



Schweden 2006

Integrierte Rehabilitationsdienstleistungen: Aspekte der Koordination von Organisation und Finanzierung

Synthesereport

Rienk Prins
ASTRI



On behalf of
European Commission
DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities



Zusammenfassung

Die sozial am stärksten ausgegrenzten Menschen haben meist nicht nur mit einem Problem, sondern einer ganzen Fülle an Problemen zu kämpfen, u. a. Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Krankheit, Bildungsdefiziten, Armut und Drogen- oder Alkoholmissbrauch. In den verschiedenen Ländern der EU-Mitgliedstaaten werden viele dieser Problembereiche entweder von unterschiedlichen Stellen oder auf verschiedenen Ebenen der öffentlichen Verwaltung bearbeitet (national/regional/lokal). Dies birgt die Gefahr einer mangelnden Kontinuität in den Anstrengungen zur Förderung der sozialen Eingliederung; Betroffene drohen von einer Stelle zur anderen weitergereicht zu werden oder fallen schlichtweg durch die Maschen des Versorgungsnetzes.

Im Bericht *Soziale Eingliederung in Europa 2006* stellt die Europäische Kommission fest, die Mitgliedstaaten müssten "integrierte, koordinierte Lösungsansätze entwickeln, um gegen Mehrfachbenachteiligungen anzugehen und sicherzustellen, dass Synergien zwischen den verschiedenen Politikfeldern freigesetzt werden, welche in den gemeinsamen Zielen des Vorgangs der sozialen Eingliederung festgeschrieben sind".

Seit den 1990-ern hat die schwedische Regierung eine Reihe zielgerichteter Projekte in einem integrierten mehrdimensionalen Ansatz zur Förderung sozialer Eingliederung ins Leben gerufen, durch den bedürftige Individuen besser bedient werden können. Am 4./5. Dezember 2006 wurde im schwedischen Göteborg eine Peer Review abgehalten, die die Bewertung der folgenden Initiative zur Aufgabe hatte: *Integrierte Rehabilitationsdienste: Aspekte der Koordination von Organisation und Finanzierung*.

Der begutachtete Politikansatz sieht auf lokaler Ebene die finanzielle Koordinierung zwischen Sozialversicherungsanstalten, Einrichtungen der ärztlichen Grundversorgung, den kommunalen Sozialbetreuungsstellen und Arbeitsämtern vor. Die Initiative erfolgt auf freiwilliger Basis. Jedes einzelne Organ beteiligt sich in gleicher Höhe an einem gemeinsamen Budgettopf, der von einem unabhängigen Koordinationsverein verwaltet wird. Der Teil der nationalen Regierungsbehörden wird vom Sozialversicherungsamt finanziert.

Bis September 2006 wurden in ganz Schweden 41 Koordinationsvereine gezählt. Die Zielgruppe des Programms sind jene 5 % der Erwerbsbevölkerung mit spezifischen oder Mehrfachproblemen.

Die Review befasste sich insbesondere mit dem Projekt "Delta" in Hisingen (Kommunalgebiet Göteborg), das 1997 als Pilotprojekt zum 2004 verabschiedeten Gesetz zur Finanzkoordination für Rehabilitationsmaßnahmen ins Leben gerufen wurde. Die TeilnehmerInnen der Peer Review besuchten die Delta-Büros und nahmen eine der Tätigkeiten in der näheren Umgebung in Augenschein, den "Arbeits-Marktplatz" ("*Arbetsmarknadstorget*"). Delta betreut pro Jahr an die 4.000 KundInnen und verfügte 2006 über ein Budget von SEK 44 Mio. Aus den bisherigen Bewertungen geht hervor, dass sich die Sozialleistungsaufwendungen dank des Programms verringert haben und die Mehrheit der KundInnen sich zufrieden äußert.

Die VertreterInnen der meisten Peer-Länder bekräftigten, dass die Bereitstellung von Rehabilitationsdiensten für die sozial am stärksten Ausgegrenzten eine hohe Priorität besitzt. Viele

Länder versuchen Lösungen mit verschiedenen Koordinationsstrukturen, die von der Optimierung der Kommunikation und Informationskanäle bis hin zur Zusammenlegung von Dienstleistungen in "One-stop-shops" reichen, in denen KundInnen von einer/einem Beamtin/Beamten bzw. BeraterIn betreut werden. Insofern war der relativ lange Umsetzungsvorgang der Finanzkoordination in Schweden eine interessante Informationsquelle und Grundlage für einen Informationsaustausch.

Einige TeilnehmerInnen äußerten sich skeptisch zur Anwendung einer Finanzkoordination in ihrem Land. Das System der betreffenden Länder ist im Vergleich zu Schweden, wo Provinzen und Kommunen eine starke Finanzautonomie besitzen, stärker zentralisiert. Nichtsdestoweniger liefert das Delta-Modell für jedes Land wertvolle Erkenntnisse, was die alltägliche Zusammenarbeit in der Dienstbereitstellung anbelangt.

Außerdem wurde die Frage behandelt, wie die ArbeitgeberInnen in den Prozess der Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt einbezogen werden können. Delta berücksichtigt die ArbeitgeberInnen insofern, als sie zu Informationstreffen eingeladen werden – an denen sie auch tatsächlich teilnehmen. Parallel dazu erfolgt in Einzelfällen eine Kontaktaufnahme durch Delta-MitarbeiterInnen. Für die meisten Peer-Länder ist die Einbeziehung der ArbeitgeberInnen – auch abgesehen von den rechtlichen Verpflichtungen – ein problematischer Punkt.

Einige VertreterInnen befürworteten bei Kooperationsmodellen mit verschiedenen Parteien die Übertragung von Funktionen an Nichtregierungsorganisationen. Die VertreterInnen des Gastgeberlandes merkten an, dass in Schweden NGOs traditionell keine Rolle bei der Erbringung von Dienstleistungen spielen. In anderen Ländern haben NGOs mitunter andere Positionen inne, zum Beispiel in der Beratung bezüglich der Rehabilitationspolitik, in der KundInnenvertretung oder als Mitwirkende an der Dienstbereitstellung.

Falls kaum entsprechende Vorerfahrungen bestehen oder die Zusammenarbeit auf einer unstrukturierten Basis geschieht und wenig Erfolg zeigt, erweist sich die Einführung einer neuen Kooperationsstruktur als zeitaufwändig. Das System der Finanzkoordination wurde über einen bestimmten Zeitraum hinweg eingesetzt, sodass eine schrittweise Anpassung von Arbeitsmethoden und -kulturen möglich war.

Die Erprobung und Verwirklichung von Koordinationsstrukturen erfordert überdies ein konstantes Monitoring und regelmäßige Beurteilungen. Es wurde dargestellt, dass das schwedische Projekt systematisch einer Beurteilung unterzogen wurde. Allerdings erfordern die Erfolgsparameter vielleicht weitere Aufmerksamkeit.

Die TeilnehmerInnen stimmten weitgehend darin überein, dass Delta ein innovatives Beispiel für bewährte Verfahrensweisen darstellt.

Es wurde deutlich gemacht, dass eine koordinierte bzw. integrierte Dienstleistungserbringung besser geeignet ist, die Bedürfnisse und Anforderungen von KundInnen mit komplexen Problemen zu erkennen und zu bedienen, als wenn verschiedene Beteiligte getrennt arbeiten und sich nur auf ihre (momentanen) Kompetenzen und Verantwortungsbereiche konzentrieren. Ein Ansatz, der in Ländern, wo das Unterstützungs- und Transferleistungssystem eher zentralistisch aufgebaut ist, mitunter nur schwer umsetzbar ist.

