5%
Sonstige Nichterwerbspersonen	24	3,7%	19	2,9%

³Katamnesezeitpunkt: Untersuchung nach Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung; dient dazu, den Behandlungserfolg zu überprüfen und zu dokumentieren.

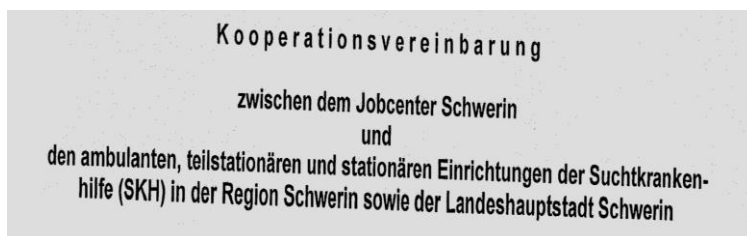
Geschlecht	Anzahl	Prozent
Männlich	490	75,0%
Weiblich	163	25,0%

Partnersituation zum Behandlungszeitpunkt/Katamnesezeitpunkt				
	Anzahl(1)	in %	Anzahl (2)	in %
keine Angaben	0	0	57	8,7%
Alleinstehend	359	55,0%	300	45,9%
In Partnerschaft	294	45,0%	296	45,3%
Gesamt	653	100,0%	653	100,0%

1=Behandlungszeitpunkt 2=Katamnesezeitpunkt

Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren	Anzahl	Prozent
0	584	89,4%
1	50	7,7%
2	14	2,1%
3	1	0,2%
4	3	0,5%
keine Angaben	1	0,2%

Angesichts des Stellenwertes der Abhängigkeitsproblematik für Beschäftigungsförderung in der Region schlossen die Träger der Suchtkrankenhilfe bereits vergangenheitlich einschlägige Kooperationsvereinbarungen zur Abstimmung von gemeinsamen Interventionszielen und Verfahren mit der Agentur für Arbeit Schwerin ab.



Kooperationsvereinbarung vom 29.04.2013

Quelle: http://www.cra-kongress.de/uploads/media/Kooperationsvereinbarung_Jobcenter_Schwerin_2013.pdf

1.2.3 MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN IM SYSTEM DES SGBII UND IX

Die Beurteilung der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des **SGB IX** setzt bei der Einschätzung eines bestehenden Bedarfes eine komplexe Betrachtung der psychischen Erkrankung, der Krankheitsfolgen und ihrer Auswirkungen sowie ihres voraussichtlichen Verlaufes und des aktuellen oder zukünftigen Belastungsprofils voraus.

Als ein Kriterium für den Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen gilt die positive Rehabilitationsprognose.⁴ Dies kann sich bei psychisch beeinträchtigten Menschen als

⁴ „Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation: auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufes, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter

Zugangsbarriere erweisen, wenn sich die Prognose ausschließlich an bisher üblichen Arbeitsanforderungen und Rehabilitationsmaßnahmen orientiert und nicht auch Teilerwerbsfähigkeit, geförderte Beschäftigung oder Teilzeitarbeit berücksichtigt. Denn der wesentliche Aspekt „Prognose“ ist im Rahmen medizinischer Einschätzungen besonders schwierig zu operationalisieren. Auch beinhaltet dieser einen hohen Grad an Individualität - je nach spezifischem Störungsbild sowie persönlichen und therapeutischen Bedingungen⁵(BAR 2010a). Die Einschätzung orientiert sich zudem in der Regel an existierenden Rehabilitationsmöglichkeiten. Durch die hohen Anforderungen der Maßnahmen, die zum Teil nicht ausreichende Flexibilität oder die teilweise fehlende Ausrichtung an individuellen Bedarfen ist der Zugang psychisch Kranker zu diesen Angeboten deshalb erschwert (APK 2004). Hinsichtlich einer bedarfsgerechten Unterstützung psychisch kranker Menschen im **SGB II** erwächst für den SGB II-Träger eine besondere Herausforderung daraus, dass bereits die Feststellung einer Erwerbsfähigkeit und beruflichen Leistungsfähigkeit bei einem Teil der psychisch Kranken auf Grund der beschriebenen Krankheitssymptome und Funktionsbeeinträchtigungen nur schwer im Rahmen des institutionellen Handelns möglich ist.

Gerade die unterschiedlichen Krankheitsverläufe bei verschiedenen Krankheitsbildern können bereits tageweise zu Leistungsschwankungen und einer anderen Wahrnehmung der betroffenen Person führen.

IAB-Expertisen zum Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen bei Trägern des SGB II weisen darauf hin, dass zwar aus Sicht der Vermittlungsfachkräfte der SGB II-Träger eine Vielzahl der Klienten psychische Symptome (u. a. Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche, Angst, Verhaltensstörungen, schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln) zeigt, aus dieser Wahrnehmung aber oftmals keine Handlungskonsequenzen folgen (Dornette et al. 2008; Paul et al. 2006; Schubert et al 2007).

Die Komplexität und Dominanz individueller Problemlagen im Sinne von „Vermittlungshemmnissen“, wie fehlende oder geringe schulische und/oder berufliche Qualifikation, Schulden- oder Suchtproblematik, familiäre Probleme etc., werden – so das IAB - nicht selten von den Mitarbeitern als wesentlicher erlebt, wodurch die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte eher in den Hintergrund gerät. Gerade Klienten mit mehreren

Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren), über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels, durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme, in einem notwendigen Zeitraum [sowie] bei Berücksichtigung der individuellen Ausgangssituation. Die Erfolgsprognose ist auf die allgemeinen und trägerspezifischen Rehabilitationsziele zu beziehen.“ (BAR 2011a).

⁵ Es sind im Wesentlichen folgende komplexe Sachverhalte zu bewerten: a) Minderung des Leistungsvermögens auf Grund bestehender Funktionseinschränkungen, die sich auf branchenübliche Belastungen aktuell und auf Dauer auswirken; b) krankheitsbedingte erhebliche Gefährdungen des Leistungsvermögens, die unter branchenüblichen Belastungen das Fortschreiten der Erkrankung begünstigen oder akute Krankheitsschübe provozieren; c) berufliche Anforderungen nach den einschlägigen berufskundlichen und arbeitsmedizinischen Standards.

Vermittlungshemmnissen, insbesondere in den Bereichen Qualifikation, Motivation, soziale Kompetenz und Gesundheit, werden aber von Mitarbeitern der SGB-II-Träger als „typisch“ für ihre Beratungsrealität beschrieben (Schubert 2010).

Die IAB-Ergebnisse verweisen zudem darauf, dass nicht selten gesundheits- bzw. rehabilitationsbezogene Aspekte, zu denen insbesondere die Beeinträchtigungen durch psychische Störungen zu zählen sind, gerade im Bereich der „allgemeinen“ Vermittlung kaum berücksichtigt werden.

Zusammengefasst lassen sich für diese institutionellen Befunde dem IAB zufolge vier begünstigende Faktoren benennen (ausführlich: Schubert 2010).

1.	Infolge verschiedener, teilweise zueinander widersprüchlicher sozialrechtlicher Vorgaben des SGB II und IX besteht für die Mitarbeiter kein einheitlicher Handlungskontext.
2.	Es besteht nur unzureichendes Wissen über gesundheitliche Aspekte und deren Bedeutung für eine erfolgreiche Vermittlungsarbeit bei den Vermittlungsfachkräften
3.	Im Vermittlungsalltag herrscht eine Verständnisverkürzung des Behinderungsbegriffes im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX häufig auf den Begriff der <i>Schwerbehinderung</i> nach § 2 Abs. 2 SGB IX und ein damit einhergehender Fokusverlust auf gesundheitlich (psychisch) beeinträchtigte langzeitarbeitslose Frauen und Männer ohne anerkannte Schwerbehinderung i.S.v. § 2 Abs. 2 SGB IX.
4.	Die Spezifika psychischer Symptomatiken erschweren eine Identifikation des Unterstützungsbedarfs. Insbesondere Symptome, wie Niedergeschlagenheit und Demotiviertheit, gelten im SGB II-Bereich als Merkmale, die im besonderen Zusammenhang mit Langzeitarbeitslosigkeit stehen und deshalb für die Vermittlungsfachkräfte der SGB II-Träger als Anzeichen für eine psychische Erkrankung regelmäßig nicht prägnant genug scheinen. ⁶

2 FORSCHUNGSSTAND LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT & GESUNDHEIT, KONZEPTE FÜR ARBEITSMARKTINTEGRATIVE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

⁶Fehlzeiten oder auch Leistungseinschränkungen werden nicht selten als fehlende Motivation oder Arbeitsunwilligkeit interpretiert (APK 2010). Der Arbeitsvermittler als Erstansprechpartner und „Gatekeeper“ ist aber das wichtigste Element für die Erkennung spezifischer Unterstützungsbedarfe und die Einleitung einer Bedarfsprüfung nach medizinischen, beruflichen oder sozialen Teilhabeleistungen (Schubert 2010).

Schlussfolgernd aus vorliegenden Erklärungsversuchen zu den Zusammenhängen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit konstatiert Mohr (2009), dass sich „ein großer Teil der inzwischen umfangreichen Forschung nicht explizit auf theoretische Modellvorstellungen bezieht“. Vielmehr, so Mohr, handele es sich bei vielen Erklärungsansätzen regelmäßig um Übertragungen aus anderen Wissenschaftsbereichen und nicht um originär aus der Arbeitslosenforschung heraus entwickelte Theorien (ebenda).

Exponiert wird die Theorie der Psychischen Deprivation von Jahoda (1979) eingeordnet.

Erste Vorstöße in den Bereich der *integrierten* Arbeitsmarktforschung sind das federführende Verdienst von Holleder (2011). Auf der Basis der Daten des Mikrozensus 2005 analysierte Holleder die vielschichtigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Erwerbsstatus. Die Ergebnisse seiner multivarianten Modellrechnungen entschlüsseln Arbeitslosigkeit als eine *der* sozialen Determinanten, die in einem komplexen Zusammenspiel von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit Betroffener und Angehöriger massiv einwirken.

Holleders Plädoyer für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, für die Erweiterung der Finanzierungsverantwortung für Prävention und Rehabilitation und schließlich die Initiierung arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsfördermaßnahmen im Rechtskreis des SGB II als auch des SGB III (ebd. S. 247) sind folgerichtig und tangieren den Kernbestand von Public-Health: Gesundheitliche Chancengleichheit.

Gerade angesichts der kaum theoriebasierten und mitunter konzeptionslos anmutenden Praxis sog. *Arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsfördermaßnahmen* soll hier auf die Vielschichtigkeit der von der Arbeitsmarktforschung verschiedentlich adaptierten Modelle hingewiesen werden.

Analyseseitig knüpft das Projekt angesichts dieser konzeptionellen Desiderate deshalb an die für den hiesigen Wirtschafts- und Kulturraum einschlägigen „Mainstream“ der gesundheitsbezogenen Arbeitslosenforschung an.

Stark komprimiert stellt sich die Forschungsfundament des Projektes wie folgt dar:

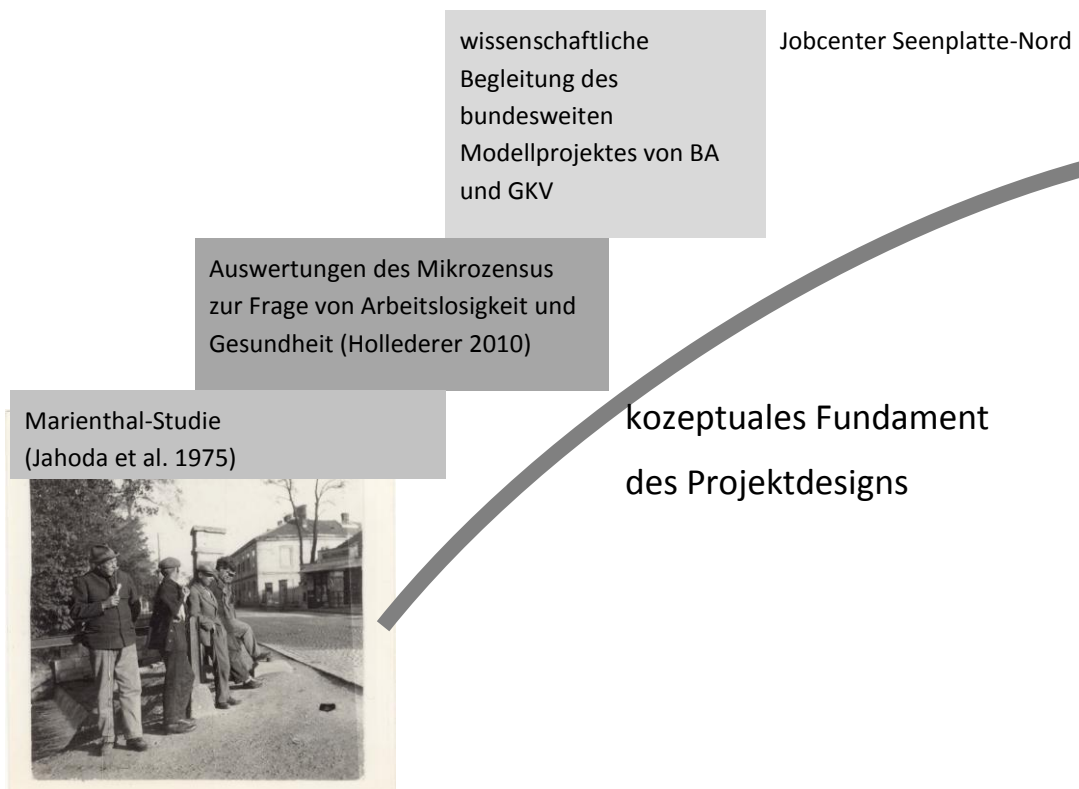


Abbildung 6 Fotografie aus der Marienthal-Studie.
(Quelle: Archiv für die Geschichte der Soziologie in Österreich, Universität Graz)

2.3 REHABILITATIONSWISSENSCHAFTLICHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE KONTEXTSTANDARDS

1977 haben ZUBIN und SPRING ein Entstehungsmodell für die Schizophrenie entwickelt, das heute als allgemeines Modell für die Entstehung vieler *psychischer Störungen* verwandt wird. (Vgl. ZUBIN J./SPRING B. 1977) Bekannt wurde es unter dem Begriff „Vulnerabilitäts- oder Diathese-Stress-Modell“ (hier in ergänzter Form dargestellt):

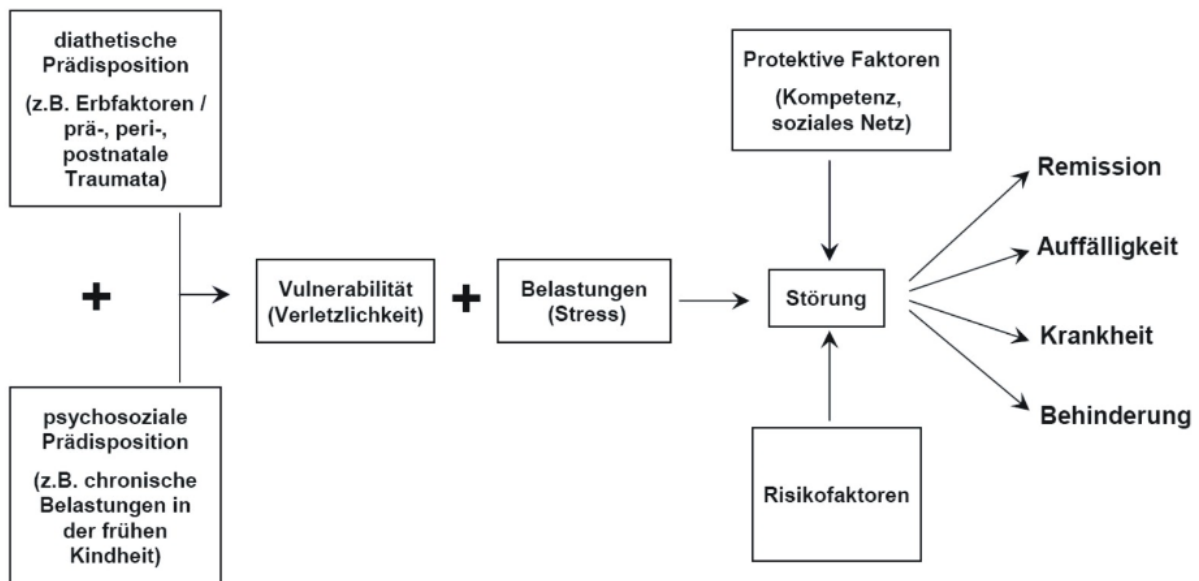


Abbildung 7 Das Diathese-Stress-Modell

Derart identifizierte Entstehungsfaktoren rücken das von der WHO initiierte Modell zur Klassifikation von Erkrankungen, die **ICF⁷**- *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*- in den Konzeptfokus des Projektes.