1. Der nationale Kontext

1.1. AkteurInnen und ihre Verantwortungen

Wie in den meisten EU-Ländern liegt die Bereitstellung von Rehabilitationsdiensten auch in Schweden in der Verantwortung mehrerer AkteurInnen. Die wichtigsten sind die ArbeitgeberInnen, die Sozialversicherungsanstalt, die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die Sozialämter sowie die Dienststellen der öffentlichen Arbeitsmarktverwaltung (ÖAV). Darüber hinaus liegt die Entscheidungsgewalt hinsichtlich der Ziele und Ausrichtung dieser AkteurInnen bei verschiedenen politischen Gremien. Eine Reihe von Aspekten wird auf nationaler Ebene behandelt, andere werden auf regionaler oder lokaler Ebene entschieden.

Die Verantwortung der ArbeitgeberInnen beschränkt sich auf Interventionen zur beruflichen Rehabilitation, die sich als Teil der firmeninternen Beschäftigungs- und Sozialpolitik bewältigen lassen. Die Hauptverantwortung für das schwedische Sozialversicherungssystem liegt bei der Regierung. Die schwedische Sozialversicherungsanstalt, ein zentralstaatliches Organ mit lokalen und regionalen Dienststellen, übt die Verwaltung aus. Die Anstalt trägt die Verantwortung für die Koordination und Überwachung der umgesetzten Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Die übergeordnete Verantwortung für Gesundheitswesen und -versorgung liegt bei 18 Provinzräten, zwei Regionen und einer Kommune. Die Gesundheits- und Pflegedienste sind für die Bereitstellung der medizinischen Rehabilitation zuständig: Gesundheitsversorgung, Behandlung und Rehabilitation. Die Gesundheits- und Pflegedienste haben außerdem die Aufgabe, Daten zur Ermittlung von Rehabilitationsbedürfnissen und für die Konzeption angemessener Maßnahmen seitens anderer AkteurInnen (z. B. Sozialversicherungsanstalt) bereitzustellen.

Die 290 Gemeindevertretungen Schwedens sind für die soziale Rehabilitation zuständig. Sie müssen sicherstellen, dass alle EinwohnerInnen einer Kommune die benötigte Unterstützung und Hilfe erhalten. Die kommunale Verantwortung umschließt Ältere, Menschen mit Behinderung, Kinder und Jugendliche, MigrantInnen und Menschen mit Suchtproblemen. Die Maßnahmen zur sozialen Rehabilitation Betroffener können Beratung, Unterstützung, Beschäftigung und Behandlungen umfassen.

Die Arbeitsmarktpolitik wird von der nationalen Arbeitsmarktverwaltung getragen. Sie ist zuständig für Arbeitsvermittlungsdienste, berufliche Rehabilitation und Schulungsinstrumente, die Menschen bei der Arbeitssuche unterstützen sollen. Der Arbeitsmarktverwaltung gehören neben dem nationalen Arbeitsmarktrat auch 20 Arbeitsmarkträte auf Provinzebene an. In letzteren eingliedert sind die lokalen ÖAV-Dienststellen.

1.2. Ansätze für eine optimierte Integration und Koordination der Rehabilitationsbemühungen

In Schweden wurde die Feststellung gemacht, dass wenn die einzelnen AkteurInnen nur ihre eigenen Ziele verfolgen, Prioritätenkonflikte auftreten können, die sich auf einzelne Betroffene auswirken. Wie sich zeigte, verfehlten Rehabilitationsmaßnahmen vor diesem Hintergrund ihr Ziel oder brachten nicht

die gewünschte Wirkung. Das selbe Symptom wurde beobachtet, wenn einE AkteurIn in Gang befindliche Rehabilitationsarbeit von einer/einem anderen übernimmt: Wenn eine mehrere AkteurInnen umfassende Rehabilitationsplanung schlecht oder unzureichend ausfällt, gehen wichtige Informationen mitunter verloren. Wie sich zeigte, war dies insbesondere im Hinblick auf die Wiedereingliederung von Menschen mit Mehrfachproblemen (medizinisch, materiell, sozial und beruflich) besonders häufig der Fall. KundInnen kamen "zwischen zwei Stühlen" zu sitzen und landeten in einer kaum greifbaren "Grauzone", wenn die als notwendig erachteten Maßnahmen nicht zur Gänze unter die Zuständigkeit einer/eines Akteurin/Akteurs fiel. Dies mündete vielfach in einen Teufelskreis, bei dem eine Vielzahl von Beteiligten wirkungslose Arbeit leistet.

Die Konsequenz daraus lautete, dass die AkteurInnen ihre Arbeit besser koordinieren müssen. Zusammenarbeit und Koordination sind deshalb wesentliche Faktoren, wenn es darum geht, dass Menschen mit Mehrfachproblemen und -bedürfnissen nachhaltige Rehabilitationshilfe erhalten sollen. Folglich wurde seit Mitte der 1990-er Jahre eine Reihe von Pilotprojekten in Angriff genommen, an denen verschiedene AkteurInnen unter verschiedenen Formen finanzieller Koordination beteiligt waren. Seit 1998 unterliegt die Zusammenarbeit hinsichtlich der Rehabilitationsmaßnahmen einheitlichen Leitlinien.

Das Gesetz zur Finanzkoordination von Rehabilitationsmaßnahmen, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, baut auf den Erkenntnissen und Beobachtungen aus jener Zeit auf. Die Finanzkoordination erfolgt auf freiwilliger Basis und involviert vier Parteien: die Sozialversicherungsanstalt, die Provinzräte, die Arbeitsmarkträte der Provinzen und einen oder mehrere Gemeinderäte. Die Hauptziele sind:

- Effizienz- und Wirkungssteigerung der Antwort auf Rehabilitationsbedürfnisse Einzelner und damit der Unterstützung zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit;
- Kostenwirksame Nutzung der vorhandenen Ressourcen durch teilweise Ressourcenbündelung unter den vier HauptakteurInnen und Gebieten.

Die Zielgruppe der Finanzkoordination umfasst Personen mit Bedarf an koordinierten Wiedereingliederungsmaßnahmen seitens mehrerer – miteinander zusammenarbeitender – Stellen, wodurch die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit begünstigt werden soll. Die Zielgruppe wird auf 280.000 Menschen geschätzt, das sind 5 % der Bevölkerung im Erwerbsalter (normalerweise 20-64 Jahre alt). Der körperliche und psychische Zustand von Individuen mit Bedarf an koordinierten Maßnahmen ist häufig unterschiedlich. Zudem sind auch die individuelle Arbeitsmarkteignung und spezifische soziale Probleme zu berücksichtigen. Häufig liegt eine Kombination all dieser Problemfaktoren vor.

Die Finanzmittel für koordinierte Rehabilitationsmaßnahmen werden von den beteiligten Parteien bereitgestellt, und zwar zu gleichen Teilen. Der Teil der nationalen Regierungsbehörden wird vom Sozialversicherungsamt finanziert. Ein so genannter "Koordinationsverein" (in dem die zusammenarbeitenden Organe vertreten sind), eine juristische Person öffentlichen Rechts, schreibt die Ziele und Leitlinien fest und schüttet die Mittel für die einzelnen Maßnahmen aus.

1.3. Aktuelle Situation und Ausblick

ExpertInnen aus dem Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten gaben an, dass bis September 2006 ca. 41 Koordinationsvereine eingerichtet wurden, an denen 80 Kommunen und 12 Provinzen beteiligt sind. Dass die Zahl nicht höher ist, liegt am freiwilligen Charakter des Modells (alle Beteiligten müssen in die Zusammenarbeit einwilligen). Darüber hinaus erweist sich der Aufbau des Kooperationsmodells als zeitaufwändiges Unterfangen mit langwierigen Verhandlungen (über Leitlinien, Organisation, Verfahrensweisen, Zielgruppen und Prioritäten). Für die kommenden Monate wird mit der Bildung zehn weiterer Koordinationsvereine gerechnet.