Grundlage für dieses System ist ein modernes Modell von Behinderung unter den Gesichtspunkten **der Funktionen, der Ressourcen und der Teilhabe**. Im SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ wird dieser Ansatz den gesetzlichen Regelungen bereits zugrunde gelegt.

Im SGB II werden die ICF-Prinzipien durch kein annähernd äquivalentes System abgebildet.

(Näheres siehe oben Kap.1.1.2)

⁷derzeit in der 10. Version



Abbildung 8 Die Grundkomponenten des ICF

Für die, die regionale Projektgebietskulisse Westmecklenburgs prägenden Abhängigkeitsprävalenzen (Alkohol) wird in jüngerer Vergangenheit das ebenfalls aus der ICF-Struktur abgeleitete Therapiekonzept des *Community Reinforcement Approach (CRA)*⁸ - in Deutschland oft *Gemeindeorientierte Suchttherapie* genannt – favorisiert in die Praxis überführt.

CRA steht insoweit für ein zunächst verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept bei Abhängigkeitserkrankungen, dessen Kernelement jedoch die positive Verstärkung aus dem *sozialen Umfeld* ist, wobei die positiven Verstärker des Suchtmittelkonsums reduziert und die der Suchtmittelabstinenz ausgebaut werden.

Federführend für die *CRA-Praxis* in der Projektregion ist im ambulanten Bereich die EVANGELISCHE SUCHTKRANKENHILFE MECKLENBURG-VORPOMMERN. Der Erfolg eines salutogenetisch bzw. ressourcenorientierten Therapiekonzeptes veranlasst zunehmend auch kurative Maximalversorger zu therapeutischen Kurskorrekturen. So favorisiert auch die HELIOS KLINIK SCHWERIN das CRA-basierte Therapiekonzept.

3 ZIELSETZUNG

⁸Der Community-Reinforcement Approach wurde 1973 von Nathan Azrin und George Hunt in den USA entwickelt. Bekannteste Protagonisten der Methode sind derzeit (Stand 2011) Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith von der University of New Mexico sowie in Deutschland Martin Reker (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel).

(Verhältnisse)

Mit dem Projekt sollen **systemisch**

- die Ursachen seelischen Mißempfindens kompensiert,
- die Progression damit im Zusammenhang stehender Krankheitskosten gestoppt,
- dem absehbar vollständigen Verlust der Beschäftigungsfähigkeit entgegengewirkt,

werden.

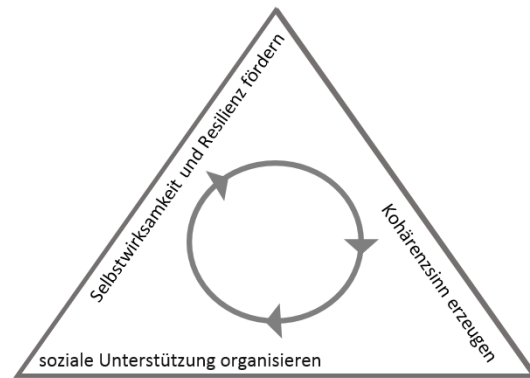


Abbildung 9 Zieltriade des Projektes

(Verhalten/Verhältnisse)

Mit dem Projekt sollen **individuell**:

- Langzeitarbeitslose der Profillagen V und VI (Stabilisierungs- und Unterstützungsprofil) und (Erweiterungsoption)
- unter Vulnerabilitätsaspekten faktisch gleich Benachteiligte, z.B. beschäftigungslose Flüchtlinge mit einschlägigen psychischen Störungen

psychosozial stabilisiert werden.

Prioritäre Zielgruppe sind **Langzeitarbeitslose der Profillagen V und VI mit psychischen Störungen**.



Abbildung 10 Projektzielgruppen

Sofern die Ergebnisse einer geplanten Zwischenevaluierung (09/2016) die Funktionalität des Projektdesigns bestätigen und eine entsprechende Bedarfslage im Projektterritorium besteht, soll das Projekt auch für **Flüchtlingen mit gesichertem Aufenthaltsstatus und mit psychischen Störungen** geöffnet werden.

Nach den vorliegenden Erfahrungen handelt es sich bei den prävalenten psychischen Störungen von Flüchtlingen überwiegend um *psychische Traumatisierungen*. Zur Identifikation dieser Traumata werden deshalb ggf. besondere Diagnoseinstrumente eingesetzt. Nach aktuellem Stand scheint derzeit der vom *Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste* entwickelte Fragebogen PROTECT-Questionnaire (PQ) das praxistauglichste Instrument zu sein.⁹ Gleiches gilt für die angezeigten Bewältigungsstrategien.

⁹Der Fragebogen wurde von Psycholog/innen entwickelt. Das Instrument soll es Sozialarbeiter/innen, Rechtsberater/innen und anderen Menschen im Feld der Flüchtlingshilfe erleichtern, Hinweise auf eine psychische Traumatisierung bei Asylbewerber/innen zu erkennen und auf das Risiko einer psychischen Erkrankung aufmerksam machen zu können. Der PQ umfasst 10 Fragen nach Symptomen, die typischerweise in der Folge traumatisierender Erlebnisse auftreten. "PROTECT" steht für "Process of Recognition".

Auch werden strukturelle Vorkehrungen getroffen um

- ✓ die jeweils besonderen Bedarfslagen nicht auf ein hybrides Bedarfsmaß zu nivellieren und
- ✓ „gemeinsame“ Module nur für jene Fallkonstellationen zu entwickeln, in denen Synergien für *beide* Zielgruppen erwartbar sind.

Ein detailliertes Konzept für dieses mögliche „Projekt im Projekt“ wird zum gegebenen Zeitpunkt nachgereicht.

5 UMSETZUNG

5.1 ABLAUFORGANISATION

5.1.1 DAS PROJEKTPRINZIP

Das Projektsteuerungsprinzip wird hergeleitet aus dem heute für die Systematisierung der Ursachenkomplexe vieler psychischer Störungen eingesetzten Modell der vier Zieldimensionen der Rehabilitation.

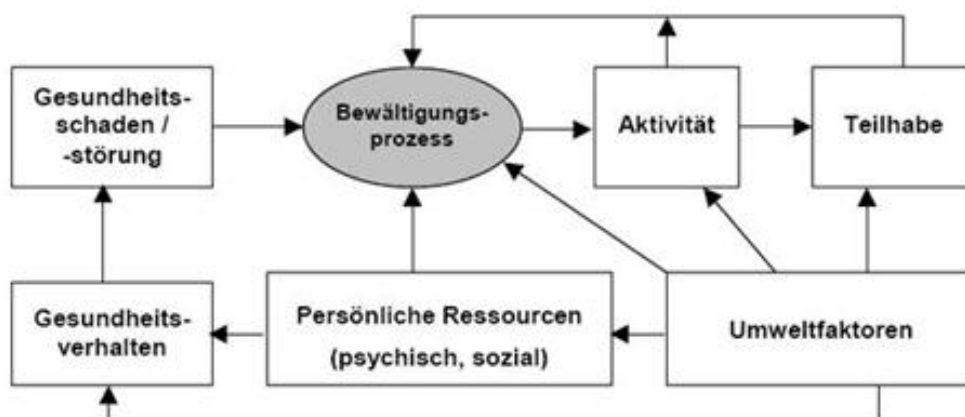


Abbildung 11 Modell der vier Zieldimensionen der Rehabilitation

Die Zieldimensionen sind wie folgt charakterisiert:

1. **Psychosoziale Zieldimension** (Bewältigungsprozess, psychische und soziale Ressourcen)
Auf dieser Ebene ist das Ziel, psychische Beeinträchtigungen und soziale Belastungen zu beseitigen oder zu verringern und psychische und soziale Ressourcen zu aktivieren.
2. **Somatische Zieldimension** (Gesundheitszustand, Körperfunktionen und -strukturen)
Ziel dieser Ebene ist eine Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden und eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes.

and Orientation for Torture Victims in European Countries to facilitate Care and Treatment" - Verfahren zur Erkennung und Vermittlung von Folteropfern in europäischen Staaten, um Behandlung und Versorgung zu erleichtern.