Die schwedischen Gebietskörperschaften haben zwei Optionen für die Bereitstellung der Rehabilitationsdienste: entweder die Finanzkoordination oder eine losere Form der nicht-finanziellen Zusammenarbeit. Auch die zweite Option kann einiges zu Wege bringen, besitzt jedoch nicht die Struktur und Einheitlichkeit des Modells der Finanzkoordination. Angesichts dessen, dass 23 % der Bevölkerung von Transferleistungen abhängig sind, erachtet die Regierung die Finanzkoordination als wesentliches Instrument, um Menschen mit Mehrfachproblemen wieder in den Arbeitsmarkt zu schleusen. Die neu gewählte Regierung Schwedens hält mehr Flexibilität für notwendig. Aus diesem Grund gilt das System der Finanzkoordination als wichtiges Werkzeug für die Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit.

Seit 2003 überwacht eine staatliche "Arbeitsgruppe für neue Formen der Zusammenarbeit" die Ergebnisse von Zusammenarbeit und Finanzkoordination. Parallel dazu führt die Swedish Agency for Public Management (SAPM) eine Begutachtung durch. Die Resultate zeigen, dass die Tätigkeiten mit den im Gesetz verankerten Zielen in Einklang stehen und die Arbeitsweisen der Vereine wirkungsvoll sind; allerdings bestehen beträchtliche Schwankungen hinsichtlich der Budgetausstattung und somit der Tragweite der Maßnahmen. Definitive Schlussfolgerungen zum Erfolg des Modells wären derzeit noch verfrüht. Eine abschließende Beurteilung wird im Mai 2008 vorliegen.

2. Querverbindungen zu Politik und Strategien der EU

Das Peer Review-Verfahren ist ein wichtiges Instrument im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung (OMK). Im März 2006 nahm der Europäische Rat ein neues Rahmenwerk zur Förderung des Sozialschutzes und der sozialen Eingliederung an. Die OMK-Ansätze auf dem Gebiet der sozialen Eingliederung und der Renten sowie der anhaltende Koordinationsprozess in den Bereichen Gesundheit und Langzeitpflege wurden in der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich Sozialschutz und soziale Eingliederung zusammengeführt.

Eines der zentralen Ziele der OMK ist die Förderung des sozialen Zusammenhalts, der Gleichstellung (der Geschlechter) und der Chancengleichheit für alle. Erreicht werden soll dies durch eingliederungspolitische Maßnahmen und Sozialschutzsysteme, die zugänglich, angemessen, finanziell nachhaltig und anpassungsfähig sowie wirksam sind. Darüber hinaus sollen die Politikmaßnahmen eine gute "Governance", Transparenz und die Einbindung der Interessensvertretungen (bei Konzeption,

Umsetzung und Monitoring der Politiken) angeregt werden. Bei den Zielen im Bereich der sozialen Eingliederung stehen folgende Aspekte im Vordergrund:

- Zugang für alle zu den Ressourcen, Rechten und Leistungen, die für eine vollständige Teilhabe an der Gesellschaft notwendig sind.
- Aktive soziale Eingliederung aller.
- Die Politikmaßnahmen zur Förderung der sozialen Eingliederung müssen gut koordiniert sein und alle Regierungsebenen sowie alle relevanten AkteurInnen – einschließlich die von Armut Betroffenen – umspannen.

Im europäischen Kontext ist darüber hinaus das Bedürfnis nach einer Koordination der Maßnahmen verschiedener Beteiligter zur Förderung der sozialen Eingliederung weithin anerkannt. Im Rahmen der EU-Strategie zur Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung müssen alle zuständigen Organe mobilisiert werden. Dazu sind Dialog und Partnerschaft zwischen allen relevanten – öffentlichen wie privaten – Einrichtungen zu fördern. Auch in der Mitteilung zum Neubeginn für die Lissabon-Strategie (Zusammenarbeit für Wachstum und Arbeitsplätze, 2005) wird die notwendige Mitwirkung mehrerer AkteurInnen betont. Um den Übergang von Arbeitslosigkeit oder Nichterwerbstätigkeit zu Arbeit zu erlauben, ist die Modernisierung der Sozialschutzsysteme unumgänglich. Im Bericht *Soziale Eingliederung in Europa 2006* stellt die Europäische Kommission fest, die Mitgliedstaaten müssten "integrierte, koordinierte Lösungsansätze entwickeln, um gegen Mehrfachbenachteiligungen anzugehen und sicherzustellen, dass Synergien zwischen den verschiedenen Politikfeldern freigesetzt werden, welche in den gemeinsamen Zielen des Vorgangs der sozialen Eingliederung festgeschrieben sind".

Am Beispiel des Delta-Projekts lässt sich nachvollziehen, dass dieses Modernisierungsziel bereits 1997 wahrgenommen und angestrengt wurde. Damals wurden die ersten Umstellungen im Budgetrahmen sowie im institutionellen Kontext (Strukturen und Abläufe) vorgenommen, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit verschiedener AkteurInnen mit Verantwortungen für die soziale Rehabilitation zu stärken.

Die Peer Review verdeutlicht, dass das schwedische Modell der Finanzkoordination zugunsten der sozialen Rehabilitation den Versuch unternimmt, die Ziele der OMK für Sozialschutz und soziale Eingliederung in mehrfacher Hinsicht zu verwirklichen:

- a. Das Budgetierungsmodell, die Aufgabenverteilung und die Arbeitsorganisation sind auf die Verbesserung der sozialen Kohäsion zugunsten gesellschaftlich benachteiligter Gruppen ausgelegt, v. a. Personen mit Mehrfachproblemen im Zusammenhang mit Beschäftigung und Gesundheit. KundInnen, die in der Vergangenheit – aufgrund der Ausgestaltung der Verantwortungen und Budgets – von den LeistungsanbieterInnen nicht angemessen versorgt wurden, können nunmehr direkter bedient und angesprochen werden.
- b. Das Modell der Finanzkoordination stimmt mit der Zielsetzung der Transparenz und der Einbindung verschiedener Interessensvertretungen überein (insbesondere jener in den Bereichen Sozialversicherung, Beschäftigung, Sozialbetreuung und Gesundheitsversorgung). Sie wirken nicht nur am jetzigen finanziellen Rahmenwerk und der operativen Organisation mit, sondern sind auch in den Aufbau und die Erprobung neuer Strukturen, Arbeitsweisen und

Maßnahmen eingebunden. Die Stimme der KundInnen wird in mehreren Begutachtungen berücksichtigt.

- c. Bei der Finanzkoordination kommt auch die Koordinierung der AkteurInnen mit Verantwortungen auf verschiedenen Politikebenen zum Tragen (Nationalregierung, Provinz, Kommune). Das Modell macht anschaulich, dass finanzielle Agenden und gemeinsame Verantwortungsstrukturen für AkteurInnen mit unterschiedlichen Verantwortungsfeldern möglich sind.
- d. Das Modell der Finanzkoordination gestattet zudem eine umfassende Schwerpunktsetzung auf eine der erwähnten Zielgruppen, heißt es doch in der Kommissions-Mitteilung, dass auch Maßnahmen für Jugendliche erforderlich sind. Mehrere Präventivmaßnahmen im Delta-Projekt sind auf arbeitslose Jugendliche mit Mehrfachproblemen ausgerichtet (z. B. psychische Probleme und Drogenabhängigkeit).
- e. Das Modell der Finanzkoordination umfasst auch die AnbieterInnen von Gesundheitsdiensten. Bewertungen durch Fachleute und PatientInnen in der Einrichtungsphase der neuen Strukturen belegen, dass die Zugänglichkeit für solche KundInnenkategorien, die davor nicht angemessen versorgt wurden, verbessert werden konnte. Alle Beteiligten der Koordinationsstruktur können die Initiative ergreifen und Gesundheitsmaßnahmen für bestimmte Zielgruppen vorschlagen.

In seiner Einleitung zur Peer Review erinnerte Hugues Feltesse von der Europäischen Kommission – GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit (Dienststelle Inklusion, sozialpolitische Aspekte der Migration, Straffung der Prozesse im Bereich der Sozialpolitik) – daran, dass die Mobilisierung lokaler AkteurInnen bereits bei einer früheren Peer Review im April 2004 auf dem Programm stand. Damals ging es um lokale Entwicklungsvereinbarungen als Instrument gegen Segregation in gefährdeten großstädtischen Gebieten (vgl. <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2004/review-7>). Nun stand die dienststellenübergreifende Zusammenarbeit zugunsten der Rehabilitation Langzeitkranker oder -arbeitsloser zur Debatte; dabei wurde eine Reihe medizinischer, materieller, psychischer, sozialer und beruflicher Probleme berücksichtigt, die angegangen werden müssen. Er hob hervor, dass Politikmaßnahmen zur sozialen Eingliederung gut aufeinander abgestimmt werden müssen und alle Regierungsebenen sowie alle zuständigen AkteurInnen – darunter auch von Armut oder sozialer Ausgrenzung Betroffene – einzubinden sind. Insofern sind die bei dieser Peer Review erörterten Problemstellungen von höchster Wichtigkeit für die Europäische Kommission.

3. Die bewährte Verfahrensweise: Integrierte Rehabilitationsdienste – Aspekte der Koordination von Organisation und Finanzierung

3.1. Das Projekt "Delta" auf Hisingen: Einige organisatorische und finanztechnische Merkmale

Der Koordinationsverein Delta auf der Insel Hisingen (Kommunalgebiet Göteborg) wurde 1997 ins Leben gerufen. Die Stadt Hisingen umfasst sechs Distrikte, von denen zwei am Delta-Projekt beteiligt sind. Delta begann als ein Pilotprojekt im Rahmen der Socsam Gesetzgebung und wurde 2005 zu einer ständigen Einrichtung durch die Einführung des Koordinationsvereins Delta.

In dem Projekt sollte ermittelt werden, ob die Finanzkoordination dazu beitragen würde, Betroffene besser zu entlasten und die Kosten im Zusammenhang mit dem krankheitsbedingten Fernbleiben von der Arbeit, mit Arbeitslosigkeit und mit Sozialversicherungsleistungen zu drosseln.

Nach einigen Anpassungen in der Organisationsstruktur infolge einer Evaluierung im Jahr 2001 ist an der aktuellen Organisation des Delta-Modells eine Reihe von AkteurInnen und Strukturen eingebunden:

- a. Der *Vorstand des Koordinationsvereins*. Er umfasst VertreterInnen des regionalen Arbeitsamtes in Västra, des Stadtrates Göteborg, der Provinzversammlung in Västra sowie der Sozialversicherungsanstalt in Västra. Alle im Vorstand vertretenen Organe leisten den selben Budgetbeitrag. Der Teil der nationalen Regierungsbehörden wird vom Sozialversicherungsamt finanziert. Der Vorstand setzt Prioritäten und teilt das Budget für neue und alte Aktivitäten zu.
- b. Die wichtigste Unterstützungsinstanz ist der *Planungsausschuss*, in dem lokale Verantwortliche aus Hisingen vertreten sind. Seine Aufgabe ist es, Geschäftsbelange für den Verwaltungsrat auszuarbeiten und sich um andere Politikpunkte zu kümmern. Dieser Ausschuss erteilt Rückmeldungen zu neuen Ideen, die von verschiedenen BehördenvertreterInnen vorgelegt werden.
- c. Das *Vorstandsekretariat*. Ihm gehören derzeit eine verantwortliche Person sowie eine für die "Prozessbegleitung" zuständige Mitarbeiterin und eine halbtagsbeschäftigte Kraft an, die Nachbetreuungsaufgaben wahrnimmt. Der Administrationsapparat soll so schlank wie möglich bleiben, um eine rasche Entscheidungsfindung zu erlauben und sicherzustellen, dass die Distanz zwischen den EntscheidungsträgerInnen von Delta und jenen, die mit der Arbeit befasst sind, nicht zu groß wird.
- d. Daneben sind in einigen Distrikten *Delta-Gruppen* tätig. Ihnen gehören Beamtinnen/Beamte der beteiligten Behörden an. Ihre Aufgabe besteht darin, von den bis dahin separat agierenden Instanzen nicht ausreichend erfüllte Bedürfnisse der EinwohnerInnen der jeweiligen Distrikte zu ermitteln.

In der Anfangsphase des Projekts wurde viel Zeit für den Informationsprozess und den Projektaufbau aufgewendet. Eine weitere Strategie, die von Anfang an zum Zug kam, ist das so genannte "Delta-Wissen"-Verfahren. Es soll gewährleisten, dass jeder neuen Maßnahme oder Initiative im Delta-Modell

eine umfassende Begutachtung vorausgeht, an der sich alle zuständigen Behörden beteiligen. Die Strategie verfolgt ein zweifaches Ziel: die Schaffung gemeinsamer Werte – eines einheitlichen Ansatzes basierend auf den Bedürfnissen und Perspektiven der BewohnerInnen von Hisingen –, und die Gewährleistung, dass jede Maßnahme, jede Aktivität und jedes Einzelprojekt so weit wie möglich auf gemeinsamen Erkenntnissen und Erfahrungen aufbaut.

Das Budget für das Delta-Modell beziffert sich auf ungefähr 4,7 Mio. Euro (2006). Der Hauptanteil (3,7 Mio.) wird für die Tätigkeiten aufgewendet, der Rest entfällt auf neue Projekte (0,5 Mio.), "Delta-Wissen" (0,3 Mio.) und die Organisation (Verein und Sekretariat, 0,2 Mio.).

3.2. Zielgruppen und Tätigkeiten

Hisingen zählt eine Bevölkerung von 125.000 Menschen, darunter an die 78.000 im Erwerbsalter. Die Zahl der Arbeitslosen, Menschen mit Behinderung und SozialleistungsbezieherInnen liegt bei knapp 15.000. Das Delta-Modell konzentriert sich auf jene KundInnen, die von den bis dahin allein agierenden Parteien nicht wirksam rehabilitiert werden konnten. Gegenwärtig stehen ca. 4.000 EinwohnerInnen Hisingens jedes Jahr in Kontakt mit verschiedenen Delta-Tätigkeiten. Die wichtigsten Probleme dieser Menschen sind psychische Schwierigkeiten, Störungen des Bewegungsapparates, komplexe soziale Probleme oder Langzeitarbeitsunfähigkeit. Die Zielgruppen umspannen krank gemeldete und arbeitslose Personen, junge Menschen mit psychischen Problemen, junge Frauen und alleinstehende Mütter sowie arbeitsmarktferne MigrantInnen und Flüchtlinge.