3. **Edukativer Zieldimension** (Gesundheitsinformation und Verhalten)

Diese Ebene erfordert präventive Bestrebungen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (Motivation, Information, Schulung) und Verbesserung der Fähigkeiten und des Grades der Beherrschung von Techniken zur Bewältigung der Belastung durch chronische Krankheit und Behinderung.

4. **Zieldimension der Aktivität und Teilhabe** (Leistungsanforderungen, Funktionsfähigkeit und Funktion in Beruf und Alltag)

Hier sollen Einschränkungen im alltäglichen Leben beseitigt oder verringert werden.

Aus einer salutogenetisch intendierten der Adaption dieses Modells auf eine Handlungs- bzw. Projektebene ergeben sich die wesentlichen Tools der Projektarbeit.

Die projektbezogene Operationalisierung des Vulnerabilitätsmodells stellt die aktive Auseinandersetzung mit dem v.g. psychosozialen *Ursachenkomplex* sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene in den Mittelpunkt.

Der Fokus der Operationalisierung liegt dabei auf der Herstellung/Wiederherstellung eines alltagsfesten *Sense of Coherence* (SOC), des Kohärenzgefühls.¹⁰

¹⁰Kohärenzgefühl ist nach Antonovsky (1979, 1997) eine stabile Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß ein durchdringendes, andauerndes, dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens darin besteht, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- die Ressourcen bereit stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.

Dementsprechend wird das Kohärenzgefühl nach Antonovsky von drei Komponenten gebildet, jeweils als (subjektive) Empfindungen: erstens der Verstehbarkeit, zweitens der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit, drittens dem Gefühl von Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit. Um dieses Kohärenzgefühl zu messen, hat er einen „Fragebogen zur Lebensorientierung“ mit 29 Items entwickelt, der nach der Ausprägung dieser drei Komponenten fragt.

Antonovsky entwickelte damit ein multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und deklarierte die Komplementarität von Patogenese und Salutogenese.

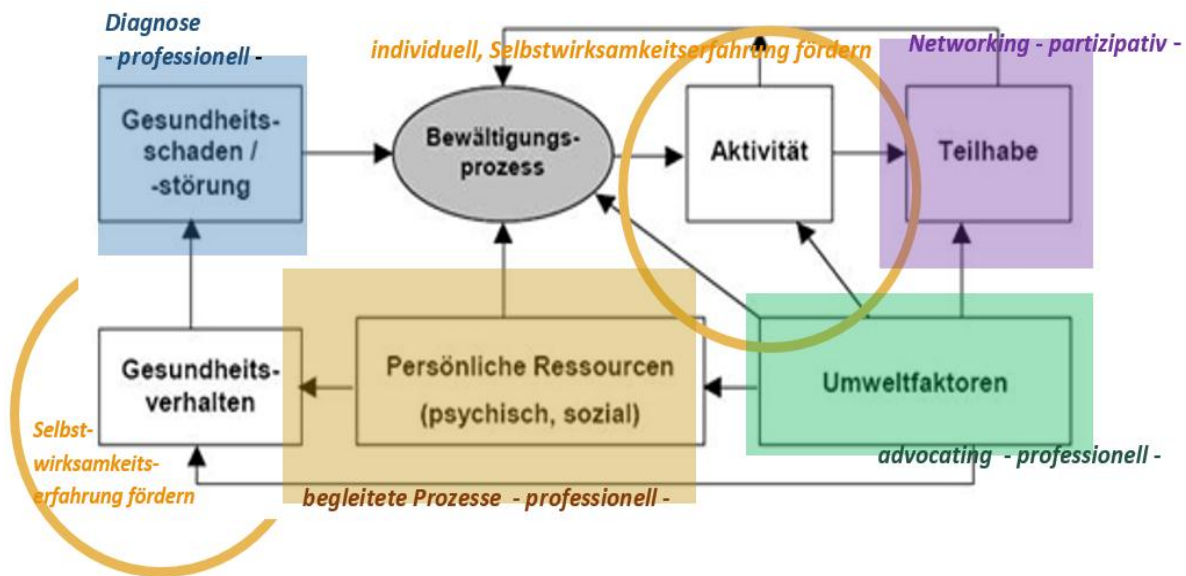


Abbildung 12 projektbezogen operationalisiertes Vulnerabilitätsmodell

Die einzelnen Projekttools stellen sich in einer qualitativen Gesamtschau tabellarisch demzufolge wie folgt dar.

Projekttools		Art der Bearbeitung	Interventions-ebene	Modultyp
A	Diagnose der individuellen psychischen Gesundheit	professionell durch das Projektteam	Verhalten	Keine Zuordnung
B	Advocating Abbau sozialer und wirtschaftliche Barrieren		Verhältnisse	U-Modul (Soz. Unterstützung) K-Modul (Kohärenz stärken)
C	Begleitung bei der Stärkung der persönlichen psych. und sozialen Ressourcen		Verhalten / Verhältnisse	U-Modul (Soz. Unterstützung) S-Modul (Selbstwirksamkeit)
D	Teilhabeermöglichung, Networking	partizipativ Team/Teilnehmer	Verhältnisse	U-Modul (Soz. Unterstützung) K-Modul (Kohärenz stärken)
E	Aktivitäten einleiten, verstetigen	intrinsischer Impuls, partizipative, fakultative Begleitung	Verhalten	S-Modul (Selbstwirksamkeit) K-Modul (Kohärenz stärken)
F	Gesundheitsverhalten , ggf. Lebensstil ändern		Verhalten / Verhältnisse	S-Modul (Selbstwirksamkeit) K-Modul (Kohärenz stärken)

Abbildung 13 Projekttools nach Art der Bearbeitung, Modultyp & Interventionsebene

5.1.2 PROJEKTSTEUERUNG

5.1.3 TEILNEHMER; ABHOLEN WO SIE HILFE SUCHEN

5.1.3.1 DIE SETTINGANGEBOTE DES ALV MV IN WESTMECKLENBURG

Der Projektpartner ALV MV verfügt an folgenden Standorten in Westmecklenburg über gut frequentierte Standorte zur

- Beratung (*Schuldner und Insolvenzberatung / allgemeine Sozialberatung*) und zur
- materiellen Elementarversorgung (Möbel- und Textilbörsen)

Ort	SIB - Schuldner und Insolvenzberatung	AT - Arbeitslosentreff	Elementarversorgung
	AS - allgemeine Sozialberatung	KA – kulturelle Angebote	M - Möbelbörse T - Textilbörse
Hagenow	AS, SIB	AT, KA	
Grevesmühlen	AS,SIB	AT	M, T
Gadebusch		AT, KA	M, T

Nach den Erfahrungen der dort engagierten *Schuldner und Insolvenzberater* weisen ca. 30% des langzeitarbeitslosen Beratungsklientels auch für den diagnostischen Laien erkennbare Kennzeichen psychischer Störungen auf. Diese offenbar in Folge langjähriger soziale Deprivation erkennbaren Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung stellen gleichzeitig eine individuell als unüberwindbar erlebte Barriere zur Rückkehr in ein „normales“ Leben dar.

Die Arbeit der *Schuldner und Insolvenzberater* ist angesichts der Personalausstattung und Qualifikation ausschließlich auf die finanziellen Notlagen fokussiert und nicht Bestandteil eines umfassenden Betreuungsclusters wirtschaftlicher, sozialer, edukativer und gesundheitlicher Aspekte.

Die bisherigen Erfahrungen eines auf soziale und gesundheitliche Aspekte ausgerichteten Kleinprojektes des ALV MV am Standort des Hagenow bestätigen u.a. das salutogenetische Potential eines nicht curricular getriebenen, sondern partizipatorisch konstituierten Projektes.¹¹

¹¹ „Keiner bleibt allein“ Ein ESF-Kleinprojekt des ALV MV am Arbeitslosentreff Hagenow zur Förderung der sozialen Inklusion, Laufzeit: 01.09. 2015 bis 31.08. 2016.

Das Projekt soll auf lokaler Ebene

- der sozialen Isolation einer besonders vulnerabler Zielgruppe, Langzeitarbeitslosen mit multiplen sozialen und gesundheitlichen Handicaps entgegenwirken,
- den sozialen Zusammenhalt innerhalb der Zielgruppe befördern und
- die Teilnehmer sukzessive in ein lokales Netzwerk gemeinwohlorientierter Initiativen einbinden.

Das Projekt soll dazu auf individueller Ebene

Ähnliche Erfahrungen teilen die ALV-Mitarbeiter in den Möbel- und Kleiderbörsen sowie aus den Arbeitslosentreffs.

Die skizzierte Angebotsszene des ALV MV in Westmecklenburg ist aus den genannten Gründen geeignet, Teilnehmer aus der Zielgruppe *zu identifizieren* und Teilfunktionen aus den unter 5.1.5 genannten Beratungsaufgaben zu übernehmen.

5.1.3.2 DIE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN JOBCENTERN

Die Zusammenarbeit mit den Jobcentern ist auf drei, für den Verlauf und die Bewertung Projektes wesentliche Aspekte fokussiert:

A. ABSTIMMUNG DER INTEGRATIONSSTRATEGIEN

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der Projektpartner ALV in seinen Settings Teilnehmer aus der avisierten Zielgruppe identifiziert und zur Teilnahme motiviert/mobilisiert. Zur Aufrechterhaltung des notwendigen ordnungspolitischen Rahmens – des primären Integrationsauftrages der Jobcenter - sowie zur Sicherung abgestimmter individueller Integrationsstrategien bedarf es deshalb einer engen Abstimmung mit den Beratern der involvierten Jobcenter.

Als pragmatisches Instrument böte sich dazu u.a. der Austausch teilnahmebezogener, datenschutzrechtlich gesicherter *Übergabeprotokolle* an.

B. ADITIONALE TEILNEHMERAKQUISE

Ebenfalls der Detailabstimmung mit den Jobcentern bedarf die Frage der Ausgestaltung des Grades der Freiwilligkeit an der Mitwirkung der Teilnehmer am Projekt. Die Auswertung ähnlich gelagerter Integrationsprojekte bestätigte freiwilligen Teilnahmekonstruktionen tendenziell höhere Compliancewerte als obligatorisch ausgerichtete Projektzugänge (Zuweisungen). Das sondierte Erfahrungswissen der Jobcenter hingegen tendiert wenigstens zugunsten eines obligatorischen Impulses seitens der Jobcenter (Einladung)

Das detaillierte Verfahren bleibt deshalb mit den involvierten Jobcentern abzustimmen.

C. MITWIRKUNG AN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

Die avisierte wissenschaftliche Begleitung ist wesentlich auf zwei Bereiche ausgerichtet, eine *niederschwellige formative Evaluierung* der Prozessqualität des Projektes und die *Erprobung eines Instrumentes zur Messung/Objektivierung von Integrationsfortschritten Langzeitarbeitsloser Menschen*.

Ausweislich des momentanen Standes der fachlich-internen Diskussion um die Adressierung notwendiger *Fremdeinschätzungen* zu den herausgearbeiteten Items/Subdimensionen von Beschäftigungsfähigkeitscharakteristika ist die Intensität der

-
- Impulse zur Revitalisierung degenerierter Selbstwirksamkeitserfahrungen der Teilnehmer setzen
 - individuellen Ressourcen und Kompetenzen identifizieren und projektbezogen ansprechen

Mitwirkung der Beraterinnen der involvierten Jobcenter noch nicht entschieden. Deshalb sollte auch dies im Detail der anstehenden Abstimmung mit den Jobcentern überlassen bleiben.

5.1.4 TEILNEHMERSTREUERUNG UND ABLAUF

Der Teilnehmerzugang ist durch einen sukzessiven Aufbau der Gruppen an den jeweiligen Standorten gekennzeichnet. Bei einem durchschnittlichen Verbleib der Teilnehmer von 15 Monaten sollen an den Standorten zeitgleich nie mehr als 15 Teilnehmer betreut werden. Es wird realistischerweise davon ausgegangen, dass ca. 40% der Teilnehmer die das Projekt begonnen haben, im Verlaufe des ersten halben Jahres - aus verschiedenen Gründen - das Projekt vorzeitig verlassen. Insgesamt sollen 60 Teilnehmer das Projekt erfolgreich absolvieren. Der individuelle *Abschluss* des Projektes ist nicht gleichbedeutend mit der Beendigung der Partizipation der Teilnehmer an den zuvor entwickelten/wahrgenommenen Angeboten. Im Gegenteil, gilt der (dauerhafte) Verbleib der Teilnehmer in gesundheitsförderlichen Settings als *einwesentlicher* Erfolgsindikator des Projektes.

Standort	II 2016	III 2016	IV 2016	I 2017	III 2017	III 2017	IV 2017	I 2018	Teilnehmermonate	Absolventen
Hagenow	5	4	3	3	3					12
		5	4	3	3	3				
			5	4	3	3	3			
				5	4	3	3	3		
	5	9	12	15	13	9	6	3	72	
Wittenburg	5	4	3	3	3					12
		5	4	3	3	3				
			5	4	3	3	3			
				5	4	3	3	3		
	5	9	12	15	13	9	6	3	72	
Grevesmühlen	5	4	3	3	3					12
		5	4	3	3	3				
			5	4	3	3	3			
				5	4	3	3	3		
	5	9	12	15	13	9	6	3	72	
Gadebusch	5	4	3	3	3					12
		5	4	3	3	3				
			5	4	3	3	3			
				5	4	3	3	3		
	5	9	12	15	13	9	6	3	72	
Bad Kleinen	5	4	3	3	3					12

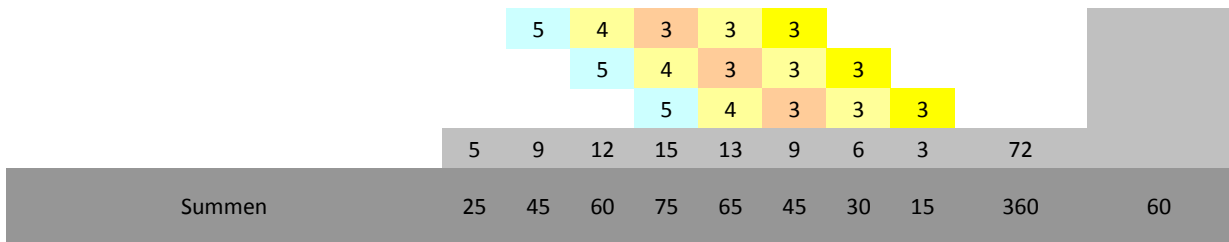


Abbildung 14 Teilnehmerzugang

Der synchronen Projektphasen sind grundsätzlich wie folgt gegliedert:

	i.d.R. 12 Monate unmittelbare Arbeit im Projekt			3 Monate
Zugangsphase	Arbeit im Projekt Standortbestimmung & Zielfindung	Arbeit im Netzwerk probieren	Arbeit im Netzwerk vertiefen	Begleitung Alltagstransfer

5.1.5 INSTRUMENTE

5.1.5.1 ANAMNESEINSTRUMENTE

Es kommen standardisierte Instrumente zur Messung der des Wohlbefindens einschließlich der psychischen Befindlichkeit zum Einsatz.

Dazu sollen alle dafür in Betracht kommenden Domänen erfragt werden:

- Vitalität
- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Körperliche Schmerzen
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- Körperliche Rollenfunktion
- Emotionale Rollenfunktion
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Psychisches Wohlbefinden

Instrumentell soll das Instrument die folgenden Anforderungen gerecht werden:

1. Geeignetheit als Screeningverfahren und zur dimensionalen Schweregradbestimmung, einschließlich der Möglichkeit zur Verlaufsbeurteilung
2. Messung des Maßes der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung.

3. gezielte Fokussierung auf psychische Angst- und Depressionssymptome, um eine Konfundierung durch somatische Komorbidität zu vermeiden.
4. Erfasst auch leichterem Ausprägungen psychischer Störungen
5. Erfassung der psychosomatischen Bedingtheit oder Mitbedingtheit von körperlichen Beschwerden.
6. Unterscheidungsmöglichkeit zwischen organmedizinisch begründbarer, objektivierbarer Symptomatik und subjektiven Beschwerden.

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können wird ein Standardinstrument modifiziert, ohne dabei dessen Evidenz einzuschränken.

Die **Entwicklung** des Instruments liegt in der Kompetenz der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes.