Die laufenden Tätigkeiten in Delta entfallen auf drei Kategorien:

- a. *Prävention und Förderung:* Maßnahmen zur Vermeidung von krankheitsbedingtem Fernbleiben vom Arbeitsplatz; Kampf gegen soziale Ausgrenzung; Unterstützung der Individuen, um in der schwedischen Gesellschaft besser Fuß zu fassen. Bei den Maßnahmen und Arbeitsmethoden kommen Interviews und Diskussionen, themenspezifische Sitzungen, Gruppenaktivitäten sowie Informationsverbreitung und Aufklärungsarbeit zum Tragen.
- b. *Soziomedizinische Tätigkeiten:* Diese zielen darauf ab, Wartezeiten und die Behandlungsdauer von PatientInnen zu verkürzen und die Rückkehr zur Arbeit / Rehabilitation zu beschleunigen. Weitere Ziele sind die Senkung öffentlicher Ausgaben für Einkommensausgleichsleistungen und der Ausbau des sachrelevanten Wissensstandes. Die Tätigkeiten werden von berufsübergreifenden Teams in sechs Einrichtungen zur ärztlichen Grundversorgung wahrgenommen.
- c) *Arbeitsmarktrelevante Tätigkeiten:* Zielen darauf ab, die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bzw. in geeignete Rehabilitationsprogramme zu beschleunigen. Die gesetzten Maßnahmen sollen ferner zum Abbau von Passivität und zur Festigung des Selbstvertrauens und der Selbstwahrnehmung unter den TeilnehmerInnen beitragen. Ein Beispiel ist "Arbeitsmarknadstorget", auf Deutsch "Arbeits-Marktplatz". Der "Arbeits-Marktplatz" steht unter der Leitung der Sozialbetreuungsstellen und dem lokalen Büro des

Arbeitsamtes, sie verfügen hierfür über ein gemeinsames Gebäude mit einem gemeinsamen Empfangsbereich. Die Einrichtung wendet sich an junge arbeitslose SozialhilfebezieherInnen sowie andere arbeitmarktferne Gruppen.

Die im Rahmen der Finanzkoordination wahrgenommenen Tätigkeiten betreffen keine Einzelentscheidungen zum Leistungsbezug Betroffener. Die Entscheidungen werden von den Verantwortlichen getroffen innerhalb seiner oder ihrer Funktion als Ausübungsorgan staatlicher Autorität z.B. im Rahmen von Sozialdienstleistungen.

3.3. Evaluierungen

Eine von der Universität Göteborg durchgeführte Untersuchung (2001) ergab, dass die Behörden oft nicht in der Lage sind, Maßnahmen zugunsten von Menschen mit Bedarf an koordinierten Rehabilitationsmaßnahmen adäquat zu organisieren. Es fehlt an Zeit, Zusammenarbeit und einer auf gemeinsames Vorgehen ausgerichtete Kultur.

Die Studie belegte, dass das Modell der Finanzkoordination in der Lage ist, eine solche gemeinsame Verantwortung zu schaffen und die nötige Struktur und Kontinuität für Tätigkeiten zugunsten von KundInnen mit Mehrfachproblemen gewährleisten kann. Ferner wurde festgestellt, dass das Modell positive Ergebnisse hinsichtlich der Ausgaben für Krankengeld, Sozialfürsorge u. dgl. aufzuweisen hat. Die neuen Strukturen für Organisation, Zusammenarbeit und gemeinsame Verfahrensweisen hatten zu einer Verbesserung des Wissensstandes und der Kompetenzen der ProjektteilnehmerInnen geführt. Es war eine neue Arbeitsweise entstanden, in der Entscheidungen auf der Grundlage eines gemeinsamen Konzepts und über neue Kommunikationsschienen getroffen werden. Die derart gefestigten sachrelevanten Erfahrungswerte brachten zudem neue Ideen zu Tage, wie auf NutzerInnen zugegangen und Rehabilitations- und Behandlungsmaßnahmen umgesetzt werden können. Auch die KundInnen gaben an, dass sie die Tätigkeiten positiv aufnehmen. Sie hatten das Gefühl, respektvoll behandelt und ernst genommen zu werden.

Andererseits lieferten ergänzende Untersuchungen, die sich ausschließlich auf KundInnen mit Störungen des Bewegungsapparates konzentrierten, keine Anhaltspunkte dafür, dass das Modell zu einer gesundheitlichen Besserung oder einer Verkürzung krankheitsbedingter Abwesenheit beiträgt. Trotz der neuen Arbeitsmethoden und Verfahren wurden die PatientInnen in den Delta-Einrichtungen zur medizinischen Grundversorgung mit denselben Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen versorgt wie PatientInnen in anderen ärztlichen Einrichtungen. Im Endeffekt konnten zwischen den Gruppen keine Veränderungen des Gesundheitsstatus beobachtet werden.

Eine weitere Analyse zu den Auswirkungen des Delta-Projekts auf den Kostentrend in den öffentlichen Systemen der Einkommenssicherung wies für Hisingen eine Tendenz zu verringerten Kosten aus. Die landesweite Evaluierung (Zeitraum 1997-2004) ergab, dass koordinierte Maßnahmen verstärkt wurden; positive Resultate für Hisingen im Hinblick auf die Kosten für Krankengeld, die Sozialversicherungsausgaben und die Dauer von Langzeitkrankenständen wurden bestätigt.

4. Relevanz und Übertragbarkeit

4.1. Einleitung

In den letzten zehn Jahren wurden in einer Reihe von Staaten Anstrengungen unternommen, um BezieherInnen von Krankengeld, Invaliditätsrenten oder Arbeitslosengeld mit besseren und erfolgreicherer Dienstleistungen zu versorgen. Sie zielen auf die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und des Erwerbsstatus gefährdeter Gruppen ab und bedienen sich dazu verschiedener Strategien wie der Frühintervention und maßgeschneiderter Maßnahmen, der bedürfnisbasierten Leistungserbringung oder auch einer optimierten, koordinierten Dienstbereitstellung. Das Delta-Modell ist ein Beispiel aus der letzten Kategorie und richtet sich an bis dahin nur lückenhaft versorgte Menschen mit Bedarf an Initiativen und Leistungen verschiedener AnbieterInnen.

VertreterInnen aus verschiedenen Peer-Ländern berichteten über Bemühungen, die Zusammenarbeit verschiedener Beteiligten bei Aktionen zu verbessern oder die Lücken unter ihnen im Hinblick auf die Arbeit zugunsten von KundInnen mit Mehrfachproblemen zu füllen. Es zeigte sich, dass mitunter eine Vielzahl an institutionellen Konstrukten vorliegt und zahlreiche Interessensgruppen an solchen neuen Strukturen mitwirken. Die an Vorhaben zur strukturellen Zusammenarbeit am häufigsten involvierten AkteurInnen sind die für "Einkommensausgleich" und "Integration" zuständigen Behördeninstanzen, also die Sozialversicherungsanstalten und die Arbeitsmarktverwaltungen (so in Norwegen, den Niederlanden und Großbritannien). In noch breiter gefassten Konstrukten werden auch die Gesundheitsdienste einbezogen; dieses Konzept kommt weitaus seltener zur Anwendung, ist jedoch gegenwärtig Gegenstand von Pilotprojekten in Großbritannien. Das Delta-Modell ist augenscheinlich das am weitesten gediehene und umfassendste Arrangement zur Koordination mehrerer Beteiligter, insofern als auch die Kommunen involviert sind.

Die Erfahrungen und Lehren aus dem Hisingen-Modell stießen folglich auf reges Interesse, umso mehr, als die Tätigkeiten und Erfahrungen gut dokumentiert sind und Beurteilungen unterzogen wurden. Der Besuch am Projektstandort und die Gespräche mit BeamtInnen, die Fragerunden sowie auch der Erfahrungsaustausch trugen zu fruchtbaren Diskussionen über Wirkung und Übertragbarkeit bei.

4.2 Stellungnahmen der Peer-Länder

VertreterInnen **Irlands** berichteten, dass die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Regierungsinstanzen vereinbart wurde, um die Dienstbereitstellung zugunsten von Menschen mit Behinderung zu verbessern. Außerdem gebe es im Land viele Beispiele für eine gute Zusammenarbeit auf lokaler Ebene, was die Regierung dazu anregte, entsprechende Überlegungen auch für die gesamtstaatliche Ebene anzustellen. Jedoch auch die gegenteilige Situation liegt mitunter vor: Mangelnde Kooperation, Serviceredundanz und Lücken in der Dienstbereitstellung sind noch nicht überall ausgeräumt.