Die Anwendung des Instrumentes liegt in der Kompetenz der/des im Projekt beschäftigten Psychologen/in.

5.1.5.2 BERATUNGSINSTRUMENTE

A Beratung zur familiären Situation

Die Beratung ist als systemisches Angebot ausgelegt. D.h. zu vorgefundenen Krisen und Probleme werden nicht isoliert „bearbeitet“, sondern in das sie umgebende soziale Netz einbezogen.

- Beziehungsarbeit
- Einzel- und/oder Familiengespräche als lösungsorientierte Kurzzeitintervention
- andere systemischen Methoden: Soziogramm/Genogramm, paradoxe Interventionen, Aufstellungen, Reframing etc.
- Unterstützung und Begleitung
- Teamarbeit und Supervision

B Bewegungsberatung, Bewegungsförderung

Die Projektkoordinatoren unterhalten Arbeitskontakte in die regionale Sportszene, insbesondere des vereinsgebundenen Sportes.

Zur Ausbalancierung von *intrinsischer Motivlagen* und eines Mindestmaßes an Verbindlichkeit wird gemeinsam mit dem Teilnehmer ein Aktionsplan („Bewegungsziele“) erstellt. Der

Aktionsplan nimmt insbesondere die Teilnahme an etablierten, regionalen Bewegungs- und Gesundheitsangeboten (Vereinsangebote, Rehabilitationssport) auf.

Die involvierten Sportvereine werden im Rahmen dieses Projektes dabei unterstützt, ihre Strukturen auf die Arbeit mit besonders vulnerablen Zielgruppen zu fokussieren. Der Landessportbund unterstützt diese Leistungen im Rahmen seiner Initiative *Integration durch Sport* (IdS), insbesondere durch die Förderung der IdS-Stützpunktvereine.

(<http://www.lsb-mv.de/sportwelten/projekte/integration-durch-sport/>)

Die Bewegungsförderung wird ggf.gem. §20 SGBV gefördert. Ziel und Art der Förderung orientieren sich dabei an den qualitativen Vorgaben des GKV-Leitfadens Prävention als auch an den Fördermodalitäten des bundesweiten Kooperationsprojektes der GKV mit den Bundesagentur für Arbeit (Pauschalierung, keine teilnehmerseitige Vorfinanzierung)

Die teilnehmerseitige Verstetigung der sportlichen Aktivitäten ist ein wesentlicher Erfolgsindikator und wird aktiv durch die Berater unterstützt.

C Ernährungsberatung

Initial finden mindestens zwei Beratungstermine inklusive der Analyse der Ernährungsgewohnheiten unter Berücksichtigung individueller Gesundheitsvoraussetzungen (z.B. Diabetes, Übergewicht) statt.

Im Anschluss erfolgt eine laufende Fortführung der Beratung zur Sicherung der Nachhaltigkeit.

Des Weiteren werden gruppenbasierte Impulse für eine Modifikation der Ernährungsgewohnheiten organisiert. Dabei arbeitet der Projektträger eng mit der DGE MV zusammen.

Ziel ist die Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz zu einer eigenverantwortlichen und nachhaltigen Umstellung auf eine individuell bedarfsgerechte Ernährung nach den jeweils aktuellen lebensmittelbezogenen Empfehlungen¹² und DGE-Beratungsstandards¹³ Motivation zu vermehrter Bewegung

Die Ernährungsberatung wird ggf. im Rahmen von §20 SGBV unterstützt. Ziel und Art der Förderung orientieren sich dabei sowohl an den qualitativen Vorgaben des *GKV-Leitfadens Prävention* als auch an den Fördermodalitäten des bundesweiten Kooperationsprojektes der GKV mit den Bundesagentur für Arbeit (Pauschalierung, keine teilnehmerseitige Vorfinanzierung).

¹²Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.(Hrsg.)(2013).Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 9.Auflage.Bonn.

DeutscheGesellschaftfürErnährunge.V.(Hrsg.)(2013).Dreidimensionale Lebensmittelpyramide– Fachinformation.45.Auflage,Bonn.

¹³DeutscheGesellschaftfürErnährunge.V.(Hrsg.)(2013).DGE-Beratungs-Standards.10.vollst.überarb.Auflage,Bonn.

D Beratung zu wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Fragen

Die Beratung zu wirtschaftlichen Fragen soll elementare Fragen zur materiellen Sicherung der wirtschaftlichen Situation der Teilnehmer sicherstellen.

Die dazu notwendigen Ressourcen werden durch die einschlägigen Beratungsstellen des ALV sichergestellt. (Schuldner- und Insolvenzberatung & allgemeine Sozialberatung). Die involvierten Schuldnerberatungsstellen sind ausnahmslos qualitätsgesichert zugelassene Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen.¹⁴

Soweit für komplexere Beratungsfälle vor Ort keine ALV-Beratungseinrichtung verfügbar ist, wird an das nächstgelegene einschlägige Angebot vermittelt.

5.1.5.3 AKTIVIERUNGS- UND NACHHALTIGKEITSSTRATEGIE

Bereits die kognitiven und physischen Anforderungen im Zuge von Beratung und Intervention führen zu einer deutlichen psychophysischen Aktivierung der Teilnehmer.

Zur nachhaltigen Modifikationen von Lebensstilen bedarf es weiterer, über die individuelle Aktivierungssituation hinausgehender Maßnahmen/Vorkehrungen, die wie folgt in drei Clustern zusammengefasst werden:

I.	II.	III.
Compliance schaffen	Alltagstransfer sicherstellen	Stabilisierung im Alltag
Partizipativer Binnenplanung intrinsische Motive wecken Überforderungssituationen vermeiden	Auswahl und „Öffnung“ von settingadäquaten, weiterführenden Angeboten (Sportverein vs. Fitnessclub)	niederschwellige Angebote zur Begleitung (Ehemaligenrunden) Gewinnung von Teilnehmern als ehrenamtliche Mitarbeiter

¹⁴Gesetz zur Ausführung der Insolvenzordnung (Insolvenzordnungsausführungsgesetz - InsOAG M-V) vom 17. November 1999 (GVOBl. M-V S. 611) GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 311-1, zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 3 G zur Änd. datenschutzrechtl. Vorschriften vom 28. 3. 2002 (GVOBl. M-V S. 154)

5.1.6 ERFOLGSKONTROLLE

5.1.6.1 FORMATIVE EVALUIERUNG

Mit der Evaluation werden auf der Basis der erzielten (Zwischen-) Ergebnisse Interventionen bzw. Korrekturen laufender Maßnahmen vorgenommen, um die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen. Damit fließen die Evaluationsergebnisse direkt in die Optimierung des Projektes bzw. einzelner Projekttools zurück. Die Evaluation vergleicht nicht lediglich den postulierten mit dem jeweils erreichten Zielzustand, sondern greift entwicklungsbegleitend unmittelbar in die Projektorganisation ein und dient damit der Qualitätssicherung.

Die Evaluation ist nicht als Eigenevaluation konzeptioniert, sondern wird von einem *Institut der Universität Rostock* wahrgenommen. Das Institut ist bereits in die wissenschaftliche Begleitung thematisch ähnlich gelagerter ESF-Projekte in MV involviert und sichert dadurch institutionell und personell den mit der Begleitung verbundenen, notwendigen Know-how-Transfer.

Auf der Grundlage folgender Gliederung wird gemeinsam mit dem v.g. Institut das verbindliche Evaluationskonzept erarbeitet:

1. Ausgangslage	a. Kurzbeschreibung des zu evaluierenden Projekts b. Wirkungsmodell des Projekts c. Evaluationszweck
2. Fokus der Evaluation	a. Evaluationsgegenstand - Prinzipien der Gesundheitsförderung b. Evaluationsfragen
3. Planung und Methodik	a. Evaluationsform b. Design
4. Theoretische Grundlagen	a. Prozess und Methoden der Datenerhebung und -auswertung b. Feldzugang c. Zeitplanung
5. Organisation	a. Verantwortlichkeiten und Rollen b. Kompetenzen des Evaluators/der Evaluatorin c. Finanzierung
6. Valorisierung	a. Berichterstattung/Produkte b. Verbreitung und Nutzbarmachung der Ergebnisse und Erkenntnisse

Dem Stellenwert der Gesundheitsförderaspekte in diesem Projekt folgend ist beabsichtigt, den Fokus der Evaluation auf die Wirksamkeitszusammenhänge von *Beschäftigungsfähigkeit* einerseits und den (mutmaßlichen) *Ressourcen*

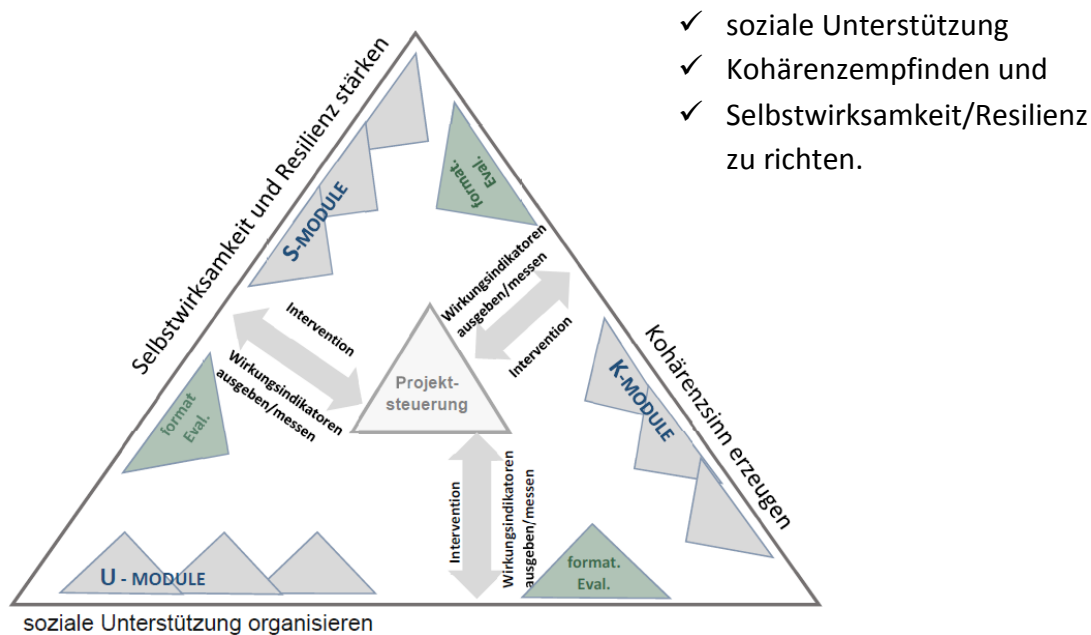


Abbildung 15. Zusammenhang von Projektsteuerung und Evaluierung

5.1.6.2 STRATEGISCHE PARTNER, PROJEKTBEIRAT

In die Konzeptionierung des Projektes involviert sind die dem Projektcluster *Beschäftigungsfähigkeit/Gesundheit* zuzurechnenden Partner:

- AOK-Nordost, GB Prävention
- Agentur für Arbeit Schwerin
- Landesarbeitsgemeinschaft der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (LAG-KISS)
- Bundesverband der Berufsbetreuer/innen - Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern (BdB MV)
- n.n

Zur Aufrechterhaltung der Prozessqualität unterhält das Projekt einen Beirat, der aus unterschiedlichen professionelle Zusammenhängen heraus das Projekt begleitet.

Peter Gerth	Abt.-Itr. der Agentur für Arbeit Schwerin, i.R.	Schwerin
Dr. Jürgen Kehnscherper	KDA, Kirchlicher Dienst der Arbeit der Nordkirche	Rostock
Tom Arenski	Berufsbetreuer, Vorstand BdB MV	Schwerin
Dr. Frieder Rohn	Allgemeinmediziner, Hausarzt Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen	Schwerin
Clemens Russel	Projektkoordinator Integrationsdienste Lebenshilfe Landesverband MV e.V.	Schwerin
Prof. Dr. Norbert Schwante	Rehabilitationswissenschaftler	Schwerin
n.n.		

5.1.7 PROJEKTPLANUNGSTABELLE

...ist in Arbeit

5.2 AUFBAUORGANISATION

5.2.1 PROJEKTSTANDORTE

Der konstitutive Projektraum „Setting / Wohn- und Lebensraum“ präferiert als Projektstandorte zunächst die potenziellen Teilnehmern vertrauten ALV-Standorte in Hagenow, Gadebusch und Grevesmühlen.

Um ein hinlänglich geschlossene Gebietskulisse im Westen der Region herzustellen, wurde der Standort Wittenburg/Dodow dazugewonnen.



Projektstandorte:

- Hagenow
- Gadebusch
- Bad Kleinen
- Grevesmühlen
- Wittenburg/Dodow

Abbildung 16

Projektstandorte

5.2.2 DAS NETZWERK

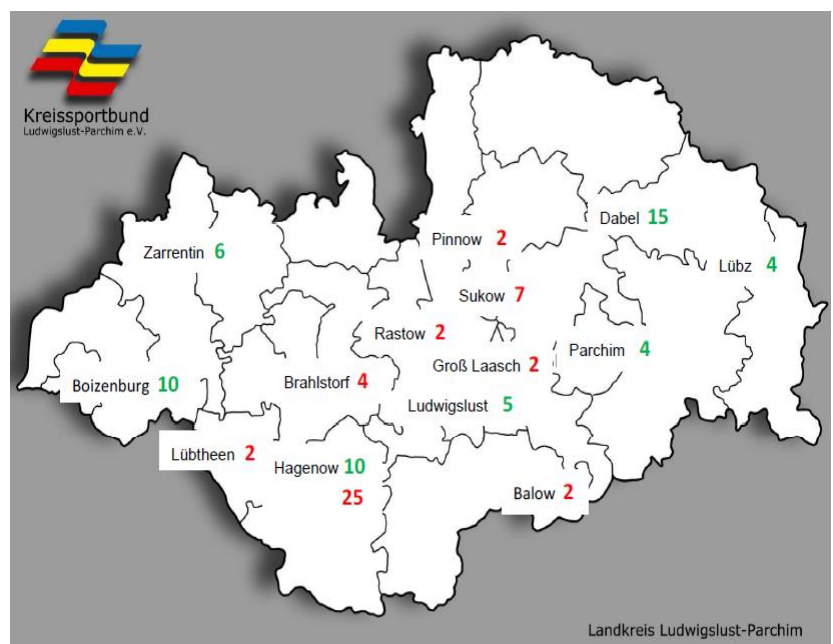
5.2.2.1 SELBSTHILFE

Die bestehende, regionale Selbsthilfeszene bietet momentan folgende Kooperationsoptionen:

Grevesmühlen	<ul style="list-style-type: none">▪ "Licht im Dunkel" SHG für Menschen mit psychischem Handicap▪ "Die Insel" e.V.▪ Lebensfreu(n)de"Die Insel" e.V.▪ n.n.
Hagenow	<ul style="list-style-type: none">▪ "Harmonie" psychisch Kranke HagenowSchulungsraum DRK-Servicehaus "Regenbogen" psychisch Kranke Hagenow▪ DRK-Selbsthilfekontaktstelle Hagenow Gruppenraum KIBIS▪ Anonyme Alkoholiker und Angehörige Hagenow▪ DRK-Kibis-Kontaktstelle▪ Blaues Kreuz in Deutschland e.V.▪ Begegnungsgruppe HagenowGruppentreffen Gemeindezentrum der evangelischen Kirche ,▪ Blinden- und Sehbehinderten-Verein Hagenow▪ Diabetikergruppe Hagenow▪ Mobbing,DRK Service-Haus▪ Rheuma-Liga HagenowGruppengymnastik▪ Seniorenclub Hagenow▪ Selbsthilfegruppen "Trockene Alkoholiker I/II/III"▪ AWO Hagenow
Wittenburg	<ul style="list-style-type: none">▪ Blaues Kreuz in Deutschland e.V.▪ Begegnungsgruppe Wittenburg▪ Blaues Kreuz in Deutschland e.V.▪ Begegnungsgruppe LübtheenGruppentreffen Landeskirchliche
Gadebusch	<ul style="list-style-type: none">▪ Blaues Kreuz in Deutschland e.V.▪ Begegnungsgruppe Gadebusch

5.2.2.2 SPORT & BEWEGUNG

Zum Cluster Sport & Bewegung unterhält das Projekt stabile Arbeitsbeziehungen in den vereinsbasierten Sport der Landkreise Ludwigslust-Parchim und Nordwestmecklenburg. Dabei knüpft das Projekt an die Initiativen des Landessportbundes MV zur Organisationsberatung von Sportvereinen der Region an, im Rahmen derer die Vereine von vormaligen „Breitensportvereinen“ zu



qualitätsgesicherten/ lizenzierten Anbietern von tertiärpräventiver Gesundheitssportvereine begleitet wurden.