Seit 2003 gibt es ein dienstübergreifendes Konzept, in dem Teams aus VertreterInnen mehrerer Organe eingesetzt werden (Öffentliche Arbeitsmarktverwaltung, Sozialamt, Bildungs- und Gesundheitsdienste). Eine Begutachtung dieses Modells (2004) zeigte einige positive Ergebnisse auf, u. a.: Verbesserte Kommunikation zwischen den beteiligten Dienstleistungen, besseres Wissen über Leistungen und verfügbare Fachkompetenzen sowie dienstübergreifende KundInnenunterstützung. Auch Schwierigkeiten wurden festgestellt: Diese haben mit regionalen Schwankungen zu tun, was das Ausmaß der Zusammenarbeit betrifft, sowie mit der zusätzlichen Verwaltungslast durch die Zusammenarbeit und der unvollständigen Erfassung der LeistungsanbieterInnen. Auch Probleme bezüglich der KundInnenzuständigkeit traten auf – so ist nicht klar, welche beteiligte Instanz für eineN bestimmteN Kundin/Kunden letztverantwortlich ist.

Aus diesen Erfahrungen konnten einige Fragen zum Delta-Konzept abgeleitet werden. Sie betrafen hauptsächlich den Umsetzungsvorgang (Wie können gemeinsame Werte geschaffen werden? Wie werden Streitfälle gelöst?), das Verhältnis zu anderen potenziellen Interessensvertretungen (Nichtregierungsorganisationen, ArbeitgeberInnen, Gewerkschaften) und das Qualitätsmonitoring und Begutachtungssystem (welche Schlussfolgerungen werden gezogen, wenn Bewertungen kaum Unterschiede zwischen der Dienstleistungserbringung im Delta-Modell und jener in Nicht-Delta-Einrichtungen orten?).

Der Vertreter der **Niederlande** räumte ein, dass die Zusammenarbeit zwischen den in die Dienstleistungserbringung involvierten AkteurInnen verbesserungswürdig sei. Auch in den Niederlanden wurden auf diesem Gebiete einige Reformen initiiert, allerdings sind weniger Beteiligte eingebunden als in Schweden. Die wichtigsten AkteurInnen, die nunmehr verstärkt in den selben Gebäuden – mit einer Anlauf- und Servicestelle – agieren, sind die Sozialversicherungsanstalt und das Arbeitsamt. Der Vertreter hob hervor, dass der Schwerpunkt der niederländischen Politik eher auf (finanziellen) Anreizen für die verschiedenen Interessensgruppen liegt: ArbeitgeberInnen, Arbeitsuchende, (private) Arbeitsvermittlungs- und Berufsberatungsdienste sowie öffentliche Dienstleister. Zum Beispiel: Gelingt es einer Kommune, SozialhilfeempfängerInnen zu rehabilitieren und in die Erwerbswelt einzugliedern, kann ein Teil der eingesparten Leistungen dem Gemeindehaushalt zugeführt werden. Andererseits sind die ArbeitgeberInnen für eine Dauer von höchstens zwei Jahren zur Lohnfortzahlung an krank geschriebene ArbeitnehmerInnen verpflichtet; auf diese Weise besteht für sie ein starker Anreiz, Maßnahmen zur Förderung der Wiederaufnahme der Arbeit zu setzen. In den Niederlanden traten weitere operative Probleme zu Tage, als die Zusammenarbeit zwischen mehreren Interessensgruppen eingeleitet wurde: Zum einen technische Probleme im Zusammenhang mit der Aktenübermittlung oder IT-Probleme (die einzelnen Parteien hatten anfangs keinen Zugriff auf die Daten der anderen).

Aus der Sicht **Norwegens** ist das Delta-Modell von großem Interesse, wenngleich die dortigen Probleme etwas anders geartet sind (niedrige Arbeitslosenquote, hohe Krankenstandsrate und große Anzahl von InvaliditätsrentenbezieherInnen). Die norwegischen VertreterInnen skizzierten die Vereinbarung zwischen dem ArbeitgeberInnenverband, den Gewerkschaften und der Regierung zur Eindämmung krankheitsbedingter Arbeitsausfälle sowie zur verstärkten Einstellung von Personen mit verminderter Erwerbsfähigkeit. Außerdem peilt das neue Ministerium für Beschäftigung und Wohlfahrt (seit 2006) die Zusammenlegung von drei Interessensgruppen an – der öffentlichen Arbeitsmarktverwaltung, der Sozialversicherungsanstalten und der kommunalen Sozialbetreuungsstellen. Auf lokaler Ebene stehen KundInnen damit zentrale Anlaufstellen zur

Verfügung. Erste Erfahrungen belegen, dass die Umstellung der Organisationsstrukturen nicht ausreicht, sondern dass im Umgang mit spezifischen Zielgruppen (z. B. bei der beruflichen Wiedereingliederung von InvaliditätsrentenempfängerInnen) auch die Arbeitsverfahren angepasst werden müssen. Daneben werden auf lokaler Ebene auch verschiedene Organisationsstrukturen erprobt (z. B. Hereinnahme neuer Aufgaben in eine bestehende Struktur; Schaffung einer neuen Projektorganisation; Anbahnung einer vernetzten Organisation). Letztgenannte Initiative scheint äußerst wirksam zu sein, Beurteilungen stehen allerdings noch aus. Die Erfahrungen aus Norwegen machten ferner deutlich, dass die Einbindung der ArbeitgeberInnen ein wichtiger Aspekt ist. Auch die Berücksichtigung interner Personalstandards in Bezug auf die Einstellung von Menschen mit Behinderung erwies sich als relevanter Punkt. Darüber hinaus wurde von Erfahrungen anderer Kategorien erwerbsunfähiger Gruppen berichtet, wo der Wunsch nach Erwerbstätigkeit von den Gesundheitsbehörden oder der Sozialversicherungsanstalt zurückgewiesen wurde. Die VertreterInnen Norwegens machten ferner auf mögliche Fragen aufmerksam, die sich hinsichtlich der langfristigen Gewährleistung der Zusammenarbeit stellen können – ein Punkt, der in Norwegen mit Schwierigkeiten verbunden ist.

Die VertreterInnen **Polens** unterstrichen ebenfalls die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den DienstleisterInnen in ihrem Land. Auch Polen streng, ähnlich den schwedischen Erfahrungen, die Aktivierung der Interessensgruppen im Hinblick auf den möglichen Aufbau einer lokalen Dienststruktur an. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Interessensvertretungen (Sozialamt, Gesundheitsorganen und Arbeitsmarktzentren) war in Polen bislang eher erfolglos.

Auch in **Großbritannien** lieferten Versuche, die Zusammenarbeit in der Dienstbereitstellung für KundInnen mit Krankheits- oder Invaliditätsproblemen zu verbessern, diverse Erfahrungswerte. Im JobcentrePlus (öffentliche Arbeitsmarktverwaltung) wurden kombinierte Modelle geschaffen; im Pilotprojekt "Pathways to Work" haben Sozialversicherungsanstalten die Möglichkeit, Leistungen aus dem Gesundheitsbereich hinzuzuziehen. Ausgehend von diesen Erfahrungen hält der Beitrag Großbritanniens einige Fragen bzw. Erkenntnisse fest. Zum einen wurde vermerkt, dass eine solide Beurteilung bei derartigen Projekten schwer machbar ist. Das Delta-Modell wäre unter den gegebenen Umständen in Großbritannien, das sich durch ein eher zentralistisch angeordnetes System auszeichnet, weniger leicht durchführbar. Abgesehen davon vermerkte die Vertreterin Großbritanniens in Bezug auf die Begutachtungsmodalitäten im Hisingen-Modell, dass positive Einschätzungen von KundInnen und DienstleistungsanbieterInnen in Großbritannien keine ausreichende Basis für eine positive Beurteilung wären, solange der Effekt auf die Wiedereingliederungsraten nicht eindeutig ist.