5.2.2.3 ERNÄHRUNG

n.n DGE LV MV

5.2.3 PROJEKTAUFBAU

Die Abläufe innerhalb eines Zyklus (5 „Starter“) unterliegen, abgesehen von individuellen oder lokalen Besonderheiten, einer einheitlichen Ablauforganisation.

Diese wird durch die nachfolgende Grafik veranschaulicht:

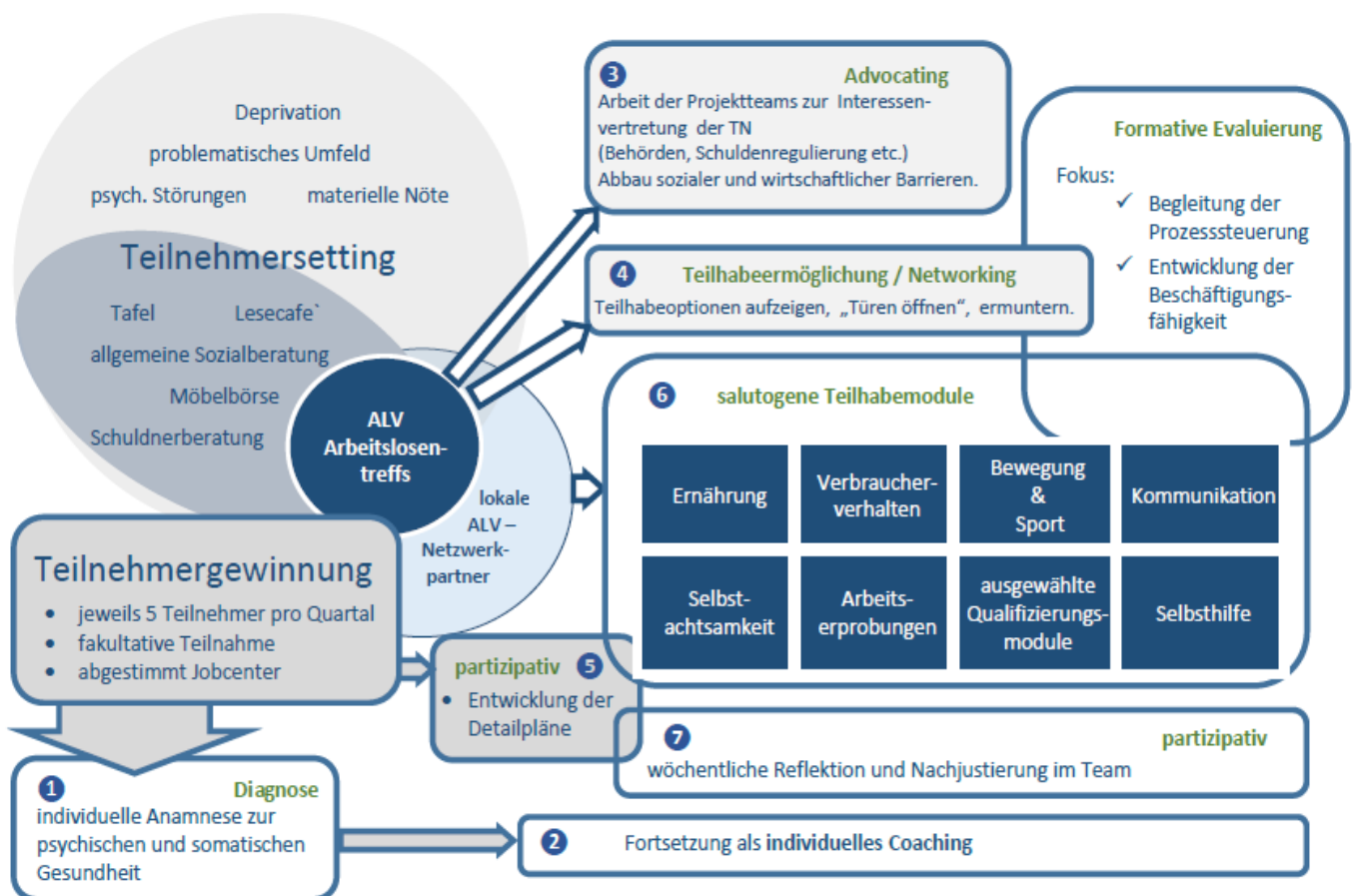


Abbildung 17 Aufbauorganisation innerhalb eines Zyklus

5.2.4 FUNKTIONSVERTeilUNG

Kernaufgaben	Beteiligte Projektakteure						Kommentar
	StG	PL	PM	UG	TN	PB	
Konzept erstellen	B	V/E	OE/U	-	P	B	
Definition Projektstruktur	B	V/E	OE/U	-	-	B	
Budget	-	V/E	OE/U	-	-	B	
Projektplanung/ Meilensteine	-	V/E	OE/U	-	-	B	
Öffentlichkeitsarbeit	B	-	OE/U	B	P	B	
Personalführung (PL, PM)	-	V/E		-	-		
Externe Kommunikation	B		OE/U	P	P	B	
Interne Kommunikation	-	V/E	OE/U	-	-	B	

Kernaufgaben

Konzept erstellen
 Definition Projektstruktur
 Budget
 Projektplanung/ Meilensteine
 Öffentlichkeitsarbeit
 Personalführung (PL, PM)
 externe Kommunikation
 Interne Kommunikation

Projektakteure (gem. Organigramm)

StG Steuergruppe
 PL Projektleitung
 PM Projektmitarbeiter
 UG Unterstützerguppe
 TN Teilnehmer
 PB Projektberater

Kompetenzen/ Funktionen

V/E Verantwortung & Entscheidung
 OE/U operative Entscheidung & Umsetzung
 B Beratung & ggf. eigene Beiträge
 P Partizipation

5.2.5 PRPJEKTPERSONAL

Funktion	Stellen- umfang	Aufgabenbeschreibung	TÖD analog
Ernährungs- & BewegungsberaterIn (einschläg. Lizenz& Erfahrung)	1,5 (5x0,3)		
PsychologIn(Master/Dipl.)	1		
Soziale und Lebenslagenberatung Master/Dipl., einschläg. Erfahrung	2		
Personalaufwand Berater/Betreuer		4,5	
Teilnehmerkoordination, Projektverwaltung einschlägige Berufserfahrung	0,5		
Netzwerkkoordinatorin/ PR(Master/Dipl,eingschläg. Erfahrung)	1		
formative Evaluierung(Master/Dipl., einschläg. Erfahrung)	0,2		
Projektleiter (Master/Dipl., einschläg. Erfahrung)	0,5		
Personalaufwand Koordination, Controlling, Management Evaluierung		2,2	
Personalaufwand gesamt		6,7	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Prognose des Erwerbspersonenangebotes für Mecklenburg-Vorpommern	3
Abbildung 2	Prognose des Erwerbspersonenangebotes für Mecklenburg-Vorpommern	4
Abbildung 3	Anteil der Hartz-IV-Empfänger an der Bevölkerung nach Bundesländern im April 2015.....	6
Abbildung 4	Profillagen der BA(Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2012)).....	6
Abbildung 5	<i>Gruppenvergleiche</i>	7
Abbildung 6	Fotografie aus der Marienthal-Studie.	16
Abbildung 7	Das Diathese-Stress-Modell.....	17
Abbildung 8	Die Grundkomponenten des ICF	18
Abbildung 9	Zieltriade des Projektes.....	19
Abbildung 10	Projektzielgruppen	20
Abbildung 11	Modell der vier Zieldimensionen der Rehabilitation	21
Abbildung 12	projektbezogen operationalisiertes Vulnerabilitätsmodell	23
Abbildung 13	Projekttools nach Art der Bearbeitung, Modultyp& Interventionsebene.....	23
Abbildung 14	Teilnehmerzugang	27
Abbildung 15	Zusammenhang von Projektsteuerung und Evaluierung	32
Abbildung 16	Projektstandorte	33
Abbildung 17	Aufbauorganisation innerhalb eines Zyklus	35