Der Vertreter **Griechenlands** führte aus, dass der Dienstleistungserbringung in diesem Land einige elementare administrative Schwierigkeiten entgegenstehen. Die Koordination verschiedener DienstleistungserbringerInnen gilt demzufolge noch nicht als vorrangig. Griechenland besitzt ein sehr komplexes Sozialhilfesystem, wobei keinerlei Vernetzung zwischen für Gesundheit und Beschäftigung zuständigen Instanzen besteht. Auch sind sich viele Menschen im Unklaren über ihre Rechte. Die Durchführung sozialer Eingliederungsprogramme ist zudem von den umfangreichen EU-Fördermitteln abhängig.

Die Vertreterin **Bulgariens** legte dar, dass eine Reihe von Maßnahmen zur Steigerung der Erwerbsquote und zur Förderung der Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderung ergriffen

worden sind. Anreize für ArbeitgeberInnen stellen dabei das wichtigste Instrument dar. Die Hauptverantwortung für die Förderung der Erwerbsbeteiligung unter Menschen mit Behinderung liegt bei den Arbeitsämtern. Es wurden keine Initiativen zur Optimierung der Dienstleistungserbringung durch verbesserte Zusammenarbeit erwähnt.

4.3 Beiträge europäischer Interessensvertretungen

Der Vertreter des *European Social Network* (ESN), eines Netzwerks von SozialamtsleiterInnen in 24 Ländern Europas, präsentierte die Beiträge von ESN-Mitgliedsorganisationen sowie das thematische Eingliederungsnetzwerk des ESN. Er nannte drei Bereiche, in denen Fragen im Zusammenhang mit dem Delta-System zu stellen sind: Die KundInnenfokussierung; das Problem der dienststellenübergreifenden Arbeit; und das Fehlen zweier Interessensvertretungen, nämlich der ArbeitgeberInnen und der Gewerkschaften.

Die KundInnen sind die ersten Betroffenen und die Zielgruppe, für die hier eine Umstellung der Leistungen vorgenommen wird. Insofern sollten ihre Einschätzungen in dem Modell einen klaren Platz besitzen. Das Modell schein allerdings hauptsächlich darauf abgestellt zu sein, was die MitarbeiterInnen für die KundInnenbedürfnisse halten.

Die dienststellenübergreifende Zusammenarbeit habe bestimmt ihre Vorteile, insbesondere für Menschen mit Mehrfach- und komplexen Problemen. Das bedeute, dass geeignete Antworten auf KundInnenbedürfnisse gefunden werden, nicht nur zwischen den Leistungen, sondern auch innerhalb der Leistungen. Gute Koordination sei mehr, als MitarbeiterInnen im selben Gebäude unterzubringen oder Budgetmittel zu teilen. Sie setze vielleicht auch gemeinsame Schulungen für Verantwortliche und FachvertreterInnen aus verschiedenen Institutionen voraus.

Das ESN kommentierte außerdem das Fehlen der ArbeitgeberInnen in dem Modell: Die Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt sei u. a. von einem guten Verhältnis zu den ArbeitgeberInnen abhängig. Würde Delta enger mit lokalen ArbeitgeberInnen kooperieren, wäre es zudem möglich, Kompetenzlücken zu erkennen und aufzufüllen, subventionierte Stellen zu arrangieren, die Anpassung von Arbeitsplätzen zu unterstützen und die eigenen Leistungen besser publik zu machen.

Schließlich hatten auch ESN-Mitglieder Fragen zu einigen Aspekten der Finanzkoordination aufgeworfen: Wer ist letztverantwortlich? Wie werden Konflikte gelöst? Wer bestimmt Ausrichtungen und Prioritäten? Welche Leistungsindikatoren werden eingesetzt?

Die vom *Europäischen Verband nationaler Organisationen der Wohnungslosenhilfe* (FEANTSA) entsandte Vertreterin stellte einleitend fest, dass Ähnlichkeiten zwischen der Delta-Zielgruppe und dem vom FEANTSA betreuten KundInnenkreis bestehen: Auch diese haben häufig mit vielschichtigen sozialen und gesundheitlichen Problemen zu kämpfen. Für FEANTSA ist das Koordinationsmodell deshalb von Relevanz, insbesondere auch im Hinblick darauf, dass die Organisationen, die sich mit Obdachlosen befassen, weder ganzheitlich arbeiten noch über ihren jeweiligen Verantwortungsbereich hinausblicken. Beispielsweise findet nach einer Entlassung aus ärztlicher Behandlung häufig keinerlei Nachbetreuung obdachloser PatientInnen statt.

Als starke Punkte des Delta-Modells – aus der Warte Obdachloser – stellte die Vertreterin den Abbau der bürokratischen Hürden, die Förderung und Verwirklichung koordinierter Arbeitsweisen und die starke formale Berücksichtigung von Zusammenarbeit heraus. Dies liefere die Grundlage für Kontinuität.

Die erste Frage zum Delta-Modell betrifft die Rolle der regierungsunabhängigen Organisationen. In vielen Ländern kommt diesen eine wichtige Rolle im Umgang mit dem Problem der Wohnungslosigkeit zu. In einigen Ländern lagern die staatlichen Behörden immer mehr Dienstleistungen sogar ganz in den NGO-Bereich aus. Daher die Frage, ob NGOs in der Delta-Struktur nicht einen Platz haben müssten.

Eine weitere Klarstellung wurde zur Rolle von Delta im Hinblick auf Wohnungsprobleme erbeten – das Wohnungswesen sei ein bedeutender Faktor für die Arbeit zugunsten der sozialen Eingliederung. Abschließend wurde die Frage aufgeworfen, ob der Hauptschwerpunkt von Delta ausschließlich auf der Integration auf dem Arbeitsmarkt liege. Soziale Eingliederung dürfe sich nicht allein auf Erwerbsarbeit konzentrieren, sondern müsse auch den Aspekt der Beschäftigungsfähigkeit berücksichtigen. Dabei spiele die Kompetenzförderung mitunter eine wichtige Rolle, da sie in einer nachhaltigen – und nicht bloß schnellen – Eingliederung in die Arbeitswelt mündet.

4.4. Übertragbarkeit

Die VertreterInnen der meisten Peer-Länder bekräftigten, dass die Bereitstellung von Rehabilitationsdiensten für die sozial am stärksten Ausgegrenzten eine hohe Priorität besitzt. Ein Lösungsansatz ist auf die Optimierung der Koordination der verschiedenen Beteiligten abgestellt, die für unterschiedliche Verantwortungsgebiete zuständig sind, sich jedoch um den selben KundInnenkreis kümmern. Viele Länder versuchen Lösungen mit verschiedenen Koordinationsstrukturen, die von der Optimierung der Kommunikation und Informationskanäle bis hin zur Zusammenlegung von Dienstleistungen in "One-stop-shops" reichen, in denen KundInnen von einer/einem Beamtin/Beamten bzw. BeraterIn betreut werden. Unterschiede zwischen den Ländern betreffen auch die Intensität der Zusammenarbeit, die von freiwilliger Kooperation auf lokaler Ebene (Polen) bis hin zur gesetzlich geplanten Zusammenlegung von Dienstleistungen auf nationaler Ebene (Irland) reicht.

Die TeilnehmerInnen aus einigen Ländern (u. a. Norwegen und Großbritannien) äußerten sich skeptisch über die Anwendung der Finanzkoordination in ihrem Land. Das System der betreffenden Länder ist im Vergleich zu Schweden, wo Provinzen und Kommunen eine starke Finanzautonomie besitzen, stärker zentralisiert. Nichtsdestoweniger liefert das Delta-Modell für jedes Land wertvolle Erkenntnisse, was die alltägliche Zusammenarbeit in der Dienstbereitstellung angeht. Die Erfahrungen aus Delta veranschaulichten außerdem, wie "Bottom-up"-Initiativen für neue KundInnendienstleistungen entwickelt, verwertet und in bestehende Tätigkeiten eingebunden werden können.

Was die Rolle der ArbeitgeberInnen im Vorgang der Arbeitsmarktintegration angeht, stellte sich die Frage, wie die ArbeitgeberInnen eingebunden oder hinzugezogen werden können. Auch Delta berücksichtigt die ArbeitgeberInnen insofern, als sie zu Informationstreffen eingeladen werden – an denen sie auch tatsächlich teilnehmen. Parallel dazu erfolgt in Einzelfällen eine Kontaktaufnahme durch Delta-MitarbeiterInnen. Für die meisten Peer-Länder ist die Einbeziehung der ArbeitgeberInnen – auch abgesehen von den rechtlichen Verpflichtungen – ein problematischer Punkt. Einige Länder (Norwegen,

Schweden und die Niederlande) berichteten auch von Verpflichtungen, einen "Wiedereinstiegsplan" vorzulegen (nach 6-8 Wochen Krankenstand), doch scheinen diese Initiativen keine zufriedenstellenden Ergebnisse zu liefern.

Einige VertreterInnen befürworteten bei Kooperationsmodellen mit verschiedenen Parteien die Übertragung von Funktionen an Nichtregierungsorganisationen. In Polen sind beispielsweise NGOs als Partnerinnen in ein Projekt eingebunden, das auf lokaler Ebene die Steigerung der Arbeitsmarktteilhabe unter Menschen mit Behinderung anstrebt. Die VertreterInnen des Gastgeberlandes merkten an, dass in Schweden NGOs traditionell keine Rolle bei der Dienstleistungserbringung spielen. Aus den Reaktionen von VertreterInnen der Peer-Länder ging deutlich hervor, dass Nichtregierungsorganisationen unterschiedliche Stellungen innehaben, was Beratungsfunktionen für Rehabilitationspolitik, die Vertretung von KundInneninteressen oder die Mitwirkung an der Dienstleistungserbringung betrifft.

Mehrere TeilnehmerInnen erhielten einen guten Einblick in die Umsetzungsdauer neuer Strukturen der Zusammenarbeit. Falls kaum entsprechende Vorerfahrungen bestehen oder die Zusammenarbeit auf einer unstrukturierten Basis geschieht und wenig Erfolg zeigt, erweist sich die Einführung einer neuen Kooperationsstruktur als zeitaufwändig. Das System der Finanzkoordination wurde über einen bestimmten Zeitraum hinweg eingesetzt und ermöglichte so eine schrittweise Anpassung der Arbeitskulturen. Wie die Vertreterin Großbritanniens anmerkte, gelten Beteiligte aus dem Gesundheitsbereich (Ärztinnen/Ärzte und Verantwortliche aus dem Krankenhaussektor) als besonders abgeneigt, wenn es um die Anpassung ihrer Arbeitsweisen geht. Delta hat es augenscheinlich geschafft, einen Haltungswandel unter den Bediensteten von Gesundheitseinrichtungen herbeizuführen.

Es herrschte weitgehende Übereinstimmung, dass Delta als innovatives Beispiel für bewährte Verfahrensweisen angesehen werden kann, wenngleich die Übertragbarkeit in andere Länder mit eher zentralistisch strukturierten Unterstützungs- und Leistungssystemen mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Finanzkoordination trägt dazu bei, dass AnbieterInnen an einem Strang ziehen. Das Delta-Projekt illustriert, dass die Verwirklichung von Strukturen und Arbeitsmethoden, die auf Zusammenarbeit ausgerichtet sind, tatsächlich Ergebnisse für die Rehabilitation von KundInnen mit Mehrfachproblemen zu Tage fördern kann. Dafür spielte nicht zuletzt die Motivation und Begeisterung der Delta-MitarbeiterInnen auf Hisingen eine maßgebliche Rolle.

5. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

Die in Göteborg behandelte Politikmaßnahme ist auf die Finanzkoordination auf lokaler Ebene zwischen vier Beteiligten ausgelegt: Sozialversicherungsanstalten, Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, kommunale Sozialbetreuungsstellen und Arbeitsämter. Die Finanzkoordination zielt darauf ab, die Leistungserbringung für krank Geschriebene und Arbeitslose, junge Menschen mit psychischen Problemen, junge Frauen und alleinerziehende Mütter sowie arbeitsmarktferne MigrantInnen und Flüchtlinge zu verbessern.

Das Peer Review-Seminar kam zu dem Schluss, dass Delta als innovatives Beispiel für bewährte Verfahrensweisen anzusehen ist. Die zehn Jahre, in denen das Zusammenarbeitsmodell aufgebaut, umgesetzt und "betrieben" wurde, liefern eine Fülle an Erfahrungen. Diese stellen eine mögliche ertragreiche Quelle für weitere Diskussionen über den Aufbau optimierter Dienstbereitstellungsstrukturen für Menschen mit Mehrfachproblemen und Bedarf an adäquaten Rehabilitationsdiensten dar.

Die Lehren aus dem schwedischen Modell ergeben sich aus einem Grundprinzip (Anwendbarkeit *finanzieller* Koordination in einem Land mit überwiegend *dezentralisierten* Finanzierungs- und Politikstrukturen), und eine Reihe von Erkenntnissen hat mit der Gestaltung und Umsetzung von Zusammenarbeitsstrukturen zu tun:

- a. Es wurde deutlich gemacht, dass eine koordinierte bzw. integrierte Leistungserbringung wie im Delta-Modell besser geeignet ist, die Bedürfnisse und Anforderungen von KundInnen mit komplexen Problemen zu erkennen und zu bedienen, als wenn verschiedene Beteiligte getrennt arbeiten und sich nur auf ihre (momentanen) Kompetenzen und Verantwortungsbereiche konzentrieren. Das Delta-Konzept gestattet die Anpassung von Rehabilitationsprogrammen nach dem "Bottom-up"-Prinzip, da die tägliche Arbeit bereichsübergreifender Teams das Bewusstsein für Bedürfnisse fördert, die durch getrennt agierende PartnerInnen nicht vollständig abgedeckt werden können.
- b. Die Vorbereitung und Umsetzung von mehrere AkteurInnen umspannenden Zusammenarbeitsstrukturen erfordert einen angemessenen Zeitrahmen, damit ein echter Wandel stattfinden kann. Von kurzfristigen Maßnahmen "in der Vorwahlzeit" können keine Ergebnisse erhofft werden, wenn eine nachhaltige Anpassung von Strukturen, Kulturen, Fachorientierungen und Arbeitsmethoden erforderlich ist.
- c. Während die Durchführung koordinierter Rehabilitationsmaßnahmen auf lokaler Ebene stattfindet, muss auf nationaler Ebene ein unterstützender Rahmen für die Entwicklung neuer institutioneller Strukturen geschaffen werden. Der Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen Regionen, in denen Finanzkoordinierungsmodelle im Einsatz stehen, hat eine positive Wirkung für Regionen, in denen der Prozess noch am Anfang steht.
- d. Die Erprobung und Verwirklichung von Koordinationsstrukturen erfordert überdies ein konstantes Monitoring und regelmäßige Beurteilungen. Es wurde dargestellt, dass das schwedische Projekt systematisch einer Beurteilung unterzogen wurde. Allerdings erfordern die

Erfolgsparameter vielleicht weitere Aufmerksamkeit. Die Zufriedenheitsraten unter den KundInnen, die Einschätzungen der MitarbeiterInnen und die Entwicklung der Leistungsaufwendungen weisen auf positive Ergebnisse hin, allerdings hat sich auch herausgestellt, dass neue Arbeitsmethoden und Interventionen (noch) keine relevanten Veränderungen in der medizinischen Versorgung und Betreuung bewirkt haben.